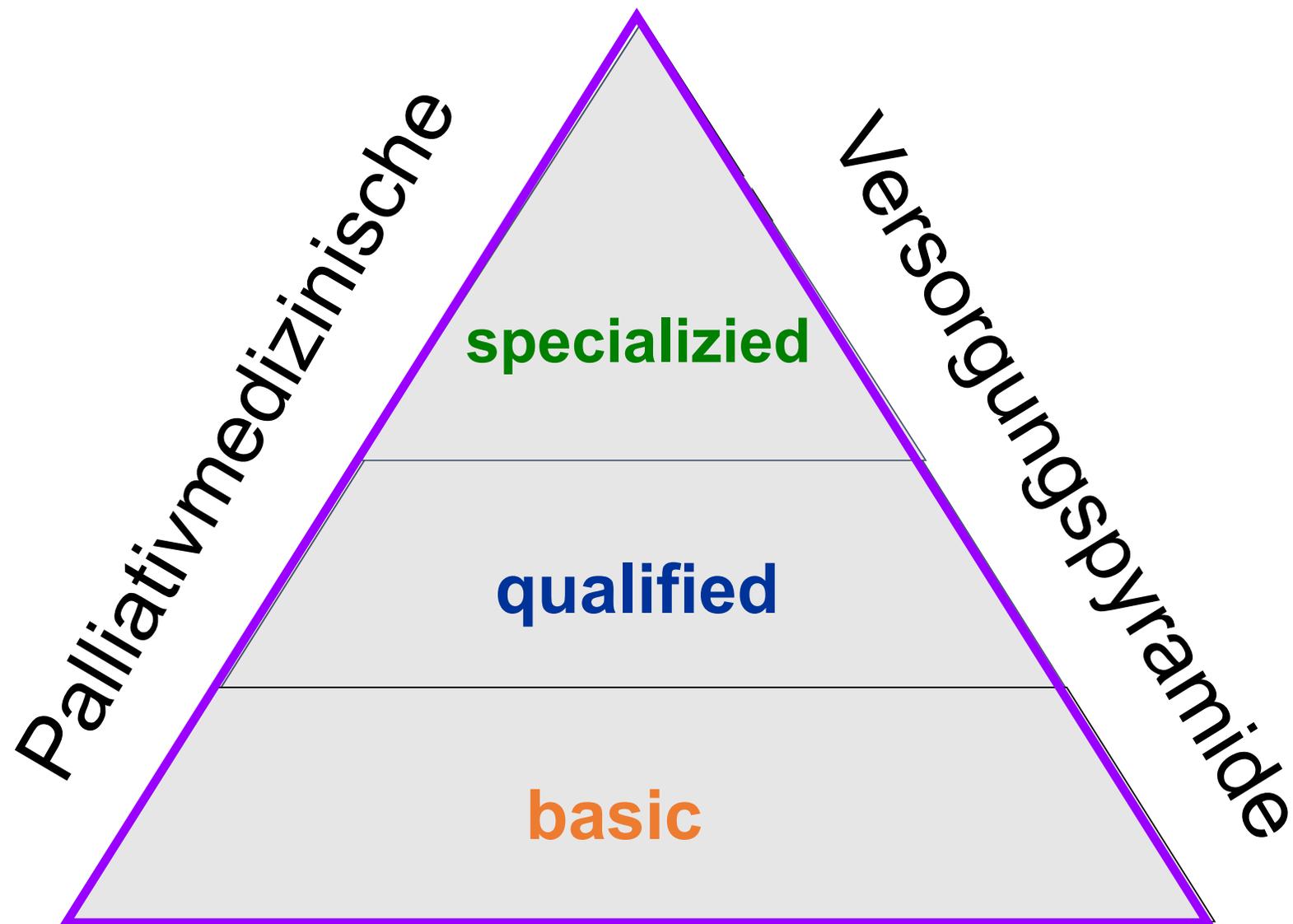


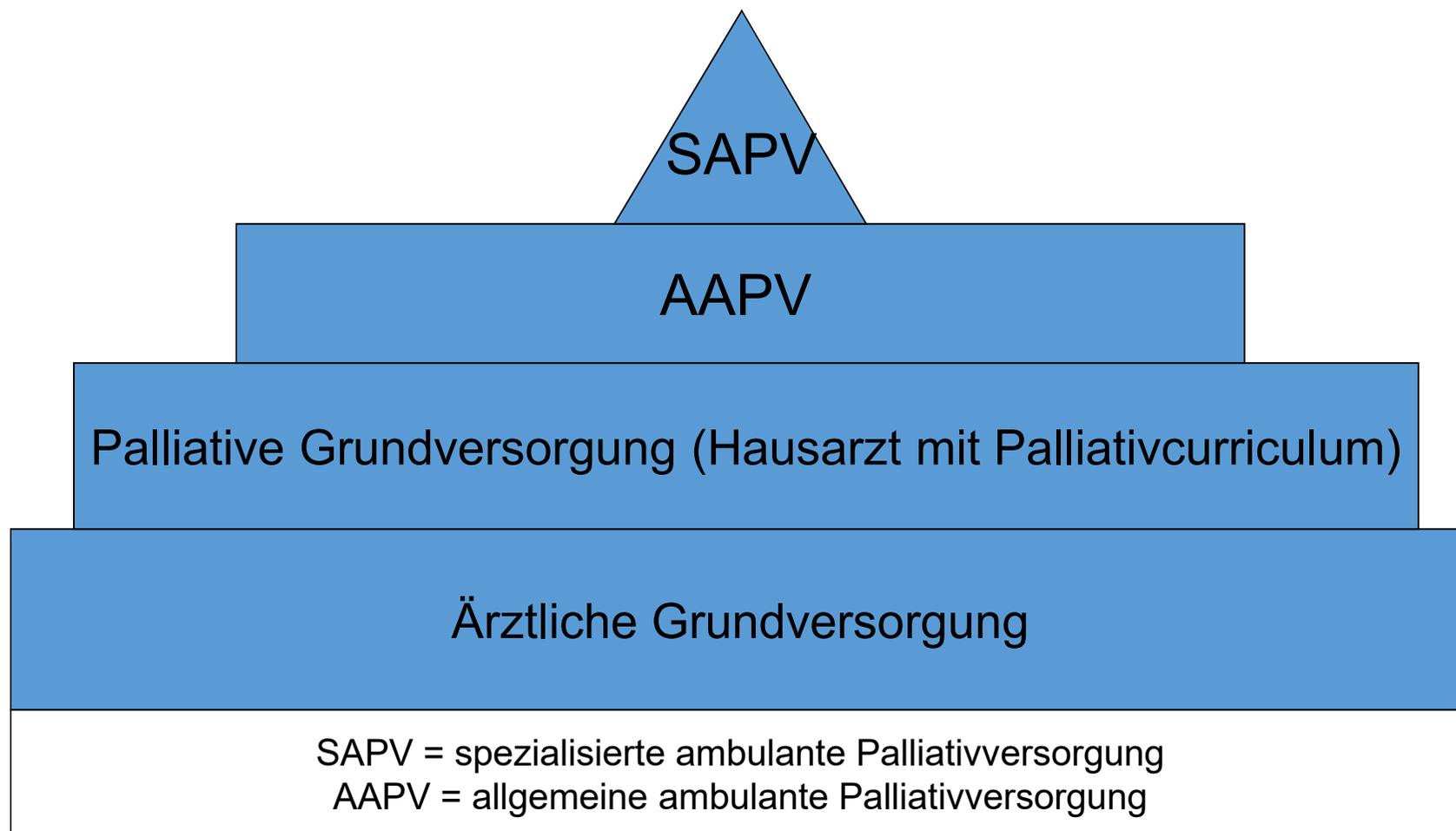
Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV) als ein Baustein der Versorgungspyramide in Essen – Ein Praxisbericht

Dr. Martin Dreyhaupt

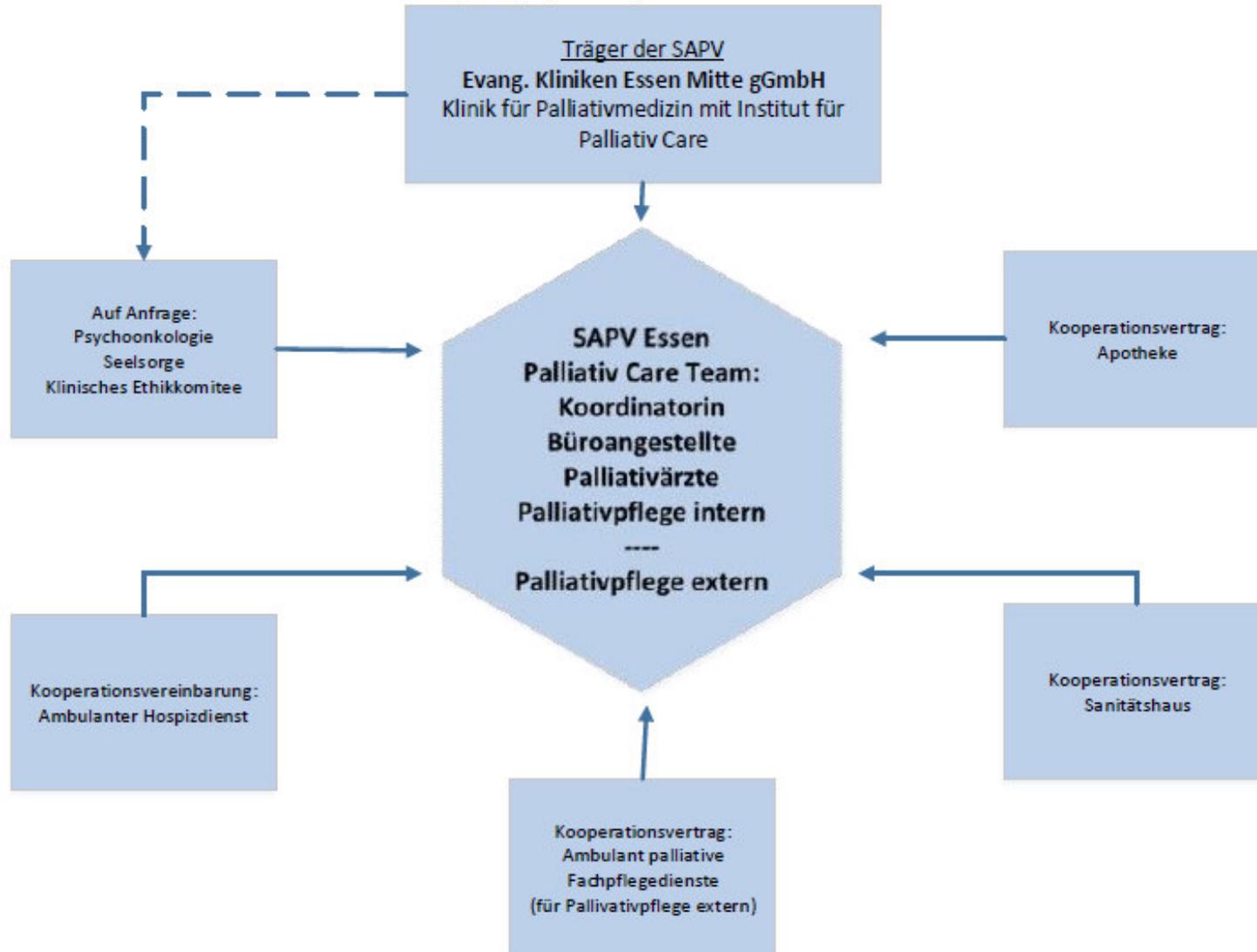
Arzt des Palliative Care Teams der SAPV Essen



Rec 24 (2003) Council of Europe zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung



Struktur Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) Essen



Gesetzliche und vertragliche Voraussetzungen:

Sozialgesetzbuch (SGB V)

Fünftes Buch

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Vertrag gemäß § 132 d SGBV über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37 b SGB V in Nordrhein

(Neufassung im Rahmen eines Bundesrahmenvertrags in den nächsten Jahren)

Voraussetzungen für eine SAPV

Palliative Diagnose + weit fortgeschritten + reduzierte Lebenserwartung

und

- komplexes Symptomgeschehen
oder
- ausgeprägte Symptombildung
oder
- aufwendige Wundversorgung

Voraussetzung SAPV

- Einwilligung durch aufgeklärte Patientin
- Verordnung durch Krankenhausärztin oder KV Ärztin
 - Teilversorgung (Palliativziffern können weiter durch KV Ärzte abgerechnet werden)
 - Vollversorgung

Vorgaben und Einschränkungen durch die Kostenträger

- Einwilligung und Verordnung innerhalb 3er Werkstage bei der Krankenkasse
- Kranken-Transportscheine dürfen nicht ausgestellt werden
- Einweisungen für stationäre Behandlungen dürfen nicht ausgestellt werden
- Inkontinenzmaterial darf nicht rezeptiert werden
- Für SAPV Versorgung im Hospiz bedarf es auch einer Verordnung

Vor dem 1. Einsatz:

Informationen (möglichst im persönlichen Gespräch)

- Erkrankungssituation, Leidensdruck, Symptome
- Diagnosen, aktuelle Therapie (Medikamente)

- Aufklärungsstand der Patientin und der Zugehörigen
- (Therapie)Wünsche / Vorstellungen der Patientin

- Besondere Umstände / Situation der Zugehörigen
- Kontaktdaten inkl. Telefonnummern
- Sonstige Leistungserbringer

Kommunikation mit den Kolleginnen

- Rückmeldung per Fax an die Praxis mit Infos über
 - Aufnahmegrund
 - Verordner
 - Geplantes Vorgehen
 - Beteiligte Dienste
- Rückmeldung per Fax bei Beendigung der SAPV mit Infos über
 - Entlassungsgrund
 - Durchgeführte Maßnahmen

Nach Bedarf nähere Kontaktaufnahme

SAPV Falldarstellung (70 jähriger Patient, metastasiertem Zökumtumor)

bereits am Vortag aus KH entlassen,

Ehefrau maximal aufgeregt, erschöpft, am Ende ihrer Kräfte

Patient hat die ganze Nacht erbrochen, sehr reduzierter Allgemein- und Kräftezustand

- Keine Patientenverfügung, Patient ist sich unsicher, was er noch an medizinischer Therapie will

Eheleute von Geschwindigkeit der Ereignisse überrollt, Ehefrau ist sich unsicher, ob sie das schaffen kann und will

Behandlungs-Konzept

- Konservative Ileustherapie (inkl. Infusionstherapie) iv. (Port vorhanden)
- Bedarfsmedikation sublingual, bzw. s.c. und iv.
- Tägliche Besuche durch das Palliativteam

- Ambulanten Hospizdienst hinzu organisiert
- Hilfe bei der Körperpflege kurzfristig durch die Palliativschwestern (eigentlich Leistung der Pflegekasse)

- Organisation Urinflasche/Toilettenstuhl für den gleichen Tag

Verlauf nach 4 Tagen

- Keine Erbrechen mehr, Pat führt mehrmals ab
- AZ etwas stabilisiert
- Ehefrau wirkt ebenfalls beruhigter, stabiler
- Parenterale Ernährung auf Wunsch wieder begonnen

Verlauf 6 . – 8. Tag

- Erneutes Erbrechen nach Steigerung der oralen Nahrungsaufnahme
 - Sono Abdomen: weiter Dünndarmileus
 - Unter Erbrechen wieder verschlechterter AZ (Sterbephase ?)
 - (terminale) Unruhe
- Vor dem Wochenende „Strategiegespräch“ mit allen Beteiligten:
Palliativstation zur Anlage Ablauf-PEG oder stationäres Hospiz?
- Pat verstirbt am Wochenende zu Hause
- Ehefrau ist sehr froh es zu Hause geschafft zu haben.

Warum dann manchmal trotzdem Krankenhausbehandlung?

- Patientin möchte ins Krankenhaus
- Überforderte oder nicht vorhandene Angehörige
- Krankenhauslogistik erforderlich
- Delir !?

Stationäre Pflegeeinrichtungen besondere palliative Versorgungssituation

- Bewohner und Pflegepersonal leiden
- Oft reichen wenige, einfache Mittel um große Effekte zu erreichen
 - Klare Anordnung bzgl. Therapiebegrenzung für die Pflege
 - Bedarfsmedikation für die Sterbephase
- AAPV oder Basisversorgung wären oft ausreichend

Missverständnisse

- Palliativausweis bedeutet Palliativnetz
- Palliativnetz bedeutet SAPV Patient
- SAPV hat keine Kapazitätsgrenzen

Die Situation in Essen

Wo sterben Menschen in Essen?

Auswertung der Todesbescheinigungen März und Juni 2014 in Essen (Iris Fay, Gesundheitsamt Essen)

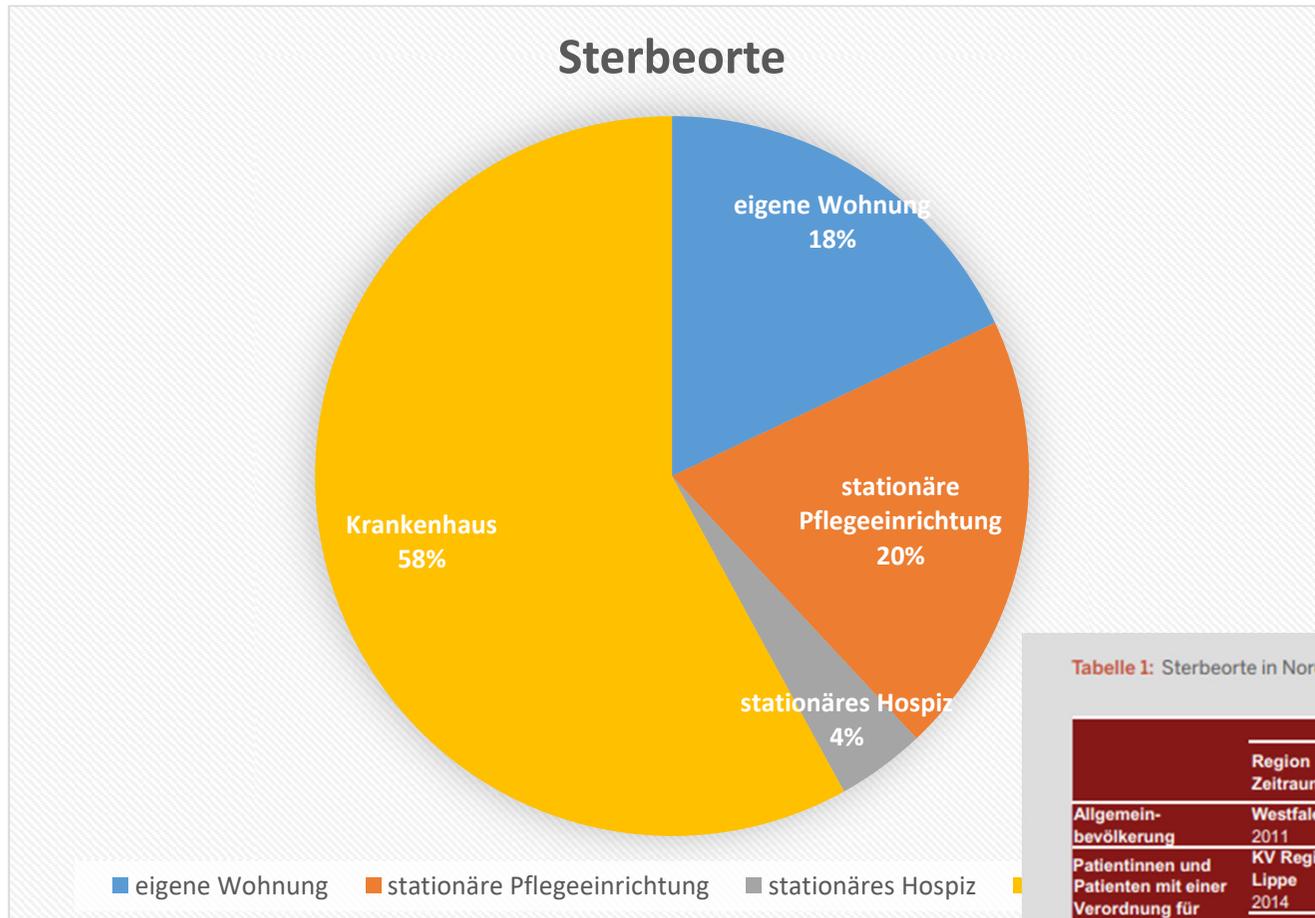


Tabelle 1: Sterbeorte in Nordrhein-Westfalen, Daten aus verschiedenen Publikationen

	Region Zeitraum	Sterbeort in % (Jahr)					Quelle
		Kranken- haus* ¹	Palliativ- station	Alten- oder Pflegeheim	Hospiz zu Hause		
Allgemein- bevölkerung	Westfalen-Lippe 2011	51,2	1,0	19,0	4,6	23,0	[Dasch 2015]
Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung für ambulante Palliativ- versorgung	KV Region Westfalen- Lippe 2014 KV Region Nordrhein 2/2014-1/2015	8,7	3,0	31,0	12,6	44,7	[Lux et al. 2016] [Zimmermann & Merling 2015]

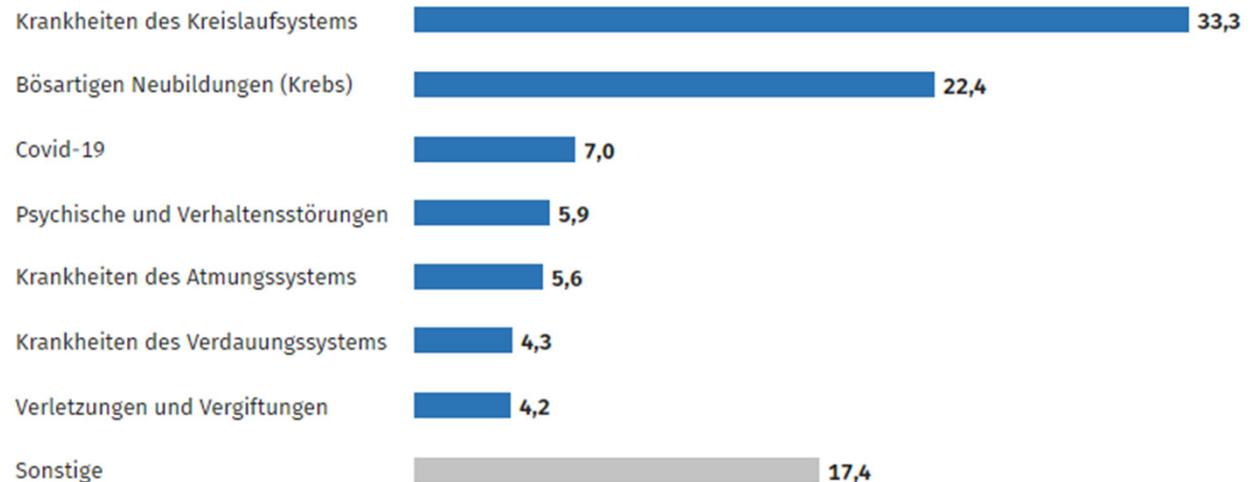
*1 aber nicht auf einer Palliativstation

SAPV Bedarfszahlen SAPV

Es wird angenommen ... dass 20 % der Menschen mit einer Krebserkrankung und 5 % der nicht-onkologischen Patientinnen und Patienten am Lebensende eine spezialisierte (ambulante) Palliativversorgung benötigen [MAGS 2005]. Mittlerweile werden diese Schätzungen allerdings zunehmend hinterfragt und als zu niedrig eingeschätzt [Radbruch 2011a, Leitlinienprogramm Onkologie 2015].

Todesursachen nach Krankheitsarten 2021

in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

SAPV Bedarf für Essen

- Ca. 8000 Todesfälle pro Jahr
 - ca. 22% tumorbedingt: 1760
 - ca. 78% sonstige Ursachen: 6240
- 20 % der tumorbedingten Todesfälle mit SAPV Bedarf: 352
- 5 % sonstige Ursachen mit SAPV Bedarf: 312
- Bedarf an SAPV in Essen gesamt: 667 pro Jahr

Daten der SAPV Essen (2022)

Anzahl: 778 Patienten

Behandlungsorte:

445 zu Hause 204 stationäre Pflege 119 Hospiz

Behandlungszeit:

<3 Tage: 177

im Mittel: 35 Tage

> 6 Monate: 33

Diagnosen: Tumor: 548

Nicht-Tumor: 230

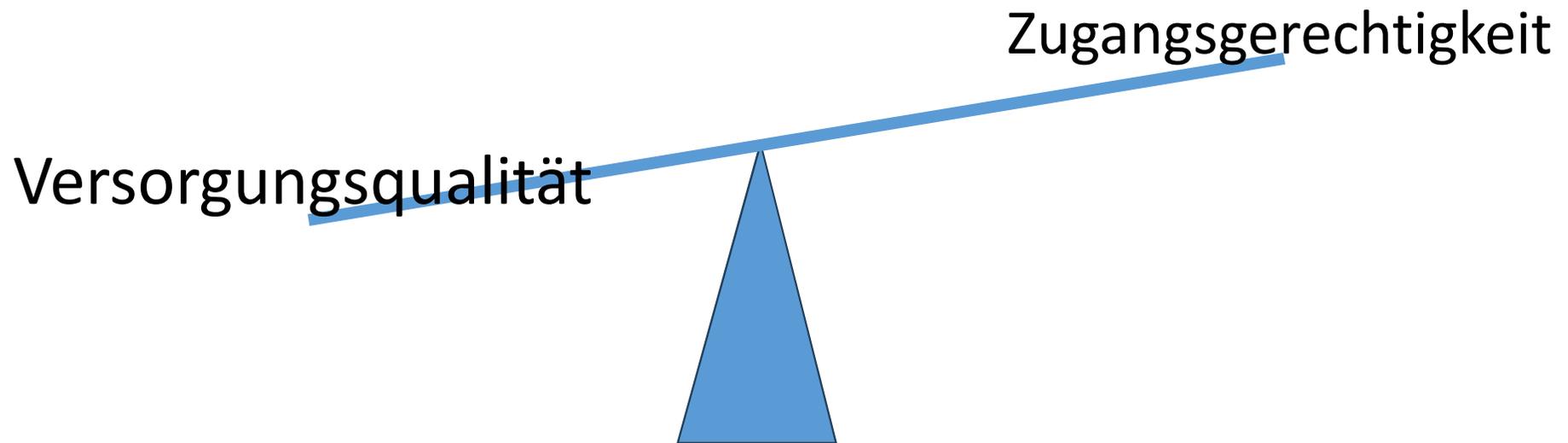
537 Patienten verstorben, davon 517 nicht im Krankenhaus !!!

Versorgungssituation in Essen

Nachfrage

Angebot

Kompromiss in der SAPV



Konsequenzen für die SAPV in Essen

Nachfrageseite

- Konzentration auf eigentliche Zielgruppen
 - Keine SAPV für aufwendige Versorgungssituation ohne palliativen Hintergrund
 - Kein Ersatz für die ambulante Basisversorgung (Urlaubsvertretungen, Hausbesuche)
 - Problem: chronische Schmerzpatienten

Angebotsseite

Wenn Wartezeit, dann Aufnahme-Reihenfolge nach Dringlichkeit

- Sterbesituation
 - Quälende Symptomatik
 - stabile Therapiesituation
 - Patientinnen mit maximalem Therapiewunsch

Neuaufnahmen im Rufdienst

§ 4 Inhalt und Umfang der SAPV

Vertrag gemäß § 132 d SGBV über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37 b SGB V in Nordrhein

Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen

Neuaufnahmen im Rufdienst (Nicht-SAPV Patienten)

- Nur bei palliativer Notfallsituation (massiver Symptomdruck)
 - Arzt vor Ort (KV-Arzt, KV-Notdienst oder Notarzt) bestätigt die aktuelle SAPV-Notwendigkeit (Telefonischer Kontakt Ärztin zu Ärztin) und Fähigkeit
 - SAPV-Verordnung im Vorfeld („für den Fall, dass ...“ i.R. einer Urlaubsvertretung) reichen nicht aus !
-
- “freiwillige“ Leistung – nur bei freier Kapazität
 - Ärztin arbeitet am nächsten Tag weiter (kein Schichtdienst)

SAPV über ärztlichen Notdienst

- Palliative Erstversorgung über Notärztin vor Ort
- Leitstelle hat SAPV Rufbereitschaftsnummer
- Klärung der SAPV-Indikation und Möglichkeit (Ärztin zu Ärztin)
- Ggf. nur telefonische Beratung
- Einsatz SAPV-Ärztin + ggf. Pflege übernimmt
- Meist s.c. Dauerinfusion zur Symptomkontrolle oder s.c. Gabe durch Pflegepersonal in einer stationären Einrichtung
- Von 170 Patienten die weniger als 3 Tage SAPV behandelt wurden, von Januar bis Oktober : bei **31 Patientinnen SAPV über Notdienst hinzugerufen**



Nils Schneider

Reformvorschläge zur Notfallversorgung – wird es Zeit für die „Notfall-SAPV“ in der ambulanten Palliativversorgung?

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Notfall optimal versorgt sein, wer möchte das nicht? Notfälle können zu jeder Zeit und in jeder Situation auftreten, auch im palliativen Kontext.

Um die Notfallversorgung in Deutschland fit für die Zukunft zu machen, hat das Bundesgesundheitsministerium im Februar 2023 ein Reformkonzept vorgestellt, das auf den Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung basiert¹. Unter anderem ist vorgesehen, „integrierte Leitstellen“ flächendeckend zu etablieren, die noch mehr können, als Krankenwagen, Rettungswagen, Notarzt oder andere Rettungsmittel zu alarmieren: Sie sollen mithilfe von qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrumenten das am besten geeignete Versorgungsangebot für den Hilfesuchenden ermitteln und einsetzen können. Dafür soll den Leitstellen ein „breites, gut abgestimmtes Repertoire an Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen“. Die Aufzählung des Repertoires in dem Empfehlungspapier ist ziemlich breit, unter anderem wird auch „ambulante Palliativversorgung“ genannt.

Was damit konkret gemeint ist, bleibt noch offen. Insofern macht es Sinn, sich frühzeitig Gedanken zu machen. Es könnte z. B. darauf hinauslaufen, dass Leitstellen in Zukunft SAPV-Teams direkt einschalten und zu unbekanntem Patienten schicken können – auch völlig unabhängig davon, ob der Patient bereits SAPV erhält oder nicht. Auch dass beispielsweise der Kassenärztliche Notdienst oder der Rettungsdienst bei einem Patienten vor Ort ein SAPV-Team anfordert, wenn kein Transport ins Krankenhaus indiziert oder gewünscht ist, sondern vielmehr die ambulante Ver-

“Gefühlte“ Versorgungspyramide

