Informationen zu bestehenden und neuen palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungen

Cora Schulze

Roter Faden

1. Begriffsdefinition
2. Informationen zu den drei Stufen der Palliativversorgung
3. Wann sollte Palliativversorgung beginnen?
4. Identifikation von Patienten mit palliativen Behandlungsbedarf
5. Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung
6. Unterschied – Palliativpatient und Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung
7. Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen
8. Risiko
9. Forderungen

Begriffsdefinition

Palliativ

- Das Wort „palliativ" stammt sich dem lateinischen Wortschatz
- beinhaltet pallium = der Mantel
- bzw. palliare = mit dem Mantel bedecken, umhüllen.

Palliativmedizin - nach WHO

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Online: http://www.palliativ-portal.de/Definitionen Stand 17.12.2017

Begriffsdefinition

Palliative Care - nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)

Palliative Care ist der international übliche Fachausdruck
Als deutsche Übertragungen:

- Palliativmedizin
- Palliativbetreuung
- Palliativversorgung.
- Die Begriffe Palliativpflege und Hospizarbeit beinhalten wichtige Teilaspekte von Palliative Care.

Palliativ-Pflegedienste?!?

Anforderung an die Qualifikation der Mitarbeiter und an die Struktur des Pflegedienstes, um die neu geschaffene Palliativpflegeziffer abzurechnen ist noch nicht definiert.

Online: http://www.palliativ-portal.de/Definitionen Stand 17.12.2017

Begriffsdefinition

Palliative-Care-Team (PCT):

- Multiprofessionelles Team…..
- Weitere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Seelsorger oder Psychologe können dazugehören
- Eine enge Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist wünschenswert.
- Die im ambulanten Sektor tätigen Palliative-Care-Teams arbeiten mobil.
  - Primär ambulant
  - Stationär nur, wenn dies mit dem Krankenhaus vertraglich vereinbart ist
- 24-stündige Bereitschaft und Erreichbarkeit sind unerlässlich zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen

Online: http://www.palliativ-portal.de/Definitionen Stand 17.12.2017

Begriffsdefinition

Grenzen der SAPV!

- SAPV-Teams haben eine begrenzte Anzahl an Hausbesuchen im ärztlichen und pflegerischen Bereich!
- SAPV-Teams stellen keine Präsenzpflege vor Ort (Sitzwache, 24-Stunden-Pflege…)
- SAPV-Teams kompensieren nicht das Fehlen einer haus- oder fachärztlichen Versorgung!
- SAPV-Teams sind keine Notfalleinheit für Diagnostik und kurative Therapie im gewohnten häuslichen Bereich!
- SAPV-Teams haben für die Aufnahme eines Patienten 3 Werktage Zeit!
- Auch SAPV-Teams arbeiten in den Bereitschaftszeiten (nachts und am Wochenende) mit einem Bereitschaftsdienst! Leistungserbringung im Rahmen der „Regelversorgung“ ist in diesen Zeiten nicht leistbar.
- Grundsätzlich sind Einsätze von SAPV-Teams in Krankenhäusern nicht vorgesehen und werden somit nicht vergütet!

Begriffsdefinition

Stationäres Hospiz

- ein stationäres Hospiz eine vom Krankenhaus oder Seniorenheim unabhängige Pflegeeinrichtung
- Betreut werden dort Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende
  - Wenn ein Sterbender nicht zu Hause gepflegt werden kann
  - keine Behandlung im Krankenhaus benötigt wird
  - Anders als in Deutschland gehören Palliativmediziner in Großbritannien, Irland, USA oder Polen obligatorisch zum Behandlungsteam eines stationären Hospizes.

Ambulanter Hospizdienst (AHD)

- Weiterentwicklung einer Hospizinitiative
- verfügt über qualifizierte Hospizhelfer (mind. 15 geschulte Ehrenamtliche, mind. eine halbe Stelle für eine hauptamtliche, qualifizierte Koordinationskraft)
- Betroffene und Angehörige können psychosoziale Unterstützung im Sterbe- und Trauerprozeß erhalten
- Ehrenamtlich erhalten (z. B. Supervision) und Fortbildungen.
- Der AHD ist zu festen Zeiten im Büro erreichbar.

Online: http://www.palliativ-portal.de/Definitionen Stand 17.12.2017

Informationen zu den drei Stufen der Palliativversorgung

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – Stufe III

Besonders qualifizierte Palliativversorgung – Stufe II

Palliative Basisversorgung – Stufe I

Cora Schulze 17.12.2017

Wann sollte Palliativversorgung beginnen?

Medizinische Versorgung am Lebensende noch zu häufig im Krankenhaus
BertelsmannStiftung 02.11.2015

1. Die Studie empfiehlt: ambulant vor stationär

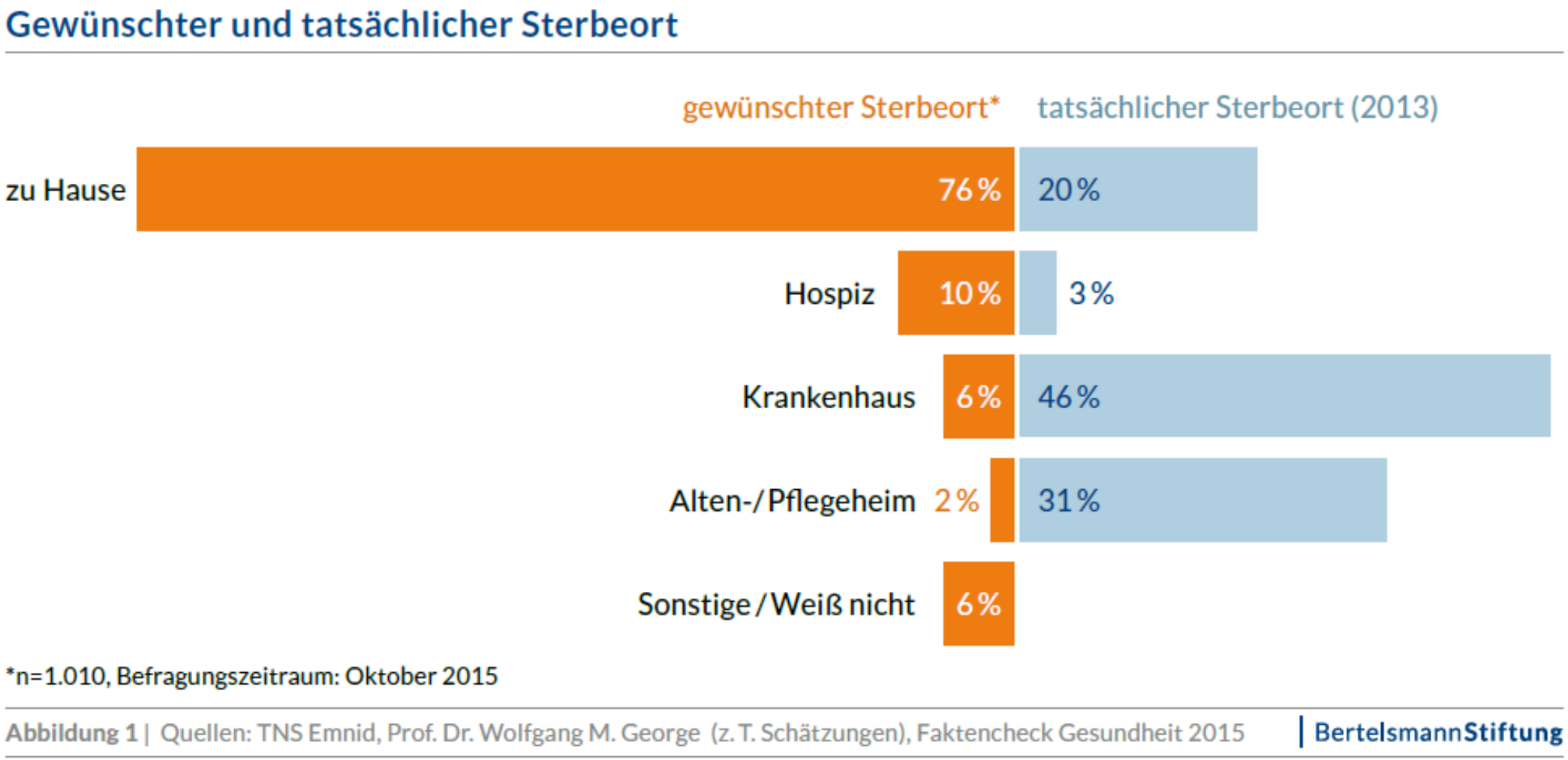
"Die Planung neuer Versorgungsangebote sollte sich an dem Wunsch der allermeisten Menschen ausrichten, ihre letzten Lebenstage zu Hause zu verbringen", sagte Dr. Brigitte Mohn, Vorstand der Bertelsmann Stiftung.“

2. „Hoher Aufklärungsbedarf bei Patienten und Angehörigen

Zwar sind die Versorgungsangebote für Schwerkranke und sterbende Menschen in den vergangenen 20 Jahren stark ausgebaut worden. Allerdings erhielten selbst 2014 bundesweit lediglich knapp 30 Prozent der Verstorbenen eine palliativmedizinische Behandlung, hat Professor Lukas Radbruch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin für den Faktencheck Gesundheit ermittelt. Dies weise auf eine Unterversorgung hin, denn: "Fast 90 Prozent aller Menschen brauchen am Lebensende eine palliative Begleitung", sagte Radbruch.

Online: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/medizinische-versorgung-am-lebensende-noch-zu-haeufig-im-krankenhaus/ Stand 17.12.2017

Wann sollte Palliativversorgung beginnen?



Cora Schulze 17.12.2017

Online: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf Stand 17.12.2017

Wann sollte Palliativversorgung beginnen?

… Vorausschauende Versorgungsplanung und eine rechtzeitig beginnende Palliativversorgung können unnötige und belastende Behandlungen am Lebensende verhindern. Wie der Faktencheck
zeigt, wird zum Beispiel bei **zehn Prozent** der Patienten, die **keine SAPV** erhalten haben, eine **Chemotherapie bis in den letzten Lebensmonat** hinein fortgesetzt, während dies nur bei **sieben Prozent** der Krebspatienten **mit SAPV** der Fall ist….

Ambulante palliativmedizinische Leistungen nach Erkrankungsart

	AAPV*	SAPV**
Krebserkrankungen	64,9 %	88,3 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	29,2 %	9,3 %
Neurologische Erkrankungen	5,6 %	2,2 %
Sonstige	0,3 %	0,2 %
Gesamt	100 %	100 %

*2014, **2010 – 2014

Tabelle 2 | Quelle: eigene Berechnungen (HRI Datenbank)

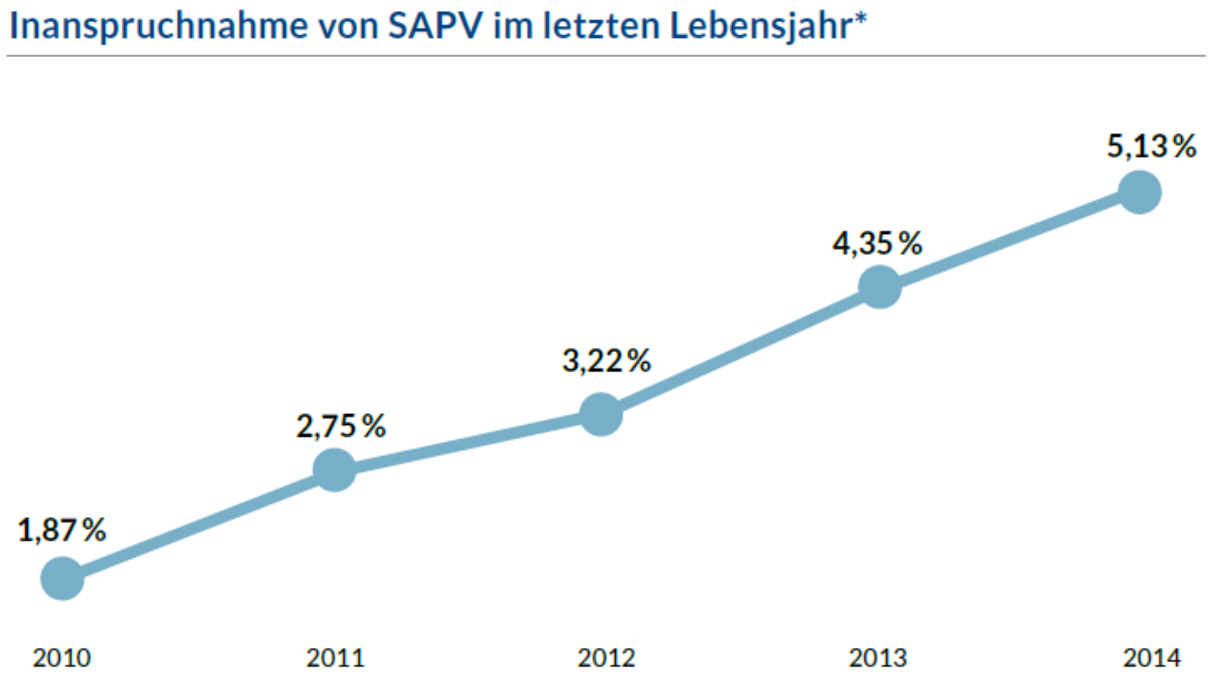
BertelsmannStiftung

Online https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf Stand 17.12.2017

Cora Schulze 20.12.2017

Wann sollte Palliativversorgung beginnen?

… Etwa 40 Prozent der Verstorbenen erhielten SAPV-Leistungen aber erst im letzten Lebensmonat. Bei zwölf Prozent der Patienten erfolgte die Verordnung sogar erst in den letzten drei Lebenstagen. Viele Maßnahmen der Palliativversorgung, die dem Erhalt der Lebensqualität dienen, sind bei solch späten Verordnungen nicht mehr möglich….



*Anteil von Verstorbenen mit SAPV an allen Verstorbenen, jeweils im letzten Lebensjahr

Abbildung 4 | Quelle: Eigene Berechnungen (HRI-Datenbank) | BertelsmannStiftung

Online https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf Stand 17.12.2017

Cora Schulze 20.12.2017

Identifikation von Patienten mit palliativen Behandlungsbedarf

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

SPICT-DE™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basisassessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten können:

- (Mehrfache) ungeplante Krankenhauseinweisungen.
- Reduzierter Allgemeinzustand oder zunehmende Verschlechterung; Verbesserung ist unwahrscheinlich (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag liegend oder sitzend).
- Patient ist aufgrund körperlicher und/oder seelischer Beeinträchtigungen im Alltag auf Unterstützung angewiesen.
- Pflegende Angehörige benötigen (zusätzliche) Unterstützung/Entlastung.
- Deutlicher Gewichtsverlust in den letzten 3-6 Monaten und/oder Patient ist untergewichtig.
- Anhaltende belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).
- Patient/Angehörige signalisieren den Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung/ Therapiezieländerung.

Online: http://www.spict.org.uk/the-spict/ Stand 17.12.2017

Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen:

Krebserkrankung

- Progredienz mit zunehmender Symptomlast und funktionalen Einschränkungen.
- Patient ist zu schwach für eine Tumortherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle.

Demenz/Gebrechlichkeit

- Multiple Beeinträchtigungen, z.B.:
- Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich.
- Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen.
- Harn- und Stuhlinkontinenz.
- Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich.
- Wiederholte Sturzereignisse; Femurfraktur.
- Wiederholte fieberhafte Episoden bzw. Infekte; Aspirationspneumonie(n).

Neurologische Erkrankung

- Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie, z.B.:
- Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion.
- Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien; Atemnot und/oder Lungenversagen.
- Anhaltende Lähmungen nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behinderung.

Kardiovaskuläre Erkrankung

- Herzinsuffizienz oder ausgeprägte koronare Herzerkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung.
- Schwere, inoperable periphere Gefäßerkrankung.

Atemwegserkrankung

- Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe/bei geringer körperlicher Belastung.
- Benötigt Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie.
- Zustand nach Lungenversagen; (erneute) Beatmung ist nicht erfolgversprechend.

Nierenerkrankung

- Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung.
- Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/Behandlungen.
- Beendigung oder Verzicht auf Einleitung einer Dialyse wird erwogen.

Lebererkrankung

- Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z.B.:
  - Diuretikum-resistenter Aszites
  - hepatische Enzephalopathie
  - hepatorenales Syndrom
  - bakterielle Peritonitis
  - rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen
- Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend.

Andere lebenslimitierende Erkrankungen

- AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist.

Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:

- Überprüfung der medikamentösen/nicht-medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung und Vermeidung von Polypharmazie.
- Überprüfung, ob ein palliatives Konsil/eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen.
- Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie.
- Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige.
- Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz.
- Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans.

Online: http://www.spict.org.uk/the-spict/ Stand 17.12.2017

Persönliche Anmerkung/Ergänzende Frage:

Würde es Sie wundern, wenn der Patient in den nächsten 12 Monaten verstirbt?

Cora Schulze 17.12.2017

Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Stufe III

Besonderes qualifizierte Palliativversorgung – Stufe II

Palliative Basisversorgung – Stufe I

Online https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdfStand 17.12.2017

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- Anforderungen an die Erkrankungen

  nicht heilbar
  fortschreitend
  weit fortgeschritten (wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen und wenn die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist)

- Besonders aufwändige Versorgung

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik
ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
ausgeprägte urogenitale Symptomatik

Online https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdfStand 17.12.2017

Besonderes qualifizierte Palliativversorgung Vereinbarung zur Palliativversorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V

- Anforderung an die Erkrankung

  Identisch mit der SAPV

  nicht heilbar
  fortschreitend
  weit fortgeschritten (wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen und wenn die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist)

- Zusätzlich zu Abs. 1 müssen im Einzelfall folgende Bedingungen zum Zeitpunkt der Indikationsstellung zutreffen:

  Unterscheidet sich zu SAPV

  - Kurative Behandlungen der Grunderkrankungen sind nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr erwünscht;

  - Eine angemessene Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in selbst gewählter Umgebung ist möglich;

  - Eine stationäre Behandlung nach § 39 SGB V führt erwartungsgemäß nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten;

Cora Schulze 15.12.2017

Online https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/bmv_anlagen_neu/BMV-Ae_Anlage_30_Palliativversorgung_2017-01-01.pdf 17.12.2017

Besonderes qualifizierte Palliativversorgung Vereinbarung zur Palliativversorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V

Unterscheidet sich zu SAPV

- Der Allgemeinzustand der Patienten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung und im Regelfall die Versorgung in der Häuslichkeit;

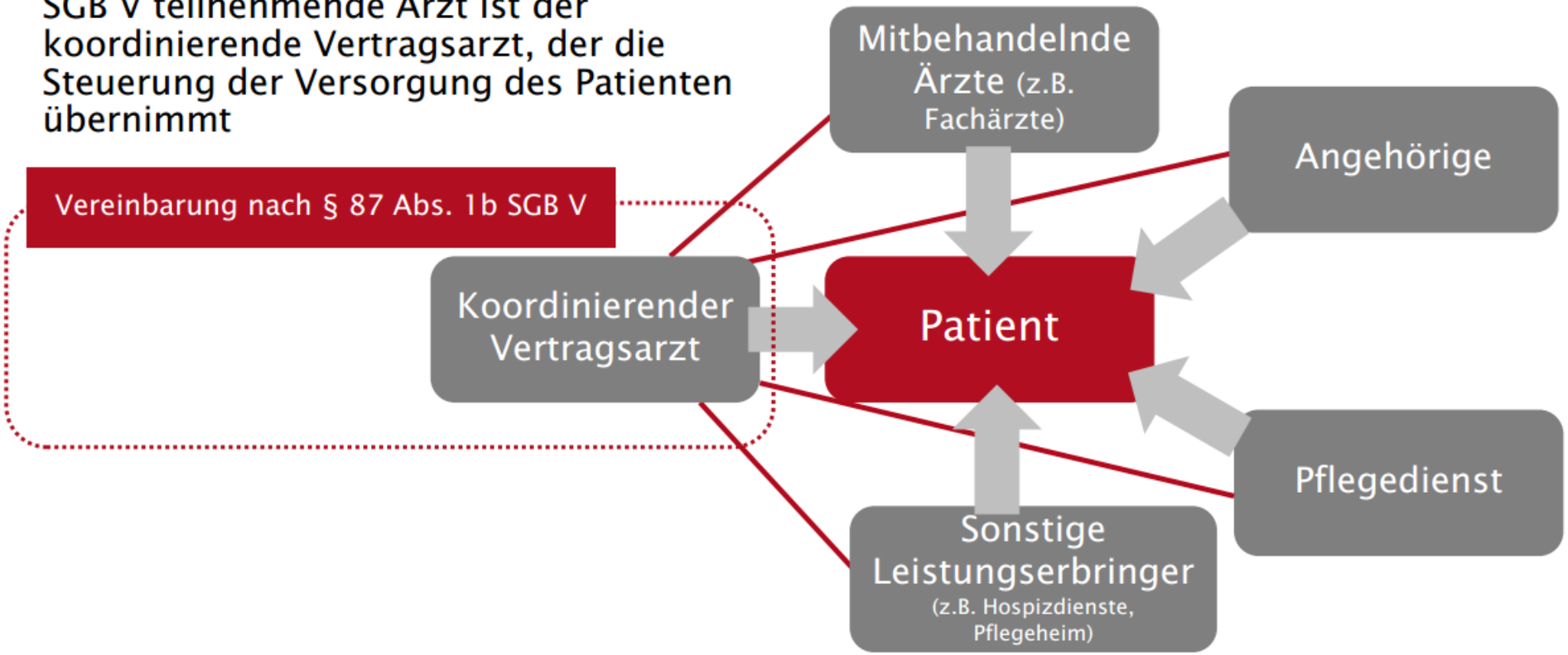
- Eine Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs.1 SGB V ist nicht indiziert – mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV – da das komplexe Symptomgeschehen gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nicht vorliegt;

- Es liegt ein besonderer Versorgungsaufwand vor, der eine entsprechend qualifizierte palliativmedizinische Betreuung nach dieser Vereinbarung durch mehrere Leistungserbringer erfordert.

Online https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/bmv_anlagen_neu/BMV-Ae_Anlage_30_Palliativversorgung_2017-01-01.pdf 17.12.2017

Vereinbarung zur Palliativversorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V

- Der an der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V teilnehmende Arzt ist der koordinierende Vertragsarzt, der die Steuerung der Versorgung des Patienten übernimmt



Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Cora Schulze 15.12.2017

Versorgungsauftrag des teilnehmenden Arztes

- Koordinierte Versorgungssteuerung durch den Arzt:
  - Zeitgerechte Einleitung der Kooperation mit anderen Ärzten (Mitbehandlung, Beteiligung an der Versorgungsplanung, konsiliarische Unterstützung)
  - Aktive Kooperation und Koordination mit weiteren an der Versorgung beteiligen Professionen, Diensten und Einrichtungen
  - Sicherstellung eines fließenden Übergangs zwischen der kurativen Behandlung und der palliativ-medizinischen Versorgung
  - Sicherstellung der geeigneten Behandlung in Akutfällen und bei Komplikationen

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Versorgungsauftrag des teilnehmenden Arztes

- Der Arzt koordiniert die erforderliche Einbeziehung und ggf. Abstimmung mit anderen Leistungserbringern
  - stat. Pflegeeinrichtungen
  - amb./stat. Hospizdienste
  - Palliativdienste
  - Palliativstationen
  - SAPV-Teams
  - Physiotherapeuten
  - amb. Pflegedienste
  - andere an der Versorgung des Palliativpatienten beteiligte Fachärzte und Psychotherapeuten

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Aufgaben des teilnehmenden Arztes

- Ersterhebung
- Koordination diagostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen zur standartisierten Behandlungsplanung
- Schmerztherapie/Symptomkontrolle
- Erstellung eines Therapieplans, Schmerztherapieplans, Notfallplans
- Information der anderen Leistungserbringer über die palliativmedizinische Versorgung, die Patientenverfügung, Notfallpläne etc.
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege
- Konsiliarische Beratung von behandelnden Ärzten

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Aufgaben des teilnehmenden Arztes

- Organisation der palliativmedizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten unter Einbeziehung von an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
- Ärztliche Versorgung von Palliativpatienten in Hospizen und Pflegeheimen
- Teilnahme an Fallbesprechungen
- Ggf. Konsiliarische Abstimmung mit einem Palliativmediziner
- Verordnung von SAPV im Bedarfsfall (besondere Symptomlast nach SAPV-RL)
- Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
- ggf. Beratung und Anleitung der Angehörigen, die in die Versorgung eingebunden sind

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Welche Ärzte können an der Versorgung nach der Vereinbarung teilnehmen?

- Fachliche Anforderungen:
  - Praktische Erfahrung: Mind. 2 Wochen Hospitation oder Betreuung von mind. 15 Palliativpatienten in den letzten 3 Jahren
  - Theoretische Kenntnisse: 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin (BÄK); andere curriculare Fortbildungen können teilweise angerechnet werden
- Leitliniengerechte Versorgung
- Regelmäßige palliativmedizinische Fortbildungen (8 Punkte/Jahr, insbesondere durch Qualitätszirkel und Fallkonferenzen)
- Verfügen über gültige BTM-Rezepte

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung SAPV – Abgrenzung zu SAPV

- Bei Vorliegen oder Auftreten eines „komplexen Symptomgeschehens“ beim Palliativpatienten entsprechend dem Kriterienkatalog in § 4 SAPV-RL -> SAPV
- Keine parallele Einbindung des Patienten in die SAPV und die Versorgung nach der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V
- Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob SAPV-Leistungen erbracht werden. Falls ja -> keine Versorgung nach der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V
- Im Rahmen der Versorgung nach der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V kann aber bei Bedarf die SAPV-Beratungsleistung in Anspruch genommen werden (z.B. konsiliarische Abstimmung des teilnehmenden Arztes mit einem SAPV-Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin)

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Qualitätssicherung

- Insbesondere: Fachliche Anforderungen an den teilnehmenden Arzt und Fortbildungsverpflichtung
- Nachweis der organisatorischen Anforderungen (Regelungen zur Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten, zum Informationsaustausch zwischen verschiedenen Leistungserbringern, zu Fallbesprechungen, zur Durchführung von Konsilen) durch den teilnehmen Arzt
- Prüfung der QS-Anforderungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch die Partner des Bundesmantelvertrages
- Evaluation der Auswirkungen der Vereinbarung auf die ambulante Palliativversorgung auf der Basis des Berichtes des Bewertungsausschusses

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Vergütung und Finanzierung der Leistungen nach § 87 Abs. 1b SGB V

- Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung wurden Leistungen zur Abbildung der palliativmedizinischen Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in den EBM aufgenommen
  - Aufnahme eines neuen Abschnittes 37.3 „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä
  - Nur für Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 berechnungsfähig
  - Es dürfen zeitgleich keine SAPV-Leistungen (außer Beratung) erbracht werden

- Es wurde weiterhin vereinbart, die Leistungen für 2 Jahre außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu vergüten
- Zusätzlich wurde beschlossen, die im EBM bereits bestehenden Leistungen zur palliativmedizinischen Versorgung im hausärztlichen Bereich ebenfalls befristet für 2 Jahre außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu vergüten

Vergütung und Finanzierung der Leistungen nach § 87 Abs. 1b SGB V

- Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung wurden Leistungen zur Abbildung der palliativmedizinischen Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in den EBM aufgenommen
  - Aufnahme eines neuen Abschnittes 37.3 „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä
  - Nur für Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 berechnungsfähig
  - Es dürfen zeitgleich keine SAPV-Leistungen (außer Beratung) erbracht werden

- Es wurde weiterhin vereinbart, die Leistungen für 2 Jahre außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu vergüten
- Zusätzlich wurde beschlossen, die im EBM bereits bestehenden Leistungen zur palliativmedizinischen Versorgung im hausärztlichen Bereich ebenfalls befristet für 2 Jahre außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu vergüten

Überblick über Leistungen und Berechnungsfähigkeit in Abschnitt 37.3 ab 1. Oktober 2017

Leistung	Bewertung (P.)	Teilnehmende Ärzte	Mitbehandelnde Ärzte	Weitere Ärzte
Ersterhebung Patientenstatus 1x Krankheitsfall (37300)	391 P. (41,17 €)	x		
Pauschale für koordinierten Arzt 1x Behandlungsfall (37302)	275 P. (28,95 €)	x		
Rufbereitschaft koordinierender Arzt 1x Krankheitsfall (37317)	1.475 P. (155,25 €)	x		
Telefonat zu Unzeiten Je Telefonat (37318)	213 P. (22,42 €)	x		
Zuschlag auf Haus- und Mitbesuch Je 15 Minuten (37305)	124 P. (13,05 €)	x	x	
Zuschlag auf dringende Besuche Je Besuch (37306)	124 P. (13,05 €)	x	x	
Teilnahme an Fallkonferenzen (37320)	64 P. (6,73 €)	x	x	
Konsil für komplexe Fragestellungen* 1x Behandlungsfall (37314)	106 P. (11,16 €)			x

*nur berechnungsfähig durch Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Vereinbarung zur Palliativversorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V

- Auf Basis der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den EBM zu prüfen und anzupassen
- Gesetzliche Vorgabe zur Finanzierung der Leistungen für 2 Jahre außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
- Regelmäßiger Bericht des Bewertungsausschusses an BMG (u.a. Entwicklung der Leistungen, Versorgungsqualität, Zahl der Leistungserbringer)

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Häusliche Krankenpflege (HKP)

Bekanntgabe über den Bundesanzeiger am 24.11.2017

03/2017 – Beschluss des G-BA über die Änderung der HKP Richtlinie
Berücksichtigung der Belange von Palliativpatienten/-Patientinnen

Abrechnungsausschluss SAPV - additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird und Vollversorgung

Online: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2896/2017-03-16_2017-09-21_HKP-RL_Palliativversorgung_konsolidiert_BAnz.pdf? Stand: 17.12.2017

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Pflegerische Palliativ-versorgung

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
„24a	**Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten** Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt - insbesondere bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation - Wundkontrolle und -behandlung bei exulzerierenden Wunden - Krisenintervention, z.B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen Die Leistung Nummer 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.	Diese Leistung ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen oder Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist und unter anderem die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund stehen. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Diese Leistung ist verordnungsfähig, wenn bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten in den letzten Tagen, Wochen oder Monaten vor dem Lebensende nur durch die Symptomkontrolle entsprechend der vorliegenden Leistungsziffer in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann und die übrigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig, sofern die übrigen Voraussetzungen	Erstverordnung und Folgeverordnungen bis zu 14 Tage. Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus möglich.“

Die Leistung Nummer 24a umfasst neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben dieses Leistungsverzeichnisses.

Online: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2896/2017-03-16_2017-09-21_HKP-RL_Palliativversorgung_konsolidiert_BAnz.pdf? Stand 17.12.2017

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Pflegerische Palliativ-versorgung

Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.

Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben.

Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verordnung der Leistungsziffer Nummer 24a nicht zu beachten.

erfüllt werden.

Ziel dieser Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der nicht die spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert.

Der grundsätzliche Anspruch einer Patientin oder eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V wird durch die Verordnung der Nummer 24a nicht berührt. Die Nummer 24a ist jedoch nicht bei Patientinnen oder Patienten verordnungsfähig, die eine SAPV-Vollversorgung oder eine additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung erhalten, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird (siehe auch § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14. SGB V).

Die Leistung der Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.

Die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind, sind auf der Verordnung anzugeben.

Die im Leistungsverzeichnis festgelegten Empfehlungen zu „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“ von Leistungen sind im Rahmen der Verordnung der Leistungsziffer Nummer 24a nicht zu beachten.

Online: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2896/2017-03-16_2017-09-21_HKP-RL_Palliativversorgung_konsolidiert_BAnz.pdf? Stand 17.12.2017

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Pflegerische Palliativ-versorgung

		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.	

Komplexleistung - Verordnung von weiteren Leistungen aus der Richtlinie für die häusliche Krankenpflege ist nicht möglich!

Koordination ist nicht aufgeführt!

Ruf- und Fahrbereitschaft ist nicht aufgeführt!

Vergütungsverhandlung auf Landesebene hat begonnen!

Online: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2896/2017-03-16_2017-09-21_HKP-RL_Palliativversorgung_konsolidiert_BAnz.pdf? Stand 17.12.2017

Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Palliative Basisversorgung

Ärztlich (Kölner Kommentar/EBM):

- Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03370 bis 03373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig…
- Der behandelnde Arzt ist verpflichtet zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit möglich ist.
- Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine SAPV wird nicht berührt.
- Die GOP 03371, 03372 und 03373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine **Vollversorgung** der SAPV erhalten.
- Die GOP 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der SAPV erbringt.

Online https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdfStand 17.12.2017

Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Palliative Basisversorgung

- In 2013 wurden palliativmedizinische Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in spezifische Gebührenordnungspositionen überführt und eine entsprechende Finanzierung vereinbart

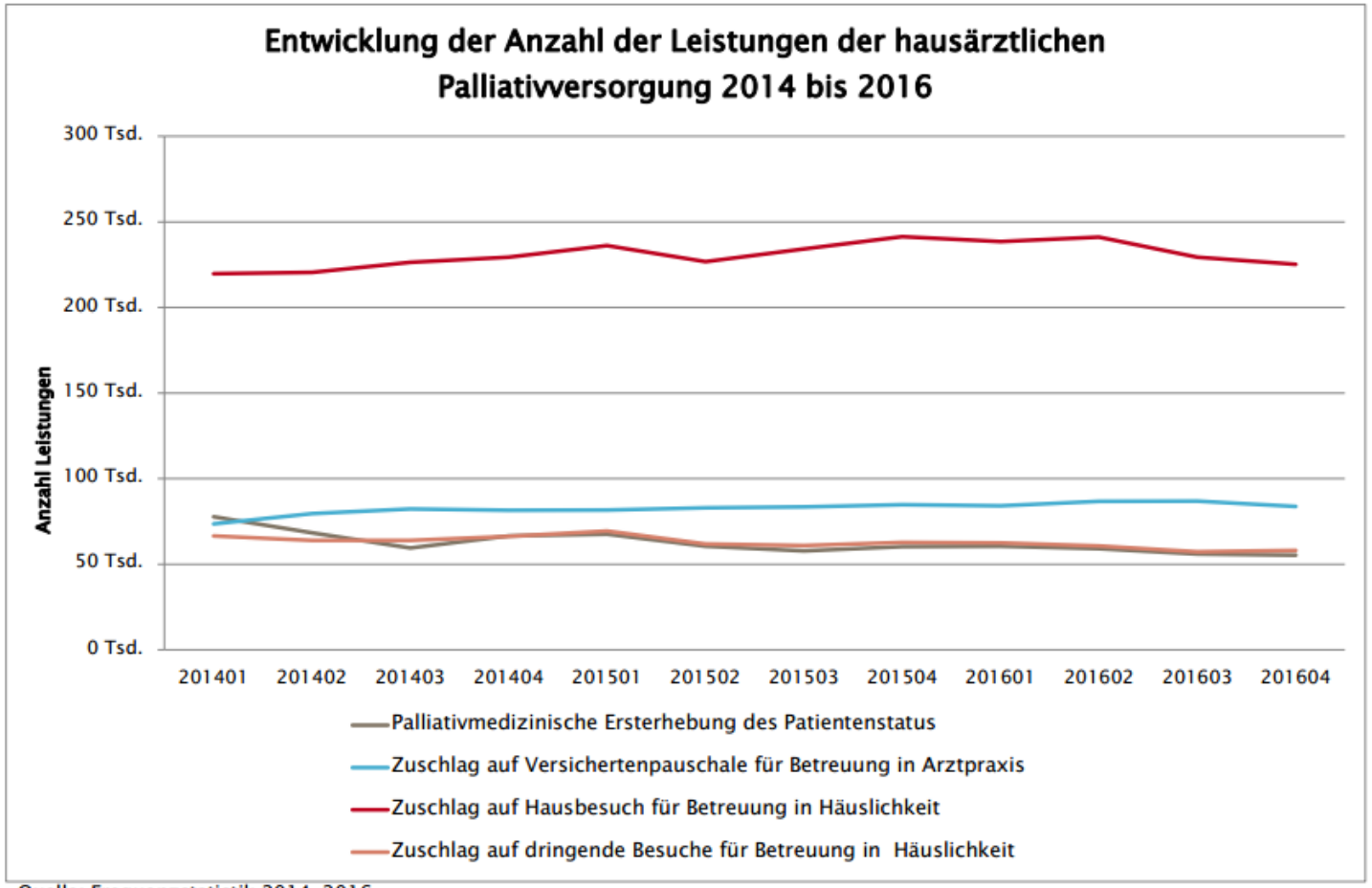
Leistung	Bewertung	N 2016
Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan (03370)	341 Pkt. (35,91 €)	232 Tsd.
Zuschlag auf Versichertenpauschale für Betreuung in Arztpraxis (03371)	159 Pkt. (16,74 €)	345 Tsd.
Zuschlag auf Hausbesuch für Betreuung in Häuslichkeit (03372)	124 Pkt. (13,06 €)	937 Tsd.
Zuschlag auf dringende Besuche für Betreuung in Häuslichkeit (03373)	124 Pkt. (13,06 €)	239 Tsd.

- Darüber hinaus erfolgt eine gesonderte Vergütung der palliativmedizinischen Versorgung von Krebspatienten über die Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag)

Quelle: Info-Veranstaltung des Landesstützpunkts Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. Diakovere Friederikenstift Hannover 27.09.2017 Monika Beissel-Pilzecker, GKV-Spitzenverband

Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Palliative Basisversorgung



Quelle: Frequenzstatistik 2014-2016

- Seit Einführung stabile Entwicklung der palliativmedizinischen Basisversorgung

Unterschied – Palliativpatient und Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Was kennzeichnet einen Palliativpatienten?

Ein Palliativpatient ist ein Patient, der an einer nicht heilbaren Grunderkrankung leidet.

Führt diese Grunderkrankung zu einem Bedarf an Leistungen, die durch Maßnahmen von Palliative Care versorgt werden müssen, dann hat er Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die für die Versorgung dieses Bedarfs eingeführt wurden.

Unterschied – Palliativpatient und Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Persönliche Einschätzung:

Sollte die für den Bedarf notwendige Leistung nicht zur Verfügung stehen, dann ersatzweise auf die Leistung, die geeignet ist, den Bedarf zu decken.

Grundsätzlich gilt:
ambulant vor stationär

Unterschied – Palliativpatient und Anspruch auf Leistungen der Palliativversorgung

Aussage von Zuweisern in der täglichen Arbeit
-> Der Patient ist noch nicht palliativ?!!?

Meint in der Versorgungsrealität häufig:

- Es besteht noch kein Bedarf an bestimmten Leistungen aus dem Bereich Palliative Care.
- Die begrenzte Lebenszeit wird seitens des Zuweisers nicht gesehen oder der Leistungsanspruch wird auf eine zu kurze Lebenszeit bezogen.
- Die symptomatische Belastung wird seitens des Zuweisers nicht gesehen.
- Ein Anspruch auf Leistungen aus dem Bereich Palliative Care wird nur für bestimmte Erkrankungen angenommen (in der Regel mit Tumorerkrankungen).

Informationen zu den drei Stufen der Palliativversorgung

Versorgungsschwache Region?

Trend zur Anstellung von Ärzten im ambulanten Bereich?

Kapazitäten reichen aus um eine Palliativstruktur aufzubauen, aber nicht für eine weitere parallele Struktur?

Fachkräftemangel (ärztlich und auch pflegerisch)?

Bedenken der Anbieter von Leistungen der besonders qualifizierten Palliativ-versorgung bzgl. einer Verschiebung der SAPV-Patienten seitens der Kostenträger in diesen Bereich?

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – Stufe III

Besonders qualifizierte Palliativversorgung – Stufe II

(regional nicht implementiert)

Palliative Basisversorgung – Stufe I

Landarztquote?

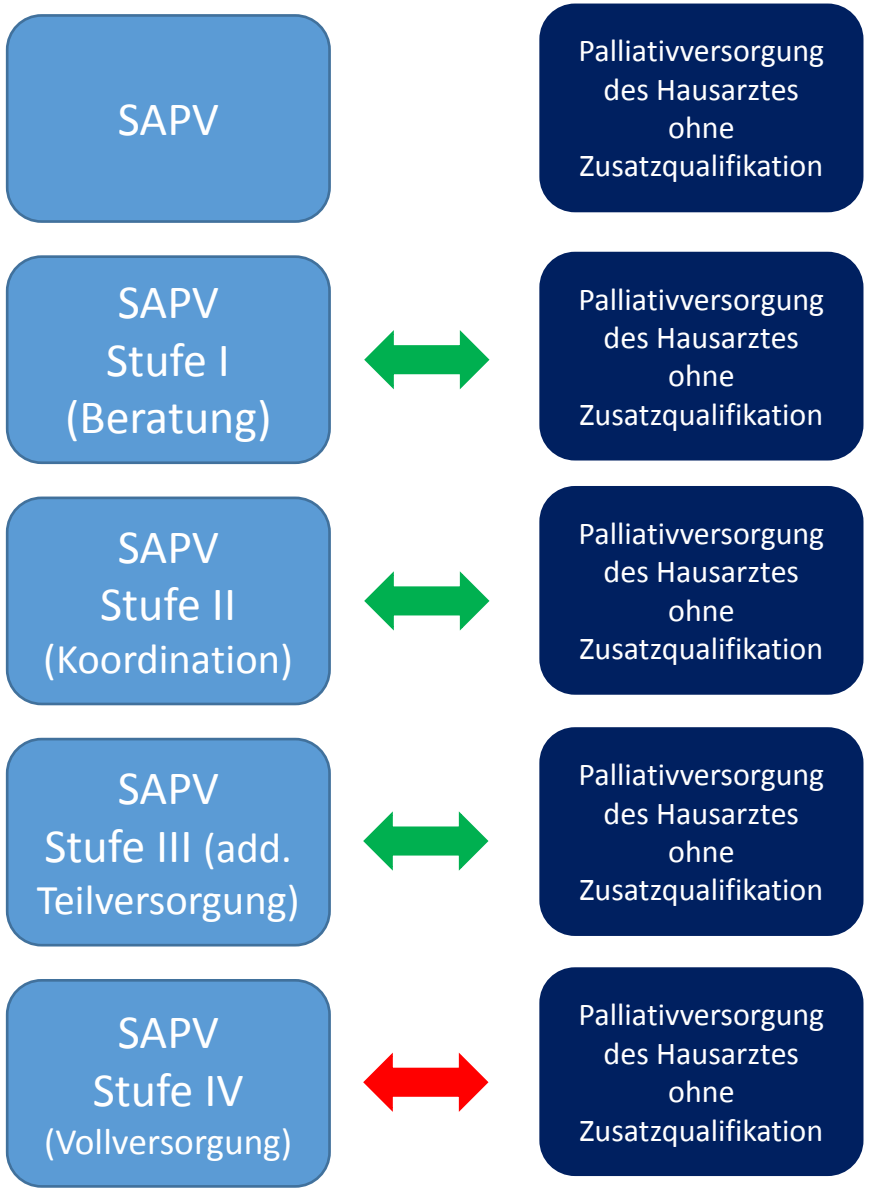
Cora Schulze 17.12.2017

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Wie können die neuen Leistungen integriert werden, ohne Doppelstrukturen aufzubauen?

Was ist zu beachten?

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen



Abrechnung:
Vollversorgung Abrechnungsausschluss (für den Hausarzt)

Rufbereitschaft:
Keine Überschneidungen

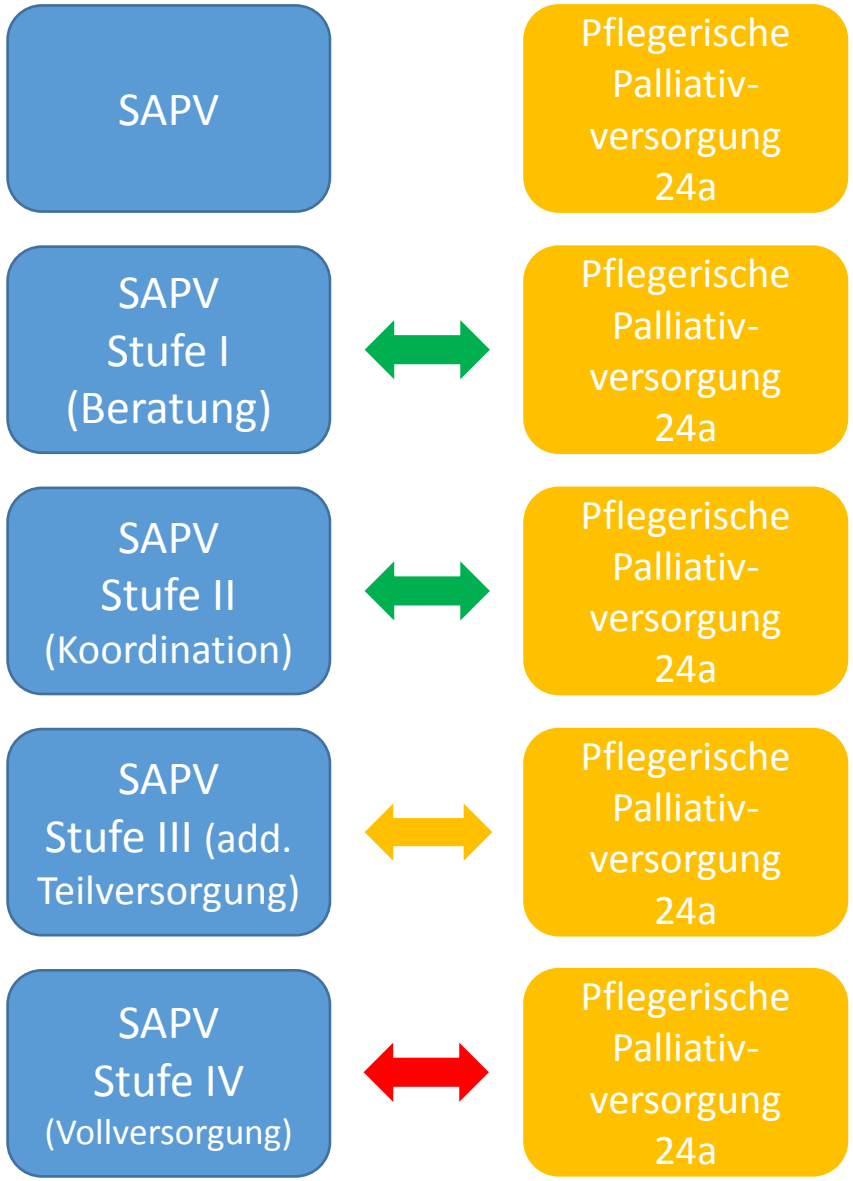
Koordination:
Keine Überschneidungen

Hinzunahme:
Verordnung über das Muster 63

Arbeitsweise des SAPV-Teams:

- Eigenständige Einheit mit ärztlichem und pflegerischen Anteil
- Verordnungen von Pharmakotherapie laufen über die Ärzte des SAPV-Teams
- Delegation/Substitution von ärztlichen Leistungen im Rahmen der SAPV laufen über das SAPV-Team
- Leistungserbringung erfolgt im Rahmen der Patientenversorgung

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen



Leistungsausschluss:

additiv unterstützende palliativpflegerische Teilversorgung, in der die palliativpflegerische Versorgung vollständig durch das SAPV-Team erbracht wird und Vollversorgung

Koordination/Beratung:

Kein Leistungsausschluss

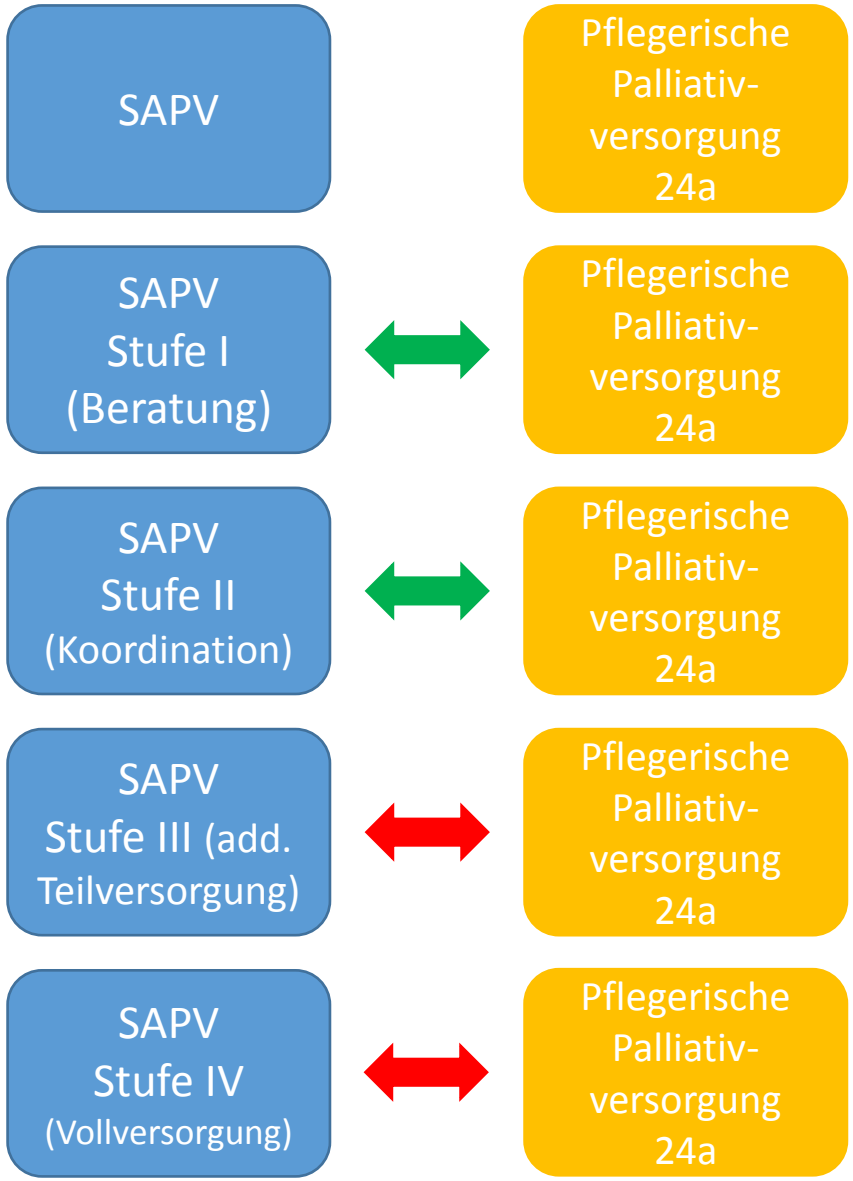
Rufbereitschaft:

Fraglich?!?!

Hinzunahme:

Verordnung über das Muster 63

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen



Fragliche Leistungsübernahme:

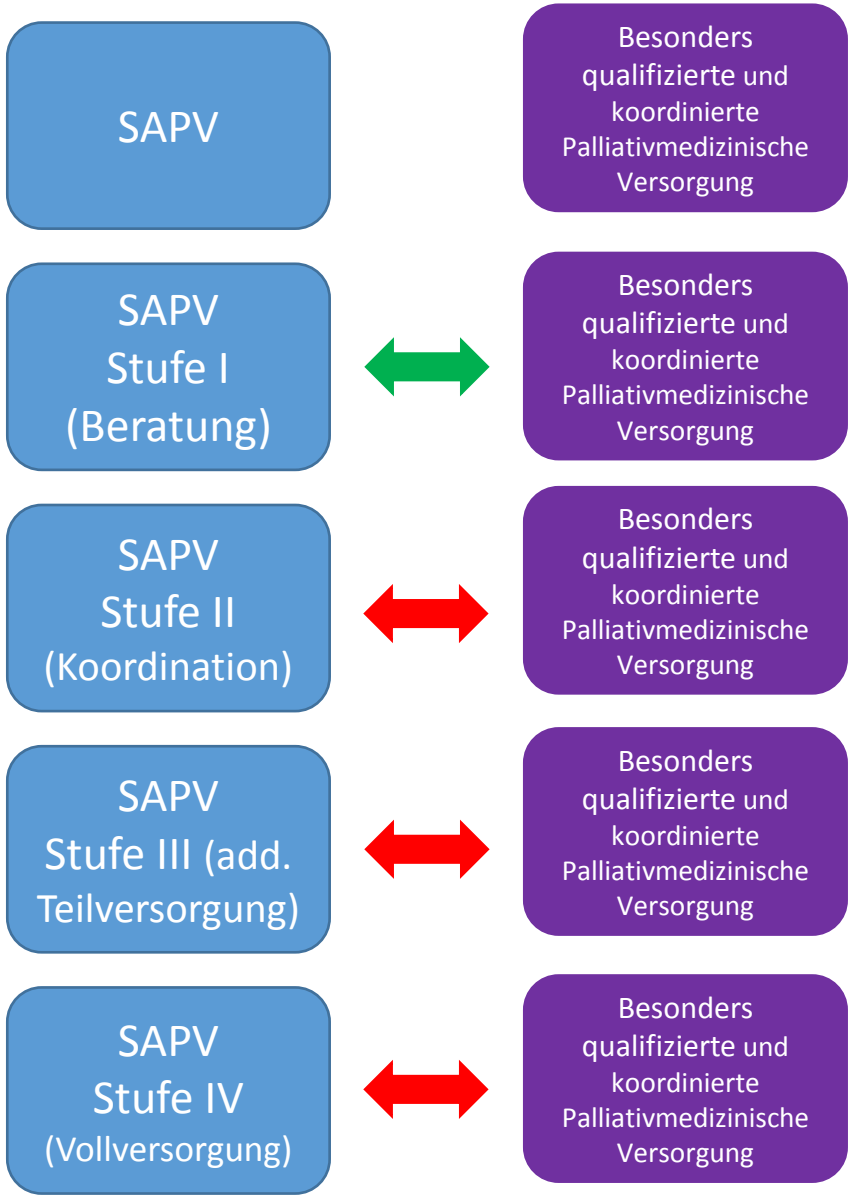
- Pat. wird parallel im Rahmen der BQKPVM betreut und es liegt eine ärztliche Übergabe vor, in dem Notfallsituationen und das Vorgehen besprochen wurde.

Hauptpunkt: Sicherstellung der Ruf- und Fahrbereitschaft

Ausgeschlossene Leistungsübernahme:

- Verordnungen von Pharmakotherapie über die Ärzte des SAPV-Teams
- Delegation/Substitution von ärztlichen Leistungen im Rahmen der SAPV laufen über das SAPV-Team
- Übernahme von palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Aufgaben
  -> Teilleistungsausschluss add. Teilversorgung und der Vollversorgung

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen



Leistungsausschluss:

Koordination bis Vollversorgung der SAPV darf nicht parallel zur palliativmedizinischen Versorgung verordnet werden

Koordination:

Leistungsausschluss

Rufbereitschaft:

Fraglich?!?!

Hinzunahme:

Verordnung über das Muster 63

Mögliche Zusammenarbeit:

- Beratung

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

SAPV		Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung
SAPV Stufe I (Beratung)	↔	Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung
SAPV Stufe II (Koordination)	↔	Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung
SAPV Stufe III (add. Teilversorgung)	↔	Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung
SAPV Stufe IV (Vollversorgung)	↔	Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung

Fragliche Leistungsübernahme:

- Pat. wird parallel im Rahmen der BQKPV betreut und es liegt eine ärztliche Übergabe vor, in dem Notfallsituationen und das Vorgehen besprochen wurde.

Ausgeschlossene Leistungsübernahme:

- Verordnungen von Pharmakotherapie über die Ärzte des SAPV-Teams
- Delegation/Substitution von ärztlichen Leistungen im Rahmen der SAPV laufen über das SAPV-Team
- Übernahme von palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Leistungen -> Leistungsausschluss add. Teilversorgung)

Achtung !

Der Versicherte hat ausschließlich einen Leistungsanspruch, wenn nur noch palliative Maßnahmen indiziert oder gewollt sind!

Ein „Abfärben" auf die Leistungen der SAPV ist unbedingt zu vermeiden!

Der Vollständigkeit halber:

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und SAPV schließen sich gegenseitig aus!

Online: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/ 17.12.2017

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Warum ist die Kooperation im Rahmen der Palliativversorgung mit einem SAPV-Team **inhaltlich** sinnvoll?

- SAPV-Team verfügt über palliativmedizinische Anteile
- SAPV-Team verfügt über palliativpflegerische Anteile
- SAPV-Team erbringt im Schwerpunkt Leistungen im Bereich der Symptomkontrolle
- Strukturen der Rufbereitschaft und der Koordination sind bereits aufgebaut
- Vernetzung der regionalen Akteure im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung liegen vor

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Mögliches Vorgehen:

- Verordnung von SAPV Beratungsleistungen (hiermit wäre das Datenschutzproblem gelöst)
- Übergabe der Daten an das SAPV-Team
- Besprechung des Notfallplans
- *Sicherstellung der Rufbereitschaft?!?*

- Wichtige Frage im Rahmen der Zusammenarbeit:

Wann reicht die Versorgung über die BQKPV nicht mehr aus?
Wann erfolgt die Verordnung von SAPV-Leistungen der Koordination, additiv unterstützenden Teilversorgung oder Vollversorgung?

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Mögliches Vorgehen:

- Möglicher Lösungsansatz:

Vereinbarung von Red-Flags z.B.
X-mal Anruf bei der Rufbereitschaft
Stationäre Einweisung da festgelegte palliativmedizinische Maßnahmen nicht ausgereicht haben…

CAVE: Ein SAPV-Team ist keine Notfalleinheit!

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Wo ist die Rufbereitschaft in den jeweiligen Bereichen angesiedelt?

Inanspruchnahme BQKPV

– Rufbereitschaft und Koordination ist hier als Leistungsbestandteil hinterlegt

- Rufbereitschaft kann über Dritte sichergestellt werden

Frage:

- Kann die Rufbereitschaft und Koordination über einen (palliativen) Pflegedienst sichergestellt werden?

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Risiken
Unklarheiten

- Wie kann die Abrechnung erfolgen? Weiterleitung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinterlegten Ziffern an den (palliativen) Pflegedienst?

- Haftungsrechtliche Komponente (der Arzt bestätigt mit Unterschrift auf der Sammelerklärung, dass die Leistung vollständig und richtig erbracht wurde).

- Steuerliche Komponente (fungiert hier der Arzt als Abrechnungszentrum, da er die Leistung berechnet und die Vergütung (teilweise) weiterleitet)?

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Risiken
Unklarheiten

- Gibt es für die Übergabe der Daten an den KV-Notdienst eine vertragliche Grundlage?
- Wie kann die datenschutzrechtliche Komponente bedient werden?
- Müssten die Patienten unterschreiben, dass sie mit der Datenweitergabe einverstanden sind?

Außerdem:
Menge der Übergaben

- Alleine für das Wochenende wäre für Freitag, Samstag und Sonntag der jeweilige Kollege zu informieren.
- Erreichbarkeit der Kollegen vor Dienstbeginn im Kassenärztlichen Notdienst?

Fazit:

Die **Handlungsunfähigkeit**, die durch die **Leistungsausschlüsse** zwischen der BQKPV, der neuen Palliativpflege und den SAPV-Leistungserbringern bestehen können aufgrund der unterschiedlichen Frage- und Problemstellungen (z.B. Ruf- und Fahrbereitschaf, Delegation von ärztlichen Leistungen….), **nur ansatzweise** durch eine Zusammenarbeit **behoben werden**,

Ideen zur Umsetzung von Kooperationsmodellen

Nicht die Fahrbereitschaft!

Nicht die Fahrbereitschaft!

aber

- Durch die Hinzunahme eines SAPV-Teams kann die Rufbereitschaft sichergestellt werden (näheres muss in einem Kooperationsvertrag zwischen dem BQKPVM und dem SAPV-Team geregelt werden).
- Bei Einsatz eines palliativen Pflegedienstes (Abrechnung der Komplexziffer 24a kann die Versorgung durch ein SAPV-Team im Bereich Beratung und Koordination ergänzt werden)
- Ein bestmögliches Schnittstellenmanagement „AAPV“ zu SAPV kann erfolgen.
- Es wird keine Doppelstruktur aufgebaut.
- Wenn Strukturen der besonderen Palliativversorgung (BQKPVM und/oder Palliativpflege gemäß 24a) fehlen, kann SAPV die Versorgung übernehmen und den Patienten betreuen (unter der Prämisse: ambulant vor stationär und dem Anspruch des Palliativpatienten auf Betreuung im Sinne von Palliative Care).
- Es erfolgt eine Intensivierung der Netzwerkarbeit bzw. eine weitere Vernetzung

Risiko

- Wahrnehmung des SAPV-Teams **als Notfalleinheit/Lückenbüßer** (Anmerkung: SAPV-Team hat 3 Arbeitstage Zeit, um einen Patienten in die Versorgung aufzunehmen)

- **Vorausschauende** Arbeitsweise des BQKPVM und der Palliativpflege bei höherem Behandlungsbedarf ist erforderlich.

Risiko

- **Deutliche** Aufklärung über die Aufgaben der einzelnen Leistungserbringer ist erforderlich/Leistungsabgrenzung **-> SAPV-Team darf nur Teilleistungen erbringen -> dies muss allen Beteiligten deutlich gemacht werden.**

- **Deutliche** Aufklärung über den Behandlungsauftrag und die damit verbundenen Grenzen ist erforderlich **-> SAPV-Team darf nur Teilleistungen erbringen -> dies muss allen Beteiligten deutlich gemacht werden.**

- **Deutliche** Information über die Aufgabe und Struktur der Leistungserbringer ist erforderlich **-> SAPV-Team darf nur Teilleistungen erbringen -> dies muss allen Beteiligten deutlich gemacht werden.**

Forderungen

- Die Auswirkungen der neuen Palliativleistungen auf die SAPV muss erfasst und ggf. Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden.

- Der Effekt der neu geschaffenen Palliativleistungen auf die Versorgung und den Sterbeort muss erfasst werden.

- Der Umgang der Kostenträger im Hinblick auf die Kostenablehnungen mit Verweis auf die neuen Palliativleistungen muss erfasst und bewertet werden. Dies insbesondere in strukturschwachen Gebieten, in denen der Aufbau dieser neuen Strukturen teilweise oder gar nicht erfolgt ist.

Danke!