



Hausärztliche Tätigkeit und SAPV

Gemeinsame Empfehlung von DEGAM und DGP zu sinnvollen Abläufen der Zusammenarbeit

Insgesamt ist die Palliativversorgung gestuft aufgebaut, dies gilt auch für den ambulanten Bereich. Es sind – entsprechend der gesetzlichen Grundlage – drei Versorgungsebenen zu unterscheiden:

1. Primärversorgungⁱ
2. Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) bzw. besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (BQKPMV)ⁱⁱ
3. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungⁱⁱⁱ (SAPV)

Zwischen DEGAM und DGP besteht Einigkeit darin, dass der überwiegende Teil der Patient:innen einen palliativen Versorgungsbedarf in den ersten zwei Stufen benötigt und nur wenige einer Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bedürfen. Bei Betrachtung der derzeitigen Realität der Versorgung am Lebensende – im Kontrast zu in Umfragen geäußerten Wünschen – und des Bedarfs an palliativer Versorgung wird deutlich, dass insbesondere die palliative Primärversorgung und die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in den Blick genommen werden müssen. Hier sind sicherlich nicht nur eine Intensivierung der bisher vorhandenen Aktivitäten, sondern auch strukturelle Anpassungen erforderlich. Da nach der Verabschiedung des Bundesrahmenvertrages zur SAPV nun sukzessive die regionalen Anpassungen der bestehenden SAPV-Verträge erfolgen, ist erneut die SAPV besonders im Gespräch. Aus diesem Grund positionieren sich DEGAM und DGP jetzt in diesem Papier.

Nach den Vorgaben der SAPV-Richtlinie ergänzt die SAPV „das bestehende Versorgungsangebot“ und „...andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt“^{iv}. Im Kontrast hierzu bestehen durch Regelungen im KV-Bereich jedoch häufig Leistungsausschlüsse für die hausärztliche palliative Tätigkeit – unabhängig davon, durch wen die SAPV-Verordnung erfolgt ist. Für das Zusammenspiel von hausärztlicher Tätigkeit und SAPV konnten u.a. durch diese Leistungsausschlüsse oft keine tragfähigen und beide Seiten befriedigenden Regeln erarbeitet werden. Vor diesem Hintergrund soll in diesem Papier die Zusammenarbeit zwischen SAPV-Teams und Hausärzt:innen betrachtet werden.

Für eine lückenlose Patient:innenversorgung ist es unabdingbar, alle Stufen palliativer Versorgung im Blick zu behalten und diese noch besser aufeinander abzustimmen. Hierzu wird eine fachgesellschaftsübergreifende Arbeitsgruppe in Zukunft weitere Aspekte beleuchten.

In diesem gemeinsamen Positionspapier äußern sich beide Fachgesellschaften zunächst ausschließlich zur Zusammenarbeit von Leistungserbringern der SAPV und Hausärztinnen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen, ohne diese zu bewerten.

Zwei Bereiche der hausärztlichen Tätigkeit im Bezug zur SAPV sollten differenziert betrachtet werden:

1. Hausarzt/Hausärztin als Mitglied eines SAPV-Teams

Für Mitglieder des SAPV-Teams ist es zukünftig erforderlich, dass eine Tätigkeit von mindestens 13 Stunden vereinbart wird. Viele Kolleginnen und Kollegen sehen hierin ein Hindernis für die Tätigkeit als Mitglied eines SAPV-Teams. Eine zusätzlich zur hausärztlichen Tätigkeit vertraglich vereinbarte Tätigkeit in der SAPV von 13 Stunden wöchentlich ist jedoch neben einem vollen Versorgungsauftrag bundesweit möglich. Mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung muss regional abgeklärt werden, inwiefern auch eine darüberhinausgehende ärztliche Tätigkeit, z. B. als Mitglied des Kernteams eines SAPV-Teams, mit mindestens 18 Stunden wöchentlich neben einem vollen Versorgungsauftrag möglich ist. Bei einem 3/4 oder geringeren kassenärztlichen Versorgungsauftrag ist parallel hierzu eine Tätigkeit als Mitglied des Kernteams möglich, neben der fachlichen Qualifikation ist die strukturelle Einbindung in das SAPV-Team erforderlich.

2. Hausärztin/Hausarzt als Beteiligte/r der ambulanten Palliativversorgung, ohne Mitglied des SAPV-Teams zu sein:

- als Informationsgeber:in, erste:r Ansprechpartner:in für Patient:innen und SAPV-Team,
- als Bezugsperson und Vertrauensperson für den Patienten oder die Patientin und das soziale Umfeld am besten kennt,
- als Erstbehandler:in im Rahmen der palliativen Primärversorgung als hausärztliche:r Verordner:in,
- als Versorger:in im Rahmen der AAPV/BQKPMV,
- als Empfänger:in einer SAPV-Beratungsleistung,
- als eigenständige:r Akteur:in mit eigenverantwortlichen Anteilen im Rahmen einer Teilver-sorgung in Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team.

Für den zweiten Bereich sind folgende Dinge essenziell:

1. Hausärzt:innen sollten die Leistungserbringer der SAPV in ihrer Region (persönlich) kennen (regelmäßiger Austausch, Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, usw. > Netzwerk!).
2. Die Verordnung der SAPV soll durch den Hausarzt/die Hausärztin erfolgen, der/die einschätzen muss, ob die Leistungen der palliativen Grundversorgung oder AAPV ausreichend sind oder ob und in welchem Umfang ergänzend SAPV benötigt wird.
3. Wenn seitens des Krankenhauses eine SAPV-Versorgung nach der Entlassung geplant wird, sind die bisherigen Versorger:innen – insbesondere Hausarzt/Hausärztin und Pflegedienst sowie stationäre Pflegeeinrichtung – in die Entscheidungsfindung einzubeziehen bzw. zu informieren.
4. Die Verordnung der SAPV durch einen Krankenhausarzt/eine Krankenhausärztin im Rahmen des Entlassmanagements stellt keine Regelleistung dar. Sie sollte nur erfolgen, wenn eine hausärztliche Verordnung nicht möglich ist, z. B., weil es bisher keine hausärztliche Versorgung gab oder die Hausärztin/der Hausarzt nicht erreichbar ist.
5. Erfolgt die SAPV-Verordnung nicht durch die Hausärztin/den Hausarzt, ist diese/r oder ihre/seine Vertretung im Vorfeld von der/dem spezialistischen Verordner:in zu kontaktieren. Es muss die nicht fachspezifische Einschätzung des Hausarztes/der Hausärztin zu dem Patienten/der Patientin (Krankheitsgeschichte, Persönlichkeit, usw.), der Vorgeschichte und dem sozialen Umfeld eingeholt werden, um – vorzugsweise gemeinsam – die Entscheidungen zur weiteren palliativen Versorgung festzulegen.
6. In der Kommunikation zwischen Hausarzt bzw. Hausärztin/Krankenhaus/Spezialist:in bzgl. der Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation zur SAPV und deren Durchführung muss insbesondere abgestimmt werden:
 - die Aufgabenverteilung zwischen Hausärztin/Hausarzt, Spezialist:in und SAPV-Team, z. B. bezüglich der Verordnung von Medikamenten, Physiotherapie usw.,

- die verbindliche Klärung der Aufgabenbereiche im Falle der palliativen Primärversorgung oder der allgemeinen Palliativversorgung neben der spezialisierten Palliativversorgung,
- die Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin und An- und Zugehörigen (Aufklärung, Therapiezielfindung, Anpassung der Medikation usw.) sowie
- die Einbindung des Pflegedienstes und weiterer Beteiligter.
- Insbesondere im Rahmen der Teilversorgung mit nur anteiliger Übernahme der Behandlungsverantwortung durch das SAPV-Team bedarf es einer konkreten Abstimmung, welcher Bereich der palliativen Versorgung mit dem die SAPV rechtfertigenden „besonderen Versorgungsaufwand“ durch das SAPV-Team verantwortlich übernommen werden soll und in welchem Bereich die Behandlungsverantwortung im hausärztlichen Bereich verbleibt. Dies bezieht auch die Absprache über die Rufbereitschaft ein.
- Im Falle des Versterbens unter SAPV ist abzusprechen, wer die Todesbescheinigung ausstellt. Dies ist vorzugsweise im Vorfeld zu klären und wäre daran festzumachen, wer die Kausalkette am besten beurteilen kann.

Neben der patientenspezifischen Kommunikation bedarf es auch einer verbindlichen (regionalen) Klärung der gemeinsamen Vorgehensweise im Hospiz- und Palliativnetz. Mit gesicherter, kurzfristiger und verbindlicher Absprache unter den Akteur:innen ist eine gemeinsame Palliativversorgung möglich. Die verbindliche Klärung der Kommunikationswege ist essenziell. Zu vereinbaren sind z.B.:

- wechselseitige Erreichbarkeit von Hausärztin/Hausarzt, SAPV-Team und Krankenhaus,
- regelmäßige gegenseitige Information – vor allem bei Änderungen und Anpassungen der Palliativversorgung,
- Einbezug eines beteiligten Pflegedienstes in die Kommunikation,
- Berücksichtigung der Möglichkeit einer intermittierenden SAPV – insbesondere bei nicht onkologisch Erkrankten^v,
- Beachtung regionaler Versorgungsangebote, z.B. bei sozialrechtlichen Fragen.
- In Pflegeheimen und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bedarf es der besonderen Beachtung der lokalen Strukturen und der Einbeziehung der dortigen Mitarbeitenden.

Schlussbemerkung:

Die hausärztliche Betreuung wird auch neben der SAPV, selbst bei Vollversorgung, fortgeführt. Die Versorgung durch das SAPV-Team bezieht sich ausschließlich auf die spezialisierte Palliativversorgung, die übrigen Sozialleistungen bleiben davon unberührt. Auch wenn nicht-palliative Aspekte im Verlauf und angesichts des nahenden Todes immer mehr in den Hintergrund treten, muss die Kommunikation zwischen den Hausärzt:innen und den SAPV-Teams aufrechterhalten werden.

ⁱ § 27 SGB V/Abrechnung über EBM/Zulassung als Arzt/Ärztin, ansonsten keine weiteren Anforderungen zur Qualifikation etc.

ⁱⁱ § 87 1bSGB V/Abrechnung über Anlage 30 Mantelvertrag/Zulassung als Arzt/Ärztin und zusätzliche theoretische und praktische Erfahrung (z. B. 40 h Kurs für Ärzt:innen) kontinuierliche Weiterbildung in palliativmedizinischen Themen 8 Stunden jährlich, muss BtM Rezepte besitzen

ⁱⁱⁱ § 37 SGB V/ Abrechnung mit den Krankenkassen/Anforderung entsprechend Bundesrahmenvertrag-SAPV (Kernteam, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Team Leistung etc.)

^{iv} SAPV-Richtlinie § 1 Abs. 6

^v Pflegereport 2022 Seite 44

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-65204-6.pdf?pdf=button>

