

**Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten  
palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW  
- kooperatives integratives Versorgungskonzept -**

## Inhaltsverzeichnis

### **Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW**

<b>1</b>	<b>Präambel</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung und Ausgangssituation</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Ziel</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>7</b>
<b>3.2</b>	<b>Eckpunkte des Rahmenprogramms</b>	<b>8</b>
<b>3.3</b>	<b>Partner des Rahmenprogramms</b>	<b>9</b>
<b>3.4</b>	<b>Akteure des Rahmenprogramms</b>	<b>9</b>
<b>3.5</b>	<b>Sonstige Beteiligte</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>Schätzung des Bedarfs für eine flächendeckende Umsetzung einer integrierten Palliativmedizinischen Versorgung in NRW</b>	<b>9</b>
<b>4.1</b>	<b>Palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung</b>	<b>10</b>
<b>4.2</b>	<b>Bedeutung der unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Versorgungsmodelle</b>	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b>Aufgaben und Anforderungen an die Haus- und Fachärzte als behandelnde Ärzte</b>	<b>12</b>
<b>5.2</b>	<b>Aufgaben und Anforderungen des Ambulanten Palliativpflegerischen Dienstes (APD)</b>	<b>13</b>
<b>5.3</b>	<b>Aufgaben und Anforderungen der Qualifizierten Palliativärztin/des Qualifizierten Palliativarztes (QPA)</b>	<b>15</b>
<b>5.4</b>	<b>Drei Fallgestaltungen mit unterschiedlichem Unterstützungsbedarf</b>	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b>Netzwerk der Palliativ- und Hospizversorgung</b>	<b>18</b>
<b>6.1</b>	<b>Weitere Partner</b>	<b>18</b>
<b>6.2</b>	<b>Anforderungen an das Netzwerk</b>	<b>19</b>
<b>6.3</b>	<b>Aufgaben und Anforderungen an die Koordination</b>	<b>20</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>20</b>

Die folgenden Partner im Gesundheitswesen NRW verständigen sich auf das nachfolgende

**Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW**

**- kooperatives integratives Versorgungskonzept -**,

das als Grundlage für den Abschluss örtlicher Vereinbarungen dienen soll:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO, Düsseldorf)

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Münster

Ärztelammer Nordrhein (ÄKNO), Düsseldorf

Ärztelammer Westfalen-Lippe (ÄKWL), Münster

Krankenhausgesellschaft NW, Düsseldorf

AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse - (AOK-Rh), Düsseldorf

AOK Westfalen-Lippe (AOK WL), Dortmund

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen (BKK LV NW), Essen

IKK Nordrhein (IKK NO), Bergisch Gladbach

IKK Westfalen-Lippe (IKK WL), Münster

Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen (LKK NRW),

- Regionaldirektion Düsseldorf -, Düsseldorf

Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen (LKK NRW),

- Geschäftsstelle Münster -, Münster

- zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel -

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) Arbeiter

Ersatzkassenverband e. V. (AEV), Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,  
Düsseldorf

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) Arbeiter

Ersatzkassenverband e. V. (AEV), Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe,  
Dortmund

Bundesknappschaft (BKN), Bochum

LAG-Hospiz NRW e. V., Ahlen

**Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten  
palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW  
- kooperatives integratives Versorgungskonzept -**

**1. Präambel**

Aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im gegliederten Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist es insbesondere für die Versorgung Sterbender zwingend erforderlich, dass alle Beteiligten eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenarbeiten. In der schwierigsten Zeit des Lebens eines Menschen müssen die Versorgungsgrenzen überwunden, Kompetenzen gebündelt und Kooperationen zwischen beteiligten Berufsgruppen erzielt werden.

Die beteiligten Institutionen/Berufsgruppen sind in erster Linie die Hausärzte, zusammen mit spezialisierten Palliativpflege- und Grundpflegediensten, die von palliativmedizinisch erfahrenen und weitergebildeten Ärzten und Ärztinnen im stationären und niedergelassenen Bereich, von Hospizdiensten im stationären und ambulanten Bereich unterstützt werden. Einzubeziehen sind ferner spezialisierte Apotheken.

Mit dem vorgelegten Konzept einer kooperativen integrierten Palliativversorgung sind entsprechende Eckpunkte und Standards für eine moderne „Palliativversorgung rund um die Uhr“ entwickelt worden, das entsprechende integrierte Versorgungsabläufe beschreibt und die genannten Institutionen in örtliche Netzwerke zusammenführt.

Mit diesem Rahmenprogramm soll die Grundlage für eine kooperative und integrative palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung für den ambulanten Bereich im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung in NRW im Konsens zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern geschaffen werden. Das Konzept dient zur Ausgestaltung örtlicher Vereinbarungen der Beteiligten im Palliativbereich.

Ziel ist eine qualifizierte ambulante Palliativversorgung, um Schwerstkranken die letzte Phase des Lebens möglichst in häuslicher Umgebung zu ermöglichen auf der

Basis eines sektorenübergreifenden, die stationäre Versorgung einbindenden ganzheitlichen Ansatzes.

Die Partner des Rahmenprogramms (s. Seite 9) stimmen dem Rahmenprogramm zu und unterstützen den Abschluss örtlicher Vereinbarungen.

## **2. Einleitung und Ausgangssituation**

Hospizbewegung und Palliativmedizin haben sich in den letzten Jahren weltweit dynamisch entwickelt. Dies betrifft vor allem die Zunahme an ambulanten und stationären palliativmedizinischen Angeboten, die zu einer Verbesserung der Betreuung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen geführt hat.

Es ist eine Vielzahl von unterschiedlichen palliativmedizinischen und hospizlichen Organisations- und Umsetzungsformen entstanden: im ambulanten Bereich, ambulante Hospizgruppe bzw. Hospizinitiative (AH), ambulanter Hospizdienst (AHD), ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPB), Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP), Ambulanter Palliativdienst (APD), Brückenschwestern, Brückenpflege, Brückenarzt, Palliativmedizinisch erfahrener Pflegedienst<sup>1</sup>, Palliative-Care-Team (PCT), Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD), und im stationären Bereich: Stationäres Hospiz, Palliativstation und Tageshospiz mit unterschiedlichen Leistungsangeboten.

Eine flächendeckende hospizliche und palliativmedizinische, den ambulanten und stationären Bereich übergreifende Versorgung ist aber bei weitem noch nicht erreicht. Nicht zuletzt wird die demographische Entwicklung in Deutschland, wie auch in anderen westlichen Ländern in Zukunft noch zu einem weiteren überproportionalen Anstieg des Anteils der Menschen führen, die älter als 65 Jahre alt sein werden.<sup>2</sup> Diese Veränderung der Altersstruktur ist mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Tumorerkrankungen verbunden. Das führt bereits aktuell aber auch mittel- und langfristig zu einem weiter zunehmenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Behandlung, Betreuung und Begleitung sowie menschlicher Fürsorge am Lebensende.

---

<sup>1</sup> die Bezeichnung wurde durch die Erweiterung des §39a des SGB V im Jahr 2002 eingeführt und durch die DGP definiert (vgl. AG Definitionen 2003).

<sup>2</sup> Vgl. United Nations Population Division 2002.

Defizite liegen derzeit in einem noch **zu wenig an den spezifischen Bedürfnissen Schwerstkranker ausgerichteten ambulanten Angebot**, der **fehlenden Vernetzung** ambulanter und stationärer palliativmedizinischer Einrichtungen und Dienste sowie in einer **noch unzureichenden Regelung der Finanzierung** zu erbringender Leistungen. Für eine optimale, den Bedürfnissen der Patienten entsprechende palliative Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen kommt es in besonderer Weise auf die Organisation integrativer Versorgungsabläufe und die Vernetzung ambulanter und stationärer Einrichtungen sowie auf ein abgestimmtes Zusammenwirken ärztlicher, pflegerischer, psychosozialer und seelsorgerischer Betreuung, Behandlung und Begleitung an.

In den bisherigen Modellprojekten in Deutschland<sup>3</sup> konnte gezeigt werden, dass durch eine höhere Qualifikation und Vernetzung im ärztlichen sowie im pflegerischen Bereich schwerkranke und sterbende Patienten länger in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben. Bis zu 70 % dieser Patienten kann dadurch ein Sterben zu Hause ermöglicht werden.

### **3. Ziel**

Oberstes Ziel ist es, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, wann immer dies möglich ist und gewünscht wird. Hierzu ist es erforderlich, eine angemessene und flächendeckende, insbesondere auch qualitätsgesicherte ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen mit entsprechender palliativmedizinischer Infrastruktur möglichst ohne regionale Versorgungslücken zu entwickeln. Dies beinhaltet auch eine Verständigung der Verantwortlichen darüber, dass regionale Parallelvorhaltung und Überkapazitäten vermieden werden.

Voraussetzung hierfür ist neben der Entwicklung und Stärkung ambulanter palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Dienste eine **Strukturierung der Versorgungsabläufe** im Sinne der Integration sowie darüber hinaus die **Bildung von multidisziplinären Netzwerken**. Dadurch wird die Qualität und Effizienz erhöht und nicht zuletzt auch mehr **Transparenz** für die an der Versorgung schwerkranker Home Care Berlin, Support Göttingen, Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern, Tübinger Projekt, PKD NRW, Ambulante Palliativpflegerische Versorgung (APD) des Landes NRW und sterbender Patienten beteiligten

---

<sup>3</sup> Home Care Berlin, Support Göttingen, Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern, Tübinger Projekt, PKD NRW, Ambulante Palliativpflegerische Versorgung (APD) des Landes NRW

Berufsgruppen sowie für Patienten und Patientinnen und deren Angehörige erreicht. Ziel ist damit auch, komplexe palliativmedizinische und palliativpflegerische Probleme im häuslichen Umfeld zu lösen. Krankenhausaufenthalte können bei einem qualifizierten und klar strukturierten Unterstützungsangebot oftmals vermieden werden.

### **3.1 Zielgruppe**

Es sind Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und mit begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einher gehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden, sowie deren Angehörige<sup>4</sup>.

Palliativpatienten benötigen für den Erhalt oder die Wiederherstellung ihrer Lebensqualität die bestmögliche Linderung körperlicher Symptome, die Respektierung ihrer Integrität und Würde, psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod. Auch die Familie von Palliativpatienten benötigt Hilfe (z.B. Pflegeanleitung und psychosoziale Unterstützung, Trauerbegleitung vor, während und nach dem Versterben).

Es handelt sich hierbei um Patientinnen und Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden,

- die so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist,
- bei denen eine ambulante palliative Versorgung möglich und von ihnen erwünscht ist und
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Die Notwendigkeit einer ambulanten palliativen Versorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern ergeben:

- fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,

---

<sup>4</sup> Der Begriff der Angehörigen soll – gerade vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Zunahme der sog. „Single-Haushalte“ – weiter gefasst werden als „Familienangehörige“ und die dem Patienten nahe stehenden Personen, die in seine Betreuung und Begleitung involviert sind, umfassen.

- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Kurative Behandlungen sind bei Palliativpatienten ausgeschöpft und nicht mehr angezeigt.

### **3.2 Eckpunkte des Rahmenprogramms**

- Vorrang der ambulanten Versorgung
- Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen vor Ort
- Vermeidung von Parallelvorhaltungen und Überkapazitäten
- Hausarztbasierte Konzeption (bzw. behandelnder niedergelassener Arzt)
- Hinzuziehung palliativärztlicher Expertise (aus dem Krankenhaus oder aus dem niedergelassenen Bereich)
- Einbeziehung palliativ-pflegerischer Dienste
- Einbeziehung der ambulanten Hospizdienste  
(gem. § 39 a Abs. 2 SGB V)
- Formulierung konkreter Anforderungen an die Qualifizierung aller Berufsgruppen und an die Qualitätssicherung
- Dauerhafte Sicherstellung der Qualität
- Ständige Erreichbarkeit
- Netzwerkbildung vor Ort mit Transparenz der regionalen Strukturen (unter Einbeziehung u. a. der Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzten, Hospizeinrichtungen, Pflegedienste und Heime)
- Evaluation des Konzeptes

### **3.3 Partner des Rahmenprogramms**

- Kassenärztliche Vereinigungen
- Krankenhausgesellschaft
- Verbände der Krankenkassen/Pflegekassen
- Ärztekammern
- Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz

### **3.4 Akteure des Rahmenprogramms**

- Haus- und Fachärzte als behandelnde Ärzte
- Qualifizierte/r Palliativärztinnen/ärzte (QPA)
- Ambulanter palliativpflegerischer Dienst (APD)
- Ambulante Hospizdienste (gem. § 39 a Abs. 2 SGB V)

### **3.5 Sonstige Beteiligte**

- Ambulante Krankenpflegedienste
- Palliativstationen
- Krankenhäuser
- Stationäre Hospize
- Altenpflegeeinrichtungen
- Spezialisierte Apotheken
- Ärztliche Notdienste
- Notärzte

## **4. Schätzung des Bedarfs für eine flächendeckende Umsetzung einer integrierten palliativmedizinischen Versorgung in NRW**

Bei einer solchen Schätzung ist von den bestehenden Versorgungsstrukturen auszugehen. Die bestehenden Versorgungsstrukturen konzentrieren sich in erster Linie auf die **hausärztliche Versorgung, die konventionellen Pflegedienste und die ambulanten Hospizdienste. Diese bilden die Grundlage für den Aufbau**

## **einer integrierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung.**

Als Kristallisationspunkte dieser Aufbauleistung sind die bestehenden Standorte der palliativpflegerischen Modellprojekte anzusehen, von denen aus die Entwicklung der flächendeckenden Palliativpflege ausgehen wird.

Weitere Ausgangspunkte sind die bereits palliativärztlich fortgebildeten und weitergebildeten Fach- bzw. Hausärzte, die stationären Hospize und die Palliativstationen an den Krankenhäusern. Diese genannten bestehenden Einrichtungen bilden die Ausgangslage für die flächendeckende Umsetzung einer palliativmedizinischen und einer palliativpflegerischen Versorgung in enger gegenseitiger Kooperation.

### **4.1 Palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung**

Die folgende Bedarfsschätzung geht von der derzeitigen Erkenntnislage aus. Es handelt sich um Schätzwerte, die sich im Rahmen der Umsetzung ändern können. Es wird angenommen, dass ca. 20 % der Patienten, die sich in der Terminalphase einer nicht heilbaren Tumorerkrankung befinden, eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuung benötigen. Wird das Ziel verfolgt, diese Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld zu betreuen, entspricht dies dann auch der potenziellen Anzahl der Patienten in der ambulanten Versorgung. Zusätzlich werden etwa 5 % der Patienten, die an nicht-tumorbedingten Erkrankungen sterben, von einer palliativmedizinischen Betreuung profitieren. Das entspricht, bei einer Bezugsgröße von 250.000 Einwohnern ca. 130 Tumorpatienten und ca. 100 Nicht-Tumorpatienten pro Jahr (bezogen auf ganz NRW: 9.360 Tumorpatienten, 7.416 Nicht-Tumor-Patienten).

Geht man davon aus, dass die **Qualifizierte Palliativärztin/der Qualifizierte Palliativarzt (QPA)** lediglich beratend und/oder mitbehandelnd tätig wird und ggf. die entsprechende Genehmigung bzw. Ermächtigung neben ihrer/seiner hausärztlichen bzw. fachärztlichen Tätigkeit im niedergelassenen Bereich oder als Klinikarzt erhält, so wären bei 230 Patienten drei Ärzte notwendig, um die Aufgaben einer Qualifizierten Palliativärztin/eines Qualifizierten Palliativarztes bezogen auf die genannte Population zu erfüllen. (Werden zusätzlich Patienten im Hospiz

ausschließlich von der Qualifizierten Palliativärztin/dem Qualifizierten Palliativarzt und nicht durch die hausärztliche Versorgung betreut, so kann sich der Bedarf erhöhen). Dies entspricht bei einer Bevölkerung von 18 Mio. Einwohnern in NRW einem Bedarf von in etwa 216 ggf. zu ermächtigenden Ärzten.

Ein wesentlicher Baustein dieses Konzeptes sind die **Ambulanten Palliativpflegerischen Dienste (APD)**. Für die theoretische Bezugsgröße von 250.000 Menschen mit zu erwartenden 230 Patienten pro Jahr werden für die palliativpflegerische Versorgung mindestens acht Mitarbeiter eines Ambulanten Palliativpflegerischen Dienstes benötigt. Das entspricht einem Gesamtbedarf für NRW von etwa 72 Ambulanten Palliativpflegerischen Diensten mit einer Anzahl von je 8 Mitarbeitern in Vollzeit. Bei Diensten mit einer Anzahl von je 4 Mitarbeitern in Vollzeit, wie als Mindestzahl vorgegeben, erhöht sich die Anzahl der erforderlichen Ambulanten Palliativpflegerischen Dienste entsprechend. Generell wird man sich an den unterschiedlichen regionalen Verhältnissen orientieren müssen, wenn man passgenaue Versorgungsstrukturen etablieren will.

Tabelle 1 Schätzung des Bedarfs für NRW

	Palliativpatienten Tumor	Palliativpatienten Nicht-Tumor	QPA	Anzahl APD	Mitarbeiter im APD
pro 250.000 Einw.	130	103	3	1 2	8 pro APD 4 pro APD
NRW ca.18 Mio. Einw.	9360	7416	216	Minimum 72 (bei 8 MA)	576

#### 4.2 Bedeutung der unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen

Bei der Umsetzung palliativmedizinischer Netzwerke in NRW sind die regionalen Unterschiede und die bisher entwickelten Strukturen jeweils in Anlehnung an den Bedarf zu analysieren und zu berücksichtigen. Eine Umsetzung regionaler integrierter Versorgungsstrukturen kann nur dann qualitativ hochwertig und kosteneffektiv sein, wenn die vorhandenen Strukturen die erforderliche Qualität vorhalten und für eine zukünftige spezialisierte Palliativversorgung genutzt und ausgebaut werden. Das bedeutet, dass die Qualifizierte Palliativärztin/der

Qualifizierte Palliativarzt je nach regionalen Voraussetzungen und Entwicklungen sowohl durch einen Hausarzt, niedergelassenen Facharzt (z. B. Onkologe) oder durch einen Klinikarzt besetzt werden kann.

## **5. Versorgungsmodelle**

Die meisten Palliativpatienten werden in der haus- oder fachärztlichen Betreuung behandelt. Bei nicht ausreichender Symptomkontrolle oder pflegerischen bzw. psycho-sozialen Problemen wird durch den bisher behandelnden Arzt die Qualifizierte Palliativärztin/der Qualifizierte Palliativarzt und/oder der der Ambulante Palliativpflegerische Dienst sowie der ambulante Hospizdienst eingebunden. Zunächst können in der Regel die notwendigen ersten Schritte telefonisch abgeklärt werden. Eine Beratung durch die Qualifizierte Palliativärztin/den Qualifizierten Palliativarzt zur Symptomkontrolle und Umstellung der bisherigen medikamentösen Therapie kann unmittelbar durch den derzeit behandelnden ärztlichen Kollegen eingeleitet werden. Zur Erhebung der Gesamtsituation kann entweder durch die Qualifizierte Palliativärztin/den Qualifizierten Palliativarzt und/oder den Ambulanten Palliativpflegerischen Dienst eine Einschätzung der Situation vor Ort (zu Hause, im Pflegeheim) angeschlossen werden. Danach kann sich das weitere Prozedere mit der Unterstützung durch weitere Versorgungsangebote ergeben. Hierzu gehören neben allgemeinen Pflegediensten und Apotheken ggf. auch die psychoonkologische Beratung, Sozialarbeit, Physiotherapie, Trauerbegleitung etc., die sich dem Netzwerk zur Verfügung stellen und anschließen sollten.

### **5.1 Aufgaben und Anforderungen an die Haus- und Fachärzte als behandelnde Ärzte**

In der Regel bildet der Haus- oder Facharzt als „behandelnder Arzt“ mit einem Ambulanten Palliativpflegerischen Dienst die Basis der Versorgung in dem integrierten kooperativen Versorgungskonzept. Er kann, je nach den gegebenen Anforderungen an die Versorgung der Patientin/des Patienten, eine Qualifizierte Palliativärztin/einen Qualifizierten Palliativarzt oder andere am Versorgungskonzept beteiligte Kooperationspartner hinzuziehen. Er hat sich dabei an den vorhandenen regionalen Versorgungsstrukturen zu orientieren.

Für die haus- und fachärztliche Versorgung im Netzwerk wird die Absolvierung einer 40-stündigen Kursweiterbildung Palliativmedizin (Curriculum der DGP und BÄK) für die palliativmedizinische Grundversorgung erwartet. In der Übergangszeit können Haus- und Fachärzte, die die 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin (noch) nicht absolviert haben, an dem Konzept teilnehmen, wenn sie Erfahrung in der Betreuung von Schwerstkranken in Hospizen nachweisen oder zumindest zwei palliativmedizinische Fortbildungen absolviert haben.

In jedem Fall ist eine regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln erforderlich. Mindestens einmal im Jahr werden palliativmedizinische Fragestellungen im Qualitätszirkel erörtert. Die Qualifizierten Palliativärztinnen und -ärzte stehen als Fortbildungsreferenten für diese Qualitätszirkelarbeit zur Verfügung.

Darüber hinaus sollte sich der Hausarzt/Facharzt an multidisziplinären Fallkonferenzen beteiligen.

## **5.2 Aufgaben und Anforderungen des Ambulanten Palliativpflegerischen Dienstes (APD)**

Der Ambulante Palliativpflegerische Dienst bietet spezialisierte palliativ-pflegerische Betreuung an. Er wird auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung durch den behandelnden Arzt bzw. die Qualifizierte Palliativärztin/den Qualifizierten Palliativarzt tätig. Die Betreuung wird rund um die Uhr gewährleistet. Gefordert wird die verpflichtende Mitarbeit bzw. enge Kooperation mit einem palliativ-medizinisch erfahrenen Vertragsarzt/Konsiliararzt, ambulanten Hospizdiensten, speziell fortgebildeten Ehrenamtlichen, spezialisierten Apotheken sowie in Palliative Care erfahrenen Sozialarbeitern, Seelsorgern und Psychologen. Ambulante Palliativpflegerische Dienste verstehen sich als Ergänzung zu den bereits bestehenden und begleitenden Diensten und sind zu vertraglich vereinbarten Kooperationen mit den oben dargestellten Institutionen verpflichtet.

Die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung sind:

- Psychosoziale Betreuung
- Grundpflege/Pflegeleistungen

- Delegierte ärztliche Leistungen, wie z. B. die Punktion von Portsystemen oder die Gabe von IV-Infusionen sowie subkutane Infusionen mit Medikamenten
- Behandlungspflege entsprechend den Richtlinien über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V

Maßnahmen zur Erbringung der o. g. Leistungen sind:

- Überwachung einer symptomlindernden Behandlung und /oder Hilfestellung bei der Anwendung von symptomlindernden Medikamenten oder anderen Maßnahmen zur Symptomlinderung
- Palliativ-pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten bei krankheits- oder therapiebedingten Komplikationen
- Gemeinsame Krisenintervention (ärztlich und pflegerisch), um den Verbleib im häuslichen Umfeld zu sichern
- Antizipative Krisenintervention durch vorausschauende Pflegeplanung im Umgang mit vorhersehbaren Akutsituationen und/oder ethisch schwierigen Entscheidungssituationen
- Umfassende Versorgung exulzierender Tumore (z. B. zur Reduktion der Blutungsgefahr und Wundinfektion)
- Überwachung von apparativen palliativ-medizinischen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- Hilfe beim Umgang mit der Krankheit.
- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- Anleitung bzw. Beratung von Patienten, Angehörigen zur Durchführung von Behandlungspflegen
- Beratungsgespräche zwischen Arzt und Pflegedienst beim Einsatz und bei der Anwendung spezieller palliativpflegerischer Maßnahmen.

Ambulante Palliativpflegerische Dienste können Teil eines ambulanten Pflegedienstes sein. Wesentlich ist die enge Kooperation mit einem **ambulanten**

**Hospizdienst** (gem. § 39 a Abs. 2 SGB V), der die psychosoziale Begleitung durch qualifizierte ehrenamtliche Helfer ergänzen kann.

Die hauptamtlichen examinierten Fachpflegekräfte haben neben der dreijährigen Ausbildung einen Palliative-Care-Kurs (160h) absolviert.

Voraussetzung ist neben dem Nachweis einer entsprechenden Qualifikation die enge Kooperation mit einer Qualifizierten Palliativärztin/einem Qualifizierten Palliativarzt sowie die Verpflichtung zur inter- und multidisziplinären Zusammenarbeit, zur Mitarbeit bzw. engen Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten, Apotheken sowie erfahrenen Sozialarbeitern, Seelsorgern und Psychologen, zur Vernetzung, kontinuierlichen Fortbildung, regelmäßige Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und lückenlosen Dokumentation.

Durch den Einsatz einheitlicher Dokumentation wird die Umsetzung dieses Konzeptes im Wesentlichen auf der Basis einer entsprechenden Dokumentation evaluiert werden. Entsprechende Dokumentationsbögen wurden von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelt und liegen bereits vor. Das Nähere ist durch Vereinbarung zu bestimmen.

### **5.3 Aufgaben und Anforderungen der Qualifizierten Palliativärztin/des Qualifizierten Palliativarztes (QPA)**

Die Qualifizierte Palliativärztin/der Qualifizierte Palliativarzt wird beratend und/oder mitbehandelnd in solchen Fällen tätig, bei denen spezielle palliativmedizinische Kenntnisse für die Symptomkontrolle erforderlich sind. Sie/Er wird in der Regel auf Anforderung der/des behandelnden Haus- oder Fachärztin/Haus- oder Facharztes tätig.

Die Qualifizierte Palliativärztin/der Qualifizierte Palliativarzt ist in Problemfällen für Pflegekräfte, Hausarzt und Betroffene rund um die Uhr erreichbar. Hierzu ist die Kooperation mehrerer Qualifizierter Palliativärztinnen/-ärzte in der Region notwendig. Die Notärzte und der hausärztliche Notdienst sollten sich im Bedarfsfall an die Qualifizierte Palliativärztin/den Qualifizierten Palliativarzt wenden können.

Durch seine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit bei größtmöglicher Kompetenz stellt die Qualifizierte Palliativärztin/der Qualifizierte Palliativarzt eine optimale Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor dar. Sie/Er gewährleistet die

bestmögliche Symptomkontrolle, um stationäre Einweisungen (auch in dienstfreien Zeiten!) auf das Notwendige zu beschränken und nach einer Entlassung aus der stationären Behandlung die palliativmedizinische Weiterbehandlung und -betreuung sicherzustellen. Sie/Er wirkt mit an regelmäßigen Netzwerktreffen (Qualitätszirkel/Palliativkonferenzen), in denen zum einen Fortbildung in palliativmedizinischen Themen angeboten und zum anderen mit den beteiligten Berufsgruppen Fallbesprechungen mit Supervision durchgeführt und weitere Betreuungsaufträge koordiniert werden.

Zu den Schwerpunktaufgaben der Qualifizierten Palliativärztin/des Qualifizierten Palliativarztes gehören u. a.:

- Einstellung der und/oder Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle
- Verordnungen von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme unter besonderer Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes
- Beratungen zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase
- Beurteilung und Einleitung einer palliativen Wundbehandlung
- Palliativmedizinische Beratung von Patienten und Angehörigen

Weitere Aufgaben können im Einzelfall sein:

- Unterstützung in der Aufklärung der Patienten, der Vermittlung „schlechter Nachrichten“ und Information über die Änderung des Therapiezieles
- Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung
- Beratung bei ethischen Konflikten (Ethisches Fallgespräch)

Eine Qualifizierte Palliativärztin/ein Qualifizierter Palliativarzt im Sinne des Rahmenprogramms ist eine approbierte Ärztin/ein approbierter Arzt (Fachärztin/Facharzt), die/der die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bei der Landesärztekammer (nach der Weiterbildungsordnung) abgeschlossen hat oder - für eine Übergangsfrist - eine entsprechende Qualifikation nachweisen kann. Diese Ärztin/dieser Arzt (Haus-, Fach- oder Klinikärztin -arzt) muss nachweislich über ausreichende Erfahrung in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender verfügen. Darüber hinaus gehören die Teilnahme an palliativmedizinischer Fortbildung bzw. an

der Leitung des multidisziplinären Netzwerktreffens sowie der Nachweis der regelmäßigen Betreuung und standardisierten Dokumentation (z.B. Palli-Dok) von jährlich 25 Palliativpatienten zu den Anforderungen.

Zur möglichst raschen Implementierung der integrierten palliativmedizinischen Versorgung sind Übergangsregelungen für die Tätigkeit und Benennung als Qualifizierte Palliativärztin/Qualifizierter Palliativarzt erforderlich.

Diese könnten lauten:

- Die nachgewiesene breite palliativmedizinische Erfahrung im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden (Nachweis einer mindestens einjährigen Tätigkeit z.B. auf einer Palliativstation, als betreuende Ärztin/betreuender Arzt eines stationären Hospizes, als Beratende Ärztin/beratender Arzt in enger Kooperation mit einem Ambulanten Palliativ- oder Hospizdienst, oder Ärztin/Arzt in einem palliativmedizinischen Modellprojekt)
- Nachweis der Betreuung von mindestens 75 Palliativpatienten in den letzten drei Jahren sowie der Nachweis von spezifischer palliativmedizinischer Fort- und Weiterbildung
- Für die Übergangphase bildet die Muster-Weiterbildungsordnung die Grundlage für die Benennung
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe prüfen, ob die Voraussetzungen zur Anerkennung als „Qualifizierte Palliativärztin/Qualifizierter Palliativarzt“ vorliegen.

Voraussetzung für die Anerkennung als Qualifizierte Palliativärztin/Qualifizierter Palliativarzt ist:

- Nachweis einer entsprechenden Qualifikation
- Verpflichtung zur sektorenübergreifenden Kooperation im Sinne der integrierten Versorgung
- Verpflichtung zur Teilnahme an einer Regelung zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung
- Verpflichtung zur inter- und multidisziplinären Zusammenarbeit
- Bereitschaft zur Vernetzung
- kontinuierliche Fortbildung
- regelmäßige Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
- standardisierte Dokumentation.

## 5.4 Drei Fallgestaltungen mit unterschiedlichem Unterstützungsbedarf

- Fall 1 Die Patientin/der Patient befindet sich in ambulanter Behandlung. Sie/Er wird vom Haus- oder Facharzt behandelt. Dieser benötigt lediglich eine Beratung durch die Qualifizierte Palliativärztin/den Qualifizierten Palliativarzt und/oder den Ambulanten Palliativpflegerischen Dienst, ggf. in Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospizdienst.
- Fall 2 Der behandelnde Arzt bedarf der Beratung bzw. Unterstützung durch den Ambulanten Palliativpflegerischen Dienst.
- Fall 3 Der behandelnde Arzt bedarf der Beratung bzw. Mitbehandlung der Qualifizierten Palliativärztin/des Qualifizierten Palliativarztes und der Unterstützung des Ambulanten Palliativpflegedienstes.
- Fall 4 Der Patient/die Patientin befindet sich noch im Krankenhaus. Vor der Entlassung erfolgt der Kontakt mit dem Hausarzt/Facharzt und dem Ambulanten Palliativpflegedienst, um vor Entlassung die speziellen Anforderungen an die Versorgung zu klären. Anschließend erfolgt Versorgung wie im Fall 2 (in der Regel) oder wie in den Fällen 1 und 3.

## 6. Netzwerk der Palliativ- und Hospizversorgung

Der Haus- und Facharzt, die Qualifizierte Palliativärztin/der Qualifizierte Palliativarzt und der Ambulante Palliativpflegerische Dienst bilden in Zukunft die zentralen Elemente der Versorgung im Netzwerk.

### 6.1 Weitere Partner

Diese zentralen palliativmedizinischen Einrichtungen/Dienste müssen mit weiteren Partnern eng zusammenarbeiten: mit der notärztlichen Versorgung, ambulanten Pflegediensten, Apotheken und Sanitätshäusern sowie psychoonkologischen

Beratungsstellen, Trauerberatungsstellen und Physiotherapeuten, aber auch den stationären Versorgungsstrukturen, wie Allgemeinstationen in Krankenhäusern, Palliativstationen, Hospizen und Alten- und Pflegeheimen (s. Anlage). Die notwendige strukturierte Kooperation im Bereich der **notärztlichen Versorgung** ist jeweils vor Ort je nach dortiger Gegebenheit zu vereinbaren.

#### Zusammenarbeit mit spezialisierten Apotheken

Für Palliativpatienten kann auch eine intensivierete pharmazeutische Betreuung erforderlich werden. Diese umfasst u. a. die 24 Stunden Sicherstellung der gesamten ambulanten Infusionstherapie, künstliche Ernährung und/oder invasiven Schmerztherapie inklusive der dazu benötigten Medizintechnik. Alle benötigten Arzneimittel und Infusionsregimes werden aufeinander abgestimmt und auf Wechselwirkungen und Kompatibilität überprüft. Die beteiligten Apotheken versorgen die Patienten dabei auch im häuslichen Umfeld.

Die stationären Einrichtungen sind integraler Bestandteil des Netzwerkes, da selbst bei optimaler Versorgung und Betreuung im Netzwerk nicht jeder Patient in der letzten Phase seiner Erkrankung ausreichend und ausschließlich in der ambulanten Umgebung behandelt werden kann. Bei komplexen Problemen mit nicht ausreichend behandelbaren Schmerzen oder anderen Symptomen wie auch bei extensiver psychosozialer Problematik kann eine (vorübergehende) stationäre Behandlung im Hospiz oder auf der Palliativstation erforderlich werden.

Ist die Betreuung in der häuslichen Umgebung nicht mehr zu gewährleisten, so muss die weitere Versorgung je nach Bedarfslage in einer Pflegeeinrichtung oder einem Hospiz erfolgen.

## **6.2 Anforderungen an das Netzwerk**

Die Qualität der Versorgung im Sinne des kooperativen/integrativen Konzepts wird wesentlich davon abhängen, wie die Zusammenarbeit aller beteiligten Partner im Netzwerk funktioniert. Hierzu ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur konstruktiven Kooperation unabdingbar. Darüber hinaus aber ist eine abgestimmte strukturierte Ablauforganisation notwendiger Bestandteil der Versorgung vor Ort. Ferner erfordert

die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen eine fortlaufende Qualitätssicherung der beteiligten Partner.

Notwendig ist, dass in der örtlichen Vereinbarung konkrete Absprachen für die Koordination der Zusammenarbeit vor Ort getroffen werden. Die Koordinationsfunktion kann von unterschiedlichen Beteiligten wahrgenommen werden; Üblicherweise wird dies der Ambulante Palliativpflegerische Dienst sein.

### 6.3 Aufgaben und Anforderungen an die Koordination

- Klare Benennung und Zuordnung der Koordinationsfunktion
- Zentrale Anlaufstelle
- Sicherstellung eines örtlich abgestimmten Notfallplans
- Koordinierung einer Vertretungsregelung
- Organisation der Fallkonferenzen
- Informationsbereitstellung zur Inanspruchnahme von Versorgungsmöglichkeiten

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Hauptgedanke des Konzeptes der kooperativen/integrierten palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung ist die Qualifizierung und Integration bzw. strukturierte Ablauforganisation der **bereits bestehenden Versorgungsangebote**, ihre gezielte hoch qualifizierte **Ergänzung bzw. Erweiterung** sowie die **Bildung regionaler palliativmedizinischer Netzwerke**, um den betroffenen Patientinnen und Patienten eine bessere Lebensqualität in der letzten Lebensphase und ein **Sterben zu Hause** zu ermöglichen.

Obwohl die Palliativ- und Hospizversorgung in den letzten Jahren bereits erheblich ausgebaut werden konnte, gibt es noch immer deutliche Defizite und viele Palliativpatienten müssen am Lebensende in stationäre Einrichtungen eingewiesen werden. Bei einem weiteren Ausbau und Qualifizierung könnten bis zu 70 % der

schwerkranken und sterbenden Menschen bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung betreut werden.

Die vorliegende Rahmenkonzeption<sup>\*)</sup> beschreibt die einzubeziehenden Partner sowie die Anforderungen an deren Qualifikation und Zusammenarbeit. Sie trägt den unterschiedlichen örtlichen Gegebenheiten angemessen Rechnung und schafft zugleich die Voraussetzungen für eine koordinierte, flächendeckende Entwicklung einer qualitätsgesicherten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW.

\*) auf der Grundlage einer Expertise von Herrn Dr. Friedemann Nauck,  
Malteser Krankenhaus Bonn, im Auftrag des MGSFF