Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern

Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV
(unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)

Ergebnisbericht

Prof. Dr. Werner Schneider (Projektleitung)
Dr. Dr. Eckhard Eichner (Projektleitung)

Ursula Thoms, M.A.
Franziska Kopitzsch, Dipl. Soz. tech.
Stephanie Stadelbacher, M.A.

Geförderte Projektlaufzeit: April 2012 – Juni 2014

Kontakt:
Universität Augsburg
Phil.-Sozialwiss. Fakultät
Universitätsstr. 10
86135 Augsburg
Tel: 0821-598-5570 (Durchwahl: -5679)
Fax: 0821-598-145570
Inhaltsverzeichnis:

1. Einführung .................................................................................................................. 8
2. Ergebnisse im Überblick und Handlungsempfehlungen ........................................ 10
   2.1 Allgemeine Kennzahlen und Merkmale der SAPV-Praxis .................................. 10
   2.2 SAPV-Patienten: Erwartungen und Versorgungsbedarfe aus Sicht der SAPV-Dienste .... 11
   2.3 SAPV aus Sicht der Patienten und Angehörigen .................................................. 12
   2.4 Erfassung, Typisierung und Abgrenzung von SAPV als ergänzendem Angebot zur AAPV .......... 14
   2.5 SAPV-Praxis im ländlichen Raum ......................................................................... 19
   2.6 Einfluss betriebswirtschaftlicher Merkmale der SAPV-Dienste auf die konkrete
       Ausgestaltung der SAPV – insbesondere auch im ländlichen Raum ......................... 22
   2.7 Wirksamkeit und Qualitätssicherung der SAPV: Zur Evaluation der SAPV-Praxis ........ 22
   2.8 Fazit ....................................................................................................................... 24
3. Ansatz, Konzeption und Durchführung der Studie ..................................................... 26
   3.1 Forschungsziel und Fragestellung ......................................................................... 26
   3.2 Empirisches Vorgehen ......................................................................................... 28
      3.2.1 Qualitative Erhebung ..................................................................................... 28
          3.2.1.1 Interviews mit SAPV-Diensten ............................................................... 30
          3.2.1.2 Interviews mit Akteuren der AAPV ...................................................... 32
          3.2.1.3 Interviews mit Angehörigen und Patienten ......................................... 33
          3.2.1.4 Weitere Methoden zur Datenerhebung und Strategien der qualitabiven
              Datenauswertung: Laufendes Feedback und Mitfahrten ......................... 34
          3.2.1.5 Expertentreffen ..................................................................................... 35
      3.2.2 Quantitative Forschung: Standarisierte Daten aus dem Bogen
          „SAPV-Einzelevaluation‘’ .................................................................................... 35
4. Ergebnisteil: Empirische Befunde zur SAPV-Praxis in Bayern .................................... 38
   4.1 SAPV und regionaler Kontext – Vorbemerkungen zur
       Stadt-Land-Problematik (in Bayern) ........................................................................ 38
       4.1.1 „Raumprobleme‘: Abgrenzung von ländlichen und städtischen Räumen .......... 39
       4.1.2 Demografischer Wandel: Ausgewählte Stichpunkte zur regionalen
           Bevölkerungsentwicklung in Bayern ............................................................... 42
   4.2 Allgemeine Beschreibung der SAPV-Praxis ............................................................ 44
      4.2.1 Kennzahlen und Merkmale ............................................................................. 44
      4.2.2 SAPV-Praxis erfolgreich? – Selbsteinschätzung der Dienste .............................. 55
   4.3 SAPV-Patienten – aus Sicht der SAPV-Dienste und weiterer AAPV-Akteure ............. 58
      4.3.1 Wahrgenommene Erwartungen der Patienten seitens der SAPV-Dienste ............ 58
      4.3.2 Patientengruppen (quantitative Analysen) ..................................................... 59
4.3.3 Patiententypen in der Wahrnehmung der SAPV-Dienste und weiterer AAPV-Akteure (qualitative Analyse) ................................................................. 63
4.3.3.1 Routinefälle .................................................................................. 63
4.3.3.2 Problemfälle .................................................................................. 64
4.3.3.3 Grenzfälle ...................................................................................... 66

4.4 Perspektive der Patienten und Angehörigen ............................................. 69
4.4.1 SAPV als Interaktions-Praxis ................................................................. 69
4.4.2 Vorhandene Versorgungsstrukturen und Betreuungsbeziehungen .......... 71
4.4.3 Überforderung der pflegenden Angehörigen und nicht hinreichende Berücksichtigung des Wunsches nach weiterer Unterstützung ....................... 72
4.4.4 Technische Hilfsmittel – das „Befremden“ der eigenen vier Wände ........ 73
4.4.5 Kommunikationsprobleme: Zu viel Sterben und Tod – zu wenig Leben .... 73

4.5 Prozess-, Struktur- und Kommunikationseffekte im Verhältnis SAPV und AAPV: Schnittstellenproblematiken und die Sicht der AAPV-Akteure .............................. 75
4.5.1 Unterstützungsbedarf der AAPV aus Sicht der SAPV ............................ 76
4.5.2 Hausarztperspektive ........................................................................... 80
4.5.3 Pflegedienste ...................................................................................... 84
4.5.4 Homecare ......................................................................................... 88
4.5.5 Ambulante Hospizdienste ................................................................. 91
4.5.6 Pflegeheime ...................................................................................... 97
4.5.7 Weitere stationäre Schnittstellen................................................................ 98
4.5.8 Zusammenfassung: Prozess-, Struktur- und Kommunikationseffekte der SAPV .... 99

4.6 SAPV-Praxis und die Versorgung im ländlichen Raum .............................. 102
4.6.1 Stadt-Land-Vergleich entlang ausgewählter quantitativer Ergebnisse ........ 103
4.6.2 Strukturelle Besonderheiten von SAPV im ländlichen Raum .................. 111
4.6.2.1 Allgemeine Beschreibungsmerkmale des ländlichen Raums und ihre Auswirkungen auf die SAPV-Praxis .......................................................... 111
4.6.2.2 Versorgungsstrukturen und Netzwerke in der Palliativversorgung – Zum Verhältnis von AAPV und SAPV im ländlichen Raum ......................... 113
4.6.2.3 Familie und private Hilfestrukturen ................................................ 116
4.6.3 Kulturelle Aspekte ländlicher Versorgung ............................................ 117
4.6.4 Ergänzende Sonderformen der SAPV im ländlichen Raum .................... 121
4.6.5 Ländliche Versorgung in anderen Bundesländern .................................. 123
4.6.5.1 Hessen .......................................................................................... 123
4.6.5.2 Saarland ....................................................................................... 124
4.6.5.3 Baden-Württemberg ................................................................. 125
5. Anhang ............................................................................................................................... 133
   5.1 Verwendete Literatur ........................................................................................................ 133
   5.2 Ergänzende Abbildungen und Tabellen ........................................................................... 134
   5.3 Weitere Informationsmaterialien .................................................................................... 145
      5.3.1 Bayerischer Einzelfallevaluationsbogen ................................................................. 145
      5.3.2 Liste der an der Untersuchung beteiligten SAPV-Dienste ........................................ 146
      5.3.3 Aufstellung der im Forschungsverlauf erhobenen Daten ......................................... 149
      5.3.4 Programme der Expertentreffen ................................................................................ 152
      5.3.5 Beschreibung der Datenerfassungssoftware ............................................................. 154
      5.3.6 Projektdokumentation ............................................................................................. 162

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Bezugrahmen von
Komplexität und Instabilität ................................................................................................. 16
Abb. 2: Ländlicher Raum, Verdichtungsraum, städtischer Raum in Bayern .......................... 40
Abb. 3: SAPV in Bayern (gelbe Flächen: SAPV-Versorgung, rot: Vertragsverhandlungen;
Stand April 2014) ................................................................................................................ 43
Abb. 4: Notarzteinsätze und Krankenhausteinweisungen unter SAPV ................................ 44
Abb. 5: Geschlecht, Alter und Wohnsituation der Patienten .................................................. 45
Abb. 6: Grundkrankheiten der Patienten ................................................................................ 46
Abb. 7: Pflegestufe zu Beginn und am Ende ........................................................................... 47
Abb. 8: Erstkontakt der SAPV-Patienten durch... ............................................................... 47
Abb. 9: Komplexitätsgrad über alle Patientenfälle hinweg ................................................... 48
Abb. 10: Komplexes Symptomgeschehen und weiteres komplexes Geschehen ..................... 49
Abb. 11: Ausprägung komplexes Symptomgeschehen .......................................................... 50
Abb. 12: Ausprägung weiteres komplexes Geschehen ........................................................... 51
Abb. 13: Wohnsituation und Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems ................. 52
Abb. 14: Besuche in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer ............................................. 53
Abb. 15: Sterbeort der unter SAPV verstorbenen Patienten .................................................... 54
Abb. 16: Sterbeort in Abhängigkeit von der Wohnsituation ................................................... 54
Abb. 17: SAPV-Realisierung aus Sicht des Dienstes erfolgreich? ........................................... 55
Abb. 18: SAPV-Realisierung erfolgreich?; abhängig vom Sterbeort ...................................... 56
Abb. 19: SAPV-Realisierung erfolgreich?; abhängig von der Wohnsituation ........................... 57
Abb. 20: Krankenhausteinweisungen abhängig von der Wohnsituation der Patienten .......... 57
Abb. 21: Erwartungen der Patienten ....................................................................................... 59
Abb. 22: Patientengruppen entlang des angegebenen ‚Geschehens’ ............................................................. 60
Abb. 23: Verteilung des komplexen Symptomgeschehens auf die vier Patientengruppen.......................... 60
Abb. 24: Komplexes Symptomgeschehen in den vier Patientengruppen – jeweils in starker Ausprägung.................................................................................................................. 61
Abb. 25: Verteilung des weiteren Geschehens auf die vier Patientengruppen................................................. 62
Abb. 26: Weiteres Geschehen in den vier Patientengruppen – jeweils in starker Ausprägung .............. 62
Abb. 27: Unterstützungsbedarf AAPV aus Sicht der SAPV-Dienste, differenziert nach Räumen............... 77
Abb. 28: Entstehungskontext der Dienste und Unterstützungsbedarf der AAPV........................................ 77
Abb. 29: Unterstützungsbedarf AAPV, differenziert nach Wohnsituation des Patienten .................... 78
Abb. 30: Durchgeführte Versorgung und Unterstützungsbedarf AAPV................................................. 79
Abb. 31: Prozess-, Struktur- und Kommunikationseffekte.............................................................................. 101
Abb. 32: Wohnsituation der betreuten SAPV-Patienten nach regionaler Klassifikation .................. 103
Abb. 33: Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems im Stadt-Land-Vergleich .................... 104
Abb. 34: Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems in Abhängigkeit der Wohnsituation – im großstädtischen Raum........................................................................................................... 105
Abb. 35: Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems in Abhängigkeit der Wohnsituation – im Verdichtungsraum ........................................................................................................... 105
Abb. 36: Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems in Abhängigkeit der Wohnsituation – im ländlichen Raum ........................................................................................................... 106
Abb. 37: Wohnsituation und Sterbeort – im großstädtischen Raum.......................................................... 106
Abb. 38: Wohnsituation und Sterbeort – im Verdichtungsraum ............................................................... 107
Abb. 39: Wohnsituation und Sterbeort – im ländlichen Raum ...................................................................... 107
Abb. 40: Akute Krisensituation des Patienten im Stadt-Land-Vergleich ............................................... 109
Abb. 41: Unterstützungsbedarf der AAPV im Stadt-Land-Vergleich ....................................................... 109
Abb. 42: Erwartung in Ruhe gelassen werden im Stadt/Land-Vergleich .............................................. 111
Abb. 43: Erwartungen im Stadt-Land-Vergleich (mit ‚ja, vorhanden’ gerechnet; auf Gesamt-N umgerechnet) .............................................................................................................................................. 119
Abb. 44: Erwartung Selbstbestimmung im Stadt/Land-Vergleich............................................................. 120
Abb. 45: Erwartung keine lebensverlängernden Maßnahmen im Stadt-Land-Vergleich ..................... 121
Abb. 46: Vergütung und Behandlungsdauer .............................................................................................. 127
Abb. 47: Vergütung und Anzahl der Besuche .............................................................................................. 128
Abb. 48: Behandlungsdauer und Anzahl der Besuche bei Fallpauschalen ............................................... 129
Abb. 49: Behandlungsdauer und Anzahl der Besuche bei Tagespauschalen ......................................... 129
Abb. 50: Behandlungsdauer und Anzahl der Besuche differenziert nach Vergütungsart (Linien) .... 130
Abb. 51: Behandlungsdauer bei Teams mit Fallpauschale ......................................................................... 130
Abb. 52: Behandlungsdauer bei Teams mit Tagespauschale .................................................................. 131
Abb. 53: Vergütung und Erstverordnung .................................................................................................... 131
Abb. 54: Vergütung und tatsächlich durchgeführte SAPV ....................................................................... 132
Abb. 55: SAPV-Patienten – nur tumoröse Erkrankungen ................................................................. 134
Abb. 56: SAPV-Patienten – nur nicht-tumoröse Erkrankungen .................................................. 135
Abb. 57: Verordnungen in der SAPV ........................................................................................................... 135
Abb. 58: Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen ....................................................................................... 135
Abb. 59: Erwartungen kongruent mit dem SAPV-Behandlungsziel?; undifferenziert ......................... 136
Abb. 60: Erwartungen kongruent mit SAPV-Behandlungsziel?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (vorhanden) .................................................................................................................. 136
Abb. 61: Erwartungen kongruent mit SAPV-Behandlungsziel?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (jeweils für Erwartungen mit starker Ausprägung) ................................................................. 137
Abb. 62: Erwartungen unter SAPV realisierbar?; undifferenziert ....................................................... 137
Abb. 63: Erwartungen unter SAPV realisierbar?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (vorhanden) .................................................................................................................. 138
Abb. 64: Erwartungen unter SAPV realisierbar?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (jeweils für Erwartungen mit starker Ausprägung) ................................................................. 139
Abb. 65: Weiteres Geschehen differenziert nach Wohnsituation (vorhanden) ..................................... 139
Abb. 66: Weiteres Geschehen differenziert nach Wohnsituation (jeweils Geschehen mit starker Ausprägung) .................................................................................................................. 140
Abb. 67: Wohnsituation der vier Patientengruppen ................................................................................. 140
Abb. 68: Grund der Beendigung von SAPV im Zusammenhang mit der Wohnsituation .................. 141
Abb. 69: Behandlungsdauer abhängig von der Wohnsituation ................................................................. 141
Abb. 70: Sterbeort nach Wunsch ............................................................................................................... 142
Abb. 71: Sterbeort nach Wunsch abhängig von Sterbeort ....................................................................... 142
Abb. 72: Startseite des Forschungsprojekts ............................................................................................... 154
Abb. 73: Downloadseite für die Vorträge des ersten Expertenpanels (20.07.2012) .............................. 155
Abb. 74: Übersicht Palliative Care Team mit Eingabemöglichkeiten für die in Bayern geforderten Teamangaben .................................................................................................................. 156
Abb. 75: Übersicht der Einzelfallevaluationen eines Teams ..................................................................... 157
Abb. 76: Dateneingabemaske Einzelfallevaluation ‚Beginn der SAPV‘ .................................................... 157
Abb. 77: Dateneingabemaske Einzelfallevaluation ‚Durchführung der SAPV‘ ........................................ 158
Abb. 78: Dateneingabemaske Einzelfallevaluation ‚Beendigung der SAPV‘ ............................................ 158
Abb. 79: Meldung beim Speichern eines unvollständigen Datensatzes ................................................ 159
Abb. 80: Rote Hervorhebung des Feldes, bei dem noch keine Eingabe erfolgt ist ................................. 159
Abb. 81: Jahresstatistikbogen .................................................................................................................. 160
Abb. 82: Grafische Aufbereitung der Altersverteilung der Patienten aus den eingegebenen Daten ................................................................................................................................................. 160
Abb. 83: Importfunktionalität zum Import beliebig vieler Einzelfallevaluationen aus ISPC® bzw. Pallidoc® in die Forschungssoftware .......................................................................................................... 161

Tabellenverzeichnis:
Tab. 1: Häufigkeiten der Krankenhausseinweisungen im Stadt/Land-Vergleich .................................. 108
Tab. 2: Erstkontakt im Stadt/Land-Vergleich .......................................................................................... 110
Tab. 3: Verteilung der Ausprägungen des vorhandenen komplexen Symptomgeschehens in den vier Patientengruppen ............................................. 143
Tab. 4: Verteilung der Ausprägungen des vorhandenen weiteren Geschehens in den vier Patientengruppen ............................................. 144
1. Einführung


Das im (empirischen) Untersuchungszeitraum insgesamt über 18 Monate laufende Forschungsprojekt (von April 2012 bis September 2013) wurde vom BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND PFLEGE (StMGP) und der PAULA KUBITSCHECK-VOGEL-STIFTUNG finanziell gefördert. Der Dank des Forschungsteam richtet sich zunächst an die beiden Geldgeber für die erhaltene Förderung und die unkomplizierte Zusammenarbeit.

Neben den vielen, für die Forschungsarbeit wertvollen Auskunftgebern – von ambulanten Pflegediensten und -heimen, Hospizdiensten über Homecare-Leistungserbringer bis hin zu Hausärzten sowie stationären Schnittstellen und dem MDK Bayern – geht ein besonderer Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der an der Untersuchung beteiligten bayerischen SAPV-Dienste mit ihren Palliative Care-Teams (PC-Teams). Dies gilt sowohl für die gute Kooperation als auch für die wertvolle Zeit, die sie dem Forschungsteam in Form von ausführlichen Expertisen, umfänglichen Gesprächen,


3 Hier ist namentlich Dr. Heidi Wurst für Auskünfte zu SAPV-Strukturvorgaben in Bayern zu danken.
Vor allem aber bedankt sich das Forschungsteam bei allen Patienten und Angehörigen, die in einer schweren Lebensphase und in schwierigen Alltagssituationen bereit waren, im Rahmen qualitativer Interviews Auskunft über ihre Erfahrungen mit der Versorgungsform SAPV zu geben.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Zenz von der Firma SMART-Q Softwaresysteme GmbH (ISPC®) und Herrn Reimann von der Firma Statconsult (Pallidoc®), dank deren der bayerische Einzelfallevaluati onsbo gen sowohl vollständig in den jeweiligen Patientendatenmanagementsystemen (ISPC® bzw. Pallidoc®) umgesetzt worden ist als auch durch eine eigene Exportschnittstelle die Datenübernahme in die Forschungssoftware möglich wurde.

Hilfreiche kritische Kommentare zu dem vorliegenden Text verdanken wir namentlich Elisabeth Alb recht, PALLIAMO Regensburg, und Josef Raischl, Christophorus Hospiz e.V. München, sowie Herrn Dr. Andreas Hoenig, PAULA KUBITSCHKE-VOGEL-STIFTUNG, und den Mitarbeitern/innen des BAYER ISCHEN STAATS MINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND PFLEGE (StMGP).

2. Ergebnisse im Überblick und Handlungsempfehlungen

Die folgenden Abschnitte greifen im Überblick die wesentlichen Forschungsfelder der Studienkonzeption auf, referieren eine Auswahl der aus den beiden Forschungssträngen gewonnenen Befunde und verdichten diese zu möglichst konkreten Handlungsempfehlungen für die Praxis.

Die hier in der Zusammenschau skizzierten Ergebnisse werden weiter unten in Kap. 4 dieses Berichts im Detail ausgeführt und diskutiert. Zur besseren Übersichtlichkeit werden schließlich ableitbare Handlungsempfehlungen gegeben und als solche kenntlich gemacht, wobei hier zu beachten ist: Handlungsempfehlungen können zwar aus empirischen Forschungsergebnissen abgeleitet werden, sind aber als Empfehlungen für die Praxis immer diskutabel. Sie sollten zwar aus den Ergebnissen heraus plausibilisierbar sein, bleiben jedoch prinzipiell kontingent. D.h.: Den formulierten Empfehlungen unterliegen keine zwingenden kausalen Ursache-Wirkungs-Relationen, sondern sie sind Deutungen von empirischen Befunden, die als Deutungen wiederum von der Praxis für die Praxis zu diskutieren und zu prüfen sind.4

2.1 Allgemeine Kennzahlen und Merkmale der SAPV-Praxis

SAPV leistet in Bayern – wie bereits in der ersten SAPV-Begleitstudie ausgewiesen – einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung am Lebensende.

Auf der Grundlage eines belastbaren empirischen Datenmaterials von insgesamt 7.799 standardisierten Evaluationsbögen (davon 4.263 Evaluationsbögen aus den Jahren 2012/2013 im Untersuchungszeitraum dieser Studie) und insgesamt 143 qualitativen Interviews (davon 84 im Rahmen dieser Studie) mit SAPV-Diensten bzw. ihren PC-Teams, weiteren Leistungsanbietern und Patienten sowie Angehörigen können für die SAPV in Bayern im Zeitraum von 2010-2013 folgende Basisdaten und Leistungskennzahlen genannt werden:

- Für eine deutliche Mehrheit der SAPV-Patienten kann auf Notarzteinsätze verzichtet werden (97,5%; Gesamt-N = 5.872).
- Ebenso sind für die meisten Patienten keine Krankenhaus-Einweisungen erforderlich (80,6%; Gesamt-N = 5.904).
- Zwei Drittel der unter SAPV verstorbenen Patienten (66,3 %; Gesamt-N = 4.887) sterben zuhause.
- Für nahezu alle Patienten, die unter SAPV zuhause verstorben sind, entsprach dieser Sterbeort auch deren Wunsch (96,1%; Gesamt-N = 3.141).
- Mehr als 3/4 aller dokumentierten SAPV-Patienten leiden an bösertigen Tumorneubildungen (77,7%; Gesamt-N = 7.476), so dass SAPV in Bayern seit ihrer Einführung bis dato vor allem auf Tumorpatienten konzentriert ist.
- Die am häufigsten genannten Faktoren, die mit ihrer Symptom- und Problemlast die SAPV-Praxis in Bayern bestimmen (jeweils Gesamt-N = 4.263), sind 'Schmerzsymptomatik' (84,9%) sowie 'Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsystems' des Patienten (86,1%). Hinzu kommen als weite-

---

4 Die Ergebnisdarstellung folgt nicht der Reihenfolge der Fragestellungen in der ursprünglichen Projektkonzeption, sondern orientiert sich an der inhaltlichen Struktur von Kap. 4 (vgl. dazu auch Kap. 3.1).
re dokumentierte Bedarfe die Unterstützung der AAPV (70%), die Bewältigung akuter Krisensituationen (70%) sowie Koordinationsaufgaben (69,2%).


**Ergebnis 1** (vgl. Kap. 4.2):
Für die in SAPV betreuten Patienten können in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen vermieden werden. SAPV ermöglicht das von den meisten Patienten gewünschte 'zuhause Sterben' bzw. am Lebensende möglichst lange zuhause bleiben zu können, trotz hoher somatischer Symptomlast und komplexem psycho-sozialen Geschehen.

**2.2 SAPV-Patienten: Erwartungen und Versorgungsbedarfe aus Sicht der SAPV-Dienste**

Das möglichst lange 'zuhause-bleiben-Können' am Lebensende sowie das – wenn gewünscht – 'zuhause Sterben' der Patienten wird von den SAPV-Diensten selbst als ein wesentliches Kriterium für die erfolgreiche Realisierung der Versorgung und Betreuung betrachtet (Kap. 4.2.2), wobei diese Sichtweise auch mit den von den Diensten wahrgenommenen Erwartungen seitens der Patienten korrespondiert.

**Ergebnis 2** (vgl. Kap. 4.3.1):
Die von den SAPV-Diensten dokumentierten Erwartungen der Patienten an die SAPV fokussieren Symptomlinderung (84,3% der dokumentierten Fälle), Vermeidung von Krankenhausaufenthalten (68,8%), keine lebensverlängernden Maßnahmen (60,7%) sowie Selbstbestimmung (58,6%).


**Ergebnis 3** (vgl. Kap. 4.3.2):

Für die praktische Behandlungssituation vor Ort berichten die SAPV-Dienste (ebenso wie die in die Versorgung involvierten weiteren AAPV-Akteure) entlang einer Unterscheidung von Routine- versus
Problemfällen, dass bei Problemfällen – also solche Fälle, für die keine bewährten Handlungs Routinen verfügbar sind – typischerweise die Problembeschreibungen weniger um medizinisch-pflegerische als um psycho-soziale Aspekte kreisen. Verschärft wird der Versorgungsauftrag vor allem dann, wenn hierbei die soziale Organisation des Betreuungsgeschehens massiv erschwerende Problematiken wie psychische Erkrankungen oder Suchtproblematiken bei Patienten und/oder Angehörigen hinzukommen (vgl. Kap. 4.3.3.1 und 4.3.3.2).


### 2.3 SAPV aus Sicht der Patienten und Angehörigen


In den ausgewählten Fällen, in denen die SAPV als problematisch und/oder konflikthaft wahrgenommen wurde, konnten – vor dem Hintergrund der in der ersten SAPV-Begleitstudie identifizierten Wirk-Faktoren „Symptomlinderung“, „Sicherheitsversprechen“ und „Alltagsrahmung/Normalisierung“ – typischerweise folgende Zusammenhänge identifiziert werden: Wenn die palliative Versorgung von den Patienten und/oder Angehörigen als problematisch, konflikthaft wahrgenommen wurde,

- stand eine – aus Patienten- und/oder Angehörigensicht – standardisierte und normierte Betreuung der von ihnen gewünschten subjektzentrierten und bedürfnisorientierten Interaktions-Praxis mit dem PC-Team entgegen;
- wurden bereits vorhandene Versorgungsstrukturen ignoriert und Angehörige als „Experten“ ihrer eigenen alltagsweltlichen Bezüge nicht ausreichend einbezogen, so dass bestehende Betreuungsbeziehungen und die für Patienten wie für Angehörige wichtige normalisierende Alltagsrahmung des Betreuungsgeschehens zuhause gefährdet war;
wurde der Überforderung von pflegenden Angehörigen sowie dem Wunsch nach weiterer Unterstützung nicht hinreichend Rechnung getragen;

• drohte der Einsatz von technischen Hilfsmitteln in den ‘eigenen vier Wänden’ von Patienten und Angehörigen einem ‚Befremden’ dieser eigenen vier Wände Vorschub zu leisten, so dass das Sterben daheim, in der vertrauten Umgebung konterkariert wurde;

• überwog in der Kommunikation mit dem PC-Team aus Sicht der Patienten bzw. Angehörigen ein ‚Zuviel’ an Thematisierungen von Sterben und Tod.

Auffällig erscheint bei den benannten Problembereichen, dass hierbei vor allem der Wirkfaktor ‚Alltagsrahmung/Normalisierung’ aus der ersten SAPV-Studie in Frage steht.

**Ergebnis 4 (vgl. Kap. 4.4):**


**Handlungsempfehlung 1:**
Vor dem Hintergrund des hohen Unterstützungsbedarfs des privaten Bezugssystems (vgl. Kap. 2.1) sowie der skizzierten Problembereiche aus Sicht der Patienten und Angehörigen (vgl. Kap. 4.4) ist für SAPV-Dienste eine möglichst umfassende sozialarbeiterische Kompetenz mit entsprechender Sensibilität für soziale und kulturelle Vielfalt sowie mit Aufmerksamkeit für die lebensweltlichen Relevanzen der Patienten und Angehörigen in ihren ‚eigenen vier Wänden’ anzustreben.

---

5 Dies betrifft letztlich sämtliche Rollen eines multiprofessionellen PC-Teams, da psycho-soziale Unterstützungsleistungen in unterschiedlichen Formen von allen Teammitgliedern erbracht werden, adressiert aber insbesondere auch die Aufgabenbereiche von sozialer Arbeit bis hin zur spirituellen Versorgung/Seelsorge (vgl. hierzu auch Kap. 4.2.1).
2.4 Erfassung, Typisierung und Abgrenzung von SAPV als ergänzendem Angebot zur AAPV

Eine solche, mit Blick auf die Patienten, Angehörigen und die Situation vor Ort notwendige, Perspektiven- und Kompetenzenpluralität ist auch hinsichtlich des Verhältnisses von SAPV und AAPV erforderlich, denn SAPV verändert das Feld der AAPV vor Ort grundlegend: bei den bestehenden Vernetzungen, bei den bisherigen Versorgerrollen, beim Selbstverständnis der bis dato versorgenden Dienstleister (Hausärzte, Pflegedienste, Home Care Unternehmen, Hospizdienste etc.).

Ergebnis 5 (vgl. Kap. 4.5):


Hier zeigen die Daten, dass SAPV zum einen zu einer verlässlichen und sicheren Versorgungssituation beiträgt und einen hohen Entlastungsfaktor für die Kooperationspartner mit sich bringt, vorausgesetzt die Stabilisierung des Versorgungsnetzwerkes gelingt. Ebenso deuten die qualitativen Daten aber auch darauf hin, dass sich mit stabilen SAPV-Netzwerken gleichsam abgeschlossene Kooperationssysteme entwickeln können, in deren Folge solche Akteure, deren Logik und Arbeitsweise nicht der des SAPV-Netzwerkes entsprechen, aus den Netzwerken ausgeschlossen bleiben oder gar aus der Versorgung tendenziell verdrängt werden.


**Ergebnis 6 (vgl. Kap. 4.5.1):**


**Ergebnis 7 (vgl. Kap. 4.5.2-4.5.6):**

Bei Hausärzten, Pflegediensten und Hospizdiensten wird SAPV als entlastendes, kompensierendes oder konkurrierendes Angebot wahrgenommen, wobei die Konkurrenzwahrnehmung bei AAPV-Akteuren typischerweise dann dominiert, wenn Kommunikationsdefizite zwischen ihnen und dem SAPV-Dienst erkennbar sind. Vor allem Pflegedienste und Hospizdienste verweisen auch bei bestehenden Kooperationen auf ungleiche Machtverhältnisse und fehlende Anerkennung der jeweiligen Expertisen.

rechtzeitige Sicherstellung einer spezialisierten Versorgung als auch frühzeitig aufgebaute persönliche Beziehungen zwischen Patient und Angehörigen und mit einer möglichst großen Kontinuität der versorgenden, betreuenden und/oder begleitenden Personen realisierbar.

Abb. 1: Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Bezugsrahmen von Komplexität und Instabilität

Derzeit zeigen die vorliegenden Daten jedoch eher ein recht uneinheitliches Bild hinsichtlich des Zeitpunktes der Einbindung der SAPV in das Versorgungsgeschehen, und sie zeigen vor allem eine Kontinuierung der SAPV bei der Betreuung der Patienten als Teil-/Vollversorgung. In diese Richtung deuten die wenigen Intermittierungen und geringen Rückverlegungen in den quantitativen Daten ebenso wie Hinweise in den qualitativen Interviews. Die meisten Patienten verbleiben in und versterben auch unter SAPV. Um hier genauere Aussagen zu einzelnen Fallverläufen machen zu können, wären systematisch erhobene Angaben über Entlassungen und Wiederaufnahmen von SAPV-Patienten erforderlich inkl. der jeweiligen Gründe, die zu den Umbrüchen im Versorgungsgeschehen im Rahmen des jeweiligen Krankheits-/Sterbeverlaufs geführt haben. Dann bekäme man genauer Auskunft bspw. über Rückführungen in die AAPV bzw. darüber, an welchen Stellen und bei welchen Patienten mit welchen Merkmalen (Symptomgeschehen, Versorgungsaufwand etc.) solche Rückführungen gelingen und umgekehrt Wiederaufnahmen in die SAPV nötig werden. Mit solchen Informationen wäre besser einschätzbar, ob und inwieweit die SAPV-Praxis dem Anspruch gerecht wird, die vorhandene AAPV bedarfsangemessen zu unterstützen, zu verstärken und sie nicht zu dominieren oder gar zu ersetzen. Hieraus ergäbe sich als ein möglicher weiterer Qualitätsindikator für eine Versorgungsregion, dass die Kombination einer umfassenden und qualifizierten AAPV mit einer flexiblen, vor allem auch an Intermittierungen (und nicht nur am Wunschsterbeort ‚Zuhause‘) gemessenen

SAPV im Hintergrund entscheidend ist, um im Zusammenspiel strukturell und prozessbezogen ‚gutes Sterben‘ in häuslicher Umgebung zu sichern.

**Ergebnis 8** (vgl. Kap. 4.5.8):

Die Vernetzung verschiedener AAPV- und SAPV-Akteure vor Ort ist nicht nur für die Kooperation im Rahmen des Versorgungsgeschehens entscheidend, sondern bereits für die Frage, wann und durch wen der Patient in die SAPV kommt. Eine früh- bzw. genauer: rechtzeitige Kontaktaufnahme mit dem SAPV-Dienst ermöglicht eine gewisse personale und strukturelle Sicherheit für den Patienten, was auch und gerade am Lebensende bedeutsam erscheint. Gleichzeitig ist sowohl die Offenheit des SAPV-Netzwerkes als auch die AAPV-Struktur vor Ort (z.B. Zeit, Flexibilität, Kompetenzen) dafür entscheidend, ob AAPV die Hauptversorgung bieten kann und SAPV tatsächlich ‚nur‘ ein ergänzendes Angebot darstellt. Derzeit zeigen sich – je nach Situation vor Ort – eher Tendenzen einer Koorientierung von SAPV angesichts ausbleibender Rückführungen in die AAPV.


**Handlungsempfehlung 2:**


---

erforderlich, die dann gemeinsam von den vernetzten Akteuren (AAPV wie SAPV) bzw. je nach Anforderungen des einzelnen Falls von der SAPV oder von AAPV-Akteuren getragen werden kann.

**Handlungsempfehlung 3:**


**Handlungsempfehlung 4:**


**Handlungsempfehlung 5:**

Die Entwicklung der AAPV vor Ort (gemäß der jeweiligen regionalen Merkmale) sollte durch die Identifikation der verfügbaren Qualifizierungsprofile im Bereich Palliativversorgung (z.B. Palliativkompetenzen des Hausarztes, Möglichkeiten des Einsatzes des Pflege- und/oder ambulanten Hospizdienstes etc.), durch entsprechende Schnittstellenbeschreibung(en) und durch definierte Übernahmekriterien gefördert werden, um das Schnittstellenmanagement zwischen AAPV und SAPV zu optimieren und eine klare Abgrenzung zwischen indizierten und nicht-indizierten SAPV-Fällen zu gewährleisten (im Sinne von Leitlinien zur Vernetzung und Zusammenarbeit; vgl. hierzu auch Kap. 2.2 bzw. 4.3.3). Die jeweils regional bzw. vor Ort vorhandene AAPV ist von den SAPV-Diensten mit fachlichen, strukturellen und organisatorischen Informationen und Wissen zu den Möglichkeiten der SAPV auszustatten, um so die Möglichkeit und die Bereitschaft zu deren Einbeziehung in die Versorgung zu befördern (z.B. bei SAPV-indizierten Nicht-Tumor-Patienten; vgl. Kap. 2.1).

**Handlungsempfehlung 6:**

Im Anschluss an Handlungsempfehlung 3, 4 und 5 gilt es, die Bedingungen der Beendigung einer SAPV durch Rückführung des Patienten in die AAPV, also in die Hausarztversorgung, Betreuung durch Pflegedienste, Begleitung durch ambulante Hospizdienste weiter zu verbessern. Dazu gehört nicht nur die entsprechende personelle, fachliche und strukturelle Ausstattung der AAPV, sondern ebenso die Bereitschaft der SAPV-Dienste zur Verantwortungsübergabe an die AAPV-Akteure vor Ort inkl. des hierfür erforderlichen Informationsaustauschs.

**Handlungsempfehlung 7:**

Hinsichtlich der politisch-öffentlichen Kommunikation ebenso wie in der konkreten Beratung der Patienten und Angehörigen sollte möglichst keine qualitative Differenzierung zwischen SAPV und anderen palliativen Versorgungsangeboten erfolgen und generell von einem flexiblen, individuell anpassbaren regionalen Angebotsspektrum in der palliativen Versorgung die Rede sein.
2.5 SAPV-Praxis im ländlichen Raum

**Ergebnis 9** (vgl. Kap. 4.6):

**Ergebnis 10** (vgl. Kap. 4.6.1):
Insgesamt wohnen in allen Regionalräumen (ländlicher Raum, Verdichtungsraum und städtischer Raum) die SAPV-Patienten am häufigsten mit Angehörigen zusammen. Unterschiede zeigen sich bei den Alleinlebenden, die in der Großstadt häufiger vorkommen, auf dem Land leben dagegen Patienten eher im Pflegeheim. Das spiegelt sich in den unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen ‚um den Patienten herum‘ sowie in Krisensituationen bzw. im Sicherheitserleben des Patienten selbst wider. Ein Grund für die regional verschiedenen Wohnsituationen der Patienten sind u.a. die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen, die in der Stadt eine Versorgung Alleinlebender in ihren eigenen ‚vier Wänden‘ eher ermöglichen als auf dem Land. Darüber hinaus zeigt sich ein weiterer Unterschied zwischen den drei Regionen bei der Frage nach dem Erstkontakt. In großstädtischen Regionen werden 42% der Versorgungen über den stationären Kontext initiiert (Krankenhaus), wohingegen im nicht-städtischen Bereich dem Hausarzt als Zuweisung in die SAPV eine große Bedeutung zukommt: Jeder vierte Fall auf dem Land und mehr als jeder dritte im Verdichtungsraum wird über den Hausarzt in die SAPV vermittelt (im Vergleich zu 7% in der Großstadt). Dieser Befund deutet auf unterschiedliche Kontexte der SAPV-Praxis hin, für die nicht zuletzt der Stellenwert und Grad der Involviertheit des behandelnden Hausarztes eine Rolle spielt. Mit Versorgungen in (eher) ländlichen oder (eher) großstädtischen Gebieten gehen aber vor allem Unterschiede in den Strukturen und damit auch den Anforderungen an die SAPV-Praxis einher (vgl. Kap. 4.6.2.2). So hängt es von der Ressourcenlage des einzelnen SAPV-Dienstes ab, ob die Versorgung auf dem Land, die z.T. mehrere Landkreise umfasst, eine wirtschaftliche und wohnortnahe Inanspruchnahme der palliativen Versorgung bei vertretbaren Einsatzzeiten ermöglicht. In jedem Fall ist der Organisationsaufwand mit Bezug auf die Patienten typischerweise anders als in der Stadt. Zu nennen ist hier z.B. die schlechte Erreichbarkeit der Patienten (in technischer und infrastruktureller Hinsicht) sowie die vergleichsweise geringere Anzahl von Versorgungseinrichtungen, die dement sprechend eine noch weiter vorausschauende Krisenplanung durch den SAPV-Dienst erfordern. Neben fehlenden Fachärzten gibt es auch zu wenige Hausärzte, die zudem mitunter ihrem Selbstver-

Ergebnis 11 (vgl. Kap. 4.6.2):
Neben den Wohnsituationen sind auch unterschiedliche (infra-)strukturelle Merkmale prägend für die Versorgungssituation und die SAPV-Praxis vor Ort. Auf dem Land scheint der Hausarzt noch eine größere Bedeutung zu haben als in der Stadt, was sich z.B. bei der Vermittlung in die SAPV zeigt. Darüber hinaus ergibt die z.T. unzureichende Versorgungslage auf dem Land hohen Koordinations-, Kooperations- und vor allem Organisationsaufwand für die SAPV-Dienste. Gerade auf dem Land erscheint daher die Vernetzung vorhandener Ressourcen entscheidend für die Qualität der Versorgung der Patienten.


Ergebnis 12 (vgl. Kap. 4.6.3):


Deshalb sollte die Weiterentwicklung der SAPV im ländlichen Raum noch stärker solche Versorgungsmodelle verfolgen, die den regionalen Bedingungen und Besonderheiten flexibel anpassbar sind. Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, dass generell mit Blick auf die ‚Stadt-Land-Problematik‘

**Ergebnis 13** (vgl. Kap. 4.6.2-4.6.4):

Die Regionalräume, in denen die SAPV-Praxis ausgestaltet wird, müssen als unterschiedliche Strukturräume und je eigene Kulturräume und damit auch als unterschiedliche Sozialräume verstanden werden. Diese sind die kulturellen Differenzen stärker zu gewichten als die strukturellen Unterschiede, da letztere durch entsprechende Maßnahmen gezielt beeinflusst werden können. Die mit den je gegebenen kulturellen und strukturellen Bedingungen vor Ort einhergehende Heterogenität der SAPV-Praxis erfordert flexible Betreuungs-, Koordinations- und Vernetzungsstrategien der SAPV-Dienste, die das bisherige, bewährte Team-Modell z.T. ergänzen können.


Aus den skizzierten Befunden lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten.

**Handlungsempfehlung 8:**

Im Blick auf den ländlichen Raum erscheint auf der Grundlage der vorgegebenen Merkmale für Neugründungen für die Weiterentwicklung des Versorgungsangebots die Flexibilisierung von SAPV-Modellen sinnvoll. Hierzu gehört z.B. die Bildung landkreisübergreifender Strukturen, die sich sowohl an gegebenen quantitativen Versorgungsschlüsseln (Einwohnerzahl) als auch an kulturell gewachsenen Versorgungsräumen orientieren. Konkret sollten regionale Unterschiede – d.h.: die jeweilige Regionalkultur, der jeweilige Sozialraum, die vorhandenen Versorgungsstrukturen sowie die infrastrukturellen Gegebenheiten – bei der Planung, Realisierung und Finanzierung von SAPV-Versorgungsstrukturen weiterhin konsequent Berücksichtigung finden (z.B. Größe der Versorgungs-

gebiete, Größe der PC-Teams etc.\textsuperscript{9}). Allerdings ist dabei zwingend auf eine integrierende Fallarbeit (entsprechende Teamsitzungen etc.) sowie Multiprofessionalität in den SAPV-Dienststrukturen und den Netzwerkstrukturen mit AAPV-Akteuren zu achten.

**Handlungsempfehlung 9:**


### 2.6 Einfluss betriebswirtschaftlicher Merkmale der SAPV-Dienste auf die konkrete Ausgestaltung der SAPV – insbesondere auch im ländlichen Raum

**Ergebnis 14** (vgl. Kap. 4.7):

Der vordergründig zu erwartende Einfluss des Vergütungssystems auf das Leistungsgeschehen ist in den derzeit vorliegenden Daten nicht erkennbar.

Sowohl auf Basis der quantitativen wie auch qualitativen Daten können keine gesicherten Aussagen zum Einfluss betriebswirtschaftlicher Merkmale der SAPV-Dienste auf die konkrete Ausgestaltung der SAPV gemacht werden. Dies kann auf Basis der vorliegenden Forschungsdaten nur im Rahmen einer deutschlandweiten Vergleichsstudie unter Berücksichtigung der konkret geschlossenen Verträge inkl. der Finanzierungsmodelle und -modalitäten, der Vergütungsformen (Einzel- und Pauschalen, Tagespauschalen etc.) erfolgen.

Für weitergehende Erkenntnisse bedarf es neben einer ‘klassischen’ SAPV-Versorgungsforschung somit einer grundlegenden gesundheitsökonomischen Analyse (Bevölkerungsstruktur, vorhandene AAPV-Struktur, Angebot an Fachkräften) und einer deutschlandweiten multiprofessionellen Vergleichsforschung.

### 2.7 Wirksamkeit und Qualitätssicherung der SAPV: Zur Evaluation der SAPV-Praxis

**Ergebnis 15** (vgl. Kap. 4):\textsuperscript{10}

Die gelebte SAPV in Bayern erbringt zwar weiterhin umfassend eine hohe Ergebnisqualität, allerdings bei inzwischen deutlicher werdenden Unterschieden in der konkreten SAPV-Praxis vor Ort (je nach Regionalraum, je nach Diensttypen, Grad der Vernetzung etc.).

\textsuperscript{9} So sind in Bayern bereits seit 2010 bei einer Bezugsgröße von 125.000 Einwohnern im Einzugsgebiet kleinere Teams möglich.

\textsuperscript{10} Die folgenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf den Validierungs-Diskussionen zur SAPV-Evaluation bzw. zum Einzelfallevaluationsbogen im Rahmen der Projektsteuerkreistreffen, auf der methodenkritischen Analyse der quantitativen Datenzusammenfassungen und der Konfrontation der quantitativen Befunde mit den qualitativen Analysen der Interviewdaten.


Der Einzelfallevaluationsbogen benötigt folglich eine Weiterentwicklung hinsichtlich der Präzisierung einiger weniger Items, den Einbezug von zwei Messzeitpunkten sowie eine Erweiterung um die Patienten- und Angehörigenperspektive. Beide SAPV-Begleitstudien haben in ihrem Blick auf die Patienten- und Angehörigenperspektive gezeigt, wie wichtig es ist, z.B. die Erwartungen an die palliative Versorgung, aber auch die Wahrnehmungen und Deutungen in der Betreuung seitens der Patienten und Angehörigen zu kennen. Dabei kann es bei der Evaluation der SAPV-Praxis selbstredend nicht um
Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern

Ergebnisbericht

Eine allgemeine Erfolgs- oder Zufriedenheitseinschätzung der erhaltenen SAPV seitens der Patienten oder Angehörigen gehen, zu welchem Zeitpunkt diese auch immer vorzunehmen wäre. Sinnvoll wäre vielmehr eine für die Betroffenen systematisch gegebene Möglichkeit einer Rückmeldung zur erhaltenen ambulanten Palliativbetreuung – im Idealfall so, dass die PC-Teams in ihrer Praxisgestaltung darauf reagieren können.

Ebenfalls kritisch zu hinterfragen ist die Tatsache, dass es sich bei der gegenwärtigen Evaluation um eine bayernweite Erfassung handelt und damit die Vergleichbarkeit mit anderen Formen der SAPV in anderen Bundesländern nicht möglich ist. Langfristiges Ziel sollte deswegen sein, die Erkenntnisse der bayerischen Evaluationsforschung in eine deutschlandweite SAPV-Evaluation einfließen zu lassen.

Auch sichtbar ergeben sich für die Betroffenen systematisch gegebene Möglichkeit einer Rückmeldung zur erhaltenen ambulanten Palliativbetreuung – im Idealfall so, dass die PC-Teams in ihrer Praxisgestaltung darauf reagieren können.

Die eigentliche Weiterentwicklung des bestehenden Evaluationsinstruments entsprechend der hier gemachten Vorschläge ist der Selbstverwaltung (Krankenkassen, SAPV-Dienste, Bündnis SAPV Bayern) vorbehalten. Vertraglich zwischen den SAPV-Vertragsparteien vereinbart ist die Erstellung eines Einzelfallevaluationsbogens je Fall, die beim jeweiligen Dienst verbleiben. Bisher nicht vereinbart ist das Procedere, wer die Auswertungen der Einzelfallevaluationsbögen außerhalb der nun abgeschlossenen Forschungen übernehmen soll. Darüber hinaus ist auch die Pflege und Weiterentwicklung der zugrundeliegenden Softwaresysteme zu bedenken.


2.8 Fazit

Im Zentrum steht das Ziel einer bedarfsgerechten und bedürfnisorientierten allgemeinen Palliativversorgung am Lebensende als solche, zumal aus Patientensicht die Differenz zwischen AAPV und SAPV im Grundsatz als irrelevant erscheint. Wie viel SAPV vor Ort erforderlich ist, hängt von der jeweiligen Infrastruktur, von der Fachlichkeit der verfügbaren Versorgungsdichtevereine, von ihrer Vernetzung ab – diese strukturellen Faktoren in Verbindung mit regionalkulturellen Gegebenheiten bestimmen Ausmaß und Ausgestaltung der SAPV in ihrem Verhältnis zu AAPV. Für die Zukunft dürfte gelten: Je mehr die Versorgungsdichtevereine der AAPV vor Ort gestärkt sind, umso mehr wird die SAPV sich einerseits auf präventiv wirksame Beratung und Koordination sowie andererseits als wichtiges Glied in der Versor-

Eine fortdauernde, jährlich stattfindende Auswertung der vertraglich vereinbarten Einzelfallevaluationen kann nicht über Forschungsgelder finanziert sein, sondern muss durch den Vertragspartner (Krankenkassen, SAPV-Leistungserbringer) geregelt werden. In ihrer Sitzung am 13.05.2014 hat das Bündnis SAPV in Bayern - Fachgruppe der SAPV-Leistungserbringer beschlossen, eine eigene Arbeitsgruppe zu bilden, in der diese Fragen (wie Weiterentwicklung des Einzelfallevaluationsbogens, zukünftige Finanzierung der Auswertungen, Auswertungsbetrieb) besprochen werden, um sich dann gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassen Anfang Juli abzustimmen, ob, wie und ggf. in welcher Form die bayernerische Einzelfallevaluation fortgeführt werden kann.
gungskette auf jene Teil-/Vollversorgungen konzentrieren können, die ohne sie nicht ambulant versorgbar wären.
3. Ansatz, Konzeption und Durchführung der Studie

Um die Fundamente der in Kap. 4 dargestellten empirischen Befunde und Ergebnisse auszuweisen, skizzieren die folgenden Abschnitte den zugrunde liegenden Forschungsansatz mit den erkenntnisleitenden Forschungsfragen sowie die zweigleisige – quantitativ wie qualitativ ausgerichtete – methodische Konzeption der Studie.

3.1 Forschungsziel und Fragestellung


3.1.1 Ziele der Studie


dem vorliegenden standardisierten Instrument ’Einzelfallevaluationsbogen‘ die Qualitätssicherung der SAPV-Praxis zu unterstützen.

Demzufolge war das Projekt – gemäß Projektkonzeption von 2012 – durch folgende vier Gruppen von Fragen charakterisiert:15

(1) SAPV-Praxis im ländlichen Raum:
- Erfassung und Vergleich bestehender bayerischer SAPV-Modelle im ländlichen Raum: Inwieweit unterscheiden sich diese Strukturen von den rein städtischen bzw. eher stadtbasierten Modellen?
- Erfassung und Vergleich bestehender außerbayerischer SAPV-Modelle im ländlichen Raum Deutschlands bzw. in urbanen Mischregionen: Inwieweit unterscheiden sich deren Strukturen von den bayerischen Modellen, inwieweit kann hiervon gelernt werden?
- Wie unterscheidet sich die SAPV-Praxis im ländlichen Raum von SAPV in städtischen Räumen (verschiedene Implementierungspraktiken, verschiedene Vernetzungen, verschiedene kulturelle Rahmenbedingungen des ‚Helfens‘ bei Patienten/Angehörigen etc.)?
- Welche besonderen Herausforderungen im ländlichen Raum sind wirksam und behindern dort die Entwicklung von SAPV (strukturell-organisatorisch, kulturell, spezifische Rahmenbedingungen je nach Region)?
- Welchen Einfluss haben betriebswirtschaftliche Faktoren der SAPV-Dienste auf die konkrete Ausgestaltung der SAPV – insbesondere auch im ländlichen Raum?

(2) Erfassung, Abgrenzung und Typisierung von SAPV als ergänzendem Angebot:
- Was führt zum Einsatz von SAPV? Wann wird SAPV als notwendig erachtet?
- Was sind typische SAPV-Fallkonstellationen in Bayern? Welche Merkmale charakterisieren SAPV-Fälle im Vergleich zu AAPV-Fällen? Welche Fälle werden warum und wie von der AAPV zur SAPV übergeben? Wer (aus dem Bereich der AAPV) initielt üblicherweise wie den SAPV-Einsatz?
- Welchen Stellenwert haben für die Beantwortung dieser Fragen: die vorhandene AAPV-Struktur, der Grad der Vernetzung von AAPV und SAPV, Patientenmerkmale, Merkmale des sozialen Umfeldes des Patienten und seiner lebensweltlichen Bezüge?
- In welchem Ausmaß und in welcher Gestalt sind – aus Sicht der am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure – die für die SAPV benannten Wirkfaktoren auch in der AAPV relevant, um dort ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen? Worin unterscheiden sich die oben genannten Wirkfaktoren im Kontext von AAPV und SAPV?
- Was kennzeichnet die SAPV-Praxis insbesondere an der Schnittstelle zur AAPV? Worin besteht die Ergänzung der bestehenden AAPV-Strukturen durch SAPV? Welche Probleme bei Kooperationen mit Hausärzten oder Pflegediensten kennzeichnen die SAPV? Welchen Einfluss hat dabei das Netzwerk auf die SAPV-Tätigkeit?
- Wie und unter welchen Bedingungen ist eine Beendigung der SAPV und Rückkehr des Patienten in die AAPV möglich?

(3) Zusammenhang von betriebswirtschaftlichen Faktoren und Ausgestaltung der SAPV-Praxis:

15 http://www.philso.uni-augsburg.de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne_medien/schneider/120516_Projektantrag-Struktur-Prozesseffekte-SAPV_Homepage.pdf (zuletzt eingesehen am 12.05.2014); die Gliederung im Ergebniskapitel (Kap. 4) und damit die Reihenfolge bzw. Struktur der inhaltlichen Bearbeitung der genannten Fragestellungen weicht aus Gründen der argumentativen Stringenz von der hier aus dem Antrag übernommenen Darstellungsform ab.
• Stellen die bestehenden Verträge mit den PC-Teams eine angemessene Finanzierung der SAPV sicher
• Welchen Einfluss hat die Vergütungsvereinbarung (Tagespauschalen, Fallpauschalen) auf die Ausgestaltung der SAPV-Praxis?
• Braucht es ggf. noch andere Finanzierungsmodelle als die bislang eingesetzten, um bspw. die Versorgung im ländlichen Raum weiter befördern zu können?
• Ist SAPV in Bayern – auf der Basis der bislang verfügbaren Daten – insgesamt als kosteneffizient zu beurteilen?

(4) Wirksamkeit und Qualitätssicherung der SAPV:
• Sind die zu erfassenden Items auf dem überarbeiteten „Einzelfallevaluationsbogen‘ geeignet, im Sinne einer Bewertung von Wirksamkeit Aussagen für die weitere Qualitätsentwicklung der SAPV zu unterstützen?
• Inwieweit genügt der vorliegende modifizierte Einzelfallevaluationsbogen dem Anspruch, mit möglichst wenig (zeitlich-bürokratischem) Aufwand Qualität zu evaluieren, sodass weiterhin die Arbeit für Patienten und Angehörige im Mittelpunkt stehen kann?
• Kann die methodische Qualität (insbesondere Validität) des neuen Einzelfallevaluationsbogens bestätigt werden?

Zu Projektbeginn wurden diese – auch aus der ersten SAPV-Studie resultierenden – Fragen zunächst in einer intensiven Diskussion im Projektsteuerungskreis\(^{16}\) hinsichtlich ihrer empirisch-methodischen Bearbeitung geprüft sowie dann in einem größeren Expertenkreis (vgl. Kap. 3.2.1.5) ausführlich erörtert. Die daraus resultierenden weiteren methodischen Vorgehensweisen werden im nächsten Abschnitt skizziert.

### 3.2 Empirisches Vorgehen

Methodisch war die Studie zweigleisig angelegt und bestand aus einem quantitativen und einem qualitativen Forschungsteil. Der quantitative Forschungsstrang hatte die Aufgabe, die mit dem bereits vor der Projektlaufzeit konzipierten und im Zuge der ersten SAPV-Studie modifizierten Einzelfallevaluationsbogen erhobenen Daten zur SAPV-Praxis zu analysieren. Durch entsprechende Validierungsschritte sollte darüber hinaus die Brauchbarkeit des Bogens zur Unterstützung der Qualitätssicherung überprüft werden (vgl. Kap. 3.2.2).

#### 3.2.1 Qualitative Erhebung

Der qualitative Forschungsstrang sollte mittels narrativer, leitfadengestützter Interviews die Perspektiven folgender – im Betreuungsgeschehen involvierter – Akteure in den Blick nehmen:

• Erstgespräche mit „neuen“ SAPV-Diensten, die in der ersten SAPV-Studie noch nicht berücksichtigt worden waren, weil deren Vertragsabschluss nach deren Abschluss bzw. erst im Verlauf des zweiten Forschungsprojektes stattfand (Dachau, Erding, Ingolstadt, Kempten, München West, Nürnberg Stadt, Hersbruck-Nürnberger Land, Polling, Rosenheim, Straubing, Wittelsbacher Land);\(^{17}\)

\(^{16}\) Beim Projektsteuerungskreis handelt es sich um ein regelmäßig abgehaltenes Treffen des Projektteams mit allen an der laufenden Studie beteiligten SAPV-Diensten sowie den Projektförderern; hierbei wurden Fragen, Probleme und Befunde aus dem jeweiligen Forschungsverlauf vorgestellt und hinsichtlich des weiteren Vorgehens richtungweisend diskutiert.

\(^{17}\) Für eine Zusammenstellung aller teilnehmenden 22 SAPV-Dienste vgl. Anhang, Kap. 5.3.2.
- Befragung von (anhand theoretisch relevanter Kriterien\textsuperscript{18}) ausgewählten SAPV-Diensten zu spezifischen Fall-Konstellationen sowie zu Indikatoren für eine SAPV sowie insbesondere von ländlichen PC-Teams zu strukturellen und kulturellen Merkmalen, die aus ihrer Sicht die ländliche SAPV-Praxis kennzeichnen;
- Befragung von Leistungsanbietern der AAPV, insbesondere von niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Homecare-Leistungserbringern, Hospizvereinen, Pflegeheimen sowie stationären Schnittstellen;

Im Vordergrund der Erhebung stand der Einsatz qualitativ, insbesondere explorierender Methoden, die im Allgemeinen dann angemessen sind, wenn das Erkenntnisinteresse auf die noch weitgehend nicht systematisch erforschten, expliziten und impliziten Wahrnehmungen und Deutungen in einem bestimmten Feld gerichtet ist und dabei datenbasierte, möglichst empirisch gesättigte Befunde gewonnen werden sollen.\textsuperscript{19} Aufgrund des Forschungsinteresses an Deutungen, Vorstellungen und Praxen aus der Perspektive von Patienten, Angehörigen, SAPV-Diensten und weiteren Leistungsanbietern der allgemeinen Palliativversorgung war ein solches qualitativ-exploratives Vorgehen geboten, zumal SAPV als neue Versorgungsform nicht mit anderen Formen ambulanter Betreuung verglichen werden kann. Qualitative Methoden wurden aber nicht nur eingesetzt, um in ‚explorativer‘ Hinsicht einen ersten Einblick in solche Vorstellungs- und Praxiswelten zu gewinnen. Darüber hinaus wurde auf das qualitative Material auch zurückgegriffen, um die quantitativen Daten sinnvoll interpretieren und sowohl ihre Erfassung wie auch Auswertung weiter entwickeln zu können. Der Forschungsprozess verschränkte also gleichberechtigt qualitative und quantitative Methoden bzw. setzte dort, wo die quantitative Datenauswertung lückenhaft oder zumindest in der Interpretation unklare Ergebnisse produzierte, auf qualitative Befunde und Deutungen.


\textsuperscript{18} Relevante Auswahlkriterien waren insbesondere unterschiedliche Organisationsmerkmale wie Teamstruktur, Zeit des Bestehens des SAPV-Dienstes, regional vorhandene Infrastruktur.

\textsuperscript{19} Einführend vgl. z.B. Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hg.) (2005): Qualitative Forschung: Ein Handbuch, Reinbek.

\textsuperscript{20} ebd.
3.2.1.1 Interviews mit SAPV-Diensten


Erstgespräche


Der Leitfaden umfasste folgende Fragenkomplexe:

- Fragen zur (Infra-)Struktur und Region
  - In welchem Kontext/wie ist Ihr Dienst entstanden?
  - Wie würden Sie Ihr Versorgungsgebiet beschreiben? Ländlich oder städtisch, Mischregion?
  - Wie sieht Ihr maximaler Versorgungsradius aus?
  - Gibt es Probleme aufgrund struktureller Besonderheiten (Organisationsstruktur; umgebende Versorgungsstruktur; Adressatenfeld; Verkehrs-Infrastruktur)?
  - Welche Kooperationen und Netzwerke bestehen zur Betreuung von SAPV-Patienten?
  - Welche Probleme gab es bei der Implementierung?
  - Dienst-Selbstverständnis (Dienstleitbild oder Dienstkonzept)? Worin sehen Sie Schwerpunkte Ihrer Arbeit?

- SAPV/AAPV
  - Was führt zum Einsatz von SAPV? Immer Komplexität oder vielleicht auch andere Kriterien?
  - Was ist ein typischer SAPV-Fall? Welche Merkmale charakterisieren einen SAPV-Fall im Vergleich zu einem AAPV-Fall?
  - Welche Fälle werden warum und wie von der AAPV zur SAPV übergeben?
  - Wer aus der AAPV initiiert üblicherweise den SAPV-Einsatz?
  - Gibt es mehr oder weniger hilfreiche Akteure? Inwiefern? Wie läuft im Idealfall die Überleitung, was könnte man verbessern?
  - Wie verfährt man mit Stabilisierungen? Können stabilisierte Fälle wieder „zurück in die AAPV“? Unter welchen Bedingungen?
  - Schnittstelle SAPV/AAPV: Worin besteht die Ergänzung der bestehenden Strukturen durch die SAPV?
  - Gibt es Probleme mit anderen Leistungserbringern, z.B. Hausärzten, Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen? Welchen Einfluss hat dabei das Netzwerk auf die SAPV-Ausgestaltung?

Für einen Überblick siehe Anhang, Kap. 5.3.2., sowie die Aufstellung der erhobenen Daten im Anhang, Kap. 5.3.3.
Grenz- und Problemfälle
- Gab es bisher problematische Begleitungen? Wenn ja: Was hat nicht funktioniert?
- Was konnten Sie aus der dienstlichen Struktur heraus nicht leisten (Grenzfall)?
- Was sind komplexe Situationen, welche Aktivitäten und Organisationsarbeiten erfordern, die von der Routine abweichen (Problemfall)? Was ist im Gegensatz dazu ein klassischer Fall?
- Erklären Sie dem Patienten eine eventuelle Überleitung zwischen den beiden Versorgungsformen?
- Wie nimmt der Patient die Betreuung wahr, wenn weitere ‘Mitspieler’ auftauchen?

Betriebswirtschaftliche Faktoren
- Stellt der bestehende Vertrag eine angemessene Finanzierung der SAPV sicher?
- Wie gestalteten sich die Vertragsverhandlungen?
- Vergütungsform (Fallpauschale/Tagespauschale)?
- War das Ihre Wunsch-Vergütungsform?
- Vor- und Nachteile der Vergütungsform?

Wirksamkeit und Qualitätssicherung der SAPV
- Sind die Qualitätskriterien, die im Evaluations-Bogen abgefragt werden, angemessen bzw. ausreichend?
- Welche Qualitätskriterien müssten unbedingt abgebildet werden?
- Welche Diskussionen und Prozesse laufen bei Ihnen im Team über die Qualität der Arbeit?
- Wie kann man die Qualität der Arbeit sinnvoll dokumentieren?
- Gibt es eine spezielle Dokumentation zur Überleitung eines Patienten aus der AAPV bzw. zurück in die AAPV?
- Was glauben Sie ist für den Patienten/Angehörigen bei der Versorgung wichtig? Woran genau bemerken sie das?

In der jeweiligen Gesprächssituation stand dem Interviewer dabei frei, bereits hinreichend angesprochene Themengebiete nicht mehr explizit abzufragen, oder aber im Detail Nachfragen zu stellen. Die so entstandenen Interviews waren in der Regel 30 bis 90 Minuten lang.

Befragung zu spezifischen Fallkonstellationen
Zur Frage der Abgrenzung und Typisierung von SAPV ergaben sich aus der Diskussion des ersten Expertentreffens in Nürnberg drei Dimensionen, entlang derer typische Fallkonstellationen bei den Diensten abgefragt wurden: Der Routine-, der Problem- und der Grenzfall; hierbei wurden ausgewählte PC-Teams zur Ihrer Einschätzung typischer Betreuungsfälle befragt. Die Falltypen wurden wie folgt definiert:

Im Gegensatz dazu stehen Fälle, die sich in ihrer Betreuung in jeweils davon unterscheidbarer Hinsicht als ‘schwierig’ erweisen und/oder sich als uneindeutig gestalten.
- **Problemfall**: Unter Problemfällen sind im weitesten Sinne solche Betreuungen gefasst, zu denen (aus welchen Gründen auch immer) – aus Sicht der PC-Teams – (noch) kein bewährtes Hand-
lungswissen und auch keine entsprechenden Handlungs Routinen verfügbar sind, so dass die Betreuungen nicht mehr oder nur unter größten Herausforderungen für das Team zu bewerkstelligen sind. Hier sei angemerkt, dass SAPV-Betreuungen per se „Problemfälle“ und in ihrer Komplexität sehr außergewöhnliche Betreuungsszenarien darstellen. Die Ergebnisse der ersten SAPV-Studie und die im Forschungsprozess laufenden Diskussionen innerhalb des Projektsteuerungskreises zeigten jedoch, dass sich wahrgenommene besondere Problemfälle für die Betreuungspraxis noch einmal von der „normalen“ Komplexität eines SAPV-Falles abgrenzen lassen.

- **Grenzfälle:** Hierbei handelt es sich um solche Betreuungen, die – aus Sicht der PC-Teams – entweder einer SAPV bedürfen, diese aber – aus welchen Gründen auch immer – nicht bekommen; oder aber um Fälle, die nicht eindeutig und zwingend einer SAPV bedürften, aber – aus welchen Gründen auch immer – eine Verordnung erhalten.


Die Befragung zu spezifischen Fallbeispielen wurde zunächst im Rahmen der o.g. Erstinterviews sowie mit einzelnen ausgewählten PC-Teams durchgeführt. Im weiteren Forschungsverlauf konnten aber alle SAPV-Dienste diesbezüglich befragt werden. Die Fragestellung wurde sehr offen formuliert bzw. lediglich ein Erzählanstoß gegeben, um die den Diensten je typischen Relevanzen rekonstruieren zu können. Hier zeigte sich, dass sich Dienste vor allem hinsichtlich ihres Ermessens darüber, was einen Problemfall konkret ausmacht, deutlich voneinander unterscheiden (vgl. hierzu Kap. 4).

Ziel dieser Falltypisierungen war das Erstellen sog. Fallvignetten, mit deren Hilfe sich typische Verläufe und somit typische Verhältnisbestimmungen zwischen SAPV und AAPV (Ineinandergreifen, Abgrenzungen etc.) erkennen lassen.

**Interviews mit ausgewählten PC-Teams im ländlichen Raum**

Um die Besonderheiten ländlicher Versorgung adäquat in den Blick nehmen zu können, erfolgte neben den quantitativen Stadt-Land-Vergleichen auch die Befragung einzelner Dienste mit ländlich geprägtem Versorgungsgebiet. Hierbei sollten sowohl strukturelle als auch kulturelle Aspekte ländlicher Versorgung identifiziert werden, hinsichtlich derer sich die Ausgestaltung der SAPV im ländlichen Raum von der im städtischen Raum unterscheidet.

Als ländliche Dienste standen für die Befragung Mühldorf, Nürnberger Land, Landshut, Polling, Rosenheim und Straubing zur Verfügung; aber auch SAPV-Dienste mit suburbanem Versorgungsgebiet und angesiedelt in gleichsam „hybriden“ Verdichtungsräumen konnten zur Besonderheit ländlicher Versorgung befragt werden. Demgegenüber wurden die großstädtischen Dienste in der besonderen Ausgestaltung städtischer SAPV erfasst: Dienste in München, Nürnberg Stadt, Augsburg.

**3.2.1.2 Interviews mit Akteuren der AAPV**


Inhaltlich wurde dieses Vorhaben entsprechend der folgenden Leitfaden adressiert:

- Situation vor SAPV: Wie gestaltet sich die ambulante Palliativversorgung vor Einführung der SAPV? Wer waren relevante Kooperationspartner? Wann war eine ambulante Palliativbetreuung nicht mehr möglich?
- Situation seit SAPV: Wie gestaltet sich die ambulante Palliativbetreuung seit Einführung der SAPV? Was hat sich aus Sicht der Versorgungsanbieter für sie selbst und für die Patienten/Angehörigen geändert? Wer sind nun relevante Kooperationspartner? Welche Indikatoren für SAPV gibt es aus der jeweiligen Versorgungsperspektive? Welche Problemfelder lassen sich identifizieren?

Entlang dieser Fragestellungen wurden die jeweiligen Beteiligten der AAPV in 10-90-minütigen Interviews befragt.

3.2.1.3 Interviews mit Angehörigen und Patienten


- Wie kam es zu dem Kontakt mit dem SAPV-Dienst? Wie war damals die konkrete Krankheits- und Lebenssituation? Was waren Ihre Wünsche und Ziele für die Betreuung/Zusammenarbeit?
- Welche Aufgaben hat der SAPV-Dienst übernommen? Was war daran das Spezifische bzw. das Besondere? Was erscheint/erschien Ihnen am wichtigsten?
- Wer war noch beteiligt? Wie hat die Zusammenarbeit mit allen geklappt? Wer hat das alles koordiniert? Wer war für was zuständig?
- Durch welche Merkmale lässt sich die Arbeit des PC-Teams aus Ihrer Sicht charakterisieren?
- Waren Sie und das PC-Team immer einer Meinung? Wo hat es Reibungen oder Missverständnisse gegeben? Konnten Ihre Vorstellungen und Wünsche berücksichtigt werden?


3.2.1.4 Weitere Methoden zur Datenerhebung und Strategien der qualitativen Datenauswertung: Laufendes Feedback und Mitfahrten


In diesem Sinne flossen auch die Erkenntnisse der qualitativen Gespräche und Interviews mit den beteiligten PC-Teams bei den regelmäßig veranstalteten Treffen des Projektsteuerungskreises in den Forschungsprozess zurück und führten gegebenenfalls zu Anpassungen der Fragestellungen oder Präzisierungen von Forschungsinteressen.

Im Rahmen des Forschungsprojektes kamen, flankierend zu den qualitativen Interviews, auch weitere nicht-standardisierte Methoden zum Einsatz: So nahmen die Projektmitarbeiter zweimal die Möglichkeit einer Mitfahrt mit einem PC-Teammitglied zu Patienten/Angehörigen wahr, um sich eine Orientierung über den SAPV-Alltag zu verschaffen. Über die wichtigsten Ereignisse und Beobachtungen solcher Mitfahrten wurden ‚Vor-Ort-Feldnotizen‘/Gedächtnisprotokolle angefertigt.
3.2.1.5 Expertentreffen


Die beiden Expertentreffen haben es so ermöglicht, die Projektarbeit einem deutlich weiteren Kreis von Interessenten, als ursprünglich erwartet, vorzustellen und lebhafte Diskussionen zu verschiedenen Aspekten von SAPV, im Plenum wie auch im informellen Bereich, anzustoßen. Da die beiden Treffen komplett aufgezeichnet und transkribiert wurden, konnten die durch diesen Austausch gewonnenen Erkenntnisse jeweils im direkten Anschluss in die Projektarbeit mit einfließen.

3.2.2 Quantitative Forschung: Standarisierte Daten aus dem Bogen „SAPV-Einzelevaluation“

Alle Dienste, die in Bayern vor oder während der Datenerhebungsphase der Begleitstudie (bis einschließlich Mai 2013) einen SAPV-Vertrag abgeschlossen hatten, wurden um die Abgabe der quantitativen Daten aus dem Bogen „SAPV-Einzelfallevaluation“25 gebeten. In die Auswertung einbezogen wurden dabei alle Evaluationsbögen, die seit Vertragsabschluss ausgefüllt und dem Forschungsteam zur Verfügung gestellt worden waren.


Die Datenerhebungsphase zu den Evaluationsbögen dauerte faktisch nahezu über die gesamte Projektlaufzeit an: Berücksichtigung fanden Evaluationsbögen sowohl aus dem ersten Forschungsprojekt

Zum Zweck der quantitativen Datenerhebungen wurde die im Rahmen des ersten Projektes entwickelte, web-basierte Eingabesoftware zur Datenerfassung und Qualitätssicherung weiterentwickelt und neu programmiert und somit den Diensten eine selbständige Eingabe der Evaluationsbögen sowie der Abruf dienstspezifischer Reports ermöglicht. Die Eingabe der Bögen erfolgte dann zum Teil durch die Dienste selbst (jeder Dienst hatte dabei mit eigenem Passwort Zugriff auf das Programm), zum Teil durch Mitarbeiter der Universität Augsburg.


Für die standardisierte Datenanalyse wurden alle Items des Bogens zunächst nach einfachen Häufigkeiten ausgezählt, um einen ersten Überblick zu den soziodemografischen Daten, zu weiteren Patientenmerkmalen (Grundkrankheiten, Verordnungen, Erwartungen u.a.) sowie zur Durchführung und Beendigung der SAPV zu erhalten. Anschließend wurden über bivariate Berechnungen eventuell vorhandene Korrelationen geprüft, indem Patienten-, Fall- und Dienstmerkmale zu den im Bogen aufgeführten SAPV-Merkmalen und den Leistungskennzahlen in Bezug gesetzt wurden.

Im Verlauf der Begleitstudie wurde der Gesamtdatensatz immer wieder aktualisiert und sukzessive neu berechnet (deskriptive Statistik, bi- und multivariate Analyse – z.B. Clusteranalysen als ‚strukturentdeckendes‘ Verfahren), so dass im Rahmen der Treffen des Projektsteuerungskreises die jeweils aktuellen Ergebnisse präsentiert und auf ihre Aussagekraft hin diskutiert werden konnten. So konnten einerseits Überlegungen der Kooperationspartner zu möglichen statistischen Zusammenhängen in die Analyse mit einfließen sowie die einzelnen Items des Einzelfallevaluationsbogens einer kritischen Diskussion unterzogen werden, deren Ziel es war, die Inhaltsvalidität zu überprüfen und eventuelle Fehlinterpretationen auszuschließen.

Zur Auswertung der quantitativen Daten muss noch ergänzt werden, dass aufgrund des speziellen Designs der Studie inferenzstatistische Verfahren mit folgendem Problem verbunden sind: Zwar gestaltete sich die quantitative Erhebung im Projekt als ‚Vollerhebung‘ aller zur Projektlaufzeit verfügbaren Daten zu den durch SAPV betreuten Patienten in Bayern. Da die den Daten zugrunde liegende Grundgesamtheit jedoch nicht klar zu definieren ist, weil im Verlauf der Begleitstudie wiederholt neue Dienste in das Projekt einbezogen sowie von den Diensten durchgehend neue Fälle generiert

26 Autor: Eckhard Eichner et al.; siehe www.sapv-forschung.de, zu weiteren Details siehe Anhang, Kap. 5.3.5.

wurden und sich damit auch die Grundgesamtheit stetig veränderte, erscheint eine uneingeschränkte Generalisierung der vorgefundenen Befunde auf eine ‚Gesamtheit von SAPV-Fällen in Bayern‘ statistisch unzulässig. Insofern beschränken sich die berichteten Ergebnisse konsequentweise auf die untersuchten Dienste im Untersuchungszeitraum. Dennoch werden die erhaltenen Befunde von uns – bis weitere Forschungen andere Befunde präsentieren – so interpretiert, dass damit Aussagen zur SAPV-Praxis in Bayern getroffen werden können.
4. Ergebnisteil: Empirische Befunde zur SAPV-Praxis in Bayern


Dabei ist zu bedenken: Der qualitative Forschungsstrang unternahm es, im Rahmen der eingangs geschilderten Fragestellungen des Gesamtprojektes die Perspektive der SAPV-Dienste im Hinblick auf das bestehende Versorgungsangebot der AAPV, aber auch die Sichtweisen der in der AAPV versorgenden Leistungsanbieter auf SAPV zu untersuchen. Dem zur Seite stehen die Patienten- und Angehörigen-Interviews, die Aufschluss über hospizlich-palliative Versorgungsangebote aus deren Sicht geben. Daraus resultieren zentrale Perspektivedifferenzierungen, die in den folgenden Abschnitten – flankiert und ergänzt durch die quantitativen Daten – detaillierter dargestellt und hinsichtlich der darin enthaltenen, relevanten Prozess-und Struktureffekte konkretisiert werden sollen:

- die Perspektive(n) der SAPV-Dienste auf die eigene Praxis der Ausgestaltung der SAPV sowie auf das jeweils vor Ort gegebene Feld der AAPV/Regelversorgung;
- die Perspektive(n) von Angehörigen und Patienten auf das von ihnen erlebte SAPV-Geschehen;
- die Perspektive(n) der herkommlichen Leitungsanbieter im Feld der Regelversorgung/AAPV auf die Praxis der Palliativversorgung vor Ort vor und nach Einführung von SAPV.

Dabei werden zunächst einige begrifflich-konzeptionelle Vorüberlegungen zur Stadt-Land-Problematik vorgestellt, die den Zugang zu den Daten und Ergebnissen eröffnen (Kap. 4.1). Im nächsten Schritt wird auf grundlegende Ergebnisse der (quantitativen) Auswertungen zur allgemeinen Kennzeichnung der SAPV-Praxis – auch unter kurzem Rekurs auf die Befunde aus der ersten SAPV-Studie – eingegangen (Kap. 4.2). Der dritte Schritt wird die Forschungsfragen zur ‚Fallproblematik‘ in der SAPV-Praxis auf der Basis der standardisierten Daten sowie aus Sicht der PC-Teams näher beleuchten (Kap. 4.3), ergänzt um die – auf qualitativen Analysen beruhenden – Perspektiven der Patienten und Angehörigen (Kap. 4.4). Anschließend erfolgt eine umfassende Zusammenschau der Prozess- und Struktureffekte im Verhältnis von SAPV und AAPV, wie sie in den Berichten und Schilderungen seitens der jeweiligen Akteure zum Ausdruck gebracht wurden (Kap. 4.5). Im direkten Anschluss daran soll auf der Basis von quantitativen und qualitativen Daten gezeigt werden, ob bzw. worin sich die SAPV-Praxis zwischen (eher) ländlichen und (eher) städtischen Diensten unterscheidet (Kap. 4.6). Zuletzt werden noch einige wenige, ausgewählte Befunde zu betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf die SAPV-Praxis skizziert (Kap. 4.7).

4.1 SAPV und regionaler Kontext – Vorbemerkungen zur Stadt-Land-Problematik (in Bayern)

Mit der Gesetzeseinführung 2007 zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) erhielten Versicherte in §37b SGB V einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.28 Damit werden Betroffene für die Leistung der SAPV eingegrenzt auf Versicherte, deren Versorgungsbedarf durch die Intensität und Komplexität der Beschwerden und Probleme die Möglichkeiten von Vertragsärzten,

Pflegediensten und sonstigen Leistungserbringern der ambulanten Versorgung übersteigen. Um das Ziel zu erreichen, dass die Betroffenen in der vertrauten Umgebung verbleiben können, wird eine bedarfsgerechte, kontinuierliche problem- und symptomadäquate Versorgung erforderlich: Diese umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, wobei der Gesetzgeber vorgibt, dass bei der SAPV die besonderen Belange von Kindern berücksichtigt werden. Ein komplexes Symptomgeschehen gilt als erfüllt, wenn mindestens eines der aufgeführten Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik;
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik;
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik;
- ausgeprägte gastrointestinal Symptomatik;
- ausgeprägte ulcerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore;
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik.

Gemäß der Richtlinie des G-BA muss die palliative Versorgung die regionalen Besonderheiten berücksichtigen und die bestehende Versorgung der AAPV ergänzen. Dies bedeutet, dass die jeweils vor Ort bestehenden Strukturen in die jeweilige SAPV-Praxis eingebunden werden sollen. Was bedeutet diese Vorgabe zur Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten aber nun konkret vor dem Hintergrund der Verbreitung von SAPV „in der Fläche“ – in innerstädtischen Räumen oder im Umland, in Ballungsräumen oder „auf dem Land“?

Für solche Fragestellungen erscheint bereits die begriffliche Klärung solcher vermeintlich eindeutiger „Raumzuordnungen“ als schwierig.

4.1.1 „Raumprobleme‘: Abgrenzung von ländlichen und städtischen Räumen

Herkömmlicherweise spricht man vom ländlichen Raum dann, wenn eine „kleine Gemeinde, geringe Bevölkerungsdichte, Dominanz landwirtschaftlicher Tätigkeit, natürliche Umgebung, Homogenität der Bevölkerung, geringe Stratifizierung und Mobilität sowie Dominanz personaler und informaler Sozialbeziehungen“ vorliegen. Laut OECD-Definition wird zur Abgrenzung von ländlichen und städtischen Räumen eine Einwohnerzahl von 150 Einwohnern pro km² als Grenzwert festgelegt. Demnach umfasst der ländliche Raum in Bayern 85% der gesamten Landesfläche und ist Lebens-, Wirtschafts- und Arbeitsraum für fast 8 Millionen Menschen, das entspricht 60% der Bevölkerung in Bayern. 80% der bayerischen Städte liegen im ländlichen Raum.30

Die genaue Bestimmung des ländlichen Raumes zur Abgrenzung von anderen Räumen wird jedoch dadurch erschwert, dass die Übergänge von ländlichen zu städtischen Regionen fließend sind. Darüber hinaus bedarf es aufgrund großer Unterschiede hinsichtlich der räumlichen Struktur in Bayern einer differenzierten Betrachtung einzelner Regionen, Landkreise und Städte. Zu diesem Zweck soll nachfolgende Systematisierung über die vom BAYERNISCHEN STAATSMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND MEDIEN, ENERGIE UND TECHNOLOGIE (StMWi) ausgewiesenen Gebietskategorien als Grundlage dienen, um den dem ländlichen Raum Bayerns jeweils eigenen landschaftlichen, infrastrukturellen und demografischen Besonderheiten gerecht zu werden. Für den hier unterliegenden Forschungszusam-

menhang der Palliativversorgung erscheint zunächst eine Unterscheidung nach den folgenden Gebietskategorien sinnvoll:\(^{31}\)

- Verdichtungsraum untergliedert in:
  - Stadt- (Oberzentrum) und Umlandbereiche in Verdichtungsräumen;
  - äußere Verdichtungszone;

- Ländlicher Raum, untergliedert in
  - allgemeiner ländlicher Raum;
  - Stadt- und Umlandbereich im ländlichen Raum;
  - Ländlicher Teilraum im Umfeld der großen Verdichtungsräume;
  - Ländlicher Teilraum, dessen Entwicklung in besonderem Maße gestärkt werden soll;
  - Alpengebiet.

Die Verdichtungsräume sind demnach Aschaffenburg, Würzburg, Bamberg, Nürnberg / Fürth / Erlangen, Augsburg, München und Neu-Ulm, Ingolstadt, Regensburg, Rosenheim. Der ländliche Raum wird nach Stadt- und Umlandbereichen differenziert.\(^{32}\)

---


\(^{32}\) Vgl. ebd.
In Anlehnung an diese Kategorisierung wurden zur weiteren Berechnung struktureleveranter Aspekte die SAPV-Dienste in drei Kategorien unterteilt:

- **Großstädtischer Raum**: Dienste mit einem Versorgungsgebiet über 500.000 Einwohner
- **(hybrider) Verdichtungsraum**: Räume mit Städten unter 500.000 Einwohner bzw. Versorgungsgebiete, die sowohl (groß-)städtisch als auch ländlich geprägt sind.
- **Ländlicher Raum**: Dienste, deren Versorgungsgebiet sich im ländlichen Raum oder im ländlichen Raum im Stadt-Umland-Bereich befinden.

In der wissenschaftlichen Literatur wird darauf hingewiesen, dass „eine einheitliche konsensfähige Definition des ländlichen Raumes nicht existiert, vielmehr wird die Raumkategorie angesichts von Urbanisierungs- und Modernisierungsprozessen grundsätzlich infrage gestellt“. Dies bedeutet, dass aufgrund des sozialen und strukturellen Wandels sich typisch ländliche und typisch städtische Lebensweisen einander angenähert haben und somit Indikatoren, die beispielsweise Unterschiede der Sozialstruktur betreffen, nicht mehr haltbar sind, um geeignete Kategorien zur Beschreibung typisch ländlicher Merkmale darzustellen.


---


36 ebd.
4.1.2 Demografischer Wandel: Ausgewählte Stichpunkte zur regionalen Bevölkerungsentwicklung in Bayern


l rien geleistete Versorgung älterer Menschen zunehmend auch in ländlichen Regionen in Frage gestellt wird und Frauen diese Versorgung durch hohe Anteile an der Erwerbsarbeit nicht mehr sicherstellen können. Für die ambulante Palliativversorgung könnte das bedeuten, dass beispielsweise die für die häusliche Pflege wichtigen Angehörigen arbeitsbedingt abwandern und die Versorgung zuhause nicht unterstützen oder gar gewährleisten können. Auch entsprechende wohnortnahe Hilfestrukturen werden in ländlichen Gebieten möglicherweise immer weniger zur Verfügung stehen.


Abb. 3: SAPV in Bayern
(gelbe Flächen: SAPV-Versorgung, rot: Vertragsverhandlungen; Stand April 2014)

Vor diesem Hintergrund soll – die Vorbemerkungen zu SAPV und regionaler Kontext gleichsam abschließend – die grafische Übersicht (vgl. Abb. 3) den aktuellen Stand im Ausbau von SAPV veranschaulichen. Da

4.2 Allgemeine Beschreibung der SAPV-Praxis


4.2.1 Kennzahlen und Merkmale

Zu den allgemeinen Kennzahlen und Merkmalen ist festzuhalten: SAPV leistet in Bayern einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung am Lebensende, indem für die betreuten Patienten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen vermieden werden können.

- **Notarzteinsätze** (für N = 5.872):
  1. Notarzteinsatz: 135 mal (2,3%)
  2. 2 bzw. 3 Notarzteinsätze: 8 mal (0,14%) bzw. 3 mal (0,05%)
  → deutliche Mehrheit hatte **keinen** Notarzteinsatz: 5.726 (97,5%)

- **Krankenhauseinweisungen** (für N = 5.904):
  1. KH-Einweisung: 922 mal (15,6%)
  2. KH-Einweisungen: 165 mal (2,8%)
  3. KH-Einweisungen: 43 mal (0,7%), 4 KH-Einweisungen: 6 mal (0,10%) bzw. 5 KH-Einweisungen: 8 mal (0,14%), mehr als 5 KH-Einweisungen: 4 mal (0,07%)
  → deutliche Mehrheit hatte **keine** KH-Einweisung: 4.756 (80,6%)

Abb. 4: Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen unter SAPV


---

41 Standardabweichung 13,45 Jahre.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Frauen (N = 3.765)</th>
<th>Männer (N = 3.541)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 50</td>
<td>83,4%</td>
<td>80,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>51-60</td>
<td>77,5%</td>
<td>75,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>61-70</td>
<td>68,3%</td>
<td>79,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>71-80</td>
<td>60,7%</td>
<td>78,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>ab 81</td>
<td>44,6%</td>
<td>66,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 5: Geschlecht, Alter und Wohnsituation der Patienten


Bezüglich der Grundkrankheiten zeigen die SAPV-Patienten – im Vergleich zur allgemeinen Sterbestatistik – ein atypisches Bild (vgl. Abb. 6). Fast 4 von 5 Patienten haben eine bösartige Tumorerkrankung (77,7%).42 Die zweitgrößte Gruppe, die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, umfasst gerade einmal 5,5% der Fälle. Damit sind nach wie vor die meisten SAPV-Patienten Tumorpatienten. Differenziert man die Erkrankungen der Patienten nach den einzelnen Tumorarten (vgl. Anhang, Kap. 5.2, Abb. 55), so zeigt sich, dass fast ein Drittel (33,1%, N = 1.922) unter Tumorbefall an den Verdauungsorganen leidet, der statistisch gesehen insgesamt häufigsten Krebsart mit Todesfolge. Die zweit-

42 Im Jahr 2011 betrugen der Anteil bösartiger Tumorneubildungen an den Todesursachen insgesamt 26% (https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Aktuell.html;jsessionid=4A2BE2AA1EA96B60C9B0366602F268DA.cae3; zuletzt eingesehen am 17.03.2014).
häufigste Krebsart der SAPV-Patienten sind Karzinome in den Atmungsorganen (Lungenkrebs); hier- vor sind 17,7% (N = 1.030) betroffen. Bei den nicht-tumorösen Erkrankungen liegen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems an erster Stelle (24,7%, N = 412) – die statistisch gesehen häufigste Todesursache in Deutschland43 – gefolgt von Erkrankungen des Nervensystems (18,2%, N = 303; vgl. Anhang, Kap. 5.2, Abb. 56).

Abb. 6: Grundkrankheiten der Patienten

Die Versorgungsart ist in den meisten Fällen die Teilversorgung – das gilt sowohl für die Erstverordnung als auch für die tatsächlich durchgeführte SAPV (jeweils 76,8%). Beratung und Koordination machen ca. 20% aus, Vollversorgungen nur knapp 3% (vgl. Anhang, Kap. 5.2, Abb. 57).44

Die Pflegestufen der Patienten variieren von Pflegestufe 1 bis 3, zu Beginn hat die Mehrheit der Patienten (für die eine Angabe vorliegt) sogar gar keine Pflegestufe (vgl. Abb. 7). Dieser Befund bedeutet, dass eine genehmigte Pflegestufe kein Indikator sein kann für die Frage, ob eine SAPV indiziert ist oder nicht und welche Komplexität bzw. welcher tatsächliche Versorgungsaufwand, die die SAPV-Patienten in ihrer jeweiligen häuslichen Situation kennzeichnen, vorhanden sind. Die Komplexität ergibt sich u.a. auch aus der psycho-sozialen Begleitung, die als solche nicht in den Pflegestufen auf- scheint (vgl. hierzu weiter unten). Auch sind die überwiegende Mehrheit der Patienten Neuaufnahmen, also erstmals in SAPV, nur 3% sind Wiederaufnahmen, denen i.d.R. eine Intermittierung vorangegangen ist (vgl. Anhang, Kap. 5.2, Abb. 58). Offensichtlich spielen derartige Unterbrechungen in der Praxis noch eine untergeordnete Rolle.45

44 Wenn im Datensatz mehrere Verordnungsformen angegeben wurden, wurde immer die 'höchste' gewer- tet (wobei Vollversorgung als höchste Verordnungsart gilt).
45 Obwohl die Praxis der Intermittierungen über das Verhältnis von AAPV und SAPV Auskunft geben würde, konnten im Rahmen dieser Studie aufgrund der unklaren Datenlage solche Fälle nicht systematisch in den Blick genommen werden.
Fragt man danach, durch wen der Erstkontakt zu SAPV aufgenommen wurde, so ergibt sich folgendes Bild, das eine große Vielfalt unterschiedlich Anfragender zeigt:

Abb. 7: Pflegestufe zu Beginn und am Ende

Die Nennungen lassen sich zu drei großen Gruppen zusammenfassen, die SAPV vermitteln:

- niedergelassene Ärzte (Hausarzt und Facharzt), die ein Drittel der Erstkontakte herstellen (34%); hinzu kommen zu einem eher geringen Anteil weitere ambulante Versorger (ambulante Hospizdienste, Pflegedienste);
- der stationäre Bereich, hier der Krankenhauskontext (Krankenhaus und Palliativstation zusammen genommen: 35%); d.h. ein weiteres Drittel der SAPV-Patienten wird aus dem Krankenhaus heraus nach Hause in die SAPV vermittelt;

Abb. 8: Erstkontakt der SAPV-Patienten durch...
Die dritte große Gruppe bildet schließlich der private Beziehungskontext, also die Patienten selbst bzw. deren Angehörige, Freunde oder Bekannte.

Mit knapp 18% kontaktieren Patienten, Angehörige etc. bereits relativ häufig selbst SAPV, was trotz des Fehlens von Vergleichswerten als durchaus hoher Wert zu bezeichnen ist. Hausärzte berichten in den qualitativen Interviews von einer zunehmenden Erwartungshaltung von Seiten ihrer Patienten, SAPV zu verordnen, was heißt: Hinter dem Wert der Hausarzt-Erstkontakte stehen möglicherweise zumindest in Teilen noch einmal Patienten und Angehörige, die SAPV für sich oder ihre Angehörigen wünschen bzw. einfordern (vgl. hierzu auch Kap. 4.5).

Um das 'Komplexitäts muster' der SAPV-Patienten näher zu beschreiben, wurde im Einzelfallevaluationsbogen mit insgesamt 13 Merkmalen zum 'komplexen Symptomgeschehen' und 'weiteren komplexen Geschehen' Komplexität sowohl im somatischen Bereich als auch im psycho-sozialen Bereich erfasst. Gefragt wurde, ob die jeweilige Symptomatik in der SAPV-Praxis (über den gesamten Fallverlauf) vorkommt und wenn ja, in welchem Ausmaß. Worüber demnach Auskunft gegeben werden kann, sind Versorgungsbedarfe, so wie sie von den Diensten wahrgenommen und für ihre Arbeit beim jeweiligen Patienten vor Ort als relevant adressiert werden.

Verknüpft man die Anzahl der als vorhanden gekennzeichneten Merkmale des Symptomgeschehens mit ihrem Ausprägungsgrad, ergibt sich folgende erste grafische Fassung des angegebenen Geschehens und dessen jeweiliger Ausprägung bei den Patientenfällen:

Abb. 9: Komplexitätsgrad über alle Patientenfälle hinweg

Auspräungsgrade sind: 0 = Symptomgeschehen nicht vorhanden; 1 = leichte Ausprägung; 2 = mittlere Ausprägung; 3 = starke Ausprägung.
Dabei fällt auf, dass es einige Patienten gibt, die (fast) alle Arten von Symptom- und weiterem Geschehen haben (d.h.: es ist eine Angabe im Bogen gemacht worden, das ‚Geschehen’ ist vorhanden) – also eine große Breite in ihrem Symptom-und Problemgeschehen aufweisen. Diese Patienten differenzieren sich wiederum entlang der Dimension der Ausprägung des Geschehens aus: Es gibt in dieser ‚Komplexitätsgruppe’ Patienten mit durchschnittlich geringeren Ausprägungen (Werte um die 20) und Patienten mit hohen Durchschnittswerten (Werte um die 35). Letztere haben also auch eine große Tiefe in ihrem Symptom- und Problemgeschehen.47

Betrachtet man die einzelnen Arten des abgefragten Geschehens getrennt voneinander, so verteilen sich die Items wie folgt:

Abb. 10: Komplexes Symptomgeschehen und weiteres komplexes Geschehen

Auf den ersten Blick ist erkennbar, dass im somatischen Bereich die Schmerzsymptomatik am häufigsten genannt wird und damit Schmerzen in der SAPV-Praxis weiterhin das vordringlichste Handlungsfeld darstellen (knapp 85%). Immerhin mehr als ein Drittel der Patienten weisen eine neurologische bzw. psychologische/psychiatrische Symptomatik auf, womit verschiedene Belastungen sowohl des Patienten, seines Umfeldes als auch des PC-Teams verbunden sind (Demenz bis hin zu Unruhe, Krampfanfällen, Verwirrtheit, Delir). Die Symptomatik, die in der Praxis am wenigsten häufig auftritt bzw. das Geschehen kennzeichnet und damit am wenigsten handlungsprägend erscheint, sind Wun-

47 Lesehinweis: Die horizontale X-Achse trägt den Index über das vorhandene Geschehen ab, gibt also die Verteilung der vorhandenen Items des ‚Gesamtgeschehens’ aus dem Einzelfall evaluiertem Bogen, unabhängig von der jeweiligen Ausprägung der 13 einzelnen Items, an. Das Minimum ist 13 und ergibt sich aus den verwendeten Wertelabels: 1=fehlender Wert, 2=Item nicht vorhanden (Wert 0 im Datensatz), 3=Item vorhanden (Werte 1-3 im Datensatz). Das Maximum ist demzufolge 39: in diesem Fall ist jedes Item als vorhanden (13x3=39) gekennzeichnet. Die vertikale Y-Achse trägt den Index über die Ausprägungen der einzelnen Items zum Geschehen ab, d.h. er gibt die (durchschnittliche) Verteilung der Ausprägungen des ‚Gesamtgeschehens’ an. Das Minimum ist dabei der Wert 0, das heißt: überall ist als Ausprägung die 0, also ‚nicht vorhanden’ angegeben. Das Maximum ist der Wert 39, das heißt überall ist die Ausprägung 3, also ‚stark’ angegeben (13x3=39). Je weiter rechts die Punkte liegen, umso mehr unterschiedliche Symptome bzw. Probleme wurden angegeben, je höher die Punkte liegen, umso ausgeprägter das Geschehen, je dunkler der Punkt, umso mehr Fälle repräsentiert er.
den und Tumore, obwohl die deutliche Mehrheit der Patienten an bösartigen Tumorerkrankungen leidet.

Im psycho-sozialen Bereich erscheinen – abgesehen von der akuten Krisensituation des Patienten (70%) – direkt patientenbezogene Aspekte weniger von Bedeutung zu sein. Vor allem das Bezugssystem der Patienten nimmt einen großen Teil der Versorgungsleistung durch das PC-Team in Anspruch. Das gilt sowohl für das professionell-strukturelle Umfeld in Form der AAPV (70%) als auch und noch mehr für das private Umfeld des Patienten: Der Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems, worunter Verwandte, Freunde und Bekannte gefasst werden, ist bei mehr als 86% der Patienten ein praxisrelevanter Aspekt. Hier lässt sich eindeutig belegen, welche wichtige Rolle das Palliativkonzept der 'unit-of-care', also der gemeinsamen Betrachtung von Patient und Angehörigen als eine Versorgungseinheit im Alltag der SAPV spielt. Dem wird insofern auch strukturell Rechnung getragen, als in mehr als 2/3 der untersuchten SAPV-Dienste ein Sozialarbeiter und/oder Seelsorger im Team integriert ist. Je nach Bedarfs- und Bedürfnislage kann so den Sorgen und Nöten der Patienten und deren Angehörigen entsprochen werden. Dieses Angebot unterstützend, bestehen zudem in nahezu allen Diensten formale und/oder informelle Kooperationsvereinbarungen mit Hospizen (stationär oder ambulant, z.T. sogar beides); einige verfügen darüber hinaus über Kooperationen mit Sozialdiensten und/oder Psychologen. Hier deutet sich bereits an, dass gerade der psycho-soziale Unterstützungsbedarf im privaten Bezugssystem durch eine funktionierende AAPV, die selbst, je ausgebauter sie ist, umso weniger Unterstützung benötigt, abgemildert werden kann (vgl. auch Kap. 4.5).

Mit dem neuen Einzelfallbeurteilungsmodell war es zudem möglich, die Ausprägungen der jeweiligen Symptomatik anzugeben. Damit kann ein noch genaueres Bild der Komplexität der Fälle gezeichnet werden. Dabei wird mit einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (stark vorhanden) die Stärke, Intensität bzw. Tiefe der Symptomatik angegeben, so wie sie für die Praxis als relevant wahrgenommen wird. Damit kommt in gewisser Weise der mit der Komplexität eines Falles verbundene Anspruch an die Versorgung zum Ausdruck, immer vorausgesetzt, die Komplexität bemisst sich nicht nur über die Vielfalt bzw. Breite symptomatischen Vorkommens, sondern kann bereits durch ein Symptom gegeben sein, dass für sich genommen komplex ausgeprägt ist.

N = 4.263

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptomatik</th>
<th>0%</th>
<th>10%</th>
<th>20%</th>
<th>30%</th>
<th>40%</th>
<th>50%</th>
<th>60%</th>
<th>70%</th>
<th>80%</th>
<th>90%</th>
<th>100%</th>
<th>110%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Schmerzsymptomatik</td>
<td>35,8%</td>
<td>34,7%</td>
<td>14,4%</td>
<td>10,7%</td>
<td>4,5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neurolog./psych. Symptomatik</td>
<td>27,3%</td>
<td>22,9%</td>
<td>17,8%</td>
<td>23,0%</td>
<td>9,0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>respir./kardiale Symptomatik</td>
<td>25,5%</td>
<td>23,6%</td>
<td>13,9%</td>
<td>27,0%</td>
<td>10,0%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gastrointest. Symptomatik</td>
<td>22,1%</td>
<td>26,4%</td>
<td>16,3%</td>
<td>25,9%</td>
<td>9,2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wunden/Tumore</td>
<td>6,1%</td>
<td>5,9%</td>
<td>69,2%</td>
<td>13,9%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urogenitale Symptomatik</td>
<td>5%</td>
<td>10,5%</td>
<td>12,2%</td>
<td>58,7%</td>
<td>13,7%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 11: Ausprägung komplexes Symptomgeschehen
Im Bereich des somatischen Geschehens werden Schmerzen – die ‚allgemeinste‘ Kategorie – nicht nur am häufigsten genannt, sondern sind auch bei einem Drittel der Patienten stark vorhanden (36%) – das ist der höchste Wert im Vergleich zu den anderen somatischen Geschehen.

Noch deutlicher ist die Präsenz des Unterstützungsbedarfs des privaten Umfeldes unter den psychosozialen Aspekten:

Abb. 12: Ausprägung weiteres komplexes Geschehen

Nicht nur, dass von den Diensten bei über 86% der Patienten ein Versorgungsbedarf im privaten Umfeld wahrgenommen wird, dieser ist auch bei deutlich mehr als der Hälfte der Fälle stark ausgeprägt (53,4%). Ohne dass damit schon geklärt wäre, was jeweils genau hinter dieser Kategorie des ‚Unterstützungsbedarfs‘ steckt, lässt dieser Befund auf eine massive Komplexität der Fallkonstellationen schließen. Und es wird deutlich, dass sich die SAPV-Praxis nicht ausschließlich – und je nach Situation vielleicht sogar am wenigsten – um den Patienten selbst kümmern muss, im Sinne seiner mehr oder weniger aufwändigen medizinisch-pflegerischen Betreuung, sondern dass auch und z.T. vor allem das vorhandene Bezugsystem Unterstützungsleistungen bedarf.

Differenziert nach der Wohnsituation der Patienten (vgl. Abb. 13) bestätigt sich, dass ein Betreuungsaufwand des privaten Umfeldes des Patienten insbesondere bei Versorgungen im häuslichen Kontext entsteht. Bei weit über der Hälfte der Patienten, die zuhause leben, nehmen SAPV-Dienste einen starken Unterstützungsbedarf von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen des Patienten wahr (64% bzw. 56%) – und zugleich gibt es sehr wenige Patienten, bei denen ein solcher Bedarf nicht vorhanden ist (4% bzw. 13%). Dennoch – und das ist ein ebenso interesseranter und wichtiger Befund – heißt das nicht, dass im institutionellen Kontext diese Leistung weg fällt: Auch in Pflegeheimen und Hospizen geht mit einem Drittel der Fälle eine Betreuungsleistung für die Angehörigen einher (32% bzw. 33%). Und immerhin knapp die Hälfte der Fälle im Pflegeheim und ein Drittel im Hospiz weisen einen leichten oder mittleren Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsystems auf. Diese zusätzliche Leistung der SAPV-Dienste ist ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der Betreuung des Sterbenden, der sich nicht nur im Arbeitsaufwand der Teams niederschlägt, sondern auch in der Qualität der Betreuung: Es geht in der SAPV – entgegen der ursprünglichen Annahme des Gesetzgebers – offensichtlich nicht nur um Symptomlinderung und medizinisch-pflegerische Versorgung, sondern auch um Betreuung am Lebensende, was in wesentlichen Teilen die jeweiligen Bezugspersonen des
Sterbenden mit einschließt. In diesem Zusammenhang ist erneut auf die palliativ-hospizliche Stärkung des gesamten Regelversorgungssystems hinzuweisen, die hier bereits im Vorfeld eines SAPV-Einsatzes wirksam werden müsste.

Abb. 13: Wohnsituation und Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsystems

Neben den verschiedenen Formen von Komplexität – komplexe Ausprägung eines Symptoms vs. komplexe Konstellation verschiedener Symptome, wobei somatische und psycho-soziale Merkmale unterschiedlich komplex wirken können – ist Heterogenität ein weiteres Merkmal der SAPV-Patienten. Diese spiegelt sich nicht nur in den jeweiligen aggregierten Fallmerkmalen wider (s.o.), sondern auch im Versorgungsaufwand. Als Indikatoren für den Versorgungsaufwand bieten sich die Behandlungsdauer und die Anzahl der Besuche an, die das PC-Team pro Fall absolviert.

Im Durchschnitt ist ein Patient 32 Tage in der SAPV (Median 16) und bekommt dabei 9 bis 10 Besuche (Median 7). Dabei reicht die Bandbreite von nur einem Tag Behandlungsdauer bzw. nur einem Besuch bis hin zu knapp 800 Tagen Behandlungsdauer und über 200 Besuchen (die Standardabweichung beträgt 46 Tage bzw. 10 Besuche). Bezieht man die Behandlungsdauer und die Anzahl der Besuche aufeinander (vgl. Abb. 14), so ergibt sich ein recht heterogenes Bild, welches deutlich (und wenig überraschend) folgenden Zusammenhang ausweist: Je länger Patienten in SAPV sind, desto mehr Besuche bekommen sie (hell- und dunkelblaue Punkte). Erkennbar ist aber auch, dass dieser Zusammenhang keineswegs linear ist: Die Werte deuten einerseits darauf hin, dass es bestimmte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegeeinrichtung</th>
<th>N = 744</th>
<th>23,7%</th>
<th>44,8%</th>
<th>31,6%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hospiz</td>
<td>N = 88</td>
<td>33,0%</td>
<td>33,0%</td>
<td>34,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>bei Angehörigen</td>
<td>N = 2.586</td>
<td>4,2%</td>
<td>32,3%</td>
<td>63,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>allein</td>
<td>N = 415</td>
<td>13,3%</td>
<td>31,1%</td>
<td>55,7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Unterst. bedarf priv. Bezugsyste stark
Unterst. bedarf priv. Bezugsyste leicht/mittel
kein Unterst. bedarf priv. Bezugsyste

48 Cramer-V beträgt 0,234.
50 Es wurden dabei nur jene Fälle berücksichtigt, für die entweder Teil- (TV) oder Vollversorgung (VV) durchgeführt wurde, reine Beratungen oder Koordinationen erscheinen hier nicht.
51 Lesehinweis: Die Grafik muss ausgehend von der Behandlungsdauer gelesen werden, d.h. um die jeweiligen Werte abzulesen, geht der Blick vertikal von der Behandlungsdauer nach oben auf die verschiedenenfarbigen Markierungen, die jeweils für eine Kategorie der Besuchszahlen steht. Bsp.: Patienten, die bis zu 5 Tagen in SAPV waren, hatten zu knapp 45% 3-5 Besuche.

Abb. 14: Besuche in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer

Betrachtet man den Grund der Beendigung von SAPV, so ergibt sich hingegen ein recht homogenes bzw. eindeutiges Bild: Mehr als vier von fünf Patienten versterben in SAPV (82,1%). Bei einem genauerer Blick auf den Sterbeort (vgl. Abb. 15) zeigt sich, dass von diesen 82% wiederum zwei Drittel zuhause versterben.

52 Bezieht sich nur auf Patienten mit TV oder VV. Pearson-R beträgt 0,627.
53 Bei 7,2% fand eine Stabilisierung statt, 6% wurden verlegt, bei 3,1% endete die Verordnung, 1,3% hatten keinen Bedarf (mehr) und 0,3% erhielten eine kausale Therapie (bei N = 7.599).
Zählt man die im Heim Verstorbenen auch dazu – und nimmt damit als entscheidendes Kriterium für die Frage nach dem Sterbeort die Tatsache, dass der Patient kurz vor seinem Tod nicht mehr verlegt werden musste, so ergibt sich ein Wert von 84,5% der „zuhause“ Verstorbenen. Differenziert man den Sterbeort in ambulante und stationäre Einrichtungen, dann verteilen sich die Werte wie folgt: 88,4% der Patienten versterben im ambulanten Sektor, 11,6% im stationären (Krankenhaus und Palliativstation).

Ein noch genaueres Bild ergibt die Verbindung von Wohnsituation und Sterbeort (vgl. Abb. 16): Es zeigt sich, dass es im Wesentlichen gelingt, quer über alle Wohnsituation hinweg unter SAPV dort sterben zu können, wo man gelebt (bzw. sich zu seinem Lebensende hin befunden) hat und nur in

---

54 Cramer-V beträgt 0,597.
wenigen Fällen Verlegungen in ein Krankenhaus nötig oder gewünscht sind. Selbst die allein zuhause lebenden Patienten können immerhin zu 62% zuhause sterben. Das erscheint nicht nur deshalb als bemerkenswertes Ergebnis, weil es der Wunsch der meisten Menschen ist, zuhause sterben zu können (vgl. DHPV-Umfrage 2012) und dieser Wunsch in vielen SAPV-Fällen erfüllt werden kann, sondern damit entspricht die SAPV-Praxis auch dem Auftrag des Gesetzgebers.

4.2.2 SAPV-Praxis erfolgreich? – Selbsteinschätzung der Dienste


Abb. 17: SAPV-Realisierung aus Sicht des Dienstes erfolgreich?

Generell zeigt sich hierzu, dass in der Mehrzahl der Fälle die Dienste die SAPV als erfolgreich realisiert ansehen – ohne im Detail mitteilen zu können, was genau diese hier unter ‚erfolgreich‘ verstehen. Nur in 1,3% der Fälle wurde ein eindeutiges ‚nicht erfolgreich‘ mitgeteilt. Zu fragen ist nun, mit welchen Faktoren oder Bedingungen diese (Selbst)Einschätzung zusammenhängen könnte.

55 Die Befunde zum Sterbeort nach Wunsch zeigen, dass fast jeder Dritte im Krankenhaus Verstorbene auch dort sterben wollte (vgl. Abb. 71). Damit ist aber noch keine Aussage darüber zu treffen, warum dies gewünscht wurde: Liegt es an einer unzureichenden Versorgung zuhause oder doch eher an der Dekompen- sation der Angehörigen bzw. dem Wunsch des Patienten, keine Last für seine Angehörigen zu sein?

56 http://www.dhpv.de/service_forschung_detail/items/2012-08-20_Wissen-und-Einstellungen-zum-Sterben.html (zuletzt eingesehen am 17.03.2014).

57 Vgl. auch Kap. 4.3.1, Abb. 21 ‚Erwartungen der Patienten‘: knapp 70% der Patienten wollen nicht mehr ins Krankenhaus; und vgl. auch Anhang, Kap. 5.2, Abb. 71: ‚Sterbeort nach Wunsch abhängig vom Sterbeort‘.


---

58 Bezieht sich nur auf Patienten mit TV oder VV. Cramer-V beträgt 0,209.
Abb. 19: SAPV-Realisierung erfolgreich?; abhängig von der Wohnsituation\(^{59}\)

Abb. 20: Krankenhauseinweisungen abhängig von der Wohnsituation der Patienten\(^{60}\)

Da vor allem bei Alleinlebenden eine Krankenhauseinweisung häufiger ist (vgl. Abb. 20), ist auch ein zumindest teilweises Scheitern der SAPV dort häufiger als bei anderen Wohnsituationen, denn Krankenhauseinweisungen lassen die Teams die SAPV-Realisierung ‘kritischer’ einschätzen. Dieser Zusammenhang (Wohnsituation und Krankenhauseinweisungen) ist erklärbar durch die tendenziell komplexer, schwierigeren Versorgungssituationen vor Ort. Das wird auch durch die qualitativen Interviews gestützt, in denen Ein-Personen-Haushalte als ein Faktor für ‘Problemfälle’ genannt werden, die eine SAPV-Realisierung als wenig(er) erfolgreich nahelegen (vgl. Kap. 4.3.3).

\(^{59}\) Bezieht sich nur auf Patienten mit TV oder VV; Cramer-V beträgt 0,059.

\(^{60}\) Bezieht sich nur auf Patienten mit TV oder VV; Cramer-V beträgt 0,091.
4.3 SAPV-Patienten – aus Sicht der SAPV-Dienste und weiterer AAPV-Akteure

Ausgehend von den allgemeinen Kennzahlen und Leistungsindikatoren sowie diesen Hinweisen zur Selbsteinschätzung der SAPV-Praxis durch die Dienste, ist in einem nächsten Schritt genauer nach den SAPV-Patienten zu fragen. In der Studie wurde versucht, die SAPV-Patienten hinsichtlich ihrer Merkmale und Kennzeichen, wie sie von den SAPV- und AAPV-Akteuren wahrgenommen werden, genauer in den Blick zu nehmen. Im Besonderen wurden hierbei folgende Fragestellungen beleuchtet:

- Was sind typische Fallmerkmale in Bayern, die SAPV notwendig werden lassen?
- Worin unterscheidet sich ein SAPV-Fall von einem AAPV-Fall?
- Welche Fälle werden warum von der AAPV zur SAPV übergeben?
- Wie und unter welchen Bedingungen ist eine Beendigung der SAPV und Rückkehr des Patienten in die AAPV möglich?

4.3.1 Wahrgenommene Erwartungen der Patienten seitens der SAPV-Dienste


In der folgenden Grafik (Abb. 21) sind die von den Diensten berichteten Erwartungen der Patienten abgebildet. Die orangenen Balken tragen die Werte für das generelle Vorhandensein der jeweiligen Erwartung ab, noch losgelöst von ihrer Ausprägung; die Ausprägungen sind darüber erkennbar. Hier zeigt sich, dass die Linderung der krankheitsbegleitenden Symptome nicht nur die Erwartung ist, die am häufigsten genannt wird (84,3%) und damit am prominentesten ist, sondern dass sie auch im Vergleich zu den anderen Erwartungen am häufigsten in starker Ausprägung vorkommt (66,4%). Außerdem: Bei nahezu oder z.T. mehr als der Hälfte der Patienten nehmen die Dienste etwas wahr, das man als manifeste Abkehr vom gängigen medizinischen Versorgungsgeschehen bezeichnen könnte. Die Patienten wollen keine lebensverlängernden Maßnahmen (60,7%), selbst über das Geschehen um sie und mit ihnen bestimmen (58,6%) oder auch einfach nur „in Ruhe gelassen“ werden (44,5%). Insbesondere besteht der Wunsch, nicht mehr ins Krankenhaus zu müssen (68,8%). Berücksichtigt man die Ausprägungen, so zeigt sich besonders der letzte Aspekt als hochrelevant für die SAPV-Praxis (46,2%). Zusammengekommen heißt das, dass die Patienten sich eine andere Art der Versorgung am Lebensende wünschen als die, die sie im Krankenhaus vermuten (oder kennen) – und sie versprechen sich diese von der SAPV.


61 Anmerkung: Berücksichtigt man nur die gültigen Prozente, rechnet also die fehlenden Angaben nicht mit, so zeigen sich die hier abgebildeten Befunde in noch stärkerem Maße.

Abb. 21: Erwartungen der Patienten

4.3.2 Patientengruppen (quantitative Analysen)


(Cluster „wenig/mittel“). Mit dieser Gruppierung sind zunächst nur die Häufigkeiten der verschiedenen Symptom- und Problemlasten abgetragen.

Abb. 22: Patientengruppen entlang des angegebenen ‚Geschehens‘

Die verschiedenen Arten von Symptomlast verteilen sich konkret wie folgt auf die einzelnen Gruppen, hier zunächst das komplexe Symptomgeschehen:

Abb. 23: Verteilung des komplexen Symptomgeschehens auf die vier Patientengruppen

Die Patientengruppen unterscheiden sich erkennbar hinsichtlich des Vorkommens einzelner Arten des komplexen Symptomgeschehens, am deutlichsten im Vergleich von Cluster 2 („viel/viel“) und Cluster 4 („wenig/mittel“). Hervorzuheben ist, dass auch in Cluster 4 – dem niedrig homogenen Cluster hinsichtlich komplexen Symptomgeschehens – weit mehr als die Hälfte der Patienten Schmerzen haben (63,5%). Das spiegelt den generellen Befund wider, dass SAPV-Patienten vor allem unter Schmerzsymptomatiken leiden und diese somit an erster Stelle der medizinischen (und damit

63 Cramer-V beträgt zwischen 0,330 und 0,655.
64 Jeweils die ersten Bezeichnungen in der Klammer – also „viel“ und „wenig“ – beziehen sich auf die Häufigkeiten im komplexen Symptomgeschehen.
vermittelt auch der psycho-sozialen) Versorgung stehen. Interessant und bedeutsam ist nun nicht nur, hinsichtlich welcher ‚Geschehensarten’ sich die Patientengruppen unterscheiden, sondern auch die Frage, in welcher Ausprägung die einzelnen Symptomlasten in den Patientengruppen vorkommen.

Bezogen auf das komplexe Symptomgeschehen verteilen sich die Werte wie folgt: Hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Symptomgeschehen unterscheiden sich die vier Patientengruppen weniger deutlich als bzgl. der einfachen Häufigkeiten. Quer über die Gruppen weisen zwischen 30 und 40% der Patienten eine Schmerzsymptomatik in starker Ausprägung auf. Auch im niedrig homogenen Cluster 4 hat knapp ein Drittel aller dort gruppierten Patienten starke Schmerzen, aber auch immerhin mehr als jeder fünfte Fall ist durch starke neurologisch/psychologische Symptomatik gekennzeichnet. Damit zeigt sich, dass SAPV-Patienten nicht allein durch die Häufigkeit bzw. die quantitative Komplexität verschiedener Symptomlasten charakterisierbar sind, sondern vor allem auch die ‚Tiefe’, also die qualitative Ausprägung der einzelnen Lasten von Bedeutung ist.

Abb. 24: Komplexes Symptomgeschehen in den vier Patientengruppen – jeweils in starker Ausprägung


65 Diese Werte beziehen sich auf alle Patienten in den jeweiligen Gruppen und nicht nur auf diejenigen, bei denen Schmerzen angegeben wurden (die interpretationsrelevanten Grundgesamtheit sind hier also 100% der Patientengruppe und nicht bspw. die 64% in Cluster 4, bei denen Schmerzen vorhanden sind).

66 Cramer-V beträgt zwischen 0,235 und 0,385.

67 Hier ist nun jeweils die zweite Bezeichnung in der Klammer für die Benennung als mittel- oder hochkomplex im Bereich des psycho-sozialen Geschehens entscheidend.
Fälle eine Rolle: in 81 bzw. 82% der Fälle in den mittelstark heterogenen Clustern und in 99 bzw. 98% der Fälle in den hoch heterogenen Clustern.

Abb. 25: Verteilung des weiteren Geschehens auf die vier Patientengruppen

Ebenso ist erkennbar (vgl. Abb. 26), dass, wenn man die Ausprägungen der einzelnen psycho-sozialen Versorgungsgeschehen mit dazu nimmt, selbst bei den ‚nur’ mittelstark heterogenen Clustern immerhin die Hälfte aller Patienten in diesem Bereich einen starken Unterstützungsbedarf hat (45 bzw. 51% in Cluster 3 und 4).

Abb. 26: Weiteres Geschehen in den vier Patientengruppen – jeweils in starker Ausprägung

---

68 Cramer-V beträgt zwischen 0,257 und 0,594.
69 Cramer-V beträgt zwischen 0,163 und 0,346.
Der Vergleich der ähnlich heterogenen Cluster – z.B. Cluster 1 und Cluster 2, die beide „viele“ (potenziell) problematische Situationen in der Versorgung nennen – weist aus, dass nicht allein die interne Verteilung und Ausprägung im somatisch-medizinischen einerseits und im psycho-sozialen Bereich andererseits relevant ist, sondern beide auch zusammenhängen. So lassen sich bspw. die Unterschiede im Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsystems und in den ethischen Konflikten in Cluster 1 und 2 durch die unterschiedlich heterogene somatische Symptomlast erklären: Cluster 1 hat durchschnittlich 3,5 verschiedene Arten der Symptomlast („mittel“), Cluster 2 hat 5,2 („viel“). Dabei ist es inhaltlich sowie statistisch plausibel,70 die unterschiedlichen Werte beim Unterstützungsbedarf und auch bei den ethischen Konflikten mit der unterschiedlichen Heterogenität in der Symptomlast in Verbindung zu bringen.


4.3.3 Patiententypen in der Wahrnehmung der SAPV-Dienste und weiterer AAPV-Akteure (qualitative Analyse)


4.3.3.1 Routinefälle

Ein Routinefall, dessen komplexe Symptomlast und schwierige psycho-soziale Situation vom PC-Team mit dem zuhandenen, erfahrungsbasierten Wissen sowie den bewährten Handlungs routinen bewäl-

70 Es können vermittelnde Faktoren wie etwa die Wohnsituation als erklärende Variable in den Hintergrund gerückt werden, da sich die vier Patientengruppen diesbezüglich kaum voneinander unterscheiden (vgl. Abb. 67 im Anhang).

71 Das Ziel war die qualitativ-explorative Analyse solcher praxisrelevanter Unterscheidungen. Eine quantitativ Auswertung hinsichtlich der Anteile an Routine-, Problem- oder Grenzfälle war mit den aus dem vorhandenen Einzelfallevaluationsbogen generierten standardisierten Daten nicht möglich; vgl. auch die Erklärungen zu Routine-, Problem- und Grenzfällen in Kap. 3.2.1.1.  

– 63 –

Als für diese Kennzeichnung charakteristische Beispiele wurden von den SAPV-Diensten angegeben:

- Unproblematische Versorgung von Schmerzen, i.d.R. durch eine stabile Schmerzeinstellung (Morphinpflaster, Bedarfsmedikation etc.);
- Erfolgreiche Versorgung typischer Symptome (Erbrechen, Übelkeit, Obstipation, Atemnot etc.);
- Durchführung von Aszites-Punktionen;
- Gelingende Unterstützung der Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation trotz exis-
tenziell krisenhaften Krankheitsgeschehens für den Patienten und Anleitung bei der fürsorgen-
den Betreuung des Patienten.

### 4.3.3.2 Problemfälle


- **Medizinisch-pflegerischer Bereich:**
  - sogenannte ‚Kurzliger‘, bei denen ein hoher Koordinationsaufwand dann nicht mit einer erkennbaren Verbesserung der Betreuungssituation verbunden werden kann;
  - Beatmungspatienten;
  - Psychische Erkrankung bei Patienten und/oder Angehörigen;
  - Suchtproblematik bei Patienten und/oder Angehörigen.

- **Psycho-sozialer Bereich:**
  - Ein-Personen-Haushalte, nicht nur verstanden als Haushalt-/Wohnform, sondern auch als Lebensform, die dadurch gekennzeichnet ist, dass ein privates Bezugssystem fehlt;
  - junge Patienten mit hoher Ambivalenz gegenüber dem Krankheits- und Sterbegeschehen, insbesondere wenn dabei beim Patienten eigene Kinder involviert sind;

– Angehörige, die auf den eingetretenen Tod des Patienten – trotz intensiver Vorgespräche – panisch reagieren oder zusammenbrechen, da hierfür im Rahmen von SAPV dann eigene, über Trauerbegleitung hinausgehende Akutmaßnahmen eingesetzt werden müssen;
– komplexe Beziehungsdynamik zwischen den Patienten und involvierten Familienangehöri- gen oder unter den Familienangehörigen (‘Begleichen alter offener Rechnungen’);
– Patienten, die – so entsprechende Berichte – im Vergleich zu anderen Patienten dezidiert jegliche (gleichsam radikalisiert selbstbestimmte) Rollen im Betreuungsgeschehen spielen (möchten) (z.B. Ärzte, Lehrer);
– Patienten bzw. Angehörige aus einem anderen Kulturkreis mit je eigenen Umgangsweisen mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer;
• Ethischer Bereich:
  – Bitte um Sterbehilfe/Tötung bis hin zu (versuchtem oder erfolgreichem) Suizid der Patien- ten;
• Organisatorischer Bereich:
  – Privatpatienten, da hier aufgrund der anderen Abrechnungsmodalitäten mitunter als schwierig eingestufte Gespräche über Kostenabrechnungen geführt werden müssen.


Wann und in welcher Form eine Versorgung zum Problemfall werden kann, ist folglich weniger anhand von vorgängigen, verlässlich zu identifizierenden Patientenmerkmalen festzumachen. Vielmehr,

4.3.3.3 Grenzfälle

Die Frage nach „Grenzfällen“ in der Betreuungspraxis vor Ort diente dazu, solche Betreuungen zu identifizieren, die entweder eine SAPV bekommen, aber nicht im Sinne eines hochkomplexen Geschehens Bedarf dafür hätten (also Fehl-SAPV-Fälle: SAPV ohne hinreichende Indikation); oder aber solche (AAPV-)Patienten, die einer SAPV bedürften, aber aus welchen Gründen auch immer keine Betreuung bekommen (also Fehl-AAPV-Fälle: keine SAPV trotz hinreichender Indikation). Generell lässt sich hierzu vorausschicken, dass die von den PC-Teams und weiteren AAPV-Akteuren geschilderten Begründungen dafür, ob ein Patient eine SAPV-Verordnung erhält oder nicht, ob hier jeweils eine hinreichende Indikation gegeben ist oder nicht, zumeist auf strukturelle Faktoren, aber z.T. auch auf situationale Aspekte rekurrieren.


Bei der Frage nach Fällen, die keine SAPV-Verordnung erhalten, obwohl dem PC-Team zufolge SAPV angezeigt wäre und somit seiner Sicht nach „Fehl-AAPV-Fälle“ darstellen, aus den gegenüberstehenden Perspektiven (z.B. von Hausärzten, der Krankenkassen) aber als vermeidbare bzw. vermiedene Fehl-SAPV-Fälle betrachtet werden, sind zwei Muster zu nennen:

- Der Hausarzt stellt keine SAPV-Verordnung aus, weil für ihn die Betreuungssituation im Rahmen der AAPV und auf der Basis seines Wissens über den Patienten und dessen Betreuungssituation bewältigbar erscheint. Hinzu kommen hier z.T. noch grundlegende Bedenken gegenüber einer „(über)komplexen Versorgung“ des Sterbenden, mit der z.B. mehrere Personen in das Betreuungssetting involviert werden, wo nach Sicht von Hausärzten mitunter eher dem Motto zu folgen
wäre: ’Weniger Personen am Sterbebett helfen mehr’. Dabei zeigt sich, dass gleichsam hinter der Symptom- und Situationseinschätzung unterschiedliche Vorstellungen darüber vorhanden sind, wie mit dem Lebensende als Herausforderung an die Versorgung umzugehen ist und dabei kulturelle, professinonspolitische bis hin zu ökonomische Aspekte eine Rolle spielen.


Dem zur Seite stehen folgende, nicht durchgängig und eindeutig als ’Fehl-SAPV-Fälle’ zu benennende Betreuungssituationen, bei denen die SAPV-Verordnung zwar vorliegt, aber gleichsam unter einer ’besonderen Rahmung’ steht:

- Besondere Grenzfälle sind aus Sicht aller Beteiligten jene Patienten, die eine Behandlungsduer aufweisen, die weit über die Versorgung von 30 Tagen hinausgeht, da hier dann die Frage im Raum steht, wieso im Sinne einer ’Krisenintervention’ durch SAPV die Versorgungs- und Betreuungssituation nicht so normalisiert werden kann, dass eine Rückgabe des Patienten an die AAPV erfolgen kann. Hierbei vermissen sich in der Beschreibung/Begründung solcher ’SAPV-Fälle’ – wie oben bereits genannt – situationale und strukturelle Faktoren, also die konkrete Symptom- und Problemsituation vor Ort beim Patienten und die unzureichende AAPV-Struktur als defizitäre Gesamtkonstellation. Letzteres, im Sinne einer unzureichenden AAPV, wird illustriert durch die Einschätzung, dass bei einer besseren allgemeinen Versorgungsstruktur und -organisation, eine bessere Palliativiausbildung der Hausärzte etc. die Versorgung solcher Fälle unterhalb von SAPV kein Problem wäre.


- Davon zu unterscheiden sind Grenzfälle, in denen SAPV im Rahmen von Betreuungen von Patienten in Pflegeheimen gleichsam die Funktion der juristischen Flankierung im Sinne einer ausgewiesenen medizinisch-pflegerischen und ethisch einwandfreien Versorgung übernimmt. Hier geht es also für die Institution um unsichere Verfahrensfragen und/oder Verfahrensweisen, die aus Sicht des Pflegeheims dann durch die hinzuzuzogene externe Expertise abgesichert werden können.

- Ähnlich, wenngleich eher auf die konkrete prekäre Ressourcenproblematik in der AAPV zielend, erscheint SAPV aus Sicht von AAPV-Akteuren (Hausärzte, Pflegedienste) als Absicherung, als Sicherheitsversprechen z.B. hinsichtlich wechselnder Bereitschaftsdienste zwischen Feiertagen, langen Wochenenden, Urlaubstage etc.; umgekehrt werden solche besonderen Zeitphasen auch genutzt, um möglichst komplikationslos SAPV-Verordnungen z.B. unter Umgehung von ansonsten bei der Verordnungsvergabe als problematisch eingeschätzten Hausärzten zu bewerkstelligen.
• Weiterhin können SAPV-Verordnungen in Einzelfällen auch darauf gründen, dass z.B. eine aus-
schließliche, gleichwohl hinsichtlich Fahrt-/Besuchsaufwand kostenintensive Schmerzpumpen-
versorgung für einen Pflegedienst ökonomisch kaum leistbar ist und hier dann SAPV als Versor-
gungsalternative ins Auge gefasst wird.
• Ein weiterer Punkt, mit dem sich vor allem Hausärzte, aber auch andere AAPV-Akteure sowie die
PC-Teams konfrontiert sehen, ist der dezidierte Wunsch von Angehörigen nach einer SAPV für
den Patienten, auch wenn ein SAPV-Bedarf nicht eindeutig zu erkennen ist.

In der Zusammenschau dieser Schilderungen zeigt sich, dass SAPV keineswegs immer an der Situation
des Einzelnen bemessen werden kann. Vielmehr entscheiden häufig gerade nicht ausschließlich oder
zuvorderst die ausgeprägten Krankheitssymptome eines Patienten (im Sinne ‚harter Kriterien‘) über
eine spezialisierte Betreuung, sondern spezifische situationale und strukturelle Konstellationen, die
zunächst einer höheren Aufmerksamkeit bedürfen, um die Versorgung zuhause überhaupt bewerk-
stellen zu können. So spielen beispielsweise Belastungen, Erkrankungen der pflegenden Angehöri-
gen ebenso eine wichtige bzw. manchmal sogar prominente Rolle als die Symptomlast des Patienten.
Solche Konstellationen produzieren insofern systematisch ‚Grenzfälle‘, als der primäre Blick auf
den Patienten in seiner Symptomatik die SAPV-Verordnung gleichsam fragwürdig erscheinen lässt,
sein Verbleiben zuhause allerdings allein schon dadurch gefährdet ist, dass die Angehörigen, für die
eben keine SAPV-Verordnung ausgestellt werden kann, das ‚eigentliche Problem‘ darstellen.73

Ebenso sind als ‚weiche Kriterien‘ die fehlenden Kompetenzen, institutionelle Unsicherheiten, Res-
 sourcendefizite insgesamt bis hin zur mangelhaften Vergütung von AAPV-Akteuren bzw. von einzel-
nen AAPV-Versorgungsleistungen als Grund für eine SAPV-Verordnung zu nennen,74 womit Grenzfäl-
le (resp. in letzter Konsequenz: Fehl-SAPV-Fälle) strukturell generiert werden. Zu erwähnen ist hier-
bei mit Blick auf die Grenzfallproblematik jedoch auch, dass bei einem ‚nicht intakten sozialen Um-
feld‘ und ‚überforderten Familienstrukturen‘ als Auslöser für eine SAPV-Verordnung SAPV-Dienste
sich typischerweise auch in der Rolle als Verantwortliche bei der psycho-sozialen Unterstützung se-
hen. Dem gegenüber werden z.B. ambulante Hospizdienste, Sozialdienste, Psychoonkologen, die hier
erfolgen in Koordinations- und Unterstützungsfunktionen einen Beitrag leisten könnten, in den In-
terviews von den SAPV-Diensten nicht oder kaum benannt. Das bedeutet: Nicht allein eine strukturell
unzureichende AAPV generiert Grenzfälle in der SAPV-Praxis, sondern ggf. auch eine noch unzu-
reichende Vernetzung bzw. ein fehlendes integratives Ineinandergreifen von AAPV und SAPV in der
Praxis vor Ort (vgl. hierzu auch Kap. 4.5). Als kondensierende Schlussfolgerung zu den sogenannten
‚Problemfällen‘ bzw. ‚Grenzfällen‘ erscheint für eine Evaluation der SAPV-Praxis wie vor allem auch
für die Qualitätssicherung bei den Diensten sinnvoll, ein auf die Bedingungen ‚vor Ort‘ jeweils abgeste-
mmtes Qualitätsmanagement-System einzusetzen, das aus der jeweiligen Praxis heraus für die
jeweils Praxis zu entwickeln ist.

---

73 So wurde von einem SAPV-Dienst das Beispiel eines Ehepaares benannt, bei dem die Ehefrau aufgrund
einer Tumordiagnose vom PC-Team versorgt wurde, der Ehemann aber aufgrund seiner fortgeschrittenen
Demenzerkrankung mitversorgt werden musste, um den Verbleib beider im häuslichen Bereich gewähr-
leisten zu können – zumal sich beide weigerten, weitere Betreuungspersonen zuzulassen.
74 Mit Blick auf Finanzierungsfragen ist in diesem Zusammenhang auf die Einführung neuer Gebührenpositi-
onen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für palliative Versorgung durch Hausärzte (GOP 03370-03373
für Erwachsene und GOP 04370-04373 für Kinder) im Oktober 2013 zu verweisen.
4.4 Perspektive der Patienten und Angehörigen


Zunächst ist anzumerken, dass – wie bereits in der ersten SAPV-Studie – alle befragten Patienten und Angehörigen in der Gesamteinschätzung der SAPV positiv gegenüberstanden und die besondere Hilfe und Unterstützung durch die PC-Teams würdigten. Allerdings „ent-decke“ der genauere Blick darauf, was aus Sicht von Patienten und Angehörigen als schwierig, problematisch oder konflikthaft empfunden wurde, in verschiedenen Fällen folgende Problemfelder, die im Anschluss ausgeführt werden:

- die Frage nach Standardisierung, Normierung und Qualität in der SAPV als Interaktions-Praxis vor dem Hintergrund der Rolle von Patienten und Angehörigen;
- das Ignorieren bereits vorhandener Versorgungsstrukturen und Betreuungsbeziehungen und der fehlende Einbezug der Angehörigen als „Experten“ ihrer eigenen alltagsweltlichen Bezüge;
- Überforderung der pflegenden Angehörigen und nicht hinreichende Berücksichtigung des Wünsches nach weiterer Unterstützung;
- der Einsatz von technischen Hilfsmitteln in den „eigenen vier Wänden“ der Patienten und Angehörigen und das damit einhergehende „Befremden“ dieser eigenen vier Wände;

4.4.1 SAPV als Interaktions-Praxis

Trotz der programmatischen, den Konzept von Palliative Care folgenden Orientierung von SAPV an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen, muss sie als professionelle medizinische Versorgung im Kern auch einer medizinisch-pflegerischen Logik folgen (neben dem Verständnis von Palliativarbeit als Interaktionsarbeit). Damit zieht sie im Rahmen der Herstellung und Erhaltung von Qualität tendenziell eine Standardisierung und Normierung des Versorgungsgeschehens nach sich, jedenfalls überall dort, wo sich dies in Erwartung des Unerwartbaren bewerkstelligen lässt. Im Unterschied zur klassischen hospizialen Vorstellung von ehrenamtlicher Begleitung, für die jegliche Normierung und Standardisierung kritisch diskutiert und hinterfragt wird und die sich letztlich am Ideal der nachbarschaftlichen Hilfe orientiert.

75 Im Unterschied zur klassischen hospizialen Vorstellung von ehrenamtlicher Begleitung, für die jegliche Normierung und Standardisierung kritisch diskutiert und hinterfragt wird und die sich letztlich am Ideal der nachbarschaftlichen Hilfe orientiert.


\begin{footnotesize}
\begin{itemize}
\item \textsuperscript{77} Schneider, W.; Eschenbruch, N.; Thoms, U. (2012): Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie; gefördert von der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP); Förderzeitraum Januar 2010 bis Juni 2011.
\end{itemize}\end{footnotesize}
4.4.2 Vorhandene Versorgungsstrukturen und Betreuungsbeziehungen

In direkter Verlängerung bzw. Konkretisierung des soeben skizzierten Problemaspekts erschließt sich die folgende Problematik: SAPV erfolgt aus der Perspektive der befragten AAPV-Akteure als Versorgung in einem institutionalierten Netzwerk (vgl. hierzu Kap. 4.5). Wichtige Merkmale von Netzwerken sind in der Regel flache Hierarchien, was bedeutet, dass alle im Netzwerk befindlichen Akteure mit ihrem Expertenwissen zu einer gelungenen Versorgung beitragen und gleichberechtigt einbezogen werden. Demnach nehmen auch Angehörige in Anspruch, als Experten in eigener Sache gehört zu werden, was offensichtlich aber nicht immer erfolgt, wie nachfolgendes Beispiel eines Angehörigen exemplarisch verdeutlichen soll:

„Dann sind die gekommen. Zuerst ist der Herr X gekommen, der hat das aufgenommen, war auch okay alles. Und - dann ist jemand anderer gekommen. - Ja, und die hat halt ihre eigenen Ansichten. Und das ist halt, jetzt geht das ganze Ding wieder von vorne an. Wenn ich denen gesagt habe, ich versorge meine Frau schon so lange, tagtäglich, ich weiß, was sie braucht, ich weiß, was ihr gut tut, was ihr nicht gut tut und ich habe auch in der Pflege auch nochmal die Frau vier Jahre lang versorgt und auch gepflegt, die war mehr oder weniger ja bettlägerig, habe ich die auch erst versorgt, habe alles mit dem Krankenpflegeverein ausgemacht, mit dem Arzt alles gesprochen. Man hat ja da ein bisschen Ahnung. Wenn ich das tagtäglich mache. Es ist nicht so, wenn ich das bloß einmal mache im Jahr, aber wenn ich das vier Jahre lang jeden Tag mache, dann kann man schon ein bisschen mitschwärtzen. Das zählt alles nicht. Die geht über dich hinweg, das ist, als ob du Luft wärst“. (Interview AHS)


„Und das war ja auch nicht besser, was die (SAPV) gebracht haben. Und wenn man da halt dem Hausarzt sagt, was er zu tun hat, wenn sie Bauchweh hat und ich kenne meinen Doktor, (…). Und da habe ich gesagt: So und jetzt ist Schluss. Das ist so ein Durcheinander gewesen, wenn der Hausarzt nicht mehr frei entscheiden kann, wenn der Krankenpflegeverein da ist und wir entscheiden, was, so oder so, auch fachmännisch. Und haben die jemanden im Nacken, wo das anders will, man hat es probiert, das war nicht besser. Dann habe ich einfach


abgewürzt. Die haben immer angerufen, da habe ich gesagt: Ja, wenn wir, wenn wir Sie benötigen, dann melden wir uns. Gell. Dann ist wieder Ruhe eingekehrt. Und das war auch gut so.“ (Interview AH5)


4.4.3 Überforderung der pflegenden Angehörigen und nicht hinreichende Berücksichtigung des Wunsches nach weiterer Unterstützung

Der Kehrseite des Einbezugs insbesondere der Angehörigen in das Betreuungsgeschehen widmen sich die folgenden Problembeschreibungen: Sowohl aus Patienten- und Angehörigen- als auch aus Beobachterperspektive ergab sich bei den Befragungen vor Ort mitunter der Eindruck, dass einige Versorgungssituationen einer weiteren Unterstützung durch zusätzliche Betreuungssressourcen bedurf hätten. So wurde z.B. darauf hingewiesen, dass insbesondere die Not und Bedürfnisse der Angehörigen zu wenig Berücksichtigung fanden, wie auch nachfolgender Angehöriger beklagt:


Hier wäre erkennbar an zusätzliche Hilfsangebote (z.B. durch den Einsatz von ehrenamtlichen Nachtwachen etc.) zu denken, die offensichtlich nicht zur Verfügung gestellt wurden.

Auch in anderen Interviews und Beobachtungen wurden die Forscherinnen mit Situationen sowohl hinsichtlich der konkreten alltagspraktischen Betreuung der Patienten als auch in der Organisation des eigenen Alltags „um das Sterben herum‘ konfrontiert, die offenbar von den Angehörigen als sehr belastend und dabei sich selbst nicht ausreichend betreut wahrgenommen wurden. So berichten Angehörige von Überforderungen und Dilemma-Situationen aufgrund der von ihnen empfundenen Verpflichtung gegenüber dem Wunsch des Patienten, zuhause sterben zu können, wobei sie die Betreuungssituation für sich aufgrund fehlender anderer Versorgungsmöglichkeiten bzw. möglicher Alternativen als dramatisch und ausweglos gesehen haben. Hier antworteten Angehörige auf die Frage, was sie sich in der Versorgung gewünscht hätten oder wie man ihnen hätte helfen können, mit der Gegenfrage: „Was hätte ich mir denn wünschen können?‘ Dabei habe man keine andere Möglichkeit mehr gesehen, als sich dem Schicksal zu ergeben, zumal der Patient auch nicht mehr verlegungsfähig gewesen wäre. Die Überforderungsproblematik erscheint umso beachtenswerter, als zu fragen ist, inwieweit Angehörige eine solche Überforderung in der häuslichen Betreuung überhaupt zugeben, stellt dies in der Selbst- und in der unterstellten Fremdwahrnehmung doch eine persönliche

4.4.4 Technische Hilfsmittel – das ‘Befremden’ der eigenen vier Wände


„Und ich habe halt dann das Wohnzimmer genommen. Ich habe ins Wohnzimmer Pflegebett getan und habe mir auch Nachtösten und so was, kriegen Sie ja auch nicht gestellt, das müssen Sie sich alles irgendwie besorgen und die erste Zeit konnte er auch noch aufstehen, dann habe ich ja den Rollstuhl – erst hatte ich ihn oben im Schlafzimmer und da haben wir uns die Tür erweitern lassen, dann konnte ich ja mit dem Rollstuhl ins Bad fahren und habe ihn dort gewaschen.“ (Interview AH9)


4.4.5 Kommunikationsprobleme: Zu viel Sterben und Tod – zu wenig Leben

An anderer Stelle tritt diese Übergriffigkeit – wenngleich deutlich subtiler – dahingehend in Erscheinung, dass seitens des PC-Teams der einer Familie eigene Kommunikationsstil nicht ausreichend be-
rücksichtigt wurde. So schildern Angehörigen, dass vor allem der bevorstehende Tod in einer Art und Weise kommuniziert und prominent gemacht wurde, dass sich die Angehörigen und Patienten überfordert fühlten.


Während das am Lebensende ‚zuhause bleiben können‘ eine Option für die Patienten darstellt, ist der Einzug in ein Hospiz – wie in diesem Beispiel – für manche nur schwer vorstellbar, impliziert er doch trotz gleicher Ausgangssituation eher etwas Auswegloses für die Betroffenen: Einmal von zuhause weg, scheint das eigene Ende noch näher und zwingender.


Fasst man die genannten fünf, keineswegs strikt voneinander getrennten Problemaspekte zusammen, so ergeben sich daraus als Folgerungen:

- Patienten und vor allem auch Angehörige sind, da bei sich ‚zuhause‘, als Experten ihrer selbst, ihrer eigenen alltagsweltlichen Bezüge und ihrer sozialen Beziehungen zu adressieren.
- Die Einbindung und Entlastung der Angehörigen in der Betreuung des Patienten muss psychologisch sensibel für deren je individuelle Möglichkeiten und Grenzen erfolgen. Insbesondere müs-
sen deren Wünsche nach Einbezug, Unterstützung, Entlastung als zentrale Referenz für die Organisation des Betreuungsnetzes gelten.


- Das gleiche Sensibilitätsgebot gilt auch auf kommunikativer Ebene für die symbolische Rahmung des Geschehens als (akzeptiertes und bewusst gestaltetes) ‘Sterben’ oder als (noch) ‘Leben’.

### 4.5 Prozess-, Struktur- und Kommunikationseffekte im Verhältnis SAPV und AAPV: Schnittstellenproblematiken und die Sicht der AAPV-Akteure

Im Anschluss an die soweit berichteten Befunde zur SAPV-Praxis, zu den Sichtweisen der SAPV-Dienste sowie zur Perspektive der Patienten und Angehörigen widmen sich die folgenden Abschnitte dem *Verhältnis von AAPV und SAPV* insbesondere auch aus der Perspektive der verschiedenen AAPV-Akteure.

Bei der Befragung der SAPV-Dienste zu ihren relevanten Netzwerkakteuren aus der AAPV wurde zunächst deutlich, dass die SAPV-Dienste den allgemeinen Leistungsanbietern sehr unterschiedliche Bedeutungen beismessen bzw. die Relevanz lokaler Anbieter aus Sicht der SAPV-Dienste stark variiert. Je nachdem, welcher Akteur als hilfreich und wichtig für eine optimale Versorgung erachtet wird, wird jeweils vor Ort als Angebot der AAPV in die spezialisierte Versorgung eingebunden. In den Fällen, in denen vor Ort Patienten und/oder Angehörige kooperativ durch AAPV und SAPV versorgt werden, gestaltet sich die Zusammenarbeit wiederum recht unterschiedlich, abhängig von strukturellen und auch kulturellen Bedingungen wie z.B. Ressourcen(-knappheit), spezielle Organisationsmerkmale oder regionale Kultur (vgl. Kap. 4.6), was jeweils Auswirkungen auf die durchgeführte Versorgungspraxis hat. Dieser Befund zeigt sich auch ‘auf der anderen Seite’, also aus Sicht der AAPV-Anbieter. Je nachdem, welche Perspektive man einnimmt – die der Hausärzte, der Pflegedienste, der Homecare-Anbieter, der ambulanten Hospizdienste oder der Pflegeheime – stellt sich das Verhältnis zu und die eigene Situation mit SAPV zunehmend recht unterschiedlich dar. Um diesen Befund einer umfassenden Heterogenität zu verdeutlichen und dennoch zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen, soll im Folgenden aus Sicht der AAPV-Anbieter dargestellt werden,

- wie die ambulante Palliativversorgung vor Einführung der SAPV aus Sicht der beteiligten Akteure skizziert wird und

- welche Veränderungsprozesse mit Einführung der SAPV einhergehen.

Hierfür sollen die jeweiligen Versorgungsanbieter hinsichtlich ihrer je charakteristischen Merkmale in den Blick genommen werden: Welche typischen Anbieter gibt es, worin unterscheiden sie sich in ihrer Arbeitsweise, wie kooperieren sie mit wem, und wie gestalten sich aus ihrer Sicht Übergänge der Patienten von einem stationären in das ambulante Versorgungssetting? Darüber hinaus sollen Problemfelder aufgezeigt werden, die sich vor der Implementierung von SAPV gezeigt haben oder sich seit ihrer Einführung zeigen.

4.5.1 Unterstützungsbedarf der AAPV aus Sicht der SAPV


Ursachen und Hintergründe dieses wahrgenommenen Unterstützungsbedarfs des AAPV-Umfeldes können nun zum einen strukturell bedingt und damit relativ dienstunabhängig sein. Zum Beispiel wäre es naheliegend, zu vermuten, dass in eher ländlichen Gebieten, wo die AAPV-Strukturen wenig ausgebaut oder stabil sind, der Versorgungsaufwand für die SAPV-Dienste höher ist (versorgungsstruktureller Aspekt). Betrachtet man den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf der AAPV entlang der einzelnen SAPV-Dienste und gruppiert diese nach Land/Verdichtungsraum/Stadt, so zeigt sich jedoch, dass es noch weitere Aspekte geben muss, die die Unterschiede in der Wahrnehmung der AAPV erklären.

Quer zu der Kategorie des Versorgungsraumes zeigt sich ein sehr heterogenes Bild bzgl. der wahrgenommenen Situation in der AAPV (vgl. Abb. 28): Es gibt z.B. sowohl auf dem Land als auch in der Stadt Dienste mit starkem und Dienste ohne Unterstützungsbedarf der AAPV. Dieser Befund legt nahe, dass neben den strukturellen „Umgangsmerkmalen“ des Versorgungsraumes (hier entlang der Dimension Stadt/Land) auch dienstspezifische Merkmale für die Wahrnehmung der AAPV ausschlaggebend sind. Es scheint also auch von der Art und Weise abzuhangen, wie sehr Akteure aus der AAPV – aus Sicht der SAPV-Dienste – in die Versorgung integriert werden können oder müssen oder ob sie für die Weiterversorgung des Patienten unter den ergänzenden Bedingungen der SAPV eher als irrelevant erscheinen. Somit wäre die interne strukturelle Aufstellung des Dienstes, aber auch die jeweilige Dienstkultur hinsichtlich der vorherrschenden Orientierung zu Vernetzung und Kooperation ausschlaggebend.

80 Mit Versorgungsraum ist hier die strukturelle Ausstattung eines geographischen Gebietes hinsichtlich allgemeiner und/oder spezialisierter ambulanter Versorgungsanbieter gemeint, also z.B. die Dichte an Hausärzten generell oder an palliativmedizinisch weitergebildeten Hausärzten, an ambulanten Hospizdiensten etc.
Indizien sowohl für strukturelle als auch für kulturelle dienstspezifische Einflüsse auf die Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs der AAPV zeigen sich auch, wenn man diesen mit dem Entstehungskontext der Dienste in Verbindung setzt:

Erkenntbar ist z.B., dass bei Diensten, die als Palliativnetzwerk aufgestellt sind, in 39,9% der Fälle bei der Betreuung des Patienten bzw. parallel dazu gar kein Unterstützungsbedarf der AAPV-Strukturen und/oder -Akteure zu existieren scheint. Das deutet wiederum auf strukturelle, aber eben auch auf (dienst-)kulturelle Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit AAPV-Akteuren hin: Entweder

81 Cramer-V beträgt 0,417.

Der Blick allein auf die Dienste reicht aber nicht aus, auch Patientenmerkmale scheinen für die notwendige Unterstützung der AAPV eine Rolle zu spielen. Denn ein weiterer Faktor, der sich auf den Aufwand der Unterstützung des professionell-strukturellen Umfeldes auswirkt, ist der Ort der Betreuung, also die Wohnsituation des Patienten (patienten-strukturelle Aspekte):

Abb. 29: Unterstützungsbedarf AAPV, differenziert nach Wohnsituation des Patienten

Hier zeigt sich, dass – entgegen der Befunde zum Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems (vgl. Abb. 13) – die allgemeine ambulante Versorgungsstruktur bzw. deren Akteure im häuslichen Kontext öfter keinen Unterstützungsbedarf aufweisen (22,6% bzw. 24,7%) – im Unterschied zu Fällen

82 Cramer-V beträgt 0,096.
im institutionellen Kontext (Heim, Hospiz). Dort nehmen die Dienste zu mehr als einem Drittel (34,5%) bzw. bei fast der Hälfte (48,3%) der Patienten eine notwendige zusätzliche Unterstützung von Hausärzten bzw. Pflegekräften wahr.\textsuperscript{83}


\begin{figure}[h]
\centering
\includegraphics[width=\textwidth]{Abb_30.png}
\caption{Durchgeführte Versorgung und Unterstützungsbedarf AAPV\textsuperscript{85}}
\end{figure}

Der in diesem Unterkapitel zum Unterstützungsbedarf der AAPV angebotene Strauß an Interpretationen der Datenlage machen an dieser Stelle einen Exkurs mit einigen grundsätzlichen Anmerkungen notwendig, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Nicht nur, aber

\textsuperscript{83} Vgl. hierzu auch die Hinweise in Kap. 4.3.3 zu „Grenzfällen“ sowie ausführlicher weiter unten in den Kap. 4.5.5 und 4.5.6.

\textsuperscript{84} Spearman-Koeffizient beträgt 0,012.

\textsuperscript{85} Spearman-Koeffizient beträgt 0,012.
exemplarisch an der Variable ‚Unterstützungsbedarf der AAPV‘ lassen sich ‚daten‘- bzw. ‚instrumenten‘-kritische Aspekte benennen, die, ließe man sie bei der Betrachtung außer Acht, zu einer Miss- oder Überinterpretation der Befunde führen können. Im Grunde ist nicht eindeutig klar, was hier eigentlich gemessen wird, d.h. was die Ausfüller unter der im Bogen angegebenen Variable verstehen. Somit ist auch unklar, was hinter dem ‚Unterstützungsbedarf‘ jeweils steckt: Werden hier tatsächlich eher strukturelle Merkmale wie vorhandene oder eben nicht vorhandenen AAPV-Strukturen gemessen, auf die man bei der Versorgung entsprechend zurückgreifen kann oder die von Fall zu Fall erst aufwändig aktiviert werden müssen? Oder misst man eher verschiedene Dienstkulturen, die sich in der Perspektive auf vorhandene AAPV-Strukturen und folglich auch in der Problemwahrnehmung und im Handeln unterscheiden? Dies ist auch deshalb wichtig kritisch mit zu bedenken, weil sich die Ergebnisse der standardisierten Erhebung nicht immer und unbedingt mit den Ergebnissen aus der qualitativen Forschung decken bzw. die gleichen Schlüsse nahelegen – und ausgeschlossen werden muss, dass diesen Unterschieden Artefakte, produziert durch die Erhebungsinstrumente, zugrunde liegen. Die qualitativen Interviews zeigen einen z.T. vielschichtigen Zusammenhang von strukturellen und personellen Voraussetzungen bei den PC-Teams sowie strukturellen AAPV-Lagen im jeweiligen Versorgungsgebiet mit unterschiedlichen intrastrukturellen und personellen Gegebenheiten, die jeweils in der Wechselwirkung aufeinander entscheidend dafür sind, welche Art und welches Ausmaß an Unterstützung der AAPV durch die SAPV geleistet werden muss oder müsste. Allein aus der quantitativen Erhebung auf Basis des Evaluationsbogens können hier keine eindeutigen Ergebnisse produziert werden. Deutlich wird jedoch, dass SAPV neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung ihre Aufgabe der ‚Beratung‘ und ‚Koordination‘ – zumindest aus einer diensteigenen Sicht – sowohl im Hinblick auf das private (Angehörige) als auch das professionelle Bezugsystem des Patienten (Ärzte, Pflegekräfte etc.) mit durchaus erheblichen Aufwänden wahrnimmt und ausübt. Haben wir bislang die Wahrnehmung der PC-Teams auf die sie umgebende und sie in der Versorgung des Patienten ‚konfrontierende‘ AAPV-Situation (und die damit einhergehenden Unterstützungsaufwände) skizziert, wird nun die Perspektive gewechselt. Im Folgenden wird die Wahrnehmung von Veränderungen in der Versorgungssituation seit der Einführung von SAPV – und im Vergleich zur Situation davor – aus Sicht der AAPV-Akteure dargestellt.

4.5.2 Hausarztperspektive

Ein zentraler Akteur der AAPV-Struktur war und ist der Hausarzt. Seinem Selbstverständnis nach ist er die wichtigste Bezugsperson innerhalb eines ambulanten Versorgungsnetzes bei der Betreuung von Palliativpatienten: Er verfügt in der Regel über Kenntnisse zur Familien situation und Biografie des Patienten und kann somit eine individuelle, passgenaue Versorgung gewährleisten. Bezogen auf die strukturellen Versorgungsbedingungen vor Einführung der SAPV beschreiben manche Hausärzte die Begleitung und Versorgung Sterbender im häuslichen Umfeld als eine große und schwierige Herausforderung:

„(…) die allgemeine Palliativversorgung vor der Einführung der SAPV? Ein schwarzes Loch. Anders kann man es nicht beschreiben. Jeder Hausarzt versucht in irgendeiner Form und das ist auch sicherlich heute noch so, auf weiten Landstrichen irgendwie mit Sterbenden zurechtzukommen, sich durchzuwühlen, einigermaßen fortzubilden, je nach (Herzensnot?) auch.“ (Interview HAG)

Als belastende Faktoren können die Komplexität der Versorgung inklusive technischem Aufwand und ‚Wissensaufwand‘ benannt werden, also wie eine solche Versorgung bewerkstelligt werden kann, und auch die Kosten spielten eine nicht unerhebliche Rolle. Aber insbesondere der zeitliche Aufwand stellte für die Hausärzte ein großes Problem dar. Wie sich die Ärzte selbst verorteten bzw. inwiefern
sie sich voneinander unterschieden und damit auch, welche Anforderungen im Zusammenhang mit der Versorgung Sterbenden besonders herausfordernd waren, hing unter anderem von folgenden Faktoren ab:

- Niederlassungsart (Gemeinschafts-/Alleinpraxis);
- Medizinische/Pflegerische Aufstellung (relevantes Netzwerkpartner, wer ist für die Praxis wichtig?);
- Weiterbildung (mit/ohne palliativer Zusatzausbildung\(^\text{86}\));
- Versorgungsgebiet (städtisch, ländlich, Verdichtungsraum; vgl. hierzu auch Kap. 4.6).

Die AAPV erfolgte nicht allein durch den Hausarzt, sondern in Kooperation mit weiteren Akteuren.


---

\(^{86}\) Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung ‚Palliativmedizin‘ entsprechend der gesetzlichen Anforderungen der ambulanten und stationären Hospizarbeit und Palliativmedizin (§ 39a SGB V, § 132d i.V.m., § 37b SGB V). Wovon es abhängt, ob eine solche Zusatzausbildung gemacht wird, kann derzeit nur hypothetisch formuliert werden: Dabei spielen wohl Geschlecht und Alter, aber auch die (berufliche) Mentalität des Arztes eine Rolle.
schen Patientendatei wäre die ambulante Palliativversorgung für die Hausärzte besser bewältig-
bar.

Fragt man nun die Hausärzte nach ihren Erfahrung seit der Einführung von SAPV, so ist ein wichtiger
Aspekt, welche Wege in die SAPV führen, weil nicht zuletzt damit auch die Rolle des Hausarztes in
der weiteren Versorgung tangiert wird. Als typische Wege in die SAPV ergaben sich aus Hausarztpersp-
ektive folgende Zugänge:

- Vermittlung von der Klinik in die SAPV:
  Häufig wurde der Weg in die SAPV bereits in der Klinik festgelegt und organisiert, der Kontakt
dort hergestellt. Patient und Angehörige kamen somit mit SAPV ’im Gepäck’ in ihr häusliches Um-
feld.

- Private Organisation von SAPV:
  Angehörige wissen immer mehr über diese neue Versorgungsform Bescheid und fordern eine In-
anspruchnahme selbstständig ein. Manche Hausärzte berichten sogar, dass sie von Angehörigen
massiv aufgefordert werden, SAPV hinzuzuziehen.

Beide Arten der Überweisung in SAPV können für den Hausarzt problematisch sein: Zum einen ist es
kritisch, wenn bei der direkten Vermittlung aus der Klinik nach Hause kein Kontakt oder zu spät Kon-
takt mit dem Hausarzt aufgenommen wird und dieser damit aus der Betreuung des Patienten hin-
ausgedrängt wird. Im zweiten Fall, der privat initiierten Vermittlung von SAPV, kann es zum Konflikt
kommen, wenn entgegen der Auf-/Forderung durch die Angehörigen der Hausarzt weiterhin selbst
über den weiteren Versorgungsbedarf entscheiden und SAPV erst dann in die Versorgung integrieren
will, wenn sich die Betreuung in der häuslichen Umgebung aufgrund pflegerisch-medizinischer Kom-
plexität nicht mehr bewerkstelligen lässt.

Neben den aus ihrer Erfahrung typischen Wegen in die SAPV, gaben die Hausärzte unter anderem
auch über die aus ihrer Sicht tragenden Indikatoren für eine SAPV Auskunft. Demnach lassen sich die
Auslöser wie folgt zusammenfassen:

- Kontinuierung palliativer Versorgung:
  Der Patient wurde bereits in der Klinik bzw. auf der Palliativstation von einem ambulanten PC-
Team nach Hause übergeleitet. Der Hausarzt wird unter Umständen hinzugezogen oder informier-
mt.

- Zeitfaktor:
  SAPV ist dann indiziert, wenn die Betreuungen von Palliativpatienten den zeitlichen Rahmen
hausärztlicher Versorgung sprengen würde. Dies sei insbesondere dann gegeben, wenn die Be-
suchs frequenz von 1-2 Tagen überschritten werde. Aber auch die Bereitschaft an Wochenenden,
Feiertagen und in der Nacht könne an SAPV-Dienste abgegeben werden.

- Kostenfaktor:
  Niedergelassene Ärzte gaben an, dass aufgrund hoher Betreuungskosten von Palliativpatienten
die ambulante Betreuung an die SAPV abgegeben werde. Manche Ärzte fürchteten hinsichtlich
einer Budgetüberschreitung Regresse bzw. berichteten von einem hohen bürokratischen Auf-
wand, um Budgetüberschreitungen bei Palliativpatienten zu rechtfertigen.

- Komplexität der Versorgung (mit Blick auf den Patienten):
  Auslöser für eine SAPV ist aus Sicht der befragten Ärzte die Erfordernis einer umfangreichen
Symptomkontrolle, die zum Teil aufgrund komplexer technischer, aber auch schmerztherapeuti-
scher Bedarfe durch den Hausarzt nicht bewerkstelligt werden kann. Schmerzpumpenbetreuung
(bei teilweise schwer kontrollierbaren Schmerzen) und künstliche Beatmung erfordern spezialisierte Betreuung.

- Komplexität der Betreuung (mit Blick auf die Angehörigen):
  SAPV ist aus Sicht der niedergelassenen Ärzte dann notwendig, wenn eine Überlastung der Angehörigen vorliegt und im Zuge dessen der Bedarf nach mehr Sicherheit im häuslichen Bereich besteht.

- Strukturelle Überlastung:
  Eine Überlastung des Pflegedienstes führt ebenfalls zur Notwendigkeit, SAPV hinzu zu ziehen.

Fragt man nun vor diesem Hintergrund nach der allgemeinen Einschätzung der Versorgungssituation heute, also mit SAPV, so lassen sich verschiedene typische Haltungen der Hausärzte identifizieren.87

- SAPV als Entlastung:
  SAPV wird vor allem hinsichtlich der schmerztherapeutischen und pflegerischen Kompetenz sowie in zeitlicher Hinsicht als Entlastung gesehen. Darüber hinaus kommt der Betreuung der Angehörigen eine besondere Bedeutung zu, geht diese doch gleichzeitig mit einer Verringerung der Belastung des Hausarztes einher. SAPV, so die Befragten, gibt niedergelassenen Ärzten Sicherheit und ‚hält dem Hausarzt den Rücken frei‘. Dabei ist dem Hausarzt freigestellt, ob er das ‚Kommando‘ an das PC-Team abgibt oder nicht. Die Wahrnehmung von SAPV als entlastendes Angebot ist entscheidend dafür, ob und ab welchem Zeitpunkt SAPV hinzugezogen bzw. gewünscht wird.

- SAPV als kompensierendes Angebot:

- SAPV als Konkurrenz:
  SAPV wurde dann als Konkurrenz gesehen, wenn Patienten ohne Wissen und Absprache mit dem betreuenden Hausarzt direkt von der Klinik in die SAPV übergeben wurden. Der Hausarzt wird über die Entlassung allenfalls noch durch den Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus informiert und spielt – so die Erfahrung – teilweise nur noch die Rolle des ‚Aufschreibers‘, der Rezepte für Medikamente und Hilfsmittel ausstellt. Ein befragter Hausarzt schildert seine Einschätzung dazu wie folgt:

> „Seit der Einführung dieser ganzen speziellen Pflegedienste läuft das jetzt ganz anders: Der Patient entscheidet sich meistens, weil er im Krankenhaus lag, für irgendeinen Palliativdienst, und man ist den Patienten los. Mit einem Schlag los.“ (Interview HA5)

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Aus hausärztlicher Sicht gibt es unterschiedliche Wahrnehmungen von und Erfahrungen mit SAPV. Weisen die genannten Indikatoren auf eine versorgungskontinuierende und den Hausarzt entlastende Funktion der SAPV hin, so erscheint SAPV für Hausärzte als sinnvolle Ergänzung zur AAPV. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn hochkomplexe

87 Die Befragung niedergelassener Ärzte verlief (wie Kap. 3.2.1.2 bereits geschildert) zunächst recht mühsam: In der Regel waren die kontaktierten Ärzte zeitlich sehr eingeschränkt, zudem konnten relativ wenige ‚SAPV-Kritiker‘ befragt werden. Mitteilungsbereitschaft zeigten vor allem Hausärzte, die SAPV als wertvolle Unterstützung für ihre eigene Arbeit sahen. Somit ergab sich aufgrund der voran genannten Selektion ein eher positives Bild gegenüber dieser neuen Versorgungsform. Dennoch konnten auch SAPV-kritische Stimmen eingefangen und Problemfelder zwischen AAPV und SAPV identifiziert werden.

Es gibt aber auch kritische Stimmen unter den Hausärzten, die die Implementierung der SAPV hinsichtlich ihrer Hausarztrolle problematisieren und Konfliktpunkte zwischen AAPV und SAPV aufzeigen. Dazu gehört der Ausschluss bzw. eine Marginalisierung des Hausarztes: Hausärzte beklagen, dass Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen werden und teilweise die Beteiligung an der Betreuung auf ‚bürkkratische‘ Funktionen reduziert wird (Degradierung zum ‚Aufschreiber‘, der nur noch Rezepte ausstellt). Hausärzte nehmen eine Verdrängung aus der Versorgung wahr und fühlen sich hinsichtlich ihrer Rolle im Sinne eines klassischen Hausarztmodells ihren Patienten ‚enteignet‘.

Einen weiteren Konfliktpunkt stellt die mangelhafte Kommunikation dar: Hausärzte beklagen fehlende Transparenz, was die Behandlung und Versorgung ihrer Patienten angeht. So erfahren manche Hausärzte von der Entlassung und Weiterbetreuung erst durch den Arztbrief aus der Klinik. Aber auch ein Zuviel an Kommunikation wurde im Rahmen der SAPV benannt:

„Also die Kommunikation, denke ich, ich habe immer das Gefühl, je mehr zusammenarbeiten, desto mehr fällt der Patient unter Umständen hinten runter.“ (Interview HA10)


4.5.3 Pflegedienste

Die Pflegedienste sind neben den Hausärzten in der ambulanten Palliativversorgung von zentraler Bedeutung, sie stellen in zahlreichen Fällen den Zugang zum Patienten und zu seinem häuslichen Umfeld her. Bei der Befragung zeigte sich, dass sich die Pflegedienste in folgenden Punkten unterschieden:


88 Dies konnte tendenziell auch durch die Angehörigen- und Patienten-Interviews aus beiden SAPV-Studien bestätigt werden. Die befragten Betroffenen gaben in den allermeisten Fällen an, der Hausarzt habe in der Betreuung keine oder nur eine marginale Rolle gespielt.
Die Pflegedienste unterscheiden sich darin, inwieweit sie in der ambulanten Palliativversorgung selbst in einem 'Versorgungsnetzwerk' agieren und durch geeignete Netzwerkakteure unterstützt werden. Dies trifft in besonderem Maße auf die Kooperation mit Hausärzten zu, aber auch niedergelassene Onkologen stellen für die Pflegedienste einen wertvollen Kooperationspartner dar.\footnote{Diese Kooperationsmöglichkeiten bestehen in der Regel im ländlichen Raum kaum: Hier gibt es nur in Einzelfällen onkologische Praxen und Hausärzte mit palliativer Weiterbildung oder entsprechend förderlicher Haltung, was seitens der Pflegedienste als limitierend für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender beschrieben wurde (vgl. hierzu auch Kap. 4.6).}

Zu den wichtigsten Kooperationspartnern von Pflegediensten gehören Hausärzte, Fachärzte und Hospizdienste.

Als wichtigste Partner gilt aus Sicht der Pflegedienste der Hausarzt. \textit{Vor SAPV erfolgte Palliativversorgung durch die Koordination der Pflegedienste. Die Therapie wurde vom Pflegedienst 'vorgeschlagen', Therapieänderungen wurden bestimmt, gegenüber dem Hausarzt 'empfohlen'. Der Hausarzt hatte offiziell die Entscheidungshoheit, die Therapievorschläge und Therapiestellungen gingen aber letztlich vom Pflegedienst aus, die der Hausarzt durch seine Unterschrift legitimiert. Insofern kam dem Pflegedienst vor Einführung der SAPV als Haupt-Koordinator eine große Bedeutung zu, auch die zu tragende Verantwortung hinsichtlich Therapie und Medikation war sehr hoch. Er koordinierte die Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung und leitete alle wichtigen Maßnahmen in die Wege. Insgesamt stellte palliative Versorgung vor SAPV aus Sicht der befragten Pflegedienste dahingehend ein Problem dar, dass Schnittstellen zu wenig miteinander vernetzt und Hausärzte nur schwer oder gar nicht erreichbar waren. Der zeitliche Aspekt spielte hier eine große Rolle: Hausärztliche Versorgung erwies sich hinsichtlich palliativer Betreuung, so die Pflegedienste, als relativ träge, weil der Hausarzt immer erst nach der Sprechstunde Hausbesuche anbieten (sofern überhaupt Hausbesuche durchgeführt werden) und somit nicht oder nur sehr eingeschränkt dem Bedarf eines Palliativpatienten gerecht werden konnte. Zudem wurde berichtet, dass Hausärzte sich im Umgang mit Betäubungsmitteln und BTM-Rezepten sehr unsicher und zögerlich zeigen. Aus Pflegeperspektive herrschten große Unterschiede in den verfügbaren palliativen Kompetenzen der Hausärzte; ob ein Patient zuhause betreut werden konnte, hing also vor allem von der Verfügbarkeit und (Palliativ-)Kompetenz des betreuenden Arztes ab:}

\textit{„Das heißt, du hast einfach immer gucken müssen, wenn der Hausarzt zum Beispiel nicht in der Lage war, palliativmäßi gewirklich zu agieren". (Interview P1)}


\textit{„Die können noch mittragen. Und man hat immer geschaut, was ist das schwächste Glied in der Kette. Und wenn es der Hausarzt war, dann haben einfach das Hospiz und ich therapeutische Arbeit übernommen, die wir dann auch verantwortet haben und den Hausarzt unterschreiben haben lassen. Und das ist halt auch über Jahre lang passiert, dass wirklich du die Therapie gemacht hast, der Arzt praktisch abgesegnet hat und rezeptiert hat. Ist auch von Arzten zum Teil verbalisiert worden, die gesagt haben: Ja, eigentlich kenne ich mich überhaupt nicht aus, aber ich mache halt alles das, was Sie mir sagen.“ (Interview P1)}

Wie für die Hausärzte, so hat sich auch für die Pflegedienste die Versorgungssituation \textit{seit Einführung der SAPV zum Teil deutlich verändert. Fragt man die Pflegedienste, in welchen Fällen eine ambulante}
Versorgung durch SAPV gewährleistet werden kann, die vorher nicht gesichert hätte werden können, so ergeben sich folgende *Indikatoren für den Einsatz einer SAPV*:

- **Komplexität der Versorgung:**
  Fälle, die sich durch hochkomplexe medizinische Betreuungserfordernisse auszeichnen, insbesondere schwierige Schmerzversorgungen, machen zwar SAPV zur Stabilisierung und Absicherung notwendig. Jedoch wurde seitens der Pflegedienste betont, dass auch hochkomplexe Betreuungen mithilfe kompetenter, erreichbarer und kooperativer Hausärzte in der AAPV zuhause versorgt werden könnten.

- **Defizite in der AAPV-Struktur:**
  Die Notwendigkeit für die Einweisung ins Krankenhaus bzw. einer SAPV besteht aus Sicht der ambulanten Pflege vor allem im Versagen oder Fehlen anderer Versorgungsanbieter, insbesondere des Hausarztes. Hier spielen vor allem die Erreichbarkeit und die fehlende Palliativ-Kompetenz eine tragende Rolle dafür, warum Palliativ-Patienten mit herkömmlichen Versorgungsstrukturen nicht zuhause betreut werden können.

- **Strukturelle Defizite im privaten Bezugsystem:**
  Alleinlebende oder Angehörige, die eine häusliche Betreuung nicht stemmen können, müssen durch professionelle vernetzte Strukturen unterstützt werden.

- **Kostenfaktor:**
  Wenn die Versorgung eines Patienten sich für den Pflegedienst auf reine technisch-medizinische Betreuung beschränkt, kann das für den Pflegedienst aus Zeit- und Kostengründen problematisch, weil unrentabel sein. So wird zum Teil bspw. die reine Schmerzpumpenversorgung vom Pflegedienst abgelehnt und stellt damit einen Auslöser für SAPV dar, die die sich dadurch ergebende Komplexität der Versorgung abdecken kann.

Fragt man nach der Einschätzung der Veränderungen in der Versorgungssituation, wie sie sich aus der Sicht der Pflege seit Implementierung der SAPV darstellt, so ergibt sich, wie bei der Befragung der Hausärzte, auch bei den Pflegediensten eine *ambivalente Haltung gegenüber SAPV*:

- **SAPV als Entlastung:**
  Zum einen wurde die Einführung der SAPV als Entlastung wahrgenommen und dies insbesondere bei solchen Pflegediensten, die vor Einführung einen hohen therapeutischen Aufgabenbereich abzudecken hatten und in ihrem Versorgungsangebot mit ihren personalen Kompetenzen bereits hochspezialisierte Versorgung von Palliativpatienten angeboten hatten. Die Verantwortung und die Versorgung hochkomplexer medizinischer Situationen kann jetzt an die SAPV abgegeben werden. Auch der hohe Vernetzungsanspruch und die Koordination innerhalb eines Versorgungsnetzes werden durch die spezialisierten PC-Teams übernommen (beispielsweise die Koordination zwischen den Schnittstellen Klinik und Hausarzt). Es wurde darüber hinaus aus Sicht eines städtischen Versorgers eine klare Abgrenzung in der fachlichen Kompetenz zu SAPV wahrgenommen, wohingegen vor SAPV (insbesondere in ländlichen Regionen) zu anderen Versorgungsanbietern keine klare Abgrenzung der Kompetenzen erfolgte.  

- **SAPV als Konkurrenz:**

---

90 Für den ländlichen Raum wurde die Situation dahingehend beschrieben, dass Pflegedienste oft eine hohe Verantwortung tragen und mitunter therapeutische Maßnahmen ‚über ihre Kompetenzen hinaus‘ durchführen, weil entsprechende andere Versorgungsanbieter nicht greifbar sind (vgl. hierzu auch Kap. 4.6).
Zum anderen spielte jedoch auch bei der Befragung der Pflegedienste der Aspekt der Verdrängung eine wichtige Rolle. Im städtischen Versorgungsgebiet wurde von einem Beispiel berichtet, bei dem der betreuende Pflegedienst durch einen anderen, „eigenen“ Pflegedienst der SAPV ersetzt wurde. Dies ist vermutlich dem Umstand doppelter Beschäftigungsverhältnisse in der SAPV geschuldet. Im benannten Beispiel war die Palliative-Care-Schwester eines SAPV-Dienstes auch gleichzeitig beim allgemeinen Pflegedienst (Mitinitiator der SAPV) tätig. Sie übernahm nach Verordnung der SAPV auch den Pflegeauftrag und forderte den bisher eingebundenen Pflegedienst auf, die Betreuung abzugeben. SAPV stellt damit für einige Pflegedienste eine Konkurrenz dar und zwar dann, wenn Pflegedienste durch SAPV-Dienste in ihrer Kompetenz beschnitten bzw. aus der Versorgung ausgeschlossen wurden. Problematisch erschien dies vor allem, wenn ein Pflegeteam bereits längere Zeit in einer Versorgung eine tragende Rolle spielte und dann der Versorgungsauftrag durch SAPV entzogen wurde. Inwieweit eine Konkurrenz zur SAPV wahrgenommen wird, hängt also unter anderem davon ab, wie der jeweilige Pflegedienst in die ambulante Palliativversorgung durch das PC-Team eingebunden wird bzw. wie eng die Kooperation verläuft.

- Ungleiches Machtvorherrschaft:
  Das Verhältnis zwischen SAPV und anderen AAPV-Akteuren weist aus Sicht der Pflege ein deutliches Machtungleichgewicht auf, das sich v.a. in der Kommunikation zeigt. Diese erfolgt nicht „auf Augenhöhe“, sondern „Top-Down“. Der Pflegedienst folgt – ohne eigene Expertise bereitstellen und Entscheidungen mittreffen zu können – im Rahmen von SAPV den Anordnungen und gibt damit (im Vergleich zu früher) Verantwortung in der Versorgung gezwungenermaßen ab. Dies wird von manchen Diensten als Vorteil, weil als Erleichterung wahrgenommen, andere sehen sich in ihrer Rolle als primärer oder zumindest aktiv mitgestaltender Ansprechpartner in der Patientenversorgung „verdrängt“.


4.5.4 Homecare

Ein AAPV-Akteur, der interessanterweise von Hausärzten erst nach expliziter Nachfrage als relevanter Netzwerk-Akteur benannt wurde, sind Homecare-Anbieter. Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese Leistungserbringer per se eine untergeordnete Rolle spielen, sondern vielmehr, dass sie mit einer für sie charakteristischen Selbstverständlichkeit als Dienstleister in das Netzwerk integriert sind und somit einen entscheidenden Part in der ambulanten Palliativversorgung einnehmen. Die dem Forschungssteam benannten Homecare-Anbieter bzw. Leistungserbringer unterschieden sich in nachfolgenden Aspekten voneinander:

- Hinsichtlich Betriebsstruktur und Größe des Unternehmens finden sich Leistungserbringer, die deutschlandweit mit Niederlassungen in sämtlichen Bundesländern agieren, andere sind regional aufgestellt, betreuen aber trotz allem große Versorgungsgebiete (zum Teil zwei bis drei Regierungsbezirke). Eine wichtige Leistung ist die 24h-Rufbereitschaft: Je nachdem, wie der Homecare-Dienst bezüglich verfügbarer Ressourcen aufgestellt ist, verteilen sich die Zuständigkeiten auf entsprechend viele Köpfe. So wird bspw. die Rufbereitschaft über das gesamte Team verteilt oder von einer Person eigenständig organisiert und gleichsam im Alleingang durchgeführt.


- Demzufolge ergibt sich ein jeweils anderes Selbstverständnis hinsichtlich der Rolle, die die Homecare-Anbieter innerhalb eines Versorgungsnetzwerkes bzw. eines Gebietes einnehmen (sollen). Ein Vertreter beschrieb sich als reinen Logistiker, ein anderer hatte den ‚Ganzheitlichkeitsanspruch‘, gleichsam ‚für alle Beteiligten im Netzwerk‘ ein umfassender Kooperationspartner zu sein.

- Die Einbindung in die palliative Versorgung gestaltet sich unterschiedlich. Je nach Betreuungsstruktur vor Ort agieren Homecare-Anbieter primär in der Logistiker-Rolle (liefern also auf Anforderung hin technische Hilfsmittel, befüllen Schmerzpumpen etc.). Oder sie fungieren als Berater und Entscheidungsträger – d.h. ihnen kommt ein umfassender Expertenstatus zu, indem sie auch an Entscheidungen zum weiteren Therapiegeschehen beteiligt werden.

Die wichtigsten Kooperationspartner stellen für die Homecare-Anbieter neben Kliniken vor allem Hausärzte, Pflegedienste sowie Apotheken und Sanitätshäuser dar, wobei insbesondere die Versorgung von Palliativpatienten vor Einführung der SAPV gerade mit Blick auf diese Partner mit je eigenen Problemen verbunden war.

- Bei der Beschreibung der Kooperationen mit Apotheken und Sanitätshäusern wurde deutlich, welchen Anspruch palliative Versorgung an ein Netzwerk stellt. Die Qualität der Zusammenarbeit mit einer Apotheke hing beispielsweise von den Faktoren ‚Erreichbarkeit‘, ‚Schnelligkeit‘ und ‚ei-


Wie wichtig eine solche Klärung der Praxis für Homecare-Anbieter ist, zeigt sich auch bei der Beschreibung der Kooperation mit PC-Teams seit Einführung der SAPV. Den Erfahrungen der von uns befragten Homecare-Anbieter folgend, hat sich die Versorgungssituation seither deutlich verändert. Vor dem Hintergrund der geschilderten Probleme in der Versorgung komplexer Fälle vor der Einführung von SAPV ergeben sich folgende Indikatoren oder Auslöser für SAPV aus Sicht der Homecare-Anbieter:

- **Defizite in der AAPV-Versorgung:**

  Eine Indikation für SAPV ist aus Sicht der Homecare-Anbieter dann gegeben, wenn der Hausarzt mit der Betreuung überfordert ist. Die Überforderung zeigt sich sowohl in der fachlichen Kompetenz (Fähigkeit zur Symptomkontrolle/-linderung) als auch in zeitlicher Hinsicht. Hausärzte sind – gemessen an den Bedarfen und Bedürfnissen eines Palliativpatienten – nicht flexibel genug und können somit der ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichend gerecht werden. SAPV hin-
gegen kann schnell auf alle Anforderungen im häuslichen Bereich reagieren und verfügt über kurze Kommunikationswege.\textsuperscript{91}

- \textit{Strukturelle und personelle Verflechtung:}


- \textit{Versorgungsbeteiligung von Homecare-Anbietern:}


- \textit{Versorgungssicherheit durch SAPV:}

Seit Einführung der neuen Versorgungsform stellt SAPV als Ressource ein hohes Maß an zeitlicher und fachlicher Flexibilität zur Verfügung, das heißt, die PC-Teams sind immer und sofort erreichbar und bringen eine hohe fachliche Kompetenz in die Versorgung ein. Darüber hinaus verfügen sie über Routinen im Umgang mit prekären Versorgungssituationen und eskalierenden Krankheitsverläufen und stellen so für die Homecare-Anbieter einen guten und kompetenten Kooperationspartner dar. Problembereiche in der Versorgung, die im Zusammenhang mit Hausärzten und Pflegediensten von den Homecare-Anbietern genannt wurden, können somit durch SAPV kompensiert werden.

- \textit{Bessere Versorgung durch professionelle Kooperation:}

Die durch PC-Teams geleitete Versorgung und Betreuung erfolgt aus Sicht der Homecare-Anbieter „aus einer Hand“, und zwar aus einer „kompetenten Hand“, so dass infolge der Übernahme aller koordinativen Tätigkeiten durch die PC-Teams andere Leistungserbringer weniger

\textsuperscript{91} In den Interviews wurde immer wieder berichtet, dass man „mal schnell auf der Palliativstation anrufen“ oder sehr zeitnah mit anderen Akteuren innerhalb eines Netzwerkes in Kontakt treten könne.
beteiligt sind. Die Beteiligung anderer AAPV-Akteure beschränkt sich auf die jeweiligen Kompetenzen, wobei man kooperativ zusammen arbeitet und sich hinsichtlich verfügbaren Expertenwissens auch untereinander austauscht. Es bestehe, so Homecare-Anbieter, eine klare Absprache hinsichtlich Aufgabenverteilung und Abgrenzung zueinander sowie eine wesentlich intensivere und niedrigschwelligere Kommunikation, als dies beispielsweise mit Hausärzten der Fall sei.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der Einschätzung der Homecare-Anbieter durch die Einführung von SAPV eine Verbesserung in der Versorgung der Patienten erfolgt ist. Sowohl die fachliche Versorgung des Patienten vor Ort als auch die kooperative Zusammenarbeit verschiedener AAPV-Akteure gelingen durch Kompetenzverteilung und klare Zuständigkeiten besser als zuvor. So werden von den Befragten hinsichtlich der Zusammenarbeit mit PC-Teams auch keine Probleme artikuliert. 92

4.5.5 Ambulante Hospizdienste
Die im Rahmen der Studie befragten Hospizdienste waren ausschließlich ambulante Hospiz- und Beratungsdienste sowie ambulante Hospiz- und Palliativpflegedienste, die sich nach folgenden Aspekten unterscheiden lassen:

• **Leistungsangebot:**

• **Integration in die ambulante Palliativversorgung:**
  In einigen Hospizdiensten waren bereits vor SAPV Ärzte bzw. palliativpflegerische Fachkräfte tätig. Dieser Umstand schien sich für die befragten Hospizdienste hinsichtlich der Integration in die AAPV insgesamt sowie speziell dann in die SAPV günstig auszuwirken. Insbesondere Mitarbeiter mit doppelten Beschäftigungsverhältnissen (dahingehend, dass Mitarbeiter sowohl in einer Teilzeitstelle an einer Klinik, als auch in einer Teilzeitbeschäftigung im Hospizverein eingebunden sind) fungieren für ambulante Hospizdienste gleichsam als Brücke zur Palliativversorgung generell.

• **Erfahrung mit komplexen Betreuungsfällen:**
  Je nach Leistungsangebot und Integration in die AAPV berichteten einige Hospizvereine, sozusa gen ‚wirklich hochkomplexe’ Palliativpatienten vor SAPV gar nicht zu Gesicht bekommen zu haben, weil die Versorgung jener Patienten auf stationäre Strukturen angewiesen war. Andere

92 In einem Fall wurde allerdings im Kontext eines großstädtischen Versorgungsgebiets darauf hingewiesen, dass es im Rahmen von SAPV in den Tätigkeitsbereichen der verschiedenen Leistungserbringer durchaus zu Überschneidungen kommen könne, so dass mitunter der Eindruck einer Überschreitung der Palliativpatienten entstehe. Allerdings konnte dieser Hinweis nicht generalisiert werden.
Hospizdienste gaben hingegen an, mit ihrer Personalstruktur und den vorhandenen Kompetenzen auch schon vor SAPV hochkomplexe Betreuungen bewerkstelligt bzw. zuhause gehalten zu haben.

- **Beteiligung bei der Gründung und Implementation von SAPV-Angeboten:**

Entlang der bereits vorgängig gegebenen oder fehlenden Integration in die AAPV waren einige ambulante Hospizdienste Haupt- oder zumindest Mitinitiator und somit Wegbereiter der SAPV, andere bekamen SAPV in ihrer Wahrnehmung gleichsam ‘vor die Nase gesetzt’.

Aus Sicht der ambulanten Hospizdienste waren **vor der Einführung von SAPV** die relevanten Kooperationspartner bei komplexen Versorgungsfällen die niedergelassenen Ärzte, Pflegedienste sowie Pflegeheime und Sozialdienste der Kliniken.

Eine wichtige Schnittstelle für die Hospizvereine stellten bislang die Pflegeheime dar. Aus hospizlicher Perspektive bestehe seitens der Pflegeheime ein großer Unterstützungsbedarf, der in der Regel aber, um kein schlechtes Licht auf die eigene Einrichtung zu werfen, zunächst nicht kommuniziert werde, wie nachfolgendes Beispiel zeigt:

„Erst, wenn klar ist, dass das dann nicht auf Kompetenzmangel des Pflegeheimes zurückzuführen ist, holt man Hospiz dazu.“ (Interview HO4)


Die wichtigsten Schnittstellen bestehen aus der Perspektive der Hospizdienste also in den Pflegediensten, den Hausärzten und den Pflegeheimen. Wie beschrieben, unterscheiden sich die Versorgungsanbieter ambulanter Palliativversorgung dahingehend, inwieweit sie einen ambulanten Hospizdienst als mögliche Versorgungsoption überhaupt wahrnehmen und mit ‚ins Kalkül ziehen‘. Der Bedarf zum Austausch mit Hospizdiensten ist zwar, so die befragten Hospizvereine, bei allen Schnittstellen gegeben, es braucht aber spezielle Kommunikationsstrategien, um hospizliche Begleitung anzubieten – sowohl gegenüber professionellen Mit-Akteuren als auch gegenüber den Adressaten der Hilfe, den Patienten und Angehörigen. Folgende Beispiele verdeutlichen dies:

- Um betroffenen Patienten und Angehörigen das Angebot hospizlicher Begleitung näher zu bringen, ist eine vorsichtige Annäherung vonnöten, in der Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie der ambulante Hospizdienst die Betroffenen konkret unterstützen kann. Fällt der Begriff ‚Hospiz‘, der noch immer bei Patienten und Angehörigen Vorbehalte und Ängste auslost, bevor die Versorgungsoptionen aufgezeigt wurden, wird die mögliche Betreuung eher kritisch gesehen.


„…sie merken, dass in der Einbeziehung des Hospizes, das gilt sowohl im ambulanten wie im Altenheimbereich, kein Makel auf das Altenheim fällt. Nämlich dass sie selber nicht leisten können, was ja mit dem Personenschlüssel zusammenhängt, aber die haben ja in der Aufgabenbeschreibung eigentlich Sterbebegleitung. Und am Anfang war ja die Angst groß, ‚die brauchen wir nicht, das heißt, ‚ja, glauben die, dass wir das jetzt selber nicht schaffen‘? Erst wenn hier Vertrauen entsteht, dann klappt es“. (Interview HO4)


Folgende typische Kooperationen werden – insbesondere in Abhängigkeit von den Entstehungshintergründen von SAPV-Diensten – berichtet:

- SAPV und Hospizdienst zusammen ‚unter einem Dach‘:

- **SAPV mit Hospizdienst:**


- **SAPV und Hospizdienst im Netzwerk:**

Bei diesem Kooperationstyp entstand die SAPV auf der Basis eines Netzwerks von AAPV-Akteuren, die sich in der und für die SAPV engagieren, wobei dann – von Fall zu Fall – die verschiedenen Netzwerkakteure dem PC-Team flankierend zur Seite stehen (sollen) und umgekehrt durch die verlässliche Verfügbarkeit von SAPV für die AAPV-Akteure größere Sicherheit in ihrer Betreuungen gegeben ist. Allerdings erscheint in diesem Kontext insbesondere für Hospizdienste die Frage nach der Integration durchaus offen, da nicht für alle Netzwerkpartner das Engagement gleichermaßen gegeben ist bzw. auch hier die Integration z.B. von personellen Überschneidungen und/oder bereits bewährten Kooperationsachsen abhängig zu sein scheint.

- **SAPV ohne Hospizverein:**


Kontaktaufnahme der Klinik mit ambulanten Hospizdiensten, wenngleich dies aus Sicht einiger Hospizvereine seit SAPV rückläufig ist.


- Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit SAPV:

  Inwieweit ein Hospizverein in die SAPV integriert wird, hängt weniger von den Wünschen, Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten und Angehörigen ab, sondern – so die Hinweise aus dem Datenmaterial – insbesondere von folgenden Aspekten: finanzielle Trägerschaft; organisatorische Struktur (Hospizdienst als Initiator der SAPV, Mitwirken im Vorstand der SAPV, räumliche Trennung versus gemeinsame Räumlichkeiten), personelle Überschneidungen z.B. im Sinne von Doppelbeschäftigung oder getrenntes Personal. Vor allem der personelle Aspekt scheint eine tragende Rolle dafür zu spielen, wie Kooperationen sich ausgestalten: Diejenigen ambulanten Hospizdienste, die mit Mitarbeitern fest in den SAPV-Dienst integriert sind, verfügen auch über ‚gute‘ (meint: verlässliche, nachhaltige) Kooperationen, die aus Sicht der Hospizakteure auch durch eine klare Abgrenzung von hospiziel Magrung und SAPV hinsichtlich der Aufgaben und Zuständigkeiten charakterisiert waren. Dort, wo es keine Doppelbeschäftigungen oder ansatzweise perso-
nelle Überschneidungen gibt, beklagen die Hospizdienste sinkende Beratungen und Betreuungen bzw. die zu späte Einbindung in eine palliative Begleitung.

- **Differenzen in den jeweiligen praxisleitenden Haltungen der beteiligten Akteure:**
  

- **Vermittlung des hospizlichen Angebots an die Patienten/Angehörigen:**
  
  Mit den Differenzen in der Haltung korrespondiert ein Vermittlungsproblem gegenüber Patienten und Angehörigen. Von vielen Hospizdiensten wurde thematisiert, dass hospizliche Unterstützungsleistungen gar nicht oder nicht den Möglichkeiten und Angeboten angemessen an Patienten und Angehörige kommuniziert werden. Dies liegt zum einen daran, dass SAPV-Dienste die Angebote der Hospizvereine nicht als relevant wahrnehmen (Haltungsfrage) oder über (zu) wenig Wissen zur Tätigkeit ambulanter Hospizdienste verfügen. Häufig wird die hospizliche Begleitung auf die Möglichkeit von Gesprächen mit Ehrenamtlichen reduziert. Darüber hinaus stellt sich das Problem, wie hospizliche Angebote kommuniziert werden:

  „...dass es sicherlich auch eine Frage ist wie bin ich in der Lage, auch Hospiz anzubieten. Die sagen mir: Ja, wir sagen es ja, aber es ist sicherlich die Frage, wie kommuniziere ich das wirklich, in so einer Krisensituation, wie bin ich da auch eingeübt, und da stelle ich einfach fest, dass das einfach da noch nicht so wirklich funktioniert, weil das einfach Übungssache ist (...). Also ich glaube einfach, es ist nur die Frage, wie oder falle ich mit der Tür ins Haus? Also ich weiß zum Beispiel häufig schon bei Telefonaten, ob dieses Wort Hospiz Ängste auslöst, wo ich einfach, wenn ich in so ein Gespräch einsteige, erst mal gucke, dass ich mit demjenigen in Kontakt komme und sage, Mensch, wir sind eine Einrichtung, die könntest einfach dazuhelfen, und versuche auf dem Weg einfach erst mal eine Anbindung an diesen Kranken zu kriegen, an die Familie, und lass dann das Wort Hospiz einfließen. Und da merke ich einfach, das ist was völlig anderes, wie wenn in dem ersten Satz schon „Hospiz“ also auftaucht und das einfach die Angst macht und die Leute gehen zurück.“ (Interview HO4)

- **Intra- und interprofessioneller Kommunikations- bzw. Kooperationsstil:**
  
  Hospizvereine benannten die (fehlende) Kommunikation „auf Augenhöhe“ als ein bestehendes Problem in der ambulanten Palliativversorgung, hinter der aus ihrer Sicht eine ihnen nicht zuerkane Palliativkompetenz steckt. Insbesondere solche ambulanten Hospizdienste, die Palliative-Care-Kräfte beschäftigen, nehmen teilweise eine Verdrängung durch SAPV wahr, was nachfolgendes Zitat verdeutlicht:

  „Was hat sich geändert? – Vielleicht in den Begleitungen, wo wir gemeinsam auptauchen, dass wir als Hospizschwestern, also als die Fachschwestern nicht mehr gefragt sind. Das ist etwas, was uns vielleicht ein bisschen Sorge macht, weil das einfach schade ist, weil man voneinander auch profitieren könnte.“ (Interview HO4)

- **Verhältnis von AAPV und SAPV:**
  
  Während von allen Befragten die durch SAPV gewährleistete Versorgungs- und Betreuungskontinuität als positiv benannt wird, wird vor allem von den Hospizdiensten, die eine Verdrängung aus der Palliativversorgung komplexer Fälle wahrnehmen, genau das in gewisser Hinsicht als Problem gesehen. Gemeint ist eine – medizinisch-pflegerisch dominierte – Versorgungs- und Betreuungskontinuierung durch die SAPV, obwohl diese fachlich und praktisch keinesfalls zwingend bzw. nötig erscheint. Mit anderen Worten: Die Tatsache, dass Patienten nicht zurück in die AAPV gegeben werden, wurde typischerweise seitens der Hospizvereine kritisiert, was aus deren Sicht nicht einfach nur
ökonomischen Interessen geschuldet sein muss, sondern vielmehr eine Haltungsfrage bzw. eine Frage des professionellen Selbstverständnisses darstellt:

„Was für mich vielleicht auch noch so eine Frage ist, SAPV hatte ja immer den Auftrag, zu stabilisieren und dann wieder abzugeben, das sehen wir leider Gottes auch nicht, dass das passiert. Das heißt, manchmal sind Begleitungen über ein Jahr, ohne noch eine Finanzierung dafür zu haben.“ (Interview HO3)

### 4.5.6 Pflegeheime

Aus Sicht der wenigen befragten Pflegeheime konnten Palliativpatienten im Pflegeheim vor Einführung der SAPV nur schwer gehalten werden bzw. mussten vor allem bei gerätemedizinischen Versorgungen in ein Krankenhaus eingewiesen werden;

„Also vorher war es so, dass wir schon manchmal an unsere Grenzen gekommen sind mit Dingen, wie weit wir jemand hier noch versorgen können in der Palliativphase. Also gerade, wenn es so gerätemedizinisch wurde, weil man da halt den deutlichen Unterschied zwischen Alten- und Krankenpflege sieht, dass das nicht üblich ist und auch keine Routine da ist, eine Schmerzpumpe zu bedienen oder so was, da ist einfach keine Routine bei uns (...) also immer, wenn es intensiver oder hochmedizinisch wurde (...) also, was die fachliche Begleitung anging, war das schon schwierig. Die Alternativen waren: es gab keine Schmerzpumpen, man hat da irgendwie versucht, anders hinzukriegen, oder die Menschen sind wirklich nochmal verlegt worden“ (Interview ST7)


Als wichtigster Kooperationspartner in der Versorgung von Palliativpatienten wurde vor der Einführung der SAPV der Hausarzt wahrgenommen, wobei hierzu folgende Aspekte thematisiert wurden:

- Die Betreuung durch die Hausärzte wurde teilweise als sehr schwierig beschrieben – vor allem mit Blick auf die schlechte Erreichbarkeit und fachliche Unzulänglichkeit (insbesondere im Hinblick auf Schmerztherapie).
- Hinzu kam die erkennbare Unzufriedenheit der Bewohner mit der Betreuung durch ihre Hausärzte, zumal jeder Bewohner einen eigenen Hausarzt hat, was dann in der Summe z.T. mit ‘erheblicher Unruhe im Haus’ verbunden war. Hinzu kommt: Je mehr Akteure in die Betreuung eingebunden sind, desto komplexer und aufwändiger wird auch der Kommunikationsaufwand für die Pflegeheim-Mitarbeiter, so dass hier der Wunsch nach einem integrierten Versorgungskonzept vorhanden war, bei dem eine Versorgung durch wenige palliativmedizinisch geschulte Hausärzte hätte erfolgen sollen.

Vor diesem Hintergrund wurde seitens der Pflegeheime SAPV mit und seit ihrer Einführung weitestgehend als wünschenswerte Ergänzung wahrgenommen, sowohl im Hinblick auf Fortbildung des eigenen Pflegepersonals, als ergänzendes Angebot vor allem in schmerztherapeutischer und beatmungstechnischer Hinsicht sowie auch zur Absicherung bei ethischen und/oder sozialrechtlich schwierigen oder unklaren Versorgungssituationen. Dabei erweisen sich die befragten Pflegeheime als aktive Zuweiser in die SAPV mit folgenden Auslösern und Wegen in die SAPV:

• Meist werden langzeitige Hausbewohner zu Palliativpatienten, die häufig mit der SAPV aus der Klinik kämen. Im Gegensatz zum sonstigen ambulanten Bereich ist hier tendenziell eine Rückgabe des Patienten in allgemeine ambulante Versorgungsstrukturen beobachtbar, die darin begründet ist, dass immer mehr Pflegepersonal der Pflegeheime palliativ geschult ist und Fortbildungen durch die SAPV-Dienste angenommen und adäquat umgesetzt werden.

• Befragte Pflegeheime gaben an, dass Angehörige und Patienten um die spezialisierte Versorgungsform wissen und diese fordern. Dann komme man dem Wunsch des Patienten bzw. der Angehörigen nach und ziehe den SAPV-Dienst hinzu.

• Für die Pflegeheime stellt SAPV einen wichtigen Sicherheitsaspekt dar. Insbesondere wenn es um Absetzen von Ernährung gehe und man sich diesbezüglich absichern möchte, werde SAPV hinzu gezogen.

Insgesamt lässt sich zur Perspektive der ambulanten Pflegeheime ein positives Bild hinsichtlich der Rolle von SAPV erkennen. Allerdings muss hier angemerkt werden, dass relativ wenige Heime befragt werden konnten und keine Einrichtungen Auskunft gegeben haben, die der SAPV negativ gegenüber standen. Aus Sicht der SAPV-Dienste resultiert aber gerade aus den genannten „Entlastungseffekten“ insofern mitunter ein erhebliches Spannungspotential, als es immer wieder auch zu Aushandlungs- konflikten bezüglich der Angemessenheit von SAPV kommt (z.B. bei der Absicherung von sozialrechtlichen oder ethischen Problematiken, bei der Frage nach verfügbaren Zeitbudgets o.a.).

4.5.7 Weitere stationäre Schnittstellen

In der qualitativen Erhebung fanden Sozial- und Konsilardienste sowie eine Palliativstation Berücksichtigung. Folgende Akteure der allgemeinen Versorgung wurden seitens der stationären Schnittstellen als relevant benannt:


Von den befragten Akteuren stationärer Schnittstellen wurde die Einführung der SAPV weitgehend begrüßt. Hochkomplexe Versorgungssituationen können seit SAPV gut zuhause betreut werden. Die Übergabe in die SAPV gestaltet sich – je nach Region und SAPV-Dienst – jedoch sehr unterschiedlich. Folgende Ausgestaltungen wurden hierzu berichtet:

• SAPV werde in der Regel vom Sozialdienst der Klinik angefragt, Betreuungen werden dann direkt vom PC-Team übernommen.
• Teilweise wurde davon berichtet, dass bereits der Pflegedienst die SAPV initierte, wenn er entweder aufgrund der Betreuungskomplexität an seine Grenzen kommt oder aber Schmerzpumpen versorgt werden müssen. Das bedeutet zum einen, dass SAPV nicht vom Hausarzt oder von der Klinik, sondern von einem anderen Akteur eingeleitet wird. Allerdings stellt die bloße Schmerzpumpenversorgung für sich genommen keine hinreichende Indikation für eine SAPV dar.

• Seitens eines Sozialdienstes wurde berichtet, dass die Aufnahme in die SAPV mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden sei und Patienten häufig abgelehnt würden. Hier bestehe ein großes Problem, solche Ablehnungen gegenüber Palliativpatienten und deren Angehörigen zu kommunizieren. Dann versuche man, auf jeden Fall den jeweils verfügbaren Hospizdienst hinzu zu ziehen.

Seitens der Klinik-Sozialdienste wurde SAPV aber nicht nur als Erleichterung wahrgenommen. Teilweise wurde – wie auch in Kap. 4.4 unter der Angehörigen- und Patientenperspektive bereits ausgeführt – eine zunehmende und nicht angemessene Standardisierung wahrgenommen. Dies wurde vor allem im Hinblick auf den Einsatz von technischen Hilfsmitteln, aber auch aufgrund bestehender Intoleranz gegenüber außergewöhnlichen Wohnsituationen (mit Tieren oder auch aufgrund fehlender Hygienestandards) begründet. Hier könne, so eine Befragte, der ambulante Hospizdienst „mehr aushalten‘ und auch Betreuungen unter unkonventionellen Bedingungen besser mittragen und improvisieren:

„Dann weiß ich, ein Hospizhelfer hält wesentlich mehr aus. Also da haben wir auch schon Fälle gehabt, wo die Hospizhelfer gesagt haben, das geht gut zu Hause und SAPV wollte ihn wieder ins Krankenhaus einweisen.“ (Interviews ST10)

4.5.8 Zusammenfassung: Prozess-, Struktur- und Kommunikationseffekte der SAPV


Aus den vorangegangenen Darstellungen lässt sich erkennen, dass ambulante Palliativversorgung vor SAPV nicht allein aus Gründen palliativmedizinischer Defizite (Ebene der vorhandenen Kompetenzen), sondern – aus Sicht der befragten Akteure – vor allem auch aufgrund struktureller Defizite teilweise bzw. überwiegend schlecht oder gar nicht funktioniert hat (Ebene vorhandener Ressourcen, finanziell und zeitlich). Vergleicht man die geschilderten Kooperationsmuster der einzelnen Akteure (insbesondere der Hospiz- und Pflegedienste) vor Einführung der SAPV, so handelte es sich in ihrer Organisationsform eher um einzeln verbundene Akteure, allenfalls noch um lose Netzwerkarrangements, die gleichsam additiv ausgerichtet waren. Bei Bedarf und zum gegebenen Zeitpunkt war es dann erforderlich, die einzelnen Netzwerkpartner von Fall zu Fall zu aktivieren.


Aus Interviews mit AAPV-Akteuren, aber auch aus Patienten- und Angehörigen-Interviews wird deutlich, dass mit SAPV neue Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. So wurde als besonderes Qualitätsmerkmal benannt, aus dem Krankenhaus nach Hause zu kommen und ein Netzwerk vorzufinden, das den Patienten auffängt. Weitere Ressourcen bzw. Qualitätsmerkmale des Netzwerks sind beispielsweise die 24h-Rufbereitschaft mit ihrer zeitlichen Flexibilität (Hilfe, Unterstützung kommt so-

fort, reagiert schnell auf Probleme), Wissen, Logistik (Schmerzpumpe oder auch andere Hilfsmittel werden sofort geliefert), Koordination und Einbindung pflegerischer Maßnahmen, niedrigschwellige Kommunikation (Möglichkeit des ‘schnellen Anrufs’, man trifft sich kurzfristig beim Patienten, Rückversicherung auf der Palliativstation).


Abb. 31: Prozess-, Struktur- und Kommunikationseffekte

Letztlich konterkarieren solche kritischen Berichte die oben beschriebenen Merkmale institutionalisierter Netzwerke, indem sie darauf hindeuten, dass in den beschriebenen Fällen SAPV und AAPV...
nicht auf der Basis von stabilen Netzwerkstrukturen je nach Fallbedarfen kooperieren, sondern SAPV nach je eigenen ‘Rationalitäten’ (Entstehungsgeschichte, Organisationsmerkmale, Organisationskultur) AAPV-Angebote selektiert, integriert oder ignoriert, ausschließt. Darin spiegelt sich nicht nur ein Machtungleichgewicht wider, sondern durch solche selektiven Schließungen besteht auch die Gefahr, dass die Stärkung der AAPV durch SAPV als Struktureffekt (z.B. Verbreitung von Palliativkompetenz) be- oder gar verhindert wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass SAPV zum einen entscheidend zu einer verlässlichen und stabilen Versorgungssituation beiträgt und zudem ein starkes Bestreben der Vernetzung besteht, was eine hohe Entlastung der Kooperationspartner mit sich bringt. Vertrauen aller Netzwerkbeteiligten in das System sowie personenbezogenes Vertrauen sind für die Arbeit in einem Netzwerk Voraussetzung, da erst dadurch die Stabilisierung eines Netzwerkes gelingt. Das hat aber auch zur Folge, dass das Netzwerk – sofern nicht gegengesteuert wird, was wiederum ständiges Netzwerkarbeiten erfordert – tendenziell ein in sich geschlossenes System wird und in Folge dessen andere Akteure verdrängt werden, deren Logik und Arbeitsweise nicht der des Netzwerkes entspricht.


4.6 SAPV-Praxis und die Versorgung im ländlichen Raum

Um die SAPV-Praxis hinsichtlich ihrer regionalen Besonderheiten ausleuchten und mögliche Stadt-Land-Unterschiede identifizieren zu können, wurden – wie in Kap. 4.1 kurz skizziert – die SAPV-Dienste, orientiert an der Strukturkarte der Bayerischen Landesregierung, regionalen Kategorien zugeordnet (vgl. Abb. 3 und Abb. 2). So ergaben sich für die Zuordnung folgende Kategorien:

- großstädtischer Raum (über 500.000 Einwohner);
- (hybrider) Verdichtungsraum (Städte unter 500.000 Einwohner und Umland bzw. mit zusätzlich ländlichem Versorgungsbereich);
- ländlicher Raum inkl. Städte im ländlichen Raum.

Die quantitativen Ergebnisse wurden daraufhin auf Unterschiede in der Ausgestaltung der jeweiligen SAPV-Praxis untersucht und mittels Befunden aus den qualitativen Erhebungen komplettiert und vertieft.
4.6.1 Stadt-Land-Vergleich entlang ausgewählter quantitativer Ergebnisse

Hinsichtlich der Wohnsituation der Patienten ländlicher bzw. städtischer Dienste sind geringfügige Unterschiede erkennbar (vgl. Abb. 32): Knapp dreiviertel der Betreuungen in großstädtischen Teams finden im häuslichen Umfeld mit Angehörigen statt, etwas mehr als bei Betreuungen aus dem Verdichtungs- oder ländlichen Raum. Ein deutlicherer Unterschied zeigt sich bei den Alleinlebenden und den Betreuungen in Pflegeeinrichtungen: Der Anteil der Alleinlebenden ist im städtischen Raum wesentlich höher (21,2%) als in den beiden anderen Regionen; demgegenüber leben mehr als dreimal so viele Patienten im ländlichen und im Verdichtungsraum in einer Pflegeeinrichtung.

Im Zuge der qualitativen Interviews wurde deutlich, dass die Versorgung Alleinlebender auf dem Land einen höheren Organisationsaufwand erfordert und das ‚zuhause Bleiben‘ unterstützende Strukturen allgemeiner Palliativversorgung nicht im gleichen Maße zu Verfügung stehen wie in der Stadt. Da die Bewältigung des Aspekts ‚Angst‘ (die Erwartung des Unerwartbaren) eine tragende Rolle in der Versorgung spielt und insbesondere in ländlichen Regionen aufgrund längerer Entfernungen den Sicherheitsbedürfnissen der Patienten wie der Angehörigen unter Umständen nicht so schnell entsprochen werden kann, stellt die Betreuung Alleinlebender dort eine besondere Herausforderung dar. Des Weiteren lassen sich die Zahlen auch im Hinblick auf den demographischen Wandel interpretieren: Die Abwanderungszahlen jüngerer Menschen, die unter Umständen die Pflege ihrer Angehörigen gewährleisten könnten, sind vor allem im ländlichen strukturschwachen Raum relativ hoch, Zuwanderungen weisen vor allem die Regionen München und Mittelfranken auf. Insofern stehen im (groß-)städtischen Raum nicht nur mehr palliative Versorgungsanbieter, sondern potentiell auch mehr Angehörige zur Verfügung.

Abb. 32: Wohnsituation der betreuten SAPV-Patienten nach regionaler Klassifikation

Betrachtet man vor diesem Hintergrund den Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsystems der Patienten entlang der Stadt/Land-Achse (vgl. Abb. 33), so zeigt sich, dass dieser in der großstädtischen Region tendenziell stärker ausgeprägt ist als im Verdichtungs- und im ländlichen Raum.

Cramer- V = 0,177

Differenziert man den Befund entlang der Wohnsituation, so zeigt sich dieser Effekt – dass der Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems im großstädtischen Raum höher ist – quer über alle Wohnsituationen hinweg (vgl. Abb. 34).

\[ 95 \text{ Cramer-V beträgt 0,126.} \]
Struktur- und Prozeßeffekte der SAPV in Bayern

Ergebnisbericht

Abb. 34: Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsstseums in Abhängigkeit der Wohnsituation – im großstädtischen Raum

Über alle drei Wohnformen hinweg (Pflegeheim, bei Angehörigen und Alleinlebende) ist der Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsstseums im Vergleich zu den anderen Räumen hoch. Im Verdichtungsraum nimmt der Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsstseums um teilweise mehr als 10% Punkte für alle Wohnformen ab. Im ländlichen Raum zeigt sich für die Wohnform Pflegeheim ein Rückgang der Zahlen von weiteren 10%-Punkten, bei den Wohnformen bei Angehörigen und Alleinlebende ist der Unterstützungsbedarf um 30%-Punkte bei den Angehörigen bzw. um 50%-Prozentpunkte bei den Alleinlebenden geringer als im großstädtischen Raum (vgl. Abb. 35 und Abb. 36).

Abb. 35: Unterstützungsbedarf des privaten Bezugsstseums in Abhängigkeit der Wohnsituation – im Verdichtungsraum

Cramer-V beträgt 0,124.

Cramer-V beträgt 0,207.
Betrachtet man die Wohnsituation und den Sterbeort in Abhängigkeit von städtischer und ländlicher Versorgung (vgl. Abb. 37, Abb. 38, Abb. 39),

98 Cramer-V beträgt 0,124.

99 Cramer-V beträgt 0,492.

zuhause zu etwas mehr als 80% möglich; hier zeigt sich hinsichtlich städtischer und ländlicher Versorgung nur ein geringfügiges Gefälle.

Abb. 38: Wohnsituation und Sterbeort - im Verdichtungsraum\textsuperscript{101}

Abb. 39: Wohnsituation und Sterbeort - im ländlichen Raum\textsuperscript{102}

Vergleicht man für die drei Versorgungsräume die Zahlen zu Krankenhauseinweisungen, so lässt sich feststellen, dass Krankenhauseinweisungen im großstädtischen Versorgungsraum seltener vorkommen als im Verdichtungs- und im ländlichen Raum. Mit 10% Einweisungen im großstädtischen Raum ist die Rate deutlich niedriger als in den anderen Gebieten. Die Wahrscheinlichkeit, in einer SAPV ins Krankenhaus eingewiesen zu werden, ist demnach in der Großstadt erkennbar geringer als in den beiden anderen Versorgungsregionen.

\textsuperscript{101} Cramer-V beträgt 0,632.
\textsuperscript{102} Cramer-V beträgt 0,550.
In den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass die AAPV-Anbieter im ländlichen Raum hochkomplexe Fallsituationen aufgrund fehlender kompetenter Akteure und infrastruktureller Gegebenheiten weniger gut zuhause betreuen können. Auch seitens der SAPV-Dienste wurde für den ländlichen Raum darauf hingewiesen, dass Versorgungen vorausschauender geplant werden müssen, um Krisensituationen besser gerecht werden zu können. Allerdings bleibt hier anzumerken, dass die vermerkten Krankenhäuserverweisungen nicht nach palliativer Therapie und Dekompensation Patient und/oder Angehöriger unterschieden werden können. Letztendlich können demnach die Zahlen keinen verlässlichen Aufschluss darüber geben, ob ein Patient eingewiesen wurde, weil die Versorgung zuhause nicht bewerkstelligt werden konnte, oder ob die Einweisung therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen geschuldet war.


Tab. 1: Häufigkeiten der Krankenhäuserverweisungen im Stadt/Land-Vergleich<sup>103</sup>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Großerstädtischer Raum (N = 1.425)</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>&gt;5</th>
<th>keine</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>10%</td>
<td>1,1%</td>
<td>0,2%</td>
<td>0</td>
<td>0,1%</td>
<td>0</td>
<td>88,6%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(142)</td>
<td>(16)</td>
<td>(3)</td>
<td></td>
<td>(1)</td>
<td></td>
<td>(1.263)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Verdichtungsraum (N = 3.822)     | 17,5% | 3,3%    | 0,9%    | 0,2% | 0,2%    | 0,1%    | 77,8%   |
|                                  | (668) | (128)   | (36)    | (6) | (6)     | (3)     | (2.975) |

| Ländlicher Raum (N = 657)        | 17%  | 3,2%    | 0,6%    | 0  | 0,2%    | 0,2%    | 78,8%   |
|                                  | (112)| (21)    | (4)     |   | (1)     | (1)     | (518)   |

<sup>103</sup> Cramer-V beträgt 0,085.

Für 44,6% bedurfte es im großstädtischen Raum keines weiteren Unterstützungsbedarfes der AAPV. In allen Ausprägungen (leicht, mittel und stark) lässt sich erkennen, dass der Unterstützungsbedarf der allgemeinen Versorgungsanbieter im Verdichtungs- und ländlichen Raum eher wahrgenommen wird, als in der Großstadt. Dies könnte zum einen bedeuten, dass man im großstädtischen Raum besser mit den verfügbaren Anbietern zusammen arbeitet oder sich zumindest nicht behindert. Der Befund kann aber auch dahingehend interpretiert werden, dass die Abgrenzung von SAPV und AAPV

---

104 Cramer-V beträgt 0,226.  
105 Cramer-V beträgt 0,229.
aufgrund eines höheren Ressourcenangebots im städtischen Raum deutlicher erscheint. In den qualitativen Interviews wurde die AAPV im ländlichen Raum teilweise als ein Versorgungssystem dargestellt, das (kompetenzübergreifend) auf einige wenige Versorgungsanbieter verteilt ist, so dass die Unterscheidung einzelner Kompetenzen und Aufgabengebiete weniger trennscharf gelingt.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft darüber, in welchem Kontext der Erstkontakt zur SAPV in den verschiedenen Regionen zustande kommt.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Großstädt. Raum</td>
<td>4,4%</td>
<td>3,3%</td>
<td>4,2%</td>
<td>7,3%</td>
<td>42,0%</td>
<td>4,4%</td>
<td>30,0%</td>
<td>3,3%</td>
<td>0,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>(N= 550)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verdichtungsraum</td>
<td>1,7%</td>
<td>2,4%</td>
<td>2,9%</td>
<td>35,9%</td>
<td>24,8%</td>
<td>8,1%</td>
<td>14,2%</td>
<td>6,6%</td>
<td>2,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>(N= 2.381)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ländlicher Raum</td>
<td>2,0%</td>
<td>0,6%</td>
<td>8,2%</td>
<td>25,5%</td>
<td>28,0%</td>
<td>5,3%</td>
<td>21,7%</td>
<td>5,7%</td>
<td>0,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>(N= 646)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 2: Erstkontakt im Stadt/Land-Vergleich**

Hierbei fällt auf, dass im großstädtischen Raum SAPV zu 42% der Fälle im stationären Kontext und nur in 7,3% der Fälle durch den Hausarzt initiiert wird. Demgegenüber spielt der Hausarzt beim Erstkontakt im ländlichen- und Verdichtungsraum eine erkennbar prominente Rolle: Im ländlichen Raum erfolgt der Erstkontakt zu 25,5% durch den Hausarzt, im Verdichtungsraum geschieht dies sogar zu mehr als einem Drittel. Dem Hausarzt kommt demnach als Zuweiser in die SAPV für den ländlichen und Verdichtungsraum eine höhere Bedeutung zu, wohingegen im großstädtischen Raum der Patient offensichtlich gleich von der Klinik in die SAPV überführt wird. Überspitzt formuliert bedeutet dies: Während in der Stadt der Hausarzt nicht über den Einsatz der SAPV entscheidet, sondern lediglich darüber informiert wird und bestenfalls in die Versorgung mit einbezogen wird, erscheint er in nicht-städtischen Räumen als eine zentrale Entscheidungsinstanz, welche Maßnahmen und Betreuungen einem Palliativpatienten zukommen (neben der Klinik).

Diese quantitativen Ergebnisse deuten auf kulturelle Unterschiede in den Präferenzen und Erwartungen der Menschen in den jeweiligen Regionen hin, wobei mit dem Fokus auf den ländlichen Raum solchen Hinweisen (und weiteren Unterschieden) in den folgenden Abschnitten mittels der Befunde aus den qualitativen Interviews nachgegangen werden soll.

4.6.2 Strukturelle Besonderheiten von SAPV im ländlichen Raum


4.6.2.1 Allgemeine Beschreibungsmerkmale des ländlichen Raums und ihre Auswirkungen auf die SAPV-Praxis

Konkret ist hierbei zunächst festzuhalten:

- Da die Bevölkerungsdichte in den meisten bayerischen Landkreisen unter 100.000 Einwohnern liegt, kann die angestrebte Versorgungszahl von 250.000 Einwohnern pro Landkreis je SAPV-Dienst nur schwerlich erreicht werden. Deshalb werden mehrere kleinere Landkreise zu einem

---

106 Cramer-V beträgt 0,286.

- Für eine flexible, ressourcenorientierte Gestaltung von Versorgungsräumen und gegen einen rein ‚verwaltungstechnischen‘ Zuschnitt von Versorgungsgebieten spricht auch, dass für eine adäquate Versorgungsorganisation weniger die regionalen Verwaltungsgrenzen von Räumen eine Rolle spielen sollten, als vielmehr die Regionen als Kultur- und Regionalräume mit ihren jeweiligen Sozialstrukturen, kulturellen Mentalitäten und regionalspezifischen Raumorientierungen (Einzugsgebiete von Versorgungseinrichtungen etc.).


- Wetter- und Straßenverhältnisse stellen im ländlichen Raum ebenfalls eine Herausforderung dar, wenngleich sie nicht alle Regionen gleichermaßen betreffen (z.B. Regionen am Alpenrand). Darüber hinaus müssen Überlegungen in die Planung mit einbezogen werden, die mögliche Behinderungen auf den Zufahrtswegen betreffen. 108

Bereits durch die Unwägbarkeit der Wegstrecken und die geringe Anzahl von Versorgungseinrichtungen (wie z.B. Apotheken, Palliativstationen etc.) im Gegensatz zum städtischen Versorgungsraum benötigen die SAPV-Dienste eine andere Betreuungsplanung:

„Hier muss ich anders, noch ganz anders vordenken, weil ich einfach noch - ich denke, die Krisenzeiten sind halt dann irgendwo am Wochenende oder nachts. Und da habe ich die langen Fahrtstrecken. In der normalen Dienstzeit gibt sich das wahrscheinlich nicht so viel, weil Großstadt einfach auch Stau und nicht vorwärts kommen heißt. Aber für die, für diese Krisenzeiten nachts und am Wochenende denke ich, ist das schon (...). Also das finde ich mal das eine. Dann finde ich, die Dichte ist natürlich anders mit Apotheken und so Versorgungsinstitutionen, also gerade jetzt Apotheken oder so. [Name der Großstadt], ich meine Gott, da ist ja überall eine Apotheke, mit der man irgendwo zusammenarbeiten kann oder so was. Hier ist das schon etwas, wo man ja dann schauen muss, das sind ja Fahrstrecken wieder ....” (Interview E7)

107 So verweist Dr. Andreas Hoenig, PAULA KUBITSHECK-VOGEL-STIFTUNG, vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen bei der Förderung und Begleitung von SAPV-Angeboten darauf, dass die reine Größe von Versorgungsgebieten für sich genommen keine Aussagekraft bezüglich einer erfolgreichen SAPV-Implementation zukommt. So versorgen z.B. den Landkreis und die Stadt Ansbach (2.071 km²) oder den Landkreis Oberallgäu mit der Stadt Kempten (1.591 km²) jeweils ein PC-Team. Laut Hoenig liegt das Problem weniger in zu großen Versorgungsgebieten, als vielmehr in ggf. zu kleinen Teams.

108 Vor allem in einigen Bergregionen besteht ein besonderes Problem in der Anfahrt abgelegener Orte dahingehend, dass das Versorgungsgebiet als Transitstrecke in Urlaubsregionen und Skigebiete genutzt wird; hier wurden große Probleme beim zeitnahen Einsatz angeforderter Hilfe berichtet, die aus verkehrstechnischen Gründen nicht einer Notfallsituation angemessen erfolgen kann.

4.6.2.2 Versorgungsstrukturen und Netzwerke in der Palliativversorgung – Zum Verhältnis von AAPV und SAPV im ländlichen Raum


So beschreiben manche Versorgungsanbieter den Landarzt wie folgt:

„Am Dorf ist es nochmal anders, da gehört der Arzt oft mit zur Familie. Und wir haben, der Kollege aus dem ländlichen Bereich, der ist ganz schnell per Du mit den Leuten.“ (Interview F6)

Dieses Bild entspricht auch oftmals dem Selbstverständnis und der Selbstdarstellung ländlicher Hausärzte, wie nachfolgendes Beispiel zeigt:

„Weil ich meine, gerade, auf dem ländl.- im ländlichen Bereich ist es sicher nochmal was anderes als in der Stadt. Also, wir sitzen auf dem Land, auch, wenn das eine große Gemeinde ist, ich bin in dem Ort geboren oder seit

meiner Kindheit, wo ich die Patienten betreue, habe da einen relativ engen Bezug und man hängt sich natürlich schon hinein, aber man kann zeitlich nicht das bieten, was ein Palliativdienst bieten kann.“ (Interview HA4)

Diese dem Landarzt scheinbar je typischen Eigenschaften werden aber nicht durchgängig zugeschrieben; vielmehr wird dieses Bild von SAPV-Diensten, aber auch von im Versorgungsnetz arbeitenden anderen Akteuren als Mythos dargestellt, der aus deren Sicht der Realität in keiner Weise standhält. Wenngleich es viele engagierte und kompetente Hausärzte im ländlichen Raum gäbe, so beklagt man hier ebenso wie im städtischen Gebiet wenig Flexibilität, fehlendes Wissen vor allem in Schmerztherapie sowie fehlende Bereitschaft zu Hausbesuchen.

„... die Hausbesuche sind ja fast kläglich zum Erliegen gekommen. Also Ärzte fahren fast überhaupt nicht mehr raus. Es fahren nur mehr raus – teilweise Arzthelferinnen zur Blutabnahme (...), es gibt, glaube ich, in unserem Bereich drei, vier Hausärzte, die nur rausfahren, wenn es Privatpatienten sind. Normaler Patient – nein. Da müssen sie halt wechseln, wenn sie ihren Hausbesuch wollen, der kommt nicht. Das können sie ja nicht leisten und was weiß ich. Und das ist halt alles schwierig“. (Interview ST6)

Darüber hinaus wurde von anderen AAPV-Akteuren wie von SAPV-Diensten der Eindruck artikuliert, dass ländliche Hausärzte sich weniger kooperativ zeigen, wenn die SAPV an sie herangetragen werde.

„Es ist natürlich viel Landarzt, Hauspraxen, die auch so ein Selbstverständnis haben. Das ist dann auch schwieriger. Also ich, man hat das Gefühl, Stadthausärzte sind leichter mal abgeben oder sich unterstützen lassen als Landhausärzte.“ (Interview E0)

Solche widersprüchlichen Erwartungen und Zuschreibungen wirken umso hinderlicher für eine verlässliche Vernetzung von AAPV-Akteuren und SAPV, als gerade der Hausarzt (wie oben gezeigt; vgl. Tab. 2) in den nicht-städtischen Räumen als eine zentrale Vermittlungs- und Entscheidungsinstanz bezüglich SAPV fungiert.


hohes Maß an Fachlichkeit sowie an Kooperationspartnern, die ebenso schnell und flexibel verfügbar sind. Therapien, Hilfsmittel und weitere Vorgehensweisen werden von ihnen initiiert, und sie stellen ggf. auch die Zuwieser in die SAPV dar (vgl. Kap. 4.5.4). So konnte ein Homecare-Anbieter im ländlichen Raum befragt werden, der ebenfalls die 24h-Rufbereitschaft alleine trägt und ein großes Maß an Expertise und Einsatzbereitschaft mit in die Versorgung einbringt. Hinzu kommt, dass dieser Leistungserbringer gleichzeitig im dort ansässigen SAPV-Dienst als Palliative-Care-Pflegekraft tätig ist, somit auch über den SAPV-Bedarf von ambulanten Palliativpatienten (mit)entscheidet und für die Patienten sowie deren Angehörigen eine gewisse Betreuungskontinuität in der Versorgung gewährleistet. Das Funktionieren der häuslichen Palliativversorgung begründet er mit dem (netzwerkrelevanten) Verweis auf ‚das Ganze‘, was nichts anderes als das zwingend erforderliche Ineinandergreifen von AAPV und SAPV zum Ausdruck bringt:


Dabei unterscheidet sich aus Sicht der Befragten die Art und Weise, wie ländliche SAPV-Dienste und auch AAPV-Anbieter sich vernetzen und miteinander kooperieren deutlich. So wurde berichtet, dass zwar ebenso viele Kooperationsverträge vorliegen, wie dies bei den städtischen Versorgern der Fall ist, allerdings kommen informellen Kooperationen im ländlichen Raum eine deutlich größere Bedeutung zu. Dies reicht sogar soweit, dass auch ortsansässige Akteure, die nicht unmittelbar im medizinischen Geschehen oder der Daseinsvorsorge involviert sind, als mögliche Unterstützer oder Kooperationspartner genutzt werden.110 Wichtig scheint vor diesem Hintergrund – informelle Zusammenarbeit auf dem Land, die durch konkrete Personen getragen wird –, dass die vorhandenen Netzwerke weiter entwickelt und vor allem auf Dauer gestellt werden, um auch auf der strukturellen Ebene eine Versorgungssicherheit und Betreuungskontinuität für die Patienten sicherzustellen. Das erscheint als eine wesentliche Voraussetzung für die Stabilisierung von AAPV insbesondere in ländlichen Regionen.

Generalisiert man die vielen geschilderten Beispiele zur Zusammensetzung und Entstehung der Kooperationen und Netzwerke, die häufig unisono ein ‚gemeinsames Wachsen‘ oder ‚gemeinsames Großwerden‘ des ‚Ganzen‘ schildern, lässt sich folgende idealtypische Differenzierung zwischen ländlichen und städtischen SAPV-Diensten erkennen:

110 So konnte beispielsweise ein SAPV-Dienst durch die Kontakte zum ortsansässigen Autohändler sowie zur Sparkasse eine Spende für ein Auto, kostenfreies Tanken sowie Reparaturen verbuchen. Ähnliche Beispiele finden sich immer wieder im Datenmaterial.


4.6.2.3 **Familie und private Hilfestrukturen**


Wie in Kap. 4.1 dargestellt, sind vor allem die ländlichen Regionen vom Wegzug der jüngeren Bevölkerung betroffen und der Anteil älterer Bewohner ist entsprechend hoch. Dies macht sich auch im Datenmaterial bemerkbar: In einigen ländlichen Regionen wird die SAPV weitaus häufiger in Pflegeheimen angefordert als dies in anderen Regionen (oder im städtischen Raum) der Fall ist. Die qualitativen Interviews geben zumindest Hinweise darauf, dass Familien im ländlichen Raum zur Versorgung Schwerstkranker im häuslichen Umfeld nicht mehr in solchem Maße zur Verfügung stehen, wie dies weithin angenommen wird. Hierzu gab beispielsweise die Leiterin eines Hospizdienstes an, dass ihre hospizlichen Begleitungen im mittelstädtischen Versorgungsgebiet zu 80% im häuslichen Bereich stattfinden, wohingegen der Hospizverein des benachbarten Landkreises als ländlicher Versorger deutlich mehr Begleitungen im Pflegeheim als im ambulanten Bereich registriert. Auch im Hinblick auf die Dorfgemeinschaft als tragende Struktur ergeben sich unterschiedliche Sichtweisen.

„Oder ob sie mit den Ehrenamtlichen, das war ja am Mittwoch auch so ein Thema, dass die Ehrenamtlichen am Dorf eher schwer Fuß fassen können, in der Stadt ist es viel einfacher, weil wir viel mehr Singles haben. Im Land habe ich auch die Singles, aber da funktioniert die Dorfgemeinschaft eben. Kann positiv, kann aber auch negativ sein, muss man wirklich so sagen, aber daher weiß ich, da kommt die Feuerwehr und hilft und da gibt es die und die schauen sich mal und da weiß der Nachbar ganz genau, was passiert. Das kann in so einer Situation, wenn jemand krank ist, sehr hilfreich sein (...) Die kümmern sich anders. Also in der Stadt weiß, oft in einem Mietshaus weiß oft der eine nicht, was der andere macht. Also, wenn man dann fragt: Können Sie da mal mit hinüber schauen? Oder hat der Nachbar einen Schlüssel? Warum, ich kenne die Nachbarn gar nicht, weil die dauernd
weg sind. Und im Dorf kennt jeder jeden. Wie gesagt, kann ein Vorteil, kann ein Nachteil sein. Und man muss sich entweder wohl fühlen in dieser dörflichen Gemeinschaft und muss manches so hinnehmen, wie es halt ist. Für mich hat das immer was Tragendes auch.” (Interview F6)

Was hier als das Tragende beschrieben wird, impliziert aber immer auch eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben der Dorfgemeinschaft. Es erscheint sehr fraglich, ob dies für alle Bewohner gleichermaßen zutrifft. So werden ‚Zugreiste‘ unter Umständen die Dorfgemeinschaft weniger als tragend in Anspruch nehmen können, als dies ‚Alteingesessene‘ tun können.

Aus dem städtischen Bereich wird aber ebenso von Hilfestrukturen berichtet, die sich im Krankheitsfall eines Menschen ergeben können. So gab beispielsweise eine Palliative-Care-Fachkraft an,

„(...) dass durchaus die Nachbarn, wenn sie mitbekommen, dass alleinlebende Menschen so schwer erkranken, dass da die Nachbarn durchaus sehr unterstützend da sind, also das haben wir schon ein paar Mal erlebt, dreimal jetzt eigentlich schon, was mir jetzt so aktuell einfällt, wo wirklich die Nachbarn total engagiert waren, die Handy-Nummer uns gegeben hat und wirklich da immer nach dem Patienten geschaut hat, Essen gebracht hat, erreichbar war.“ (Interview E0)


4.6.3 Kulturelle Aspekte ländlicher Versorgung

Die im vorangehenden Abschnitt skizzierten strukturellen Aspekte haben einen nicht unerheblichen Einfluss darauf, wie Maßnahmen in einer Versorgung angeboten und in Anspruch genommen werden bzw. wie sich die (spezialisierte) ambulante Palliativversorgungspraxis ausgestaltet. Darüber hinaus spielen jedoch kulturelle Aspekte bei der ländlichen Versorgung eine Rolle, die im Folgenden erläutert werden sollen. Im Weiteren werden – im Vergleich zum klassischen Modell – alternative Szenarien ländlicher Versorgungsstrukturen vorgestellt.

Patienten und Angehörige unterscheiden sich aus Sicht der befragten Versorgungsanbieter im ländlichen Raum zu solchen in den Metropolregionen in ganz grundlegender Hinsicht. Der nachfolgende Interviewauszug soll dies exemplarisch verdeutlichen:

„Also zwischen Stadt-Land würde ich sagen, was jetzt die Patienten angeht, gibt es schon einen großen Unterschied, finde ich, oft in der Art, wie man mit Krankheit umgeht, wie man mit Sterben und Tod umgeht, wie das als Thema gesehen wird und wie viel Selbstständigkeit, würde ich jetzt sagen, auch auf dem Land existiert im Vergleich zur Stadt. Wo ich sage, in der Stadt ist halt vieles, vieles verfügbar und dadurch werden auch viele Dienste genutzt und das gibt es auf dem Land in dieser Form nicht und da - beruht dann viel Versorgung doch auf dem engeren Familienkreis und das stelle ich schon als großen Unterschied fest, was da vom ländlichen Bereich getragen wird, weil einfach gar keine Struktur da ist, es gibt maximal einen Pflegedienst, aber es gibt nicht so viel, wenn ich jetzt Großstadt München anschaue, die hat einen Pool von Sitzwachen oder von Leuten, die mal schnell eine Nacht da bleiben können, irgendeine Krankenschwester, die ehrenamtlich da hält mal - eine Nacht da bleibt oder so. So was alles gibt es hier nicht.“ (Interview F10)

http://www.gesis.org/allbus/studienprofile/2004/ (zuletzt eingesehen am 17.03.2014)

Aus dem Zitat geht hervor, dass sich Patienten und Angehörige im Vergleich zum städtischen Versorgungsgebiet dahingehend unterscheiden, dass sie mit Krankheit sowie dem Thema Sterben und Tod anders umgehen. Dies befördere offensichtlich die Selbständigkeit und das Vertrauen in die – soweit noch vorhandenen – informellen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen oder auch in die Vorstellung, die Situation mit eigenen Mitteln bewältigen zu können. Dies wird auch von nachfolgender Befragten artikuliert:


„Aber auf dem Ländlichen wartet man wirklich, bis nichts mehr geht. Die warten und die sind gewohnt zu warten (...) das kann ich bestätigen. Das Phänomen ist, die warten und helfen sich erst mal selber“ (Interview E8)

Ähnlich verhält es sich bei der 24h-Rufbereitschaft, welche im ländlichen Raum nicht in dem Umfang angenommen wird, wie im städtischen Raum:

„Und genau so ist es in der Freq, ich finde schon, in der Frequenz, auch die Hemmung, anzurufen. In [Name der Großstadt] wird sehr viel, fand ich, sehr viel nachts telefoniert. Die haben schon dieses einer Großstadt, wo Verfügbarkeiten sind. Die trauen sich auch eher, anzurufen. Hier ist eine Riesenhemmung. Die rufen schon an, aber man muss es immer vorebereiten. Rufen Sie unbedingt an. Wir wollen das, wir sind dafür da. Also die, auch da übernehmen die sehr viel Ei, also viel Eigenverantwortung. Die kommen dann schon, aber das ist, das ist eher mehr Arbeit. Da, die sind irgendwie se-, also die lassen es auch zum Teil mal sehr weit kommen, wenn man es nicht vorbereitet.“ (Interview E7)

Zu diesen unterschiedlichen Hilfekulturen finden sich auch Hinweise im quantitativen Datenmaterial; wie unter Kap. 4.6.1 beschrieben, ist der Unterstützungsbedarf des privaten Bezugssystems im großstädtischen wie im Verdichtungsraum höher als im ländlichen Raum (vgl. Abb. 33), was o.g. Interpretation stützt. Möglicherweise herrscht im städtischen Raum auch eher ein Dienstleistungsanspruch vor, der auf dem Land in dieser Form nicht hervortritt. Auch die vermehrte Inanspruchnahme in akuten Krisensituationen der Patienten und die höhere Anzahl ländlicher Krankenhauseinweisungen
spricht dafür, dass Hilfe aufgrund struktureller Gegebenheiten unter Umständen erst sehr spät in Anspruch genommen wird bzw. nur verzögert erfolgen kann (vgl. 4.6.1).


Abb. 43: Erwartungen im Stadt-Land-Vergleich (mit ‚ja, vorhanden‘ gerechnet; auf Gesamt-N umgerechnet)\footnote{Cramer-V beträgt zwischen 0,082 und 0,401.}

Noch deutlicher lassen sich die Unterschiede abbilden, wenn man die einzelnen Erwartungen isoliert betrachtet. In nachfolgender Grafik (vgl. Abb. 44) wird die Erwartung nach Selbstbestimmung in seinen einzelnen Ausprägungen dargestellt.
Hierbei fällt auf, dass diese Erwartung zu fast der Hälfte aller Fälle im großstädtischen Raum nicht vorhanden ist (es wurde explizit als nicht vorhanden angekreuzt). Im Verdichtungs- und ländlichen Raum spielt diese Erwartung hingegen eine größere Rolle, betrachtet man die mittlere und starke Ausprägung. Dieses Ergebnis deutet auf kulturelle Unterschiede in den Präferenzen und Erwartungen der Menschen in den jeweiligen Regionen hin; allerdings ist aus den qualitativen Interviews ersichtlich, dass Patienten und Angehörige zu Beginn einer spezialisierten Versorgung keinerlei Vorstellungen darüber haben, was sie von einer solchen Versorgungsform erwarten können. Somit muss bei der standardisierten Abfrage einer Erwartung auch immer von einem Kommunikationseffekt ausgegangen werden, das heißt, das PC-Team gibt die Möglichkeiten vor, die der Patient erwarten kann. Ähnlich verhält es sich auch mit der Ausprägung hinsichtlich des Wunsches nach lebensverlängernden Maßnahmen (vgl. Abb. 45).

Abb. 44: Erwartung Selbstbestimmung im Stadt/Land-Vergleich\(^\text{114}\)

\(^{114}\) Cramer-V beträgt 0,252.
Mit 49,5% erkennen die SAPV-Dienste bei der ländlichen Bevölkerung die Erwartung, dass keine 'lebensverlängernden Maßnahmen' von der SAPV durchgeführt werden (sollen). Die großstädtische Bevölkerung hingegen hat mit 51,7% keine Erwartungen an die SAPV bezüglich 'lebensverlängernden Maßnahmen'. Eine mögliche Interpretation rekurriert wieder auf die unterschiedlichen Einstellungen zu Krankheit, Sterben und Tod. Auf dem Land steht man einem Bild des 'natürlichen Todes' näher, während in der Stadt der Machbarkeitsgedanke stärker ausgeprägt ist.

4.6.4 Ergänzende Sonderformen der SAPV im ländlichen Raum

Um vor dem Hintergrund der strukturell und kulturell recht heterogenen Beschreibungssituation die SAPV-Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum besser analytisch fassen und diskutieren zu können, wurden – auf der Basis verschiedener Interviews, der verfügbaren Dienstvignetten sowie der Diskussionen im Rahmen eines Workshops116 – Idealtypen117 von ergänzenden Netzwerk- und Kooperationsformen entworfen. Damit sollen wesentliche Aspekte der jeweiligen, in der Versorgungs- und Organisationsrealität vielschichtigen SAPV-Praxis benannt werden können, die von den bislang verfolgten und bewährten Teamstrukturen und Versorgungsformen mehr oder weniger deutlich abweichen:

• Sub-Team / Satellitenteam besetzt mit einem multiprofessionellen Kleinteam

Von einem eigenem Stützpunkt aus versorgt ein SAPV-Kleinteam, bestehend z.B. aus einer Palliative-Care-Pflegekraft, einem Sozialpädagogen und einer Ärztin Palliativpatienten in einem be-

115 Cramer-V beträgt 0,257.
117 Mit Idealtypus wird in ein zu Beschreibungs-/Analysezwecken gleichsam als Werkzeug konstruierter Be-

- Filiale oder SAPV-Zweigstelle


- SAPV-Dienst mit wohnortnaher Versorgung


- SAPV mit angedocktem AAPV-Netzwerk


Diese – in der Praxis als Erweiterung des bisherigen Team-Ansatzes fungierenden – möglichen Sonderformen alternativer bzw. ergänzender Versorgungsformen und Organisationsstrukturen der SAPV im ländlichen Raum in Bayern (vgl. auch die drei Beispiele aus anderen Bundesländern; Kap. 4.6.5) zeigen nicht nur vereinzelte Detaillösungen. Sie verweisen auch auf die Suche nach und Nutzung bereits bestehender Strukturen, um die Betreuung von Palliativpatienten auch im ländlichen Raum qualitativ hochwertig zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist jedoch festzuhalten, dass sich, trotz solcher, den jeweiligen Versorgungsgegebenheiten vor Ort anzupassenden Sonderformen, bei

der Implementation von SAPV in ländlichen Versorgungsräumen der umfassende, multiprofessionelle Team-Ansatz bewährt hat.119

4.6.5 Ländliche Versorgung in anderen Bundesländern


4.6.5.1 Hessen


Problem, wie kommen Sie an Ihre Verordnungen beziehungsweise was ist mit diesen Patienten, wer ist da Ansprechpartner? Ich hab es sogar schon erlebt, dass der hausärztliche Bereitschaftsdienst alle Hausärzte im Landkreis [Name] vertreten hat über einige Tage. So, und dann ist es natürlich schwierig, wenn dann so ein SAPV-Patient aus der Klinik entlassen wird mit einer Verordnung von sieben Tagen, die sieben Tage sind um beziehungsweise sie haben (...) handhaben das eigentlich in allen Teams, dass dann auch trotzdem sofort mit dem Hausarzt Rücksprache gehalten wird und man da die Koop(...) anbahn, wenn sie nicht sowieso schon langfristig (...) besteht, und das, die Möglichkeit haben Sie dann erst mal nicht, und dann haben Sie so einen Schwebezustand, und das erschwert im Prinzip die Versorgung, das haben wir in [Name der Großstadt] zum Beispiel im Prinzip überhaupt nicht gehabt. “ (Interview S1)

Teamsitzungen, Supervision und alle anderen Qualitätsmaßnahmen werden im Haupt- bzw. Stammteam abgehalten, die Rufbereitschaft erfolgt allerdings regionsspezifisch durch das Satellitenteam. Das Satellitenteam mit den kooptierten Teammitgliedern bietet – so die Expertensicht – eine effiziente und effektive Möglichkeit, bedarfsgerecht die dünnbesiedelten Gebiete zu versorgen und die Patienten und Angehörigen auch regionsspezifisch zu betreuen:

„Das Interesse hab ich im ländlichen Bereich so schon größer wahrgenommen. Aber es ist natürlich, dass dort, ja, wie soll ich sagen, regionale – Gebietsbesonderheiten schon auch so ein Team fordern. (...) Naja, dadurch, dass es ländlich ist, sind die Leute auch bekannter.” (Interview S1)

Die jeweiligen Satellitenteams versuchen vor Ort weitere Kooperationen zu schließen, um das Versorgungsnetz auch in ländlichen Gebieten zu vergrößern, so dass der Fachverband spricht in diesem Zusammenhang von einer nahezu flächendeckender Versorgung für das Bundesland Hessen spricht.120

4.6.5.2 Saarland


 durch Festanstellungen (Arzt, Pflegekraft, Sozialarbeiter) zu gewährleisten, da nur auf dieser Basis dann weitere Akteure (z.B. als Honorarkräfte) miteinbezogen werden können. Die zentrale Organisation der PC-Teams erleichtert dabei vor allem die Organisations- und Koordinationsarbeit in den verschiedenen Bereichen der 'organisatorischen Hinterbühne', also in jenen Bereichen, die Patienten und Angehörigen zwar nicht direkt betreffen, die aber die Arbeit vor Ort beim Patienten wesentlich mitbestimmen: Verwaltung, Einkauf von zentralen Materialien, Kommunikation mit MDK etc.


4.6.5.3 Baden-Württemberg


Die Brückenpflege schafft für Tumorpatienten eine enge Verbindung zwischen Krankenhaus und Zuhause, wobei die Betreuung nicht nur die Entlassungsvorbereitungen aus der Klinik umfasst, sondern auch regelmäßige Besuche zu Hause, Beratung, Schmerzsymptomkontrolle, 24h-Rufbereitschaft und die psychische Unterstützung der Patienten und Angehörigen.


So konnten nach Auskunft des Experten 2009 durch die Brückenpflege an 16 Standorten auf einem Drittel der Fläche Baden-Württemberg etwa die Hälfte aller Einwohner theoretisch erreicht werden. Zu prüfen wäre, inwieweit dieses Konzept, welches auch als eine Mischung aus SAPV und AAPV angesehen werden kann, auch auf ländliche Gebiete in anderen Bundesländern übertragen werden könnte.

Die drei Beispiele aus den exemplarisch ausgewählten Bundesländern zeigen die verschiedenen Wege der Implementierung bzw. Umsetzung der SAPV und verdeutlichen – auch wenn die Vergleichbarkeit der jeweiligen SAPV-Praxis aufgrund der heterogenen Bedingungen und Regelungen je Bundesland eingeschränkt ist – in der Zusammenschau einen wesentlichen gemeinsamen Aspekt: Die ange strebte Verzahnung von AAPV und SAPV.

4.6.6 Zusammenfassung: Zur Stadt-Land-Kategorisierung im Kontext von SAPV

Eine eindeutige Kategorisierung von Stadt-Land ist für die Praxisanalyse und Praxisentwicklung von SAPV nicht wirklich tragfähig. Auf ihrer Basis erscheint es kaum möglich, eine trennscharfe Differenzierung der SAPV-Praxis zwischen städtischen, ländlichen Raum und ‚Dazwischen-Räumen‘ vorzunehmen, da die vor Ort erkennbaren, historisch gewachsenen strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen, auf die die jeweilige SAPV-Praxis abzustimmen ist, recht unterschiedlich sind. Mit dem Ansatz, praxisadäquate (d.h. aus der SAPV-Arbeit heraus stammende und der lokalen Positionierung der Dienste folgende) Kriterien dafür zu benennen, was den Unterschied zwischen Großstadt, städtischem Umland bzw. Verdichtungsraum ausmacht, lassen sich nur begrenzt sinnvolle Regionallandschaftskategorien operationalisieren. Vermutlich müssten hierfür eher empirisch aufwändig zu erforschende Kultur- und Sozialraumatteilungen mit ihren jeweiligen typischen Versorgungsmerkmalen zur Verfügung stehen.

In der Konsequenz aus dieser Konzept- und Kontextproblematik zur Stadt-Land-Differenz kann resümiert werden: Es sind vor allem Akteurskulturen (z.B. Relevanz des Hausarztes), Akteursorganisati-

4.7 Befunde zu betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf die SAPV-Praxis

Bei Konzeption dieser Forschungsarbeit wurde davon ausgegangen, dass die Vergütungsform – also Fallpauschalen vs. Tagespauschalen – einen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen haben muss. Ein solches Verhalten lässt sich im Gesundheitswesen eindeutig nachweisen – beispielsweise sank nach konsequenter Einführung des Fallpauschalensystems ab 2003 im Krankenhausbereich, das die damals noch häufig vorhandenen Tagesvergütungen fast vollständig abgelöst hat, die Liegedauer der Patienten massiv.121

Insofern wurde davon ausgegangen, dass bei Diensten, die nach Fallpauschalen finanziert werden, die Patienten eher kürzer in SAPV verweilen (weil die Anzahl der Tage für die Fallpauschale nicht relevant ist) bzw. Diensten von Diensten, die mit Tagespauschale vergütet werden, eher länger in der SAPV „verweilen“ (weil bis zu einer gewissen Obergrenze jeder Tag abgerechnet werden kann). In eine ähnliche Richtung ließe sich auch mit Blick auf die Besuchsintensität argumentieren. Die Vergütungsform Fallpauschale könnte in die Richtung wirken, Besuchsaufwände möglichst zu minimieren, während bei Tagespauschalen Besuchsaufwände tendenziell eher neutralisiert werden.

Abb. 46: Vergütung und Behandlungsdauer122

---


122 Cramer-V beträgt 0,151.
Beide Grundannahmen lassen sich auf Basis der erhobenen Daten nicht nachweisen (vgl. Abb. 46 und Abb. 47): Patienten mit Fallpauschale verbleiben weniger oft nur kurz in SAPV als Patienten mit Tagespauschale (17% vs. 26,6%). Umgekehrt zeigt sich: Die Patienten mit Fallpauschale sind öfter länger in der SAPV als die Patienten mit Tagespauschale (41,9% vs. 28,6%). Hinsichtlich der Anzahl der Besuche sind keine Unterschiede zwischen den beiden Vergütungsformen erkennbar.

Zu bedenken ist: Nachdem bei allen bayerischen SAPV-Diensten eine Maximalanzahl erlöswirksamer Tage in den Vergütungsvereinbarungen enthalten ist, haben PC-Teams mit Tagespauschalsystem ein Interesse daran, dass Patienten nicht zu viele Tage in der SAPV verweilen. Bei Teams mit Fallpauschale jedoch wird die Vergütung eher über die Fallzahl gesteuert: hier besteht also ein Interesse daran, möglichst viele Patienten zu versorgen. Dies kann bedeuten, dass auch Patienten angenommen werden, die sich noch eher früh im Krankheitsverlauf befinden und somit länger in der SAPV verweilen, bis sie verstorben sind. Letztere Annahme lässt sich jedoch aus den Daten nicht ablesen, weil die Belastung je Mitarbeiter als auch die Auslastung des Dienstes über die Zeit bis hin zu den dienstspezifischen Leistungsdefinitionen, was genau SAPV in den jeweiligen Vergütungskategorien bedeutet, nur im Rahmen einer umfassenden gesundheitsökonomischen Analyse ausgeleuchtet werden könnten.

![Diagramm Vergütung und Anzahl der Besuche](image)

Abb. 47: Vergütung und Anzahl der Besuche

Betrachtet man die Kombination von Behandlungsdauer und Anzahl der Besuche in Abhängigkeit vom zugrundeliegenden Vergütungssystem, sind folgende Befunde erkennbar (vgl. Abb. 48 und Abb. 49). Die beiden Grafiken könnten oberflächlich so interpretiert werden, dass die Betreuung der Patienten bei Fallpauschalen „intensiver“ ist, weil es auch bei kurzer Behandlungsdauer öfter zu mehreren Besuchen kommt als unter Tagespauschale. Entgegen der Grundannahmen würden also auch diese Patienten, für die die gleiche Pauschale gezahlt wird und für die keine Tage abgerechnet werden können, nicht „schlechter“ versorgt werden – zumindest was die quantitative Betreuung durch das PC-Team angeht.

---

123 Cramer-V beträgt 0,126.
Betrachtet man die Patienten mit unterschiedlicher Behandlungsdauer in Verbindung mit wenigen und vielen Besuchen hingegen im direkten Vergleich (vgl. Abb. 50), so zeigt sich, dass die Grundannahmen nicht zutreffen. So beträgt der Anteil derjenigen mit vielen Besuchen bei der Fallpauschale die Hälfte (50,8%), bei der Tagespauschale jedoch fast zwei Drittel (63,7%). Hier ist der erkennbare (quantitative) Betreuungsaufwand bei der Tagespauschale höher und nicht mehr (wie bei den Kurzzeitpatienten) bei der Fallpauschale: Bei den kurzen Behandlungsdauern und den geringen Besuchszahlen ist der Anteil bei den Tagespauschalen (mit mehr als 45%) höher als bei den Fallpauschalen.

124 Pearson-R beträgt 0,601 (Spearman = 0,601).
125 Pearson-R beträgt 0,675 (Spearman = 0,684).
(mit mehr als 30%), was bedeutet, dass unter Fallpauschalen insgesamt mehr Patienten mehr als 'nur' 2 Besuche erhalten.

Abb. 50: Behandlungsdauer und Anzahl der Besuche differenziert nach Vergütungsart (Linien)


Abb. 51: Behandlungsdauer bei Teams mit Fallpauschale

126 Bei Fallpauschalen beträgt Pearson-R 0,601. (Spearman = 0,601), bei Tagespauschalen beträgt Pearson-R 0,675 (Spearman = 0,684).

127 Cramer-V beträgt 0,091.
Ohne hier genauer auf einzelne Werte eingehen zu müssen, zeigt allein die grafische Übersicht, dass die Unterschiede zwischen den Diensten in den jeweiligen Vergütungsformen größer sind als zwischen den beiden Dienstgruppen entlang der Vergütungsform. Das bedeutet: Die Behandlungsdauer (und als Hypothese: auch die Besuchsanzahl) hängt primär von dienstspezifischen, organisationsstrukturellen und organisationskulturellen Merkmalen ab (wie in der ersten SAPV-Studie ebenfalls bereits sich als Befund andeutend) und weniger von der Vergütungsform (vgl. hierzu auch Abb. 53 und Abb. 54 zu Erstverordnung und tatsächlich durchgeführter SAPV).

Abb. 52: Behandlungsdauer bei Teams mit Tagespauschale

Cramer-V beträgt 0,110.

Abb. 53: Vergütung und Erstverordnung

Cramer-V beträgt 0,109.
Als wesentlichen Erklärungsansatz für die Tatsache, dass der vordergründig zu erwartende Einfluss des Vergütungssystems (Fallpauschalen vs. Tagespauschalen) auf das Leistungsgeschehen nicht erkennbar ist, kann angesichts der dünnen Datenlage nur spekuliert werden, dass das Vergütungssystem nicht in dem Umfang eine Rolle für das Leistungsgeschehen spielt wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Oder anders ausgedrückt: dass derzeit eine angemessene Vergütung für die bayerischen SAPV-Dienste bezahlt wird, sodass das Leistungsgeschehen eben nicht über die Vergütung diktiert wird, sondern die maßgeblichen Faktoren, die auch der Gesetzgeber vorgegeben hat, das Leistungsgeschehen bestimmen: Wille des Patienten, Bedarfs- und Bedürfnislagen der unit-of-care, das 'zuhause-bleiben-Können' etc.

Es bestimmen also vor allem inhaltliche und organisationale, und weniger ökonomische Faktoren, was als SAPV beim Patienten 'ankommt'. Ebenfalls kann angenommen werden, dass die den jeweiligen Vergütungssätzen zugrundeliegenden Kostenannahmen – sei es Fall- oder Tagespauschalensystem – der SAPV angemessen sind, selbst dann, wenn das Vergütungssystem andere Anreize für das Leistungsgeschehen zu geben scheint.

Abb. 54: Vergütung und tatsächlich durchgeführte SAPV\textsuperscript{130}

130 Cramer-V beträgt 0,109.
5. Anhang

5.1 Verwendete Literatur

http://www.gesis.org/allbus/studienprofile/2004/ (zuletzt eingesehen am 17.03.2014)


Bayrisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2010):
https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2012/87_2012.php (zuletzt eingesehen 17.03.2014)

Bayrisches Staatsministerium für Wirtschaft und Medien, Energie und Technologie:
http://www.stmwivt.bayern.de/fileadmin/user_upload/stmwivt/Themen/Landesentwicklung/Dokumente_und_Cover/Instrumente/s020.pdf (zuletzt eingesehen am 17.03.2014)

Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie: „Der ländliche Raum in Bayern“.
http://www.laendlicherraum.bayern.de/themen/der-laendliche-raum-in-bayern.html (zuletzt eingesehen am 17.03.2014)

http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_20Downloads/BAG_Indikationskriterien_GDK_DE.pdf (zuletzt eingesehen am 17.03.2014).

DESTATIS Statistisches Bundesamt:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/TabelleSterbefaelleInsgesamt.html; (zuletzt eingesehen am 17.03.2014).

DHPV (2012): Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Thema „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“.  
http://www.dhpv.de/service_forschung_detail/items/2012-08-20_Wissen-und-Einstellungen-zum-Sterben.html (zuletzt eingesehen am 17.03.2014).


E-Paper der Akademie für Raumforschung und Landesplanung ARL, Hannover.


5.2 Ergänzende Abbildungen und Tabellen

Zusätzlich zum Kerntext des Abschlussbericht sollen hier noch weitere Ergebnisse gezeigt werden, auf die aus Platzgründen nicht im Text eingegangen wird, die aber als weitere Forschungsergebnisse hier ergänzend aufgeführt werden.

Abb. 55: SAPV-Patienten – nur tumoröse Erkrankungen
Abb. 56: SAPV-Patienten – nur nicht-tumoröse Erkrankungen

Abb. 57: Verordnungen in der SAPV
Abb. 58: Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen

N = 3.872

Abb. 59: Erwartungen kongruent mit dem SAPV-Behandlungsziel?; undifferenziert
Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern

Ergebnisbericht

Abb. 60: Erwartungen kongruent mit SAPV-Behandlungsziel?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (vorhanden)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erwartung</th>
<th>Ja</th>
<th>Nein</th>
<th>Teilweise</th>
<th>Unbekannt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Symptomlinderung</td>
<td>70,3%</td>
<td>2,5%</td>
<td>9,8%</td>
<td>17,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Krankenhaus</td>
<td>71,9%</td>
<td>6,8%</td>
<td>5,3%</td>
<td>16,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine lebensverl. Maßn.</td>
<td>70,8%</td>
<td>7,0%</td>
<td>12,9%</td>
<td>19,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstbestimmung</td>
<td>73,1%</td>
<td>2,2%</td>
<td>13,9%</td>
<td>11,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>in Ruhe gelassen werden</td>
<td>74,4%</td>
<td>13,2%</td>
<td>2,5%</td>
<td>10,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Palliative Reha</td>
<td>65,9%</td>
<td>13,7%</td>
<td>2,8%</td>
<td>17,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 61: Erwartungen kongruent mit SAPV-Behandlungsziel?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (jeweils für Erwartungen mit starker Ausprägung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erwartung</th>
<th>Ja</th>
<th>Nein</th>
<th>Teilweise</th>
<th>Unbekannt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Symptomlinderung</td>
<td>69,8%</td>
<td>2,2%</td>
<td>19,2%</td>
<td>17,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Krankenhaus</td>
<td>75,6%</td>
<td>4,2%</td>
<td>17,0%</td>
<td>3,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine lebensverl. Maßn.</td>
<td>70,3%</td>
<td>4,2%</td>
<td>22,9%</td>
<td>2,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstbestimmung</td>
<td>70,9%</td>
<td>2,4%</td>
<td>15,9%</td>
<td>10,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>in Ruhe gelassen werden</td>
<td>75,1%</td>
<td>3,5%</td>
<td>15,7%</td>
<td>7,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Palliative Reha</td>
<td>49,3%</td>
<td>13,9%</td>
<td>36,0%</td>
<td>0,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Cramer-V beträgt zwischen 0,175 und 0,395.
Abb. 62: Erwartungen unter SAPV realisierbar?; undifferenziert

Abb. 63: Erwartungen unter SAPV realisierbar?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (vorhanden)
Erwartungen unter SAPV realisierbar?; differenziert nach einzelnen Erwartungen (jeweils für Erwartungen mit starker Ausprägung)\textsuperscript{132}

Abb. 65: Weiteres Geschehen differenziert nach Wohnsituation (vorhanden)\textsuperscript{133}

\textsuperscript{132} Cramer-V beträgt zwischen 0,50 und 0,211.

\textsuperscript{133} Cramer-V beträgt zwischen 0,049 (akute Krisensituation) und 0,413 (Sicherung der häuslichen Umgebung).
Abb. 66: Weiteres Geschehen differenziert nach Wohnsituation (jeweils Geschehen mit starker Ausprägung)\textsuperscript{134}

Abb. 67: Wohnsituation der vier Patientengruppen\textsuperscript{135}

\textsuperscript{134} Cramer-V beträgt zwischen 0,076 (sozial-rechtliche Probleme) und 0,246 (Sicherung der häuslichen Umgebung).

\textsuperscript{135} Cramer-V beträgt 0,092.
Abb. 68: Grund der Beendigung von SAPV im Zusammenhang mit der Wohnsituation\textsuperscript{136}

Abb. 69: Behandlungsdauer abhängig von der Wohnsituation\textsuperscript{137}

\textsuperscript{136} Cramer-V beträgt zwischen 0,010 und 0,143.

\textsuperscript{137} Pearson-R beträgt -0,132.
Struktur- und Prozeßeffekte der SAPV in Bayern

Ergebnisbericht

Abb. 70: Sterbeort nach Wunsch

N = 5.029

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>ja</th>
<th>nein</th>
<th>unbekannt/unbestimmt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sterbeort</td>
<td>83,8%</td>
<td>5,1%</td>
<td>11,2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abb. 71: Sterbeort nach Wunsch abhängig von Sterbeort\(^{138}\)

---

\(^{138}\) Cramer-V beträgt 0,406.
### Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern

**Ergebnisbericht**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schmerzen</th>
<th>respir./kardial</th>
<th>gastrointest.</th>
<th>neurolog./psych.</th>
<th>urogenital</th>
<th>Wunden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>leicht</td>
<td>mittel</td>
<td>stark</td>
<td>leicht</td>
<td>mittel</td>
<td>stark</td>
</tr>
<tr>
<td>Cluster 1</td>
<td>(mittel/viel)</td>
<td>(N = 1009)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15%</td>
<td>39%</td>
<td>40%</td>
<td>17%</td>
<td>27%</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>(153)</td>
<td>(389)</td>
<td>(401)</td>
<td>(176)</td>
<td>(272)</td>
<td>(276)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cluster 2</td>
<td>(viel/viel)</td>
<td>(N = 781)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10%</td>
<td>49%</td>
<td>41%</td>
<td>21%</td>
<td>46%</td>
<td>31%</td>
</tr>
<tr>
<td>(76)</td>
<td>(380)</td>
<td>(321)</td>
<td>(167)</td>
<td>(357)</td>
<td>(239)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cluster 3</td>
<td>(mittel/mittel)</td>
<td>(N = 1248)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21%</td>
<td>37%</td>
<td>36%</td>
<td>17%</td>
<td>24%</td>
<td>29%</td>
</tr>
<tr>
<td>(263)</td>
<td>(462)</td>
<td>(445)</td>
<td>(212)</td>
<td>(298)</td>
<td>(360)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cluster 4</td>
<td>(wenig/mittel)</td>
<td>(N = 1073)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11%</td>
<td>21%</td>
<td>32%</td>
<td>3% (34)</td>
<td>7%</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>(115)</td>
<td>(228)</td>
<td>(338)</td>
<td>(74)</td>
<td>(202)</td>
<td>(32)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 3: Verteilung der Ausprägungen des vorhandenen komplexen Symptomgeschehens in den vier Patientengruppen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>leicht</td>
<td>mittel</td>
<td>stark</td>
<td>leicht</td>
<td>mittel</td>
<td>stark</td>
<td>leicht</td>
</tr>
<tr>
<td>Cluster 1</td>
<td>(mittel/viel)</td>
<td>(N = 1009)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19%</td>
<td>13%</td>
<td>8%</td>
<td>20%</td>
<td>31%</td>
<td>45%</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>(190)</td>
<td>(127)</td>
<td>(77)</td>
<td>(197)</td>
<td>(315)</td>
<td>(451)</td>
<td>(79)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cluster 2</td>
<td>(viel/viel)</td>
<td>(N = 781)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15%</td>
<td>21%</td>
<td>23%</td>
<td>16%</td>
<td>39%</td>
<td>43%</td>
<td>9%</td>
</tr>
<tr>
<td>(117)</td>
<td>(166)</td>
<td>(182)</td>
<td>(121)</td>
<td>(301)</td>
<td>(334)</td>
<td>(66)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tab. 4: Verteilung der Ausprägungen des vorhandenen weiteren Geschehens in den vier Patientengruppen

| Cluster 3 (mittel/mittel) | 3% (31) | 4% (44) | 2% (19) | 11% (142) | 21% (256) | 26% (327) | 13% (165) | 21% (257) | 26% (327) | 11% (141) | 25% (313) | 45% (558) | 6% (69) | 3% (43) | 3% (35) | 8% (94) | 8% (98) | 4% (54) | 15% (181) | 24% (296) | 15% (187) |
|--------------------------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|------|------|------|-------|------|------|----------|--------|----------|-----------|
| Cluster 4 (wenig/mittel) | 4% (41) | 4% (40) | 5% (54) | 9% (95) | 16% (170) | 25% (263) | 10% (107) | 16% (171) | 21% (229) | 8% (87) | 23% (246) | 51% (550) | 5% (58) | 7% (73) | 3% (27) | 8% (81) | 9% (91) | 6% (65) | 10% (107) | 22% (239) | 20% (217) |

Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern

Ergebnisbericht
5.3 Weitere Informationsmaterialien

5.3.1 Bayerischer Einzelfall Evaluationsbogen

**SAPV- Einzelfallevaluation aus Sicht des Dienstes**
gemäß Anlage 5 - Mustervertrag Bayern

---

**II. Abschluß und Kennzahlen der spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)**

**Ethische Konflikte**
- 011213

**Palliativmedizin/Pflege**
- 011213

**Betreuung/Beratung bei sozialrechtlichen Problemen**
- 011213

**Koordination/Unterstützung des weiteren Betreuungsetzes**
- 011213

**Weitere komplexe Geschehen/sonstiger Bedarf**

**Schrörsymptomatik**
- 011213

**Neuro/psychiatr./psych. Symptomatik**
- 011213

**Ulz./exulz./Wunden oder Tumore**
- 011213

**Gastrointestinale Symptomatik**
- 011213

**Urogenitale Symptomatik**
- 011213

**Respir./kardiale Symptomatik**
- 011213

---

**Tatsächliche durchgeführte SAPV:***
- Beratung
- Koordination
- Teilversorgung
- Vollversorgung

**Beendigung der SAPV am:***

**Stabilisierung**
- Kein Bedarf für SAPV

**Storungen**
- Kein Bedarf für SAPV

**SAPV-Realisierung aus Sicht des Dienstes erfolgreich:**
- Ja
- Nein
- Teilweise
- Unbekannt

**Pflegeteile:**
- Keine
- 1
- 2
- 3
- Erstantrag/Höherstufung:
  - Ja
  - Nein
  - Teilweise
  - Unbekannt

---

**Weitere Angaben bei unter TV/VV - SAPV Verstorbenen:**

**im häuslichen Umfeld verstorben**

**auf Palliativstation verstorben**

**im Krankenhaus verstorben**

**Sterbeort n. Wunsch:**
- Ja
- Nein
- Unbekannt/unbestimmt

---

**Weitere Angaben**

**Tage mit 24h-Bereitschaft:**

**Intervallierung in Tagen:**

---

**SAPV-Einzelfallevaluation Bayern (Version 2/2021)**
### 5.3.2 Liste der an der Untersuchung beteiligten SAPV-Dienste

<table>
<thead>
<tr>
<th>Standort</th>
<th>Dienste</th>
<th>Einzelfallevaluationsbogen</th>
<th>Qualitative Interviews</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Aichach</td>
<td>Palliativteam Wittelsbacher Land Caritas Aichach Friedberg Dr. Monika Emmerling Sudetenstr. Tel. 08251-8964835</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Augsburg</td>
<td>AHPV (Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.) Hr. Dr. E. Eichner Stadthergstr. 21 86157 Augsburg Tel.: 0821-455 550-0 <a href="mailto:eckhard.eichner@klinikum-augsburg.de">eckhard.eichner@klinikum-augsburg.de</a> <a href="http://www.ahpv.de">www.ahpv.de</a></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Bamberg</td>
<td>SAPV-Team Sozialstiftung Bamberg Hr. Dr. Jörg Cuno Buherstr. 80 96049 Bamberg Tel.: 0951/ 503-11810 <a href="mailto:sapv@sozialstiftung-bamberg.de">sapv@sozialstiftung-bamberg.de</a> <a href="http://www.sozialstiftung-bamberg.de">www.sozialstiftung-bamberg.de</a></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Dachau</td>
<td>SAPV Dachau eG Felix-Wankel-Str.12 85221 Dachau Tel.:0176-9985-2402 <a href="mailto:mueller@palliativteam-dachau.de">mueller@palliativteam-dachau.de</a></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Erding</td>
<td>Palliavita GmbH, Fr. Dr. Reinfelder-Weninger Hospizverein Erlangen Rathenastr. 17 91052 Erlangen Tel.: 09131-94040-0 Fax: 09131-94040-19 <a href="mailto:Hospizverein.erlangen@t-online.de">Hospizverein.erlangen@t-online.de</a> <a href="http://www.palliavita.de">www.palliavita.de</a></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Fürth</td>
<td>Hr. Dr. Roland Martin Hanke Hospizverein Fürth e.V. Jakob-Henle-Straße 1 90766 Fürth Tel.: 0911 - 97 11 283 <a href="mailto:buero@pct-fuerth.de">buero@pct-fuerth.de</a> <a href="http://www.hospizverein-fuerth.de">http://www.hospizverein-fuerth.de</a></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Ingolstadt</td>
<td>SAPV Region 10 GmbH Dr. Michael Ried Beckerstr. 7 85049 Ingolstadt Tel. 0841-8857680 <a href="mailto:michael.ried@klinikum-ingolstadt.de">michael.ried@klinikum-ingolstadt.de</a></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 10. Landshut | Adiuvantes-SAPV GmbH  
Fr. Dr. Vehling-Kaiser  
Ländgasse 132-135  
84028 Landshut  
Tel.: 0151.2532 5319  
info@sapv-landshut.de  
http://www.sapv-landshut.de | 0 X |
| 11. München | CHV  
Hr. S. Raischl/ Hr. G. Sattelberger  
Christophorus Hospizverein  
Effnerstrasse 93  
81925 München  
Tel.: 089/13078730  
Fax: 089/13078733  
www.chv.org | X X |
| 12. München | Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin  
Dr. Berend Feddersen  
Marchioninistr. 15  
81377 München  
Tel.: 089/7095 4930  
infopall@med.uni-muenchen.de  
http://sapv-muenchen.de | X 0 |
| 13. München | Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung  
Fr. Katja Goudinoudis  
Innerer Stockweg 6  
82041 Oberhaching  
Tel.: 089/ 960 517 - 0, Fax: - 18  
Katja.Goudinoudis@caritasmuench.de  
www.caritas-taufkirchen.de | X X |
| 14. München West | Palliativ-Team München-West  
Dr. Monika Aiblinger  
Neideckstr. 6  
81249 München  
Tel.: 089/215511240  
info@ptm-west.de | 0 X |
| 15. Mühldorf | SAPV-Team der Anna Hospiz GmbH  
Klinik Mühldorf a.l.  
Hr. Josef Hell  
Krankenhausstr. 1a  
84453 Mühldorf a. Inn  
Tel.: 08631-1857-0  
sapv@annahospiz.de | X X |
| 16. Nürnberg Stadt | SAPV-Team-Nürnberg GmbH  
Dr. Gerda Hofmann-Wackersreuther  
Deutschherrnstr. 15-19  
90129 Nürnberg  
info@sapv-team.de | X X |
| 17. Nürnberger Land | Palliative Care Team Nürnberger Land  
Stefan Reiter  
Großviehbergstr. 26  
91217 Hersbruck  
Tel.: 09151-839029-0  
info@pct-nuernberger-land.de | X X |
| 18. Polling | Palliahome e.V.  
Dr. Ulla Henning/ Ulrike Schrott  
Kirchplatz 3  
82398 Polling  
Tel: 0881-5578  
Fax:0881.638623  
dr.henning@online.de | 0 X |
| 19. Regensburg | PALLIAMO  
Fr. Dr. Elisabeth Albrecht  
Cranachweg 16  
93051 Regensburg  
Tel.: 0941-5676232  
elisabeth@albrecht-regensburg.de  
www.palliamo.de |
|----------------|--------------------------------------------------|
| 20. Rosenheim  | Jakobus SAPV für Stadt und Landkreis Rosenheim  
Jörg Eberhardt (ltd.Palliativarzt)/Fr. Fleckenstein  
Stollstr. 9 /i. OG  
83022 Rosenheim  
Tel.: 08031-3579-901  
jakobus-sapv-rosenheim@email.de |
| 21. Straubing  | Pallidomo GmbH  
Dr.von Grafenstein-Witte  
Oskar-von Miller-Str. 6  
94315 Straubing  
Tel.: 09421-9628290  
Fax:09421-9628291  
Dagmar.Griesbeck@pallidomo.com |
| 22. Würzburg  | Dr. Rainer Schäfer  
Julius-Spital  
Juliuspromenade 19  
97070 Würzburg  
Tel.: 0931-393-0  
ambulanterpalliativedienst@juliusspatial.de  
www.juliusspatial.de |
### 5.3.3 Aufstellung der im Forschungsverlauf erhobenen Daten

84 qualitative Interviews, davon:

- 14 Angehörige- und Patienten
- 26 Palliative Care-Teams zu den Aspekten Stadt-Land, Falltypisierung und im Rahmen der Erstinterviews zu Qualitätsindikatoren
- 15 Haus-und Fachärzte
- 7 Leitungen von Hospizvereinen (ambulanter Hospizdienste)
- 5 Pflegedienste
- 3 Homecare-Leistungserbringer
- 5 Pflegeheime
- 1 Seelsorger, 1 Physiotherapeutin
- 3 außerbayerische SAPV-Anbieter (Tübingen, Saarland und Hessen)
- Stationäre Schnittstellen: 1 Konsiliardienst, 1 Stationsleitung einer Palliativstation, 2 Klinik-Sozialdienste, 1 Kliniker

Datenmaterial aus sonstigen Erhebungsmethoden:

- 2 Beobachtungsprotokolle, 2 Mitfahrten (Würzburg, Dachau)
- Begleitung der beiden Workshops zum Ländlichen Raum

**Quantitative Erhebung:**

- 22 Dienstvignetten
- 7.799 Einzelfallevaluationsbögen (davon aus der ersten SAPV-Studie: 3.536; 4.263 Evaluationsbögen aus den Jahren 2012/2013 im Förderzeitraum der zweiten SAPV-Studie)

Die folgende Übersicht listet alle Interviews im zeitlichen Forschungsablauf auf, die im Rahmen des Projektes geführt wurden:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dienst</th>
<th>Datum</th>
<th>Interview-Typ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>München</td>
<td>05.05.2012</td>
<td>Pflegeheim München</td>
</tr>
<tr>
<td>Straubing</td>
<td>24.05.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Dachau</td>
<td>22.06.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Kempten</td>
<td>25.06.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Polling</td>
<td>27.06.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Erlangen</td>
<td>13.07.2012</td>
<td>Hausarzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Regensburg</td>
<td>13.07.2012</td>
<td>Hausarzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Nürnberg Stadt</td>
<td>09.08.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Erding</td>
<td>30.08.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Landshut</td>
<td>24.09.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Erding</td>
<td>25.09.2012</td>
<td>Hospizverein</td>
</tr>
<tr>
<td>Erding</td>
<td>12.10.2012</td>
<td>Pflegeheim</td>
</tr>
<tr>
<td>München</td>
<td>12.10.2012</td>
<td>Pflegeheim</td>
</tr>
<tr>
<td>Dachau</td>
<td>22.10.2012</td>
<td>Klinik</td>
</tr>
<tr>
<td>Nürnberg</td>
<td>23.10.2012</td>
<td>Hospizverein</td>
</tr>
<tr>
<td>Rosenheim</td>
<td>25.10.2012</td>
<td>Hospizverein</td>
</tr>
<tr>
<td>Erding</td>
<td>02.11.2012</td>
<td>Angehörige, Pflegeheim</td>
</tr>
<tr>
<td>Erding</td>
<td>02.11.2012</td>
<td>Fallvignette</td>
</tr>
<tr>
<td>Dachau</td>
<td>06.11.2012</td>
<td>Angehörige</td>
</tr>
<tr>
<td>Ingolstadt</td>
<td>06.11.2012</td>
<td>Erstgespräch</td>
</tr>
<tr>
<td>Kempten</td>
<td>12.11.2012</td>
<td>Hausarzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Dachau</td>
<td>13.11.2012</td>
<td>Angehöriger</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Kempten 13.11.2012 Hausarzt
Augsburg 14.11.2012 Angehöriger
Augsburg 29.11.2012 Fallvignette
Bamberg 05.12.2012 Fallvignette
Erding 12.12.2012 Fallvignette II
Regensburg 10.01.2013 Pflegeheim
Regensburg 10.01.2013 Fallvignette
Augsburg 16.01.2013 Workshop
Augsburg 17.01.2013 Hospizverein
Fürth 18.01.2013 Fallvignette, ländlicher Raum
Dachau 19.01.2013 Konsiliardienst
Würzburg 06.02.2013 Hospitation
Augsburg 21.02.2013 Workshop
Erlangen 22.02.2013 Fallvignette
Dachau 25.02.2013 Fallvignette
Kempten 13.03.2013 Angehöriger
Kempten 13.03.2013 Hausarzt
Regensburg 13.03.2013 Angehörige
Regensburg 13.03.2013 Hausarzt
Regensburg 19.03.2013 Hospizverein
Regensburg 19.03.2013 Angehöriger
Regensburg 26.03.2013 Pflegeheim-; dienst
Aichach 28.03.2013 Erstgespräch
Augsburg 05.04.2013 Pflegedienst
Augsburg 09.04.2013 Hausarzt
Nürnberg Land 12.04.2013 Erstgespräch
Landshut 19.04.2013 Fallvignette
Mühldorf 30.04.2013 Fallvignette
München 07.05.2013 Fallvignette
München 10.05.2013 Hausarzt
Augsburg 10.05.2013 Hausarzt
Polling 13.05.2013 Pflegeheim
Polling 13.05.2013 Angehöriger
München West 17.05.2013 Erstgespräch
24.05.2013 Hausarzt
03.06.2013 Hausarzt
03.06.2013 Homecare
05.06.2013 Hausarzt
München 05.06.2013 Pflegedienst
Oberhaching 06.06.2013 Fallvignette, Teambefragung
11.06.2013 Homecare
Erlangen 11.06.2013 Hausarzt
München 11.06.2013 Bündnistreffen SAPV
Mühldorf 12.06.2013 Pflegedienst
München 12.06.2013 Homecare
Erlangen 22.06.2013 Hausarzt
Kempten 25.06.2013 Hospizverein
Erlangen 28.06.2013 Angehörige
Rosenheim 28.06.2013 Hospizverein
<table>
<thead>
<tr>
<th>Stelle</th>
<th>Datum</th>
<th>Funktion</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>München</td>
<td>01.07.2013</td>
<td>Onkologe</td>
</tr>
<tr>
<td>Landshut</td>
<td>02.07.2013</td>
<td>Hospizverein</td>
</tr>
<tr>
<td>Augsburg/SMÜ</td>
<td>03.07.2013</td>
<td>Klinik/Sozialdienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Oberhaching</td>
<td>06.07.2013</td>
<td>Fallvignette</td>
</tr>
<tr>
<td>Augsburg</td>
<td>08.07.2013</td>
<td>Palliativstation</td>
</tr>
<tr>
<td>Augsburg</td>
<td>08.07.2013</td>
<td>Sozialdienst</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>25.07.2013</td>
<td>Äußerbayerische Teams</td>
</tr>
<tr>
<td>Dachau</td>
<td>29.07.2013</td>
<td>Patient</td>
</tr>
<tr>
<td>Dachau</td>
<td>29.07.2013</td>
<td>Patient</td>
</tr>
<tr>
<td>München</td>
<td>14.08.2013</td>
<td>Teambefragung</td>
</tr>
<tr>
<td>Erding</td>
<td>30.08.2013</td>
<td>Patient</td>
</tr>
<tr>
<td>Regensburg</td>
<td>25.09.2013</td>
<td>Patient</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.3.4 Programme der Expertentreffen

Expertentreffen vom 20.07.2012

Programm

9.30 h
Anreise

10.00 h
Begleitforschung
Prof. Dr. Werner Schröder, Universität Augsburg
Grüßworter
Dr. Gerhard Hart
Bayernhöhe Sozialministerium für Umwelt und Landesentwicklung
Dr. Andreas Henz
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Umwelt
I. Einführung

10.15 h
Ausgewählte Ergebnisse der Studie „Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis“: Projektionskosten der Studie, Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern
Prof. Dr. Werner Schröder, Universität Augsburg
II. Große problembereichsweise AAPP-SAPV

10.45 h
Erhebungen aus der Perspektive unterschiedlicher betrieblicher Verantwortungsbereiche
Moderation und Eröffnung
Uta Thoma, Allgemeine Pflege, mittelbadischer Krankenhausverband
Dr. Jörg Schüßler, Allgemeine Krankenpflege, mittelbadischer Krankenhausverband

12.30 h
Gemeinsames Mittagessen

12.45 h
II. Vergleich der SAPV im ländlichen und städtischen Raum

13.30 h
Erfahrungen zu Strukturreformen der SAPV im städtischen Raum
Prof. Dr. Erich Schröder, Universität Augsburg
Francesca Kopetzki
SAPV im Sparsystem
SAPV in Bayern am Beispiel Nürnberg
Josef Haf, SAPV Nürnberg

15.15 h
Kaffeepause

15.45 h
Erweiterungsbestimmungen Version 2012
Dr. Dr. Martin Schröder, Kritische Kommission und Distriktionsmäßigkeit

16.15 h
Abschluss
Prof. Dr. Werner Schröder

Begleitforschung SAPV-Praxis:
Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern
Evaluation / Qualitätssicherung und Auswirkungen der SAPV auf die AAPP
(unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raumes)

Veranstaltungsort:
Karl-Heinrich-Haus, Köglerstraße 64, 90402 Nürnberg
Tel. 0911/3344640; Fax 0911/3346463
www.hog-nurnberg.de

Expertenmannschaft:

Freitag, den 20.07.2012
von 10.00 Uhr bis 16.30 Uhr
im Karl-Heinrich-Haus / Nürnberg

Beitragende

Dr. Dr. Erich Erdener, AHPV Augsburg
Rita Gallier, tgl. Palliativberatung Eding
Karin Grubmüller, tgl. Palliativberatung München
Olaf Kahler
Dr. Gabriele Hart, Bayer. Sozialministerium für Umwelt und Gesundheit
Josef Haf, SAPV Nürnberg
Paul Harris, St. Jakobus Hospiz Saarbrücken
Dr. Andreas Henz, BAYERische Krankenpflege-Verbandsleitung
Franziska Kopetzki, Dipl. Soz. Arbeit, Universität Augsburg
Dr. contractus, Universitätskrankenhaus Regensburg
Dr. Thomas Schröder, Tübinger Projekt „Klinische Betreuung Schwerverletzter"

Unterschrift:
Ursula Thoma MA, Universität Augsburg
Expertentreffen vom 11.10.2013

**Begleitforschung SAPV-Praxis:**
Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern
Evaluation / Qualitätsicherung und Auswirkungen der SAPV auf die AAPP
(unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raumes)

**Veranstaltungsort:**
Hotel am alten Park, Flüßerstr. 19
85130 Augsburg
Tel. 0821-85310 / Fax 0821-45051251
mail: willkommen@hotel-am-alten-park.de

**Wegbeschreibung:**

**Programm**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zeit</th>
<th>Aktivität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10:00 h</td>
<td>Begrüßung, Prof. Dr. Werner Schneider, Universität Augsburg</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Grüßworte, Dr. Thomas Opitz, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Prof. Dr. Andreas Koeberl, Universität Augsburg</td>
</tr>
<tr>
<td>10.30 h</td>
<td>Die SAPV-Begeisternde Konzeption, Ergebnisbeurteilung, Validierung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Prof. Dr. Werner Schneider, Dr. Eckhard Edler, Universität Augsburg</td>
</tr>
<tr>
<td>11:00 h</td>
<td>Sächsische SAPV—SAPV, SAPV aus Sicht der regionalen Verwaltungsstrukturen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Urula Thomas, Franka Kogelmark, Universität Augsburg</td>
</tr>
<tr>
<td>11:30 h</td>
<td>Diskussion mit den Teilnehmerinnen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Ergebnisse aus dem Einzelbeobachtungsbericht**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zeit</th>
<th>Aktivität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12.15 h</td>
<td>Mittagessen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>II. Ergebnisse aus dem Einzelbeobachtungsbericht</td>
</tr>
<tr>
<td>13.30 h</td>
<td>SAPV im Zahlen—Ergebnisse der Anwendung—SAPV im Zahlen—Ergebnisse der Anwendung—SAPV im Zahlen—Ergebnisse der Anwendung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sepplke Stefan, Univ. München, Universität Augsburg</td>
</tr>
<tr>
<td>14.00 h</td>
<td>Diskussion mit den Teilnehmerinnen</td>
</tr>
<tr>
<td>14.30 h</td>
<td>Kaffeeservice</td>
</tr>
<tr>
<td>15.00 h</td>
<td>III. Auswirkungen im ländlichen Raum, Ergebnisse der regionalen Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Prof. Dr. Werner Schneider, Universität Augsburg</td>
</tr>
<tr>
<td>15.30 h</td>
<td>Diskussion mit den Teilnehmerinnen</td>
</tr>
<tr>
<td>16.15 h</td>
<td>Abschluss, Prof. Dr. Werner Schneider</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Beiträge**

- Prof. Dr. Eckhard Edler, AAPP Augsburg
- Dr. Andreas Koeberl, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt Augsburg
- Franka Kogelmark, Universitätskrankenhaus Augsburg
- Prof. Dr. Werner Schneider, Universität Augsburg
- Urula Thomas, Universität Augsburg
- Stefanie Stadlbacher MA, Universität Augsburg
5.3.5 Beschreibung der Datenerfassungssoftware

Zum Zweck der quantitativen Datenerhebungen und zur Präsentation des Forschungsprojekts wurde die bereits aus der ersten bayerischen SAPV-Forschung vorhandene web-basierte Eingabesoftware zur Datenerfassung und Qualitätssicherung weiterentwickelt, die den Diensten eine selbständige Eingabe der Einzelfallevaluationsbögen ermöglichte. Im Folgenden wird kurz deren Funktionalität vorgestellt.

Website-Funktionalität

Um das Forschungsprojekt transparent nach außen zu präsentieren, wurde die bestehende Website unter der Forschungsadresse http://www.sapv-forschung.de/ auf Typo3, ein Content Management System für Webseiten, migriert, um die Benutzerfreundlichkeit zu verbessern und um den Fortgang der Forschung transparent darstellen zu können.

Abb. 72: Startseite des Forschungsprojekts

Durch die im Vergleich zu vorher vereinfachte Wartung konnten zusätzliche Informationen inkl. der Unterlagen der beiden Expertenpanels für die Teilnehmer zur Verfügung gestellt werden:
Damit war neben der Dateneingabe die Außenrepräsentation des Projekts besser realisiert als in der ersten SAPV-Forschung.

**Team- und Dateneingabefunktionalität**

Neben der Website-Funktionalität ist die kontrollierte Eingabe der Einzelfallevaluationen der wesentliche Grund für die Programmierung der Software. Hierbei wurden die bayerischen Bedingungen möglichst exakt in die Software übernommen. Für jedes Team, das an der bayerischen Forschung teilnahm, wurde ein eigener Team-Account angelegt. Jedes Team wurde so in die Lage versetzt, Daten zum eigenen Dienst wie auch die Einzelfallevaluationen einzugeben, die dienstbezogen gespeichert wurden.

Abb. 75: Übersicht der Einzelfallevaluationen eines Teams


Abb. 76: Dateneingabemaske Einzelfallevaluation 'Beginn der SAPV'
Wird eine bereits eingegebene Einzelfallevaluation zwischengespeichert oder abgeschlossen, erfolgt eine Prüfung der eingegebenen Daten auf Vollständigkeit. Das Ergebnis wird durch eine Meldung angezeigt inklusive der Mitteilung, welche Pflichtfelder nicht korrekt ausgefüllt sind. Damit wird dem eingebenden Teammitglied auf einfache Weise ein Hinweis auf unvollständige Daten gegeben und die Datenqualität insgesamt gesteigert.
Zudem wurden die entsprechenden Felddeskriptoren rot markiert, um ein Auffinden durch den Anwender zu erleichtern.

Sollten bei einem Pflichtfeld Daten fehlen, weil diese nicht erhoben wurden, konnte eine Evaluation trotzdem als abgeschlossen klassifiziert werden.
**Teambezogene Reports**

Um den Teams die Möglichkeit zu geben, neben der Beteiligung an der Forschung auch einen Nutzen aus der Eingabe zu ziehen, wurde den Teams die Möglichkeit gegeben, sich die eigenen Datensätze lokal zu speichern oder auf einfache Reports zuzugreifen. Zum einen ist dies der Jahresstatistikbogen, der sich aus den Teamangaben und Berechnungen der Einzelfallbewertungen zusammensetzt, zum anderen grafische Darstellungen typischer Kennzahlen, was von den SAPV-Diensten als Mehrwert angesehen wurde.

Abb. 81: Jahresstatistikbogen

Abb. 82: Grafische Aufbereitung der Altersverteilung der Patienten aus den eingegebenen Daten
Die gesamte Verwaltung der Software erfolgt ebenfalls webbasiert in einem eigenen Administrationsbereich.

Mit der webbasierten Software war es problemlos möglich, die notwendigen quantitativen Daten teambezogen einzugeben oder per Import (s.u.) einzulesen und dann nach Import in SPSS die entsprechenden Auswertungen zu erstellen. Die Software steht weiterhin den Teams unter der bekannten Adresse zur Verfügung.

**Schnittstellenentwicklung zu den bestehenden Softwareanbietern**

Komplett neu und in enger Abstimmung mit den beiden am weitesten verbreiteten Softwareanbietern für SAPV-Teams in Deutschland, der Firma Statconsult (Pallidoc®) und der Firma SMART-Q Softwaresysteme GmbH (ISPC®) konnten digitale Schnittstellen zwischen den Patientendateninformationssystemen und der Forschungssoftware realisiert werden.


![Abb. 83: Importfunktionalität zum Import beliebig vieler Einfallsvaluationen aus ISPC® bzw. Pallidoc® in die Forschungssoftware](image)

Auf Seiten der Forschungssoftware erfolgt beim Import eine Doublettenprüfung; zudem werden unvollständige Datensätze markiert und können im Anschluss durch die Teams noch komplettiert werden.
5.3.6 Projektdokumentation

Publikationen

[chronologisch geordnet]


Schneider, W. et al.: Palliative Versorgung und Betreuung zuhause: Empirische Befunde zur SAPV in Bayern [Arbeitstitel] [geplante Buchpublikation]

Vorträge

[chronologisch geordnet]


13.5.2012 Werner Schneider: „Mehr als ‚nur‘ Sterben... -- Zur gesellschaftlichen Relevanz von Hospizkultur und Palliativkompetenz“; 1. Internationale Sylter Palliativtage; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Westerland, Sylt, 12.-15. Mai 2012

14.5.2012 Werner Schneider: „SAPV-Praxis in Bayern: Ergebnisse aus der Begleitforschung“; 1. Internationale Sylter Palliativtage; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hosp-


16.6.2012 Werner Schneider: „Forschung am Lebensende aus sozialwissenschaftlicher Perspektive“; Workshop: „Forschung am Lebensende – Was tun, was lassen?“ (in Kooperation mit Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe, Dr. rer. med. Stephanie Stiel; 4. Bayerischer Hospiz- und Palliativtag, Ismaning, 16. Juni 2012


7.9.2013 Werner Schneider: „Vom guten und schlechten Sterben – Hospiz-/Palliativarbeit und die Neu-Institutionalisierung des Sterbens“; Kurs Palliativmedizin Modul 1, A.I.M. – Arbeitsgemeinschaft Interdisziplinäre Medizin; Ärztekammer Niedersachsen, Hannover, 7.-8. September 2013


11.10.2013 Werner Schneider, Eckhard Eichner: Die SAPV-Begleitstudie: Fragestellung, Konzeption und Ergebnisüberblick; Expertentreffen: Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern, Expertentreffen Augsburg


11.10.2013 Ursula Thoms, Stephanie Stadelbacher: SAPV in Zahlen: Ergebnisse der Auswertung des Bogens „Einzelfallevaluation‘ unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raumes; Expertentreffen Augsburg

11.10.2013 Franziska Kopitzsch: Palliativversorgung im ländlichen Raum: Ergebnisse aus den qualitativen Interviews; Expertentreffen Augsburg

25.10.2013 Werner Schneider: „Bürgerbewegte Ehrenamtlichkeit in der Hospizarbeit von morgen: Hospizbewegung und gesellschaftlicher Wandel“; Tagung „Hospizbewegung am Wendepunkt. Geschichte und Zukunft der Hospizbewegung in Deutschland‘; Evangelische Akademie Tutzing in Kooperation mit dem Institut Palliative Care und OrganisationsEthik an der Fakul-
Fachöffentliche Workshops
[chronologisch geordnet]
20.07.2012: Expertentreffen: Vorstellung der Projektkonzeption der Begleitstudie Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern; zur Grenzproblematik von AAPV und SAPV; Versorgung im ländlichen Raum am Beispiel anderer Bundesländer; Nürnberg, Caritas-Pirckheimer-Haus, Teilnehmerzahl: 46
16.01.2013 Begleitung des Workshops I: „Herausforderungen SAPV im ländlichen Raum“
23.01.2013 Teilnahme als Praxispartner des Forschungsprojektes „TP|sapv Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ am Projektbeiratstreffen in Frankfurt
20.02.2013 Begleitung des Workshops II
11.10.2013 Expertentreffen: Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern; Evaluation, Qualitätssicherung und Auswirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raumes; Augsburg, Hotel am alten Park, Teilnehmerzahl:70

Projektsteuerkreistreffen
[chronologisch geordnet]
22.05.2012 Projektsteuerkreistreffen mit Auftraggebern und Kooperationspartnern, Christophorus-Hospiz-Verein, München
29.10.2012 Projektsteuerkreistreffen mit Auftraggebern und Kooperationspartnern, Christophorus-Hospiz-Verein, München
04.02.2013 Projektsteuerkreistreffen mit Auftraggebern und Kooperationspartnern, Caritas-Pirckheimer-Haus, Nürnberg
06.05.2013 Projektsteuerkreistreffen mit Auftraggebern und Kooperationspartnern, Christophorus-Hospiz-Verein, München

Arbeitstreffen des Projektteams
[chronologisch geordnet]
23.10.2012 Teilnahme am Bündnistreffen (Bündnis SAPV Bayern) in Nürnberg
14.02.2013 Methodenworkshop: Projektvorsstellung im Kolloquium
18.02.2013 Methodenworkshop: Auswertungen mit MAXQDA
11.03.2013 Internes Arbeitstreffen des Projektteams
08.04.2013 Internes Arbeitstreffen des Projektteams
29.04.2013 Internes Arbeitstreffen des Projektteams und Kooperationspartnern
10.06.2013 Teilnahme am Bündnistreffen (Bündnis SAPV Bayern) in München
03.07.2013 Internes Arbeitstreffen des Projektteams
14.08.2013 Internes Arbeitstreffen des Projektteams
<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Veranstaltung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>19.08.2013</td>
<td>Internes Arbeitstreffen des Projektteams</td>
</tr>
<tr>
<td>05.09.2013</td>
<td>Internes Arbeitstreffen des Projektteams</td>
</tr>
<tr>
<td>16.09.2013</td>
<td>Internes Arbeitstreffen des Projektteams</td>
</tr>
<tr>
<td>30.09.2013</td>
<td>Internes Arbeitstreffen des Projektteams</td>
</tr>
<tr>
<td>10.10.2013</td>
<td>Internes Arbeitstreffen des Projektteams</td>
</tr>
</tbody>
</table>