

Strukturen und Finanzierung der Palliativversorgung

**03/2010 Sylt – Palliativkurs – auf 100
Folien gekürzt / aktualisiert April 2010**

Palliativversorgung

Teil 1: Grundsatzfragen

Hospizursprünge: 1960 ff.

Cicely Saunders gründete in Großbritannien Mitte der 60-er Jahre das erste Hospiz...

ausgehend von eigener Betroffenheit

mit der Kenntnis ihrer Rollen als Ärztin, Sozialarbeiterin und Pflegerin

in einer damals mangelhaften britischen Versorgungslandschaft.

Folgende Wege 1980 ff.



Später forderte sie:

„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können...“

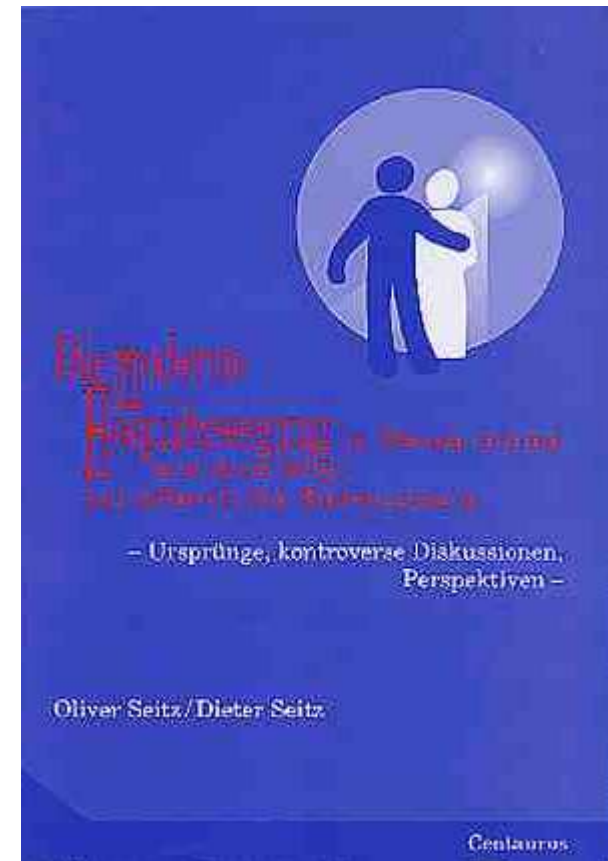
C. Saunders in einem Brief 1983

Hospiz in Deutschland (ab 1980)

Die Hospizbewegung entwickelt sich in Anlehnung nach dem britischen Modell:

- aber 20 Jahre später
- und als Bürgerinnenbewegung die nun etwa 1.400 ambulanten Hospizdienste
- und als Gegenbewegung zu Heimen und Kliniken und auch den Kirchenmeinungen

siehe: Seitz/Seitz: Die moderne Hospizbewegung.



Kurze Geschichte: Hospiz in D.

80-er Jahre: Hospizvereine gründen sich
als Gegenbewegung zum
Gesundheitssystem

90-er Jahre: Hospize werden ab 1998
gemäß § 39 SGB V finanziert

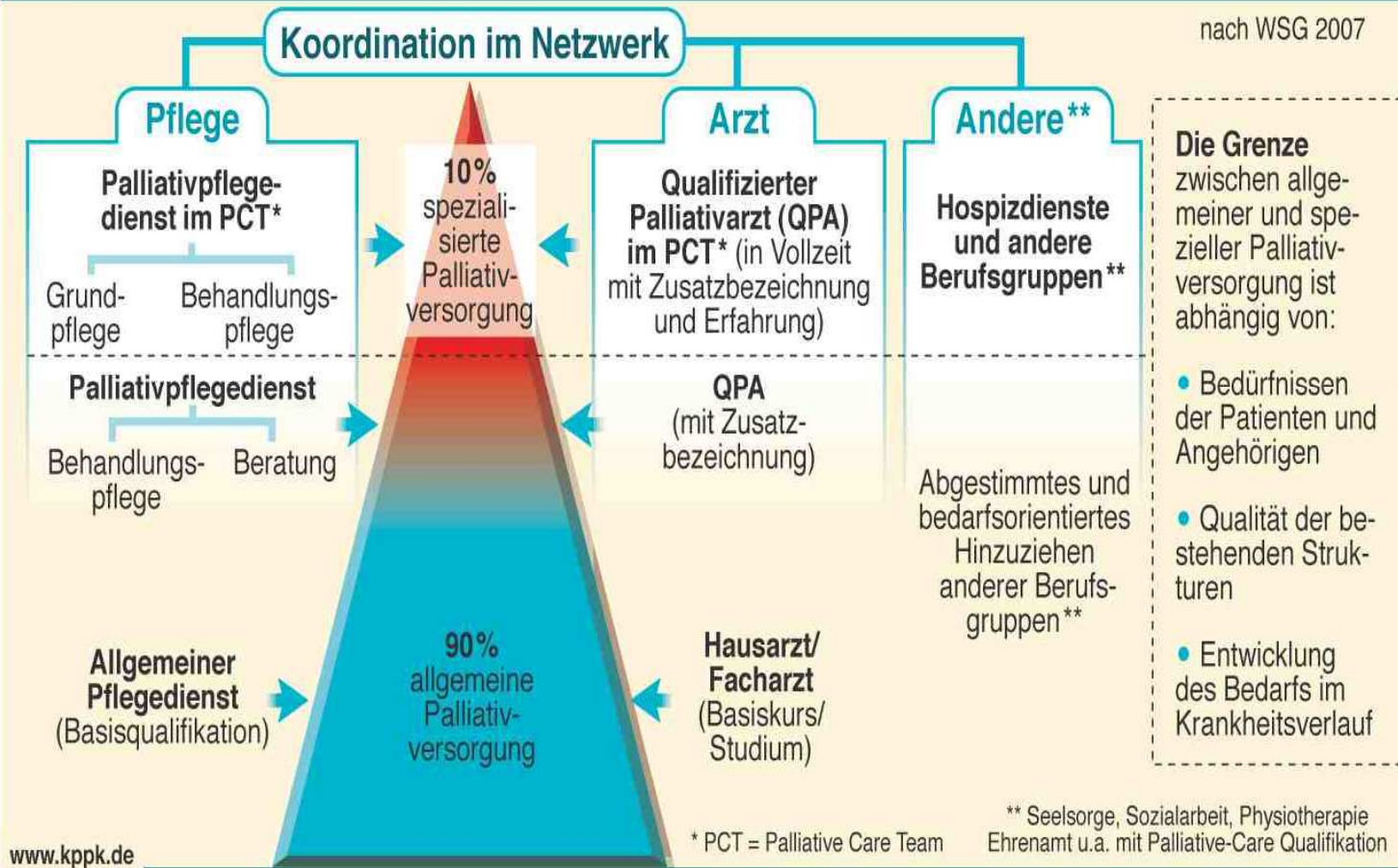
Ab 2002: Ambulante Hospizdienste
gemäß § 39a Abs. 2 SGB V

Ab 2005: Überlegungen: Ausweitung auf
ambulante Palliativmedizin



Struktur der Versorgung von Palliativpatienten

nach WSG 2007



Vision 2018 (nach T. Schindler, DGP)

Einrichtungen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2018
Stationäre Hospize											
Zahl der stat. Hospize	58	70	83	90	99	108	120	125	135	145	250
Gezahlte Zuschüsse	11,0	14,6	19,1	21,8	25,0	25,2	33,7	38,9	42,6	46,0	80,0
Amb. Hospizdienste											
Zahl geförderter AHD					304	396	463	519	547	597	1000
Fördersumme					6,0	8,2	11,4	13,9	17,0	19,7	40,0
SAPV											
Verträge mit PC-Teams										???	330
GKV-Aufwendungen										0,5	240

Palliativversorgung

Teil II: Palliativstation

Palliativbehandlung im KH (Schindler)

- Im Jahr **2005** wurde eine neue Leistung im „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (**OPS**) kodierbar gemacht:
die „**Palliativmedizinische Komplexbehandlung**“ (**8-982**).
Es ist fraglich, ob sie den Aufwand von Palliativstationen (Hoher Personalschlüssel! Viele „weiche“ Leistungen!) im DRG-System adäquat wiedergeben kann.
- Ab **2007** erhalten Krankenhäuser für die Betreuung von Patienten, bei denen die Leistung **OPS 8-982.1-3** kodiert wird, ein **Zusatz-Entgelt (ZE 60)**
2007: 1.101,46 € **2008: 1.365,89 €** **2009: 1.347,43 €**
- Palliativstationen können seit 2005 als „**Besondere Einrichtung**“ (**BE**) anerkannt werden (Vergütung erfolgt über **tagesbezogene Entgelte**)
- Aber: **Nur ca. 25-30 %** aller Krankenhäuser mit Palliativstationen nutzen bisher diese Möglichkeit (da sie keinen ökonomischen Vorteil einbringt)

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Info: Mindestmerkmale (Version 2009):
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche:

- Sozialarbeit/Sozialpädagogik,
- Psychologie,
- Physiotherapie,
- künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie),
- Entspannungstherapie,
- Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen

(Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

Checkliste: www.bkk-bw.de/media/0000000412.pdf und www.dgpalliativmedizin.de/pdf/ag/AG%20DRG%20Dokuplan%20f%FCr%20OPS%2008-982%20%28Stand%20Januar%202005%29.pdf

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- **8-982.0 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage**
- **8-982.1 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage**
- **8-982.2 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage**
- **8-982.3 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage**

ICD-10 Nummer Fallzahl Umgangssprachliche Beschreibung

C34 17 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

C50 15 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

C16 13 Bösartige Neubildung des Magens

C71 13 Bösartige Neubildung des Gehirns

C18 12 Bösartige Neubildung des Kolons

C25 12 Bösartige Neubildung des Pankreas

C79 10 Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen

C56 7 Bösartige Neubildung des Ovars

C78 6 Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane

C61 ≤5 Bösartige Neubildung der Prostata

C80 ≤5 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

I21 ≤5 Akuter Myokardinfarkt

K56 ≤5 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie

A41 ≤5 Sonstige Sepsis

OPS Ziffer Fallzahl Umgangssprachliche Beschreibung

8-982 218 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

8-854 64 Hämodialyse

8-800 57 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

9-401 54 Psychosoziale Interventionen

8-831 25 Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

1-632 20 Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie

8-153 15 Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle

8-390 12 Lagerungsbehandlung

5-469 9 Andere Operationen am Darm

1-650 7 Diagnostische Koloskopie

8-132 7 Manipulationen an der Harnblase

Ab 2010 Neuer Fallpauschalenkatalog:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat den neuen Fallpauschalenkatalog in der Version „G-DRG-Version 2010“ veröffentlicht. Für die Palliativmedizin ergeben sich nicht unwesentliche Neuerungen.

Die Codierung der „Palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ (8-982.1-3) wird auch zukünftig zum Erlös eines Zusatzentgeltes (ZE 60) führen.

Neu ist, dass dieses Zusatzentgelt ab 1.1.2010 je nach Aufenthaltsdauer gesplittet wird und zu unterschiedlich hohen Erlösen führt:

8-982.1 > ZE 60.01 > 1.321,76 € (bisher 1.347 €)

8-982.2 > ZE 60.02 > 2.108,98 € (bisher nochmals 1.347 €)

8-982.3 > ZE 60.03 > 3.354,27 € (bisher nochmals 1.347 €)

Die „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2010“ (VBE 2010). (aus DGP Rundbrief).

Palliativversorgung

Teil III: Ambulante Versorgung mit Hospizdiensten und Hospiz- Beratungsdiensten

Ambulant: Fünf Arten ambulanter Dienste

Ambulante Hospizgruppe/initiative (Stufe 1 BAG)

Ambulanter Hospizdienst (AHD - Stufe 2 BAG)

Ambulanter Hospiz- und Palliativ-
Beratungsdienst (AHPD-Stufe 3 der BAG-
Hospiz)

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungs- und
Palliativpflegedienst (AHPPD Stufe 4)

Ambulanter Palliativpflegedienst (APD - keine
Ehrenamtlichen – siehe DGP)

AHPPD + APD: je drei Palliativ-Fachpflegekräfte

Teil IV:

SAPV – § 37 b SGB V

Gesetz und Umsetzung

§ 37 b Abs. 1 SGB V (1.4.2007)

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.

§ 37b Abs. 1 Teil 2

**Die spezialisierte ambulante
Palliativversorgung umfasst
ärztliche und pflegerische
Leistungen einschließlich ihrer
Koordination insbesondere zur
Schmerztherapie und
Symptomkontrolle**

§ 37 b Abs. 1 Teil 3

**...und zielt darauf ab, die
Betreuung der Versicherten nach
Satz 1 in der vertrauten häuslichen
Umgebung zu ermöglichen.**

**Dabei sind die besonderen
Belange von Kindern zu
berücksichtigen.**

§ 37 b Abs. 2 SGB V Satz 1

Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des XI Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung.

§ 37 b Abs. 2 SGB V Satz 2

Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

Finanzplan: Jahresausgaben

(Gesetzentwurf, S. 267) Budget zur
Verbesserung der Palliativversorgung in

2007 rd. 0,08 Mrd. € (verfallen)

2008 rd. 0,13 Mrd. € (0,125 verfallen)

2009 rd. 0,18 Mrd. € (verfallen:90%?)

2010 rd. 0,24 Mrd. € (?)

2011 rd. 0,24 Mrd. €

USW.

Richtlinie des g-ba zu §37b – 12.03.2008

Siehe www.g-ba.de und dort eingeben unter „Suche“: SAPV.

Die Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgungsrichtlinie SAPV-Richtlinie wurde im Sommer 2007 erstellt, lange diskutiert und am 20.12.2007 verabschiedet.

Das BMG hat am 14.2.2008 die Richtlinie genehmigt und Modifikationen empfohlen

Bis Mitte März 2008 galt die Einspruchsfrist. Am 12. März trat die SAPV in Kraft.

Richtlinie in Auszügen zu SAPV § 1, 4

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**.

SAPV § 4

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

SAPV § 5,2

SAPV wird ausschließlich von **Leistungserbringern nach § 132d SGB V** erbracht.

Sie wird nach Bedarf **intermittierend oder durchgängig** erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen.

Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

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

erbracht werden.

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

Teil V: Umsetzung § 132 d SGB V

SAPV-Richtlinie und §132 d –
Situation und Stand 2010

§ 132 d SGB V

Die „Gemeinsame Erklärung“ nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde mit Datum vom 23.06.2008 von den Krankenkassen veröffentlicht: u.a.: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/A-Rahmenempfehlung_132d_230608_1961.pdf

Links zu SAPV-Verträgen

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/?sid=546641 Vertrag und
<http://www.sapv.de/wl.html> **Westfalen Lippe**

<http://www.pkgodzik.de/VERTRAG%20SAPV-Vertrag%20111108.pdf> **Vertrag Hamburg**

<http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag%20SAPV%20S-H.pdf> Vertragsentwurf aus **Schleswig-H.**

http://www.pkgodzik.de/Mustervertrag_SAPV%20vdek.pdf **Mustervertrag VDeK**

<http://www.kvno.de/presse/meld2009/sapv.htm>
(Pressemeldung **Nordrhein**; Formulare)

Stand SAPV Ende 2009 (gemäß g-ba)

Ferner geht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen davon aus, dass Krankenkassen in Regionen, in denen nur ein geringer Mitgliederanteil besteht und deshalb keine eigenen Verträge geschlossen werden, in Einzelfällen vor Ort geltende Verträge gegen sich gelten lassen.

Zusammenfassend sind bis zum 1. August 2009 bundesweit rund 30 Verträge nach § 132d SGB V geschlossen worden. Weitere 65 Verträge befanden sich in Verhandlung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen rechnet damit, dass diese Verträge überwiegend bis Ende des Jahres 2009 abgeschlossen werden können.

In einigen Regionen wird die Versorgung mit **SAPV** über Verträge zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff SGB V) oder über Strukturverträge (§ 73a SGB V) geregelt,

G-BA Report 2009

In den eingegangenen Rückmeldungen haben 79 der 128 Krankenkassen (62 %) Angaben zur Anzahl der vom 1. Januar bis zum 30. September 2009 erbrachten SAPV-Leistungsfälle gemacht. Insgesamt wurde von 2.614 Leistungsfällen berichtet. Im ermittelten Median¹ hat jede Krankenkasse bis zum 30. September 2009 einen SAPV-Leistungsfall erbracht. Die meisten Krankenkassen gaben zwischen einem und 20 Leistungsfälle an. Insgesamt 777 Leistungsfälle wurden nicht als Sachleistung erbracht, sondern über Kostenerstattung geregelt.

G-BA Report 2009

Darüber hinaus berichteten 97 der 128 Krankenkassen (76 %) insgesamt von 797 Vertragsabschlüssen nach § 132d Abs. 1 SGB V. Hierbei wurden entsprechend der Fragestellung jeweils auch kassen- bzw. kassenartenübergreifende Verträge mit der Folge von Mehrfachnennungen angegeben. Für Vertragsabschlüsse nach § 140a SGB V lag die Gesamtzahl bei 256 Verträgen. Insgesamt 13 Krankenkassen (10 %) berichteten, dass sie durch Vertragsabschlüsse eine flächendeckende Versorgung für ihre Versicherten erreicht haben.

G-BA Report 2009

Insgesamt machen die geringe Anzahl an Leistungsfällen und die geringe Anzahl an Verträgen deutlich, dass das neue Leistungsangebot in weiten Teilen noch nicht fester Bestandteil der Palliativversorgung ist... Die weitaus überwiegende Anzahl der Krankenkassen gibt an, dass eine flächendeckende Versorgung der Versicherten im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs auf SAPV noch nicht erreicht wird.

www.g-ba.de/downloads/17-98-2802/2009-12-17-Bericht-SAPV-Evaluation-2009.pdf

SAPV-Verträge nach Bundesländern

Bundesland	Zahl der abgeschlossenen Verträge	In Verhandlung befindliche Verträge	Bemerkungen
Baden-Württemberg	./.	5 (alle Kassenarten)	Es liegt ein kassenartenübergreifendes Vertragsmuster vor, auf dessen Basis die Verhandlungen geführt werden
Bayern	3 (alle Kassenarten); davon 1 gesonderter Vertrag zur pädiatrischen Palliativversorgung	2 (alle Kassenarten)	Es wird mit ca. 60 Anträgen auf Vertragsabschluss gerechnet, die im Herbst 2009 verhandelt werden
Berlin	./.	1 (alle Kassenarten)	bestehender Home Care Vertrag nach § 73a SGB V

SAPV-Verträge

Brandenburg	3 (4 Kassenarten)	4 (alle Kassenarten)	
Bremen	1 (5 Kassenarten)	2 (alle Kassenarten)	
Hamburg	1 (5 Kassenarten) 1 (kassenspezifisch)	9 (alle Kassenarten)	Ein kassenartenübergreifendes Vertragsmuster ist mit Anbieterzusammenschluss abgestimmt; PCT formieren sich
Hessen	9 (alle Kassenarten) 1 (kassenspezifischer i.V.-Vertrag)	6 (alle Kassenarten)	

SAPV-Verträge

Mecklenburg-Vorpommern	2 (alle Kassenarten)	5 (alle Kassenarten)	
Niedersachsen	1 (kassenspezifisch)	Ca. 40 Anträge liegen vor	Kassenartenübergreifender Vertrag befindet sich in der Endabstimmung
Nordrhein-Westfalen • Nordrhein	./.	5 (alle Kassenarten)	Es bestehen 49 Verträge mit Palliativdiensten nach § 132a SGB V; 3 weitere Verträge sollen geschlossen werden

SAPV-Verträge

<ul style="list-style-type: none">• Westfalen-Lippe	s. Bemerkung	./.	Es besteht eine Vereinbarung mit der KV-WL zur Umsetzung der palliativmedizinischen Versorgung einschließlich der SAPV, befristet bis März 2010; die palliativpflegerische Versorgung erfolgt durch 50 Palliativdienste, die über einen Vertrag nach § 132a SGB V verfügen; 5 weitere Verträge sollen geschlossen werden; zudem läuft ein Modellprojekt zur SAPV für Kinder und Jugendliche in Datteln und Münster bis 30.09.2009
---	--------------	-----	---

SAPV-Verträge

Rheinland-Pfalz	./.	1 Mustervertrag für ca. 16 Verträge (alle Kassenarten)	Ca. 4-5 Verträge mit speziellen Angeboten der pädiatrischen Versorgung sind geplant
Saarland	./.	3 (alle Kassenarten)	Der Vertragstext ist mit den Leistungserbringern abgestimmt; Leistungsinhalte und Preise werden ab September 2009 verhandelt
Sachsen	./.	6 (alle Kassenarten)	

SAPV-Verträge

Sachsen-Anhalt	3 (kassenspezifisch) 5 (3 Kassensarten)	4 (kassenspezifisch)	
Schleswig-Holstein	2 (5 Kassensarten) 1 (kassenspezifisch)	6 (alle Kassensarten)	
Thüringen	1 (kassenspezifischer i.V.-Vertrag)	5 (alle Kassensarten)	Kassensartenübergreifender Mustervertrag liegt vor; Verhandlungen ab Ende August 2009

SAPV ohne Vertrag

SAPV ohne Vertrag jetzt schon nutzen:

<http://www.aerztezeitung.de/e-paper/frames/pdferstellen.aspx?issue=6385>
siehe auch: www.sapv.de

Kassenpatienten können jetzt schon (mit Klageandrohung) spezialisierte palliativärztliche Leistungen in Anspruch nehmen auf GOÄ Basis. In Musterfällen (Dr. Thöns/Bochum, aber auch in Lüneburg und Hamburg) wurde dem stattgegeben.

Hausärztliche Verordnungsgebühr EBM

Für die erstmalige Verordnung von SAPV kann der Vertragsarzt die Kostenpauschale 40860 (Erstverordnung 25 Euro) und die Nr. 40862 (Folgeverordnung 15 Euro) abrechnen. Die Nrn. 40860 und 40862 werden außerhalb des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Siehe : http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/09_04/prin0904/sapv_vordruck.html

Beispiel: RLP:

<http://www.kv-rlp.de/thema/news-aktuelles/news-aktuelles-details/article/aufnahme-von-kostenpauschalen-fuer-die-verordnung-der-palliativmedizin.html>

EBM 40 860 / 40 862 RLP

40860 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V - einmal im Behandlungsfall 25 Euro

40862 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V
- höchstens zweimal im Behandlungsfall 25 Euro

Teil VI: Konzepte zu SAPV

Fallzahlen, Betriebswirtschaft u.a.

Sterbefälle, Sterbealter

Von 80 Mill. Einwohner sterben jährlich ca. 0,8 Mill Einwohner, d.h. 1% der Bevölkerung

821.627 Verstorbenen (im Jahr 2006) wurden 0-7 Tage alt: 1324, 8-31 Tage alt: 426 ein bis zwölf Monate alt 829 Kleinkinder, das sind **2.579 verstorbene Kleinkinder**,

Kinder und Jugendliche von **1 bis 20 Jahre**: 1-5 Jahre alt 528; 5-10 Jahre alt 355; 10-15 Jahre alt: 429 und 15-20 Jahre alt: 691 und somit insgesamt **2003 Kinder und Jugendliche**.

In der Altersgruppe von **20 bis 65 Jahren** sterben jährlich bundesweit **weniger als 100.000 Personen**

in den höheren Altersgruppen folgende Menschengruppen: **65-70 Jahre: 75.000 Personen; 70-75 Jahre: 90.000 Personen; 75-80 Jahre: 120.000 Personen macht zusammen 285.000 Menschen**. Dies ist beinahe **ein Drittel** der Verstorbenen und diese werden oft in der letzten Phase von Pflegediensten versorgt, viele dementiell erkrankt und leben bisweilen im Heim.

Und in den Altergruppen **80-85** sterben 150.000 Personen; **85-90**: 120.000 Personen und **90 und mehr**: 130.000 Personen insgesamt **400.000 Verstorbene** und damit mehr als **die Hälfte der Verstorbenen**.

Hohes Sterbealter und Sterbeorte

Von den über 80 Jährigen, die die Hälfte aller Sterbenden ausmachen, wohnt jetzt (und wird auch in Zukunft wohnen) ein großer Teil im Heim,

- Von 284.000 Pflegebedürftigen im Alter von 80 – 85 leben etwa 153.000 (Zahlen vom Jahr 2005) im Heim, wo sie letztlich auch sterben

- Von den 85-90 Jährigen leben (und sterben) 134.000 im Heim.

- Von den über 90 Jährigen 188.000 Pflegbedürftigen leben und sterben fast alle im Heim, nämlich 175.000 Personen.

Und deshalb sind annehmbarer weise von den 400.000 Verstorbenen über 80, die auch meist pflegebedürftig sind, zwischen 250.000 und 350.000 Menschen zuletzt im Heim gewesen und dort (bzw. „notfallmäßig“ ins Krankenhaus verlegt) verstorben

Musterregionen (Beispiel RLP)

Städtisch (mehr als 200.000 Personen im Landkreis bzw. in 30 km Kilometer Entfernung und 30 Autominuten Erreichbarkeit um einen Mittelpunkt herum, annehmbare Bevölkerungsdichte über 300 EW/km²): z.B.: Mainz/Umgebung/Ingelheim, Ludwigshafen/Umgebung, Koblenz/Umgebung, Trier mit Umgebung,

Ländlich (zwischen 200.000 und 100.000 Personen im Landkreis bzw. Gebiet, d.h. in 30 km Kilometer Entfernung / max. 30 Autominuten Erreichbarkeit um einen Mittelpunkt herum, Bevölkerungsdichte zwischen 150 und 300 EW/km²), z.B.: Neuwied, Worms, Kaiserlautern, Germersheim, Montabauer, Alzey, Bad Dürkheim jeweils mit Umgebung

sehr ländlich (weniger als 100.000 Personen in Landkreisen mit großen Flächen, d.h. in einem Gebiet von 30 km Kilometer Entfernung / max. 30 Autominuten Erreichbarkeit um einen Mittelpunkt herum), alle anderen Gebiete. (genauere Untersuchungen dazu sind notwendig)

Sterbende pro Musterregion

Von 100.000 Menschen versterben: 1.000.

Von diesen 1.000 versterben plötzlich (ohne SAPV /AAPV): 500

Von den 500 nicht plötzlich versterbenden sterben: 250 an Tumorerkrankungen und 250 an anderen Erkrankungen

Von 250 Tumorerkrankten brauchen 175 – 170 AAPV und 75 – 80 SAPV.

Von den 250 Nicht-Tumorerkrankten brauchen 210 keine PV bzw. AAPV und 40 SAPV.

Sterbende + SAPV Bedarf pro Region

Von den 80 tumorerkrankt Versterbenden einer Musterregion mit 100.000 Einwohnern braucht jeder Erkrankte durchschnittlich 30 Tage SAPV, d.h.: 2.400 Behandlungstage pro Jahr (80 Behandlungsmonate / Jahr)

Von den 40 nicht-tumorerkrankt Versterbenden einer Musterregion mit 100.000 Einwohnern braucht jeder Erkrankte durchschnittlich 90 Tage SAPV, d.h.: 3.600 Behandlungstage /Jahr (120 Behandlungsmonate /Jahr)

Die insgesamt 6.000 Behandlungstage (200 Behandlungsmonate pro Jahr bedeuten $6000 : 360$ bzw. $200 : 12$), dass stets nur **16 - 17 Patienten** gleichzeitig behandelt werden müssten, davon ca. 7 Tumorerkrankte ($2.400:360$) und ca. 10 Nicht-Tumorerkrankte ($3600:360$).

SAPV-Behandlungsorte (Tumor)

Von den 16-17 SAPV Bedürftigen gibt es stets ca. 7 parallel zu versorgende Tumorerkrankte pro Musterregion mit 100.000 Einwohnern. Sie leben und werden versorgt in dieser letzten Lebensphase:

- Von den Tumor (und anders) Erkrankten in einem **Hospiz** (weniger als 1,5 % der Gesamtverstorbenen) und auf einer **Palliativstation** (weitere 1,5 % der Versorgten): **weniger als eine Person**
- Von den restlichen 6 Tumorerkrankten, ca. **fünf bis sechs Tumorerkrankte Zuhause** (auch wenn sie oft zum Sterben ins KH verlegt werden).
- Und andere Tumorerkrankte: ca. **einer im Heim**

SAPV – Behandlungsorte (nicht-Tumor)

Von den jeweils 10 parallel zu versorgenden SAPV Bedürftigen, die nicht an Tumoren erkrankt sind,

- leben ca. 8 im Pflegeheim (siehe auch die anderen Zahlen oben)
- lebt ca. zwei Personen noch zuhause.

Fazit:

In Musterregionen von 100.000 Menschen Bevölkerung ist anzunehmen, dass jeweils ca. 8 im häuslichen Bereich lebende Personen und 9 im Pflegeheim lebende Personen gleichzeitig (im Durchschnitt) SAPV brauchen und auch nutzen werden.

SAPV Bedarf und SAPV In-Anspruchnahme

Achtung: Von den 16 – 17 Sterbenden mit SAPV Bedarf werden wahrscheinlich nur die Hälfte erreicht, nämlich 8 Erkrankte.

Gründe:

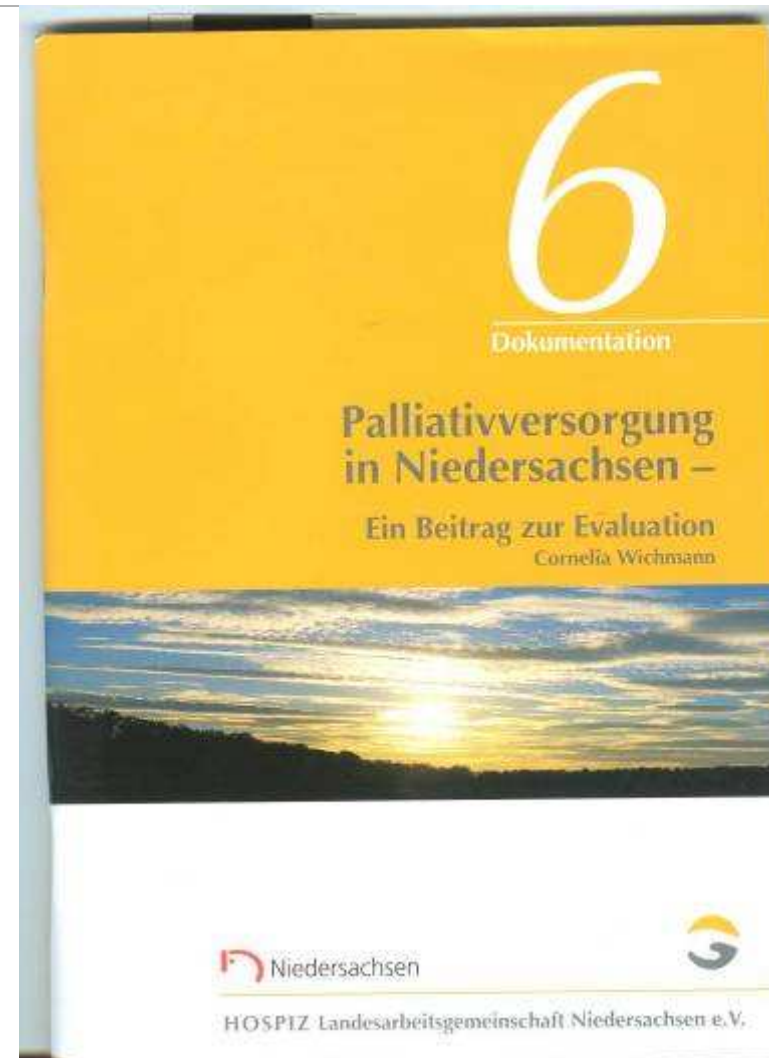
- Kommunikations- Konkurrenz-Probleme mit Hausarzt / behandelnden Pflegedienst / Heim
- Nicht-Erkennen zu spätes Erkennen des Bedarfs
- Non-Compliance / Kein Wunsch nach „fremden Experten“

Lösungen

- Palliativmedizin für Nicht-Tumorerkrankte sollte vorrangig sein.
- Kooperationen mit heimen sind nötig
- Kooperationen mit Hausärzten/ Pflegedienste sind ein Muss
- Frühe Erkennung des Bedarfs ist nötig und deshalb breite palliative Schulung von Pflegenden und Ärzten

Sich vernetzen

Wie von Cornelia Wichmann beschrieben gilt es sich in der Region zu vernetzen: Die spezialisierten Anbieter der Palliativpflege mit den Anbietern der Pflege-Regelversorgung (hier: Beispiel Niedersachsen)



Palliativversorgung

Teil VII:

Vertragsgestaltung nach § 132 d

Gemeinsame Empfehlungen § 132 d

Die Krankenkassen haben am 23. Juli 2008 größtenteils ohne Rücksicht auf die weiteren Anbieter der Versorgung und ohne Experten so genannte „Gemeinsame Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V erlassen. Hier wird empfohlen, wer die Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V durchführen kann/darf. Dies wird nun auf Landesebene angewandt. Die Empfehlungen sind jedoch nicht verpflichtend. Landes-Krankenkassen könnten auch Ausnahmen und Übergangsregelungen zulassen. Die Empfehlungen selbst sind wegen überzogener Anforderungen sind auf Kritik gestoßen.

4.5.

4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für

- die Beratung von Patienten und Angehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

5. Personelle Anforderungen

5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

5.2.

5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten,

z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

Palliativmediznerinnen in Deutschland

Die Befragung der Bundesärztekammer zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Stunden Weiterbildung) und die ergänzende Erhebung bei der Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung ergab folgende Daten zum Stichtag 31. Dezember 20085 (vgl. **Tabelle 3**):

1. Kassenärztliche Vereinigung bzw. Landesärztekammer
2. Ärztinnen/Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung (zugelassen/ angestellt)
3. Ärztinnen/Ärzte in der stationäre Versorgung (angestellt im Krankenhaus)
4. gesamt

1	2	3	4
Baden-Württemberg	165	208	373
Bayern	22	98	120

PalliativmedizinerInnen nach KV

Berlin	8	21	29
Brandenburg	15	29	44
Bremen	6	14	20
Hamburg	16	25	41
Hessen	63	128	191
Mecklenburg-Vorpommern	27	43	70
Niedersachsen	225	160	385
Nordrhein	99	171	270
Rheinland-Pfalz	65	67	132
Saarland	2	11	13
Sachsen	40	70	110
Sachsen-Anhalt	7	36	43
Schleswig-Holstein	45	62	107
Thüringen	7	39	46
Westfalen-Lippe	146	216	362
gesamt	958	1.398	2.356

5.3.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen über:

- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung

und

- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden

und

- Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.

5.4.

5.4 Soweit weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

6. Qualitätssicherung

6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/- pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

6.2.

6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

6.3.,4.

6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.

6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

Strukturerhebungsbögen

Die Anforderungen der Kassen für die nötigen Strukturen von SAPV-Teams werden in Erhebungsbögen zusammengefasst:

z.B.: Vdek – Thüringen:

<http://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/SAPV/index.htm> (hier auch alle Gesetze)

z.B.: Aok Sachsen: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/sac/pflege/palliativambulanz/> (hier auch gleich alle weiteren Unterlagen)

Andere Bundesländer folgen...

Teil VIII: Konkrete Umsetzungen: Welche Möglichkeiten gibt es ?

Anhand von Beispielen bestehender
Modelle und Verträge

Kooperationsverträge (2008) nach § 140

Home Care Berlin (18 Ärzte) und Heidelberg, Bielefeld:
Arztbasierte Modelle; Dresden (KH + 2 Fachärzte +
Hausärzte)

Brückenschwestern Baden-Württemberg (60 Pflegende
plus Hausärzte)

Krebsschmerzinitiative Vorpommern (2 Teams mit je 3
Ärzten und 3 Pflegenden für je 250.000 Bewohner mit
jährlich 40 Pat.)

Singen (KH, Fach-/Hausärzte, Pflege, EA: nur 2-5
Pat./Jahr); SUPPORT Göttingen (nur teils aktiv)

Füssen und Würzburg

Bochum – SAPV ohne Vertrag

Nun hat das Landessozialgericht eine Ersatzkasse zur Kostenübernahme verurteilt. Elisabeth P. schwerst demenzkranke Heimpatientin mit abfaulendem Bein, dauernd unruhig, Vernichtungsschmerzen hat Anspruch auf Kostenübernahme für qualifizierte Hilfe. Der behandelnde Palliativmediziner Dr. Thöns, Vorstand im Palliativnetz Bochum: Ein langer Weg ist nun zu einem erfolgreichen Ende gekommen. Die Krankenkasse, die vormals Leistungen kürzte, die bei Patienten in Heimen abgerechnet wurden, behauptete vor Gericht „es ist für alles gesorgt, wir können 12 Vertragsärzte benennen und die Patientin braucht die Versorgung gar nicht“. Doch die benannten Ärzte waren gar nicht für SAPV qualifiziert.

Bochum II

Auch ein Onkologe, der seit Jahren keine Hausbesuche bei Sterbenden mehr gemacht hatte und der auch nicht über eine Zusatzweiterbildung verfügt, wurde benannt. Von Demenz hatte er keine Ahnung.

Diese „Lösung auf dem Papier“ wurde vom Gericht kassiert – die Versorgung muss vor Ort gesichert sein – so wie es der Gesetzgeber gewollt hat. Denn seit dem 1.4.2007 heißt es im Sozialgesetzbuch § 37b unmissverständlich: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. ...“

SAPV ohne Vertrag. Jetzt schon !

SAPV ohne Vertrag jetzt schon nutzen:

<http://www.aerztezeitung.de/e-paper/frames/pdferstellen.aspx?issue=6385>

siehe auch: www.sapv.de

Kassenpatienten können jetzt schon (mit Klageandrohung) spezialisierte palliativärztliche Leistungen in Anspruch nehmen auf GOÄ Basis. In Musterfällen (Dr. Thöns/Bochum, aber auch in Lüneburg und Hamburg) wurde dem stattgegeben.

Gifhorn

Eingebundene Hausärzte im Palliativnetz

GIFHORN (ärztezeitung/cben). Die Deutsche BKK und das Palliativnetz Gifhorn in Niedersachsen haben den nach eigenen Angaben bundesweit ersten Vertrag zur Versorgung Sterbender nach den Maßgaben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschlossen.

„Wir haben festgestellt, dass das Konzept der Palliativ-Care-Teams in einer ländlichen Region wie bei uns nicht gut funktioniert“, sagte Dr. Armin

Saak, Allgemeinmediziner und Palliativmediziner vom Gifhorer Palliativnetz der „Ärzte Zeitung“. Deshalb haben beim Gifhorer Modell die Hausärzte den Hut auf. Wenn ein Kollege einen sterbenden Patienten in die SAPV überleiten will, so kann er einen der beiden Koordinatoren des Ärztenetzes anrufen. Nach spätestens einem Tag kommt der Koordinator auf Hausbesuch und stellt fest, ob die Bedingungen für eine SAPV vorliegen.

Für die Einschreibung in den Vertrag erhält der Hausarzt 80 Euro als Fallpauschale. Die Spezialisten erhalten pro Patient und Woche 200 Euro. Dazu kommen Pflege und Koordinationspauschalen, sowie ein Konsiliardienst, der leistungsbezogen abrechnet wird. Die Deutsche BKK zahlt zwischen 1000 bis 3000 Euro pro Patient für maximal acht Wochen, sagte Dr. Thorsten Heberlein, Vorstandsberater der Deutschen BKK. ■

NRW Vertrag (Nordrhein) - Kurzeinblick

Die Leistungen der SAPV sind nur dann Vertragsgegenstand, wenn sie ausschließlich in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden. Die Personalstärke eines Palliative-Care-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Eigenheiten, die u. a. Fahrtzeiten betreffen könnten. Sie ergibt sich dennoch grundsätzlich aus der regionalen Struktur. Die Anpassung der Personalstärke auf regionale Erfordernisse regeln die Vertragspartner. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens 3 spezialisierten/qualifizierten Ärzten und mindestens 4 qualifizierten Pflegefachkräften, die fachübergreifend in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Kooperationen mit mindestens einer Apotheke und mindestens einem ambulanten Hospizdienst, die die Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 b) erfüllen, sind verpflichtend. Das Palliative-Care-Team ist ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig. Es gewährleistet eine weitgehende personelle

Vertrag NRW – Westfalen Lippe (kurz)

Für einen Planungsbereich bilden mindestens drei palliativmedizinisch qualifizierte Ärzte (Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ im Umfang von zurzeit 160 Stunden nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer) mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten (mindestens 75 Patienten

Vertrag NRW – Westfalen Lippe II

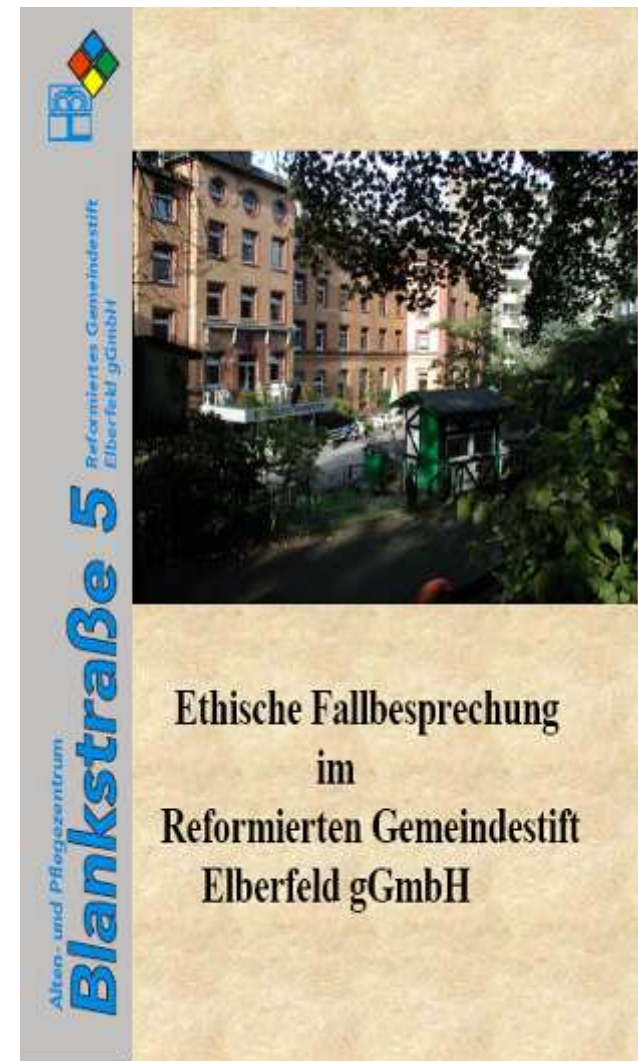
oder einjährige klinische Tätigkeit in einer Palliativabteilung eines Krankenhauses in den letzten 3 Jahren) einen regionalen PKD. Der PKD beschäftigt mindestens eine 3-jährig examinierte Pflegefachkraft mit Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von zurzeit 160 Stunden als Koordinationskraft.
(Übergangsregelungen gelten)

Teil IX: Und im Pflegeheim ?

Besonderheiten: Heim: Beispiel Ethik

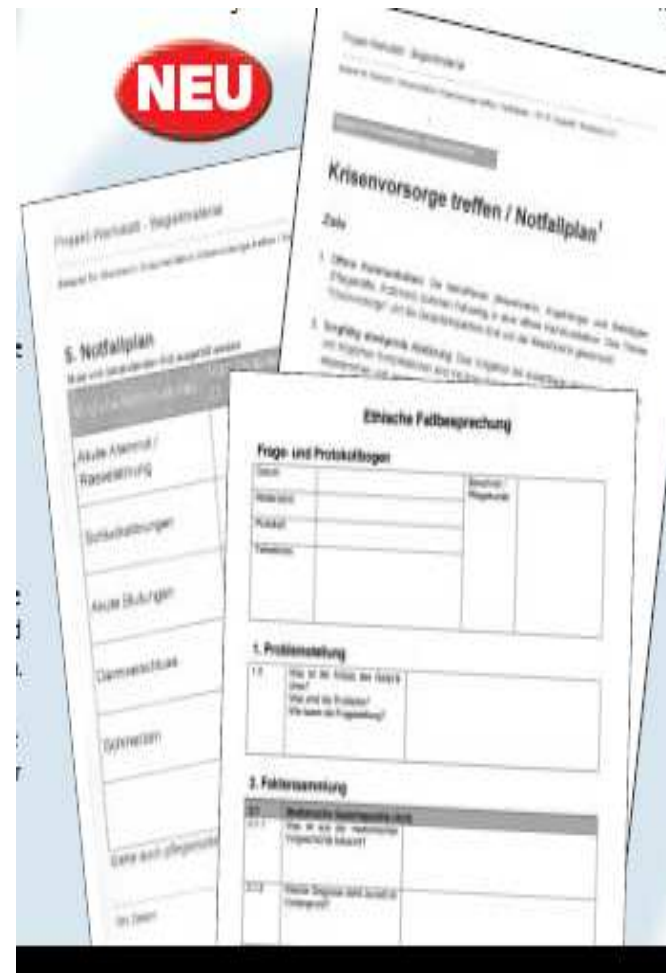
Umsetzung Indikators 6:
Ethik im Konflikt.

Ethische Fallgespräche
am evangelisch - ref.
Gemeindestift seit 2006
mit hausinterner
Moderation für Ärzte,
Pfleger, Familie.



Beispiel: Krisenvorsorge/Notfallplan

Ein Krisenvorsorgeplan erarbeitet mit Bewohnern, Angehörigen (Betreuern) die (mutmaßlichen) Behandlungswünsche und lässt diese durch Verordnungen von einem Arzt rechtlich absichern (siehe rechts und nächste Folie)



Notfallplan

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerz		

Beispiel: Schmerz bei Demenz

Bedarf:

- Nicht demente Patienten erhalten nach Schenkelhalsfraktur die dreifache Dosis Morphinäquivalent von Dementen (Quelle: Morrison R.S. PainSymptom Management 2000)
- > 80-Jährige erhalten um 1/3 weniger Opiate als Jüngere (Quelle: BernabelR. et al; JAMA 1998)
- Pflegeheimpatienten ohne Schmerztherapie haben einen signifikant niedrigeren MMSE-Score als Patienten mit Schmerztherapie(Quelle: ClossSJ., BarrB., Briggs M.; Br J Gen Pract2004)

Deshalb: pflegerische Leistung: Schmerzen erkennen/dokumentieren

- Aktive Befragung des Patienten, selbst bei fortgeschrittener Demenz
- Beachtung nonverbaler Hinweise (Gesichtsausdruck, Körpersprache, Lautäußerungen, Unruhe)
- Therapiekontrolle mittels täglicher, dokumentierter Befragung durch Pflegepersonal (**z.B. BESD**)

Ehrenamtliche Integrieren:

Pflegeeinrichtungen kooperieren mit Hospizdiensten. Ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen stehen auch für Heimbewohner und Pflegedienstkunden zur Verfügung



Wenn Daheim ein Heim ist

Barbara Feldhammer, Monika Müller, Robert Rass

Hospizliche Begleitung in Einrichtungen der Altenhilfepflege
Ein Leitfaden für Ambulante Hospizdienste nach 39a SGBV



Handbuch: Palliativkompetenz entwickeln

- Ziele und Leitlinien entwickeln
- Schmerzen und Symptome behandeln
- Mit Ehrenamtlichen kooperieren
- Netzwerke knüpfen
- Existenzielles sichern / „Ich Sorge vor“
- Krisen / ethische Konflikte moderieren
- Situation nach dem Versterben gestalten
- Mitarbeiter stärken
- Finanzierungsmöglichkeiten entdecken
- In die Öffentlichkeit gehen
- Nachhaltigkeit sichern
- Schulungs- und Unterrichtsmaterialien

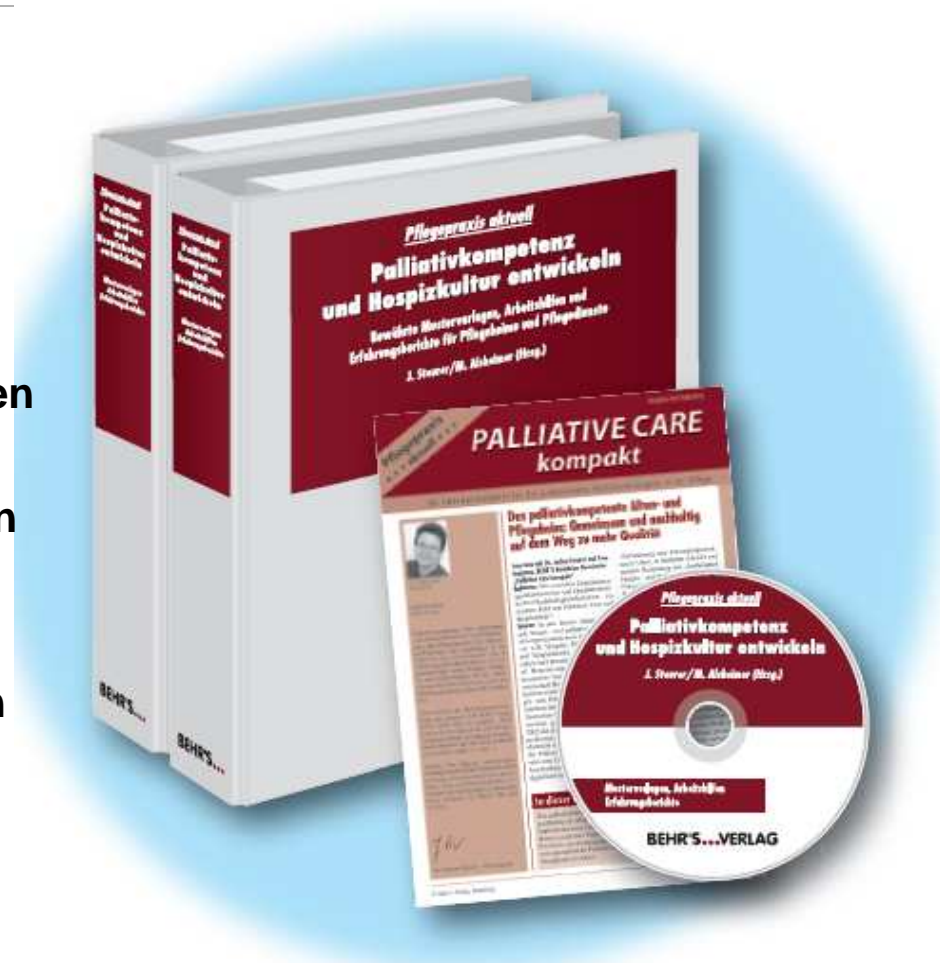
Herausgeber: *J. Steurer*

2 Ordner, DIN A4, ca. 600 Seiten, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care kompakt“

ISBN 978-3-89947-368-1

mit Behr's NewsService

€ 89,50 zzgl. MwSt.



20 Indikatoren für Palliativkompetenz

Das kleine Standardwerk:

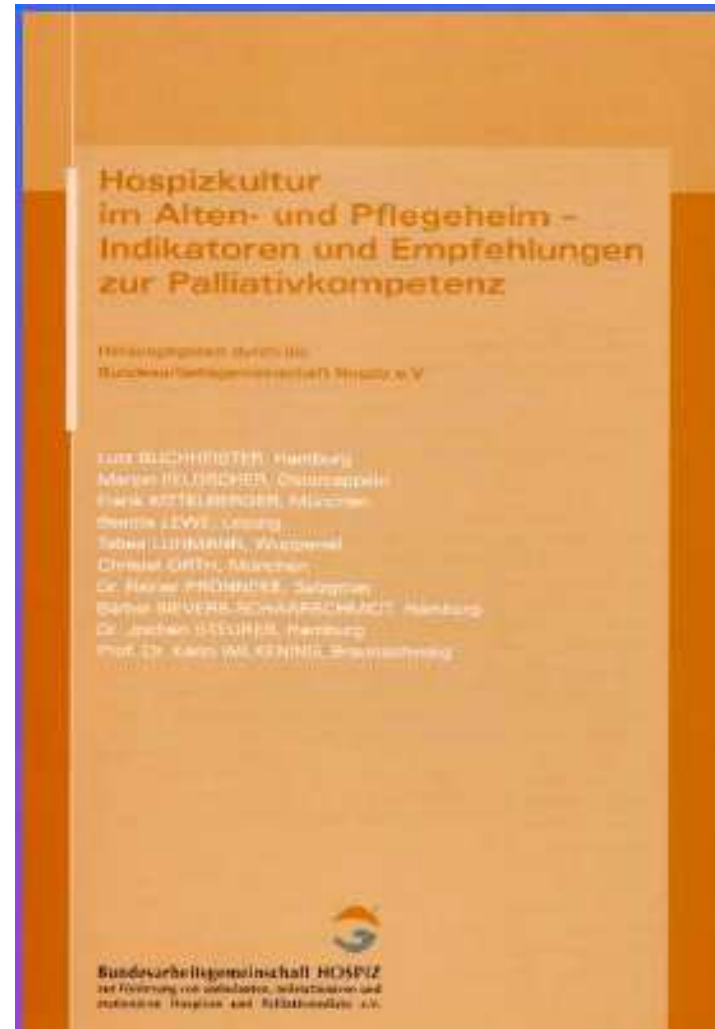
BAG Hospiz Oktober 2005
und Feb. 2006:

*Hospizkultur im Alten-
Pflegeheim –*

*Indikatoren und
Empfehlungen zur
Palliativkompetenz*

....mit 20 Indikatoren

*...wurde zum Standard
für weitere Prozesse*



Beispiel: Träger engagieren sich

DW Hannovers (2004-2006)

Fachtag 20.03.2006

Projekt-Abschlussbericht:

Leben am Lebensende.
Diakonische Leitlinien zu
Palliative Care, Sterbebeglei-
tung und Abschiedskultur.

Download:

<http://www.diakonie-hannovers.de/>

[downloads/lebenamlebensende.pdf](http://www.diakonie-hannovers.de/downloads/lebenamlebensende.pdf)



DW-Bund: Leben bis Zulett

Anpassung der BAG Hospiz
Leitlinien (Okt. 2006): Die
diakonischen Leit-Bilder:

Leben bis Zulett

Die Implementierung
von Hospizarbeit und
Palliativ-betreuung in
Einrichtungen der
stationären Altenhilfe

Download:
www.diakonie.de/texte

Nr. 17 und Nr. 18



Mini-Historie: Palliativkompetentes Heim

Gruppenprozessphase seit 2004:

2004: AK Hospiz des DW Hamburg und Leitlinienprozess auch für sieben Heime (DW, MediAcion)

2004/06: Leben am Lebensende: Projekt der Diakonie Hannovers

2004/07: Initiative Hospizarbeit und Palliative Care des DW Bayern (GGsD und MediAcion); Initiativen des DW in NRW

2006/07: z.B.: bpa Thüringen (Uni Erfurt); Private Heime (auch bpa / Vitanas) in Hamburg (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DW Hamburg (DFA); DW Niedersachsen (MediAcion); DRK Niedersachsen (MediAcion, Bildungszentrum Schlump);

2008: bpa NRW Projekt I (MediAcion, Uniklinik Essen) (auch: DRK II und DW II in NDS) in 2009 : Projekte in Stade + Thüringen


220 Häuser beteiligen sich, ca. 100 haben abgeschlossen

Beispiel Bayern – Gruppenprozess 2005-2007

17 Heime + Dienste in der Projektwerkstatt Stein



Projektwerkstatt Hamburg

- Förderer: Hamburger Behörde für Soziales und Gesundheit
- Träger: MediAccion,  DRK Bildungszentrum
- Teilnehmer: 6 private Pflegeheime (davon fünf im
- **Zeit: Juni 2006 bis Juni 2007**



Projektwerkstatt in Hannover (Diakonie 2006-2008)



Zwölf Heime setzen das Palliativprojekt des DW konkret um

Palliativprojekt - NRW (April 2008)



12 private Einrichtungen aus Westfalen starten einen spezifischen Palliativkurs und ein Projekt zur Umsetzung

Das Buch für die Pflegekraft: Kurz und handlungsorientiert

Palliative Care in Pflegeheimen

Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte.

**Von Jochen Steurer,
Christine Behrens,
Christoph Gerhard u. a.
Schlütersche, Okt. 2008.
160 Seiten, 16.90 Euro.**



Nachhaltigkeit ?

Durch vier Initiativen wurde/wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Palliativkompetenz im Heim in der Frühphase und mittleren Phase untersucht:

- BAG Hospiz- Fachgruppe: Expertise 2005
- Bayerische-Stiftung-Hospiz: Expertin Donata Beckers: „Da-Sein, wenn es still wird.“ 2006
Download: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf>
- BSC-Gruppe: Kennzahlenerhebungen (Wuppertal, 2006-2008, Mönchengladbach)
- Bewohnerbefragung/Angehörigenbefragung (FH Braunschweig, 2007-2008)
- Uni HS Vechta (Promotion von C. Wichmann, 2008)

Palliativversorgung

Teil X: Im Krankenhaus

Im Krankenhaus: Sechs An-Stöße

1. Interprofessionalität leben - flache Hierarchien
2. Hospiz-Ehrenamt als Garanten der Lebensbegleitung auch im Sterben
3. Abschiede feiern, Rituale nutzen, Seelsorge leisten und Trauer begleiten
4. Ethikkomitees, Ethische Fallbesprechungen, ethische Vorgehensweisen/Krisenpläne
5. Mitarbeitersicherheit / Palliativ-Weiterbildungen
6. Palliativkonsiliardienste erreichen Patienten

Ende Vortrag / Diskussion

Weitere Infos unter www.mediacion.de

