



Konzept Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Dr. med. Elisabeth Albrecht, Simone Winkler-Pohl
Oktober 2008

Inhalt:

1. Von Palliative Care zu SAPV
 - 1.1 Grundlage: weltweit anerkannte Standards von Palliative Care
 - 1.2 Palliative Care in Deutschland
 - 1.3 Merkmale von SAPV

2. Konzept für SAPV bei PALLIAMO
 - 2.1 Lotsensystem
 - 2.2 Teamarbeit
 - 2.3 Arbeitsweise der Teammitglieder
 - 2.4 24-Stunden-Bereitschaft
 - 2.5 Verwaltung
 - 2.6 Vernetzung und Tätigwerden von SAPV
 - 2.7 Patientenprofile

3. Personalplanung
 - 3.1 Notwendige Arbeitszeiten
 - 3.2 Ermittlung von Durchschnittswerten und Umrechnungsfaktoren

4. Statistisch berechnete Teams
 - 4.1 Kleinstmögliches Team
 - 4.2 Team für 250 000 Einwohner

5. Geplanter Ausbau des PALLIAMO-Teams 2009 / 2010

6. Ausblick: Konzept für flächendeckende Teams im Einzugsbereich

Anhang: Glossar
Statistische Daten 2006 bis 9/2008
Vorgehaltene Medikamente und Hilfsmittel
Konzept Palliativverbund, weitere Entwicklungen seit 2007
Nachwort und Impressum

1. Von Palliative Care zu SAPV

1.1 Grundlage: weltweit anerkannte Standards von Palliative Care¹

Seit der Konzeption und Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London 1967 hat sich Palliative Care zu einer weltweit anerkannten eigenständigen Fachrichtung am Schnittpunkt zwischen Medizin, Pflege und Seelsorge entwickelt. Entscheidend ist neben dem Fachwissen der beteiligten Berufe die für alle verbindliche Grundhaltung, die auf dem Boden christlicher Wertvorstellungen fußt:

- Würde und damit Selbstbestimmung des Schwerkranken
- Die Natur darf ihren Lauf nehmen, das Leben wird also weder verlängert noch verkürzt
- Jeder Patient soll durch die Unterstützung den für ihn richtigen Weg finden, mit Tod und Sterben zurechtzukommen, aber auch diese schwierige Lebenszeit als lebenswert zu empfinden.
- „Liebe deinen Nächsten wie Dich selbst“: Burn-out bei den Mitarbeitern muß durch Eignung, adäquate Arbeitsbedingungen und sorgfältige Mitarbeiterbegleitung vermieden werden.

Zu dieser Grundhaltung gesellt sich das berufsspezifische Fachwissen. Ärzte wie Pflegekräfte benötigen ein hohes Maß an Wissen in Symptomkontrolle, angepasst an die Fragilität des Sterbenden und die Besonderheiten des Lebensendes. Dies verlangt hohe Sensibilität, gute Kommunikationstechniken sowie Wissen im ethischen und rechtlichen Bereich.

Die psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen der existentiellen Krise Lebensende sind in Grundzügen Teil des Fachwissens auch bei Pflegekräften und Ärzten, doch bei größeren Problemen müssen die jeweilig zuständigen Berufsträger hinzugezogen werden. Dies erklärt, warum die multiprofessionelle Arbeit eine so große Rolle in Palliative Care spielt.

Die absehbare Kürze der verbleibenden Lebensspanne zwingt häufig zu raschem Handeln, vielfach zu unkonventionellem Vorgehen, immer aber zu individuellen Lösungen, um noch Leben gestalten zu können. Deshalb ist das Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen, also eine ineinander verzahnte Teamarbeit, umso wichtiger, je komplexer die Probleme werden und je kürzer die verbleibende Lebenszeit ist.

Genauso wie bei anderen Spezialgebieten erwartet man Allgemeinwissen in Palliative Care bei allen beteiligten Berufsgruppen, wenn auch in Deutschland nicht einmal die Grundlagen von Palliative Care Teil der Pflichtausbildung darstellen.

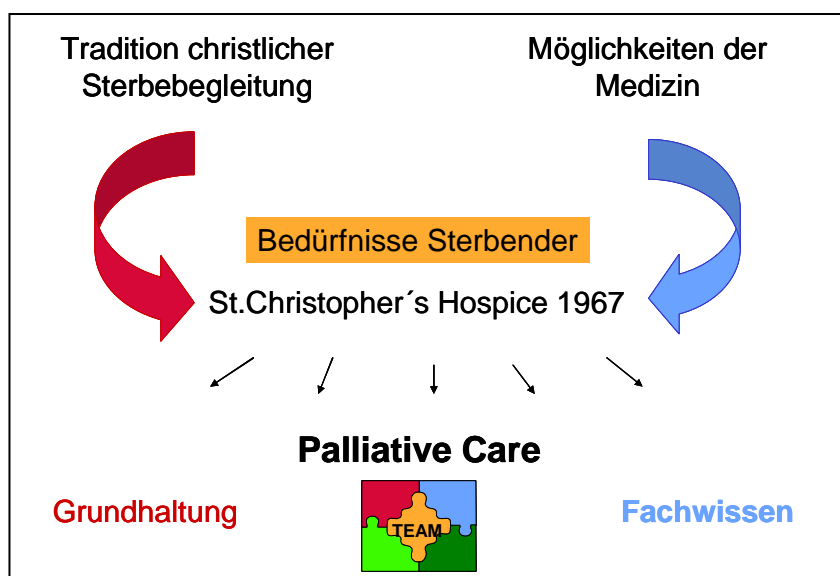


Abb.1: Entwicklung von Palliative Care

¹ World Health Organization 2004 (ISBN 9289010916): Palliative Care, The Solid Facts

1.2 Palliative Care in Deutschland

1.2.1 Basisversorgung Palliative Care

Schon bevor sich die Palliativversorgung als eigenständige Fachrichtung etabliert hat, ist sie selbstverständlich durchgeführt worden, und zwar von allen klinisch tätigen Ärzten und Pflegekräften. Dies wird weiterhin so bleiben. Bei den Ärzten schultern insbesondere Hausärzte, Onkologen und Schmerztherapeuten den Hauptteil der Palliativversorgung. Im Vordergrund steht jedoch die Pflege, da die pflegerische Unterstützung bei praktisch allen Patienten mit inkurabler, fortgeschrittener und progredienter Erkrankung den Hauptteil der Tätigkeit ausmacht.

Da jedoch nicht einmal die Grundlagen von Palliative Care Teil der Berufsausbildung darstellen (z.B. die simple Kenntnis des natürlichen Sterbeprozesses), ist die Qualität dieser Basisversorgung sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Weiterbildung ab.

In den letzten 25 Jahren haben sich in Deutschland zahlreiche Hospizgruppen formiert, welche die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben thematisieren, Hilfen in dieser Lebensphase einfordern und über ehrenamtliche Helfer unentgeltliche psychosoziale Unterstützung für Betroffene organisieren. Zunehmend bieten sie auch spezialisierte professionelle Beratung oder Betreuung an (siehe 1.2.2).

1.2.2 Palliative Care als Spezialversorgung

Seit 1983 existieren in Deutschland Palliativstationen, seit 1985 stationäre Hospize, wobei noch keine flächendeckende Versorgung erreicht ist. Die ersten Lehrstühle für Palliativmedizin sind errichtet worden, die Forschung steckt noch in den Kinderschuhen. Auch ist die universitäre Lehre die Ausnahme.

Im ambulanten Bereich verfügen bereits einzelne Hospizgruppen, Pflegedienste und Arztpraxen über speziell ausgebildete professionelle Kräfte. Kurse in Palliative Care existieren inzwischen für alle beteiligten Berufe, also für Pflegekräfte, Ärzte, psychosoziale Berufe, Seelsorger, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten.

Die Gesundheitsreform hat 2007 das Recht der Pflichtversicherten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung im SGB V eingeführt. Damit besteht die Chance, auch ambulant spezialisierte Dienste zu schaffen. Allerdings muß als Voraussetzung für diese hochpreisige Spezialversorgung die allgemeine ambulante Palliativversorgung qualitativ und finanziell gestärkt werden.

1.3 Merkmale von SAPV

Das zentrale Problem in der Definition von SAPV besteht darin, die spezialisierte von der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung abzugrenzen. Ein einziges Alleinstellungsmerkmal existiert nicht, vielmehr handelt es sich um eine Kombination aus Merkmalen, die gemeinsam SAPV ergeben. Um diese Merkmale zu sammeln und damit die Absicht des Gesetzgebers darzustellen, sind verschiedene gesundheitspolitische Festlegungen und Verwaltungsvereinbarungen heranzuziehen:

- Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode – 105 Drucksache 16/3100 (Oktober 2006)
- § 37b SGB V sowie § 132d SGB V (gültig seit 1.4.2007)
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von SAPV (Dezember 2007)
- Auflagen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Beschluss über diese Richtlinien (Februar 2008)
- Die vom Gesetzgeber geforderten Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132d Abs 2 SGB V (Juni 2008)

Wichtige gesetzlich für SAPV geforderten qualitative und strukturelle Voraussetzungen sowie Durchführungsmerkmale sind in folgender Abbildung zusammengefasst.

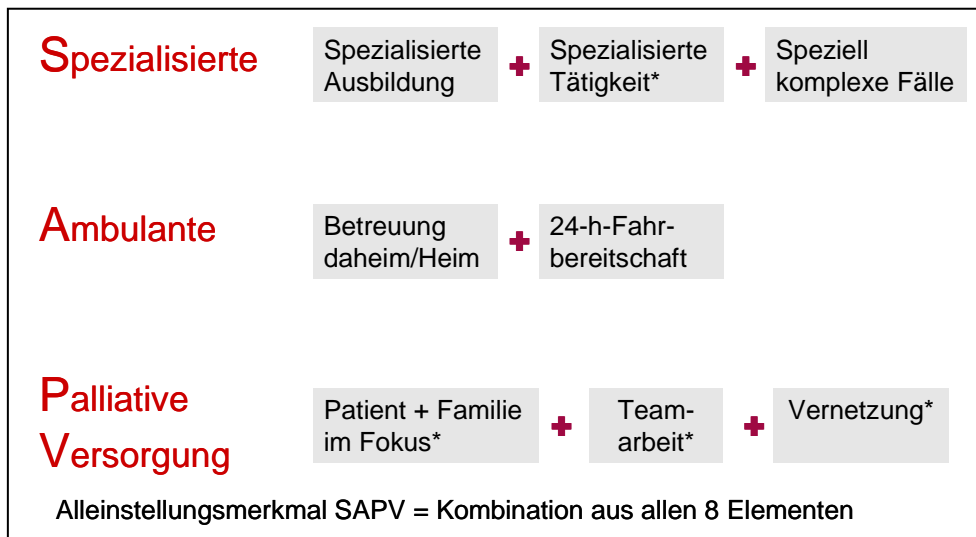


Abb. 2: Qualitative und strukturelle Voraussetzungen für SAPV in Abgrenzung zur Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung
 * bedeutet: Erläuterungen siehe Glossar

2. Konzept für SAPV bei PALLIAMO

2.1. Lotsensystem

Als Grundlage für das Konzept dienten die Erfahrungen der aufbauenden Ärztin aus ihrer Weiterbildungszeit in Montréal in Palliative Care, der daran anschließenden Aufbauarbeit für den Christophorus-Hospiz-Verein in München sowie aus ihrer Erfahrung als niedergelassene Internistin, seit dem Jahr 2000 mit Schwerpunkt Palliativmedizin.

Das in Montréal beobachtete Lotsensystem hatte sich bereits bei der Konzeption eines „ambulanten Hospizes“ in München sehr bewährt. Jeder Lotse führt „seine“ Patienten, ist also für die vorausschauende Betreuung samt Therapieplanung, Koordination, Vorstellung im Team sowie Information aller am Netzwerk Beteiligten verantwortlich.

Familien profitieren in dieser unsicheren und beängstigenden Situation mit einem Schwerkranken zu Hause von diesem Haupt-Ansprechpartner, der die Problematik wirklich gut kennenlernt, zu dem sie Vertrauen fassen, so dass tatsächlich die eigentlichen Probleme zur Sprache kommen können. Durch die Traumaforschung ist belegt, dass gerade diese Konstanz der Bezugsperson einen wichtigen Halt bietet.

Dieses Lotsensystem verlangt selbständige, verantwortungsvolle und empathiefähige professionelle Kräfte mit Kenntnissen und Fähigkeiten in Palliative Care.

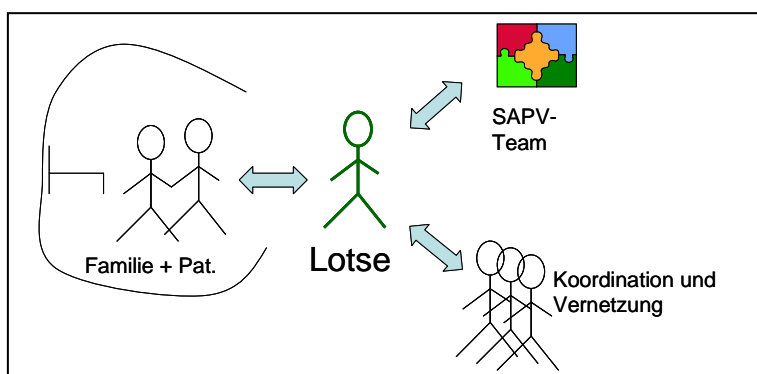


Abb. 3: Lotsensystem

2.2 Teamarbeit

Jeder im Team von PALLIAMO, bestehend aus einer Ärztin und 4 Teilzeit-Pflegekräften, übernimmt Patienten als Lotse. Die Arbeit als Team ermöglicht aber erst ein Zusammenführen des pflegerischen und ärztlichen Fachwissens sowie die gemeinsam getragene 24-Stunden-Fahrbereitschaft. Für die Teamarbeit hat sich folgende Vorgehensweise bewährt:

- Nach Aufnahme informiert der Lotse sofort alle Team-Mitglieder sowie die Zentrale durch gefaxte Aufnahmebögen über Wesentliches des Neuzuganges.
- Die Diensthabende wird zusätzlich telefonisch instruiert, damit sie bereits in der ersten Nacht adäquat agieren kann, falls nötig.
- Beim Patienten verbleibt eine Dokumentationsmappe mit genauen Angaben zu Verlauf und Medikation. Sie dient als Kommunikationshilfe für das Betreuungsnetz, also für das Team sowie für alle, die beim Patienten im Einsatz sind. Die Familie wird ebenfalls ermuntert, besondere Vorkommnisse darin zu dokumentieren.
- Bei der nächsten Teambesprechung stellt jeder Lotse seine Fälle allen Anwesenden vor. Jeder bringt dann seine Ideen ein, gemeinsam wird überlegt, wie in dieser Situation Verbesserungen erreicht werden können. Diese Patientenbesprechung führt also regelmäßig medizinisches, pflegerisches und persönliches Fachwissen in Palliative Care bei jedem Patienten zusammen. Sie ist das Herzstück der Teamarbeit.
- Der Lotse protokolliert in einem Verlaufsbogen die im Team für seinen Patienten erarbeitete Vorgehensweise.
- Etwa einmal im Monat stoßen ergänzende Kooperationspartner zum Team: eine Sozialpädagogin sowie eine Vertreterin des Hospizvereins.
- Unter der Woche besteht ein lebhafter telefonischer Kontakt unter allen Teammitgliedern sowie Kooperationspartnern. Fragen werden geklärt, Arbeiten abgenommen (z.B. um Wegstrecken zu verkürzen, aber auch zur Entlastung, wenn z.B. bei einem Lotsen sich mehrere Patienten verschlechtern)
- Vor dem Wochenende melden alle Lotsen an die jeweils Diensthabende den Stand der Dinge bei ihren Patienten.

2.3 Arbeitsweise der Teammitglieder

2.3.1 Ärztliche Tätigkeit

Die Teamärztin nimmt folgende spezifisch ärztliche Aufgaben wahr:

- Sie besucht jeden Patienten zumindest einmal und überprüft, ob die Indikation zur SAPV wirklich vorliegt; immer wieder liegen behandelbare Ursachen einem vermeintlich zum Tode führenden Leiden zugrunde.
- Solange Symptome nicht ausreichend gelindert sind, ist die Palliativärztin gemeinsam mit der Pflegekraft involviert, wenn nötig stundenlang oder mehrmals täglich, auch nachts und am Wochenende.
- Das wichtigste Werkzeug zur Symptomkontrolle ist eine gründliche Anamnese, und zwar des Patienten wie der Angehörigen. Geradezu detektivisch muß erarbeitet werden, welche Probleme vorliegen, was hilft, was schadet, welche Medikamente denn nun wirklich genommen wurden ect.
- Körperliche Untersuchung sowie, wenn handlungsrelevant, Labortests ergänzen dann die Anamnese.
- Nun kann das medizinische Vorgehen empfohlen, erklärt und mit dem Patienten abgesprochen werden.
- Jede Maßnahme oder Änderung wird dem Hausarzt gemeldet (per Fax oder telefonische Absprache).
- Meist ist der Hausarzt froh, wenn die Palliativärztin den Patienten weiter mitbetreut, außerhalb der Palliativmedizin seltene Medikamente selbst verordnet und verantwortet, insbesondere im Off-Label-Use-Bereich.
- Viel Zeit nimmt der Kontakt zu anderen involvierten Fachärzten in Anspruch. Oft müssen per Telefon weitere Informationen gesammelt werden, bevor ein sinnvolles Vorgehen entwickelt werden kann.
- Die Palliativärztin ist entweder selbst jederzeit (also auch nachts, wenn eine Pflegekraft Rufbereitschaft hat) für die Pflegekräfte des Teams erreichbar, um medizinische Fragen sofort zu klären, oder kümmert sich um eine qualitativ adäquate

Vertretung, die diese Aufgabe übernimmt. Damit sind die Pflegekräfte immer ärztlich abgesichert.

- Falls der Hausarzt nicht erreichbar ist, übernimmt die Palliativärztin die Leichenschau, so dass kein fremder Bereitschaftsarzt zugezogen werden muß.
- Zunehmend erreichen telefonische kollegiale Anfragen die Palliativärztin, um palliative Fragestellungen zu anderen Patienten, die nicht von PALLIAMO betreut werden, zu erörtern, insbesondere von Kollegen, die eine Weiterbildung von PALLIAMO besucht haben.

2.3.2 Pflegerische Tätigkeit

Die Pflegekräfte haben folgende pflegerische Schwerpunkte:

- Die Pflegekraft verbessert die Symptomlinderung durch Hinweise auf nicht-medikamentöse Maßnahmen, z.B. Anwendung von Wärme oder Kälte, Einreibungen, Lagerungen.
- Die Palliativfachkraft übernimmt aufwändige Behandlungspflege zusätzlich zum Pflegedienst, z.B. Portnadelwechsel, Versorgung mit intravenösen oder subkutanen Medikamentenpumpen sowie Einweisungen, falls ein Pflegedienst Teile dieser Behandlungspflege übernimmt (z.B. Infusionen an Portnadel anhängen)
- Obstipation ist ein großes Thema bei Schwerstkranken, häufig verstärkt durch Opiatherapie oder abdominelle Raumforderungen. Vorsichtige Hebe-Senk-Einläufe sind oft notwendig und so schwierig, dass sie nicht immer von einem Pflegedienst übernommen werden können (z.B. Einlauf über Ileostoma).
- Häufig wollen Familien bewusst keinen Pflegedienst, sondern die Betreuung – als letztes Geschenk an den Patienten und als gemeinsame Zeit – selbst durchführen. Dann leitet die Pflegekraft die Angehörigen an, weist rechtzeitig auf Pflegehilfsmittel hin, achtet aber auch darauf, dass die Angehörigen sich nicht überlasten, und drängt gegebenenfalls auf zusätzliche regelmäßige Unterstützung.
- Oft übernehmen die Pflegekräfte auch die Funktion einer Sozialarbeiterin. Die Angehörigen sind häufig schon mit dem Antrag auf Einstufung als Pflegefall überlastet. Sind keine Verwandten, Freunde oder Hospizbegleiter vorhanden, hilft die Pflegekraft weiter, unterstützt durch eine kooperierende Sozialarbeiterin (Bayerische Krebsgesellschaft).
- Manchmal wünschen moribunde Patienten, zum Sterben aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen zu werden. Ist bis dahin noch kein Pflegedienst involviert gewesen, die Angehörigen mit der Pflege aber überlastet (und besteht nicht ausreichend Zeit, jetzt einen Pflegedienst einzubinden), dann übernehmen die Pflegekräfte von PALLIAMO für diese kurze Zeit auch Grund- und einfache Behandlungspflege.

2.3.3 Gemeinsame Tätigkeiten für Patient und Familie

Zur vorausschauenden Begleitung, unter der Notfälle kaum noch auftreten, gehören viele Aufgaben, die beide Berufe gleichermaßen übernehmen:

- Das Aufnahmegespräch: Es umfasst neben medizinischen und pflegerischen Fragen auch die familiären Ressourcen, Wertvorstellungen, Krankheitseinsicht, Ängste, Wünsche, und zwar auch der Angehörigen.
- Durchführung und Überprüfung der medikamentösen Therapie: Wirkungen und Nebenwirkungen erklären, Indikation und Dosierungsintervalle besprechen, damit zur Einnahme ermuntern (die Compliance ist sonst selbst bei Schwerstkranken erstaunlich niedrig) sowie nachfragen, ob die erhoffte Wirkung tatsächlich eingetreten ist, gegebenenfalls die Dosierung anpassen, erneut rückfragen usw.
- Die Koordination der nötigen Hilfen (z.B. Hospizbegleiter, Physiotherapie, Hilfsmittel)
- Eine ganz zentrale Bedeutung nimmt das Gespräch mit den Angehörigen ein. So kann es vorkommen, dass die eigentliche Aufgabe darin besteht, die Angehörigen zu informieren (z.B. über den bevorstehenden Sterbeprozess), zu stützen, Hospizbegleiter zur Entlastung zu empfehlen, dazu zu ermuntern, die eigenen Kräfte zu regenerieren. Die Betreuung zu Hause steht und fällt mit der Belastbarkeit der Hauptpflegeperson.
- Die letzten Stunden verlangen behutsame, unaufdringliche Unterstützung, die entweder vom Hospizverein oder, wenn dieser nicht involviert war, vom Lotsen

geleistet wird. Wenn die Angehörigen es wünschen, hilft der Lotse auch beim Herrichten des Verstorbenen.

- Nach dem Tod führt der Lotse einen abschließenden Besuch durch. Er dient dazu, pathologische Trauerreaktionen herauszufiltern, aber auch, noch offene Fragen über die vergangenen Wochen oder Tage zu klären, um den Trauerprozess zu erleichtern.

Etwa die Hälfte der Tätigkeiten am Patienten und für die Familien können von beiden Berufen gleichermaßen übernommen werden, jeweils rund ein Viertel sind berufsspezifische Maßnahmen aus den Bereichen Pflege oder Medizin.

2.3.4 Indirekte Teamarbeiten

Bisher sind lediglich patientenbezogene Tätigkeiten aufgeführt worden. Hinzu treten jedoch weitere mittelbare Arbeiten, die bei der Arbeitszeit vom pflegerischen und medizinischen Personal berücksichtigt werden müssen:

- Teamsupervision und Weiterbildung, um die Qualität der Patiententätigkeit zu erhalten
- Gespräche oder Vorträge, um SAPV einzuführen und geeignete Patienten überwiesen zu bekommen²
- Erstellen von Dienstplan für die 24-Stunden-Rufbereitschaft, des Urlaubsplans, Umstellen des Bereitschaftshandy
- Medikamenten- und Hilfsmittelvorrat sowie Geräte regelmäßig warten bzw. überprüfen lassen

2.4 24-Stunden-Bereitschaft

SAPV ist eigentlich eine Palliativstation mit Betten in der häuslichen Umgebung, mit pflegenden Angehörigen, welche durch Pflegedienste unterstützt werden, und mit fahrenden Visiten von Hausarzt und Palliativarzt. Wie im Krankenhaus müssen Tätigkeiten an Wochenenden und Feiertagen weitergeführt sowie Notfälle adäquat behandelt werden. Dafür ist die 24-Stunden-Bereitschaft unabdingbar:

- Derzeit teilen sich bei PALLIAMO die vier Pflegekräfte und die Ärztin die Rufbereitschaft. Hat eine Schwester Rufdienst, ist die Ärztin oder ihre Vertretung erreichbar, um unvorhergesehene Medikamentenänderungen ärztlich zu verantworten.
- Geplant ist die weitere Kapazitätserweiterung; spätestens dann wird es nötig sein, 1,5 Personen dienstbereit zu halten (geplant: 1. Dienst Pflege oder Medizin, 2. Dienst für diesen erreichbar der jeweils andere Beruf).
- Aufgaben für die Diensthabende unter der Woche tagsüber: Auskunft erteilen, telefonische Beratungen übernehmen, evt. Neuanfragen annehmen
- Aufgaben am Wochenende tagsüber: anfallende Arbeiten bei allen Patienten übernehmen
- Notfälle werden unter der Woche tagsüber, wenn möglich, vom Lotsen übernommen, ansonsten von der Diensthabenden.
- Nachts, am Wochenende und an Feiertagen ist die Diensthabende für Notfälle der betreuten Patienten zuständig
- Neuaufnahmen können nur werktags angenommen werden. Allerdings werden andere Professionelle auch an Wochenenden und Feiertagen telefonisch beraten.

2.5. Verwaltung

Folgende Aufgaben werden von der Verwaltung übernommen:

- Besetzen der Bürozentrale für Auskünfte, Neuanmeldungen (Neuanfragen werden dann an die Teamleitung, ersatzweise an die Diensthabende weitergeleitet)
- Bereitstellen von Informationsblättern und Patientenmappen

² Darüber hinaus halten die Pflegekräfte und die Ärztin Fortbildungen für Berufskollegen. Dies wird jedoch in der Freizeit durchgeführt.

- Archivieren der Patientenunterlagen
- Statistik über die erbrachten Tätigkeiten eingeben und auswerten
- Abrechnung bzw. derzeit Anmeldung der Ansprüche bei den Krankenkassen und Einzelfallabsprachen
- Buchhaltung
- Personalverwaltung.

Zu den Verwaltungsaufgaben zählt auch die Teamleitung, welche verantwortlich ist für Konzeptentwicklung, Strategien und Personalplanung, sowie die Verantwortung für die fachliche Arbeit des Teams trägt. Sie ist bei uns ärztlich besetzt.

2.6 Vernetzung und Tätigwerden von SAPV

In den beiden folgenden Abbildungen werden graphisch dargestellt:

- Die Vernetzung, welche mit ambulanten und stationären Leistungserbringern generell besteht
- Das engere Zusammenspiel der drei auf palliative Patienten ausgerichteten Dienste Hospizverein, Palliativstation und SAPV; diese Abbildung soll noch einmal graphisch Aufgaben und Tätigkeiten von SAPV verdeutlichen.

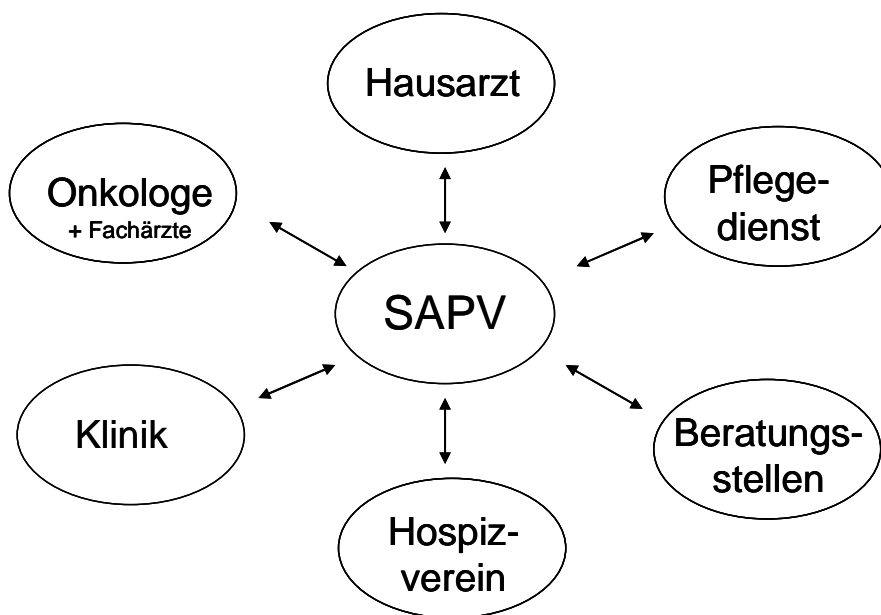


Abb. 4: Vernetzung SAPV

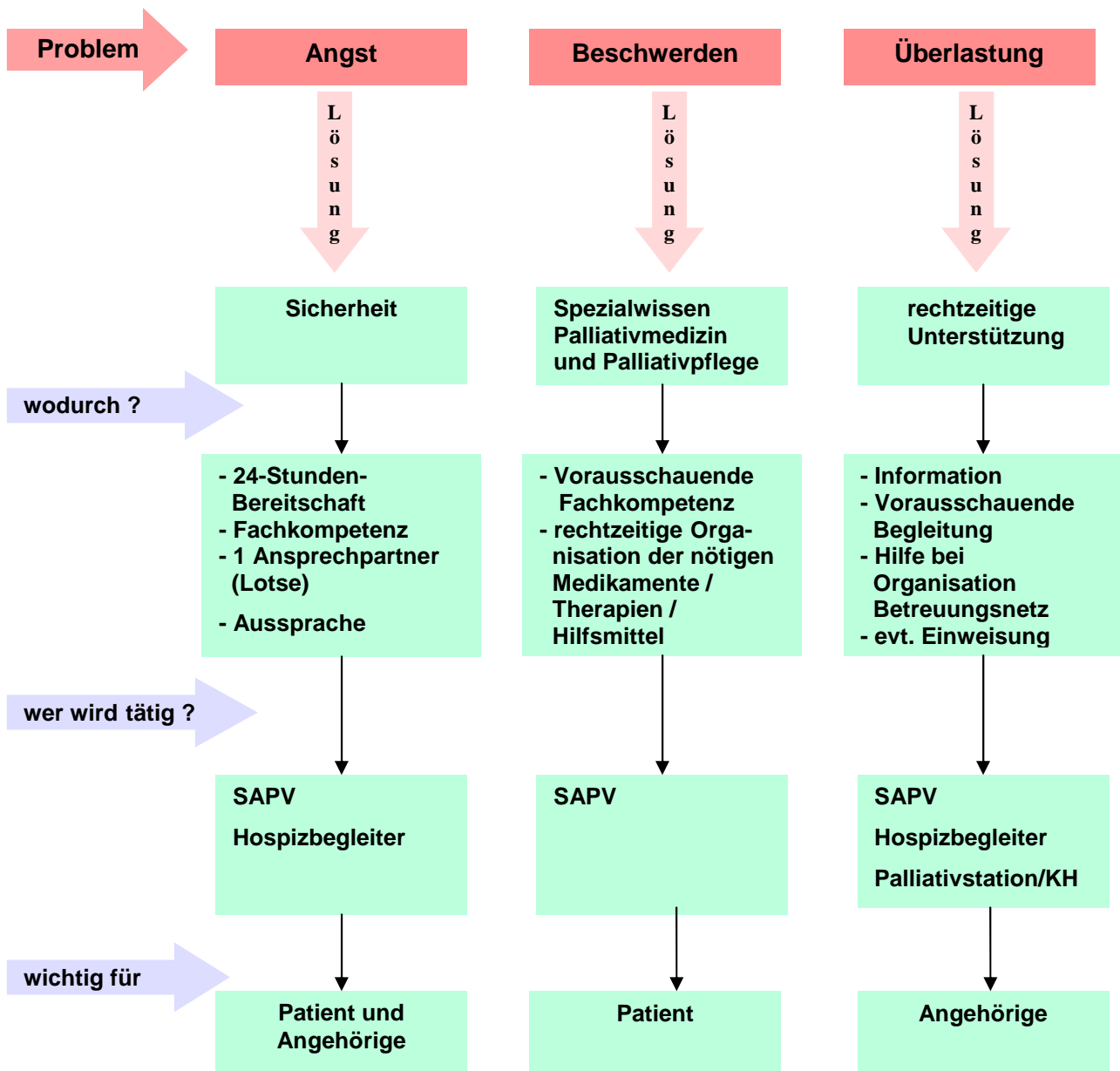


Abb. 5: Zusammenwirken von SAPV, Hospizbegleiter und Palliativstation³

2.7 Patientenprofile

Grundsätzlich sind Patienten, die von PALLIAMO betreut werden, ans Haus gebunden und können aus eigener Kraft keinen Facharzt oder Fachambulanz mehr aufsuchen. Sie sind über die palliative Vorgehensweise von PALLIAMO informiert und damit einverstanden. Es liegt eine progrediente, therapeutisch nicht mehr beeinflussbare⁴ Erkrankung im fortgeschrittenen Zustand vor, das Lebensende zeichnet sich ab.

Die vom Gesetzgeber eingeführten Kategorien stellen sich bei der Patientenbetreuung von PALLIAMO folgendermaßen dar:

³ Mit freundlicher Genehmigung von Dr. Zierer, AOK Regensburg, der diese Graphik für die Integrierte Palliativversorgung entwickelt hat

⁴ Ausnahmsweise und nur nach Rücksprache mit dem gesamten Team werden auch Patienten übernommen, die eine an sich mögliche kurative Behandlung bewusst ablehnen.

Beratung:

- Bei unterschiedlichen Fragestellungen möglich, z.B. Symptomkontrolle, ethischer Bereich, juristische Unsicherheiten, Schwierigkeiten beim Knüpfen des Betreuungsnetzes
- Anwesenheit von Angehörigen wünschenswert, aber nicht erforderlich
- Häufig telefonische, indirekte Beratung über betreuende Ärzte
- Oft mehrere Besuche erforderlich, um Erfolg der vorgeschlagenen Maßnahme zu überprüfen
- Immer wieder kommen Patienten nach der Diagnosestellung einer unheilbaren Krankheit zur Beratung, weil sie Angst vor der Sterbephase haben, auch wenn das Lebensende noch nicht absehbar ist. In diesem Fall ist die Beratung von mobilen Patienten sinnvoll und in den Räumen von PALLIAMO möglich.

Koordination:

- Wird nur gemeinsam mit einer der anderen Leistungen erbracht, da nur so festgestellt werden kann, ob die Maßnahmen auch notwendig sind.
- Bei Beratung kann eine Koordination mit erforderlich sein (in den überwiegenden Fällen)
- Teil- und Vollversorgung umfassen immer auch die Koordinationsleistung.

Teilversorgung:

- Patient und Familie haben wenig Probleme mit der Bewältigung der Situation, so dass nur das Fachwissen für eine umschriebene Aufgabe, nicht die Gesamtbetreuung benötigt wird
- Lotsenfunktion einschließlich Koordination sowie 24-Stunden-Bereitschaft beschränkt sich auf den Teilbereich
- Typische Teilversorgungen: Medikamente über Port (besonders Schmerzpumpe), Symptomkontrolle bei Subileus (z.B. regelmäßige schwierige Einläufe), Versorgung von exulzierenden Tumoren bei ansonsten ausreichender Unterstützung
- Weitere regelmäßige Hausbesuche durch Hausarzt sowie evt. durch Pflegedienst erforderlich
- Sinnvoll auch bei palliativen Problemen, die ambulant mit der sonst üblichen Unterstützung nicht ausreichend gelöst sind, auch wenn eine längere Lebenserwartung besteht, z.B. Schmerzpumpenversorgung bei Patienten, die die Schmerzambulanz nicht mehr aufsuchen können.

Vollversorgung:

- Umfasst Lotsenfunktion und Koordination der gesamten Betreuung daheim einschließlich 24-Stunden-Bereitschaft
- Zumindest ein/e Angehörige/r oder Bekannte/r zu Hause ist erforderlich, ansonsten meist Indikation zur Aufnahme in ein stationäres Hospiz (ersatzweise Kurzzeitpflege/Pflegeheim/Palliativstation)
- Hausarztbesuche erfolgen in enger Absprache und sind erwünscht
- Pflegedienste werden zur Grund- und Behandlungspflege sowie für Sitzwachen (so sie nicht über den Hospizverein geleistet werden) mit eingebunden
- Bei fulminanten Verläufen werden ausnahmsweise auch Grund- und / oder Behandlungspflege übernommen
- In Krisensituationen bleiben PALLIAMO-Kräfte vor Ort, bis die Situation wieder stabil ist.

Diese im Gesetz genannte Unterteilung haben wir bisher nicht durchgeführt, Teilversorgung wurde meist durch mehrere Beratungsbesuche ersetzt, bei denen ein Pflegedienst und / oder Hausarzt angelernt wurde.

Im Folgenden werden die Patienten deshalb in zwei Kategorien eingeteilt:

1. Kategorie Konsil ohne 24-Stunden-Bereitschaft: Beratungsbesuche und Koordination, pro Patient im Schnitt 1,8 Besuche
2. Kategorie Versorgung mit 24-Stunden-Bereitschaft: Teil- und Vollversorgung; pro Patient im Schnitt 13 Besuche

3. Personalplanung

3.1. Notwendige Arbeitszeiten

3.1.1. Sockel jedes Mitarbeiters für Teamarbeit

Zur Teamarbeit gehören die wöchentlichen Teamsitzungen sowie die Supervision alle sechs Wochen. Die Teamsitzung umfasst einen allgemeinen Abspracheteil von etwa 30 Minuten (enthält auch eine Würdigung der in der letzten Woche Verstorbenen) sowie die Besprechung der in Betreuung befindlichen Patienten. Derzeit befinden sich durchschnittlich 10 Patienten in der Betreuung („10-Betten-Station“), pro Patient sollten nicht mehr als 7 Minuten Besprechungszeit verwendet werden. Für die jetzige Größe des Teams reichen also 100 Minuten für eine Teambesprechung aus. Gemeinsam mit der obligatorischen Supervision, welche 90 Minuten alle 6 Wochen in Anspruch nimmt, werden pro Woche also bereits bei jedem Mitarbeiter knapp 2 Stunden der Wochenarbeitszeit für diesen Sockel gebraucht, unabhängig ob Voll- oder Teilzeitstelle.

Weiterbildung ist ebenfalls wichtig für die Qualität der Arbeit. Hierfür werden pro Mitarbeiter 2 Arbeitstage im Jahr angesetzt, diese werden jedoch bei der Jahresarbeitszeit mit berücksichtigt.

Damit entfallen als Sockel derzeit pro Mitarbeiter 77,7 Stunden pro Jahr auf Teamarbeit und Supervision⁵.

3.1.2. Grundlast für Funktionen im Team

Folgende Zeiten müssen für Zusatztätigkeiten aufgewendet werden, welche Voraussetzung für die Arbeit an Patienten, aber wenig abhängig von Mitarbeiter- und Patientenanzahl sind:

Tätigkeit	Zeitaufwand	Zeitaufwand im Jahr	
		Bisherige Teamgröße bis 10 Betten	Geplante Teamgröße bis 15 Betten
Bereitschaft ⁶ (bisherige Teamgröße)	2 Stunden/Werktag 4 Stunden/Feiertag	966 Stunden ⁷	
Bereitschaft (geplante Teamgröße)	3 Stunden / Werktag 6 Stunden / Feiertag		1.449 Stunden
Dienstplan erstellen, Handy-Umleitung einstellen	1 Stunde pro Monat 20 Minuten pro Woche	29 Stunden	29 Stunden
Neuanfragen, Auskünfte, Beratungen Professionelle (bisherige Teamgröße)	1,5 Stunden pro Werktag	370,5 Stunden	
Neuanfragen, Auskünfte (geplante Teamgröße)	2 Stunden pro Werktag		494 Stunden
Bestand Medikamente, Heil- und Hilfsmittel warten	30 Minuten pro Woche	26 Stunden	26 Stunden
SUMME Grundlast		1.391,5 Stunden	1.998 Stunden

Weitere Tätigkeiten übernimmt das Verwaltungspersonal (siehe 2.5), wobei die Teamleitung einen verwaltungstechnischen und inhaltlichen Teil (fachliche Verantwortung) besitzt. Für beide Leitungsfunktionen ist eine halbe Stelle zu rechnen, zusätzlich eine halbe Stelle bei kleinem Team für Sekretariatstätigkeiten.

⁵ 90 Minuten alle 6 Wochen sowie 100 Minuten jede Woche ergeben 100 Stunden im Jahr, davon 77,7% (siehe unter 4.1) tatsächliche Arbeitszeit

⁶ Gerechnet werden 1,5h für 1. Dienst, 0,5 h für fachverschiedenen Hintergrund bzw. 2 h für 1. Dienst, 1 h für Hintergrund

⁷ Berechnung: 365 Tage, 52 Wochenenden, 14 Feiertage

Derzeit wird ehrenamtlich zusätzlich die Abrechnung auf Einzelfallregelung mit den Kassen verhandelt. Da nicht bekannt ist, wie die zukünftige Leistungserstattung geregelt sein wird, schätzen wir diesen Zeitaufwand auf eine halbe Verwaltungsstelle bei mittlerem Team (bis 15 Betten) zusätzlich.

3.1.3 Arbeitszeit pro Patientenbesuch

Folgende Tätigkeiten werden durch jeden Patientenbesuch ausgelöst und mit folgendem Zeitaufwand durchschnittlich berücksichtigt (* bedeutet: aus den Zahlen 2007 bis 9/2008 gemittelt, siehe Anhang, sonst Schätzung aufgrund bisheriger Erfahrung):

<i>Tätigkeit</i>	<i>Zeitaufwand bei Betreuung</i>	<i>Zeitaufwand bei Konsil</i>
Besuch beim Patienten*	49 Minuten	49 Minuten
----- Fahrzeit pro Besuch*	18,4 Minuten ⁸	18,4 Minuten
Koordinationsaufwand pro Patientenbesuch	25 Minuten	25 Minuten
Vernetzung pro Besuch	10 Minuten	10 Minuten
Telefonat mit Patient/Familie 1-2x/Woche, auf Besuch umgerechnet	8 Minuten	
Rückfragen im Team, Info an Diensthabende	7 Minuten	
Dokumentation	5 Minuten	5 Minuten
SUMME	122,4 Minuten	107,4 Minuten

Pro Betreuungsbesuch müssen mit den Nebenzeiten 122,4 Minuten Zeitaufwand berücksichtigt werden, pro Konsilbesuch 107,4 Minuten (dabei fallen weniger Telefonate mit Patienten sowie keine Teamabsprachen an).

Einfacher ist es für die weitere Berechnung, Konsil- und Betreuungsbesuche mit 120 Minuten, also 2 Stunden anzusetzen.

Weitere Aufgaben übernimmt die Verwaltungszentrale (siehe 2.5).

3.2 Ermittlung von Durchschnittswerten und Umrechnungsfaktoren

3.2.1 Relevante Durchschnittswerte aus 2005, 2006, 2007, 1 bis 9 / 2008

Um den Arbeitsaufwand pro Betreuung abzuschätzen, wurden seit 2005 in den Jahresberichten statistische Daten pro abgeschlossener Betreuung ermittelt:

	2005	2006	2007	1-9 / 2008
Anzahl Betreuungen abgeschlossen	79	107	110	79
Durchschnittliche Betreuungsdauer	36 Tage	46 Tage	34,5 Tage	35,9 Tage
Durchschnittliche Besuchsanzahl	9 Besuche	9,5 Besuche	13 Besuche	14,1 Besuche

Für die weiteren Berechnungen werden pro Betreuung 35,5 Tage und 13,5 Besuche angesetzt.

⁸ Diese Zahl ist besonders schwer auf andere Dienste übertragbar, da sie von Einzugsbereich, Verkehrsanbindung und Arbeitsweise (z.B. Lotsensystem oder Schichtdienst) abhängt

3.2.2 Äquivalenzfaktor Kategorie Konsil zu Kategorie Betreuung

Um die Anzahl der betreuten Patienten abzuschätzen, ist es sinnvoll, einen Äquivalenzfaktor für die beiden unterschiedlichen Kategorien Betreuung und Konsil (siehe 2.7) einzuführen. Dieser Äquivalenzfaktor berechnet sich aus der Arbeitsweise des jeweiligen Teams, ist also daran gebunden.

Für die Gewichtung eines Konsilpatienten gegenüber einer Vollbetreuung wird folgende Rechnung aufgestellt:

- Im Jahr 2007 entsprachen etwa 8 Beratungen einer Vollversorgung, da im Schnitt 1,6 Besuche pro Beratung und 13 Besuche pro Vollbetreuung durchgeführt wurden
- Im laufenden Jahr wurden im Schnitt 1,9 Besuche pro Beratungspatient durchgeführt; somit entsprachen etwa 7,4 Beratungsbesuche einer Vollversorgung, zu der 14,1 Besuche nötig waren.

Betrachtet man die Belastung gerade über den aufwändigen Bereitschaftsdienst, der nur in der Kategorie Betreuung geleistet wird, so ist es gerechtfertigt, den Äquivalenzfaktor zwischen den Kategorien Beratung und Versorgung auf 8 zu 1 zu belassen.

3.2.3 Auslastung

Unsere tägliche Auslastung schwankt zwischen 30% und 200%, wobei Belastungen über 100% nur kurzfristig möglich sind. Eine Steuerung ist nur durch das Ablehnen von Neuanfragen bei Auslastung möglich, nicht jedoch durch das Generieren von Neuzugängen, falls gerade Kapazitäten frei sind. Dazu kommt, dass ein Drittel der Neuanfragen vor Erstbesuch hinfällig werden, weil die Patienten entweder vor Entlassung versterben oder doch noch stationär aufgenommen werden. Die dafür bereits aufgewendete Organisationszeit ist erheblich, fällt aber unter den Tisch.

Eine Auslastung von 100% wäre nur dann möglich, wenn Teilzeitkräfte nicht anderweitig angestellt und bereit wären, in ihrer Freizeit in Stoßzeiten bis zur Vollzeit zu arbeiten. Deshalb kann eine Auslastung von 100% nicht erreicht werden.

Unsere Kostenberechnung fußt auf einer Auslastung von 80%, wie sie für den Bereich Palliative Care empfohlen wird⁹.

4. Statistisch berechnete Teams

Mithilfe der bisher aufgeführten Daten können nun Teams berechnet werden, deren Arbeitsweise der Tätigkeit von PALLIAMO entspricht.

4.1 Kleinstmögliches Team

Als Minimum für die Rufbereitschaft werden 5 Personen benötigt, diese wiederum als mindestens 4 Halbtageskräfte und eine 400-Euro-Kraft¹⁰. Dafür ergeben sich folgende Jahresarbeitsstunden:

- Zur Verfügung stehen 3.352 Arbeitsstunden im Jahr.
- Pro Mitarbeiter entfallen von der tatsächlichen Jahresarbeitszeit¹¹ als Sockel 77,7 Stunden auf Teamarbeit und Supervision, die berücksichtigt werden müssen (siehe 3.1.1). Summiert ergeben sich 388,5 Stunden.

⁹ Ottmar Edenhofer, Überlegungen zur „Architektur“ eines Hospizes, edition-CHV 2, München 1990 (Selbstverlag Christophorus-Hospiz-Verein e.V. München)

¹⁰ Bei der nötigen Qualifikation reichen 400.- Euro pro Monat für 6 Arbeitsstunden pro Woche, also 242 tatsächliche Stunden im Jahr.

¹¹ Berechnung: 38,5 Stunden / Woche, 52 Wochen pro Jahr, 14 Feiertage, 32 Urlaubstage, 12 geschätzte Krankheits- und Fortbildungstage, ergeben 1.555 tatsächliche Jahresarbeitsstunden für eine Vollzeitstelle, das sind 77,7% der Gesamtzahl von 52 x 38,5 Stunden

- Als Grundlast für die Teamfunktionen errechnen sich für die derzeitige Größe, die als minimal angesehen wird, 1.391,5 Stunden (siehe 3.1.2).

Rund die Hälfte der Arbeitskapazität dieses fiktiven Teams, nämlich 1.780 Stunden, werden also für Hintergrundarbeiten benötigt, die verbliebenen 1.572 Stunden reichen bei 100%iger Auslastung für 786 Patientenbesuche.

Verwaltung einschließlich Abrechnung werden anderweitig übernommen.

Bei einer Auslastung von 80% können nur 629 Besuche übernommen werden.

Dieses Team kann nun

- entweder 47 Patienten in der Kategorie Versorgung betreuen oder
- bei 376 Patienten ausschließlich Beratungen und Koordination mit Hausbesuchen durchführen,
- realistischerweise eine Mischung vornehmen, z.B. 44 Patienten in der Voll- oder Teilbetreuung haben, dann noch 24 Patienten bei Hausbesuchen beraten. Immerhin werden dann insgesamt 68 Patienten betreut, zusätzlich weitere telefonisch beraten.

Diese Berechnungen gelten für eine Arbeitsweise, wie sie vom PALLIAMO-Team durchgeführt wird. Aufwändigere Betreuungen, z.B. mit eigenen Tag-Nacht-Wachen, führen zu geringeren Patientenzahlen.

4.2. Team für 250.000 Einwohner

Der Bedarf an SAPV wird mit 250 Fällen pro 250.000 Einwohnern angegeben, wobei nicht näher spezifiziert wird, welche Kategorie von Betreuung gemeint ist. Im Folgenden wird ein Team berechnet, welches 250 Fälle in der Kategorie Versorgung bewältigen kann:

Um 250 Patienten bei einer Auslastung von 80% betreuen zu können, muß die Kapazität auf 312,5 Fälle ausgelegt werden. Wenn man die Bettenanzahl betrachtet (30 Betten werden vorgehalten, davon sind 24 belegt), wird klar, dass weder 24 schwerstkranke, teilweise im Sterben liegende Patienten vernünftigerweise in einer Teambesprechung bearbeitet werden können (das ergäbe 168+30 Minuten, also über 3 Stunden), noch ein Bereitschaftsdienst wie für 10 Betten ausreicht. Die 24 belegten Betten werden also von 2 Gruppen betreut, was die doppelte Grundlast (siehe 3.1.2) begründet.

312,5 Fälle lösen 4.218,75 Besuche aus, diese wiederum verbrauchen 8.437,5 Arbeitsstunden. Als Grundlast müssen 2 x 1.998 Arbeitsstunden dazugerechnet werden. Über die Formel

Anzahl Teammitarbeiter = summierte notwendige Arbeitsstunden : (1.555 h – 77,7 h)

werden nun 8,4 Vollzeitmitarbeiter ermittelt. Sie arbeiten in einem Team, dessen Verwaltung und Leitung zusätzlich hinzugerechnet werden muß. Um die Flexibilität zu erhöhen, empfiehlt es sich, einige Teilzeitstellen einzuplanen¹².

Es versorgen also 8,4 Stellen 250 Patienten. Diese Patientenzahlen lassen sich allerdings erhöhen, wenn auch Konsile eingerechnet würden, also etwa 200 Betreuungen und 400 Konsile, oder (realistischer) 230 Betreuungen und 160 Konsile. Dann profitieren 390 Patienten von diesem SAPV-Großteam.

Es wird sich in der Realität zeigen, welche Betreuungskategorie der Gesetzgeber mit der Angabe „250 Patienten auf 250 000 Einwohner“ im Auge hatte, und ob dies dann auch dem Bedarf entspricht. Ohne nähere Angaben zur Arbeitsweise und Betreuungsintensität sind jedenfalls Patientenzahlen nicht vergleichbar. Der Bedarf an SAPV wiederum hängt von der Verfügbarkeit von allgemeiner Palliativversorgung ab.

¹² Bei einer Besetzung mit ausschließlich Halbtageskräften würde man 17,8 Personen benötigen. Sinnvoll ist eine Aufteilung in 6 Vollkräfte und 5 bis 6 Halbtageskräfte.

5. Geplanter Ausbau des PALLIAMO-Teams 2009 / 2010

Folgende Stellenbesetzung ist anvisiert:

Arzt	3 Halbtagesstellen, dazu fachliche Leitung 1 Halbtagesstelle
Pflege	2 Vollstellen, 3 Halbtagesstellen, 1x 400.-Euro
Verwaltung	2 Halbtagesstellen Sekretariat, 1 Halbtagesstelle Leitung

Für die Teamkapazität stehen also 5 Vollzeitäquivalente und eine 400-Euro-Kraft zur Verfügung.

- 5 x 1.555 Stunden + 242 Stunden für 400-Euro-Kraft ergeben 8.017 Stunden.
- Sockelstunden und Grundlast addieren sich auf 2.697,3 Stunden.
- Es bleiben 5.319,7 Stunden für Patientenbesuche, also 2.660 Patientenbesuche.
- Diese führen zu 197 Patienten in der Kategorie Versorgung bei 100%iger Auslastung.
- Bei 80%iger Auslastung (Begründung siehe 4.) ergeben sich in der Kategorie Versorgung 158 Patienten.
- Eine realistische Mischkalkulation geht von 150 Patienten in der Kategorie Versorgung aus und von 64 Patienten in der Kategorie Beratung, das ergibt 214 Patienten.

Diese Teamgröße entspricht auf jedem Fall dem Bedarf. Sollten die Neuanfragen weiterhin ansteigen, so kann das Team 2011 weiter vergrößert werden. Mit diesem Vorgehen werden Überkapazitäten vermieden, ein organisches Wachstum der Gruppe wird ermöglicht.

6. Ausblick: Konzept für flächendeckende Teams im Einzugsbereich

Seit langem stehen die an Palliative Care Interessierten der Krankenhäuser Barmherzige Brüder (mit Palliativstation, Konsilen im Haus), St. Josef (mit Palliativ-Beratungsdienst) und neuerdings der Universität (Brückenteam für Palliativpatienten, Konsile im Haus) mit den PALLIAMO-Mitarbeitern in Kontakt. In der Anlage befindet sich das gemeinsam erarbeitete Konzept.

Es erscheint sinnvoll, zwei SAPV-Teams zu planen, ein größeres als Erweiterung des bestehenden PALLIAMO-Teams, welches eng mit St. Josef und dem Krankenhaus Barmherzige Brüder verknüpft bleibt, ein kleineres als Fortführung des bestehenden Brückenteams der Universität. Gemeinsam decken beide Teams ein Gebiet mit etwa 300.000 Einwohner ab. Wenn für 250 000 Einwohner etwa 8 Stellen zur Verfügung gestellt werden sollen, ergeben sich hier 9,6 Stellen. Da etwa 20% der Patienten, welche im Einzugsbereich SAPV benötigen, aus der Universitätsklinik entlassen werden, sollten für das Universitätsteam 2 Stellen für den ambulanten Teil der Tätigkeit, für PALLIAMO 7,6 Stellen zur Verfügung stehen. Dementsprechend müsste auch der Bedarf an SAPV im Verhältnis 20 zu 80 abgedeckt werden.

Wie unter 4.2 ausgeführt ist momentan nicht abzusehen, welcher Bedarf an SAPV tatsächlich besteht.

Wir bieten an, unsere Kapazitäten schrittweise und unter begleitender Qualitätsforschung an den Bedarf anzupassen.

ANHANG

Glossar

- Teamarbeit:** Zusammenarbeit von verschiedenen Berufen in einem Team, das sich mindestens einmal wöchentlich zusammensetzt, um alle betreuten Patienten zu besprechen. Die Bereitschaftsdienste werden von den Teammitgliedern für alle diese Patienten gemeinsam übernommen. Im SAPV-Team muß mindestens ärztliche und pflegerische Kompetenz vertreten sein. Die Pflegekräfte haben jederzeit einen eigenen Arzt zur Verfügung und umgekehrt, somit stehen für den Patienten ständig pflegerische und ärztliche Kompetenz parat.
- Spezialisierte Tätigkeit:** Wir fordern, dass ständige Teammitglieder mindestens 50% der Arbeitszeit in Palliative Care verbringen. Dies kann die Mitarbeit bei PALLIAMO sein, oder in einer stationären oder anderen ambulanten Einrichtung, z.B. Palliativstation, Beratungen im Krankenhaus oder im Hospizverein. Aushilfen sollten zumindest früher mit Schwerpunkt Palliative Care tätig gewesen sein.
- Koordination:** Darunter fällt alles, was vom Lotsen neu in die Wege geleitet wird. Dies umfasst Organisation von Medikamenten (z.B. Pumpen, Umstellen auf parenterale Medikamente, oder nur Opiate rechtzeitig vor dem Wochenende), von Hilfsmitteln, Therapeuten (häufig Physiotherapie, aber auch Pflegedienst), Hospizbetreuer (Kontaktaufnahme mit dem Hospizverein, Schwierigkeiten erläutern, so dass die richtige Person gefunden wird), manchmal Fachärzte (einschließlich aufwändigem Transport), Hinzuziehen unserer Sozialpädagogin. Eine wesentliche Koordinationsaufgabe besteht häufig darin, die Angehörigen und Freunde in eine tragfähige Betreuung geregelt einzubinden.
- Vernetzung:** Darunter verstehen wir den laufenden Informationsaustausch mit und zwischen allen beteiligten Professionellen außerhalb des SAPV-Teams sowie eingebundener Angehöriger und Ehrenamtlicher. Dies kann bei einzelnen Patienten sehr zeitaufwändig sein, immer jedoch gehören dazu: regelmäßige Information des Hausarztes (meist per Fax) und des Pflegedienstes, häufig auch der beteiligten Fachärzte, der Hospizbegleiter, des Physiotherapeuten, Rücksprache mit den Krankenhausstationen, besonders der Palliativstation.
- Palliativpatient:** Patient mit inkurabler, progredienter Erkrankung in weit fortgeschrittenem Zustand, bei dem sich das Lebensende abzeichnet.
- Patient+Famile im Fokus:** Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Einheit aus Patient und Angehörigen. Üblicherweise rechnen wir etwa die Hälfte der Hausbesuchszeit für die Schulung, Beratung und Stützung der Angehörigen (oder des Pflegepersonals im Heim), die andere Hälfte benötigt der Patient. Dieses Verhältnis ist in jeder Familie anders, manchmal muß fast ausschließlich der Angehörige, welcher die Hauptlast der Betreuung zu Hause trägt, unterstützt werden, manchmal fast ausschließlich der Patient.

Statistische Daten 2006 bis 9/2008

Besuchs- Fahrtzeiten und Patientenzahlen 1.1.2007 bis 30.9.2008:

	1/2007 bis 9/2008		2007	1 mit 9 2008	2008 fiktiv
Zeit für Besuche (Kategorie Betreuung)	2.185,4 Stunden				
Fahrzeit (Kategorie Betreuung)	819,1 Stunden				
Zeit für Besuche und Fahrten	3.004,5 Stunden				
Anzahl aller Patienten	265		149	116	155
davon Konsilpatienten	67		29	38	51

In der letzten Spalte sind zum besseren Vergleich die bisherigen Zahlen 2008 aus 9 Monaten auf das ganze Jahr hochgerechnet worden.

Daten der Konsilpatienten 01.01.2008 bis 30.09.2008:

38 Konsilpatienten, 73 Besuche, Besuchszeit und Fahrt zusammen 79,4 Stunden

Schnitt: 65,3 Minuten pro Besuch

Schätzwert Einwohnerzahl 20km um Regensburg

From: Engl, Horst

To: 'christl.tesseraux@web.de'

Sent: Thursday, October 23, 2008 11:02 AM

Subject: Stadt Regensburg - Einwohnerzahl

Sehr geehrte Frau Tesseraux,

bezüglich Ihrer Anfrage zur Zahl der Einwohner im "20 km Umkreis" um Regensburg kann ich Ihnen (nur) einen **groben Schätzwert** nennen.

Auf Grundlage der Gemeindedaten (Stand März 2008) ergibt sich für die Gemeinden, die in diesem Umkreis liegen, ein Wert von rd. 300 Tsd. Einwohner am Ort der Hauptwohnung.

In dieser Zahl ist die Stadt Regensburg mit 132,6 Tsd. Einwohner am Ort der Hauptwohnung enthalten.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag
Horst Engl
Stadt Regensburg
Amt für Stadtentwicklung,
Abteilung Statistik
Tel: 0941/507-4661
Fax: 0941/507-4669
<mailto:engl.horst@regensburg.de>

*Statistische Informationen der
Stadt Regensburg:*
<http://www.statistik.regensburg.de>

Vorgehaltene Medikamente und Hilfsmittel

Medikamentenliste Bereithaltung

Folgende Medikamente sind meist bei Patienten übriggeblieben und als nicht angebrochene Blister oder Verpackungen in den Praxisbedarf Dr. Albrecht übernommen worden. Sie können dann an andere Patienten weitergegeben werden, z.B. um eine Therapie rasch zu beginnen. Die mit * gekennzeichneten Wirkstoffe sollten (zusätzlich zu den in der Bereitschaftstasche befindlichen Ampullen, siehe dort!) immer vorrätig sein und werden gegebenenfalls über Praxisbedarf ergänzend rezeptiert.

Diese Liste benutzen wir im Querformat, ergänzt um eine Spalte für das Haltbarkeitsdatum. Wird ein Medikament einsortiert oder entnommen, wird dies auf der Liste entsprechend eingetragen. Momentan befinden sich in diesem Vorratsschrank:

Aldactone 10 ml	200 mg	Ka-Canrenoat	Ampullen
Ampho-Moronal Susp.	30 ml	Amphotericin B	Suspension
Atosil	2ml	Promethazin*	Inj.Lsg
Betaisodona	30 g	Povidon Iod	Salbe
Buscopan	10 mg	Butylscopolaminiumbromid	Dragee
Chlorophyll	50 ml	Chlorophyll	Lösung
Dexamethason	8 mg	Dexamethason*	Tabletten
Dexamethason	8 mg	Dexamethason	Ampullen
Diazepam	10 MG	Diazepam	SUPP
Diazepam Ratio	10 mg	Diazepam	Tabletten.
Diazepam Ratio	25 ml	Diazepam*	Tropfen
Diclo dispers	50 mg	Diclofenac	Tabletten
Diclofenac_ratio	100 mg	Diclofenac*	Zäpfchen
Dulcolax	5 mg	Bisacodyl	Dragees
Eunerpan	200ml	Melperon	Saft
Espumisan	30 ml	Simeticon	Emulsion
Haloperidol	5 mg	Haloperidol*	Ampullen
Imodium ling.	2 mg	Loperamidhydrochlorid	Schmelzt.
Ketanest S	2ml	Esketaminhydrochlorid*	Ampullen
Lasix	40 mg	Furosemid*	Ampullen
Laxoberal	30 ml	Na-Picosulfat	Tropfen
Lecicarbon E	5x1	CO2, Vaseline	Supp
Loracepam	1 mg	Lorazepam	Tabletten
MCP	10 mg	Metoclopramid*	Ampullen
MCP	30 ml	Metoclopramid	Tropfen
Metamizol / Novalgin	100ml	Methamizol-Na-Monohydrat	Tropfen
Metamizol 2500 mg	je 5ml	Methamizol-Na-Monohydrat*	Ampullen
Midazolam	5 mg	Midazolamhydrochlorid	Ampullen
Midazolam	15 mg	Midazolamhydrochlorid*	Ampullen
Movicol		Macrogol	Beutel
Musaril	50 mg	Tetrazepam	Tabletten
Neurocil	50 ml	Levomepromazin*	Tropfen
Nexium mups	40 mg	Esomeprazol	Tabletten

Normoc	6 mg	Bromazepam	Tabletten
Pantozol 40	40 mg	Pantoprazol-Na-	Tabletten
Pantozol i.V.	40mg	Pantoprazol-Na	Pulver f. Inj.
Paracodin N	30 g	Dihydrocodein	Tropfen
Perfalgan 100 ml	10mg/100 ml	Paracetamol*	Inf.Lösung
Phenhydan	100 mg	Phenytoin	Tabletten
Pimafucin	10 mg	Natamycin	Lutschtabl.
Remergil	30mg	Mirtazapin	Schmelztabl.
Rocephin	2g	Ceftriaxon	Inj.Lsg.
Scopoderm TTs	1,5 mg	Scopolamin	Pflaster
Tavor exp.	1 mg	Lorazepam*	Schmelztabl.
Tavor exp.	2,5 mg	Lorazepam	Schmelztabl.
Tepilta Beutel	10ml	Oxetacain/Al/Mg-hydroxid	Suspension
Vergentan	50 mg	Alizaprid	Tabletten
VOMEX A	150 mg	Dimenhydrinat*	Supp
VOMEX A	100 mg	Dimenhydrinat	Inj.Lsg
Zink_Salbe	100 ml	Zinkoxid	Salbe
Zofran	8 mg	Ondansetron	Schmelztabl.
Zyprexa	5mg	Olanzapin	Schmelztabl.

Betäubungsmittel:

Diese unterliegen der Betäubungsmittelverordnung und werden daher nicht im Medikamentenschrank gelagert.

Um für den Notfall, besonders an Wochenenden und Feiertagen, dennoch gerüstet zu sein,

- hält Frau Dr. Albrecht über ihren Praxisbedarf Opiate (Ampullen von Morphin, Hydromorphon und Dicodid) unter Verschluss bereit,
- gibt es Absprachen mit drei Apotheken, die ein gutes Sortiment an Opiaten vorrätig halten, so dass zumindest noch am Samstag Patientenrezepte eingelöst werden können bzw. der Vorrat von Frau Dr. Albrecht aufgefüllt werden kann.

Je eine Ampulle Morphin aus dem Praxisbedarf befindet sich bei jeder Pflegekraft in der Tasche. Bei Gebrauch wird die nächste ausgegeben, der Verbleib im BtM-Buch der Praxis Dr. Albrecht verzeichnet.

Vorgehaltenen Hilfsmittel

- 1 Toilettensstuhl, Urinflaschen
- 1 Rollstuhl
- 3 Subcutanschmerzpumpen
- 1 Perfusor in Planung
- PariBoy
- Vibrax
- Treppensteiggerät
- Badewannenlifter
- Duschhocker
- Toilettenerhöhungen
- Rollator
- Absauggerät
- Kopfwashbecken
- Luftkissen für Rollstuhl
- Mobilisations-/Transferhilfe
- Babyphone
- Mobiles Ultraschallgerät in Planung (Sicherheit für Aszitespunktion vor Ort für Diagnostik Pleuraerguss, da Unterscheidung Verschwartung/Erguß klinisch nicht immer möglich ist)
- Infusionsständer
- Portnadeln verschiedener Größe, Subcutannadeln für Subcutanpumpe
- Bei uns lagern auch noch zahlreiche Pflegeutensilien, Verbandsmaterial, Zubehör für Infusionen sowie Trägerlösungen (NaCl 0,9%, Ringer-Lösung) von 100 bis 1000ml. Wir führen sie nicht einzeln auf, da sie in etwa dem entsprechen, was viele ambulante Sozialstationen ebenfalls vorrätig halten.

Mindestinhalt Pflageetasche

RR-Gerät
Stethoskop
Taschenlampe klein
Kugelschreiber, Schreibblock
Spritzen 2ml, 5ml, 10ml je 5x Kanülen braun und gelb je 10x NaCl 10ml 5x Gripper Portnadel 3x versch.Größen Infusionsbesteck 1x Subcutan-Butterfly 1x1
Einmalhandschuhe Mullbinden 3x Kompressen steril 7,5 5x Fixomull ein gutes Stück Hansaplast ein Streifen Leukosilk eine Rolle unsterile Tupfer
Opsite steril 2x1
Octenisept
Darmrohr Ch 18
Magensonden-Beutel, Blasenspritze
Magensonde
Klistier
DK 12 + 14 und DK-Beutel und sterile Handschuh
Instillagel
1 kleines Sprühfläschchen f. Mundpflege
Wattestäbchen mit dickem Kopf 10 Stück
Schere

Leider sind nicht alle hier genannten Hilfsmittel über Praxisbedarf rezeptierbar. Dies erschwert die Bereithaltung erheblich!

Medikamente für jede Bereitschaftstasche

Ampullen:

		Verfallsdatum
Dexamethason	3x8mg	
Vomex®	i.m. 1x1	
Levomepromazin oder Atosil®	1x1	
Robinul®	1x1	
Midazolam	5mg 3x1	
Buscopan/BS	5x1	
Haloperidol	2x1	
Novaminsulfon	2,5g 1x1	
Morphin Amp.	20mg 1x1	
Ketanest S	50mg 1x1	
NaCl 0,9%	10ml 3x1	
Furosemid	40mg 1x1	
NaCl/Ringer-Lösung	500ml 2x1	

Tabletten:

- Tavor 1,0 oder 2,5 Expidet 1 Streifen

Zubehör:

- 2ml, 10ml Spritzen
- Kanülen verschiedene Größen
- Combistopper
- Gripper Portnadel je 1x Größe: 19Gx19mm, 19Gx25mm, 20Gx16mm(Armport)
- 1x Butterfly o.ä. für Dauergabe subcutan
- Infusionsbesteck

Entwurf - Palliativverbund Regensburg¹³

Erarbeitet von:

Mitarbeiterinnen des Palliativteams PALLIAMO:

Sabine Elb, Christine Wesch, Almuth Grigorakakis, Dr. med. Elisabeth Albrecht

Mitarbeiterinnen des Palliativdienstes des Caritas-Krankenhauses St. Josef:

Bärbel Kiechle, Dr. med. Sabine Lins

Mitarbeiter der Palliativstation, Krankenhaus Barmherzige Brüder:

Dr. med. Roland Braun, Dr. med. Jörg Nützel

Mitarbeiter der Universitätsklinik:

Dr. med. Jochen Pfirstinger

Mitarbeiterin der Bayerischen Krebsgesellschaft:

Susanne Strobel

im Herbst 2007

1. Bedarf

In Stadt- und Landkreis Regensburg wohnen 325.787 Einwohner. Manche Gemeinden des Landkreises liegen mehr als 20 km von Regensburg entfernt und können von einem aufsuchenden Palliativdienst, der von Regensburg aus operiert, nicht mitversorgt werden. Der Einzugsbereich umfasst 257.000 Einwohner, das sind 80% der Gesamtbevölkerung von Stadt- und Landkreis Regensburg.

Pro Jahr sterben etwa ein Promille der Einwohner, davon benötigen schätzungsweise 10% eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Der Palliativverbund Regensburg sollte also etwa 260 Patienten pro Jahr versorgen können.

Man kann auch die Bedeutung des Palliativdienstes für Krebspatienten darstellen. Laut Tumorzentrum sterben im Jahr etwa 860 Menschen in Stadt- und Landkreis Regensburg an Krebs (Schätzung, da die Landkreise nicht extra ausgewiesen sind), verringert auf das verkleinerte Einzugsgebiet etwa 680 Patienten. Davon die Hälfte – 340 Patienten – wollen zu Hause sterben¹⁴. Ein spezialisierter Palliativdienst hat zwischen 60 und 80% Krebspatienten, also im Einzugsgebiet von den errechneten 260 Patienten bis zu 200.

Dies würde bedeuten, dass im Einzugsbereich etwa jeder vierte Krebspatient im letzten Lebensjahr die Dienste der spezialisierten Palliativversorgung in Anspruch nimmt.

¹³ Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Betreuung von Erwachsenen. Der Kinderpalliativdienst soll im Verbund präsent sein, jedoch unabhängig bleiben und auch separat Stellen bekommen.

¹⁴ Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer; a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000;3;287-300

2. Die Ausgangssituation im stationären Bereich

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Krankenhäuser in der Stadt Regensburg:

	Bettenanzahl / verstorben 2006	Verstorben im Einzugsgebiet	Palliativversorgung im Haus
Krankenhaus Barmherzige Brüder	800 Betten / 900 †	512	Palliativstation
Universitäts- klinik	800 Betten / 600 †	200	Zusatzqualifikation Palliativmedizin
Klinik für Neurologie BKH	58 Betten / ca 40	geschätzt 20	
Caritaskranken- haus St. Josef	330 Betten / 216 †	152	Palliativmedizin und -pflege auch ambulant
Evangelisches Krankenhaus (Belegklinik)	100 Betten / circa 60 †	Geschätzt 48	---
Summen:	2030 Betten / 1.806 †	ca 927 im Einzugsbereich	

3. Bisher geleistete spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Im Jahr 2006 führte das Palliativteam *PALLIAMO* im Einzugsgebiet bei 132 Patienten Hausbesuche durch:

- Bei 14 Patienten fand eine einmalige Beratung statt
- Bei 107 Patienten kam es zu einer längeren Begleitung, die am Jahreswechsel abgeschlossen war. 70 Patienten davon sind zu Hause verstorben.
- 11 Patienten waren bei Jahreswechsel in der Betreuung.

Nicht erfasst wurden die Beratungen zusätzlicher Patienten am Telefon, sei es indirekt durch ein Gespräch mit dem betreuenden Arzt oder Pflegedienst, sei es direkt durch Kontakt zu Patienten oder Angehörigen.

Da im laufenden Jahr die Arbeit weiter ansteigt und dementsprechend das Personal aufgestockt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass der bestehende Palliativdienst derzeit bereits die Hälfte des Bedarfs für Regensburg abdeckt.

4. Bedarf für spezialisierte Brückenbetreuung an den Kliniken

Aus den Zahlen der Punkte 2 und 3 lassen sich die Bedarfszahlen für die einzelnen Kliniken bezogen auf 2006 errechnen. Dies ergibt eine Möglichkeit, die Gewichtung der Institutionen innerhalb des Gesamtbedarfs für Regensburg abzuschätzen:

Die spezialisierte Betreuung in und um Regensburg soll für etwa 260 Patienten pro Jahr konzipiert werden. Im Jahr 2006 wurden bereits 70 zu Hause verstorbene Patienten betreut, somit ist davon auszugehen, dass für 190 Patienten, die 2006 in der Klinik gestorben sind, eine häusliche Zusatzbetreuung sinnvoll gewesen wäre.

Im Einzugsbereich hatten 927 der in den Kliniken verstorbenen Patienten ihren Wohnsitz. Bezogen auf diese Zahlen können also in jeder Klinik 20% der bisher dort Verstorbenen durch eine spezialisierte Versorgung mitbetreut werden.

Damit ergibt sich folgender Bedarf :

	Verstorben im Einzugsbereich 2006	Ambulante spezialisierte Versorgung im Jahr
KH Barmherzige Brüder	512	102
Universitätsklinik und Neurologie BKH	ca 220	ca 44
Caritaskrankenhaus St. Josef	152	30
Evangelisches KH	ca 50	ca 10
Summen:	927	185

Diese Berechnung bezieht sich auf 2006, dürfte aber in der prozentualen Verteilung unter den Häusern wenig Wechsel über die Jahre zeigen.

5. Konzeptentwicklung Palliativverbund Regensburg

Die im ambulanten sowie stationären Bereich tätigen Palliativschwestern und –mediziner haben gemeinsam ein Konzept entwickelt, um die spezialisierte Palliativversorgung im Großraum Regensburg sinnvoll zu gestalten.

Miteinbezogen ist eine Sozialpädagogin (FH) / Psychoonkologin (DKG) der Psychosozialen Beratungsstelle Regensburg der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. Der Hospizverein Regensburg hat seine Kooperation zugesichert.

Folgende Argumentation wurde erarbeitet:

- In den drei vertretenen Krankenhäusern (Universitätsklinikum, KH Barmherzige Brüder, Krankenhaus St. Josef) wird eine Brückenfunktion für Schwerstkranke und Sterbende als sinnvoll angesehen¹⁵.
- In den Krankenhäusern besteht darüber hinaus ein großer Bedarf an Konsultativität innerhalb des Hauses sowie die Möglichkeit, Hausärzte zu beraten. Dies trifft besonders für die Universitätsklinik zu, welche einen Einzugsbereich besitzt, der deutlich über Stadt- und Landkreis Regensburg hinausreicht.
- Ein ambulantes Team benötigt für die eigene 24-h-Bereitschaft eine gewisse Größe. Betrachtet man die zu erwartenden Betreuungszahlen, so erscheint es deshalb einerseits nicht sinnvoll, an jedes Haus ein unabhängiges Team anzuhängen. Andererseits möchten die Häuser ihre Fürsorge für die Patienten durch ein eigenes Team unter Beweis stellen.
- Von Vorteil für die betreuten Patienten ist es, wenn im Notfall neben der vertrauten Pflegekraft auch ein palliativmedizinisch geschulter Arzt zur Verfügung steht, und zwar rund um die Uhr. Eine derartige Rufbereitschaft lässt sich nur gemeinsam verwirklichen.

Als Quintessenz wird vorgeschlagen:

¹⁵ Diese Brückenfunktion findet bereits zwischen der Palliativstation und PALLIAMO statt, da zwei Schwestern, die auf dieser Station teilzeit arbeiten, auch im ambulanten Team tätig sind. Diese Kontinuität wird von den Patienten sehr geschätzt.

- Innerhalb des Palliativverbundes sind zwei Palliativteams sinnvoll, ein kleines am Uniklinikum (ca 60 ambulante Fälle im Jahr¹⁶) und ein großes als Erweiterung des jetzigen PALLIAMO-Teams (ca 200 ambulante Fälle pro Jahr)
- Das PALLIAMO-Team bietet pflegerische und ärztliche ambulante Spezialbetreuung mit 24-h-Rufbereitschaft.
- Das Uniteam hat seinen Schwerpunkt innerhalb des Uniklinikums mit beratender und betreuender Tätigkeit. Hier sind Ärzte und Pflegekräfte tätig. Im ambulanten Bereich können Patienten durch die eigenen Palliative-Care-Pflegekräfte betreut werden mit 24-h-Rufbereitschaft.
- Das ambulante Team der Universität wird bei den Teambesprechungen von den eigenen Ärzten beraten, welche auch den Kontakt zu den jeweiligen Hausärzten pflegen. Reicht die Beratung des zuständigen Hausarztes nicht aus, so können die medizinischen Fachkräfte des PALLIAMO-Teams zugezogen werden. Der ärztliche Palliativhintergrund unter der Woche wird von PALLIAMO übernommen, am Wochenende ergänzt durch die ärztlichen Kollegen des internen Uniteams.
- Das existierende ambulante Team PALLIAMO wird folgendermaßen ausgebaut: Den Krankenhäusern wird angeboten, Palliativpflegekräfte und Palliativmediziner im PALLIAMO-Team in Teilzeit mitarbeiten zu lassen. Diese Stellen werden dann aus dem Budget der spezialisierten ambulanten Versorgung finanziert und den Krankenhäusern erstattet. Somit entstehen Brückenfunktionen sowie die Möglichkeit, intern im Krankenhaus Konsildienste aufzubauen. Damit verfügen die Häuser über eigene Palliativteams, auch wenn sie in ihrer ambulanten Tätigkeit über PALLIAMO koordiniert werden.
- Es ist sinnvoll, für beide Teams, PALLIAMO sowie Uni-Team, eine gemeinsame Halbtagskraft für Sozialarbeit zur Verfügung zu stellen.
- Der Palliativdienst PALLIAMO wird von einer GmbH getragen (Hauptgesellschafter PALLIAMO e.V.). Die Beteiligung an dieser GmbH steht anderen Interessenten offen, z.B. den Krankenhausträgern, aber auch Einzelpersonen. Damit soll die Transparenz gewahrt bleiben. Ein organisatorischer Zusammenschluss aller Beteiligten unter dem Dach der GmbH wird von Seiten der GmbH ausdrücklich gewünscht.
- Die Außendarstellung erfolgt unter einem gemeinsamen Dach (Internet, Pressearbeit, Fortbildungen, Standards, Dokumentation, evt. Leitstelle) und unter einer gemeinsamen Bezeichnung, Arbeitstitel: Palliativverbund Regensburg. Hier sollen sich auch der Kinderpalliativdienst, der Hospizverein Regensburg e.V. sowie die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. darstellen können.

Schlussbemerkung:

Dieses Konzept ist eine erste Annäherung an die reale Situation. Besonders schwierig ist es, den Einzugsbereich zu definieren, da er auch abhängig ist von der Entwicklung spezialisierter Teams in den angrenzenden Gegenden:

- Vom Fahren her ist es einerseits sinnvoll, die Gegend um Bad Abbach (Niederbayern) von Regensburg aus zu versorgen; andererseits könnte auch an die Onkologie in Kelheim eine ambulante Versorgung angekoppelt werden, die ebenfalls diese Region mitbetreuen könnte.
- Östliche Gemeinden sind momentan nicht mit eingerechnet, da sie von Straubing aus leichter zu erreichen sind und dort hoffentlich eine ambulante Versorgung aufgebaut wird.

¹⁶ Diese Zahl ergibt sich aus den errechneten 44 Fällen (stationär → ambulante) plus 16 Fälle aus dem jetzt schon ambulante betreuten Fällen (prozentualer Anteil der Uni-Patienten an den 70 zu Hause verstorbenen Patienten von PALLIAMO)

Wieviele Patienten eine spezialisierte Versorgung benötigen, ergibt sich aus der Qualität der allgemeinen Palliativversorgung. Die Zielvorgabe „10% aller Sterbenden“ geht von einer recht guten Versorgung durch Hausärzte und Pflegedienste aus. Nur wenn auch diese gesundheitspolitisch gefördert wird, reichen die angegebenen Verhältniszahlen aus, um eine adäquate Versorgung im häuslichen Bereich zu etablieren.

Entscheidend ist es für die Tätigkeit in diesem extrem belastenden Bereich, dass die Palliativteams personell ausreichend ausgestaltet werden, um Überlastungen zu vermeiden.

Weitere Entwicklungen seit 2007:

1. Entwicklung des Palliative-Care-Teams Abrigo an der Universität Regensburg

Seit September 2007 bietet Abrigo an der Universität Regensburg konsiliarische Beratungen für Palliativpatienten im Klinikum an sowie Brückenfunktion für Patienten, die nach Hause gehen wollen. Ärzte und Pflegekräfte sind in diesem Team vertreten

2. Gedanken zur Zusammenarbeit zwischen Abrigo und *PALLIAMO*

Es ist schwierig für Abrigo, innerhalb der Universität Fuß zu fassen. Diese Aufgabe wird eher erschwert, wenn eine enge Zusammenarbeit mit *PALLIAMO* angestrebt wird. Als autarkes Team kann diese wichtige Entwicklung zügiger stattfinden.

Deshalb wird momentan darauf verzichtet, die beiden Teams zusammenzuführen. Geplant ist allerdings, die Sozialpädagogin bei beiden Teams einzusetzen.

3. Zusammenarbeit Brückenteam St. Joseph und *PALLIAMO*

Dies funktioniert bei etlichen Patienten zum Vorteil für alle Beteiligten. Hier ist eine engere Verzahnung wünschenswert, derzeit werden dazu Vorgehensweisen entwickelt, um sie anschließend mit dem Krankenhausträger zu diskutieren.

Nachwort und Impressum:

Wir sind uns der Verantwortung bewusst, erstmals detailliertes Zahlenmaterial zur Realisierung von SAPV vorzulegen.

Es handelt sich um einen deskriptiven Ansatz, wir beschreiben also unsere Arbeitsweise, die jedoch nur eine von mehreren Möglichkeiten darstellt, SAPV zu verwirklichen. Da bei vielen Begriffen noch keine allgemeingültige Definition feststeht, können unsere Daten nicht ohne konzeptionellen Vergleich auf andere Teams übertragen werden.

Wir bedanken uns für die Zuarbeit bei Frau Körber, Frau Liemant und Herrn Rauh vom Vorstand und Beirat des Vereins PALLIAMO , bei Frau Brunner (Sekretärin) und bei Frau Grigorakakis und Frau Wesch (Palliative-Care-Schwestern des Teams).

Verantwortlich für den inhaltlichen Teil:

Dr. med. Elisabeth Albrecht, Fachärztin für Innere und Palliative Medizin
Ärztliche Leitung des PALLIAMO-Teams

Verantwortlich für den wirtschaftlichen Teil:

Frau Simone Winkler-Pohl, Betriebswirtin (VWA)
Geschäftsführerin der PALLIAMO-GmbH

PALLIAMO GmbH
Wernerwerkstr. 4
93049 Regensburg

Tel. 09 41 / 5 67 62 32
palliamo@t-online.de