

# Diskussionspunkte zu der SAPV-Veranstaltung der AG SAPV

## 1. „Die SAPV muss rasch flächendeckend entwickelt werden“

Nein:

Die SAPV muss als Spezialisierung wachsen. Konzepte für die Flächendeckung müssen entwickelt, erprobt und realisiert werden.

Begründung:

Durch die Gesetzgebung zur SAPV haben wir in Deutschland die einmalige Chance, die ambulante Palliativstation / Hospiz daheim als neues Versorgungskonzept zu realisieren.

Die Qualitätskriterien müssen als Minimum sicherstellen, dass das PCT über mehr Kenntnisse und Erfahrung verfügt als die gut weitergebildete Palliative-Care-Fachkraft in Pflege oder Medizin. Nur damit kann sich SAPV als sinnvolle Spezialisierung (!) durchsetzen und wird auch adäquat angefordert und eingesetzt.

Dazu muss wenigstens die ärztliche und die pflegerische Leitung über vorherige Erfahrungen in Palliative Care verfügen und mindestens 50% der Arbeitszeit in Palliative Care beschäftigt sein.

Hierzu bieten sich Kooperationen mit Hospizen und Palliativstationen geradezu an. Dieses Personal ist in Palliative Care tätig und kann in Teilzeit (auch unter 50%!) in der SAPV mitwirken. Umgekehrt ist es auch vorstellbar, die ärztliche Abdeckung am Wochenende in Palliativstationen gemeinsam mit einem Belegarzt aus einem SAPV-Team abzusichern.

Auch können wir bei den pädiatrischen SAPV-Teams und so manchen SAPV-Initiativen im ländlichen Bereich lernen, wie wir flächendeckend SAPV anbieten können: Satelliten-Stützpunkte, die nur dann eingeschaltet werden, wenn ein Patient in der Region zur Mitbetreuung ansteht, z.B. eine PC-Pflegekraft in einem Pflegedienst: Sie übernimmt einen SAPV-Fall in ihrem Einzugsgebiet, nimmt während dieser Zeit an den Teamsitzungen „ihres“ PC-Teams teil und zieht den Palliativmediziner zu Rate, organisiert im übrigen vor Ort eine tragfähige 24-Stunden-Abdeckung.

Fazit:

Die AAPV muss endlich flächendeckend qualitativ gestärkt und finanziell abgesichert sein!

Eine deutschlandweite, flächendeckende Bereitschaftsnummer für palliative Fragestellungen kann sicher sehr rasch an einem der Lehrstühle (oder an allen in Rotation? Weiterschaltung wäre technisch kein Problem) eingerichtet werden. Das wäre eine sofortige flächendeckende Beratungs-SAPV.

## 2. „Die SAPV-Gesetzgebung muss verbessert werden.“

Nein für den jetzigen Zeitpunkt:

Die Gesetzgebung und die Ausführungsbestimmungen haben es bewundernswürdigerweise geschafft, der Unfassbarkeit der palliativen Situation damit Rechnung zu tragen, dass starre Definitionen vermieden wurden (keine Diagnosevorgaben, keine Vorgaben von durchzuführenden Leistungen, keine Vorgaben eines Einheitskonzeptes). Nur diese existierende Flexibilität ermöglicht es, gewachsene Strukturen zu berücksichtigen.

Diese Flexibilität ist essentiell für einen sorgsam aufgebauten, der unterschiedliche Realisierungsformen zulässt, um dann die Wirksamkeit vergleichen zu können.

Fazit:

Wir brauchen dringend die bestmögliche wissenschaftliche Begleitung unserer Arbeit, die auch strukturelle Unterschiede beleuchtet. Das geht weit über die Aufgaben von Qualitätssicherung und Evaluation hinaus. Wenn fundierte Daten vorliegen, kann die Gesetzgebung erneut überprüft werden.

### **3. „Wir brauchen einen einheitlichen Vertrag für ganz Deutschland“ „Wir brauchen eine einheitliche Finanzierung“**

NEIN:

Wir müssen die Vielfalt anerkennen und nutzen.

Begründung:

Alle, die momentan mit Sterbenden arbeiten, helfen Menschen und haben ein für ihre Situation passendes Konzept.

Die Vielfalt anerkennen heißt unter Umständen auch, unterschiedliche Finanzierungswege zu finden.

Das Ziel ist es nicht, Gewinn mit SAPV zu ermöglichen (auch das wäre nicht ehrenrührig), sondern kostendeckendes Arbeiten sicherzustellen.

Fazit:

Auf die jeweilige Situation zugeschnittene Unterstützung bei Vertragsverhandlungen ja, Einheitsvorgaben nein.

### **4. „AAPV und SAPV müssen klar gegeneinander abgrenzbar sein.“**

Nein:

SAPV ist gut abgrenzbar: Dort, wo die AAPV (einschließlich der Leistungen der Hospizvereine) nicht ausreicht, kann ein Spezialteam zugezogen werden. So ist es vom Gesetzgeber gedacht.

Begründung:

Die Grenze zwischen AAPV, SAPV und stationärer Einweisung wird sich mit Entwicklung der AAPV und SAPV immer weiter dahin verschieben, dass mehr Patienten in der AAPV, komplexere Probleme in der SAPV betreut werden können und weniger ungewünschte Einweisungen stattfinden. Wie bei einem neuen Fachgebiet nicht anders zu erwarten, laufen diese Entwicklungen aber regional unterschiedlich ab.

Deshalb muss auch hier der Patient im Mittelpunkt stehen: Wenn die AAPV bei ihm persönlich nicht reicht, kann nicht der Hausarzt rasch weitergebildet werden (auch nicht gewechselt - das ist für Schwerstkranke besonders schwierig), sondern muss eben ein SAPV-Team zumindest beratend zugezogen werden.

Allerletztes Fazit:

Wenn wir es in der Palliativ-Gemeinde nicht schaffen, individuelles Vorgehen zu leben und Unterschiede zu akzeptieren, wer dann?

Elisabeth Albrecht, Juni 2010