

27. AUGUST 2019

„SAPV braucht Kompetenz und Kooperation“

INTERPRETATION DES IST-ZUSTANDES
VON KOOPERATIONSBEZIEHUNGEN IN DER HOSPIZ- UND
PALLIATIVVERSORGUNG

Inhaltsverzeichnis

1. VORWORT	2
2. DIE ENTWICKLUNG DER ZUSAMMENARBEIT IN DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG	3
2.1 INSTITUTIONELLER BLICKWINKEL IM BEZUG ZU KOOPERATION, KOORDINATION, NETZWERK UND TEAM	3
2.1.1 Hausärztliche Leistungen als Bestandteile des Sicherstellungsauftrages gem. §73 SGB V, BMV-Ä und EBM	4
2.1.2 Fachärztliche Leistungen als Bestandteile des Sicherstellungsauftrages gem. §73 SGB V, BMV-Ä und EBM	5
2.1.3 Leistungen des Pflegedienstes.....	5
2.1.4 Ambulante Hospizleistung nach §39a SGBV, Rahmenvereinbarung nach §39a SGBV.....	6
2.1.5 Stationäre Hospizleistung nach Rahmenvereinbarung §39a SGBV Abs. 1 Satz 4 SGB V	6
2.1.6 SAPV nach §37b, §132d SGBV, GBA-RL SAPV.....	6
2.1.7 Leistungen im Krankenhaus nach Krankenhausfinanzierungsgesetz	7
2.1.8 Sozialdienstleistung.....	9
2.1.9 Apothekenleistung nach § 129 SGB V	9
2.1.10 Leistungen der Sanitätshäuser nach §127 SGB V.....	9
2.1.11 Weitere Therapeutische Leistungen	9
2.1.12 Spirituelle Begleitungsangebote.....	10
2.2 AKTUELLE SITUATION	11
3. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	13
3.1 ANFORDERUNGEN UND ZIELE AN EINE AM BEDARF DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN UND DEREN NAHESTEHENDEN AUSGERICHTETE SOWIE RESSOURCENSCHONENDE UND ZIELGERICHTETE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG	13
3.2 MAßNAHMEN/VORSCHLÄGE	14
3.3 SCHLUSSWORT	14

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Neuordnung des Gesundheitswesens (SVR Gutachten 2007).....	3
Abbildung 2 Kooperation, Netzwerk- und Teamarbeit (eigene Abbildung)	11

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
BAG-SAPV	Bundesarbeitsgemeinschaft-Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V.
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BQKPMV	Besonders Qualifizierte Koordinierte Palliativmedizinische Versorgung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab- Vergütungssystem der kassenärztlichen Versorgung
GBA-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss
GKV	Verbände der gesetzlichen Krankenversicherungen
GOP	Gebührenordnung für Psychotherapie
HKP-RL	Richtlinie der häuslichen Krankenpflege
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OPS	Operationen und Prozedurenschlüssel
PCT	Palliative Care Team
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz

1. Vorwort

Insbesondere in den vergangenen zehn Jahren wurden durch neue gesetzliche Regelungen im Gesundheitswesen Angebote der Versorgung und Begleitung für schwerstkranke und sterbende Menschen ausgebaut und weiterentwickelt. Damit wurden durch den Gesetzgeber Voraussetzungen für eine effiziente und effektive Hospiz- und Palliativversorgung geschaffen mit dem Schwerpunkt der sektorenübergreifenden Versorgung, deren Struktur und Inhalt sich nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten soll. In den gesetzlichen Regelungen und in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland sowie im aktuellen Koalitionsvertrag der Regierungsparteien ¹ werden mit zentraler Bedeutung unbestimmte Begriffe wie „Kooperation“, „Netzwerk“, „Koordination“ und „Team“ verwendet.

Derzeit ist in der Versorgungspraxis festzustellen, dass sich zu diesen Begriffen unterschiedliche Deutungsvarianten in der Versorgungspraxis entwickelt haben, die eine sektorenübergreifende Hospiz- und Palliativversorgung in ihrer Weiterentwicklung eher behindern. Um die bisher entwickelten hospizlich und palliativen Versorgungsangebote zielorientiert weiter zu entwickeln, ist eine Diskussion um ein einheitliches Verständnis bzw. eine allgemeingültige Definition der Begrifflichkeiten dringend erforderlich.²

Die BAG-SAPV möchte mit der Frage „wie Kooperationsbeziehungen aktuell in der Hospiz- und Palliativversorgung aussehen und wie diese zukünftig gestaltet sein müssen?“ eine Debatte anstoßen, um die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im Rahmen einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit weiter zu entwickeln.

Die in diesem Papier vorliegenden Ergebnisse wurden in einer Arbeitsgruppe der BAG-SAPV auf Grundlage der

- Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR),
- derzeit bestehenden gesetzlicher Regelungen und Richtlinien im Gesundheitswesen,
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland,
- Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Charta im Rahmen einer Nationalen Strategie,
- derzeit bestehenden hospizlich/palliativen Versorgungsstrukturen und
- Sichtung des internationalen Schrifttums

zusammengetragen und ausgewertet.

Für die BAG-SAPV



Michaela Hach
Vorsitzende



Dr. Dietmar Beck
Stellv. Vorsitzender



Dr. Almut Föllner
Schatzmeisterin

¹ „Wir werden die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken, insbesondere durch Kostenübernahme für die Koordination von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken ...“; Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode Seite 98, Zeile 4562-4564

² Ergebnis der Arbeitstreffen der Landesgruppenvertretungen der BAG-SAPV und DGP 2018 und 2019

2. Die Entwicklung der Zusammenarbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung

2.1 Institutioneller Blickwinkel im Bezug zu Kooperation, Koordination, Netzwerk und Team

Die zunehmende Thematisierung von Ressourcenallokation und Umgang mit Effizienz- und Effektivitätsreserven der Krankenversorgung im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet die gesellschaftliche Aufgabe, sowohl die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern als auch das Finanzierungssystem der GKV nachhaltiger zu gestalten. Über-, Unter- und Fehlversorgung aufzuzeigen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen zu entwickeln, sind in den letzten Jahren Ausgangsbasis zahlreicher Reformmaßnahmen des Gesetzgebers. Ziel ist es, dadurch die Gesundheitsversorgung zielorientierter auszurichten, Aufgaben neu zu ordnen und verantwortliche Kooperationsbeziehungen über die Sektorengrenzen hinweg zu entwickeln³ (SVR-Gutachten 2007).

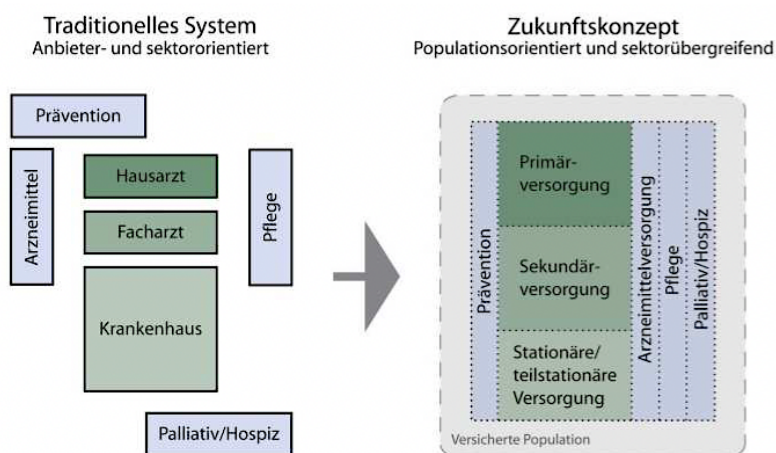


Abbildung 1 Neuordnung des Gesundheitswesens (SVR Gutachten 2007)

Auch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), die im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007) entstand und viele weitere gesetzliche Neuerungen, die mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (2015) verabschiedet wurden, knüpfen an diesen Reformgedanken an.

In den Klausurtagen der BAG-SAPV wurden relevante Themenfelder der Hospiz- und Palliativversorgung benannt und reflektiert. Die aus den Diskussionen entstandene Übersicht zur Leistungsstruktur wird im Folgenden dargestellt. Diese gibt mit Blick auf die jeweils einzelne Institution und auf deren Kooperations- und Koordinationsaufgaben, Koordinationsaufgaben, zur Netzwerk- und Teamarbeit einen aktuellen Überblick über Aufgabenstellungen der einzelnen Akteure in der Hospiz- und Palliativversorgung geben.

3 SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) Gutachten 2007, Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

2.1.1 Hausärztliche Leistungen als Bestandteile des Sicherstellungsauftrages gem. §73 SGB V, BMV-Ä und EBM

- Hausärztliche Allgemeinversorgung
 - Einschätzung und Behandlung von belastenden Symptomen und die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit den Methoden und Verfahren der Allgemeinmedizin
 - Allgemeine Versorgungskoordination zur bedarfsgerechten Behandlung und Pflege im System der Leistungsangebote des gesamten GKV-Systems
- Hausärztliche Palliativversorgung im Sinne der sog. „AAPV“ als Leistung ohne erforderliche spezifische palliativmedizinische Qualifikation, abgebildet in den „Palliativziffern des EBM (Kap. 3.2.5 GOP 03370-03373, Zuschlag gem. GOP 03220 und Kap. 37.3, GOP 37305 37306, 37320)
 - Zusätzliche Hausbesuchstätigkeit und Abbildung des erhöhten Gesprächs- und Klärungsbedarfes
 - Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en)
 - Patientenorientierte Fallbesprechung unter bedarfsgerechter Beteiligung aller Personen, welche an der Patientenversorgung erkennbar relevant beteiligt sind.
- Hausärztliche spezifisch qualifizierte Palliativversorgung im Sinne der Regelungen zur sog. BQKPMV gem. § 87 (1b) SGB V und Anl. 30 BMV-Ä, abgebildet in den weiteren Palliativziffern des EBM (Kap. 37.3 GOP 37300, 37302, 37317, 37318)
 - Behandlungsplanung und -erstellung in Zusammenarbeit mit den weiteren an der Patientinnen – und Patientenbehandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung (AAPV)
 - Sicherstellung einer persönlichen Erreichbarkeit / Besuchsbereitschaft für kritische Phasen des Behandlungsverlaufes sowie spezifische telefonische Beratung als abrechenbare Einzelleistung
 - Abrechnungsgenehmigung und grundlegende Zusatzqualifikation nach Vorgaben der KV erforderlich (nicht: Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)
 - Diese Leistungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn der Patient gleichzeitig Leistungen der SAPV erhält.
- Palliativmedizinische Konsiliarleistung (GOP 37314) durch die niedergelassene Allgemeinärztin und den niedergelassenen Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten während der Behandlung durch andere Ärztinnen und Ärzte in Sinne einer palliativmedizinischen „fachärztlich subsidiären“ Leistung der Hausärztin und des Hausarztes.
 - Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erforderlich
 - Abrechnungsgenehmigung der KV erforderlich
 - Diese Leistung ist als Bestandteil des Kap. 37.3 nicht abrechnungsfähig, wenn die Patientin und der Patient gleichzeitig Leistungen der SAPV erhält.
- Leistungen des in hausärztlicher Niederlassung tätigen weitergebildeten Palliativmediziners sind nicht vorgesehen oder abgebildet und werden in der Abrechnungssystematik sowie Bedarfsplanung grundsätzlich wegen der Charakterisierung als Zusatzbezeichnung nicht berücksichtigt.
- Über diesen Regelrahmen hinausgehende Leistungsanteile der hausärztlichen Palliativversorgung können selektivvertraglich durch Vereinbarungen mit Krankenkassen nach §140a SGBV, §73b SGBV oder ggf. §119a und 119b SGBV geregelt werden.

2.1.2 Fachärztliche Leistungen als Bestandteile des Sicherstellungsauftrages gem. §73 SGB V, BMV-Ä und EBM

- Fachärztliche Allgemeinversorgung
 - Einschätzung und Behandlung von belastenden Symptomen und die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit den Methoden und Verfahren des jeweiligen Fachgebietes.
- Fachärztliche nicht spezifische Palliativversorgung im Sinne der sog. „AAPV“ als Leistung ohne erforderliche spezifische palliativmedizinische Qualifikation, abgebildet in den „Palliativziffern des EBM (Kap. 37.3, GOP 37305 37306, 37320)
 - Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en)
 - Patientinnen- und Patientenorientierte Fallbesprechung unter bedarfsgerechter Beteiligung aller Personen, die an der Patientinnenversorgung und Patientenversorgung erkennbar relevant beteiligt sind. Behandlungsplanung und -erstellung in Zusammenarbeit mit den weiteren an der Patientinnenbehandlung und Patientenbehandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung (AAPV)
 - Sicherstellung einer persönlichen Erreichbarkeit / Besuchsbereitschaft für kritische Phasen des Behandlungsverlaufes sowie spezifische telefonische Beratung als abrechenbare Einzelleistung
 - Abrechnungsgenehmigung und grundlegende Zusatzqualifikation nach Vorgaben der KV erforderlich (nicht: Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)
 - Diese Leistungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn der Patient gleichzeitig Leistungen der SAPV erhält.
- Palliativmedizinische Konsiliarleistung (GOP 37314)
 - Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erforderlich
 - Abrechnungsgenehmigung der KV erforderlich
 - Diese Leistung ist als Bestandteil des Kap. 37.3 nicht abrechnungsfähig, wenn der Patient gleichzeitig Leistungen der SAPV erhält.
- Leistungen der fachärztlich niedergelassene Palliativmedizinerin und des Palliativmediziners sind nicht vorgesehen oder abgebildet und werden weder in der Abrechnungssystematik sowie Bedarfsplanung grundsätzlich wegen der Charakterisierung als Zusatzbezeichnung berücksichtigt.
- Über diesen Regelrahmen hinausgehende Leistungsanteile der hausärztlichen Palliativversorgung können selektivvertraglich durch Vereinbarungen mit Krankenkassen nach §116b SGB V, §119a und 119b SGB V sowie §140a SGB V geregelt werden.

2.1.3 Leistungen des Pflegedienstes

- Einschätzung und Behandlung von belastenden Symptomen und die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zählt zum primären Aufgabengebiet
- Internes Pfl egeteam im Schichtsystem
- Gate Keeper Rolle im Gesundheitswesen, jedoch keine klar zugeordneten und refinanzierten Aufgaben in Koordination, Kooperation, Vernetzung und externer Teamarbeit
- Leistungen nach § 37 SGB V i.V.m. HKP-RL
 - Verordnung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (Anordnungsverantwortung, Instruktions- und Überwachungspflicht)
 - erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit, sowohl kurativ als auch palliativ indiziert

Interpretationspapier BAG-SAPV „Kooperationsbeziehungen in der Hospiz- und Palliativversorgung“

- Leistungserbringung durch Pflegefachkräfte (Übernahme- und Durchführungsverantwortung)

Besonderheit:

- Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt (Ziffer 24a)
- Sofern durch Patientinnen oder Patienten gewünscht, sollen diese bei der Organisation einer ergänzenden psychosozialen Begleitung z.B. durch einen ambulanten Hospizdienst oder Kinderhospizdienst unterstützt werden.
- Sofern ein ambulanter Hospizdienst eingebunden ist, ist der erforderliche Informationsaustausch unter den Beteiligten sicherzustellen.
- Leistungen nach SGB XI
 - Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein
- Leistung nach §132g SGBV
 - Angebot gesundheitlicher Versorgungsplanung für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Über diesen Regelrahmen hinausgehende Leistungsanteile der pflegerischen Palliativversorgung können selektivvertraglich durch Vereinbarungen mit Krankenkassen nach §140a SGBV geregelt werden

2.1.4 Ambulante Hospizleistung nach §39a SGBV, Rahmenvereinbarung nach §39a SGBV

- Erbringung von qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung bei schwerstkranken und sterbenden Menschen in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe
- Sterbebegleitung von Versicherten in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers
- fachlich qualifizierte palliativ-pflegerische Beratung
- Sicherstellung der Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen

Mindestanforderung:

- Zusammenarbeit mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärztinnen und Ärzten
- Fachlich qualifizierte Verantwortung durch Pflegefachkraft

2.1.5 Stationäre Hospizleistung nach Rahmenvereinbarung §39a SGBV Abs. 1 Satz 4 SGB V

- Einschätzung und Behandlung von belastenden Symptomen und die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zählt zum primären Aufgabengebiet
- palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Nahestehenden
- Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem
- eingebunden in die regionalen Strukturen
- Vernetzung mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Vertragsärzte und Vertragsärztinnen etc.) und enge Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten

2.1.6 SAPV nach §37b, §132d SGBV, GBA-RL SAPV

Einschätzung und Behandlung von belastenden komplexen Symptomen und die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist primäres Aufgabengebiet

- Leistungen nach SAPV-RL

Interpretationspapier BAG-SAPV „Kooperationsbeziehungen in der Hospiz- und Palliativversorgung“

- Kontinuierliche Behandlung und Versorgung durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativversorgung spezialisiertes Team
- spezifische Qualifikationen des tätig werdenden Personals
- multidisziplinäre Teambesprechungen
- Notwendige koordinative Maßnahmen durch vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung
- Berücksichtigung, Förderung und Ausbau medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg.
- Interne Palliative-Care-Teamarbeit, die je nach Bedarf mit an der Versorgung beteiligten Personen unterschiedliche Berufsgruppen, wie z. B. Haus-/Fachärzten und Haus/Fachärztinnen, Pflegediensten, Seelsorgern und Seelsorgerinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychologen und Psychologinnen, Ehrenamtliche und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V, ggf. in Form von Kooperationen eng zusammenarbeitet (externe Teamarbeit).
- Patientinnenversorgung und Patientenversorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Notfall (Notfallversorgung), durch das PCT oder durch geeignete Maßnahmen, z. B. durch eine Kooperation mit einem Sanitätshaus
- Einbindung der Kooperationspartner in Maßnahmen der Qualitätssicherung
- Abstimmung des Behandlungsplanes mit an der Patientinnenversorgung und Patientenversorgung Beteiligten
- Abgestimmtes Konzept, insbesondere zwischen Arzt / Ärztin und Pflege
- 24 stündige Erreichbarkeit

Strukturanforderung

- Palliative-Care-Team (PCT) mit mindestens spezifischer palliativpflegerischer und spezifischer palliativmedizinischer Fachkompetenz, welches eine interdisziplinäre Aufgabe erbringt.
- Ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem.
- Die Kooperationen sind durch schriftliche Kooperationsvereinbarungen nachzuweisen (u.a. Vorlage bei den KK)
- Von den PCT und deren Kooperationspartnern dürfen nicht parallel die zur gleichen Einsatzzeit erbrachten Leistungen abgerechnet werden, d.h. abrechenbar ist ein und dieselbe Leistung entweder durch das PCT oder den Kooperationspartner.

2.1.7 Leistungen im Krankenhaus nach Krankenhausfinanzierungsgesetz

- Hospiz- und Palliativversorgung wird im KH sowohl als allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Grundversorgung, als auch als spezialisierte Palliativversorgung auf Palliativstationen oder durch multiprofessionelle Palliativdienste (PMD) geleistet.
- Wichtiges Einsatzgebiet für ambulante Hospizdienste nach § 39a SGB V, deren Sterbebegleitung im Auftrag des KH-Trägers seit der Neuregelung des HPG aus dem Jahr 2015 durch die KK gefördert wird, als Kooperationspartner der Krankenhäuser.
- Besonders wichtig sind auch die Bereiche, die sich um die Nachsorge kümmern und Hilfen vernetzen, z.B. das Case Management, die Soziale Arbeit und das Entlassmanagement

2.1.7.1 Stationäre Grundversorgung und Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus

- Grundversorgung und Leistungen nach OPS 8-982, Palliativmedizinische Komplexbehandlung, Mindestanforderungen u.a. multidisziplinäre Teambesprechung, Einsatz von mindestens zwei weiteren Therapiebereichen

2.1.7.2 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (Palliativstationen)

Interpretationspapier BAG-SAPV „Kooperationsbeziehungen in der Hospiz- und Palliativversorgung“

- Leistungen nach OPS 8-98e, Mindestanforderungen, u.a.
 - kontinuierliche, 24-stündige Behandlung durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, spezifische Qualifikationen des tätig werdenden Personals, multidisziplinäre Teambesprechungen, bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, darüber hinaus weitere strukturelle und prozessuale Anforderungen
- Sektorenübergreifende Netzwerkpartner für eine allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung
- Nahtstelle der ambulant - stationär – ambulanten Versorgung durch sektorenübergreifende Konzepte
- Intensive Kommunikation mit dem ambulanten Sektor
- wichtige Kooperationspartner für ambulante Hospizdienste nach § 39a SGB V, deren Sterbebegleitung im Auftrag des KH-Trägers seit der Neuregelung des HPG aus dem Jahr 2015 durch die KK gefördert wird.
- Besonders wichtig sind die Bereiche, die sich um die Nachsorge kümmern und Hilfen vernetzen, z.B. das Case Management, die Soziale Arbeit und das Entlassmanagement.
- Im Rahmen des Entlassmanagements Informationsübermittlung an die weiterversorgenden Leistungserbringer – insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegedienste, stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Hospizdienste und ggf. SAPV-Teams u. a. –, so dass eine Weiterversorgung unmittelbar nach Entlassung der Patientin oder des Patienten erfolgen kann

2.1.7.3 Palliativmedizinische Dienste

- Leistungen nach OPS 8-98h (spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst), Mindestanforderungen, u.a.
 - abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.
 - Angebot von Leistungen zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten in einer fallführenden Abteilung und Abstimmung mit dieser
 - spezifische Qualifikationen des tätig werdenden Personals
 - wöchentliche Fallbesprechungen zw. ärztlicher Berufsgruppe/pflegerischer Berufsgruppe und einer weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppe
 - ggf. Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige
- Ermöglichung von spezialisierter Palliativversorgung auch außerhalb der Palliativstationen
- Wirksame Unterstützung der allgemeinen Palliativversorgung durch Kompetenztransfer
- sektorenübergreifend ist eine Leistungserbringung auch im Rahmen von Kooperationen möglich (dies macht insbesondere Sinn, wenn KH-intern die notwendige Expertise nicht (ausreichend) vorhanden ist).
- Um Nachsorge kümmern und Hilfen vernetzen, z.B. durch Case Management, Soziale Arbeit und Entlassmanagement
- Rechtzeitige Information an die weiterversorgenden Leistungserbringer – insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegedienste, stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Hospizdienste und ggf. SAPV-Teams u. a. – im Rahmen des Entlassmanagements, so dass eine Weiterversorgung unmittelbar nach Entlassung der Patientin oder des Patienten erfolgen kann
- Eine intensive Kommunikation mit dem ambulanten Sektor zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen und unnötigen, wiederholten KH-Einweisungen ist unerlässlich.

2.1.8 Sozialdienstleistung

- Leistungen u.a. im Krankenhausfinanzierungsgesetz, Heimrecht, Recht des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Sozialrecht verankert
- Kooperation innerhalb des Krankenhauses oder Pflegeeinrichtung mit sozialen Diensten außerhalb des Krankenhauses oder Pflegeeinrichtung, Diensten und Einrichtungen der Pflege sowie Gemeinden und Gemeindeverbänden
- Hilfen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Organisation von Hilfsangeboten
- Überleitung ambulant/stationär
- Beratung und Netzwerkkoordination
- Information zur wirtschaftlichen Sicherung
- Information zu persönlichen, finanziellen und beruflichen Problemen und Veränderungen
- Einleitung von Reha-Maßnahmen
- Vermittlung an Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen
- Schnelle Verfügbarkeit von Sozialdienstleistung ist im aufsuchenden häuslichen Bereich oft selten oder gar nicht verfügbar

2.1.9 Apothekenleistung nach § 129 SGB V

- Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung
- Wichtige Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, Vertragsärztinnen und -ärzten, Heimen, Pflegediensten, SAPV-Teams und etc.
- für die Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung ist eine hohe Fachkompetenz notwendig, außerdem sind besondere Strukturen (z.B. Reinräume) vorzuhalten, die mit z.T. erheblichen Investitionen verbunden sind.
- Apotheken sind dadurch spärlich gesäte Kooperationspartner mit z.T. weitem Wirkungskreis, insbes. in ländlichen Regionen
- Weiterbildungsmöglichkeit z.B. „Palliativpharmazie“
- Häufig werden die Apotheken als Lieferanten von Arzneimitteln wahrgenommen, könnten aber weitere wichtige Leistungen im Rahmen eines Netzwerkes erbringen (Kontrolle von Medikamentenplänen). Diese werden aber noch nicht finanziert.
- Heime und stationäre Hospize müssen mit Apotheken einen Vertrag zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner eines Heimes nach § 12a Apothekengesetz abschließen
- Teil des Teams im Krankenhaus

2.1.10 Leistungen der Sanitätshäuser nach §127 SGB V

- Enge Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, Vertragsärztinnen und -ärzten, Pflegediensten, SAPV-Teams etc.
- Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Artikeln z.B. zur Blasenkatheterversorgung und mit zahlreichen Hilfsmitteln
- Verträge nach §127 SGB V mit den Krankenkassen regeln Leistungserbringung, Abrechnung und Vergütung, letztere insbesondere für die Infusionstherapie zur parenteralen Ernährung und für die Pumpenversorgung in der Schmerztherapie

2.1.11 Weitere Therapeutische Leistungen

2.1.11.1 Physiotherapie

- Leistungen im Heilmittelkatalog verankert
- medizinische Notwendigkeit einer Behandlung wird ausschließlich durch Ärzte oder Heilpraktiker festgestellt und auf Rezept (Heilmittel) verordnet, außer bei präventiven Maßnahmen
- im aufsuchenden häuslichen Bereich oft selten schnell oder gar nicht verfügbar

Interpretationspapier BAG-SAPV „Kooperationsbeziehungen in der Hospiz- und Palliativversorgung“

- Teil des Teams im Krankenhaus
- Keine expliziten Koordinationsaufgaben
- Weiterbildungsmöglichkeit z.B. „Basiscurriculum Physiotherapie in Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizwesen

2.1.11.2 Psychotherapie

- Leistungen im SGBV und Krankenhausfinanzierungsgesetz verankert
- Krankenkassen übernehmen die gesamten Behandlungskosten, sofern es sich um eine psychische Störung mit "Krankheitswert" handelt.
- im aufsuchenden häuslichen Bereich oft selten schnell oder nicht verfügbar
- Teil des Teams im Krankenhaus
- Keine expliziten Koordinationsaufgaben
- Weiterbildungsmöglichkeit z.B. „Basiscurriculum Psychotherapie in Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizwesen

2.1.11.3 Ergotherapie

- Kostenübernahme durch Krankenkasse möglich (Heilmittelverordnung)
- Weiterbildungsmöglichkeit z.B. „Basiscurriculum in Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizwesen

2.1.11.4 Logopädie

- Kostenübernahme durch Krankenkasse möglich (Heilmittelverordnung)
- im aufsuchenden häuslichen Bereich oft selten schnell oder nicht verfügbar
- Weiterbildungsmöglichkeit z.B. „Basiscurriculum in Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizwesen

2.1.11.5 Musiktherapie, Tanztherapie und Kunsttherapie

- Nicht verordnungsfähige Heilmittel
- Finanzierung durch Eigenmittel der Empfängerinnen und Empfänger oder Drittmittel
- Finanzierung (Musik- und Kunsttherapie) auch über Palliativmedizinische Komplexbehandlungen (8-982 und 8-98e) im Krankenhaus möglich

2.1.12 Spirituelle Begleitungsangebote

- Religionsbezogene Begleitung oft über Gemeindezugehörigkeit, Krankenhauseelsorge etc.
- Zusätzliche Angebote sowie religionsbezogene Begleitung oft über Drittmittel finanziert
- Weiterbildungsmöglichkeit z.B. Basiscurriculum in Palliative Care, Palliativmedizin und Hospizwesen

An dieser Stelle möchte die BAG-SAPV die Entwicklung ausdrücklich würdigen. Gerade in den letzten Jahren hat sich die Hospiz- und Palliativversorgung rasant entwickelt und damit auch die Versorgungsangebote für schwerstkranke und sterbende Menschen und deren Nahestehenden.

2.2 Aktuelle Situation

In der Gesamtbetrachtung der aufgeführten Übersicht ergeben sich eine Vielzahl von Koordinationsaufgaben und Anforderungen an Kooperation sowie Netzwerk- und Teamarbeit durch unterschiedliche Institutionen bzw. Akteure.

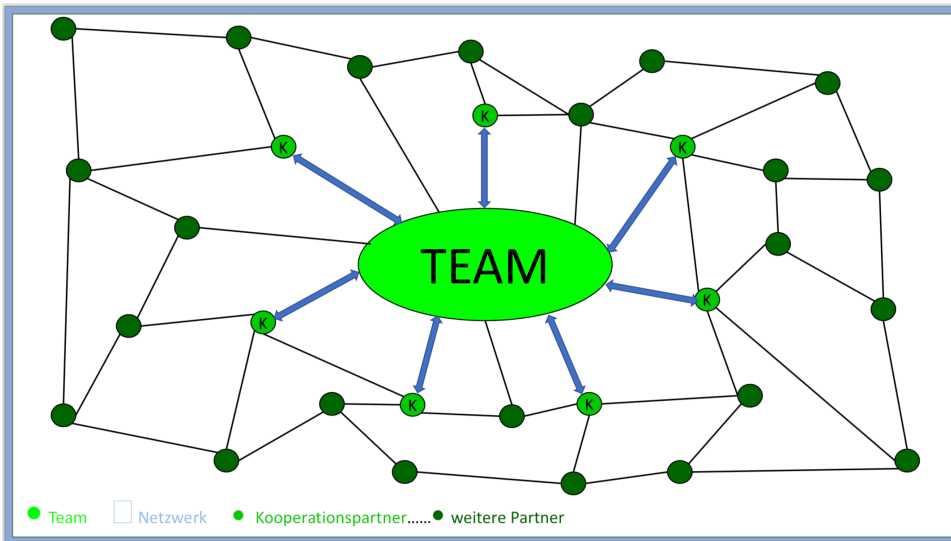


Abbildung 2 Kooperation, Netzwerk- und Teamarbeit (eigene Abbildung)

Mit Blick auf die Praxis wurden in Arbeitstreffen und Klausurtagungen der BAG-SAPV folgende Feststellungen und Fragestellungen herausgearbeitet:

- Es findet sich eine Vielzahl von ähnlichen Aufgaben bei den einzelnen Institutionen/Akteuren
- Die derzeitige Aufgabenverteilung birgt zahlreiche und komplexe Schnittstellen
- Strukturen zu zentralisieren und zu bündeln bietet Chancen und Risiken z.B. Hürden in der Zusammenarbeit durch Wettbewerb im Gesundheitswesen und institutionelle Gegebenheiten einerseits sowie Kooperationsbeziehungen für eine bessere Patientinnen- und Patientenversorgung (Effizienz, Qualität, Wirtschaftlichkeit) andererseits – Wie kann dies gelingen?
- Die Gefahr der Fokussierung auf Einzelinteressen kann eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die Patientinnen und Patienten und deren Nahestehende negativ beeinflussen.
- Es bestehen unterschiedliche Deutungsvarianten zu den Begrifflichkeiten, dies führt zu Missverständnissen in der Versorgungspraxis
 - Beispiel Netzwerk
 - Was/Wer ist „das Netzwerk“?
 - Welches Ziel hat das Netzwerk?
 - Ist es informell ausgerichtet oder bestehen sektorenübergreifende Arbeitsbeziehungen oder ist das Netzwerk ein Leistungserbringer? Bereits eine neue Form von Meta-Organisation⁴ („Moebius-Streifen-Organisation“)?
 - Wer ist Koordinator / Koordinatorin?
 - Beispiel Koordination

⁴ Vgl. Kooperationsverbände und regionale Modernisierung pp 103-117 | Erfolgsfaktoren des Managements von Netzwerken Gabler Hrsg. Jürgen Howaldt, Ralf Kopp, Peter Flocken

- Was wird koordiniert
 - a. die Arbeitsbeziehung und die Arbeitsteilung (intern/extern)?
 - b. die patientengerechte Versorgung?
 - c. die Behandlungs- und Versorgungsplanung?
 - d. die Teamarbeit?
- Beispiel Kooperation
 - Was ist eine Kooperationsbeziehung? Ein Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure im Versorgungsfall? Eine Arbeitsbeziehung im Team? Schnittstellenmanagement?
 - Wie kommen die Akteure zusammen?
 - Besteht Klarheit bezüglich der Arbeitsbeziehungen und der Verantwortlichkeiten im Sinne einer patientengerechten sowie patientensicheren und ressourcenfokussierten Versorgung unter den unterschiedlichen Akteuren?
 - Wer hat das Mandat zu koordinieren?
 - Ist Kooperation entgeltrelevant?
 - Welche Klarheit besteht in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure an Schnittstellen?
 - Wie ist der Umgang mit rechtlichen und ethischen Aspekten wie z.B. Delegation, Haftung, Deutungshoheit, Finanzierung der Zeit von Aushandlungsprozessen im Patientinnen und Patientenfall?
- Beispiel Team
 - Wer ist das Team?
 - In welcher Arbeitsbeziehung stehen Teammitglieder zueinander? (Kernteam, äußeres Team, Kooperationsteam, ...) Z.B sind in einer Fußballmannschaft die Spieler und der Trainer das Team? Um ihre Leistungen ausüben zu können, wird das Fußballteam i.R. durch weitere Akteure ergänzt, damit die Mannschaft ihren Arbeitsauftrag ausführen kann. Gehören diese auch zum Team? Ist das das „Team“?
- Wie kann insgesamt eine optimale Ressourcenallokation in der Hospiz- und Palliativversorgung und ein optimaler Einsatz personeller Ressourcen (Nutzung der Potentiale unterschiedlicher Berufsgruppen) gewährleistet werden?
- Wie kann Unter-, Über- und Fehlversorgung weiterhin minimiert werden?
- Wie kann eine effizientere und effektivere Leistungserstellung erfolgen?
- Wie ist eine integrative Leistungserbringung in indikationsübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsnetzen / Case und Care Management gestaltbar?
- Gestaltungshoheit der Koordination: wie und durch wen sinnvoll und effizient?
- Wie können Verantwortlichkeiten und Arbeitsteilung ressourcenorientiert im Behandlungs- und Versorgungspfad des Patienten nachhaltig gesichert werden (z.B., wenn ein Akteur in der Versorgung wegfällt, der das Mandat zur Koordination hatte)?
- Wie können Schnittstellen der Patientinnenversorgung und Patientenversorgung und -behandlung bedarfsgerecht und ressourcenorientiert verbessert werden?
- Welches sind Hemmnisse und Hindernisse in der patientengerechten und ressourcenorientierten Versorgung mit mehreren Akteuren?
- Wie kann ihnen begegnet werden?

3. Fazit und Empfehlungen

3.1 Anforderungen und Ziele an eine am Bedarf der Patientinnen und Patienten und deren Nahestehenden ausgerichtete sowie ressourcenschonende und zielgerichtete Hospiz- und Palliativversorgung

Eine zielgerichtete palliative Versorgung und hospizliche Begleitung muss auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Systemnutzer ausgerichtet werden, unter Berücksichtigung der gewandelten Versorgungsstrukturen, der fortschreitenden Spezialisierung, neuer technischer Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, der Qualifikationen und Akademisierungsprozesse der unterschiedlichen Gesundheitsberufe und nicht zuletzt der existierenden regionalen Versorgungsstrukturen. (siehe auch SVR Gutachten 2007)

Für eine gelingende Versorgung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland bedarf es einer umfassenden und engmaschigen Vernetzung aller in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen. Daraus resultiert für diese die Notwendigkeit, ihre kooperativen Beziehungen und den Zuschnitt der jeweiligen Versorgungsaufgaben im Sinne einer bedarfsgerechten Patientinnenversorgung und Patientenversorgung prozessual aufzuteilen.

Die Realisierung sollte sich an u.a. folgenden Zielen orientieren:

- Optimale patientengerechte und patientinnengerechte Ressourcenallokation in der Hospiz- und Palliativversorgung, optimaler Einsatz personeller Ressourcen (Nutzung der Potentiale unterschiedlicher Berufsgruppen)
- Effizientere und effektivere Leistungserbringung
- Begründung einer neuen Aufgabenverteilung durch den Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten
- Patientinnenversorgung und Patientenversorgung unter dem Gesichtspunkt der Qualität und der Kosteneffektivität. „Leistungen sind stets dort zu erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist“. (Quelle: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=80)
- Effektive Kommunikations- und Kooperationsstrukturen über die Sektorengrenzen hinweg zwischen den beteiligten Akteuren.
- Orientierung des Versorgungsbedarfs an den Wünschen und den medizinischen Notwendigkeiten von Patienten / Patientinnen und deren Angehörigen unter Minimierung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung.
- Festlegung eines hauptsächlichen Ansprechpartners für die Betroffenen gemäß Patientinnen/Patienten- und Angehörigenwunsch (z.B. Hausarzt/ die Hausärztin und das SAPV-Team), welcher die Koordinationsverantwortung übernimmt
- Effektive Leistungserbringung in indikationsübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsnetzen / Case- und Care-Management

3.2 Maßnahmen/Vorschläge

- Gesellschaftliche Debatte mit dem Ziel, Strukturen patientinnengerecht und patientengerecht sowie ressourcenfokussiert zu zentralisieren und zu bündeln
- Arbeitsbeziehungen und deren Vereinbarungsanforderungen formulieren (Patientensicherheit, Rechtsicherheit, Weisungsbefugnisse etc.)
- Gesellschaftliche Debatte mit dem Ziel, zu klären, wie und durch wenn welche Koordinationsaufgaben sinnvoll und effizient übernommen werden sollten
- Gewährleistung eines vom Versicherten gewählten primären Ansprechpartners, z.B. Hausarzt/Hausärztin oder SAPV-Team
- Klärung zukünftiger Sprachregelungen, z.B. Koordination der übergreifenden Versorgung, Koordination der Teamleistung
- Anforderungen an eine patientengerechte und patientinnengerechte sowie ressourcenorientierte und zielgerichtete Kooperation und Koordination formulieren
- Entwicklung einheitlicher, allgemeingültiger Definitionen der Begrifflichkeiten (Koordination, Kooperation, Team, Netzwerk)
- Klärung rechtlicher und ethischer Aspekte im Sinne der Patientinnen- und Patientensicherheit sowie deren Selbstbestimmung
- Leistungsvergütungen orientieren sich an entstehenden neuen Aufgabenverteilungen und neuen Aufgabenfeldern (Kooperation, Koordination, Netzwerkaufbau, Netzwerkpflge und Komplexleistungen in der Teamarbeit)
- Abbau von Hürden in der Zusammenarbeit mit dem Ziel einer besseren und effizienteren Patientinnen- und Patientenversorgung (z.B. Umgang mit dem Spannungsfeld institutioneller Wettbewerb vs. Kooperationsbeziehung, Korruptionsstrafrecht)
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung, z.B. durch Teilnahme aller Akteure am Hospiz- und Palliativregister, Entwicklung von interdisziplinären Leitlinien

3.3 Schlusswort

Die BAG-SAPV erhebt nicht den Anspruch, dass mit den obigen Darstellungen und Überlegungen alle Gemengelage, die in der Versorgung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen bestehen, abgehandelt wurden. Z.B. erfolgte keine Unterteilung nach Altersgruppen. Auch wäre es wünschenswert gewesen, an der einen oder anderen Stelle präziser formulieren zu können. Vielmehr mag diese Darstellung als Grundlage für eine notwendige öffentliche Debatte verstanden werden, um die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im Rahmen einer Verbesserung von Patienten-/Patientinnen-Bedarfsorientierung, Qualität, Ressourcenallokation und Wirtschaftlichkeit weiter zu entwickeln.