

# Stellungnahme des Fachverbandes spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Niedersachsen zu Notfallaufnahmen im Rahmen der SAPV



## Einleitung

Immer wieder werden Rufe laut, dass durch SAPV-Teams Notfallaufnahmen von Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf gerade auch zu Unzeiten ermöglicht werden sollten. Diese Forderung kommt häufig in Verbindung mit der Publikation von Daten zustande, die die gewünschten und tatsächlichen Sterbeorte aufzeigen oder auch um Diskussionen von ungewollten oder (mutmaßlich) vermeidbaren Krankenhauseinweisungen von Schwerstkranken oder Sterbenden. Das Anliegen, dass Schwerstkranke und Sterbende in der von Ihnen gewünschten Umgebung versterben können sollten, findet unsere volle Unterstützung. Die SAPV ist jedoch keine Versorgungsform, die für Notfallaufnahmen geeignet ist. Ein guter Lösungsansatz ist unserer Einschätzung nach im Bereich der Early Integration von palliativer Versorgung zu finden, nicht aber im Bereich der Notfallaufnahmen im Rahmen der SAPV.

## Hauptteil

1. Bei der SAPV handelt es sich um eine Teamleitung, die durch das Team in Zusammenarbeit mit dessen Netzwerkpartnern erbracht wird. In der Versorgungspraxis wird für die Aufnahme eines\*r Patient\*in im Median 2-3 Stunden benötigt. Dies setzt voraus, dass alle für die Aufnahme notwendigen Formalien wie z.B. das Muster 63, Vorbefunde, Kontaktdaten bereits vorliegen und auch die ggf. notwendigen Netzwerkpartner sich im Regelbetrieb befinden und nicht im Bereitschaftsmodus. Auch SAPV-Teams arbeiten zu Unzeiten wie nachts, am Wochenende oder an Feiertagen im Bereitschaftsmodus. Das bedeutet, dass die Mitarbeitenden, die Bereitschaft haben, priorisieren müssten, ob die bereits in der Versorgung befindlichen Patienten Vorrang haben oder aber ob die Notfallaufnahme des/der bisher nicht bekannten Patient\*in vorzugehen hat.
2. Wenn ein SAPV-Team Patient\*innen in die Versorgung aufnimmt, dann benötigt es im Rahmen der Aufnahme sowohl eine Verordnung für die SAPV (Muster 63), als auch Vorbefunde und ggf. Vorsorgedokumente. Diese Unterlagen ermöglichen es den Team-Mitgliedern mit den Patient\*innen und deren An- und Zugehörigen über Versorgungsoptionen zu sprechen. Dies schließt auch das Vorgehen im Notfall mit ein, denn nicht jeder Notfall bei Patient\*innen mit palliativem Behandlungsbedarf ist gleich zu bewerten.

So hat Wiese palliative Notfallsituationen in 4 Kategorien unterteilt:

Kategorie 1: palliative Notfallsituation, die unabhängig von der Grunderkrankung (palliative Krankheitsstadium) auftritt;

Kategorie 2: palliative Notfallsituation, die in Zusammenhang mit der Therapie der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt;

Kategorie 3: palliative Notfallsituation, die aufgrund einer erstmaligen Symptomexazerbation der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt;



Kategorie 4: palliative Notfallsituation aufgrund der wiederholten

Exazerbation bekannter Symptome, die durch die Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) begründbar sind unterteilt. Eine Beurteilung im Rahmen einer Notfallaufnahme, um was für eine Art von Notfallsituation es sich handelt und ob im Rahmen dieses Notfalls ggf. doch noch eine Einweisung ins Krankenhaus gewollt bzw. indiziert wäre, gestaltet sich bei einem\*r bisher unbekanntem Patient\*in in diesem Kontext schwierig.

3. Notfallaufnahmen, gerade auch zu Unzeiten, stellen für SAPV-Teams eine große Herausforderung dar. Bei im Rahmen der Aufnahme zu leistenden höherem Aufwand weicht die Versorgung zu Beginn je nach Situation deutlich von den regulären Versorgungen ab. Werden Leistungen von Netzwerkpartnern wie z.B. Pflegediensten, Sanitätshäusern oder Pumpenanbietern benötigt, sind diese schwer oder gar nicht zu organisieren, da auch diese Strukturen sich im Bereitschaftsmodus befinden. Da auch bei den Netzwerkpartnern bei Notfallaufnahmen der Aufwand größer ist, besteht das Risiko, dass sich Netzwerkpartner aus der Kooperation zurückziehen, da sie den Mehraufwand weder auf Dauer leisten können noch adäquat vergütet bekommen. In der Vergangenheit wurden bei vielen SAPV-Teams Notfallaufnahmen durchgeführt. Die SAPV-Teams berichteten, dass diese Patient\*innen häufig (sehr) zeitnah verstarben und die Mitarbeitenden der SAPV-Teams durch die Notfallaufnahmen stark belastet waren, da sie der eigenen Anforderung an die Arbeit nicht gerecht werden konnten. Außerdem stellte die vorzunehmende Bewertung, wer im Rahmen der Versorgung priorisiert werden soll (Notfallaufnahme vs. bereits in der Versorgung befindlicher Patient), eine starke Belastung dar.
4. Gerade auch in Krisensituationen sind Patient\*innen und deren An- und Zugehörige stark belastet. Kommt noch hinzu, dass in dem Zeitraum vor der Hinzunahme der SAPV eine Unterversorgung vorgelegen hat, ist das soziale Netzwerk, das zur Sicherstellung der Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung dringend benötigt wird, nur noch (sehr) begrenzt belastbar ist. Die Patient\*innen und deren An- und Zugehörige haben einen hohen Entlastungsbedarf, der gerade auch im Rahmen einer Notfallaufnahme häufig nicht leistbar oder organisierbar ist. Gegenüber den Mitarbeitenden des SAPV-Teams kommt es deutlich häufiger und schneller zu Vorwürfen, da die erwartete und/oder benötigte Entlastung durch die Mitarbeitenden des SAPV-Teams in dieser Situation nicht leistbar ist. Dies führt zu nachvollziehbarer Frustration auf beiden Seiten.
5. In den Regionen, in denen Notfallaufnahmen im Rahmen der SAPV durchgeführt wurden, kam es zu immer kürzeren Versorgungszeiten. Der gesetzliche Leistungsanspruch, der im Bereich der SAPV bei einer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten besteht, wurde immer weniger umgesetzt und wahrgenommen. Es fand eine Verschiebung der Leistung in den Sterbeprozess statt. Die Wahrnehmung und infolgedessen auch die Annahme, dass sowohl planbare als auch ungeplante Aufnahmen in die SAPV jederzeit möglich wären, führte dazu, dass

es vermehrt zu zum Teil gar nicht oder defizitär vorbereiteten Zuweisungen bzw. Entlassungen an Freitagen bzw. an Wochenende oder Feiertagen kam.



## Fazit

Bei der SAPV handelt es sich um eine geplante und zeitintensive Teamleistung, die durch das Ausstellen einer Verordnung (Muster 63) durch einen niedergelassenen Arzt/eine niedergelassene Ärztin oder Krankenhausarzt/-ärztin initiiert wird. Im Rahmen der Aufnahme werden diverse Unterlagen benötigt, um die gewollten bzw. noch indizierten Maßnahmen situationsgerecht einschätzen zu können. SAPV-Teams arbeiten in einem Netzwerk, dessen Mitarbeitende zu Unzeiten ebenfalls im Bereitschaftsmodus sind. Vor diesem Hintergrund wären sie bei Notfallaufnahmen gezwungen zwischen der Versorgung von bereits in der Versorgung befindlichen Patient\*innen und neuen Patient\*innen zu priorisieren. Im Rahmen von Notfallaufnahmen gestaltet es sich als sehr schwierig die noch gewollten und noch indizierten Versorgungsoptionen zu eruieren und mit der gebotenen Sorgfalt zu besprechen. Somit besteht eine deutlich höhere Gefahr, dass es zu einer Fehlversorgung kommt. Aufgrund der Rahmenbedingungen sind Notfallaufnahmen gerade auch zu Unzeiten deutlich belastender für die Mitarbeitenden der SAPV-Teams. Schwerstkranke und Sterbende sind häufig in Krisensituationen belastet. Der Erwartungshaltung der Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren An- und Zugehörige können, gerade auch im Rahmen von Notfallaufnahmen, die SAPV-Teams (häufig) nicht gerecht werden. Durch entsprechende Angebote in der Vergangenheit kam es dazu, dass der Leistungsanspruch sich immer weiter in den reinen Sterbeprozess verschoben hat. Die Intention des Gesetzgebers, die Lebensqualität und Autonomie von Schwerstkranken und Sterbenden in den letzten Tagen, Wochen und Monaten zu verbessern, wurde unterlaufen.

Vor diesen Hintergründen halten wir den Ansatz von Notfallaufnahmen im Rahmen der SAPV (zu Unzeiten) für nicht geeignet um die Ziele der Palliativversorgung aber gerade auch der SAPV, die Lebensqualität zu verbessern und die Autonomie zu stärken, zu erreichen. Für bereits in der SAPV versorgte Patient\*innen wird über das involvierte SAPV-Team eine Rufbereitschaft 24/7 gestellt, sodass hier im Rahmen von akuten Verschlechterungen von Seiten des SAPV-Teams reagiert werden kann. Unserer Einschätzung nach kann das Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Lebens bis zum Tod in der gewohnten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen, nur durch Early Integration von Palliativversorgung und durch eine Verbesserung an den Schnittstellen der Sektorengrenzen erreicht werden.

Papenburg, den 04.08.2023

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

Quellen:

Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin; Friedemann Nauck, Birgit Jaspers: Springer Link; 19.03.2021



Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie; Stellungnahme der AG interdisziplinäre Onkologie der DGP und der DGHO; 18.02.2015

Der Hausarzt macht's möglich?; Christoph H.R. Wiese; Der Allgemeinarzt; Kirchheim Verlag; 2013

G-BA Richtlinie SAPV; [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2988/SAPV-RL\\_2022-09-15\\_iK-2022-11-24.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2988/SAPV-RL_2022-09-15_iK-2022-11-24.pdf); Online-Stand 04.08.2023