

Palliativversorgung

Teil I: Allgemeine Einführung und
Palliativversorgung im Krankenhaus 10.02.2011:
15 bis 16.30 Uhr

Teil II: Hausärztliche Palliativversorgung und
allgemeine Zahlen und Statistik 16.45 bis 18.15
Uhr

Teil III: (ohne PPT): konkrete Einzelfallberatung
18.15 bis 19.45 Uhr

Wann beginnt Palliativversorgung?

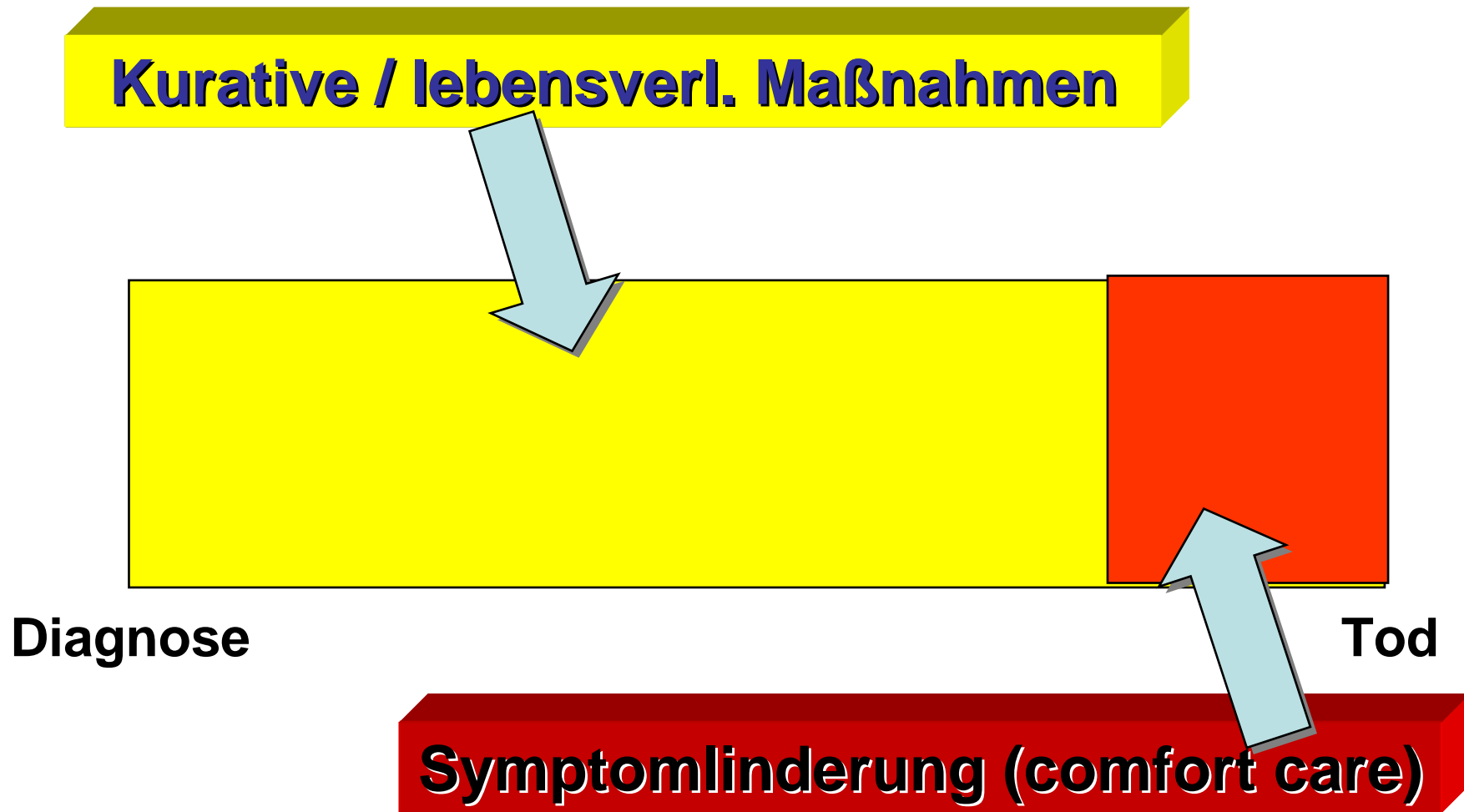
- Gibt es einen festen Startzeitpunkt?
- Gibt es eine Begrenzung auf Krankheiten?
- Gibt es Mindestanforderungen an Symptome?
- Gibt es typische Verläufe?

Copyright:

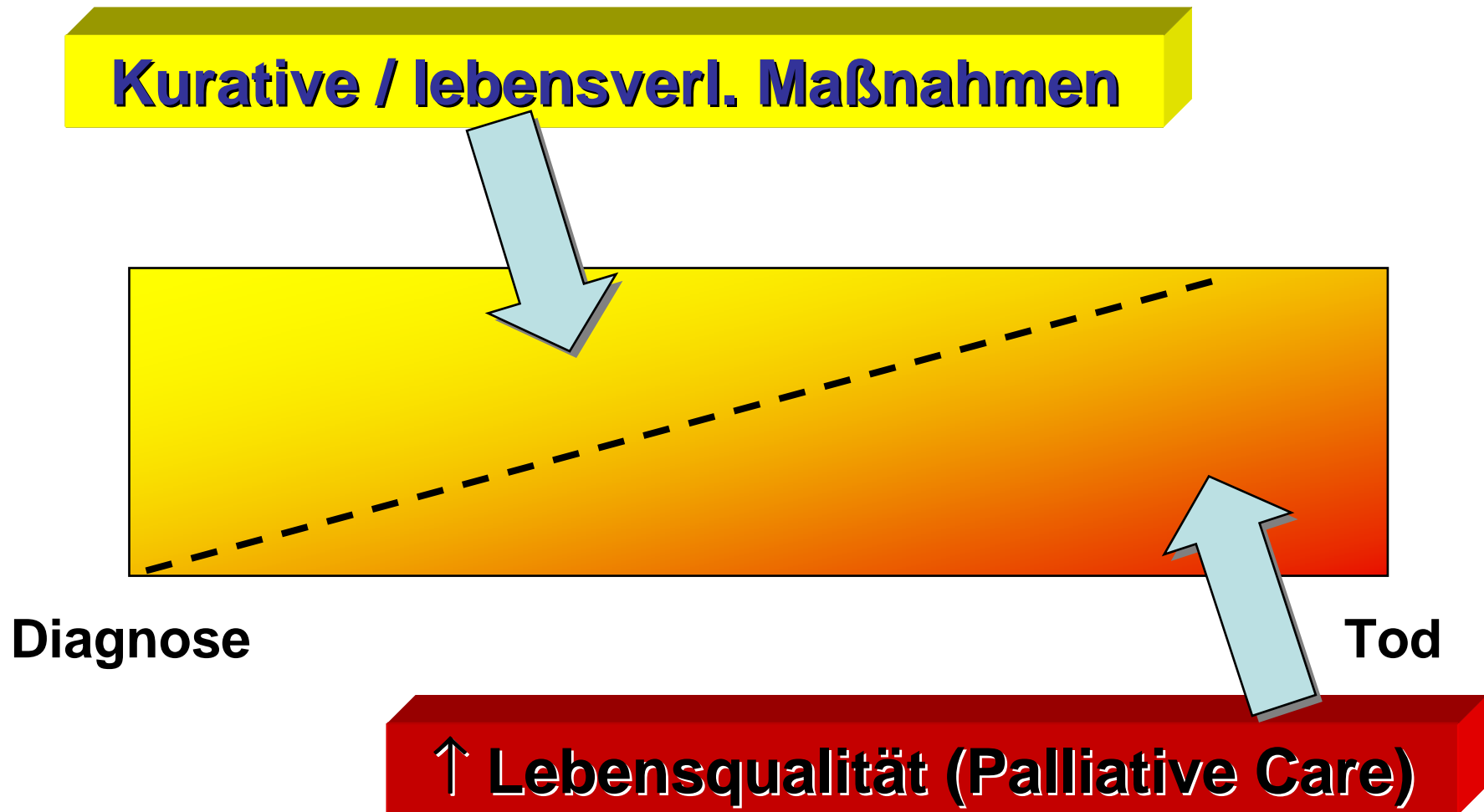
Grafiken von Prof. Dr. Borasio, Prof. Dr. Heller, Dr. Pfisterer

Tabellen: Statistisches Bundesamt

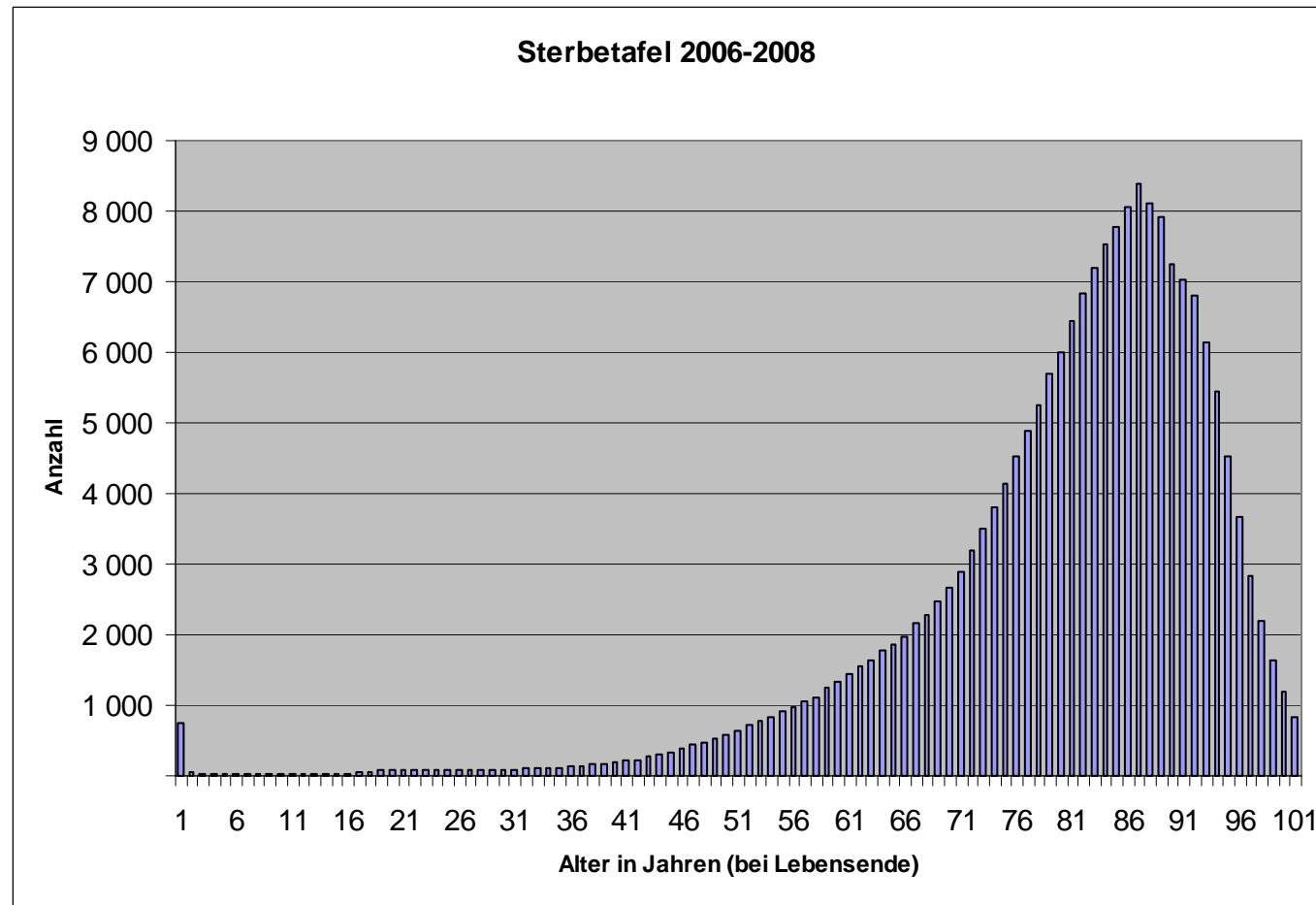
Palliativmedizin: alte Vorstellung



Palliativmedizin: neue Vorstellung



Im welchen Alter sterben wir ?



Damals und heute mit 63



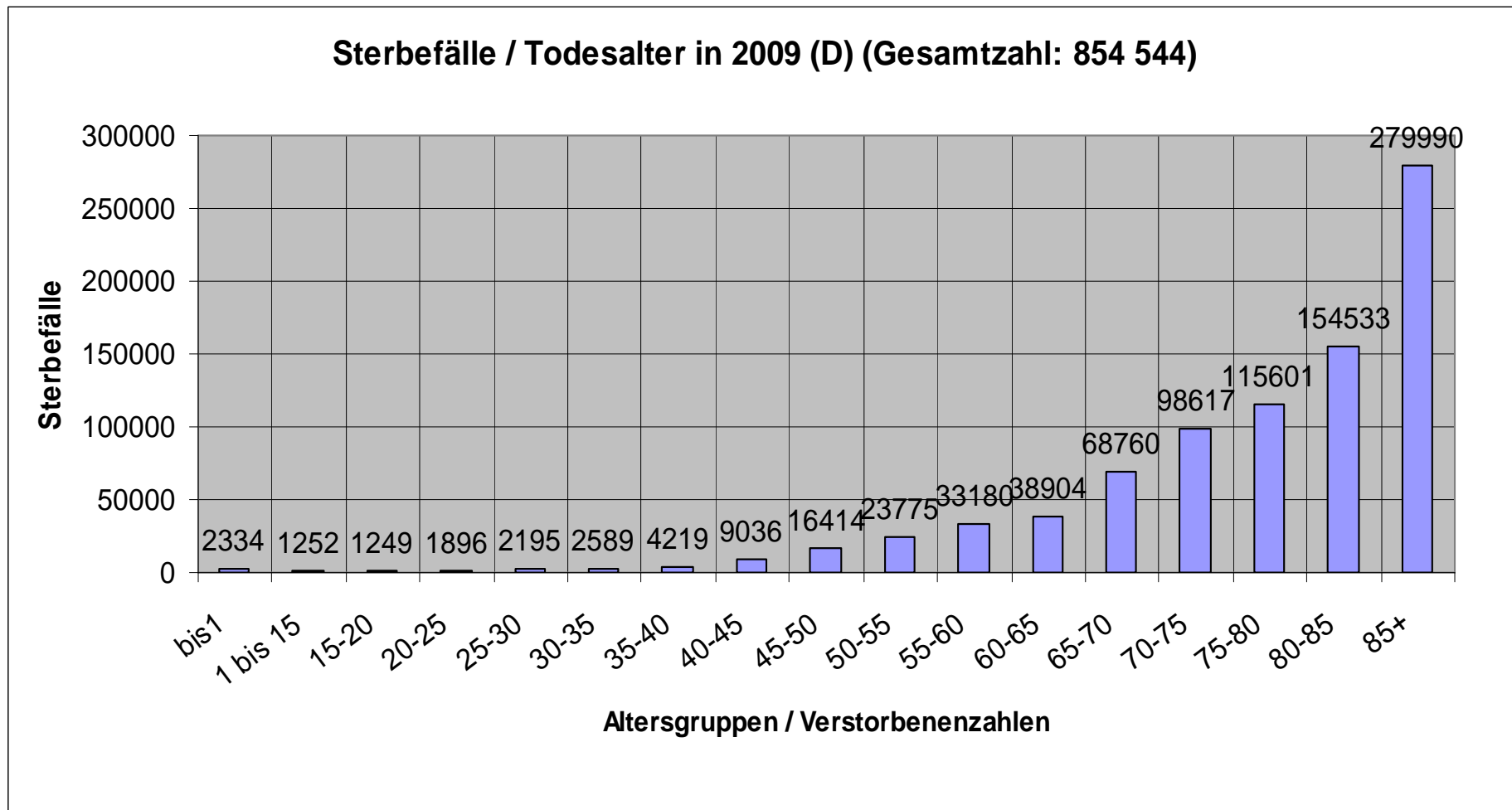
Dürers Mutter

/



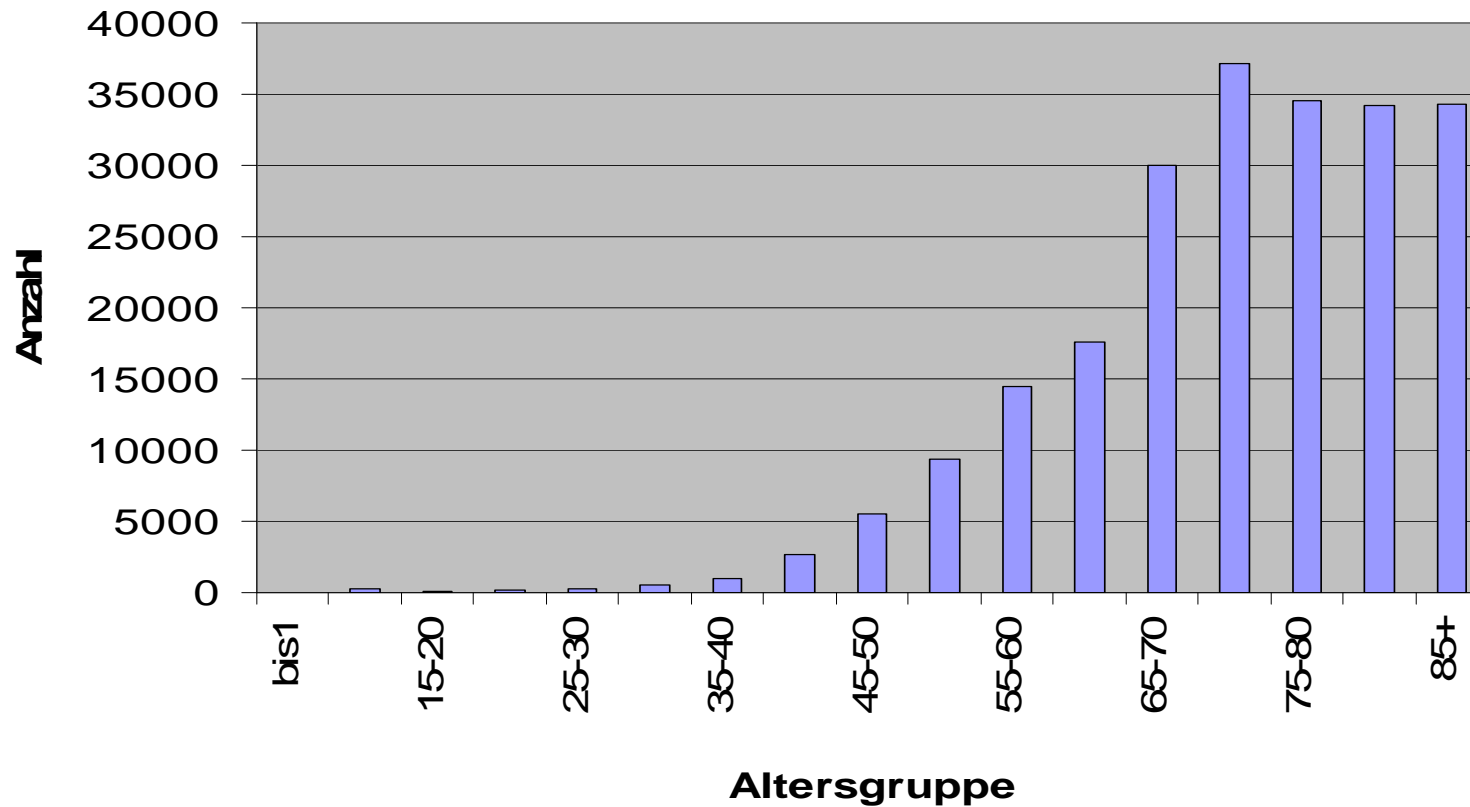
Sophia Loren

Die Hälfte der Sterbenden: 80+



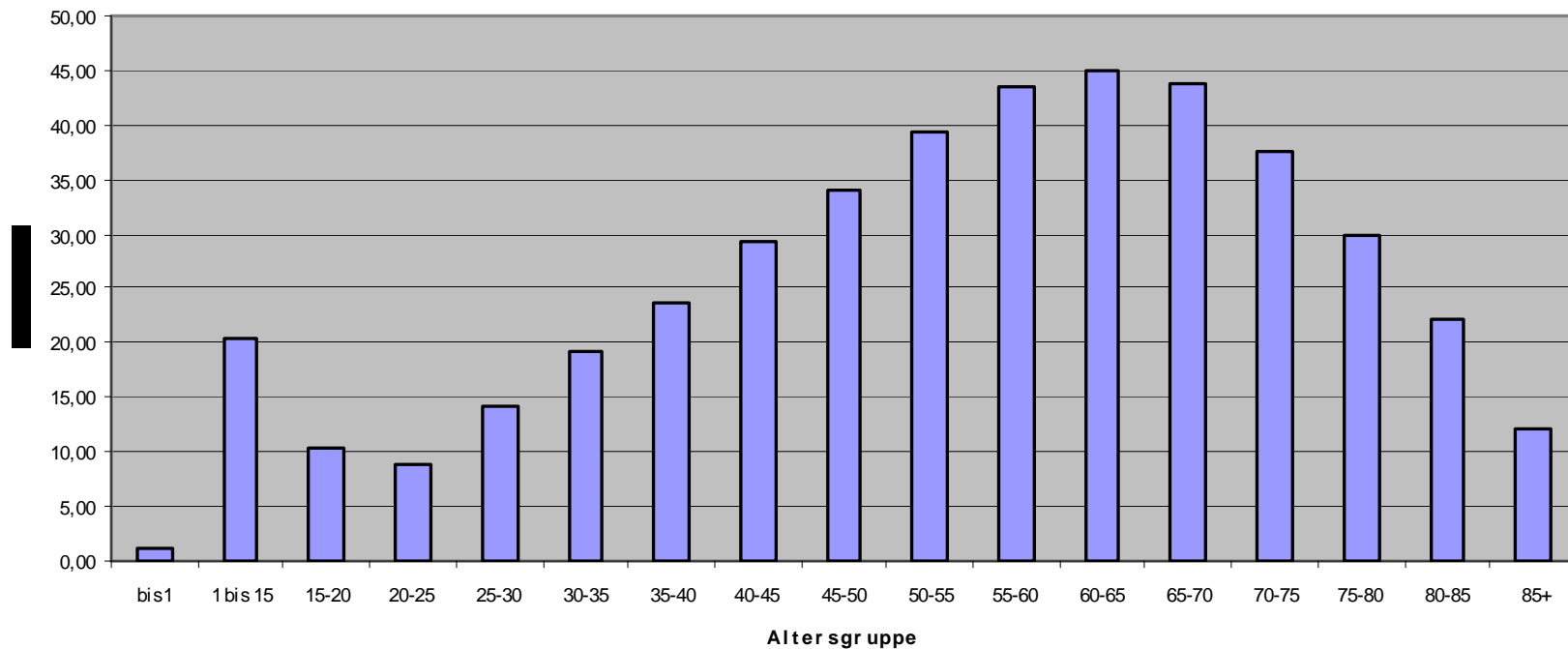
Ist Krebs wirklich häufig ?

ICD 10 "C" Verstorbene nach Altersgruppen (in D)

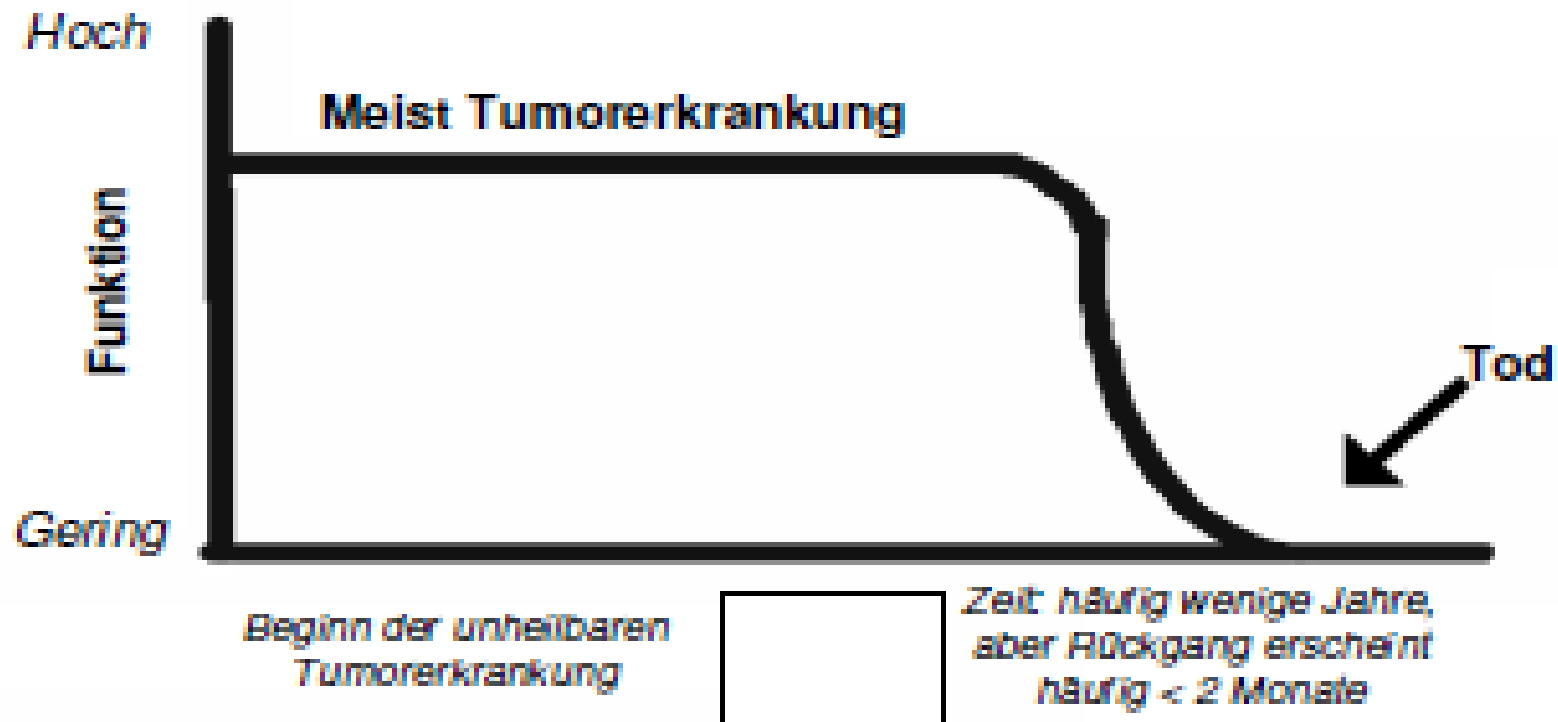


Ja, gerade bei 50-75 - Jährigen (aber insgesamt nur bei 26 von 100)

ICD 10 "C" Verstorbene in Altersgruppe in %

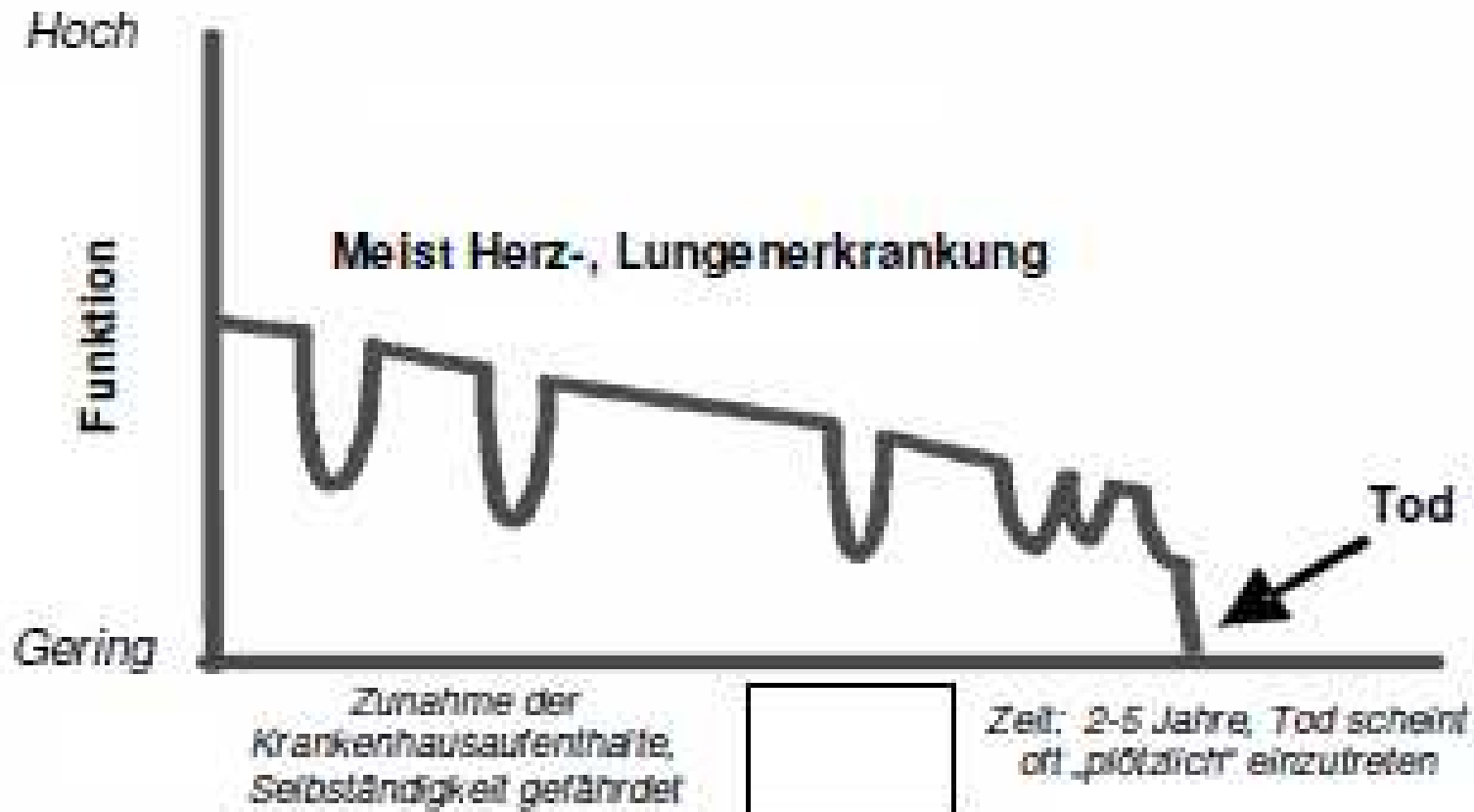


„Tumor“-Krankheitsverlauf (Kurze Phase des eindeutigen Abbaus)

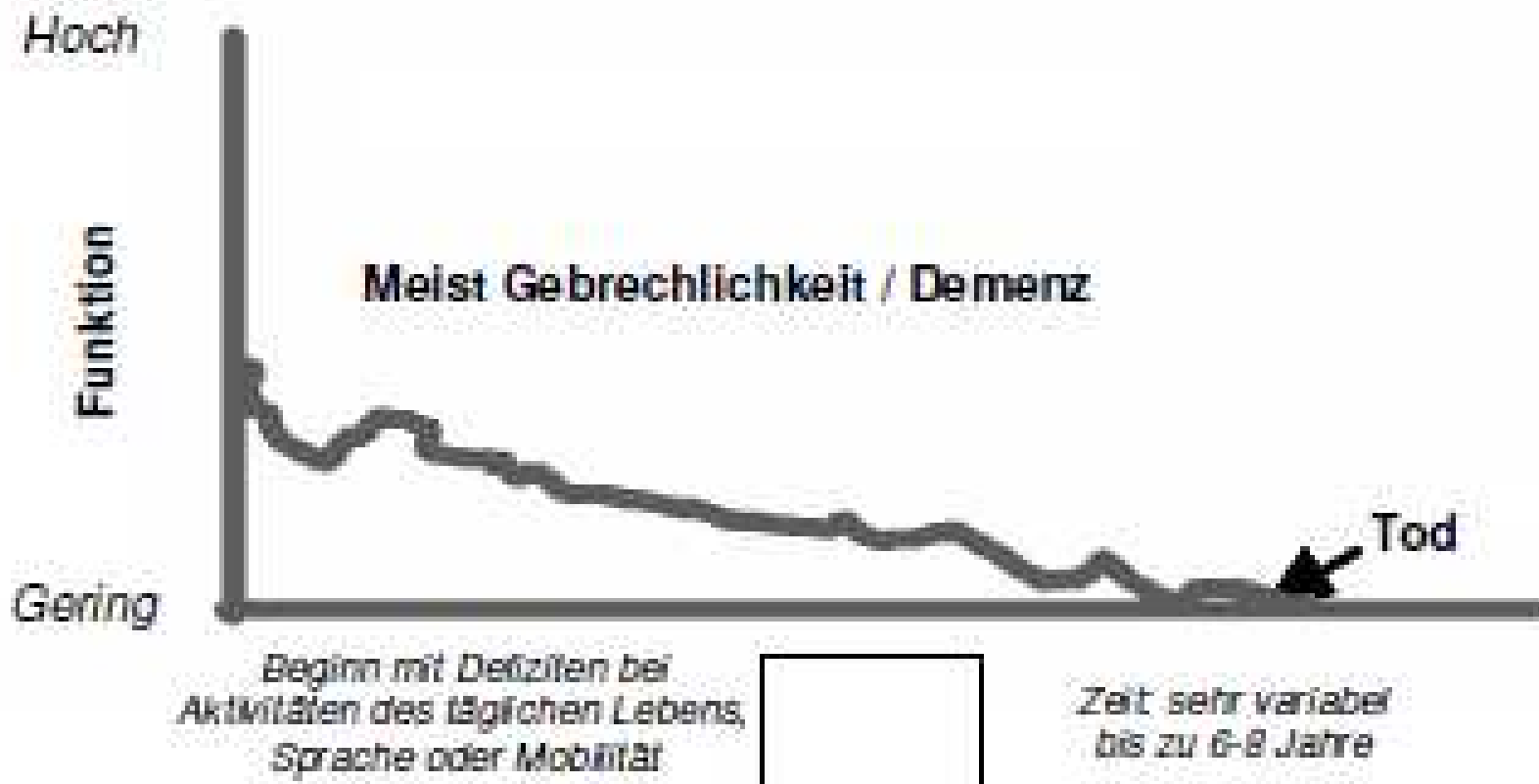


„Organversagen“-Krankheitsverlauf

(Dauerhafte Einschränkungen mit intermittierenden bedrohlichen Episoden)



„Frailty/Demenz“-Krankheitsverlauf (Schleichende Abnahme)



Deutsche Sterbeorte

	Krankenhaus	Altenheim *	Eigene Wohnung
Rheinland-Pfalz (1995) OCHSMANN 1997	44,1 %	12,8 %	37,3 %
NRW, Sterbefälle über 65 Jahre BICKEL 1998	49,7 %	21,2 %	29,1 %
ENQUETE- KOMMISSION 2005	42-45 %	15-25%	25-30 %
<i>Weiteres:</i>	<i>Davon Palliativstation: 1,5 %</i>	<i>* Häufige Verlegung bei Krisen und zum Sterben ins KH</i>	<i>Andere Orte: 3-7 %, z.B. Krankenwagen +Hospiz: ca. 2 %</i>
Zusammenstellung: HELLER 2006; anders: DGP (dort nur spezielle Patientengruppen)			

Vision 2018 (Schindler, DGP)

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

Palliativversorgung für Ältere

Bislang wurde die Palliativmedizin völlig zu Unrecht in der Geriatrie vernachlässigt, obwohl viele Probleme entstehen, wenn alte Menschen ernsthaft erkranken und im weiteren Verlauf sterben. Die namhafte Palliativmedizinerin CICELY SAUNDERS gibt zu

Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen."

Quelle: Dr. Bettina Sandgathe und Prof. Dr. Stein Husebø (Bergen) in der Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie (StK 2/2000)

(Zukünftige) Palliativversorgung:

- krankheitsangepasst
- oft schon früh beginnend
- oft lange begleitend
- oft intermittierend
- oft auch bei Hochbetagten
- bei einem 1/4 der Sterbefälle bei Tumorleiden.

Was ist Palliativversorgung ?

- Was umfasst die Palliativversorgung(PV)?
- Bei welchen Symptomgeschehen?
- Was ist allgemeine und spezielle PV (=AAPV/SAPV)?
- Wo findet sie statt?

Total Pain: C. Saunders; Definition: WHO / „Muster 63“; Sterbeorte: Heller

C. Saunders: Total Pain



Mitte der 60er Jahre begegnete Cicely Saunders, die Gründungspersönlichkeit der modernen Hospizbewegung, einer Patientin, Mrs. Hinson, die sie bat:

„Nun, Mrs. Hinson, erzählen Sie mir doch einmal etwas über Ihren Schmerz“ – das war an dem Tag nachdem sie eingewiesen worden war.

Und sie sagte:...

http://www.hospiz-noe.at/upload/271_Dr._Heller_Enquete_07.pdf:

Mrs. Hinson und ihr Schmerz:

„Also es fing im Rücken an, Frau Doktor, aber jetzt kommt es mir so vor, als ob mit mir überhaupt nichts mehr stimmt.“

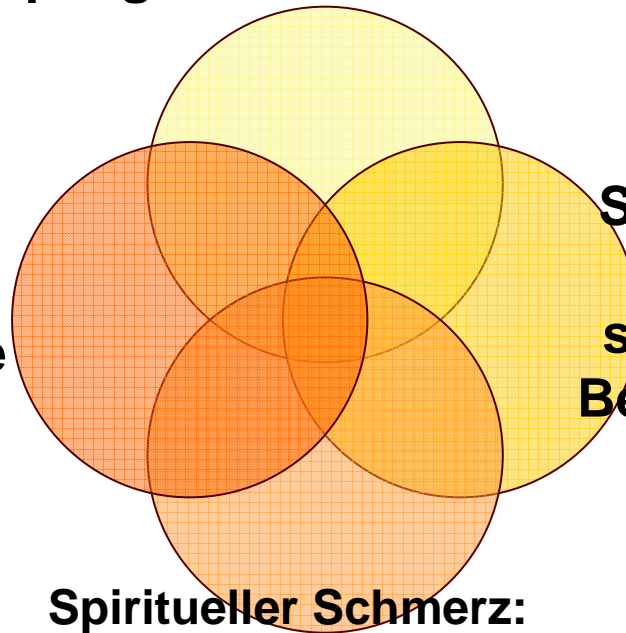
Sie erzählte von einem oder zwei Symptomen und sagte dann:

“Ich hätte nach den Tabletten und den Spritzen schreien können, aber ich wusste, dass ich das nicht durfte. Niemand schien zu verstehen, wie es mir ging, und es hatte den Anschein, als ob die ganze Welt gegen mich wäre. Mein Mann und mein Sohn waren wunderbar, aber sie hätten von der Arbeit weg bleiben müssen und hätten dadurch Geld verloren. Aber es ist so schön, sich langsam wieder sicher zu fühlen.”

Total Pain Konzept nach Saunders

**Körperlicher Schmerz:
Medizinische und
pflegerische Dimension**

**Psychischer
Schmerz:
Psychische
und seelische
Dimension:**

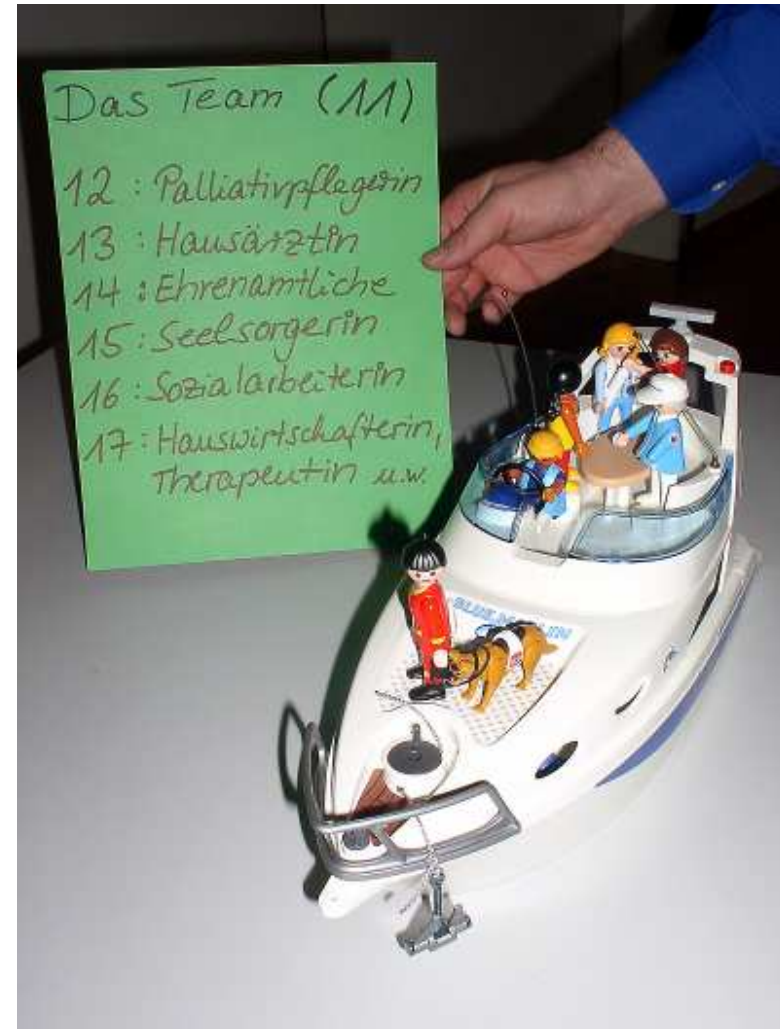


**Sozialer Schmerz:
finanzielle und
soziale Dimension
Beziehungsschmerz**

**Spirituelle Schmerz:
Spirituelle / religiöse /
existenzielle Dimension**

Deshalb: Palliativversorgung im Team

- (Palliativ-) Ärzte
- Palliativfachpflegende
- Ehrenamtliche
- Seelsorgende
- Therapeuten
- Sozialer Dienst
- weitere Mitarbeiter



WHO Definition: Palliative Care

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen und ihrer Familien, welche sich im Erleben und der Auseinandersetzung einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit befinden. Dies soll erfolgen durch Prävention und Linderung von Leiden, durch eine frühzeitige Identifikation, tadellose Einschätzung und Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Ereignissen physischer, psychischer, sozialer, kultureller und spiritueller Aspekte.

Komplexe Symptome = SAPV

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

(nach Richtlinie zu § 37 SGB V, hier § 4)

Teil I:

Palliativversorgung im Krankenhaus

1. Allgemeine Fragen: 6 Anstoß-Steine
2. OPS und Versorgungsfragen
3. Forderungen / Umsetzungen

1. Stein: Interprofessionalität leben - flache Hierarchien



2. Anstoß-Stein: Das Hospizehrenamt



Kooperationen mit ambulanten Diensten

- Erstkontakte der Ehrenamtlichen des Hospizdienstes (HD) mit den Kranken im Krankenhaus (KH) – dann: Begleitung im ambulanten Bereich gemäß § 39a Abs. 2 SGB V
- Stationär-ambulante Vernetzung und SAPV
- Begleitung im „Auftrag“ (Verträge: KH und HD)
- Qualifizierung der „Grünen Damen“ zu Hospizehrenamtlichen (in Kooperation mit HD)

3. Stein: Abschiede feiern, Rituale nutzen, Seelsorge leisten und Trauer begleiten



Abschiedraum umgestalten und dabei die Mitarbeiter einbeziehen



Bpa Projekt Hamburg

4. Stein: Ethikkomitees, ethische Fallbesprechungen, ethische Vorgehensweisen, Krisenpläne



Beispiel: Krisenvorsorge/Notfallplan

Ein Krisenvorsorgeplan erarbeitet mit Patienten und Angehörigen (Betreuern) die Behandlungswünsche und lässt diese durch Verordnungen des Arztes rechtlich absichern.



5. Stein: Mitarbeitersicherheit / Palliativ-Weiterbildungen





6. Stein: Palliativkonsiliardienste erreichen Patienten



Anstoßsteine werden zu Schätzen



Die Richtung klären



Sich kompetent begleiten lassen



Auch Ehrenamtlichen einbeziehen



Palliativversorgung starten



Palliativbehandlung im KH

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

Siehe auch: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Finanzierungsmöglichkeiten_fr_Palliativstationen.pdf und:

http://www.g-drg.de/cms/index.php/G-DRG-System_2011/Besondere_Einrichtungen

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung Version 2011

Mindestmerkmale:

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

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

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

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Einsatz von mindestens zwei der folgenden
Therapiebereiche:

- Sozialarbeit/Sozialpädagogik,
- Psychologie,
- Physiotherapie,
- künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie),
- Entspannungstherapie,
- Patienten-, Angehörigen- und/oder
Familiengespräche

mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient
und Woche in patientenbezogenen
unterschiedlichen Kombinationen

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.
- Checkliste: www.bkk-bw.de/media/0000000412.pdf und
- Dokuplan: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Dokuplan_nach_OPS_8-982.pdf

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

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

- ***ICD-10 Nummer Fallzahl Umgangssprachliche Beschreibung***
- C34 17 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C50 15 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
- C16 13 Bösartige Neubildung des Magens
- C71 13 Bösartige Neubildung des Gehirns
- C18 12 Bösartige Neubildung des Kolons
- C25 12 Bösartige Neubildung des Pankreas
- C79 10 Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen
- C56 7 Bösartige Neubildung des Ovars
- C78 6 Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
- C61 ≤5 Bösartige Neubildung der Prostata
- C80 ≤5 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
- I21 ≤5 Akuter Myokardinfarkt
- K56 ≤5 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie
- A41 ≤5 Sonstige Sepsis

- ***OPS Ziffer Fallzahl Umgangssprachliche Beschreibung***
- 8-982 218 Palliativmedizinische Komplexbehandlung
- 8-854 64 Hämodialyse
- 8-800 57 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
- 9-401 54 Psychosoziale Interventionen
- 8-831 25 Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
- 1-632 20 Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
- 8-153 15 Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
- 8-390 12 Lagerungsbehandlung
- 5-469 9 Andere Operationen am Darm
- 1-650 7 Diagnostische Koloskopie
- 8-132 7 Manipulationen an der Harnblase

Seit 2010

Fallpauschalenkatalog:

- Fallpauschalenkatalog in der Version „G-DRG-Version 2010 und folgende Jahr“: Neuerungen:
- Die Codierung der „Palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ (8-982.1-3) wird auch zukünftig zum Erlös eines Zusatzentgeltes (ZE 60) führen. Neu: Zusatzentgelt ab 1.1.2010 je nach Aufenthaltsdauer gesplittet und unterschiedlich hohe Erlöse:
- 8.982.0: (weiterhin) unvergütet
- 8-982.1 > ZE 60.01 > 1.321,76 € (alt: 1 x 1.347 €)
- 8-982.2 > ZE 60.02 > 2.108,98 € (alt: 2 x 1.347 €)
- 8-982.3 > ZE 60.03 > 3.354,27 € (alt: 3 x 1.347 €)

Forderungen

- Möglichst Viele erreichen
- Bereits bekannte Bezugspersonen nicht wegnehmen im Rahmen der PV
- Nicht alles Sterben ist „Palliativ-Speziell“
- Vernetzung, flache Hierarchien und Zusammenspiel „Kurativ-Palliativ“ tut gut

Fazit: Palliativ-Konsiliarteam etablieren

Teil II Hausärztliche Palli-Versorgung

- Was ist Palliativversorgung/SAPV?
- Wie wird der Hausarzt einbezogen?

Definition des im SGB V: SAPV-Patient

§ 37 b Abs. 1 SGB V (1.4.2007)

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

§ 37b Abs. 1 Teil 2

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Komplexe Symptome = SAPV

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- - ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- - ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- - ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- - ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- - ausgeprägte urogenitale Symptomatik

(nach Richtlinie zu § 37 SGB V, hier § 4)

Palliativversorgung: Schmerzmanagement



Schmerz und Demenz

Bedarf:

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

Deshalb: Schmerzen erkennen/dokumentieren

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

Krisenvorsorge/Notfallplan

Der Hausarzt/ Palliativmediziner erarbeitet einen Krisenvorsorgeplan zusammen mit dem Patienten, Angehörigen und Betreuern. Die Behandlungswünsche werden erfasst und die Vorgehensweise rechtlich abgesichert.



Notfallplan

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot (oder:)		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerzspitze		

§ 37 b Abs. 2 Satz 1 SGB V (2007)

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

Palliativkompetenz im Heim

BAG Hospiz Oktober 2005 /
Feb. 2006:

- ***Hospizkultur im Alten-
Pflegeheim –***
- ***Indikatoren und
Empfehlungen zur
Palliativkompetenz***
- *....mit 20 Indikatoren*
- *...wurde zum Standard
für weitere Prozesse*



Beispiel Ethik

Bereits 80 ethische Fallgespräche am evangelisch – reformierten Gemeindestift Elberfeld seit 2006 mit hausinterner Moderation für Ärzte, Pflegende, Familie.



Palliative Care umfassend

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

In 250 Pflegeheimen und durch 100 Pflegedienste in der ambulanten Pflege erprobt (Stand 2010: 1.300 Seiten)

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

ISBN 978-3-89947-368-1

mit Behr's NewsService

€ 89,50 zzgl. MwSt.

Dr. Jochen Becker-Ebel
Palliativversorgung



Der Kleine Ersthelfer für Pflegende

Palliative Care in Pflegeheimen

**Wissen und Handeln für
Altenpflegekräfte.**

**Von Jochen Becker-Ebel,
ehemals Steurer, Christine
Behrens, Meike**

Schwermann u. a.

Schlütersche, Okt. 2008.

160 Seiten, 16.90 Euro.

2. Auflage: Feb. 2011



Wie wird der Hausarzt mit einbezogen?

20 € pro Hausbesuch: KV Bayern

Die Initiative der KVB im Bereich der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung umfasst zwei Versorgungsstufen.

Auf der **ersten Ebene** finden Leistungen der ambulanten Palliativversorgung statt. Sie werden erbracht von allen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Für Leistungen, die in diesem Rahmen erbracht werden können – unter den unten beschriebenen Bedingungen – zusätzlich zur EBM-Pauschale 20€ pro Besuch abgerechnet werden.

Einschreibungspauschale: 80 €/Gifhorn

Eingebundene Hausärzte im Palliativnetz

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

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

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

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

Hausärzte Gatekeeper (Gifhorn)

GIFHORN (cben, 20.10.2008 Ärztezeitung). Die Deutsche BKK und das Palliativnetz Gifhorn in Niedersachsen haben den nach eigenen Angaben bundesweit ersten Vertrag zur Versorgung Sterbender nach den Maßgaben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschlossen.

Der Vertrag nach Paragraph 132 b SGB V ist rückwirkend ab dem 1. Juli 2008 gültig. Die Deutsche BKK rechnet mit 50 bis 60 Versicherten im Jahr, die eine SAPV in Anspruch nehmen werden. Der Vertrag soll den schwer kranken Patienten ermöglichen, zu Hause zu sterben. Besonderheit der Vereinbarung: Die Hausärzte fungieren als Gatekeeper.

Hausärzte Gatekeeper (Gifhorn)

"Wir haben festgestellt, dass das Konzept der Palliativ-Care-Teams in einer ländlichen Region wie bei uns nicht gut funktioniert", sagte Dr. Armin Saak, Allgemeinmediziner und Palliativmediziner vom Gifhorner Palliativnetz der "Ärzte Zeitung".

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

Hausärzte Gatekeeper (Gifhorn)

Unter Umständen kann auch einer der zur Zeit neun palliativmedizinisch fortgebildeten Ärzte des Netzes dazukommen und gegebenenfalls gemeinsam mit dem Hausarzt, dem Angehörigen und dem Patienten die nächsten Schritte besprechen. Den Löwenanteil übernehmen dann die 20 speziell fortgebildeten Palliativ-Pflegekräfte des Palliativnetzes. Der Hausarzt könne jederzeit entscheiden, was er für die Versorgung des Patienten braucht - Beratung oder Begleitung durch die Palliativmediziner oder spezielle Pflege, so Saak.

Hausärzte Gatekeeper (Gifhorn)

Für die Einschreibung in den Vertrag erhält der Hausarzt 80 Euro als Fallpauschale. Die Spezialisten erhalten pro Patient und Woche 200 Euro. Dazu kommen Pflege und Koordinationspauschalen, sowie ein Konsiliardienst, der leistungsbezogen abgerechnet wird. Die Deutsche BKK zahlt zwischen 1000 bis 3000 Euro pro Patient für maximal acht Wochen, sagte Dr. Thorsten Heberlein, Vorstandsberater der Deutschen BKK. Schon vor dem Vertragschluss wurde die Palliativversorgung in Gifhorn mit der Versorgung von 150 Patienten im Jahr erfolgreich erprobt“. "91 Prozent unserer Patienten konnten zu Hause sterben", berichtet Saak.

SAPV ohne Vertrag

- SAPV ohne Vertrag jetzt schon nutzen:
<http://www.aerztezeitung.de/e-paper/frames/pdferstellen.aspx?issue=6385>
siehe auch: www.sapv.de
- Kassenpatienten können jetzt schon (mit Klageandrohung) spezialisierte palliativärztliche Leistungen in Anspruch nehmen auf GOÄ Basis. In Musterfällen (Dr. Thöns/Bochum, aber auch in Lüneburg und Hamburg) wurde dem stattgegeben.

EBM 40 860 / 40 862

- 40860 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V - einmal im Behandlungsfall 25 Euro
- 40862 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V - höchstens zweimal im Behandlungsfall 15 Euro

Muster 63 ausfüllen

- http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2010/11/23_wirtschaft/kvbi.pdf
- Muster 63 ist hier in Kopie anbei

... und für den Hausarzt, der
Palliativmediziner ist und im SAPV Team
mitmacht.....

SAPV Umsetzung: Stand Mitte 2010

Laut KBV (Stand vom 22.07.2010) sind derzeit 100 sog. Betriebsstättennummern nach §132d SGBV erteilt. Spitzenreiter ist das Bundesland Niedersachsen mit 27 Verträgen, gefolgt von Hessen mit 19 Verträgen. Weitere: Sachsen 6, Brandenburg 6, Berlin 14, Bremen 1, Hamburg 5, Thüringen 4, Bayern 9, Baden-Württemberg 7, Schleswig-Holstein 9.

Weitere Info: Internetseite der AG SAPV mit derzeit etwa Infos über die Hälfte aller SAPV- Leistungserbringer: www.ag-sapv.de

Und Nov. 2010

Gemäß GKV (Protokoll DW/DCV zu Treffen in Berlin und eigener Text) ist für Jan. bis Nov. 2010 zu sagen:

SAPV soll eigentlich jeden zehnten Sterbenden erreichen. Das ist der Bedarf von dem aktuell in allen Berichten ausgegangen wird.

Für 2010 hätte dies bedeutet: ca. 85.000 Verstorbene hätten einen SAPV - Bedarf gehabt. Es sind aber nur 12.288 Erkrankte gewesen, die vom Januar 2010 bis Mitte November 2010 SAPV verschrieben bekommen hätten.

Dies sind zwar ca. 50 % Zuwachs gegenüber den knapp unter 8.000 SAPV-Patienten aus dem Jahr 2009 aber immer noch mehr als 85 % unter der angestrebten Zielmarke einer stimmigen Versorgung.

SAPV Umsetzung Quelle:

Diese Informationen wurden bei einem Gespräch mit dem Bundesgesundheitsministerium und Experten der Palliativversorgung und der Wohlfahrtsverbände am 12.11.2010 in Berlin veröffentlicht, wie einem Kurzprotokoll von Diakonie und Caritas zu entnehmen ist (Erstellt am 22.1..2010 von Dr. Fix/Brodt-Zabka; siehe: www.diakonie-rwl.de. Hospizinfo 6 vom Dez. 2010, S. 8 und 9)

Zu § 132 d SGB V Rahmen: § 5.2.

Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

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

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre

oder

- aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

PalliativmedizinerInnen in Deutschland

- Die Befragung der Bundesärztekammer zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Stunden Weiterbildung) und die ergänzende Erhebung bei der Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung ergab folgende Daten zum Stichtag 31. 12 2008:

- Kassenärztliche Vereinigung bzw. Landesärztekammer (unten: Auswahl)**
- Ärztinnen/Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung (zugelassen/angestellt)**
- Ärztinnen/Ärzte in der stationäre Versorgung (angestellt im Krankenhaus)**
- gesamt**

	1	2	3	4
• Berlin		8	21	29
• Brandenburg		15	29	44
• Nordrhein		99	171	270
• Niedersachsen		225	160	385
gesamt	(alle)	958	1.398	2.356

Palliativärzte in D

1	2	3	4
Baden-Württemberg	165	208	373
Bayern	22	98	120
Berlin	8	21	29
Brandenburg	15	29	44
Bremen	6	14	20
Hamburg	16	25	41
Hessen	63	128	191
Mecklenburg-Vorpommern	27	43	70
Niedersachsen	225	160	385
Nordrhein	99	171	270
Rheinland-Pfalz	65	67	132
Saarland	2	11	13
Sachsen	40	70	110
Sachsen-Anhalt	7	36	43
Schleswig-Holstein	45	62	107
Thüringen	7	39	46
Westfalen-Lippe	146	216	362
Gesamt	958	1.398	2.356

Strukturerhebungsbögen SAPV

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

- z.B.: Vdek – Thüringen: <http://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/SAPV/index.htm> (hier auch alle Gesetze)
- z.B.: Aok Sachsen: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/sac/pflege/palliativambulanz/> (hier auch gleich alle weiteren Unterlagen)

Teilnahme an SAPV (Berlin)

Nachweis folgender Voraussetzungen:

- Zulassung als Vertragsarzt im KV-Bereich Berlin oder angestellter Arzt in einer zugelassenen Praxis
- abgeschlossene Weiterbildung in Palliativmedizin (oder begonnen bis 31.12.2010)
- selbständige ambulante Versorgung von mind. 75 Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre (oder mindestens eine einjährige klinische palliativmedizinische Tätigkeit in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre)

Zur Durchführung der SAPV-Leistungen müssen Sie mit einem Pflegedienst, der ebenfalls bestimmte Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, eine Kooperationsvereinbarung schließen.

Niedersachsen SAPV

Tab. 1: Vergütungspauschalen inkl. Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, Wegezeiten und Fahrtkosten

Name	Beschreibung	Max. Frequenz	Betrag
E	Eingangspauschale für Erstberatung/Koordination	1 x pro Fall	100 €
B	Beratung/Koordination einschl. Palliativmediziner (auch telefonisch)	Kalendertäglich	39 €
P1	Pflege (Aufwand bis 30 min)	Bis zu 3 x kalendertäglich	23 €
P2	Pflege (Aufwand 31–50 min)		37 €
P3	Pflege (Aufwand über 50 min)		50 €
A1	Ärztliche Behandlung (Aufwand bis 50 min)	7 x pro Woche	50 €
A2	Ärztliche Behandlung (Aufwand über 70 min)		65 €

SAPV Vergütung Berlin (Arzt)

SAPV Leistungen ab 1. Juli 2010 (Scheinuntergruppe 20):

1. Beratung: (einmal im SAPV-Behandlungsfall) je SNR **30,00 €**

- Beratung des behandelnden Hausarztes SNR 99060
- Beratung des Patienten u./o. dessen Angehörigen 99061
- Beratung der ausführenden SAPV-Pflegefachkraft 99062

2. Koordination: (einmal im SAPV-Behandlungsfall / nicht neben der vollständigen Versorgung) Erstellung des Behandlungsplans und erforderliche Beratungsleistungen SNR 99063 **75,00 €**

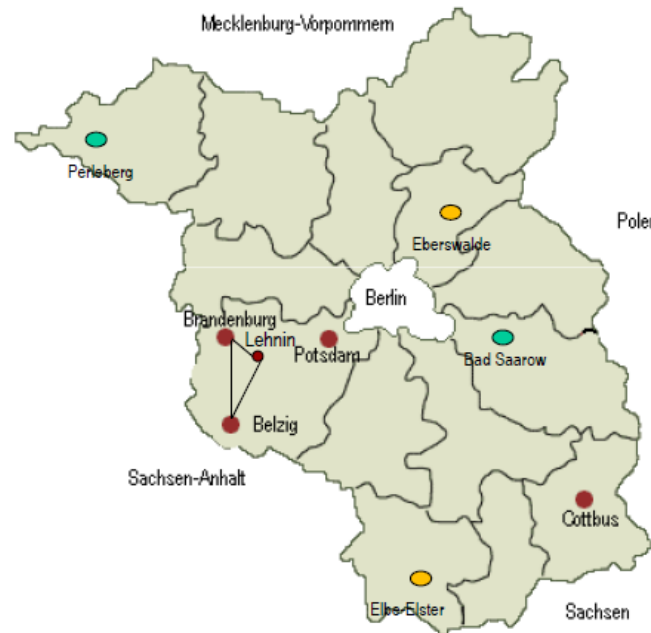
SAPV Vergütung Berlin (Arzt)

- 3.a) Additiv unterstützende **Teilversorgung**: (einmal in der Behandlungswoche / nicht neben der vollständigen Versorgung) SNR 99064 **105,00 €**
- 3.b) Vollständige **Versorgung**: (je Hausbesuch 1x am Tag / im Ausnahmefall mit Begründung eines weiteren Hausbesuches am Tag / nicht neben der Koordination und additiv unterstützenden Teilversorgung) SNR 99065 **62,00 €**
- 3.c) **Hospizwochenpauschale**: (bei vollständiger Versorgung durch den spezialisierten Palliativarzt im Hospiz abrechenbar / nicht neben der vollständigen Versorgung abrechenbar. Bei einem direktem Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung ist nicht die Beratung abrechenbar) SNR 99066 **124,00 €**

SAPV Übersicht Brandenburg

LAGO

Palliativ-Netzwerke in BB



Koordination durch LAGO

- Potsdam (PNP)
- BB-Lehnin-Belzig (BLB)
- CB/Niederlausitz (NPN)

Kooperation

- Bad Saarow
- Perleberg

in Entstehung

- Elbe-Elster
- Eberswalde

NRW Vertrag (Nordrhein)

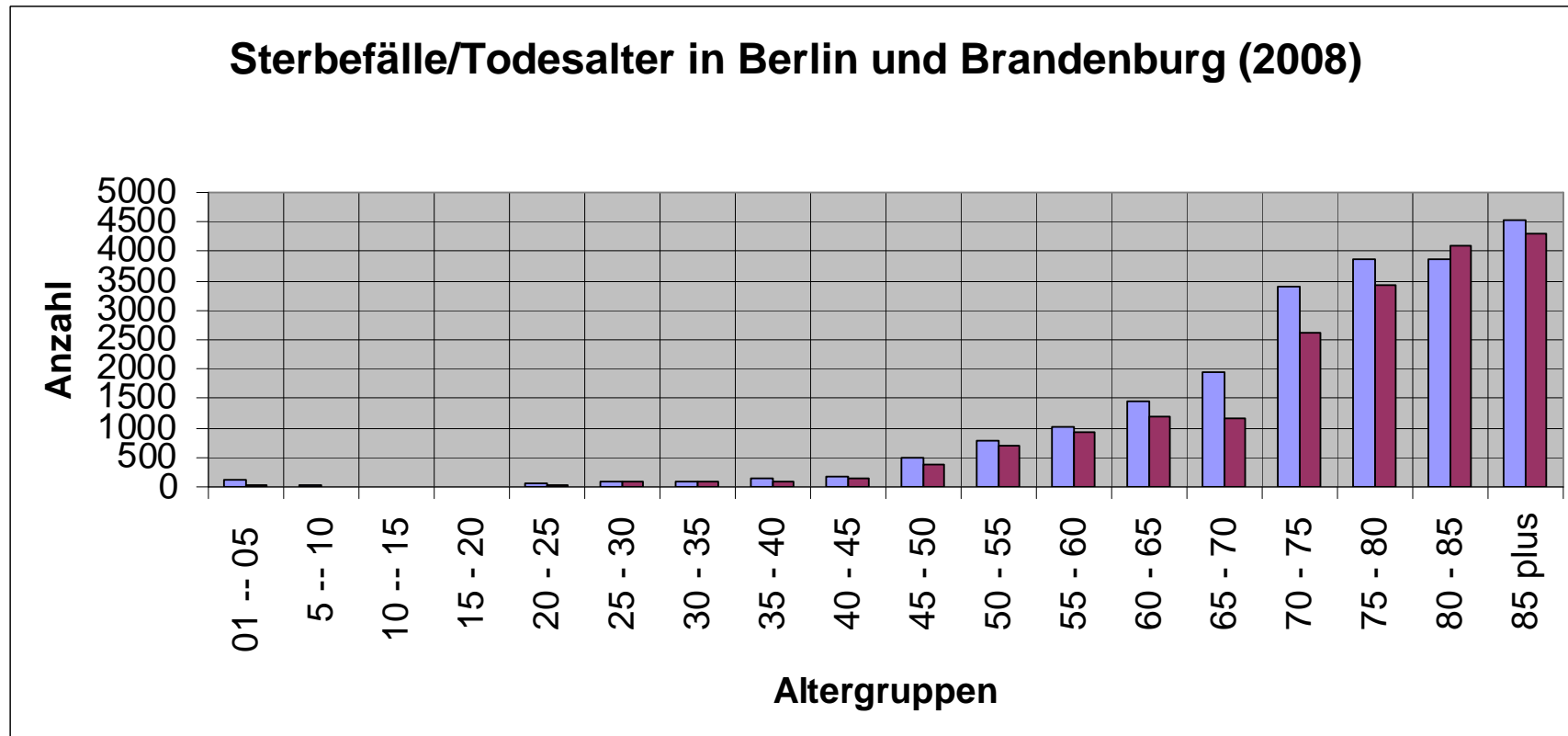
Die Leistungen der SAPV sind nur dann Vertragsgegenstand, wenn sie ausschließlich in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden. Die Personalstärke eines Palliative-Care-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen,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

Palliativstützpunkte in Niedersachsen



Ein paar Zahlen....

Berlin/Brandenburg: Sterbefälle



Ca. jeder Hundertste stirbt

	2006	2007	2008	2009
Berlin Bevölkerung am 1.1.	3.395.189	3.404.037	3.416.255	3.431.675
Brandenburg Bevölkerung am 1.1.	2.559.483	2.547.772	2.535.737	2.522.493
Berlin (Verstorbene/Jahr)	31.523	30.980	31.911	31.713
Brandenburg (Verstorbene/Jahr)	26.348	26.666	26.807	27.310
Berlin (Verstorben in %)	0,93	0,91	0,93	0,92
Brandenburg (Verstorben in %)	1,03	1,05	1,06	1,08

(C)opyright Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

Bewohner / Verstorbene (regional)

Berlin	3.431.675	31.571
Brandenburg	2.522.493	27.243
Brandenburg an der Havel, Kreisfreie Stadt	72.516	783
Cottbus, Kreisfreie Stadt	101.785	1.099
Frankfurt (Oder), Kreisfreie Stadt	61.286	662
Potsdam, Kreisfreie Stadt	152.966	1.652
Barnim, Landkreis	177.644	1.919
Dahme-Spreewald, Landkreis	161.482	1.744
Elbe-Elster, Landkreis	115.560	1.248
Havelland, Landkreis	155.141	1.676
Märkisch-Oderland, Landkreis	191.241	2.065
Oberhavel, Landkreis	202.231	2.184
Oberspreewald-Lausitz, Landkreis	125.216	1.352
Oder-Spree, Landkreis	186.542	2.015
Ostprignitz-Ruppin, Landkreis	104.786	1.132
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	204.277	2.206
Prignitz, Landkreis	84.284	910
Spree-Neiße, Landkreis	130.626	1.411
Teltow-Fläming, Landkreis	162.073	1.750
Uckermark, Landkreis	132.837	1.435

„Jeder 10-te Sterbende braucht SAPV“

Verschiedene Experten benennen, fordern, definieren: Jeder 10-te Sterbende braucht SAPV – so auf BGM zu § 37b SGB V und:

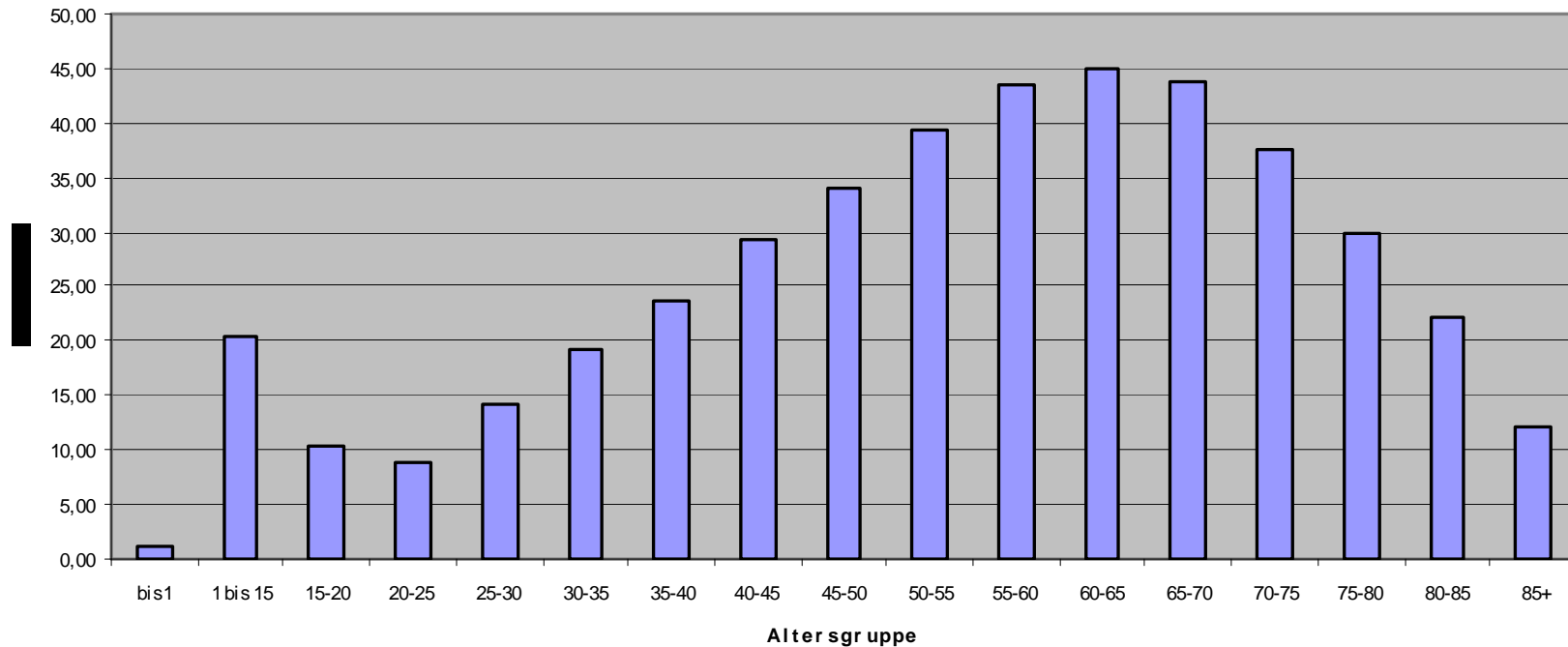
- <http://www.sapv.de/SAPVBetriebswirt21.2.2009.pdf> (Dr. Sittig) und
- <http://www.institut-am-muehlenbach.com/HandOutDrSchwarz.pdf> (Dr. Schwarz) und
- www.mediacion.de siehe: Download. (Dr. Steurer gemäß stat. Jahrbuch 2008).

Bewohner / Verstorbene / SAPV Bedarf

Berlin	3.431.675	31.571	3.157
Brandenburg	2.522.493	27.243	2.724
Brandenburg an der Havel, Kreisfreie Stadt	72.516	783	78
Cottbus, Kreisfreie Stadt	101.785	1.099	110
Frankfurt (Oder), Kreisfreie Stadt	61.286	662	66
Potsdam, Kreisfreie Stadt	152.966	1.652	165
Barnim, Landkreis	177.644	1.919	192
Dahme-Spreewald, Landkreis	161.482	1.744	174
Elbe-Elster, Landkreis	115.560	1.248	125
Havelland, Landkreis	155.141	1.676	168
Märkisch-Oderland, Landkreis	191.241	2.065	207
Oberhavel, Landkreis	202.231	2.184	218
Oberspreewald-Lausitz, Landkreis	125.216	1.352	135
Oder-Spree, Landkreis	186.542	2.015	201
Ostprignitz-Ruppin, Landkreis	104.786	1.132	113
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	204.277	2.206	221
Prignitz, Landkreis	84.284	910	91
Spree-Neiße, Landkreis	130.626	1.411	141
Teltow-Fläming, Landkreis	162.073	1.750	175

Jedoch nur 26 von 100 versterben an Tumorerkrankungen

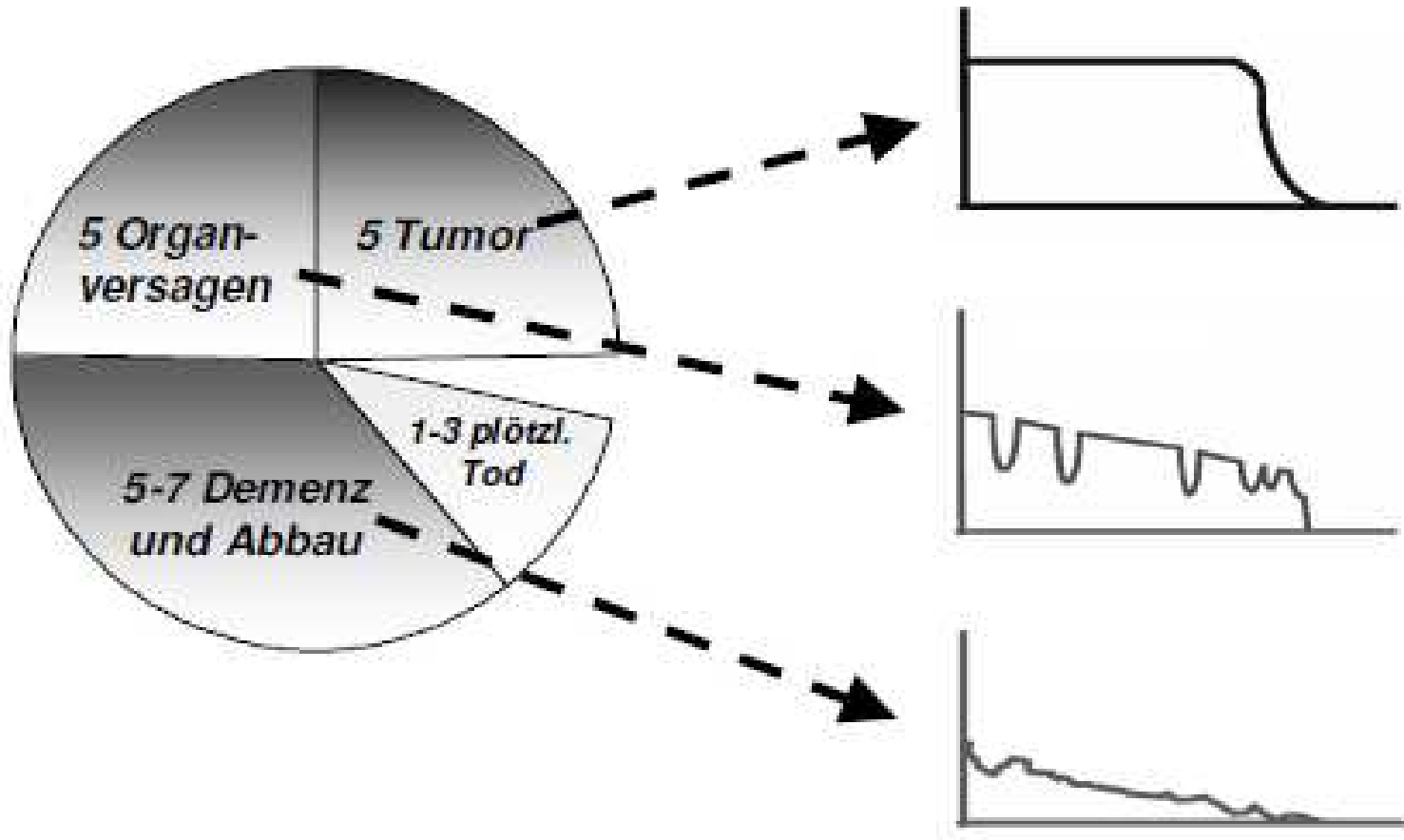
ICD 10 "C" Verstorbene in Altersgruppe in %



Verstorbene / ICD 10: „C“ / SAPV (1/3)

Berlin	31.571	8.209	2.463
Brandenburg	27.243	7.083	2.125
Brandenburg an der Havel, Kreisfreie Stadt	783	204	61
Cottbus, Kreisfreie Stadt	1.099	286	86
Frankfurt (Oder), Kreisfreie Stadt	662	172	52
Potsdam, Kreisfreie Stadt	1.652	430	129
Barnim, Landkreis	1.919	499	150
Dahme-Spreewald, Landkreis	1.744	453	136
Elbe-Elster, Landkreis	1.248	324	97
Havelland, Landkreis	1.676	436	131
Märkisch-Oderland, Landkreis	2.065	537	161
Oberhavel, Landkreis	2.184	568	170
Oberspreewald-Lausitz, Landkreis	1.352	352	105
Oder-Spree, Landkreis	2.015	524	157
Ostprignitz-Ruppin, Landkreis	1.132	294	88
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	2.206	574	172
Prignitz, Landkreis	910	237	71
Spree-Neiße, Landkreis	1.411	367	110
Teltow-Fläming, Landkreis	1.750	455	137
Uckermark, Landkreis	1.435	373	112

Sterbende/Krankheiten/Verläufe



Gefährdungen:

- a) Zu kleine Fallzahlen in der Region
(auf dem Lande)
- b) Kommunikationsprobleme
- c) Technisierung

Versterbensarten: chron. - plötzlich

- Von 1.000 Menschen:
- sterben 50 % plötzlich (und deshalb ohne SAPV und AAPV): 500 (vgl. auch Sittig)
- Und
- Es sterben 50 % an chronischen Leiden: 500 (und damit mit SAPV und AAPV) (siehe Sittig aber nicht: Schwarz)

Chronisches Versterben nach Art

- Von jener Hälfte aller Sterbenden, die chronisch versterben stirbt etwa die Hälfte (genauer: 52,4 %) an Tumorerkrankungen (das sind 26,2 % aller Todesfälle): also ca. 250 / 260 Sterbende.
- (Hinweis: Schwarz aaO. geht von 50 % aller Ingesamt-Todesfälle durch Tumorleiden aus, was schlichtweg falsch ist; Sttig at die richtigen Zahlen übernommen)
- Die andere Hälfte stirbt an multimorbiden Erkrankungen (COPD, Herzinsuff. Etc.): ca. 240/250 Sterbende.

SAPV bei chron. Sterbenden

- Von den chronisch tumorleidend-Versterbenden braucht etwa ein Drittel aller Sterbenden (siehe die Erfahrungen aus NRW) die SAPV und 2 Drittel brauchen AAPV. Das bedeutet: $1/3$ von $255 = 85$ Sterbende mit SAPV (vgl. Schwarz: 100)
- Bei den chronischen, nicht an Tumorleiden Versterbenden brauchen etwa $1/6$ SAPV, d.h. $1/6$ von $240 = 40$ mit SAPV (Schwarz nur 25)

SAPV Behandlungsgesamtzahl

- Es brauchen somit pro Jahr pro 100.000 Bewohner mit ca. 1.000 Sterbenden ca. 125 Sterbende SAPV.
- Schwarz kommt ebenfalls auf 125.
- Sittig kommt auf ca. 100 (betrachtet aber nur die Tumorpatienten)
- Das Gesetz vom 1.4.2007 (§ 37b SGBV) geht von 10 % aller Sterbenden aus, somit 100, die SAPV brauchen.

Bedarfszahl / Versorgungszahl

- Wenn 125 Sterbende SAPV brauchen (nach meiner Berechnung: 85 mit Tumorleiden und 40 mit Multimorbiden Leiden), dann brauchen wie viele von diesen stets gleichzeitig die SAPV ?

80 Jahres-Tumortote

- Wir haben hier nur Zahlen für die Tumorerkrankten aus NRW und die besagen: 1 Monat (1/12 eines Jahres) Überlebenszeit im Durchschnitt nach Palliativversorgungsbeginn, d.h. wir haben stets $85 : 12 =$ etwa 7 Patienten mit gleichzeitigem SAPV Bedarf

40 Nicht – Tumor Verstorbene

- Bei den Nicht an Tumorkrankheiten Verstorbenen zeigt die Entwicklung des § 37b SGB V in den Begleitkommentaren, dass von längeren Sterbeprozessen ausgegangen wurde. Deshalb im Gesetz: „Tage, Wochen, Monate...“ gerade im Blick auf fortgeschrittene Demenz....
Deshalb durchschnittlicher Bedarf 3 Monate (= $\frac{1}{4}$ eines Jahres): $40 : 4 = 10$

Max. SAPV-Tages-Bedarf

- Ich komme somit auf max. 17 parallel zu Behandelnde bei einer Bevölkerungsgruppe von 100.000 Menschen.
- (Vergleichszahlen: gesetzlich: nicht bedacht, jedoch ca. 10-15; Schwarz: 10,4 und Sittig: 15)

Warnhinweis

- Diese Zahl von 12-17 klappt nur wenn:
- Niemand in diesem letzten Lebensmonat ins Hospiz geht
- Niemand länger im Krankenhaus ist
- Niemand zu spät von den Hausärzten den Palliativmediziner zugewiesen wird
- Niemand in den Heimen in der letzten Phase „palliativ-unerkannt bleibt“

Gefahren

- Da aber weiterhin Hospize ihre Betten füllen wollen und weiterhin Menschen zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden und sich auf Palliativstationen aufhalten, wird ca. $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der SAPV zu Versorgenden wegfallen.
- Und ein weiteres $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ könnte wegfallen wegen mangelnder Kooperation mit Hausärzten und Heimen.
- Und: manche wollen am Lebensende einfach keine „Fremden“ (Non-Compliance).
- Fazit: bessere Kommunikation; klare Strukturverträge; steter Hausarztbezug

Annehmbare Zahlen

- Es werden somit nur ca. 6 bis 10 Personen stets parallel zu versorgen sein. Für Niedersachsen bedeutet dies einen Tagesumsatz von maximal mit allen Zuschlägen 1.200 bis 2.000 Euro am Tag für alles, das heißt auch für die Pflegenden, die Ärzte, die Koordination, die Verwaltung, die Sitzungen/Übergaben...

Kommunikationsmängel mit Pflegenden

Eine Pflegekraft im Internet-Blog: „ Wir haben seit kurzem eine Palliativstation im Haus, wurden da von einem Facharzt kurz informiert (sind im gleichen Haus). Bei diesem sehr informativen Vortrag wurde unter anderem erwähnt, dass Morphin in der Palliativpflege auch zur Behandlung der oft quälenden Atemnot eingesetzt wird. Mir war die Wirkungsweise nach den Erklärungen des besagten Arztes eigentlich gleich logisch verständlich. Genau hier sehe ich das Problem. Zufällig bekamen WIR aus dem KH einen Bew., der Morphin aus diesem Grund verordnet bekam, es sollte an der Medikation nichts mehr verändert werden, was natürlich so nicht im Entlassungsbrief stand. Nun wollte der HA das Morphin reduzieren, ich versuchte zu erklären, warum der Bew. es weiter erhalten sollte, da bekam ich eine Erklärung des HA, dass Morphin atemdepressiv wirkt, bla,bla bla. Nun das weiß ich ja, aber ich bin doch nicht der, der die HÄ über Behandlungsmethoden aufklären soll. Das war nun auch noch ein Arzt im mittleren Alter, von dem ich ausgehe, dass er (hoffentlich) immer wieder auch auf Fortbildungen ist. Palliativ ist einfach noch ein großes Stiefkind bei uns, ich hoffe, dass unser Haus in dieser Hinsicht noch viel erreichen kann. Wie sind so eure Erfahrungen? „

Quelle: <http://www.pflegeboard.de/30291-hausaerzte-und-palliativ.html>

Palliativmediziner versus Hausärzte

Palliativmediziner:

„Zusammenarbeit mit Hausärzten

- kaum Überweisungen von SAPV-Patienten seitens der Hausärzte
- Kooperation mit dem SAPV-Team wird durch Hausärzte oft abgelehnt
- Ein Großteil der Hausärzte versteht nicht, warum es ein SAPV-Team gibt. Diese Leistungen hätten vorher die Hausärzte selbst erbracht.
- Nur nach und nach wird die Akzeptanz bei den Hausärzten erhöht „

Quelle: Protokoll Palliativnetzwerk BLB, 4/2010

Bürokratisierung versus Ärzte

Gronemeyer, Heller und Kittelberger wenden sich gegen die Technisierung und Bürokratisierung und Vereinheitlichung in der Begleitung des Sterbens, andere wollen es „zertifizieren und Qualitätskontrollieren“



Teil III: Individuelle Beratung