

SAPV in Rheinland-Pfalz

Mindestqualitätskriterien

Arbeitsgruppe Palliative Care am MASGFF Rheinland-Pfalz

(Stand 24.11.08)

Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der vertrauten Umgebung zu sterben. Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung haben die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den mit Wirkung zum 1. April 2007 in Kraft gesetzten § 37b SGB V daher einen eigenständigen Anspruch auf eine "spezialisierte ambulante Palliativversorgung" erhalten. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht den Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (z.B. aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden können. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b und 132d wird in Rheinland-Pfalz durch „Hospiz- und Palliative Care-Stützpunkte (HPCS)“¹ koordiniert und erbracht. Die im folgenden beschriebenen Mindestqualitätskriterien dienen als Grundlage für die Beurteilung, ob ein HPCS grundsätzlich seine Funktion entsprechend den gesetzlichen Anforderungen erfüllt.

Mindestqualitätskriterien für die Zulassung als Hospiz- und Palliative Care–Stützpunkt:

1. Leistungsumfang

- a) Erbringung von Leistungen der SAPV (entspr. SAPV-RL des GEMBA §5, Abs.3) durch ein Palliative Care-Team auf der Basis eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzeptes, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inklusive der personellen und technischen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale

¹ Die Bezeichnung „Stützpunkt“ soll die Einrichtung einerseits von den ambulanten Hospizdiensten abgrenzen, auf der anderen Seite soll der subsidiäre Charakter bereits in der Bezeichnung deutlich werden. Im Gegensatz dazu könnte die Bezeichnung „Zentrum“ so missverstanden werden, als solle die Betreuung der Palliativpatienten von den Primärversorgern in ein solches Zentrum verschoben werden. Die AG „Palliative Care“ der LAG Hospiz legt großen Wert darauf, dass die Begrifflichkeit „Hospiz“ im Namen auftaucht, um den integrativen Ansatz und die ganzheitliche nicht nur auf den palliativmedizinischen Aspekt fokussierende Sichtweise deutlich zu machen.

Versorgungsstruktur beschrieben sind. ²Diese Leistungen werden in erster Linie erbracht in Form von Beratung (telefonisch und vor Ort) und Koordination der Versorgung. Eine additiv unterstützende Teilversorgung und eine vollständige Versorgung erfolgen nur subsidiär (soweit die Primärversorger die Dienstleistung nicht erbringen können), insbesondere in Krisen- und Notfallsituationen. Hausärzte, ambulante Pflegedienste sowie stationäre Pflegeeinrichtungen sind insofern regelmäßig Teil der SAPV.

- b) Ruf-, Notfall und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr: Der HPCS muss die Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft zwar organisieren und sicherstellen, jedoch nicht selbst erbringen. Er kann hierzu entsprechende Vereinbarungen mit qualifizierten Kooperationspartnern treffen. Der Bereitschafts-, Notfall und Kriseninterventionsdienst wird durch eine Pflegefachkraft oder einen Arzt besetzt, welche über die in Absatz 3 b genannten palliativpflegerischen/palliativmedizinischen Qualifikationen verfügen. Es muss jeweils eine Fachkraft der anderen Berufsgruppe im Hintergrund telefonisch erreichbar sein. Es muss gewährleistet sein, dass die im Rufbereitschaftsdienst tätigen Fachkräfte Zugang zu den relevanten Patienteninformationen haben. Im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes können ausnahmsweise auch Fachkräfte eingesetzt werden, die noch nicht über die erforderlichen palliativpflegerischen/palliativmedizinischen Qualifikationen verfügen. Es muss in diesen Fällen aber gewährleistet sein, dass eine palliativpflegerisch / palliativmedizinisch qualifizierte Fachkraft der gleichen Berufsgruppe telefonisch erreichbar ist. Die erforderlichen Qualifikationen müssen innerhalb von 2 Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit erworben werden.
- c) Hospiz- und Palliative-Care-Stützpunkte sollen für alle Patienten mit weit fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung sowie deren Angehörigen zugänglich sein.. Idealerweise ist deshalb ein nach § 39 a geförderter ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst (AHPB) integraler Bestandteil des HPCS , damit über den Stützpunkt auch Palliativpatienten ohne SAPV-Verordnung mitbetreut werden können.. Falls der AHPB nicht selbst Teil des HPCS ist, muss der HPCS zumindest eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem nach § 39a geförderten AHPB abschließen.

2. Räumliche und sächliche Voraussetzungen (vgl. Empfehlungen der Krankenkassen, 4.4. und 4.5.)

- a) Eigenständige Adresse und Telefonnummer (im Telefonbuch eingetragen) mit geeigneten Räumlichkeiten für die Beratung von Patienten und Angehörigen, Teamsitzungen und Besprechungen sowie für die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- und Krisenintervention
- b) Geeignete administrative Infrastruktur (Büro, Kommunikationstechnik)

² Vgl. Gemeinsame Empfehlung der KK vom 23.6.08, Abs. 4.3.

- c) Führen einer geeigneten Patientendokumentation unter Beachtung der einschlägigen Datenschutzbestimmungen. Anzustreben ist eine elektronische Patientenakte.
- d) Vorhaltung von Arzneimitteln (inkl. BTM) für die Notfall- und Krisenintervention an einem dem Dienst zugänglichen Ort.

3. Personelle Mindestvoraussetzungen

- a) Die Leistungen der SAPV werden – gemeinsam mit Hausärzten, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen (siehe Absatz 1a) - von einem am HPCS angesiedelten Palliative Care Team erbracht. Die personelle Besetzung ist abhängig von der Zahl der betreuten Patienten und der regionalen Bevölkerungsdichte. Das Palliative Care Team umfasst jedoch mindestens:
 - i. 1,5 Vollkräfte für Koordination und Leistungen durch Palliativpflegefachkräfte (siehe 1a) im Rahmen der SAPV. Der Koordinationsanteil kann auch von einer Nicht-Pflegefachkraft (z.B. aus dem Bereich der Sozialarbeit) übernommen werden, der Stellenanteil einer Pflegefachkraft muss jedoch mindestens 1,0 betragen. Sofern von der Fachkraft bzw. den Fachkräften noch andere Tätigkeiten außerhalb der ist SAPV ausgeübt werden, dürfen diese weder mit der pflegerischen Betreuung beim gleichen Patienten interferieren noch die Verfügbarkeit für die palliativpflegerische Beratung beeinträchtigen. Insbesondere dürfen diese Tätigkeiten in der Regel nicht in den Bereich der Grund- oder Behandlungspflege fallen.
 - ii. 0,5 Vollkräfte (20 h/Woche) für ärztliche Leistungen im Rahmen der SAPV. Der entsprechende Stundenanteil kann auch auf mehrere Ärzte (beispielsweise niedergelassene Ärzte in eigener Praxis) verteilt werden. Die Verfügbarkeit des einzelnen Arztes muss dabei mindestens 5 h/Woche betragen. Es muss gewährleistet sein, dass ein Arzt des Palliative Care-Teams während der regulären Arbeitszeit dieses Teams für die Pflegefachkraft erreichbar ist und für Kriseninterventionen zur Verfügung steht.
- b) Alle Fachkräfte des Palliative Care-Teams müssen über eine entsprechende Qualifikation in Palliative Care verfügen (Ärzte: Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, Pflegende: Abschluss einer Palliative Care Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden (Curriculum Palliative Care; Kern, Müller, Aurnhammer oder andere nach Stundenzahl und Inhalten gleichwertige Curricula). andere Berufsgruppen: Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung). Fachkräfte, die neu in das Palliative Care Team eintreten, müssen die entsprechende Qualifikation in einem Zeitraum von zwei Jahren erwerben. Es soll jedoch gewährleistet sein, dass mindestens eine Pflegefachkraft und ein Arzt mit der entsprechenden Qualifikation Mitglied des Teams sind.

4. Kooperation mit weiteren Leistungserbringern

- a) Nachweis der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern (insbesondere Hausärzte und ambulante Pflegedienste und/oder stationäre Einrichtungen) durch schriftliche Kooperationsvereinbarungen
- b) Finanzielle Beteiligung der Kooperationspartner an der SAPV-Vergütung bei entsprechender Qualifikation und erbrachter Leistung.
- c) Wünschenswert ist die Mitgliedschaft in einem regionalen Palliativnetzwerk

5. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung gewährleistet der HPCS

- Durchführung eines internen Qualitätsmanagements
- Durchführung regelmäßiger multiprofessioneller Fallbesprechungen
- Teilnahme der Mitarbeiter an Supervision
- Regelmäßige Teilnahme der Mitarbeiter an Palliative Care -Fortbildungen
- Durchführung von multidisziplinären Qualitätszirkeln mindestens halbjährlich
- Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung
- Führung eines geeigneten Dokumentationssystems, das eine landesweite Evaluation und externe Qualitätssicherung ermöglicht

- Evaluation

Die Umsetzung der SAPV in Rheinland-Pfalz einschließlich dieser Mindestqualitätsrichtlinien obliegt einer begleitenden landesweiten Evaluation. Alle HPCS sind verpflichtet, an dieser Evaluation teilzunehmen und die notwendigen Dokumentationsunterlagen (unter Wahrung der einschlägigen Datenschutzbestimmungen) zur Verfügung zu stellen. Eine Überprüfung der Mindestqualitätsrichtlinien erfolgt spätestens zwei Jahre nach ihrer Verabschiedung.
