

**Begutachtungsanleitung Spezialisierte ambulante
Palliativversorgung (SAPV) des GKV-Spitzenverbandes als
Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 3 SGBV vom 12. Mai 2014
Kommentierung - SAPV für Erwachsene –**

Ziel dieser Ausarbeitung zur MDS-Begutachtungsanleitung ist es, sowohl den Teams, die sich in der Gründungsphase befinden, als auch den Teams, die schon in der Regelversorgung tätig sind, sowohl Anregungen bzgl. der Beantragung von SAPV-Leistungen als auch Hinweise für die tägliche Arbeit zu geben.

Sie soll und kann keine juristische Beratung ersetzen, sondern ist als Hilfestellung gedacht.

Grundsätzlich ist eine Vereinheitlichung der Begutachtungen zur Prüfung des Leistungsanspruches auf Leistungen der SAPV zu begrüßen. Anzumerken sei, dass dies unter anderem aufgrund der Heterogenität der SAPV-Strukturen, der allgemeinen Versorgungslandschaft und der unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Versorgungsverläufen, die sich im Betreuungszeitraum häufig ändern, eine Herausforderung ist.

Die Feststellung seitens der Herausgeber der MDS - Begutachtungsanleitung, dass sich die SAPV an die Palliativpatienten und deren sozialem Umfeld richtet, bei denen entweder die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Problemen den Einsatz eines SAPV-Teams notwendig machen, ist zu begrüßen. Die Krankenkassen können, zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragen, eine Beurteilung der Voraussetzungen vorzunehmen. Die Beurteilung des zukünftig erforderlichen Leistungsumfanges gestaltet sich als äußerst schwierig, da er sich im Laufe vieler Versorgungs verläufe häufig und sehr zeitnah ändert. Dass diese Herausforderung in der Begutachtungsanleitung Berücksichtigung findet ist sehr zu begrüßen. Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Palliativversorgung aus dem Jahre 2002, stehen hierbei das Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art im Vordergrund. Wir unterstützen ausdrücklich diese Definition, zeigt sie doch, dass die Indikation für Palliativversorgung mit dem Fokus auf Leidenslinderung gesehen werden sollte, egal ob körperlich oder psychisch. Diese Herangehensweise ist umso gewichtiger vor dem Hintergrund, dass im Rahmen einer Versorgung eines schwerkranken bzw. sterbenden Patienten im Laufe der Versorgung die kurativen Maßnahmen sich verringern und die palliativen Maßnahmen zunehmen. Eine Prüfung auf SAPV-Leistungspflicht der Krankenkassen mit dem Fokus auf Beendigung aller kurativen Maßnahmen wäre ethisch aus

Kommentierung zur MDS- Begutachtungsanleitung SAPV für Erwachsene

unserer Sicht nicht vertretbar. Vor diesem Hintergrund ist der Ansatz in der MDS-Begutachtungsanleitung, dass „alle Anforderungen an die Erkrankung und der gleichzeitig bestehenden Notwendigkeit einer besonders aufwändigen Versorgung“ ebenso wie der Ansatz, dass „anstelle eines kurativen Ansatzes das medizinisch-pflegerische Ziel einer einzelfallgerechten Steigerung der Lebensqualität durch Linderung von Symptomen und Leiden“ steht, in dieser Stringenz in der Versorgungsrealität ethisch nicht umsetzbar. Eine intermittierende Versorgung, wie sie in der Begutachtungsanleitung als Möglichkeit der Betreuung genannt wird, ist vor diesem Hintergrund ein Lösungsansatz, da sie eine Maßnahme darstellt, um auf den wechselnden Versorgungsbedarf zu reagieren.

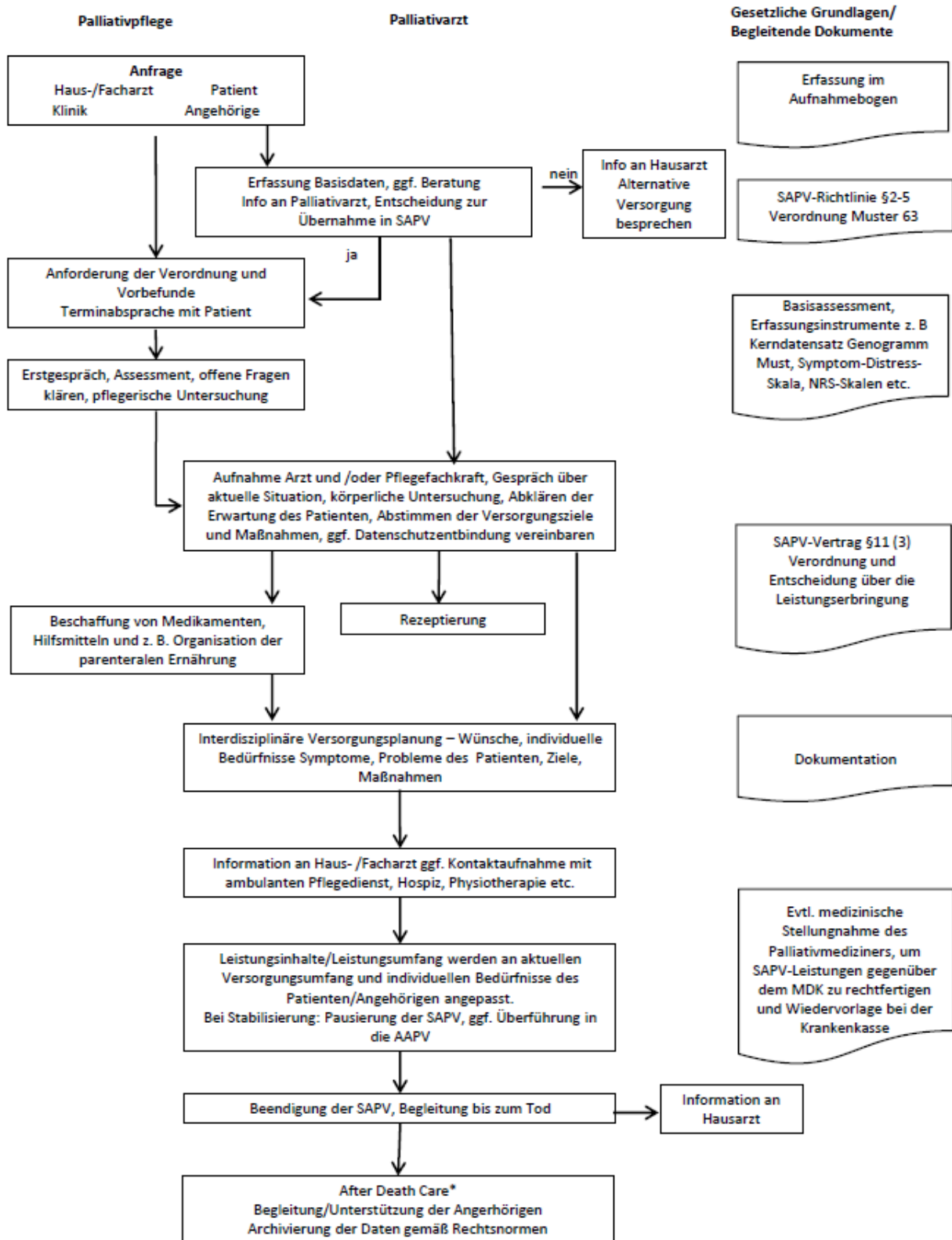
Sehr zu begrüßen ist der Hinweis, dass nicht ausschließlich onkologisch erkrankte Patienten sondern auch nicht-onkologisch erkrankte Patienten einen Anspruch auf Leistungen der SAPV haben, da dies in der täglichen Versorgung bisher eher weniger Beachtung im Genehmigungsverfahren der Krankenkassen findet.

Die Indikation der Leistungserbringung kann bei einigen Maßnahmen u. a. in der Tätigkeit an sich liegen, an der Zielsetzung der Tätigkeit oder vor Ort vorliegenden Versorgungsbedingungen begründet sein. Im Sinne des ganzheitlichen Behandlungsansatzes, wie in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zuletzt geändert am 15.04.2010 unter §3 Abs. 2 festgehalten, sollte die somatische Problematik und die psychosoziale Komponente eine gleiche Gewichtung erfahren.

Die in der Begutachtungsanleitung genannten Orientierungswerte bzgl. der Länge des Verordnungszeitraumes sollten lediglich als Richtwert in der Praxis dienen, damit es z.B. zum Jahreswechsel oder in Ferienzeiten nicht zu Versorgungsengpässen oder Unterversorgungen kommt. Diese sind bei diesem Patientenkontext zu vermeiden, da sie für den Patienten und sein soziales Umfeld eine extreme Belastungssituation darstellen.

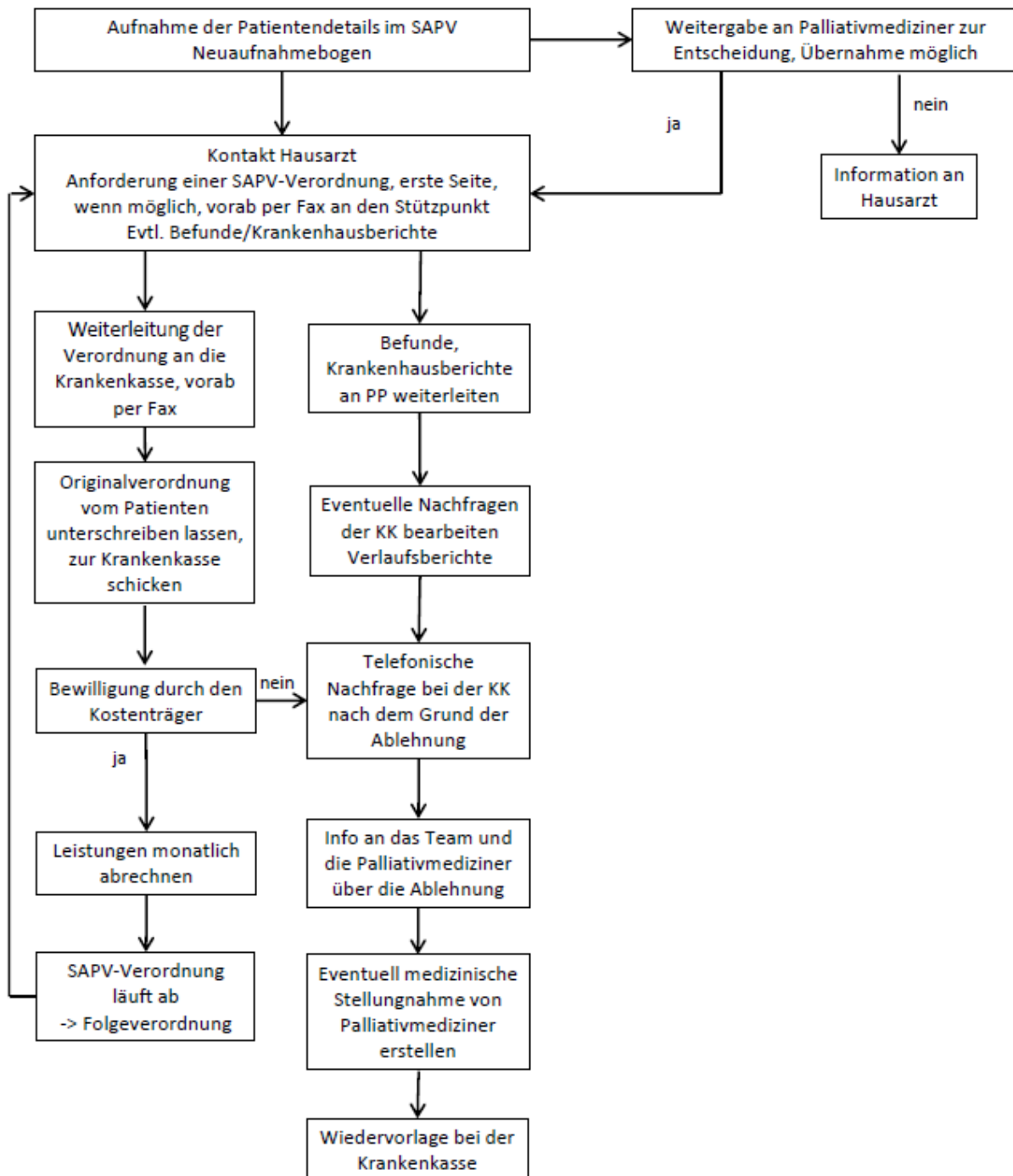
Die nachfolgenden Diagramme und die Checkliste sind beispielhaft und können aus unterschiedlichen Aspekten als Orientierungshilfe dienen.

Beispiel: Organisation der SAPV

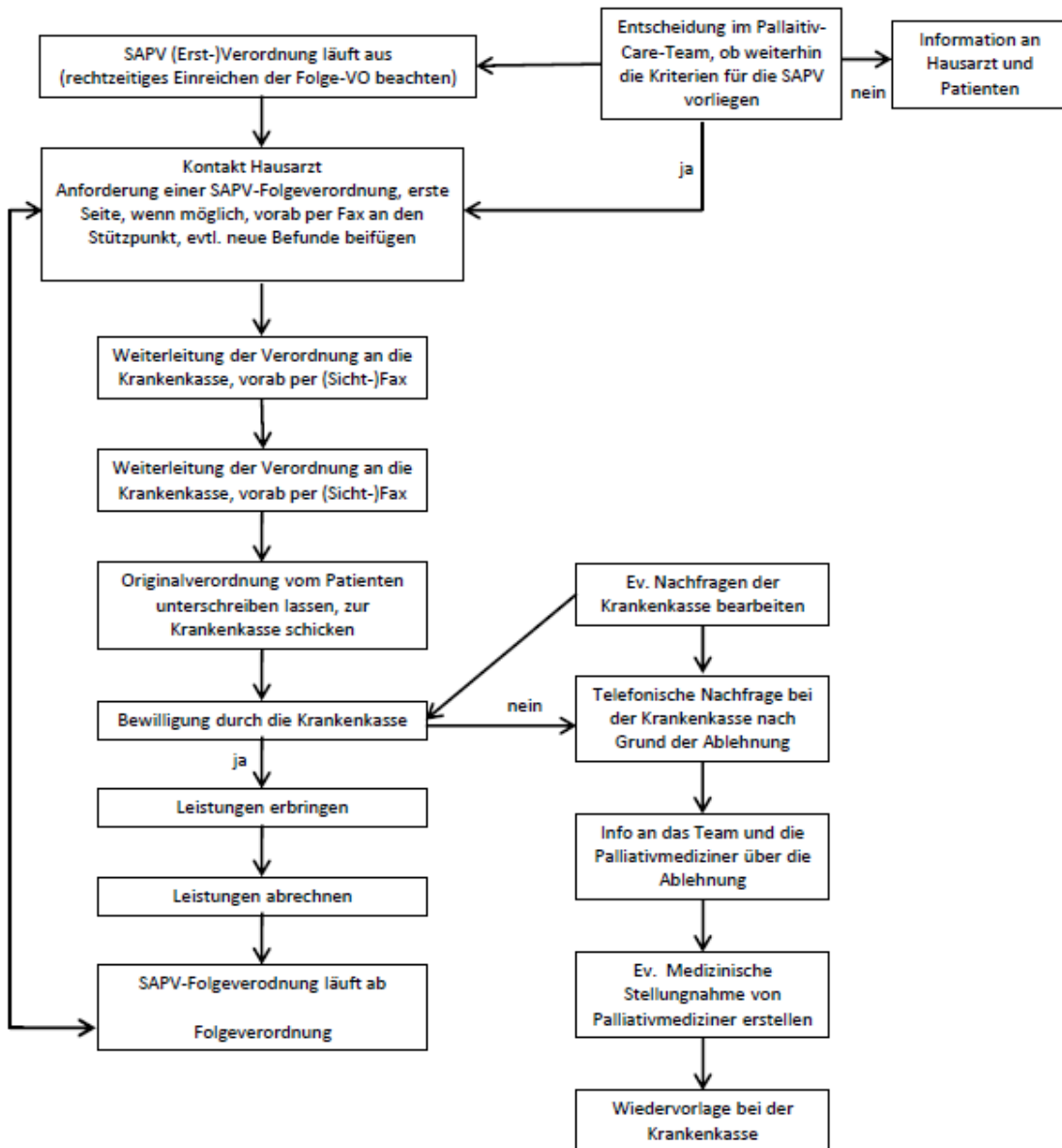


* nicht Bestandteil der SAPV

Beispiel -Organisation der administrativen Abläufe der SAPV



Beispiel: Organisation der SAPV-Folgeverordnung



Frage: Versorgung durch ambulantes Netz: Hausarzt/Pflege möglich (AAPV) oder was begründet die SAPV?

<p>1. Palliativmedizinisches Ziel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erhaltung und Förderung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> ✓ Erhaltung und Förderung der Selbstbestimmung <input type="checkbox"/> ✓ Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens bis zum Tod in vertrauter Umgebung (Haus, Pflegeheim, Hospiz) <input type="checkbox"/>
<p>2. Voraussetzung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit verkürzter Lebensdauer <input type="checkbox"/> ✓ Lebenserwartung n. ärztl. Einschätzung (Tage/ Wochen/ Monate) <input type="checkbox"/> ✓ Komplexes Symptomgeschehen (besonders aufwendige Versorgung) <input type="checkbox"/> ✓ Spezifi. palliativmediz./ palliativpfleg. Kenntnisse <input type="checkbox"/> ✓ Verbesserung/ Linderung quälender Symptomatik <input type="checkbox"/> ✓ Psychosoziale Betreuung <input type="checkbox"/> ✓ Nicht-Ausreichen der anderweitigen ambulanten Versorgungsformen <input type="checkbox"/>
<p>3. Verordnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verordnungsrelevante, leistungsbegründete Diagnosen: ✓ Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit verkürzter Lebensdauer <input type="checkbox"/> ✓ Mixed-pain Symptomatik <input type="checkbox"/>
<p>4. Leistungsinhalte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Beratung <input type="checkbox"/>; Koordination der Versorgung <input type="checkbox"/>; additiv <input type="checkbox"/> unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/>; vollständige Versorgung <input type="checkbox"/> ✓ Intermittierend <input type="checkbox"/>; durchgehend <input type="checkbox"/> ✓ Symptomlinderung <input type="checkbox"/>; Spez. palliativmed./palliativpfleg. Maßnahmen <input type="checkbox"/>; Psychosoziale Unterstützung <input type="checkbox"/> ✓ Individueller Behandlungsplan <input type="checkbox"/>; Beratung <input type="checkbox"/>; Anleitung <input type="checkbox"/> ✓ Begleitung <input type="checkbox"/>; individueller Behandlungsplan <input type="checkbox"/> ✓ Bedarfs- und Krisenintervention durch Sicherstellung eines 24 Std. Rufdienstes <input type="checkbox"/>; Fall- und Teambesprechung <input type="checkbox"/>

Einzelaspekte

I. Kooperationsvereinbarungen

Empfohlen wird die rechtliche Überprüfung z.B. über einen Juristen oder den Berufsverband in Bezug

- auf den jeweils gültigen SAPV-Vertrag
- auf allgemeinrechtliche Fragen

II. Anmerkung zum Vorgehen bei SAPV-Kostenablehnung seitens der Krankenkassen

Voraussetzung für einen Kostenübernahmeanspruch des Patienten gegenüber der Krankenkasse nach § 37b SGB V ist die Verordnung des Vertragsarztes mittels Muster 63 und eine Vorlage derselben bei der Krankenkasse. Eine zusätzliche Genehmigung der Krankenkasse, wie dies z.B. aus dem Bereich der HKP bekannt ist, ist vom Gesetzgeber nicht als Anspruchsvoraussetzung vorgesehen. Der von den Krankenkassen verwendete Begriff "Genehmigung" findet keine Verwendung in der zugrunde liegenden G-BA-Richtlinie. In dieser SABV-Richtlinie, mithin auf untergesetzlicher Ebene, ist allein ein Prüfungsrecht der Krankenkasse vorgesehen, keine Genehmigungserfordernis. Prüft die Krankenkasse nicht, sehen Gesetz und GB-A-Richtlinie die Fortgeltung der vertragsärztlichen Verordnung vor.

Für den Fall, dass die Krankenkasse, die Übernahme der weiteren Kosten ablehnt, steht dem Patienten ein Widerspruch gegen diese Entscheidung zu. Dieser Widerspruch hat mangels anderweitiger Regelung im Gesetz aufschiebende Wirkung. Damit gilt der ursprüngliche Leistungsanspruch des Versicherten für den Zeitraum des Widerspruchsverfahrens (und des sich ggf. anschließenden Klageverfahrens) fort.

Zu der Frage der Kostenübernahme für Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel während des laufenden Widerspruchsverfahrens für den Fall, dass dieses negativ endet, gibt es - soweit ersichtlich - noch keine Rechtsprechung im Bereich der SAPV. Daher sollte im Sinne des sichersten Weges erwogen werden, nach Verweigerung der "Genehmigung" durch die Krankenkasse, den Patienten nicht mehr im Rahmen der SAPV zu betreuen, sofern eine Betreuung auch in einer anderen Form rechtlich zulässig und medizinisch gerechtfertigt möglich ist, um einen sich anschließenden Rechtsstreit zu vermeiden. Die erforderlichen Medikamente etc. könnten sodann im Rahmen dieser ambulanten oder stationären Versorgung verordnet werden. Soll die

Betreuung im Rahmen der SAPV fortgesetzt werden, wäre aus Sicht der Leistungserbringer zu erwägen, mit den Patienten eine gesonderte Vereinbarung zur privatrechtlichen Erbringung der SAPV zu schließen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass der Abschluss einer solchen Vereinbarung nur unter Berücksichtigung strenger formaler Kriterien und einer umfassenden Aufklärung des Patienten rechtssicher möglich ist. Auch dann ist jedoch ein Widerspruch des Patienten gegen den Ablehnungsbescheid der Krankenkasse unbedingt anzuraten, da dieser andernfalls Rechtsgeltung erlangen würde. Schließlich ist im Fall einer geänderten medizinischen Sachlage (insb. Verschlechterung des Zustandes des Patienten) selbstverständlich auch jederzeit eine neuerliche Verordnung von SAPV durch einen Vertragsarzt möglich.“

Rechtsanwalt Torsten Nölling, Kanzlei WB-K Anfrage vom 21.05.2015

III. **Anmerkungen Off-Label/Beyond-Label-Einsatz**

„Besonderes Augenmerk ist in Bezug auf Fragestellungen dieser Art auf die Schnittstelle AAPV/SAPV bzw. SAPV/AAPV zu legen, da [außer bei reinen AAPV-Verträgen nach §73c] bei Verträge die nach aktueller Rechtslage auf Basis des §37b SGB V in Verbindung mit den entsprechenden Verträgen nach §132d SGB V geschlossen werden, die Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 72 ff. SGB V durchgeführt wird. Die aktuelle Situation in Westfalen-Lippe ist gesondert zu betrachten. Der dortige Rahmenvertrag zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KV WL findet keine gesetzliche Grundlage im SGB V. Die im Vertrag vorgesehenen Regressmöglichkeiten der Krankenkassen in entsprechender Anwendung der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung stehen daher auf tönernen Füßen und werden, soweit bekannt, bisher auch nicht genutzt. Haftungsrechtliche Fragen tangieren beide Bereiche gleichermaßen.“

Rechtsanwalt Torsten Nölling, Kanzlei WB-K Anfrage vom 21.05.2015

IV. **Privat Versicherte/Berufsgenossenschaft**

- rechtlicher Anspruch besteht zur Zeit nicht
- Anfrage der Kostenübernahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung wird angeraten
- Vor Klärung der Kostenübernahme mit der Versicherung ist die Erlaubnis des Patienten einzuholen

Kommentierung wurde auf Initiative der Expertengruppe der Hospiz- und Koordinierungsstelle des Landes Niedersachsen durch die unten genannten Mitglieder einer Arbeitsgruppe erstellt.

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren:

Klara Graf, Christina Hummeldorf, Thuine
Cora Schulze, Leer
Bettina Tews-Harms, Gifhorn

Glossar:

- After Death Care = Versorgung der Zugehörigen nach dem Tod des Patienten
- AAPV = allgemeine ambulante Palliativversorgung
- Assessment = Beurteilungsbogen
- Off-Label-/Beyond-Label = Einsatz eines zugelassenen Fertigmedikamentes außerhalb seiner Zulassung bzw. Erweiterung/Überschreitung der Zulassungskriterien
- DGS = Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin
- g-ba = Gemeinsamer Bundesausschuss
- Genogramm = piktografische Darstellung, die in der systemischen Familientherapie verwendet wird, um Familienbeziehungen, wiederkehrende Konstellationen und medizinische Vorgeschichte darzustellen
- GKV-Spitzenverband = Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- HKP = Häusliche Krankenpflege
- KV WL = Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- MDK = Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- MDS = Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- MUST = Malnutrition Universal Screening Tool
- Muster 63 = Formular zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- NRS = Numerische Rating Scala zur Erfassung des Schmerzes
- SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- SGB V = Sozialgesetzbuch 5
- VO = Verordnung
- WHO = Weltgesundheitsorganisation

Hinweise auf einige Leitlinien/Literaturquellen:

- DGS-PraxisLeitlinieSchmerzMedizin – Tumorbedingte Durchbruchschmerzen V2.0
- DGS-PraxisLeitlinieSchmerzMedizin – Tumorschmerz V2.0
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung - <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>
- PalliativeDrugs
<http://www.palliativedrugs.com/formulary/de/grundlagen-zur-arzneimittelauswahl-und-verordnung-in-der-palliativmedizin.html>
- „Aktuelle Rechtsfragen der Palliativversorgung“, Schriftenreihe Medizinrecht des Springer Verlags Heidelberg. Herausgeber: Albrecht Wienke, Kathrin Janke, Thomas Sitte und Toni Graf-Baumann. Erscheint: Herbst 2015