

SAPV Cham

PALLIAMO

Jahresbericht 2016



Spezialisierte
ambulante
Palliativversorgung im
Landkreis Cham

Inhaltsverzeichnis:

Jahresstatistik SAPV Cham

1.	Allgemeines	2
1.1.	Konzept und aktuelle Entwicklung der SAPV Cham	2
1.2.	Mitarbeiter 2016	3
1.3.	Teamsitzungen	5
1.4.	Notfallplan	5
2.	Geleistete Arbeit im Jahr 2016	6
2.1.	Betreuungszahlen	6
2.1.1	Versorgungskategorie	
2.1.2.	Beendigung der Betreuung	
2.2.	Erstkontakt	9
2.3.	Beschreibung der Patienten	11
2.3.1	Alter und Geschlecht	
2.3.2	Karnofsky Index	
2.3.3	Diagnosen	
2.3.4	Symptome	
2.4.	Betreuungsdauer und Besuchszeiten	15
2.5.	Mit SAPV zu Hause leben	16
2.6.	Sterbeorte im Jahr 2016	17
2.7.	Pumpenversorgung	18
2.8.	Pflege, Medizin und Verwaltung	18
3.	Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit	20
4.	Zusammenfassung und Ausblick	21
5.	Verein PALLIAMO e.V.	22
	Impressum	23

1. Allgemeines

1.1. Konzept und aktuelle Entwicklung der SAPV Cham

Im Landkreis Cham befindet sich die *spezialisierte ambulante Palliativversorgung* (SAPV) seit 2013 weiterhin im Aufbau.

Das Jahr 2016 ist aus Sicht der SAPV ein besonders erfolgreiches Jahr gewesen. Zum einen sind durch unseren zunehmenden Bekanntheitsgrad die Patientenzahlen erneut deutlich gestiegen zum anderen konnten wir vor allem im organisatorischen Ablauf viel verbessern und damit einige Arbeitsabläufe erleichtern. Auch ist es unserem Team gelungen, die Erfahrung und Routine der letzten zwei Jahre in die Patientenversorgung einzubringen. So war es uns möglich, auch Patienten in sehr komplexen Situationen bis zuletzt zuhause zu betreuen.

Weiterhin ist die SAPV Cham ein „Satellitenteam“ der PALLIAMO gGmbH aus Regensburg: Das Team der SAPV Cham organisiert sich als eigetragene Zweigstelle selbständig und wird personell eigenständig geführt. Da aber kein separater Vertrag mit den Krankenkassen vorliegt, haben alle Mitarbeiter aus Cham einen Arbeitsvertrag mit der PALLIAMO gGmbH, welche auch die Abrechnung mit den Krankenkassen vornimmt und administrativ durch die Geschäftsführung geleitet wird.

Zu den Mitarbeitern der SAPV Cham gehört das sogenannte „Kernteam“, bestehend aus vier Palliativpflegekräften, einer Koordinatorin und der ärztlichen Teamleitung. Das erweiterte Team setzte sich 2016 aus sieben vertraglich kooperierenden Palliativärzten und zwei Pflegediensten des Landkreises zusammen. Außerdem erfolgte bei Bedarf ärztliche Unterstützung aus Regensburg.

Die Pflegekräfte des Kernteams sind die sogenannten „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, ambulanten und stationären Pflegediensten, sowie mit den Hospizvereinen eng zusammen.

Die *spezialisierte ambulante Palliativversorgung* ist grundsätzlich eine *ergänzende* Leistung zu einer bestehenden ambulanten hausärztlichen und pflegerischen Betreuung. Der Hausarzt oder der behandelnde Klinikarzt können diese Leistung verordnen (Muster 63), die Kostenübernahme seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist gesetzlich geregelt.

Die SAPV Cham betreut Patienten, die an einer weit fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren 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** inkl. einer eigenen 24h Rufbereitschaft

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

Wir freuen uns darüber, seit Beginn 2016 erstmals durchgehend und flächendeckend eine 24h-Rufbereitschaft anbieten zu können, falls dies erforderlich ist. Dabei übernehmen unsere Vertragsärzte regelmäßig auch an den Wochenenden Hintergrunddienste und sind somit erreichbar und fahrbereit. Notarzt-, bzw. Bereitschaftsarzteinsätze sollen auf diese Weise vermieden werden.

1.2. Mitarbeiter 2016

Die geleistete SAPV Arbeit im Landkreis Cham zeichnete sich im Jahr 2016 erneut durch ihren pflegerischen Schwerpunkt aus. Den sogenannten „Lotsen“ (Pflegekräfte des Kernteams) standen dabei die ärztlichen Vertragspartner unterstützend zur Seite und wurden bei Bedarf zu den Patienten hinzugerufen.

Palliativpflege:

- Frau Anita Steindl, Krankenschwester, Palliative-Care-Fachkraft, subkutane und orale Tumorthherapie (seit 07/2014)
- Frau Anita Ruhland, Krankenschwester, Palliative-Care-Fachkraft (seit 09/2015)

- Frau Kerstin Enderlein, Krankenschwester, Palliative Care- Fachkraft (neu seit 10/2016)
- Frau Hildegard Grassl, Krankenschwester, Palliative Care Fachkraft (neu seit 02/2016)
- Herr Karl Gschwendner, Intensivpflegekraft, Palliative -Care-Fachkraft (seit 2012)

Palliativmedizin

- Frau Dr. med. Katharina Rockmann, Internistin, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, *Teamleitung SAPV Cham bis 12/2016*

Mit folgenden Ärzten bestanden 2016 vertragliche Vereinbarungen für die Palliativversorgung im Rahmen der SAPV:

- Frau Margit Babl, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (seit 2014)
- Herr PD Dr. med. Reiner Caspari, Facharzt für Innere Medizin, Onkologie, in Weiterbildung Palliativmedizin (seit 03/2015)
- Frau Bettina Kalischefski, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, in Weiterbildung Palliativmedizin (seit 04/2015)
- Herr Dr. med. Georg Mair, Facharzt für Anästhesie und Notfallmedizin, in Weiterbildung Palliativmedizin, (Team Regensburg) (seit 2014)
- Herr Dr.med. Wolfgang Schiechtl, Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (seit 05/2015)
- Herr Dr. med. Andreas Weinbuch, Facharzt für Urologie, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (seit 2014 bis 12/2015)
- Frau Anna Weinzierl, Fachärztin für Allgemeinmedizin, in Weiterbildung Palliativmedizin (neu seit 02/2016)

Verwaltung und Koordination

- Frau Brigitte Schörghuber, medizinische Fachangestellte, Palliative Care-Ausbildung, Hospizbegleitung (seit 2014)

Zudem erhielt die SAPV Cham bedarfsweise Unterstützung durch die 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 Herr Gerhard Michl.

Kooperationspartner

- Pflegezentrum Gschwendner, Roding
- Pflegedienst Grassl, Miltach
- BRK Kreisverband Cham
- Medicum Apotheke OHG, Cham

1.3. Teamsitzungen

Im Jahr 2016 hat sich das Kernteam ein Mal wöchentlich zu einer Teamsitzung in unseren Büroräumen getroffen. Dabei wurden alle wichtigen Informationen über die betreuten Patienten ausgetauscht und medizinische, bzw. pflegerische Herausforderungen und Vorgehensweisen gemeinsam mit der ärztlichen Teamleitung besprochen. Außerdem wurden hier die „Notfallplanung“ und auch die Versorgungskategorie eines jeden einzelnen Patienten wöchentlich neu evaluiert und festgelegt.

Überdies erfolgte alle vier bis sechs Wochen eine große Teamsitzung mit den kooperierenden Palliativärzten.

Ebenfalls alle 4-6 Wochen erfolgte eine teaminterne Supervision unter professioneller Anleitung. Diese hatte die Zielsetzung, sowohl Fallbesprechungen einzelner Patienten, als auch teaminterne Konflikte oder Probleme zu thematisieren und somit zur Stabilität des Teams beizutragen.

1.4. Notfallplan

Es ist ein wesentlicher Bestandteil der SAPV-Arbeit, den Willen des Patienten herauszufinden und eine möglichst detaillierte Vorgehensweise im Falle etwaiger Notfälle mit ihm zu besprechen und zu dokumentieren (Advance Care Planning). Dabei geht es vor allem um gewünschte oder nicht erwünschte Krankenseinweisungen, Wiederbelebungsmaßnahmen sowie allgemeine lebensverlängernde Maßnahmen. Diese Notfallplanung kann sich sehr aufwendig und arbeitsintensiv gestalten, da sehr viele (vor allem auch unbekannte Faktoren) eine Rolle spielen: so unterscheidet sich die detaillierte Festlegung der Vorgehensweise bei Patienten, die noch eine antitumoröse Therapie haben unter Umständen deutlich von denen, die im Sinne von *Best Supportive Care* behandelt werden. Auch können nicht alle etwaigen Notfallsituationen angesprochen werden: Das SAPV Team muss sich demnach auf *wahrscheinliche* Situationen fokussieren, die natürlich regelmäßig evaluiert werden müssen, da sie sich rasch ändern können. Schließlich spielt auch der Wohnort des Patienten eine entscheidende Rolle: Zentral im Landkreis lebende Patienten bekommen unter Umständen schneller Unterstützung (sei es durch die SAPV oder durch den Rettungsdienst) als Patienten, die sehr peripher wohnen. Und zuletzt darf man die Angehörigen nicht vergessen, die durch das SAPV Team angeleitet werden, wie sie sich im

Notfall zu verhalten haben.

Es ist die Aufgabe des SAPV Arztes, den Notfallplan initial zu erstellen. In den wöchentlichen Teamsitzungen wird er ggf. überdacht und (in Absprache mit dem Patienten) geändert.

Der Notfallplan liegt stets gut sichtbar in unserer gelben Mappe bei dem Patienten zu Hause und sollte im Falle eines Notarzt- oder KV-Arzteinsatzes vorgezeigt werden.

2. Geleistete Arbeit

2016 war ein sehr ereignisreiches und auch arbeitsintensives Jahr für die SAPV Cham.

Erstmals wurden über 100 Patienten betreut (n=124), fast soviel, wie es bei kleinen eigenständigen SAPV Teams der Fall ist.

Viele organisatorische Abläufe wurden optimiert und es fand ein intensiver fachlicher Austausch in regelmäßigen kleinen und großen Teamsitzungen statt. Alle Patienten wurden palliativmedizinisch und -pflegerisch auf hohem Niveau betreut, was sich aus der folgenden Statistik entnehmen lässt.

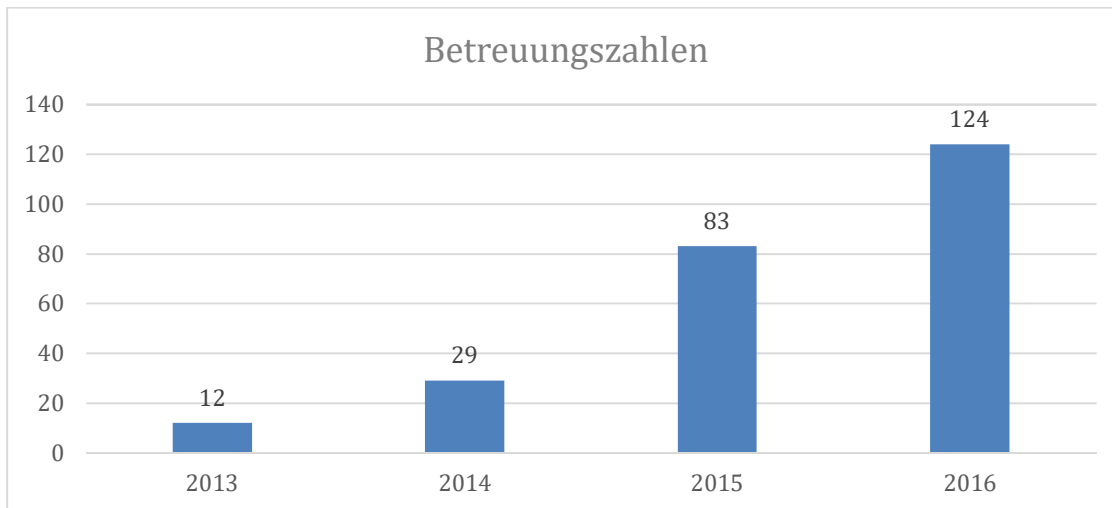
2.1. Betreuungszahlen

Jahr 2016 wurden im Landkreis Cham insgesamt n=124 Fälle abgeschlossen, dies ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg von 49% (2015: n= 83).

Hinzukommen 24 einmalige Beratungen ohne Abrechnung. Das bedeutet, es fand ein Kontakt zu „fremden“ Patienten, statt, der nicht mit den Krankenkassen abgerechnet wurde. Diese sind in den folgenden Auswertungen NICHT enthalten.

Zum Jahreswechsel befanden sich noch 6 Patienten in der Betreuung (die dementsprechend noch nicht abgeschlossen war), auch sie sind in der Statistik nicht enthalten.

Der erneut starke Anstieg der Patientenzahlen spiegelt unseren Bekanntheitsgrad und auch den Bedarf wieder. Rein statistisch gesehen kann bei einem Versorgungsgebiet der Größe des Landkreises Cham (ca. 125.000 Einwohner) mit 100-120 Patienten gerechnet werden, die eine Zusatzbetreuung durch die SAPV benötigen. Dabei gilt es allerdings die ländlichen Strukturen zu berücksichtigen: Mangels räumlicher Nähe zu anderen palliativmedizinischen Einheiten und tendenziell weniger Hausärzten, kann der Bedarf für SAPV im ländlichen Bereich unter Umständen deutlich höher sein.

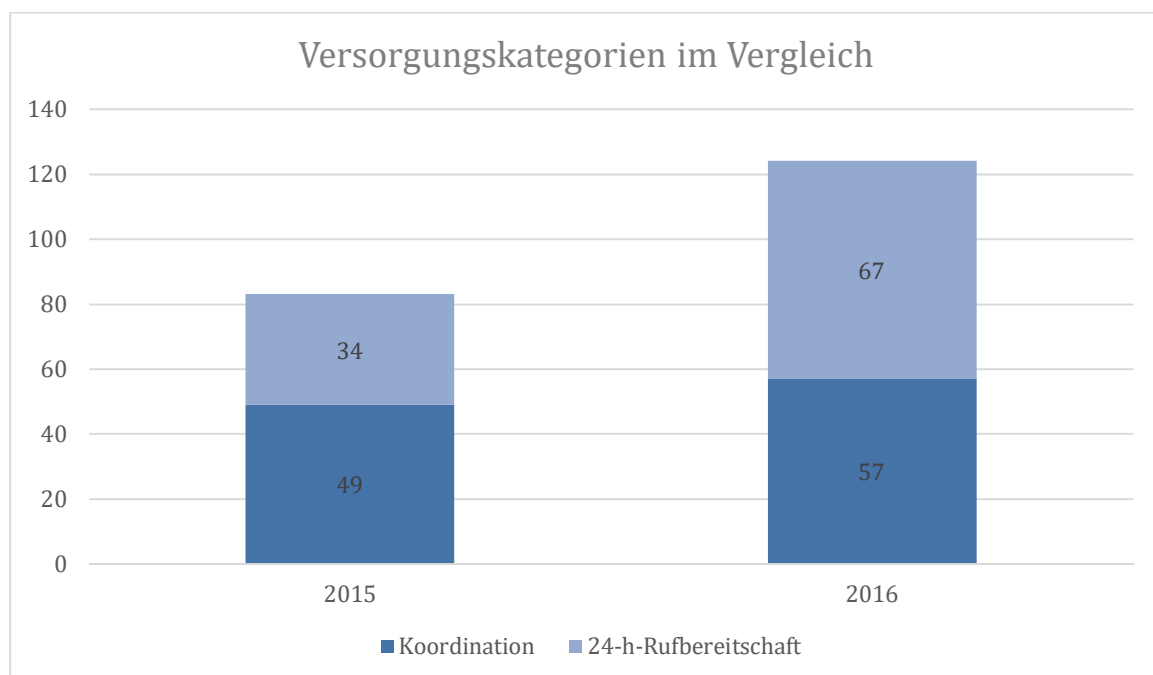


Graphik 1: Betreuungszahlen im Überblick

2.1.1. Versorgungskategorie

- 57 von 124 Patienten (46%) wurden in der SAPV Kategorie „Koordination“ betreut, d.h. eine offizielle 24h Rufbereitschaft wurde nicht angeboten.
- bei 67 von 124 Patienten (54%) führten wir eine SAPV-Versorgung mit offizieller 24-h-Rufbereitschaft durch (= „Teilversorgung“)

Im Vorjahr waren nur 41% der Patienten in der Teilversorgung.



Graphik 2: Versorgungskategorien im Vergleich (Balken nebeneinander: 2015 und 2016)

Diese Entwicklung ist sehr erfreulich, da die Teilversorgung (und somit 24-h Rufbereitschaft) meist sehr viel mehr Sicherheit für den Patienten, bzw. seine Angehörigen bedeutet, da eine SAPV Pflegekraft mit Rufbereitschaft für ihn rund um die Uhr erreichbar und, außerdem ein, dem Patienten meist bekannter Palliativarzt im Hintergrund verfügbar ist.

In die Teilversorgung wurden diejenigen Patienten aufgenommen, die entweder instabil waren (oder im Sterbeprozess), eine Pumpenversorgung hatten, oder bei denen jederzeit mit einer Notfallsituation gerechnet werden musste (z.B. drohende akute Blutung). In jedem Fall wurde die entsprechende Versorgungskategorie mindestens ein Mal wöchentlich im Rahmen der Teamsitzung besprochen und ggf. angepasst.

In Ausnahmesituationen wurden ein Notarzteinsatz oder eine KH-Einweisung trotz Vorliegen unserer 24-h Rufbereitschaft notwendig, beispielsweise als ein Patient weit entfernt von der diensthabenden Person wohnte, und ein akuter, nicht vorhersehbarer Notfall eintrat. Diese Situation trat 2016 3 x ein: In jedem Fall lag ein detaillierter, vom Palliativarzt ausgearbeiteter Notfallplan vor Ort (siehe 1.4.), der dem Notarzt bei etwaigen Entscheidungen weiterhelfen konnte. Zudem konnte der Notarzt die diensthabende Mitarbeiterin der SAPV jederzeit telefonisch kontaktieren.

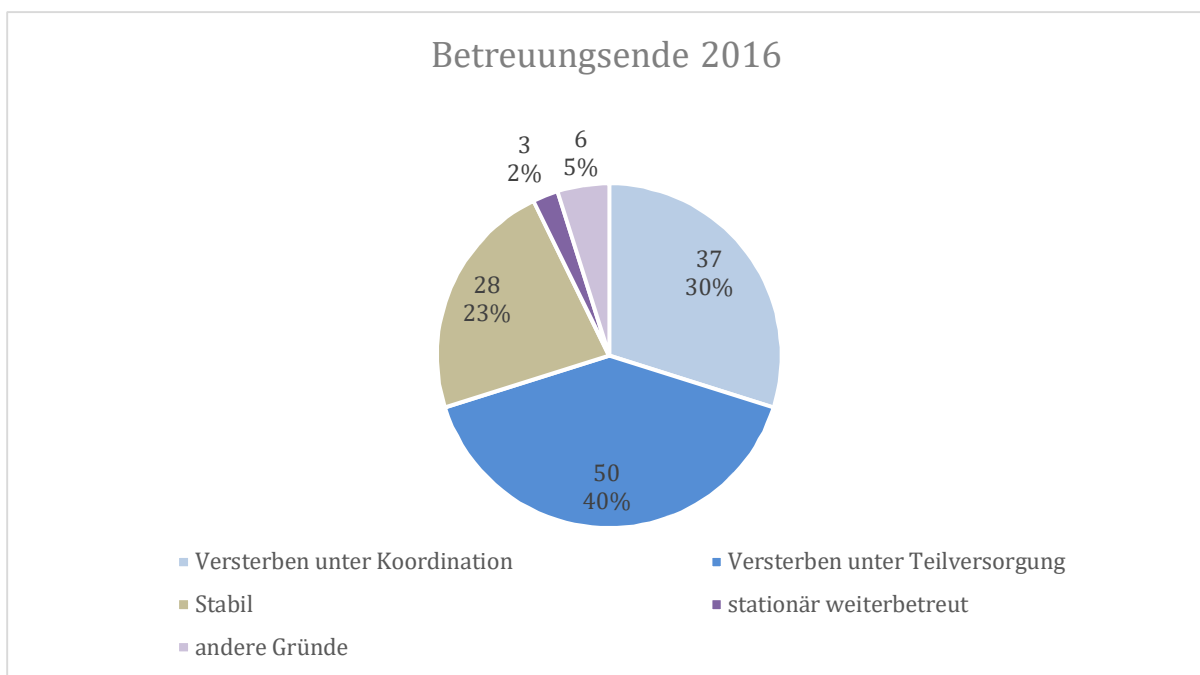
Die Versorgung von Patienten mit 24h- Rufbereitschaft bedeutete für das SAPV Team eine erheblich höhere Arbeitsbelastung, da Tag und Nacht eine Ruf- und Einsatzbereitschaft für diese Patienten gewährleistet sein musste. Der Personalschlüssel wurde entsprechend angepasst, und ein geregelter Dienstplan eingeführt.

2.1.2. Beendigung der Betreuung

- 87 von 124 Patienten verstarben während unserer Betreuung (70,2%), davon 74 zu Hause oder im Heim:
 - 37 von 57 Patienten, die sich in „Koordination“ befanden (64,9%)
 - 50 von 67 Patienten, die sich in der „Teilversorgung“ befanden (74,6%)
- 28 von 124 Patienten stabilisierten sich (22,6%). Eine Weiterbetreuung durch unser SAPV Team war nicht mehr erforderlich.
- 3 von 124 Patienten wurden stationär weiterbetreut und unsere Betreuung dann wegen Stabilisierung beendet.
- bei 6 Patienten wurde die SAPV Arbeit aus anderweitigen Gründen beendet (z.B. Umzug, Übernahme der Versorgung durch anderes SAPV Team, erneuter Therapieversuch)

Die Zahl der sich stabilisierenden Patienten 2016 ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (von 17 auf 22,6%). Viele Patienten wurden relativ frühzeitig im Verlauf ihrer Erkrankung zu uns

überwiesen, und unsere Betreuung konnte nach Stabilisierung wieder beendet werden. Das ist für ein sich im Aufbau befindendes SAPV Team besonders im ländlichen Bereich nicht ungewöhnlich. Hinzu kommt, dass „early palliative integration“ bei Patienten mit inkurablen Erkrankungen zunehmend von vielen Fachgesellschaften empfohlen wird. Gerade seitens der Krankenhäuser wird dann eine Anbindung an ambulante palliative Strukturen in die Wege geleitet. Zehn Patienten, die sich primär stabilisiert hatten (beispielsweise nach medikamentöser Schmerzeinstellung, oder nach Behandlung von etwaigen Nebenwirkung der letzten antitumorösen Therapie), wurden im Verlauf ein zweites Mal von uns aufgenommen und mitbetreut. Das alles zeigt, dass wir verantwortungsvoll mit der SAPV Leistung umgehen und aus SAPV Sicht „unnötige“ Mitbetreuungen vermeiden möchten.



Graphik 3: Betreuungsende 2016

2.2. Erstkontakt

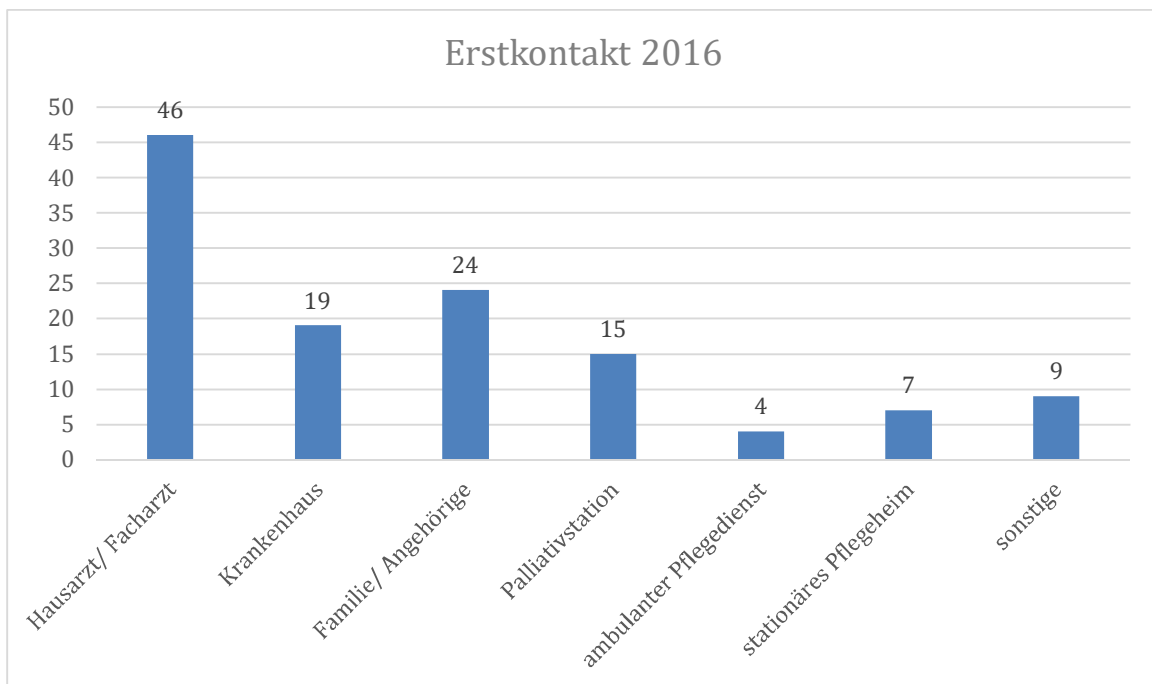
Ein SAPV Team kann vom niedergelassenen Haus- oder Facharzt, sowie vom behandelnden Krankenhausarzt verordnet werden, bei letzterem gilt zunächst eine Erstverordnung über sieben Tage, die dann vom zuständige Hausarzt entsprechend verlängert werden kann.

Ein Patient kann bei der SAPV Cham werktags bei Frau Schörghuber im Büro, oder direkt bei der ärztlichen Teamleitung angemeldet werden (siehe auch www.sapv-cham.de).

Grundsätzlich können alle betreuenden Ärzte, sowie auch der Patient selbst oder seine Angehörigen bei uns anrufen und telefonisch beraten werden. In jedem Fall erfolgt eine Rücksprache mit dem jeweiligen Hausarzt, sowie die Klärung der Indikation zur SAPV Versorgung durch die ärztliche Teamleitung.

Im Jahr 2016 ergaben sich folgende Erstkontakte:

Hausarzt / Facharzt:	46
Krankenhaus:	19
Familie / Angehörige:	24
Palliativstationen:	15
Ambulanter Pflegedienst:	4
Stationärer Pflegedienst:	7
Sonstiges:	9



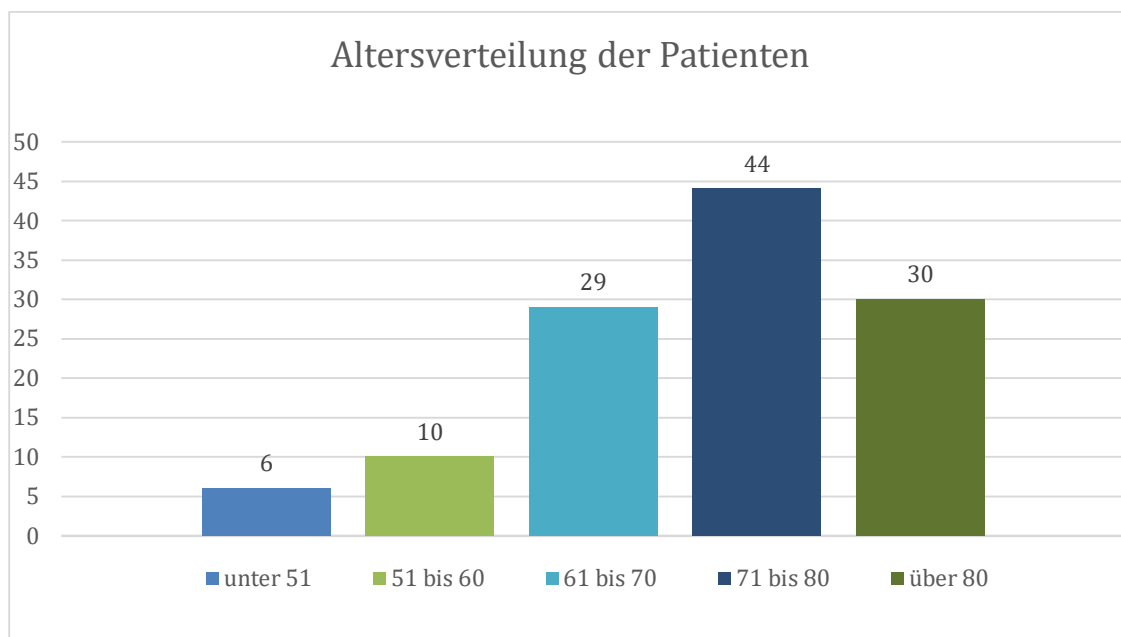
Graphik 4: Erstkontakt 2016

2.3. Beschreibung der Patienten

2.3.1. Alter und Geschlecht

48% der betreuten Patienten waren weiblich, 52% männlich.

Die Hälfte der im Jahre 2016 betreuten Patienten war jünger als 75 Jahre (Median). Das Durchschnittsalter lag bei 72,4 Jahren (Range: 41-93 Jahre)



Graphik 4: Altersverteilung der Patienten 2016

2.3.2. Karnofsky Index

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

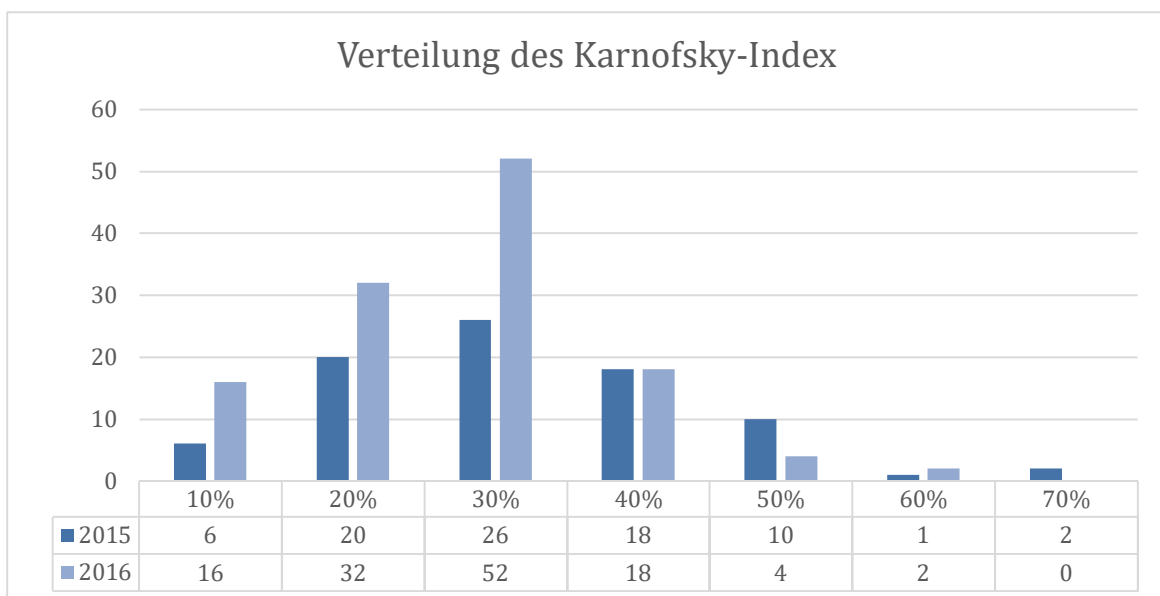
Karnofsky Index – Erläuterung: Karnofsky. Im Jahr 2016 lag der Karnofsky Index bei 100 Patienten \leq 30%. Das bedeutet, dass 100 Patienten (=80,6%) zum Zeitpunkt der Aufnahme fast vollständig oder vollständig bettlägerig waren.

Karnofsky-Index (AKPS):

AKPS steht für Australia-modified Karnofsky Performance Status. Er unterscheidet sich in den unteren Prozentbereichen vom Karnofsky-Index und ist für SAPV-Patienten besser anwendbar:

100%	beschwerdefrei, keine Krankheitszeichen
90%	fähig zur normalen Aktivität, nur geringe Krankheitszeichen
80%	mit Anstrengung normale Aktivität möglich, mäßige Krankheitszeichen
70%	Selbstversorgung möglich, unfähig zur Entfaltung einer normalen Aktivität oder aktiven Tätigkeit
60%	Pat. benötigt gelegentlich fremde Hilfe
50%	Erhebliche Hilfeleistungen nötig Häufig medizinische Versorgung
40%	mehr als 50% der Zeit bettlägerig
30%	fast vollständig bettlägerig
20%	vollständig bettlägerig umfassende Pflege durch Professionelle und/oder Familie erforderlich
10%	komatös oder fast nicht erweckbar

Im Jahr 2015 hatten nur 63% der betreuten Patienten einen Karnofsky-Index von 30 oder kleiner. Das bedeutet, dass unsere Patienten „kranker“ geworden sind. Komplexere Fälle und aufwendigere Betreuungen wurden mit zunehmend mehr Sicherheit begegnet.



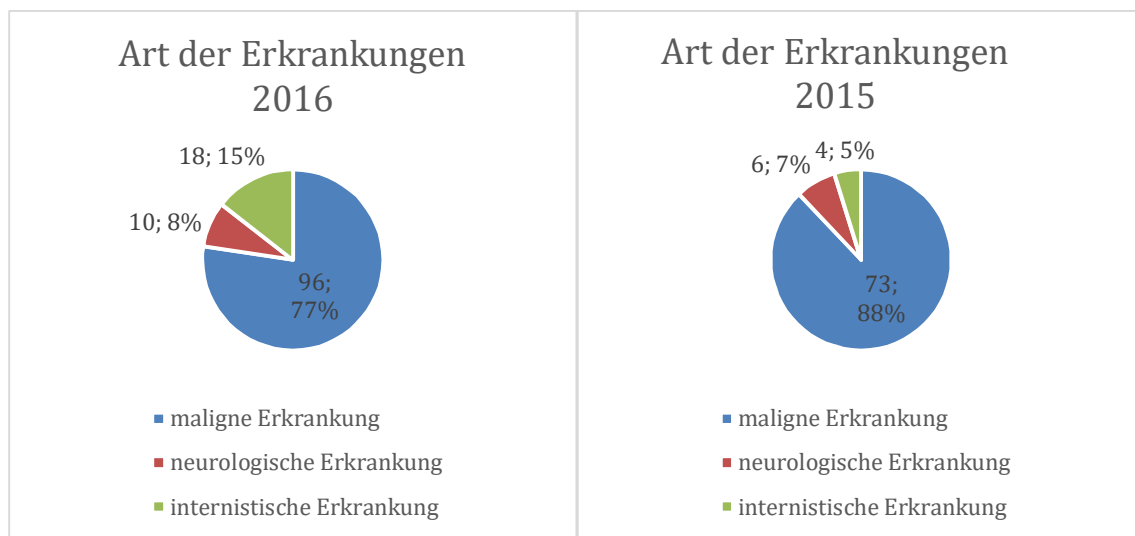
Graphik 5: Karnofsky Verteilung inkl. Vergleich mit 2015

2.3.3. Diagnosen

Bei 96 von 124 Patienten (77,4%) lag eine maligne Grunderkrankung vor, bei 10 von 124 Patienten (8%) eine neurologische und bei 18 von 124 Patienten (14,5%) eine internistische.

Im Vergleich zum Vorjahr ist somit der Anteil der Patienten mit internistischer Grunderkrankung deutlich gestiegen. Dabei handelt es sich überwiegend um Patienten mit COPD (chronisch obstruktiver Lungenerkrankung), terminaler Niereninsuffizienz und schwerer Herzinsuffizienz. Diese Entwicklung ist prinzipiell erfreulich, da die Palliativversorgung grundsätzlich nicht auf Tumorkrankungen beschränkt ist und gerade Patienten mit oben genannten Erkrankungen sehr von einer Mitbetreuung durch Palliativteams profitieren können. Vielen Patienten ist dies nicht bewusst und die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben erscheint bei nicht-malignen Erkrankungen häufig verzögert.

Andererseits stellt der wachsende Anteil von Patienten mit nicht malignen Erkrankungen das SAPV Team vor neue Herausforderungen: Hier konnten wir oft nicht auf unsere Erfahrung und Routine zurückgreifen, sondern sahen uns mit neuartigen Situationen konfrontiert.



Graphik 6 Diagnosen 2015 und 2016

2.3.4. Symptome

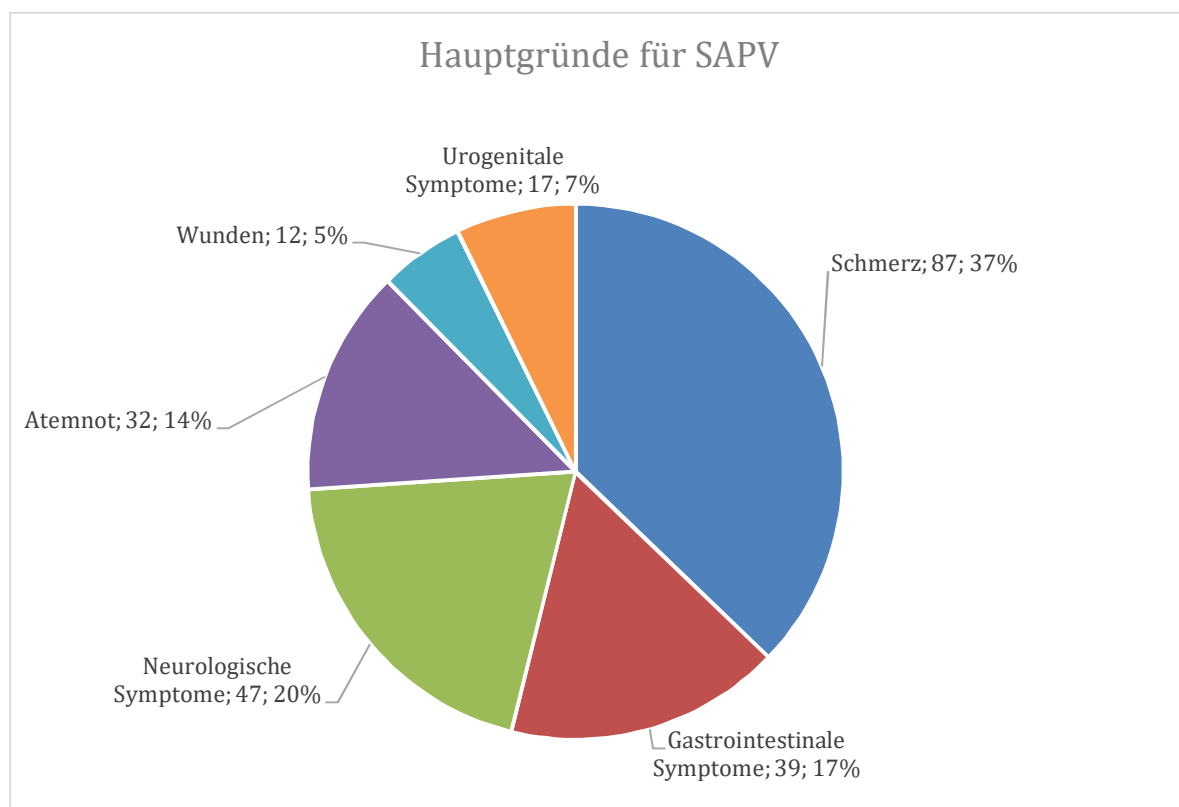
Zu Beginn der Betreuung eines Patienten erfassten wir den Hauptgrund für die Mitbehandlung durch die SAPV. Dabei war auch die gleichzeitige Angabe mehrerer Symptome möglich.

Bei den 124 Patienten, die 2015 von der SAPV Cham betreut wurden ergaben sich (zu Beginn der Betreuung) dazu folgende Angaben:

Schmerzen:	87 mal
Gastrointestinale Symptome:	39 mal
Neurologische Symptome :	47 mal
Atemnot:	32 mal
Wunden:	12 mal
urogenitale Symptome:	17 mal

sonstiges komplexes Symptomgeschehen: 60 mal

Während einer Betreuung veränderten sich die im Vordergrund stehenden Symptome häufig rasch. Eine Erfassung der bestehenden Symptome im Verlauf oder zu Ende der Betreuung fand nicht statt.



Graphik 7: Hauptgründe für SAPV Mitbetreuung

2.4. Betreuungsdauer und Besuchszeiten

SAPV Teams werden meist spät im Verlauf einer Betreuung hinzugezogen. Daraus ergeben sich kurze Betreuungszeiten. Falls sich ein Patient stabilisiert hatte und deswegen unsere Betreuung nicht mehr benötigte, zeigte sich dies meist auch schon nach kurzer Zeit.

Im laufenden Jahr wird dokumentiert werden, ob das Hinzuziehen des SAPV Teams aus unserer Sicht zu früh, rechtzeitig, oder zu spät erfolgt ist.

Die sogenannte *mediante* Betreuungsdauer lag 2016 bei 13 Tagen, das heißt, die Hälfte unserer Patienten wurde 13 Tage lang oder kürzer begleitet.

Da einige wenige Patienten über einen relativ langen Zeitraum betreut wurden (Range 1-243 Tage), lag die *durchschnittliche* Betreuungsdauer mit 22,5 Tagen etwas höher.

Grundsätzlich wurden die Patienten, die sich in „Koordination“ befanden im Durchschnitt etwas länger betreut (26,7 Tage im Vergleich zu 19 Tagen).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Betreuungsdauer etwas verkürzt, daraus lassen sich derzeit aber keine weiteren Rückschlüsse ziehen.

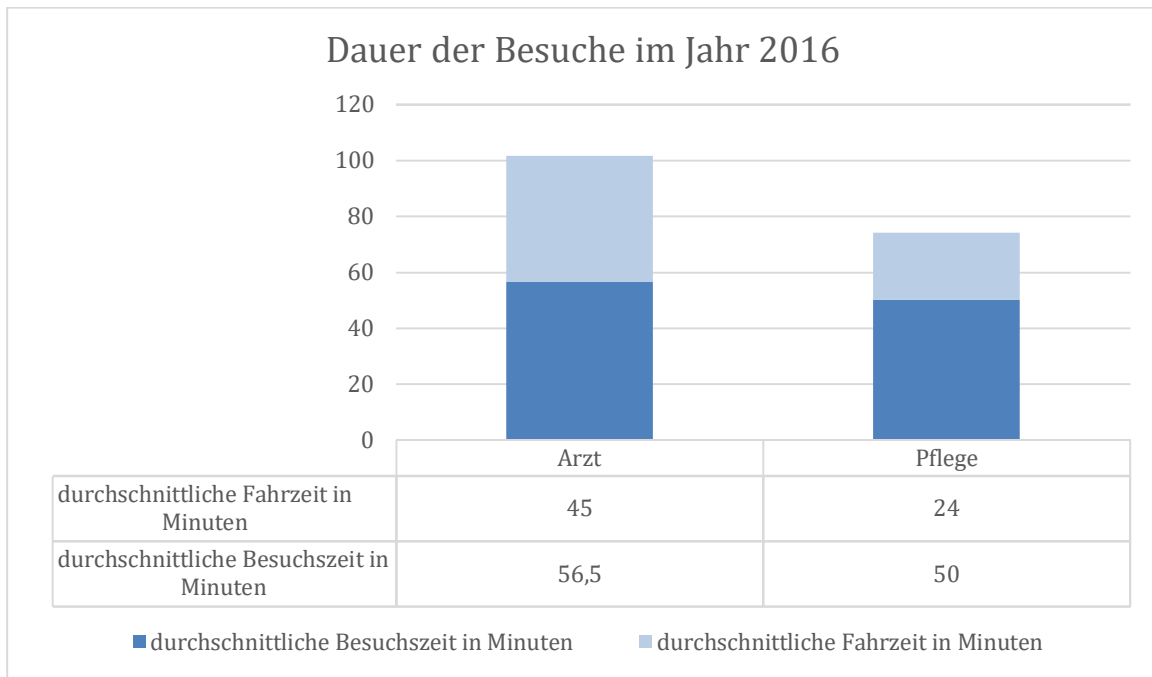
Die SAPV Cham hatte auch im vorliegenden Jahr einen pflegerischen Schwerpunkt. Das wirkt sich auf die Anzahl der Besuche durch unsere Pflegekräfte bzw. unsere Vertragsärzte aus:

Während einer Begleitung wurden die Patienten durchschnittlich 14 Mal von unseren Pflegekräften besucht (durchschnittlich 15 Mal bei Patienten in Teilversorgung und 13 Mal bei Patienten in Koordination). Ein Hausbesuch durch unsere palliativmedizinischen Kooperationsärzte fand zusätzlich durchschnittlich 2 Mal pro Begleitung statt (2,2 Mal bei Patienten in Teilversorgung und 1,9 Mal bei Patienten in Koordination).

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

Die durchschnittliche Besuchszeit beim Patienten lag bei 50,0 Minuten für die Pflegekräfte, bei 56,5 Minuten, wenn unsere Kooperationsärzte Hausbesuche abstatteten.

Die dokumentierte Fahrzeit für unsere Pflegekräfte lag durchschnittlich bei 24 Minuten, die Fahrzeit der Ärzte war im Vergleich dazu mit 45 Minuten deutlich höher. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Ärzte für ihren Besuch extra „anreisen“ (gelegentlich auch aus Regensburg), während die Pflegekräfte ihre regelmäßigen Patientenbesuche logistisch aufeinander abstimmen.



Graphik 8: Dauer der Besuche im Jahr 2016

2.5. Mit SAPV zu Hause leben

Leben mit schwerer Krankheit erfordert immer weitreichende Zugeständnisse und Beschränkungen und stellt Patienten und deren Angehörige vor große Herausforderungen. Unsere Aufgabe als SAPV Team besteht darin, den Betroffenen einen möglichst erträglichen Alltag zu Hause zu ermöglichen, und somit die letzte Zeit als lebenswert zu 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 der Wille des Patienten und die Belastbarkeit der Angehörigen, die eine Entscheidung bezüglich einer Krankenhauseinweisung immer im Einzelfall nötig machen. Nicht selten ändert sich die Einstellung des Patienten oder der Familie im Laufe einer Betreuung.

Zudem zählt es möglicherweise nicht so sehr, wo ein Patient stirbt; viel wichtiger ist es, wo und wie er vorher leben konnte.

Soll möglichst jegliche Krankenhaus-Einweisung vermieden werden (auf Wunsch des Patienten), so werden diese Patienten meist in der "Teilversorgung" betreut. Auf diese Weise können sie uns rund um die Uhr erreichen. Umgekehrt bedeutet dies aber nicht, dass jeder Patient in Teilversorgung nicht mehr ins Krankenhaus möchte (Patienten, die mit einer Schmerzpumpe versorgt sind, sind beispielsweise grundsätzlich in der Teilversorgung).

Von den 124 Patienten, die 2016 betreut wurden, waren 34 Patienten im Laufe der Betreuungszeit einmalig, 6 mehrfach stationär. 13 Patienten verstarben im Krankenhaus.

Bei dieser Berechnung wurden die Patienten, bei denen die Betreuung aufgrund einer gesundheitlichen Stabilisierung abgeschlossen wurde nicht berücksichtigt.

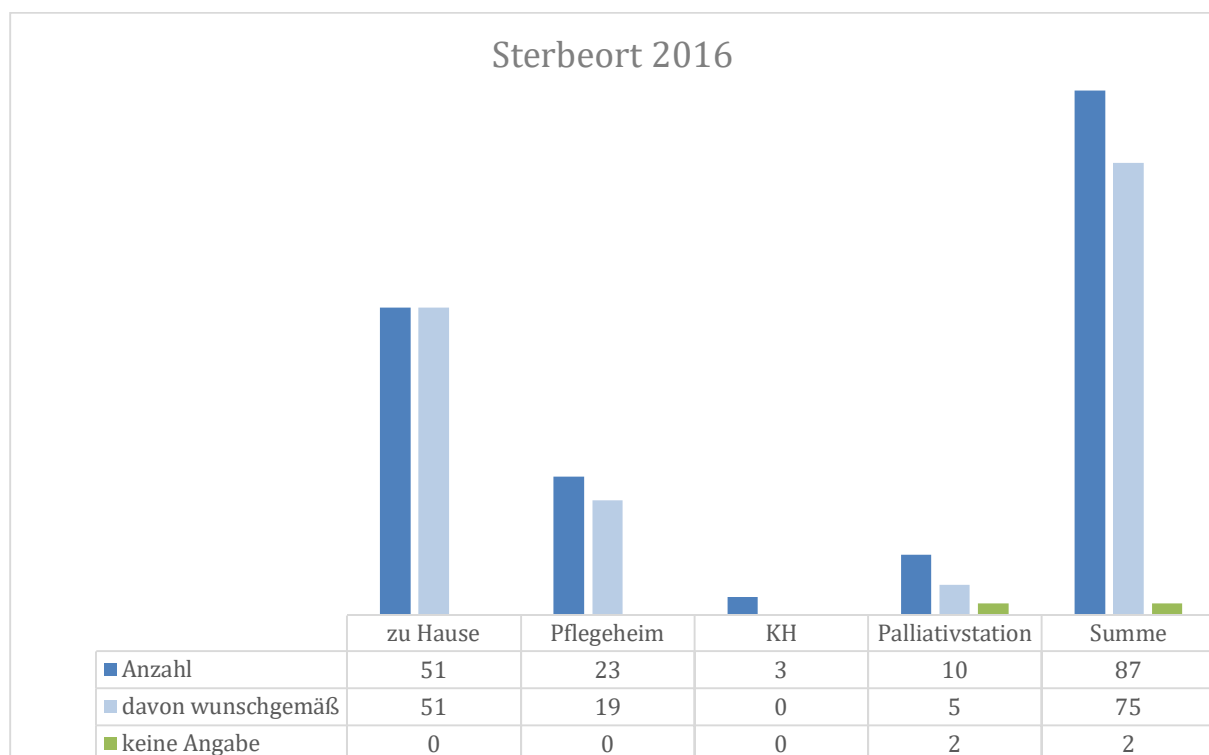
2.6. Sterbeorte im Jahr 2016

Im Landkreis Cham bietet die Palliativstation im Krankenhaus Bad Kötzing eine stationäre Versorgung an, die vielen Patienten die Sicherheit eines Krankenhausaufenthaltes vermittelt, andererseits durch palliativmedizinisch geschultes Personal und entsprechendem Schwerpunkt den „Krankenhauscharakter“ oft in den Hintergrund rücken lässt. Ähnlich verhält sich mit den Palliativstationen einiger „benachbarter“ Krankenhäuser, wie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg oder das Klinikum St. Elisabeth in Straubing.

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

Während unserer Betreuung verstarben 2016 insgesamt 87 von 124 Patienten (70,2%).

Drei Patienten starben im Krankenhaus, 10 auf einer Palliativstation, 23 Patienten verstarben in einem Heim.



Graphik 9: Sterbeort 2016

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 77 von 87 Patienten (88,5%) dort sterben konnten, wo sie es sich wünschten.

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

5 der 10 Patienten, die auf der Palliativstation verstarben, gaben dies ebenfalls als Wunschort an, aber kein Patient der restlichen 3 stationär verstorbenen Patienten, sowie nur 19 der 21 im Heim verstorbenen Patienten.

2.7. Pumpenversorgung

Häufig ist für eine adäquate Symptomkontrolle eine parenterale Medikation erforderlich.

Die SAPV Cham verfügt über mehrere kontinuierliche Pumpensysteme, die es ermöglichen, intravenös oder subkutan mehrere Medikamente über 24 oder 48 Stunden kontinuierlich zu applizieren.

74 Patienten starben zu Hause oder im Heim. Bei 34 dieser Patienten (45,9%) war eine Pumpenversorgung erfolgt, davon in 9 Fällen eine intravenöse Schmerzpumpe und in 25 Fällen eine subkutane Schmerzpumpe.

2.8. Pflege, Medizin und Verwaltung

Im Jahr 2016 wurden durch pflegerische und medizinische Kräfte 1749 Besuche (davon 1520 Besuche durch Pflegekräfte) durchgeführt.

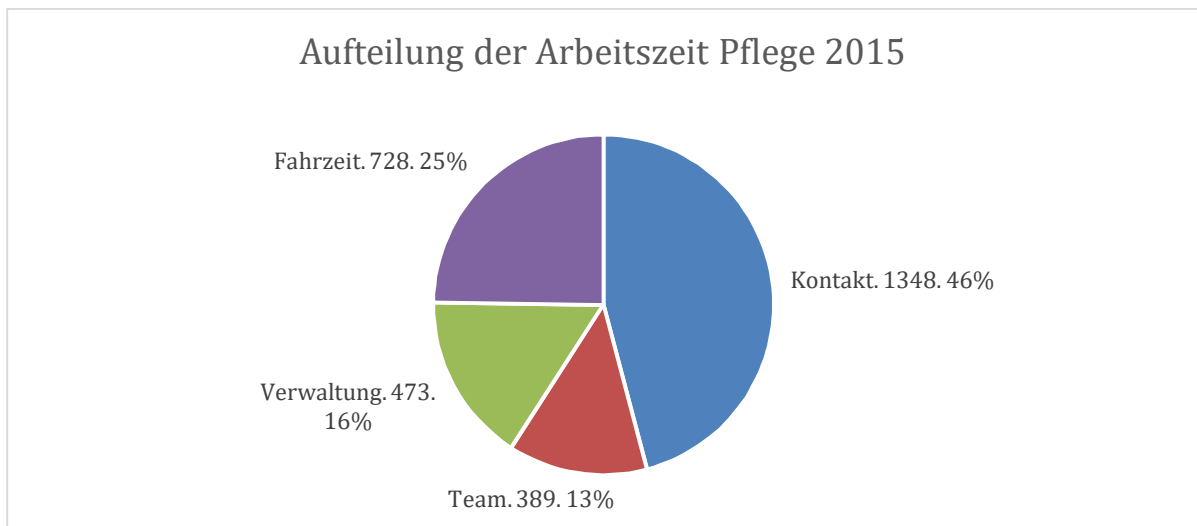
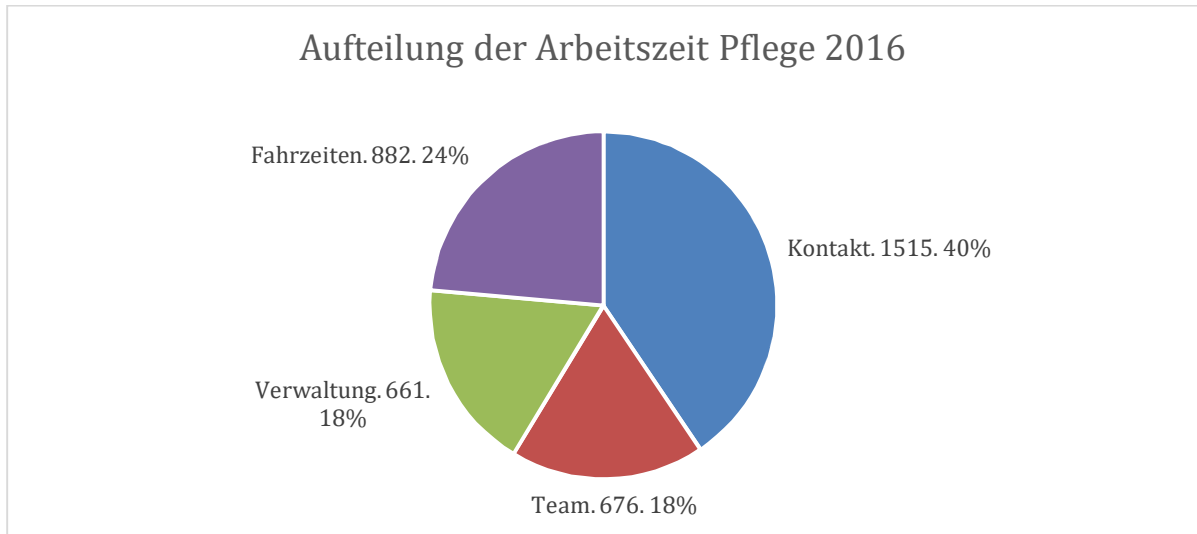
Die insgesamt geleistete Arbeitszeit kann in folgende Bereiche gegliedert werden:

- direkter **Kontakt** zu Patienten, Angehörigen und Fachkräften (Besuche, Telefonate, Trauerkontakte) - dafür sollte möglichst viel Zeit sein
- **Team-Zeiten** (Teambesprechung, Supervision, Fortbildung, Bereitschaft) - nötig für die Qualität der Patientenversorgung und ein gesundes Team
- **Fahrzeiten** (alle Fahrzeiten, also für Besuche und Besorgungen)
- 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 die Pflegekräfte ergab sich im Jahr 2016 folgende Aufteilung ihrer Arbeitszeiten:

Pflege (1520 Patientenbesuche)

Kontakt 1515h (40,5%) Fahrzeit 882h (23,6%) Team 676h (18,1%) Verwaltung 661h (17,7%)



Graphik 10: Aufteilung der Arbeitszeit 2016 und 2015

Im Vergleich zum Vorjahr wurde spürbar mehr Zeit fürs Team investiert, was sich durch die regelmäßigen Teamsitzungen erklären lässt.

Der Verwaltungsaufwand ist prozentual in etwa gleichgeblieben. Er ist weiterhin für die Pflegekräfte verhältnismäßig gering, da der Großteil der Verwaltung von der Koordinatorin übernommen wurde, deren Arbeitszeiten nicht in den oben genannten Zahlen erfasst sind. Die Fahrzeiten sind prozentual ebenfalls stabil geblieben, der direkte Patientenkontakt hat sich hingegen etwas verringert (45,9% 2015).

Es ist sehr erfreulich, dass die meiste Arbeitszeit weiterhin direkt für unsere Patienten zur Verfügung stand. Dies ist auf die optimierten organisatorischen und logistischen Abläufe zurückzuführen und ein definiertes Ziel unserer Arbeitsweise.

Die Arbeitsaufteilung der SAPV Ärzte wurde dieses Jahr nicht separat erfasst.

3. Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit

Auch im vergangenen Jahr haben wir an einigen Fortbildungen teilgenommen, sowie selbst Vorträge gehalten.

Außerdem haben wir aktiv Öffentlichkeitsarbeit betrieben, indem wir unser Team und unsere Arbeit gezielt vorgestellt haben.

Unser Flyer wird regelmäßig aktualisiert außerdem verfügt die SAPV Cham seit Herbst 2016 auch über eine eigene Homepage unter www.sapv-cham.de

3.1. An Fortbildungen teilgenommen:

- Refresher-Tag "Umgang mit deliranten Zuständen bei Palliativpatienten"/ "Physiotherapie bei Palliativpatienten"/ "Neues aus der Palliativmedizin" (Ruhland, Steindl)
- April und Oktober 2016: Qualitätszirkel Palliativmedizin KH der Barmherzigen Brüder, Regensburg (Steindl, Ruhland, Gschwendner, Rockmann)
- 02-12/2016: „Palliative Care Kurs“ für medizinische Fachangestellte (B. Schörghuber)
- Intensivpflegetag UKR (A. Steindl)
- Beatmungsrefresher + NIV UKR A. Steindl)
- Der Weaning Pat: Klinikum Donaustauf (A. Steindl)
- Uniklinikum Erlangen: "Wundversorgungs-Refresher" (A. Steindl)

3.2. Fortbildungen gehalten:

- Mai 2016 Volksschule Lam: Vortrag über Palliativ-, SAPV-, Hospizarbeit (B. Schörghuber).
- September 2016 Netzwerktag: Palliativmedizinische Strukturen im LK Cham (K. Rockmann)
- März 2016: PHA Regensburg, Ärzte-Aufbaukurs: „Worte schaffen Wirklichkeit“ (K. Rockmann)
- Vorstellung der SAPV Arbeit:
 - Feb. 2016: BRK Zandt
 - März 2016: BRK Waldmünchen
 - März 2016: BRK Roding
 - März 2016: BRK Bad Kötzting
 - April 2016: VHS Pfllegetag
 - April 2016: Runder Tisch Pflege
 - Juni 2016: Hospizverein Cham
 - Sept. 2016: BRK Cham

4. Zusammenfassung und Ausblick

Die Zahlen lassen erkennen, dass das Jahr 2016 aus Sicht der SAPV Cham ein sehr erfolgreiches war.

Doch Zahlen und Statistiken sind nur das eine. Was aus ihnen nur bedingt hervorgeht ist das „gesunde“ Team. Professionelle und konzentrierte Arbeit am Patienten kann nur gelingen, wenn das zugehörige Team funktionsfähig und gesund ist. Das haben wir 2016 gelernt.

In diesem Jahr wurden nun endgültig alle Rahmenbedingungen geschaffen, die ein (eigenständiges) Team braucht, von den Büroräumen bis hin zur Software. Wir haben unser Netzwerk enger geflochten, viele Vorgehensweisen standardisiert und Abläufe neu überdacht und optimiert. Dabei galt es gleichzeitig, genug und ausreichend Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, ohne andererseits zu viel zu versprechen, eine Gradwanderung, die viel Fingerspitzengefühl erfordert.

Die Arbeitsbelastung eines SAPV Teams ist sehr variabel und nicht gut vorhersehbar. Um so wichtiger ist es, in Zeiten der geringeren Auslastung Kraft zu tanken. Regelmäßige Supervisionen und der intensive interne Austausch haben die einzelnen Teammitglieder, aber auch das Miteinander im vergangenen Jahr sehr gestärkt, so dass ein resilientes, starkes Team daraus hervorgegangen ist.

Im Neuen Jahr erwarten wir keine wesentliche Zunahme der Patientenzahlen mehr. Allerdings ist anzunehmen, dass die Komplexität der Fälle zunimmt, im medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Bereich. Deswegen werden wir versuchen, die Arbeitsbelastung auf insgesamt mehr „Köpfe“ zu verteilen, was auch die Dienstplangestaltung erleichtern wird. Wir werden unsere internen Abläufe weiter verfeinern und versuchen, die hohe Qualität unserer Arbeit trotz der Mehrbelastung zu halten.

Es wird auch weiterhin eine Aufgabe der SAPV Cham sein, die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die durch Hausärzte und ambulante Pflegedienste gewährleistet wird voranzutreiben. In diesem Zusammenhang begrüßen wir sehr die Gründung eines Palliativnetzwerkes im LK Cham.

Zusammenfassend sehen wir uns im Neuen Jahr wieder einigen Herausforderungen ausgesetzt, die wir aber mit viel Freude und Zuversicht angehen werden.

5. PALLIAMO e.V.

Die SAPV Cham ist ein Satellitenteam der PALLIAMO gGmbH.

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

Grundlageschulung 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.

Impressum:

Erfassung der statistischen Daten: Brigitte Schörghuber, Claudia Brunner
Auswertung und Text: Dr. med. Katharina Rockmann
Layout und Diagramme: Eveline Schmuck

PALLIAMO e.V.
Cranachweg 16
93051 Regensburg

Tel. 0941 - 56 76 232
palliamo@t-online.de
www.palliamo.de

Vorstand: Dr. med. Elisabeth Albrecht, Gisela Häberle, Eva Maria Körber
Senior-Vorstand: Eva Witt
Bankverbindung: Volksbank Regensburg
IBAN: DE14 7509 0000 0000 6123 83
BIC: GENODEF1R01