Schnittstelle AAPV-SAPV: SAPV aus Sicht der beteiligten Versorgungsanbieter; Ergebnisse aus den qualitativen Interviews

Ursula Thoms M.A.
Dipl.Soz.tech., Franziska Kopitzsch,

Gefördert von:
Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit
PAULA KUBITSCHECK-VOGEL-STIFTUNG

Gliederung - Fragestellungen

- Erfassung , Abgrenzung und Typisierung von SAPV als ergänzendem Angebot

- AAPV-Struktur und der Grad der Vernetzung von AAPV und SAPV

Konzeption der SAPV

- alle SPAV – Leistungserbringer sind hoch spezialisiert
- „on top“ –Leistungen mit dem Ziel der Krankenhausvermeidung
- Andere gesetzliche Leistungen bleiben in der Versorgung eingebunden, wie z.B. Hausarzt
- 24h – Rufbereitschaft
- Geld aus der SAPV darf nicht für Leistungen aus der AAPV gezahlt werden und umgekehrt
- SAPV-Leistungen dürfen nicht aus den Bereichen der GKV „querfinanziert werden“
- Die palliativer Versorgung muss dem regionalen Bedarf entsprechen und die bestehende Versorgung der AAPV ergänzen = die jeweils vor Ort bestehenden Strukturen in die eigene Praxis einbinden
- Der Bedarf des Patienten und seines Umfeldes bestimmt die Intensität der Versorgung
- Der Versorgungsumfang sollte in Absprache mit dem verordneten Hausarzt festgelegt werden
- Sollte an den wechselnden Bedarf des Patienten angepasst werden

- **Wenn es der Bedarf des Patienten erlaubt, kann SAPV auch beendet und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden.**

Routinefälle

- **Schnelle und einfache Symptomkontrolle**
  - Versorgung von Schmerzen, i.d.R.
  - Versorgung typischer Symptome
  - Aszites-Punktion
- **Stabil verlaufende Behandlungen**
  - gelingende Anleitung der Angehörigen und Zugehörigen
  - Unterstützung für den Hausarzt
- **Intaktes soziales Umfeld**
  - Betreuung und Versorgung der Patienten durch Angehörige und Zugehörige

= **Versorgung, welche das SAPV-Team vorrausschauend planen kann**

Problemfälle

„Compliance der Dienste“	Compliance der Patienten und Angehörigen
• Kurzlieger	• junge Patienten mit hoher Ambivalenz (in diesem Zusammenhang haben die Patienten oft Kinder)
• Beatmungspatienten	• Psychische Erkrankung bei Angehörigen und/oder Patienten
• Single-Haushalte	• Suchtproblematik bei Angehörigen und/oder Patienten
• Privatpatienten	• Patienten bzw. Angehörige aus einem anderen Kulturkreis
• Suizid der Patienten	• Ärzte oder Lehrer als Patienten
• Bitte um Sterbehilfe/Tötung	• Angehörige, die auf den Tod des Patienten - trotz intensiver Vorgespräche - panisch reagieren oder zusammenbrechen
= „aushalten“	• komplexe Beziehungsdynamik zwischen Familienangehörigen („alte offene Rechnungen“)

Grenzfälle

- **keine SAPV, aber es liegen Indikatoren vor oder zeitlich begrenzte SAPV**
  - HA stellt keine Verordnung aus
  - Ablehnung der Versorgung durch die Krankenkasse und/oder dem medizinischen Dienst
  - Patienten, die eine Behandlungsdauer aufweisen, die weit über die Versorgung von 30 Tagen hinausgeht

Grenzfälle

- **SAPV, aber es liegen keine Indikatoren vor**
  - **„..es ist gar nicht unbedingt die Situation, sondern es ist einfach die Konstellation“**
    - Patienten währende einer onkologischen Behandlung
    - Unstillbares Erbrechen
    - Aszites-Gefahr oder beginnende Aszites
    - „Situationen, die jederzeit kippen können“

Grenzfälle

- **„Aber würde (…) die Organisationen stimmen, würde die Ausbildung stimmen, dann wäre das eigentlich kein Problem“**
  - Patienten aus dem Pflegeheim
  - Wunsch der Angehörigen nach einer SAPVersorgung
  - Wechselnde Bereitschaftsdienste zw. Feiertagen und langen Wochenenden (z.B. Weihnachten und Neujahr)
  - Klinische Therapien, wie Morphinpumpe bei chronischen Schmerzpatient, problemlose Portversorgung, isolierte Schmerzpumpe, etc
  - Unzureichende AAPVersorgung

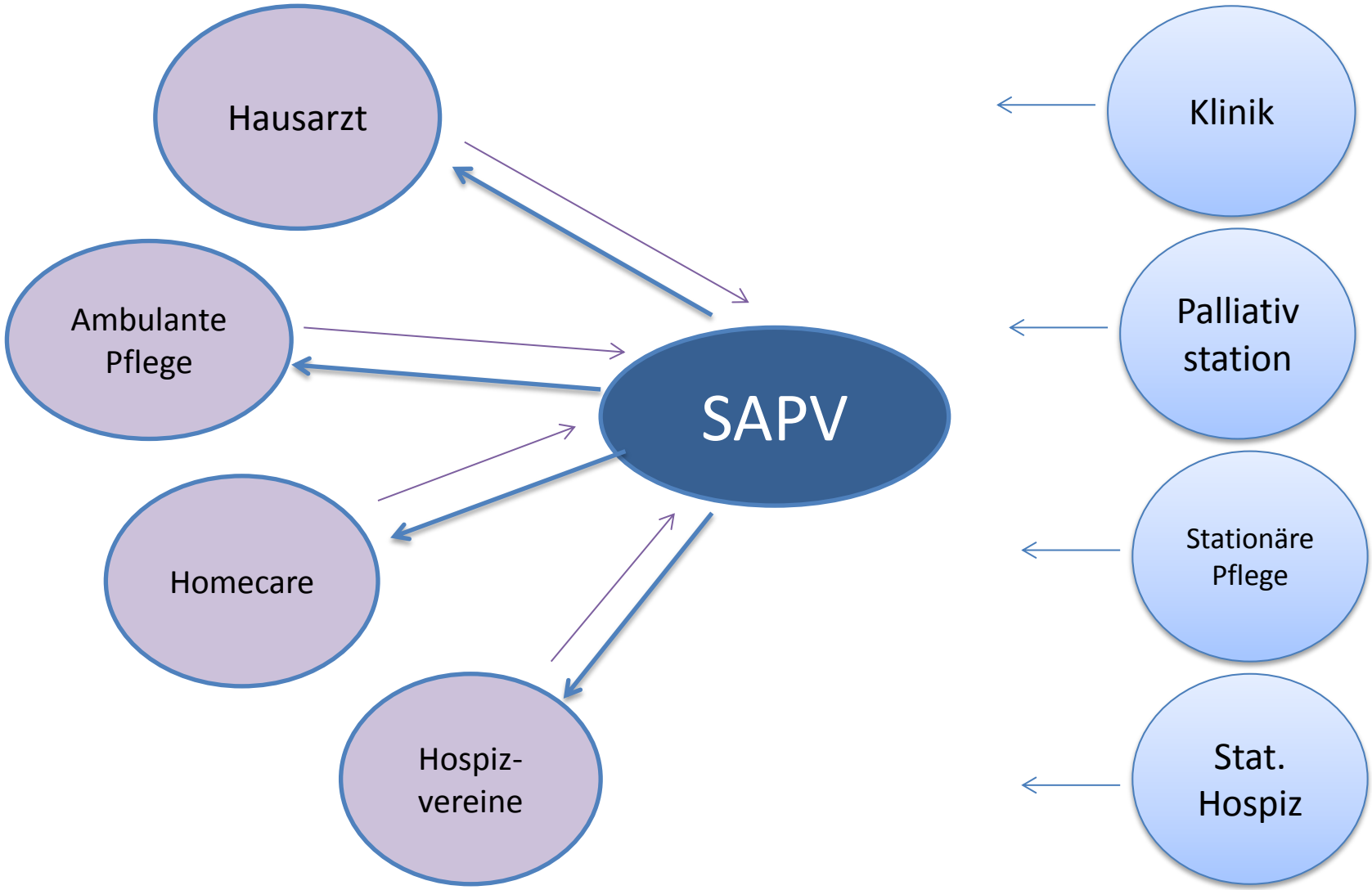
SAPV-Auslöser aus Sicht der Dienste

- **„Harte Kriterien“**
  - Nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch die Lebenszeit begrenzt ist und eine besonders aufwendige Versorgung benötigen
  - Symptome aus dem Lehrbuch:
  - Ausgeprägte Schmerzsymptomatik
  - Ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik
  - Ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
  - Ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende wunden oder Tumoren
  - Ausgeprägte urogenitale Symptomatik

SAPV-Auslöser aus Sicht der Dienste

- **„Weiche Kriterien“**
  - Single-Haushalt
  - Dekompensation der Angehörigen und Zugehörigen
  - Unzureichende AAPVersorgung

Relevante Schnittstellen der SAPV



Abbilden von Prozessen durch Relevanz der Akteure und Verlaufsmustern in Behandlung und Kooperation vor und nach Einführung der SAPV

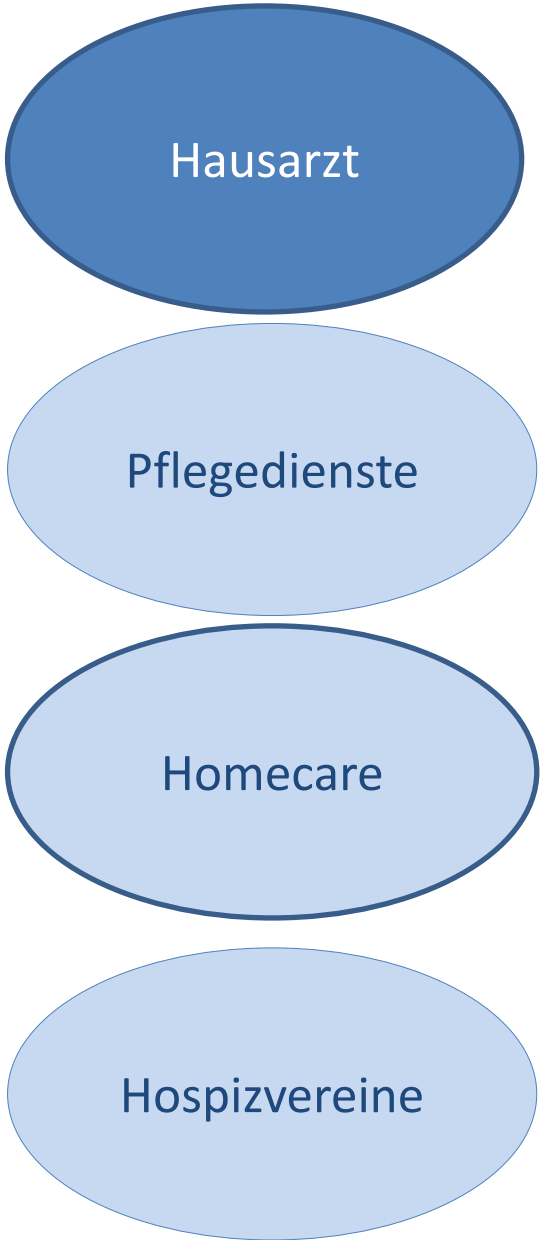
VOR der SAPV:

- unterschiedliche Ausprägungen der jeweiligen Akteure
- wer mit wem? Typische Kooperationen, Modelle der Zusammenarbeit
- typische Wege in die häusliche Versorgung
- Probleme in der ambulanten Versorgung

SEIT Einführung SAPV:

- wer mit wem?
- typische Wege (Trigger, wer oder was entscheidet darüber, dass ein Patient SAPV bekommt
- SAPV als Ergänzung
- Problemfelder

Vor SAPV: Perspektive des Hausarztes



Relevantester Akteur war Pflegedienst (Überlastung Pflegedienst = Auslöser für SAPV)

- Palliativversorgung: „man hat sich so durchgewurschtelt“
- Hospizverein wird häufig nicht als relevanter Kooperationspartner identifiziert
- Homecare wurde nicht erwähnt

Vor SAPV: Perspektive ambulanten Pflege

Hausarzt

Pflegedienste

Hospizvereine

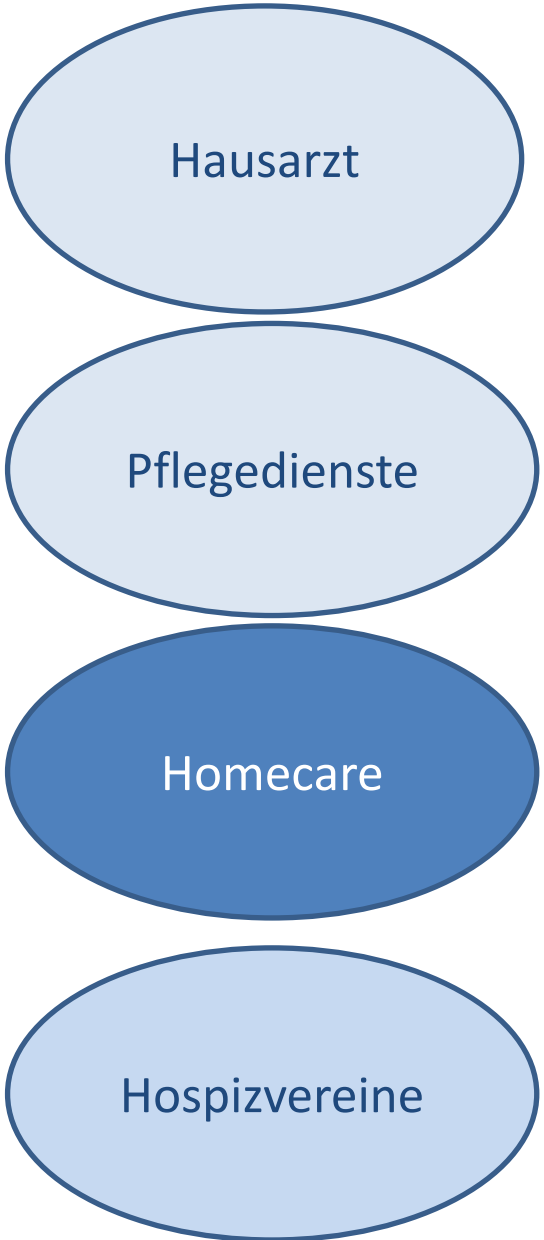
Homecare

wichtigste Kooperationspartner in der Palliativversorgung: Hausärzte (Therapievorschläge und Koordination erfolgen durch Pflege, Arzt segnet ab per Rp.)

- Probleme in der Regelversorgung: zu wenig Vernetzung der Schnittstellen, Erreichbarkeit der Ärzte und deren zeitliche Ressourcen
- Tragende Rolle in der Palliativversorgung: ambulanter Hospizdienst

  „Und man hat immer geschaut, was ist das schwächste Glied in der Kette. Und wenn es der Hausarzt war, dann haben einfach das Hospiz und ich therapeutische Arbeit übernommen, die wir dann auch verantwortet haben und den Hausarzt unterschreiben haben lassen. Und das ist halt auch über Jahre lang passiert, dass wirklich du die Therapie gemacht hast, der Arzt praktisch abgesegnet hat und rezeptiert hat.“

Vor SAPV: Perspektive Homecare



Selbstverständnis: „Logistiker“ oder „Problemlöser“

- Probleme in der AAPV: fehlende fachliche Kompetenz, Problem der Erreichbarkeit, Finanzierung, fehlende Koordination

Vor SAPV: Perspektive des ambulanten Hospizdienstes

Hausarzt

Pflegedienste

Homecare

Hospizvereine

- Hospizdienste hatten in der Betreuung „den Hut auf“, Hauptkoordinatoren

- Probleme bei starkem körperlichen Symptomgeschehen bei fehlender Kooperation (Erreichbarkeit, keine Hausbesuche) oder nicht ausreichender fachlicher Kompetenz des Hausarztes

- Rufbereitschaft des ambulanten Hospizdienstes wird im Notfall weniger genutzt, als die Rufbereitschaft eine medizinischen Versorgers

Hausarzt

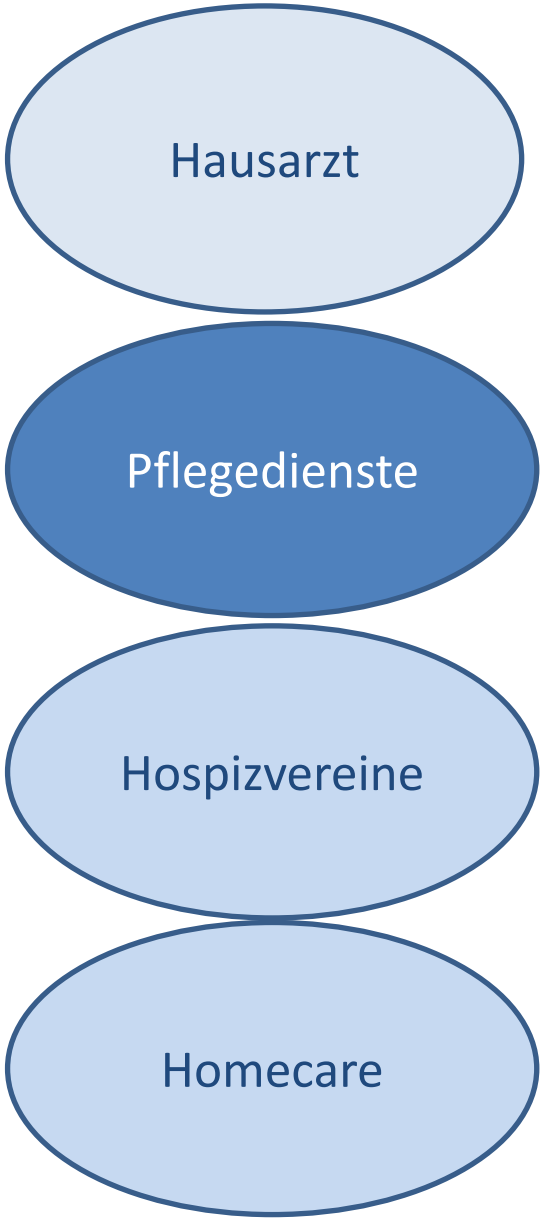
Pflegedienste

Hospizvereine

Homecare

Seit SAPV: Perspektive Hausärzte

- Hausarzt sieht SAPV als Entlastung, bekommt „den Rücken frei gehalten“ oder aber sieht sich ausgeschlossen
- Typische Wege in die SAPV: direkte Überleitung aus Klinik, Hausarzt iniitiert SAPV oder aber Druck durch Angehörige
- Problemfelder: Ausschluss der Hausärzte aus der Versorgung bzw. Degradierung durch Zuschreibung bestimmter Rollen („nur noch Aufschreiber sein“), fehlende Kommunikation oder Kommunikations-“Overkill“



SAPV

Seit SAPV Perspektive ambulanten Pflege

- SAPV als Entlastung oder Verdrängung: Abhängig von Beteiligung an Netzwerkaufbau und personeller Überschneidung
- Auslöser SAPV: hochkomplexes Symptomgeschehen bei nicht ausreichende Betreuung durch HA oder Onkologe, Schmerzpumpe ohne Grundversorgung

Hausarzt

Pflegedienste

Homecare

Hospizvereine

Seit SAPV: Perspektive Homecare

- SAPV als Zugewinn in fachlicher wie zeitlicher Hinsicht
- Auslöser SAPV: Überforderung des Hausarztes; Patientenwunsch „kein Krankenhaus“-> Homecare schlägt SAPV vor; Personelle Überschneidungen ebnen den Weg in SAPV

SAPV

Hausarzt

Pflegedienste

Homecare

Hospizvereine

Seit SAPV Perspektive des ambulanten Hospizdienstes

Typische Kooperationen:

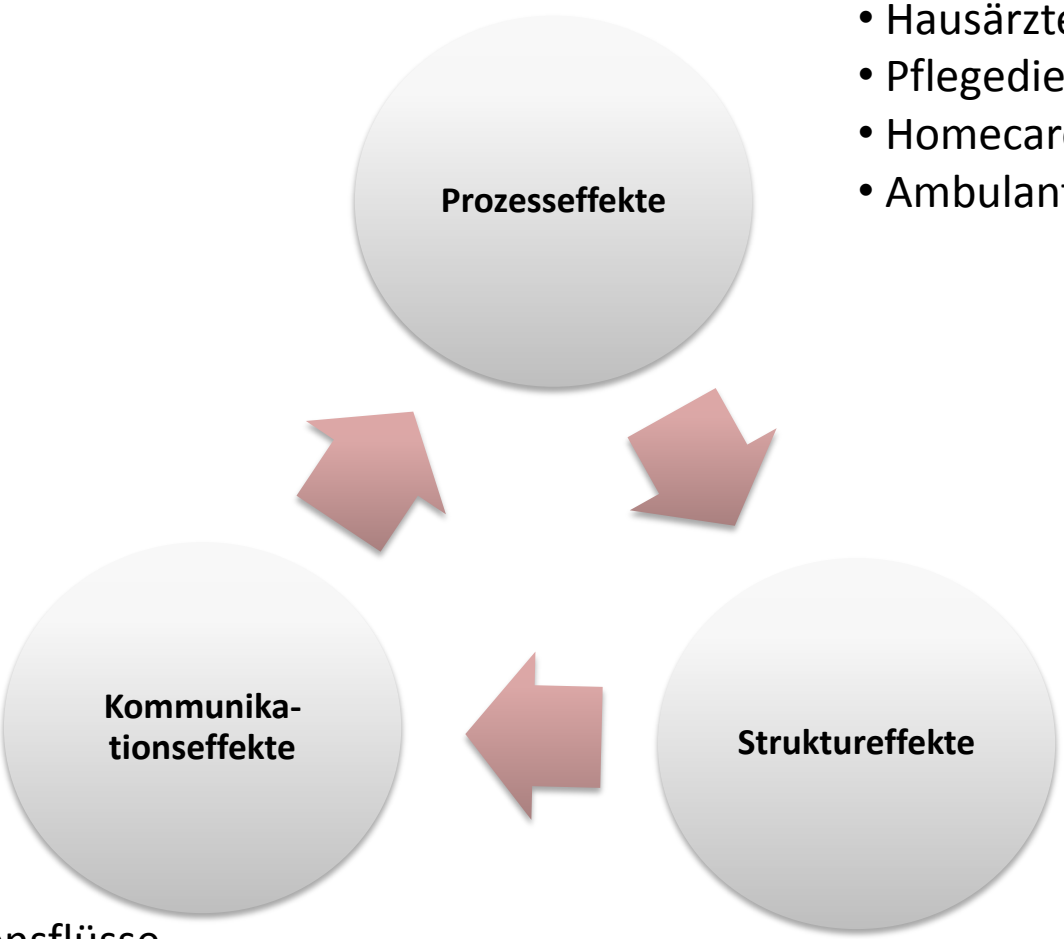
1. Ambulanter Hospizdienst und SAPV unter „einem Dach“: „Uns gehört die SAPV“

2. Ambulanter Hospizdienst und SAPV räumlich getrennt;
verschiedene Abstufungen abhängig von personeller Überschneidung

3. Keine Kooperationen zw. Ambulantem Hospizdienst und SAPV „SAPV brauchen keine Hospizvereine“

Struktur – und Prozesseffekte

Rollenveränderung der
- Hausärzte
- Pflegedienste
- Homecare
- Ambulanten Hospizdienste



•Geänderte Kommunikationsflüsse
•Was aus dem Netzwerk nicht angeboten wird, kann auch nicht angefordert werden

- Angepasste Nutzung bestehender Ressourcen (Überschneidung Beschäftigung)
- Bildung institutionalisierter Netzwerke
- +/- Veränderung von Ressourcen (Stablisierung/Verdrängung)