

Konsenspapier

Allgemeine und Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Baden-Württemberg

Stand 10.11.2008

*Hg. Interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Moderation des
Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
Federführung: Krebsverband Baden-Württemberg e. V.*

Inhaltsverzeichnis

Autoren und Mitglieder der Arbeitsgruppe	3
Kapitel A	4
Ziele der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Baden-Württemberg	
Kapitel B	5
Grundprinzipien der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	
Kapitel C	7
Konsens zur Definition der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung / Benennung weiterer noch zu prüfender Bereiche	
Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung	7
Zielgruppe der zu versorgenden Patienten	8
Inhalt und Umfang der SAPV	8
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch Palliative Care Teams	9
Zusammenarbeit der Leistungserbringer	10
Personelle und sächliche Anforderungen an die Palliative Care Teams	12
Qualitätssicherung	14
Kapitel D	15
Leitfaden zur Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung und zur Implementierung von SAPV-Diensten in Baden-Württemberg	
Regionale Arbeitskreise der Palliativversorgung:	15
Teilnehmerkreis	16
Ressourcen	17
Koordination	18
Arbeitsplan	19

Autoren und Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Walter E. Aulitzky	Krebsverband Baden-Württemberg e.V., Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart
Prof. Dr. Hubert Bardenheuer	Zentrum für Schmerztherapie und Palliativmedizin der Universität Heidelberg
Bernhard Bayer	Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz
PD Dr. Gerhild Becker	Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer – CCC Freiburg, Leiterin der Palliativstation des Universitätsklinikum Freiburg, ATO Baden-Württemberg
Petra Beck	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
Ursula Bröckel	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.
Prof. Dr. Wolfram Brugger	Schwarzwald-Baar-Klinikum, ATO Baden-Württemberg
Dr. Gisela Dahl	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Harry Decker	Diakonisches Werk Baden
Dr. Peter Engeser	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Deutscher Hausärzte Landesverband Baden-Württemberg e.V. Palliativmedizinische Initiative Nordbaden
Dr. Gerhard Hege-Scheuing	Universitätsklinik Ulm, ATO Baden-Württemberg
Martina Lechler	Diakonisches Werk Württemberg
Monika Modner	Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg
Dr. Zoltan Molnar	Facharzt für Anästhesiologie
Dr. Franz Mosthaf	Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Prof. Dr. Oliver Opitz	Tumorzentrum Ludwig-Heilmeyer – CCC Freiburg, ATO Baden-Württemberg
Dr. Thomas Schlunk	Südwestdeutsches Tumorzentrum CCC Tübingen, ATO Baden-Württemberg
Rolf Schneider	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
Pfleger Thomas Schönberner	Brückenschwestern Stuttgart, ATO Baden-Württemberg
Rolf Seltenreich	
Annegret Thierhoff	Diakonisches Werk Württemberg
Dr. Johannes Warmbrunn	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
Birgit Wohland-Braun	Krebsverband Baden-Württemberg e.V.
Dr. Jürgen Wuthe	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Ziele der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Baden-Württemberg

Der Wert einer Gesellschaft lässt sich auch an dem messen, wie sie mit ihren unheilbaren bzw. sterbenskranken Mitgliedern und deren wichtigen letzten Bedürfnissen umgeht. Dazu gehört insbesondere der Wunsch in Frieden, mit möglichst wenig Schmerzen oder anderen Beschwerden und in der vertrauten Umgebung sterben zu dürfen.

Die ambulante Palliativversorgung soll daher als vorrangiges Ziel die Betreuung der Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen.

In der Rahmenrichtlinie zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) des gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Dezember 2007 sowie in den Empfehlungen der Spitzenverbände nach § 132 d Abs.2 SGB V vom 23. Juni 2008 wird diese Zielbestimmung für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung präzisiert.

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg stellt hierzu folgenden Konsens her:

In Baden-Württemberg sterben jährlich ca. 94.000 Menschen. Die große Mehrheit kann nach dem Konzept der allgemeinen Palliativversorgung betreut werden, während nach derzeitigen Abschätzungen eine kleinere Gruppe von bis zu 10% der schwer Erkrankten - bis zu 10.000 Personen pro Jahr - der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bedürfen.

Das oben genannte vorrangige Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V, nämlich schwer Erkrankten eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen, gilt sinngemäß auch als gleichrangiges Ziel der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.

Sowohl die allgemeine wie auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfolgt in Baden-Württemberg gleichermaßen flächendeckend, heimatnah, verlässlich, und qualitativ hochwertig. Dies gilt insbesondere auch für Kinder und Jugendliche mit den für sie häufig abweichenden Problemstellungen und Bedürfnissen. Dadurch sollen künftig bis zu 70% der an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und lebensbegrenzenden Erkrankung leidenden Patienten zu Hause bzw. in ihrer vertrauten Umgebung versterben können, sofern dies ihr ausdrücklicher Wunsch ist.

Bereits bestehende Strukturen der ambulanten Palliativversorgung werden vorrangig berücksichtigt, laufend fortentwickelt und nur wo erforderlich ergänzt.

Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird zugleich die allgemeine ambulante Palliativversorgung wo erforderlich gestärkt und ergänzt, um ihre Aufgabe erfüllen zu können.

Die erforderlichen ausreichenden und zweckmäßigen finanziellen Mittel zur Erreichung dieser Ziele werden zur Verfügung gestellt.

Grundprinzipien der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Einhaltung folgender Grundprinzipien bei der Etablierung und Organisation der allgemeinen und der speziellen ambulanten Palliativversorgung in Baden-Württemberg:

- 1.) die allgemeine und die spezielle ambulante Palliativversorgung orientieren sich gleichermaßen als wichtigstem Maßstab an den medizinischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen. Dieses Grundprinzip hat Vorrang vor anderen Zielen.
- 2.) die ambulante Palliativversorgung erfolgt flächendeckend und verlässlich. Dies gilt insbesondere auch in den Regionen des Landes mit niedrigerer Bevölkerungsdichte oder weiteren Anfahrtswegen zu den nächstgelegenen medizinischen Behandlungszentren sowie den Regionen, die bisher noch keine gewachsenen Strukturen der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung aufweisen. Die Verlässlichkeit der Versorgung belegt sich insbesondere in einer gleichermaßen guten Versorgung in den Abend- und Nachtstunden, an Wochenenden sowie bei besonders komplexen Behandlungsproblemen und seltenen Erkrankungen. Ein Palliative Care Team sollte eine regionale Zuständigkeit für einen definierten Versorgungsraum erhalten. Eine Orientierung an den Grenzen der Gebietskörperschaften (Landkreise Kreise, kreisfreie Städte) mit einer klaren Absprache sowie ggf. gegenseitige Aushilfe mit den benachbarten Teams wird empfohlen.
- 3.) die ambulante Palliativversorgung erfolgt subsidiär und komplementär. Das heißt die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung ergänzen einander und verdrängen nicht. Es gilt der Grundsatz, dass allgemeine ambulante Palliativversorgung so viel wie möglich erfolgt und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung dort zum Einsatz kommt, wo sie notwendig ist.
- 4.) die Palliativversorgung ist unter anderem aus ethischen Gründen kein Bereich, der sich für wettbewerbliche Strukturen eignet. Es ist daher kooperativ und nicht kompetitiv mit Haus- und Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, ambulanten und stationären Hospizdiensten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Rettungsdiensten, Kostenträgern etc. zusammen zu arbeiten.
- 5.) die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfolgt durch Dienste orientiert an der Konzeption eines Palliative-Care-Teams auf der Grundlage verbindlicher Vereinbarungen entsprechend der Empfehlungen zu § 132 d Abs.2 SGB V vom 23.06.2008 zusammengesetzt zu mindest aus qualifizierten Pflegefachkräften und Ärzten (multiprofessionell), zu denen im Bedarfsfall Angehörige weiterer Berufsgruppen hinzutreten (z.B. Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Seelsorger, Physiotherapeuten). Ambulante Hospizdienste sind entsprechend der Richtlinie zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als Kooperationspartner einzubeziehen.
- 6.) die Arbeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt qualitätsgesichert und evidenzbasiert. Die Teams, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erbringen, weisen daher ein System des internen Qualitätsmanagements auf und beteiligen sich an landes- beziehungsweise bundesweiten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Sie erstellen beziehungsweise verwenden interne Leitlinien, Verfahrensanweisungen (VA) oder Standard Operating Procedures (SOP) insbesondere für das Management häufiger belastender Probleme sowie der Schmerztherapie.

Diese Leitlinien / Verfahrensanweisungen / SOP berücksichtigen die beste derzeit verfügbare wissenschaftliche Evidenz und machen diese für ihre Benutzer kenntlich (Grad der Evidenz sowie Level der Empfehlung).

- 7.) die Vergütung der SAPV erfolgt pauschaliert nach Aufwandsstufen und Zeitdauer der Versorgung. Eine anreizorientierte Einzelleistungs-Vergütung, die insbesondere ökonomische Anreize für die Anwendung besonders aufwändiger Therapieverfahren setzt - zum Beispiel heimparenterale Ernährung, invasive Schmerztherapie - wird vermieden. Die Vergütung der Palliative Care Teams (PCT) in Baden-Württemberg erfolgt einheitlich und auf der Basis einer einheitlichen Berechnungsgrundlage. Die Leistungserbringer und die Kostenträger streben einen gemeinsamen Versorgungsvertrag mit jeweils einem Palliative Care Team pro Versorgungseinheit an.

Konsens zur Definition der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung / Benennung weiterer noch zu prüfender Bereiche

Die Arbeitsgruppe schlägt im Konsens folgende Definitionen der allgemeinen und der speziellen ambulanten Palliativversorgung in Baden-Württemberg vor und macht zu gleich deutlich, dass es einige noch zu prüfende Bereiche gibt:

Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung

Grundsätzlich ist bei Patienten mit palliativmedizinischem Betreuungsbedarf je nach Komplexität und Intensität der Beschwerden zu unterscheiden zwischen einer *allgemeinen* und einer *spezialisierten* Palliativversorgung.

Die allgemeine Palliativversorgung ist originärer Teil der Basisbetreuung, die im ambulanten Bereich z.B. durch niedergelassene Vertragsärzte und häusliche Krankenpflege sowie im stationären Bereich auf Allgemeinstationen von Krankenhäusern oder stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt und somit auch in den diesbezüglichen Abschnitten des SGB V und SGB XI implizit geregelt ist. Sie arbeitet grundsätzlich multiprofessionell und bezieht im Bedarfsfall ergänzende Dienste mit ein, z. B. Seelsorge, Hospizdienst, Sozialdienst, Physiotherapie, Psychotherapie und andere.

Erst wenn die Möglichkeiten der allgemeinen Palliativversorgung nicht ausreichen, sind zur Betreuung von Patienten mit komplexen und schwierig zu behandelnden Symptomen die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung subsidiär hinzuzuziehen.

Die allgemeine palliativmedizinische Versorgung im Gesundheitswesen erfolgt durch Fachkräfte, die nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, aber im Idealfall eine palliativmedizinische Basisqualifikation durch Fortbildungen erworben haben.

Die spezialisierte Palliativversorgung erfolgt durch Fachkräfte, deren vorwiegende Tätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht, d.h. durch eine Versorgungsqualität, die sich durch Spezialistenwissen der in der Versorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer auszeichnet.

Die spezialisierte Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatienten und Angehörige, bei denen die Intensität oder Komplexität der symptomatischen Belastung den Einsatz eines spezialisierten ambulanten oder stationären Palliativteams oder die Einweisung auf eine Palliativstation bzw. ein Hospiz erfordert.

Die Unterscheidung in verschiedene Ebenen einer allgemeinen sowie spezialisierten Palliativversorgung entspricht den Vorgaben, Empfehlungen des Ministerkomitees des Europarates [Rec 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, Geneva 2003].

Im Gesetzestext des GKV-WSG [Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007 Teil I Nr. 11, ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007; vgl. online-Version des Bundesanzeigers <http://www.bundesanzeiger.de>] wird die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) geregelt, da diese Leistung bisher nicht in dieser Weise erbracht und vergütet worden ist.

Die Aufgaben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bestehen dabei grundsätzlich sowohl in der *Beratung* der Leistungserbringer in der Primärversorgung als auch in der spezialisierten palliativpflegerischen und palliativmedizinischen *Betreuung* von Patienten, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll erreicht werden, dass auch schwerstkranken und sterbende Patienten mit besonders belastenden oder komplexen Symptomen, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, die z.B. durch die übliche pflegerische und ärztliche Betreuung in der häuslichen Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann und aus diesem Grunde eine Krankenhauseinweisung erfordern würde, die letzte Phase ihres Lebens möglichst in der vertrauten häuslichen Umgebung verbringen können.

Anspruch auf die SAPV haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI.

Die Aufgaben der spezialisierten Palliativversorgung erstrecken sich sowohl auf den einzelnen Behandlungsfall als auch auf das gesamte Netzwerk und umfassen dabei auch koordinierende Leistungen im Sinne von Fall-Management und System-Management.

Zielgruppe der zu versorgenden Patienten

Die Zielgruppe der zu versorgenden Patienten wird im Detail durch die SAPV-Richtlinie vom 20.12.2007 (BAnz Nr. 39 vom 11.03.2008, S. 911f) definiert. Zusammenfassend haben Versicherte Anspruch auf SAPV, wenn

- a) sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist **und**
- b) sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann

Inhalt und Umfang der SAPV

Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV wird im Detail durch die Richtlinie vom 20.12.2007 (BAnz Nr. 39 vom 11.03.2008, S. 911f) sowie die Empfehlungen zum § 132d SGB V vom 23.06.2008 definiert.

Die SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach §132d SGB V erbracht. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante primäre Versorgungsangebot durch Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste nicht ausreicht, um die Ziele nach §1 Abs. 2 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend erbracht werden als

- b) Beratungsleistung
- c) Koordination der Versorgung
- d) Additiv unterstützende Teilversorgung
- e) Vollständige Versorgung

Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.
Die Inhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die bei Bedarf auch rund um die Uhr zu erbringen sind, sind insbesondere:

- Koordination der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten und anderen Maßnahmen
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen, die nach Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z.B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch Palliative Care Teams

Die Leistungen der SAPV werden durch Palliative Care Teams erbracht, die durch verbindliche Vereinbarungen geregelte selbstständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Versorgungsauftrag darstellen.

Die Leistungen dieser Palliative Care Teams umfassen vor allem pflegerische und ärztliche Leistungsanteile, die von entsprechend qualifizierten Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachkräften erbracht werden.

Da die komplexe Symptomatik palliativmedizinisch zu betreuender Patienten und ihrer Angehörigen neben den medizinischen jedoch vielfach auch psychosoziale und spirituelle Bereiche berührt, ist eine multidisziplinäre Kompetenz der Palliative Care Teams erforderlich.

Die Leistungen der SAPV umfassen auch koordinierende Tätigkeiten im konkreten Einzelfall (Fall-Management) sowie organisatorische Tätigkeiten im übergeordneten Kontext (System-Management).

Für diese Leistung ist in der Struktur der neu zu formierenden ambulanten Palliative Care Teams ein Koordinator nötig, der im Sinne einer Leitstelle als Ansprechpartner in der Interaktion der verschiedenen Leistungserbringer fungiert und das Schnittstellen-Management im Gesamtsystem organisiert. Hier ist bei 250.000 EW und 230 zu erwartenden Betreuungsfällen von einem Bedarf von mindestens 1 Vollzeitstelle auszugehen, die grundsätzlich von einer Pflegefachkraft oder einem Sozialarbeiter wahrgenommen werden kann.

Der Leitstellenkoordinator ist dabei Teil des Palliative Care Teams und wird über die Finanzmittel zur SAPV finanziert, da er die Begleitung der Palliativpatienten gemäß § 37b Abs. 2 SGB V organisiert und koordiniert und dafür sorgt, dass die Hilfsangebote immer auf die je konkrete Bedürfnislage des kranken Menschen abgestimmt bleiben.

Der Leitstellenkoordinator übernimmt sowohl eine koordinierende als auch eine beratende Funktion. Er ist erster Ansprechpartner in der Regelarbeitszeit und koordiniert die im Einzelfall erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen im Sinne des Case-Managements. Weiterhin übernimmt er als erster Ansprechpartner die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden Ärzte sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie der Patienten und ihre Angehörigen.

Weiterhin obliegt dem Leitstellenkoordinator das Monitoring der patientenbezogenen Dokumentation durch die jeweiligen Leistungserbringer, die Organisation der psychosozialen Unterstützung und ggf. die Einschaltung weiterer Berufsgruppen wie Seelsorge, Sozialarbeit und Psycho(onko)logen im Sinne des System-Managements.

Durch den Leitstellenkoordinator ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

Zusammenarbeit der Leistungserbringer

Mit dem vorliegenden Leitfaden soll die Grundlage geschaffen werden, durch eine effektive Vernetzung örtlich bereits gewachsener Versorgungsstrukturen sowie einen wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung in Baden-Württemberg sicherzustellen und eine optimale medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung unheilbar kranker Patienten und ihrer Angehörigen auch in der letzten Lebensphase zu gewährleisten.

Für die anspruchsberechtigten Patienten soll eine qualifizierte spezialisierte ambulante palliativmedizinische Betreuung gewährleistet werden, um die Lebensqualität und die Selbstbestimmung der Patienten zu erhalten und - wann immer dies möglich und vom Patienten gewünscht ist – eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen bis zum Tod zu ermöglichen.

Gemäß der Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung bilden die Basis der ambulanten allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung wie bisher die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie die ambulanten Pflegedienste. Bei Patienten mit besonders komplexen bzw. therapieresistenten Symptomen und „besonders aufwändiger Versorgung“ sollen jedoch die ambulanten spezialisierten Palliative Care Teams eingebunden werden.

Ziel ist die Sicherstellung einer angemessenen bedarfsdeckenden und qualitätsgesicherten SAPV. Durch Bildung regionaler Versorgungsnetzwerke sollen sowohl Versorgungslücken wie Parallelvorhaltungen und Überkapazitäten vermieden werden.

Dabei sind je nach individueller Situation und örtlichen Gegebenheiten grundsätzlich verschiedene Formen der Zusammenarbeit denkbar.

Im Rahmen der SAPV kann die ärztliche und pflegerische Kompetenz der Palliative Care Teams grundsätzlich sowohl konsiliarisch eingebracht werden als auch in der direkten Patientenversorgung zum Tragen kommen.

Sichergestellt sein muss die jeweilige Rufbereitschaft in Krisensituationen. In Fällen, in denen die hauptverantwortliche ärztliche palliativmedizinische Versorgung des Patienten nach Absprache dem Palliative Care Team übertragen wurde, muss dieses Team die Rufbereitschaft gewährleisten.

Grundsätzlich bleibt der Patient, soweit er dies wünscht, weiter in der Behandlung seines Hausarztes eingebunden nach der Maßgabe „ergänzen, nicht verdrängen“.

In Baden-Württemberg ist ein entscheidender Baustein einer qualitativ hochstehenden spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Betreuung in einigen Bereichen bereits durch die schon seit 1990 an den Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten angesiedelten Brückenpflegekräfte[®] realisiert.

Da durch die an die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte angegliederten Brückenpflegekräfte[®] in Baden-Württemberg bereits seit über 10 Jahren eine relativ große Zahl an onkologischen Patienten mit speziellem palliativmedizinischen Versorgungsbedarf ambulant betreut wurde, ist bereits eine hohe Erfahrungskompetenz gewährleistet, so dass es sinnvoll erscheint, die in Baden-Württemberg bereits etablierte Einrichtung der Brückenpflege als Kristallisationskerne der neu zu formierenden ambulanten palliativmedizinischen Pflegedienste zur speziellen ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b Absatz 1 SGB V zu nutzen und, wo vorhanden, entsprechend qualifizierte Brückenpflegekräfte in die gemäß § 37b SGB V neu zu formierenden Palliative Care Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.

Die Betreuung auch nicht-onkologischer Patienten in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfordert dann ggf. auch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen bei den Brückenpflegekräften[®].

Ebenfalls einzubeziehen sind frei gemeinnützige Pflegedienste (z.B. Sozialstationen) sowie ambulante private Pflegedienste, sofern sie über entsprechend qualifizierte Mitarbeiter verfügen.

Über die Form von Gestellungen von entsprechend qualifizierten Mitarbeitern können so durch unterschiedliche regional vorhandene Leistungserbringer, wie z.B. in Zusammenarbeit von Brückenpflegekräften[®] mit Pflegekräften von Sozialstationen oder privaten Pflegediensten lokale Palliative Care Teams gebildet werden, die selbstständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Versorgungsauftrag darstellen und

die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Rahmen einer hauptamtlichen Tätigkeit mit Spezialistenstatus erbringen.

Um eine ggf. notwendige psychosoziale Betreuung palliativmedizinischer Patienten und ihrer Angehörigen zu ermöglichen, sollten psychosoziale Fachkräfte, z.B. Psycho(onko)logen oder niedergelassene Psychotherapeuten in die Palliative Care Teams zur SAPV vertraglich eingebunden werden. Dabei sind eine Zusatzweiterbildung im Bereich Palliative Care oder berufliche Erfahrungen in der Palliativversorgung wünschenswert.

Gegebenenfalls ist ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell anzustreben, das z.B. auch eine ambulante (Weiter-) Betreuung von Patienten und Angehörigen durch die psychoonkologischen Dienste der Palliativstationen bzw. der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte ermöglicht.

Neben den direkten Leistungserbringern im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind in das Netzwerk auch weitere Strukturen einzubeziehen wie stationäre palliativmedizinische Versorgungseinrichtungen (z.B. Palliativstationen und Hospize), Altenpflegeeinrichtungen, Ärztliche Notdienste, Notärzte sowie spezialisierte Apotheken (24-h-Sicherstellung der gesamten Infusionstherapie, künstlichen Ernährung und invasiven Schmerztherapie, ggf. incl. der dazu benötigten Medizintechnik).

Die stationären Einrichtungen, insbesondere Palliativstationen und stationäre Hospize, sind integraler Bestandteil des Netzwerkes palliativmedizinischer Versorgung, da selbst bei optimaler Betreuung nicht jeder Patient in der letzten Phase seiner Erkrankung ausreichend in der ambulanten Umgebung behandelt werden kann und bei schwer beherrschbaren Symptomen eine (ggf. vorübergehende) stationäre Betreuung im Hospiz oder auf der Palliativstation erforderlich werden kann. Durch Einbeziehung der regional vorhandenen Palliativstationen kann ein organisatorisch vereinfachter Zugang zu stationären Palliativbetten („stationäres Hinterland“) gewährleistet werden, der bei der Betreuung von Patienten mit speziellem palliativmedizinischem Betreuungsbedarf intermittierend notwendig werden kann.

Die ehrenamtliche Hospizarbeit stellt eine wichtige Säule in der Betreuung unheilbar kranker und sterbender Menschen dar. Daher arbeiten PCTs mit den ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39 Abs. 2 SGB V in der Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen eng zusammen und schließen über die Zusammenarbeit eine Kooperationsvereinbarung. Die Koordinationskraft des kooperierenden Hospizdienstes nimmt regelmäßig an den Dienstbesprechungen des PCT teil und an Fallbesprechungen, wenn Patienten gemeinsam betreut werden.

Personelle und sächliche Anforderungen an die Palliative Care Teams

Die Palliative Care Teams stellen als selbstständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Versorgungsauftrag sicher, dass für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung das erforderliche Personal zur Verfügung steht.

Dabei muss durch die Palliative Care Teams an allen Tagen eine telefonische 24-h-Erreichbarkeit für Patienten, bei denen eine SAPV-Verordnung vorliegt sowie deren Angehörige, aber auch für Rettungsdienste und andere an der Primärversorgung beteiligte Institutionen gewährleistet werden.

Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegefachkraft und eines Arztes ist zu gewährleisten.

Die Verfügbarkeit umfasst auch das umgehende Aufsuchen eines Patienten im Falle einer Anforderung

Dabei ist für das Flächenland Baden-Württemberg eine Hilfsfrist von 120 Minuten nach telefonischem Erstkontakt anzustreben.

Die SAPV-Leistungen erbringenden Mitarbeiter der Palliative Care Teams müssen eine besondere palliativmedizinische Qualifikation im Sinne von Ausbildungs- und Erfahrungskompetenz nachweisen.

Palliativmedizinisches Spezialwissen ist bei den an der Patientenversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nachzuweisen durch die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sowie durch Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten innerhalb der letzten 3 Jahre oder durch eine mindestens 1-jährige klinische palliativmedizinische Tätigkeit, z.B. auf einer Palliativstation in einem Krankenhaus mit Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin oder einem stationären Hospiz innerhalb der letzten 3 Jahre, oder durch eine mindestens 1-jährige Erfahrung in einer onkologischen Schwerpunktpraxis mit Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin. Den Vertragspartnern ist die Möglichkeit zu eröffnen, entsprechend der regional gegebenen Besonderheiten befristete Übergangsregelungen für die - die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ ergänzenden - ärztlichen Qualifikationsbestimmungen zu vereinbaren.

Palliativmedizinisches Spezialwissen ist bei den an der Patientenversorgung teilnehmenden Pflegefachkräften nachzuweisen durch die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger(in) / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in) / Altenpfleger(in) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung. Weiterhin sind eine zertifizierte und nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gestaltete Palliative Care Fachweiterbildung von mindestens 160 Stunden (Ausbildungskompetenz) sowie eine mindestens 2-jährige pflegerische Berufserfahrung, davon mindestens eine sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachzuweisen.

Berufserfahrungen als Brückenpflegekraft[®] können als Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Palliativversorgung angerechnet werden.

Der/die Leitstellenkoordinator/in muss über palliativmedizinisches oder palliativpflegerisches Spezialwissen verfügen. Dieses ist z.B. durch eine zertifizierte und nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gestaltete Palliative Care Fachweiterbildung von mindestens 160 Stunden (Ausbildungskompetenz) sowie eine mindestens 2-jährige pflegerische Berufserfahrung, davon mindestens eine sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachzuweisen.

Den Vertragspartnern ist die Möglichkeit zu eröffnen, entsprechend der regional gegebenen Besonderheiten befristete Übergangsregelungen für die eine Palliative Care Fachweiterbildung ergänzenden Qualifikationsbestimmungen für Pflegefachkräfte zu vereinbaren.

Sofern weitere Fachkräfte, z.B. Psychologen oder Sozialarbeiter in das Palliative Care Team eingebunden werden, haben diese ebenfalls eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Berufserfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

Zum Nachweis der Qualifikation wird für neu eingerichtete Palliative Care Teams eine Nachqualifizierungs-Frist von 24 Monaten nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen nach § 132 d eingeräumt.

Für den Zeitraum der Nachqualifizierung muss jedoch gewährleistet sein, dass die ärztliche Leitung des Palliative Care Teams sowie mindestens eine Pflegekraft bereits vollumfänglich im Besitz der geforderten Qualifikationen sind.

Als selbstständige Organisationseinheiten müssen die Palliative Care Teams über geeignete Räumlichkeiten mit einer eigenständigen Adresse für Beratungsarbeit, Dokumentation, Lagerhaltung, Teamsitzungen und Besprechungen sowie über eine eigene Telefonnummer verfügen.

Gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (BAnz. Nr. 39 vom 11.03.2008, S. 911) ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen. Weiterhin ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

Durch das Netzwerk wird sichergestellt, dass die notwendige Versorgung der Patienten mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln je nach Bedarf gewährleistet ist. Dazu werden durch das Netzwerk für das Krisenmanagement palliativmedizinischer Symptome notwendige Arzneimittel (incl. Betäubungsmittel) und Hilfsmittel für den notfallmäßigen Einsatz vorgehalten. Für Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist eine den Vorschriften entsprechende Lagerungsmöglichkeit („BTM-Schrank“) erforderlich.

Qualitätssicherung

Die Palliative Care Teams arbeiten grundsätzlich nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegtem Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (incl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung der Palliative Care Teams in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind.

Eine kontinuierliche Qualität der Versorgung soll gesichert werden durch eine standardisierte Dokumentation der spezialisierten Palliativversorgung, durch kontinuierliche interne und externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (min. 2 x/Jahr) sowie durch Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln, sektorenübergreifende interdisziplinäre Palliativkonferenzen und eine regelmäßige Supervision für die Mitarbeiter.

Leitfaden zur Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung und zur Implementierung von SAPV-Diensten in Baden-Württemberg

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg schlägt für die Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung und zur Implementierung von SAPV-Diensten in Baden-Württemberg folgendes Vorgehen vor:

Es wird angestrebt, innerhalb von 2 Jahren eine landesweite und flächendeckende Versorgung mit qualifizierten ambulanten Palliative Care Teams zu erreichen und danach eine erste Evaluation durchzuführen.

Regionale Arbeitskreise der Palliativversorgung

Ziel sollte dabei sein, ein flächendeckendes Netz von regionalen Arbeitskreisen der Palliativversorgung zu errichten, die künftig die Arbeit der jeweiligen Palliative Care Teams begleiten und zugleich die allgemeine Palliativversorgung stärken. Auf der Ebene der regionalen Arbeitskreise der Palliativversorgung können sich auch die künftigen mindestens halbjährigen Qualitätszirkel nach Punkt 6.1 der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung maßgeblicher Verbände der Hospiz- und Palliativversorgung zu § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 ansiedeln.

Für die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen ist zu prüfen, inwieweit eigene - ggf. überregionale - Arbeitskreise der pädiatrischen Palliativversorgung und pädiatrische Palliative Care Teams eingerichtet werden sollten mit besonderer Beteiligung von Kinderkliniken, Kinderärzte, Kinderpflegedienste, Kinderhospizdienste, Seelsorge sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Initiative für die lokale Implementierung von Palliative Care Teams in Baden-Württemberg und die korrespondierende Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung kann je nach den lokalen Gegebenheiten von unterschiedlichen Quellen ausgehen. Dies können die Kreisärzteschaften bzw. ärztliche Arbeitsgemeinschaften, ambulante Pflegedienste, Hospizgruppierungen oder auch – insbesondere im Bereich der onkologischen Schwerpunkte und Tumorzentren als Träger der Brückenpflege – Krankenhäuser sein. In diesem Sinn sind in Baden-Württemberg bereits an vielen Stellen Initiativen in Form von Runden Tischen, Gesprächskreisen oder vergleichbare Planungen zu verzeichnen. Wo noch nicht der Fall, wird den Akteuren der jeweiligen Gesundheitsregion empfohlen, mit den Vorarbeiten und mit der Kontaktaufnahme für die Implementierung eines Palliative Care Teams zu beginnen.

Es wird für sinnvoll erachtet, sowohl für die allgemeine wie auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von künftig ungefähr 40 Palliativversorgungsregionen mit jeweils ca. 250.000 Einwohnern in Baden-Württemberg unter Beachtung der Grenzen der Gebietskörperschaften (insbesondere der Landkreise) sowie der bestehenden gesundheitlichen Versorgungswege auszugehen.

Der regionale Träger eines Palliative Care Teams sollte nach seiner Zulassung die weitere Betreuung des jeweiligen regionalen palliativmedizinischen Arbeitskreises übernehmen, soweit nicht anderweitig vereinbart. Er wird hierbei von den teilnehmenden Personen und Einrichtungen des Arbeitskreises unterstützt.

Teilnehmerkreis

Bei der Implementierung eines Palliative Care Teams sowie der Stärkung der korrespondierenden allgemeinen Palliativversorgung in einer Region sollte insbesondere folgender Teilnehmerkreis einbezogen werden:

Ärzte:

Kreisärzteschaften sowie lokale ärztliche Fachverbände bzw. Arbeitsgemeinschaften sowie ggf. vorhandene ärztliche Qualitätszirkel mit palliativmedizinischen bzw. schmerztherapeutischen Inhalten (Schmerzkonferenzen).

Ambulante Pflegedienste:

Die lokalen Träger der kirchlichen, der freigemeinnützigen sowie der privaten Pflegedienste sind einzubeziehen. Insbesondere – soweit vorhanden – spezialisierte ambulante Pflegedienste wie ambulante Kinderpflegedienste sowie häusliche Intensivpflegedienste.

Brückenpflege:

Soweit regional zutreffend: die 16 Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkte als Träger der jeweiligen Brückenpflegedienste.

Hospizdienste:

Die lokalen Hospizdienste sowie insbesondere die Träger stationärer Hospize.

Lokale Patientenorganisationen sowie Selbsthilfegruppen

Die Kirchen und andere religiöse Glaubensgemeinschaften.

Krankenhäuser:

Die regionalen Träger der stationären Krankenversorgung, insbesondere der Kliniken mit Palliativstationen / Palliativeinheiten.

Apotheken:

Die regionalen Apotheken, insbesondere die Apotheken mit besonderen Dienstleistungen wie Sterilbefüllung.

Rettungsdienste:

Der jeweilige ärztliche Leiter Rettungsdienst sowie die Träger der Rettungsdienste und die Notfallseelsorge

Alten- und Pflegeheime

Die regionalen Alten- und Pflegeheime.

Gebietskörperschaften (Landkreise / kreisfreie Städte)

Insbesondere die Sozialämter, Altenhilfefachberatungsstellen und Pflegestützpunkte.

Niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, soweit diese ambulante psychosoziale Unterstützungsangebote für Palliativpatienten und deren Angehörige sowie Trauergruppen anbieten.

Die Beratungsstellen der Rentenversicherung

Die örtlichen Krankenkassen, die Pflegeberater sowie der medizinische Dienst der Krankenkassen.

Ressourcen

In den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung maßgeblicher Verbände der Hospiz- und Palliativversorgung zu § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 sind nähere Regelungen zur Zielsetzung, zu Zulassungsvoraussetzungen, zum Inhalt und Umfang der Leistungen, zu organisatorischen Voraussetzungen und personellen Anforderungen sowie zur Qualitätssicherung von Palliative Care Teams getroffen worden.

Darin wird festgelegt (4.3): „Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.“

Es wird angeregt, sinnvollerweise in diesen schriftlichen Konzepten auch die regionalen Strukturen der korrespondierenden allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu erfassen, zu beschreiben und laufend fort zu schreiben.

Diese Konzepte müssen Aussagen zum Versorgungsbedarf treffen und hierbei Indikatoren wie

- „die regionale Siedlungsstruktur,
- die Altersstruktur,
- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung“

verwenden. Es wird erwartet, dass „bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf <haben>, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist“ (beides zitiert nach 2.4 der Empfehlungen zu § 132 d SGB V). Aussagen zur regionalen Todesursachenstatistik sind daher zu treffen.

Soweit nicht bundeseinheitlich vorgegeben, soll für Baden-Württemberg eine einheitliche Mindest-Struktur der schriftlichen SAPV-Konzepte sowie der ergänzenden Berichterstattung über die allgemeine Palliativversorgung angestrebt werden.

Als sächliche und räumliche Mindestanforderung für SAPV-Dienste wurde festgelegt (4.4 und 4.5 der Empfehlungen zu § 132 d SGB V):

- „Eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
- Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall/Krisenintervention
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.“ „...eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patienten und Angehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

Es sind „sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.“ (3.4 der Empfehlungen zu § 132 d SGB V)

Die personellen Voraussetzungen sind in den Empfehlungen zu §132 d SGB V unter Punkt 5.2 bis 5.4 zusammengefasst so geregelt:

- Ärzte: Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sowie mindestens 75 betreute ambulante Palliativpatienten innerhalb der letzten 3 Jahre oder einjährige Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus
- Pflegefachkräfte: dreijährige Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Kinderkrankenpfleger/in bzw. Altenpfleger/in sowie 160 Stunden Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme „und mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz und Palliativversorgung.“
- Weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) ... haben eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.“

Zur Qualitätssicherung und Fortbildung sowie Supervision von Palliative Care Teams wird in den Empfehlungen zu § 132 d SGB V folgendes in Stichworten zusammengefasst festgelegt:

- Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement
- Aufforderung zu Teilnahme an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung
- Regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen
- Mindestens halbjährige multidisziplinäre Qualitätszirkel
- Teilnahme an Supervisionen sowie regelmäßige Fallbesprechungen

Es ist wünschenswert, dass regionale schriftliche Handreichungen für Betroffene und ihre Angehörige über die spezielle und die allgemeine ambulante Palliativversorgung erstellt werden. Diese sollten auch Hinweise auf rechtliche und soziale Beratungsstellen enthalten.

Koordination

Die Koordinationsleistung der SAPV obliegt nach Gesetzestext sowie Rahmenrichtlinien deren Träger. Die Empfehlungen zu § 132 d Abs.2 SGB V vom 23.06.2008 treffen keine weiteren Festlegungen zur Art und Weise sowie zu den personellen und sächlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Koordinationsleistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Den Palliative Care Teams in Baden-Württemberg wird daher empfohlen, sich an den in Kapitel C getroffenen Empfehlungen zu orientieren und für eine ausreichende personelle Ausstattung der SAPV-Koordination zu sorgen.

Diese Koordinationsleistung soll auch die Schnittstellenkoordination zur allgemeinen Palliativversorgung beinhalten, d.h. die Koordination der Übernahme eines Patienten aus der allgemeinen in die spezialisierte Palliativversorgung bzw. die Rückgabe eines zeitweilig in der SAPV betreuten Patienten an die allgemeine Palliativversorgung.

Sofern die allgemeine Palliativversorgung einer Koordinationsleistung bedarf, so sollte auf der Ebene der regionalen Arbeitskreise der Palliativversorgung geklärt werden, wer diese Koordinationsleistung übernimmt.

Arbeitsplan

Der folgende Arbeitsplan ist als erste Orientierung gedacht und sollte vor Ort nach den lokalen Gegebenheiten fortlaufend im Detail ausgearbeitet und präzisiert werden.

- Etablierung eines regionalen Arbeitskreises der Palliativversorgung
- Information der möglichen weiteren Adressaten und Kooperationspartner
- Klärung der (möglichen) Trägerschaft eines regionalen Palliative Care Teams
- Schriftliche Fixierung der Aufgaben und Arbeitsweise des regionalen Arbeitskreises der Palliativversorgung
- Erfassung der regional vorhandenen Ressourcen der ambulanten Palliativversorgung, der stationären Versorgungsstrukturen einschließlich Hospize und Pflegeeinrichtungen, der bestehenden medizinischen Versorgungswege, der Einwohnerstruktur sowie der regionalen Todesursachenstatistik, soweit vorhanden.
- Ausarbeitung eines schriftlichen Konzeptes der regionalen spezialisierten Palliativversorgung entsprechend der Vorgaben der Empfehlung nach § 132 d SGB V vom 23.06.2008.
- Hierbei insbesondere Erarbeitung eines Systems der internen Qualitätssicherung sowie der Schnittstellen zu einer bundes- u/o landeseinheitlichen externen Qualitätssicherung
- Festlegung des Dokumentationssystems sowie des Systems des internen Qualitätsmanagements
- Erarbeitung eines Finanzplanes, Stellenplanes sowie Klärung des möglichen Standortes des SAPV-Dienstes einschließlich der erforderlichen sächlichen Ressourcen (Räume, Geräte und Hilfsmittel, Fahrzeuge, Kommunikationsmittel).
- Schriftliche Beschreibung der regionalen allgemeinen Palliativversorgung sowie der Möglichkeiten ihrer Stärkung.
- Formulierung der schriftlichen Vereinbarungen mit den einzubeziehenden Kooperationspartnern (z.B. Hospizgruppen, stationäre Einrichtungen, kooperierende psychosoziale Dienste, benachbarte Palliative Care Teams etc.)
- Aufforderung der Krankenkassen zu Vertragsverhandlungen
- Vertragsabschluss
- Tatsächliche personelle und sächliche Etablierung des Palliative Care Teams einschließlich der Koordinationsfunktion
- Arbeitsaufnahme
- Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit für Laien und Fachöffentlichkeit
- Etablierung des mindestens halbjährigen multidisziplinären Qualitätszirkels der Palliativversorgung, der Supervision des Palliative Care Teams sowie der regelmäßigen Fachweiterbildung.