



Ihr Partner in der Wundversorgung

PIRATOPLAST®

Kunterbunt gesund

6. Interprofessioneller  
Gesundheitskongress  
21. April 2018, Dresden

*Koordinierte Überleitung in der  
Palliativversorgung zwischen Krankenhaus  
und Pflegeheim*

Prof. Dr. Christine von Reibnitz, Berlin

# Agenda

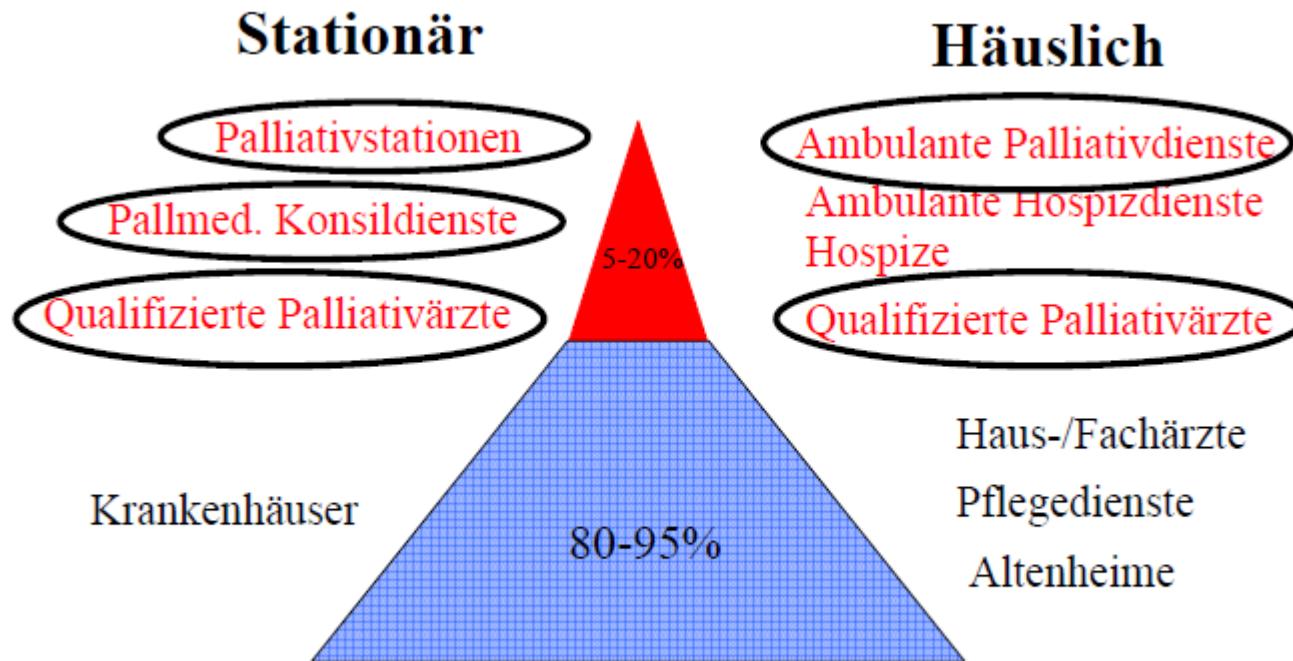
- Einführung – aktueller Stand der Palliativversorgung an den Schnittstellen
- Gesetzliche Vorgaben des Entlassmanagement und der Rahmenvertrags zwischen DKG und GKV
- Vernetzung und Aufgabenverteilung in der Überleitung
- Umsetzungsmöglichkeiten – Best Practice



PIRATOPLAST®

Dr. Ausbüttel®

# Komplexität der Strukturen in der Palliativversorgung



nach GKV-WSG



PIRATOPLAST

Dr. Ausbüttel®

# Begriffsbestimmung

## **Palliativversorgung**

Umfassendes, multidimensionales und multiprofessionelles Konzept für die Versorgung von Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Krankheiten in der letzten Lebensphase



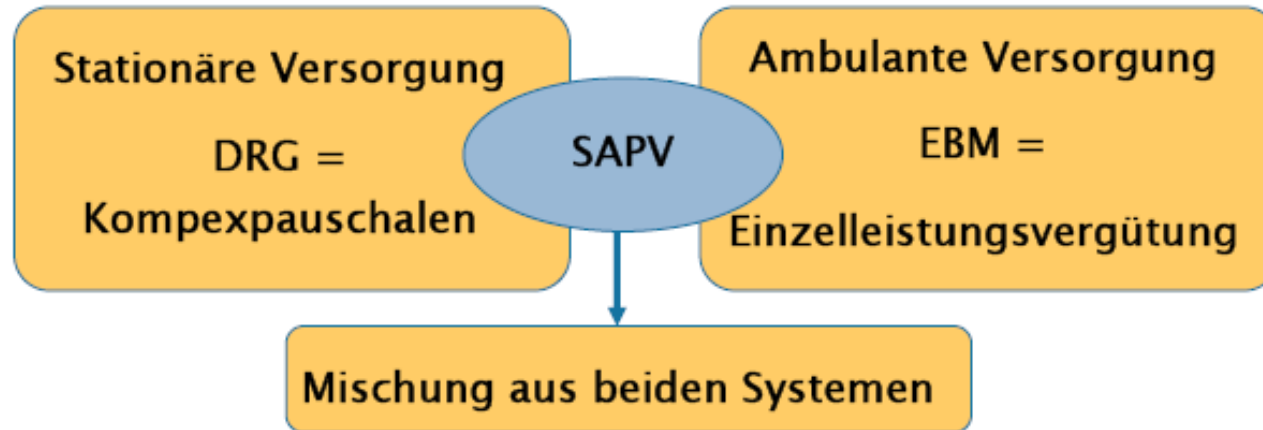
**Basisversorgung**



**SAPV**



# Die SAPV-Leistung



1. Leistungserbringer-Mix
2. Übernahme des stationären Vergütungssystems  
i.R.d. Ambulanten Versorgung



# Entwicklung

- rd. 1.500 ambulante Hospizdienste (einschl. rd. 80 amb. Kinderhospizdienste)
- rd. 235 stationäre Hospize (einschl. 14 stationärer Kinderhospize)
- rd. 304 Palliativstationen in Krankenhäusern
- 295 SAPV Teams (Quelle KBV, Stand 25.07.2016)
- **80.000 Ehrenamtliche – Kern und Basis der Hospizarbeit**
  
- Quelle: <http://DHPV> 2016



PIRATOPLAST®

Dr. Ausbüttel®

# Der Gesetzgeber hat gehandelt

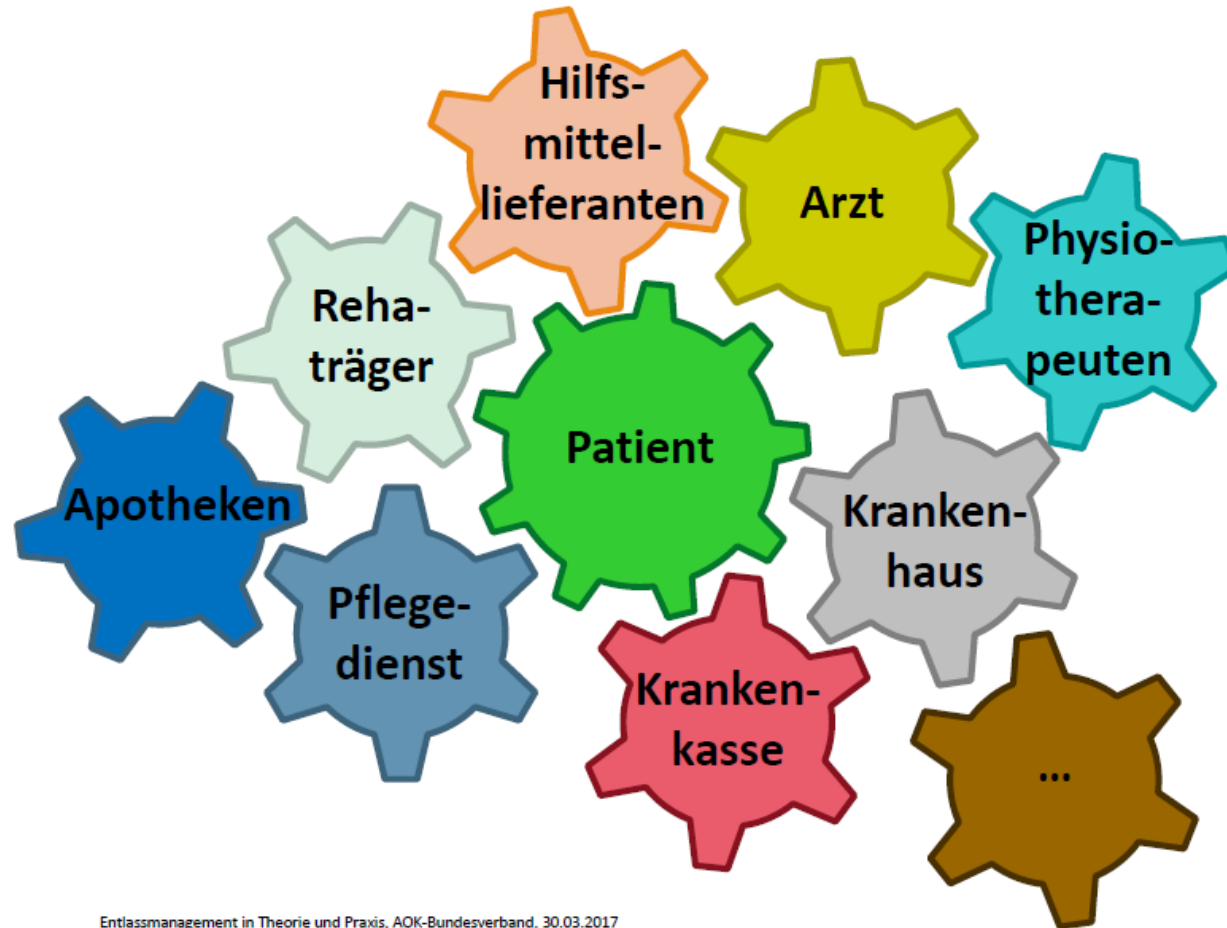
## § 39 Absatz 1a SGB V:

- Krankenhausbehandlung umfasst Entlassmanagement
- Anspruch des Versicherten gegen Krankenkasse auf Unterstützung des Entlassmanagement
- Erweiterte Verordnungsmöglichkeiten bis zu 7 Tage + AU-Feststellung
- Weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts durch G-BA-Richtlinien
- **Rahmenvertrag zur Zusammenarbeit der Krankenkassen und Leistungserbringer**
- Information, Einwilligung, Datenschutz (Schriftform!)





# Der Patient im Mittelpunkt Versorgung?



Entlassmanagement in Theorie und Praxis, AOK-Bundesverband, 30.03.2017



PIRATOPLAST®

Dr. Ausbüttel®

# Wer hat Anspruch auf das neue Entlassmanagement

- Der Patient hat grds. einen **Anspruch ggü. dem Krankenhaus auf Durchführung** des Entlassmanagement (voll- oder teilstationär).
- Der Patient hat zudem einen **Anspruch ggü. Der Kranken- und Pflegekasse auf Unterstützung** des Entlassmanagement: Regelungen in § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 6, § 7, §10.
- Bei der Auswahl der Anschlussversorgung Beachtung, „ambulant vor stationär“ (§13 Abs. 1 SGB XII) sowie auch „Reha vor Pflege“.
- Patient oder gesetzlicher Vertreter muss der Teilnahme am Entlassmanagement **schriftlich** zustimmen.
- Eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht nicht.



# Was zählt zur Anschlussversorgung?

- Behandlungen durch niedergelassenen Haus-oder Facharzt;
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst
- Versorgung in einer Pflegeeinrichtung
- Überprüfung im Krankenhaus nach Aufnahme durch standardisiertes Verfahren



PIRATOPLAST®

Dr. Ausbüttel®

# § 39 (1a) SGB V - Rahmenvertrag

## Vertragsinhalte – (1/3)

- Rahmenvorgaben des gesamten Prozesses eines Entlassmanagement
- **Transparenz für Versicherte und alle am Prozess des Entlassmanagement Beteiligten**
- Regelungen zur Information und Beratung des Patienten inkl. Patienteninformation und Einwilligungserklärung
- Multidisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhausapotheken und weiteren Beteiligten
- **Assessment zur Feststellung des individuellen Unterstützungsbedarfs**
- **Aufstellung und Mitgabe eines Entlassplans**
- **Erstellung und Mitgabe eines Medikationsplans**



# § 39 (1a) SGB V - Rahmenvertrag

## Vertragsinhalte – (2/3)

- Grundsätze der Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit Vertragsärzten und mit Krankenkassen/Pflegekassen
- Informationsaustausch
- Krankenhaus und einweisender Arzt
- Krankenhaus und Leistungserbringer der Anschlussversorgung
- Krankenhaus und Krankenkasse/Pflegekasse
- Krankenhaus und Angehörige



## § 39 (1a) SGB V - Rahmenvertrag

- **Vertragsinhalte – (3/3)**
- Regelungen zur Verordnung von Leistungen (Arzneimittel; häusliche Krankenpflege sowie heil- und Hilfsmittelversorgung und zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit
- Unterstützung der Kranken- und Pflegekassen
- Anspruch des Patienten auf einen Entlassbrief und Medikationsplan (definierte Mindestinhalte) am Entlasstag inkl. Kontaktinformationen
- Regelung zur Bereitstellung der Verordnungsvordrucke inkl. technische Anlage

Im Entlassmanagement können die Krankenhäuser Leistungen der speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V verordnen! Siehe Anlage 1 der Umsetzungshinweise der DKG



# Wie läuft das neue Entlassmanagement ab?

- **Schritt 1:** frühzeitige Prüfung des Falls → nach Aufnahme, ob Anschlussversorgung/Versorgungsbedarf benötigt wird; Zustimmung einholen (Patient oder Betreuer)
- **Schritt 2:** Entlassplan/Organisation der Entlassung → benötigt der Patient fortgesetzte Medikation, Reha, Physio) wird ein Entlassplan erstellt; Kontaktaufnahme durch das KH mit den Nachversorgern und ggfls. mit der Krankenkasse; Koordination der Anschlussversorgung durch das KH
- **Schritt 3:** Entlasstag, Entlassbrief, Medikationsplan, Abschlussgespräch → Mitgabe des vorläufigen Entlassbrief, mit Einwilligung des Patienten auch der weiterbehandelnde Arzt, Tel. Nr. eines Ansprechpartners in der Klinik



# Hospiz- und Palliativgesetz Stand 2018

- Zusätzliche Vergütungen für Vertragsärzte und Pflegedienste in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
- AAPV-Pflege: neue Krankenpflegerichtlinie verabschiedet, Symptomkontrolle hinzugefügt, nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger wirksam
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung, Bundesmantelvertrag Ärzte, seit dem 1.1.2017 in Kraft, Abrechnungsziffer im 4. Quartal 2017
- Schiedsverfahren für Vertragsverhandlungen zwischen KK und Leistungserbringern (insb. für schnelleren SAPV-Ausbau im ländlichen Raum)





# Hospiz- und Palliativgesetz Stand 2018

- Palliativdienste/Konsiliardienste
- Ab 2017 können Krankenhäuser krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren
- Bundeseinheitliche Regelung ab 2019
  - Palliativstationen
  - Bessere Finanzierungsoptionen
  - Ab 5 Betten gelten DRG-Qualitätskriterien
- Krankenhäuser können ambulante Hospizdienste mit Sterbebegleitung beauftragen und über Krankenkassen abrechnen lassen



# Hospiz- und Palliativgesetz Stand 2018

- Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) (§132g, SGB V)/ „Advance Care Planning“
- Weiterentwicklung der Patientenverfügung
- Soll Unzulänglichkeiten der Patientenverfügung beheben & Selbstbestimmungsrecht am Lebensende achten
- Gilt für BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Kann-kann-Regelung: Kann von Einrichtungen angeboten werden, kann von BewohnerInnen in Anspruch genommen werden



# Förderung von Palliativversorgung in allen Krankenhäusern

- Trotz vielen Verbesserungen in der ambulanten Versorgung versterben nach wie vor viele Menschen in den Krankenhäusern.
- Seit 2017 können Krankenhäuser krankenhausesindividuelle **Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste** vereinbaren (§6 KHEntgG).
- Ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage **bundesweit einheitliche Zusatzentgelte** hierfür geben (§17KHG).
- Die Krankenhäuser können dafür **hauseigene Palliativ-Teams** aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.
- Krankenhäuser können für eigenständige Palliativstationen künftig **krankenhausesindividuelle Entgelte** (statt pauschale DRG Vergütung) mit den Kostenträgern vereinbaren, wenn das Krankenhaus dies wünscht.



# Palliative Versorgung → ambulante Versorgung durch Vertragsärzte

- Zusätzliche Vergütung ärztlicher Koordination der palliativmedizinischen Leistungen
- § 87 Abs. 1b SGB V – Vereinbarung v. 29.11.2016
  - teilnehmende Vertragsärzte
  - Netzwerkarbeit
  
- **Anlage 30 zum Manteltarifvertrag Ärzte**



## § 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

- Abstimmung und bedarfsgerechte Erbringung der erforderlichen Maßnahmen
- Koordination innerhalb des Teams
- Abschluss verbindlicher Kooperationsvereinbarungen
- fester Kooperationspartner sind die Hospizdienste
- zeitnaher Austausch aller notwendigen Informationen
- vernetztes Arbeiten innerhalb der Strukturen der Palliativversorgung



# Verordnungsfähige Leistungsinhalte der SAPV

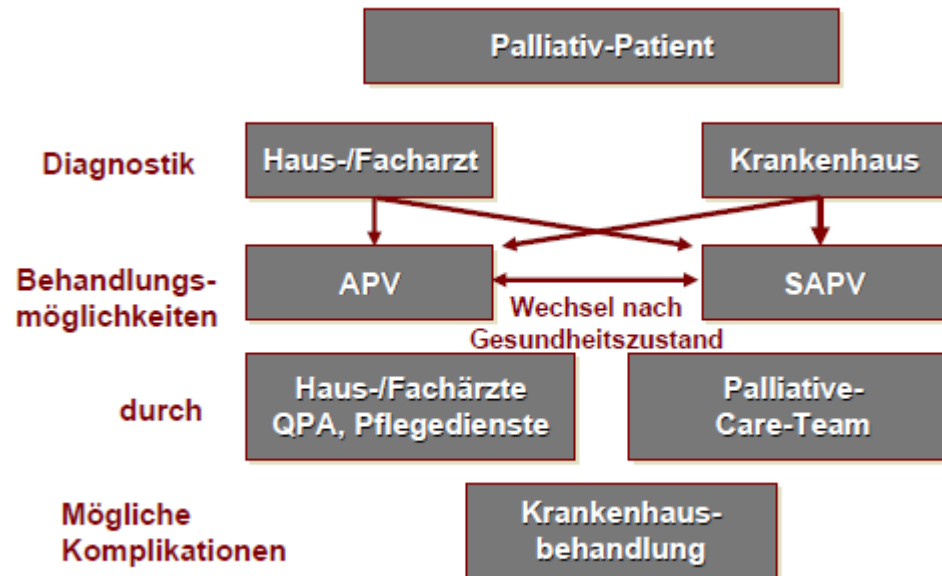
- Beratung
- Koordination der Versorgung
- additiv unterstützende Teilversorgung - palliativ-ärztlich - palliativ-pflegerisch
- vollständige Versorgung (z. B. z. Vermeidung stat. Krankenbehandlung)
- **Verordnung ist zeitlich zu befristen**
- **Inhalt sollte bedarfsgerecht mit PCT abgestimmt werden**
- **PCT erstellt individuellen Behandlungsplan in Abstimmung mit anderen beteiligten Leistungserbringern**



# Ambulante Palliativversorgung

- Die palliative Versorgung wird ausdrücklicher **Bestandteil der Regelversorgung** (§27 Abs. 1 SGB V)
- Für palliativmedizinische Leistungen und entsprechende Qualifizierungen wird es **zusätzliche Vergütungen** geben. Die Selbstverwaltungspartner der Ärzteschaft und der Krankenkassen werden die Einzelheiten festlegen. Dabei sind insbesondere Anforderungen an die Netzwerkarbeit mit weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern festzulegen (§87 Abs. 1 b SGB V)





SAPV als Komplexleistung wird als Beratungsleistung, Koordinationsleistung, Teil--oder Vollversorgung erbracht, wenn das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere die APV, nicht mehr ausreicht.



# Stärkung der Palliativversorgung in der häuslichen Krankenpflege



PIRATOPLAST®

Dr. Ausbüttel®

- Auch in der **häuslichen Krankenpflege** werden die Palliativversorgung und die Kooperation mit anderen Beteiligten gestärkt.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren und damit **für die Pflegedienste abrechenbar** zu machen (§92 Abs. 7 Nr. 5 SGB V).



# Rechtsanspruch im Pflegeheim



## §27 SGB V

„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“



## §28 Abs. 5 SGB XI

„Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein“



# Versorgungsplanung in stationärer Pflege

- Es wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine **Versorgungsplanung** zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können. Dieses besondere Beratungsangebot wird von den Krankenkassen finanziert.
- Es geht darum, Pflegeheimbewohnern die Möglichkeit zu geben, sich **umfassend über bestehende Angebote zu informieren**, bevor sie z.B. eine Patientenverfügung verfassen und detailliert über ihre künftige persönliche medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung entscheiden.
- Gründlich überlegte und **aussagekräftige Vorausplanungen** in Klinik und Praxis auch zuverlässig Beachtung finden (§132g SGB V).



# Advance Care Planning in stationären Pflegeeinrichtungen



# Herausforderungen von vernetzter Palliativarbeit

- Wenig strukturell verankertes Schnittstellenmanagement
- Entscheidungen sind oft sehr anlassbezogen - wenig vorausschauend
- Es prallen unterschiedliche Versorgungslogiken aufeinander
- Konkurrenz zwischen Anbietern

# Netzwerkaufbau

Projektphase I	Projektphase II	Projektphase III	Projektphase IV
Bedarfsermittlung/ Diagnose der bestehenden Versorgung	Schaffung eines Runden Tisches der palliativen und hospizlichen Versorgung	Entwicklung eines Gesamtkonzeptes	Implementierungs- phase
Aus Sicht der Akteure aus Medizin, Pflege, psychosoziale Dienste, Seelsorge, Ehrenamt, Physiotherapie... Wissenschaft	Mitglieder: Leistungserbringer, Entscheidungsträger aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, Politik	Beratung durch Experten Recherche und Konzeptentwicklung Rückbindung der Ergebnisse in die Steuerungsgruppe/ Runder Tisch	Auftakt- veranstaltung Projekte umsetzen
Aus Sicht der stat. Versorgungs- Institutionen und ambulanten Sektor	Steuerungsgremium bilden	Gemeinsame Entscheidung treffen Feste Kooperations- form	Nachhaltigkeit sichern durch regelmäßige Kommunikation und Weiterentwicklung



# Bedingungen für Zusammenarbeit im Netzwerk

- transparente Ziele und Leitlinien für alle Beteiligten,
- Gemeinsame Zielformulierung,
- ein Verständnis von der eigenen Rolle, Funktion und Verantwortung bei allen an der Kooperation Beteiligten,
- jedes Kooperationsmitglied hat ein klares Verständnis über die Rolle, Funktion, Fähigkeiten und Verantwortung der anderen Kooperationspartner
- und die Rollen und Fähigkeiten werden gegenseitig akzeptiert und flexibel miteinander verbunden.

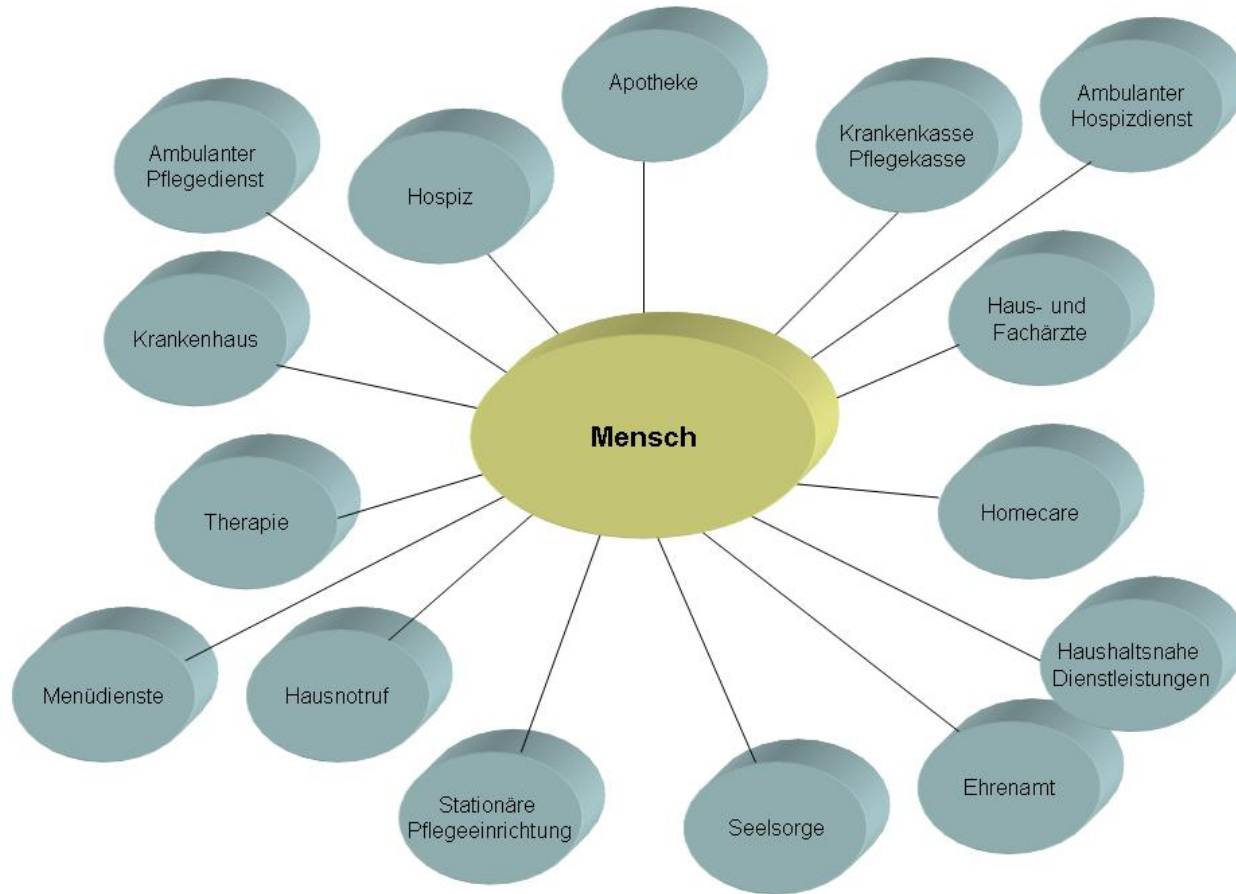


PIRATOPLAST®

Dr. Ausbüttel®



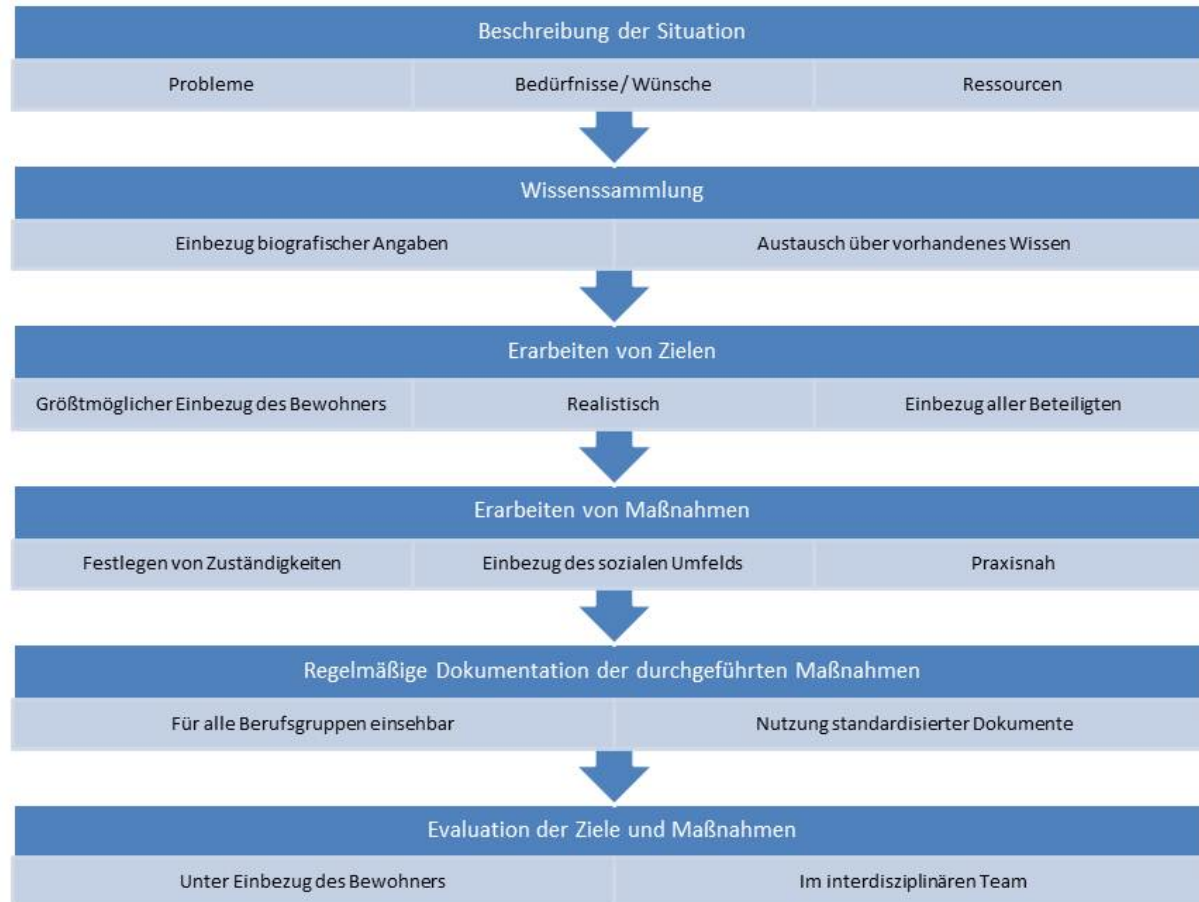
# Netzwerkpartner



PIRATOPLAST®

Dr. Ausböttel®

# Ablauf Fallbesprechung



Quelle: Sonntag; von Reibnitz (2017:186)



PIRATOPLAST

# Beispiel für ein Netzwerk Palliativnetzwerk Wuppertal

# Aufgaben des Palliativnetzwerks Wuppertal und seiner Mitglieder

- Palliativmedizinische Konsiliardienste für die behandelnden Haus- und Fachärzte
- Palliativmedizinische Versorgung des stationären Hospizes in Wuppertal
- Ambulante und stationäre Schmerz- und Palliativbehandlung
- Sicherung der Qualität in der Überleitung vom stationären zum ambulanten Bereich und umgekehrt
- Symptomkontrolle und -linderung, insbesondere Schmerztherapie
- Fachübergreifende multiprofessionelle Zusammenarbeit
- Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Pflegende, psychosoziale und spirituelle Begleitung von Patienten und Angehörigen
  
- Quelle: Sonntag; von Reibnitz (2017:188);



# Mitglieder und Netzwerkarbeit

- niedergelassene Ärzte,
- an Krankenhäuser angegliederte Palliativstationen,
- Schmerz-Ambulanzen,
- stationäre Hospize,
- ambulante Hospizdienste,
- ambulante Pflegedienste,
- Palliative-Care-Pflegedienste,
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen,
- Psychologen, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Therapeuten, Apotheken, Angebote zur Trauerbegleitung, Bildungsträger sowie ein Alltagshilfenetzwerk.
- Verträge mit Krankenkassen für die SAPV in der eigenen Häuslichkeit oder in der Pflegeeinrichtung
- Qualitätszirkel alle 8 Wochen;
- Regelmäßige Fallkonferenzen im interdisziplinären Team
- Kontaktstelle zur Koordination
- Gemeinsame Dokumente wie z.B. Überleitungsmappe
- Persönliche Notfallmappe etc..

<http://www.pn-wuppertal.de>



PIRATOPLAST

Dr. Ausbüttel®

## Fazit:

- Der Weg zu einer flächendeckenden Palliativversorgung ist langwierig und abhängig von der Einsicht und dem Willen der einzelnen Beteiligten,
- ihre Partikularinteressen zurückzustellen
- und gemeinsam für den Patienten in multidisziplinären Teams und Netzwerken zusammenzuarbeiten,
- dann jedoch für den Patienten einen erheblichen positiven Vorteil bringt.



PIRATOPLAST®

Dr. Ausböttel®