

Zuhause leben bis zuletzt  
**PALLIAMO**  
Palliativversorgung mobil

SAPV-CHAM

# Jahresbericht 2015



<b>Inhaltsverzeichnis:</b>	<b>Seite</b>
<u>1. Struktur</u>	<u>2</u>
<u>1.1 Konzept SAPV Landkreis Cham</u>	<u>2</u>
<u>1.2 Stützpunkt und Verwaltungszentrale</u>	<u>3</u>
<u>1.3 Mitarbeiter 2015</u>	<u>3</u>
<u>2. Geleistete Arbeit im Jahr 2015</u>	<u>5</u>
<u>2.1 Erstkontakt</u>	<u>5</u>
<u>2.2 Betreuungszahlen im Überblick</u>	<u>6</u>
<u>2.3 Beschreibung der Patienten</u>	<u>7</u>
<u>2.4 Betreuungsdauer</u>	<u>9</u>
<u>2.5 Mit SAPV zu Hause leben</u>	<u>10</u>
<u>2.6 Sterbeorte im Jahr 2015</u>	<u>11</u>
<u>2.7 Pumpenversorgung</u>	<u>12</u>
<u>2.8 Pflege, Medizin und Verwaltung</u>	<u>12</u>
<u>3. Verein PALLIAMO e.V.</u>	<u>14</u>
<u>4. Zusammenfassung und Ausblick</u>	<u>15</u>
<u>5. Auszug aus einer Dokumentation</u>	<u>17</u>
<u>Anhang:</u>	<u>20</u>
<u>Begriffserläuterungen</u>	<u>20</u>
<u>Impressum</u>	<u>21</u>

## 1. Struktur

### 1.1 Konzept SAPV Cham

Im Landkreis Cham befindet sich die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) seit 2013 im kontinuierlichen Aufbau. Für ein eigenständiges SAPV-Team (d.h. eigener Vertrag mit den Krankenkassen) gibt es zu wenig Einwohner im Landkreis Cham, so dass die Versorgung derzeit von einem sogenannten „Satellitenteam“ der PALLIAMO GmbH aus Regensburg sichergestellt wird. Das Team der SAPV Cham arbeitet als eigetragene Zweigstelle selbständig und wird eigenständig geführt, profitiert aber von der jahrelangen Erfahrung und der unkomplizierten und sehr engen Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitern von PALLIAMO.

Zu den angestellten Mitarbeitern der SAPV Cham gehört das sogenannte „Kernteam“, bestehend aus drei Palliativpflegekräften, einer Koordinatorin und der ärztlichen Teamleitung. Das erweiterte Team setzt sich derzeit aus fünf vertraglich kooperierenden Palliativärzten und zwei Pflegediensten des Landkreises zusammen.

Die Pflegekräfte des Kernteams verstehen sich als „Lotsen“ für die betreuten Patienten; das heißt, sie kümmern sich vorrangig um die Patienten und sind deren Ansprechpartner. Bedarfsweise wird ein kooperierender Palliativarzt hinzugezogen.

Die SAPV Cham arbeitet mit der Palliativstation in Bad Kötzing (Die Sana Kliniken), den betreuenden Hausärzten und ambulanten Pflegediensten sowie mit den Hospizvereinen (Hospizdienst im Caritasverband, Cham und Hospizkreis Bad Kötzing e.V.) eng zusammen.

Die SAPV versteht sich grundsätzlich als ergänzende Leistung zu einer bestehenden ambulanten hausärztlichen und pflegerischen Betreuung. Der Hausarzt verordnet diese Leistung (Muster 63), die Kostenübernahme seitens der Kostenträger ist gesetzlich geregelt.

Die SAPV Cham betreut Patienten, die an einer fortschreitenden, medizinisch nicht mehr behandelbaren Krankheit leiden und bei denen sich das Lebensende abzeichnet, wenn

- komplexe Symptome vorliegen, die eine palliativmedizinische Ergänzung zur hausärztlichen Tätigkeit erfordern
- besondere Anforderungen an die Palliativpflege vorliegen
- soziale oder sozialrechtliche Aspekte geklärt werden müssen, bzw. eine Unterstützung diesbezüglich gewünscht ist
- bestimmte medizinische Interventionen zu Hause durchgeführt werden sollen (z.B. Aszitespunktion)
- eine Versorgung mit einer Schmerzpumpe erfolgen soll.

Die Betreuung durch die SAPV Cham kann zuhause oder in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bietet die SAPV Cham folgende Versorgungsformen an:

- Beratung (von Patienten, Angehörigen, ärztlichen oder pflegerischen Kollegen, auch telefonisch), mit und ohne Abrechnung möglich
- Koordination der Versorgung , regelmäßige Hausbesuche
- Additiv unterstützende Teilversorgung inklusive einer eigenen 24h Rufbereitschaft (seit 01.06.2015)

Die Einteilung in die verschiedenen Versorgungsstufen richtet sich nach Indikation, Bedarf und Kapazitäten und wird zwischen dem verordnendem Arzt und dem SAPV-Team abgesprochen.

Aufgrund des vorliegenden Personalschlüssels und der großen Fläche des Landkreises Cham konnte im Jahr 2015 erst seit 01.06.2015 offiziell eine 24-h Rufbereitschaft angeboten werden. Dieses Angebot ist bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht flächendeckend und wird im Einzelfall entschieden. In jedem Fall wird aber mit den Patienten und deren Angehörigen detailliert besprochen, wen sie wann im Falle etwaiger Probleme kontaktieren können. Damit kann die Sicherheit eines geeigneten Ansprechpartners auch nachts bzw. an den Wochenenden gewährleistet werden (z.B. Hausarzt, SAPV Team, Pflegedienst, KV-Bereitschaftsarzt, etc.). Ein vom Arzt erstellter „palliativer Notfallplan“, der Informationen bezüglich besprochener Vorgehensweisen im Falle von Notfallsituationen beinhaltet, liegt stets bei dem Patienten vor Ort.

Der vorliegenden Jahresbericht (der das erste Mal eigenständig erstellt wird) fasst die Kategorien „Koordination“ und „Teilversorgung“ zusammen, da im Jahr 2015 noch nicht durchgehend zwischen diesen beiden Kategorien unterschieden wurde. Schlussfolgerungen, die sich aus einer Differenzierung ergeben würden, wären dementsprechend nicht gültig.

## 1.2 Stützpunkt und Verwaltungszentrale

Seit Ende des Jahres verfügen wir über einen festen zentralen Stützpunkt in Cham. Er dient als Treffpunkt für das Team (Teamsitzungen), Sitz der Verwaltung und als Lagerraum für Medikamente und Hilfsmittel. Bei Bedarf können auch hier Beratungsgespräche erfolgen.

## 1.3 Mitarbeiter 2015

Die geleistete SAPV Arbeit im Landkreis Cham zeichnete sich im Jahr 2015 durch ihren pflegerischen Schwerpunkt aus. Den sogenannten „Lotsen“ (Pflegerkräfte des Kernteams) standen dabei die ärztlichen Vertragspartner unterstützend zur Seite und wurden bei Bedarf zu den Patienten hinzugerufen.

In regelmäßigen Teamsitzungen wurden Therapie und Verlauf der betreuten Patienten aus ärztlicher und pflegerischer Sicht besprochen (Teamsitzung).

#### Palliativpflege:

- Frau Anita Steindl (seit 07/2014), Fachkraft für Intensiv- und Palliativpflege, subkutane und orale Tumortherapie, pflegerische Leitung
- Frau Anita Ruhland (seit 09/2015), Fachkraft für Palliativpflege
- Herr Karl Gschwendner (seit 2012), Fachkraft für Intensiv- und Palliativpflege

#### Palliativmedizin

- Frau Dr. med. Katharina Rockmann, Internistin, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Teamleitung SAPV Cham

Mit weiteren Ärzten bestehen vertragliche Vereinbarungen für die Versorgung unserer Patienten:

- Frau Dr. med. Margit Babl (seit 2014), Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Herr PD Dr. med. Reiner Caspari (seit 03/2015), Facharzt für Innere Medizin, Onkologie, in Weiterbildung Palliativmedizin
- Frau Bettina Kalischefski (seit 04/2015), Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, in Weiterbildung Palliativmedizin
- Herr Dr. med. Georg Mair (seit 2014), Facharzt für Anästhesie und Notfallmedizin, in Weiterbildung Palliativmedizin (Team Regensburg)
- Herr Dr. med. Wolfgang Schiechl (seit 05/2015), Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Herr Dr. med. Andreas Weinbuch (seit 2014), Facharzt für Urologie, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

#### Verwaltung und Koordination

- Frau Brigitte Schörghuber (seit 2014), medizinische Fachangestellte, Hospizbegleitung, in Weiterbildung Palliative Care Fachkraft

Außerdem erhielt die SAPV Cham regelmäßige Unterstützung durch weitere Mitarbeiter des Regensburger Teams.

Die administrative Leitung der SAPV Cham liegt in den Händen der beiden Geschäftsführer der PALLIAMO GmbH, Frau Eva Maria Körber und Herrn Gerhard Michl.

## 2. Geleistete Arbeit

Es ist ein sehr arbeitsintensives Jahr vergangen. Die Betreuungszahlen haben sich im Vergleich zum Vorjahr knapp verdreifacht, zusätzlich erforderte die zu leistende Aufbauarbeit einen intensiven Zeit- und Personaleinsatz.

So wurde neben regelmäßigen Informationsveranstaltungen für Ärzte und Pflegekräfte durch unser Team auch der Aufbau eines eigenen Netzwerkes in die Wege geleitet, um organisatorische Abläufe zu optimieren. Hierzu zählt zum Beispiel die unkomplizierte Zusammenarbeit mit ausgewählten Apotheken (z.B. Deml in Cham, Deiminger in Roding, Rewitzer in Furth im Wald), den Hospizvereinen (Hospizdienst im Caritasverband, Cham und Hospizkreis Bad Kötzting e.V.) und der Palliativstation in Bad Kötzting, sowie vielen ambulanten Pflegediensten und Hausärzten.

### 2.1 Erstkontakt

Ein SAPV Team kann erst dann ergänzend tätig werden, wenn eine Überweisung durch einen Hausarzt oder Facharzt vorliegt (Muster 63). Auch ein Krankenhausarzt kann das Muster 63 ausstellen, allerdings nur für 7 Tage, dann ist eine Folgeverordnung durch den Hausarzt erforderlich.

Durch regelmäßige und sehr gezielte Öffentlichkeitsarbeit haben wir im Jahr 2015 versucht unseren Bekanntheitsgrad langsam zu erhöhen, so dass die Nachfrage nach SAPV- Leistungen von uns stets gedeckt werden konnte. Wir mussten keinen Fall ablehnen, sofern die Indikation zur SAPV Betreuung gegeben und der betreuende Hausarzt mit unserer Unterstützung einverstanden war. Eine Ablehnung der Kostenübernahme seitens der Krankenkassen kam auch in keinem Fall vor.

Durch die Möglichkeit telefonischer Beratungen kam mancher Erstkontakt mit unserem SAPV-Team auch durch Patienten oder deren Angehörige zustande. In jedem Fall erfolgte aber eine Rücksprache mit dem jeweiligen Hausarzt und die Klärung der Indikation zur SAPV-Versorgung durch die ärztliche Teamleitung.

Für das Jahr 2015 ergeben sich folgende Erstkontakte mit der SAPV (Abb.7):

Hausarzt / Facharzt :	33
Krankenhaus	14
Familie /Angehörige:	13
Palliativstation	12
Ambulanter Pflegedienst	5
Stationäres Pflegeheim	4
Sonstige	2

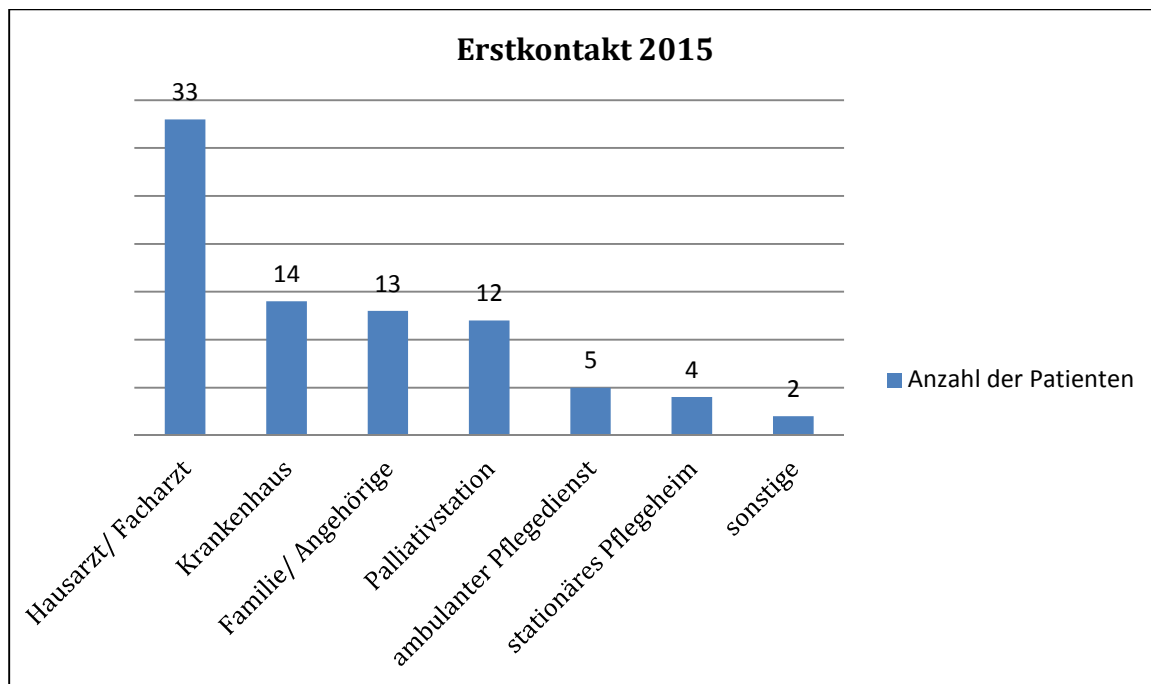


Abb.1: Erstkontakt 2015

## 2.2 Betreuungszahlen im Überblick

Im Jahr 2015 wurden im Landkreis Cham insgesamt n=83 Fälle abgeschlossen.

Hinzukommen 17 einmalige Beratungen ohne Abrechnung. Diese sind in den folgenden Auswertungen NICHT enthalten.

Zum Jahreswechsel befanden sich 3 Patienten in der Betreuung, die bei ihnen geleistete Arbeit ist also in den vorliegenden Zahlen ebenfalls nicht dargestellt.

- 49 von 83 Patienten (59%) wurden in der SAPV Kategorie „Koordination“ betreut, d.h. eine offizielle 24h Rufbereitschaft wurde nicht angeboten (sehr wohl meist inoffiziell).
- bei 34 von 83 Patienten (41%) führten wir eine SAPV-Versorgung mit offizieller 24-h-Rufbereitschaft durch (= „Teilversorgung“). Dies war erst nach dem 01.06.2015 möglich.

Die Versorgung dieser Patienten wurde folgendermaßen beendet:

- 69 von 83 Patienten verstarben (83%).
- 14 von 83 Patienten stabilisierten sich (17%). Eine Weiterbetreuung durch unser SAPV Team war nicht mehr erforderlich.

Die Zahl der sich stabilisierenden Patienten ist verhältnismäßig hoch. Das ist aber für ein junges, sich im Aufbau befindendes SAPV Team nicht ungewöhnlich, da die SAPV anfangs oft früher zu Patienten hinzugezogen wird. Durch vernetzende Zusammenarbeit und den Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) wird die ergänzende Leistung der SAPV im

Laufe der Zeit erst später bei Patienten nötig sein. Dies zeigen die Erfahrungen der Anfangsjahre im Regensburger SAPV-Team.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren konnten wir eine deutliche Steigerung der Patientenzahlen erreichen (betreute Patienten im Jahr 2013: n=12, im Jahr 2014: n=29). Das ist das Resultat unserer kontinuierlichen Aufbauarbeit mit entsprechender personeller Ausbildung und Weiterentwicklung; weiterhin wird bewusst eine zurückhaltende und gezielte Informationspolitik und Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um keine über die Arbeitskapazität hinausgehende Nachfrage zu generieren.

### 2.3 Beschreibung der Patienten

47% der betreuten Patienten waren weiblich, 53% männlich.

Die Hälfte der im Jahre 2015 betreuten Patienten war jünger als 75 Jahre (Median). Das Durchschnittsalter lag bei 71,8 Jahren. (Siehe Abb.1)

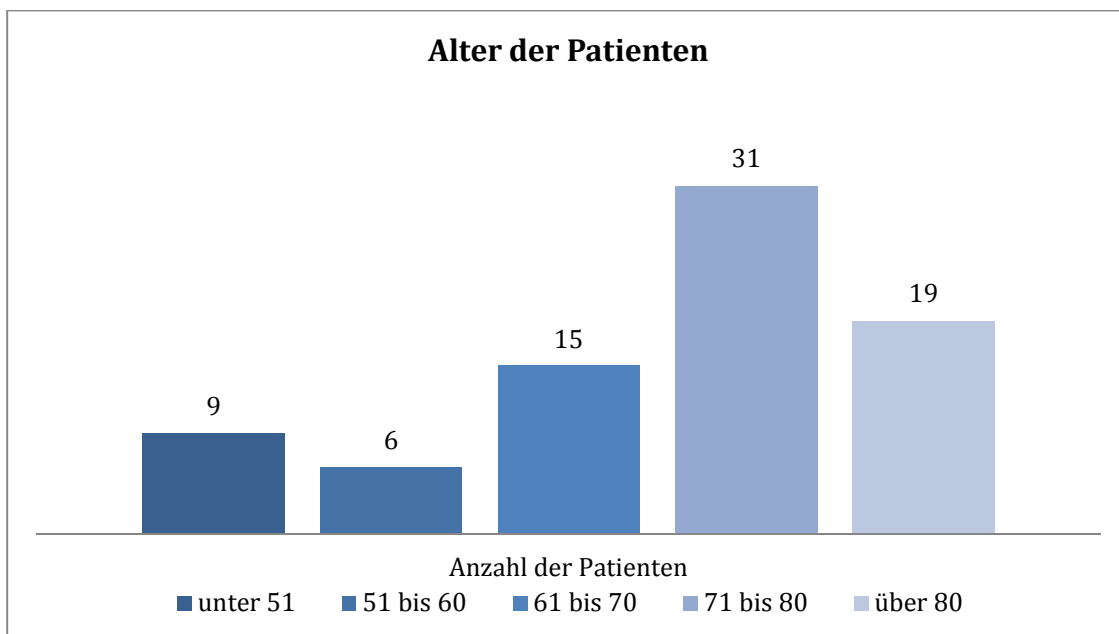


Abb. 2: Alter der Patienten

Bei 73 von 83 Patienten (88%) lag eine maligne Krankheit vor, bei 6 von 83 Patienten (7%) eine neurologische und bei 4 von 83 Patienten (4,8%) eine internistische (siehe Abb. 2).

Dies entspricht im Wesentlichen der Verteilung im Regensburger sowie in anderen SAPV-Teams.



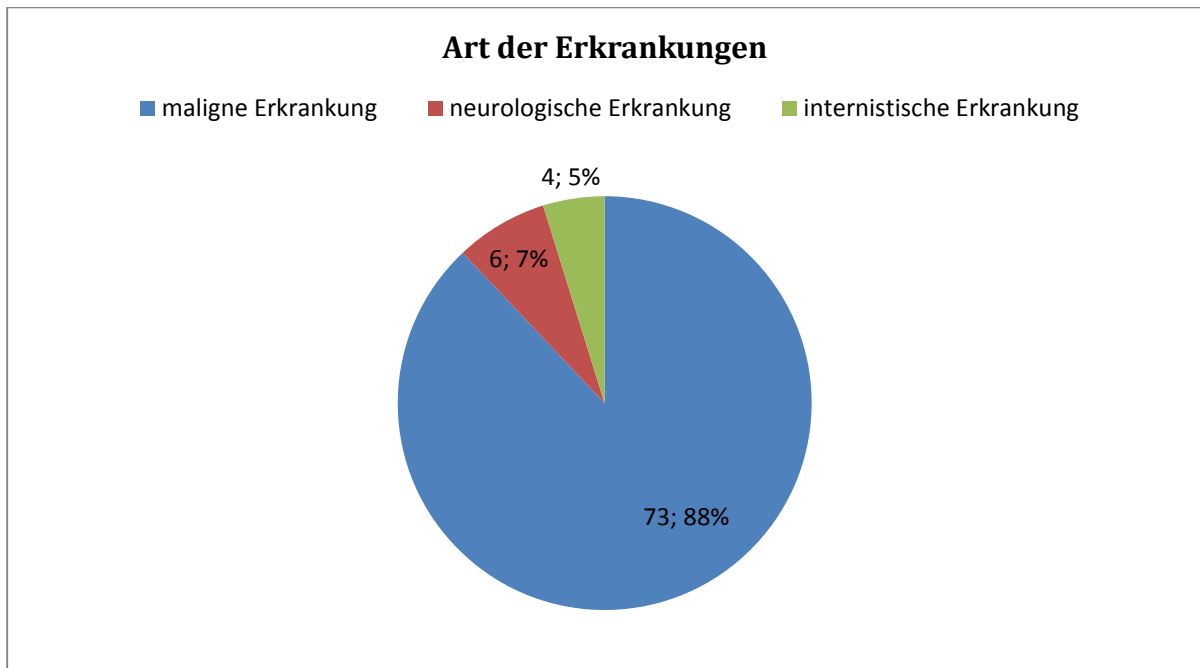


Abb. 3: Art der Erkrankungen

Einen guten Überblick über den körperlichen Zustand der Patienten verschafft der Karnofsky-Index, der bei jeder Neuaufnahme erfasst wird (Erklärung siehe Anhang).

Im Jahr 2015 war der Karnofsky Index bei 52 Patienten  $\leq 30\%$ . Das bedeutet, dass 52 Patienten (=63%) zum Zeitpunkt der Aufnahme fast vollständig oder vollständig bettlägerig waren. (siehe Abb.3)

Im Verlauf des Jahres ist der Karnofsky Index etwas gesunken. Das bedeutet, dass tendenziell kränkere Patienten aufgenommen wurden. Dies spricht für die Weiterentwicklung unseres Teams: Komplexeren Fälle und aufwendigeren Betreuungen wurde mit einer zunehmenden Sicherheit begegnet.

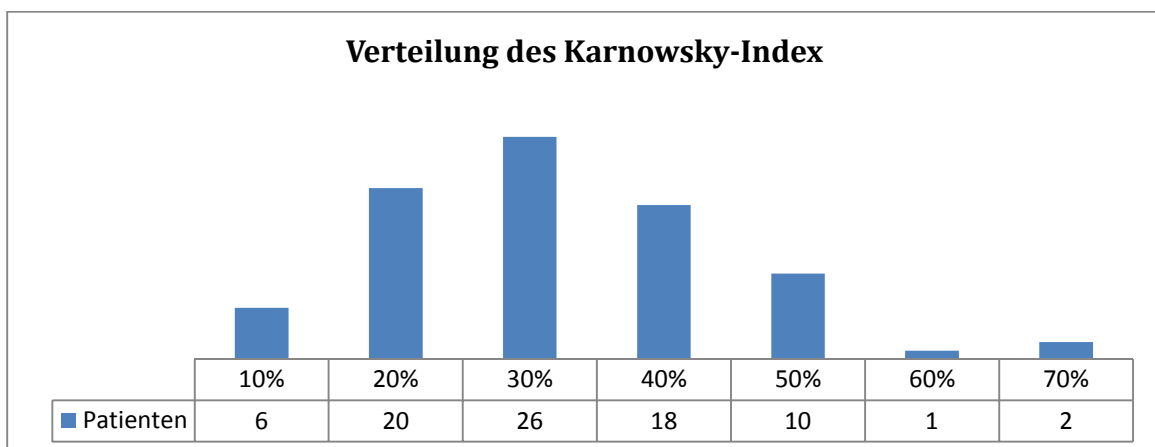


Abb.4: Karnofsky

Zu Beginn der Betreuung eines Patienten erfassten wir den Hauptgrund für die Mitbehandlung durch die SAPV. Dabei war auch die gleichzeitige Angabe mehrerer Symptome möglich.

Bei den 83 Patienten, die 2015 von der SAPV Cham betreut wurden, ergaben sich dazu folgende Angaben (siehe Abb. 5):

Schmerzen:	50 mal
Gastrointestinale Symptome:	33 mal
Neurologische Symptome :	24 mal
Atemnot:	26 mal
Wunden:	3 mal
urogenitale Symptome:	10 mal
Sterbephase:	1 mal
sonstige:	33 mal

Während einer Betreuung änderten sich die im Vordergrund stehenden Symptome häufig rasch. Eine Erfassung der bestehenden Symptome im Verlauf oder zu Ende der Betreuung wurde dieses Jahr noch nicht erfasst.

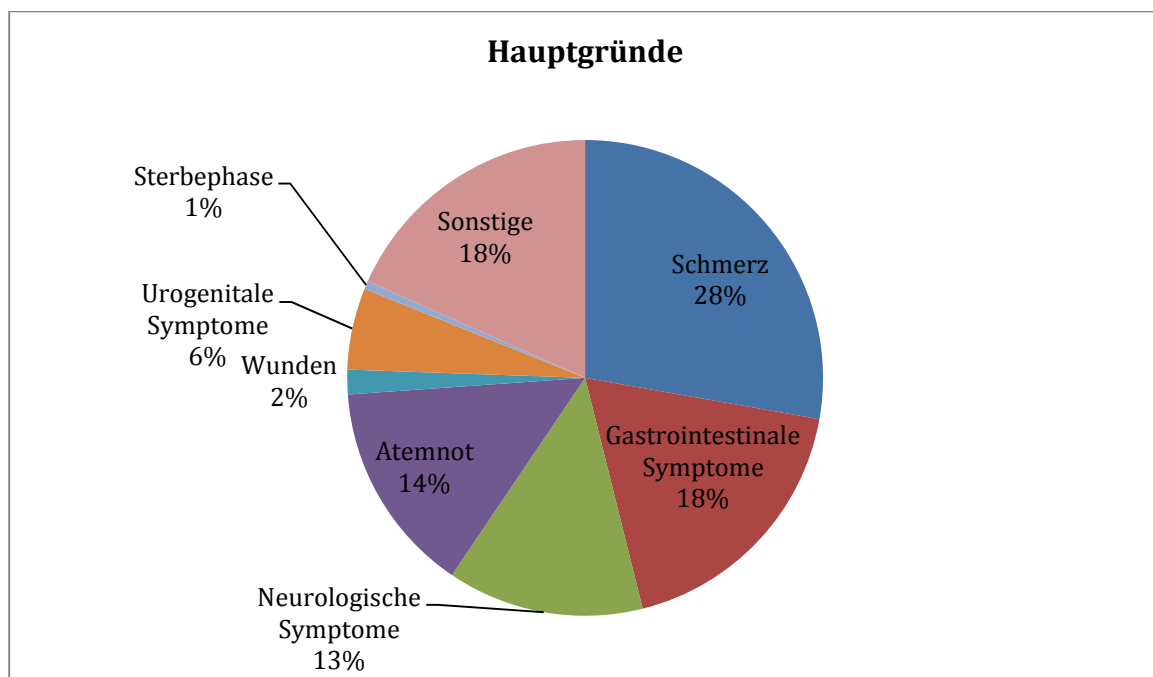


Abb.5: Hauptgründe

#### 2.4 Betreuungsdauer

SAPV-Teams werden in der Regel erst relativ spät im Verlauf einer Betreuung hinzugezogen. Daraus ergeben sich kurze Betreuungszeiten.

Die sogenannte mediane Betreuungsdauer lag 2015 bei 17,5 Tagen, das heißt, die Hälfte unserer Patienten wurde 17,5 Tage lang oder kürzer begleitet.

Da einige wenige Patienten über einen relativ langen Zeitraum betreut wurden (Range 1-357 Tage), lag die durchschnittliche Betreuungsdauer mit 26,0 Tagen deutlich darüber.

Aufgrund der Teamstruktur hat die SAPV Cham einen pflegerischen Schwerpunkt. Das hatte Auswirkungen auf die Anzahl der Besuche durch unsere Pflegekräfte bzw. unsere Vertragsärzte: Während einer Begleitung wurden die Patienten durchschnittlich 13,1 mal von unseren Pflegekräften besucht, ein Hausbesuch durch unsere palliativmedizinischen Kooperationsärzte fand zusätzlich durchschnittlich 2,3 mal pro Begleitung statt.

Hinzu kamen Hausbesuche durch die betreuenden Hausärzte oder ambulante Pflegedienste, die mit uns in der Regel in Absprache erfolgten, hier aber nicht aufgezählt werden.

Die durchschnittliche Besuchszeit lag bei 58,5 Minuten für die Pflegekräfte, bei 65,6 Minuten, wenn unsere Kooperationsärzte Hausbesuche abstatteten.

Die dokumentierte Fahrzeit für unsere Pflegekräfte lag durchschnittlich bei 26,8 Minuten, die Fahrzeit der Ärzte war im Vergleich dazu mit 81,4 Minuten deutlich höher. Dies lässt sich durch die lange Anfahrt aus Regensburg erklären, da immer wieder Ärzte aus dem Regensburger Team zur Unterstützung in den Landkreis Cham kamen.

## 2.5 Mit SAPV zu Hause leben

Leben mit schwerer Krankheit, welche immer mehr Zugeständnisse und Beschränkungen erfordert, stellt Patienten und deren Angehörige vor große Herausforderungen. Unsere Aufgabe als SAPV-Team besteht darin, mit den Betroffenen einen möglichst erträglichen Alltag zu Hause zu gestalten, damit sie die letzte Zeit als lebenswert erfahren. Gelingt dies, so kann eine entlastende Klinikeinweisung häufig umgangen werden.

Es ist aber keineswegs unser erklärtes Ziel oder ein definiertes Qualitätsmerkmal, dass alle Patienten zu Hause versterben müssen. Es zählen auch hier allein der Wunsch des Patienten und die Belastbarkeit der Angehörigen, die eine Entscheidung bezüglich einer Krankenhauseinweisung im Einzelfall nötig machen.

Zudem ist es nicht so entscheidend, wo ein Patient stirbt; viel wichtiger kann es sein, wo und wie er vorher leben konnte.

Von den 69 verstorbenen Patienten waren 22 Patienten (31,9%) entweder im Verlauf unserer Betreuung (5) oder am Ende (17) im Krankenhaus.

Bei allen anderen Patienten (68,1%) in SAPV-Versorgung war demnach während der gesamten Betreuungszeit kein Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Bei dieser Berechnung wurden die Patienten, bei denen die Betreuung aufgrund einer gesundheitlichen Stabilisierung abgeschlossen wurde (siehe „2.1 Betreuungszahlen im Überblick“) nicht berücksichtigt.

Eine von unserem SAPV-Team angebotene Leistung ist die ambulante Punktion von Aszites oder ggf. auch Pleuraergüssen (ultraschallgesteuert). Diese wird ausschließlich zu therapeutischen (nicht diagnostischen) Zwecken zu Hause durchgeführt, wenn es dem Patienten eine Erleichterung verschafft und der Weg ins Krankenhaus oder in eine Arztpraxis zu mühselig ist.

Im Jahr 2015 haben wir bei 12 Patienten 17 Aszitespunktionen durchgeführt (12%).

## 2.6 Sterbeorte im Jahr 2015

Im Landkreis Cham bietet die Palliativstation im Krankenhaus Bad Kötzting eine stationäre Versorgung an, die betroffenen Patienten einerseits die Sicherheit eines Krankenhausaufenthaltes vermittelt, andererseits durch palliativmedizinisch geschultes Personal und entsprechenden Schwerpunkt den „Krankenhauscharakter“ oft in den Hintergrund rücken lässt.

Der Landkreis Cham verfügt über kein stationäres Hospiz, allerdings können Angebote aus den angrenzenden Landkreisen Regensburg (Johannes-Hospiz Pentling) oder Deggendorf (St. Ursula Hospiz Niederalteich) angenommen werden.

Im ambulanten Bereich (zu Hause oder im Pflegeheim) starben 2015 insgesamt 50 von 69 Patienten (72,4%).

17 Patienten (24,6%) verstarben im Krankenhaus, 13 von ihnen auf der Palliativstation.

2 Patienten verstarben in einem stationären Hospiz (einmal in Pentling, einmal in Niederalteich). (siehe Abb.6)

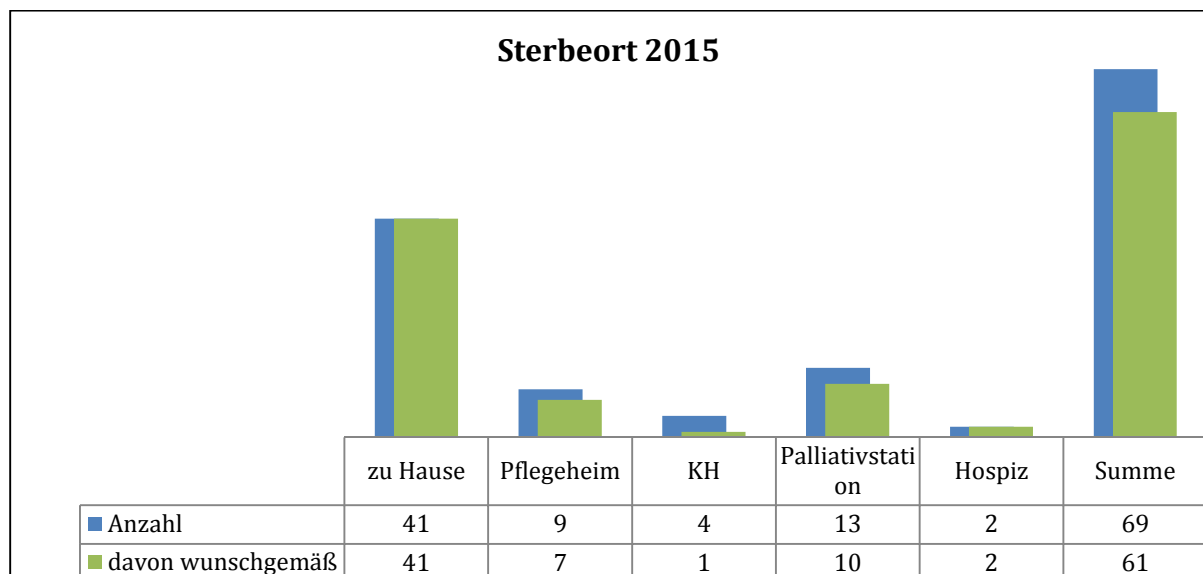


Abb.6: Sterbeorte 2015

In der Annahme, dass diejenigen Patienten, welche keine Angabe zu ihrem gewünschten Sterbeort treffen konnten, mit ihrem jeweiligen Aufenthaltsort einverstanden waren, ist es dieses Jahr gelungen, dass 60 von 69 Patienten (87%) dort sterben konnten, wo sie es sich wünschten.

Alle Patienten, die zu Hause verstarben, gaben dies auch als ihren Wunschort an.

10 der 13 Patienten, die auf der Palliativstation verstarben, waren auch hiermit einverstanden, aber nur 1 Patient der restlichen 4 stationär verstorbenen Patienten, sowie 7 der 9 im Heim verstorbenen Patienten (siehe Abb 6).

Für das kommende Jahr wünschen wir uns, noch mehr Patienten zu ermöglichen, an ihrem Wunschort zu sterben, da dies ein wesentliches Ziel unserer Arbeit darstellt. Es ist anzunehmen, dass dies mit den zunehmenden Betreuungen in der Teilversorgung (inkl. 24h Rufbereitschaft) zu erreichen ist.

## 2.7 Pumpenversorgung

Die Leistung der SAPV Cham beinhaltet in der Regel nicht die Durchführung einer parenteralen Ernährung oder einer regelmäßigen intravenösen Infusionstherapie.

Die Versorgung unserer Patienten mit einer intravenösen oder subkutanen Schmerzpumpe hingegen ist fester Bestandteil unseres Leistungsspektrums. Dabei kommen sowohl Mehrtagesysteme (z.B. Cadd Legacy Pumpen, PCA) als auch Eintagespumpen (der Firma Micrel) zum Einsatz. Indikationen zur parenteralen Therapie können eine unzureichende Symptomkontrolle mit peroraler Medikation, rezidivierendes Erbrechen (z.B. im Rahmen eines Darmverschlusses) oder auch eine Schluckstörung sein.

Besonders in den letzten Lebenstagen werden von uns regelmäßig Subkutanpumpen eingesetzt, um die Wirkung der zur Symptomkontrolle nötigen Medikamente weiterhin zu ermöglichen und damit auch in der finalen Lebensphase eine adäquate Symptomkontrolle zu erreichen.

2015 waren 5 (6%) Patienten mit einer intravenösen Mehrtagespumpe versorgt, 30 Patienten erhielten eine subkutane Pumpe (36,1%), die wir täglich neu befüllten.

Diese 35 Patienten waren in unserer 24h- Rufbereitschaft.

## 2.8 Pflege, Medizin und Verwaltung

Im Jahr 2015 wurden im Landkreis Cham 1146 Besuche durch pflegerische und medizinische Kräfte durchgeführt. Wenn man als Ziel einer SAPV Versorgung die praktischer Tätigkeit am Patienten betrachtet, so lohnt es sich, die Arbeitszeit in folgende Bereiche aufzuschlüsseln:

- 1) direkter Kontakt zu Patienten, Angehörigen und Fachkräften (Besuche, Telefonate, Trauerkontakte) - dafür sollte möglichst viel Zeit sein

- 2) Team-Zeiten (Bereitschaft, Teambesprechung, Supervision, Fortbildung) - nötig für die Qualität der Patientenversorgung
- 3) Fahrzeiten (alle Fahrzeiten, also für Besuche und Besorgungen)
- 4) Organisations- und Verwaltungsaufgaben, welche von Pflegekräften und Ärzten übernommen werden (Teamleitung, Schreibtischarbeiten, Gespräche, Besorgungen z.B. Muster 63, Medikamente) - wichtig für die Struktur des Teams sowie notwendige Tätigkeiten, damit die Leistungen abgerechnet werden können.

Für 2015 ergab sich daraus folgendes Diagramm:

Pflege:

Kontakt 1348h (45,9%), Fahrzeit 728h (24,7%), Team 389h (13,2%), Verwaltung 473h (16,1%)

Ärzte:

Kontakt: 165h (32,4%), Fahrzeit 161h (31,6%), Team 152h (29,9%), Verwaltung 31h (6,1%)

Zusammen:

Kontakt: 1513h (43,9%), Fahrzeit: 889 (25,8%), Team 541 (15,7%), Verwaltung 504 (14,6%)

Der Grund für die verhältnismäßig geringe Stundenzahl für die Teamzeit liegt darin, dass erst seit dem letzten Quartal eine regelmäßige (wöchentliche) Teamsitzung stattfand, zu der sich das Kernteam traf. Alle 4 Wochen fand zudem eine große Teamsitzung statt, zu der auch alle beteiligten Ärzte eingeladen waren.

Der verhältnismäßig geringe Verwaltungsaufwand ist dadurch zu erklären, dass Frau Schörghuber als Koordinatorin und Verwaltungsangestellte die hauptsächlich anfallenden Verwaltungsaufgaben übernahm und ihre Arbeitsstunden in der oben angegebenen Berechnung nicht einbezogen sind.

Es ist sehr erfreulich, dass die meiste Arbeitszeit für unsere Patienten zur Verfügung steht. Dieses Ziel versuchen wir auch weiterhin zu erreichen, obgleich sich vermutlich die Arbeitsverteilung aufgrund der zunehmenden Teamzeiten verändern wird. Vermehrte Teamzeiten sind aber unvermeidbar, da das Team wächst und eine regelmäßige persönliche Kommunikation aller beteiligten Teammitglieder unvermeidlich für eine funktionierende SAPV-Arbeit ist.

### Aufteilung der Arbeitszeit Pflege

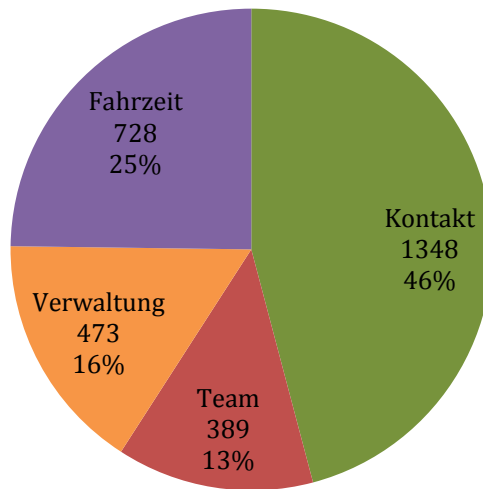


Abb.7: Aufteilung Arbeitszeit Pflege

### Aufteilung der Arbeitszeit Ärzte

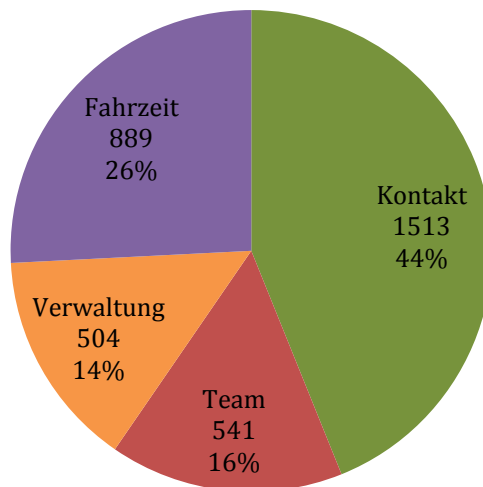


Abb.8: Aufteilung der Arbeitszeit Ärzte

### 3. Verein PALLIAMO e.V.

PALLIAMO e.V. ist der Trägerverein der PALLIAMO gGmbH in Regensburg und besteht aus 13 Mitgliedern und dem ehrenamtlichen Vorstand aus Dr. med. Elisabeth Albrecht (1. Vorsitzende), Frau Gisela Häberle (2. Vorsitzende) und Frau Eva-Maria Körber (Schatzmeisterin).

Folgende Weiterbildungsaktivitäten bietet der Verein derzeit in Regensburg an:

- Palliative Care für Pflegekräfte (160 Stunden), Kursleitung Frau Almuth Grigorakakis, Organisation Frau Eveline Schmuck)
- Palliative-Care-Kurse für Ärzte (40 Stunden), Kursleitung Frau Dr. Elisabeth Albrecht gemeinsam mit Dr. Roland Braun (Palliativstation Krankenhaus Barmherzige Brüder), Organisation Frau Eveline Schmuck
- Grundlagenschulung Palliative Care für Pflegekräfte (40 Stunden), organisiert und geleitet von Herrn Markus Wegmann und Frau Sabine Elb

Neben den Weiterbildungsaktivitäten bietet der Verein auch regelmäßig finanzielle Hilfen für Betroffene an, selbstverständlich auch für Patienten und deren Familien des SAPV Teams im LK Cham. Dabei kann es sich zum Beispiel um finanzielle Unterstützung der Familien handeln, wenn der pflegende Angehörige seiner Arbeit nicht mehr nachgehen kann. Der Verein übernimmt beispielsweise auch die Anschaffung von Hilfsmitteln, sofern diese nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Und schließlich gibt es häufig kleinere oder größere letzte Wünsche des Patienten, bei deren Erfüllung der Verein gerne unterstützend tätig wird.

### 4. Zusammenfassung und Ausblick

Das Jahr 2015 war gekennzeichnet durch eine stetige Weiterentwicklung mit sehr viel Neuerungen. Dabei konnte einerseits von der jahrelangen Erfahrung des Regensburger Teams profitiert werden, andererseits wuchs die Erkenntnis, dass die SAPV im Landkreis Cham organisatorisch eigenständig strukturiert sein muss und dass Bedürfnisse und Möglichkeiten der SAPV Cham nicht mit denen eines bereits etablierten Teams im städtischen Umfeld vergleichbar sind.

Es gibt eine Annäherung beider Teams in einigen Bereichen, wie etwa in der Intensität der Patientenbetreuung und der zunehmenden Komplexität der Fälle. Diese ließ sich im Jahr 2015 mit Zahlen allerdings noch nicht festhalten, da die Dokumentation der sogenannten „Sorgepunkte“ in Anlehnung an den australischen PCPSS (= Palliative Care Problem Severity Score, nähere Informationen unter [www.pcoc.org.au](http://www.pcoc.org.au).) im Chamer Team noch nicht regelmäßig erfolgte. Sie ermöglichen dem Team eine rasche Orientierung, in welchem Bereich Probleme beim Patienten oder den Angehörige vorliegen.



Auch der Score zur Ermittlung der Belastung für das Team wurde noch nicht regelmäßig dokumentiert, beides wird im Jahr 2016 regelhaft eingeführt.

Eines unserer Qualitätsmerkmale stellt der Sterbeprozess dar, hier ist es unser definiertes Ziel, dem Patienten ein ruhiges Sterben und den Angehörigen bestmögliche Unterstützung zu ermöglichen. Zu diesem Zwecke wird künftig auch der Sterbeprozess nach einem etablierten Verfahren beurteilt und dokumentiert werden.

Strukturell wird der möglichst flächendeckende Ausbau unserer 24h- Rufbereitschaft das Ziel des nächsten Jahres sein. Hierzu sind mehrere Schritte geplant, unter anderem weitere Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten und Palliativmedizinern. Eine Erweiterung des Teams erfordert allerdings ein sehr behutsames Vorgehen, da uns die Qualität unserer Arbeit sehr am Herzen liegt und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter sehr viel Zeit braucht. Zudem kann und darf ein SAPV Team eine gewisse Größe nicht überschreiten, um die Spezialisierung in der Alltagstätigkeit zu halten.

Grundsätzlich ist die Basis ein jeder SAPV eine gute und flächendeckende AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung). Diese wird durch die Hausärzte und ambulante Pflegedienste abgedeckt und wird von uns ausdrücklich von Anfang an unterstützt, weitere Aktivitäten diesbezüglich sind ferner bereits in Planung.

## 5. Auszug aus einer Dokumentation

### Patient, männlich 67 Jahre

#### **Tag 1:**

**13:00 Anruf von Hausarzt.** Allgemeinzustandsverschlechterung bei CA.

Pat will nicht ins Krankenhaus. Z.n. oraler Chemotherapie.

Evtl. SAPV Pat.

**14.30: Erstbesuch Pflege.** Gesamte Familie anwesend und sehr besorgt.

Pat halbsitzend auf dem Sofa. Schmerzverzerrtes Gesicht. Würgereiz hoch.

Schluckweise trinken mit Strohhalm möglich.

Da Essen und Trinken aufgrund stärkster Übelkeit die letzten Tage fast gar nicht möglich – heute 3.Tag mit Viggo versorgt durch Bereitschaftsdienst.

1l kristalloide Lösung/d.

Abdomen prall und druckdolent. Letzter Stuhlgang vor zwei Tagen.

Schmerzmedikation: Fentanyl 25µg/h wurde in der letzten Woche auf Fentanyl 50µg/h gesteigert.

„Es tut mir alles weh. Aber am Schlimmsten ist die Übelkeit. Ich will aber nicht ins Krankenhaus. Ich will zu Hause sein. Bei meiner Familie. Bei meiner Frau und meinen Kindern.“

Info an SAPV-Arzt.

#### **16:30 Besuch durch SAPV-Arzt mit Pflege.**

Olanzapin Lutschtablette gegen Übelkeit.

4mg Dexamethason s.c. 10mg MCP i.v.

Dexamethason und MCP in laufende Infusion.

Laxans (10gtt) verabreicht.

#### **Tag 2:**

##### **Morgens Besuch Pflege.**

Nacht gut verbracht. Pat wieder auf dem Sofa im Wohnzimmer. Möchte in der Nähe seiner Familie sein.

Etwas weniger Schmerzen. Übelkeit nach wie vor vorhanden. 4mg Dexta s.c.

Auffällig. Kurzatmigkeit. Viel (aufgrund Schwäche) plagender zäh-glasiger Auswurf.

Urinausscheidung sehr wenig – trotz Infusion gestern.

Mit Fam besprochen: keine weitere Infusion – da Aszites.

Familie hat sich ohne jegliche Hilfsmittel prima und findig in Sachen Erleichterung des Alltags bei deutlicher Pflegebedürftigkeit organisiert.

Mit Ehefrau Möglichkeit eines Pflegebettes besprochen. Dieses könnte im Wohnzimmer sein. Pat wäre dadurch Teilhabe und eine entspannte Liegehaltung möglich.

Familie einverstanden. Info an Sanitätshaus. Lieferung am Morgen des nächsten Tages möglich.

Info an Hausarzt. Ist mit Dexamethason einverstanden. Gemeinsamen Hausbesuch nachmittags vereinbart.

40mg Furosemid i.v. sowie MCP.

Abhusten kaum mehr möglich. Abdomen nun deutlich prall.

Info an SAPV-Arzt bzgl. evtl Aszitespunktion da Symptomenlast hoch.

Aszitespunktion wäre am Abend des nächsten Tages möglich.

Info an Dr. Rockmann bzgl. Aszitespunktion. Für 9 Uhr des kommenden Tages vereinbart.

**Telefonat mit Ehefrau.** Etwas Urinausscheidung sei möglich gewesen. Pat sei insgesamt geschwächt schläfrig. Schmerzen und Übelkeit erträglich.

Atmung: Kurzatmig. Oberkörperhochlagerung. Beine tief. Sitze auf dem Sofa.

Wolle aber abends in seinem Bett im Schlafzimmer schlafen.

### **Tag 3:**

#### **Morgens Besuch mit SAPV-Arzt Regensburg.**

Ehefrau besorgt. Pat liege heute noch im Bett. Da er so schwach sei – und er einigermaßen ruhig geatmet hätte – haben sie ihren Mann ruhen lassen.

„Er schläft ja schon lange nicht mehr tief. Ruht nur“

Pat wach und ansprechbar. Vierfach orientiert. Gepresster Gesichtsausdruck.

Starke, energieraubende Kurzatmigkeit

Akren des Patienten livide.

Gibt auf Nachfrage hin Schmerzen an.

5mg Morphin mit 2,5mg Haldol s.c.

Ultraschall und Aszitespunktion mit 8l Aszites.

Pat entspannt zusehends.

Ehefrau erschüttert über „Einen ganzen Eimer voll Wasser, das meinen Mann so Beschwerden verursacht“

Mit Pat und Familie subcutane Pumpe zur Symptomlinderung besprochen.

Pat schläft mit entspannt lächelndem Gesichtsausdruck

Subcutanpumpe nach Arztanweisung angehängt.

(Morphin, Novalgin, Buscopan, Vomex)

Pat wach und ansprechbar. Vierfach orientiert.

SAPV-Arzt und Familie im Gespräch.

Pflegebett wird soeben aufgebaut.

Info an Hausarzt.

### **Nachmittags Besuch Pflege.**

Pat am Sonnenplatz im Wohnzimmer im Pflegebett ruhend.

Entspannte Körperhaltung. Lächelt im Schlaf. Ruhige, tiefe Atemzüge.

Erweckbar. Zur Person orientiert. Schläft sofort wieder – mit einem zufriedenen Lächeln ein.

Ehefrau zutiefst froh. Versteht ihren Mann und Gesamtsituation.

Kinder der Eheleute immer im Haus. Wechseln sich in der Sorge um Mutter und Vater ab.

Pflegedienst weder gewünscht noch aufgrund der tollen wahrnehmenden Beobachtung der Kinder bzgl. ihres Vaters von Nöten.

### **Tag 4:**

#### **Morgens Besuch Pflege.**

Pat tief somnolent. Verständig. Keine Symptomlast.

Zeigt mimisch deutlich Zustimmung/Abneigung.

Extremitäten wieder marmoriert. Beine > Arme.

Laut Ehefrau seit dem Vorabend keine Urinausscheidung mehr.

Frage nach Seelsorge wird vom Patienten eindeutig bejaht.

Ehefrau weint. „Er versteht alles.“

Subcutanpumpe erneut gefüllt für 24h.

Kinder der Eheleute vor Ort. Stützen und Unterstützen Eltern wo es nur geht.

Info an SAPV-Arzt. Info an Hausarzt.

#### **Besuch Nachmittags.**

Atemmuster des Patienten zeigt deutliche Atempausen. Gesamte Familie anwesend und zutiefst ergriffen.

Seelsorge sei da gewesen. Hätte mit dem - inmitten seiner Familie gebetteten Patienten - Andacht gehalten.

Vater wäre wach geworden und hätte mit warmen Blick jedes seiner Kinder und vor allem seine Ehefrau angeschaut.

Als Ehefrau ihren Mann segnete habe er seine Frau fest angeschaut und umarmt.

Nun tief und ruhig schlafend. Nicht mehr wach geworden.

Oberkörperhochlagerung des Patienten.

Pat verstirbt symptomkontrolliert und ohne jeden Leidensdruck im Beisein der Familie.

Anhang:

Begriffserläuterung

Karnowsky Index:

Der **Karnofsky-Index** (ist eine Skala, mit der symptombezogene Einschränkung der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung bei Patienten mit bösartigen Tumoren bewertet werden können. Sie reicht von maximal 100 Prozent (keinerlei Einschränkungen) bis zu 0 Prozent (Tod)

<b>100 %</b>	Der Patient äußert keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit erkennbar.
<b>90 %</b>	Der Patient ist fähig zu normaler Aktivität, hat kaum oder nur geringe Symptome.
<b>80 %</b>	Normale Aktivität ist für den Patienten mit Anstrengung möglich; Symptome sind deutlicher.
<b>70 %</b>	Der Patient kann sich noch selbst versorgen, normale Aktivität oder Arbeit ist aber nicht möglich.
<b>60 %</b>	Der Patient benötigt Hilfestellung, ist aber noch in den meisten Bereichen selbständig.
<b>50 %</b>	Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen.
<b>40 %</b>	Der Patient gilt durch seine Einschränkungen als behindert; qualifizierte Hilfe wird benötigt.
<b>30 %</b>	Erhebliche Einschränkungen behindern den Patienten schwer. Eine stationäre Aufnahme ist erforderlich.
<b>20 %</b>	Schwerkrank. Intensive medizinische Maßnahmen sind erforderlich.
<b>10 %</b>	Der Patient ist sterbend (moribund), der körperliche Verfall ist unaufhaltsam.
<b>0 %</b>	Der Patient ist tot.

**Impressum:**

Erfassung der statistischen Daten: Brigitte Schörghuber, Claudia Brunner

Auswertung und Text: Dr. med. Katharina Rockmann

Layout und Diagramme: Eveline Schmuck

**SAPV Cham:**

Bahnhofstraße 1, 93413 Cham, Tel: 09971-766 8550

Fax: 09971-766 8551

Mail: [brigitte.schoerghuber@palliamo.de](mailto:brigitte.schoerghuber@palliamo.de)

**PALLIAMO e.V.:**

Cranachweg 16, 93051 Regensburg, Tel. 0941 - 56 76 232,

Fax 0941- 584 04 97

[www.palliamo.de](http://www.palliamo.de)

Vorstand: Dr. med. Elisabeth Albrecht, Gisela Häberle, Eva Maria Körber

Senior-Vorstand Eva Witt

Bankverbindung: Volksbank Regensburg, BLZ 750 900 00, Konto-Nr. 612383