

Stellungnahme des Fachverbandes spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Niedersachsen zur Reform der Notfall- und Akutversorgung

Einleitung

Laut vierter Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist „eine gut funktionierende Notfall- und Akutversorgung [ist] ein essenzieller Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit auch der Daseinsvorsorge einer jeden Gesellschaft. Für Menschen, die sich in einer akuten medizinischen Notlage fühlen, ist es entscheidend, jederzeit unmittelbare direkte Hilfe erhalten zu können und hierbei ein hohes Vertrauen in die Zuverlässigkeit zu haben. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten und den stationären Sektor.“*1 Zuverlässigkeit in der SAPV bemisst sich aber gerade in diesem Zusammenhang an völlig anderen Merkmalen, Voraussetzungen, Vorgehensweisen und Bedingungen.

Eine gute Patientenversorgung in der SAPV basiert auf einer eingehenden Beschäftigung mit der konkreten Situation und einer Überleitung in die Strukturen der SAPV. Zudem kommt es im Verlauf häufig zu einer Therapiezieländerung. Grundlage einer Therapiezieländerung/-begrenzung ist ein Prozess, in dem Patient: innen und deren An- und Zugehörigen über Versorgungsmöglichkeiten und über die Folgen der Therapiebegrenzung aufgeklärt werden.

Hauptteil

1. Grundlage einer informierten Einwilligung

Im Rahmen der Begleitung von Patient: innen und deren An- und Zugehörigen wird mit diesen über die nicht heilbare lebensverkürzende Grunderkrankung und die Behandlungsoptionen gesprochen. Diese Gespräche beinhalten Therapieoptionen, die im Rahmen einer Maximalversorgung möglich sind, bis hin zu einer rein palliativen Versorgung. Die Patient: innen und deren An- und Zugehörigen werden an die Folgen der Therapiezieländerung herangeführt. Dies ist besonders wichtig bei Patient: innen, die bisher im Rahmen des Drehtüreffektes immer wieder ins Krankenhaus zur Stabilisierung eingewiesen wurden und dann in besserem Zustand wieder entlassen wurden. Ziel ist es, die Patient: innen und deren An- und Zugehörige auf das Versterben vorzubereiten. Gerade auch für An- und Zugehörigen ist es wichtig zu wissen, dass das Unterlassen von Behandlungen im Sinne der Patient: innen war und dass der Behandlungsverzicht und dessen Folge dem Wunsch der Patient: innen entsprochen hat und sie somit „nichts falsch gemacht haben“. Der Austauschprozess ist umso wichtiger, wenn die Patient: innen sich selbst nicht mehr äußern können und die Vorsorgedokumente oder die Aussagen der Patient: innen unterschiedlich verstanden werden (können).

2. Besondere Zielgruppen

Im Rahmen der Patientenversorgung werden auch Patient: innen aus anderen Kulturkreisen oder Menschen mit Behinderungen versorgt. Gerade auch diese Zielgruppen benötigen eine intensivere Begleitung. So kann es sein, dass Patient: innen oder deren Vertreter: innen aus religiösen Gründen einer Therapiebegrenzung sehr kritisch gegenüberstehen. Gerade auch bei Menschen mit Behinderungen haben die Angehörigen in der Vergangenheit häufig die Erfahrung gemacht, dass sie um Versorgungen kämpfen mussten. Es kann sein, dass sie davon ausgehen, dass für ihren Angehörigen aufgrund der Behinderung die Therapiebegrenzung vorgeschlagen wird. Diese Konstellationen erfordern vertrauensvolle Gesprächsprozesse, die im Rahmen einer Notfall- oder Akutversorgung nicht durchgeführt werden können.

2. Definition Palliativpatient

In der Versorgungspraxis gibt es unterschiedliche Auffassungen davon, was unter Patient: innen mit einem palliativen Versorgungsbedarf zu verstehen ist. Die Bandbreite beginnt mit der Auffassung, dass es sich um Sterbende handelt, die nur noch eine sehr kurze Lebenserwartung von Stunden oder Tagen haben. Dies führt dazu, dass automatisch davon ausgegangen wird, dass für viele Therapien wie z.B. eine Reanimation, eine Behandlung auf einer Intensivstation oder für Medikamente, die nicht der Symptomlinderung dienen, keine Indikation mehr besteht und diese Therapien bei Palliativpatient: innen automatisch nicht mehr in Erwägung gezogen bzw. beendet werden. Laut G-BA Richtlinie SAPV muss die eingeschätzte Lebenserwartung bei Tagen, Wochen oder Monaten liegen. Die Annahme, dass bestimmte Maßnahmen der Notfall- oder Akutversorgung bei Palliativpatient: innen automatisch nicht mehr indiziert sind, birgt in der Praxis das Risiko, dass es zu einer von Seiten des Betroffenen nicht gewollten Therapiebegrenzung einer noch indizierten Behandlung und somit zu einer Unterversorgung kommt.

Fazit

Eine Entlastung der Notfall- und Akutversorgung bzw. eine bessere Patientensteuerung in die richtigen Versorgungsstrukturen ist notwendig und wichtig. Dies einmal vor dem Hintergrund die Notfall- und Akutversorgung zu entlasten, aber auch, um Patient:innen mit einem palliativen Behandlungsbedarf in die korrekten Versorgungsstrukturen zuzuweisen.

Eine gute Palliativversorgung setzt einen Behandlungsprozess voraus, um Fehlversorgungen (Über- und Unterversorgung) zu vermeiden und die Patient: innen und deren An- und Zugehörige über Behandlungsoptionen und eine Therapiebegrenzung aufzuklären und auf das Versterben des Patienten vorzubereiten. Eine Zuweisung über eine Leitstelle ist unserer Ansicht nach für die Steuerung dieser Zielgruppe aufgrund der oben genannten Punkte nicht geeignet.

Retrospektive Auswertungen die Aufzeigen, dass ein Krankenhausaufenthalt nicht mehr sinnvoll war oder vor dem Hintergrund des Versterbens im Krankenhaus nicht mehr gewollt gewesen wäre können nur erfolgen, da die Patient: innen nochmal ins Krankenhaus

aufgenommen worden sind. Unklar ist, wie viele Patient: innen noch ins Krankenhaus gekommen wären und auch wieder entlassen worden wären, wenn die Einweisung ins Krankenhaus nicht mehr vorgenommen werden würde und die Patient: innen aufgrund der nicht mehr erfolgten Einweisung verstirbt.

Papenburg, den 10.10.2023

Für den Vorstand,

A handwritten signature in blue ink that reads "Cora Schulze". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Cora Schulze