



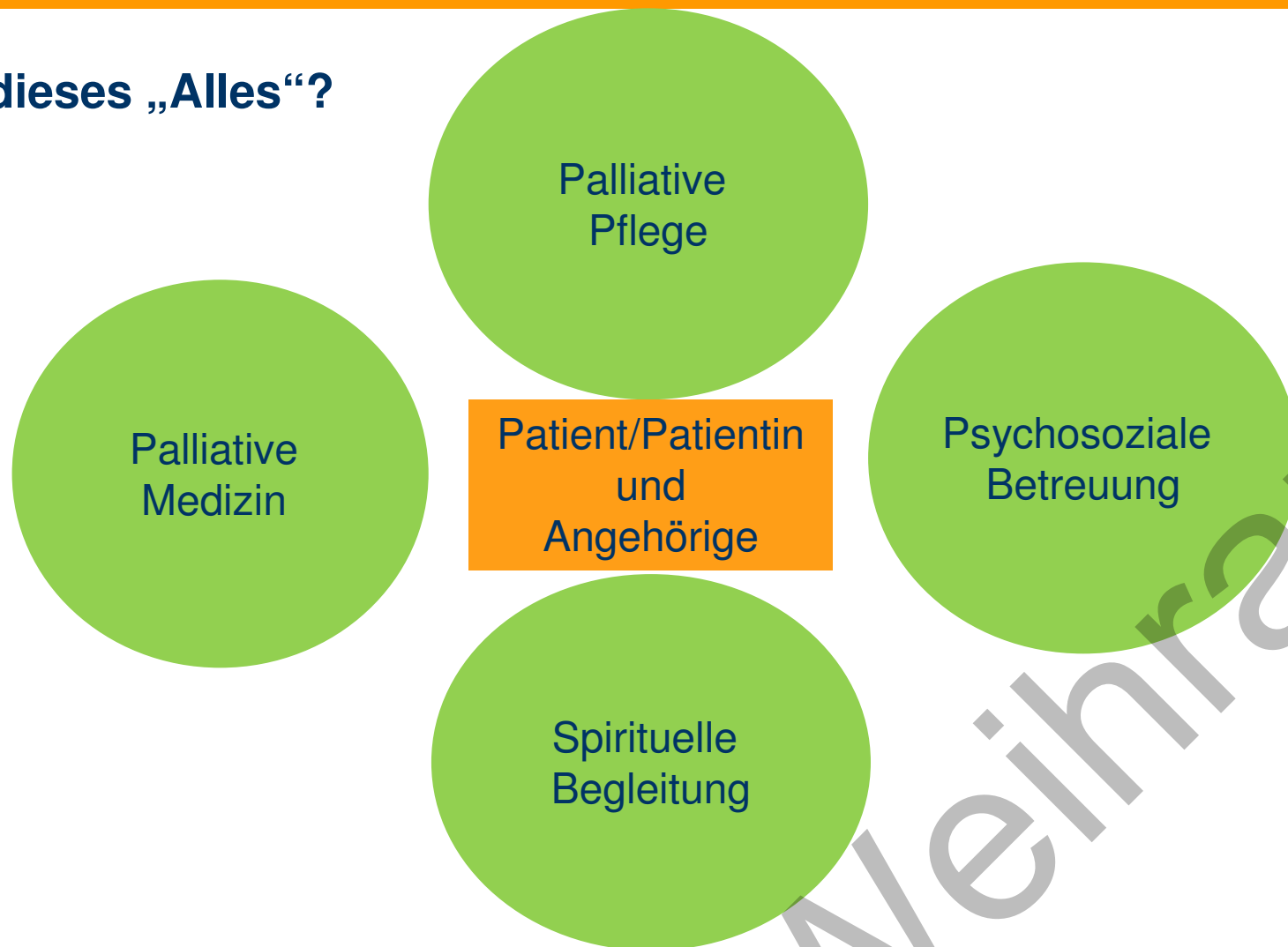
AAPV / SAPV und Ehrenamt

**Impulsstatement für den Workshop, 16. April 2013
Internationale Sylter Palliativtage
Westerland Sylt**

**Dr. Birgit Weihrauch,
Staatsrätin a.D., ehem. Vorstandsvorsitzende DHPV**

Cicely Saunders: „Wir werden alles für Sie tun ... „

Was ist dieses „Alles“?







AAPV – was ist damit gemeint?

**SAPV nur Arzt und Pflege? –
aber immerhin ein Team**

**Welche Rolle spielt (dann noch)
das Ehrenamt?**

Bedeutung und Vorrang der ambulanten Versorgung

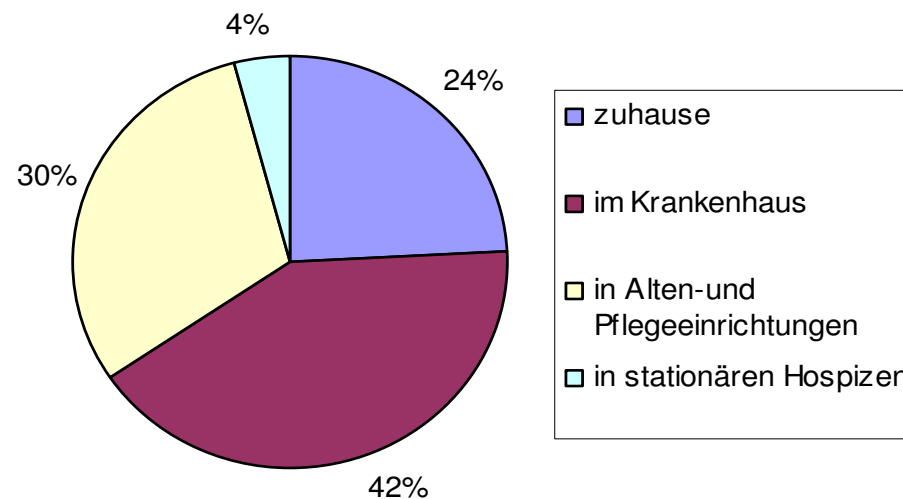
„Wir möchten so gerne zu Hause mit unserem Kind und der ganzen Familie zusammen sein. Aber wir haben solche Angst, etwas falsch zu machen.“

Mutter eines 3-jährigen sterbenden Jungen

Aus: <http://www.kinderpalliativzentrum-muenchen.de/aktuelles/>

Sterbeorte – warum Ausbau der ambulanten Versorgung?

1. Untersuchung Eichner Augsburg 2008 :



2. Bundesstatistik 2010: rd. 860.000 Todesfälle – davon rd. 406.000 in Krankenhäusern (rd. 47%)

Was bedeutet AAPV?

- **AAPV (Allgemeine ambulante Palliativversorgung)** – Versorgung durch:
 - Hausärzte und allgemeine Pflegedienste
 - im Team/regionalen Netzwerk?(hierfür gibt es bislang keinerlei allgemeingültige Vorgaben – Ausnahme NRW)
-
- seit dem Ausbau spezialisierter Strukturen und der SAPV wachsendes Bewusstsein für die allgemeine Versorgung unheilbar kranker Menschen und die vorhandenen Defizite
 - Es gibt dafür keine offiziellen Definitionen
 - Nur etwa 10 % der Palliativpatienten benötigen eine spezialisierte Palliativversorgung (Begründung §37b SGB V)

Defizite in der AAPV

**Erst mit der Umsetzung der SAPV sind die Defizite in der AAPV
überdeutlich geworden**

Bundesweit keine gesonderten Regelungen

Defizite in

- *Organisation*
- *Qualifizierung*
- *Finanzierung*

Leistungsrechtliche Grundlagen

AAPV

- Vertragsärztliche Leistung
(Kollektivvertrag)
(EBM-Ziffern)
- Pflegeverträge (§§ 37 und 132a SGB V)

SAPV

- SAPV-Einzelverträge gem. §§ 37b/132d (Komplexverträge)
- Unter Berücksichtigung der
 - GBA-Richtlinie und der
 - Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands (unter Beteiligung der DKG, KBV, Träger der Pflegeeinrichtungen und Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativarbeit)

Wir brauchen ein integratives AAPV- und SAPV-Konzept

- **Vorrang AAPV: Nr. 2.3 der Empfehlungen:**“...Versorgungsbedarf, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ..“ ; **Nr. 3.3 der Empfehlungen:**“...im Falle der Besserung...eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.“
- **Einsatz der SAPV mit gestuftem System (4 Stufen) Nr. 3.3 der Empfehlungen:** „... im Falle der Besserung ... Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren...“
- **Enge Zusammenarbeit - Nummer 4.2:** „...arbeiten mit denen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten... eng zusammen. Mit den regelhaft ... beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen ...“

AAPV und SAPV - warum geht es nur komplementär?

- Hausarzt bleibt der wichtigste Bezug
- Wechsel in der Symptomintensität
- oft reicht Beratung/medikamentöse Einstellung
- Teilversorgung statt Vollversorgung
- SAPV – auch eine Frage der Kapazitäten

SAPV – Motor zur Vernetzung, aber große regionale Unterschiede

Ein unverzichtbarer Baustein: Ambulante Hospizdienste in der AAPV und SAPV

Rechtliche Vorgaben in der SAPV:

- Integrativer Ansatz der ambulanten Hospizdienste und stationären Hospize mit SAPV (§ 37b SGB V)
- Z.T. Kooperationsvereinbarungen der PCT mit den AHD verpflichtend

Die Zusammenarbeit muss gelebt werden:

Unverzichtbar: gleiche Augenhöhe!

Wie sieht die Realität aus?



Foto:
diakonie-delatour.at

Vielfältige Aufgaben der Ehrenamtlichen

- Gespräche mit den Betroffenen und den Angehörigen
 - Vorlesen, Zeit schenken, einfach nur da sein,
 - Unterstützung beim Essen, Trinken, Lippen befeuchten, Hand halten
 - Hören, hören, hören, hören
 - Spazieren gehen, Begleitung bei Unternehmungen,
 - den Alltag in die betroffenen Familien bringen
-

Foto:
Forum.jpg
hospiz-nk.de

Dr. B. Weihrauch



Ein unverzichtbarer Baustein: Ambulante Hospizdienste in der AAPV und SAPV

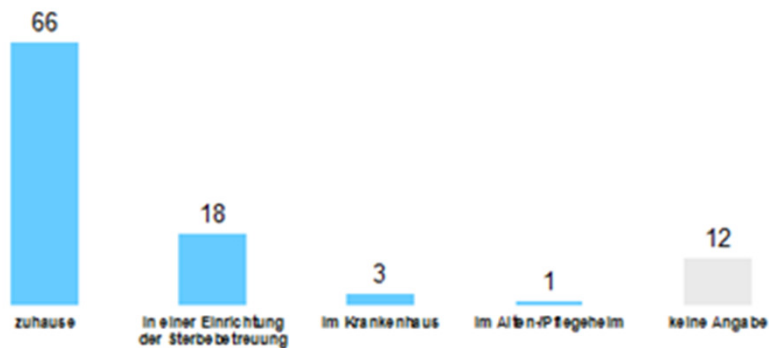
Eine Betreuung zuhause bis zum Schluss
scheitert häufig nicht zuletzt,
weil die Familienangehörigen keine Kraft mehr haben



FORSCHUNGSGRUPPE
WAHLEN TELEFONFELD

Wenn ich bald sterben müsste, möchte ich ... sterben:

Auswahl: Habe mir über eigenes Sterben bereits häufig / ab und zu / selten Gedanken gemacht



PQW Telefonfeld GmbH: Umfrage „Sterben in Deutschland“, Juni 2012 (n = 828)

Folie 30



(Wie) funktioniert die Zusammenarbeit? Umfrage des DHPV 03/2012*

8.1 Gibt es derzeit einen Kooperationsvertrag mit einem SAPV-Team?

Nein 0 ☐

Ja 1 ☐

8.2 Wenn Nein angekreuzt wurde, nennen Sie bitte die wichtigsten Gründe, warum bisher kein solcher Kooperationsvertrag abgeschlossen wurde:

1 ☐ kein SAPV-Team in der Nähe vorhanden

2 ☐ unzulängliches Interesse/ Kooperationsbereitschaft des SAPV-Teams

3 ☐ unzulängliche Wertschätzung durch SAPV-Team

4 ☐ unzulängliches eigenes Interesse

5 ☐ andere Gründe und zwar: _____

8.3 Wenn Ja, wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team ein?

Sehr gut 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ sehr schwierig

Könnte verbessert werden, da: _____

** Umfrage des DHPV zur ambulanten und stationären Hospizarbeit März 2012. Einbezogen u.a. 226 EHD und alle 93 KHD. Rückmeldungen von 174 AHD (110 EHD und 34 KHD, 30 komb. AHD)*

(Wie) funktioniert die Zusammenarbeit? Umfrage des DHPV 03/2012

Noch vorläufige Ergebnisse:

- **Abschluss eines oder mehrerer Kooperationsverträge:** 82 von 174 Hospizdiensten (47,1 %), weniger bei den Kinder- Hospizdiensten (36,7 %)
- **Kein Kooperationsvertrag:** vor allem weil kein SAPV-Team in der Nähe war (57 AHD), andere Gründe: gute Zusammenarbeit auch ohne Vertrag oder Zusammenarbeit/Vertrag im Aufbau
- **Benotung der Zusammenarbeit:** 2,1 in EHD; 2,0 in KHD

Multidimensionalität – die Bedürfnisse des/der einzelnen Patientin

Wer ist Mitglied im Team? – **Betroffene im Fokus**

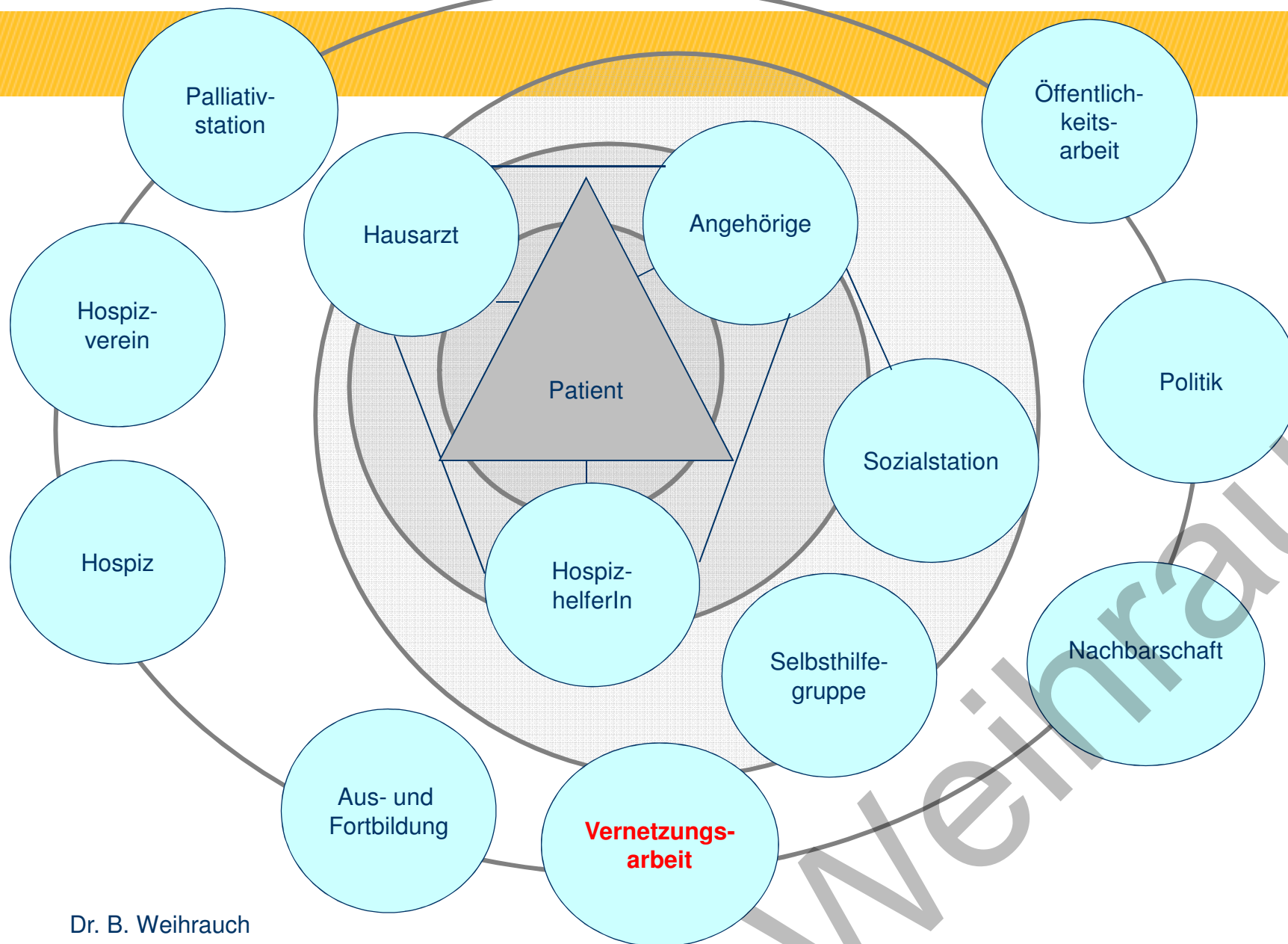
je nach individuellen Bedürfnissen

- Angehörige und Nahestehende
- Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer
- Ärzte - Hausärzte, Fachärzte, Palliativärzte, Notdienste/Notärzte
- Pflegende - allgemeine Pflege und Palliativpflege
- Physio- , Psycho-, Ergotherapeuten, Kunst-, Musik-, Körpertherapeuten
- Sozialarbeiter
- Seelsorger
- Diätassistenten
- Apotheker



Foto: diakonie-delatour.at

Das regionale Palliative Versorgungsnetzwerk



Koordination – Schlüsselfunktion in der ganzheitlichen Hospiz –und Palliativversorgung

Koordination - Worum geht es?

- **Einzelfallkoordination** (Versorgungskontinuität gewährleisten - **Case-Management im Versorgungsprozess**: SAPV-Koordinator, Hausarzt, Koordinationskraft der aHD, Pflegedienste)
- **Netzwerkkoordination** (zentrale Funktion des Netzwerks: Steuerung und Organisation auf der Systemebene,)
 - Kommunikation
 - Abstimmung
 - Transparenz
 - Integration und Kontinuität



Foto: www.e-qua.de;Netzwerk_Content_neu.jpg

Bildung von Netzwerken – Herausforderungen*

- **Wer initiiert / organisiert / ? – auch eine Verantwortung der Kommunen**
- **Wer wird Netzwerkkoordinator?**
- **Finanzierung?**
- **Zusammenarbeit zwischen den Organisationen**
 - Wenig strukturell verankertes Schnittstellenmanagement
 - Entscheidungen sehr oft Anlass bezogen / wenig vorausschauend
 - Unterschiedliche Versorgungslogiken
 - Konkurrenz zwischen den Anbietern

Wie gelingt die bestmögliche Zusammenarbeit?

Fragen – Erfahrungen - Anregungen

Foto:
sylvt-sturmflut1.jpg
sylvt-blog.de

