

15. DGP-Kongress 25.-28.9.2024 in Aachen | Online-Presskonferenz: 26.09.24, 11:00 Uhr

Heiner Melching

Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Vor dem Hintergrund allgemeiner Ressourcenknappheit:

Zu den Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung sowie der Notfallversorgung

- Bei den kontroversen Diskussionen zur Neuregelung der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** durch die einheitliche Bundesrahmenvereinbarung wird neben der bekannten Heterogenität in der SAPV erneut erkennbar, dass in der SAPV auch Menschen versorgt werden, die bei einer besseren Verfügbarkeit von Strukturen der **allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)** nicht zwingend in der hochspezialisierten SAPV versorgt werden müssten. Es gilt dringend, **diese Versorgungslücke zu schließen**.
- Insbesondere bei der **allgemeinen ambulanten Palliativpflege**, die in Folge des Hospiz- und Palliativgesetzes von 2015 durch eine gesonderte Ziffer in der HKP-RL (Häusliche Krankenpflegerichtlinie) verbessert werden sollte, zeigt sich, dass dies nicht gelungen ist, was auf einen „Konstruktionsfehler“ bei der Regelung hindeutet.
- Ein großer Bedarf an Vernetzung zeigt sich auch in der **Notfallversorgung**. Die Notfallreform und die Empfehlungen zur Reformierung des Rettungsdienstes haben zwar das Problem von häufigen Palliativsituationen bei Notfalleinsätzen erkannt, dennoch **fehlt es an tragfähigen Konzepten**.
- Studien zufolge¹ finden 3-10 % aller Notarzt-Einsätze (ca. 6 Mio. p.a.) bei Menschen in Palliativsituationen statt. Häufig haben Notärztinnen und Notärzte keine Möglichkeit, eine nicht sinnvolle oder nicht gewünschte Krankenhauseinweisung zu vermeiden, weil schnell verfügbare Versorgungsalternativen fehlen.
- In einer „**Hot Topic**“-Sitzung wurde am 26.9. beim 15. DGP-Kongress hierzu eine Projektidee aus Hamburg vorgestellt, die von der DGP unterstützt wird. Hierbei sollen „**adhoc-Palliativteams**“ von Notärzt:innen oder KV-Ärzt:innen angefordert werden können, die innerhalb einer Stunde beim Patienten oder der Patientin (in der Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung²) sein können und **für max. 72 Stunden die Versorgung, Symptomlinderung oder Sterbebegleitung übernehmen oder ggfs. eine Weiterversorgung (z.B. durch SAPV)** organisieren können. Hierdurch könnten erhebliche Ressourcen bei Notärzt:innen, in Notaufnahmen und in Krankenhäusern eingespart werden.

Kontakt: Dr. Alexandra Scherg, Projektverantwortliche, <https://palliativquartier.de/>
alexandra.scherg@palliativmedizin.de

¹ Roessler M, Eulitz N: Notarzt und Palliativmedizin. Anästh Intensivmed 2018;59:430-438. DOI: 10.19224/ai2018.430

² Mehr als 95 Prozent der Menschen über 65 Jahren, die im Pflegeheim reanimiert werden, versterben innerhalb der ersten 30 Tage, ohne das Krankenhaus noch einmal zu verlassen.
Günther et al, Z Palliativmedizin 2023; 24: 190-196 | 2023 Thieme