

Tragende Gründe
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Änderung der SAPV-Richtlinie:
Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG

Vom 15. April 2010

1	RECHTSGRUNDLAGEN.....	3
2	ECKPUNKTE DER ENTSCHEIDUNG.....	3
2.1	Änderung in § 1 Abs. 1 der Richtlinie und neu eingefügter Abs. 2.....	3
2.2	Neu eingefügter Absatz 3 in § 1 der Richtlinie.....	4
2.3	Auflage und Hinweise des BMG.....	4
3	WÜRDIGUNG DER STELLUNGNAHMEN.....	5
4	VERFAHRENSABLAUF.....	5
5	DOKUMENTATION DES STELLUNGNAHMEVERFAHRENS.....	7
5.1	Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens.....	7
5.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	7
5.2.1	Stellungnahmen der nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V zur Stellungnahme berechtigten Organisationen.....	7
5.2.2	Verspätet eingegangene Stellungnahmen.....	7
5.2.3	Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) nach § 91 Abs. 5 SGB V.....	8
5.3	Erörterung der Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen.....	9
5.3.1	Stellungnahmen allgemein.....	9
5.3.2	Stellungnahmen zur Änderung in § 1.....	11
5.3.3	Stellungnahmen zu den Änderungen in § 5 Abs. 2.....	16
5.3.4	Stellungnahmen zu den Änderungen in § 7.....	19
5.3.5	Verspätet eingegangene Stellungnahmen.....	22
5.4	Anhang.....	25
5.4.1	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens.....	25
5.4.2	Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung.....	27

5.4.3	Anschreiben an die zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen (maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung) nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14, Abs. 7b S. 1 SGB V	28
5.4.4	Anschreiben an die zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V (Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V)	29
5.4.5	Anschreiben an die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V	30
5.4.6	Erläuterungen für die Stellungnehmer	32

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-Richtlinie) zur Sicherung der Versorgung von Versicherten beschlossen, die – bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung – unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die als Leistungsgrundlage der SAPV dienende Vorschrift des § 37b Abs. 1 SGB V wurde mit Gesetz vom 17. März 2009 (Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz – KHRG) und mit Gesetz vom 17. Juli 2009 (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) geändert. Zudem hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seinem Schreiben nach § 94 Abs. 1 SGB V (Nichtbeanstandung) vom 14. Februar 2008 dem G-BA Hinweise und eine Auflage zur Änderung der Richtlinie erteilt. Dem entsprechend ist die SAPV-Richtlinie inhaltlich anzupassen.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 und Abs. 7b SGB V den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung, den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung zu geben. Die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens erfolgt nach 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO). Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 VerfO). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Änderung in § 1 Abs. 1 der Richtlinie und neu eingefügter Abs. 2

Mit Gesetz vom 17. März 2009 (Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz – KHRG) wurde § 37b Abs. 1 SGB V geändert. Die Änderung ist mit Wirkung zum 25. März 2009 in Kraft getreten und stellt inhaltlich die Zielrichtung der SAPV klar. Mit SAPV soll eine Versorgung in einer vom Betroffenen als Häuslichkeit empfundenen vertrauten Umgebung gewährleistet werden. Auch das familiäre Umfeld oder andere haushaltsähnliche Wohnformen sollen vor diesem Hintergrund als Häuslichkeit einzustufen sein (vgl. Gesetzesbegründung in der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 16/11429, S. 62).

Zum familiären Bereich i. S. d. Regelung nennt der geänderte § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V in seinem 2. Halbsatz als beispielhafte Aufzählung Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (gem. § 55 SGB XII) und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (gem. § 34 SGB VIII).

Diese Aufzählung ist vom Gesetzgeber bewusst nicht abschließend gehalten worden, sondern soll ausweislich der Gesetzesbegründung auch die Erbringung von SAPV an anderen Orten, die als Häuslichkeit angesehen werden können, ermöglichen.

Die in § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgenommene Änderung bezüglich des familiären oder häuslichen Bereichs wurde in § 1 der SAPV-Richtlinie als Konkretisierung und Erweiterung des Begriffs des Leistungsortes umgesetzt. Hierfür war in § 1 Abs. 2 der Richtlinie der Begriff der „Häuslichkeit“ näher zu bestimmen.

Zur Vermeidung, dass es bei erbrachten SAPV-Leistungen nicht zu einer ungewollten Verlagerung der Kostentragungspflicht auf die gesetzliche Krankenversicherung kommt, stellt der in den § 37b Abs. 1 SGB V neu eingefügte Satz 4 klar, dass SAPV-Leistungen zu Lasten der GKV nur erbracht werden, wenn nicht ein anderer Leistungsträger zu deren Erbringung verpflichtet ist. Dem entsprechend wurde in die SAPV-Richtlinie ein Hinweis auf die Kostentragungspflicht nach § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V aufgenommen.

2.2 Neu eingefügter Absatz 3 in § 1 der Richtlinie

Mit Gesetz vom 17. Juli 2009 (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) wurde in § 37b Abs. 1 SGB V nach Satz 3 ein neuer Satz 4 eingefügt. Die Änderung ist mit Wirkung zum 23. Juli 2009 in Kraft getreten. Sie stellt klar, dass der ärztliche Leistungsanteil der SAPV auch in stationären Hospizen erbracht werden kann. Dies gilt dann, wenn die ärztliche Versorgung, die in stationären Hospizen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wird, nicht ausreicht, das Leistungsziel der SAPV zu erreichen. Mit dem neuen Abs. 3 in § 1 wurde die Gesetzesänderung in der Richtlinie umgesetzt. Die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung in stationären Hospizen kann im Rahmen der SAPV eigens verordnet werden. Zur Abgrenzung von der vertragsärztlichen Versorgung im neuen Absatz 3 war ein Verweis auf § 4 der Richtlinie aufzunehmen.

2.3 Auflage und Hinweise des BMG

In seinem Schreiben nach § 94 Abs. 1 SGB V vom 14. Februar 2008 hat das BMG seine Nichtbeanstandung zum Beschluss über die Erstfassung der SAPV-Richtlinie vom 20. Dezember 2007 mit der Auflage verbunden, dass der G-BA im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Richtlinie in § 7 Abs. 1 den letzten Halbsatz wie folgt fasst: „in der Regel jedoch längstens für 7 Tage“.

In seiner Begründung führt das BMG aus, dass eine zeitliche Begrenzung der Verordnung grundsätzlich der Intention des Gesetzes entspreche, die das Ordnungsrecht der Krankenhäuser als ein Element der nahtlosen Überleitung in die SAPV ansehe und nicht als Recht zur Dauerverordnung. Es sei 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 und SAPV erhält. In diesen Fällen sei es kaum zumutbar, nach 7 Tagen – u. U. in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung eines Vertragsarztes einzuholen.

Das BMG hat darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die Leistung nur durch Leistungserbringer abgegeben werden soll, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind (Palliative Care Teams). Der G-BA wurde gebeten, an geeigneter Stelle eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie vorzunehmen. Mit Änderung des § 5 Abs. 2 der Richtlinie soll der Anregung des BMG nachgekommen werden. Im Interesse einer flexiblen Leistungserbringung unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen und vor dem Hintergrund, dass eine allgemeingültige Definition des Begriffs fehlt und damit verbundene Missverständnisse vermieden werden sollen sowie dass es nicht in der Kompetenz des G-BA liegt, den Aufbau der Versorgungsstrukturen zu steuern, wird der Begriff der „Palliative Care Teams“ nicht aufgeführt.

Schließlich bleibt darauf hinzuweisen, dass es für die Kompetenzen der im Palliativ Care Team tätigen Ärzte nicht darauf ankommt, in welcher ärztlichen Funktion sie im Übrigen

tätig sind. So hat zum Beispiel ein Arzt, der im Übrigen im Krankenhaus tätig ist, aus dem Team heraus die gleichen Kompetenzen zur Verordnung von Arzneimitteln, wie ein Arzt, der im Übrigen als Vertragsarzt tätig ist.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die eingegangenen Stellungnahmen gewürdigt. Das Stellungnahmeverfahren, insbesondere einzelne Erwägungen zu den Änderungsvorschlägen in den eingegangenen Stellungnahmen, ist in Abschnitt 5 dokumentiert.

Ergänzend in Bezug auf die Regelung in § 7 Abs. 1 der Richtlinie wurde von der BÄK angeregt, für den Fall des Abweichens von der 7-Tage-Regelung eine Begründungspflicht oder Prüfaufgabe vorzusehen. Vor dem Hintergrund der Ausführungen des BMG zur 7-Tage-Regelung ist ein Abweichen von dieser Frist nur in Ausnahmefällen und mit entsprechender Begründung möglich.

Angeregt durch die eingegangenen Stellungnahmen wurde die folgende Änderung im Richtlinienentwurf vorgenommen:

In § 5 Abs. 2 Satz 1 wurden die Worte „der Hospize“ ersetzt durch die Worte „der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize“.

Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen darüber hinaus keine begründeten Änderungsvorschläge in Bezug auf die Änderung der SAPV-Richtlinie. Anregungen aus den Stellungnahmen, die über das Stellungnahmeverfahren hinausgehen, werden im G-BA gesondert beraten.

4 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA VL	11.02.2009	Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V zur Kenntnis
UA VL	06.05.2009	Anpassung an Gesetzesänderung des § 37 b Abs. 1 Satz 3 SGB V und an die Auflage/Hinweise des BMG
AG Evaluation SAPV	02.07.2009	Anpassung der SAPV-Richtlinie an die Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V und an die Auflage und die Hinweise des BMG vom 14.02.2008
AG Evaluation SAPV	22.07.2009	Anpassung der SAPV-Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> - an die Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V – Einrichtungen der Eingliederungshilfe usw. - an die Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V – stationäre Hospize - an die Auflage und die Hinweise des BMG vom 14.02.2008

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA VL	12.08.2009	Beschlussentwurf zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor Richtlinien-Änderung: Anpassung an Gesetzesänderung des § 37 b Abs. 1 SGB V und an die Auflage/Hinweise des BMG
UA VL	17.02.2010	Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG: Auswertung der Stellungnahmen und Beschlussent- wurf zur Richtlinienänderung

Berlin, den 15. April 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hess

5 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

5.1 Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA hat in seiner Sitzung am 12. August 2009 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren zur Änderung der SAPV-Richtlinie einzuleiten (siehe Kapitel XXX). Dazu hat er den nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 und Abs. 7b S. 1 SGB V maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung und den nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (siehe Kapitel XXX) Gelegenheit zur Abgabe von Stellungnahmen gegeben. Zudem wurde der Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V die Abgabe einer Stellungnahme ermöglicht (siehe Kapitel XXX). Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen wurde auf 4 Wochen festgelegt (vgl. § 33 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

Mit Schreiben vom 16. Oktober 2009, versandt am selben Tag, wurden den stellungnahmeberechtigten Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Bundesärztekammer der o. g. Beschlussentwurf übersandt und für die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ein Zeitraum von 4 Wochen bis zum 16. November 2009 vorgegeben (siehe Kapitel XXX). Den stellungnahmeberechtigten und für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene wurde der Beschlussentwurf mit Schreiben vom 7. Dezember 2009, versandt am selben Tag, übersandt. Ihnen wurde für die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ein Zeitraum von 4 Wochen bis zum 7. Januar 2009 vorgegeben (siehe Kapitel XXX). Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterungen übersandt (siehe Kapitel XXX: Tragende Gründe).

5.2 Eingegangene Stellungnahmen

5.2.1 Stellungnahmen der nach § 92 Abs. 7b S. 1 SGB V zur Stellungnahme berechtigten Organisationen

Von folgenden Organisation der insgesamt 21 nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14, Abs. 7b S. 1 SGB V zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten und als solche anerkannten Organisationen ist eine Stellungnahme fristgerecht eingegangen:

	Organisation
1.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
2.	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
3.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
4.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. (DBfK)
5.	Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)
6.	Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
7.	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Diakonie)

5.2.2 Verspätet eingegangene Stellungnahmen

Die Stellungnahme der folgenden zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisation ist nach Ablauf der Stellungnahmefrist in der Geschäftsstelle des G-BA eingegangen:

	Organisation	Eingang
8.	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV)	17.11.2009
9.	Deutsche Hospiz Stiftung (DHS)	20.11.2009
10.	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)	14.01.2009

5.2.3 Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) nach § 91 Abs. 5 SGB V

Die Bundesärztekammer hat mit Schreiben vom 16. November 2009 (per E-Mail eingegangen am selben Tag, per Post eingegangen am 19. November 2009) zur Richtlinienänderung Stellung genommen.

5.3 Erörterung der Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen

5.3.1 Stellungnahmen allgemein

Organisation	Stellungnahmen	Beratungsergebnis Stand: 19.01.2010
alle	Die geplante Änderung der Richtlinie wird, abgesehen von weiteren Änderungsvorschlägen, von allen Stellungnehmern ausdrücklich begrüßt. Auch die Bundesärztekammer hält die geplanten Änderungen für notwendig.	Kenntnisnahme
DGP	<p>Die zweite Auflage des BMG („Der G-BA berichtet dem BMG jährlich (...) über die Leistungsentwicklung im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“) wird hingegen nicht in die SAPV-Richtlinie übernommen. Die kompetente Realisierung dieser Forderung (und der mit ihr verbundenen Fragen) ist aus Sicht der DGP jedoch von allergrößter Bedeutung, weshalb auch deren Aufnahme in die SAPV-Richtlinie von der DGP begrüßt werden würde.</p> <p>Es müssten in diesem Zusammenhang auch wesentliche Anlaufschwierigkeiten benannt werden, die in den letzten zwei Jahren offenbar geworden sind und rasche Wege zu deren Lösung vorgeschlagen werden. In der beigelegten aktuellen „Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV) über dringend erforderliche Nachbesserungen bei den Regelungen zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)“ wird genau darauf Bezug genommen. In der vorgeschlagenen Neufassung der SAPV-Richtlinie finden sie leider keinerlei Berücksichtigung.</p>	Grundsätzlich werden Berichtspflichten nicht in Richtlinien des G-BA aufgenommen. Der G-BA ist durch die vom BMG erteilte Auflage rechtlich ohnehin bereits zur Berichterstattung verpflichtet. Daher ist deren Aufnahme in die Richtlinie redundant. Zudem würde jede Änderung der Auflage oder deren Aufhebung eine Änderung der SAPV-Richtlinie erforderlich machen. Schließlich betrifft die durch die Auflage des BMG entstandene Berichtspflicht des G-BA lediglich das Innenverhältnis zwischen BMG und G-BA.
Diakonie	Mit Schreiben des BMG vom 14.02.2008 wurde die SAPV-Richtlinie genehmigt, dem G-BA jedoch gleichzeitig zur Auflage gemacht, dass dem BMG gegenüber jährlich, erstmals zum 31.12.09, über die Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV zu berichten ist. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich der Ausbau von SAPV-Strukturen und der Abschluss entsprechender Verträge in den Ländern und Regionen auch über zweieinhalb Jahre nach Aufnahme des § 37b SGBV ins Sozialgesetzbuch häufig nur sehr schleppend und unbefriedigend entwickelt, regen wir an, in die Richtlinie einen Passus aufzunehmen, der die BMG-Auflage einer jährlichen Evaluation am Jahresende festschreibt.	Siehe Beratungsergebnis oben

Organisation	Stellungnahmen	Beratungsergebnis Stand: 19.01.2010
	<p>Änderungsvorschlag: Wir schlagen vor, einen § 9 an die Richtlinie anzufügen und diesen wie folgt zu formulieren:</p> <p><i>„§ 9 Evaluation Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig zum Ende eines Jahres über die Leistungsentwicklung im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Fragen, inwieweit in der SAPV-Leistungsentwicklung den besonderen Belangen der Kinder Rechnung getragen wird und welche Rückwirkungen sich auf andere Leistungsbereiche, z. B. die häusliche Krankenpflege, ergeben.“</i></p>	

5.3.2 Stellungnahmen zur Änderung in § 1

<p>Organisation</p>	<p>„§ 1 Grundlagen und Ziele (...)</p> <p><u>(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,</u> - <u>an weiteren Orten, an denen</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und</u> o <u>diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann</u> <p><u>wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.“</u></p>	<p>Beratungsergebnis Stand 19.01.2010</p>
<p>bpa</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der bpa begrüßt grundsätzlich auch diese Änderung regt jedoch an, die Formulierung, dass der Aufenthalt <u>„dauerhaft“</u> an diesen anderen Orten gegeben sein muss, <u>zu streichen</u>.</p> <p>Am Lebensende sollte die Einbindung in das familiäre Umfeld im Vordergrund stehen – ungeachtet, ob der Ort bereits im Vorfeld dauerhaft den Lebensmittelpunkt dargestellt hat.</p>	<p>Der Begriff „dauerhaft“ dient der Konkretisierung des Begriffs der „Häuslichkeit“. Er soll verhindern, dass SAPV an Orten erbracht wird, an denen die Leistung nicht in geeigneter Weise erbracht werden kann oder wegen häufig wechselnder Aufenthaltsorte des Anspruchsberechtigten nicht erbracht werden kann. Die Komplexität der Versorgung erfordert eine personelle und damit eine örtliche Kontinuität.</p> <p>Die Patientenvertretung teilt</p>

Organisation	<p>„§ 1 Grundlagen und Ziele (...)</p> <p><u>(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,</u> - <u>an weiteren Orten, an denen</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und</u> o <u>diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann</u> <p><u>wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.“</u></p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
	<p>Weiterhin sollte der letzte Satz so ergänzt werden, dass die SAPV immer zunächst die erforderlichen Leistungen sicherstellt. Unklare Zuständigkeiten oder ein mehrfaches Verweisen zwischen unterschiedlichen Leistungsträgern sind in dieser Phase unbedingt zu vermeiden.</p>	<p>diese Auffassung ausdrücklich.</p> <p>Der letzte Halbsatz in § 1 Abs. 2 der Richtlinie („... wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind“) entspricht den gesetzlichen Vorschriften. Im Übrigen sind notwendige Regelungen im § 8 der Richtlinie enthalten. Darüber hinaus sind weitere Regelungen zur vorrangigen Zuständigkeit von Leistungsträgern nicht durch den G-BA zu treffen.</p>
BÄK	<p>Die Erweiterung des Begriffs der „häuslichen Umgebung“ und damit des Ortes, an dem SAPV erbracht werden kann, ist sinnvoll. Dies wurde von der Bundesärztekammer bereits in ihrer Stellungnahme gegenüber dem G-BA vom 15.10.2007 (www.bundesaerztekammer.de) zur Neufassung der</p>	<p>Kenntnisnahme</p>

Organisation	<p>„§ 1 Grundlagen und Ziele (...)</p> <p><u>(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,</u> - <u>an weiteren Orten, an denen</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und</u> o <u>diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann</u> <p><u>wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.“</u></p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
	<p>Richtlinie SAPV in einem Formulierungsvorschlag angemahnt: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V sollte danach nicht nur in der häuslichen Umgebung, sondern auch in stationären Einrichtungen oder in Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.</p>	
Caritas	<p>Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat der Gesetzgeber noch einmal deutlich seinem Willen Ausdruck verliehen, dem Betroffenen das Sterben in einer von ihm als Häuslichkeit empfundenen vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Er hat den Ort der Versorgung offener als bisher beschrieben, um damit die Versorgung an den Orten zu ermöglichen, die vom Betroffenen als Häuslichkeit angesehen werden (vgl. BT-Drs. 16/11429, S. 45).</p> <p>Unseres Erachtens schränkt jedoch die von Ihnen vorgeschlagene Formulierung in § 1 Abs. 2, zweiter Spiegelstrich, erster Unterpunkt der Richtlinie diese vom Gesetzgeber gewollte Offenheit wieder ein („an weiteren Orten, an denen sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält“).</p> <p>Um die SAPV dem Wunsch des Betroffenen gemäß an den Orten erbringen zu können, die er oder sie als Häuslichkeit empfindet, sollte die Formulierung offener gewählt und klar gestellt werden, dass die Häuslichkeit auch jene Orte umfasst, die von dem Betroffenen subjektiv als solche empfunden werden. Denn dieser Ort kann z.B. für den einen Menschen eine ambulant betreute Wohngemeinschaft sein. Für einen wohnungslosen Menschen kann es eine Einrichtung der Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe sein. Oder für einen weiteren sind es Freunde außerhalb der Familie, in deren Kreis er sterben und von denen er beim Sterben begleitet werden will. Die Richtlinie sieht jedoch vor, dass</p>	<p>Entgegen der Auffassung des Stellungnehmers ist die Leistung der SAPV auch an den Orten möglich, die von ihm als in der Richtlinie nicht ausreichend berücksichtigt benannt werden.</p> <p>Eine Änderung der vorhandenen Formulierung ist somit</p>

Organisation	<p>„§ 1 Grundlagen und Ziele (...)</p> <p><u>(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,</u> - <u>an weiteren Orten, an denen</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und</u> o <u>diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann</u> <p><u>wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.“</u></p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
	<p>sich der schwerstkranke Mensch in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung dauerhaft aufhalten muss. In den genannten Beispielen könnte daher – entgegen dem Willen des Gesetzgebers – die Erbringung der SAPV-Leistungen erschwert oder unmöglich gemacht werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: § 1 Abs. 2, zweiter Spiegelstrich, erster Unterpunkt der Richtlinie sollte daher wie folgt umformuliert werden:</p> <p><u>„an weiteren Orten, die für den schwerstkranken Menschen seine vertraute häusliche oder familiäre Umgebung darstellen“.</u></p> <p>Damit liegt der Schwerpunkt auf dem Wunsch des Betroffenen, an dem Ort beim Sterben adäquat mit SAPV begleitet werden zu können, die er oder sie als Häuslichkeit empfindet.</p>	nicht erforderlich.
Diakonie	<p>Der Gesetzgeber hat durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG) seinen Willen zum Ausdruck gebracht, dass SAPV an allen Orten erbracht werden kann, die für einen betroffenen sterbenskranken Menschen eine vertraute Umgebung darstellen. Der von Ihnen im neuen Absatz 2 eingefügten Spiegelstrich „- an weiteren Orten (...)“ trägt diesem Willen des Gesetzgebers aus unserer Sicht nicht hinreichend Rechnung. Denn es kann nicht immer sichergestellt werden, dass sich schwerstkranken Menschen an einem vertrauten Ort in häuslicher oder familiärer Umgebung „dauerhaft aufhalten“. Dazu sind die Erkrankungsbilder häufig zu komplex und schwer mit unterschiedlichen Verlaufsformen,</p>	Siehe o.g. Beratungsergebnisse.

Organisation	<p>„§ 1 Grundlagen und Ziele (...)</p> <p><u>(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII,</u> - <u>an weiteren Orten, an denen</u> <ul style="list-style-type: none"> o <u>sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und</u> o <u>diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann</u> <p><u>wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.“</u></p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
	<p>so dass es zwischenzeitlich zu anderen Aufenthalten, z.B. in Kliniken oder aber bei anderen Familienmitgliedern, Freundinnen / Freunden, etc., kommen kann. Insofern ist hier eine offenere Formulierung zu wählen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ausgehend von Ihrer Formulierung regen wir an, den Spiegelstrich wie folgt zu fassen:</p> <p>„- an weiteren Orten, an denen</p> <ul style="list-style-type: none"> o <u>sich der schwerstkranke Mensch in einer ihm vertrauten Umgebung aufhält und</u> o <u>diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann (...)</u>“ 	
Organisation	<p>„§ 1 Grundlagen und Ziele (...)</p> <p><u>(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.“</u></p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
DBfK	<p>Die Ergänzung entsprechend § 37b Abs. 1, Satz 4 SGB V, dass ärztliche SAPV Leistungen auch im stationären Hospiz erbracht werden können, sichert die adäquate Versorgung der schwerstkranken</p>	<p>Ein stationäres Hospiz ist eine spezialisierte Einrich-</p>

Organisation	„§ 1 Grundlagen und Ziele (...) <u>(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.“</u>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
	Menschen. In diesem Zusammenhang erachtet aber der DBfK es als wesentlich, die Berücksichtigung von pflegerischen SAPV-Leistungen in gleicher Weise zu verankern, z.B. in Form von Beratung oder in der direkten Patientenversorgung.	tung, mit dem gesetzlichen Auftrag, die notwendige palliativpflegerische Versorgung umfassend sicherzustellen (§ 39a SGB V). Eine Änderung der Richtlinie ist daher nicht erforderlich.

5.3.3 Stellungnahmen zu den Änderungen in § 5 Abs. 2

Organisation	„§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (...) <u>(2) ¹SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind. (...)</u> “	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
DGP	Auch die beiden vom BMG in seinem Schreiben vom 14.2.2008 gemachten Hinweise werden unterschiedlich rezipiert. Während der erste Hinweis fast wortwörtlich in die SAPV-Richtlinie übernommen wird (dass nämlich SAPV von Leistungserbringern erbracht werden soll, „die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind“ – allerdings ohne hier den vom BMG genutzten Zusatz „Palliative Care Team“ zu verwenden), wird der zweite Hinweis komplett ignoriert. Beides sieht die DGP kritisch. Die aus dem BMG-Schreiben übernommene Formulierung ist aus Sicht der DGP missverständlich und hilft nicht wirklich weiter, da auch sie immer noch sehr unklar und verschwommen ist. „Weil es nicht in der Kompetenz des G-BA liegt, den Aufbau der Versorgungsstrukturen zu steuern, wird der Begriff „Palliative Care Team“ nicht aufgeführt“, heißt es in den „Tragenden Gründen“ - und doch wird mit der fragmentarischen Übernahme des ersten BMG-Hinweises (der keine „Auflage“ war) genau das gemacht. Und auch schon im Text der ursprünglichen SAPV-Richtlinie wird die unverzichtbare	Die SAPV-RL greift die Regelungen des § 37b Abs. 1 SGB V mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsbestandteilen sowie den Auftrag zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern auf. Damit bewegt sich der G-BA vor dem Hintergrund des komplexen Leistungsanspruchs der SAPV im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Weitere Regelungen

Organisation	<p>„§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (...) (2) ¹SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind. (...)</p>	<p>Beratungsergebnis Stand 19.01.2010</p>
	<p>multiprofessionelle Versorgungsstruktur und die Bedeutung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern für die Erbringung von SAPV wiederholt (wenn auch nicht ausreichend konkret) beschrieben.</p> <p>Viel wichtiger wäre es aus Sicht der DGP, die im zweiten Hinweis des BMG angesprochene Problematik einer Lösung zuzuführen. Denn über die Kompetenzen von in der SAPV tätigen Ärzten zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie über den notwendigen Einsatz weiterer Formulare besteht große Unklarheit. Die Feststellung des BMG, das „die Kompetenzen der im Palliative Care Team tätigen Ärzte“, z.B. bei der Verordnung von Arzneimitteln, denen eines Vertragsarztes entsprechen sollen, entspricht bisher nicht der Realität und ist vielerorts ein großes Problem bei der Umsetzung von SAPV. In diesem Punkt bleibt auch die novellierte SAPV-Richtlinie eine Antwort schuldig.</p>	<p>zum Aufbau der Versorgungsstruktur obliegen den Vertragspartnern nach § 132d SGB V. (siehe auch nachfolgende Stellungnahme der BÄK)</p> <p>Bei diesen Verordnungen handelt es sich um solche außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Deren Regelung ist nicht Aufgabe des G-BA, sondern ist den Vertragspartnern nach § 132d SGB V vorbehalten.</p>
BÄK	<p>Der Verzicht auf die vom BMG eigentlich gewünschte Verwendung des Begriffs von „Palliative Care Teams“ in § 5 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie ist zu begrüßen. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme vom 15.10.2007 zu der ursprünglich beabsichtigten Verankerung der „Palliative Care Teams“ ausgeführt, dass die Richtlinie damit eine Einengung vornehmen würde, die gesetzlich nicht vorgesehen sei und die vorhandene und funktionierende Versorgungsstrukturen unberücksichtigt ließe. Auch war darauf hingewiesen worden, dass der Begriff im Gesetzestext nicht auftauche, allenfalls als damaliger Gesetzeskommentar zu § 132d SGB V. Der Gesetzgeber ist jedoch eine präzise und damit richtlinientaugliche Definition schuldig geblieben.</p>	<p>Diese Argumentation wird auch von anderen Stellungnehmern vertreten.</p> <p>Zum Beratungsergebnis siehe oben.</p>
AWO	<p>Die in § 5 geplante Ergänzung folgt einem Hinweis des BMG-Schreibens. Der AWO Bundesverband hält diese Ergänzung für überflüssig. Wir begrüßen allerdings, dass die geplante Änderung von einer interdisziplinären Versorgungsstruktur spricht. Die vom BMG beabsichtigte Verankerung des Begriffs "Palliative Care Teams" hätte nach unserer Einschätzung zu einer Einschränkung bestehender Versorgungsstrukturen geführt. Auch für die Zukunft hätte diese Einschränkung zu zahlreichen Versorgungsproblemen führen können.</p>	<p>Die Ausführungen der AWO werden zur Kenntnis genommen, ohne dass es einer Änderung der Richtlinie bedarf.</p>

Organisation	<p>„§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ (...) <i>(2) ¹SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind. (...)</i>“</p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
bpa	<p>Der bpa begrüßt ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss vom vorgeschlagenen Termin des BMG der „Palliative Care Teams“ Abstand genommen und diesen nicht in die Richtlinie aufgenommen hat. Die Festlegung der Leistungsberechtigten obliegt einzig den Vertragspartnern nach § 132 d SGB V und ist – je nach den vorherrschenden Gegebenheiten und Erfordernissen – festzulegen.</p> <p>Vertragspartner nach § 132 d SGB V sind allerdings die zugelassenen Pflegedienste nach § 132 a SGB V, sofern diese die geforderten Voraussetzungen erfüllen und nicht einzelne Mitarbeiter bzw. Pflegefachkräfte. Der hier gewählte Terminus „Pflegefachkräfte“ könnte allerdings im Kontext mit § 132 d Abs. 1 S. 1 SGB V, der einen Vertragsschluss mit geeigneten Einrichtungen und Personen vorsieht, die missverständliche Auslegung eine Versorgung durch Einzelpflegefachkräfte befördern. Eine Leistungserbringung durch einzelne Pflegefachkräfte ist aber schon nach der Struktur des SGB V nicht möglich.</p> <p>Das wird bereits in § 5 Abs.1 S. 1 deutlich, der verlangt, dass die SAPV alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung erfasst, soweit diese erforderlich sind. Im Bereich der Pflege sind nach § 132a SGB V allein Pflegedienste aufgrund einer ärztlichen An- oder Verordnung zur Leistungserbringung zugelassen. Eine Leistungserbringung durch einzelne kennt das SGB V nicht. So knüpft auch die Gesetzesbegründung an die bereits bestehenden Strukturen an und benennt alle schon existierenden Leistungserbringer (z.B. Vertragsärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, Hospize) zur Teilnahme an der neuen Versorgungsform. Gleiches meint § 5 Abs. 1 S. 2, wenn er von den „sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer“ spricht.</p> <p>Änderungsvorschlag: Insofern sollte der § 5 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie lauten:</p> <p><i>„SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und <u>Pflegeeinrichtungen</u> unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind.“</i></p>	<p>Siehe oben</p> <p>Die Pflegefachkraft ist erforderlich aufgrund des speziellen pflegerischen Leistungsbedarfs im Rahmen der SAPV. Eine missverständliche Auslegung der Regelung ist nicht ersichtlich. Zudem ist es nicht zutreffend, dass nur Pflegedienste nach § 132a SGB V Vertragspartner sein können. Vertragspartner sind nach § 132d SGB V vielmehr geeignete Einrichtungen oder Personen.</p>
Diakonie	<p>Eine Konkretisierung Ihrer Formulierung hinsichtlich der Beteiligung der Hospize an der SAPV erscheint uns angebracht. Der Gesetzgeber drückt in § 37b Abs. 3 Satz 2 aus, dass der G-BA die „Zu-</p>	<p>Die Richtlinie verweist bereits mehrfach und ausreichend</p>

Organisation	<p>„§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (...) (2) ¹SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind. (...)“</p>	Beratungsergebnis Stand 19.01.2010
	<p>sammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz)“ in der Richtlinie zur SAPV zu bestimmen hat.</p> <p>Änderungsvorschlag: Um Missverständnissen vorzubeugen, schlagen wir vor, § 5 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie wie folgt zu fassen:</p> <p><u>„SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur organisiert sind; diese besteht – im Sinne eines integrativen Ansatzes – insbesondere aus qualifizierten Ärztinnen / Ärzten und Pflegefachkräften in Zusammenarbeit mit bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen.“</u></p>	<p>auf den integrativen Leistungscharakter der SAPV (siehe auch nachfolgende Stellungnahme des DBfK).</p>
DBfK	<p>Erfreulicher Weise wird durch die Neuformulierung zu den Leistungserbringern in § 5 Abs. 2 Satz 1 (...) auf eine interdisziplinäre Versorgungsstruktur verwiesen und keine Festlegung zur Qualifizierungen der Beteiligten Berufsgruppen vorgenommen. Dies ermöglicht lokal und regional bestehende Strukturen in den Auf- und Ausbau einer flächendeckenden Versorgungsstruktur zu integrieren und Parallelstrukturen zu vermeiden.</p> <p>Jedoch kann diese Ergänzung und Klarstellung nur Wirkung entfalten, wenn eine Korrektur zu den personellen Anforderungen in Punkt 5 der „Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ nach Inkrafttreten der Richtlinie erfolgt. Ein Hinwirken diesbezüglich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen würden wir sehr begrüßen.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Änderungen der gemeinsamen Empfehlungen liegen nicht in der Zuständigkeit des G-BA.</p>

5.3.4 Stellungnahmen zu den Änderungen in § 7

Organisation	<p>„§ 7 Verordnung von SAPV (1) (...) ³Hält 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 die Verordnung ausstellen, <u>in der Regel jedoch längstens für 7 Tage.</u>“</p>	Beratungsergebnis
---------------------	---	--------------------------

Organisation	<p>„§ 7 Verordnung von SAPV <i>(1) (...) ³Hält 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 die Verordnung ausstellen, <u>in der Regel jedoch längstens für 7 Tage.</u>“</i></p>	Beratungsergebnis
DGP	<p>Während die mit den neuen gesetzlichen Vorgaben einhergehenden Folgen für die Verordnung und Durchführung von SAPV nach Ansicht der DGP korrekt in den Beschluss-Entwurf einer novellierten Fassung der SAPV-Richtlinie eingearbeitet worden sind (vgl. die Punkte I.-III., in denen es ausschließlich um die Orte geht an denen SAPV erbracht werden kann und in diesem Zusammenhang deren Einsatzgebiet erweitert wird), wird den Auflagen und Hinweisen des BMG nur zum Teil entsprochen.</p> <p>Von den beiden vom BMG gemachten Auflagen wird die geforderte Neufassung des letzten Halbsatzes in § 7 Abs.1 der SAPV-Richtlinie genau so übernommen wie vom BMG gewünscht. SAPV-Verordnungen von Krankenhausärzten sollen jetzt immerhin „in der Regel jedoch längstens für 7 Tage“ ausgestellt werden können (bisher: „längstens jedoch für 7 Tage“). Die DGP hatte hier ursprünglich ein großzügigeres Zeitfenster für die Dauer der von Krankenhausärzten ausgestellten SAPV-Verordnungen vorgeschlagen. Die neue Formulierung kommt dem zumindest entgegen. In den „tragenden Gründen“ zu dieser Entscheidung schließt sich der G-BA völlig zu Recht der Begründung des BMG an.</p>	Kenntnisnahme
BÄK	<p>Die Verordnung von SAPV durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt mit der Fristsetzung von 7 Tagen war ebenfalls schon in der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 15.10.2007 hinterfragt worden. Die Bundesärztekammer hatte an dieser Stelle eine Konkretisierung gefordert, insbesondere bezüglich der Voraussetzungen und des Rahmens solcher Verordnungen. Das fortan mögliche Abweichen von der strikten 7-Tages-Frist stellt zwar mit Blick auf die in der Begründung genannte Frage der Zumutbarkeit in besonderen Situationen eine Verbesserung dar. Ein solches Abweichen sollte jedoch begründungspflichtig bzw. mit einer Prüfaufgabe versehen sein, etwa ob die Anschlussversorgung im ambulanten Bereich gesichert ist oder nicht.</p>	<p>Eine Begründungspflicht bzw. eine Prüfaufgabe wird vor dem Hintergrund der damit verbundenen zusätzlichen Bürokratie nicht in der Richtlinie vorgesehen. Vielmehr wird folgender Hinweis in die Tragenden Gründe aufgenommen:</p> <p><i>„Ergänzend in Bezug auf die Regelung in § 7 Abs. 1 der Richtlinie wurde von der BÄK angeregt, für den Fall des Abweichens von</i></p>

Organisation	<p>„§ 7 Verordnung von SAPV <i>(1) (...) ³Hält 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 die Verordnung ausstellen, <u>in der Regel jedoch längstens für 7 Tage.</u>“</i></p>	Beratungsergebnis
		<p><i>der 7-Tage-Regelung eine Begründungspflicht oder Prüfaufgabe vorzusehen. Vor dem Hintergrund der Ausführungen des BMG zur 7-Tage-Regelung ist ein Abweichen von dieser Frist nur in Ausnahmefällen und mit entsprechender Begründung möglich.“</i></p>

5.3.5 Verspätet eingegangene Stellungnahmen

Organisation	Stellungnahme	Beratungsergebnis
DHPV	<p>Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 2: Zu der dazu vorgesehenen Neufassung der Richtlinie unter der Nummer IV schlägt der DHPV, um Missverständnisse zu vermeiden, folgende Ergänzung vor:</p> <p>In der vierten Zeile sollte hinter dem Wort „Hospize“ eine Klammer mit folgenden Begriffen eingefügt werden: <u>„(insbesondere ambulante Hospizdienste, aber auch stationäre Hospize)“</u>.</p> <p>Damit würde besser verdeutlicht, dass es vor allem um die verpflichtende Kooperation der Palliative Care Teams mit den ambulanten Hospizdiensten geht, um die ehrenamtliche Begleitung in der SAPV sicherzustellen. Aber auch die stationären Hospize sind einzubeziehen – entsprechend auch den Vorgaben des Gesetzgebers in § 37b Abs. 3, Nr.2 SGB V.</p> <p>Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 2: Es sollte außerdem der Formulierung des BMG in seinem Schreiben vom 14.2.2008 im Hinblick auf den Klammerzusatz <u>„(Palliative Care Teams)“</u> gefolgt und dieser in der Richtlinie ergänzt werden.</p> <p>In nahezu allen den DHPV bekannten Musterverträgen auf regionaler Ebene gemäß § 132d SGB V sind entsprechende Teams – auch gemäß den von DHPV und DGP vorgelegten „Hinweisen und Eckpunkten ... für einen Mustervertrag ...“ vom 28.11.2008 Gegenstand der Vereinbarung. Die innovative Bedeutung der SAPV liegt gerade auch in der neuen, fachlich außerordentlich sinnvollen Komplexleistung. Eine Aufnahme des Begriffs „Palliative Care Teams“ in die Richtlinie würde zur Klarstellung beitragen, ohne aus Sicht des DHPV kontroverse Diskussionen auszulösen, da es bundesweit bereits sehr weitgehend eine entsprechende Auffassung in dieser Sache und eine entsprechende Umsetzung in den Verträgen gem. § 132d SGB V gibt.</p> <p>Vorschlag zu § 7 Abs. 1 Satz 3: Das BMG hatte in seinem Schreiben vom 14. Februar 2008 zur Auflage gemacht, bei der vorgesehenen Geltungsfrist für die SAPV-Verordnung von Krankenhausärzten von längstens sieben Tagen die Worte „in der Regel“ zu ergänzen. Die vorgesehene Neufassung der Richtlinie unter der Nummer V entspricht der Auflage des BMG und ermöglicht – entsprechend der Begründung des BMG und ent-</p>	<p>§ 5 Abs. 2 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>„(2) ¹SAPV 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.“</i></p> <p>Siehe oben</p> <p>Der Hinweis wird zur Kenntnis genommen. Eine Änderung der Richtlinie ist diesbe-</p>

Organisation	Stellungnahme	Beratungsergebnis
	<p>sprechend der Begründung des G-BA in den Tragenden Gründen – mehr Flexibilität in den dort genannten Fällen. Allerdings hält es der DHPV für notwendig, im Zuge der weiteren regelmäßigen Evaluierung und Berichterstattung über die Umsetzung der SAPV die in der Richtlinie vorgenommene Fristsetzung grundsätzlich auf ihre Praktikabilität hin zu überprüfen.</p>	<p>züglich nicht angezeigt.</p>
<p>ABVP</p>	<p>Die Wiederholung der oben begrüßten Lockerung des Häuslichkeitsbegriffs in § 1 Abs. 2 Satz 1 ist überflüssig, aber nicht schädlich.</p> <p>Die Öffnung der Versorgung für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wird zwar zu Querfinanzierungen führen, die jedoch in Anbetracht der Verbesserungsmöglichkeiten in der Pflegequalität in Kauf genommen werden sollten.</p> <p>Vorschläge zu § 1: Abzulehnen sind die wenig zweckgerichteten Einschränkungen des Versorgungsumfangs unter dem zweiten Spiegelstrich. Die oben geschaffene Flexibilität wird wieder aufgehoben, wenn ein vorausgegangener „dauerhafter“ Aufenthalt im familiären Bereich gefordert wird. Damit wird die oben begrüßte Lockerung möglicherweise völlig entleert. Ebenso ist die Voraussetzung der „zuverlässigen Versorgung“ völlig entbehrlich und dient nur bürokratischer Verstrickungen. Die Zuverlässigkeit der Versorger ist bereits durch die Vernetzung und Qualifikationsnachweise geprüft, die bei Vertragsabschluss mit den Leistungserbringern nachgewiesen werden, also bereits geregelt sind.</p> <p>Entgegen der Begründung des Absatz 3 sind wir der Meinung, dass eine Trennung der Finanzierung der Spezialisierten Ambulanten Versorgung von den stationären Bereichen möglichst weit getrieben werden sollte. Die Begründung läuft darauf hinaus, dass für besondere Fälle in der stationären Versorgung Finanzierungslücken gesehen werden. Diese sollten auch dort gelöst werden. Die SAPV ist selbst noch nicht ins Werk gesetzt. Die bestehenden Überschüsse in der Finanzierung sind durch eine schlechte Umsetzung bedingt. Es besteht kein Grund dafür die Umsetzung für die Zukunft durch weitere Möglichkeiten der Querabschöpfung zu belasten. Absatz 3 sollte komplett nicht aufgenommen werden.</p> <p>Vorschlag zu § 5 Abs. 2: Die bisherige Formulierung ist völlig ausreichend. Die Aufzählung verschiedener Leistungserbringer</p>	<p>Zur Kritik an „dauerhaft“ wird auf den bisherigen Beratungsstand verwiesen. In Bezug auf „zuverlässigen Versorgung“. Die Verordnungsvoraussetzung „zulässige Erbringung der Versorgung“ bezieht sich nicht auf die Prüfung, ob der jeweilige Leistungserbringer zuverlässig ist, sondern darauf, ob an dem „weiteren“ Ort der Leistungserbringung eine zuverlässige Versorgung dem Grunde nach möglich ist.</p> <p>Mit der Ergänzung des Abs. 3 in § 1 der RL wird die Gesetzesänderung in § 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle) nachvollzogen, so dass für eine Nichtaufnahme der Regelung rechtlich dem G-BA kein Spielraum gegeben ist. Die Änderung beruht auf dem Hinweis des BMG in seinem</p>

Organisation	Stellungnahme	Beratungsergebnis
	<p>als Vertragsvoraussetzung des § 132 d SGB V ist an dieser Stelle systematisch falsch und überflüssig. Die besondere Hervorhebung der Beteiligung der Hospize führt zur Annahme des Regelfalls, der in der Praxis nicht zur Verhinderung der Gewährung der Versorgung insgesamt führen darf. Die Neuformulierung führt zu weiterer Erschwerung der Durchsetzung der Versorgung und ist deshalb abzulehnen.</p>	<p>Schreiben vom 14.02.2008. Die interdisziplinäre Versorgungsstruktur unter Beteiligung der Hospize spielt im Rahmen der SAPV nicht nur eine wichtige Rolle, sie wird in § 37b Abs. 3 SGB V sogar explizit gefordert. Andere Stellungnahmen fordern vielmehr eine weitere Betonung interdisziplinärer Strukturen.</p>

5.4 Anhang

5.4.1 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer Entscheidung zur Änderung der SAPV-Richtlinie:
Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG

Vom 12. August 2009

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat in seiner Sitzung am 12. August 2009 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 und Absatz 7b SGB V bzw. § 91 Absatz 5 SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) zur Änderung der Richtlinie des G-BA zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) vom 20. Dezember 2007 (BAnz. 2008, S. 911) durchzuführen.

Den hierzu berechtigten maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung, den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie der Bundesärztekammer wird Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur folgenden beabsichtigten Änderung der SAPV-Richtlinie Stellung zu nehmen:

- I. In § 1 Absatz 1 Satz 1 werden hinter dem Wort „häuslichen“ die Wörter „oder familiären“ eingefügt.
- II. In § 1 werden nach Absatz 1 folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 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 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 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.“

III. In § 2 werden die Ziffern zu Spiegelstrichen. In Spiegelstrich 2 werden die Wörter „in stationären Pflegeeinrichtungen (§72 SGB XI)“ ersetzt durch die Wörter „anden in § 1 Abs. 2 und 3 genannten Orten“.

IV. § 5 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(2) ¹SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind.“

V. In § 7 Abs. 1 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefasst:

„in der Regel jedoch längstens für 7 Tage“

VI. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Siegburg, den 12. August 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

5.4.2 Organisationen mit Stellungnahmeberechtigung

Folgende Organisationen besaßen zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens als maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14, Abs. 7b S. 1 SGB V eine anerkannte Stellungnahmeberechtigung vor abschließenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den SAPV-Richtlinien:

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
Bundesverband Kinderhospiz e. V.
Deutscher Kinderhospizverein e. V.
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Deutsche Hospiz Stiftung
Deutscher Pflegerat e. V.

Folgende Organisationen besaßen zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14, Abs. 7b S. 1 SGB V i. V. m § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V als Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene eine anerkannte Stellungnahmeberechtigung vor abschließenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den SAPV-Richtlinien:

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (bapp) (Stellungnahmeberechtigung auf Beschlüsse mit psychiatrischen Aspekten beschränkt)
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.)
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK)
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e. V. (DBfK)
Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

5.4.3 Anschreiben an die zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen (maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung) nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14, Abs. 7b S. 1 SGB V

An die stellungnahmeberechtigten
Organisationen
(siehe Verteiler: maßgebliche Organisationen der Hospizarbeit
und der Palliativversorgung)



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Datum:
16. Oktober 2009

SAPV-Richtlinie: Stellungnahmeverfahren vor einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinien-Änderung – Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat in seiner Sitzung am 12. August 2009 beschlossen, das nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 und Abs. 7b SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA vorgesehene Stellungnahmeverfahren vor der abschließenden Entscheidung über die Änderung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) einzuleiten.

Der Beschluss des G-BA, aus dem die vorgesehenen Änderungen der Richtlinie hervorgehen, und die Beschlussbegründung („Tragende Gründe“) sind beigefügt. Aus den „Tragenden Gründen“ erfahren Sie Hintergründe und Einzelheiten zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen.

Sie erhalten hiermit Gelegenheit, zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen bis zum

16. November 2009

Stellung zu nehmen. Mit Abgabe einer Stellungnahme erklären Sie sich bereit, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann. Ihre Stellungnahme richten Sie bitte (möglichst) in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mail-Adresse:

sapv@g-ba.de

Die SAPV-Richtlinie in ihrer bisher aktuellen Fassung (ohne vorgesehene Änderungen) können Sie im Internet unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ abrufen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen

5.4.4 Anschreiben an die zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 S. 2 SGB V (Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V)



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

An die stellungnahmeberechtigten
Organisationen
(siehe Verteiler: Spitzenorganisationen
der Pflegedienste auf Bundesebene
nach § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V

Datum:
07. Dezember 2009

SAPV-Richtlinie: Stellungnahmeverfahren vor einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinien-Änderung – Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat in seiner Sitzung am 12. August 2009 beschlossen, das nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 und Abs. 7b SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA vorgesehene Stellungnahmeverfahren vor der abschließenden Entscheidung über die Änderung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) einzuleiten.

Der Beschluss des G-BA, aus dem die vorgesehenen Änderungen der Richtlinie hervorgehen, und die Beschlussbegründung („Tragende Gründe“) sind beigefügt. Aus den „Tragenden Gründen“ erfahren Sie Hintergründe und Einzelheiten zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen.

Sie erhalten hiermit Gelegenheit, zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen bis zum

7. Januar 2010

Stellung zu nehmen. Mit Abgabe einer Stellungnahme erklären Sie sich bereit, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann. Ihre Stellungnahme richten Sie bitte (möglichst) in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mail-Adresse:

sapv@g-ba.de

Die SAPV-Richtlinie in ihrer bisher aktuellen Fassung (ohne vorgesehene Änderungen) können Sie im Internet unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ abrufen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen

5.4.5 Anschreiben an die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 5 SGB V



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Bundesärztekammer
Frau Dr. Klakow-Franck
Dezernat III
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Datum:
16. Oktober 2009

SAPV Richtlinie: Stellungnahmeverfahren vor einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinien-Änderung – Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat in seiner Sitzung am 12. August 2009 beschlossen, das nach § 91 Abs. 5 SGB V i. V. m. 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA vorgesehene Stellungnahmeverfahren vor der abschließenden Entscheidung über die Änderung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) einzuleiten.

Der Beschluss des G-BA, aus dem die vorgesehenen Änderungen der Richtlinie hervorgehen, und die Beschlussbegründung („Tragende Gründe“) sind beigefügt. Aus den „Tragenden Gründen“ erfahren Sie Hintergründe und Einzelheiten zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen.

Sie erhalten hiermit Gelegenheit, zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen bis zum

16. November 2009

Stellung zu nehmen. Mit Abgabe einer Stellungnahme erklären Sie sich bereit, dass diese im Rahmen der abschließenden Entscheidung des G-BA veröffentlicht werden kann.

Ihre Stellungnahme richten Sie bitte an

**Gemeinsamer Bundesausschuss
Dr. Sandra Carius
Postfach 1763
53707 Siegburg**

sowie (möglichst) in elektronischer Form als MS-Word-Datei an folgende E-Mail-Adresse:

sapv@g-ba.de

Die SAPV-Richtlinie in ihrer bisher aktuellen Fassung (ohne vorgesehene Änderungen) können Sie im Internet unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ abrufen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. Sandra Carius
Referentin

Anlagen

5.4.6 Erläuterungen für die Stellungnehmer

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor einer Entscheidung zur Änderung der SAPV-Richtlinie:

Anpassung an Gesetzesänderungen / Auflagen und Hinweise des BMG

Vom 12. August 2009

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-Richtlinie) zur Sicherung der Versorgung von Versicherten beschlossen, die – bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung – unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die als Leistungsgrundlage der SAPV dienende Vorschrift des § 37b Abs. 1 SGB V wurde mit Gesetz vom 17. März 2009 (Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz – KHRG) und mit Gesetz vom 17. Juli 2009 (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) geändert. Zudem hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seinem Schreiben nach § 94 Abs. 1 SGB V (Nichtbeanstandung) vom 14. Februar 2008 dem G-BA Hinweise und eine Auflage zur Änderung der Richtlinie erteilt. Dem entsprechend ist die SAPV-Richtlinie inhaltlich anzupassen.

Vor Entscheidungen des G-BA ist nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 und Abs. 7b SGB V den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung, den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung zu geben. Die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens erfolgt nach 1. Kapitel § 10 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO). Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (§ 33 Abs. 1 VerfO). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Änderung in § 1 Abs. 1 der Richtlinie und neu eingefügter Abs. 2

Mit Gesetz vom 17. März 2009 (Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz – KHRG) wurde § 37b Abs. 1 SGB V geändert. Die Änderung ist mit Wirkung zum 25. März 2009 in Kraft getreten und stellt inhaltlich die Zielrichtung der SAPV klar. Mit SAPV soll eine Versorgung in einer vom Betroffenen als Häuslichkeit empfundenen vertrauten Umgebung gewährleistet werden. Auch das familiäre Umfeld oder andere haushaltsähnliche Wohnformen sollen vor diesem Hintergrund als Häuslichkeit einzustufen sein (vgl. Gesetzesbegründung in der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 16/11429, S. 62).

Zum familiären Bereich i. S. d. Regelung nennt der geänderte § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V

in seinem 2. Halbsatz als beispielhafte Aufzählung Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (gem. § 55 SGB XII) und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (gem. § 34 SGB VIII).

Diese Aufzählung ist vom Gesetzgeber bewusst nicht abschließend gehalten worden, sondern soll ausweislich der Gesetzesbegründung auch die Erbringung von SAPV an anderen Orten, die als Häuslichkeit angesehen werden können, ermöglichen.

Die in § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgenommene Änderung bezüglich des familiären oder häuslichen Bereichs wurde in § 1 der SAPV-Richtlinie als Konkretisierung und Erweiterung des Begriffs des Leistungsortes umgesetzt. Hierfür war in § 1 Abs. 2 der Richtlinie der Begriff der „Häuslichkeit“ näher zu bestimmen.

Zur Vermeidung, dass es bei erbrachten SAPV-Leistungen nicht zu einer ungewollten Verlagerung der Kostentragungspflicht auf die gesetzliche Krankenversicherung kommt, stellt der in den § 37b Abs. 1 SGB V neu eingefügte Satz 4 klar, dass SAPV-Leistungen zu Lasten der GKV nur erbracht werden, wenn nicht ein anderer Leistungsträger zu deren Erbringung verpflichtet ist. Dem entsprechend wurde in die SAPV-Richtlinie ein Hinweis auf die Kostentragungspflicht nach § 37b Abs. 1 S. 4 SGB V aufgenommen.

2.2 Neu eingefügter Absatz 3 in § 1 der Richtlinie

Mit Gesetz vom 17. Juli 2009 (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) wurde in § 37b Abs. 1 SGB V nach Satz 3 ein neuer Satz 4 eingefügt. Die Änderung ist mit Wirkung zum 23. Juli 2009 in Kraft getreten. Sie stellt klar, dass der ärztliche Leistungsanteil der SAPV auch in stationären Hospizen erbracht werden kann. Dies gilt dann, wenn die ärztliche Versorgung, die in stationären Hospizen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wird, nicht ausreicht, das Leistungsziel der SAPV zu erreichen. Mit dem neuen Abs. 3 in § 1 wurde die Gesetzesänderung in der Richtlinie umgesetzt.

2.3 Auflage und Hinweise des BMG

In seinem Schreiben nach § 94 Abs. 1 SGB V vom 14. Februar 2008 hat das BMG seine Nichtbeanstandung zum Beschluss über die Erstfassung der SAPV-Richtlinie vom 20. Dezember 2007 mit der Auflage verbunden, dass der G-BA im Rahmen der nächsten Überarbeitung der Richtlinie in § 7 Abs. 1 den letzten Halbsatz wie folgt fasst: „in der Regel jedoch längstens für 7 Tage“.

In seiner Begründung führt das BMG aus, dass eine zeitliche Begrenzung der Verordnung grundsätzlich der Intention des Gesetzes entspreche, die das Verwaltungsrecht der Krankenhäuser als ein Element der nahtlosen Überleitung in die SAPV ansehe und nicht als Recht zur Dauerverordnung. Es sei 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 und SAPV erhält. In diesen Fällen sei es kaum zumutbar, nach 7 Tagen – u. U. in der akuten Sterbephase – noch eine Anschlussverordnung eines Vertragsarztes einzuholen.

Das BMG hat darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die Leistung nur durch Leistungserbringer abgegeben werden soll, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind (Palliative Care Teams). Der G-BA wurde gebeten, an geeigneter Stelle eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie vorzunehmen. Mit Änderung

des § 5 Abs. 2 der Richtlinie soll der Anregung des BMG nachgekommen werden. Im Interesse einer flexiblen Leistungserbringung unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen und vor dem Hintergrund, dass es nicht in der Kompetenz des G-BA liegt, den Aufbau der Versorgungsstrukturen zu steuern, wird der Begriff der „Palliative Care Teams“ nicht aufgeführt.

3 Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA VL	11.02.2009	Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V zur Kenntnis
UA VL	06.05.2009	Anpassung an Gesetzesänderung des § 37 b Abs. 1 Satz 3 SGB V und an die Auflage/Hinweise des BMG
AG Evaluation SAPV	02.07.2009	Anpassung der SAPV-Richtlinie an die Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V und an die Auflage und die Hinweise des BMG vom 14.02.2008
AG Evaluation SAPV	22.07.2009	Anpassung der SAPV-Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> - an die Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V – Einrichtungen der Eingliederungshilfe usw. - an die Gesetzesänderung des § 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V – stationäre Hospize - an die Auflage und die Hinweise des BMG vom 14.02.2008
UA VL	12.08.2009	Beschlussentwurf zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens vor Richtlinien-Änderung: Anpassung an Gesetzesänderung des § 37 b Abs. 1 SGB V und an die Auflage/Hinweise des BMG

Siegburg, den 12. August 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess