

Palliativ Care im Kreis Böblingen

Vortrag 16.10.2011 von Dr. Dietmar Epple
im Rahmen der Vortragsreihen im Oktober 2011 im Bürgerhaus Renningen

02.10.2011 „Ethische Konflikte und deren Lösungsmöglichkeiten bei schwerkranken Menschen“ (Dr.Dietrich Weller)

16.10.2011 „Palliativ Care im Kreis Böblingen“ (Dr.Dietmar Epple)

30.10.2011 „Patientenverfügung und Palliativ Care“ (Ralf B. Ulrich)

initiiert vom „Verein der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen e.V.“, Martina Steinbrenner

1. Begrüßung

- Wer ich bin (Familie, Beruf, Hospiztätigkeit, Palliativweiterbildung/selber, Palliativweiterbildung/offiziell, Vorträge zum Thema, Schulung von Pflegemitarbeitern, Hospizgruppenmitarbeitern, Mitarbeit am Thema SAPV im Kreis BB)
- Mein Werdegang könnte gleichzeitig beispielhaft für Akteure im Palliativ Care gesehen werden: Man wird als ganz normaler Mensch in eine konkrete Situation gestellt, sieht Notwendigkeiten, beschäftigt sich mit dem Thema und sucht Lösungen, bildet sich fort, gewinnt Erkenntnisse und Fähigkeiten und gibt seine Gedanken weiter, um andere daran teilhaben zu lassen.
- Rückbesinnung auf Vortrag von Dr. Weller vom 2.10. „Ethische Konflikte und deren Lösungsmöglichkeiten bei schwerkranken Menschen“, einsehbar auf der Webseite des heute einladenden „Verein der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen e.V.“ unter www.verein-pct.de
Vortrag ohne „PowerPoint“-Bilder

2. „Eine Palliativgeschichte“

- Als Einstieg ins Thema soll uns eine „schwäbische Palliativgeschichte“ dienen:

3. Was ist „Palliativ Care“?

- Ähnliche Begrifflichkeiten Palliativ Care, Palliativmedizin. AAPV, SAPV, Palliativ Care Team (mit gesetzl. Vorgaben) (vgl. Zeitschrift f. Palliativmedizin 9/11).
- Deutschsprachiger Raum: Palliativ(e) Care, Palliativmedizin, Palliativversorgung, palliative Betreuung, Palliativbetreuung, (ehrenamtliche) Hospizarbeit.
- Abgrenzung AAPV, SAPV, pädiatrische Palliativmedizin SAPPV, Kinderhospizgruppe
- **„EAPC“-Definition der Palliativversorgung** (European association for palliative care) von 1998, Stand 2011:
Palliativversorgung ist die aktive, umfassende Versorgung des Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht.
Kontrolle von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel.

Palliativversorgung ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst Patienten, die Familie und deren Umfeld. Palliativversorgung stellt somit das grundlegendste Konzept der Versorgung dar – dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus.

Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten.“

- **WHO-Definition der Palliativversorgung (2002):**

„Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit Problemen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, und zwar mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen im körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bereich.“

Diese WHO-Definition formuliert einen erweiterten Blickwinkel auf Patienten und deren Familien, die mit einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, nicht mehr nur (Tumor-)Erkrankungen, die auf kurative Behandlung nicht ansprechen (alte Definition).

Palliativmedizin ist am Ende des Lebens das, was am Anfang des Lebens die Geburtshilfe leistet:

Sie bietet know-how, hat viele ähnliche Situationen schon begleitet, steht aber immer wieder neu vor dem Mysterium von Anfang und Ende.

Als Begleiter im Sterbeprozess wollen palliativmedizinisch Tätige anderen Menschen und ihren Angehörigen helfen, mit Trauer, Schmerzen, Not, Verzweiflung und Isolation fertig zu werden. Pallium = der Mantel. Wie ein Mantel soll sich die symptomlindernde Palliativmedizin schützend um den Patienten legen, soll Würde und Lebensqualität der Kranken wahren, möglichst zu Hause.

Sterbende betreten "Neuland", das auch das Team noch nie selber betreten hat – es hat aber andere Patienten dabei beobachtet hat, deswegen einen Erfahrungs-Vorsprung, der Sicherheit vermittelt, wo Unsicherheit herrscht - Unsicherheit, die auch aus der Verdrängung des Todes aus unserem Alltag herrührt.

Der Tod und das Sterben haben sich sowohl in der Gesellschaft als auch in professionellen Kreisen zu großen Unbekannten entwickelt, wir wissen nicht mehr, was "normal" und richtig im Umgang ist, müssen dies erst wieder mühsam erlernen.

Nicht zuletzt geht es auch um Stärkung der Angehörigen-Kompetenz: Es geht darum, Selbstvertrauen zu ermöglichen, Handgriffe an die Hand zu geben, somit handlungsfähig zu machen.

Oftmals sind es kleine Dinge, bei deren Vermittlung Schwestern mindestens so wichtig sind wie der Arzt... . Es geht auch um die Vermittlung von Oasen der Sicherheit und Vertrautheit, wo andererseits soviel Unsicherheit vorhanden ist, die wir gerne ausräumen würden, aber nicht ausräumen können.

In den "Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" vom 21.1.2011 heißt es: "Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des

Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen."

Der Palliativmediziner Twycross (1996) formuliert: "a doctor, who leaves a patient to suffer intolerable is morally more reprehensible than a doctor who performs euthanasia" – also: "Ein Arzt, der einem Patienten unerträgliches Leiden lässt, handelt verwerflicher als ein Arzt, der Euthanasie praktiziert".

Hier wird das Reizthema "Euthanasie berührt".

Befragungsstudien Sterbenskranker für einen Wunsch nach Euthanasie ergaben folgende Motive:

Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Depression, Angst vor der sozialen Isolation und die Angst, den Angehörigen personell und finanziell zur Last zu fallen.

Körperliche Zustände wie Tumorschmerzen oder Funktionseinschränkungen spielen interessanterweise eine untergeordnete (!) Rolle.

Aus Holland, wo Euthanasie unter bestimmten Bedingungen gesetzlich erlaubt ist, kommt folgende Anekdote:

"Der holländische Arzt Gunning berichtet von einem Fall, bei dem der Tod eines alten Menschen jeden Tag erwartet wurde. Der Sohn des Patienten teilte dem behandelnden Arzt mit, dass er Urlaub geplant hätte, den er nicht mehr absagen könne, und dass er die Beerdigung noch vor dem Urlaub plane. Daraufhin verabreichte der Arzt dem alten Mann eine sehr hohe Dosis Morphin mit der klaren Absicht, ihn zu töten. Als der Arzt aber nach einer Weile zurück kam, um den Tod festzustellen, sah er den alten Mann fröhlich auf der Bettkante sitzen. Der Patient hatte offensichtlich erstmals eine ausreichende Morphindosis bekommen, die seine unerträglichen Schmerzen linderte."

"Wir können nichts mehr tun", "unheilbar", "austherapiert" sind irreleitende verunsichernde Unworte.

Ungenügende Zuwendung, Empathie und Symptomkontrolle kann Euthanasiewünsche wecken.

Wir können (!) etwas tun, was Sterbenden wichtig ist, somit "dringende Bedürfnisse" stillen, deren Stillung der Erleichterung heftigen Harndranges gleichkommt.

"Wenn man nichts mehr tun kann, gibt es noch viel zu tun" (C.Saunders)

Wir können aber nicht das Sterben aus der Welt schaffen - das ist nicht unsere Aufgabe und Intention.

Die Palliativmedizin orientiert sich weniger an Krankheitsbildern, versucht nicht vorrangig ursächliche Therapien zu finden, sorgt sich weniger um mittel- und langfristige Risikofaktoren, sondern fragt nach belastenden Symptomen, die Gegenstand der therapeutischen Bemühungen sind. Palliativmedizin kennt somit auch nicht "austherapierte" Krankheiten, sondern das Bemühen, hier und heute Linderung zu schaffen, für Fragen offen zu sein, aber auch gemeinsames Sprachlos-Sein, ohne den gemeinsamen Weg aufzugeben, ohne eine Beziehung abzubrechen.

Es geht um low-tech, aber high-touch und know-how.

Palliativmedizin kennt die Vielfalt und auch die Ähnlichkeit der zu erwartenden

Problemfelder, hat spezielles know-how zum Umgang mit denselben, und im optimalen Fall auch ein Netzwerk, um verschiedenen Stufen der Hilfsbedürftigkeit gerecht werden zu können.

Das notwendige Krisenmanagement ist erlernbar und planbar.

Dieser Aufgabe hat sich das gesamte therapeutische Team (Patient, Pflegepersonal/Ärzte, amb. Dienste/Sozialarbeiter/Seelsorger, Physiotherapeuten, Ehrenamtliche, Angehörige/Freunde) im ambulanten und ggf. stationären Bereich zu stellen.

Offene Fragen?

4. Der konkrete Umgang mit den Patienten:

- Sich primär Patientensorgen stellen: Wo stehe ich? Was kann man noch tun? Wer ist bei mir? Wer nimmt mir was ab?
- Zielsetzung der „Symptomkontrolle“ definieren (Symptomverbesserung, nicht zwingend Symptombefreiheit). Visuelle Analogskala.
- Einbeziehung von Angehörigen
Wer ist benannter Ansprechpartner für formelle Dinge. Vorsorgevollmacht?
Wer nimmt mir Verwaltungsarbeit ab?
- Sterben wird akzeptiert, Akzeptanz bei Patient und Angehörigen gefördert, dabei das Beste für den Patienten zu erreichen versucht, was nicht identisch mit dem medizinisch "Maximalen" ist ("keine Schläuche"). Sicherheit. Begleitung. Keine Durchhalteparolen.
- Wer weiß, dass er stirbt, entscheidet anders, als wer nicht weiß, dass er stirbt. Schwerkranke dürfen nicht für „dumm“ gehalten werden; der Situation angemessene Zielfestlegungen bestimmen das Handeln. Lebensmöglichkeiten schaffen.
Formell: Finanzierung durch Kostenträger (sowohl ambulant als auch stationär durch Kranken- und Pflegekasse)
Antrag auf Pflegeversicherung muss gestellt werden
(Sozialdienst Krankenhaus, Angehörige)

Palliativpflege im Sinne von Palliative Care heißt also:

- Symptomkontrolle bzgl. spez. Symptome;
- Schmerztherapie zum Schlucken, aber auch über Infusion
- Begleitung im Krankheitserleben
- Beratung und Einbeziehung von Angehörigen
- Sterbebegleitung und würdevolle Abschiedssituation zu ermöglichen

Materialien:

Blaue Reihe "Palliativmedizin"

Die letzten Wochen und Tage - eine Hilfe zur Begleitung (EKD)

5. Häufige Symptome und Therapiemöglichkeiten

- Man kann nicht sterben ohne zu sterben - häufige (natürliche) Begleitsymptome der Sterbephase
- Was wird wichtig, was unwichtig? Welche Hilfen kann man anbieten?
- Low tech, high touch.

5.1 Ernährung

- **Essen** (Menge?). Verhungern ohne Hunger? Wer hat bei Sterbenden die Bitte um Essen gehört, wer die Ablehnung von Essen erlebt, wer Qual durch Essen gesehen?
- Die Pflegeleitlinie "Ernährung in der letzten Lebensphase" rät:
Kleine Portionen auf kleinen Tellern, häufige Mahlzeiten
Mahlzeiten nach Wunsch
Diätetische Beratung
Angezogen und am Tisch in guter Position
Sich Zeit lassen
- **Trinken** (Menge?) soll Durst stillen.
Feuchtigkeit spenden ist z.B. möglich durch Trinken mit dem Strohhalm, löffelweise Getränk reichen, mit Spritze ml-weise, feuchten Lappen/Kompresse auslutschen lassen, Eiswürfel (Wasser, Cola, Bier...). Intensive Mundpflege ist unabdingbar.

PEG-Thema bei Dr.Weller-Vortrag 2.10.11 ausführlich!

- Für wen ist die Infusion, PEG-Ernährung notwendig? Für Patient, Angehörige, Arzt, Team?
- "Es ist bedrückend zu beobachten, was wir für die Sterbenden tun, ohne dass sie es brauchen, und wie wenig wir das tun, was sie brauchen."

5.2 Haut-/Schleimhautpflege

- Schleimhäute anfeuchten (Augen, Lippen, Mund, Genitale)
- Vorsichtige Reinigung. Rückfettung.
- Pfefferminztee als Waschwasser, Zitronensaft, Olivenölzusatz usw., synthet. Detergentien
- **Lagern** (Atmung, ~ Erguss, Beinödeme, Knie, Knöchel, Fersen. Druckentlastung, "Wechseldruck", Lagerungskissen
Mikrolagerung: Frottee-Handtuch unter div. Patienten-Körperregionen z.B. im Uhrzeigersinn durchwechseln

5.3 Schmerzlinderung

- Krankenbeobachtung ist unabdingbare Basis der Schmerzerkennung und -therapie!.
- Grundlagen der Schmerztherapie (WHO-Stufenschema by the ladder, by the clock, by the mouth); Halbwertszeit = Wirkdauer der Medikamente beachten; periphere/

- zentrale Schmerzmittel einsetzen; CoAnalgetika, Dosisanpassung; Nebenwirkungs-Prophylaxe (Obstipation, Übelkeit), NW-/Symptomkontrolle aktiv, abfragen
- Vorsorge treffen für mögliche überraschende Akutbeschwerden (z.B. Schmerzspitzen, Atemnotanfälle, Erbrechen) = Escape-Medikation (nicht retardiert!);
Bedarfsmedikation aufschreiben und bereitstellen lassen

5.4 Sonstige Symptomlinderung

Obstipation

Übelkeit/Erbrechen

Atemnot

- Atemnot löst Angst aus; hier hilft unter anderem Sedierung aber auch Morphin

Angst

- Beratung, Begleitung, Nähe, Sicherheit, Medikamente wie bei Unruhe.
- Am Lebensende kommt Medikamenten ein anderer Stellenwert zu. Sie sollen vordringlich Schmerzen bekämpfen und Übelkeit und Atemnot lindern. Gegen Ängste und Einsamkeit des Sterbenden und seiner Angehörigen sind vor allem Empathie, Zuverlässigkeit, Erreichbarkeit und Gesprächsbereitschaft wichtig.

Unruhe, Schlaflosigkeit

Verwirrtheit Aushalten

Ödeme

Stauung

Aszites

Husten

Geruchsentwicklung

Schluckauf

Miktionsbeschwerden

- An Harnverhalt denken bei Bauchweh (mögliche Morphin-NW)!

Fatigue

Einsamkeit

- "Fürsorge" = Kontakt, Trösten, Handauflegen, Berühren.
- *Eine* pflegerische Bezugsperson. Adäquate individuelle Umgebung, informierte Angehörige+Freunde, kompetente fachkundige Pflege.

5.5 Wie mit der eigenen Hilflosigkeit/Angst/Unsicherheit umgehen? Angehörige begleiten, Trauerarbeit unterstützen

Schwierige Gespräche führen (10min):

- 1. Erzählen lassen, aktiv zuhören, nach 3-4 min unterbrechen, G esagtes Wiedergeben. *Ziel: Situation im Großen erfassen*
- 2. Wo liegt das Hauptproblem, die Belastung?
Ziel: Situation problem-zentriert erfassen
- 3. Wie schaffen Sie das? Wie halten Sie das aus?
Ziel: Coping = Bewältigungsstrategien und -möglichkeiten erfahren. Funktionales = verstärkbar, Dysfunktionales nicht
- 4. Woher nehmen Sie die Kraft?
Ziel: Ressourcen erfragen
- 5. Reicht das? Wer könnte helfen? Ich? Wie?
Ziel: Notwendigkeit der Hilfe, Behandlungsauftrag/Verweisungsauftrag erfahren. Auf professionelles Behandlernetz zurückgreifen.
- Vorsicht: Patienten nehmen nur 10-15% des Gesagten korrekt erinnerbar auf. Deswegen wenn möglich Angehörige zuziehen.

Trauer = Abschiednehmen von Möglichkeiten. (Hilfe zum) Verzicht-Leisten macht frei, schafft neue Möglichkeiten.

Nicht mit-leiden, sondern bei-leiden, nicht hineinziehen lassen.

Trösten.

Metaphern, Bilder verwenden.

"Was hat das Leben für einen Sinn?" ist wie wenn einer vor einer weißen Leinwand steht, und sich deren Sinn nicht erklären kann, den Pinsel und die Farben daneben nicht wahrnimmt.

Lebensbogen.

Mikroskop, andere Vergrößerung einstellen.

Zoom an Entfaltungsmöglichkeit anpassen, d.h. Regression im positiven Sinn.
Prioritäten- und Perspektiven-Verschiebung formulieren, bedenken.

Lebenshorizont = Ende des "sichtbaren" Blickfeldes. Kann durch Information erweitert werden.

Hoffnung begründen durch Wissensvermittlung über das, was erfahrungsgemäß kommt

und über das, was andere glauben, dass es kommt.
Alte (Lied-)Texte erinnern

Sicherheit vermitteln.
Keine "Durchhalteparolen" auf Kosten der Wahrheit.

6. Medikamente

- Medikamentenverordnung ist prinzipiell Sache und Verantwortungsbereich des Arztes, informiertes Pflegepersonal kann aber sehr hilfreiche Impulse geben und mitdenken.
- Bedarfsmedikation
- Medikamente in Sterbensphase. Was kann, darf, muss, muss nicht, darf nicht?
- Patientenwünsche sollen bedacht werden. Patienten dürfen jede Therapie ablehnen (aber nicht jede aussichtslose Therapie einfordern).
- Kenntnis und kreative Handhabung der Zugangswege (MST rektal ...)?
- Eine Diskrepanz zwischen berufl. / priv. Entscheidungen "bei meiner Mutter würde ich das nicht..." sollte kritisch hinterfragt werden.

7. Gegebenheiten und Versorgungsstrukturen im Kreis Böblingen:

- Ca. 370.000 Einwohner im Kreis BB,
(298.500 < 65a, 27000 >65a, 30.500 > 70a, 12000 > 80a, 2000 > 90 Jahre),
erfahrungsgemäße Sterberate 2700-2900 Einwohner/Jahr, (Quelle: Lange, „SAPV im
Kreis BB“)
SAPV-Bedarf wird für 10% der Sterbenden in den letzten 20-30 Lebensstagen
angenommen = 270-290 Patienten pro Jahr.
- 15 oder 16 Sozialstationen im Kreis Böblingen und weitere private Pflegedienste
sehen sich seit jeher der Aufgabe gegenüber, Schwerkranke und Sterbende zu
begleiten. Ähnliches gilt für niedergelassene Ärzte und die Kliniken und
Schmerztherapeuten.
Es gibt Mitarbeiter mit Zusatzausbildung bei Ärzten und Schwestern.
- Pionierarbeit leisten die ehrenamtlichen ambulanten Hospizgruppen (z.B.
Renningen, Leonberg), wie auch der ambulante Hospizdienst für Kinder und
Jugendliche (organisatorisch am Hospiz Leonberg angesiedelt).
- Aus der ambulanten Hospizgruppe Leonberg ist 1999 das stationäre Hospiz
entstanden. Hier nenne ich stellvertretend gerne Namen wie Margarete Helmes
oder Dres.med. Ernst und Lilienne Haaf, Schwestern wie Heike Beier, Tabea Staab
oder Judith Wick die mit großem persönlichen Einsatz den Hospizgedanken
vorantrieben und greifbar machen.
Das Hospiz bietet heute neben der vorrangigen Patientenbetreuung unter anderem
Praktikumsplätze für Palliativweiterbildung von Krankenschwestern,
Öffentlichkeitsarbeit uvm. .
- Vielerorts und auf vielen Ebenen entstehen weltweite, europäische, bundesweite,
regionale, örtliche Initiativen und Standards zu Palliativ Care

Verfügbar sind:

- Palliativmedizinische „Grundversorgung“, oder allgemeine ambulante
Palliativversorgung
bei Pflegediensten
beim Hausarzt/Facharzt/Onkologen
an Krankenhäusern
- Entlassmanagement durch Sozialdienst und Überleitungspflege an den Kreiskliniken
- Ambulante Hospizgruppen und Hospizgruppe für Kinder und Jugendliche
- engagierte Ärzte und Pflegedienstmitarbeiterinnen mit palliativmedizinischer
Zusatzausbildung
- SAPV-Verordnung und -Erbringung durch ausgebildete Ärzte für konkrete Patienten,
welche die Anspruchsvoraussetzungen für SAPV erfüllen.
Die Genehmigung durch die Kostenträger (Kassen) erfolgt durch
Einzelfallentscheidungen.
Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Gründung einer Träger-GmbH besteht
allerdings **noch** kein gesetzlich gefordertes Palliativ Care Teams (PCT).
- Idealismus, Verantwortungsgefühl und Arbeitskapazität..
- Hohe Motivation der Beteiligten, die allerdings durch Schwerpunktsetzung in der
höhere Professionalität fordernden und zeitaufwändigen palliativen
Patientenversorgung in Konflikt mit Wirtschaftlichkeitsaspekten geraten.

- Problem ist hier die pauschalierte Vergütung ärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (ca. 50€/Patient und Quartal). Der Gesetzgeber hat dieser Tatsache Rechnung getragen und für den Fall der SAPV Regelungen für Palliativ Care Teams geschaffen, die dann gesondert vergütet werden, sodass die Versorgung dieser Patienten ermöglicht wird.
In manchen Bundesländern wird außerdem auch die AAPV gesondert vergütet.

Geplant ist:

- Ermöglichung einer speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV) entsprechend der gesetzlichen Vorgaben von 2007 (§37b SGB V zum 1.4.2007).
Hierzu benötigt es einen Vertragspartner für den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen. Zu diesem Zweck befinden wir uns in der Gründungsphase einer GmbH seitens der Sozialstationen. Dann muss ein PCT = Palliativ Care Team und eine zugehörige Koordinationsstelle mit allem drum und dran entsprechend der gesetzlichen Vorgaben eingerichtet werden.
Erste Gespräche sind seit Oktober 2007 erfolgt, werden in den letzten Monaten sehr konkret und mit Nachdruck geführt unter Beteiligung von Mitgliedern eines Netzwerkes der Sozialstationen im Kreis Böblingen (Hr. Lange, Hr. Ernst u.a.),
der Ärzteschaft (Dr. Knappe, Dr. Ohmenhäuser, Dr. Palesch, Dr. Epple u.a.),
Krankenkassenvertretern (Hr. Völkerath, Fr. Wandel) geführt.

Aber auch das Gesundheitsamt BB (Dr. Ahr, Fr. Dr. Saalmüller),
der Sozialdezernent am Landratsamt (Hr. Schmidt)
und, last but not least, der heute einladende „Verein der Palliativ-Care-Teams im Kreis Böblingen e.V.“ unter Federführung von Martina Steinbrenner arbeiten an diesem Anliegen, ein PCT auf den Weg zu bringen.

Palliativmedizin benötigt diese interdisziplinäre Zusammenarbeit!

Offene Fragen?

„Tante Erna ist krank“. Dialog

Ha, was hot se denn?

- An Darmvrschluss

Ha, des kann mr heutzutag heila

- Moinsch?

Na klar! Ja, isch se scho operiert?

- Letztschd Woch! En acht Tag kommt se en d'Reha, aber jetzt muaß se erschtamol d'Narkose vrschaffa ond dr Bauch verheila.

Worom, was hend se denn gmacht?

- Se hot an künstlicha Ausgang kriagd

Ja bleibt der?

- Se saged, s'wär Darmkrebs gfonda worra!!!

Was, des gibt's doch ned, se war doch emmer em Garda ond mit em Hond onderwegs?!

- So schnell kann's ganga! Jetzt ka mr hoffa, daß se alloi drhoim zrecht kommt. Vielleicht helfet jo d'Nochbor, mit dene hot se sich emmer guat vrschtanda. Ihre Kender lebet halt an Neuseeland, dia kennad net viel macha. Noch em Krankahaus hot's ghoissa dät d'Sozialstatio komma zom helfa, hoffentlich kann se sich des leischda.

Ha beschtimmt. Aber beim Gottliab hend se seinerzeit a Pflegeeistufung gmacht, no hend se Onderstützung von dr Pflegekass kriagt; do sott mr bei dr Erna onder Omschtänd ao dradenka! Aber so weit wird's jo no ned sei!

- Au i woiß net. Se soll sogar a Chemo kriaga, se wissad aber no ned, wias ausgoht.

Au des kenn e, am End kämpft se mit Durchfall ond Erbrecha, des isch nix Schee's

- Komm no, do ka mr heit aber allerlei helfa; i han ao scho ghert, daß Leit durch d'Chemo no johrelang glebt hen!

Dei Wort en Gottes Ohr

- Also, jetzt hoffad mr uf jeden Fall s'Beschd für d'Erna. Mir kenndad se jo drzwischenanei amol bsuacha, oder?

Natürlich, aber a bissle komisch isch mr's do scho drbei, was soll e do ao saga?

- Ha, do brauchsch gar nex bsonders saga! Do sei ond dradenka alloi hilft scho, ond vielleicht ka mr jo was helfa.

Ja ond wenn Not am Mann isch, kennad mr jo mein Jonga froga: dem sei Freindin schaffd mit oinera zsamma, die a Hospiz-Ausbildong gmacht hot: Die machet vom ambulanta Hospiz aus Sitzwacha bei de Kranke drhoim, haltet d'Schdellong, wenn mr se braucht, onderstützat bei allerlei wo's klemmt ond d'Sozialstation ned zuschdändig isch; des send richtig guate Engel

- Ach do gibt's ao a ambulantes Hospiz? I han emmer blos vom stationära ghert, des se jetzt grad neu baut en dr Seeschdroß. Dort ka mr jo ao no na, wenn's nemme andersch goht

Ja des mag wohl sei, aber do muaß mr sich halt ao bei Zeit amelda, damit dia sich melda kennad, wenn se Platz frei hen. Dort kriegt mr jo a Oinzelzimmer ond kann ao sei oiges Schränkle mitbrennga ond Bilder an d'Wand henga, ond d'Schwestra ond Pfleger kümmeret sich intensiv om oin, die kennad sich bei alle Schikana aus, die so a Krankheit mit sich brennga kann ond hend ao Dokter zur Hand

- Wenn mr scho em Tod ens Aug gucka muass ond mr en de geliebte oigene Wänd nemme zrecht kommt, no isch des an super Platz, mei Liaber.

Jetzt miaßt mr aber dr Erna erschtamol d'Dauma drucka, daß's wieder aufwärts mit ra goht! Bevor mr schtirbt, lebt mr no a bissle, d'Erna, ond mir ao!

Netzwerk vor Ort - Adressen

Ansprechpartner ~ Palliativversorgung

- Partner, Familie, Freunde, Nachbarn, Vereine, Kirchengemeinde, Pfarrer, Nachbarschaftshilfe,
Haus der Diakonie, Oberamteistr.11, Leonberg, Fr. Grieger (07152-3329-400)
Ehrenamtlicher **amb. Hospizdienst** (Fr. Gabriele Reichle 07152-607460),
Amb. Hospizdienst für Kinder und Jugendliche (07162-607-285 oder -470)
Care-for-KiTs e.V. (Kinder in Trauer) Cornelia Beyer/Monika Friedrich 07159-920775
Notfallnachsorgedienst des DRK (z.B.19222)
Sozialstationen (Leonberg 07152-9203-0), IAV-Stellen (Leonberg 07152-9203-38),
Hausarzt, Fachärzte,
Pflegeheime, Kurzzeitpflege
Stationäres Hospiz Fr.J.Wick(Tel.07152-607460),
„Hospizarzt“ Dr.D.Epple (Tel.07152-25140)
Palliative-Care-Team ?
Versorgungsteams ~Wunden, Sonden, Pumpensysteme Apotheken

Aktueller Stand der SAPV. SGB V-Fakten:

- **SAPV-Rechtsanspruch** besteht für definierte Patienten gegenüber ihren Krankenkassen seit 1.4.2007.
- Die Rechtsgrundlage ist im **SGB V, §37b (SAPV)** und **§132d** sowie der **Richtlinie des GBA zur Verordnung von SAPV vom 20.12.2007** festgelegt.
- **Verordnung** von SAPV kann seit 1.4.2009 auf Formularmuster 63 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgen und abgerechnet werden.
- Die **Umsetzung der Verträge** und damit der vertragskonforme Zugang zu "SAPV-Geldern" ist im **Mustervertrag** (ausgehandelt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer-Verbänden "LAG-SAPV") vom 11.1.2010 in Form gegossen.
Konkrete Verhandlungen zwischen Vertragspartnern vor Ort sind nun notwendig.

Ablauf der Anmeldung im stationären Hospiz Leonberg

Bei Bedarf an stationärer Hospizversorgung und vorliegenden Voraussetzungen (s.u.) wenden sie sich bitte an das Hospiz unter der Telefonnummer **07152-607460**. Die Kontaktaufnahme kann auch über die Angehörigen oder Patienten selbst erfolgen.

Ein Aufnahmegespräch wird nach Bedarf vereinbart und die Dringlichkeit und Indikation geklärt.
Eine Hospiz-Mitarbeiterin macht hierzu ggf. auch Hausbesuche.
Es gibt die Möglichkeit, sich auf eine Warteliste setzen zu lassen.

Der Transport ist von den Patienten analog zu einem Transport in ein Pflegeheim zu organisieren und wird in der Regel nicht von den Kassen übernommen.

Die Kosten für den Hospizaufenthalt (je nach Pflegestufe ca. 210 € pro Tag) werden bis auf einen durch den Trägerverein über Spenden beizubringenden Eigenanteil von 10%, also ca. 21 €/Tag, von den Krankenkassen übernommen. Der Eigenanteil darf von den Patienten nicht verlangt werden, naturgemäß sind entsprechende Spenden aber sehr willkommen.

Bei gewünschter Übernahme der ärztlichen Behandlung durch den „Hospizarzt“ wird eine Überweisung an „Innere Medizin/Palliativmedizin“ erbeten.

Für SAPV-Mitbetreuung wird das Formular 63 benötigt.
(z.B. unter www.palliativ-portal.de/images/pdf/63.pdf)

Aufnahmekriterien für Hospiz-Aufnahme nach §39a SGB V:

Patient mit nicht heilbarer Erkrankung, der wegen dieser Erkrankung in der ambulanten Versorgung (durch vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulanten Hospizdienst) in Haushalt und Familie nicht ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich betreut werden kann und deswegen einer Betreuung im stationären Hospiz bedarf.

Ablauf von SAPV über Dr. Dietmar Epple, Lindenstr. 27, Leonberg

- **Bei unheilbarer Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung** ("Tage, Wochen oder Monate") und **besonders aufwändigem Versorgungsbedarf** haben Patienten und indirekt ihre Behandler nach §37 SGB V **Anspruch** auf spezielle ambulante Palliativversorgung = SAPV als Beratung, Teilversorgung oder vollständige Versorgung. Eine Genehmigung des Antrags auf Formular 63 durch die zuständige Krankenkasse ist erforderlich.
- Solange kein Palliative Care Team (PCT) besteht, kann ich meine Erfahrungen und palliativmedizinisches KnowHow im Rahmen meiner Möglichkeiten in Gesprächen und auch Hausbesuchen zur Verfügung stellen und ärztliche SAPV nach §13 SGB V über Kostenerstattung abrechnen. Hierzu erbitte ich vorherige telefonische **Kontaktaufnahme mit meiner Praxis unter Tel.07152-25140.**

Eine Übernahme von Palliativpatienten in meine hausärztliche Versorgung ist leider regelhaft nicht möglich. Im Hospiz bin ich dazu in Zusammenarbeit mit dem Hospizteam bereit.

Es besteht jedoch auch die Möglichkeit der parallelen Betreuung durch den bisherigen Hausarzt und quasi „fachärztliche“ SAPV-Betreuung durch mich. Natürlich kann jeder Hausarzt wie gehabt seine Patienten im Hospiz auch selber betreuen im Rahmen der Regelversorgung.

- Die **Verordnung** von SAPV erfolgt mit dem **Formular 63** (unter www.palliativ-portal.de/images/pdf/63.pdf, Kohlhammer-Verlag oder über meine Praxis per Fax). Augenmerk ist auf die **nachvollziehbare** Beschreibung des **besonders aufwändigen Bedarfs** zu legen. Formular 63 ausgefüllt an Praxis **faxen und** schicken incl. Unterschrift des Patienten bzw. Stellvertreters, wird nach Durchsicht von mir unterschrieben und per Fax und binnen 3 Tagen per Post zur Genehmigung weitergeleitet an die Krankenkasse.
- Die Kosten werden bis zum Bescheid übernommen.
- Die Hospiz-Pflegeleistungen werden unverändert außerhalb SAPV über §39 SGB V abgerechnet, wie langjährig gehabt. Sie werden auch bei bestehendem PCT-Team nicht Bestandteil von SAPV-Leistungen.