

## Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP

### Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

- Stand 23.04.2013

#### 1. Einleitung

Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an körperlichen, psychosozialen oder seelischen Folgen dieser Erkrankung leiden, benötigen die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Sie ist ein unverzichtbares Element zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen unabhängig von deren Grunderkrankung.

Die AAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein würdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen.

Palliativpatienten benötigen in besonderem Maße Linderung von körperlichen Symptomen, Achtung ihrer Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod. Auch das soziale Umfeld von Palliativpatienten (Familie, Freunde, Nachbarn) ist betroffen und benötigt oft Hilfe (z.B. Pflegeanleitung und psychosoziale Unterstützung).

Die AAPV kann pflegerische, ärztliche, psychosoziale und/oder spirituelle Betreuung bzw. Behandlung von Patientinnen und Patienten mit fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankungen unter Berücksichtigung ihres sozialen Umfeldes umfassen. Tragende Säulen in der Versorgung und Begleitung sind Hausärzte, Pflegedienste sowie die ambulanten Hospizdienste. Auf Wunsch der Betroffenen werden ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeiter eingebunden.

Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann durch die Versorgungs- und Begleitungsangebote der AAPV ausreichend versorgt werden. Reichen diese Leistungen nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, erfolgt die weitere Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), bzw. wird durch diese ergänzt. Die Entscheidung, welche der beiden Versorgungsformen (AAPV oder SAPV) indiziert ist, sollte auf der Grundlage des § 37 in Verbindung mit § 132a SGB V, § 37 b SGB V sowie § 92 SGB V zur SAPV und der Palliativ-Expertise der betreuenden Haus- und Fachärzte sowie der Palliative Care-Pflegedienste getroffen werden.

Ärztinnen und Ärzte der AAPV sollten eine entsprechende Basisqualifikation besitzen, die einer 40-stündigen Kursweiterbildung in Palliativversorgung nach dem Curriculum der DGP und der Bundesärztekammer entspricht. Für ambulante Pflegedienste, die sich an einer Basisversorgung von Palliativpatienten beteiligen, sollte zumindest auf Leitungsebene eine Basisqualifikation in Palliative Care (160 Stunden) vorliegen.

Um die Versorgung auf der Grundlage des aktuellen Wissensstands zur Palliativversorgung zu ermöglichen, ist eine kontinuierliche Beschäftigung mit palliativmedizinischen und -pflegerischen Themen im Rahmen von Qualitätszirkeln und/oder Fortbildungen notwendig, die sich an den Leitsätzen des DHPV und den Empfehlungen der DGP orientieren sollten.

Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AAPV müssen Kenntnisse über die weiteren Angebote der Palliativversorgung - insbesondere der SAPV, der stationären Hospize oder Palliativstationen - in der Region besitzen und müssen mit diesen Versorgungsstrukturen entsprechend der Bedürfnisse der Betroffenen kooperieren, um bei zunehmender Komplexität der Versorgungssituation eine ergänzende Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig ermöglicht dieser sektorenübergreifende Ansatz bei Wegfall der Voraussetzungen für eine spezialisierte Versorgung eine Weiterversorgung (im Rahmen eines fließenden Überganges) durch die Versorgungsstrukturen der AAPV.

Um Fehl-, Unter- und Überversorgung zu vermeiden, bedarf es dringend einer systematischen Weiterentwicklung der regionalen ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung mit dem Ziel, allen Patientinnen und Patienten einen Zugang zu den Strukturen der AAPV und SAPV zu ermöglichen. Dabei sind regionale und individuelle Besonderheiten zu berücksichtigen und die Ressourcen einzubeziehen, die sich aus dem persönlichen Umfeld des Patienten und den vorhandenen Versorgungsstrukturen ergeben.

Menschen mit einem palliativ-hospizlichen Versorgungsbedarf sowie deren Angehörige und Nahestehende benötigen die fachliche Kompetenz der handelnden Personen, die Kontinuität in der Versorgung, die Verlässlichkeit, Verfügbarkeit und Transparenz der Versorgungsstrukturen sowie die Sicherheit durch eine umfassende Behandlung und Begleitung.

## **2. Organisation der AAPV**

Die AAPV kann durch einzelne oder mehrere qualifizierte Leistungserbringer erbracht werden. Um den komplexen Anforderungen der AAPV gerecht werden zu können, ist es wesentlich, dass alle Akteure über eingehende Kenntnisse der regionalen Versorgungs- und Betreuungsangebote verfügen, um eine bedarfsorientierte Zusammenarbeit und Netzwerkbildung bzw. Netzwerkpflge zu ermöglichen. Hierzu gehören insbesondere palliativmedizinisch qualifizierte Haus- und Fachärzte, Pflegedienste, Hospizdienste sowie Anbieter von SAPV und stationärer Hospiz- und Palliativversorgung. Der Aufbau einer solchen Zusammenarbeit bedarf eines gezielten Anstoßes von regionalen Akteuren oder Netzwerken bzw. von außen - hier sind insbesondere die Kommunen, die Krankenkassen als Kostenträger, die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gefragt (z.B. durch die Einrichtung runder Tische, Entwicklung von Rahmenprogrammen zur optimierten Hospiz- und Palliativ-Versorgung und deren Überführung in Versorgungsverträge zwischen regionaler KV und den Kostenträgern ).

### **2.1. Aufbau der AAPV**

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung mit all ihren Bestandteilen bildet die grundlegende, verlässliche Versorgungsstruktur als Voraussetzung dafür, dass Patienten bis zum Lebensende gut versorgt in der gewohnten oder gewünschten Umgebung bleiben können.

Die benötigte Sicherheit in der Versorgung ergibt sich aus:

- Kontinuität in der Versorgung
- Verfügbarkeit und Erreichbarkeit
- Fachkompetenz
- Kooperation mit Anbietern weiterführender Hilfen
- Transparenz

#### **Kontinuität:**

Kontinuität in der Versorgung bedeutet dabei, dass die Versorgung so organisiert ist, dass keine Versorgungsbrüche entstehen und notwendige Informationen unter den Leistungserbringern reibungslos ausgetauscht werden können. Dies erfordert ein hohes Maß an Koordinationskompetenz und transparente Kommunikationsstrukturen.

#### **Verfügbarkeit und Erreichbarkeit**

Die Leistungserbringer der AAPV stellen sicher, dass Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Versorgung während des gesamten Behandlungsverlaufs gewährleistet sind.

**Kontinuität in der Versorgung, fachliche Kompetenz, Verlässlichkeit, Verfügbarkeit und Transparenz der Versorgungsstrukturen sind die Voraussetzungen für eine umfassende, den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Versorgung und Begleitung.**

## **Fachkompetenz**

Eine der palliativen Lebenssituation angemessene Versorgung durch haupt- und ehrenamtliche Begleiter kann nur gewährleistet werden, wenn diese über eine hospizlich-palliative Haltung sowie entsprechende Fachkompetenz verfügen. Essentielle Bestandteile der Qualitätsentwicklung in den regional vernetzten Strukturen (die ggfs. auf- bzw. ausgebaut werden müssen) bilden z.B. Qualitätszirkel, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, Fallbesprechungen usw.

## **Kooperation mit Anbietern weiterführender Hilfen**

Die qualifizierten bereits vorhandenen professionellen und ehrenamtlichen Begleiter sollten in der Lage sein, die Versorgung soweit wie möglich selbst sicher zu stellen, ggf. aber auch ergänzende Hilfen bis hin zur SAPV zu organisieren. Der Kreis der in die Versorgung des Patienten und die Stabilisierung des Umfelds involvierten Kräfte sollte dabei überschaubar bleiben.

## **Transparenz**

Die notwendige Versorgung und Begleitung müssen so aufeinander abgestimmt sein, dass für den betroffenen Menschen und seine Angehörigen die Zuständigkeiten erkennbar und verstehbar bleiben. Dabei kommt einer umfassenden Information aller Betroffenen durch die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der einbezogenen Leistungserbringer eine zentrale Bedeutung zu.

## **Was brauchen Patienten und Angehörige?**

- Informationen über Ansprüche und Versorgungsmöglichkeiten (Beratung)
- sicheren Zugang zu den notwendigen Versorgungsstrukturen
- Versorgungssicherheit / Verbindlichkeit von Vereinbarungen zur Versorgung
- im Bedarfsfall multiprofessionelle Versorgungsangebote, welche durch Ärzte, Pflegekräfte, Hospizbegleiter u. a. Leistungserbringer mit palliativem Fachwissen sowie hospizlicher Haltung erbracht werden
- ausreichend Zeit seitens der unterstützenden Personen
- sofern erforderlich: rasch kompetente zusätzliche Hilfen
- Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit medizinischer/pflegerischer Hilfen

## **Notwendige Voraussetzungen für die Ärztin / den Arzt**

- hospizlich-palliative Haltung, orientierend an den Leitsätzen des DHPV
- 40-Stunden-Kursweiterbildung nach den Richtlinien der BÄK und der DGP
- regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fallbesprechungen
- Kenntnisse über Möglichkeiten der ambulanten Palliativversorgung in der Region
- ausreichend Freiraum für diese zeitintensive Tätigkeit
- adäquate Honorierung
- Einbindung in die regionalen Versorgungsstrukturen

## **Notwendige Voraussetzungen für den Pflegedienst**

- hospizlich-palliative Haltung
- mind. eine Pflegekraft auf Leitungsebene mit Palliative Care-Qualifikation (160 Stunden-Kurs)
- Teilnahme an palliativmedizinischen, interdisziplinären Qualitätszirkeln und Fallbesprechungen
- Freiraum für diese zeitintensive Tätigkeit
- adäquate Honorierung
- Einbindung in regionale Versorgungsstrukturen

Neben der ärztlich-pflegerischen sowie psychosozialen Betreuung z.B. durch ambulante Hospizdienste besteht ggfs. zusätzlicher Bedarf an weiteren Hilfen, daher gehören zu den regionalen Kooperationspartnern z.B. auch Apotheken, Seelsorger, Sanitätshäuser, Angehörige therapeutischer Berufsgruppen, Mahlzeitendienste, Selbsthilfegruppen und Nachbarschaftshilfen.

## **2.2. Koordination und Zusammenarbeit**

Die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der regionalen Versorgungsstrukturen geschieht auf zwei Ebenen:

- *Koordination der Versorgung des Patienten* und seines Umfelds (Einzelfallebene)  
Die Einzelfallkoordination ist wichtig, um die Kontinuität der Versorgung und die Transparenz für die Patienten und ihre Angehörigen zu gewährleisten. Es ist erforderlich, jeweils zu klären, wer im Einzelfall für die Koordination verantwortlich ist. Bevorzugt sollte diese Koordination von einer Fachkraft übernommen werden, die auch andere Funktionen wahrnimmt (z.B. im Rahmen der pflegerischen oder ärztlichen Versorgung).
- *Zusammenarbeit der Leistungserbringer* untereinander (Systemebene), dies beinhaltet unter anderem:
  - Sicherstellung eines reibungslosen Versorgungsablaufes
  - Sicherstellung der Erreichbarkeit im Rahmen der Versorgung
  - Organisation von Qualitätszirkeln und Fallbesprechungen
  - Öffentlichkeitsarbeit

**Die enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer ist notwendig, um eine umfassende Versorgung zu gewährleisten.**

Grundsätzlich ist eine gemeinsame Koordination von AAPV und SAPV zu empfehlen, die sich an den gewachsenen Strukturen und Netzwerken der lokalen Hospiz- und Palliativversorgung orientiert (z.B. einem Hospizverein, einem ambulanten Palliativzentrum, einer palliativ spezialisierten Arztpraxis, einem Pflegedienst oder einem lokalen SAPV-Team).

### **3. Unterstützungsbedarf** besteht beim Aufbau der AAPV bei

- der Organisation der Zusammenarbeit auf regionaler Ebene in gemeinsamer Verantwortung mit kommunalen Strukturen, den regionalen KVen, der KBV und den Kostenträgern
- der Qualifizierung des Personals
- der Finanzierung
  - der für die Zusammenarbeit notwendigen Strukturen
  - der Koordination
  - der ärztlichen und
  - der pflegerischen Leistungen in der AAPV

**Die Kommunen tragen Mitverantwortung für die Initiierung und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer.**

### **4. Regelungsbedarf**

Erforderlich sind bundesweite Regelungen, die zu vergleichbaren Rahmenbedingungen in den Regionen führen. Sollte eine solche Lösung unterhalb der gesetzlichen Ebene nicht zustandekommen, besteht gesetzlicher Regelungsbedarf.