



KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

PALLIATIVVERSORGUNG

MÖGLICHKEITEN DER AMBULANTEN
VERSORGUNG, PRAXISBEISPIELE
UND RECHTLICHE HINWEISE

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ist eine hochsensible Aufgabe.

Wenn die kurativen Möglichkeiten weitestgehend ausgeschöpft sind und kaum mehr Aussicht auf Heilung besteht, rückt die palliative Versorgung in den Vordergrund: Schmerzen und seelisches Leid zu lindern, die Lebensqualität so weit wie möglich zu erhalten, ein Sterben in Würde zuzulassen.

Die meisten Menschen wünschen sich, in ihrem vertrauten Umfeld zu sterben, viele verbringen jedoch den letzten Lebensabschnitt im Krankenhaus. Dabei gibt es im ambulanten Bereich vielfältige Möglichkeiten der palliativen Versorgung – zu nennen ist hier insbesondere die allgemeine ambulante Palliativversorgung, kurz AAPV. Sie wurde in den vergangenen Jahren gefördert und ausgebaut, ist aber oftmals wenig bekannt.

In dieser Broschüre stellen wir Ihnen die ambulanten Möglichkeiten vor und was jeweils dazu gehört. Damit möchten wir Sie und Ihr Praxisteam bei der wohnortnahen Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen unterstützen.

Die Broschüre bietet grundlegende Informationen sowie Beispiele und Empfehlungen für die Praxis. Im Serviceteil finden Sie unter anderem Hinweise zur Patientenverfügung und zum PALMA-Formular sowie weiterführende Informationen. Im Fokus der Broschüre steht die Behandlung Erwachsener.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

Leid lindern, Lebensqualität erhalten	Seite 3
Auf einen Blick: Palliativversorgung	Seite 4
Möglichkeiten der ambulanten Palliativversorgung	Seite 6
Palliative Primärversorgung	Seite 7
Allgemeine ambulante Palliativversorgung – AAPV	Seite 8
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV	Seite 11
Fokus: Häusliche Krankenpflege als Teil der ambulanten Palliativversorgung	Seite 13
Palliativversorgung im Netzwerk	Seite 14
Interview: Dr. Markus Beier, Facharzt für Allgemeinmedizin	Seite 15
Aus der Praxis: Ute Hartenstein, Fachärztin für Innere Medizin	Seite 16
Fokus: Betäubungsmittel	Seite 18
Service	
Checklisten für die Praxis	Seite 20
Rechtliche Hinweise	Seite 22
Weiterführende Informationen	Seite 23

LEID LINDERN, LEBENSQUALITÄT ERHALTEN



„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

Dieses Zitat wird der englischen Ärztin Cicely Saunders (1918–2005) zugeschrieben, die als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativversorgung gilt.

Wenn die kurativen Möglichkeiten weitestgehend ausgeschöpft sind und kaum mehr Aussicht auf Heilung besteht, beginnt die palliative Versorgung.

Dann rücken andere Aspekte in den Vordergrund: Nicht die Heilung ist das oberste Prinzip der Behandlung, sondern das Wohlergehen eines Menschen und seine Lebensqualität.

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Palliativversorgung als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“.

Ziel ist es, bis zum Tod die Lebensqualität so weit wie möglich zu erhalten und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Wichtig sind dabei an erster Stelle die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, aber auch der Menschen, die ihnen besonders nahestehen.

WUNSCH ZU HAUSE ZU SEIN

Nachdem 1983 die bundesweit erste palliativmedizinische Station an der Uniklinik Köln eingerichtet wurde, gibt es mittlerweile hunderte Palliativstationen und stationäre Hospize in Deutschland. Die meisten Menschen wünschen sich jedoch, ihre letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen.

Für die wohnortnahe Versorgung können die niedergelassenen Ärzte und ihre Praxisteams wertvolle Unterstützung leisten – zum Beispiel in Form der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), die in den vergangenen Jahren ausgebaut wurde und seit 2017 auch finanziell gefördert wird.

STERBENDE „UMMANTELN“

Abgeleitet vom lateinischen „pallium“ will die Palliativversorgung Sterbende umhüllen und sie vor unerträglichem Leid schützen. Dieses „Ummanteln“ kann keiner allein leisten. Daher sollten Arztpraxen, Pflege- und Hospizdienste, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, Physiotherapeuten und andere Beteiligte Hand in Hand arbeiten.

Dabei muss stets gefragt werden, was Betroffenen guttun kann. Darüber hinaus unterstützt Palliativversorgung auch diejenigen, die Betroffenen nahe stehen: Familie, Freunde, Nachbarn. Hier geht es vor allem um die Verarbeitung psychischer und sozialer Probleme, die Unterstützung beim Umgang mit Trauer, Sterben und Tod.

In welchen Lebens- beziehungsweise Sterbephasen palliative Versorgung erfolgen kann, wer sie durchführt und welche Ziele damit verbunden sind, zeigt die Übersicht auf der folgenden Doppelseite.



WUNSCH UND WIRKLICHKEIT: STERBEORTE IN DEUTSCHLAND

58%

möchten zu Hause sterben

23%

sterben zu Hause

28%

möchten im Hospiz/Pflegeheim sterben

19%

sterben im Hospiz/Pflegeheim

4%

möchten im Krankenhaus sterben

58%

sterben im Krankenhaus

PHASEN, ZIELE UND AUFGABEN

Jeder Mensch hat eine einmalige Lebens-, Kranken- und auch Sterbensgeschichte. Die hier angegebenen Prognosezeiten für die einzelnen Phasen dienen deshalb nur der Orientierung.

1. REHABILITATIONSPHASE	2. PRÄTERMINALPHASE	3. TERMINALPHASE	4. STERBEPHASE
In dieser Monate bis Jahre dauernden ersten Phase nach der Diagnose sollen Betroffene zur Teilhabe am täglichen Leben befähigt werden.	Die Krankheit beeinträchtigt die Aktivität zunehmend und schränkt Betroffene immer mehr ein.	Die Vorstufe des Sterbens kann Tage bis Wochen dauern.	Die Phase beschreibt die letzten Tage des Lebens, in der S3-Leitlinie Palliativmedizin werden drei bis sieben Tage genannt. Die Fähigkeiten sind zunehmend eingeschränkt.
ZIELE / Lebensqualität verbessern und erhalten			
➤ Betroffene (wieder) aktiv am Leben teilnehmen lassen, sie durch eine gute Symptomkontrolle mobilisieren, damit sie alltägliche Dinge selbst tun können.	➤ Betroffene sollen die noch verbleibende Zeit positiv verbringen – trotz ihrer Ängste und Einschränkungen.	➤ Begleitung der Betroffenen und Angehörigen bei der Vorbereitung auf das Sterben.	➤ Sterbende begleiten und ihre Würde achten.
ÄRZTLICHE AUFGABEN			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ➤ Einbindung anderer Berufsgruppen, zum Beispiel Psychotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Umfassende Schmerz- und Symptomkontrolle, zum Beispiel Übelkeit ➤ Einbindung anderer Berufsgruppen, zum Beispiel Psychotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Umfassende Schmerz- und Symptomkontrolle, zum Beispiel Krämpfe, Wunden oder Atemprobleme ➤ Einbindung anderer Berufsgruppen, zum Beispiel Wundexperten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Linderung der Symptome, die mit dem Sterben einhergehen können, wie starke Schmerzen oder Atemnot ➤ Begleitung und Beratung nahestehender Menschen, die oftmals viele Symptome nicht kennen, zum Beispiel Atemaussetzer oder Nahrungsverweigerung ➤ Einbindung anderer Berufsgruppen, zum Beispiel Seelsorger

HINWEIS

Wie die kurative ist auch die palliative medizinische Behandlung eine wichtige ärztliche Aufgabe. Dabei wird unter Primärversorgung die gesundheitliche Grundversorgung und Beratung verstanden, in der auch über weitere Behandlungsschritte in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung befunden wird. Darüber hinaus geht die allgemeine ambulante Palliativversorgung, kurz AAPV, bei der Ärzte beispielsweise eine telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen ermöglichen. Für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV, benötigen Vertragsärzte die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Näheres dazu stellen wir auf den folgenden Seiten vor.



➤ Einteilung der Phasen nach:
Lehrbuch für Palliativmedizin
(3. Auflage 2012, Hrsg.: E. Aubert, F. Nauck, L. Radbruch, Schattauer Verlag)

➤ S3-Leitlinie Palliativmedizin:
www.awmf.org › Leitlinien
› aktuelle Leitlinien › Palliativmedizin

ORTE UND TEAMS

Eine palliative Versorgung ist überall dort möglich, wo kranke Menschen betreut werden. Viele wünschen sich, dass es das eigene Zuhause ist. Doch manchmal geht das nicht, weil Partner oder Kinder mit der Situation überlastet sind oder eine spezielle Behandlung erforderlich ist.

ZU HAUSE

Für den Weg in die Arztpraxis sind Schwerstkranke oftmals nicht mehr in der Lage. In solchen Fällen sind ärztliche Hausbesuche erforderlich, die mit Pflegediensten, Therapeuten und ambulanten Hospizdiensten abgestimmt werden.

Ambulante Hospizdienste unterstützen Schwerstkranke und Sterbende dabei, die noch verbliebene Zeit in der vertrauten Umgebung zu verbringen, und sind auch für deren Familie da. Meist handelt es sich um Teams aus Ehrenamtlichen. Sie beraten individuell und stehen in engem Kontakt mit Arztpraxis und Pflegedienst.

IM HEIM

Auch im Heim kann eine Palliativversorgung ermöglicht werden. Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten vereinfachen die Zusammenarbeit. Ende 2018 bestanden rund 22.000 Kooperationsverträge zwischen Arztpraxen und Pflegeheimen. Um den besonderen ärztlichen Aufwand zu vergüten, wurde 2016 das Kapitel 37 in den EBM aufgenommen. Es enthält mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Kooperation und Koordinierung der Heimbetreuung.

Pflegeheime können gesetzlich Krankenversicherten eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten (Grundlage: Paragraf 132g SGB V). Ärzte können die GOP 37400 als Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten abrechnen. Durch die frühzeitige Beratung schon bei Aufnahme ins Heim können wichtige Informationen gesammelt und festgeschrieben werden.

HOSPIZ ODER PALLIATIVSTATION

Sie kommen für Menschen infrage, die zu Hause oder im Heim nicht adäquat palliativ versorgt werden können. Stationäre Hospize sind eigenständige Einrichtungen zur ganzheitlichen Pflege und Versorgung von Palliativpatienten. Haupt- und Ehrenamtliche arbeiten eng mit erfahrenen Palliativmedizinern der ambulanten Versorgung zusammen. Auf einer spezialisierten Palliativstation im Krankenhaus versorgt ein multiprofessionelles Team schwerstkranke Menschen, die unter komplexen Symptomen leiden. Rund 15 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland haben eine Palliativstation.



Wie wichtig Hausärztinnen und Hausärzte angesehen werden, zeigt das Ergebnis einer Befragung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes:

AN WEN WÜRDEN SIE SICH WENDEN, WENN SIE EINEN HOSPIZ-PLATZ ODER EINE HOSPIZ-BEGLEITUNG FÜR ZU HAUSE SUCHEN WÜRDEN?

1. HAUSARZT	23 %
2. FAMILIE/FREUNDE	14 %
3. INTERNET	14 %
4. ÖRTLICHER HOSPIZVEREIN	10 %
5. KRANKENHAUS	8 %

Auswahl Top 5-Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Quelle: Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung 2017 „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“



➔ Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bietet einen Flyer zum Thema „Schwerstkranke Menschen und Angehörige im Mittelpunkt“: www.dgpalliativmedizin.de
› *Presse & Medien* › *Informationsmaterialien* › *Flyer*

MÖGLICHKEITEN DER AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG

SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – SAPV

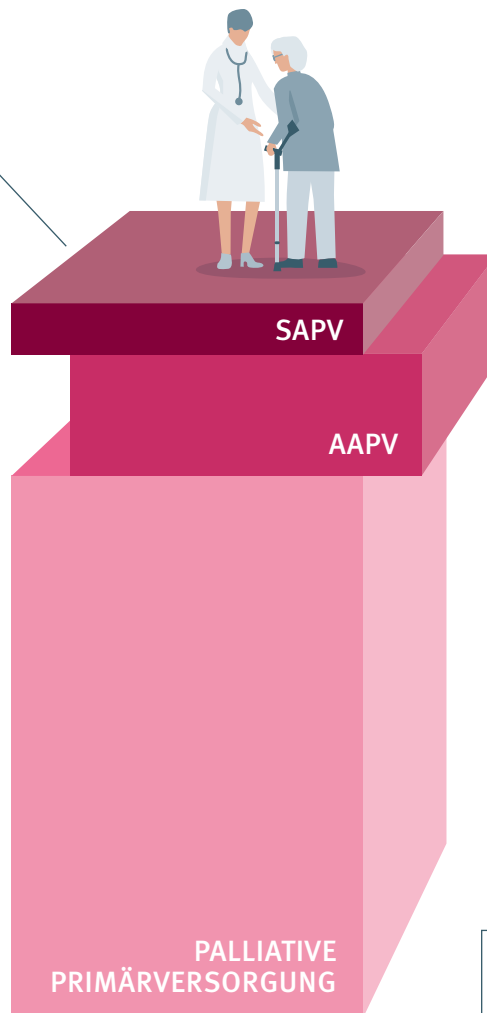
- ist eine multiprofessionelle Palliativversorgung durch ein spezialisiertes Team
- kann durch jeden Arzt verordnet werden
- zur Durchführung verfügen Vertragsärzte über eine Weiterbildung in Palliativmedizin und führen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Paragraphen 37b und 132d SGB V

Seite 11

PALLIATIVE PRIMÄRVERSORGUNG

- gehört ambulant und stationär genau wie die kurative Behandlung zu den ärztlichen Aufgaben
- Paragraph 27 SGB V

Seite 7



Palliativversorgung soll die Lebensqualität und Selbstbestimmung so weit wie möglich erhalten, fördern und verbessern sowie ein würdiges Leben zu Hause, im Heim oder Hospiz ermöglichen. In diesem Kapitel werden Möglichkeiten der ambulanten Palliativversorgung für Erwachsene vorgestellt. Für Kinder und Jugendliche gelten zum Teil eigene Regelungen.

ALLGEMEINE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – AAPV

- ist eine besonders qualifizierte und koordinierte Form der ambulanten Palliativversorgung
- für einige Leistungen ist grundsätzlich der Abschluss der 40 Stunden Kurs-Weiterbildung nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer notwendig
- Paragraph 87 SGB V und Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte „Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“

Seiten 8 bis 10

Hinweise zur Onkologie-Vereinbarung und zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Seite 12

Palliativmedizin ist mittlerweile ein verpflichtendes Lehr- und Prüfungsfach an medizinischen Fakultäten. Zudem bestehen mehrere Lehrstühle für Palliativmedizin in Deutschland. Sie ist auch Teil der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Sich in dem Gebiet zu spezialisieren, ist seit 2004 möglich. Eine solche Zusatzqualifikation ist keine Voraussetzung für die Primärversorgung, aber im Praxisalltag hilfreich.



PALLIATIVE PRIMÄRVERSORGUNG

So wie die kurative gehört die palliative Behandlung der gesetzlich Versicherten zu den primären vertragsärztlichen Aufgaben. Hierbei geht es um die gesundheitliche Grundversorgung und Beratung. Außerdem wird über weitere Behandlungsschritte befunden. In der Regel übernehmen Hausärzte diese Aufgabe. Sie kennen ihre Patienten oftmals schon über Jahre oder Jahrzehnte und sind wichtige Vertrauenspersonen.



WER HAT ANSPRUCH?

Alle gesetzlich Krankenversicherten

DAS GEHÖRT DAZU

Insbesondere ärztliche Primärbehandlung

Koordinationsleistungen

Verordnung von häuslicher Krankenpflege, medizinischer Rehabilitation, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln u. a.

ÄRZTLICHE QUALIFIKATION

Über die berufliche Grundqualifikation hinaus wünschenswert: Kenntnisse und Erfahrungen in der palliativen Versorgung, Engagement und Zeit

ZIELE

Krankheit erkennen, ihre Verschlimmerung verhüten, Krankheitsbeschwerden lindern

Sterbende begleiten

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG

Vertragsärzte, die an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligt sind, können über den EBM folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) zusätzlich abrechnen:

GOP 03370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan; 341 Punkte, 1 x im Krankheitsfall:

Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustands, Beratung und Aufklärung von Patient und/oder Betreuungsperson zur Ermittlung und gegebenenfalls Erfassung des Patientenwillens, Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens

GOP 03371 Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis; 159 Punkte, 1 x im Behandlungsfall:

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Dauer mindestens 15 Minuten, palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)

GOP 03372 Zuschlag zu GOP 01410 (Besuch) oder 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit; 124 Punkte je vollendete 15 Minuten, Tageshöchstwert 620 Punkte: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Dauer mindestens 15 Minuten, palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)

GOP 03373 Zuschlag zu GOP 01411, 01412 oder 01415 (Dringende Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit; 124 Punkte je Besuch: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)

Für die palliativmedizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen enthält der EBM-Abschnitt 4.2.5 analoge GOP.



➔ Den EBM mit allen Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter: www.kbv.de > Service > EBM > Online-Version des EBM

ALLGEMEINE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – AAPV

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung, kurz AAPV, schließt die Lücke zwischen Primärversorgung und spezialisierten Angeboten. Ihr Ausbau geht auf das Hospiz- und Palliativgesetz zurück, das eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung vorsieht. Damit soll die allgemeine Palliativversorgung, die vorrangig hausärztlich erfolgt, flächendeckend gefördert werden.



DAS GEHÖRT DAZU

Palliativmedizinische Ersterhebung, bei der anhand eines Assessments der individuelle palliative Bedarf ermittelt wird, z. B. für eine Schmerztherapie

Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung unter Leitung des Arztes, hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Therapeuten, Hospizen etc.

Hausbesuche sowie telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft auch außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie vorher deren zeitliche Abstimmung, ggf. längere Telefonate mit Pflegepersonal, ärztlichem Bereitschaftsdienst oder Angehörigen außerhalb der Sprechstunden

Patientenorientierte Fallbesprechungen mit wichtigen Beteiligten wie Fachärzten, Pflegediensten, Angehörigen, die an der Versorgung beteiligt sind

WER HAT ANSPRUCH?

Schwerstkranken und Sterbenden, deren Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist; kurative Behandlung der Grunderkrankungen ist nicht mehr indiziert oder von Patientenseite nicht mehr erwünscht; Voraussetzungen für die SAPV werden (noch) nicht erfüllt; die SAPV-Beratungsleistung kann allerdings parallel schon in Anspruch genommen werden

PALLIATIVVERSORGUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Sie unterscheidet sich von der bei Erwachsenen. Eine palliativmedizinische Versorgung kann bei Kindern und Jugendlichen auch dann erfolgen, wenn die Lebenserwartung nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann, zum Teil auch intermittierend und begleitend zur kurativen Versorgung über viele Jahre. Die palliative Primärversorgung übernehmen Kinder- und Jugendärzte gemeinsam mit ambulanten (Kinder-) Krankenpflegediensten. Besondere psychosoziale Unterstützung erhalten Familien bei ambulanten Kinderhospizdiensten sowie durch Aufenthalte in stationären Kinder- und Jugendhospizen. In Krisensituationen, in Phasen der Krankheitsprogression und am Lebensende kann die Primärversorgung durch das Angebot einer multiprofessionellen spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung sowie durch die Kinderpalliativstation und Kinderhospize ergänzt werden.



Um die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender ins öffentliche Licht zu rücken, haben verschiedene Organisationen, darunter die KBV, eine Charta entwickelt. Träger und Herausgeber sind die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e. V. und die Bundesärztekammer. Mehr als 2.000 Organisationen und Institutionen sowie über 25.000 Einzelpersonen setzen sich mit ihrer Unterschrift für die Charta ein.

DIE FÜNF LEITSÄTZE:

- 1 Gesellschaftspolitische Herausforderungen
– Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
- 2 Bedürfnisse der Betroffenen
– Anforderungen an die Versorgungsstrukturen
- 3 Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung
- 4 Entwicklungsperspektiven und Forschung
- 5 Die europäische und internationale Dimension

Mehr zur Charta:

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Wollen auch Sie die Charta unterstützen?

Informationen finden Sie hier:

www.koordinierung-hospiz-palliativ.de/service_charta-unterzeichnen.html

ÄRZTLICHE QUALIFIKATION

Über die berufliche Grundqualifikation hinaus wünschenswert: Kenntnisse und Erfahrungen in der palliativen Versorgung

Für die Abrechnung bestimmter Leistungen der AAPV ist eine besondere Qualifikation gefordert:

Praktische Erfahrungen

Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre (dieses Kriterium erfüllen ca. 2/3 der Hausärzte) oder

Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder in einem SAPV-Team

Theoretische Kenntnisse

40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer oder

Vertragsärzte, die die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum – Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach oder

Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach

Fortbildung

8 Fortbildungspunkte pro Jahr, vor allem zur Fallbesprechung sowie Qualitätszirkel

Mehr zu Qualitätszirkeln auf Seite 15

ZIELE

Ein Sterben in der selbst gewählten Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität ermöglichen

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG

Diese Leistungen dürfen alle Vertragsärzte abrechnen, die an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligt sind:

GOP 37305 Zuschlag zu GOP 01410 (Besuch) und 01413 (Mitbesuch) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit; 124 Punkte je vollendete 15 Minuten, Tageshöchstwert 744 Punkte: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Dauer mindestens 15 Minuten, palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)

GOP 37306 Zuschlag zu GOP 01411, 01412 oder 01415 (Dringende Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit; 124 Punkte je Besuch: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)

GOP 37320 Fallkonferenz; 86 Punkte, höchstens 5 x im Krankheitsfall: Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind (auch telefonisch und als Videofallkonferenz möglich)

Für diese Leistungen ist eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich:

GOP 37300 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan; 392 Punkte, 1 x im Krankheitsfall: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustands, Ersterhebung des individuellen palliativen Bedarfs im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments in mindes-



tens 5 Bereichen, Erstellung und/oder Aktualisierung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen Therapieplanes und/oder eines qualifizierten Schmerztherapieplanes und Notfallplanes (z. B. „PALMA“) in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten

GOP 37302 Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt; 275 Punkte, 1 x im Behandlungsfall: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, Koordination der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung durch Einbeziehen von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten

GOP 37317 Telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen als Zuschlag zur GOP 37302; 1.425 Punkte, 1 x im Krankheitsfall: Telefonische Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes für Patient, Angehörige, Pflegekräfte und/oder ärztlichen Bereitschaftsdienst und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Wochenenden, gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember in kritischen Phasen, die nicht durch qualifizierte Schmerztherapie, einen Therapie-, und/oder Notfallplan zu beheben sind; im Vorfeld Abstimmung der Erreichbarkeit zwischen Arzt und Patient bzw. Angehörigen; keine Vorgabe, über welchen zusammenhängenden Zeitraum bzw. über wie viele Tage im Krankheitsfall die Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft vorzuhalten ist, dies liegt im Ermessen des koordinierenden Arztes.

GOP 37318 Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer; 213 Punkte je Telefonat, höchstens 7 x im Behandlungsfall: Telefonischer Kontakt mit Pflegepersonal oder ärztlichem Bereitschaftsdienst oder Angehörigen des Patienten oder dem Krankenhaus

Diese GOP können nur Konsiliarärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (siehe SAPV) berechnen:

GOP 37314 Konsiliarische Erörterung; 106 Punkte, 1 x im Behandlungsfall



➤ Fakten zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung: www.kbv.de/html/30684.php

➤ Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung: www.kbv.de > Service > Verträge > Bundesmantelvertrag > Anlage 30 Palliativversorgung

SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – SAPV

Manche Menschen, die unheilbar krank sind, haben ein so komplexes Symptomgeschehen, dass sie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, kurz SAPV, bedürfen.

Die SAPV ist seit 2007 eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Damit soll Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, ein würdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung und bei ihren Angehörigen ermöglicht werden. Nur rund zehn Prozent der Palliativpatienten fallen schätzungsweise in diese Versorgungsgruppe.

MULTIPROFESSIONELLES TEAM

Für die spezialisierten palliativen Versorgungsangebote wird ein multiprofessionelles Team mit einem interdisziplinären Arbeitsansatz benötigt. Das palliative Kernteam sollte aus Pflegefachkräften und Ärzten mit einer spezialisierten Ausbildung für Palliativversorgung bestehen und durch Psychologen, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten ergänzt werden.

In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs nicht ausreicht.

VERORDNUNG AUF FORMULAR 63

Für die Verordnung der SAPV gibt es ein eigenes vertragsärztliches Formular (Formular 63).

WER HAT ANSPRUCH?

Schwerstkranke Menschen, deren Lebenserwartung begrenzt ist und die eine besonders aufwändige Versorgung von Fachleuten mit spezifischen Palliativkenntnissen und -erfahrungen benötigen

Voraussetzung ist, dass andere ambulante Versorgungsformen sowie ambulante Hospizleistungen nicht ausreichen oder nur unter besonderer Koordination möglich sind. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, z. B. durch eine ausgeprägte neurologische, respiratorische oder kardiale Symptomatik

DAS GEHÖRT DAZU

SAPV ist Teamarbeit, je nach Versorgungsbedarf erfolgt sie als:

Beratung, Anleitung oder Begleitung des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie weiterer Beteiligter, z. B. Angehöriger

Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen

Teilversorgung in additiv unterstützender Form

Vollversorgung

ÄRZTLICHE QUALIFIKATION

Anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer

Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in deren häuslicher 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

ZIELE

Lebensqualität sowie Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen erhalten, fördern und verbessern; ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung oder einer stationären Pflegeeinrichtung ermöglichen; vordergründig medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG

VERORDNUNG

Für die Verordnung der SAPV sind für alle Vertragsärzte zwei Abrechnungsziffern im EBM zu finden:

GOP 01425 Erstverordnung der SAPV; 253 Punkte

GOP 01426 Folgeverordnung zur Fortführung der SAPV; 152 Punkte, höchstens 2 x im Behandlungsfall

Für die Verordnung von SAPV sind keine spezifischen Voraussetzungen erforderlich.

SAPV-LEISTUNGEN

Die Vergütung der SAPV-Leistungen erfolgt regional unterschiedlich. Dazu schließen die gesetzlichen Krankenkassen Verträge mit SAPV-Teams vor Ort. Darin regeln sie Einzelheiten der Versorgung sowie zur Abrechnung und Vergütung. In naher Zukunft wird es dazu einen einheitlichen Rahmenvertrag geben (nach SGB V § 132d Abs. 1).

FILMTIPP

„PALLIATIVMEDIZIN: AUF DEM LETZTEN WEG GUT VERSORGT“

Dr. André Haas ist Hausarzt und Palliativmediziner in Thüringen und Teil eines SAPV-Teams. Das Filmteam von KV-on hat ihn begleitet:
www.youtube.de > Sucheingabe „Palliativmedizin: auf dem letzten Weg gut versorgt“

PALLIATIVVERSORGUNG NACH DER ONKOLOGIE-VEREINBARUNG



Zur Förderung der ambulanten Versorgung speziell krebserkrankter Menschen wurde 2009 mit der Onkologie-Vereinbarung ein bundesweiter Rahmen geschaffen – sowohl kurativ als auch palliativ. Partner sind auf Bundesebene die KBV und der GKV-Spitzenverband. In Sachsen und Thüringen gibt es regionale Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Weil sich nicht alle Krankenkassen beteiligen, steht diese Form der Versorgung nicht allen Krebspatienten offen.

Vertragsärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen wollen, benötigen dafür eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Beim Antrag müssen sie eine bestimmte Qualifikation nachweisen, entweder eine Weiterbildung Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie oder die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ oder eine Facharztbeziehungsweise Gebietsbezeichnung, die diese Inhalte erfüllt. Nachzuweisen sind zusätzlich die Betreuung einer bestimmten Mindest-Patientenzahl sowie regelmäßige Fortbildungen.

Für den besonderen ärztlichen Aufwand gibt es Kostenpauschalen, die regional unterschiedlich vergütet werden – für die Palliativversorgung ist es die Kostenpauschale 86518. Sie ist als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie beziehungsweise nach erfolgter Operation eines Patienten ohne Heilungschance einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Dabei sind folgende Leistungen verpflichtend:

Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (siehe Stichwort) zu Beginn der Behandlung

Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und zur psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen

In Sachsen und Thüringen bestehen eigene Vereinbarungen zur Onkologie. Auch dort wird die Palliativversorgung abgebildet.

ÄRZTLICHE AUFGABEN

Der onkologisch verantwortliche Vertragsarzt stellt die gesamte ambulante Diagnostik und Therapie der Tumorkrankheit wohnortnah sicher. Für die umfassende Planung der Therapie bildet er eine onkologische Kooperationsgemeinschaft mit den Fachbereichen: Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Palliativmedizin, Hämatonkologie sowie gegebenenfalls mit weiteren Fachbereichen / Schwerpunkten, wenn diese in Abhängigkeit der Tumorerkrankungen erforderlich sind.

Viele onkologische Schwerpunktpraxen arbeiten mit SAPV-Teams zusammen und können ihren Patienten somit auch diese Form der Palliativversorgung anbieten.

STICHWORT

PALLIATIVMEDIZINISCHES BASISASSESSMENT

Zum palliativen Basisassessment gehört die umfassende Ersteinschätzung mit Anamnese, Umfeldanalyse und Erfassung der komplexen individuellen Lebenssituation. Ziele sind eine qualifizierte palliative Erhebung und Behandlungsplanung. Eine Dokumentationshilfe bietet die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: www.dgpalliativmedizin.de › Service › Dokumentationshilfen › Palliativmedizinisches Basisassessment

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Krebserkrankte können auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Dieses interdisziplinäre Behandlungsangebot richtet sich an gesetzlich Versicherte, die an einer seltenen oder schweren Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf leiden. Vertrags- und Klinikärzte übernehmen hier die Versorgung gemeinsam. Die Vergütung erfolgt zu festen Preisen und extrabudgetär ohne Mengenbegrenzung. Mehr dazu stellt die KBV auf den ASV-Themenseiten und in einer Broschüre aus der Reihe PraxisWissen vor: www.kbv.de/asv



HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE ALS TEIL DER PALLIATIVVERSORGUNG

Bei der Symptomkontrolle sollen Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen möglichst schnell erkannt, erfasst und behandelt werden. Vertragsärzte können sie Palliativpatienten seit 2017 als Leistung der häuslichen Krankenpflege verordnen.

VERBESSERUNG DER SYMPTOMKONTROLLE IN DER HÄUSLICHKEIT

Bei der häuslichen Krankenpflege erfolgt die Symptomkontrolle in enger Abstimmung zwischen den Pflegekräften und dem verordnenden Arzt. Im Vordergrund steht die Symptomatik und Lebensqualität von Sterbenden in ihrer häuslichen Umgebung zu verbessern.

Eine Symptomkontrolle soll insbesondere bei Schmerzsymptomen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen und Obstipation sowie bei der Kontrolle und Behandlung von exulzierenden Wunden durchgeführt werden. Zudem gehört die Krisenintervention dazu, etwa bei Krampfanfällen, Blutungen oder akuten Angstzuständen.

IN JEDEM ALTER

Die Leistung ist für die Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen in jedem Alter verordnungsfähig. Versicherte müssen an einer nicht heilbaren und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass die Lebenserwartung Wochen oder Tage beträgt.

VERORDNUNG FÜR JEWEILS 14 TAGE

Erst- und Folgeverordnungen können für jeweils bis zu 14 Tage ausgestellt werden. Die Häufigkeit richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Das heißt, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Anzahl und Dauer der täglichen Pflegeeinsätze.

VERORDNUNGSFORMULAR

Ärzte geben auf dem Formular 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ die Leistungsziffer 24a für die palliative Symptomkontrolle an. Unabhängig davon sind alle notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen wie gewohnt auf der Verordnung anzugeben.

ABGRENZUNG ZUR SAPV

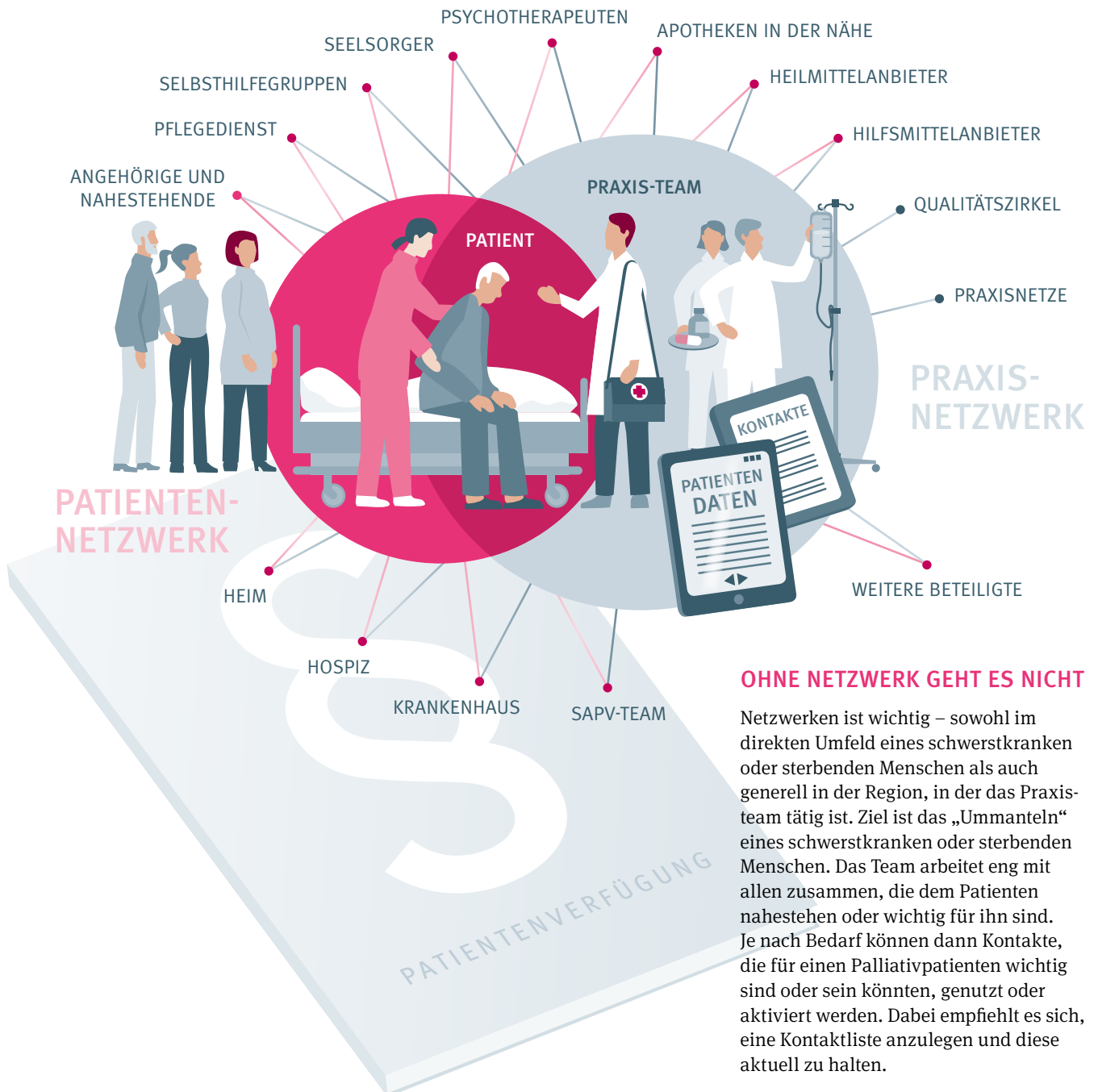
Die Leistung ist für Patienten gedacht, die einen palliativen Versorgungsbedarf haben, der keine Versorgung im Rahmen der SAPV erfordert. Daher ist eine Verordnung bei bereits bestehender SAPV-Versorgung (Teil- oder Vollversorgung) nicht möglich.



Mehr zur häuslichen Krankenpflege lesen Sie in der Broschüre „PraxisWissen Häusliche Krankenpflege – Hinweise zur Verordnung“, die Sie kostenfrei bei der KBV bestellen können, sowie auf der Themenseite im Internet: www.kbv.de > Service > Verordnungen > Häusliche Krankenpflege

PALLIATIVVERSORGUNG IM NETZWERK

Eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung erfordert die Vernetzung aller Beteiligten. Warum das so ist und was dazu gehört, stellen wir in diesem Kapitel vor.



OHNE NETZWERK GEHT ES NICHT

Netzwerken ist wichtig – sowohl im direkten Umfeld eines schwerstkranken oder sterbenden Menschen als auch generell in der Region, in der das Praxis-Team tätig ist. Ziel ist das „Ummanteln“ eines schwerstkranken oder sterbenden Menschen. Das Team arbeitet eng mit allen zusammen, die dem Patienten nahestehen oder wichtig für ihn sind. Je nach Bedarf können dann Kontakte, die für einen Palliativpatienten wichtig sind oder sein könnten, genutzt oder aktiviert werden. Dabei empfiehlt es sich, eine Kontaktliste anzulegen und diese aktuell zu halten.



INTERVIEW DR. MARKUS BEIER, FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Bei der ambulanten Palliativversorgung wird immer wieder betont, wie wichtig ein gut ausgebautes und stabiles Netzwerk ist – warum ist das so wichtig? Besonders in der Palliativversorgung muss jede Betreuung individuell erfolgen. Häufig ist es jedoch so, dass gerade am Lebensende plötzlich viele Fragen auftauchen, die den medizinischen, sozialen und auch spirituellen Bereich betreffen. Dann ist es hilfreich, wenn die Partner der Versorgung untereinander gut vernetzt sind und jeder die Angebote der anderen kennt. So ist eine Vermittlung von Hilfsangeboten auf kurzem, schnellem Weg möglich, ohne immer wieder aufs Neue Kommunikationswege aufbauen und Angebote zusammensuchen zu müssen.

Wie gelingt eine solche Zusammenarbeit im stressigen ärztlichen Praxisalltag? Es ist wichtig, dass wenige Partner den Kern der Versorgung bilden. Das Kernteam sollte idealerweise aus dem Hausarzt, der dem Palliativpatienten über längere Zeit vertraut ist, und den Mitarbeitern von lokalem Hospizverein und Pflegedienst bestehen. Zu viele Schnittstellen und ein zu zergliedertes System gefährden die Kontinuität in der Betreuung. Dann funktioniert die Abstimmung oftmals nicht mehr reibungslos. Außerdem muss klar sein, wer welche Aufgaben wann zu erfüllen hat. Klar sein muss auch, dass es einen Partner gibt, der die vornehmliche Koordination hat. Hier bietet sich die Hausarztpraxis als zentraler Ort der Versorgungssteuerung an.

Wie schafft es das ärztliche Team, einen vertrauensvollen Kontakt zu denjenigen aufzubauen, die einem sterbenden Menschen besonders nahestehen, und für die Dauer der Behandlung zu halten? Die Einbindung der Familie und der Nahestehenden ist zentral in der Palliativversorgung: Wichtig sind Ruhe und Beständigkeit sowie Sicherheit in der Versorgung des sterbenden Menschen. Diese kann nur erreicht werden, wenn das Umfeld des Menschen gut eingebunden und mitgenommen wird, um Irritationen und Unsicherheiten zu vermeiden. Der Hausarzt, der diesen sterbenden Menschen meist schon viele Jahre betreut hat und häufig auch die Familie und Nahestehende kennt, kann damit auf eine gute Vertrauensbasis aufbauen und eine gute Einbindung ermöglichen. Manchmal jedoch ist eine Vermittlung zwischen den Partnern der Versorgung oder verschiedenen Angehörigen intern hilfreich. Hierfür bieten sich Hospizkoordinatorinnen oder -koordinatoren an.

Welche Tipps können Sie ärztlichen Kollegen für den Aufbau eines Netzwerkes geben? Um ein Netzwerk aufzubauen, ist es wichtig, dass man auf gewachsene Strukturen in der

Dr. Markus Beier ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Erlangen und betreut seit vielen Jahren Palliativpatienten. Er ist außerdem Landesvorsitzender des Bayerischen Hausärztesverbandes, Ehrevorsitzender des Vereins Hausärzte Erlangen und Umgebung e.V. sowie Mitglied der Vertreterversammlung der KV Bayerns. Für das Projekt „Vernetzte Versorgungsstrukturen in der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)“ erhielt er den Bayerischen Gesundheitspreis 2018 in der Kategorie „Selbstbestimmt leben bis zum Schluss“.

Versorgungslandschaft zurückgreift. Die Schaffung künstlicher Strukturen ohne Hintergrund bildet keine stabile Basis. Niedergelassene Ärzte, die neu in der ambulanten Versorgung sind und noch nicht auf etablierte Strukturen zurückgreifen können, sollten vorhandene Beratungsangebote nutzen und zum Beispiel die Regionalstellen der Berufsverbände ansprechen. Außerdem ist es hilfreich, sich mit dem regionalen Hospizverein, dem SAPV-Team, falls vorhanden der Palliativstation oder einem stationären Hospiz in Verbindung zu setzen und sich mit Kollegen, die dort bereits Erfahrung haben, auszutauschen. Wichtig ist aber nicht nur der Aufbau eines Netzwerkes, sondern auch dessen Erhaltung. Entscheidend dafür ist eine gute Netzwerkarbeit. Hierfür ist ein regelmäßiger Austausch wichtig und es empfiehlt sich, regelmäßige Treffen zu initiieren. Hilfreich kann auch eine Netzwerkbrochure sein, in der die Strukturen und Angebote des Netzwerkes vorgestellt werden. Damit kann das Netzwerk auch auf sich aufmerksam machen.



QUALITÄTSZIRKEL NUTZEN

Vertragsärzte, die AAPV-Leistungen abrechnen, müssen pro Jahr acht Fortbildungspunkte sammeln. Hierzu zählt natürlich auch die Teilnahme an Qualitätszirkeln (QZ), einer etablierten Form des kollegialen Lernens. Welche Zirkel es vor Ort gibt, erfahren Ärzte und Psychotherapeuten bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

THEMEN-MODUL PALLIATIVVERSORGUNG

QZ-Moderatoren stehen zahlreiche Module zur Verfügung, auch eines zur ambulanten Palliativversorgung. Das Modul vermittelt Hintergrundwissen zu den Aufgaben und Strukturen. Es enthält zudem eine umfangreiche Fallbeispiel-Sammlung für die Diskussion sowie unterstützende Materialien wie Checklisten für den ersten Hausbesuch oder Krisenpläne bei akuter Atemnot oder Blutung. Begleitmaterial zu Rechten von Kindern und Hinweise zum Umgang mit Trauer und Verlust ergänzen das Modul. Das QZ-Modul zur ambulanten Palliativversorgung steht zum kostenfreien Download zur Verfügung:
www.kbv.de > Service für die Praxis > Qualität > Qualitätszirkel > QZ-Module > Palliativversorgung

Weitere Module, zum Beispiel zur Geriatrie oder Patientenfallkonferenz: www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php

**AUS DER PRAXIS:
UTE HARTENSTEIN,
FACHÄRZTIN FÜR
INNERE MEDIZIN**



„Palliativmedizin gelingt nur, wenn man eine positive Grundeinstellung hat – zum Leben wie zum Sterben“, sagt Ute Hartenstein. „So wie die Geburt gehört das Sterben zum Leben dazu, das darf man nicht ausblenden, auch wenn es schwerfällt“, betont die Fachärztin für Innere Medizin. Wichtig ist für sie auch die innere Haltung: „Das Wohl eines Menschen muss an erster Stelle stehen, ökonomische und sonstige Interessen haben da erstmal keinen Platz.“

EINE GEMEINDE IN SACHSEN

Nach der Geburt ihrer zweiten Tochter und jahrelanger Klinik­tätigkeit ließ sich Ute Hartenstein 2012 in Weinböhla nieder – einer Gemeinde mit rund 10.000 Einwohnern zwischen Dresden und Meißen. „Weil mir die Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen sowie generell hochbetagter und multimorbider Patienten schon immer am Herzen lag, habe ich mich zunehmend mit Palliativmedizin beschäftigt“, erzählt sie. 2014 absolvierte die Ärztin hierfür die Zusatzweiterbildung, 2015 legte sie die Prüfung ab. Sie kann damit sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung übernehmen.

GUT VERNETZT

Dabei ist sie vor Ort sehr gut vernetzt, insbesondere über den eingetragenen Verein ZIP Weinböhla, einer Initiative zum Ausbau der Palliativversorgung in dieser Region (siehe Info auf Seite 17).

„Wir wollen dafür sorgen, dass Menschen die letzten Wochen, Tage und Stunden in einer behüteten Umgebung mit respektvoller Fürsorge verbringen können“, sagt die Ärztin. Dabei werden auch die Angehörigen berücksichtigt und unterstützt.

ARBEITEN IM TEAM

Wenn Ute Hartenstein Palliativpatienten zu Hause oder in Heimen besucht, ist Anne Vetter-Zeidler fast immer an ihrer Seite. Die gelernte Krankenschwester ist spezialisiert im Bereich Palliativversorgung und hat ebenfalls viel Erfahrung mit hochbetagten sowie schwer kranken und sterbenden Menschen.

„In der palliativmedizinischen Versorgung kann ich jedem nur empfehlen, mit versierten Krankenschwestern oder Krankenpflegern zusammen zu arbeiten“, sagt die Ärztin. „Denn es geht ja nicht allein um evidenzbasierte Medizin, sondern um multiprofessionelle Betreuung“, betont sie. Und dabei sei es hilfreich, auch den Erfahrungsschatz anderer zu nutzen.

RESSOURCE ZEIT

Die Lebenserwartung in Deutschland ist hoch. Viele ihrer Patienten sind 80, 90 Jahre oder älter – und nicht unbedingt aufgrund einer Krankheit, sondern manchmal nur wegen des hohen Alters in der letzten Lebensphase. Besuche von „Frau Doktor“ und „Schwester Anne“ sind für die Patienten oft das Highlight des Tages.

Doch die Ressource Zeit ist knapp. Die Arztpraxis öffnet wochentags um acht, bis in den späten Nachmittag hinein ist die Ärztin auf den Beinen, danach braucht sie Zeit für sich und die Familie. Und für die Rufbereitschaft. Denn Palliativpatienten und deren Angehörige können sich in Notfällen auch nachts oder am Wochenende an sie wenden.

KOMMUNIKATION IST WICHTIG

Wie sagt sie Patienten, deren Lebensuhr abläuft, dass sie als Ärztin nicht mehr Zeit für sie hat? „Wir kommen doch wieder“, antwortet Ute Hartenstein und schaut zu Anne Vetter-Zeidler, die zustimmend nickt. Die beiden Frauen verstehen sich auch ohne Worte. Dass sie Patienten zu zweit besuchen, hat einige Vorteile: „Wir können vieles unterwegs absprechen oder telefonisch in die Wege leiten und uns vor Ort aufteilen: der eine misst Blutdruck, der andere nimmt die Daten auf.“

Dafür nutzen sie in der SAPV ein Tablet, über das sie auf die Patientenakte zugreifen. Auch betreuende Pflegekräfte können auf die Akte zugreifen, sodass jeder Beteiligte den aktuellen Stand hat und sich informieren kann oder Informationen für die anderen hinterlässt: Was war beim letzten Mal auffällig? Worauf weisen die Pflegekräfte die Ärztin hin? Was teilt die Ärztin den Pflegekräften mit?

GESPRÄCHE MIT PATIENTEN

Die Datenerfassung und der Informationsfluss sind das eine. Wichtig ist jedoch vor allem das persönliche Gespräch – und hier spielt wieder die Ressource Zeit eine Rolle: „Viele Palliativpatienten möchten sich am Lebensende noch einmal mitteilen“, erzählt Ute Hartenstein. Natürlich stehen Pflege- und Hospizkräfte, Seelsorger oder die Angehörigen bereit.

Aber manchmal möchte jemand direkt mit der Ärztin sprechen. So erzählte ihr eine hochbetagte Patientin, die nach einem erfüllten Leben zurück in die Region gezogen ist, den Lebens- und Sterbeweg ihres Mannes. „Sie wollte mir das unbedingt mitteilen und ich kam einfach nicht weg, weil das natürlich Zeit braucht“, sagt die Ärztin. „Aber in dem Fall war es auch ganz wichtig, dass die Frau mit mir sprechen konnte“, betont sie. Denn in dem Gespräch offenbarte sie auch, wie sie sich das eigene Lebensende vorstellte und was sie im Rückblick auf das Sterben ihres Mannes auf keinen Fall wollte.

LEBENSERHALTENDE MASSNAHMEN

Was wünscht sich die Ärztin für die Palliativversorgung in Deutschland? „Dass wir das Sterben und den Tod generell in unserer Gesellschaft nicht so verdrängen“, antwortet sie und fügt hinzu: „Es sollte zu einer Selbstverständlichkeit werden, mit Senioren über die gewollten und nicht gewollten lebenserhaltenden Maßnahmen am Lebensende zu sprechen und die Entscheidungen schriftlich festzuhalten und dort zu hinterlegen, wo Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige sie einsehen können.“ Diese vorausschauende Versorgungsplanung, im englischen advance care planning (ACP), gehe über das Erstellen von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hinaus.

Eine Maßnahme, die sie in den von ihr betreuten Pflegeheimen umsetzt, ist das Ausfüllen des PALMA-Formulars. In diesen „Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen“ (PALMA) wird mit ärztlicher Beratung individuell festgelegt, ob beispielsweise eine Herz-Lungen-Wiederbelebung durchgeführt werden soll oder nicht. Solche vorausschauenden Festlegungen hält Ute Hartenstein für extrem wichtig. „Sonst weiß am Ende keiner, was derjenige will, der im Sterben liegt, und es kommt zu Reanimationen, unnötigen Krankenhauseinweisungen und Therapien, die vom Palliativpatienten nicht mehr gewünscht werden.“



Ute Hartenstein im Gespräch mit ihrer Mitarbeiterin Anne Vetter-Zeidler, die sie bei Haus- und Heimbesuchen begleitet.

In ihrer Zeit als Klinik- und Notärztin habe sie solche Szenen immer wieder erlebt: Hochbetagte Menschen werden eingeliefert, nachdem Angehörige beispielsweise aufgrund einer aussetzenden Atmung den Rettungsdienst gerufen haben. „Dann wird beispielsweise ein 90-Jähriger, der sich auch gar nicht mehr wehren kann oder wehren will, künstlich beatmet oder gar notoperiert. Es gibt Sedativa, weil die starken Schmerzen sonst nicht auszuhalten sind, belastende Röntgen- oder CT-Aufnahmen, Medikamente mit starken Nebenwirkungen. Und wenn dieser 90-Jährige noch ein paar Tage auf der Intensivstation durchhält und dann stirbt, fragt man sich schon, ob das so sein muss.“ Angesichts des unentwegten medizinischen Fortschritts sollten ihr zufolge ethische Aspekte eine zunehmende Beachtung finden.



➔ Ute Hartenstein gehört der Arbeitsgruppe „Ambulante Palliativversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin an. Sie unterstützt den eingetragenen Verein „ZIP Weinböhl“, der die palliativen Versorgungsstrukturen in der Region ausbauen will. Kollegen, die den Verein ebenfalls unterstützen wollen oder eine ähnliche Initiative in ihrer Region planen, finden hier Informationen: <https://zip-weinboehla.de>

BETÄUBUNGSMITTEL

Bei Schwerstkranken und Sterbenden sind Symptome unter Umständen so stark, dass übliche Medikamente nicht ausreichen. Dann können Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, infrage kommen. Beispielhaft stellen wir zwei Medikamentengruppen vor.

OPIOIDE

Schmerzen gehören zu den besonders belastenden Symptomen bei Palliativpatienten. Reichen gängige Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Paracetamol nicht mehr aus, können Opioide die notwendige Wirkung haben. Opioide sind erprobte Schmerzmittel. Sie enthalten opiumartige Wirkstoffe, die natürlicherweise im Schlafmohn vorkommen. Am bekanntesten ist Morphin (früher: Morphinum).

Opioide hemmen gezielt die Schmerzübertragung, vor allem in Gehirn und Rückenmark. Sie unterdrücken plötzlich auftretende Schmerzen. Entgegen immer noch bestehender Mythen ist die Gefahr einer Abhängigkeit und auch einer Atemdepression bei einer an die Schmerzintensität und -dauer angepassten Dosierung und Anwendung eher gering.

Meist werden Opioide in einer Kombination aus medikamentösen, physiotherapeutischen und psychologischen Maßnahmen eingesetzt. Die Schmerztherapie sollte dem WHO-Stufenschema folgen (siehe Abbildung) und entsprechend aufgebaut werden. Welche Therapie geeignet ist, muss im Einzelfall entschieden werden.

TIPP

GESUNDHEITSINFORMATION FÜR PATIENTEN

Wie wirken Opioide? Wann werden Opioide eingesetzt? Wann wird von Opioiden abgeraten? Unter dem Titel „Dauerhaft starke Schmerzen – wann helfen Opioide?“ bietet die KBV eine Gesundheitsinformation für Patienten an. Praxen können sie kostenfrei abrufen und ausdrucken: www.kbv.de/html/12010.php

STUFE 3

WHO-STUFENSHEMA DER SCHMERZTHERAPIE:

STARKE OPIOIDANALGETIKA z. B. Morphin
Oxycodon
± Nicht-Opioidanalgetika Fentanyl
± Begleitmedikation Buprenorphin
± unterstützende Maßnahmen

STUFE 2

SCHWACHE OPIOIDANALGETIKA z. B. Dextropropoxyphen
Dihydrocodein
± Nicht-Opioidanalgetika Tramadol
± Begleitmedikation Tilidin (mit Naloxon)
± unterstützende Maßnahmen

STUFE 1

NICHT-OPIOIDANALGETIKA z. B. Acetylsalicylsäure
Diclofenac
± Begleitmedikation Ibuprofen
± unterstützende Maßnahmen Naproxen
Paracetamol



CANNABIS

Gesetzlich Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben seit März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Cannabis-Arzneimittel. Indikationen, bei denen sie zunehmend verordnet werden, sind chronische, insbesondere neuropathische Schmerzen, Spastiken im Rahmen der MS-Erkrankung, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen. Diese Symptome finden sich auch häufig bei Palliativpatienten, was eine Überlegung über den Einsatz von Cannabis-basierten Medikamenten – sofern Standardtherapien ausgeschöpft sind – als Alternative in manchen Palliativsituationen interessant macht.

Die Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln, also von getrockneten Cannabisblüten, von Cannabis-extrakten sowie von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon, ist nicht auf bestimmte Arztgruppen beschränkt, kann also sowohl von Haus- als auch Fachärzten vorgenommen werden.

Vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats müssen Versicherte die Genehmigung ihrer Krankenkasse einholen. Wird Cannabis in der SAPV verordnet, muss die Krankenkasse über den Antrag innerhalb von drei Tagen entscheiden. In allen anderen Fällen gilt die gewöhnliche Frist von drei Wochen (bei Erfordernis einer gutachterlichen Stellungnahme fünf Wochen). Die Krankenkasse darf den Antrag nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen.



➤ Die KBV informiert im Internet über die ärztliche Cannabis-Verordnung. Hier finden Praxen Informationen über die zugelassenen Arzneimittel, zum Ausfüllen des Rezeptes und zur Abrechnung: www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php

➤ Zudem hat die KBV einen „Wirkstoff Aktuell“ zur Cannabis-Verordnung erstellt und bietet in ihrem Fortbildungsportal seit November 2019 eine Fortbildung zu Cannabis an: www.kbv.de/html/wirkstoff_aktuell.php

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ausfüllhinweise bei Cannabisverordnungen

1. Verordnung von Cannabisblüten zur Teezubereitung (Beispiel)

- Die Angabe „Cannabisblüten“ ist aufgrund des unterschiedlichen Wirkstoffgehalts der einzelnen Varietäten nicht ausreichend. Es muss daher immer die Sorte mit angegeben werden.
- Bei der NRF-Vorschrift 22.14 „Cannabisblüten zur Teezubereitung“ sind die Cannabisblüten in der Apotheke zerkleinert zu werden.
- Verordnungsmenge (f): 15,0 g
- Der Patient erhält 1 x tgl. 0,5 g in 0,5 l Wasser 15 min abkochen
- Falls die Dosis nicht angegeben ist, lautet die Dosis 0,5 g D.
- Falls die Dosis nicht angegeben ist, lautet die Dosis 1 x tgl. 150 ml trinken

Sollen die Cannabisblüten in der Apotheke zerkleinert werden, lautet die Dosis:

Cannabisblüten 30 x 0,25 g
1 x tgl. eine Einzeldosis

Die Hinweise 1 bis 6 sind in der Apotheke anzugeben.

BETÄUBUNGSMITTEL-REZEPT

Ärzte dürfen Opiode und Cannabis nur auf dem amtlichen Betäubungsmittel-Rezept (BtM-Rezept) verschreiben. Dazu müssen sie sich an die Bundesopiumstelle wenden. Dort erhalten sie die BtM-Rezeptformulare.

Bundesopiumstelle

Sie ist täglich zwischen 9 und 12 Uhr telefonisch erreichbar und gibt Auskunft über BtM-Rezepte: Telefon 0228 99 307-4321

Zudem informiert sie online zur BtM-Verschreibung: www.bfarm.de > Bundesopiumstelle > Betäubungsmittel > BtM-Rezepte / Verschreibung



SERVICE

Im Serviceteil stellen wir zwei Checklisten vor, die für die Palliativversorgung hilfreich sein können, geben rechtliche Hinweise beispielsweise zur Vorsorgevollmacht und haben ausgewählte weiterführende Informationen zusammengestellt.

CHECKLISTEN FÜR DIE PRAXIS

Checklisten können hilfreich sein, weil sie ein geordnetes Vorgehen unterstützen. Darauf kann beispielsweise dokumentiert werden, dass Kontaktdaten erfasst wurden, ob eine Vorsorgevollmacht vorliegt und bei wem sich das Dokument befindet. So behält das Palliativteam den Überblick. Das QZ-Modul „Ambulante Palliativversorgung“ enthält zwei Checklisten: eine für den Erstkontakt und eine für die letzten Lebenstage. Nachfolgend ein Auszug.

ERSTKONTAKT

Erfassen der Daten

Aufnahme der Daten der beteiligten Fachdienste, zum Beispiel mitbehandelnde Ärzte, Pflegedienste
Aufnahme der Daten der betreuenden Angehörigen und wichtiger Bezugspersonen
Ist ein Pflegegrad vorhanden oder beantragt?
Werden Hilfsmittel benötigt?
Medizinische Anamnese, zum Beispiel Diagnosen, Symptome, Arztbrief
Aktuelle Therapien und Termine, zum Beispiel in radiologischer Praxis
Aktuelle Medikation / Medikationsplan
Pflegerische Anamnese, zum Beispiel besondere Problemlagen wie Bettlägerigkeit
Wurde eine Vorsorgevollmacht ausgestellt? Wer hat die Vollmacht? Rechtliche Betreuung?
Wurde eine Patientenverfügung verfasst? In welcher Form?
Hausnotruf notwendig?

Ganzkörperuntersuchung und Erhebung Erstbefund

Absprachen vor Ort

Angebote der Betreuung vorstellen
Symptomlinderung, Medikamentenplan
Rezepte ausstellen oder Medikamente direkt bestellen
ggf. Erklären der Rufbereitschaft / Hinterlegen der Mobilnummer
Schweigepflichtentbindung mündlich (Mit wem kann/soll ich telefonieren?)
weitere Schritte vereinbaren (Behandlungs- / Krisenplan, Kontaktaufnahme mit Pflegedienst und Angehörigen, ggf. Physiotherapie)

Nach dem Erstbesuch

Dokumentation: 1. körperlicher und psychischer Zustand 2. Wünsche und Erwartungen 3. familiäre Belastungssituation 4. Stand der Aufklärung 5. Medikamentenplan / Behandlungsplan / Krisenplan 6. Hilfsmittel 7. physikalische und andere Therapien 8. Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf
Besprechung im Team
Kontaktaufnahme mit Angehörigen / wichtigen Bezugspersonen und relevanten Fachdiensten

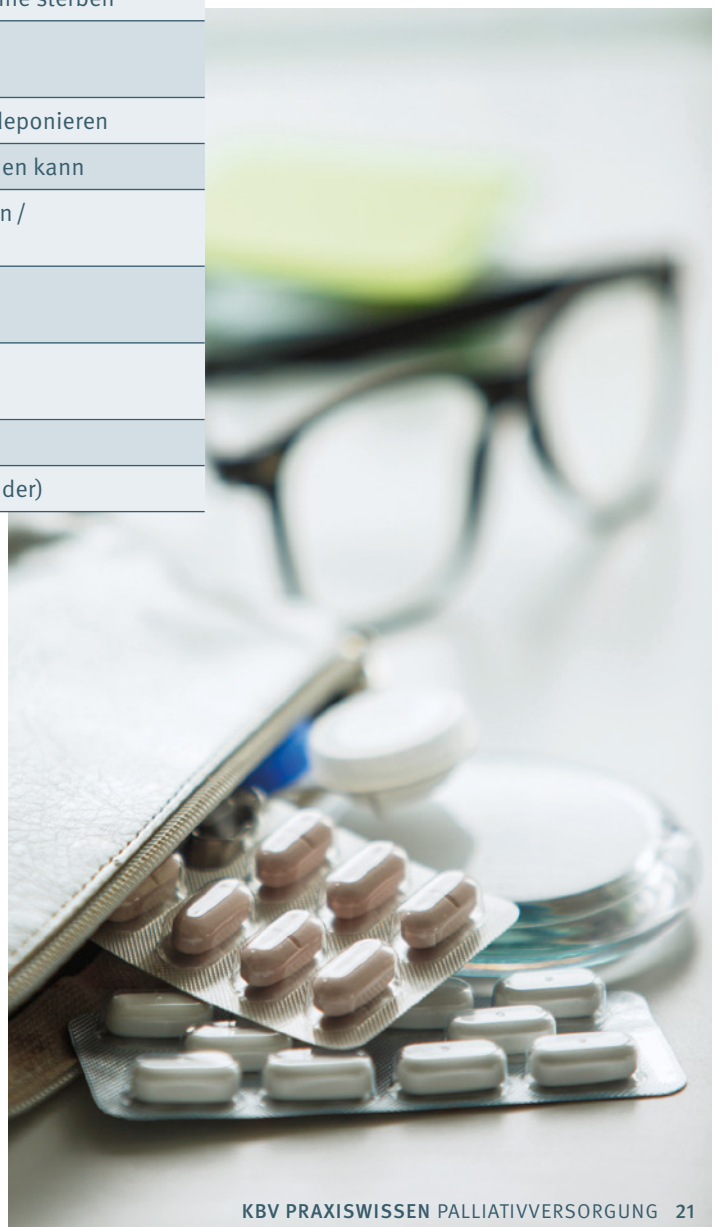
LETZTE TAGE

Versichern, dass Rufbereitschaftsnummer hinterlegt ist und ausdrücklich auf die Nutzung hinweisen
letzte Wünsche thematisieren, zum Beispiel Kontaktaufnahme mit bestimmten Menschen
Familienangehörigen beziehungsweise Nahestehenden körperliche und psychische Veränderungen erklären, zum Beispiel bei der Atmung (Rasselatmung), terminale Unruhe, Beratung zu Essen/Trinken am Lebensende, Angst
Medikamente für Krisen erklären und vor Ort hinterlegen
Informationen geben über pflegerische Möglichkeiten wie Mundpflege, Lagerung, Ausscheidung
Information darüber geben, dass manche Menschen lieber alleine sterben
Nachfragen, ob seelsorgerischer Beistand gewünscht wird (ggf. Seelsorger anrufen oder Informationen bereitstellen)
Patientenverfügung, Vollmacht und Dokumentation griffbereit deponieren
Klären, ob es jemanden gibt, der Tag- / Nachtwachen übernehmen kann
unbedingt nochmals Absprache mit allen beteiligten Medizern / Pflegedienst (auch ansprechen, wer den Totenschein ausstellt)
Informationen geben über sichere / unsichere Todesmerkmale (Atmung, Marmorierung usw.)
Klären, was zu tun ist, wenn der Tod eingetreten ist, zum Beispiel persönliche Rituale
Leichenschau erklären (ggf. ärztlicher Bereitschaftsdienst)
Möglichkeiten des Abschiednehmens ansprechen (auch für Kinder)



➤ Das komplette QZ-Modul mit Checklisten sowie Krisenplänen kann kostenfrei auf der KBV-Internetseite heruntergeladen und ausgedruckt werden:

www.kbv.de › *Service für die Praxis*
› *Qualität* › *Qualitätszirkel* › *QZ-Module*
› *Palliativversorgung*



RECHTLICHE HINWEISE

Auch wenn sich viele mit der rechtlichen Vorsorge schwertun, darf diese nicht ausgeblendet werden. In einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung können Versicherte unter anderem festlegen, wie sie ihren letzten Lebensabschnitt gestaltet wissen möchten. Ergänzend zur Patientenverfügung kann das sogenannte PALMA-Formular für Anweisungen bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen genutzt werden. Auch eine Betreuungsverfügung ist eine Form der rechtlichen Vorsorge.

VORSORGEVOLLMACHT

Mit einer Vorsorgevollmacht überträgt eine Person einer anderen die Wahrnehmung bestimmter Angelegenheiten für den Fall, dass sie selbst nicht mehr ansprechbar oder entscheidungsfähig ist. Dazu gehört unter anderem, rechtsverbindliche Erklärungen abzugeben. Deswegen sollte nur eine Person ausgewählt werden, zu der vollstes Vertrauen besteht. Die Vorsorgevollmacht gilt nur im Original. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

FORMULARE, MUSTER, VORDRUCKE

➤ Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz stellt Informationen zum Betreuungsrecht sowie Musterformulare und Textbausteine zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht online bereit: www.bmjv.de > Service > Formulare, Muster, Vordrucke

➤ Das PALMA-Formular und das entsprechende Merkblatt sind im QZ-Modul „Ambulante Palliativversorgung“ enthalten. Das QZ-Modul kann kostenfrei auf der KBV-Internetseite heruntergeladen und ausgedruckt werden: www.kbv.de > Service für die Praxis > Qualität > Qualitätszirkel > QZ-Module > Palliativversorgung

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Mit einer Betreuungsverfügung kann jemand im Voraus festlegen, wen das Gericht als rechtlichen Betreuer bestellen soll. Das Gericht ist an diese Wahl gebunden, wenn sie dem Wohl der zu betreuenden Person nicht zuwiderläuft. Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall infrage kommt. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird. Die Betreuungsverfügung kann auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden und würde dann zur Geltung kommen, wenn die Vorsorgevollmacht – aus welchen Gründen auch immer – nicht wirksam ist.

PATIENTENVERFÜGUNG

Mit der gesetzlich geregelten Patientenverfügung kann für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit vorab festgelegt werden, ob man in bestimmte medizinische Maßnahmen, die möglicherweise in Zukunft auf einen zukommen, einwilligt oder diese untersagt. Beispiele sind künstliche Ernährung oder maschinelle Beatmung. Die Patientenverfügung muss schriftlich erfolgen. Liegt eine Patientenverfügung vor, muss ärztlich geprüft werden, ob die Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, muss die Ärztin oder der Arzt die Patientenverfügung unmittelbar umsetzen.



PALMA: PATIENTENANWEISUNGEN FÜR LEBENSERHALTENDE MASSNAHMEN

Das PALMA-Formular wurde für die Notfallversorgung in einer palliativen Situation konzipiert. Es ist ein Beispiel für ein Formular zur Koordinierung der ärztlichen Notfallanordnung. Das Formular ermöglicht, konkrete Festlegungen zu treffen, zum Beispiel ob eine Herz-Lungen-Wiederbelebung durchgeführt werden soll oder nicht. Die Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen (PALMA) sollten mit ärztlicher Beratung ausgefüllt werden. Es gibt ein Merkblatt, das beim Ausfüllen hilft.

Wichtig: Das PALMA-Formular muss in einer Notfallsituation einfach auffindbar sein, um berücksichtigt zu werden. Eine Verwahrung bei den Ausweispapieren, in der Wohnung in der Nähe des Telefons und besonders in der Bewohnerakte einer Senioreneinrichtung ist sinnvoll. Der Bevollmächtigte sollte ebenfalls über ein Exemplar verfügen. Bei einer Krankenhauseinweisung sollten das PALMA-Formular und die ausführliche Patientenverfügung stets mitgeführt und auch besprochen werden.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN AUSWAHL

ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE

➤ Bei der Arzt- und Psychotherapeuten-suche hilft die 116117 weiter. Unter dieser bundesweiten Nummer ist auch der Bereitschaftsdienst erreichbar: www.116117.de

➤ Palliativmediziner in der Nähe sind über folgendes Online-Portal zu finden: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de
➤ *Angebote für Erwachsene*
➤ *Palliativmedizinerinnen*

LETZTE-HILFE-KURSE

➤ Der Abschied vom Leben ist der schwerste, den die Lebensreise für Menschen bereithält. Erfahrene Hospiz- und Palliativkräfte bieten Letzte-Hilfe-Kurse an. Die Kurse können kompakt an einem Nachmittag oder Abend absolviert werden. Die vier Unterrichtsstunden stehen jeweils für eines der vier Module:
1. Sterben ist ein Teil des Lebens
2. Vorsorgen und Entscheiden
3. Leiden lindern
4. Abschied nehmen vom Leben
www.letztehilfe.info

LEITLINIEN

➤ Die erweiterte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ bietet eine Entscheidungshilfe für die Praxis. Sie formuliert systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen auf Basis der bestmöglichen Evidenz und klinischer Erfahrung durch eine große Anzahl von Experten, die auch bei Fragen zur Palliativversorgung von Menschen ohne Krebserkrankung hilfreich sein können: www.awmf.org ➤ *Leitlinien*
➤ *aktuelle Leitlinien* ➤ *Palliativmedizin*

ÄRZTLICHE DOKUMENTATIONSHILFEN

➤ **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:** Dokumentationshilfen für den Fall des Überlassens von Betäubungsmitteln und für ein palliativmedizinisches Basisassessment (PBA): www.dgpalliativmedizin.de
➤ *Service* ➤ *Dokumentationshilfen*

HINWEISE FÜR ÄRZTE ZUR BEHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

➤ Die Broschüre „Palliativ- und Hospizversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Westfalen-Lippe“ der Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA) bietet Informationen bezogen auf das bevölkerungsstärkste Bundesland NRW: <https://alpha-nrw.de>
➤ *Veröffentlichungen* ➤ *Broschüren*
➤ *Kinder und Jugendliche*

PUBLIKATIONEN FÜR PRAXISTEAMS

Für die eigene Arbeit und zur Vorbereitung auf die Palliativversorgung stehen zahlreiche Broschüren zur Verfügung:

➤ **Deutscher Hospiz- und Palliativverband:** „Abschied nehmende Kinder“, „Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen“, „Spiritualität in der Hospizarbeit“: www.dhpv.de ➤ *Service* ➤ *Broschüren*

➤ **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:** „Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung am Lebensende“, „Zum Umgang mit Off-Label-Use in der Palliativmedizin“, „Zum Umgang mit Betäubungsmitteln in der ambulanten Palliativversorgung. Fragen und Antworten rund um die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)“, „Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland“: www.dgpalliativmedizin.de ➤ *Presse & Medien* ➤ *Informationsmaterial* ➤ *Broschüren*

PUBLIKATIONEN FÜR BETROFFENE

➤ **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:** Online-Portal „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ mit Adressen zu über 3.000 bundesweiten Angeboten und Einrichtungen der Palliativversorgung (auf Türkisch, Englisch, Arabisch, Französisch, Rumänisch, Polnisch, Vietnamesisch und Russisch): www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

➤ **Deutsche Palliativstiftung:** Vorsorge-mappe „Für sich vorsorgen“ mit Informationen zu Entscheidungen im Zusammenhang mit der individuellen Gestaltung des Lebensendes und Dokumenten, die kostenfrei bereitstehen: Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Meine Wertvorstellungen / Vertreterverfügung / Untervollmacht / Organspendeausweis / Informationen zum Vererben und Stiften: www.palliativstiftung.de
➤ *Publikationen* ➤ *Vorsorgemappe*

➤ **Institut beta gemeinnützige GmbH:** Der Ratgeber „Palliativversorgung“ bietet Hilfen für Betroffene und Angehörige. Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ enthält Informationen zu Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sowie Vordrucke: www.betanet.de ➤ *Ratgeber* ➤ *Palliativversorgung*

➤ **KBV:** „Medizin am Lebensende“ mit Informationen, was am Lebensende möglich ist und wie für diese Zeit vorgesorgt werden kann: www.kbv.de/html/28133.php

➤ **Stiftung Deutsche Krebshilfe:** Die Reihe „Die blauen Ratgeber“ richtet sich an Krebsbetroffene, Angehörige und Interessierte als Orientierungshilfe und zeigt, dass Betroffene und Nahestehende in dieser schweren Zeit nicht allein sind: www.krebshilfe.de ➤ *Informieren* ➤ *Über Krebs* ➤ *Palliativmedizin* ➤ *Die blauen Ratgeber „Palliativmedizin“*

.....
Rechtlicher Hinweis: Aus Platzgründen kann nur ein Ausschnitt des breiten Spektrums abgebildet werden, die KBV erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Abteilung Flexible Versorgungsformen;
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Gestaltung: www.malzwei.de

Druck: www.motivoffset.de

Fotos: © Adobe Stock: Africa Studio, Gordodenkoff;

© iStock: doble-d, Esther Kelleter, FatCamera, fotostorm,

Katarzyna Bialasiewicz, PeopleImages, PredragImages,

SDI Productions, suemack, sturti, Wavebreakmedia;

© Susanne Grosse

Stand: Mai 2020

Lesehinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist
nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet.
Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.