

Fragen und Antworten zur Palliativversorgung

Was bedeutet SAPV?

Die Abkürzung SAPV steht für „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“. Dabei handelt es sich um eine besondere palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung, die 2007 als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt wurde. Ihr Ziel ist es, die Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in vertrauter häuslicher Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Es geht darum, die Symptome und Leiden der Betroffenen zu lindern. Dabei stehen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen im Mittelpunkt der Versorgung.

Um eine Leistung nach SAPV abrechnen zu können, muss eine Verordnung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin vorliegen. Dieser Verordnung muss eine begründete ärztliche Entscheidung zugrunde liegen: Der bzw. die gesetzlich Versicherte muss an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, sodass die Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist. Zudem muss die bzw. der Erkrankte eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die auch im ambulanten Bereich erbracht werden kann.

Die SAPV kann im häuslichen Umfeld des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie, aber auch zum Beispiel als ärztliche Teilleistung in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, den erforderlichen ärztlichen Teil der SAPV-Leistung in einem stationären Hospiz durchführen zu lassen.

Wer erbringt SAPV?

Erbracht wird die SAPV durch speziell geschulte, multidisziplinäre Palliativ-Care-Teams. Sie setzen sich aus palliativmedizinisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, palliativpflegerisch qualifizierten Pflegekräften sowie weiteren qualifizierten Fachkräften zusammen.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Palliativ-Care-Teams gehören die Beratung und Behandlung bei medizinischen und pflegerischen Problemen wie beispielsweise Schmerzen, Atemnot, Angst, Verwirrung, aber auch Wundkomplikationen, Portversorgung oder der Einsatz von Schmerzpumpen. Dabei sind die Teams für ihre Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen rund um die Uhr erreichbar.

Wann begutachtet der Medizinische Dienst SAPV?

Krankenkassen sind nach § 275 Abs.1 SGB V in bestimmten Fällen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen – u.a. auch, um ggf. die Notwendigkeit eines SAPV-Einsatzes prüfen zu lassen. Die Krankenkassen entscheiden, in welchen Fällen und mit welcher konkreten Fragestellung sie den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung bezüglich SAPV beauftragen. Speziell geschulte ärztliche Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes führen in diesem Fall im Auftrag der Krankenkassen Einzelfallbegutachtungen durch. Die Krankenkassen erhalten als Ergebnis eine Empfehlung in Form einer sozialmedizinischen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes.

Bei der Frage, ob ein SAPV-Einsatz notwendig ist, ist gerade die Abgrenzung zu anderen Möglichkeiten der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung von großer Bedeutung: Mit der Einführung der SAPV als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2007 erhielt die Palliativversorgung eine immer größer werdende Bekanntheit. Dabei wurde die SAPV allerdings oft auch in Fällen verordnet, in denen andere Leistungen der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung zielführender gewesen wären.

Mit der Verabschiedung des „Gesetzes zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung“ im Dezember 2015, kurz Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), wurden bis 2019 zahlreiche Ergänzungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zur palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten eingebracht, bei denen die medizinischen Voraussetzungen zur Verordnung einer SAPV nicht vorliegen: So ist zum Beispiel eigens für diese Patienten eine neue Position mit dem Namen „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten“ in der „Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses“ geschaffen worden. Mit dieser Leistung können die Palliativpflegeteams bei Schwerstkranken mit häufig wechselnden und schwer beherrschbaren Symptomen bei akutem Bedarf schnell und kompetent die notwendigen Maßnahmen wechseln, ohne dass jede einzelne Maßnahme für sich neu beantragt und ärztlich verordnet werden muss. Der Maßnahmenwechsel erfolgt unter enger Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte. Mit dieser Leistung sollen auch Palliativpatientinnen und -patienten mit einem „komplexen Symptomgeschehen“, bei denen die Voraussetzungen zur Verordnung einer SAPV jedoch nicht vorliegen, maximal unterstützt werden, um ihre Lebensqualität weitestgehend zu verbessern bzw. zu erhalten und den Verbleib im häuslichen Umfeld zu gewährleisten.

Nach welchen Vorschriften wird begutachtet?

Basis jeder Beurteilung bilden die gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien. Im Fall der Prüfung einer SAPV-Verordnung sind insbesondere die beiden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von SAPV und zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege sowie die „Begutachtungsanleitung (BGA) Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung und stationären Hospizversorgung“ des GKV-Spitzenverbands, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sowie der Medizinischen Dienste zu berücksichtigen.

In der „Richtlinie zur Verordnung von SAPV“ („SAPV-RL“) hat der G-BA Näheres über die Verordnung und den Inhalt von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung geregelt. SAPV-Leistungen können demnach nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die dort definierten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Richtlinie zur Verordnung von SAPV wird derzeit im G-BA überprüft und soll voraussichtlich im vierten Quartal 2022 in überarbeiteter Form in Kraft treten. Zusätzlich werden zwischen den Kostenträgern (hier GKV-SV und Kassenverbänden) und Leistungserbringern (Pfleger- und Wohlfahrtsverbänden) Rahmenempfehlungen hierzu geschlossen, die die Umsetzung der SAPV-Leistungen und getrennt hiervon auch die der Hospizleistungen regeln.

Die „BGA Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung und stationären Hospizversorgung“ soll eine einheitliche Begutachtung durch die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sicherstellen. Sie ist für die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste sowie für die Krankenkassen verbindlich. Die BGA SAPV wurde vom GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene sowie den Medizinischen Diensten erarbeitet und zuletzt im Februar 2019 vom GKV-Spitzenverband in einer aktualisierten Fassung als Richtlinie erlassen und gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Bund herausgegeben. Sie steht als **Download** auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund zur Verfügung.

Wie läuft eine Begutachtung konkret ab?

Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, im Auftrag der Krankenkassen zu prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen zur Erbringung von SAPV-Leistungen im Einzelfall vorliegen. Der Medizinische Dienst begutachtet auf Basis umfassender Unterlagen, oft auch mithilfe zusätzlicher Fragebögen. Nur in ganz besonderen Einzelfällen sieht die BGA auch eine persönliche Begutachtung vor.

Bei der Begutachtung einer SAPV-Verordnung werden zwei Aspekte geprüft, die beide erfüllt sein müssen:

1. Die Erkrankung der bzw. des Versicherten ist tatsächlich nicht heilbar, fortschreitend und so weit fortgeschritten, dass dadurch die Lebenserwartung der bzw. des Versicherten begrenzt ist.
2. Die bzw. der Versicherte benötigt eine besonders aufwändige Versorgung, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant erbracht werden kann.

Wichtig bei der Begutachtung von SAPV-Leistungen ist insbesondere ihre Abgrenzung zu anderen ambulanten Leistungen der Palliativversorgung. Dabei ist das Vorhandensein eines Bedarfs nach einer besonders aufwändigen Versorgung das wesentliche Kriterium. Zentrale gutachterliche Aufgabe ist es daher, zu überprüfen, ob der Bedarf nach dieser besonders aufwändigen Versorgung besteht. Dieser ist dann anzunehmen, wenn zum einen die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes

nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele wie die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Zum anderen muss die bzw. der Versicherte komplexe Krankheitssymptome aufweisen, deren Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Therapiekonzept erfordert.

Im Interesse der Versicherten, die auf eine schnelle umfassende palliative Versorgung angewiesen sind, muss die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst innerhalb eines klar eingrenzten Zeitrahmens erfolgen: Das Patientenrechtegesetz räumt den Gutachterinnen und Gutachten der Medizinischen Dienste eine Frist von 21 Tagen für die Begutachtung bei SAPV und stationären Hospizversorgung ein.

Stand: März 2022