

Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

Palliativversorgungsstrukturen

Versorgungsplanung

PD Dr. Dr. Maria Heckel

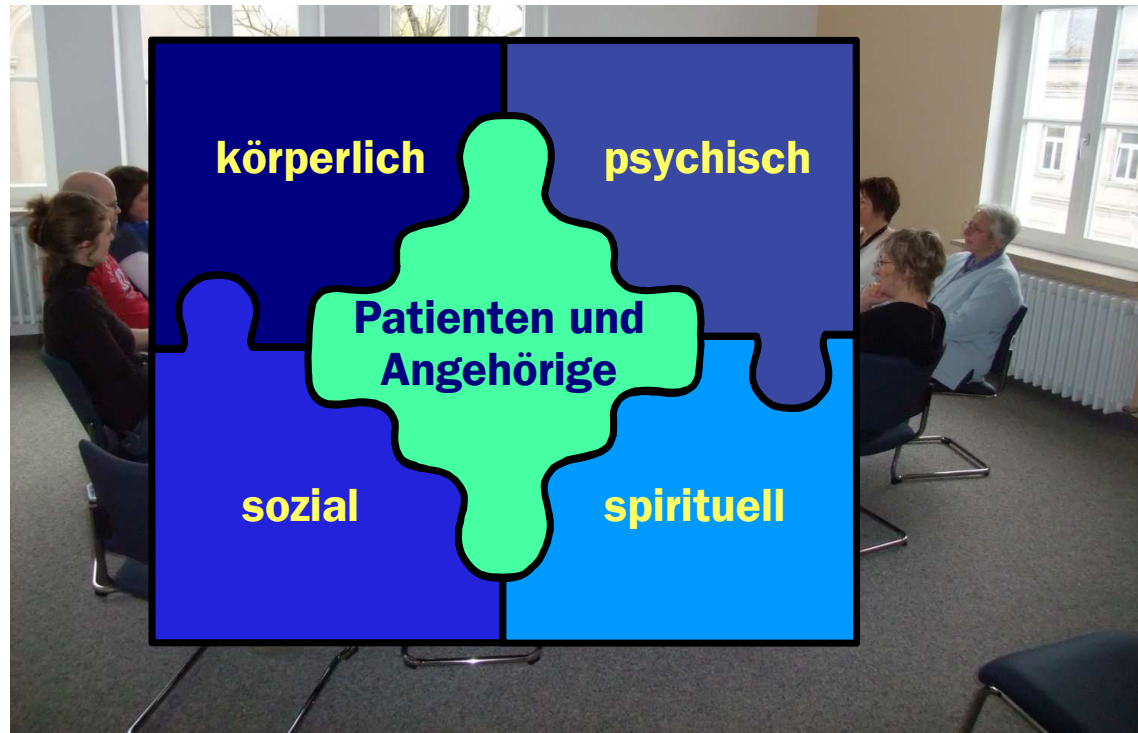


Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

**Uniklinikum
Erlangen**



Multiprofessionalität & Ressourcen



Multiprofessionalität als Ressource

Ich habe Vater versprochen, dass er nie in ein Heim muss!

Tochter



Ich möchte nach Hause!

Ich bin berufstätig!

Sohn

Die Behandlung ist abgeschlossen, Schmerzen gelindert, der Pat. kann entlassen werden.

Die Mobilität des Armes konnte verbessert werden, Pat. ist nicht selbstständig mobil.

Pat. braucht Unterstützung bei der Körperpflege. Dekubitus muss versorgt werden.

Pat hat weniger Angst und Anspannung, jetzt Klarheit über Erkrankungsverlauf.

Bisher noch keine Pflegestufe. Vorausverfügung unklar.

Multiprof. Team



Aufgaben der Sozialen Arbeit

PSYCHOSOZIALE ASPEKTE IN DER PRAXIS

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Psychosoziale Belastungen bei Palliativpatient:innen und Zugehörigen

- Psychische Belastungsreaktionen auf körperliche Veränderungen
- Verlust der eigenen Zukunft, Lebensplanung
- Verlust sozialer Rollen
- Verlust der sozialen Sicherung
- Alltagsbewältigung
- Autonomie, Würde
- Gestaltung der letzten Lebensphase
- Abschied nehmen
- letzte Dinge regeln

Vgl. Kiepke-Ziemes und Wasner, 2022, Soziale **Universitätsklinikum**
Arbeit in der Palliativversorgung, ZfP **Erlangen**



Besondere Lebenslagen oder Härten

- Wohnungslosigkeit
- Behinderung
- Familienpflege
- Suchterkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Migration
- Gewalt



Kernaufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliativversorgung

- Erkennung von **Bedürfnissen und Bedarfen** der Patient:innen und Zugehörigen mittels Erhebung von z.B. Sozialanamnesen/Sozialdiagnosen

mit Berücksichtigung besonderer Lebenslagen, z.B. Migration, Obdachlosigkeit, Suchterkrankung



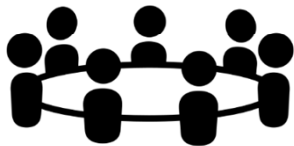
Kernaufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliativversorgung



- **Gesprächsangebote** (personenzentrierte, empathische, ressourcenorientierte) zur emotionalen Entlastung der Patient:innen und Zugehörigen, Trauerberatung
- **Psychosoziale Begleitung** und Befähigung der/des Patient:in zu Fragen der Identität und Würde
- Befähigung/Stärkung/Unterstützung der Patient:innen und Zugehörigen bei der **Gestaltung des Lebensalltags und der Versorgung**, bei der **Entwicklung neuer Lebens- Verhaltens- und Bewältigungsstrategien**



Kernaufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliativversorgung



- Unterstützung und Beratung bei sozialen Problemlagen
- Beratung zu hospizlicher und palliativer Versorgung, Schnittstellentätigkeiten
- Beratung in sozialen und sozialrechtlichen Fragen
- Unterstützung bei Antragsstellung z.B. Kostenübernahme der Versorgung
- Einleitung abgestimmter Hilfen im Rahmen von Pflege und Versorgung

siehe Sektion Soziale Arbeit DGP:

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Stellenbeschreibung_Soziale_Arbeit_.pdf



Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

Aufgaben der Sozialen Arbeit

STRUKTUREN DER PALLIATIVVERSORGUNG

MERKMALE

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Patient mit nicht-heilbarer Krebserkrankung
- Integration von Palliativversorgung (5.3)

Erfassen der Patienten- und Angehörigen-Bedürfnisse
und Ermittlung der Komplexität (5.4)

Niedrig/mittel

Hoch

Festlegung einer Intervention
der Palliativversorgung

Durchführung einer Intervention
der Allgemeinen Palliativversorgung
(5.5.3)

Durchführung einer Intervention
der Spezialisierten Palliativversorgung
(5.5.4)

Stationär	Allgemeine Krankenhausstation/ Onkologische Station/ Pflegeeinrichtungen (5.5.3)	Palliativstation (5.5.4.1)	Palliativdienst im Krankenhaus (5.5.4.2)	Palliativmed. Tagesklinik (5.5.4.5)
Ambulant	Allgemeine ambulante Palliativversorgung (5.5.3)	Ambulante spezialisierte Palliativversorgung (5.5.4.3)	Spezialisierte Palliativambulanz (5.5.4.4)	Tageshospiz (5.5.4.5)
Sektoren- übergreifend	Stationäres Hospiz (5.5.6)			
	Hospizdienste/Ehrenamt (5.5.5)			

Tod des Patienten

Leitlinienprogramm
Onkologie

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung

Letzter Version 2.2 – September 2020
AWMF-Registernummer: 128/003.01

Allgemeine Palliativversorgung...

- Palliativversorgung durch Leistungserbringer der **Primärversorgung**
- **Großteil der Patient:innen** mit palliativmedizinischem Bedarf kann so versorgt werden
- wenn nicht ausreichend ☞ Einbeziehen der **spezialisierten Palliativmedizin**



Spezialisierte Palliativversorgung...

...ist dann erforderlich, wenn **wegen der Komplexität** der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme der Einsatz allgemeiner Palliativversorgung **nicht ausreichend** ist...

Definition Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2009

z.B. bei therapieresistenten Symptomen, lückenhaftem Versorgungsnetz, instabiler Situation, Erreichen der Belastungsgrenze Betreuender



Anspruchsvoraussetzungen

- Komplexität
 - unheilbar
 - weit fortgeschritten
 - Lebenszeitbegrenzung
(Tage, Wochen, Monate)



Komplexität bestimmen

Beeinflussender Faktor für die Komplexität	Mögliches Messinstrument
1. Probleme und Bedürfnisse des Patienten	z. B. Minimales Dokumentationssystem (MIDOS 2) [57], Edmonton Symptom Assessment System (ESAS/revised version ESAS-r) [57, 58], Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) [59], Distress-Thermometer mit Problemliste [60]
2. Belastungen der Angehörigen	z. B. Deutsche Version des Zarit Burden Interviews (G-ZBI) [61], Häusliche Pflegeskala (HPS) der DEGAM
3. Funktionsstatus	Funktionsstatus v. a. im Sinne von Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung z. B. Australian-modified Karnofsky-Performance Status (AKPS) [62], Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) [63], Activities of Daily Living (ADL) [64], Barthel Index [65]
4. Krankheitsphase:	Beschreibung:
a) stabil	Symptome unter Kontrolle, Patientenbedürfnisse durch Betreuungsplan befriedigt, stabile Familiensituation
b) instabil	Neue große Probleme oder rasche Steigerung bestehender großer Probleme innerhalb weniger Tage, dringende oder weniger dringende Veränderungen im Betreuungsplan notwendig, um Patientenbedürfnisse zu befriedigen
c) verschlechternd (reduzierend)	Symptome verschlechtern sich schrittweise oder stetig über Wochen, oder Entwicklung neuer, aber erwarteter Probleme über Tage/Wochen, mit Notwendigkeit, den Betreuungsplan anzupassen und regelmäßig zu überprüfen, mit steigender familiärer Belastung und/oder sozialer/praktischer Belastung
d) sterbend (terminal)	Tod innerhalb der nächsten Tage wahrscheinlich mit Notwendigkeit der regelmäßigen, i. d. R. täglichen Überprüfung des Betreuungsplans und regelmäßigen Unterstützung der Familie

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Kreberkrankung

Langversion 2.2 - September 2020
AWMF-Registernummer: 128/001OL



Unheilbar, weit fortgeschritten, Lebenserwartung

G-BA SAPV Richtlinien

§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

- (1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.
- (2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.
- (3) ¹Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. ²Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.



Lebenszeitbegrenzung (Prognoseeinschätzung)

The "surprise" question —

"Would I be surprised if this patient died in the next year?"

[Moss AH, 2010, J Palliat Med]

[Glare P, 2014, J Oncol Pract]

	Scoring Items	Punkte
1	Diagnose metastasierter oder lokal fortgeschrittener Tumor	2
2	ECOG Score (funktioneller Status Score, performance status)	0-4
3	Vorliegen einer oder mehrerer schwerwiegender Komplikationen des fortgeschrittenen Tumors, häufig assoziiert mit einer Prognose von < 12 Monaten (z. B. Hirnmetastasen, Hyperkalzämie, Delirium, Kompression der Wirbelkörper, Kachexie)	1
4	Vorliegen von einer oder mehrerer schwerwiegender Komorbiditäten ebenso assoziiert mit einer schlechten Prognose (z. B. mittelschwere bis schwere COPD oder Herzinsuffizienz, Demenz, AIDS, terminale Niereninsuffizienz, terminale Leberzirrhose)	1
5	Vorliegen eines oder mehrerer Palliative Care Probleme <ul style="list-style-type: none"> • Durch Standardmassnahmen nicht zu kontrollierende Symptome • Mittel – bis schwergradiger Distress bei Patient oder Familie in Zusammenhang mit der Tumordiagnose oder Therapie (persönliche Ziele / Erwartungen; Edukative und informationelle Bedürfnisse; die Betreuung beeinflussende kulturelle Faktoren) • Sorgen der Patienten / Familie über den Verlauf der Erkrankung und anstehender Entscheide (incl. Umsetzung Vorsorgeauftrag/ Patientenverfügung) • Patient / Familie bittet um konsiliarische Beratung durch Palliative Care • Team braucht Unterstützung bei komplexen Entscheidungen oder beim Bestimmen der Ziele der Behandlung/Versorgung (Benefit / Risiko der Behandlung, Frage nach assistiertem Suizid) • Instabiles, lückenhaftes oder unklares Helfernetz insbesondere für Notfallmanagement/ 24 Stunden- Betreuung (ergänzt nach Eychmüller 2012) 	1 1 1 1 1 1
	Total	0-14



Spezialisierte Palliativversorgung

MINDESTMERKMALE

**Universitätsklinikum
Erlangen**



Spezialisierte Palliativversorgung

Mindestmerkmale:

- **multiprofessionell**

bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie

- **spezialisiertes Leistungsspektrum**

Qualifikation Zusatzbezeichnung, Palliative Care-Fachkraft



Spezialisierte Palliativversorgung

Mindestmerkmale:

- 24-stündige Erreichbarkeit und Anwesenheit bei fachlicher Notwendigkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- individueller Behandlungsplan
- Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse
- Wöchentliche Teambesprechungen



Spezialisierte Palliativversorgung

Mindestmerkmale:

- Bedarfsgerecht vorausschauende **Versorgungsplanung**
 - Koordination der **Palliativversorgung**
 - Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der **allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung**
 - **Notfallvorausplanung**
- **Unterstützungsangeboten für Angehörige**



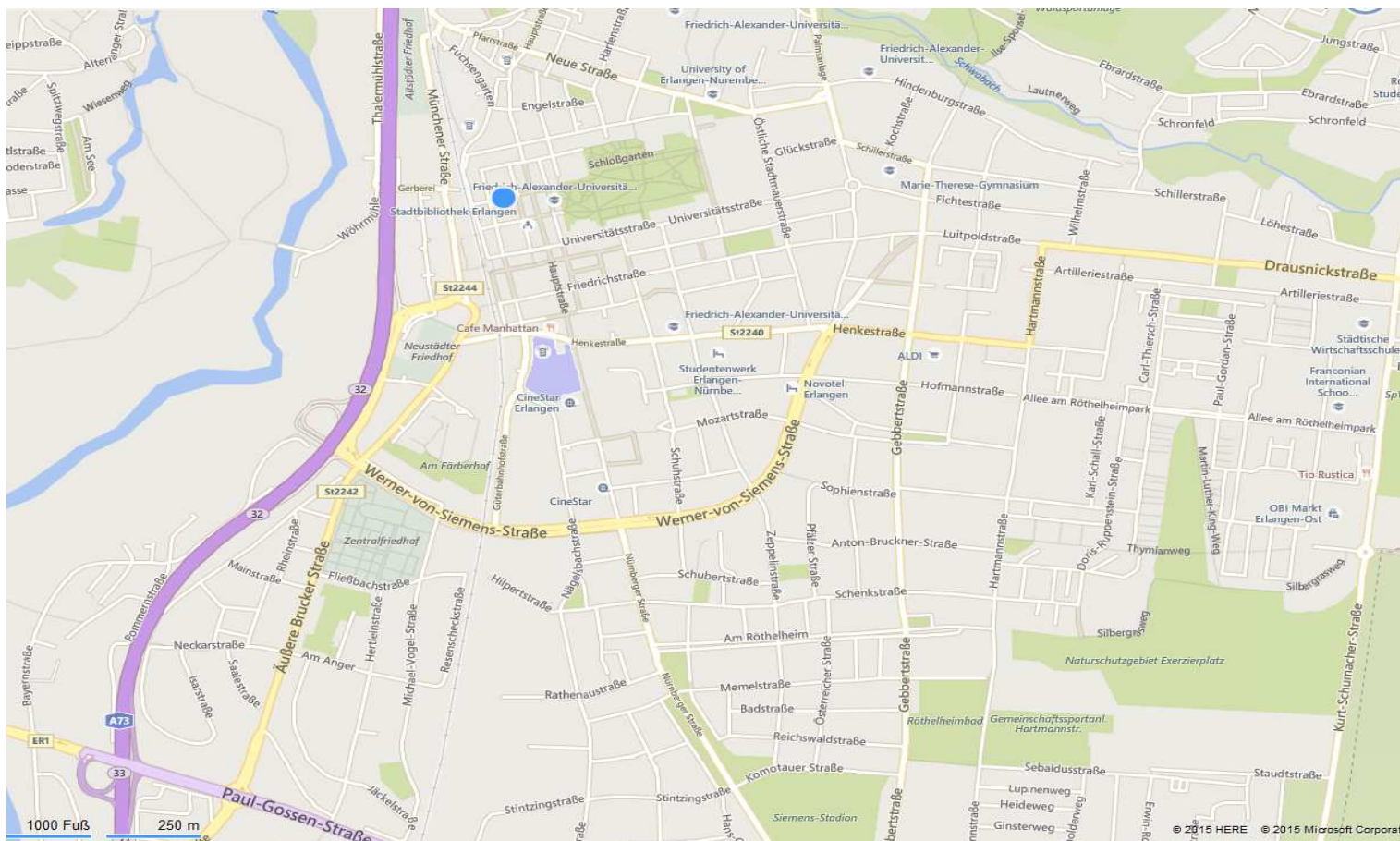
Erlanger Basiskurs Palliativmedizin

**EIN RUNDGANG DURCH DIE
PALLIATIVLANDSCHAFT AM BEISPIEL DES
NETZWERK HOSPIZ- UND PALLIATIV-VERSORGUNG
ERLANGEN UND ERLANGEN-HÖCHSTADT**

Universitätsklinikum
Erlangen



Palliativversorgung in Erlangen



NetHPV Erlangen



https://www.hospizverein-erlangen.de/files/content/Hospiz%20Verein%20Erlangen/Downloads_Flyer/NetHPV_Broschüre_2021.pdf



Station eines
Krankenhauses

linikinterne Verlegungen,
SAPV- oder
Hausarzteinweisungen

Krankenkassenleistung

Aufenthalt möglich solange Auftrag dies rechtfertigt

Entlassung mit tragfähigem Versorgungsnetzwerk

Palliativstation

In Erlangen:
pro Jahr ca. 350 Patient:innen
Durchschnittliche Liegedauer: 9,7
Tage (Stand 2021)
40% Entlassung

Hochschulambulanz



Film

<https://youtu.be/RZce6xmGdlk>



Mit Unterstützung des
Vereins zur Förderung der Palliativmedizin am
Universitätsklinikum Erlangen e.V.
&
Forschungsbeirats in der Palliativmedizin

Ein ❤️ Projekt von HERE Film
<https://here.film/>



multiprofessioneller Konsiliardienst, Anforderung durch Ärzt:innen
und Pflegefachkräfte möglich

Palliativ(medizinischer) Dienst (PMD)

Krankenkassenleistung

In Erlangen:
pro Jahr ca. 800 Patient:innen
(Stand 2021)

Begleitung von Patient:in, Familie und Team über den gesamten
Aufenthalt möglich

Unterstützung bei Erstellung eines tragfähigem Versorgungsnetzwerks für
Entlassung



aufwändige pflegerische und
medizinische
Versorgungssituation vorliegt,
die von Laienhelfern nicht
dauerhaft geleistet werden
kann

finanziert durch
Krankenkassen,
Pflegekassen,
Spenden

Wohnort für Menschen mit dauerhaft hohem
spezialisierten Bedarf
24h Betreuung durch Pflegekräfte
medizinische Versorgung durch Hausarzt

meist pflegerisch geleitet

Hospiz



krankheitsbedingte
Aufnahmekriterien

Rechtsanspruch (SGB V, §39a)

von Patient:in gewünscht



Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Name, Vorname d. Versicherten
Kranken/Pflegekasse

geb.am

Versichertennummer.

Name der Kranken-/bzw. Pflegeversicherung

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem Hospiz ist aufgrund folgender Befunde und Diagnosen notwendig:

(Sofort Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese zur Weiterleitung an den MDK beizulegen)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Versorgung der/des Versicherten wurde bislang

in einer stationären Pflegeeinrichtung zu Hause

Sicher gestellt. Sofern der/die Versicherte bisher in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wurde, bitten wir Sie um Mitteilung, aus welchen Gründen diese Versorgung nicht sichergestellt ist. (Für die Begründung evtl. bitte die Rückseite dieser Bescheinigung verwenden.)

Die stationäre Versorgung in einem Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder Monaten erwarten läßt.
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht aus, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

(Arztstempel)

(Datum)

(Unterschrift des Vertragsarztes)

Palliativstation

Hospiz

Pflegeheim

FAU

Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

**Uniklinikum
Erlangen**



Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

- (1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht überschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen und in Erwachsenen hospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4 ausreichend Rechnung zu tragen. In den Vereinbarungen nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen nach Satz 4 sind mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. **In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen.** Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.



ambulantes Team aus Ärzten, Pflegekräften, gel. Sozialpädagogen

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Verordnungsfähige Leistung der Krankenkasse Bewilligung

durch MD erforderlich

Rechtsanspruch (SGB V, §37b)

bedarfsgerechter Kontakt

24h Rufbereitschaft

ergänzt Hausarztversorgung

auch im Pflegeheim möglich

ZIELE: Vermeidung KH-Aufenthalt,
Anpassung der Versorgung medizinisch und
pflegerisch, Beratung und Begleitung der
Angehörigen, Krisenintervention



SAPV: Rechtsanspruch und gesetzliche Anspruchsvoraussetzungen

- SGB V §37b

https://dejure.org/gesetze/SGB_V/37b.html

- G-BA Richtlinien

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2468/SAPV-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf



Freigabe 02.02.2011

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom bis

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BTM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Muster 63a (4.2011)



nur die (in kurzer Zeit) zum Tod führende Erkrankung
 Lokalisation v. Metastasen
 klinische Ereignisse
 (Krampfanfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörungen, etc.)
 Allgemeinzustand ↓
 belastende Symptome ↑

z.B.
 progrediente Sensibilitätsstörungen, Lähmungen (Tetraparese)
 ...

Auf Medikamentenplan als Anhang hinweisen

z.B.
 terminale Sedierung bei Angst vor Erstickungstod
 Vorgehen bei Krampfanfällen
 Fragen zu Flüssigkeitszufuhr
 Einschaltung des Hospizdienstes, seelsorgerliche Betreuung

- kontrollierte Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung/Überprüfung der Medikamentenwirkung
- Medikamentenpumpe
- vorausschauende Planung für Notfälle und kurzfristiger Intervention bei Krisen

Freigabe 02.02.2011 **Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)** 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger: Erstverordnung Folgeverordnung

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kosten-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Behandlungs-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

vom bis

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen): _____

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Ankreuzen + Beschreibung!

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM): _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Ankreuzen + Beschreibung!

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
 Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Muster 63a (4.2011)

Gleiches Datum, Ausstellungstag

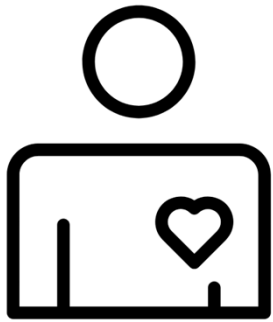
Krankenhausarzt: 7 Tage
 Hausarzt: 4-6 Wochen

z.B.
 schwer beherrschbare Luftnot
 therapierefraktäre Angina pectoris
 ausgeprägter belastender Husten

Koordination der Grundversorgung
 und Portversorgung zur
 Schmerztherapie, Schmerzpumpe

Stempel der Einrichtung und
 Unterschrift des Arztes

Quelle: https://www.palliativstuetzpunkt-kh.de/fileadmin/user_upload/Flyer_Broschueren/Informationsbroschuer_SAPV-Verordnung_Rev5_2019-01-10.pdf



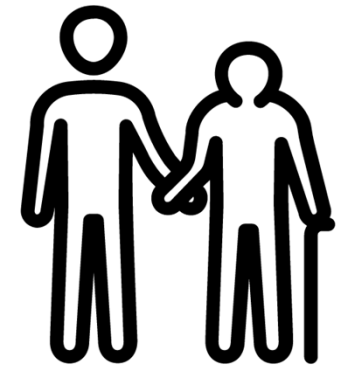
Beratungsangebote:
Für Betroffene
Für Fachstellen
Für Schulen und Kindergärten

Hospizverein & Ehrenamt

Ausbildung, Einsatzbegleitung
und Koordination von
Hospizbegleiter:innen



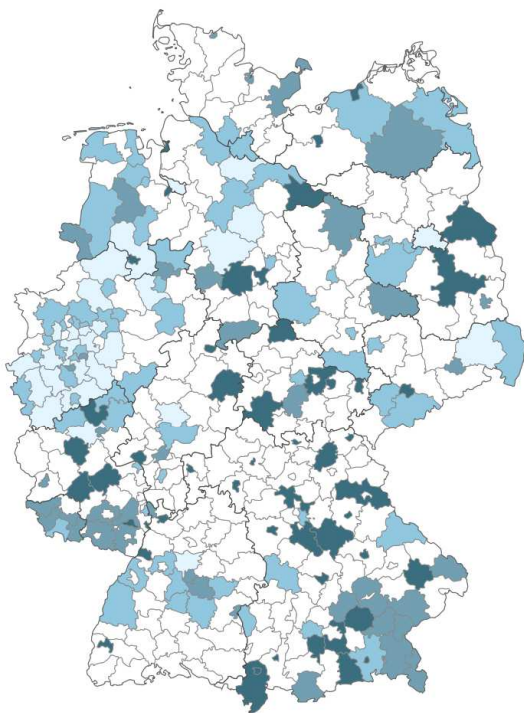
Themen: u.a. Trauer, Vorausverfügungen,
Alltagsunterstützung



Trauerangebote (Gruppen,
Einzelberatung)



Bettenanzahl auf Palliativstationen pro Million Einwohner nach Kreisen – Stand Juni 2015



Bundesdurchschnitt: 3,59 Palliativstationen mit 30,5 Betten pro Million Einwohner

Bedarf laut DGP: Etwas 40 Betten pro Million Einwohner

LEGENDE: ANZAHL

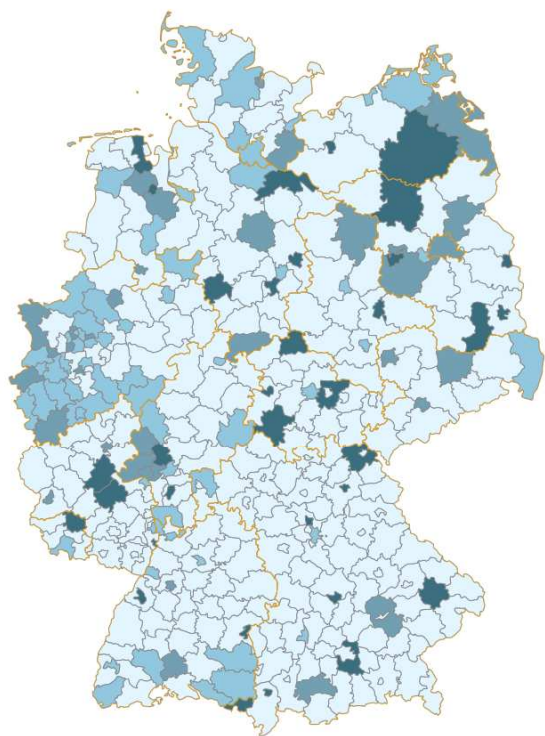


Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin, Wegweiser Kommune, eigene Berechnungen (DGP 2015)
<https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/interaktive-karte/versorgungsstrukturen/index.html> - (aufgerufen am 28.09.2022)

**Uniklinikum
Erlangen**



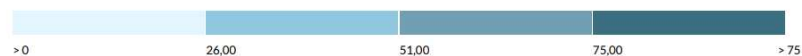
Bettenanzahl in stationären Hospizen pro Million Einwohner nach Kreisen – Stand Juni 2015



Bundesdurchschnitt: 2,75 Hospize mit 27,31 Betten/Million Einwohner

Bedarf laut DGP: Etwa 40 Betten pro Million Einwohner

LEGENDE: ANZAHL



Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin, Wegweiser Kommune, eigene Berechnungen (DGP 2015)
<https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/interaktive-karte/versorgungsstrukturen/index.html> - (aufgerufen am 28.09.2022)



Palliativstationen und stationäre Hospize in Deutschland – Stand Dezember 2020

Tab. 3.2 Palliativstationen und stationäre Hospize in Deutschland (Angaben aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung, Stand 31.12.2020)

Bundesland	Einwohnerin/ Einwohner	Anzahl Palliativ- stationen	Stationsbetten pro Mio. Ew.	Anzahl Stationäre Hospize	Hospizbetten pro Mio. Ew.	Betten gesamt pro Mio. Ew.
Baden- Württemberg	11.103.043	44	39,81	27	20,54	60,35
Bayern	13.140.183	52	35,54	19	15,30	50,84
Berlin	3.664.088	11	24,84	13	50,77	75,61
Brandenburg	2.531.071	9	33,59	11	47,81	81,40
Bremen	680.130	2	32,35	2	23,53	55,88
Hamburg	1.852.478	6	31,85	5	36,71	68,56
Hessen	6.293.154	22	32,26	22	35,76	68,02
Mecklenburg- Vorpommern	1.610.774	9	44,08	7	44,70	88,78
Niedersachsen	8.003.421	35	30,74	27	31,87	62,61
Nordrhein- Westfalen	17.925.570	70	27,95	68	35,88	63,83
Rheinland-Pfalz	4.098.391	26	43,19	11	23,67	66,86
Saarland	983.991	5	51,83	4	48,79	100,62
Sachsen	4.056.941	19	39,69	8	24,41	64,10
Sachsen-Anhalt	2.180.684	10	32,56	7	33,02	65,58
Schleswig- Holstein	2.910.875	9	25,08	7	26,80	51,88
Thüringen	2.120.237	8	37,74	7	37,74	75,48
Deutschland	83.155.031	337	33,68	245	29,94	63,62

Pflege-Report 2022



Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern:

Niedrigste Bettenanzahl Bayern: 51 Betten/Million Einwohner

Höchste Bettenanzahl Saarland: 101 Betten/ Million Einwohner

Empfehlung der European Association for Palliative Care (EAPC): 80 bis 100 Betten/Million Einwohner

Die Empfehlung wird aktuell nur vom Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg erreicht.

Jacobs et al. 2022, Pflegereport;
Radbruch et al. 2010, White paper on standards

**Uniklinikum
Erlangen**



Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung



HOME | ANGEBOT SUCHEN | ANGEBOT EINSTELLEN | FAQ | FEEDBACK | IMPRESSUM

Deutsch | DGP | LOG IN

Wer bietet was in der Hospiz- und Palliativversorgung?

ICH SUCHE
ANGEBOTE FÜR
ERWACHSENE

ICH SUCHE
ANGEBOTE FÜR
KINDER UND
JUGENDLICHE

ICH MÖCHTE
EIN ANGEBOT IN DEN
WEGWEISER
EINSTELLEN



<https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>



Kontakt

PD Dr. Dr. **Maria Heckel**

Hartmannstr. 14

91052 Erlangen

Forschungsstelle der Palliativmedizinischen Abteilung

09131 85 42514

maria.heckel@uk-erlangen.de



Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

