



Die Verantwortung der Medizinischen Dienste

Wer an einer unheilbaren fortschreitenden Erkrankung leidet und eine begrenzte Lebenserwartung hat, hat Anspruch auf eine palliative Versorgung. Dabei wird zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten unterschieden. In vielen Fällen beauftragen die Krankenkassen die Medizinischen Dienste mit einer Begutachtung.

GESETZLICH KRANKENVERSICHERTE, die unter einer unheilbaren, fortschreitenden und fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten leiden und gleichzeitig eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf SAPV-Leistungen. Anders als bei anderen ambulanten Versorgungsformen ist bei der Verordnung von SAPV die besonders aufwendige Versorgung wesentliche Voraussetzung. Es muss ein komplexes Symptomm Geschehen vorliegen, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Therapiekonzept erfordert. SAPV-Leistungen werden von einem Team aus Palliativmedizinern und Palliativpflegefachkräften nach einem festgelegten Konzept erbracht, bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen miteinbezogen.

Hilfe im Team

Das Team kommt regelmäßig (auch in Notfällen, auch nachts) zum Patienten nach Hause, berät ihn, seine Angehörigen, gegebenenfalls auch den Hausarzt, koordiniert die palliative Versorgung, übernimmt die Symptomkontrolle, passt engmaschig medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen an, unterstützt psychosozial. So ist es möglich, Schwerstkranke und Sterbende auch bis zu ihrem Tod im gewohnten Umfeld (Häuslichkeit, Pflegeheim etc.) zu versorgen.

Sind alle Anforderungen erfüllt?

Die SAPV wurde 2007 im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WStG) als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt, um die Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen.

Das medizinisch-pflegerische Ziel, Symptome und Leiden zu lindern, um die Lebensqualität des Betroffenen zu verbessern, damit der sterbende Mensch ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende erfahren kann, verfolgt auch die stationäre Hospizversorgung. Deren Anspruch ist im SGB V §39a geregelt. Näheres findet sich in der Rahmenvereinbarung.

Aus der Praxis

»Die Krankenkassen entscheiden, in welchen Fällen und mit welcher Fragestellung sie den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung beauftragen. Dann ist die ärztliche Verordnung über die SAPV oder der Antrag auf eine stationäre Hospizversorgung mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich«, erklärt Dr. Carmen-Johanna Steiger, Ärztliche Gutachterin beim Medizinischen Dienst Nord.

Damit die Begutachtung nach einheitlichen Kriterien erfolgt, orientieren sich die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter an der Begutachtungsanleitung (BGA) »Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung« (Richtlinie nach §282 SGB V), deren aktualisierte Fassung im Februar 2019 vom GKV-Spitzenverband verabschiedet wurde. Sie erläutert insbesondere die medizinischen Anspruchskriterien bei SAPV und stationärer Hospizversorgung und stellt die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen dar. Die BGA ist für die Gutachterinnen und Gutachter und die Krankenkassen verbindlich.

»Gerade wenn es um die Begutachtung bei Schwerstkranken und Sterbenden geht, ist es wichtig, dass wir mit besonderem Fachwissen, Erfahrung und Sensibilität auf jeden einzelnen Fall schauen«, sagt Carmen-Johanna Steiger. In fast



Dorothee Buschhaus ist
Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.
d.buschhaus@mds-ev.de

allen Fällen begutachtet der Medizinische Dienst auf Basis umfassender Unterlagen, oft auch mithilfe zusätzlicher Fragebögen. Nur in ganz besonderen Einzelfällen sieht die BGA auch eine persönliche Begutachtung vor. »Und natürlich setzen wir immer alles daran, im Interesse der Betroffenen möglichst schnell zum Ergebnis zu kommen«, so Steiger. »Wie schnell das gelingt, hängt vor allem davon ab, ob die Unterlagen vollständig oder noch Nachfragen bei den behandelnden Ärzten notwendig sind. Es gibt Gutachten, die sind innerhalb weniger Tage vom Tisch, andere bedürfen mehrerer Rückfragen, bleiben aber trotzdem bei uns meist deutlich unter den 21 Tagen, die uns das Patientenrechtegesetz für die Begutachtung bei SAPV und stationärer Hospizversorgung einräumt«, sagt Steiger.

Und was prüft der Medizinische Dienst nun ganz konkret? Bei der Begutachtung einer SAPV-Verordnung werden zwei große Bereiche angeschaut, die beide erfüllt sein müssen: die Anforderungen an die Erkrankung (fortgeschritten, fortschreitend, lebensverkürzend) und die Notwendigkeit der besonders aufwendigen palliativen Versorgung. Bei einer Tumorerkrankung zum Beispiel ist die Diagnose allein nicht ausreichend. Der Arzt muss auch angeben, in welchem Stadium die Erkrankung ist, ob es Metastasen und welche Symptome es gibt.

Zu schnell und zu lange?

»Als die SAPV 2007 startete, gab es viele Nachfragen und noch mehr Verordnungen, obwohl SAPV erklärtermaßen nur für sehr spezielle Fälle vorgesehen ist«, sagt die Palliativärztin. Genau das muss auch heute noch immer wieder erklärt werden: Wo sind die Grenzen zwischen sogenannter allgemeiner ambulanter palliativer Versorgung, die nicht konkret definiert ist, und der SAPV? Dass die BGA hier für Klarstellung sorgt und konkrete Kriterien benennt, bewertet sie positiv und ergänzt: »Ich habe seit 2008 viele Schulungen gemacht – für Mitarbeitende, für Krankenkassen, aber auch für SAPV-Teams und Hospize. Anfangs war da eine große Unsicherheit: Viele Ärzte haben zu schnell SAPV verordnet, weil sie dachten, ich kann mich nicht so intensiv um meinen Patienten kümmern, ich kann abends nicht da sein, kann am Wochenende keine Hausbesuche machen. Vielen war auch nicht klar, dass eine SAPV-Verordnung nicht als Dauerlösung gedacht ist. Sie ist nicht bis zum Tode notwendig, sondern kann auch enden, wenn sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat. Inzwischen haben alle Beteiligten dazugelernt.«

Drei Fragen an ...

Dr. Joan Elisabeth Panke, Seniorberaterin beim MDS (Palliativmedizinerin und Sozialmedizinerin)

Was hat sich neben der SAPV verbessert bei der Palliativversorgung?

Lange Zeit gab es neben der SAPV kaum Versorgungsstrukturen für Palliativpatientinnen und -patienten mit vergleichsweise wenigen, beherrschbaren Symptomen. Inzwischen ist das deutlich besser geworden. Denn der Gesetzgeber hat unter anderem neue Strukturen geschaffen, die es ermöglichen, zum Beispiel mit der Verordnung »Häusliche Krankenpflege« qualifizierte Pflegekräfte in die palliative Betreuung einzubinden. Statt unterschiedliche Einzelleistungen verordnen zu müssen, die im Verlauf der Behandlung immer wieder angepasst werden müssen, kann der behandelnde Arzt heute eine »ganzheitliche« Behandlung über eine Komplexleistung »Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten« verordnen. Das schafft deutlich mehr Flexibilität. Auch wurden Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt und Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste vermehrt genutzt. Das ermöglicht Patientinnen und Patienten, auf Wunsch sogar bis zum Tod in der Häuslichkeit bleiben zu können. Weiterer Vorteil: Pflegeheime werden befähigt, ihre Bewohner bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase individuell über die medizinisch-pflegerische Versorgung am Lebensende zu beraten.

Wie geht es konkret weiter?

Unter anderem wird gerade die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) überarbeitet. Hierfür werden drei verschiedene wissenschaftliche Forschungs- und Evaluationsprojekte ausgewertet. Bis alle Ergebnisse vorliegen, wird es aber noch dauern. Auch zu diesem Thema bringen wir uns als Medi-

zinischer Dienst in die Beratungen im G-BA ein. Außerdem steht der Abschluss der SAPV-Rahmenempfehlungen für Erwachsene und Kinder unmittelbar bevor. Das sind Rahmenverträge, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen auf der einen Seite und den Leistungsanbietern, den Pflege- und Wohlfahrtsverbänden auf der anderen Seite geschlossen werden und den individuellen Verträgen zwischen den jeweiligen Vertragspartnern zugrunde liegen. Wichtig ist, dass es getrennte Empfehlungen für Kinder und Jugendliche und Erwachsene geben wird, denn beide haben zum Teil unterschiedliche Bedarfe. Kinder und Jugendliche leiden zum Beispiel häufiger an schwierigen neurologischen Erkrankungen, und es dauert manchmal Jahre bis zum Tod. Trotzdem brauchen sie eine SAPV, weil sie komplexe Symptome haben, die das Leben verkürzen.

Was muss generell besser werden bei der Palliativversorgung?

Generell ist die Palliativversorgung viel differenzierter und flächendeckender geworden, aber die Leistungserbringer beklagen immer noch, dass qualifizierte Pflegekräfte fehlen. Also sollte man den Fokus auf die Ausbildung im Pflege- und Arztberuf legen und das Verständnis für dieses besondere und wichtige Themenfeld vorantreiben. Dazu gehört für mich auch, dass jede und jeder Neue im Team – auch in der Altenpflege – über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen fundierte Kenntnisse und Fähigkeiten ausbilden und vorweisen muss.