

ROLLE DES HAUSARZTES

9. INTERNATIONALE SYLTER PALLIATIVTAGE 13. - 16.03.2021

PROF. DR. CHRISTINE VON REIBNITZ, BERLIN

9. Int. Sylder Palliativtage

ZUM THEMA INTERESSENKONFLIKTE

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung

kein materieller Interessenkonflikt oder immaterieller Interessenkonflikt vorliegt.

9. Int. Sylter Palliativtage

AGENDA

- Einführung – Ausgangslage ambulante Palliativversorgung
- Gesetzliche Vorgaben
- Aufgabenverteilung und interdisziplinäre Zusammenarbeit – was geht?
- Was kann besser werden?

9. Int. Syntex Palliativtage

- „Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können...“Cicely Saunders, (1983)

9. Int. Sytler Palliative

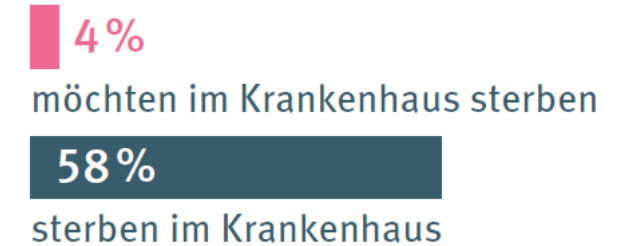
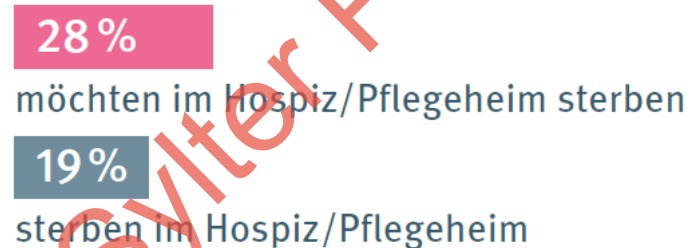
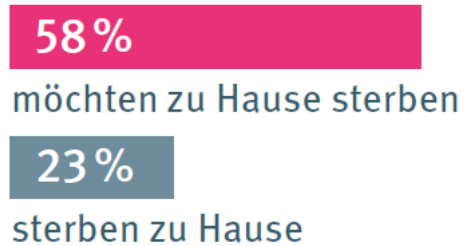
AUSGANGSLAGE

- Die Palliativmedizin – in Deutschland und international – fokussiert seit vielen Jahre vor allem auf onkologische Patienten.
- Versorgung am Lebensende → onkologische Patient*innen häufiger entsprechend als nicht -onkologische, hochbetagte, multimorbide, sprich geriatrische Patient*innen.
- Hausärzte behandeln jedoch etwa zwei- bis dreimal so viele Palliativpatient*innen mit typisch geriatrischen, nicht-onkologischen Erkrankungen als Palliativpatient*innen mit Tumorerkrankungen.

9. Int. Syllabus Palliativtage



WUNSCH UND WIRKLICHKEIT: STERBEORTE IN DEUTSCHLAND



Quelle: Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung 2017 „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“

WELCHES SELBSTVERSTÄNDNIS HABEN HAUSÄRZTE ÜBER IHRE ROLLE IN DER AMBULANTEN STERBEBEGLEITUNG?

- Bei der Begleitung von Patient*innen mit schweren lebensbedrohlichen Erkrankungen kommt dem Hausarzt als lebenslangem Betreuer und Berater eine Schlüsselrolle zu, auch in der Kooperation mit zum Teil hochspezialisierten palliativmedizinischen Versorgungseinrichtungen.
- In Zukunft werden Versorgungsfragen der ambulanten Sterbebegleitung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen und auch eine intensivere palliativmedizinische Betreuung durch den Hausarzt erfordern.

9. Int. Symp. Palliativtage

PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG

- Patient*innen mit malignen Erkrankungen
- Patient*innen mit chronisch internistischen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien (z.B. Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Bronchitis, AIDS)
- Patient*innen mit chronisch progredienten neurologischen Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, Apoplex, amyotrophe Lateralsklerose, Encephalomyelitis disseminata)
- Patient*innen mit chronisch progredienten gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z.B. Demenz, zerebrale Hypoxie, Hirnorganisches Psychosyndrom).

PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG

- Der palliative Versorgungsbedarf von nichtonkologischen Patient*innen ist in vielen Fällen vergleichbar mit dem von Tumorpatient*innen, wird aber oftmals nicht adäquat erkannt
- Die Gruppe der Palliativpatient*innen ist heterogen und umfasst einerseits die Erkrankten, die ambulant palliativ betreut werden, und ebenso Patient*innen auf Palliativstationen, in Pflegeheimen und Hospizen.

9. Int. Symp. Palliativtage

ÄRZTLICHE AUFGABEN

- Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Umfassende Schmerz und Symptomkontrolle, zum Beispiel Übelkeit, zum Beispiel Krämpfe, Wunden oder Atemprobleme
- Linderung der Symptome, die mit dem Sterben einhergehen können, wie starke Schmerzen oder Atemnot
- Begleitung und Beratung nahestehender Menschen, die oftmals viele Symptome nicht kennen, zum Beispiel Atemaussetzer oder Nahrungsverweigerung

- Einbindung anderer Berufsgruppen, zum Beispiel
- Psychotherapeut*innen
- Psychotherapeut*innen
- Wundexpert*innen
- Seelsorger*innen
- Sozialdienst

ÄRZTLICHE AUFGABEN

- Für Ärzt*innen besteht bei Patient*innen am Lebensende die Aufgabe darin, Symptome zu lindern und die Patient*innen zu begleiten.
- Es ist durchaus möglich, dass medizinische Maßnahmen nur eingeschränkt einsetzbar sind, während die ärztliche Betreuung integraler Bestandteil der Patientenbetreuung bestehen bleibt:
 - durch unterstützende Maßnahmen (**best supportive care**) oder
 - das Gespräch und die menschliche Begleitung der Patient*innen und ihrer Angehörigen durch die Ärztin/den Arzt in der Sterbephase (**tender loving care**).

9. Int. Symp. Palliativtage

IN DER AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG WIRD UNTERSCHIEDEN

- allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die in der Regel von (palliativmedizinisch ausgebildeten) Hausärzt*innen und Pflegediensten erbracht wird
- spezielle ambulante Palliativversorgung, die bei komplexem Versorgungsbedarf von Teams aus Ärzt*innen mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und speziell palliativ ausgebildeten Pflegekräften erbracht wird.
- ambulanter Hospize, um die Gefahr einer einseitig medizinischen, pflegerischen Palliativversorgung zu reduzieren und die ganzheitliche Sichtweise der Palliativversorgung zu fördern, wie sie in der WHO-Definition festgelegt ist.

- ist eine multiprofessionelle Palliativversorgung durch ein spezialisiertes Team
- kann durch jeden Arzt verordnet werden
- Vertragsärzte müssen über eine Weiterbildung in Palliativmedizin verfügen und führen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

SAPV

AAPV

Palliative Primärversorgung

- gehört ambulant und stationär genau wie die kurative Behandlung zu den ärztlichen Aufgaben

- ist eine besonders qualifizierte und koordinierte Form der ambulanten Palliativversorgung notwendig
- für einige Leistungen ist grundsätzlich der Abschluss der 40 Stunden Kurs-Weiterbildung nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin notwendig

9. Int. Synter Palliativtage

SAPV

- Die Vergütung der SAPV-Leistungen erfolgt regional unterschiedlich.
- Dazu schließen die gesetzlichen Krankenkassen Verträge mit SAPV-Teams vor Ort. Darin regeln sie Einzelheiten der Versorgung sowie zur Abrechnung und Vergütung.
- In naher Zukunft wird es dazu einen einheitlichen Rahmenvertrag geben (nach SGBV § 132d Abs. I).
- Anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer
- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens **75 Palliativpatient*innen**, z. B. in deren häuslicher Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre

AAPV IST DIE GRUNDLAGE - SAPV DAS DACH

- Die Palliativversorgung stützt sich in hohem Maße auf die Kompetenz von Hausärzt*innen
- Nur etwa zehn Prozent aller Palliativpatient*innen sind so schwer erkrankt, dass sie in ihrem letzten Lebensabschnitt die in Paragraf 37b SGB V garantierte SAPV benötigen.
- 90 Prozent hingegen werden über die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) betreut, die in der Regel niedergelassene Hausärzt*innen sicherstellen.

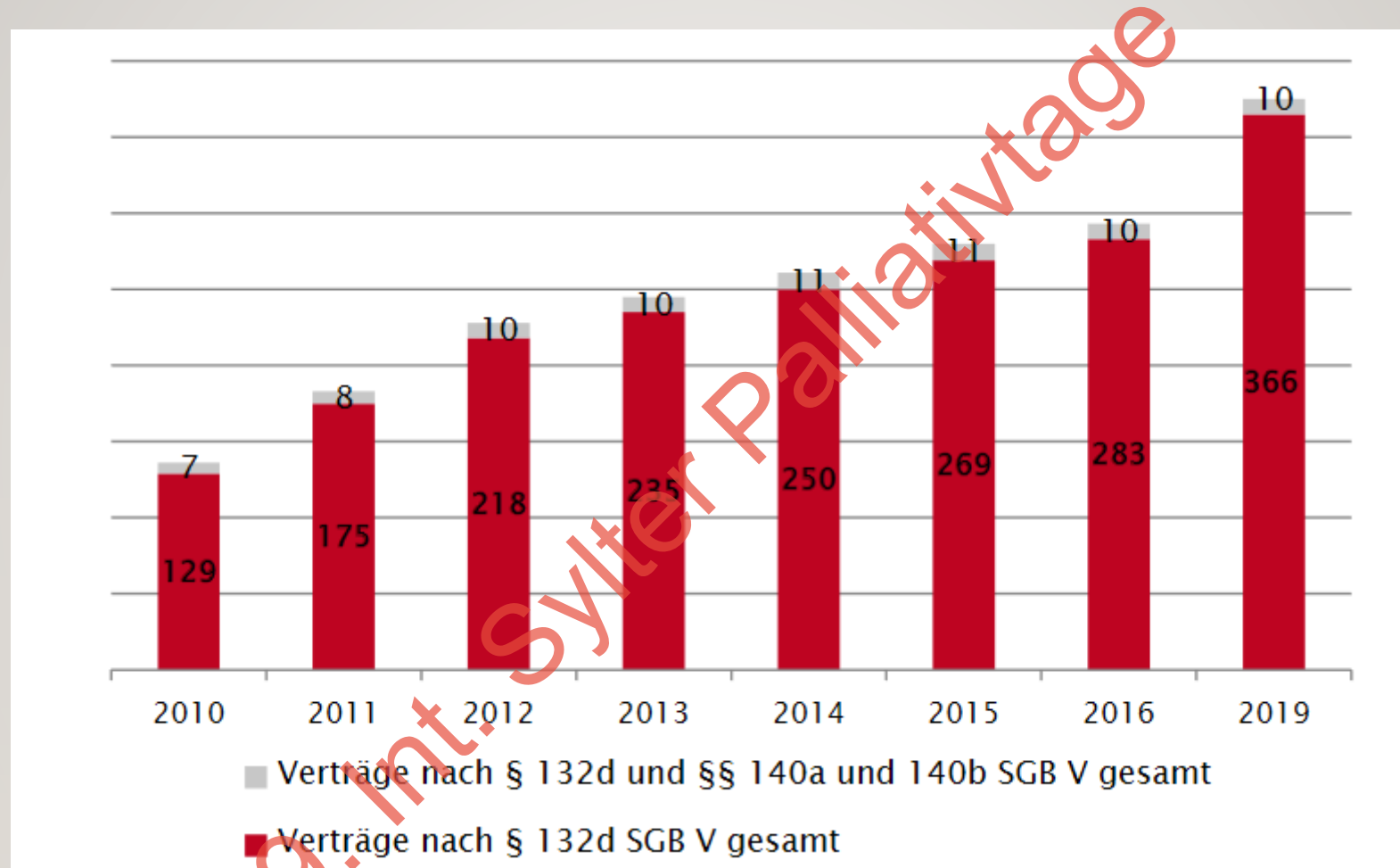
9. Int. Symp. Palliativtage

Entwicklung der Gesamtanzahl der SAPV-Verträge in den Bundesländern im Zeitraum 2010 –2019

Bundesland	2019	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Baden-Württemberg	43	39	33	28	27	24	17	9
Bayern	51	47	40	34	31	27	18	11
Berlin	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	2 davon 1 RV	1	1	1
Brandenburg	16 ¹	10	10	9	9	10	7	6
Bremen	3	3	3	2	2	2	1	1
Hamburg	9	9	9	8	8	8	8	5
Hessen	26	26	26	25	23	22	22	21
Mecklenburg-Vorpommern	14	11	11	12	11	10	8	7
Niedersachsen	60	46	46	45	44	43	35	30
Nordrhein-Westfalen	74 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	34 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	34 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	33 davon 4 IV-Verträge und 1 RV	28 davon 3 IV-Verträge und 1 RV	25 davon 3 IV-Verträge und 1 RV	20 davon 3 IV-Verträge und 1 RV	14 davon 2 IV-Verträge und 1 RV
Rheinland-Pfalz	12	8	8	7	6	6	5	0
Saarland	4	4	4	4	4	4	4	4
Sachsen	17	16	16	16	15	12	11	6
Sachsen-Anhalt	20 davon 6 IV-Verträge	20 davon 6 IV-Verträge	21 davon 7 IV-Verträge	20 davon 7 IV-Verträge	19 davon 7 IV-Verträge	19 davon 7 IV-Verträge	11 davon 5 IV-Verträge	9 davon 5 IV-Verträge
Schleswig-Holstein	12	9	9	9	9	9	9	9
Thüringen	13	9	8	7	7	6	6	3
Verträge nach § 132d SGB V gesamt	366	283	269	250	235	218	175	129
Verträge nach §132d/ § 140a SGB V	376	293	280	261	245	228	183	136

Quelle: GKV (2021)

ENTWICKLUNG SAPV-VERTRÄGE



Quelle: GKV (2021)

HAUPTGRÜNDE FÜR FEHLENDE VERTRÄGE

- in den betroffenen Regionen fehlen ausreichend qualifizierte Fachkräfte,
- entsprechende Weiterbildungsangebote für Pflegefachkräfte stehen nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung,
- in Flächenregionen ist die Vernetzung von Leistungserbringern nicht erfolgt,
- in ländlichen Regionen ist eine wirtschaftliche Leistungserbringung aufgrund geringer Fallzahlen und langer Wegstrecken nur schwer zu organisieren,
- in manchen Regionen besteht ein Mangel an Leistungserbringern, die einen Vertragsabschluss begehren.

9. Int. Symp. Palliativtage

HAUSÄRZTE IN DER AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG

- Hausärzt*innen sichern größtenteils die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), viele sind aber auch in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) tätig.
- Patient*innen werden in unterschiedlichen Abrechnungslogiken versorgt – macht das Sinn?

9. Int. Sylter Palliativtage

HONORARZIFFERN PALLIATIVVERSORGUNG STAND 2021

Hausarzt*innen: Voraussetzung → Lernen und Kooperation

- Nachweis der persönlichen Qualifikation,
- Nachweis der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie Pflegeeinrichtungen oder Hospizdiensten,
- Nachweis jährlicher palliativmedizinischer Fortbildungen (acht Fortbildungspunkte)
- qualifikationsgebundene Ziffern verbessern den finanziellen Anreiz gegenüber den SAPV-Pauschalen nur unwesentlich
- Palliativmedizin für nahezu alle Fachrichtungen geöffnet

ZIELE DER PALLIATIVVERSORGUNG - DIFFERENZIIERT

Allgemeine Ziele der Palliativversorgung

- Optimierte Schmerz- und Symptomkontrolle
- Integration der Bedürfnisse aller Beteiligten („unit-of-care“-Ansatz)
- Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens und nicht als therapeutisches/ärztliches Versagen
- Kompetenzen in wichtigen Fragen der Kommunikation und Ethik
- Herstellung von Sicherheit

Spezifische Ziele der Palliativversorgung

- Möglichst hohe Lebensqualität bis zuletzt
- Regelmäßige Überprüfung der medikamentösen Behandlung; ggf. Anpassung der Medikamentenzufuhr
- Klärung der Ernährung- und Flüssigkeitsgabe am Lebensende / Alternative Applikationswege (z.B. subkutane Medikamenten- und Flüssigkeitsgaben)
-

9. Int. Syllabus Palliativtage

AUSGANGSLAGE

- § 37b SGB V (SAPV) → neben der Kuration (Heilung) als Ziel der Leistungserbringung nur Prävention (Vorbeugung) und Rehabilitation, aber nicht die Palliation (Linderung).
- Da Heilung in der Palliativsituation diagnosebedingt meist nicht möglich ist, reduziert sich der sonst in der Medizin übliche Heilungsauftrag des Patienten an die Versorgenden,
- Die Palliation befindet sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Fürsorge für Patient und Umfeld und Eigeninteressen der Versorger.

9. Int. Symp. Palliativtage

WANN WIRD DIE VERSORGUNG POSITIV ERLEBT?

Ergebnis einer multizentrischen Studie aus dem Jahr 2019 zeigt, **5 Kategorien**, die eine positive Wahrnehmung der Versorgung und Begleitung erzeugen

- kontinuierlich,
- hausarztzentriert,
- koordiniert,
- vorausschauend und
- fallorientiert.

Quelle: Ewertowski et al. (2019),

EIN MÖGLICHER WEG: ADVANCED CARE PLANNING (ACP)

- Die Würde des Menschen ist unantastbar – auch in der letzten Lebensphase eines schwerkranken Menschen.
- In der täglichen Praxis ist es jedoch Herausforderung für Ärzt*innen auf der Grundlage einer vorsorglichen Willensbekundung sicher den tatsächlichen Willen ihrer Patient*innen einzuschätzen.
- Auch bei Angehörigen, Betreuern und Bevollmächtigten bestehen häufig Unsicherheiten.

9. Int. Sylter Palliativtage

WAS IST ACP?

- Advance Care Planning (ACP) ist ein systematischer Gesprächsprozess, in dem Patient*innen zukünftige medizinische und pflegerische Behandlungen sowie psychosoziale Aspekte gesundheitlicher Krisen mit ihren Bevollmächtigten, Angehörigen und dem an der Versorgung beteiligten medizinischen Fachpersonal besprechen können.
- Ziel von ACP ist, Patient*innen im Falle einer eintretenden Einwilligungsunfähigkeit, beispielsweise in akuten gesundheitlichen Krisen oder bei chronischen Erkrankungen, zuverlässig nach seinen individuellen Wünschen behandeln zu können, so wie es das Bürgerliche Gesetzbuch mit dem § 1901a in Deutschland im Rahmen valider und wirksamer Patientenverfügungen vorsieht.
- → **Gemeinsame Versorgungsplanung**

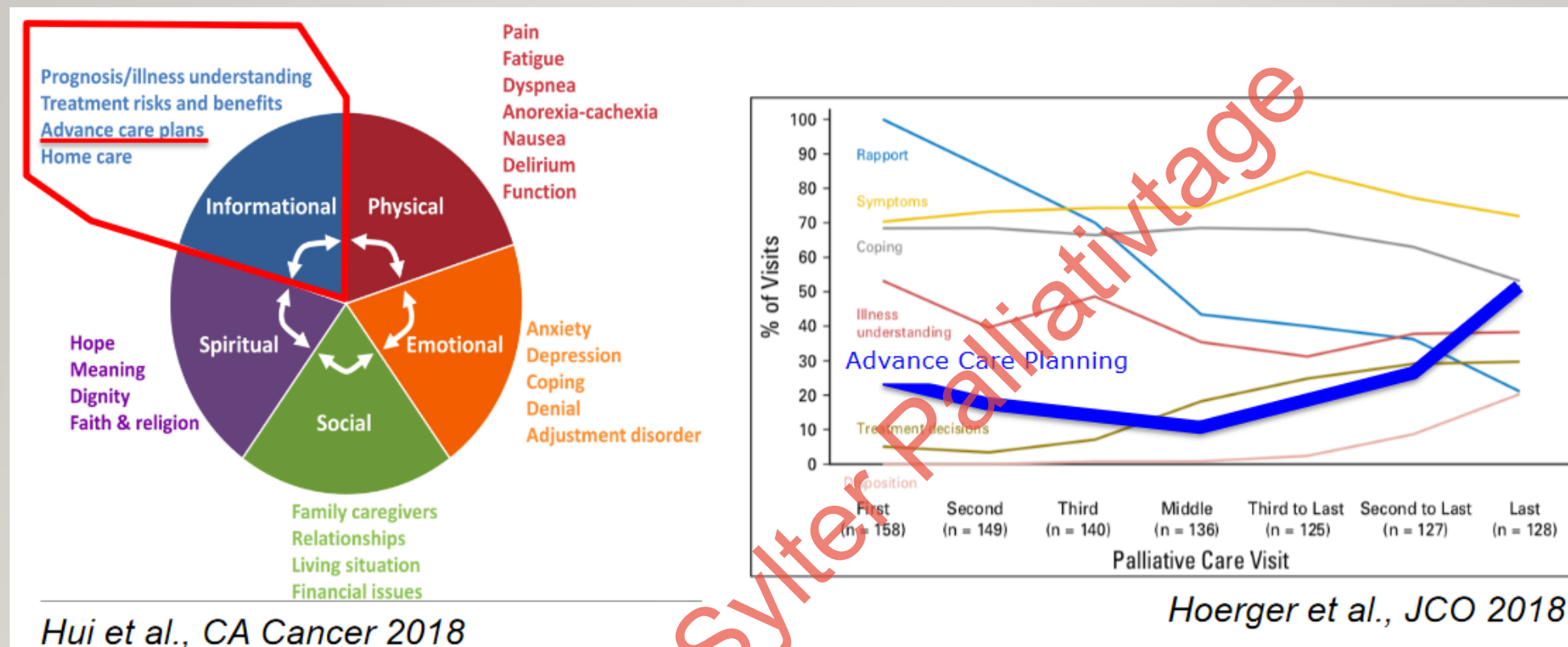
ADVANCED CARE PLANNING IM TEAM MIT DEM HAUSARZT

Folgende Aspekte werden berücksichtigt:

- Die einzelne Person reflektiert, welche Wünsche sie zu Pflege und Behandlung hat.
- Sie versteht, welche lebensverlängernden Maßnahmen vorhanden sind und was ihr Einsatz oder Nichteinsatz für Konsequenzen hat.
- Sie diskutiert diese Gedankengänge mit denjenigen, die diese Planung auszuführen haben.
- Sie legt fest, wer für sie sprechen kann und darf, wenn sie selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist.

9. Int. Sytler Palliativtage

Advance Care Planning

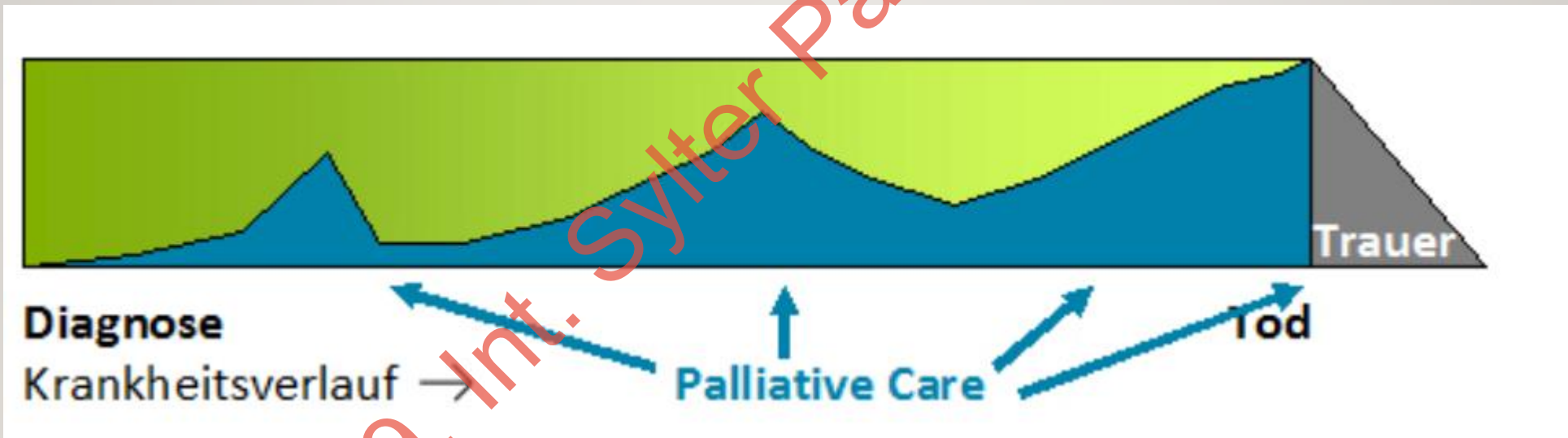


Advance Care Planning als Bestandteil eines multidimensionalen unterstützenden Behandlungsansatz.

Gespräche zu Advance Care Planning bei Palliativvisiten im Verlauf zunehmend

TRIAGE UND KOMMUNIKATION

- durch ACP Option im Vorfeld zu klären, wann sich das Therapieziel ändert
- ACP ist ein Prozess, muss immer wieder angepasst und überprüft werden



ACP SINNVOLLE ERGÄNZUNG IN DER VERSORGUNG

- Advance Care Planning (ACP) ist in den Händen von Hausarzt*innen ein wertvolles Instrument in der komplexen Betreuung von Menschen am Lebensende. –
- Ein ACP soll bei Kranken unternommen werden, deren Lebensende absehbar ist oder deren geistige und körperliche Kräfte zu schwinden drohen.
- Kernstück des ACP ist das Aushandeln einer gemeinsamen Haltung zwischen Patient*in und Hausarzt.
- Das Knüpfen eines Betreuungsnetzes ist von zentraler Bedeutung.
- Es ist bedeutungsvoll, Menschen am Lebensende zu helfen, sich stärker auf das Leben und weniger auf ihre Erkrankung zu fokussieren.

KERNELEMENTE EINES ACP-PROGRAMMS IM TEAM MIT DEM HAUSARZT

- Aufsuchendes Gesprächsangebot
- Qualifizierte Gesprächsbegleitung
- Professionelle Dokumentation
- Archivierung, Zugriff und Transfer
- Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf
- Beachtung und Befolgung durch Dritte
- Kontinuierliche Qualitätssicherung

STÄRKUNG DER HOSPIZ-UND PALLIATIVVERSORGUNG IN PFLEGEHEIMEN

- Viele Menschen verbringen ihre letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen. Auch hier gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten:
- Sterbebegleitung wird als **ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung** ausgewiesen (§§28 und 75 SGB XI)
- Pflegeheime werden zur **Kooperation** mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz-und Palliativangeboten künftig transparent machen (§114 SGB XI)
- **Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten** zur medizinischen Versorgung der Bewohner*innen sind nicht länger nur freiwillig, sondern sollen nun von den Vertragspartnern verpflichtend abgeschlossen werden. Ärzt*innen, die sich daran beteiligen, erhalten eine **zusätzliche Vergütung (§119 SGBV)**

ADVANCE CARE PLANNING IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Gesundheitliche Versorgungsplanung § 132 g SGB V bedeutet:

- Leben am Lebensende und in der Sterbephase **vorausschauend** begleiten
- Bewohner und alle Ihnen zugehörige Menschen auf Szenarien vorbereiten (Notfallplan)
- Wünschen und Vorstellungen Raum geben, damit Sicherheit und Würde ermöglicht wird (PV)
- Kommunikation aller an der Versorgung des Bewohners Beteiligte, um
unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden
Informationen für konkrete Handlungssituationen, Krisen oder im Sterbeprozess bereit zu haben

ADVANCE CARE PLANNING IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Krankenkasse trägt

- notwendigen Kosten für erbrachte Leistungen
 - Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und
 - die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen.
 - Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in einer Vereinbarung zu regeln.

9. Int. Symp. Palliativtage

ANZAHL DER TEILNEHMENDEN EINRICHTUNGEN MIT EINER VERGÜTUNGSVEREINBARUNG ZUR ERBRINGUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNGSPLANUNG FÜR DIE LETZTE LEBENSPHASE 2019

	Anzahl der teilnehmenden stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI	Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 75 SGB XII
Baden-Württemberg	78	60
Bayern	200	87
Berlin	20	16
Brandenburg	32	35
Bremen	1	0
Hamburg	9	0
Hessen	32	1
Mecklenburg-Vorpommern	53	17
Niedersachsen	72	76
Nordrhein-Westfalen	260	114
Rheinland-Pfalz	43	14
Saarland	7	0
Sachsen	33	20
Sachsen-Anhalt	38	3
Schleswig-Holstein	13	0
Thüringen	50	21
Gesamt	941	464

HAUSARZT - TRAGENDE ROLLE IN ACP

- eine ausführliche Klärung von Therapiezielen
- (in)akzeptablen Therapieergebnissen
- konkrete Vorausplanung für akute Entscheidungsunfähigkeit im Notfall (insbesondere Reanimation, Beatmung, Krankenhauseinweisung),
- Vorausplanung von Eckpunkten der Behandlung bei fortgesetzter akuter Entscheidungsunfähigkeit und schwerer Erkrankung im weiteren Verlauf
- die Festlegung von Behandlungspräferenzen für den Fall einer permanenten Entscheidungsunfähigkeit (zum Beispiel Demenz)

BERATUNG IM RAHMEN VON ACP

- Die gesundheitliche Vorausplanung verlangt, von jedem seine eigenen Wertvorstellungen zu reflektieren,
- diese Wertvorstellungen zu artikulieren und mit anderen zu kommunizieren und
- aus diesen Wertvorstellungen Schlussfolgerungen für unterschiedliche Lebenssituationen zu ziehen.
- → Dabei gilt es die betroffenen Personen durch ergebnisoffene Beratung professionell zu unterstützen („facilitation“)

9. Int. Gylter Palliativtage

ÄRZTLICHE BERATUNGSPROZESS IM ACP

- medizinische und pflegerische Sachfragen im Blick auf den gesundheitlichen Zustand und die mögliche Entwicklung des Patienten bzw. der betroffenen Person
- die Wertvorstellungen (Vorstellungen des guten Lebens) der betroffenen Personen
- eine kritische Reflexion der sozialen Prägung dieser Vorstellungen (z.B. durch Medien)
- die Bedeutung der Entscheidung für die Angehörigen
- die im weiten Sinne spirituelle Dimension dieser Wertfragen

9. Inter-Sytem Palliativtage

KERNELEMENTE NACH MACKMANN (2015)

- Aufsuchende Gesprächsangebote (unter Einbeziehung der möglichen Stellvertreter und Zugehörigen)
- Qualifizierte Gesprächsbegleitung / Beratung (facilitation)
- Professionelle Dokumentation auf regional einheitlichen Formularen
- Archivierung, Zugriff und Transfer von Vorausverfügungen
- Aktualisierung / Fortführung des Gesprächsprozesse im Verlauf
- Beachtung und Befolgung der Vorausverfügung durch Dritte
- Installierung eines Prozesses der kontinuierlichen Qualitätssicherung

WAS SEHEN HAUSÄRZTE ALS BARRIERE?

- Schwierigkeiten in der Identifizierung von palliativen Patienten
- Mangelndes Interesse
- Mangelndes Wissen und Expertise
- Ausübung von Hausbesuchen
- Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten
- Erheblicher Zeitaufwand
- Unzureichende Vergütung
- Bürokratische Hürden

9. Int. Sytler Palliativtage

IM SINNE DER PATIENT*INNEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN

- Palliative Care als Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Familien.
- Durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.
- Der Hausarzt als tragende Säule in der interdisziplinären Versorgung
- Versorgungsplanung gemeinsam mit dem Hausarzt kann einen wertvollen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Palliativversorgung leisten

„LASST UNS VORBILDER SEIN: OFFEN, MUTIG UND
ENTSCHLOSSEN“

9. Int. Sylter Pollativtage

LITERATUR:

- Rehner L et al. (2020) Die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung aus Sicht von Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung – eine Querschnittserhebung. Das Gesundheitswesen <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1276-0391>
- van Oorschot, B. (2018) | Krebs im Endstadium: Überengagierte Versorgung am Lebensende Dtsch Arztebl 2018; 115(47)
- Zimansky M et al. (2021) Maßnahmen zur Verbesserung... Z Palliativmed ; 22: 41–46
- F. Nauck, F. , Jaspers, B. (2012) Die Arztrolle in unterschiedlichen klinischen Kontexten Bundesgesundheitsbl 55:1154–1160