

Gemeinsamer Vorschlag der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* und des *Deutschen Hospiz- und Palliativverbands* zu den Rahmenempfehlungen nach § 132d Abs.2 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
(Stand: 28. Februar 2008)

der Spitzenverbände der Krankenkassen
AOK Bundesverband, Bonn,
BKK Bundesverband, Essen,
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,
See-Krankenkasse, Hamburg,
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,
Bundesknappschaft, Bochum,
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,
AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg,

und

der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, Berlin,
den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene,
den Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung, Berlin
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin,

Präambel

Die vom G-BA verabschiedete Richtlinie über die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) führt in § 1 zu den „Grundlagen und Zielen“ der SAPV folgendes aus: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten. Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.“

Der Gesetzgeber hat in seiner Begründung zu der Einführung der §§ 37b und 132d in das Sozialgesetzbuch V multiprofessionell besetzte Palliative Care Teams (PCT) als Leistungserbringer der SAPV beschrieben und auch der G-BA hat die Palliative Care Teams als Leistungserbringer der SAPV in den tragenden Gründen der SAPV-Richtlinie gefordert.

Für den integrativen Ansatz, der in § 37b SGB V gefordert wird, ist vernetztes Arbeiten zwischen den Leistungserbringern der Primärversorgung sowie der Hospiz- und Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychosozialer, weiterer therapeutischer und spiritueller Bedürfnisse zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg in enger Zusammenarbeit zwischen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu fördern und auszubauen. In diesem Zusammenhang fordert der § 37 b Abs. 3 Nr.2 explizit die Zusammenarbeit der Leistungserbringer der SAPV mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen.

Eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Leistungserbringer der SAPV mit den Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung ist für eine bedarfsgerechte Versorgung der

Betroffenen unverzichtbar. Insbesondere dem Kontakt zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten, aber auch der Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Die besonderen Belange von Kindern zeichnen sich nicht nur durch die Besonderheiten des Lebensalters, das große Spektrum an spezifisch pädiatrischen Grunderkrankungen und die häufig deutlich längere Dauer der Notwendigkeit einer Palliativbehandlung, sondern auch durch die unterschiedlichen Bedürfnisse im familiären Kontext aus.

Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend (§ 132d Abs.2 SGB V) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in dieser verbindlichen Rahmenempfehlung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung festgelegt.

§ 1

Palliative Care Teams

(1) Die Leistungen der SAPV werden in einer multiprofessionellen Versorgungsstruktur erbracht. Das PCT als Kern dieser Versorgungsstruktur besteht insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften in Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten (integrativer Ansatz). Palliative Care Teams (PCT) sind selbständige Organisationseinheiten mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Anspruchsberechtigte nach § 37 b SGB V, die SAPV im vertrauten häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim erbringen. PCT sind multiprofessionelle Teams, deren Mitglieder ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig sind. PCT verfügen über eine besondere Personalstruktur und Ausstattung, die eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gewährleistet sowie psychosoziale und spirituelle Begleitung unter Einbeziehung anderer Fachkräfte sowie ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Team sicherstellt. PCT sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Im Rahmen des regionalen Netzwerkes sind die PCT vor dem Hintergrund der zu berücksichtigenden bestehenden Strukturen an einen Träger angebunden. Die Arbeitsweise des PCT muss ressourcen- und familienorientiert sein.

Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, gibt es spezielle Pädiatrische Palliative Care Teams. Auf die Besonderheiten wird an den gegebenen Stellen mit dem Hinweis „PäPCT“ der Rahmenempfehlung hingewiesen, ansonsten haben die allgemeinen Ausführungen ihre Gültigkeit.

(2) Folgende Voraussetzungen sind Grundlage der Tätigkeit von PCT:

A) Personal

- Fester Personalstamm
- Das PCT verfügt über eine Leitung und eine stellvertretende Leitung, die die Belange des Teams auch gegenüber Dritten vertreten bzw. verhandeln.
Die Personalstärke eines Teams bestimmt sich u.a. durch die Anforderungen zur Erbringung pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Patienten, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Eigenheiten, die u.a. Fahrtzeiten betreffen
- Die fallbezogene Koordination erfolgt durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter des PCT, die / der hierfür die Voraussetzungen erfüllt. (s. §4 B Abs. 2)
- Weitere Fachkräfte, z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen / Sozialpädagogen, Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten, Psychologinnen / Psychologen, Seelsorgerinnen / Seelsorgern, möglichst mit einer Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen, werden bei Bedarf hinzugezogen.
- Ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Ständige Verfügbarkeit mindestens einer Pflegekraft mit einer Palliative Care Weiterbildung

B) Befugnisse

- Verfügbarkeit und Festlegung einer eigenständigen Infrastruktur zur Planung, Koordination und Durchführung der SAPV und der Teamarbeit
- Befugnis zur Feststellung von Krankenhaus- und Hospizbedürftigkeit
- Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege
- Bevorratung von Arznei-(incl. Betäubungsmitteln) und Hilfsmitteln für den notfallmäßigen Einsatz im Rahmen von Sprechstunden- oder Stationsbedarf (je nach Anbindung des PCT)
- Einbindung des PCT in Erst- und Folgeverordnungen von SAPV

§ 2

Anspruchsberechtigte Versicherte

(1) Grundvoraussetzung für den Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist das Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch die Lebenserwartung des bzw. der Anspruchsberechtigten begrenzt ist. Darüber hinaus ist das Vorliegen einer besonders aufwändigen Versorgung eine weitere Voraussetzung, um anspruchsberechtigt für Leistungen im Rahmen der SAPV zu sein.

(2) Gemäß § 3 der SAPV-Richtlinie sind die folgenden konkreten „Anforderungen an die Erkrankungen“ zu berücksichtigen: „Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann. Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.“

(3) Schließlich definiert § 4 der SAPV-Richtlinie die „besonders aufwändige Versorgung“ wie folgt: „Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs.1 [der SAPV-Richtlinie (vgl. Präambel)] zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. 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 / exulzierende Wunden oder Tumore
ausgeprägte urogenitale Symptomatik“

(4) Die Notwendigkeit einer SAPV kann nicht nur bei Patienten und Patientinnen gegeben sein, die in ihrem eigenen häuslichen Umfeld versorgt werden können, sondern genauso auch bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer stationären Pflegeeinrichtung, einer stationären Behinderteneinrichtung oder bei Patienten in der Kurzzeitpflege vorliegen.

Stationäre Hospize können im Rahmen der SAPV den palliativmedizinisch weitergebildeten Arzt des PCT oder andere Teilleistungen in Anspruch nehmen.

(5) Der Einsatz von SAPV nach den Absätzen 1 bis 3 ist durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen und der Umfang der SAPV in enger Abstimmung mit dem Palliative Care Team zu konkretisieren.

§ 3

Versorgungsumfang

(1) Gemäß § 5 Abs.1 der SAPV-Richtlinie umfasst die SAPV je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 der SAPV-Richtlinie genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden und behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 1 dieser Vereinbarung.

(2) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird gemäß § 5 Abs.2 der SAPV-Richtlinie ausschließlich von Leistungserbringern nach § 1 dieser Vereinbarung (Palliative-Care-Teams) durchgeführt. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele der ambulanten Palliativversorgung zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. Durch die Verordnung von SAPV wird das Palliative-Care-Team grundsätzlich multiprofessionell tätig.

Im Einzelnen zeichnen sich die Leistungen durch folgende Elemente aus:

Beratungsleistung:

- Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige)
- Telefonat bzw. persönliches Gespräch einer mit Leistungserbringern der Primärversorgung
- Dokumentation und Evaluation

Koordination der Versorgung:

- Beinhaltet immer eine Beratung
- Direkter persönlicher Kontakt erforderlich
- Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
- Erstellung Versorgungskonzept
- Vernetzung mit ambulanten oder stationären Leistungserbringern
- Dokumentation und Evaluation

Additiv unterstützende Teilversorgung:

- Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- Hausbesuche erforderlich
- Einzelne der in Abs. 4 aufgeführten Leistungen werden bei Bedarf erbracht
- Für die verordnete Teilversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- Dokumentation und Evaluation

Vollständige Versorgung:

- Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- Hausbesuche erforderlich
- Alle in Abs. 4 aufgeführten Leistungen werden bei Bedarf erbracht
- Grundpflege nach § 37 SGB V bzw. SGB XI ist nicht Bestandteil der SAPV, kann aber bei entsprechenden Voraussetzungen vom PCT erbracht und über § 37 Abs.1 SGB V oder das SGB XI abgerechnet werden
- Dokumentation und Evaluation

Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(4) Nach § 3 der SAPV-Richtlinie sind Inhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung insbesondere:

- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung aller am Behandlungs- und Begleitprozess Beteiligten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- Apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Spezialisierte palliativmedizinische Leistungen
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen
- Psychosoziale und spirituelle Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen

(5) Das Palliative Care Team stellt sicher, dass, je nach Bedarf, die notwendige Versorgung der Patienten mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gewährleistet ist. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden analog der §§ 31, 32 und 33 SGB V im Rahmen der unterstützenden Teilversorgung bzw. der Vollversorgung übernommen. Kosten der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV werden von den Krankenkassen außerhalb des SAPV-Budgets übernommen.

(6) Die Versorgung beinhaltet auch das Abschlussgespräch des PCT mit den Angehörigen und Bezugspersonen insbesondere mit Reflexion der Maßnahmen der SAPV und bei Bedarf die Überleitung in weiterführende Trauerangebote.

(7) Im Falle der mittel- und langfristigen Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.

§ 4

Qualitätsanforderungen

A) Qualitätsmanagement

(1) Die Beratung und/oder Koordination und/oder (Teil-)Versorgung durch ein Palliative Care Team ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen.

(2) Träger des PCT sollte eine in der Vergangenheit bereits mit Fragen der Hospiz- und Palliativarbeit konkret befasste Organisation oder Einrichtung sein. Der Träger des PCT hält das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Betreuung und Versorgung. Der Träger ist verantwortlich für die erforderlichen Strukturen des Qualitätsmanagements.

(3) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, dass den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des Patienten entsprochen und damit ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wird. Das PCT ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Es soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

(4) Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll so weit wie möglich kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der Netzwerkpartner sein.
PäPCT: Für die Dokumentation der Pädiatrischen Palliativversorgung ist ein modifiziertes, auf die Besonderheiten von Kindern abgestimmtes Dokumentationssystem zu verwenden.

(5) Das PCT führt mehrmals wöchentlich Teambesprechungen durch. Die regelmäßige Teilnahme der PCT-Mitglieder an Supervision ist vom Träger zu gewährleisten.

(6) Durch das PCT sind in der Regel wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechungen durchzuführen. Insbesondere in der pädiatrischen Palliativversorgung können Patienten und Angehörige an den Fallbesprechungen teilnehmen.

(7) Das PCT organisiert quartalsweise Qualitätszirkel, die insbesondere den Kooperationspartnern offen stehen.

B) Qualifikation des PCT

(1) Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Palliative Care Teams sind ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der spezialisierten Palliativversorgung tätig und haben in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen Kompetenzen in Palliative Care zu aktualisieren.

(2) Die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Palliative Care Teams besitzen folgende Qualifikationen:

Die **ärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen** besitzen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Bis zu 50 Prozent können sich noch in der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Palliativmedizin befinden. Die ärztliche Leitung besitzt eine mehrjährige Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten und kann die sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachweisen. In einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Abschluss dieser Rahmenempfehlung sind in Regionen mit Versorgungsengpässen Ausnahmen bezüglich der nachzuweisenden sechsmonatigen Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung möglich.

PäPCT: Ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Pädiatrischen PC-Teams besitzen zusätzlich die Facharztbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin. Bis zu 50 Prozent der ärztlichen Mitarbeiter, ausgenommen die Leitung und dessen Stellvertretung, können sich noch in der fortgeschrittenen Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin befinden. Die Qualifikation des Leitungspersonals muss in einer Kinderhospiz- oder Pädiatrischen Palliativversorgungseinrichtung erworben worden sein.

Das **Pflegefachpersonal** besitzt die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung. Es verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden. Bis zu 50 Prozent können sich noch in der Weiterbildung zur Zusatzqualifikation „Palliative Care“ befinden. Die pflegerische Leitung besitzt eine mehrjährige Erfahrung in der Betreuung von Palliativpatienten und kann die sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachweisen. In einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Abschluss dieser Rahmenempfehlung sind in Regionen mit Versorgungsengpässen Ausnahmen bezüglich der nachzuweisenden sechsmonatigen Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung möglich.

PäPCT: Pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger tragen. Sie verfügen über den Abschluss einer anerkannten Pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von 200 Stunden. Die Qualifikation des Leitungspersonals muss in einer Kinderhospiz- oder Pädiatrischen Palliativversorgungseinrichtung erworben worden sein.

Für die **Koordination verantwortliche Teammitglieder** besitzen die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung oder eines abgeschlossenen Studiums der Sozialarbeit/-pädagogik bzw. eine vergleichbare Qualifikation oder eine ärztliche Qualifikation. Sie verfügen über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme (Curriculum Palliative Care / Palliativmedizin der jeweiligen Berufsgruppe). Die Koordinationskraft besitzt eine mehrjährige Erfahrung im Arbeitsfeld der Koordination beispielsweise des Case- und Caremanagements, des Entlass- und Überleitungsmanagements oder der Koordination nach 39 a SGB V.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Palliative Care Team, die über die geforderten Weiterbildungen nicht verfügen, müssen die Qualifikationen im Rahmen einer Übergangsfrist von 3 Jahren nach Abschluss dieser Rahmenempfehlung nachweisen. Das Leitungspersonal ist von dieser Übergangsfrist ausgenommen.

C) Sächliche Voraussetzungen

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung sind insbesondere vorzuhalten:

- Büromaterial
- Dokumentationsvoraussetzungen
- Kraftfahrzeuge
- Notfallapotheke
- Telekommunikation

D) Bauliche Voraussetzungen/Räume

Der Träger hat Sorge zu tragen, dass eine eigenständige Adresse (incl. eigenständiger Telefon-, Telefax- und eMail-Verbindungen) mit entsprechenden räumlichen Voraussetzungen für das Palliative Care Team vorhanden sind.

Dazu zählen insbesondere Räume für:

- die Beratung von Patienten und Angehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- die Lagerhaltung von eigenen (Notfall)Medikamenten (incl. BTM-Schrank) und Hilfsmitteln

§ 5

Kooperationen / Koordination

(1) Die SAPV setzt die Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste voraus. Sie ist Teil eines regionalen Gesamtkonzeptes zur Hospiz- und Palliativversorgung, in das alle Formen ambulanter und stationärer Hospiz- und Palliativarbeit auf der Basis der bestehenden Strukturen einzubinden sind. Die Zusammenarbeit bedarf einer systematischen Organisation.

(2) Das PCT kooperiert mit Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten. Die Fallbesprechungen stehen ihnen offen.

PäPCT: Pädiatrische Palliative Care Teams kooperieren – bezogen auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten - grundsätzlich erstrangig mit niedergelassenen Kinderärzten und Kinderkrankenpflegediensten.

(3) Das PCT kooperiert mit einem oder mehreren ambulanten Hospizdiensten, die die Qualitätsanforderungen gem. § 39a Abs. 2 SGB V erfüllen. Hospizdienste, die über die geforderten Qualitätsmerkmale noch nicht verfügen, müssen diese im Rahmen einer Übergangsfrist von 3 Jahren nach Abschluss dieser Rahmenempfehlung nachweisen.

Zur Zusammenarbeit des PCT mit den ambulanten Hospizdiensten ist ein schriftlicher Kooperationsvertrag abzuschließen. Die Ehrenamtlichen der ambulanten Hospizdienste begleiten die Patienten und ihre Angehörigen und unterstützen damit eingebunden in die PCT die Arbeit der Leistungserbringer.

Die Koordinatoren der ambulanten Hospizdienste, die involviert sind, nehmen an den wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen teil. Die Teambesprechungen stehen ihnen offen. Wenn der Träger des PCT gleichzeitig auch Träger eines ambulanten Hospizdienstes ist und sich daraus eine Zusammenarbeit bereits ohne gesonderte vertragliche Vereinbarung ergibt, so erfolgt, dennoch verpflichtend eine Zusammenarbeit mit den weiteren Anbietern hospizlich-palliativer Leistungen in der Region.

PäPCT: Pädiatrische Palliative Care Teams kooperieren grundsätzlich erstrangig mit ambulanten Kinderhospizdiensten und stationären Kinderhospizen.

(4) Das PCT arbeitet mit weiteren möglichst in der Hospiz- und Palliativversorgung erfahrenen Leistungsanbietern eng zusammen und bindet sie im Bedarfsfall in die Betreuung ein. Zur systematischen Zusammenarbeit mit diesen Leistungsanbietern sind schriftliche Vereinbarungen zu schließen, die Ausführungen zur Zusammenarbeit und zur Qualitätssicherung (z.B. zu Fragen der Fallbesprechungen, Qualitätszirkelarbeit, Dokumentation) enthalten.

Leistungsanbieter in diesem Sinne können sein:

I. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und/oder Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen

II. Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten

III. Apothekerinnen/Apothekern

IV. Ärztliche und/oder psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

V. Weitere Therapeuten/Therapeutinnen (z.B. Musik- oder Kunsttherapeuten)

Die Leistungsanbieter nach den Nummern I. bis V. hat sich in regelmäßigen Abständen durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.

Mit weiteren Kooperationspartnern können darüber hinaus im Einzelfall mündliche Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

§ 6

Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV

(1) Derzeit gibt es in Deutschland nur wenige statistische Daten über den Versorgungsbedarf. Die Bedarfslage und die Versorgungszahlen wurden durch einzelne Modellprojekte erhoben. Gut nachvollziehbare Indikatoren, die über eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV durch Palliative Care Teams Auskunft geben können, sind u.a. Einwohnerzahl, Bevölkerungsdichte, Zahl der Verstorbenen (bzw. der zu erwartenden Patienten, die eine SAPV benötigen) und geographische Lage – jeweils bezogen auf feststehende Gebiets- und Zeiteinheiten. Ebenso bedeutsam für die Bedarfssituation sind die vorhandenen Versorgungsstrukturen der allgemeinen Palliativversorgung, der ambulanten Hospizdienste sowie der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung.

(2) Um eine angemessene Versorgungsstruktur sicherzustellen, bedarf es einer Abstufung abhängig von der Bevölkerungsdichte. Bei der Bedarfsplanung soll zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte unterschieden werden. Die Unterscheidung ist nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchzuführen, sondern muss bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um den erheblichen Unterschieden in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der einzelnen Bundesländer gerecht zu werden.

(3) Der Versorgungsbedarf in Regionen mit unterschiedlicher Bevölkerungsdichte kann unterschiedlich sein und ist zu berücksichtigen. In Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte wird z.B. der Zeitaufwand für Fahrten und die regionale Vernetzung mit den Kooperationspartnern vor Ort erheblich höher sein, so dass hier vermutlich mehr Beratungs- und Koordinationsleistungen angefordert werden. In Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte werden hingegen die Teil- und Vollversorgung durch Palliative Care Teams, neben der Beratungs- und Koordinationstätigkeit, häufiger erforderlich sein, so dass auch die Organisation der Teamarbeit an diese regionalen Bedingungen angepasst werden muss.

(4) Die Verordnung von SAPV scheint bei Erwachsenen zum gegenwärtigen Zeitpunkt für etwa zehn Prozent aller Sterbenden im Laufe der letzten Lebensmonate bedarfsgerecht zu sein. Auf der Basis der Grundannahme, dass für eine Region von etwa 250.000 Einwohnern (abhängig von der Bevölkerungsdichte) ein funktionstüchtiges Palliative Care Team für Erwachsene erforderlich ist, ist davon auszugehen, dass von diesem Team bis zu 250 Patienten pro Jahr komplementär mitversorgt werden müssten. Bezüglich der Erreichbarkeit sollte ein Radius von 30 km bzw. eine Anfahrtzeit von über 30 Minuten, ausgehend vom Sitz des PCT, nur im Ausnahmefall überschritten werden.

(5) U.a. auch aufgrund der häufig längeren Krankheitsverläufe bei Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen unterscheiden sich die Berechnungsgrundlagen für die Bedarfsermittlung an SAPV für Kinder – und Jugendliche. Ein Pädiatrisches Palliative Care Team sollte in der Lage sein, 30-50 Kinder und Jugendliche pro Quartal zu versorgen. Dies stellt eine qualifizierte und vor einem breiten Erfahrungshintergrund stehende Versorgung sicher. Um eine aufsuchende Bereitschaft gewährleisten zu können ist eine maximale Entfernung von 120 km möglich. Dies hat zur Folge, dass ggf. weniger Patienten versorgt werden können.

Protokollnotiz

(1) Die Partner nach § 132d SGB V erstellen auf Bundesebene ein einheitliches Konzept zur Evaluation der SAPV, der Richtlinie und dieser Rahmenempfehlung. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, insbesondere die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenempfehlung fortlaufend auszuwerten und diese erforderlichenfalls weiterzuentwickeln. Spätestens zwei Jahre nach in Kraft treten dieser Rahmenempfehlung ist der Inhalt dieser Rahmenempfehlung zu überprüfen. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Gespräche einzutreten.

(2) Vereinbarungen auf Landesebene sind im Bedarfsfall unter Berücksichtigung dieser Rahmenempfehlung möglich.