

Strukturen der Palliativversorgung

Anspruch und Wirklichkeit aus der Sicht der
ambulanten Palliativmedizin



St. Marianus - Haus I
Dr. Wolfgang Schwarz - Arzt für
Palliativmedizin

St. Marianus II- Haus am Dom



Wann ist ein Patient „palliativ“?

- Lebenserwartung auf wenige Monate begrenzt
- Veränderungen der Therapieziele auf Lebensqualität (nicht die Art der Therapie ist entscheidend)
- **Der Versorgungsaufwand definiert lediglich die Abgrenzung der versuch. Pall.Versorgungs-Konzepte**

Wann verliert ein Patient den „palliativen Status“?

- Wenn er nicht sterben will?
(Kann man den Tod akzeptieren?)
- Wenn es um Zeitverlängerung geht ??
(Wieviel Zeit ist statthaft?)
- Bis wann muß man sterben, um den Palliativ-Status unter Beweis zu stellen?

Was braucht ein Sterbender?

Einen Ort der Sicherheit

Häuslichkeit

Optimale Pall.Care

Zeit-Zeit-Zeit-Zeit

Optimale Pall. Medizin

Kompetenz!

Selbstbestimmung bis
zuletzt

Kommunikation!

„PALLIATIVMEDIZIN IST DIE
GANZHEITLICHE BEHANDLUNG, PFLEGE UND FÜRSORGE
FÜR PATIENTEN MIT UNHEILBAREN KRANKHEITEN.

DIE AUFGABEN SIND,
SCHMERZEN UND BELASTENDE SYMPTOME ZU LINDERN UND
EINE STÜTZE BEI PSYCHISCHEN, SOZIALEN UND
EXISTENTIELLEN PROBLEMEN ZU GEBEN.“

(WHO)

Schmerz-
therapie

Symptom-
kontrolle

soziale
Bedürfnisse

spirituelle
Bedürfnisse

Wieviel und welche „Hospizlichkeit“ braucht er?

Ehrenamtliche - Zeit

Das Wunsch dir Was
Packet

Gespräche

Hand halten

„Der kleine Prinz“

Musik- + Aromatherapie

Alles gerne als „Add on“
Probleme werden so
nicht gelöst !

Was haben wir?

Palliativstationen

n

- Ziel: Optimierung der Schmerztherapie und Symptomkontrolle
- Diagnostik vervollständigen
- Antizipation des Sterbens
- Entlassungsfähigkeit herstellen

- Reichen die Qualifikationsanforderungen aus?
- Ist die Entlassungsquote hoch genug?

Muss zwingend verbunden sein mit einem palliativen Konsiliardienst

Was haben wir?

AAPV

- Schon immer integraler Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit.
- Häusliche Krankenpflege
- Besondere Pflege für besondere Patienten (Wundmanagement, Komapatienten etc.)
- Ehrenamtliche Hospizdienste

- Rahmenbedingungen - Flatrate!
- Mangelnde Kompetenz
- Mangelnde Zeit
- Mangelnde Koordination
- Mangelnde Interdisziplinarität

- Pflege hat zu wenig Zeit
- Kompetenz?
- Notdienst?

Die AAPV-Ziffern sind ein Honorargeschenk. Nix wurde besser.

Was haben wir?

SAPV



Spezialisierte Teams leben nur von SAPV-Versorgung.
Hohe Fallzahlen, kurze Wege, enge Kooperation.
lockere Bindung an HA

Netztypen



Ärzte und PD leisten SAPV zusätzlich zur „normalen“ Tätigkeit .
Niedrige Fallzahlen, weite Anfahrtswege.
Enge Hausarzt-Bindung

Anforderungen



- Hohes Niveau der Palliativmedizin
- Hohes Niveau Palliative Care Pflege
- Notfallmanagement
- straffe Organisationsformen
- **Patientennähe!**
- **Trouble shooting!**

Invasive Techniken:

- Pleurapunktionen
- Ascitespunktionen
- Bluttransfusionen
- Zentrale Venenkatheter
- suprapub. Blasenkatheter
- Versorgung von PD, Port etc.

Multiprofessionalität und Interdisziplinarität:

- Psychologe
- Seelsorger
- Neurologie
- Urologie
-

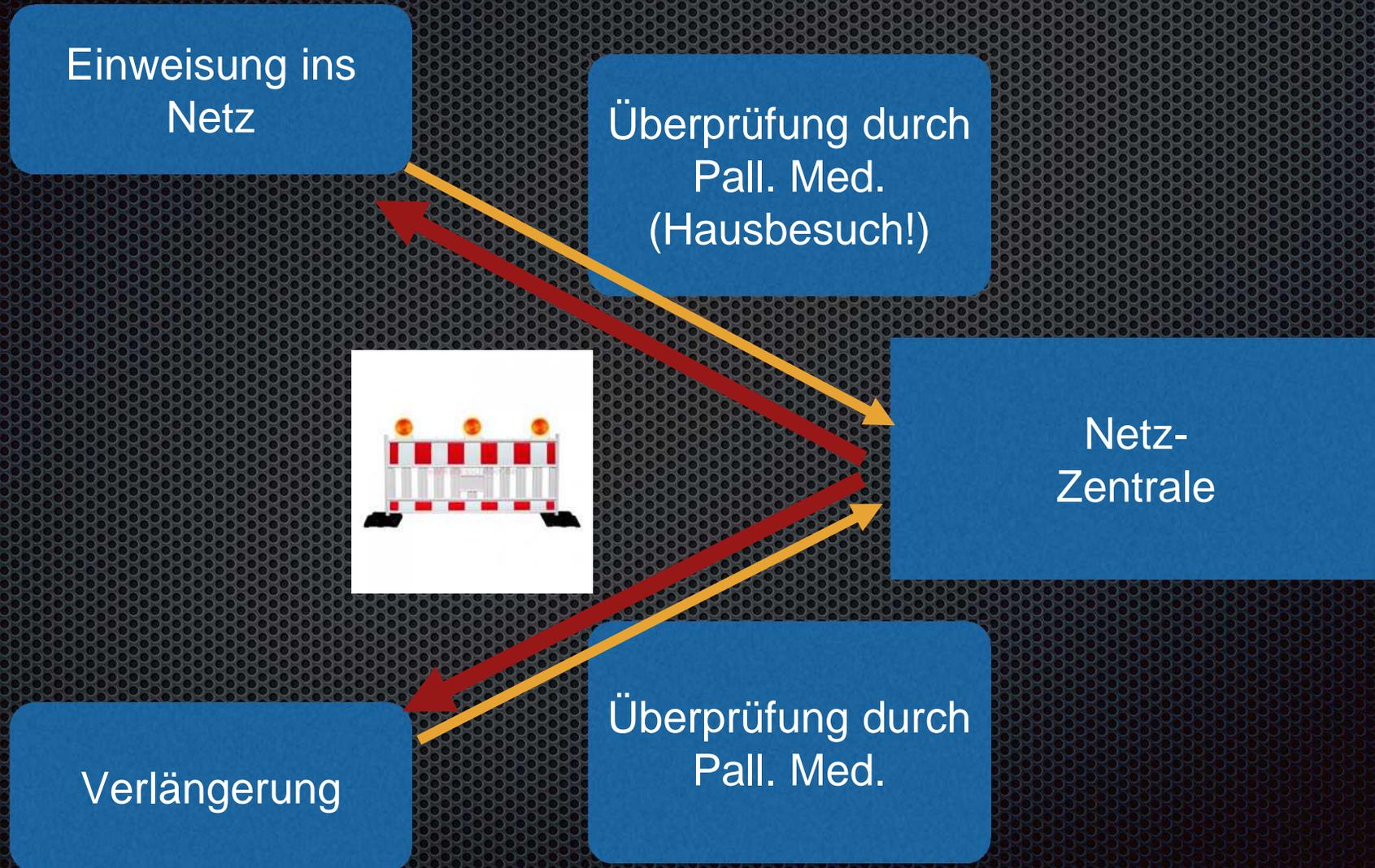
SAPV-Bedürftigkeit

- Komplexes Symptomgeschehen
- Aufwändige Versorgung
- Begrenzte Lebenserwartung (1-2 Monate max.)
- Hohes Maß an Koordination erforderlich
- Notfallmanagement erforderlich

Kontrolle durch:

- Arzt für Palliativmedizin + Netzzentrale (Gutachten zur SAPV Bed. ausschließlich durch einen Pall.Arzt)
- MDK gemäß Richtlinien
- **Enge Indikationsstellung!!**

Organisationsstruktur



Gibt es Qualitätsindikatoren?

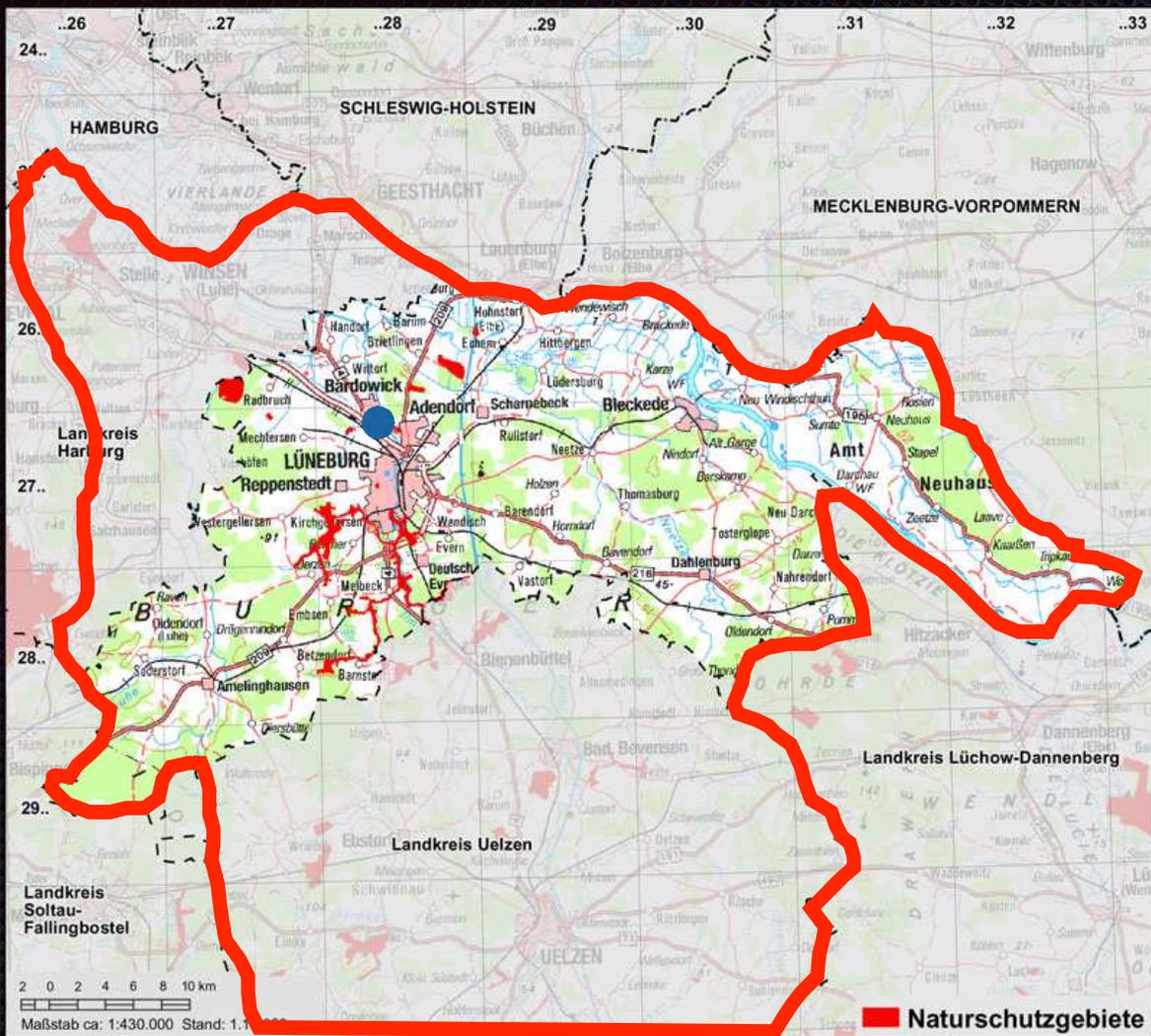
- Patientenanzahl und Verweildauer (\emptyset max. 30-35 Tage)
- Sterbeorte - EW ins KH (max 12%) - EW ins stat. Hospiz
- Qualität der Organisation
Antragsverfahren - Abrechnung
- Notfallmanagement
- Umgang mit besonderen Fällen: invasive Techniken - Kooperation mit Ambulanzen - Koop. mit Fachärzten
- Wer macht Qualitätskontrolle? Und wie?
- Zufriedenheit Sterbender und Angehöriger



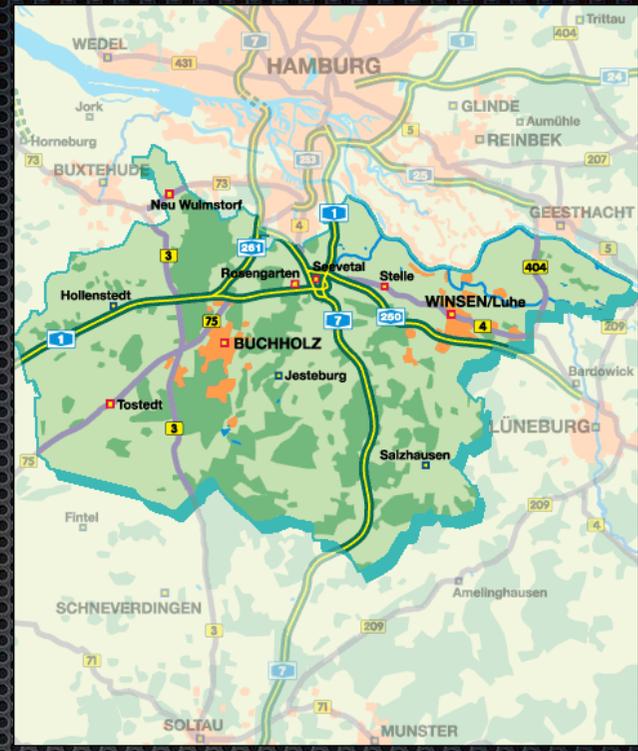
Es gibt ein SAPV-Netz

- 44 Palliativmediziner (fast alle mit Zusatzbezeichnung)
- 23 qual. Pflegedienste
- Koordinationszentrale am Stadtrand von Lüneburg
- 4 stationäre Hospize (44 Betten)

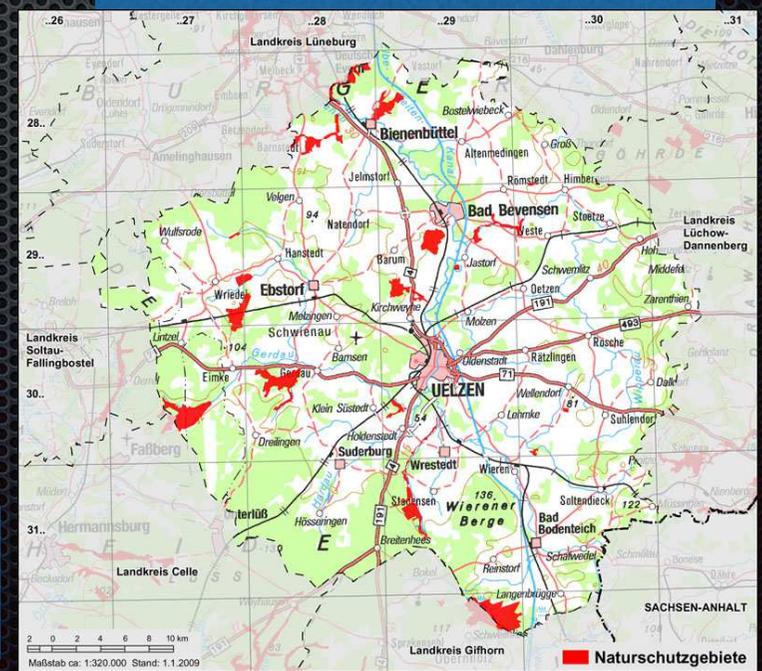




Versorgungsgebiet, Kernnetz Lüneburg



Subnetz Buchholz



Subnetz Uelzen

Statistik 2014 - Patientenzahlen

2013	Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Pat. ambulant	353 Patienten	99 Patienten	282 Patienten	734 Patienten
Pat. stationär	212 Patienten		61 Patienten	273 Patienten
				952 Patienten

2014	Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Pat. ambulant	359 Patienten	112 Patienten	286 Patienten	757 Patienten
Pat. stationär	335 Patienten	84 Patienten	72 Patienten	491 Patienten
		Steigerung 17%		1147 Patienten

Behandlungstage und Umsatz

2014

Netz		Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Behandl. Tage		10.633	3.418	8.493	22.544
Stat. Hospize		7.983	1.660	1.729	11.372
Gesamt					33.916
Umsatz	Pat	1.178.076,28 €	312.245,58 €	839.601,64 €	2.676.588,80 €
	Zent	346.665,30 €			
<p>12,95 % 2013: 14,04%</p>				Steigerung 37,25%	2013: 1,9 Mio
ambulant Ø Verweildauer amb.+Hospize		37,91(32,11) Tage	32,15(35,03) Tage	41,04(33,66) Tage	36,7(28,4) Tage

weisungen KH

Netz 2013	Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Einweisungen	33 353 = 9,3%	22 99 = 22,2%	27 282 = 9.5%	734 Patienten 82 = 11,7 %
Netz 2014	Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Einweisungen	31 359 = 8,64%	21 112 = 18,75	46 286 = 16,08%	98 757 = 12,95 %
bereinigt um EW für 1 Tag	21 = 5,85 %	18 = 16,07 %	34 = 11,89%	73 = 9,64 %

Notdienst 2014

Netz	Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Einsätze des Diensthabenden	46	31	9	86
Einsätze pro Woche	0,8	0,6	0,17	1,6

Was haben wir?

stat. Hospize

- Für Patienten mit erhöhtem Aufwand, SAPV nicht ausreichend
- Alleinstehende
- Extremfälle
- **Der Wunsch des Pat. reicht nicht aus!**

- ca 80 % sind SAPV-Fälle
- Ziel: Entlassung oder Endbetreuung
- Höchste Qualitätsanforderungen!
- Hospize sind keine Altenheime 1. Klasse!!!

- Fast immer tritt eine Stabilisierung ein
- Pat. muss nach 8 Wochen Progress zeigen
- Ca 10 % Entlassungen/Verlegungen
- Wiederaufnahmen erleichtern!

Einweisungen Hospiz

Netz 2014	Lüneburg	Uelzen	Buchholz	Gesamt
Einweisungen	68 359 = 18,94%	11 112 = 9,82%	22 286 = 7,69%	101 757 = 13,34 %



Die Patientin stirbt 40 Minuten
später.

