



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Westsächsische Hochschule Zwickau

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Studiengang Pflegemanagement

Bachelorthesis

Thema: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Raum Oschatz –
Erhebung von Erwartungen von Hausärzten und Pflegeeinrichtungen
an eine Implementierung eines regionalen SAPV-Teams

Betreuer: Frau Prof. Dr. Beate Mitzscherlich
Westsächsische Hochschule Zwickau
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Zweitprüfer: Frau Iris Otto, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Diakonisches Seniorenpflegeheim „Helene Schweitzer“
Heinrich-Heine-Straße 5
04758 Oschatz

vorgelegt von: Gabriele Seifert
Seminargruppennr. 092253
Matrikelnr. 28894
Handwerkergrasse 1, 04758 Liebschützberg

Liebschützberg, den 05.08.2014

| Inhaltsverzeichnis | Seite |
|----------------------------|--------------|
| Abkürzungsverzeichnis..... | IV |
| Abbildungsverzeichnis..... | V |
| Tabellenverzeichnis | V |
| Einführung | 1 |

Teil I Theoretischer Bezugsrahmen

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Geschichtliche Entwicklung der Palliativversorgung | 4 |
| 1.1 | Historische Entwicklung | 4 |
| 1.2 | Entwicklung in Deutschland | 6 |
| 2 | Begriffsdefinition Palliative Care | 7 |
| 3 | Versorgungsstrukturen für Palliativpatienten | 9 |
| 3.1 | Ambulante Hospizarbeit | 9 |
| 3.2 | Stationäre Hospiz | 10 |
| 3.3 | Tageshospiz | 10 |
| 3.4 | Krankenhaus..... | 11 |
| 3.5 | Palliativstationen | 11 |
| 3.6 | Pflegeeinrichtung..... | 12 |
| 4 | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung | 12 |

Teil II Forschungsmethode und Ergebnispräsentation

| | | |
|-------|--|----|
| 5 | Untersuchungsdesign..... | 17 |
| 5.1 | Fragestellung und Ziel der Untersuchung..... | 17 |
| 5.2 | Methodik und Untersuchungsverlauf | 18 |
| 5.2.1 | Stichprobenwahl | 18 |
| 5.2.2 | Erhebungsmethode..... | 19 |
| 5.2.3 | Interviewleitfaden | 20 |
| 5.2.4 | Vorgehen bei der Datenanalyse | 21 |
| 6 | Ergebnisse der Befragung Ärzte | 22 |
| 7 | Ergebnisse der Befragung Pflegeeinrichtungen | 28 |

| | | |
|-----|---|----|
| 7.1 | Ambulante Pflegeeinrichtungen | 28 |
| 7.2 | Stationäre Pflegeeinrichtungen | 32 |
| 8 | Diskussionen | 35 |
| 8.1 | Ergebnisdiskussion | 35 |
| 8.2 | Kritische Diskussion der angewandten Methodik | 40 |
| 9 | Fazit und Schlussfolgerungen | 41 |
| 10 | Zusammenfassung | 43 |
| 11 | Literatur- und Quellenverzeichnis | 45 |
| 12 | Anlagenverzeichnis | 48 |
| 13 | Selbständigkeitserklärung | 49 |

Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

| | |
|----------|----------------------|
| Abb. | Abbildung |
| Tab. | Tabelle |
| bzw. | beispielsweise |
| d. h. | das heißt |
| f. | die folgende Seite |
| ff. | die folgenden Seiten |
| Hrsg. | Herausgeber |
| o. V. | ohne Verfasser |
| S. | Seite |
| i. d. R. | in der Regel |
| u. a. | unter anderem |
| vgl. | vergleiche |
| z. B. | zum Beispiel |
| bspw. | Beispielsweise |

Spezifische Abkürzungen

| | |
|------|--|
| SAPV | Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung |
| BMJV | Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz |
| WHO | World Health Organisation (dt. Weltgesundheitsorganisation) |
| Dr. | Doktor |

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Darstellung der positiven Rückantworten im Vergleich zu den gestellten Interviewanfragen

Abb. 2: Arbeitsschritte der Untersuchung

Abb. 3: Regionaler Bezug der befragten Ärzte zur Region Oschatz

Abb. 4: wichtigste Akteure in der Palliativversorgung aus Sicht der befragten Ärzte

Abb. 5: Darstellung der Einsatzbereitschaft zur Beteiligung an einem zukünftig agierenden regionalen SAPV-Teams

Abb. 6: wichtigste Akteure in der Palliativversorgung aus Sicht der befragten ambulanten Dienste

Abb. 7: Darstellung der Herausforderung für die Implementierung eines regionalen SAPV-Teams nach Angaben der ambulanten Dienste

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Geschätzte Anzahl der versorgten Palliativpatienten pro Jahr nach Arztaussagen

Tab.2: Geschätzte Anzahl der versorgten Palliativpatienten pro Jahr nach Aussage der Ambulanten Dienste

Einführung

Als ein wesentlicher Bestandteil gehört seit Menschen Gedenken neben der Geburt gleichermaßen der Sterbeprozess zum Kreislauf des Lebens hinzu. Ein jeder der sich schon einmal mit seiner eigenen Endlichkeit befasst hat, wünscht sich ein schmerzfreies und würdevolles Ableben. Würdevoll heißt erfahrungsgemäß für sehr viele Menschen nicht in Einsamkeit und in einer völlig fremden Umgebung von einer unbekannt Person versorgt zu werden, ausdrücklich im eigenem wohl vertrautem zu Hause und im engen Familienkreis in den letzten Tagen des Lebens entschlafen zu können. Dabei ist es vollkommen unerheblich, ob das empfundene zu Hause eine Pflegeeinrichtung oder eine Wohnung bzw. vergleichbares Wohneigentum darstellt. ¹

Im Jahr 2002 erstellte die WHO eine Definition für die Begleitung von Sterbenden: „Palliativ Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“². Um dies ermöglichen zu können bedarf es einer zielgerichteten Organisation der an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen wie Pflegedienste, Hausärzte, Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, Apotheken und noch weiterer Dienstleister.

„In Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte wie beispielsweise Leipzig und Dresden haben sich derartige Strukturen zur ambulanten Versorgung von Palliativpatienten bereits etabliert. In den ländlicheren Regionen ist dies jedoch bisher weniger der Fall, obwohl auch hier aufgrund der allseits bekannten

¹ Vgl. G. Seifert: Entwicklung, Analyse und Kritik empirischer Studien- spezialisierte Palliativversorgung aus Sicht der behandelnden Hausärzten sowie der zu versorgenden Patienten, Zwickau 2012, S. 3

² Weltgesundheitsorganisation WHO, Definition von Palliative Care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Internetzugriff am 23.01.2013

hohen Altersstruktur ein entsprechender Bedarf besteht. Die Basis für die noch etwas stockende Etablierung sogenannter Palliativteams bildet das im Fünften Buch des Sozialgesetzbuch verankerte Gesetz zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).“³

„Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.⁴ Dies umfasst pflegerische sowie ärztliche Leistungen zur Diagnostik und Therapie ebenso wie Koordination der involvierten Einrichtungen zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, wobei für den betroffenen Patienten die Möglichkeit eingeräumt wird in seiner gewohnten Umgebung im familiären Umfeld verbleiben zu können.⁵ Um den schwerstkranken Patienten eine adäquate Palliativversorgung gewährleisten zu können, sind entsprechende versorgende Strukturen notwendig, deren Zusammenarbeit unkompliziert und rechtssicher organisiert werden muss. Die Begleitung beim Entstehungsprozess eines solchen ambulanten Palliativnetzwerkes in meiner ländlich gelegenen Heimatregion Oschatz soll Inhalt dieser Arbeit sein.

Ziel dieser Untersuchung ist es förderliche und hinderliche Faktoren für die Entwicklung eines Versorgungsnetzwerkes entsprechend der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in der Region Oschatz aus der Perspektive der versorgenden Hausärzte sowie der aus der Sicht des betreuenden Pflegebereichs zu ergründen, um somit nach Möglichkeit die Implementierung einer organisierten und strukturierten Palliativversorgung voranzutreiben bzw. die Etablierung einer solchen Struktur zu unterstützen. Die herauskristallisierten tragenden Faktoren werden in der abschließenden Diskussion als Anregung aufgegriffen.

³ G. Seifert: Entwicklung, Analyse und Kritik empirischer Studien- spezialisierte Palliativversorgung aus Sicht der behandelnden Hausärzten sowie der zu versorgenden Patienten, Zwickau 2012, S. 3

⁴ BMJV 2012, § 37b, Abs.1 Satz 1, SGB V http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37b.html Internetzugriff 23.01.2013

⁵ vgl. BMJV 2012, § 37b, Abs.1 Satz 3, SGB V http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37b.html Internetzugriff 23.01.2013

Der theoretische Bezugsrahmen umfasst die geschichtliche Entwicklung der Palliativversorgung und die Begriffsdefinition von Palliativ Care, sowie die Beschreibung von vorhandenen Versorgungsstrukturen für Palliativpatienten und die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung als neue Versorgungsmöglichkeit.

Im zweiten Teil dieser Bachelorthesis wird die Untersuchung und deren Ergebnisse ausführlich dargestellt und abschließend in einer zusammenfassenden Betrachtung diskutiert.

In der vorliegenden Arbeit stehen verwendete Personen und Berufsbezeichnungen immer gleichwertig für beide Geschlechter, insbesondere der befragten Fachärzte und Pflegedienstleitungen, was einer besseren Lesbarkeit dienen soll.

Für die fachliche Unterstützung möchte ich mich herzlich bei meinen Betreuerinnen Frau Prof. Dr. Mitzscherlich und Frau Otto Dipl. Pflegewirtin bedanken.

Teil I Theoretischer Bezugsrahmen

1 Geschichtliche Entwicklung der Palliativversorgung

1.1 Historische Entwicklung

Es liegt in der Natur des Menschen sich um Kranke und Sterbende zu kümmern und für deren Wohlergehen zu sorgen. Je nach persönlicher Erfahrung sowie kulturellen und religiösen Werten vermag es ein jeder individuell unterschiedlich mit dieser letzten sensiblen Phase des Lebens umzugehen, sei es als Sterbender selbst oder auch als betreuende Person.

Im Altertum stütze man sich in der Behandlung von Kranken auf die Orakel Gottes und nutzte die von der Natur gegebenen Mittel zur Stärkung von Körper, Seele und Geist. Den Kranken wurde ein angenehmes Ambiente mit zahlreichen Pflanzen und Singvögeln geboten, um das Wohlbefinden im Genesungsprozess zu steigern. Behandlungen mittels Schlamm- und Wasserbädern sowie Bewegungsübungen vergleichbar mit heutigen physiotherapeutischen Anwendungen gehörten zu den wesentlichen Behandlungskonzepten für Kranke in dessen Genuss Sterbende jedoch nicht gelangten. Somit blieben zu dieser Zeit Kranke ohne Aussicht auf Heilung fernab vom heutigen Hospizgedanken sich selbst überlassen.⁶

Vor rund 1000 Jahren entstanden die ersten sogenannten Siechenhäuser vor den Stadtmauern, welche den Sterbenden Hilfe und religiöse Betreuung anboten. Bevor jedoch eine ärztliche Behandlung erfolgte wurde das Ablegen einer Beichte verlangt, da man von einem kausalen Zusammenhang von aufgeladener Schuld und erlittener Krankheit ausging.⁷ Im 12. Jahrhundert waren erste Formen von Hospizen in ganz Europa entlang von Pilgerstraßen verbreitet und wurden meist von Ordensleuten betrieben. Diese Einrichtungen dienten nun in der Regel für die erschöpften und kranken Menschen als Unterkunft in welcher gleichermaßen geboren wie auch gestorben wurde. Die

⁶ Vgl. W. Burgheim (Hrsg.): Hospizarbeit – zurück in die Zukunft, Forum-Verlag, Merching 2006, S. 13

⁷ Vgl. W. Burgheim (Hrsg.): Hospizarbeit – zurück in die Zukunft, Forum-Verlag, Merching 2006, S. 14

damaligen Heilkünste waren den meist sehr gebildeten Nonnen und Mönchen vorbehalten und stützten sich im Umgang mit Mensch auf das Evangelium. Die systematische Pflege und Versorgung von gebrechlichen armen Menschen wurde erstmals vom Priester und Ordensbegründer Vinzenz von Paul im Frankreich des 16. Jahrhunderts organisiert. Aus dessen christlichem Glaubensverständnis heraus trug er dafür Sorge, dass aus den finanziellen Mitteln wohlhabender Zeitgenossen und dem tatkräftigen Engagement der Vinzentinerinnen ein menschenwürdiges Leben als auch Sterben ermöglicht wurde.

Für die Pflege und Versorgung von Sterbenden stellte Ende des 19. Jahrhunderts stellte die Ordensgründerin Mary Akinhead ihre Räume als erstes „modernes“ Hospiz zur Verfügung. 1905 eröffneten einige Schwestern dieses sozial-karitativ tätigen Ordens in London das „St. Josephs Hospice“, was den Anstoß für die zeitgleichen Eröffnungen weitere Hospize anderer Ordensgemeinschaften gab. Nicht nur in Europa breitete sich die Entstehung früher Hospize aus, auch in Amerika wurde die Notwendigkeit von speziellen Einrichtungen für Sterbende erkannt.⁸ Im englischen London begann in den späten 1940er Jahren die Krankenschwester, Ärztin und Sozialarbeiterin Dr. Cicely Sanders ihr wirken. Nach ihrem persönlichen Verlust eines geliebten Menschen begann sie damit sich mit Wünschen und Nöten von Sterbenden auseinander zu setzen. Es gelang ihr eine Vielzahl von Menschen für ihre Idee zu begeistern, eine Einrichtung für diese sterbenden Menschen zu errichten, wo diesen die gewünschte Aufmerksamkeit auf ihrem letzten Lebensweg geschenkt wurde. Somit konnte nach sorgfältiger Planung im Jahr 1967 St. Christopher's als erstes modernes Hospiz geöffnet werden, welches auch noch heute als „die Mutter aller Hospize“ betrachtet wird und stets Innovationen im Bereich der Hospizarbeit vorantreibt. Angetrieben von diesem neuem Hospizgedanken übernahmen zahlreiche Interessierte weltweit diese Form der Sterbebegleitung, angefangen von den USA, Australien, Skandinavien, Frankreich über Polen und Russland bis hin nach Japan. In Folge dessen wurden in den meisten dieser Länder Lehreinrichtungen für die palliative

⁸ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 2

medizinische Versorgung eingerichtet.⁹ In dieser Zeit begann die Schweizer Psychiaterin Dr. Elisabeth Kübler-Ross von Amerika aus ihren Einfluss in die Hospizbewegung einzubringen. Sie suchte den Austausch mit den Sterbenden selbst sowie deren trauernden Hinterbliebenen. Sie brach ein Tabu und versuchte Ihre Erfahrungen bezüglich wiederholt auftretender Reaktionen und Verhaltensweisen im Sterbeprozess zu systematisieren. Ihre Erkenntnisse hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden stellte Elisabeth Kübler-Ross der Öffentlichkeit zur Verfügung und gab Workshops für diejenigen, die selbst Unterstützung für ihre eigene Trauerarbeit benötigten.¹⁰

Die Palliativmedizin und -pflege wird oftmals als ein neuer Bereich bezeichnet, vermutlich aber ist sie eine der ältesten überhaupt. Schon vor vielen Jahrtausenden wollten die Menschen aufgrund von mangelndem therapeutischen Wissen das Leid Sterbender mindern, sie in ihrer Krankheit unterstützen und sie von ihren Mitmenschen separieren. Der wesentliche Unterschied in der Palliativ Care liegt im Fortschritt in der Schmerztherapie, der Symptomkontrolle und die Erkenntnisse von Bedürfnissen von schwerst Kranken und Sterbenden. Sterbebegleitung heute basiert auf den Elementen Kommunikation, Ethik, Mitmenschlichkeit, Beziehung, Teamarbeit und der Mensch selbst als ganzheitliches Wesen.¹¹

1.2 Entwicklung in Deutschland

Die Hospizbewegung hielt erst zu Beginn der 1980er Jahre in Deutschland mühsam Einzug. Im Hinblick auf die Euthanasieverbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus tat man sich in der breiten Masse mit der Thematik Sterbebegleitung sehr schwer. Die Hospizbewegung stellte eher eine Bürgerbewegung engagierter karitativ wirkender, vorwiegend kirchlicher Ehrenamtlicher dar. Die Möglichkeit einer verbesserten Lebenssituation durch

⁹ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 3

¹⁰ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 3

¹¹ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 5

Schmerztherapie, palliativer Pflege sowie psychosozialer und spiritueller Unterstützung galt den Sterbenden und deren Angehörigen. Motiviert war dieses Engagement von der von Tabuisierung gekennzeichneten, häufig unwürdigen Situation schwerstkranker und sterbender Menschen, vor allem in Krankenhäusern aber auch in anderen modernen Einrichtungen Abhilfe zu schaffen.¹² Nur sehr langsam erfolgte ein Umdenken in den Köpfen der Kirchenoberhäupter. Der Erkenntnis hinsichtlich des Bedarfs an besonderer medizinischer sowie auch therapeutischer Unterstützung für die Sterbenden konnte man sich nicht mehr länger verwehren. Im Jahr 1983 eröffnete das Chirurgische Universitätsklinikum Köln die erste Palliativstation. 1986 folgte in Aachen das erste stationäre Hospiz. Deutschland nimmt hinsichtlich der Strukturierung der Einrichtungen eine Sonderstellung ein. Lediglich hier gibt es eine Unterscheidung zwischen stationären Hospizen, welche eigenständige Einrichtungen darstellen und Palliativstationen, welche stets an ein Klinikum angegliedert sind.¹³

2 Begriffsdefinition Palliative Care

„Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer palliativen Versorgung, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch, seine Angehörigen und Nahestehenden, um seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse geht es. Um diesen umfassend Rechnung zu tragen, müssen in jedem Einzelfall die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt werden. Das erfordert multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Handeln, eine intensive

¹² Vgl. W. Burgheim (Hrsg.): Hospizarbeit – zurück in die Zukunft, Forum-Verlag, Merching 2006, S. 47

¹³ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 3

Kommunikation aller an der Betreuung beteiligten Haupt- und Ehrenamtlichen und partnerschaftliche Zusammenarbeit.“¹⁴

Basierend auf diesen Kernelementen der palliativen Versorgung erstellte die WHO 2002 eine Definition für ein allumfassendes Betreuungskonzept zur Sterbebegleitung:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.

Palliative Care:

- Lindert Schmerzen und andere belastende Beschwerden;
- Bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als normalen Prozess;
- Will den Tod weder beschleunigen noch verzögern;
- Integriert psychische und spirituelle Aspekte;
- Bietet jede Unterstützung, um dem Patienten zu einem möglichst aktiven Leben bis zum Tod zu verhelfen;
- Steht den Familien bei der Verabreichung seelischer Probleme während der Krankheit des Patienten und nach dessen Tod zur Seite;
- Arbeitet multi- und interdisziplinär, um den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen gerecht zu werden;
- Verbessert die Lebensqualität und kann so positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen;
- Kann frühzeitig in der Erkrankung angewendet werden in Kombination

¹⁴ Hospiz- und Palliativversorgung, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html Internetzugriff 25.01.2013

mit lebensverlängernden Maßnahmen, wie beispielsweise Chemo- und Radiotherapie;

- Beinhaltet auch die notwendigen Forschung, um Beschwerden oder klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können“.¹⁵

3 Versorgungsstrukturen für Palliativpatienten

Um jedem Sterbenden den letzten Lebensabschnitt so angenehm wie nur möglich zu gestalten, bedarf es entsprechend der individuellen Wünsche unterschiedliche Versorgungsstrukturen. Anhand von den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten haben sich verschiedene ambulante sowie auch stationäre Organisationsformen herausentwickelt.

3.1 Ambulante Hospizarbeit¹⁶

Ambulante Hospizdienste haben die Möglichkeit, durch die Mitarbeit Ehrenamtlicher schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Familien zu Hause bzw. in Pflegeeinrichtungen und Hospizen zu unterstützen. In Gesprächen begleiten sie Kranke und Angehörige in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Schmerz, Abschied und Trauer. Der ambulante Hospizdienst arbeitet mit den anderen ambulanten Diensten in enger Kooperation zusammen. Er übernimmt zum Teil Sitzwachen, vermittelt Informationen und Ansprechpartner zu Fragen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, unterstützt und berät in behördlichen Fragen und steht häufig auch über den Tod hinaus mit den Angehörigen in Kontakt. Ambulante Hospize werden häufig von einer hauptamtlichen Koordinierungskraft geleitet, deren Hauptaufgabe die Gewinnung, Befähigung und der Einsatz Ehrenamtlicher sowie die Vernetzung mit anderen Diensten ist.

¹⁵ WHO: Palliative Care ist ein wesentlicher Bestandteil der Krebsbekämpfung
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Internetzugriff 28.01.2013

¹⁶ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.de , Hospize
<http://www.berlin.de/gesundheitsplattform/hospize/> Internetzugriff 28.01.2013

3.2 Stationäres Hospiz¹⁷

Stationäre Hospize sind autonome Einrichtungen, die in der Regel über eine eigenständige Organisationsstruktur verfügen. In Hospizen werden schwerstkranke und sterbende Menschen mit einer austerapierten, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist. Der Schwerpunkt liegt in der Überwachung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle und in der palliativ-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung.

Als personelle Voraussetzungen gilt es palliativmedizinisch geschultes hauptamtliches Personal zu beschäftigen, welches durch ehrenamtliche Mitarbeiter ergänzt werden kann. Gegenwärtig wird die ärztliche Betreuung überwiegend von niedergelassenen Ärzten sichergestellt.

3.3 Tageshospiz¹⁸

Ein Tageshospiz bietet Palliativpatienten die Möglichkeit, tagsüber außerhalb der gewohnten Umgebung, ähnlich wie bei einer Tagespflege, an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen. Schwer kranke und sterbende Menschen werden von einem Fahrdienst abgeholt und anschließend wieder zurück gebracht. Ein Tageshospiz ist in der Regel an ein stationäres Hospiz angegliedert, kann jedoch auch eigenständig sein. Die palliativ-pflegerische bzw. medizinische und psycho-soziale Betreuung von Patienten und deren Angehörigen ist als eine Entlastung und Unterstützung zu betrachten. Somit soll es dem Patienten ermöglicht werden, mit einer besseren Lebensqualität so lange wie möglich in seinem gewohnten Umfeld wohnen bleiben zu können. Das Tageshospiz arbeitet mit einem interdisziplinären Team unterstützt von

¹⁷ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.de , Hospize <http://www.berlin.de/gesundheitsplattform/hospize/> Internetzugriff 28.01.2013

¹⁸ Vgl. W. Burgheim (Hrsg.): Hospizarbeit – zurück in die Zukunft, Forum-Verlag, Merching 2006, S. 50

ehrenamtlichen Begleitern. Die ärztliche Betreuung wird hier vorwiegend von den behandelnden Hausärzten übernommen.

3.4 Krankenhaus¹⁹

In einem Krankenhaus sind die strukturellen Abläufe in der Regel auf das Gesundwerden von Patienten ausgerichtet. Häufig fehlt die Haltung und der Raum, dem Abschied des Lebens vergleichbare Möglichkeiten einzuräumen wie dem Gesundwerden, da auch vor allem häufig von den Ärzten das Sterben und der Tod als medizinisches Versagen angesehen wird. Oftmals fehlen räumliche Voraussetzungen wie Gästezimmer oder Aufenthaltsräume für die sterbenden Menschen und deren Angehörige. Durch die Größe der Einrichtungen fällt es oftmals sogenannten Hospizarbeitsgruppen schwer den Gedanken von Palliative Care in das Gedankengut ihrer Kollegen zu implementieren. Eng gestaltete Dienstpläne lassen zusätzliches ehrenamtliches Engagement häufig nur schwer zu. Rasch angestrebte Patientenentlassungen zeigen den Weg der Entwicklung dahin, dass immer weniger Menschen, sofern es ein Transport und eine Zurückverlegung für die verbleibende Lebenszeit noch erlauben, nicht mehr zum Sterben in einem Krankenhaus bleiben.

3.5 Palliativstationen²⁰

Palliativstationen sind spezielle Stationen in Krankenhäusern bzw. an Krankenhäuser angegliedert, die das Konzept von Palliativ Care im stationären Bereich umsetzen. Ziel ist es den Patienten mit einer tödlichen Erkrankung eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen, um dann vielleicht den letzten Lebensabschnitt im eigenen zu Hause erleben zu können. Die Kosten für einen solchen Krankenhausaufenthalt trägt die Krankenkasse. Auf den Palliativstationen agieren Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger, Psychologen, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter für die Patienten. Umsorgt von einem

¹⁹ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 142 f.

²⁰ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 146

interdisziplinären Team soll den Patienten hier die verschiedenste Diagnostik sowie palliative Chemo- und Strahlentherapien so angenehm wie nur möglich für die Patienten gestaltet werden. Der Arbeitsalltag auf den Palliativstationen wird auch wie in stationären Hospizen häufig von Ehrenamtlichen mitgetragen, welche die sterbenden Patienten dann oftmals auch zu Hause weiter begleiten.

3.6 Pflegeeinrichtungen²¹

Die Bewohnerstruktur von Pflegeeinrichtungen ist zumeist geprägt von höchst pflegebedürftigen Menschen, deren pflegerische Versorgung im eigenen zu Hause nicht mehr möglich ist und somit ein Umzug in ein Pflegeheim unausweichlich scheint. Heimbewohner werden immer häufiger rascher aus den Krankenhäusern mit der Prognose „austherapiert“ zurück in die Pflegeeinrichtungen entlassen. Enge kalkulierte Dienstpläne lassen eine intensive Betreuung eines sterbenden Menschen häufig kaum zu. Zudem ist das Bewusstsein der Pflegekräfte notwendig, um den Übergang von der kurativen zur palliativen Pflege zu erkennen und dementsprechend auch umzusetzen. Nur wenige Altenpflegeträger integrieren den Gedanken von Palliativ Care auch strukturell in ihren Einrichtungen zum Beispiel durch flexibel angepasste Dienstzeiten, so dass es möglich ist sich individuell auf den sterbenden Menschen einzulassen und ihn würdevoll bis zum Schluss zu begleiten.

4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch- pflegerische Zielsetzung, Symptome und

²¹ Vgl. S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006, S. 146 f.

Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“²² Diese Leistungen können in den privaten Haushalten der betreffenden Patienten oder dessen Familien ebenso erbracht werden wie auch in stationären Pflegeeinrichtungen.

Um Leistungen im Rahmen der SAPV in Anspruch nehmen zu können, muss ein Patient an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann.²³ Anhaltspunkt für eine besonders aufwändige Versorgung ist eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik, ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik, ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik, ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore oder eine ausgeprägte urogenitale Symptomatik.²⁴ Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen.²⁵ „SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach §132d

²² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 1, Abs. 1 ,
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2014

²³ vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 2
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2014

²⁴ vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 4
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2014

²⁵ vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 5, Abs. 1

SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind.“²⁶

Inhalte der SAPV sind insbesondere:²⁷

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multi-professionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2013

²⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 5 Abs. 2 Satz 1

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2013

²⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 5 Abs. 3

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2013

- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer für die SAPV ist so zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbracht werden können. Hierzu bedarf es verbindliche Kooperationsvereinbarungen. Kooperationspartner kann auch der ambulante Hospizdienst sein, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. Die regional vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten und mit einzubeziehen. Zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern müssen zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden. Des Weiteren ist bei der SAPV der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller

Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.²⁸

„SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. Dies gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage.“²⁹

²⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 6
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2013

²⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung § 7, Abs. 1
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2013

Teil II Forschungsmethode und Ergebnispräsentation

5 Untersuchungsdesign

5.1 Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung wurde aus persönlichem Interesse an den Möglichkeiten der palliativen Versorgung im ambulanten Bereich heraus durchgeführt. Den Anstoß zur Auseinandersetzung mit dieser Thematik gab die eigene Berufstätigkeit in der Kranken- und Altenpflege sowie während des Praxissemesters im eigenen Pflegemanagement-Studium. Die Aktualität und flächendeckende Relevanz der Thematik wurde bei Recherchearbeiten in Form von vorliegenden Studien untermauert. So wird unter anderem in einer Studie zur ambulanten Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig beispielsweise geschlossen, dass „schnellstmöglich flächendeckend Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen werden sollten, um eine adäquate Versorgung durch qualifizierte und interdisziplinäre „Palliative-Care-Teams“ sicherzustellen. Unnötige Krankenhauseinweisungen können so vermieden und psychosoziale Versorgungsdefizite behoben werden.“³⁰

In städtischen Regionen mit vorwiegend hoher Bevölkerungsdichte entstehen aktuell diverse Dienste, welche die spezialisiert ambulante Palliativversorgung gewährleisten. Im Stadtgebiet Leipzig hat sich beispielsweise im Jahr 2009 der „Palliativnotdienst“ der Leipziger Palliativgesellschaft etabliert. In Dresden hingegen ist das „SAPV-Team“ des Home Care Sachsen e.V. aktiv geworden. In ländlichen Regionen sind derartige Dienste bisher nicht verbreitet. Die große Kreisstadt Oschatz zählt mit seinen angrenzenden Gemeinden ca. 15000 Einwohner. Die zwischen Leipzig und Dresden liegende Kleinstadt weist hinsichtlich seiner Alterstruktur einen hohen Anteil Betagter Menschen auf. Pflegedienstleitungen ansässiger ambulanter und stationärer Pflegerichtungen treffen sich regelmäßig zu einem sogenannten Pflegestammtisch, in dem aktuelle pflegerelevante Themen zu besprechen und ggf. gemeinsam

³⁰ A. Perner et.al.: Ambulante Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig, Schmerz - Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2010, Ausgabe 24, S. 41

Strategien zur Problembewältigung zu entwickeln. Im Rahmen eines solchen Pflegestammtisches wurde bereits im Jahr 2011 die Notwendigkeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung neben der regionalen hausärztlichen Versorgung für die Patienten als hilfreich erkannt. Ein erster Versuch seitens einiger Mitglieder des Pflegestammtisches eine neue Struktur für eine ambulante palliative Patientenversorgung zu entwickeln verlief jedoch ohne Erfolg. Konkrete Ursachen hierfür seien jedoch nicht auszumachen.

Zielführend für diese Untersuchung ist es nun herauszufinden, welche Faktoren aus Sicht der ansässigen Hausärzte sowie aus Sicht der lokalen Pflegedienste für die Implementierung eines vergleichbaren Dienstes in einem ländlichen Gebiet wie Oschatz förderlich sind bzw. sich als ein Hindernis herausstellen. Mit diesen Ergebnissen soll ein erneuter Versuch einen ambulanten Palliativdienst für die Region aufzubauen unterstützt werden.

5.2 Methodik und Untersuchungsverlauf

5.2.1 Stichprobenwahl

Aufgrund der vor dem Studium vorangegangenen eigenen beruflichen Tätigkeit in einer Pflegeeinrichtung in Oschatz sowie während des Praxissemesters im Rahmen des Studiums bestand zu Beginn dieser Untersuchung bereits ein gewisser Bekanntheitsgrad zu den ansässigen Hausärzten sowie den weiteren ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in der Kleinstadt. Der Zugang zu den Stichproben erfolgte in erster Linie in schriftlicher Form. In einem persönlichen Anschreiben wurde meine Person kurz vorgestellt und das Anliegen hinsichtlich der Befragung verbunden mit der Bitte sich für ein Interview bereitzustellen nahe gebracht. Um Gesprächstermine und Räumlichkeiten für die jeweiligen Interviews entsprechend den Wünschen der Befragten entgegennehmen zu können, wurden dem Anschreiben die Postadresse, E-mailadresse sowie Handynummer beigefügt (Anlage 1). Diesen Brief erhielten alle in Oschatz als Hausarzt praktizierende Mediziner sowie alle Pflegedienstleitungen der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Als wünschenswertes Ziel wurde eine Vollerhebung angestrebt.

Die Rückmeldungen bezüglich des Anschreibens verliefen sehr unterschiedlich. Es erfolgten zum einen Anrufe seitens der Angeschriebenen innerhalb weniger Tage, um einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Zum anderen gab es teilweise gar keine Reaktion auf das Anschreiben. Hier erfolgte nach verstreichen von zwei Wochen ohne Rückmeldung mittels Anruf ein freundliches Hinterfragen, ob das Schreiben mit der Interviewanfrage eingegangen sei und ob die Möglichkeit besteht diesbezüglich einen Termin zu vereinbaren. Hierbei gab es sehr unterschiedliche Reaktion. Einerseits wurde Freude über den Anruf deutlich und es folgten Erklärungen, dass das Anschreiben verlegt worden sei aber dennoch Interesse am Gespräch bestünde. Folglich wurden hier direkt Termine für ein Interview vereinbart. Andererseits gab es auch deutliche Stimmen der Ablehnung hinsichtlich eines Gesprächs zum einen aus zeitlichen Gründen und zum anderen aus mangelndem Interesse an der Problematik.

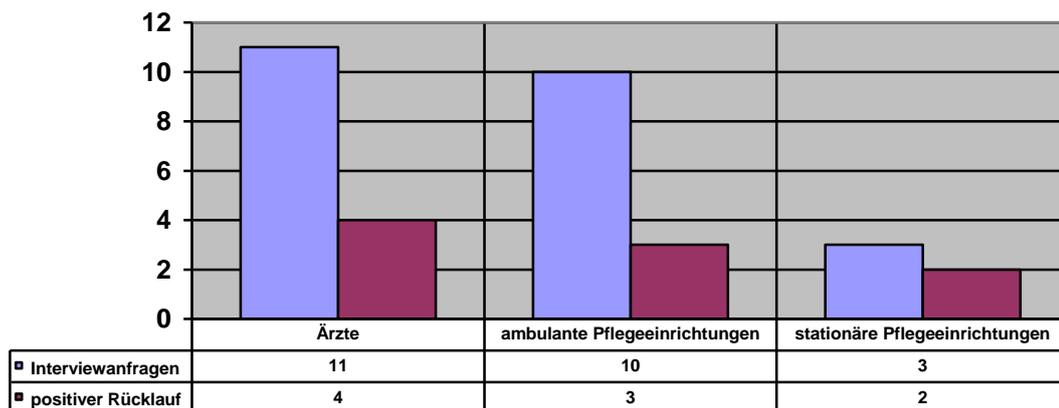


Abb.1: Darstellung der positiven Rückantworten im Vergleich zu den gestellten Interviewanfragen

Quelle: eigene Darstellung

5.2.2 Erhebungsmethode

Bei der Auswahl der Erhebungsmethode für diese qualitative Untersuchung wurde sich für eine direkte Befragung, die am häufigsten verwendete Methode

der Datenerhebung in der empirischen Sozialforschung entschieden. Eine mündliche Befragung im direkten Gespräch im Einzelinterview mit dem Befragten schien am geeignetsten. Für die Befragung wurde ein Leitfaden erstellt, welcher in einen teilstandardisierten Interview eingesetzt wurde. Mit dieser Form der Befragung erhält der Interviewer die Möglichkeit die Befragungssituation mitzustrukturieren und bei bestimmten Themen genauer nachzufragen.³¹ Die Befragung der jeweiligen Personen erfolgte voneinander unabhängig und jeweils einmalig, da einerseits keine Änderung deren Haltung zu erwarten war und andererseits die Bereitschaft für eine weitere Befragung aufgrund von zeitlich begrenzten Ressourcen der Gesprächspartner als sehr gering eingeschätzt wurde. Als zeitlicher Rahmen für die Gesprächsdauer eines Interviews wurden 30 Minuten vorgesehen. Je nach Gesprächsbereitschaft, Interesse am Thema und zeitlichen Ressourcen erweitert bzw. verkürzt sich die Interviewdauer. Alle Interviews erfolgten auf Wunsch der jeweiligen Gesprächspartner in deren Büroräumen. Mit vorab eingeholten Einverständnis der Befragten wurden die Interviews zur besseren Verwertbarkeit via Tonträger aufgenommen.

5.2.3 Der Interviewleitfaden

Die ausgewählten Fragen wurden in dem vorbereiteten Interviewleitfaden dramaturgisch aufsteigend zusammengestellt. Der Leitfaden diente inhaltlich als Fragenansammlung, welche zur Bearbeitung dieser Untersuchung sinnvoll erschien und entsprechend des individuellen Gesprächsverlaufs angepasst.

Zu Beginn des Gesprächs erfolgte stets nochmalig die Vorstellung der eigenen Person, der Hinweis bezüglich des Einverständnisses zur Aufzeichnung via Tonband sowie die Zusicherung der Anonymität sofern dies ausdrücklich gewünscht wird.

Zunächst wurde als Einstiegsfrage stets auf dem Bezug zur Region Oschatz sowie den beruflichen Werdegang zurückgegriffen. Anschließend wurde auf das

³¹ Vgl. C. Ebster, L. Stalzer: Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, 3., überarbeitete Auflage, Wien 2008, S. 189

Ausmaß der Thematik Palliativversorgung innerhalb der beruflichen Laufbahn hinterfragt und die aktuelle Situation und eventuelle Umsetzung palliativer Maßnahmen in den jeweiligen eigenen Einrichtungen erfragt. Des Weiteren wurden die wichtigsten Hauptakteure für eine palliative Versorgung aus Sicht der Befragten ergründet. Im Folgenden stand die Fragestellung im Raum, was auf Sicht der Befragten bereits hinsichtlich der aktuellen Palliativversorgung gut umgesetzt wird bzw. wo Mängel gesehen werden. Weiterhin wurde nach gut funktionierenden vorhandenen sowie nach fehlenden Strukturen für eine erfolgreiche Umsetzung eines Palliativteams für die Region Oschatz gefragt. Die Frage nach einem Grund für das Scheitern eines vorangegangenen Versuchs ein neues Netzwerk zur Palliativversorgung für die Region zu schaffen galt es ebenfalls zu beantworten wie die Frage nach den möglichen Herausforderungen dieses Projektes. Des weiteren stand die Frage hinsichtlich der Motivation an einer Projektbeteiligung im Raum bzw. in wiefern sich der Gesprächspartner selbst als ein Akteur in diesem Projekt sieht. Ebenso wurden Ideen bezüglich eines alternativer Versorgungsmodelle hinterfragt.

Abschließend wurde nach einem wünschenswerten Ergebnis gefragt und Raum für weitere Ergänzungen seitens des Gesprächspartners gelassen.

Zur Verabschiedung wurde stets der Dank für die Gesprächsbereitschaft und das aufgebrachte Interesse entgegengebracht. (Anlage 2)

Für beide Berufsgruppen wurde jeweils der gleiche Interviewleitfaden verwendet, um somit eine bessere Vergleichbarkeit der Angaben zu erzielen.

5.2.4 Vorgehen bei der Datenanalyse

Um die auf Tonband festgehaltenen Daten auswerten zu können, wurden die Interviews unter einem sehr hohen zeitlichen Aufwand transkribiert. Anschließend wurde anhand des Interviewleitfadens ein Codier-Schema erstellt. Den Fragen des Interviewleitfadens wurden kurze Schlagworte zugeteilt. Alle Interviews wurden vor diesem Hintergrund wiederholt durchgelesen und die Gesprächsabschnitte mit Aussagen zu den entsprechenden Inhalten wurden mit dem Code markiert, so dass im Folgenden ein inhaltlicher Vergleich der Interviews ermöglicht wurde. Die Antworten der Befragten wurden entsprechend der Berufsgruppen getrennt zusammengefasst,

um anschließend einen Ergebnisvergleich der beiden Berufsgruppen durchzuführen. Die graphische Darstellung der Ergebnisse erfolgte mit Microsoft Excel 2000.

Schlussendlich sollen gewinnbringende Aspekte aus beiden Berufsgruppen herauskristallisiert werden, um einem künftigen SAPV-Teams diese Hinweise für ein reibungsloses Zusammenarbeiten zum Wohle der Patienten mit an die Hand zu geben.

Die folgende Abbildung stellt einen Überblick über den gesamten Untersuchungsverlauf dar:

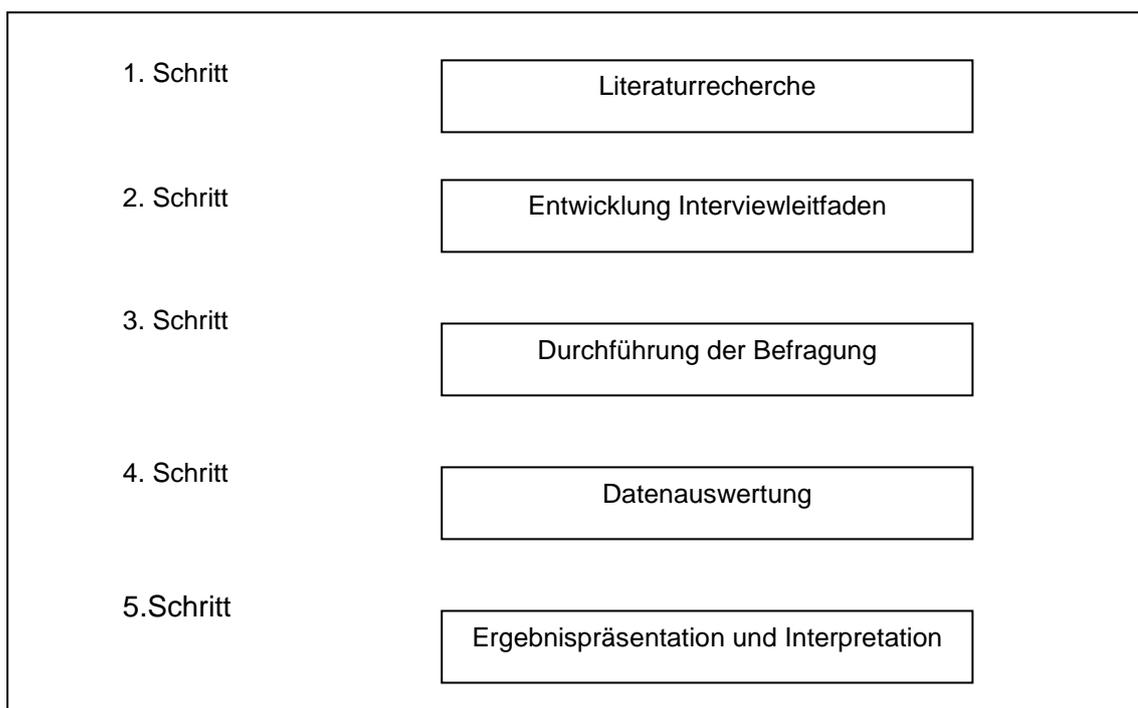


Abb. 2: Arbeitsschritte der Untersuchung

Quelle: eigene Darstellung

6 Ergebnisse der Befragung Ärzte

Insgesamt wurden 11 Interviewanfragen an die ansässigen Hausärzte mit dem Ziel einer Totalerhebung gestellt. Zur Ergebnisauswertung der Ärztebefragung konnten lediglich 4 Befragungen herangezogen werden (siehe Abb.1). Das ergab somit eine positive Rücklaufquote von 36,4% seitens der Ärzte.

Der berufsbiographische Vergleich zeigte, dass 3 von 4 Ärzten angeben bereits aus einer Ärztesfamilie zu stammen und sich der Berufswunsch durch das Vorleben der eigenen Eltern herauskristallisiert habe. Ein Arzt machte diesbezüglich keine Angaben.

Der regionale Bezug der Befragten zur Region Oschatz zeigt sehr unterschiedliche Motive. Zum einen wurde die bereits ansässige Familie als ein entscheidender Aspekt für die hausärztliche Niederlassung in der Region benannt. Zum anderen wurde eine vorhandene freie Hausarztstelle in der Region welche es zu besetzen galt als rein rationaler Entscheidungsfaktor benannt. Zwei der aktuell praktizierenden Hausärzte gaben an, dass diese bereits im klinischen Bereich der Region tätig gewesen seien und somit bereits ein beruflicher Bezug zur Region vor der Übernahme einer hausärztlichen Praxis bestand.

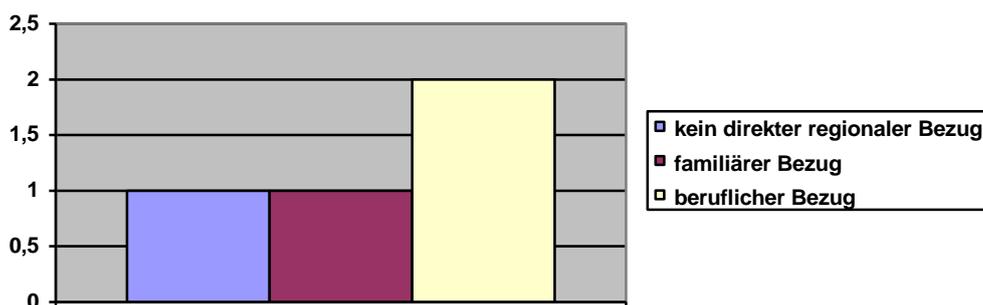


Abb. 3: Regionaler Bezug der befragten Ärzte zur Region Oschatz
Quelle: eigene Darstellung

Die Fragestellung hinsichtlich der Abhandlung einer Palliativversorgung im Rahmen der medizinischen Ausbildung wurde einstimmig beantwortet. Alle Befragten gaben an, dass die Thematik Palliativversorgung im Rahmen ihres Medizinstudiums vollständig außen vor blieb. Den Umgang mit der Thematik haben diese sich laut eigenen Angaben im Laufe der eigenen Berufstätigkeit selbst angeeignet. Lediglich Schulungen und Fallbesprechungen im Rahmen von Fortbildungen oder regionalen Ärztetammtische dienten als Unterstützung und Austauschplattform, um sich mit der Thematik auseinander zu setzen. Hier wurde Nachholbedarf hinsichtlich der Ausbildungsstruktur für kommende Medizinstudenten seitens der Ärzte gefordert.

Als nächstes stand die Frage nach der aktuellen palliativen Organisation im Raum. Alle vier Befragten gaben gleichermaßen an, dass sie kein festes Schema haben nachdem sie im Bedarfsfalle arbeiten sondern stattdessen individuell je nach individueller Einschätzung und aktuellem Bedarf des Patienten Maßnahmen einleiten. Alle Befragten waren der Meinung, dass die Patientenaufklärung sowie dessen Angehörige hinsichtlich der Diagnose, dem Krankheitsverlauf sowie Hinweisen für Anlaufstellen zur Unterstützung zu den wichtigsten ersten Schritten in der Palliativversorgung sei. Für alle Befragten ist die Schmerzbehandlung ein tragendes Element im Hinblick auf die Palliativversorgung. Ein Arzt sah seine Verantwortlichkeit auch darin, die vorhandenen und notwendigen Lagerungs- und Hilfsmittel für die Patienten zu prüfen und entsprechend zu rezeptieren.

Drei der vier befragten Ärzte gaben an, dass diese auch regelmäßig den betroffenen Patienten die Unterstützung durch einen ambulanten Hospizdienst anbieten und entsprechend den Kontakt zu diesem herstellen, sofern dies von den Patienten bzw. dessen Angehörigen gewünscht wird. Ein Arzt gab an, den Kontakt zum Hospizdienst lediglich als einen weiteren zu pflegenden Zwischenkontakt zu betrachten und die Kontaktpflege zum Patienten im Bedarfsfall lieber persönlich zu übernehmen.

Im akuten Bedarfsfall der finalen Sterbephase erklären sich ausdrückliche alle befragten Ärzte dazu bereit auch zusätzliche Hausbesuche z.T. auch mehrmals wöchentlich bei den sterbenden Patienten durchzuführen. Zwei Ärzte gaben an sogar in Ausnahmefällen ihre private Handynummer an die entsprechenden Palliativpatienten weiterzugeben, um im Bedarfsfalle auch in den Nachtstunden für den Patienten da zu sein.

Die Antworten auf die Frage nach der Anzahl der betreuten Palliativpatienten fielen sehr unterschiedlich aus wie die folgende Tabelle zeigt.

| | Arzt A | Arzt B | Arzt C | Arzt D |
|--|--------|--------|--------|---------------|
| Geschätzte Anzahl versorgter Palliativpatienten pro Jahr | 30 | 25 | 50 | Keine Angaben |

Tab.1: Geschätzte Anzahl der versorgten Palliativpatienten pro Jahr nach Arztaussagen

Quelle: eigene Darstellung

Genau Angaben über die tatsächliche Anzahl an Palliativpatienten konnte keiner der Befragten machen. Jedoch einen vorhandenen Bedarf eines zusätzlich agierenden SAPV-Teams sehen alle Befragten.

Weiterhin wurden die Ärzte befragt, welche Akteure diese als wichtigste Beteiligte der Palliativversorgung betrachten. Die Angaben sind in der nachstehenden Abbildung dargestellt.

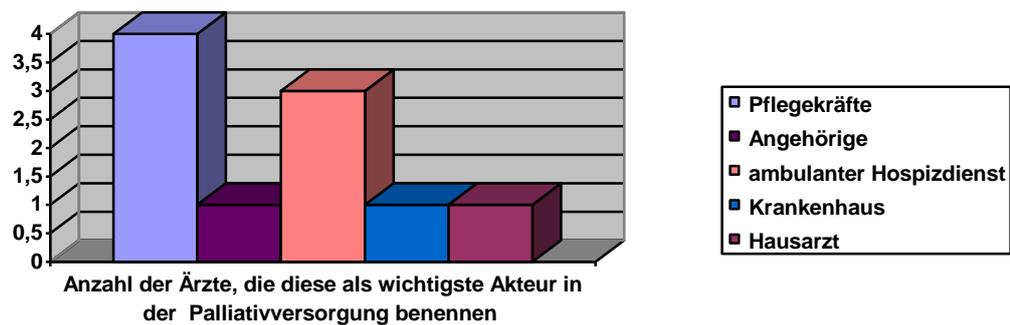


Abb. 4: wichtigste Akteure in der Palliativversorgung aus Sicht der befragten Ärzte
Quelle: eigene Darstellung

Die Frage nach den bisher bereits gut funktionierenden Strukturen für die Palliativbetreuung beantworteten alle geschlossenen Ärzte mit der Angabe: die Pflegedienste. Alle Befragten bezogen sich hierbei gleichermaßen auf die ambulante wie auch stationäre pflegerische Versorgung.

Ein Arzt hob die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Krankenhaus hervor. Ein anderer hingegen kritisierte ein schlecht geplantes Entlassungsmanagement seitens der Klinik. Dieser ging hier noch expliziert auf Patiententlassungen insbesondere gegen Freitag Mittag ein, so dass für den weiterbehandelnden Hausarzt kurz vor dem Wochenende kaum noch Reaktionszeiten für eine zeitnahe Planung der weiteren Behandlung möglich sei.

Jeweils ein Arzt gab an, dass für eine optimale Palliativversorgung für die Region noch ein ansässiger Onkologe, Vorhaltung von stationärer Palliativbetten sowie eine psychosoziale Betreuung notwendig seien.

Im weiteren Verlauf wurde die Frage bezüglich eines bereits im Jahr 2009 erfolgten ersten Versuchs ein regionales Netzwerk für die Palliativversorgung

aufzubauen gestellt. Hier wurde nach Angaben gefragt, woran dieses Projekt gescheitert sein könnte. Alle vier Ärzte gaben an sich bei diesem Projekt nicht beteiligt zu haben und somit keine Angaben machen zu können. Zwei von den vier Ärzten gaben sogar an von einem ersten Versuch diesbezüglich gar nichts gewusst zu haben.

Hinsichtlich der bestehenden Herausforderung für den Erfolg eines zukünftig agierenden SAPV-Teams sind sich alle vier Ärzte einig. Um eine Zulassung von den Krankenkassen zu erhalten, stellen die flächenmäßig große Ausdehnung der Region bei einer ausgeprägten hochaltrigen Bevölkerungsstruktur, einer geringen Einwohnerzahl und einem verhältnismäßig geringen Anteil an zur Verfügung stehenden Ärzten die größten Hürden dar.

Im weiteren Verlauf folgte die Frage nach Möglichkeiten der eigenen Beteiligung im Hinblick auf das Vorantreiben im Entstehungsprozess sowie im zukünftig agierenden SAPV-Team. Hinsichtlich des Entstehungsprozesses sah sich keiner der Befragten als ein Akteur. Als Begründung diesbezüglich werden die ohnehin schon hohe Arbeitsbelastung und lange Arbeitszeiten im Praxisalltag sowie die bereits jetzt erbrachten zusätzlichen Bereitschaftsdienste benannt, so dass keine weiteren zusätzlichen zeitlichen Ressourcen vorhanden seien. Die Notwendigkeit eines solchen zusätzlichen SAPV-Teams hingegen wurde nicht bestritten, sondern von drei Befragten als eine „gute Sache“ bezeichnet.

Nur zwei der Ärzte zogen es in Erwägung sich in einem zukünftig agierenden SAPV-Team hin und wieder an Bereitschaftsdiensten zu beteiligen.

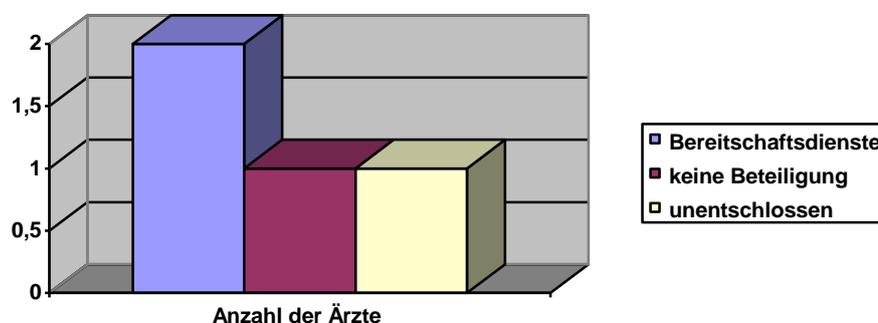


Abb. 5: Darstellung der Einsatzbereitschaft zur Beteiligung an einem zukünftig agierenden regionalen SAPV-Teams

Quelle: eigene Darstellung

Die geäußerten Ideen für eine zukünftige Palliativversorgung für die Region zeigten zwei wesentliche Schwerpunkte auf. Zum einen wurde von einem Arzt die Notwendigkeit einer stationären Palliativversorgung vergleichbar mit einem Hospiz z.B. innerhalb eines Pflegeheimes betont. Zum anderen wurde von zwei Ärzten die Idee von einem zusätzlichem Bereitschaftsdienst bzw. einer Doppelbesetzung des kassenärztlichen Vertretungsdienstes vorgebracht. So könne sich einer der beiden Ärzte um die palliativen Notfälle kümmern und der zweite Arzt um andere medizinische Belange.

Ein Arzt gab an keine konkreten Vorstellungen für die Umsetzung eines solchen Projektes zu haben.

Eine zentral agierende Einrichtung wurde als ein wünschenswertes Ergebnis von alle Befragten gleichermaßen angegeben. Diese solle nicht nur für Ärzte und Pflegekräfte sondern auch für Patienten und dessen Angehörige ebenso Anlaufstelle bei jeglichen Fragen und Nöten sein. Außerdem wurde neben einer regionalen stationären Palliativversorgungsmöglichkeit ebenso eine Lösung mit geringem bürokratischen Aufwand gewünscht. Weiterhin wurden einheitliche Dokumentationsunterlagen für eine bessere Übersichtlichkeit gewünscht.

Abschließend wurde allen Befragten die Möglichkeit gegeben zusätzlich zu den bisher besprochenen Themen ergänzenden Meinungen und Gedanken zu äußern. Ein Arzt betonte abschließend noch einmal, dass es gut sei ein zusätzliches SAPV-Team zu haben, da dadurch auch die Hausärzte entlastet werden würden. Ein weiterer Arzt gab anschließend die Akzeptanz eines solchen SAPV-Teams durch die Patienten und dessen Angehörige zu bedenken, da langjährig von Hausarzt betreute Patienten in der letzten Phase sich lieber auf ein vertrautes Gesicht verlassen würden.

Diese beiden Ärzte brachten abschließend noch einmal ihr Bedauern zum Ausdruck, dass für diese Region in keiner Form genehmigte stationäre Palliativbetten vorhanden sind. Weite Wege für ein stationäres Hospiz in Leipzig oder Radebeul können und wollen die meisten Betroffenen nicht auf sich nehmen. Zwei der Befragten waren der Meinung während des Gesprächs alle Gedanken zum Thema geäußert zu haben.

7 Ergebnisse der Befragung Pflegeeinrichtungen

7.1 Ambulante Pflegeeinrichtungen

Insgesamt wurden 10 Interviewanfragen an die Leitungen der örtlichen ambulanten Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer Totalerhebung gestellt. Zu einem Gespräch waren jedoch nur drei Personen bereit (siehe Abb.1), wobei alle Befragten Frauen waren. Dies ergab somit eine positive Rücklaufquote von 30% seitens der ambulanten Dienste.

Der berufsbiographische Vergleich der Befragten zeigte, dass zwei der Befragten ihren Berufswunsch mit der Erstausbildung zur Krankenschwester begonnen haben und mit zunehmender Berufserfahrung in der Pflege sich die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung erarbeitet haben. Nur ein Befragter gab an, vor der aktuellen Tätigkeit in einem vollkommen anderen Berufszweig gearbeitet zu haben. Die berufliche Unzufriedenheit habe dann zum Umschulungswunsch zur Krankenschwester geführt. Im Lauf der weiteren Berufslaufbahn habe sich dieser Befragte über diverse Weiterbildungen bis hin zum Pflegemanagementstudium zur aktuellen Position hingearbeitet.

Auf die Frage nach dem regionalen Bezug der Befragten gaben diese einheitlich an bereits seit Kindheitstagen in der Region zu leben, ihre Familien gegründet zu haben und im Laufe ihrer Berufstätigkeit auch mit ihren Patienten gewachsen zu sein.

Im Rahmen der beruflichen Ausbildung war die Thematik Palliativversorgung nicht besprochen worden. Da waren sich alle Befragten einig. Eine Person gab in diesem Zusammenhang an sich im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit gezielt hinsichtlich der Thematik weitergebildet zu haben.

Im folgenden Verlauf wurde die aktuelle Organisation der Palliativversorgung in der eigenen Einrichtung hinterfragt. Alle Befragten gaben an ein

Sterbebegleitungskonzept in der Einrichtung zu haben, welches auf die pflegerischen und sozialen Kompetenzen sowie Angehörigenarbeit abziele. Alle befragten Einrichtungen hielten aktuell eine ausgebildete Palliativschwester vor. Eine Einrichtung gab sogar an bereits zwei geschulte Palliativschwestern im Einsatz zu haben. In diesem Kontext ergänzten alle Befragten auch noch weitere Mitarbeiter schulen zu wollen, sofern die Weiterbildungsbereitschaft der Angestellten sowie ausreichend Weiterbildungsangebote seitens der Schulungseinrichtungen zur Verfügung stünden.

Die Antworten auf die Frage nach der Anzahl der betreuten Palliativpatienten fielen sehr unterschiedlich aus wie die folgende Tabelle zeigt.

| | Ambulanter Dienst 1 | Ambulanter Dienst 2 | Ambulanter Dienst 3 |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Geschätzte Anzahl versorgter Palliativpatienten pro Jahr | 30 | 5 | 10 |

Tab.2: Geschätzte Anzahl der versorgten Palliativpatienten pro Jahr nach Aussage der Ambulanten Dienste

Quelle: eigene Darstellung

Aus Sicht der ambulanten Dienste sind eine Vielzahl von Berufsgruppen in Palliativversorgung notwendig (Abb.6).

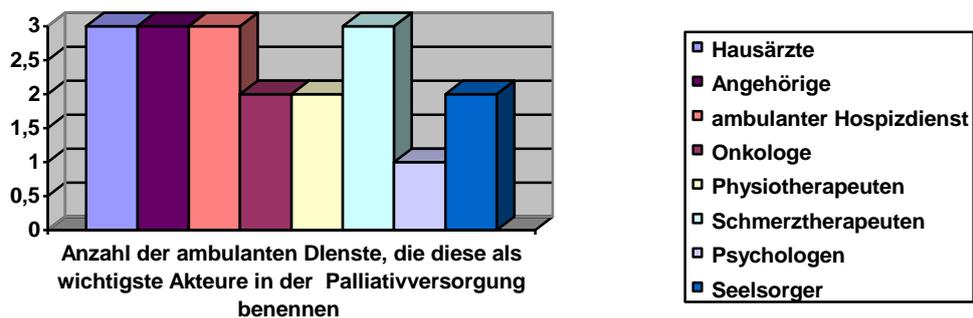


Abb. 6: wichtigste Akteure in der Palliativversorgung aus Sicht der befragten ambulanten Dienste

Quelle: eigene Darstellung

Weiterhin wurde die Frage nach den bereits gut funktionierenden Strukturen hinsichtlich der palliativen Patientenversorgung gestellt sowie nach den noch verbesserungsbedürftigen Strukturen gefragt.

Hier hob ein ambulanter Dienst als positiven Aspekt die gute Zusammenarbeit mit dem örtlichen Krankenhaus hervor. Die beiden anderen Befragten gaben die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus als verbesserungsbedürftig an. Beide Befragten gingen diesbezüglich auf das Entlassungsmanagement der Klinik ein und verwiesen hierbei auf die mangelhafte Kommunikation zwischen den stationären und ambulanten Ärzten.

Auf die Frage nach einem bereits 2009 erfolgten ersten Versuch eine neue Struktur für die ambulante Palliativversorgung zu schaffen, konnten zwei der drei Befragten Angaben machen. Eine Person gab das mangelnde Interesse der ansässigen Ärzte als Grund für das Scheitern dieses Versuchs an. Es haben sich lediglich Pflegekräfte und Sanitätshäuser zusammengefunden. Jedoch sei aus ein verordnender Arzt vor Ort notwendig, welche entsprechend die Verordnungen für die weiteren Beteiligten ausstellt.

Die zweite befragte Person gab die Fläche des vorgesehenen Einzugsgebiets als Grund für das Scheitern an. Die Region Oschatz allein sei klein, um das für eine Krankenkasse wirtschaftlich attraktiv zu machen. Und optional der gesamte Landkreis Nordsachsen als Einzugsgebiet zu wählen sei aufgrund großen Ausdehnung auch schwer vorstellbar.

Die benannten Herausforderungen des Projektes sind in der folgenden Abbildung dargestellt (Abb.7).

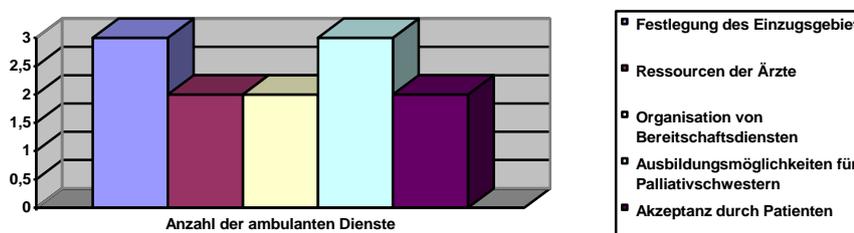


Abb.7: Darstellung der Herausforderung für die Implementierung eines regionalen SAPV-Teams nach Angaben der ambulanten Dienste

Quelle: eigene Darstellung

Im weiteren Verlauf wurde die Möglichkeit sich mit in den Entstehungsprozess mit einzubringen angesprochen. Alle Befragten gaben hier die Absicht weitere Mitarbeiter als Palliativschwestern ausbilden zu wollen als Antwort. Eine Person gab an sich zusätzlich mit konzeptionellen Voraussetzungen auseinandersetzen zu wollen.

Im Bezug auf vorgeschlagene Ideen für ein Versorgungsmodell hinsichtlich der zukünftigen SAPV gaben alle Befragten an, dass ein zentraler Anlaufpunkt als Servicestelle geschaffen werden müsse, welcher für Pflegekräfte, Ärzte, Patienten und dessen Angehörige gleichermaßen jederzeit erreichbar sei.

Ein Befragter könne sich vorstellen die Versorgung vergleichbar mit dem bereits agierenden kassenärztlichen Vertretungsdienst zu organisieren. Dies setze nach einem Einsatz im Palliativnotfall eine Rückmeldung an den behandelnden Hausarzt durch den Notarzt voraus.

Ein weiterer Befragter könne sich ebenfalls eine vergleichbare Struktur wie beim KV-Dienst vorstellen, gab jedoch die fehlende Anzahl von einsetzbaren Ärzten aufgrund der dünnen Hausdichte und weiterhin altersbedingte Schließungen von Hausarztpraxen zu bedenken.

Ein weiterer Vorschlag wurde vom dritten Befragten vorgebracht. Man könne die palliative Notfallversorgung mit dem regulären Bereitschaftsdienst kombinieren und auch zur Vereinfachung für die Bevölkerung direkt die gleiche Notfallnummer verwenden. Schließlich habe ein jeder ein Telefon zur Verfügung, der Umgang mit dem Internet sei insbesondere für die älteren Bürger unbeliebt.

Die Angaben zu einem wünschenswerten Ergebnis fielen sehr unterschiedlich aus. Eine Person gab an als Ergebnis überhaupt erst einmal Neuerung angestoßen zu haben und fortschreitenden Entwicklungen feststellen zu können. Die zweite Person gab an, keine weiteren Ablehnungen der Verordnungen seitens der Krankenkassen als sehr wünschenswert zu betrachten. Weiterhin wäre es für die Patienten beruhigend zu wissen, dass dieser sich um nichts mehr Gedanken machen müsse und automatisch alle notwendigen Hebel in Bewegung gesetzt werden würden.

Der dritte Befragte wünsche sich ein interdisziplinäres Agieren zum Wohle der Patienten auf kurzem Weg, wobei auch nach Versterben der Patienten ein Feedback bezüglich der vorangegangenen Betreuung als wünschenswert benannt würde, um eine weitere Verbesserung der Versorgung anzustreben.

Abschließend wurde die Möglichkeit für ergänzende Meinungsäußerungen von nur einer Person genutzt. Diese betonte die Wichtigkeit dem Wunsch der Menschen nachzugehen im eigenen zu Hause versterben zu können.

7.2 Stationäre Einrichtungen

Insgesamt wurden drei Interviewanfragen an die Leitungen der örtlichen stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer Totalerhebung gestellt. Zu einem Gespräch waren jedoch nur zwei Personen bereit (siehe Abb.1), welche ebenfalls Frauen waren. Das ergab somit eine positive Rücklaufquote von 66,7% seitens der stationären Einrichtungen.

Berufsbiographisch sind feine Unterschiede festzustellen. Während die erste Befragte mit der Erstausbildung als Krankenschwester den Grundstein für ihre berufliche Laufbahn legt, gab die zweite Befragte an erst im zweiten Bildungsweg im Rahmen einer Umschulung in der Altenpflege Fuß gefasst habe. Beide Befragten haben sich dann mit zunehmender Berufserfahrung zu stetiger Weiterbildung bis hin zur Pflegedienstleitung beruflich qualifiziert.

Hinsichtlich des regionalen Bezugs gab eine der Befragten die ansässige Familie und Freundeskreis an. Die zweite Befragte machte im Gesprächsverlauf diesbezüglich keine Angaben.

Die Frage nach der Palliativversorgung als ein Bestandteil innerhalb der Berufsausbildung verneinten beide. Eine der Befragten gab an das Thema lediglich am Rand mal kurz erwähnt zu wissen, Bestandteil des Lehrplanes sei es jedoch nicht gewesen.

Auch hinsichtlich der stationären Palliativversorgung innerhalb der Pflegeeinrichtungen wurden Übereinstimmungen deutlich. Beide Einrichtungen halten ein Konzept zur Sterbebegleitung vor und stützen sich auf die Weiterbildung bzw. Sensibilisierung ihrer Mitarbeiter sowie auf die Unterstützung den ambulanten Hospizdienst. Eine Befragte gab an zusätzlich eine interne Hospiz-Arbeitsgemeinschaft innerhalb der eigenen Einrichtung aufgebaut zu haben, welche sich regelmäßig treffe und im Bedarfsfalle eigenständig eine individuelle Sterbe- und Trauerbegleitung unter Berücksichtigung laufender Dienstpläne organisiert. Ebenso die Möglichkeit einer Supervision für die Mitarbeiter sei nicht ausgeschlossen. Weiterhin hob die Befragte die Vorhaltung von Einzelzimmern hervor, um sofern gewünscht den Angehörigen einen Abschied vor Ort zu ermöglichen.

Die Anzahl der jährlichen Palliativfälle beziffert die eine Einrichtung mit 10, die zweite stationäre Einrichtung gab 5 Fälle pro Jahr an.

Als wichtigste Beteiligte für die Palliativversorgung betrachtete eine der Befragten den Hausarzt, den Seelsorger, die Pflegefachkräfte sowie in der Einrichtung agierenden Hilfskräfte. Die zweite Befragte gab ebenfalls den Hausarzt als wichtigsten Beteiligten an, ergänzte jedoch noch die Sanitätshäuser, Apotheken, Physio- und Ergotherapeuten.

Beide Befragten gaben an, dass die Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen ihrer Einschätzung nach bereits gut strukturiert sei. Nachholbedarf wird eher in der ambulanten Häuslichkeit gesehen. Für die stationäre Pflege wünschte sich eine Befragte lediglich mehr hausärztliche Präsenz in der finalen Sterbephase, da die Betroffenen ihren langjährigen Hausärzten vertrauen und dies die Patienten beruhigen würden. Die zweite Befragte bemerkte, dass die Bereitschaftsärzte eher dazu übergehen sollten früher eine Schmerztherapie anzulegen.

Bezüglich des vorangegangenen Versuchs von 2009 konnten beide Befragten keine Angaben machen.

Als Herausforderungen des Projekts betrachteten beide Befragten gleichermaßen, dass das Projekt nicht wieder verstummt sondern aktiv umgesetzt wird. Eine Befragte gab diesbezüglich an, dass insbesondere auch für den stationären Bereich die Abrechnungsmodalitäten geprüft werden müssten.

Eine Beteiligung an der Umsetzung des Projektes schätzen beide Befragten als unrealistisch ein. Beide Befragten gaben an keine Mitarbeiter zusätzlich aus dem eigenen Dienstplan freistellen zu können, da durch den bestehenden Fachkräftemangel und Krankheitsausfällen die Absicherung der eigenen Dienstpläne Vorrang habe. Des Weiteren wurde auf die Gefahr von Burn out der Mitarbeiter durch die zusätzliche Belastung hingewiesen. Die zweite Befragte ergänzte die Einrichtung für andere Dienste gerne öffnen zu wollen.

Ideen zur konkreten Umsetzungen konnten keiner der beiden Befragten geben. Eine Befragte schlug einen lockeren Kooperationsvertrag vor, konnte jedoch ihre Vorstellungen nicht genauer darstellen.

Als wünschenswertes Ergebnis benannte eine Befragte eine Art Stützpunkt zu haben mitmöglichst einem festen Ansprechpartner und einen eigenen Mitarbeiterstamm für die SAPV. Die zweite Befragte gab an sich eine zukünftige Struktur für den ambulanten Bereich zu wünschen, in welcher die Patienten nicht mit ihrer Diagnose zu Hause allein gelassen werden.

Als abschließende Ergänzung bemerkte eine Befragte, dass der Sterbende auch verschiedene Facetten aufzeigt, schließlich sterben nicht nur alte Menschen sondern demente alte Menschen sowie junge Leute, die eine andere Form der Begleitung bedürfen. Die zweite Befragte schloss das Gespräch mit einem generellen Wunsch nach mehr Sensibilität für die Thematik seitens der Mitmenschen.

8 Diskussionen

8.1 Ergebnisdiskussion

Für diese Erhebung wurden insgesamt 24 Interviewanfragen an alle ansässigen Hausärzte sowie alle ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen gestellt. Neun Personen haben sich für ein Gespräch zur Verfügung gestellt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 37,5%

Ein berufsbiographischer Zusammenhang ist seitens der befragten Ärzte in deren Familien zu finden. Alle Befragten Ärzte gab das vorgelebte Medizinerleben als Entscheidungsgrundlage für die eigene Berufswahl an, da diese somit über die Jahre ohnehin schon mit diesem Berufsfeld vertraut gemacht wurden. Bei den Pflegedienstleitungen hingegen wies der Zugang zum Beruf zwei verschiedene Tendenzen auf. Einerseits gab es Befragte die den Pflegeberuf direkt als Erstausbildung gewählt hatten und zum anderen gaben je eine Befragte aus dem ambulanten und stationären Bereich an, die Pflegeberuf erst in einer zweiten Berufsausbildung für sich entdeckt zu haben. Dass alle Pflegedienstleitungen eine pflegerische Ausbildung vorweisen konnten ist auf gesetzlichen Rahmenbedingen zurück zu führen, dass eine entsprechende Ausbildung Voraussetzung für die Tätigkeit als Pflegedienstleitung ist.³²

Sechs der befragten Personen aus Ärzte- und Pflegekreisen gaben einen familiäre Aspekte für ihren Bezug zur Region Oschatz an, zwei Befragte beschränkten ihren regionalen Bezug lediglich auf ihre berufliche Tätigkeit. Die regionale Verbundenheit könnte als persönliche Motivation an einer Beteiligung an einem SAPV-Team mit aufgegriffen werden.

Im Hinblick auf die schulische Ausbildung in der Pflege sowie im Medizinstudium wurde die Thematik Palliativversorgung stark vernachlässigt. Da waren sich alle Befragten einig. Einigkeit bestand auch in der Meinung, dass dies in den Lehrplänen mehr berücksichtigt werden müssen. Insbesondere aus

³² Vgl. BMJV 2014, § 71, Abs.3, SGB XI http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__71.html
Internetzugriff 13.07.2014

ärztlicher Sicht wurde der Bedarf für ein Kommunikationstraining für die Überbringung schlechter Nachrichten gewünscht.

Die aktuelle Organisation von Palliativversorgung weist zwischen den Ärzten und Pflegekräften erhebliche Unterschiede auf. Die Ärzte waren geschlossen der Meinung sich ohne ein entsprechend vorliegendes Konzept auf die jeweiligen individuellen Bedürfnisse des Patienten im Bedarfsfall einzulassen und somit vorwiegend medizinischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. In stationären wie auch ambulanten Pflegeeinrichtungen hingegen lagen entsprechend formulierte Konzepte mit Handlungsleitlinien für die Pflegekräfte vor. Diesen Konzepten liegen vorwiegend pflegerische und seelsorgerische Aspekte zugrunde, welche in den Einrichtungen individuell unterschiedlich gelebt werden. Das Vorliegen solcher Konzepte ist auf die Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen zurück zu führen, in welcher das Vorhalten eines Konzepts zur Sterbebegleitung abverlangt wird. Insbesondere in den stationären Pflegeeinrichtungen wird die ganzheitliche Palliativversorgung als dessen selbstverständlicher Aufgabenbereich mit eigenen Mitteln versucht umzusetzen.

Die Angaben zu den betreuten Palliativfällen pro Jahr von Pflegeeinrichtungen und befragten Ärzten können als Gesamtheit nicht aufsummiert werden, da Überschneidungen von Palliativfällen in der pflegerischen Betreuung mit den Angaben der behandelnden Hausärzte höchst wahrscheinlich sind. Lediglich die Angaben der Befragten Ärzte könnte man zusammenfassen und entsprechend zu den restlichen nicht befragtem Ärzten ins Verhältnis setzen, um eine etwaige Schätzung der Palliativfälle pro Jahr im Raum Oschatz zu erhalten. Hier wäre zu berücksichtigen, dass ein Arzt keine Angabe zu der Anzahl der Palliativfälle pro Jahr gemacht hat.

Die Angaben als wichtigste Beteiligte in der Palliativversorgung fielen zwischen den Ärzten aber auch innerhalb des Pflegebereichs zwischen ambulant und stationär recht unterschiedlich aus. Während die Ärzte insgesamt nur fünf Berufsgruppen sich selbst mit eingeschlossen benannten, gaben beide Pflegebereiche sogar acht Berufsgruppen an. Hier ist jedoch zu

berücksichtigen, dass alle Befragten im ambulanten Pflegedienst die eigene Tätigkeit im Hinblick auf die Patientenversorgung nicht noch einmal separat benannt haben. Diese Angabe wird in der Befragung schlichtweg vorausgesetzt. Somit wird im ambulanten Pflegebereich die größte Vielfalt von Beteiligten mit einbezogen. Das lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass Patienten in der ambulanten Häuslichkeit häufiger allein wohnen, da Familienangehörige zwischenzeitlich oftmals berufsbedingt nicht mehr im direkten Patientenumfeld wohnen. Hier wird seitens der ambulanten Dienste durch die Anregung verschiedener Berufsgruppen ein häufiger Besuch des Patienten angestrebt, so dass dieser sich gut versorgt und sicher fühlt.

Als eine bereits gut funktionierende Struktur für die SAPV hoben die befragten Ärzte die Gesamtheit der zuverlässigen Pflegekräfte ambulant wie auch stationär hervor. Die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Krankenhaus wurde von Ärzten wie vom pflegerischen Bereich sehr unterschiedlich beschrieben. Aus beiden Berufsfeldern gab es gleichermaßen Stimmen einer guten Überleitung aber auch unzufriedene Stimmen hinsichtlich des Entlassungsmanagements aus der Klinik heraus. Als negative Kritik wurde hier die häufige kurzfristige Patientenentlassung, insbesondere Freitagmittag benannt, so dass kaum noch Spielräume für eine adäquate Planung der Versorgung vor dem Wochenende erfolgen kann. Weiterhin wurde seitens der Pflege der Eindruck erweckt, dass Verbesserungspotential in der Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Ärzten gesehen wird. Seitens der Ärzte wurden die fehlenden stationären Möglichkeiten Palliativbetten in der Region hervorgehoben. Die aktuellen Bemühungen seitens der örtlichen Klinik hinsichtlich der Genehmigung solcher Palliativbetten sind zum Gesprächszeitpunkt bekannt. Im stationären Pflegebereich ist man mit der aktuellen Palliativversorgung weitestgehend zufrieden. Hier wird eher Handlungsbedarf in der ambulanten Häuslichkeit gesehen.

Im Hinblick auf den ersten Versuch im Jahr 2009 ein SAPV-Team zu gründen konnten oder wollten nur wenige Befragte Angaben machen. Alle vier Ärzte gaben an von einem solchen Versuch gar nichts gewusst zu haben. Sie ergänzten, dass sie aus zeitlichen Gründen eher sporadisch oder auch gar nicht

zu den örtlichen Ärzttestammtischen gehen würden, wo solche Entwicklungsprozesse und Neuerungsvorschläge i.d.R. besprochen werden. Ein Befragter gab diesbezüglich an diese Zeit sinnvoller in der Durchführung von Hausbesuchen bei den eigenen Patienten genutzt zu sehen. Auch die Befragten der stationären Pflege konnten diesbezüglich keine Angaben machen. Zwei Personen der ambulanten Dienste konnten Angaben zur Frage machen. Einerseits sei das mangelnde Interesse der ansässigen Ärzte als Grund für das Scheitern dieses Versuchs ausgemacht worden und zum anderen wurde das vorgesehene Einzugsgebiet als Grund für das Scheitern angesehen.

Als Herausforderung für das Gelingen des Vorhabens haben die befragten Berufsgruppen sehr unterschiedliche Faktoren identifiziert. Während die stationären Pflegedienstleitungen die künftig zu strukturierenden Abrechnungsmodalitäten und grundsätzlich die Tatsache des Voranschreitens in diesem Projekt als Herausforderung betrachten, so haben die ambulanten Pflegeeinrichtungen eine viel weitere Problemstellungen benannt (Abb.7). In der Tat könnte die Akzeptanz der betroffenen Patienten für eine weitere Personengruppe auf die derjenige sich einlassen und Vertrauen schenken müsste eine der größten Herausforderungen darstellen. Versucht man sich selbst in die Lage des Patienten zu versetzen, so kann einem eine Vielzahl von Therapeuten und Ärzten mit unterschiedlichen Behandlungsangeboten verunsichern und überfordern. Aus Sicht der befragten Hausärzte stellt die geringe Anzahl von zur Verfügung stehenden Ärzten eine tragende Herausforderung dar. Dem kann man nur beipflichten betrachtet man die Anzahl der betagten örtlichen Ärzte, welche in sehr naher Zukunft in Rente gehen werden und deren Praxisnachfolge noch völlig ungeklärt ist. Weiterhin haben die wenigsten Ärzte vor Ort eine palliativmedizinische Ausbildung. Eine hohe Anzahl täglich in der Praxis zu versorgenden Patienten erschwerte es den Ärzten zusätzlich für einige Zeit die Praxis geschlossen zu halten, um sich entsprechende Zusatzqualifikationen anzueignen.

Folglich ist das Interesse an einer aktiven Beteiligung an einem SAPV-Team seitens der Hausärzte auch sehr gering. Es wurde hierbei auf die aktuell

ohnehin schon hohe Arbeitsbelastung verwiesen. Zu einem spätern Zeitpunkt wäre evtl. Interesse an gelegentlichen Bereitschaftsdiensten vorhanden, da das Projekt als solches auch für eine „gute Sache“ befunden wurde. Im ambulanten Pflegebereich wurde die weitere Ausbildung von Palliativ Care Schwestern als Möglichkeit sich mit einzubringen benannt. Das könnte sich jedoch zeitlich etwas nach hinten hinauszögern, da aktuell sehr viele Pflegeeinrichtungen derartige Schulungsangebote wahrnehmen möchten, jedoch leider aktuell nicht ausreichend Schulungsmöglichkeiten angeboten werden. Die Befragten der stationären Pflege gaben eine aktive Beteiligung am Projekt aufgrund beschränkter personeller Ressourcen als unrealistisch an.

Neben einer Doppelbesetzung des KV-Dienstes wobei die Zweitbesetzung sich um die Palliativpatienten kümmern könnte wurde seitens der Ärzte nochmals die noch fehlende regionale stationäre Alternative zur Palliativbetreuung als zukünftiges Versorgungsmodell vorgeschlagen. Auch im ambulanten Pflegebereich waren o.g. vergleichbare Modelle zur Absicherung von Palliativnotfällen denkbar. Hier wurde noch angemerkt, dass bei einem solchen Einsatz eine Informationsweitergabe an den behandelnden Hausarzt unerlässlich sei, schließlich müsse dieser allumfassend über seinen Patienten informiert sein. Diese Erkenntnis unterstreicht auch Sitte in seinen Ausführungen zur SAPV.³³ Weiterhin wurde eine zentrale Anlaufstelle angesprochen, wo Patienten, Angehörige, Pflegekräfte und auch Ärzte Fragen und Anliegen zur Thematik äußern könnten. Dies scheint sehr realistisch, da schließlich die Anfragen und Lenkung der Anliegen organisiert sein müssten, um auch gezielt die Probleme zu bewältigen und abarbeiten zu können. Der Vorschlag einen solchen Dienst perspektivisch an die Telefonnummer 116117 des Bereitschaftsdienstes zu koppeln klingt sehr realistisch. Für die Bevölkerung wäre somit nicht noch eine weitere Nummer vorhanden, die man sich merken müsse. Des Weiteren sind Telefonnummern für jedermann

³³ Vgl.Th.Sitte: Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung – Problem oder Chance für Hausärzte und Spezialisten, Schmerz - Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2011, Ausgabe 25, S. 131 <http://www.springerlink.com/content/q826vnj335737129/fulltext.pdf> , Internetzugriff am 24.04.2014

greifbar, eine Internetpräsenz alleine ist für eine Vielzahl insbesondere ältere Menschen nicht zwingend zugänglich bzw. nicht verständlich.

Als wünschenswertes Ergebnis hoben die Ärzte sowie die stationäre Pflege eine Zentrale für die Palliativversorgung vor, möglichst auch mit einem eigenen Personalstamm. In Zeiten von stetig steigender Dokumentation wurde sich eine Lösung mit möglichst geringem bürokratischen Aufwand gewünscht. Dies scheint ein mehr als nachvollziehbarer Gedanke für alle Beteiligten. Die Ambulanten und stationären Pflegekollegen waren sich in den Wunsch die Patienten nicht mit ihrer Diagnose alleingelassen zu wissen einig. Auch das Fortschreiten des Projektes an sich war ein wichtiges Anliegen aller Befragten, insbesondere die meisten Hausärzte sehen darin eine Entlastung in ihrer Tätigkeit. Abschließend wurde der Wunsch eines Feedbacks nach Versterben des Patienten geäußert, um so auch eine stetige Verbesserung der Patientenversorgung anzustreben.

8.2 Kritische Diskussion der angewandten Methodik

Die durchgeführte Erhebung in Form eines teilstrukturierten Interviews hat sich als gute Entscheidung erwiesen. Anhand eines flexiblen Interviewleitfadens konnte in den Gesprächsverläufen die wichtigsten Fragen zur Beantwortung der Fragestellung ergründet werden. Gleichzeitig hatte der Befragte die Möglichkeit eigene Gedanken zur Thematik in vollem Umfang auszuführen, da diesem keine Antwortoptionen vorgegeben wurden. Im Bedarfsfall konnten im Gesprächsverlauf Nachfragen zu einzelnen Fragen erfolgen. Dies wäre im Rahmen einer schriftlichen Umfrage nicht möglich gewesen. In Rahmen der Datenerfassung kam der Gedanke auf, ob es sinnvoll verweisen wäre den Befragten den Interviewleitfaden im Vorfeld des Gesprächs zur Verfügung zu stellen.

Die eingangs angestrebte Vollerhebung konnte nicht umgesetzt werden, da zu viele der Thematik mit Desinteresse entgegentraten oder beschränkte zeitliche Ressourcen als Ablehnungsgrund benannt haben. Letzt endlich ist eine Gesamtrücklaufquote von 37,5% als zufrieden stellen zu betrachten.

Der vorgesehene Interviewzeitrahmen wurde mit 30 Minuten veranschlagt und ist im Wesentlichen bei allen Gesprächen eingehalten worden, wobei das kürzeste Gespräch 25 Minuten und das längste Gespräch 45 Minuten dauerte. Von der zeitlichen Dauer der Gespräche lassen sich keine Rückschlüsse bezüglich der Qualität und Aussagekraft der Gespräche ziehen. Im Hinblick darauf, dass alle Befragten aufgrund ihrer hohen Arbeitsbelastung ohnehin schon nur geringe zeitliche Ressourcen haben und somit für Interviews ein Stück ihrer wenigen freien Zeit zur Verfügung stellen, so sollte man dies nicht als selbstverständlich betrachten. Positiv zu bewerten ist die Terminvergabe für die Gespräche. Diese erfolgte ausschließlich nach den Terminvorschlägen der Befragten. Die Gespräche selbst erfolgten jeweils in den Büroräumen der Befragten, um für diese den Aufwand so gering wie nur möglich zu halten. Der große zeitliche Abstand zwischen der Befragung und der abschließenden Auswertung ist als negativ zu bewerten.

9 Fazit und Schlussfolgerungen

Die durchgeführten Interviews haben gezeigt, dass alle Befragten einen deutlichen Handlungsbedarf im Bereich der SAPV erkannt haben. Dies ist als äußerst positiv zu werten. Als wesentliche hinderliche Faktoren für den Erfolg eines SAPV-Teams haben sich die fehlende Öffentlichkeitsarbeit und mangelnde Anzahl an Ärzten mit entsprechender palliativmedizinischer Ausbildung herauskristallisiert. Die Erfolgchancen bei einem vorangegangenen Versuch ein SAPV-Team aufzubauen waren als entsprechend gering einzuschätzen ohne die entsprechend informierten Ärzte vor Ort. Ein zeitnahe Informationsaustausch und eine aktive Neustrukturierung der ambulanten Palliativversorgung sind somit unumgänglich. Dazu ist es unausweichlich, dass sich Akteure zusammenfinden und engagiert die Neustrukturierung in Form von konzeptioneller Arbeit, Aufbau personeller Strukturen sowie die Auswahl von Büroräumen in die Hand nehmen. Die Entwicklungen im vergangenen Jahr parallel zu der Bearbeitung dieser Untersuchung schlagen sich in zwei positiven Kernkompetenzen nieder. Zum einen wurde im Sommer 2013 der Grundstein für den neuen „Palliativnotdienst Nordsachsen“ mit seinem Hauptsitz in Torgau gelegt und zum anderen wurde im Februar 2014 die Palliativbetten im

Oschatzer Krankenhaus seitens der Krankenkassen zugelassen. Von nun an wird die ambulante Palliativversorgung für den Landkreis zentral organisiert werden. Es hat sich ein kleines Team von Ärzten und Pflegekräften mit entsprechender Palliativausbildung gebildet. Außerhalb fester Wochenarbeitszeiten wird die Rufbereitschaft von niedergelassenen Ärzten sowie Klinikärzten mit entsprechender palliativmedizinischer Ausbildung gewährleistet. Personelle Ressourcen in Form vorhandener ausgebildeter Palliative Care Schwestern der ambulanten Versorgung stellen eine nahtlose qualitative Unterstützung in der Häuslichkeit dar. Das als verbesserungswürdig eingeschätzte Entlassungsmanagement seitens der Klinik sollte als tragende Schnittstelle zur weiteren Palliativversorgung jedoch rasch überdacht werden. Ebenso sollten die Möglichkeiten einer engeren Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Seelsorgern und Fachschwestern im stationären Pflegebereich für eine nachhaltigere Patientenversorgung im Palliativbereich eruiert werden. Eine weitere Einbringung seitens der Ärzte vor Ort scheint eher unwahrscheinlich, da es aktuell in der Region lediglich zwei Ärzte mit entsprechender Palliativausbildung gibt, welche ausschließlich im stationären Klinikbereich tätig sind. Hier wären noch Möglichkeiten bezüglich des Weiterbildungspotentials seitens der ambulanten Ärzte der Region zu prüfen, um sich als Bereitschaftsdienst mit in das SAPV-Team involvieren zu können.

Als eine Entlastung für die Ärzteschaft wie auch Pflegekräfte gleichermaßen ist eine umfassende Aufklärungsarbeit für Patienten und dessen Angehörige durch ein agierendes SAPV-Team zu betrachten. Eine umfassende Aufklärung hinsichtlich des Sterbeprozesses, Schilderung von häufigen Situationen und Symptomen in den letzten Lebenstagen kann somit mehr Sicherheit und unnötige kurzfristige Krankenhauseinweisungen der sterbenden Patienten vermeiden.

Vermerkt wurde in den Gesprächen daraufhingewiesen, dass die Region Oschatz vermutlich im Hinblick auf eine Zulassung eines neuen SAPV-Teams seitens der Krankenkassen als ein zu kleines Einzugsgebiet gemessen an den Einwohnerzahlen eingestuft wird. Somit scheint eine Ausweitung des Konzepts auf den gesamten Landkreis Nordsachsen unausweichlich und aus Gründen der Effektivität auch sinnvoll. In den kommenden Wochen und Monaten muss

sich das neu gegründete SAPV-Team noch etablieren und ihren Bekanntheitsgrad steigern.

10 Zusammenfassung

Mit der Weiterentwicklung von Pflegebedarfen und der daraus resultierenden Überarbeitung von Gesetzestexten werden stets neue Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung geschaffen. Die Palliativversorgung wie sie heute bekannt ist, ist ein verhältnismäßig junger Zweig innerhalb des Pflegebereichs. Die ersten formulierten Richtlinien für die SAPV wurden erst 2008 veröffentlicht. Seit dem haben bisher vorwiegend große Ballungszentren die Rolle der Vorreiter für Gründung neuer Strukturen in der SAPV übernommen. Die Etablierung und Strukturierung bedarf seiner Zeit, um so auch die besten Rahmenbedingungen für eine solche Einrichtung herauszukristallisieren.

Ziel dieser Untersuchung war es hinderliche und förderliche Faktoren aus Sicht der ambulanten Hausärzte sowie aus Sicht der Pflegeeinrichtungen vor Ort für die Implementierung eines regional agierenden Palliativteams für den Raum Oschatz zu identifizieren und somit die Erwartungen an ein gut funktionierendes Netzwerk der Palliativversorgung herauszufiltern. Hierzu wurden insgesamt 9 Personen einzeln in teilstrukturierten Interviews befragt, die im Raum Oschatz als Hausarzt bzw. Pflegedienstleitung im stationären wie auch ambulanten Bereich tätig sind.

Als wesentlicher hinderlicher Faktor für die bisherige Implementierung eines SAPV-Teams hat sich die fehlende Öffentlichkeitsarbeit, die fehlende Anzahl an palliativmedizinisch ausgebildeten Ärzten vor Ort und die regionale Begrenzung eines SAPV-Teams auf den Raum Oschatz herausgestellt. Weiterhin ist das ausbaufähige Entlassungsmanagement seitens der Klinik hervorzuheben. Einigkeit unter den Befragten hinsichtlich Einsicht der Notwendigkeit eines ambulanten Palliativteams ist ebenso als ein förderlicher Faktor zu betrachten wie die Einsatz- und Weiterbildungsbereitschaft seitens der pflegerischen Dienste. Diese positiven Erkenntnisse können der Region von großem Nutzen sein. Nahezu alle Befragten konnten die sich eine vergleichbare Struktur wie die des Kassenärztlichen Vertretungsdienstes mit einem festen Team aus Ärzten

und Pflegekräften zusammensetzt und von ortsansässigen Kräften in Bereitschaftszeiten ergänzt wird.

Der inzwischen gegründete Palliativnotdienst Nordsachsen konnte nach aktuellen Angaben bereits im ersten Jahr 230 Palliativpatienten in Form von seelsorgerischer, schmerztherapeutischer und symptomlindernder Betreuung zur Seite stehen. In einer engen Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzten erfolgt eine unkomplizierte Verordnung der Palliativversorgung und vermittelt den betroffenen Patienten auch ein Sicherheitsgefühl. Mit dem nun agierenden SAPV-Team und den genehmigten Palliativbetten in der Collm Klinik Oschatz kann somit eine nahtlose Versorgung der Palliativpatienten gesichert werden. Die vorwiegend im ambulanten Bereich vorhandenen Palliativschwestern können somit eine qualifizierte Weiterversorgung der Patienten in der Häuslichkeit sowie eine sensible Angehörigenbetreuung sicherstellen.

In den kommenden Jahren werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit zahlreiche weitere Regionen die Vorreiter der SAPV in Deutschland als Beispiel nehmen und es diesen gleichtun. Somit sollte langfristig gesehen eine flächendeckende SAPV nicht mehr abwegig sein.

11 Literatur- und Quellenverzeichnis

W. Burgheim (Hrsg.): Hospizarbeit – zurück in die Zukunft, Forum-Verlag, Merching 2006

C. Ebster, L. Stalzer: Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, 3., überarbeitete Auflage, Wien 2008

S.Kränzle, U.Schmid, C.Seeger: Palliativ Care – Handbuch für die Pflege, Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006

G. Seifert: Entwicklung, Analyse und Kritik empirischer Studien- spezialisierte Palliativversorgung aus Sicht der behandelnden Hausärzten sowie der zu versorgenden Patienten, Zwickau 2012

Internet

A. Perner et.al.: Internetzugriff 24.04.2012

Ambulante Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig, Schmerz - Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2010, Ausgabe 24

<http://www.springerlink.com/content/1067tm62q1455731/fulltext.pdf>

Th.Sitte: Internetzugriff 24.04.2012

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung – Problem oder Chance für Hausärzte und Spezialisten, Schmerz - Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2011, Ausgabe 25

<http://www.springerlink.com/content/q826vnj335737129/fulltext.pdf> ,

o.V.: Internetzugriff 23.01.2013

BMJV 2012,§ 37b, Abs.1 Satz 1, SGB V

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___37b.html

o.V.: Internetzugriff 13.07.2014

BMJV 2014,§ 71, Abs.3, SGB XI

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/___71.html

o.V.: Internetzugriff 25.01.2013

Hospiz- und Palliativversorgung, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html

o.V.: Internetzugriff 28.01.2013

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.de , Hospize ;Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2010-04-15-SAPV-RL.pdf Internetzugriff 01.07.2014

o.V: Internetzugriff 28.01.2013

WHO: Palliative Care ist ein wesentlicher Bestandteil der Krebsbekämpfung

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

o.V.: Internetzugriff am 23.01.2013

WHO, Definition von Palliative Care

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

12 Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Anschreiben Interviewanfrage

Anlage 2: Interviewleitfaden

13 Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Hilfe Dritter angefertigt habe und nur die in der Arbeit ausgewiesenen Hilfsmittel und Quellen verwendet worden sind. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch noch nicht veröffentlicht worden.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorthesis öffentlich zugänglich gemacht wird.

Liebschützberg, den 05.08.2014

Gabriele Seifert

Anlage 1: Anschreiben Interviewanfrage

Gabriele Seifert
Handwerkergasse 1
04758 Liebschützberg



Liebschützberg, den 28.06.2012

Anfrage für ein Gespräch

Sehr geehrte _____,

ich bin Studentin des 6. Semesters im Studienganges Pflegemanagement B.Sc. der Westsächsischen Hochschule Zwickau. Aktuell bin ich dabei meine Bachelorarbeit mit der Thematik Palliativversorgung von Patienten in einer ländlichen Region vorzubereiten. Da ich meine Ausbildung als Krankenschwester in der Collm-Klinik Oschatz absolviert habe und anschließend Pflegepraxis in meiner beruflichen Tätigkeit im Seniorenzentrum Vitaris Oschatz sammeln durfte, fühle ich mich meiner Heimatregion sehr verbunden. Ich möchte in meiner Abschlussarbeit förderliche und hinderliche Faktoren für die Entwicklung eines „Palliativteams“ in unserer Region Oschatz aus der Perspektive der versorgenden Hausärzte sowie der aus der Sicht des betreuenden Pflegebereichs ergründen, um somit nach Möglichkeit die Implementierung einer organisierten und strukturierten Palliativversorgung voranzutreiben.

In diesem Zusammenhang würde ich sehr gern mit Ihnen das Gespräch suchen und Sie herzlichst bitten mir ca. 30 Minuten Ihrer Zeit für dieses Projekt zu schenken. Für Terminvorschläge Ihrerseits bezüglich eines Gesprächs in Ihren Büroräumen bis zum 14.07.2012 bin ich offen. Die Inhalte des Gesprächs würden zur Vereinfachung der Auswertung auf Tonband aufgenommen und selbstverständlich anonymisiert.

Sollten Sie vorab noch Fragen haben, stehe ich Ihnen sehr gern per E-Mail unter GabrieleSeifertPM@web.de oder unter 0163/1613152 zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Mit freundlichen Grüßen

Gabriele Seifert

Anlage 2: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

- kurze persönliche Vorstellung
- Einverständnis für Interview und Aufzeichnung einholen
- Anonymität zusichern (sofern gewünscht)

- Wie sind Sie zum Beruf gekommen ? (Berufsbiographie / Wie kam der Kontakt zu Oschatz zustanden?)

- In wiefern war Palliativversorgung Thema in Ihrer Ausbildung ?

- Wie ist bei Ihnen die Palliativversorgung aktuell organisiert? Wie viele Fälle geschätzt pro Jahr (besser noch genaue Anzahl) ?

- Wer sind Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Beteiligten in der Palliativversorgung?

- Was läuft bisher ganz gut in der Palliativversorgung, wo sehen Sie Mängel? Welche vorhandene Strukturen würden Sie dafür aufgreifen und welche sind Ihrer Meinung nach noch zwingend notwendig für einen Erfolg des Projektes?

- Im Hinblick auf den vorangegangenen Versuch: Woran ist es Ihrer Ansicht nach gescheitert ?

- Wo sehen Sie Herausforderungen in diesem Projekt?

- Welche Motivation haben Sie sich an diesem Projekt zu beteiligen bzw. was spricht für Sie persönlich gegen eine Beteiligung an diesem Projekt?

- In welcher Rolle sehen Sie sich in diesem Projekt (Wie möchten Sie sich in diesem Projekt einbringen ?)

- Welche Ideen haben Sie bezüglich eines alternativen Versorgungsmodells?

- Was wäre für Sie ein wünschenswertes Ergebnis?

- Möchten Sie noch etwas ergänzen?

- Info, dass das Interview vergleichend mit anderen ausgewertet
- Danke für das Interview