



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement

**SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIV-
VERSORGUNG: AKTUELLE SITUATION UND
PROBLEMATIK DER UMSETZUNG IN
MECKLENBURG-VORPOMMERN**

**B a c h e l o r a r b e i t
z u r
Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Science (B.Sc.) in
Nursing and Administration**

Vorgelegt von: Ilka Hinrichs Juliane Schulze

Betreuer: Dr. Reza Fakhr Shafaei
Diplom-Pflegewirtin Daniela Oertel

Tag der Einreichung: 11.01.2012

URN: [urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0665-4](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0665-4)

*„Ihr wisst noch, wie Farfar gestorben ist?
Allein. In einem fremden Bett. Künstlich am Leben gehalten. Von Fremden
gewaschen. Überall Schläuche...“
Er schaut zur Decke und atmet durch. Dann schaut er wieder zwischen uns
hin und her.
„Ich will hier sterben. Zu Hause.“*

(Michel Birbæk, „Beziehungswaise“)

Abstract

2007 wurde, im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, der § 37 b SGB V eingeführt, wodurch sich die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland etablieren konnte. Die SAPV soll schwerstkranken Menschen ein menschenwürdiges Sterben im gewohnten Lebensumfeld ermöglichen und verhindern, dass diese Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen sterben, wie es heute noch oft der Fall ist.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Umsetzung der SAPV-Richtlinien und deren Umsetzungshindernissen in Mecklenburg Vorpommern. Der erste Teil beinhaltet die Begriffsbestimmungen, sowie den geschichtlichen Hintergrund der Palliative Care. An diesen Teil schließen die rechtlichen Grundlagen an. Dabei stehen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien zur SAPV im Vordergrund. Diese werden daraufhin kritisch beleuchtet. Auch der jährliche Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Umsetzung der SAPV-Richtlinien und dessen Ergebnisse werden kurz vorgestellt. Es folgt der aktuelle Umsetzungsstand in Mecklenburg Vorpommern zum Thema SAPV. Durch eine qualitative Methode wurden die Umsetzungshindernisse herausgearbeitet. Aus diesem Grund wird auch die Methodik des Experteninterviews erläutert. Abschließend werden die Interviews ausgewertet und interpretiert.

Abstract

By the introduction of § 37 b SGB V in 2007, within the scope of the law of the strengthening of the competition in the legal health insurance, the SAPV set up in Germany. A humane death in the usual life sphere should allow the SAPV to seriously ill people and prevent that these people die in hospitals or nursing facilities as it is even today often the case.

This work deals with the implementation of the SAPV and their implementation barriers in Mecklenburg Western Pomerania. The first part contains the definitions, as well as the historical background of the Palliative Care. The legal bases connect to this part. At that the directives of the SAPV are in the foreground and at the same time the critical discussion with him. Also the annual report of the common federal committee about the implementations of the SAPV and his results are briefly lighted up. Up next follows the current stand of the implementation in Mecklenburg Western Pomerania to the subject SAPV. The implementation barriers are worked out by a qualitative method. That's why the methodology of the expert's interview is also explained once again. Finally the interviews are evaluated and a result is strucked.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII	
Tabellenverzeichnis	VIII	
Abkürzungsverzeichnis	IX	
1	Einführende Gedanken	1
2	Hospizarbeit und Palliative Care	2
	2.1 Begriffsbestimmungen	3
	2.2 Die Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland	4
3	Grundlagen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	6
	3.1 Die SAPV-RL	11
	3.2 Kritische Auseinandersetzung mit der SAPV-RL	15
	3.3 Bericht über die Umsetzung der SAPV-RL	19
	3.3.1 Ergebnisse des Berichtes	20
	3.3.2 Fazit des Berichts	23
	3.4 Abgrenzung der SAPV von der AAPV	24
4	Der aktuelle Stand der Umsetzung in Mecklenburg-Vorpommern	28
5	Der Forschungsprozess	34
	5.1 Die Grounded Theory als methodologischer Rahmen	34
	5.2 Das Experteninterview als methodisches Mittel	39
	5.2.1 Die Rolle des Experten	40
	5.2.2 Prinzipien des Leitfadeninterviews	41
	5.2.3 Vorbereitung des Interviews	44
	5.2.4 Durchführung und Ablauf des Interviews	45
	5.3 Ablauf der Untersuchung	46
6	Ergebnisse und Interpretation	50
	6.1 Erste Phase: offenes Kodieren (open coding)	50
	6.2 Zweite Phase: axiales Kodieren (axial coding)	53

6.3	Dritte Phase: selektives Kodieren (selective coding)	54
6.4	Empfehlungen	57
7	Fazit	61
	Quellenverzeichnis	63
	Anhang 1: theoretische Vorannahmen	66
	Anhang 2: Interviewleitfaden	67
	Anhang 3: Transkription Interview 1	68
	Anhang 4: Transkription Interview 2	82
	Anhang 5: Gedächtnisprotokoll	95
	Eidesstattliche Erklärung	96

Wir danken unseren Interviewpartnern für das von Ihnen entgegengebrachte Vertrauen und Ihre Informationen. Ohne Sie wäre der Abschluss dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

Kapitel 1 (Einführende Gedanken) und Kapitel 2 (Hospizarbeit und Palliative Care) sowie Kapitel 6 (Ergebnisse und Interpretation) und Kapitel 7 (Fazit und Zusammenfassung) sind gemeinsame Arbeiten der Autorinnen. Ilka Hinrichs verfasste Kapitel 3 (Grundlagen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung); Juliane Schulze verfasste Kapitel 4 (Der aktuelle Stand der Umsetzung in Mecklenburg-Vorpommern) sowie Kapitel 5 (Der Forschungsprozess).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009/ 2010	21
Abbildung 2: Struktur der Versorgung SAPV/ AAPV	25
Abbildung 3: Sterbeorte von Krebspatienten in Deutschland	27
Abbildung 4: Übersichtskarte Mecklenburg-Vorpommern	29
Abbildung 5: Übersichtskarte Mecklenburg-Vorpommern, Region ohne SAPV	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verordnungszahlen SAPV 2009/ 2010

31

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
HKP	Häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PCT	Palliative-Care-Team
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Richtlinie des GBA zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.

1 Einführende Gedanken

2003 hat die Ministerkonferenz des Europarates empfohlen, die politischen und gesetzlichen Voraussetzungen für eine umfassende palliative Versorgung auf nationaler Ebene zu schaffen. Demnach muss die *Palliative Care* Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sein bzw. werden.¹

Gerade am Lebensende befürchten Patientinnen und Patienten, der, sich in schnellen Schritten weiterentwickelnden, Medizin „ausgeliefert“ zu sein - Heilung um jeden Preis. Die letzte Lebensphase wird mit Schmerzen, Angst und Hilflosigkeit gleichgesetzt.² Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin hat sich nach der Empfehlung des Europarates eingehend mit dem Thema beschäftigt: ihrer Ansicht nach muss das Thema *Sterben* „ (...) als natürlicher Teil des menschlichen Lebens wieder in die Gesellschaft zurückgeholt werden.“³ Dabei will die palliative Versorgung die Verbesserung, nicht die Verlängerung, der verbleibenden Zeit in den Vordergrund stellen. Medizin, Pflege, die psychische Betreuung sowie die Arbeit mit Angehörigen soll es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, zu Hause, in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben.

Inwieweit diese Ziele der ambulanten Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern bisher auf welcher Grundlage umgesetzt werden konnten, wird in der vorliegenden Arbeit ermittelt.

¹ Vgl. Davy, John und Ellis, Susan (2010): S.11.

² Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 15.

³ Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 5.

2 Hospizarbeit und Palliative Care

Die Hospizarbeit und die Palliative Care haben sich im Wesentlichen in den letzten vierzig Jahren (weiter-)entwickelt. In deren Mittelpunkt steht die britische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders (1918 - 2005). Ursprünglich waren Hospize (lat. *hospitium* für „Gastfreundschaft oder Herberge“) für zurückgekehrte Pilger eine erste Unterkunft. Im Mittelalter festigte sich dieser Brauch an Pilgerwegen vor allem in Europa und im östlichen Mittelmeerraum und sprach alle Menschen an, die unterwegs waren und Hilfe benötigten. Das erste Hospiz, welches sich ausschließlich der Pflege und Begleitung Sterbender widmete, wurde 1842 durch Jeanne Garnier in Lyon eröffnet. Unabhängig davon gründete Mary Aikenhead 1879 die *Irish Sisters of Charity* („Irische Schwestern der Barmherzigkeit“) und mit ihnen das erste Hospiz in Dublin, welches der ursprünglichen Hospiz-Idee gerecht wurde⁴; nämlich das Leben als „Reise mit dem Ziel ersehnter Glückseligkeit“⁵ zu begreifen. Parallel entwickelte sich eine ähnliche Bewegung in den USA, wo Rose Hawthorne 1899 aufgrund eigener Erfahrungen das erste Hospiz in New York errichtete. Das schließlich 1967 von Cicely Saunders erbaute St. Christopher's Hospice in London gilt als Beginn der „modernen“ Hospizbewegung. Grundstein und Novum von Saunders Arbeit war die Multiprofessionalität des Teams: neben Medizin und Pflege gehörten dazu die Sozialarbeit und die Seelsorge. Auch durch ihren eigenen berufsbiografischen Hintergrund macht Saunders deutlich, dass die Begleitung der Patientinnen und Patienten nicht nur durch eine Disziplin (beispielsweise die rein medizinische Versorgung von kranken Menschen) möglich ist. Besonders die umfassenden Probleme von Menschen mit unheilbaren Krebserkrankungen, insbesondere die Schmerzsymptomatik, lag Saunders am Herzen. Sie setzte sich dafür ein, den Tod als Teil des Lebens anzuerkennen und nicht als Misserfolg der durchgeführten Behandlung zu werten.⁶ Bereits 1969 wurde, angegliedert an das St. Christopher's Hospice, dann der erste ambulante Hospizdienst („Hausbetreuungsdienst“) gegründet. Diese Entwicklung setzte sich, aufgrund des privat zu finanzierenden Gesundheitssystems, besonders in

⁴ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 10.

⁵ Pleschberger, Sabine (2007): S. 25.

⁶ Vgl. Davy, John und Ellis, Susan (2010): S. 15.

den USA fort. Die Hospizbewegung entstand dort ab den 1970er Jahren vor allem auf dem ambulanten Sektor.⁷

Für die Entwicklung des deutschen Begriffs von Hospizarbeit zeigte sich vor allem die schweizerisch-amerikanische Ärztin Elisabeth Kübler-Ross verantwortlich. Zusammen mit Theologiestudenten interviewte sie sterbende Menschen und entwickelte daraufhin die fünf Phasen des Sterbens (1. Nicht-Wahrhaben-Wollen, 2. Zorn/ Auflehnung, 3. Verhandeln, 4. Depression, Verzweiflung, 5. Annahme). Diese werden auch heute noch gelehrt, obwohl sie dadurch in der Kritik stehen, der Individualität des jeweiligen Sterbeprozesses nicht gerecht zu werden.⁸ 1975 wurde schließlich die weltweit erste Palliativstation am Royal Victoria Hospital in Montreal/Kanada durch den Onkologen Balfour Mount eröffnet, wobei in diesem Zusammenhang erstmals das Wort „palliativ“⁹ Verwendung fand. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Anerkennung der Palliativmedizin als eigenständige Subdisziplin der Medizin im Jahre 1987 durch das Royal College of Physicians.¹⁰ Es leitet sich vom lateinischen Wort *pallium* ab und steht für einen „mantelartigen Überwurf“ aus der Zeit des antiken Rom. Weltweit hat sich inzwischen der Begriff „Palliative Care“ durchgesetzt, wobei *Care* für Pflege oder Fürsorge im weitesten Sinne steht.¹¹

2.1 Begriffsbestimmungen

Schließlich definiert die World Health Organization (WHO) 1990 den Begriff *Palliative Care* und schlägt vor, diesen international einheitlich zu verwenden, da der Begriff *Hospice Care* zu eng mit der Vorstellung von Hospizen als „Häusern“ verknüpft sei. Heute ist der Begriff *Palliative Care* fester Bestand-

⁷ Vgl. Pleschberger, Sabine (2007): S. 25.

⁸ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 10: Das Modell darf keinesfalls dahingehend missverstanden werden, dass es Ziel der Hospizbewegung sein sollte, beim Patienten die Phase der Annahme zu erreichen. Für die Begleitung des Sterbenden ist seine Kenntnis nur hilfreich, um etwaigen Reaktionen des zu Betreuenden verständnisvoll begegnen zu können.

⁹ *Palliativ* bedeutet, die Beschwerden einer Krankheit zu lindern, aber nicht, deren Ursachen zu bekämpfen.

¹⁰ Vgl. Pleschberger, Sabine (2007): S. 26 f.

¹¹ Vgl. Steffen-Bürgi, Barbara (2007): S. 30.

teil nationaler Gesundheitssysteme in über 50 Ländern.¹² 2002 passt die WHO den Begriff der weltweiten Entwicklung an: „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch vorbeugen und lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“¹³ Folgende Aspekte ergänzen die erste Definition von 1990:

- Ein Team unterstützt den Patienten und seine Familie.
- Die Lebensqualität wird unterstützt und der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst.
- Die palliative Behandlung wird bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung eingesetzt.¹⁴

Diese Definition bezieht sich nun explizit auf alle Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, während die Definition von 1990 sich vorrangig an Tumorpatienten wendete. Zudem soll die *Palliative Care* kurative Maßnahmen nicht ersetzen, sondern in einem integrativen Ansatz ergänzen.¹⁵

2.2 Die Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland

In Deutschland entwickelt sich jedoch nur langsam eine Hospiz- und Palliativlandschaft. Bis heute wird auch noch, entgegen den Empfehlungen der WHO, eine Unterscheidung zwischen Hospizen und Palliativstationen vorgenommen. Zudem erfolgt in deutschen Hospizen die ärztliche Betreuung in der Regel durch den Hausarzt, obwohl angelsächsischen Empfehlungen zu entnehmen ist, dass der behandelnde Arzt das Haus leiten sollte. In Deutschland hingegen übernimmt dies oft ein Geistlicher.¹⁶

¹² Vgl. Pleschberger, Sabine (2007): S. 30 ff.

¹³ WHO (2002)

¹⁴ Vgl. WHO (2002)

¹⁵ Vgl. Steffen-Bürgi, Barbara (2007): S. 33 f.

¹⁶ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 15.

Erst 1983 wird die erste deutsche Station für palliative Therapie an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln eröffnet; 1986 nimmt das erste Hospiz in Aachen seine Arbeit auf. 1993 existieren in Deutschland 11 stationäre Hospize und 21 Palliativstationen mit insgesamt 297 Betten; zehn Jahre später, im Herbst 2003, verteilen sich insgesamt 1774 Betten auf 113 stationäre Hospize und 93 Palliativstationen.¹⁷

Auf die Empfehlung der Ministerkonferenz des Europarates von 2003, die politischen und gesetzlichen Voraussetzungen für eine umfassende palliative Versorgung auf nationaler Ebene zu schaffen, folgte schließlich der Bericht der *Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin* mit dem Titel „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.2005. Die Kommission erweitert den Würdebegriff auf die Erfüllung der eigenen Bedürfnisse und Wünsche des Sterbenden, die den Mittelpunkt der Betreuung bilden. Zur praktischen Umsetzung wird empfohlen, die Möglichkeiten der ambulanten Pflege am Lebensende bedarfsgerecht zu verbessern sowie Palliative-Care-Teams an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung einzurichten, da eine Krankenhausentlassung Sterbender nach Hause häufig durch eine unzureichende Weiterversorgung verhindert werde.¹⁸ Daraufhin erließ die Bundesregierung den § 37 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), um dieser Forderung gerecht zu werden.

¹⁷ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 15.

¹⁸ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 70 ff.

3 Grundlagen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

§ 37 b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) ¹Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. ²Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. ³Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. ⁴Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. ⁵Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. ⁶Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) ¹Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. ²Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.¹⁹

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 wurde zum 01.04.2007 durch Einführung des § 37 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

¹⁹ Gesetzestext § 37 b SGB V

(SAPV) als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. In der Begründung, die gesetzliche Krankenversicherung dahingehend zu erweitern, heißt es: „Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ein Großteil der Patienten im Krankenhaus verstirbt. Anzustreben ist deshalb eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung.“²⁰ Die Einführung dieser neuen Leistungsart sollte es demnach Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf ermöglichen, bis zum Tod in der vertrauten, häuslichen Umgebung versorgt zu werden; die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Betreuung und Versorgung auch ambulant möglich ist. Dies liegt im Ermessen des Palliativmediziners sowie den Palliative-Care-Fachkräften der entsprechenden Einrichtung in Rücksprache mit dem betroffenen Patientinnen und Patienten.²¹ „Durch den Erlass des § 37 b SGB V ist der Gesetzgeber also mit der Fertigung jenes Mantels (pallium), der den sterbenden Menschen schützen soll, ein gutes Stück vorangekommen.“²² Die SAPV besteht ausdrücklich aus medizinischen und pflegerischen Anteilen, die bei Bedarf rund um die Uhr erbracht werden und umfasst vor allem die Befreiung oder die Linderung von Symptomen sowie die Koordinierung der einzelnen Leistungen untereinander.²³

Nach Absatz 1 der einschlägigen Norm haben Versicherte dann Anspruch auf Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung bei besonders aufwändiger Versorgung leiden. Die Verordnung dieser Leistung zielt ausdrücklich darauf ab, die Betreuung des Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung zu er-

²⁰ Bundestag Drucksache 16/3100: S. 105.

²¹ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 2

²² Dr. Steinberg, Bastian und Dr. Holtappels, Peter (2009): S. 1.

²³ Vgl. Bundestag Drucksache 16/3100: S 105.

möglichen.²⁴ Der erste Absatz benennt somit die allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen und beschreibt die Leistungsart *SAPV*.

Absatz 2 dehnt den Leistungsanspruch für Versicherte aus, die in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 SGB XI leben; dies sind beispielsweise Alten- oder Pflegeheime. In derartigen Fällen erhalten entweder die ambulanten Palliativ-Teams Zugang zu den stationären Pflegeeinrichtungen oder die Leistungserbringung erfolgt durch das eigene Personal der jeweiligen Pflegeeinrichtung: „Die Leistungserbringung durch Personal der Pflegeeinrichtung setzt voraus, dass dieses aufgrund seiner Qualifikation in der Lage ist, spezialisierte Palliativversorgung zu erbringen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die stationäre Pflegeeinrichtung entweder einen auf Palliativmedizin spezialisierten Arzt beschäftigt oder mit einem derartigen Arzt zumindest einen Kooperationsvertrag schließt.“²⁵ Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen für die Leistungserbringung dieselben Voraussetzungen erfüllen wie die ambulanten Palliativteams (§ 132 d SGB V).

Absatz 3 schließlich ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), in Richtlinien „(...) das Nähere über die Leistungen, insbesondere (...)“ die Anspruchsvoraussetzungen an Krankheitsbilder und besonderen Versorgungsbedarf, den Inhalt und Umfang der *SAPV* einschließlich der Kooperation zwischen allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (*AAPV*), Hospizen und ambulanten Hospizdiensten sowie die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege zu regeln.²⁶

Der neu eingeführte § 37 b SGB V ändert grundsätzlich nichts an der bereits in Deutschland existierenden Palliativversorgung, sondern soll diese ausdrücklich ergänzen und sich in das bestehende System eingliedern. Sofern die Voraussetzungen des § 37 b SGB V nicht erfüllt sind, hat der Versicherte daher möglicherweise Anspruch auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung (*AAPV*) nach § 39 a SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen) zur Linderung seiner Krankheitsbeschwerden. Lediglich nach § 37 b

²⁴ Vgl. § 37 b Absatz 1 SGB V

²⁵ Bundestag Drucksache 16/3100: S.105.

²⁶ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 2

Absatz 2 SGB V kann es zur Konkurrenz zwischen den beiden Leistungsarten kommen: werden Versicherte stationär in Hospizen versorgt, haben sie in der Regel Anspruch auf einen Zuschuss nach § 39 a Absatz 1 SGB V; wenn das Hospiz parallel auch als Pflegeeinrichtung zugelassen ist, kann der Versicherte aber auch Zuschüsse nach § 37 b Absatz 2 SGB V beantragen.²⁷ Gesetz dem Fall, die im Hospiz üblicherweise vertragsärztlich erbrachte Versorgung nach § 39 a SGB V ist nicht ausreichend, werden ergänzend dazu die ärztlichen Leistungen nach § 37 b SGB V erbracht, da es sich bei den Leistungen der SAPV um Komplexleistungen aus medizinischen und pflegerischen Anteilen handelt. Üblicherweise sind die Pflegekräfte in Hospizeinrichtungen jedoch Palliative-Care-Fachkräfte, sodass die pflegerischen Anteile in der Regel nach § 39 a SGB V vergütet werden.²⁸

Die Leistungen nach § 37 b SGB V werden aufgrund ihres speziellen Wesens ausschließlich als Sachleistung erbracht; zudem ist die Antragstellung (beispielsweise die Verordnung durch einen Facharzt) nach dem Grundsatz des § 19 SGB IV (Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen) erforderlich. Daneben gehört die SAPV nicht zu den vertragsärztlichen Versorgungsleistungen nach § 73 SGB V (Kassenärztliche Versorgung). Der Gesetzgeber argumentiert dies dahingehend, da die SAPV hinsichtlich des Umfangs und ihrer Struktur weit über die „normale“ vertragsärztliche Versorgung hinausgeht.²⁹

Der Anspruch auf Leistungen der SAPV setzt voraus, dass der Versicherte an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung leidet und zugleich eine besonders aufwändige Versorgung benötigt. Eine Erkrankung ist

- *nicht heilbar*, „(...) wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse kurative Maßnahmen zur Beseitigung dieser Erkrankung nicht indiziert sind.“³⁰ Eine Beschränkung auf bestimmte Er-

²⁷ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 4

²⁸ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 8 a

²⁹ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 5

³⁰ Vgl. Spickhoff Medizinrecht § 37 b SGB V, Randnummer 2 a

krankungen (zum Beispiel Krebserkrankungen) hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen.³¹

- *fortschreitend*, „(...) wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.“³²
- *weit fortgeschritten*, „(...) wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung des Arztes die Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.“³³

Die *besonders aufwändige Versorgung* wird schließlich vorausgesetzt, wenn das vorhandene, komplexe Symptomgeschehen spezifische palliativmedizinische und/ oder -pflegerische Kenntnisse erfordert, beispielsweise die besondere Schwere oder Häufung unterschiedlichster Symptome.³⁴ Die besonders aufwändige Versorgung stellt zudem das entscheidende Abgrenzungskriterium zur allgemeinen Palliativversorgung dar.³⁵ *Die vertraute Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs* muss darüber hinaus nicht zwangsläufig das Zuhause des Versicherten sein. Die als „Häuslichkeit empfundene Umgebung“, entsprechend dem § 37 SGB V (Häusliche Krankenpflege), des Versicherten ist entscheidend für die Auslegung dieser Voraussetzung. Die Aufzählung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe sind daher als nicht abschließend zu verstehen.³⁶ Durch den in Absatz 1 Satz 5 eingefügten Grundsatz wird eine eventuelle Kostenverlagerung vermieden.³⁷ Schließlich kann die SAPV nur durch einen Krankenhaus- oder einen Vertragsarzt verordnet werden (Vgl. Absatz 1 Satz 2); dies wird dem Umstand gerecht, dass die SAPV keine Vertragsleistung im Sinne des § 73 SGB V ist. Die Möglichkeit der Verordnung durch einen Krankenhausarzt kommt letztlich den Patientinnen und Patienten

³¹ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 6

³² Vgl. Spickhoff Medizinrecht § 37 b SGB V, Randnummer 2 a

³³ Vgl. Spickhoff Medizinrecht § 37 b SGB V, Randnummer 2 a

³⁴ Vgl. Kasseler Kommentar iVm Spickhoff Medizinrecht § 37 b SGB V, Randnummer 7 bzw. 4 a

³⁵ Vgl. Spickhoff Medizinrecht § 37 b SGB V, Randnummer 3 b

³⁶ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 8

³⁷ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 8 b

zu Gute, die SAPV ohne zeitliche Verzögerung nach der Krankenhausentlassung zu erhalten.³⁸

Die Leistungen der SAPV sind als Komplexleistungen aus primär medizinischen und pflegerischen Leistungsanteilen zusammengestellt. Diese umfassen insbesondere die Schmerztherapie sowie die Symptomkontrolle (beispielsweise Luftnot, Übelkeit, Verstopfung, Verwirrtheit). Die weiteren, therapiebegleitenden Maßnahmen, zum Beispiel die Unterstützung von Angehörigen oder die psychologische Sterbebegleitung, werden weiterhin von den ambulanten Hospizdiensten übernommen.³⁹ Die SAPV als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung soll sich in das bereits bestehende System der Palliativ- und Hospizversorgung eingliedern. Dazu können alle bereits vorhandenen Leistungserbringer (beispielsweise Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI) entsprechende Verträge mit den Kassen abschließen und Leistungen zur SAPV erbringen, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen.⁴⁰

3.1 Die SAPV-RL

Der GBA erließ die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) nach §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 iVm § 37 b SGB V am 20. Dezember 2007, obwohl er nach § 37 b Absatz 3 SGB V verpflichtet wurde, die Richtlinie bis zum 30.09.2007 zu erlassen.⁴¹ Inhalt der SAPV-RL sollte die Konkretisierung des Leistungsumfangs der SAPV sein.

In § 1 SAPV-RL werden die Grundlagen und Ziele der Leistungserbringung geregelt. In Ergänzung zum allgemein formulierten § 37 b Absatz 1 SGB V wird noch einmal definiert, dass die SAPV dem Ziel dient, die Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern

³⁸ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 9

³⁹ Vgl. Kasseler Kommentar § 37 b SGB V, Randnummer 10

⁴⁰ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100: S. 144.

⁴¹ Vgl. SAPV-RL iVm § 37 b Absatz 3 SGB V

und zu verbessern, sowie ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund stehe zudem kein kurativer Ansatz, sondern die symptomgerechte Linderung. Die SAPV ist individuell an den Bedürfnissen und Wünschen der schwerkranken Patientinnen und Patienten zu orientieren; sie kann daher als alleinige Beratungsleistung, als unterstützende Teilversorgung oder vollständige Betreuung erbracht werden.⁴² Zu den in § 2 SAPV-RL geregelten Anspruchsvoraussetzungen gehört die begrenzte Lebenserwartung aufgrund einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung, sowie der Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung, die jedoch ambulant erbracht werden kann.⁴³ Es sollen vor allem nicht notwendige Krankenhauseinweisungen vermieden bzw. eine vorzeitige Krankenhauserlassung ermöglicht werden.⁴⁴ In § 3 SAPV-RL werden schließlich die Erfordernisse an die Erkrankung *nicht heilbar, fortschreitend* sowie *weit fortgeschritten* definiert. Der GBA hat sich gegen einen SAPV-begründenden Katalog von Erkrankungen entschieden, da dies nicht zur „(...) Klarheit der Richtlinie(...)“ beitrage.⁴⁵ Weiterhin wird auf eine genaue Zeitangabe bezüglich der zu verbleibenden Lebenszeit verzichtet, um die SAPV im Einzelfall auch bei längeren Prognosen zu ermöglichen.⁴⁶ § 4 SAPV-RL schließlich definiert den Tatbestand der besonders aufwändigen Versorgung. Dieser Versorgungsbedarf besteht, wenn anderweitige ambulante Versorgungsformen, wie zum Beispiel der ambulante Hospizdienst, nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würde, die Ziele nach § 1 SAPV-RL zu erreichen. Indiz dafür ist das „Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße, abgestimmtes Konzept voraussetzt.“⁴⁷ Zudem definiert der GBA in dieser Norm das komplexe Symptomgeschehen mit „ausgeprägter Symptomatik, bezogen auf Schmerz, neurologi-

⁴² Vgl. § 1 Absatz 1 SAPV-RL

⁴³ Vgl. § 2 SAPV-RL

⁴⁴ Vgl. GBA (20.12.2007): S. 4.

⁴⁵ Vgl. GBA (20.12.2007): S. 4.

⁴⁶ Vgl. GBA (20.12.2007): S. 4.

⁴⁷ § 4 Satz 2 SAPV-RL

sche/ psychiatrische/ psychische, kardiale usw.“.⁴⁸ Inwieweit diese theoretischen Begriffe dem Arzt dabei helfen, die Verordnung der SAPV von der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) zu differenzieren, ist allerdings auch in der Literatur bezweifelt worden: „Begriffe, gleichgültig ob sie in der medizinischen Wissenschaft oder als Bestandteile juristischer Normen verwendet werden, prägt man nicht, indem man theoretische Befunde als Beispiele für Anhaltspunkte zur Ermittlung des Gewollten vorträgt.“⁴⁹ „Die Fokussierung auf Krebspatienten entspricht zwar weder dem eigentlichen Ansatz von Palliative Care noch den Anforderungen an eine bedarfsgerechte palliative Versorgung älterer Menschen, dürfte aber wesentlich dem klinisch vergleichsweise besser einschätzenden Verlauf bei vielen onkologischen Erkrankungen sowie einer noch weit verbreiteten Ignoranz für den palliativen Versorgungsbedarf nichtonkologisch Kranker geschuldet sein.“⁵⁰

§ 5 SAPV-RL schließlich regelt den Inhalt und Umfang der SAPV. Demnach kann diese als Beratung, als Koordination der Pflege und Behandlung, als additiv unterstützende Teilversorgung sowie als vollständige Versorgung durch Leistungserbringer nach § 132 d SGB V erbracht werden. Die Leistungen umfassen nach § 4 Absatz 3 SAPV-RL insbesondere die interdisziplinäre Koordination aller zu erbringenden medizinischen und pflegerischen Verrichtungen, apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (zum Beispiel PCA-Pumpe → **patientenkontrollierte Analgesie**), spezialisierte palliativpflegerische Leistungen (beispielsweise Interventionen bei den speziellen Symptomen Fatigue, Xerostomie oder Übelkeit und Erbrechen⁵¹) oder Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft 24 Stunden täglich.⁵² Die Erforderlichkeit der Leistung im Einzelfall ist unentbehrliche Voraussetzung, um

⁴⁸ Vgl. § 4 Satz 3 SAPV-RL

⁴⁹ Dr. Steinberg, Bastian und Dr. Holtappels, Peter (2009): S. 2.

⁵⁰ Dr. Schneider, N. (2011): S. 171.

⁵¹ Fatigue: subjektives Gefühl unüblicher Müdigkeit, das sich auswirkt auf den Körper, die Gefühle und die mentalen Funktionen, das mehrere Wochen andauert und sich durch Ruhe und Schlaf nur unvollständig oder gar nicht beheben lässt

Xerostomie: Mundtrockenheit, tumorbedingt oder als typische Nebenwirkung verschiedener Medikamente in der palliativen Behandlung; in der Terminalphase leiden nahezu alle Patientinnen und Patienten unter Mundtrockenheit

Übelkeit (Nausea) und Erbrechen (Emesis): häufige Symptome bei Patientinnen und Patienten mit terminalen Erkrankungen

Quelle: Lehrbuch Palliative Care

⁵² Vgl. § 5 SAPV-RL

die Ziele der SAPV zu erreichen. Kurative oder diagnostische Ansätze bleiben demnach der Primärbehandlung vorbehalten.⁵³ Die §§ 6, 7 und 8 der SAPV-RL beschäftigen sich mit der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, der Verordnung durch einen niedergelassenen bzw. einen Stationsarzt sowie der Prüfung des Anspruchs durch die jeweils zuständige Krankenkasse.

Vor dem Beschluss der Erstfassung der SAPV-RL wurden den verschiedenen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132 a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) genannten Organisationen (die Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene wie beispielsweise der Deutsche Caritasverband e.V. oder das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland) die Gelegenheit gegeben, innerhalb von vier Wochen Stellungnahme zu den Richtlinien zu beziehen. Der GBA erhielt die Auflage, die angemessenen Kritikpunkte in die Entscheidung einzubinden.⁵⁴

Nach § 132 d Absatz 2 SGB V wurde zudem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gesetzlich verpflichtet, mithilfe der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisation der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemeinsame Empfehlungen bezüglich der verschiedenen Anforderungen an die SAPV festzulegen. Die gemeinsamen Empfehlungen traten am 23. Juni 2008 in Kraft und beschäftigen sich mit

- den sachlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung (beispielsweise die räumliche Ausstattung, die Vorhaltung spezieller Arzneimittel oder die Qualifikation des medizinischen und pflegerischen Personals),
- den Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung (etwa die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement oder die Voraussetzung der Eignung des verwendeten Dokumentationssystems zur bundesweiten Datenevaluierung) sowie

⁵³ Vgl. GBA (20.12.2007): S. 5.

⁵⁴ Vgl. GBA (20.12.2007): S. 9 ff.

- den Maßstäben für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (zum Beispiel den Voraussetzungen für einen Vertrag zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer).⁵⁵

Die Empfehlungen nach § 132 d SGB V stellen die richtige Durchführung der SAPV auf der Grundlage der SAPV-RL sicher. Dazu schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Leistungserbringern, soweit dies für die Bedarfsdeckung erforderlich ist. Grundlage für die Vertragsgestaltung sind neben den SAPV-RL demnach die Empfehlungen nach § 132 d SGB V.⁵⁶ „Die Empfehlung regelt in allgemeiner Form einheitliche Anforderungen für die Krankenkassen an die Vertragsgestaltung und überlässt den Krankenkassen somit einen weiten vertraglichen Gestaltungsspielraum.“⁵⁷

3.2 Kritische Auseinandersetzung mit der SAPV-RL

Als uneingeschränkt positiv zu werten ist die Tatsache, dass mit der Schaffung des § 37 b SGB V der Forderung der Enquete Kommission und der Ministerkonferenz des Europarates Rechnung getragen wurde, die Versorgung sterbenskranker Menschen zu verbessern und ihrem Wunsch gerecht zu werden, zu Hause in Würde zu sterben. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) sowie der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) sind sich in ihren gemeinsamen Hinweisen zudem einig, dass die geforderte multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Berufsgruppen, im Idealfall ein Palliativnetzwerk, zur Qualität des Gesundheits- und Versorgungssystem beitrage.⁵⁸ Darüber hinaus werden bereits vorhandene Versorgungsstrukturen genutzt, die, im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten, individuell erweitert werden können. Aus Sicht der Pflege lässt sich anmerken, dass die SAPV als Komplexleistung umfassende pflegerische Kenntnisse in der Betreuung anspruchsvoller „Kunden“ voraussetzt; dies könnte ein Vorwärtsschritt in Richtung der Pro-

⁵⁵ Vgl. Gemeinsame Empfehlungen nach § 132 d Absatz 2 SGB V für die SAPV vom 23.06.2008.

⁵⁶ Vgl. Kasseler Kommentar § 132 d SGB V, Randnummer 2

⁵⁷ Kasseler Kommentar § 132 d SGB V, Randnummer 6

⁵⁸ Vgl. DHPV und DGP (2008): S. 8.

fessionalisierung der Pflege als eigenständige Disziplin in der Versorgung von Patienten sein.

Die SAPV-RL des GBA wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMG) mit der Auflage genehmigt, jährlich einen Bericht über die Leistungsentwicklung vorzulegen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen wird, wie sich die Entwicklung der SAPV auf andere Leistungsbereiche (beispielsweise die Häusliche Krankenpflege) auswirkt, ob Nachbesserungsbedarf bestehe und ob insgesamt Verbesserungen der Palliativversorgung erforderlich seien. Bislang hat das BMG zwei Berichte veröffentlicht; der erste Bericht befasst sich mit dem Zeitraum vom 01.04.2009 bis 31.12.2009; der zweite mit dem gesamten Kalenderjahr 2010.⁵⁹ Auf den Bericht wird an anderer Stelle in detaillierter Form eingegangen (Vgl. Punkt 3.3). Die Zielsetzung dieser Berichterstattung, das heißt die Qualität der Leistung zu verbessern und ggf. Anpassungen vornehmen zu können, muss der Bundesregierung positiv angerechnet werden.

Außerdem ist die Forderung nach einem geeigneten und einheitlichen Dokumentationssystem mit dem Zweck der bundeseinheitlichen Evaluierung in § 6.2 der gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes positiv anzumerken. Ziel ist der Vergleich von Verordnungsdiagnosen, Betreuungsdauer, Kosten etc. Vielfach hat sich das Dokumentationssystem HOPE (**H**ospiz- und **P**alliativ-**E**rfassung) durchgesetzt, das auch vom DHPV und vom DGP empfohlen wird; Zweck der einheitlichen Verwendung will zudem die Einrichtung eines nationalen Hospiz- und Palliativregisters zum nationalen Datenabgleich sein.

Als negativer Kritikpunkt findet sich in der Literatur oftmals die offene Formulierung der SGB V-Normen sowie der Richtlinien und Empfehlungen. Neben der Definition der SAPV-Leistungen im § 37 b SGB V haben sich auch, wie bereits erläutert, der GBA sowie der GKV-Spitzenverband mit der Problematik der Begriffsbildung beschäftigt. Ganz allgemein heißt es, Versicherte mit

⁵⁹ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 7.

einer *nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen* Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen, hätten Anspruch auf die SAPV.⁶⁰ Die Begrifflichkeiten *nicht heilbar, fortschreitend* und *weit fortgeschritten* werden in § 3 SAPV-RL hinreichend definiert. In der Regel handelt es sich dabei um Patientinnen und Patienten einer Palliativstation, die, auch in der Regel, an bösartigen Neubildungen, sprich Krebs, leiden. Als weitere Voraussetzung bedarf es der besonders aufwändigen Versorgung, die der GBA versucht hat, in § 4 SAPV-RL zu definieren. Wenn die AAPV, in der Regel die Versorgung durch den Hausarzt, an ihre Grenzen stößt, hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen nach § 37 b SGB V. Die Grenze zur Verordnung lautet „komplexes Symptomgeschehen mit ausgeprägter Symptomatik (beispielsweise Schmerz, Wunden oder kardiale Symptome)“. Bereits aus der Position der Pflege lesen sich diese Voraussetzungen recht diffus und missverständlich. Aus der Sicht der Medizin wurde die gewählte Formulierung folgendermaßen bewertet: „Offensichtlich ist also, dass es weder dem Gesetzgeber noch dem GBA gelungen ist, die Begriffe SAPV und besonders aufwändige Versorgung so eindeutig zu klären, dass der Arzt, der die SAPV verordnen soll, aus den ihm präsentierten Normen eindeutige Hinweise zur Rechtmäßigkeit seines Tuns entnehmen könnte.“⁶¹ Es ist also anzunehmen, dass der verordnende Arzt Schwierigkeiten hat, die Leistungen AAPV und SAPV hinreichend zu differenzieren. In diesem Zusammenhang ist sich der Gesetzgeber jedoch sicher, „... einen Definitionsrahmen erarbeitet zu haben, mit dem die Abgrenzungsfragen schlüssig beantwortet werden.“⁶²

Darüber hinaus ist sich nur knapp die Hälfte der Ärzteschaft (48 %) in einer repräsentativen Befragung sicher, dass die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase durch die SAPV verbessert wird.⁶³ Des Weiteren wird die SAPV vorrangig an Patientinnen und Patienten von Palliativstationen oder Hospizen verordnet; doch auch Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen könnten einen Bedarf haben, der möglicherweise nicht

⁶⁰ Vgl. § 37 b SGB V

⁶¹ Vgl. Dr. Steinberg, Bastian und Dr. Holtappels, Peter (2009): S. 2.

⁶² Vgl. Deutscher Bundestag (2008): S. 3.

⁶³ Vgl. Dr. Schneider, N. (2011): S. 168.

ausreichend gedeckt wird.⁶⁴ Weitere wichtige Voraussetzung ist die „vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der bereits vorhandenen Versorgungsebene (Anm.: Haus- und Facharzt, AAPV oder häusliche Krankenpflege)“; die SAPV ergänzt also lediglich existierende Strukturen und ersetzt diese nicht vollständig. Unabdingbar dafür ist die Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen allen beteiligten Leistungserbringern.⁶⁵ In einer Befragung unter niedergelassenen Ärzten zur SAPV war allerdings der Bekanntheitsgrad erschreckend niedrig: nur 68 % gaben an, den gesetzlichen Anspruch von Patientinnen und Patienten auf SAPV zu kennen. Damit ließe sich unter Umständen auch erklären, warum noch immer hauptsächlich onkologische Patientinnen und Patienten die SAPV verordnet bekommen.⁶⁶

„Das Feld der SAPV eignet sich nicht für den Wettbewerb! (...) um ein gleichmäßiges Qualitätsniveau mit ausreichender Transparenz umzusetzen (...)“ stellt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. in seinen gemeinsamen Hinweisen zur Umsetzung der SAPV dar.⁶⁷ Trotzdem kann auch der Wettbewerb einen grundsätzlichen Einfluss auf die Qualitätsentwicklung haben, der nicht völlig außer Acht gelassen werden darf.

Ein weiterer Kritikpunkt sind die hohen personellen Anforderungen, die an die SAPV-Leistungserbringer gestellt werden. Nach § 132 d Absatz 2 Nr. 1 SGB V hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband dazu aufgefordert, die sachlichen und personellen Anforderungen einheitlich festzulegen. Diese werden in § 5 der gemeinsamen Empfehlungen für medizinisches und pflegerisches Personal unterschieden: Ärztinnen und Ärzte müssen neben einer 160-Stunden Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zusätzlich über Erfahrungen in der Betreuung von mindestens 75 Palliativpatienten in den letzten drei Jahren verfügen. Pflegekräfte müssen die Berufsbezeichnung, eine 160-Stunden-Weiterbildung und eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit in der Betreuung von Palliativpatienten, davon eine mindestens sechsmona-

⁶⁴ Vgl. Dr. Steinberg, Bastian und Dr. Holtappels, Peter (2009): S. 3.

⁶⁵ Dr. Steinberg, Bastian und Dr. Holtappels, Peter (2009): S. 3.

⁶⁶ Vgl. Dr. Schneider, N. (2011): S. 168.

⁶⁷ Vgl. DHPV und DGP (2008): S. 6.

tige Mitarbeit in einer stationären Palliativ- oder Hospizeinrichtung, nachweisen. Die Bundestagsabgeordnete Birgitt Bender stellte eine sog. kleine Anfrage in ebendieser Sache an das BMG; sie merkt darin an, dass die festgelegten Qualifikationsstandards zu hoch seien und es zumindest einer Übergangsnorm bedürfe, um den Bedarf an SAPV sicherstellen zu können.⁶⁸ Die damalige parlamentarische Staatssekretärin des BMG, Marion Caspers-Merk, verneint die Anfrage mit der Begründung, „Um eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, bedarf es hoher Qualitätsansprüche an die Leistungserbringer der SAPV. Dem entsprechen die in den Empfehlungen festgelegten personellen Anforderungen (...)“ und „(...) die Vertragspartner könnten vor Ort entscheiden, ob aus Sicherstellungsgründen auch Leistungserbringer, die noch nicht alle Voraussetzungen der Empfehlungen erfüllen, unter Vertrag genommen werden.“⁶⁹

Da der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband aufgefordert hat, die personellen Anforderungen zu regeln, ist zweifelhaft, ob die Krankenkassen so einfach von diesen Normen abweichen dürfen. Nichtsdestotrotz sind die hohen Qualifikationsanforderungen in der Praxis tatsächlich ein Problem. Der Runde Tisch Palliativversorgung Mecklenburg-Vorpommern, auf den an späterer Stelle noch ausführlicher eingegangen wird, hat in einer Erhebung auf Landesebene festgestellt, dass 87 % der befragten Pflegedienste Probleme bei der Umsetzung der geforderten Standards haben; vor allem das sechsmonatige Praktikum bereitet Schwierigkeiten aus wirtschaftlicher und personeller Sicht der Sozialstationen.

3.3 Bericht über die Umsetzung der SAPV-RL

Die SAPV-RL wurden vom BMG mit der Auflage genehmigt, jährlich einen Bericht über die Leistungsentwicklung in der SAPV vorzulegen und somit einen möglichst informativen Überblick zu erhalten, „(...) um daraus Erkennt-

⁶⁸ Vgl. Caspers-Merk, Marion (2008)

⁶⁹ Caspers-Merk, Marion (2008)

nisse für ein eventuell erforderliches gesetzliches Nachsteuern zu ziehen.⁷⁰ Der zweite vorgelegte Bericht bezieht sich auf den Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2010; es erfolgte eine Bestandsaufnahme per Fragebogen, der von allen Krankenkassen (KK), den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auszufüllen war. Folgende Aspekte umfasste die Befragung:

- Verordnungszahlen
- Leistungsfälle
- Ausgaben der Krankenkassen
- Anzahl der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
- besondere Belange von Kindern und Jugendlichen
- Hinweise zu evtl. Änderungs- oder Klarstellungsbedarf
- Hinweise auf Auswirkungen in andere Leistungsbereiche.⁷¹

Der GBA plant, ab der Erhebung für das Jahr 2012 zusätzlich die SAPV-Leistungserbringer zu befragen.

3.3.1 Ergebnisse des Berichtes

Der Fragebogen wurde an insgesamt 156 Krankenkassen versandt. Auf der Grundlage von 80 ausgefüllten Fragebögen konnte eine Rücklaufquote von 51 % bestimmt werden. Die auskunftgebenden Krankenkassen repräsentieren geschätzte 60.145.891 Versicherte und damit etwa 87 % der insgesamt gesetzlich Versicherten.⁷²

Verordnungszahlen und Leistungsfälle

Die Anzahl der Verordnungen im Jahr 2010 belief sich auf 19.479; mit einer Quote von 0,95 % betrafen 186 dieser Fälle Kinder und Jugendliche. Im Vergleich zu 2009 haben sich die Verordnungszahlen erhöht. Da der Bericht für

⁷⁰ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 7.

⁷¹ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 11.

⁷² Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 16.

2009 nur drei Quartale umfasst, hat der GBA die Zahlen für das Jahr 2010 für Vergleiche ebenfalls auf drei Quartale reduziert.

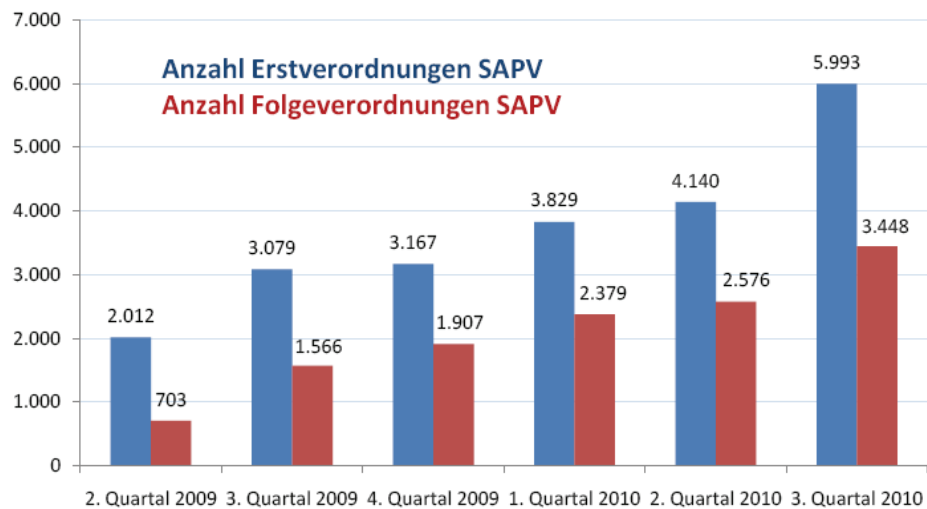


Abbildung 1: Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen SAPV 2009/ 2010
(Quelle: GBA)

Durchschnittlich beträgt die Quote der SAPV-Leistungsfälle 0,29 pro 1000 Versicherte. Die unterschiedlichen Zahlen, die sich pro Krankenkasse ergeben (gestreut von 0 bis 1,8 je 1000 Versicherte) resultieren laut GBA aus der Alters- und Morbiditätsstruktur, sowie der Vertragssituation und der Anzahl der verfügbaren SAPV-Teams. Zum Stichtag 31.12.2010 wurden insgesamt 123 Verträge, zumeist kassenübergreifend, abgeschlossen. 61 Leistungserbringer befanden sich noch in Vertragsverhandlungen mit den GKVEn.⁷³

Ausgaben der Krankenkassen

Die ärztlichen und pflegerischen Ausgaben in der SAPV betragen in 2010 insgesamt 45,6 Millionen Euro, für 2009 etwa 17,3 Millionen Euro. Der Anteil für Arzneimittel betrug 2010 1.673.397 Euro, für Heilmittel 64.628 Euro und für Hilfsmittel 1.071.096 Euro.⁷⁴

Angaben zum qualifizierten Personal

Laut Bundesärztekammer (BÄK) verfügten zum Stichtag 31.12.2010 insgesamt 5.417 Ärzte über die Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“. Davon waren 2.583 Ärzte niedergelassen. In Mecklenburg-Vorpommern verfügten zum

⁷³ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 17 ff.

⁷⁴ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 13.

genannten Stichtag 115 Ärzte über die Zusatzqualifikation (2,1 % der Gesamtanzahl); davon waren 47 Ärzte niedergelassen, also ambulant in Praxen tätig, 65 waren in einer stationären Einrichtung beschäftigt und 3 in sonstigen Bereichen aktiv. Zur Anzahl der Pflegekräfte mit der geforderten Zusatzweiterbildung konnten keine genauen Angaben ermittelt werden. Der GBA hat sich an den Berufsverband der privaten Anbieter sozialer Dienste (bpa), an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW), an die Universität Bonn (da zertifizierte Palliative-Care-Kurse durchgeführt wurden) sowie an das Statistische Bundesamt gewandt, um verwertbare Daten zu erhalten. Leider ist es nicht gelungen, Daten zu ermitteln, die „... ausreichend belastbare Aussagen darüber erlauben, wie viele in Palliative-Care weitergebildete Pflegefachkräfte es gibt bzw. wie viele in der SAPV tätige Pflegefachkräfte über eine entsprechende Weiterbildung verfügen.“⁷⁵ Das es unmöglich war, diese Daten zu erhalten, wird hier nicht näher interpretiert; es soll nur darauf hingewiesen werden, dass derzeit verschiedene Berufsverbände aktiv sind, um die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Berufskammer für beruflich Pflegende einrichten zu können. Dies wäre ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege.

Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen

Dem Bericht ist zu entnehmen, dass seitens der Krankenkassen und der KVen bislang noch Unklarheit herrscht, wie auf die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden kann; dies liegt vor allem aber daran, dass der Bedarf bzw. die Verordnungshäufigkeit in einem so geringen Bereich liegt, dass nur wenig Erfahrung gesammelt werden konnte. Zum Stichtag 31.12.2010 waren nur insgesamt acht Verträge mit Leistungserbringern der SAPPV (Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung) geschlossen worden. In einigen Fragebögen wird jedoch angeregt, die Regelungsinhalte bezüglich der SAPPV zu konkretisieren; dies bezieht sich jedoch vor allem auf Unsicherheiten seitens der DKG, da, im Gegensatz zur SAPV, bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich ein höherer Betreuungsbedarf bestünde. Der GBA verspricht sich aus der Erhebung für 2011 mehr

⁷⁵ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 32.

Informationen, da dann erstmals auch die Leistungserbringer in die Befragung miteinbezogen werden.⁷⁶

Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche

53 der 80 Krankenkassen (66,25 %) beantworteten diese Frage mit „Nein“ und 22 mit „Ja“ (27,5 %). „Einigen Fragebögen war die Einschätzung zu entnehmen, dass durch die SAPV stationäre (Hospiz-) Behandlungen vermieden bzw. verkürzt werden können. Mehrfach wird eine Rückwirkung auf den Bereich der HKP (Anm.: Häusliche Krankenpflege) angenommen...“⁷⁷ Insgesamt resümiert der GBA, dass die Einschätzungen hauptsächlich auf Annahmen seitens der Krankenkassen beruhen; die Aussagen seien somit nicht ausreichend „belastbar“ und konkrete Schlüsse seien nicht abzuleiten.

Hinweise zu evt. Änderungs- und Klarstellungsbedarf

Die von den Befragten gewünschten Bedarfe bezogen sich vor allem auf

- die Konkretisierung der Leistungsinhalte bei Teil- und Vollversorgung,
- die Abgrenzung der SAPV gegenüber der AAPV und
- Klärungsbedarf hinsichtlich der Befugnisse zur Arzneimittelverordnung einschließlich Betäubungsmitteln.⁷⁸

3.3.2 Fazit des Berichts

Ergebnis und Ausblick

Im Berichtszeitraum konnte eine Zunahme der Leistungsfälle, der Verordnungszahlen sowie der Ausgaben verzeichnet werden, woraus der GBA ableitet, dass sich die verschiedenen Strukturen im Aufbau befinden und ein weiterer Bedarf seitens der Patientinnen und Patienten zweifelsohne gegeben ist. Allerdings ließe sich kein Kausalzusammenhang zwischen der SAPV sowie den Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche feststellen. Geplant ist eine genauere Abgrenzung zwischen SAPV und AAPV.⁷⁹

⁷⁶ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 21.

⁷⁷ Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 27.

⁷⁸ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 33.

⁷⁹ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 35.

3.4 Abgrenzung der SAPV von der AAPV

Die SAPV lässt sich von der AAPV am deutlichsten durch den Vergleich der rechtlichen Grundlagen voneinander unterscheiden. Der AAPV liegen folgende Normen zugrunde:

- § 28 SGB V - Ärztliche Behandlung
- § 37 SGB V - Häusliche Krankenpflege
- § 31 SGB V - Arznei- und Verbandmittel
- § 32 SGB V - Heilmittel (z.B. Packungen, Bäder)
- § 33 SGB V - Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Prothesen)

Im Gegenzug dazu liegen der SAPV die bereits erläuterten Normen, Richtlinien und Empfehlungen zugrunde: § 37 b SGB V, SAPV-RL sowie die Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132 d SGB V.

Die AAPV umfasst die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung, das heißt u. a. Symptomkontrolle und -linderung, palliativmedizinische und palliativpflegerische Leistungen sowie, allerdings eingeschränkt, die psychosoziale Unterstützung, die Rufbereitschaft und die Koordination der Leistungen. Im Gegensatz dazu erbringt die SAPV spezialisierte palliativmedizinische und -pflegerische Leistungen, Behandlungspläne und ein Interventionsmanagement, Rufbereitschaft rund um die Uhr, regelmäßige Fallbesprechungen im interdisziplinären Team sowie spezialisierte Beratungsleistungen.⁸⁰ AAPV und SAPV sollen sich also im Interesse der zu versorgenden Patientinnen und Patienten ergänzen, wie dies der folgenden Grafik zu entnehmen ist:

⁸⁰ Vgl. www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/aktuell (2010)

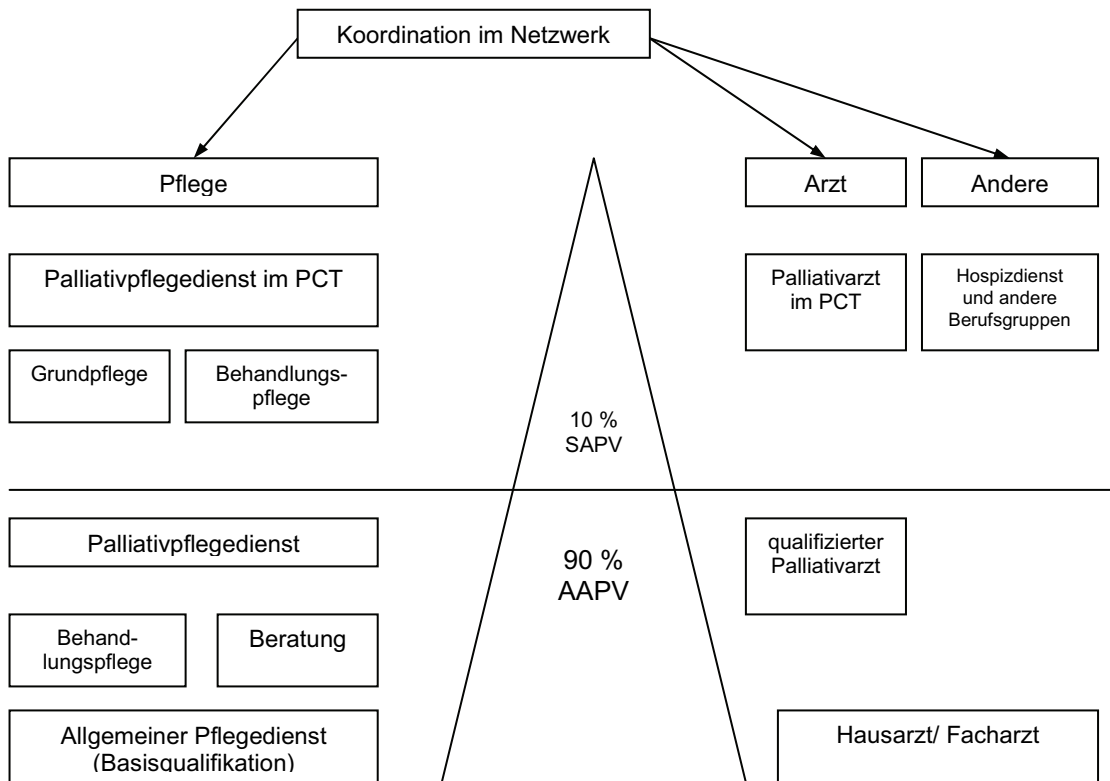


Abbildung 2: Struktur der Versorgung SAPV/ AAPV
(eigene Darstellung in Anlehnung an AOK Bayern)

„Die SAPV-Leistung stellt somit eine Teamleistung nach dem Palliative Care Ansatz dar: alle Teammitglieder sind gleichberechtigte Partner auf Augenhöhe, jeder hat seinen professionellen Anteil, aber alle haben eine gemeinsame Verantwortung für den am Willen des schwerkranken Menschen ausgerichteten Versorgungsprozess.“⁸¹

Wie an früherer Stelle bereits erläutert, bestehen in der Praxis aber tatsächlich noch Probleme mit der Abgrenzung. Die Entscheidung für die Verordnung beider Leistungen liegt im Ergebnis aber beim behandelnden Haus- bzw. Facharzt. Weitere Unterschiede bestehen bei der Vergütung: während die AAPV entsprechend dem Leistungskatalog nach SGB V bzw. XI (abh. von Grund- bzw. Behandlungspflege) abgerechnet wird, stellt die SAPV eine sog. Komplexleistung dar; das heißt, dass sämtliche Aufwendungen des Leistungserbringers mit Zahlung der Pauschale abgegolten sind. Die Höhe der Pauschale richtet sich nach Verordnungsdauer und Vertragsabschluss zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer. Frei zugängliche Quelle ist bei-

⁸¹ Hach, Michaela (2011): S. 268.

spielsweise der „vdek-Mustervertrag“, der die Vergütung der Leistung nach Versorgungsart staffelt. Dazu gehören die einheitliche Pauschalierung, die Versorgung im stationären Hospiz sowie die Beratungsleistung. Die Versorgung außerhalb eines Hospizes beispielsweise wird mit einem Festbetrag in Höhe von 1.500 Euro bis zu einer Versorgungsdauer von zehn Tagen vergütet, auch wenn der Versorgungszeitraum weniger als zehn Tage umfasst. Ab dem elften Versorgungstag wird täglich ein Betrag in Höhe von 120 Euro vergütet und ab dem 57. Versorgungstag dann 80 Euro pro Tag.⁸² Inwieweit diese Vergütung auf andere Bundesländer übertragbar ist, konnte leider nicht ermittelt werden. In Mecklenburg-Vorpommern ist die AOK Nordost federführender Vertragspartner für sämtliche SAPV-Teams, deren Verträgen sich die anderen Krankenkassen im Falle der Leistungsgewährung anschließen. Beträge konnten daher nicht ermittelt werden.⁸³

Der ambulante Hospizdienst schließlich definiert sich nach § 39 a SGB V. Es handelt sich dabei in der Regel um die Betreuung sterbenskranker Menschen und ihrer Angehörigen durch ehrenamtlich ausgebildete Hospizhelfer, die keine pflegerelevanten Tätigkeiten übernehmen. Der Pflegedienst untersteht dabei jedoch der fachlichen Verantwortung einer Pflegefachkraft mit entsprechender Weiterbildung und Erfahrung; die ehrenamtlich Tätigen sollen aber vor allem die Familie durch Beratung, soziale Unterstützung und kleine Erledigungen unterstützen. Voraussetzung für die Tätigkeit als ehrenamtlicher Hospizhelfer ist eine entsprechende Weiterbildung.

Wie erfolgreich die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team, bestehend aus pflegerischen und medizinischen, sowie psychosozialen Anteilen, sein kann, verdeutlicht die folgende Abbildung:

⁸² Vgl. vdek-Mustervertrag, Anlage 1, S. 23 f.

⁸³ Telefonat mit der AOK Nordost in Schwerin, Frau Ewald

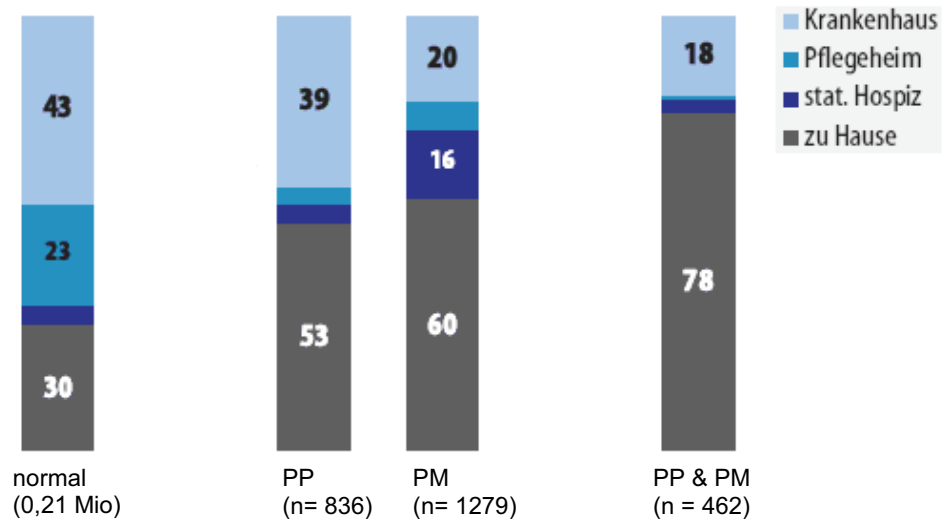


Abbildung 3: Sterbeorte von Krebspatienten in Deutschland je nach ambulanter Versorgungssituation (Angaben in Prozent); PP: Palliativpflege, PM: Palliativmedizin⁸⁴

Die Versorgungssituation betroffener Patientinnen und Patienten ließe sich durch palliativmedizinische und palliativpflegerische Angebote erheblich verbessern. Je umfassender dabei die Zusammenarbeit von Palliativmedizin und Pflege, desto erfolgreicher konnte das Zuhause als Sterbeort realisiert werden. Die multiprofessionellen Teams sind am ehesten in der Lage, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Darüber hinaus vertrauen sich viele Angehörige die Versorgung in der Häuslichkeit erst zu, wenn sie durch erfahrende Ärzte und Pflegekräfte unterstützt werden.⁸⁵

⁸⁴ Vgl. Schindler, Thorsten (2006): S. 1082.

⁸⁵ Vgl. Schindler, Thorsten (2006): S. 1082.

4 Der aktuelle Stand der Umsetzung in Mecklenburg-Vorpommern

Mecklenburg-Vorpommern baut sein Netz für Palliativmedizin und -pflege stetig aus. So gab es zum Stichtag 31.12.2010 sechs Kliniken mit einer Palliativstation, sechs stationäre Hospize, sieben SAPV-Teams und zahlreiche ambulante Hospizdienste. Die Palliativstationen befinden sich im *Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum* in Neubrandenburg, im *Universitätsklinikum Greifswald*, im *Rostocker Universitätsklinikum* sowie am *Klinikum Südstadt*, in der *Helios-Klinik Schwerin* und in der *Warnow-Klinik* in Bützow.⁸⁶

Zu den sechs stationären Hospizen zählen das *Dreikönigshospiz* in Neubrandenburg, das *DRK Hospiz Mecklenburgische Seenplatte* in Neustrelitz, das *Hospiz am Klinikum Südstadt* in Rostock, das *Hospiz am Uniklinikum* in Greifswald, das *Hospiz am Sana-Krankenhaus Rügen* und das *Schweriner Hospiz am Aubach*. Zusätzlich zu den stationären Hospizen gibt es noch 20 ambulante Hospizdienste, beispielsweise in Demmin, in Waren/ Müritz, in Neubrandenburg, in Ludwigslust, in Rostock und in Schwerin. Diese ambulanten Dienste führen Besuche in der Häuslichkeit, aber auch in Pflegeheimen oder Krankenhäusern durch und begleiten dort Sterbende sowie deren Angehörige.⁸⁷

Seit Schaffung der gesetzlichen Grundlagen im Jahr 2007 entstanden auch in Mecklenburg-Vorpommern SAPV-Teams. Derzeit gibt es in dieser Region sieben solcher Teams. Diese befinden sich in Ludwigslust, Rostock, Ribnitz-Damgarten, Neubrandenburg, Stralsund-Rügen, Vorpommern-Greifswald und in Schwerin. Vier der genannten SAPV-Teams, nämlich Neubrandenburg, Rostock, Greifswald und Schwerin, sind an ein Klinikum mit Palliativstation angegliedert.⁸⁸ Zum 01.10.2011 war die Eröffnung eines weiteren SAPV-Teams für den Landkreis Uecker-Randow in Pasewalk geplant; die Vertragsverhandlungen haben sich jedoch verzögert, sodass der Arbeitsbeginn verschoben werden musste. Laut Aussage von Frau Ewald, von der AOK Nordost in Schwerin, ist die AOK Nordost federführend bei den Vertragsverhandlungen im Land; das bedeutet, dass die Verträge, die die AOK Nordost mit

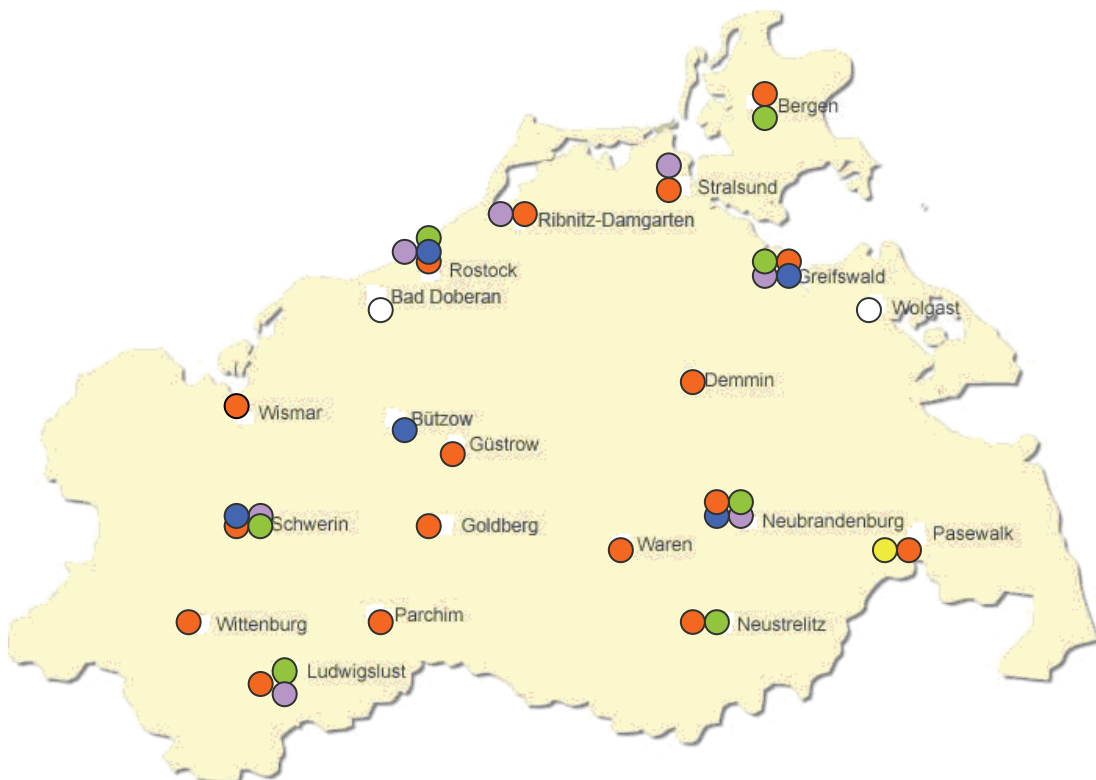
⁸⁶ Vgl. www.hospiz-mv.de

⁸⁷ Vgl. www.hospiz-mv.de

⁸⁸ Vgl. www.hospiz-mv.de

den jeweiligen Teams abschließt, auch für die anderen Krankenkassen verbindlich sind.

Die folgende Karte zeigt eine Übersicht für Mecklenburg-Vorpommern mit allen stationären/ ambulanten Hospizeinrichtungen, Palliativstationen sowie die SAPV-Teams:



- Standort ambulanter Hospizdienst
- Standort stationäres Hospiz
- Standort Palliativstation
- Standort spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Einzugsgebiet der versorgenden Dienste
- SAPV-Team kurz vor Vertragsabschluss mit der AOK Nordost

Abbildung 4: Übersichtskarte Mecklenburg-Vorpommern (eigene Darstellung, angelehnt an www.hospiz-mv.de)

Nach § 5 Satz 2 SAPV-RL dürfen nur Leistungserbringer nach §132 d SGB V SAPV-Leistungen erbringen. Damit ist eine interdisziplinäre Versorgungsstruktur gemeint, die aus qualifizierten Ärzten und qualifizierten Pflegefachkräften, sowie einem ambulanten oder stationären Hospiz besteht.⁸⁹ Mit Stand vom 31.12.2010 gab es in Mecklenburg Vorpommern 115 Ärzte, die eine Zusatzbezeichnung als Palliativmediziner besaßen. 47 dieser Ärzte waren ambulant tätig, 65 Ärzte stationär.⁹⁰ Über qualifizierte Pflegefachkräfte gibt es keine Zahlen, da diese nicht, wie Ärzte, registriert werden.

Nach § 7 SAPV-RL werden die SAPV-Leistungen vom behandelnden Vertragsarzt oder der behandelnden Vertragsärztin verordnet.⁹¹ Der Bericht über die Umsetzung der SAPV-Richtlinien für das Jahr 2010 vom Gemeinsamen Bundesausschuss evaluierte unter anderem auch die Anzahl der Erst- und Folgeverordnungen für SAPV in Deutschland für drei Quartale 2009 und für drei Quartale 2010. In Mecklenburg Vorpommern gab es im Jahr 2009 insgesamt 138 Erstverordnungen⁹² und 85 Folgeverordnungen⁹³ für SAPV-Leistungen. Im Jahr 2010 stiegen die Zahlen deutlich an. So gab es in den ersten drei Quartalen des Jahres 2010 insgesamt 226 Erstverordnungen⁹⁴ und 188 Folgeverordnungen⁹⁵.⁹⁶ Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die Anzahl der Verordnungen stetig steigt. Dies liegt zum einen an der wachsenden Zahl der SAPV-Teams im Land und zum anderen an der besseren Aufklärung über die Leistungen der SAPV.

⁸⁹ Vgl. § 5 SAPV-RL

⁹⁰ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 29 ff.

⁹¹ Vgl. § 7 SAPV-RL

⁹² 37 im Quartal 2/2009, 51 im Quartal 3/2009 und 50 im Quartal 4/2009

⁹³ 2 im Quartal 2/2009, 27 im Quartal 3/2009 und 56 im Quartal 4/2009

⁹⁴ 53 im Quartal 1/2010, 72 im Quartal 2/2010 und 101 im Quartal 3/2010

⁹⁵ 50 im Quartal 1/2010, 64 im Quartal 2/2010 und 74 im Quartal 3/2010

⁹⁶ Vgl. Bericht an das BMG über die Umsetzung der SAPV-RL (2011): S. 15.

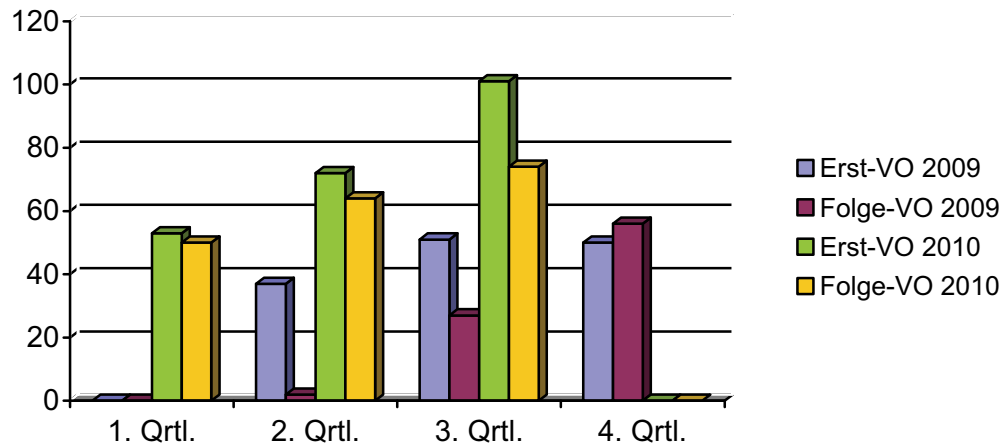


Tabelle 1: Verordnungszahlen SAPV 2009/ 2010
(eigene Darstellung)

Da die Versorgung mit SAPV-Teams in Mecklenburg Vorpommern noch lange nicht ausreichend ist, wurde der Arbeitskreis „Runder Tisch - Hospiz und Palliativversorgung“ gegründet, wie es auch die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin im Bericht zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ forderte.⁹⁷ Diese Einrichtung existiert seit November 2007 und fungiert als Koordinierungsstelle. Vertreter des Landesministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, der kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V., des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, des Städte- und Gemeindetages e.V., der Deutschen Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, der Krankenkassen, des Landespflegerrates, der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e.V. (dazu gehören die Arbeiterwohlfahrt, die Caritas, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie, der Paritätische Wohlfahrtsverband und die Zentralwohlfahrtstelle der Juden in Deutschland; die ZWST unterhält allerdings keinen Pflegedienst oder andere soziale Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern), der stationären Palliativeinheit an Tumorzentren und des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste sollen die Vernetzung

⁹⁷ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 75.

der Angebote in den Bereichen Palliativmedizin und Hospiz fördern.⁹⁸ Ziel des Runden Tisches ist es, den Austausch von Informationen zur Planung, Abstimmung und Koordinierung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen zu fördern.⁹⁹

2010 führte der Runde Tisch Palliativversorgung eine Umfrage bei 186 Pflegediensten der Freien Wohlfahrtspflege im Land durch. Dort wurde unter anderem festgestellt, dass die Pflegedienste die Versorgung mit SAPV-Leistungen teilweise sehr schlecht einschätzen: 56% der Befragten äußerten, in ihrem Einzugsgebiet sei gar kein SAPV-Team vor Ort tätig, 30% schätzten die Versorgung als gewährleistet ein; 14 % machten keine Angabe. 86% der befragten Pflegedienste gaben an, sie seien nicht an der Leistungserbringung beteiligt, da kein Kooperationsvertrag mit einem SAPV-Team abgeschlossen wurde.¹⁰⁰ Lediglich 33% der befragten Dienste können qualifiziertes Fachpersonal, das heißt, eine 160stündige Weiterbildung zur Palliative-Care-Fachkraft vorweisen; ob dieses Personal auch die weiteren Qualifikationsvoraussetzungen nach SAPV-RL erfüllt, ist nicht bekannt. Jedoch wollen 62 %, also 64 Pflegedienste, bis 2013 ausgebildetes Fachpersonal vorhalten.¹⁰¹

Nach Schätzungen von Experten, zum Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., haben circa zehn Prozent aller Sterbenden einen besonderen Versorgungsbedarf, der sich durch die SAPV decken ließe.¹⁰² In Mecklenburg-Vorpommern verstarben im Jahr 2009 18.342 Menschen, davon 4962 an bösartigen Neubildungen (27,05 %).¹⁰³ Legt man nur diese Gruppe zugrunde, ergäbe sich somit ein Bedarf für etwa 500 Personen pro Jahr in Mecklenburg-Vorpommern. Fraglich ist, ob sich dieser Bedarf durch acht ansässige SAPV-Teams und deren Kooperationspartner decken ließe. Laut Angabe des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern versorgt ein „normaler“ ambulanter Pflegedienst durchschnittlich 37 Patientinnen und Patienten. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass die SAPV-Teams,

⁹⁸ Vgl. www.regierung-mv.de

⁹⁹ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 75.

¹⁰⁰ Vgl. Runder Tisch, Kooperation der SAPV-Teams mit ambulanten Pflegediensten; 2010

¹⁰¹ Vgl. Runder Tisch, Kooperation der SAPV-Teams mit ambulanten Pflegediensten; 2010

¹⁰² Vgl. Bundestag Drucksache 16/3100: S. 105.

¹⁰³ Vgl. Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2010 (2010): S. 24 bzw. 72.

vor allem die an ein Krankenhaus angegliederten, weniger Fälle versorgen. Dies ließe sich mit der Aufwändigkeit der Versorgung sowie der geringen Zahl an ausgebildeten Palliative-Care-Fachkräften begründen.

Diese Zahlen zeigen, dass die Versorgung mit SAPV-Leistungen in Mecklenburg-Vorpommern bislang nicht flächendeckend gewährleistet werden kann, obwohl die gesetzlichen Voraussetzungen bereits seit 2007 bestehen. Demnach stellt sich die Frage, wo die Umsetzungsschwierigkeiten, vor allem seitens der ambulanten Pflegedienste, liegen. Mit Hilfe von Experteninterviews wurde versucht, konkrete Umsetzungshindernisse herauszufiltern. Im folgenden Kapitel werden daher das methodische Rahmenkonzept der *Grounded Theory* sowie die Methodik des Experteninterviews eingehender erläutert.

5 Der Forschungsprozess

Die Sozialforschung differenziert grundsätzlich zwei Methoden, um Daten zu erheben: die qualitative und die quantitative Sozialforschung. Beide Typen unterscheiden sich hinsichtlich der Art des Datenmaterials, der Forschungsmethode, dem Forschungsgegenstand, dem Wissenschaftsverständnis und der Art der Auswertung. Bei der qualitativen Sozialforschung wird die Erfahrungsrealität verbalisiert und es wird nichtnumerisches Material verwendet, das heißt Texte oder Objekte. Beispiele für die qualitative Datenerhebung sind Experteninterviews bzw. Leitfadeninterviews, Befragungen und Beobachtungen. Bei der quantitativen Sozialforschung wird die Erfahrungsrealität eher numerisch beschrieben, das heißt, die Sachverhalte werden durch Zahlen verdeutlicht. Ein Beispiel für die quantitative Bewertung ist der standardisierte Fragebogen.¹⁰⁴ Das Thema *Spezialisierte ambulante Palliativversorgung* ist sehr aktuell und bietet zum heutigen Zeitpunkt noch wenig Literatur. Der Stand der Umsetzung der SAPV-RL und deren Umsetzungsschwierigkeiten sind Problemstellungen, die sich vorrangig dem sozialen Bereich zuordnen lassen, sodass sich eine qualitative Methode zur Erhebung anbietet. Im Rahmen der Recherchen haben wir uns daher für das Experteninterview entschieden, da Probleme analysiert werden (Stand der Umsetzung und Umsetzungshindernisse) und das Wissen von Experten auf diesem Gebiet in diese Arbeit integriert werden können.

5.1 Die Grounded Theory als methodologischer Rahmen

Die Erhebung der Daten und deren Auswertung erfolgte anhand der *Grounded Theory* nach Glaser und Strauss. Dieses Konzept ist kein technisches Verfahren, sondern ähnelt eher einem Forschungsstil. *Grounded Theory* bedeutet übersetzt „empirisch fundierte Theoriebildung“. Sie wird als „theoretisch begründetes Verfahren“ verstanden, welches seinen „eigenen Lernprozess reflektiert und kontrolliert“.¹⁰⁵ Glaser und Strauss wollten neues theoretisches Wissen entdecken, realisiert durch eine ständige Beziehung zwischen Theorie und Empirie. Jedoch stand für sie die Bedeutung für die Pra-

¹⁰⁴ Vgl. Bortz, Jürgen und Döring, Nicola (2006); S. 296.

¹⁰⁵ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 1.

xis im Mittelpunkt und nicht die Theorie an sich, sodass ihre Forschungen immer praxisnah stattfanden (beispielsweise die Interaktion Sterbender oder die Handlungsstrategien bei Risikoschwangerschaften).¹⁰⁶ Der Forschungsprozess nach Glaser und Strauss verläuft nicht linear, sondern er ähnelt einer Spirale, in der die theoretischen Vorannahmen kontinuierlich mit den erhobenen Daten verglichen werden; eine sogenannte Erkenntnis spirale. Wenn ein noch relativ unbekanntes Feld erforscht wird, geht man trotz dessen mit vorsichtigen Vorahnungen in dieses Feld, muss aber auch offen für Neues sein, da neue Entdeckungen gemacht werden sollen. Geht man ganz unvoreingenommen in ein neues Forschungsfeld, stellen sich zwei Probleme dar: zum einen ist die Offenheit dann nicht durchzusetzen, da immer mit Vorurteilen in ein neues Forschungsfeld eingezogen wird und zum anderen präsentieren sich die neuen Entdeckungen nicht so, dass sie sofort durchschaut werden können. Ganz im Gegenteil, man muss vergleichen, um das Fremde zu verstehen. Der Forschungsprozess nach Glaser und Strauss strebt eine sogenannte „geplante Flexibilität“ an, das heißt sie gehen mit theoretischen Vorahnungen in das zu erforschende Feld, sind aber auch offen und flexibel für neue Entdeckungen und Änderungen der Vorannahmen.¹⁰⁷

Die *Grounded Theory* verläuft in sechs Stufen: das sensibilisierende Konzept, die Erkundung des Feldes, die Methodenwahl, das theoretische Sampling und die erste Datenerhebung, der Kodierprozess und die Entfaltung einer gegenstandsbezogenen Theorie.¹⁰⁸

Das sensibilisierende Konzept

Mit dem sensibilisierenden Konzept soll erreicht werden, dass man nicht ohne Vorannahmen das Forschungsfeld betritt, sondern sich mit einer „theoretischen Sensibilität“ nähert, mit sogenannten heuristischen Konzepten. Diese Konzepte beinhalten keine Hypothesen im klassischen Sinne. Im Mittelpunkt stehen explizites Wissen, Lebenserfahrungen und logisch erhobenes Kontextwissen. Die Vorteile eines solchen Konzeptes sind, dass Besonderheiten und Eigenarten schneller entdeckt werden und dass die theoretischen Vor-

¹⁰⁶ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 1.

¹⁰⁷ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 3 - 8.

¹⁰⁸ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 9.

annahmen kritisch korrigiert werden können. Dieses Vorgehen kann dann als Lernprozess verstanden werden.¹⁰⁹

Das sensibilisierende Konzept dieser Arbeit stellen die theoretischen Vorannahmen dar. Diese entstanden im Wesentlichen aus der Recherche der gesetzlichen Grundlagen und aus der Literaturanalyse zum Thema der Arbeit.

Die Erkundung des Feldes

Der Kontakt zum Feld vor der Datenerhebung ist unabdingbar, da das zu erforschende Feld in der Regel unbekannt ist. Durch diesen Erstkontakt werden die theoretischen Vorannahmen auf die Probe gestellt, hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit und Vollständigkeit. Die Erkundung des Forschungsfeldes erfolgt von außen nach innen. Das heißt, es wird sich ein erster Eindruck über das Feld durch Recherche verschafft und abschließend werden individuelle Akteure betrachtet. Drei Ebenen werden unterschieden: die Makro-, die Meso- und die Mikroebene. Diese Stufen sind eng miteinander verbunden, werden jedoch für den Forschungsprozess getrennt voneinander betrachtet, um diffuse Schlussfolgerungen zu vermeiden.¹¹⁰

In dieser Arbeit gestaltet sich die Ebenenaufteilung wie folgt: in der Makroebene finden sich die gesetzlichen Grundlagen, wie zum Beispiel die SAPV-RL wieder, ebenso wie der Runde Tisch Palliativversorgung Mecklenburg-Vorpommern oder die an den Kooperationsverträgen teilnehmenden Krankenkassen. Unter der Mesoebene werden in dieser Arbeit alle Einrichtungen verstanden, die theoretisch in der Lage wären, SAPV anzubieten (Pflegedienste, Krankenhäuser). Die Einrichtungen, die die SAPV bereits anbieten, fallen unter die Mikroebene. Zur Erkundung des Feldes wurde vorwiegend im Internet recherchiert, sowie gesetzliche Grundlagen studiert und Kartenmaterial ausgewertet.

¹⁰⁹ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 10.

¹¹⁰ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 11.

Die Methodenwahl

Die Grundlage der Methodenwahl bilden das sensibilisierende Konzept und die Felderkundung. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Methode für die Forschungsfrage und das Feld geeignet ist. Die *Grounded Theory* bevorzugt eher qualitative Untersuchungsmethoden. So werden auf der Mesoebene oftmals teilnehmende Beobachtungen oder Rahmenanalysen bevorzugt. Auf der Mikroebene greift man eher zu der biographischen Erzählanalyse oder zur objektiven Hermeneutik.¹¹¹

In dieser Arbeit wurde die Methode des Experteninterviews gewählt, da die Literatur zum Thema SAPV eher dürftig ist. Durch die Interviews mit Experten auf dem Gebiet der SAPV wurden sich mehr Informationen zum Thema, besonders hinsichtlich der Umsetzungshindernisse, erhofft.

Theoretisches Sampling und erste Datenerhebung

In der *Grounded Theory* wird das reale Handeln in wirklichen und natürlichen Situationen erhoben. Aus diesem Grund ist die Zusammenstellung der zu untersuchenden Stichprobe von besonderer Wichtigkeit. Das Hauptkriterium dieser Auswahl besteht aus der Forschungsfrage selbst. Die ausgewählte Stichprobe soll behilflich sein, zu dieser Frage neue und relevante Informationen zu beschaffen. In der *Grounded Theory* wird das Prinzip des permanenten Vergleichs angewendet, welches von Barney Glaser entwickelt wurde. Dabei sampelt man die Stichprobe so, dass man gezielt Kontrastfälle als Ergebnis vorweisen kann (Maximalvergleich). So werden zu einem Fall A ein Kontrastfall B und eventuell auch Kontrastfälle C und D gefunden. Während der Untersuchung stößt man oftmals auf ähnliche Fallkonstellationen (A und A'). Diese Ähnlichkeit der Fälle wird als Minimalvergleich bezeichnet. Durch die Minimalvergleiche kommt es zu einem sogenannten Sättigungseffekt. Es wird der Eindruck erweckt, dass man schon alles über das Feld weiß. Das theoretische Sampling ist kein abgeschlossener Vorgang, denn es werden immer wieder Ergänzungen während der Auswertungsphase vorgenommen.¹¹²

¹¹¹ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 11 -12.

¹¹² Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 13 - 14.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit bezieht sich vor allem auf die Umsetzungshindernisse der SAPV-Versorgung. Aus diesem Grund wurden Experten ausgewählt, die ein Vorwissen zum Thema aufweisen können und, wenn möglich, auch in der SAPV tätig sind. Um die Kontrastfälle zu verdeutlichen sollte auch ein Experte aus einer Region ohne SAPV-Versorgung interviewt werden. Leider war dies auf Grund fehlender Bereitschaft seitens der angefragten Pflegedienste nicht möglich. Es wurden ein Krankenhaus und eine Sozialstation interviewt, die beide in der SAPV tätig sind. Trotz dessen zeigten sich bei der Auswertung starke Kontraste.

Der Kodierprozess

Kodieren bedeutet, dass Kategorien über die erhobenen Daten gelegt werden, um die erwarteten Merkmale zu verdeutlichen. Die *Grounded Theory* verwendet hierfür die „Methode der expliziten ad hoc Kodierung“.¹¹³ Dabei werden die Kategorien schrittweise in drei Phasen aufgebaut. Diese Kategorien werden anhand des sensibilisierenden Konzeptes und den erhobenen Daten herausgearbeitet. Die erste Phase ist das *offene Kodieren*. Hierbei werden die Daten aufgebrochen. Das heißt, das Kontextwissen und die Analyse der erhobenen Daten findet unter einer bestimmten Perspektive statt, sodass sie anschließend auf einer neuen Ebene betrachtet werden können. Da jeder Interviewte eine Eigenlogik aufweist, muss diese Eigenlogik mit betreffenden Kategorien beschrieben werden. Nach und nach entsteht ein Beziehungsgeflecht zwischen den Kategorien, sodass das Interview leicht verständlicher und interessanter wird. Die zweite Phase des Kodierprozesses ist das *axiale Kodieren*. In dieser Phase werden die einzelnen Kategorien um eine theoretische Achse geordnet. Das Prinzip des permanenten Vergleichs wird dabei wiederholt, sodass Kontraste und Ähnlichkeiten entdeckt werden. Dabei werden nicht nur Fälle und Situationen miteinander in Beziehung gesetzt, sondern die erhobenen Daten an sich. In der dritten Phase des *selektiven Kodierens* wird die Kernkategorie vorbereitet. Auf diese Kernkategorie werden alle weiteren gefunden Kategorien bezogen und sie ist die Basis für die ausformulierte Theorie.¹¹⁴

¹¹³ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 15.

¹¹⁴ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 14 - 17.

In der vorliegenden Arbeit wurden aus den Interviews Kernkategorien herausgearbeitet, welche permanent mit den theoretischen Vorannahmen verglichen wurden.

Die Entfaltung einer gegenstandsbezogenen Theorie

Ziel der *Grounded Theory* ist nicht eine sogenannten Großtheorie, sondern eine Theorie mittlerer Reichweite. Diese soll auf einen Gegenstandsbereich bezogen und praktisch nützlich sein. Da das Entdecken der Theorie ein anspruchsvoller Prozess ist, sollte der Forschungsprozess gut vorbereitet sein und es muss ein „kontextaufgeklärtes“ sensibilisierendes Konzept vorhanden sein, welches im Umgang mit den Daten behilflich ist.¹¹⁵

5.2 Das Experteninterview als methodisches Mittel

Das Experten-Leitfadeninterview ist ein nichtstandardisiertes Interview. Die Grundlage für den Forscher ist ein vorbereiteter Katalog mit offenen Fragen. Es wird meist dann eingesetzt, wenn mehrere unterschiedliche Themen in einer Befragung angesprochen werden und wenn bestimmte, einzelne Informationen erhoben werden müssen. Das Interview mit einem Experten ähnelt dem natürlichen Gespräch im Alltag. Dennoch haben Leitfadeninterviews besondere Kennzeichen: in nichtstandardisierten Interviews herrschen festgelegte Kommunikationsregeln. Einer der wichtigsten Grundsätze ist, dass der Befragte die Antwort verweigern darf. Darüber hinaus gibt es eine feste Rollenverteilung zwischen beiden Gesprächspartnern. Zu guter Letzt führt der Interviewer die Unterhaltung, um die gewünschten Informationen zu erhalten. Die Aufgabe des Interviewers ist es dabei, das Gespräch zu steuern und mit den geeigneten Fragen dafür zu sorgen, dass der Befragte Informationen gibt.

Im Folgenden wird das Experteninterview als Mittel der Datenerhebung des qualitativen Forschungsprozesses im Rahmen der *Grounded Theory* näher erläutert.

¹¹⁵ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 17.

5.2.1 Die Rolle des Experten

Mit dem Wort „Experte“ verbindet man meist Menschen, die ein bestimmtes Wissen haben und dieses weitergeben möchten. So beispielsweise Wissenschaftler eines Forschungsgebietes oder spezialisierte und erfahrene Politiker. Doch Expertenwissen besitzen auch Menschen ohne höhere Position. Zum Beispiel ist ein Automechaniker Experte für einen gewissen Autotyp oder der kranke Mensch kann Experte für seine Krankheit sein. Diesen Beispielen lässt sich entnehmen, dass Experten eines gemeinsam haben: sie verfügen über besonderes Wissen.¹¹⁶ Nach Michael Meuser und Ulrike Nagel sind Experten Menschen, die selbst Teil eines Handlungsfeldes sind, welches der Forschungsgegenstand ist. Experten sind Menschen, die in irgendeiner Art und Weise Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle der Problemlösung tragen und die über einen Zugang zu Informationen über Prozesse und Personengruppen verfügen.¹¹⁷ In der Sozialwissenschaft werden die Begriffe Experte und Experteninterview wie folgt verwendet: Der „...Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“¹¹⁸ Das Experteninterview ist eine Erhebungsmethode, die für einen bestimmten Zweck eingesetzt wird. In der Sozialwissenschaft und in der Politikwissenschaft ist diese Methode weit verbreitet. Dabei spielen zwei Merkmale eine große Rolle. Zum einen werden die Experten als Medium angesehen, durch das Wissen über einen speziellen Sachverhalt erlangt werden soll. Zum anderen haben die Experten dabei eine besondere Stellung in dem zu untersuchenden sozialen Kontext. Durch diese Merkmale kann eingegrenzt werden, in welchen Untersuchungen die Experteninterviews eingesetzt werden. Es sind sog. *rekonstruierende Untersuchungen* „in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen.“¹¹⁹ Die Experteninterviews werden in verschiedenen Forschungsfeldern eingesetzt. Dabei steht nicht nur der Experte an sich im Mittelpunkt, sondern die organisatori-

¹¹⁶ Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 11.

¹¹⁷ Vgl. Meuser, Michael und Nagel, Ulrike (2002): S. 73.

¹¹⁸ Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 12.

¹¹⁹ Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 12.

sche und institutionelle Zusammenhänge der darin agierenden Person.¹²⁰ Laut Patricia Benner, die sich in ihren Forschungen mit den verschiedenen „Stufen der Pflegekompetenz“ beschäftigt hat, werden Pflegeexperten wie folgt definiert: „Der Experte weiß aufgrund seines gereiften und erprobten situationsspezifischen Differenzierungsvermögens nicht nur, welche Ziele erreicht werden sollen, sondern auch, wie sie zu erreichen sind. Es ist diese subtilere und höher entwickelte Differenzierungsfähigkeit, die Pflegeexperten von erfahrenen Pflegenden unterscheidet.“¹²¹

5.2.2 Prinzipien des Leitfadeninterviews

Wie bei allen anderen empirischen Methoden auch, müssen bei einem Leitfadeninterview die methodologischen Prinzipien realisiert werden. Es gibt vier Prinzipien: das *Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens*, das *Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens*, das *Prinzip der Offenheit* und das *Prinzip des Verstehens als Basishandlung*.¹²² Das *Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens* ist beim Leitfadeninterview am schlechtesten gestellt, da die Übersetzung der Erkenntnisinteressen in Interviewfragen nur gering durch methodische Regeln unterstützt wird. Weiterhin ist die Operationalisierung komplett dem Geschick des Interviewers überlassen und zur Konstruktion des Leitfadens gibt es nur wenige allgemeine Regeln. Aus diesem Grund müssen alle Schritte der Konstruktion des Leitfadens dokumentiert werden, um die Operationalisierung nachvollziehbar zu machen. Das *Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens* wird realisiert, indem das abgeleitete Informationsbedürfnis, aus den Vorüberlegungen zur Untersuchungsfrage, in Themen und Fragen des Leitfadens übersetzt wird. Die Fragen im Interview werden so formuliert, dass dem Interviewten die Möglichkeit gegeben wird, im Sinne seines Wissens und seiner Interessen zu antworten. Mit diesem Schritt wird das *Prinzip der Offenheit* erreicht. Das *Prinzip des Verstehens als Basishandlung* wird durch die Operationalisierung bewirkt. Das heißt, die wissenschaftlichen Erkenntnisinteressen werden aufgegliedert und übersetzt.¹²³

¹²⁰ Vgl. Meuser, Michael und Nagel, Ulrike: (2002): S. 72.

¹²¹ Vgl. Benner, Patricia (2000): S. 60

¹²² Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 115.

¹²³ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010) S. 115.

Für die letzten beiden Prinzipien gibt es noch einmal vier Anforderungen: die *Reichweite*, die *Spezifität*, die *Tiefe* und den *personalen Kontext*. Die Reichweite bedeutet, dass ein großes Spektrum an Problemen angesprochen werden muss. So können die Befragten besser reagieren. Bei der Spezifität wird der Zweck des Interviews beschrieben. Dabei steht das Herausarbeiten, des besonderen Gehalts der Äußerungen der Befragten, im Mittelpunkt. Die aufgeworfenen Fragen und Themen werden in einer spezifizierten Form behandelt. Durch die Anforderung der Tiefe soll der Befragte bei der Darstellung seiner Stellung und bei der Darstellung von Bedeutungen unterstützt werden. Die letzte Anforderung, der personale Kontext, ist die Voraussetzung für die Interpretation. Dabei muss der persönliche und soziale Kontext ausreichend erfasst werden.¹²⁴

Die Art und Weise der Fragestellungen haben einen großen Einfluss auf die Antworten des Befragten. Bei einem Interview gibt es entscheidende Faktoren, die das Interview vom Alltagsgespräch unterscheidet. Diese Faktoren sind die Fremdheit, die begrenzte Zeit und die Rollenfestlegung. Das heißt, der Interviewer will in kurzer Zeit etwas erfahren und der Interviewte soll ihm dabei helfen. Da sich beide fremd sind, sind die Fragen die einzige Informationsquelle. Aus diesem Grund müssen diese sehr sorgfältig formuliert werden. *Wonach gefragt werden soll*, ergibt sich aus den Vorüberlegungen und aus der Reaktion des Interviewten. *Wie gefragt werden soll*, erschließt sich aus zwei vorher genannten Prinzipien; dem Prinzip der Offenheit und dem Prinzip des Verstehens als Basishandlung. Nach Patton (1990) müssen die Probleme offen, neutral, einfach und klar formuliert sein. Das heißt, je offener die Fragen sind, desto weniger Einfluss haben sie auf die Antwort. Diese Offenheit muss jedoch ausbalanciert werden, da es sonst zu Unsicherheiten bei dem Befragten und zu Fehlinterpretationen kommen kann. Mit neutralen Fragen ist gemeint, dass die Fragestellung keine Antwort und keine Richtung vorgeben darf. Suggestivaussagen sollen vermieden werden, da diese die Antwort enthalten, die der Interviewer erwartet. Des Weiteren müssen die Fragen klar und unmissverständlich formuliert werden mit einer einfachen

¹²⁴ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010) S. 116.

grammatischen Struktur und einer einfachen Wortwahl.¹²⁵ Der Interviewleitfaden kann dem Forscher helfen, die geeigneten Fragen auszuwählen. Er lässt dem Interviewer die Entscheidungsfreiheit, welche Fragen wann und in welcher Form gestellt werden. Der Leitfaden ist die einzige schriftliche Unterstützung für den Interviewer. Durch ihn wird sichergestellt, dass bei mehreren Interviews immer die gleichen Informationen und in jedem Interview auch alle Informationen erhoben werden. Dies schützt den Befragten weiterhin vor vorzeitigen Schließungen. Der Interviewleitfaden sollte nicht mit einer Frage beginnen, sondern eher mit einer Notiz im Voraus, was vor dem Interview gesagt werden muss. Diese Notiz wird auch als Vorspann bezeichnet. Dabei wird der Interviewte über das Ziel der Untersuchung und über seine Rolle in dieser unterrichtet. Ebenso wird erwähnt, wie die persönlichen Daten geschützt werden und wie die Anonymität der gesamten Erhebung gesichert wird. Wird das Interview aufgezeichnet, muss vorab eine ausdrückliche Genehmigung von Seiten des Experten erfolgen.¹²⁶ Die Anzahl der Fragen richtet sich nach dem zu untersuchenden Inhalt. Trotz dessen sollte im Vorhinein eine Zeit kalkuliert werden. Nach Gläser und Laudel ist in einer Stunde die Beantwortung von ca. 8 bis 15 Fragen möglich. Der Interviewleitfaden sollte übersichtlich gestaltet sein und im besten Fall nicht mehr als zwei Seiten aufweisen. Bei der Ausformulierung der Probleme entscheidet der Interviewer, ob er Meinungs-, Fakt- oder Simulationsfragen beziehungsweise hypothetische Fragen oder Erzählregungen bevorzugt, um an seine Informationen zu gelangen. Die Reihenfolge der Fragen ist ebenso wichtig wie der Wortlaut, denn sie entscheidet über Umfang und Genauigkeit der Antworten. Die Fragen sollten in Themenkomplexe angeordnet werden, das heißt nach ihrer inhaltlichen Zusammengehörigkeit.¹²⁷ Eine Anwärfrage sollte das Gespräch eröffnen. Diese muss leicht zu beantworten sein und einen geeigneten Gegenstand betreffen. Das Wissen und die Aufnahmefähigkeit des Interviewers werden dadurch signalisiert. Doch auch die letzte Frage in einem Interview ist angenehm und nicht provokativ zu formulieren. Ist die Entwicklung des Leitfadens beendet, wird er noch einmal einer Kontrolle unterzogen. Nach Ullrich (1999) beantwortet man für sich folgende Themen: Warum habe ich

¹²⁵ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 120-122

¹²⁶ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 142-144.

¹²⁷ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 144-146.

diese Frage gestellt? Was wird hier erwartet? Warum ist die Aussage so formuliert? Der so entwickelte Interviewleitfaden ist die Grundlage für das darauf folgende Gespräch mit dem Experten. Jedoch wird der Leitfaden, im Gegensatz zum Fragebogen, während der Untersuchung ständig verändert. So zum Beispiel, wenn sich die Reihenfolge der Fragestellungen als ungünstig herausstellt oder die Formulierung auf Missverständnisse stößt. Wie bei einem standardisierten Fragebogen ist auch der Leitfaden in einem Interview erst zu testen, um herauszufinden, ob die Fragen wirklich das erreichen, was sie bewirken sollen. Die Arbeit am Leitfaden ist eigentlich nie richtig abgeschlossen, da sich während des Interviews unter Umständen auch neue Probleme ergeben.¹²⁸

5.2.3 Vorbereitung des Interviews

Zur praktischen Vorbereitung des Interviews muss entschieden werden, wie das Interview geführt werden soll. Dies kann „face-to-face“, per Telefon oder per Email erfolgen. Das Telefoninterview ist zeit- und kostensparend und sehr angenehm, da die Flexibilität hierbei sehr hoch ist. Jedoch hat der Interviewer am Telefon eine geringe Kontrolle über das Gespräch und ebenso eine geringe Ausbeute an Informationen. Dem Interviewer entgehen die visuellen Informationen, die der Befragte durch seine Körpersprache zum Ausdruck bringt. Mit dem Emailinterview gibt es bis jetzt wenige Erfahrungsberichte. Die Vor- und Nachteile ähneln sehr denen des Telefoninterviews. Ein großes Problem beim Emailinterview ist der immense Informationsverlust, denn die Interviewpartner müssen ihre Antwort aufschreiben und fassen sich dabei meist so kurz wie möglich. Die beste Interviewmethode bleibt daher das „face-to-face“ Interview. Hierbei hat der Interviewer die klare Kontrolle über das Gespräch und kann auch visuelle Informationen aufnehmen. Ein weiterer großer Vorteil ist die Menge an gewonnenen Informationen.¹²⁹ Nach der Entscheidung für die Interviewmethode erfolgt eine erste Kontaktaufnahme zum befragten Experten. Bei dem Erstkontakt soll vor allem eine persönliche Beziehung zum Interviewpartner hergestellt werden. Es ist die Auf-

¹²⁸ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 147-150.

¹²⁹ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 153-154.

gabe des Interviewers den Experten zu überzeugen an der Untersuchung teilzunehmen und ihm zu vertrauen. Ein ethischer Grundsatz bei der Kontaktaufnahme ist das Prinzip der informierten Einwilligung. Das heißt, der Experte wird über die Ziele der Untersuchung, über die Art und Weise seiner Mitwirkung und über mögliche Folgen dieser Mitwirkung informiert. Ist der Interviewpartner Mitarbeiter in einer größeren Organisation, muss eventuell erst die Leitung der Organisation oder die Schlüsselperson um Erlaubnis gefragt werden. Der Erstkontakt erfolgt meist schriftlich. Daraufhin wird telefonischer Kontakt hergestellt und ein erstes Gespräch geführt. Es werden ein Interviewtermin und ein Ort vereinbart, sodass der Aufwand für den Experten am geringsten ist und er sich wohl und sicher fühlt.¹³⁰

5.2.4 Durchführung und Ablauf des Interviews

Bei der Führung eines Interviews müssen die allgemeinen Regeln der Interviewführung beachtet werden. Es gibt eine Faustregel über die Beziehung zwischen dem Interviewten und dem Interviewer nach Seideman (1991): „Sei gerecht! Respektiere den Interviewpartner und dich selbst!“ Weiterhin gibt es noch folgende Regeln.¹³¹ Das Zuhören ist einer der wichtigsten Regeln in einem Interview. Das heißt, der Interviewer konzentriert sich voll und ganz auf den Inhalt und gibt zu verstehen, dass der Befragte verstanden wird, z.B. durch Kopf nicken oder Blickkontakt. Weiterhin muss er einschätzen, welche Informationen ihm dann noch fehlen und konkret nachfragen. Eine weitere wichtige Regel ist, dass der Interviewte nicht unterbrochen wird. Sieht der Interviewer Nachfragebedarf, merkt er sich die Frage und stellt sie zu einem späteren Zeitpunkt. Weiterhin muss der Interviewer auch Pausen zulassen können. Das sind die sogenannten Denkpausen, die der Interviewte zum Nachdenken benötigt, um dann weitere Informationen geben zu können. Der Interviewer darf auch nicht scheuen, Unverstandenes noch einmal zu hinterfragen und um eine Erklärung zu bitten. Wenn Nachfragen bestehen, sollten diese kurz und eindeutig formuliert werden. Eine letzte und wichtige Regel ist, dass Bewertungen vermieden werden. Es müssen alle negativen und

¹³⁰ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 158-162.

¹³¹ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 172.

positiven Bemerkungen unterdrückt werden, da sie bei Äußerung ein Anpassungsverhalten oder Widerspruchsverhalten auslösen können.¹³² Nach dem Interview wird mit dem Interviewpartner ein abschließendes Gespräch geführt. Dabei bietet es sich an, über die Möglichkeit eines weiteren Gespräches und darüber, telefonisch in Kontakt zu bleiben zu diskutieren. Im Abschlussgespräch soll dem Interviewpartner die Chance gegeben werden, ein Feedback abzugeben. Weiterhin bitten die Interviewpartner oft darum, das Interviewtranskript ausgehändigt zu bekommen, um noch einmal rekonstruieren zu können, was sie gesagt haben. Dies sollte aus Höflichkeit nicht abgelehnt werden und bringt den Vorteil, zusätzliche Informationen zu erhalten. Zu guter Letzt werden in dem Abschlussgespräch die weiteren Einzelheiten und das weitere Vorgehen der Untersuchung geklärt. Es bietet sich auch an, nach zusätzlichen Dokumenten zu fragen, die für die Untersuchung wichtig sein könnten.¹³³

Die Voraussetzung für die Auswertung eines Experteninterviews ist die Transkription. Meuser und Nagel sind der Ansicht, dass ein aufwendiges Notationssystem beim Experteninterview überflüssig ist, da es vordergründig um den Informationsgehalt geht.¹³⁴ Die Transkription kann vollständig erfolgen oder es werden nur wesentliche Aussagen zusammengefasst. Die Transkription ist sehr zeitaufwändig. Gläser und Laudel haben das Verhältnis zwischen Interviewzeit und Transkription mit 1:4 bzw. 1:6 beurteilt.¹³⁵

5.3 Ablauf der Untersuchung

Zu Beginn des Forschungsprozesses stand die Literatur- und Internetrecherche. Dabei stellte sich heraus, dass das Thema SAPV ein sehr neues Gebiet in der Pflege ist und es somit nur wenige Publikationen gibt. Für die gesetzlichen Grundlagen wurden hauptsächlich die Richtlinien des GBA, die Gesetzestexte des SGB V sowie die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Rate gezogen. Weiterhin war die Internetplattform

¹³² Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 173-177.

¹³³ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 191-192.

¹³⁴ Vgl. Meuser, Michael und Nagel, Ulrike (2002): S. 83.

¹³⁵ Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): S. 193.

form „Beck Online“ eine große Hilfe. Das Hauptaugenmerk sollten jedoch die Umsetzungshindernisse der SAPV-RL, die kritische Auseinandersetzung mit diesen Richtlinien sowie der aktuelle Stand der Umsetzung in Mecklenburg-Vorpommern sein. Um darüber Informationen gewinnen zu können, sollten Interviews mit Experten durchgeführt werden. Zunächst wurde recherchiert, wer als Experte in Frage kommt. Dafür gab es folgende Auswahlkriterien: die befragten Experten sollten über Wissen zum Thema SAPV verfügen, die Experten sollten in der Palliativversorgung und in der Region Mecklenburg tätig sein. Im Laufe der Recherchen ergab sich eine weitere Idee für das Experteninterview. Es fiel auf, dass es in Mecklenburg-Vorpommern eine unterversorgte Region gibt, die weder über ein stationäres Hospiz, einen ambulanten Hospizdienst, noch über eine Palliativstation oder ein SAPV-Team verfügt. Die folgende Abbildung verdeutlicht dies:

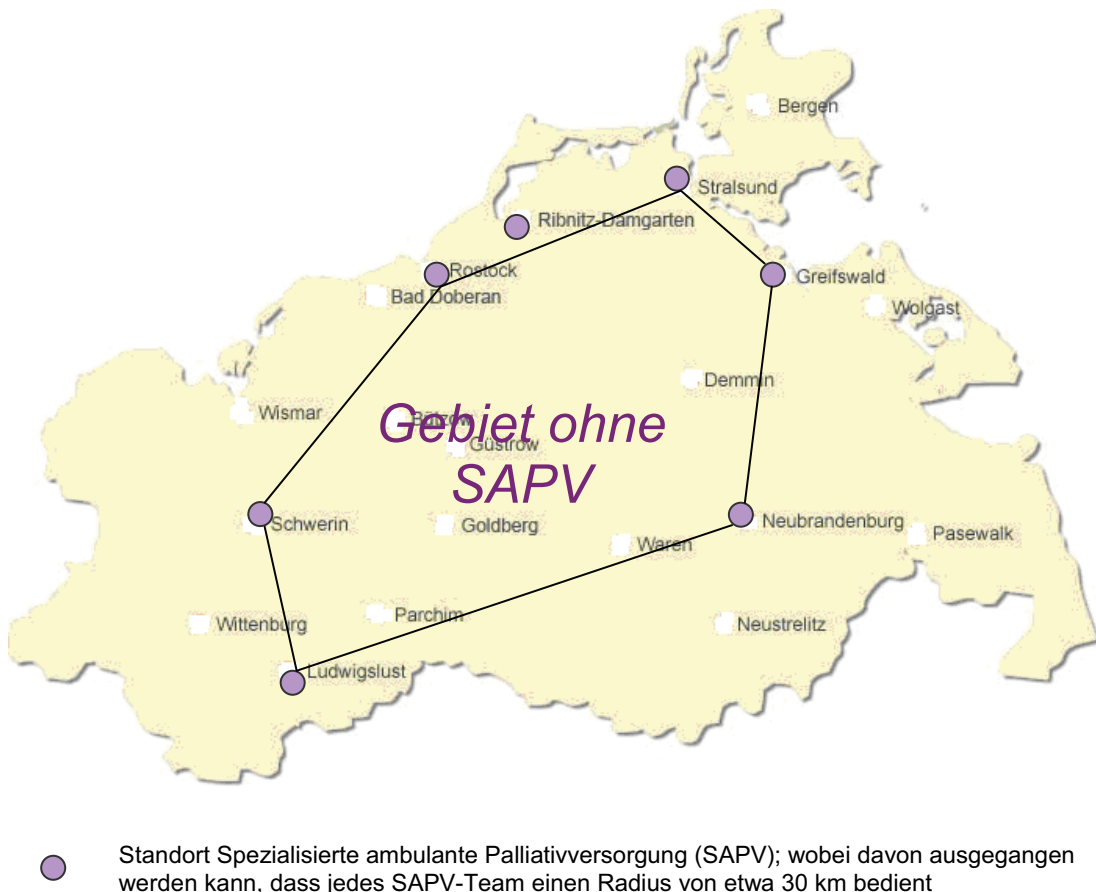


Abbildung 5: Übersichtskarte Mecklenburg-Vorpommern, Region ohne SAPV (eigene Darstellung, angelehnt an www.hospiz-mv.de)

So sollte auch aus dieser Region ein ambulanter Pflegedienst befragt werden, um sie den Inhalten der anderen Interviews gegenüber stellen zu können.

nen. Nachdem die möglichen Interviewpartner feststanden, wurde telefonisch Kontakt zu den Experten aufgenommen. Expertin ist einmal die Pflegedienstleiterin einer Sozialstation, welche in Kooperation mit einem Krankenhaus SAPV-Leistungen anbietet. Experte des zweiten geführten Interviews ist in einem Krankenhaus tätig, welches selbst SAPV-Leistungen anbietet. In den Telefongesprächen erfolgte jeweils die Vorstellung der Interviewpartner, Informationen zum Zweck der Interviews, die Frage nach der Bereitschaft der Experten zu Auskunft, sowie Informationen zum Ablauf der geplanten Interviews. Nach diesen Telefonaten wurde den möglichen Interviewpartnern der Interviewleitfaden per E-Mail zugesandt, damit sie sich einen ersten Überblick verschaffen konnten. Weiterhin hing von den Fragen oft ab, ob die Experten für ein Interview bereit waren. Die drei angefragten Experten aus dem Gebiet ohne SAPV waren leider nicht zum Interview bereit, nachdem der Interviewleitfaden vorgelegt worden war. Mit der Pflegedienstleitung eines Pflegedienstes ergab sich jedoch ein kurzes Telefongespräch, in dem sie ihre Meinung zum Thema äußerte. Dazu befindet sich im Anhang 5 ein Gedächtnisprotokoll, welches die Inhalte des Gespräches wiedergibt.

Der erstellte Interviewleitfaden, der den Experten im Vorfeld vorgelegt wurde, besteht aus drei Kategorien. Kategorie eins ist die sogenannte Einstiegsphase. Dabei werden leicht verständliche Fragen gestellt, um den Interviewten einen leichten Gesprächseinstieg zu ermöglichen. Der Leitfaden für die Interviews zu dieser Bachelorarbeit enthält in der Kategorie eins Angaben zum Interviewten (Wie lange sind Sie schon in der Palliativpflege tätig? etc.). In Kategorie zwei erfolgt die allgemeine Stellungnahme der Experten zur Bedarfsdeckung und Versorgung der SAPV in der jeweiligen Region und in ganz Mecklenburg-Vorpommern. Die konkreten Umsetzungshindernisse und Änderungsvorschläge wurden in Kategorie drei hinterfragt (siehe Anhang 2). Der Interviewleitfaden wurde den Experten angepasst und so um individuelle Fragen ergänzt, um besser auf die jeweiligen Umstände der Arbeit mit SAPV eingehen zu können. Die Fragen wurden offen und leicht verständlich formuliert, so wie es in einem Experteninterview verlangt wird. Nach einer kurzen Bedenkzeit, meldeten sich die potentiellen Gesprächspartner per E-Mail mit einem Terminvorschlag zurück oder es erfolgte ein weiterer Anruf unserer-

seits. Parallel zur Terminabsprache erfolgte die weiterführende Recherche zum Thema SAPV und zur Methodik des Experteninterviews.

Die Durchführung der Interviews erfolgte in vertrauter Umgebung der Experten, in beiden Fällen im Büro der Sozialstation bzw. des Krankenhauses. Nachdem die Experten ihre Zustimmung gaben, wurde das Interview aufgezeichnet, um den Verlust wichtiger Informationen zu vermeiden und um eine Rekonstruktion durchführen zu können. Die Interviewpartner nahmen sich Zeit für die Interviews und waren an dem Thema sehr interessiert. Um die gewonnenen Informationen aufzuarbeiten, wurden beide Interviews transkribiert. Die Übersetzung der verbalen Informationen erfolgte in normales Schriftdeutsch. Gesprächspausen und charakteristische Eigenschaften, wie schniefen, lachen o. ä. wurden gestrichen, da das Thema der Befragung im Vordergrund stand. Den Befragten wurde Anonymität zugesichert, sodass alle Namen und Orte anonymisiert dargestellt sind.

6 Ergebnisse und Interpretation

Die Umsetzungshindernisse nach § 37 b SGB V und der SAPV-RL sollen anhand der Vergleiche zwischen den theoretischen Vorannahmen und der Ergebnisse der Experteninterviews herausgestellt werden.

Die theoretischen Vorannahmen lauteten:

1. SAPV-Teams eröffnen vor allem im Bereich großer Krankenhäuser.
2. In ländlichen Regionen herrscht daher eine Unterversorgung mit SAPV-Leistungen.
3. Es wird vermutet, dass die umfangreichen Fortbildungskosten und Fortbildungsvoraussetzungen ein Grund dafür sind, dass bisher so wenige SAPV-Teams gegründet wurden.
4. Es wird angenommen, dass finanzielle Anreize eine Rolle bei der Gründung von SAPV-Teams spielen.¹³⁶

Die einleitenden Fragen zum Interviewpartner werden im Folgenden nicht ausgewertet, da Sie lediglich dem Zweck dienten, einen Bezug zum Thema herzustellen. Nach Glaser und Strauss wurden die verschiedenen Phasen des Kodierens durchlaufen:

6.1 Erste Phase: offenes Kodieren (open coding)

In dieser Phase wurde versucht, die gewonnenen Daten „aufzubrechen“, das heißt aus einer neuen Ebene zu betrachten. Das sensibilisierende Konzept als Kontextwissen stützt dabei die Auswertung der Daten. Im Sinne der Fragestellung wurde daher versucht, die Aussagen der einzelnen Interviews in Kernaussagen zusammenzufassen.¹³⁷

Kernaussagen Interview 1

1. Die Kooperation mit einem großen Krankenhaus in der Nähe ist wichtige Voraussetzung, um SAPV-Leistungen anbieten zu können (Vgl. Zeile 13 f.) ⇒ theoretische Vorannahme 1

¹³⁶ siehe auch Anhang 1

¹³⁷ Vgl. Alheit, Peter (1999): S.

2. Der Kooperationsvertrag ist abhängig vom Vorhalten einer ausgebildeten Palliative-Care-Fachkraft (Vgl. Zeile 85 f., 98) ⇒ theoretische Vorannahme 3
3. Die konkreten Probleme in der Umsetzung der SAPV-RL liegen in der kostenintensiven Ausbildung (Kursgebühren, Mehrstunden für Pflegefachkräfte, Ausfallzeit während Praktikum) einer Palliative-Care-Fachkraft (Vgl. Zeile 47 ff.) ⇒ theoretische Vorannahme 3
4. Der Bedarf an SAPV ist noch zu gering, als dass ein Pflegedienst damit Gewinn machen könnte (Vgl. Zeile 62 f.) ⇒ theoretische Vorannahme 4
5. Die SAPV-RL sollten dahingehend verbessert werden, dass das Praktikum abhängig von der Vorerfahrung der Palliative-Care-Fachkraft individuell verkürzt werden kann (Vgl. Zeile 104 ff.) ⇒ theoretische Vorannahme 3
6. Die SAPV-RL sollten dahingehend verbessert werden, dass das Genehmigungsverfahren von SAPV-Leistungen durch den Arzt vereinfacht wird (Vgl. Zeile 160 f.)
7. Der Runde Tisch Palliativversorgung hat die SAPV-Situation in Mecklenburg-Vorpommern bisher nicht positiv beeinflussen können (Vgl. Zeile 233 ff.)
8. Die SAPV trägt zur Professionalisierung des Pflegeberufes bei (Vgl. Zeile 312 ff.)
9. Die Mitarbeiter einer Sozialstation verfügen über eine höhere, durch die Vielfältigkeit der Aufgaben und den hohen Grad an Selbständigkeit erworbene, Fachkompetenz als Mitarbeiter in spezialisierten Pflegeeinrichtungen (Vgl. Zeile 109 ff.)

Kernaussagen Interview 2

1. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und SAPV-Team ist wichtig, damit Patienten umfassend betreut werden können (bspw. schnelle Krankenhauseinweisung, Überleitung, Verlaufsbeobachtung) (Vgl. Zeile 25 f., 37 f.) ⇒ theoretische Vorannahme 1

2. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im SAPV-Team erfolgt, um den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Zum Team gehören beispielsweise das Krankenhaus, Ökotrophologen, Physio- und Ergotherapie, Seelsorge, ambulanter Hospizdienst, Hausärzte, Apotheken, Psychologen etc. (Vgl. Zeile 56 ff.) ⇒ theoretische Vorannahme 1
3. Ein Krankenhaus schließt mit mehreren Sozialstationen im Versorgungsradius Kooperationsverträge, um den Bedarf sicherstellen zu können (Vgl. Zeile 77 ff.) ⇒ theoretische Vorannahme 1
4. In den ländlichen Gebieten herrscht eine Unterversorgung mit SAPV-Leistungen (Vgl. Zeile 154 f.) ⇒ theoretische Vorannahme 2
5. Die Betreuung durch ein SAPV-Team kann die Krankenhauseinweisung eines Patienten verhindern (Vgl. Zeile 193)
6. Die umfangreichen personellen Zugangsvoraussetzungen (ärztliche und pflegerische) sind ein Grund dafür, dass sich bisher so wenige SAPV-Teams etabliert haben (Vgl. Zeile 198 f.) ⇒ theoretische Vorannahme 3
7. Ein SAPV-Netz bzw. Zentrum (Krankenhaus, SAPV-Team, Hausärzte, kooperierende Sozialstationen) ist ideale Voraussetzung zur Versorgung dieser speziellen Patientengruppe in finanzieller und personeller Hinsicht (Vgl. Zeile 277 ff.) ⇒ theoretische Vorannahme 1
8. Die Versorgung mit SAPV ist ohne unterstützende Angehörige in der Häuslichkeit nicht möglich (Vgl. Zeile 315 ff.)
9. Die Qualifikationsvoraussetzungen der SAPV-RL sind unabdingbar zur Mitarbeit in einem SAPV-Team; abhängig von der individuellen Vorerfahrung der Palliative-Care-Fachkraft bzw. des Palliativmediziners könnte lediglich die Hospitations-/Praktikumsdauer angepasst werden (Vgl. Zeile 404) ⇒ theoretische Vorannahme 3
10. Die SAPV-Teams benötigen hausärztliche Befugnisse (zum Beispiel Möglichkeit der Krankenhaus-Einweisung, Ausstellung von Transportscheinen), um schnell und unbürokratisch arbeiten zu können (Vgl. Zeile 418 ff.)

6.2 Zweite Phase: axiales Kodieren (axial coding)

In dieser Phase werden die „charakterisierten Fälle“ oder „Fallkonstellationen“ (in diesem Fall die Kernaussagen der Interviews) um eine „theoretische Achse herumgruppiert“. Dabei wird zudem das Verfahren des permanenten Vergleichs angewandt: am Datenmaterial sollen Kontraste und Ähnlichkeiten herausgefiltert werden.¹³⁸

In dieser Phase des Kodierens wurde versucht, die Kernaussagen der Interviews mit den theoretischen Vorannahmen in Einklang zu bringen. Den Kernaussagen der Interviews unter Punkt 6.1 wurde daher jeweils die passende theoretische Vorannahme zugeordnet.

Im ersten Interview konnten alle theoretischen Vorannahmen bestätigt werden. Zudem konnten neue Annahmen (die „Ergebnisannahmen“) herausgefiltert werden:

- Der Runde Tisch Palliativversorgung hat die SAPV-Situation in Mecklenburg-Vorpommern bisher nicht positiv beeinflussen können (Kernaussage 7).
- Die SAPV trägt zur Professionalisierung des Pflegeberufes bei (Kernaussage 8).
- Als Verbesserungsvorschlag konnte herausgefiltert werden: eine ausgebildete Palliative-Care-Fachkraft fungiert in der Sozialstation als Koordinator der SAPV-Leistungen. Da die Mitarbeiter einer Sozialstation über eine hohe Fachkompetenz verfügen und in allen Situationen allein und verantwortungsvoll reagieren können müssen, sind diese Mitarbeiter zumindest nach dem Palliative-Care-Kurs im Umfang von 160 Stunden in der Lage, diese Patientengruppe adäquat zu versorgen. Der Koordinator hingegen übernimmt organisatorische Aufgaben und die monatlichen Fallbesprechungen mit dem Kooperationspartner Krankenhaus.

Im zweiten Interview konnten nur die ersten drei theoretischen Vorannahmen bestätigt werden. Es wird vermutet, dass finanzielle Aspekte aus dem Blick-

¹³⁸ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 16.

winkel einer großen stationären Einrichtung eine weniger gewichtete Stellung einnehmen als eine Sozialstation als eigenständig agierendes wirtschaftliches Unternehmen. Als zusätzliche Ergebnisannahmen konnten herausgefiltert werden:

- Die Betreuung durch ein SAPV-Team kann die Krankenhauseinweisung verhindern (Kernaussage 5).
- SAPV ist ohne unterstützende Angehörige nicht möglich (Kernaussage 8).
- SAPV-Teams benötigen hausärztliche Befugnisse, um schnell und unbürokratische auf geänderte Patientenbedürfnisse reagieren zu können (Kernaussage 10).

Auffallend war, dass trotz der gleichen Hauptkategorien im Leitfaden des Interviews die Interessen beider Interviewpartner unterschiedlich gesetzt wurden. Im ersten Interview bestand der Fokus in der dritten theoretischen Vorannahme, im zweiten Interview konnten die meisten Kernaussagen der ersten theoretischen Vorannahme zugeordnet werden. Diese Auffälligkeit stützt die formulierte Theorie im Anschluss an den Kodierprozesses.

6.3 Dritte Phase: selektives Kodieren (selective coding)

Diese Phase bildet die Grundlage für die Ausformulierung einer „Theorie mittlerer Reichweite“ (middle range theory), einer gegenstandsbezogenen Theorie. Es soll demnach eine „Kernkategorie“ (core category) formuliert werden, auf die alle bisher formulierten Kategorien bezogen werden können.¹³⁹

Zu Beginn des Forschungsprozesses fokussierten sich die theoretischen Vorannahmen auf die Umsetzungshindernisse der SAPV-RL. Dies sollte Ergebnis der Arbeit sein: worin liegen die konkreten Umsetzungsschwierigkeiten? Durch das Finden und Ordnen von Kategorien der durchgeführten Experteninterviews, sowie den systematischen Vergleich der Kategorien mit den theoretischen Vorannahmen kam es, ganz im Sinne der *Grounded Theo-*

¹³⁹ Vgl. Alheit, Peter (1999): S. 17.

ry, zu einem spiralförmigen Lernprozess. Im Ergebnis konnte folgende Kernkategorie formuliert werden:

Grundlage für die unterschiedliche Gestaltung der SAPV-Versorgung sind die organisatorischen Hintergrundbedingungen der anbietenden Dienste.

Aufgrund dieser Aussage ließ sich die gegenstandsbezogene Theorie ableiten: optimale Voraussetzungen für den Aufbau eines SAPV-Teams sind ein großes Krankenhaus mit onkologischer/ palliativer Station, ein stationäres Hospiz, sowie die ambulante Hospizbetreuung im näher gelegenen Umfeld.

Das Krankenhaus als Träger des SAPV-Teams bietet zahlreiche Vorteile: unter anderem verfügen die Mitarbeiter von Palliativstationen in der Regel über die Weiterbildung Palliative-Care; zudem erübrigt sich ein Praktikum durch die Mitarbeit auf der Station („Ich bin seit zehn Jahren in der Palliativpflege tätig...“¹⁴⁰). Des Weiteren ist ein SAPV-Team, das an ein Krankenhaus angegliedert ist, relativ unabhängig von ökonomischen Vorgaben (Kostendeckung, Auslastung). Im Falle unseres Interviewpartners arbeiteten die Palliative-Care-Fachkräfte noch in halbem Stundenumfang auf der Station („So war das mal gedacht, dass wir 50/ 50 arbeiten auf Station und ambulant.“¹⁴¹). Daneben verfügt ein Krankenhaus als Träger eines SAPV-Teams über umfangreiche Standortvorteile: das interdisziplinäre Team lässt sich durch Kollegen anderer Stationen zusammenstellen und bei Bedarf anfordern (Psychologen, Ökotrophologen, Seelsorger etc.¹⁴²). Zudem können die Patientinnen und Patienten durch das eigene SAPV-Team weiter betreut werden, es entfallen Überleitungen oder zeitintensive Kennenlernphasen, die zudem die Erkrankten weiter belasten könnten. Grundsätzlich kann demnach davon ausgegangen werden, dass ein Krankenhaus über optimale Rahmenbedingungen verfügt, um ein SAPV-Team aufzubauen und zu unterhalten. Dies bestätigt auch die Expertin im zuerst durchgeführten Interview („Also diese SAPV-Versorgung, ist ganz eng mit X zusammen und für unsere Regi-

¹⁴⁰ Interview 2, Zeile 10.

¹⁴¹ Interview 2, Zeile 21 f.

¹⁴² Interview 2, Zeile 56 f.

on haben wir das hier so federführend mitgemacht...“¹⁴³). Die Sozialstation versorgt als Kooperationspartner Patientinnen und Patienten im Auftrag des Krankenhauses und rechnet die erbrachten Leistungen auch über den Partner ab.

Ein großes Problem stellt neben den umfangreichen Voraussetzungen im Bereich der Pflege auch die Besetzung der ärztlichen Stelle dar. Während das Krankenhaus einen eigenen Palliativmediziner beschäftigt, muss die Sozialstation auf die jeweiligen Hausärzte mit Palliativweiterbildung „zurückgreifen“. Dies erschwert die Koordination der zu erbringenden Leistungen, da einerseits nicht jeder Patient einen Hausarzt mit Fachweiterbildung hat und andererseits die ausgebildeten Ärzte auch begrenzte zeitliche Kapazitäten haben.

Hindernisse beim Aufbau eines SAPV-Teams können auch daraus abgeleitet werden, dass es sich im Rahmen der Interviewanfragen schwierig gestaltete, einen geeigneten Gesprächspartner in der Region ohne SAPV-Versorgung zu finden. Die drei angefragten Sozialstationen lehnten ein Gespräch mit der Begründung ab, zu wenig zum Thema aussagen zu können. Daraus lässt sich vermuten, dass das Thema SAPV die Region noch nicht erreicht hat. Unabhängig davon, wie gut die Kooperation mit den jeweiligen Hausärzten gelingt (siehe Anlage 5), sollte den Patientinnen und Patienten nicht bereits im Vorfeld die Möglichkeit genommen werden, SAPV-Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Da jedoch keine stationäre Palliativversorgung in dieser Region angeboten wird, gestaltet sich auch der Aufbau eines Palliativnetzwerks schwierig. Wie bereits erläutert, sind die anbietenden Dienste aufeinander angewiesen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten optimal gewährleisten zu können.

Im Ergebnis stützt die entstandene Kernkategorie die im Vorhinein formulierten theoretischen Vorannahmen. Eine flächendeckendes Angebot an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern hängt eng mit dem vorhandenen stationären Versorgungsangebot zusammen, so-

¹⁴³ Interview 1, Zeile 13 ff.

lange noch nicht genügend niedergelassene Kassenärzte über die entsprechende Weiterbildung zum Palliative-Care-Facharzt verfügen. Die Sozialstationen des Landes hingegen scheitern an den umfangreichen Fortbildungsvoraussetzungen. Dabei liegt es weniger an der Pflichtfortbildung im Umfang von 160 Stunden, sondern vielmehr an dem abzuleistenden Praktikum von sechs Monaten. Die Befragung des Runden Tisches Palliativversorgung stützt diese Aussage: bis 2013 wollen über 60 % der befragten Pflegedienste ausgebildetes Personal vorhalten; dabei halten fast alle Dienste (87%) die Realisierung des Praktikums für nicht möglich; vorstellbar wäre lediglich eine vierwöchige Hospitation auf einer Palliativstation.¹⁴⁴

6.4 Empfehlungen

Die Empfehlungen, die sich aus der Auswertung der Interviews ergeben, betreffen vor allem die Entwicklung einer angemessenen und vor allem zugänglichen Palliativversorgung im ambulanten Bereich. Das SAPV-Netz sollte unabhängig von der örtlichen Nähe zu einer Palliativstation ausgebaut werden. Daneben ist auch die Vernetzung der gegebenen Strukturen unumgänglich, um die Koordination und Kommunikation zugunsten der Patientinnen und Patienten zu vereinfachen. Es sollte möglich sein, direkt nach der Krankenhausentlassung SAPV-Leistungen in Anspruch zu nehmen und die erneute Krankenhauseinweisung, soweit wie möglich, zu verhindern. Dazu muss in erster Linie qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal für die Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgebildet und vorgehalten werden. Die Thematik der Palliative-Care sollte aufgrund ihrer zunehmenden Bedeutung in das Medizinstudium sowie die pflegerische Ausbildung aufgenommen werden.¹⁴⁵ Dies fordert auch die Enquete-Kommission: zumindest Grundkenntnisse der palliativen Medizin und Pflege gehören zu den Kernkompetenzen der Kranken- und Altenpflegefachkräfte. „Schmerzen und belastende Symptome im Verlauf typischer altersbedingter chronischer Erkrankungen sowie Sterben und Tod gehören zum Pflegealltag in den Alten- und Pflegeeinrichtungen. Dieser Realität sind die Pflegenden durch personelle

¹⁴⁴ Vgl. Runder Tisch, Kooperation der SAPV-Teams mit ambulanten Pflegediensten; 2010

¹⁴⁵ Vgl. auch Bachelorarbeit Julia Kaiser: Analyse der SAPV-RL

Engpässe, aber auch durch mangelnde Ausbildung in palliativer Pflege oft nicht gewachsen.¹⁴⁶

Das sechsmonatige Praktikum kann darüber hinaus kaum verwirklicht werden. In den durchgeführten Interviews konnte herausgestellt werden, dass ausgebildete Palliative-Care-Fachkräfte oftmals nur über ein vierwöchiges Praktikum verfügen. Ob dies von den Krankenkassen anerkannt ist oder ob es sich dabei um individuelle Absprachen handelt, konnte im Rahmen der Untersuchung nicht ermittelt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass mehr Pflegefachkräfte über die Zusatzweiterbildung verfügen würden, wenn die Zugangsvoraussetzungen nicht so hoch wären. Es lässt sich jedoch nicht leugnen, dass die Arbeit mit sterbenskranken Patientinnen und Patienten eine gewisse Ausbildung voraussetzt. Eventuell könnte den Pflegefachkräften Vorerfahrung angerechnet werden, um den Titel Palliative-Care-Fachkraft führen zu dürfen. Ein anderes Modell könnte so gelingen, dass in gewissen Zeitabständen Kolloquien oder ein Erfahrungsaustausch durchgeführt wird, um voneinander lernen zu können. Denn die Ausbildung sollte mit dem Erwerb des Titels nicht beendet sein.

Die interviewte Pflegedienstleitung der Sozialstation machte zudem folgenden Vorschlag: eine ausgebildete Palliative-Care-Fachkraft fungiert in der Sozialstation als Koordinator der SAPV-Leistungen. Da die Mitarbeiter einer Sozialstation über eine hohe Fachkompetenz verfügen und in allen Situationen allein und verantwortungsvoll reagieren können müssen, sind diese Mitarbeiter zumindest nach dem Palliative-Care-Kurs im Umfang von 160 Stunden in der Lage, diese Patientengruppe adäquat zu versorgen. Der Koordinator hingegen übernimmt organisatorische Aufgaben und die monatlichen Fallbesprechungen mit dem Kooperationspartner Krankenhaus (vgl. Punkt 6.2 axiales Kodieren).

Der Runde Tisch Palliativversorgung Mecklenburg-Vorpommern sollte sich häufiger treffen, um Probleme zeitnah ansprechen und darauf reagieren zu

¹⁴⁶ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 71 ff.

können. Dies könnte die Kommunikation unter allen Beteiligten verbessern und der Bildung eines flächendeckenden Netzes Palliativversorgung Mecklenburg-Vorpommern zugute kommen. Ganz besonders betrifft dies die Bereiche, die bislang noch nicht in die bestehende Versorgungsstruktur integriert werden konnten (Vgl. Abbildung 5).

Bei der Suche nach einem geeigneten Interviewpartner für das Gebiet ohne ausreichende SAPV-Abdeckung ist zudem aufgefallen, dass verbreitet noch Unsicherheiten zu diesem Thema bestehen. Dies könnte beispielsweise daran liegen, dass wenig Kenntnis zum Sachverhalt besteht, bisher keine Auseinandersetzung mit dem Thema notwendig wurde, weil kein Bedarf bestand oder weil einfach keine Möglichkeit besteht, diese Leistungen anzubieten. Das Thema SAPV müsste präsenter werden. Anzustreben wäre ein Netz, wie es in vielen anderen Ländern der Welt besteht: der Begriff Palliative-Care umfasst dabei die Pflege auf der Station im Krankenhaus, zu Hause und im Hospiz. Beispielsweise ist in Belgien ein sogenannter Konsiliardienst pro 300.000 Einwohner vorgeschrieben, der aus einem Arzt, einer Pflegeperson sowie einem Psychologen besteht, um die Betreuung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Darüber hinaus gibt es ein flächendeckendes System aus Palliativbetten und ambulanten Diensten. Hospize, wie wir sie hier kennen, existieren nicht.¹⁴⁷

Da darüber hinaus viel vom Hausarzt abhängt, müsste die Aufklärung über Leistungen und Leistungsansprüche auch in diesem Bereich sichergestellt werden. Zu viele Hausärzte haben über die SAPV noch keine umfassende Kenntnis und können diese daher auch nicht adäquat verordnen (Vgl. auch Punkt 3.2 Kritische Auseinandersetzung mit der SAPV-RL).

Im zweiten Experteninterview wurden zudem die Angehörigen der Patientinnen und Patienten als Stütze der Pflege hervorgehoben. Es sollte daher arbeitenden Angehörigen ermöglicht werden, während der Pflege eine Karenzzeit nehmen zu können, um dem Sterbenden den Aufenthalt zu Hause überhaupt ermöglichen zu können. So einen Anspruch gibt es beispielsweise in

¹⁴⁷ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 41.

Frankreich. Dort wurde 1999 ein wegweisendes „Palliativgesetz“ verabschiedet, welches folgende Ansprüche garantiert: jeder Mensch, dessen Zustand es erfordert, hat Anspruch auf Palliativversorgung; Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Palliativversorgung zu ermöglichen und jeder Arbeitnehmer hat Anspruch auf drei Monate unbezahlten Urlaub zur Sterbegleitung eines nahen Angehörigen; darüber hinaus besteht während dieser Zeit Kündigungsschutz und soziale Absicherung.¹⁴⁸

Zusammenfassend lässt sich herausstellen, dass der § 37 b SGB V die Versorgung sterbenskranker Patientinnen und Patienten in Deutschland verbessern konnte; das vorrangige Ziel der Verbesserung der Lebensumstände am Lebensende stand bei der Gesetzgebung im Vordergrund. Bislang gibt es jedoch noch Schwierigkeiten, das Gesetz flächendeckend umzusetzen. Das Thema Palliativversorgung müsste umfassender und komplexer als eigener Bestandteil des Gesundheitssystems in das SGB V aufgenommen werden, um die Vernetzung der vorhandenen Strukturen zu einem Palliativnetzwerk voranzutreiben.

¹⁴⁸ Vgl. Zwischenbericht Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: S. 44.

7 Fazit

„... wir sind auf unserem Weg vorangekommen, aber noch weit vom Ziel eines adäquaten, flächendeckenden Versorgungssystems für Sterbende und Schwerkranke entfernt.“¹⁴⁹

Das Thema Palliativversorgung wird oft vor dem Hintergrund einer sich stetig weiterentwickelnden Medizin betrachtet und diskutiert. Die Lebenserwartung steigt ständig weiter nach oben; was natürlich auch mit der Hoffnung nach einem gesunden Älterwerden einhergeht. Doch viele ältere Menschen leiden an chronischen Erkrankungen oder sind sogar multimorbide. Gerade am Lebensende beschäftigen sich Schwerkranke mit der Frage nach einem menschenwürdigen Sterben. Dabei sind der Wunsch nach Schmerzfreiheit, Begleitung durch Angehörige und der möglichst lange Verbleib in der Häuslichkeit die gewichtigsten Themen. Die Antwort darauf ist die Betreuung durch Palliativmedizin und -pflege, die dazu einen wesentlichen Teil beitragen kann. Das Sterben soll aus dem Krankenhaus wieder in die Häuslichkeit gebracht werden.

Derzeit befindet sich die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland noch in der Entwicklung. Dies betrifft vor allem den Ausbildungsstand von Fachärzten und Pflegekräften sowie die Organisationsstruktur der anbietenden Dienste. Gerade in Mecklenburg-Vorpommern ist noch eine zu große Fläche völlig unversorgt von palliativen sowie hospizlichen Angeboten.

Zudem ist die Trennung von Hospiz- und Palliativpflege und -medizin nicht mehr zeitgemäß und wird nur noch in Deutschland vorgenommen. Hospize fallen unter das Heimgesetz und unterliegen der Heimaufsicht, dies sollte vom Gesetzgeber überdacht werden.

¹⁴⁹ Davy, John und Ellis, Susan (2010): S.11.

„Wir machen ein Leben lang die merkwürdigsten Dinge, um eine hohe Lebensqualität zu erreichen. Und am Ende verrecken wir irgendwo, weil wir uns weigern, darüber nachzudenken, wie das Leben enden soll. Wir ignorieren den Tod, doch bisher hat ihn keiner überlebt. Ich habe auch nie darüber nachgedacht, doch jetzt prasseln die Fragen auf mich ein.

Warum gibt es mehr Geburtshelfer als Sterbehelfer?

Wie will ich selbst sterben?

Will ich von Maschinen am Leben gehalten werden?

Spende ich meine Organe?

Wieso habe ich nie mit Far darüber geredet?

Da liegt er. Bleich. Sein Gesicht verzerrt. Hilflos. Lustlos. Zum ersten Mal seit mehr als siebzig Jahren wieder auf Hilfe angewiesen. Ja, ich bin sein Sohn.

Er hat alles für mich getan. Zeit, etwas für ihn zu tun.“

(Michel Birbæk, „Beziehungswaise“)

Quellenverzeichnis

Literatur

Alheit, Peter (1999): „Grounded Theory: Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse. Göttingen.

Bennert, Patricia et al. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern.

Michel Birbæk (2009): Beziehungswaise. Bastei Lübbe.

Bortz, Jürgen und Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften. 4. Auflage. Heidelberg.

Davy, John und Ellis, Susan (2010): Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. 3. Auflage. Bern.

Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden.

Hach, Michaela (2011): SAPV - Welche Rolle hat die Pflege? In: Die Schwester Der Pfleger. 50. Jahrg. 03/ 2011, S. 268- 270.

Pleschberger, Sabine (2007): Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Lehrbuch Palliative Care. Knipping, Cornelia (Hrsg.). 2. Auflage. Bern.

Schindler, Thorsten (2006): Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 11/ 2006. Springer Verlag.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin (2010): Statistisches Jahrbuch 2010.

Steffen-Bürgi, Barbara (2007): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Lehrbuch Palliative Care. Knipping, Cornelia (Hrsg.). 2. Auflage. Bern.

Internetquellen

Caspers-Merk, Marion (2008): Schriftliche Stellungnahme zu Anfragen der Bundestagsabgeordneten Birgitt Bender, Arbeitsnummern 8/225 und 8/226; 03.09.2008. Unter: <http://palliativnetz-witten.de/websitebaker/pages/home/dokumente-presse.php>. Letzte Änderung: 03.09.2008. Datum des Abrufs: 21.10.2011.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2008): Gemeinsame Hinweise von DPV und DHPV zur Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 37 b, 132 d und 92 SGB V und Eckpunkte für einen Mustervertrag. Unter: http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2008-11-28_gem-hinweise-sapv-dgp-dhvp.pdf. Letzte Änderung: 28.11.2008. Datum des Abrufs: 21.10.2011.

Dr. med. Bastian Steinberg und Dr. jur. Holtappels, Peter (2009): Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung „SAPV“. Entstehungsgeschichte, Definitionen und Zweifelsfragen. Unter: www.palliativ-rissen.de. Datum des Abrufs: 15.11.2011.

Dr. Schneider, N. et al (2011): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - Die Erwartung von Hausärzten. In: Der Schmerz. Online publiziert am 20.03.2011. Unter: www.springer-verlag.de. S. 166 - 173. Letzte Änderung: 20.03.2011. Datum des Abrufs: 31.10.2011.

Engel, Harold; AOK Bayern (2010): Abgrenzung SAPV/ AAPV. Unter: http://www.stmug.bayern.de/gesundheits/krankenhaus/aktuell/doc/sapv_2010_12_17/harold_engel.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2010. Unter: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3048/Bericht-SAPV-Evaluation_2010.pdf. Letzte Änderung: 04.07.2011. Datum des Abrufs: 02.10.2011.

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 71. Ergänzungslieferung (2011) Unter: http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata\komm\kasskosgb_71\sgb_v\cont\kasskosgb.sgb_v.p37b.

Kaiser, Julia (2009): Bachelorarbeit. Analyse der SAPV-Richtlinien. Hochschule Neubrandenburg.

Ney, Nathalie et al. (2007): Leitfadeninterview am Beispiel des Experteninterviews. Unter: www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/personen/weyerss/SoSe_07MeS/Handout_Leitfadeninterview_netz.pdf. Datum des Abrufs: 08.11.2011.

Spickhoff Medizinrecht § 37 b SGB V, 1. Auflage, 2011. Unter: http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata\komm\spickhoffkomedr_1\sgb_v\cont\spickhoff_komedr.sgb_v.p37b.htm

SAPV-Vertrag der Primärkassen („vdek-Mustervertrag“). Unter: http://www.ag-sapv.de/tl_files/public/mustervertraege/2009-07_Hessen_Primaerkassen_AOK_IKK.pdf. Letzte Änderung: 23.07.2009. Datum des Abrufs: 31.10.2011.

WHO - World Health Organization: Definition of palliative care (2002): <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. Datum des Abrufs: 28.10.2011.

Rechtsquellen

Deutscher Bundestag, Drucksache 15/ 5858 (15. Wahlperiode) vom 22.06.2005: Zwischenbericht der Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Deutscher Bundestag, Drucksache 16/ 3100 (16. Wahlperiode) vom 24.10.2006: Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/ CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG).

Deutscher Bundestag, Drucksache 16/ 8042 (16. Wahlperiode) vom 13.02.2008: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Ben-

der, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen - Drucksache 16/ 7936 - Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Gemeinsame Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 132 d Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/ SAPV-RL) vom 20.12.2007. Veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911. Zuletzt geändert am 15.04.2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010, S. 2190, in Kraft getreten am 25.06.2010.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), vom 20.09.1988. In: BGBl. Teil I, 1988, S. 2477, zuletzt geändert durch Art.1 Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009. In: BGBl. Teil I, 2009, S. 2495.

Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007.

Anhang 1: theoretische Vorannahmen

Umsetzungshindernisse des § 37 b SGB VI/ SAPV-RL

1. Wir vermuten, dass SAPV-Teams gehäuft in der Nähe großer Kliniken eröffnen.
2. Daraus lässt sich vermuten, dass in ländlichen Gebieten eine Unterversorgung mit Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gegeben ist.
3. Wir vermuten, dass die umfangreichen Fortbildungskosten und Fortbildungsvoraussetzungen dafür verantwortlich sind, dass sich so wenige SAPV-Teams etabliert haben.
4. Wir nehmen an, dass unter anderem, finanzielle Anreize eine Rolle bei der Gründung von SAPV-Teams spielen.

Anhang 2: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden: Umsetzungshindernisse des § 37 b SGB V/ SAPV-RL

Kategorie 1: Angaben zum Interviewten

Seit wann sind Sie in der Palliativpflege tätig?

Betreuen Sie selbst Klienten in der letzten Lebensphase?

Kategorie 2: allgemeine Stellungnahme zum aktuellen Stand der SAPV

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im neu eröffneten „Zentrum für Palliativmedizin“?

In einem bereits geführten Interview haben wir erfahren, dass das Team der SAPV in Neubrandenburg mit anderen SST Kooperationsverträge geschlossen hat. Welche SST sind dies und wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im Einzelnen?

Wie schätzen Sie selbst die Versorgung durch SAPV-Teams in dieser Region ein? In Mecklenburg-Vorpommern allgemein?

Wie groß ist der Aktionsradius Ihres SAPV-Teams?

Kategorie 3: konkrete Umsetzungshindernisse der SAPV-RL

Was denken Sie, worin liegen konkrete Umsetzungshindernisse bei der täglichen Arbeit im SAPV-Team?

Welche Gründe gibt es aus Ihrer Sicht, warum SAPV-Leistungen noch nicht flächendeckend angeboten werden können? Oder können Sie sich vorstellen, warum Pflegedienste Schwierigkeiten haben, die SAPV-RL umzusetzen?

Wenn Sie die Möglichkeit hätten, die SAPV-RL zu verändern, was würden Sie verändern bzw. ergänzen?

Anhang 3: Transkription Interview 1

Interviewprotokoll

Interviewnummer:	1
Datum des Interviewtages:	01.11.2011
Interviewzeit:	14:00 - 15.15 Uhr
Aufnahmedauer:	28:54 Minuten
Name des Befragten:	Experte 1
Ort des Interviews:	Büro des Experten
Interviewer:	Juliane Schulze und Ilka Hinrichs
Methode:	Leitfadengestütztes Experteninterview
Art des Interviews:	Persönliches Interview
Einverständnis zur Aufzeichnung des Interviews:	Das Einverständnis wurde im Vorhinein mündlich gegeben.
Besonderheiten:	<ul style="list-style-type: none">-hat sich Zeit genommen für das Interview- es war ein ruhiges, sachliches Interview- es waren zwei kleine Unterbrechungen- die nicht relevanten Informationen wurde für die Auswertung gekürzt- um die Anonymität zu wahren, wurden Namen, Funktionen, Städte verändert

Transkriptionsprotokoll

Name des Transkribierenden:	Juliane Schulze
Beginn und Ende der Transkription:	02.11.2011- 02.11.2011
Protokolltechnik:	Übertragung in normales Schriftdeutsch; Gesprächspausen, charakteristische Handlungen z.B. schniefen etc. werden nicht mit transkribiert

1 **J: Also unsere erste Frage wäre ja, betreuen Sie selbst Klienten in der letzten**
2 **Lebensphase?**

3 A: Ja, auf jeden Fall.

4 **J: Und sind das auch SAPV- Verordnungen oder eher die allgemeine palliative**
5 **Versorgung?**

6 A: Ganz viel ist die allgemeine letzte Lebensphase, ne? Also die palliative Versor-
7 gung greift eigentlich mehr oder weniger für die, ja, Krebspatienten, also die onko-
8 logischen Patienten. Und dann ist es ja auch eine Sache, inwieweit gehen die Kas-
9 sen damit, inwieweit genehmigen die Kassen die SAPV- Versorgung. Aber haupt-
10 sächlich versorgen wir natürlich, die in der allgemein letzten Lebensphase.

11 **J: Und wie würden Sie selbst die Versorgung durch SAPV-Teams jetzt in Ihrer**
12 **Region hier einschätzen?**

13 A: Na das machen wir selbst. Also diese SAPV-Versorgung , ist ganz eng mit X
14 zusammen und für unsere Region haben wir das hier so federführend mitgemacht
15 und wenn SAPV-Versorgung ist, dann machen wir die und dann ist die auch recht
16 gut, also denk ich jedenfalls, dass wir das hier gut hinkriegen. Also X hat sich noch
17 nie beschwert, das Krankenhaus, also die SAPV-Abteilung, die war immer sehr
18 zufrieden und dankbar für die Zusammenarbeit und das denke ich mal, spricht da-
19 für, dass wir das gut machen.

20 **J: Und wie groß ist Ihr Einzugsgebiet, dann jetzt?**

21 A: Oh Gott, A-Dorf, sagt Ihnen das was?

22 I&J: Ja.

23 A: Dann runter bis B-Dorf, in die Richtung. Dann fast bis nach A-Stadt und dann
24 hinter C-Dorf, D-Dorf, E-Dorf da die Ecke.

25 **I: Also so groß, wie auch das Gebiet für die Sozialstation ist, so groß ist auch**
26 **das SAPV-Einzugsgebiet?**

27 A: Ja, natürlich.

28 **I: Oder fahren Sie auch noch weiter, wenn es erforderlich ist beispielsweise?**

29 A: Sicherlich, würde man das dann machen.

30 I: Ja.

31 A: Aber momentan ist es noch nicht so gewesen.

32 **I: Und denken Sie, dass der Bedarf auch gedeckt werden kann, der erforder-**
33 **lich ist?**

34 A: Was meinen Sie jetzt mit Bedarf?

35 **I: Na der Bedarf an SAPV und SAPV-Pflege, der auch da ist. Wird der auch**
36 **gedeckt durch Sie und durch X hier in der Region?**

37 A: Ja, ja.

38 **I: Oder sind Patienten, die beispielsweise nicht versorgt werden können?**

39 A: Nee, nicht das ich wüsste. Also da haben wir bis jetzt immer..., also jeder der
40 hier in der Region SAPV brauchte und bewilligt gekriegt hat, hat auch die Versor-
41 gung erhalten.

42 I: Ok.

43 **J: Ja, genau. Welche Gründe gibt es denn aus Ihrer Sicht, warum oftmals kei-**
44 **ne SAPV-Leistungen angeboten werden oder bzw. können Sie sich vorstellen**
45 **warum Schwierigkeiten bestehen, bei den Pflegediensten diese Richtlinien**
46 **umzusetzen?**

47 A: Bei Pflegediensten die Richtlinien umzusetzen, das ist in meinen Augen ein ganz
48 einfaches Problem, ist eigentlich auch eine Milch-Mädchen-Rechnung. Diese Aus-
49 bildung Palliative-Care ist erstens kostenintensiv, dann sind noch nicht so viele
50 SAPV-Leistungen zu machen, das heißt man braucht ganz lange damit sich das
51 amortisiert für einen Pflegedienst. Für einen Pflegedienst ist es ein richtiger, schwe-
52 rer Akt zu sagen, ich schicke jemanden auf Weiterbildung, weil die fehlen mir hier
53 im Team, in der Versorgung und im Pflegedienst ist es so eng kalkuliert, das ich
54 wirklich, ich habe kein Personal auf Überhang. Das heißt die Kosten für die Pflege-
55 dienste sind zu hoch, ich muss die Ausfallzeiten an die andere, also ich muss die-
56 sem Mitarbeiter eine Umschulung bezahlen, ich muss die Überstunden an die an-
57 deren Mitarbeiter bezahlen und dann steht ja immer noch drin, dass es eigentlich
58 sein soll, dass man den Mitarbeiter, um diesen SAPV-Vertrag zu kriegen, ein hal-
59 bes Jahr lang abkommandieren soll. Wer kann sich das leisten? Das kann sich
60 kein Pflegedienst leisten. Weder die großen noch die Kleinen. Das, glaub ich, ist so
61 der, der größte Hemmschuh eigentlich, für einen Pflegedienst, zu sagen, ich mach
62 das. Dafür ist diese SAPV-Leistung einfach noch zu gering, zu wenige Patienten
63 um zu sagen, dass ist für mich ein lukratives Geschäft, das mach ich. Wir haben
64 das für uns mit aufgenommen, weil wir schon seit Jahren Schmerztherapie ma-
65 chen, also diese ganze Schmerzpumpen Therapie, das wir ganz oft parenterale
66 Ernährung haben und wir einfach gesehen haben, damit können wir noch wieder
67 zusätzlichen Hausbesuch auch anbieten, für diese schwerkranken Menschen.
68 Dadurch haben wir wirklich aus Enthusiasmus heraus, das mit aufgenommen und
69 naja ich hatte Frau Y ja auch als Kursleiterin für die PDL-Ausbildung und sie hat so
70 gemerkt, dass das so mein Steckenpferd ist und hat mich dann auch abkomman-
71 diert an den Runden Tisch über den DBFK. So und da habe ich natürlich gesagt.
72 „Okay, wenn ich da schon sitze, dann werde ich das natürlich auch versuchen für
73 meine Station umzusetzen“ und dadurch war ich da so, habe ich meinen Chef über-
74 redet gekriegt, dass wir das umgesetzt gekriegt haben. Aber ich denke, finanziell,

75 ich weiß ja jetzt wovon ich rede, wir haben`s ja durch. Finanziell ist es ein harter
76 Akt. Das und das kriegt man natürlich so schnell nicht wieder rein. Das ist nicht, als
77 wenn ich jemanden für Gerontopsychiatrie ausbilden lasse, weil momentan der
78 Boom an zusätzlichen Betreuungsleistungen, ist ja einfach da. Da sehe ich natür-
79 lich auch, dass das Geld ganz schnell wieder rein kommt. Aber bei SAPV ist es
80 eben nicht so. Und das ist wirklich, da braucht man zehn, Fünfzehn Jahre um das
81 wieder rein zukriegen.

82 **I: Für eine Pflegefachkraft?**

83 A: Für eine Pflegefachkraft.

84 **I: Und Sie haben auch nur die eine?**

85 A: Wir haben nur die eine. Für mehr, glaub ich, krieg ich ihn, auch nicht mehr über-
86 redet. Also wir haben es schon mal versucht, aber dafür ist einfach das, was da rein
87 kommt, zu wenig.

88 **I: Und haben Sie sie irgendwie an sich gebunden?**

89 A: Ja natürlich. Ja natürlich werden die an uns gebunden. Jeder der bei uns eine
90 Weiterbildung macht, muss erst mal oder kriegt dann auch erst mal diesen Vertrag,
91 dass er sich für eine bestimmte Zeit bei uns verpflichtet.

92 I: Okay. Gut.

93 A: Ja, ja. Ich mein, die muss sich jetzt nicht für 15 Jahre verpflichten, aber so vier,
94 fünf Jahre müssen sie sich verpflichten.

95 **I: Das ist ja auch eine wertvolle Kraft, ne? ...**

96 A: Ja natürlich.

97 I: ..In dem Sinne. Ich mein, wenn sie das hat dann...

98 A: Natürlich, weil mit dieser Kraft steht und fällt der Vertrag.

99 I: Ja, wie es ja jetzt dann auch war.

100 A: Ja, ja.

101 I: Okay.

102 **J: Ja, wenn Sie jetzt persönlich die Möglichkeit hätten die SAPV-Richtlinien
103 zu verändern, was würden Sie denn verändern oder ergänzen?**

104 A: Verändern oder Ergänzen. Also ich würde erst mal diesen, diese sechs Monate
105 Praktikum einfach mal streichen, weil diese, also wir haben es ja nun abgewandelt
106 auf vier Wochen Praktikum. Man hat uns einfach diese jahrelange Erfahrung aner-
107 kannt, die wir haben in der Schmerztherapie, in der parenteralen Ernährung, da hat
108 man uns unsere Vorerfahrungen einfach anerkannt und das man einfach mal sagt,
109 wir haben, in den Pflegediensten haben wir top qualifiziertes Personal, das ist ei-
110 gentlich überall so, weil von Pflegedienstmitarbeitern wird viel mehr verlangt als von
111 Krankenhausschwestern oder Altenheimfachkräften. Ich bin im Pflegedienst drau-

112 ßen alleine, muss dort vor Ort erst einmal Entscheidungen treffen, das heißt wir
113 haben dort eine wahre Fachkompetenz, die wir überall nur suchen können. Sicher-
114 lich gibt es Mitarbeiter besser, schlechter, keine Frage. Aber wir haben im Pflege-
115 dienst eine wahnsinnig hohe Fachkompetenz, die sollten wir einfach nutzen. Und
116 wir haben in den Pflegediensten einfach auch eine jahrzehntelange Erfahrung,
117 denn wir haben hier die Gemeindeschwestern, die schon zu DDR Zeiten auch um-
118 her gefahren sind und diese Erfahrung haben wir in den Pflegediensten, die haben
119 wir selten im Heim, die haben wir oft in Pflegediensten, wie man, wo man weiß, was
120 es bedeutet jemanden auf dem letzten Lebensweg zu begleiten. In der SAPV geht
121 es ja letzten Endes nur noch mal darum, auch diese ganze Schmerztherapie mit zu
122 finanzieren und auch umzusetzen oder besser umzusetzen und auch einen konkre-
123 ten Ansprechpartner zu haben, der speziell auf diese, für diese Möglichkeiten ge-
124 schult ist. Also diese Therapiemöglichkeiten. Das sind ja die Palliativmediziner, weil
125 die Hausärzte haben dafür einfach keine Kapazitäten mehr, die sind einfach über-
126 fordert. Von daher, denke ich, sollte man dieses Praktikum einfach abwandeln auf
127 so ein Praktikum, vierwöchiges Praktikum, wo man sagt, ok man lernt sich kennen.
128 Einfach um zu sagen, der Palliativmediziner lernt die Palliativ Care Fachkraft ken-
129 nen und arbeiten ein bisschen zusammen, damit sie auch wissen, was können sie
130 voneinander erwarten, was, was bringt der andere um da Vertrauensverhältnis zu
131 schaffen und auch zu wissen, welche Wertschätzung kann ich dem zuteilwerden,
132 wenn er mir eine telefonische Informationen gibt. Und ansonsten sollte man, denke
133 ich mal, einfach mal auf die Fachkompetenz bauen, die man an der Basis hat.

134 I: Die vorhanden ist, sein sollte.

135 A: Die vorhanden ist, die man einfach ausbaut. Die man einfach ausbaut, wo man
136 sagt, wir haben dort Jahrzehnte lange Erfahrungen, die nutzen wir einfach und nicht
137 sagen, ich drücke den wieder was Neues auf, weil das ist das, was kein Mensch
138 mehr will.

139 **I: Also sollte man im Prinzip auch nur die Pflegefachkräfte weiterbilden, die**
140 **auch tatsächlich schon Erfahrungen haben?**

141 A: Ja.

142 I: Wenn jemand ganz frisch aus der Schule kommt, denn wahrscheinlich eher noch
143 nicht.

144 A: Nee, nee, dem fehlt einfach der Erfahrungsblick, ne? Ganz schlimm ist ja, Pfl-
145 gedienstmitarbeiter sehen ja, wann es zu Ende geht. Das ist ja ganz, ganz furcht-
146 bar. Man sieht den, man sieht den Leuten das einfach an und kann das eigentlich
147 einschätzen, wo er jetzt gerade steht. Und das ist nicht immer schön. Aber das lernt
148 man halt auch nur in der Häuslichkeit. Das man da, weil man. Man hat einen ande-

149 ren Blick. Ich komme in die Häuslichkeit, ich bin alleine, ich hab ein Zeitvolumen im
150 Nacken, das heißt ich muss wissen welche Leistungen mache ich und ich muss
151 einen Rundumblick haben und ich muss natürlich auch wissen, wie geht`s dem
152 Patienten. Und so ein Blick kriegt man nur im Pflegedienst, das ist einfach so. Im
153 Heim, äh im Krankenhaus, hatte ich den Blick auch nicht. Den konnte ich mir da
154 auch nicht aneignen, weil da, die Bewegung ist zu schnell. Das heißt, die kom-
155 men und gehen zu schnell. Und hier lernt man die Leute kennen und man sieht
156 dann auch. Man, man kann auch zwischen den Zeilen lesen, man kann Mimik und
157 Gestik lesen, die man im Krankenhaus, wo man gar nicht zu kommt, die für sich
158 reell zu werten.

159 I: Ja.

160 A: Das ist halt einfach so. Joa, was würde ich sonst machen. Wie gesagt, das Ge-
161 nehmigungsverfahren müsste einfach vereinfacht werden. Die Kassen sollten ein-
162 fach mal auf die Kompetenz der Ärzte, die das ansetzen, vertrauen.

163 **I: Haben Sie da schlechte Erfahrungen gemacht oder?**

164 A: Wir jetzt speziell nicht, aber ich höre immer wieder, dass man Patienten in die
165 SAPV aufnimmt und von den Kassen die Genehmigung verweigert wird. Wo dann
166 halt, wo ich dann immer sage, warum habe ich einen Mediziner, der studiert hat,
167 der sich zusätzlich qualifiziert hat, wenn dann eine Krankenkasse kommt und sagt
168 „nö, ist nicht erforderlich. Haben wir dem MDK vorgelegt“ und das sind alles oder
169 oftmals Ärzte, die in den Praxen nicht mehr arbeiten möchten, weil sie so gegen
170 Rente gehen und die dann halt zum MDK gehen. Die aber oftmals keine Weiterbil-
171 dung mehr gemacht haben. Aber ich denke, da sollte man einfach auch auf das
172 Einschätzungsvermögen der Palliativmediziner vertrauen und sagen, ok wenn die
173 das so sehen, dann gehen wir da mit und genehmigen das erst mal. Sowas sollte
174 nicht abgelehnt werden.

175 **I: Was, gehen Sie dann in Widerspruch oder?**

176 A: Das machen wir ja nicht. Das macht ja alles X. Also dieses Verordnungsverfah-
177 ren das läuft ja alles über X. Das macht das Krankenhaus und die gehen, denke ich
178 mal, in Widerspruch, wenn sie merken, sie haben Erfolg oder es ist, sie können es
179 nochmal extra explizit begründen, dann gehen die auch in Widerspruch. Aber was
180 dann bei rauskommt, weiß ich nicht, da vielleicht einfach mal ans Krankenhaus
181 wenden und mit denen nochmal reden.

182 **I: Also ist Ihr Palliativmediziner vor Ort, ist im Prinzip auch Dr. Y?**

183 A: Genau, genau.

184 **I: Okay, gut. Also arbeitet das Krankenhaus quasi mit zwei Stationen zusam-**
185 **men. Mit sich selbst, sag ich mal und mit Ihnen?**

186 A: Ja und noch einigen anderen. Also die waren ja so in Mecklenburg Vorpommern
187 die ersten, das Krankenhaus, waren ja so federführend auch in der SAPV-
188 Versorgung in Mecklenburg Vorpommern und die haben noch zwei andere Statio-
189 nen. Ich glaub Station Z und eine war es noch und dann wir. Also wir waren die
190 ersten drei ja in Mecklenburg Vorpommern, also so federführend für ganz Meck -
191 Pomm. Und sie schließen immer mehr Kooperationsverträge, um einfach auch so
192 die Lücken ringsherum zu schließen. Die wollen da so einen richtig großen Radius
193 versorgen und dafür muss man natürlich viele Kooperationspartner haben. Die sind
194 so der Hauptauftraggeber oder der Auftraggeber und der delegiert weiter an Koope-
195 rationspartner, weil die können es sich nicht leisten. Das sind nur zwei oder drei
196 Mitarbeiter dort. Und Ärzte eben nur einer. Dr. X ist weg und ich weiß nicht, ob es
197 jetzt schon einen zweiten drin haben, aber ich glaub sie suchen noch. Sie haben ja
198 auch Kooperationspartner als Ärzte an der Basis.

199 J: Und ein Koordinator soll da jetzt...

200 A: Ja.

201 **J: Ja gut, wir hatten ja vorhin schon mal ganz kurz gesprochen, aber die Fra-**
202 **ge werden wir trotzdem noch mal stellen. Also sie hatten ja bereits Leistun-**
203 **gen angeboten in SAPV und laut Ihrer Homepage bieten Sie diese auch immer**
204 **noch an. Aber in diesem offiziellen Teams, auf der Homepage der AOK Nord-**
205 **ost, taucht Ihre Station nicht mit auf. Woran liegt das?**

206 A: Weiß ich nicht. Welche Homepage? Jetzt diesen Pflegedienstnavigator?

207 **J: Nee, ganz normal die AOK-Nordost und da stehen die ganzen...**

208 **I: Vielleicht weil Sie mit X abrechnen?**

209 A: Na ja wir rechnen ja auch, wir rechnen direkt mit X ab.

210 I: Genau, dann wird das sicherlich daran liegen.

211 A: Also wir rechnen direkt mit X ab. Also meine Abrechnung geht nicht zur Kasse,
212 das macht das Krankenhaus für mich. Also ich schicke die Rechnung zum Kran-
213 kenhaus und von daher werde ich dort, sicherlich nicht als, weil wir sind ja Koope-
214 rationspartner. Wir sind ja jetzt nicht Kooperationspartner von der Kasse, sonder Ko-
215 operationspartner vom Krankenhaus. Wir reichen dort unsere Rechnungen ein und
216 die rechnen das mit der Kasse ab. Deswegen ist dort wahrscheinlich das Kranken-
217 haus aufgeführt.

218 I: Ja das Krankenhaus ist aufgeführt. Genau.

219 A: Also würde ich vielleicht auch mal, um zu wissen, wer alles anbietet, SAPV, das
220 man vielleicht mal guckt, welche Station hat welche Kooperationsverträge.

221 I: Richtig, genau.

222 A: Ne, da werden Sie wahrscheinlich noch ein paar mehr SAPV-Teams herausfil-
223 tern, denke ich. Als es jetzt momentan gib. Es gibt SAPV-Teams und dann noch die
224 Kooperationspartner dazu.

225 **J: Ja, dann speziell die Frage an Sie. Sie sind ja am Runden Tisch Palliativ-**
226 **versorgung Mecklenburg Vorpommern beteiligt. Wie schätzen Sie denn die**
227 **Notwendigkeit dieser Einrichtung ein und welche Fortschritte sind so bis jetzt**
228 **erzielt worden?**

229 A: Den Runden Tisch meinen Sie jetzt?

230 J: Ja, genau.

231 A: Darf ich jetzt ehrlich sein?

232 I: Ja natürlich.

233 A: Also mir ist dieser, dieses, dieses, gesetzliche, dieses, diese, ja wie soll man
234 sagen. Na das was die Politiker machen, dieses Reden, es kommt ja nicht, also
235 erstens zu wenige Termine und dann ist es immer nur reden und letzten Endes ha-
236 be ich jetzt in den letzten zwei Jahren, in denen ich da bin noch keine wirklichen
237 Handlungs-, also Ergebnisse gesehen. Dieser Weg ist mir einfach zu, zu langatmig.
238 Den würde ich gerne verkürzen, dazu müsste man aber viel enger zusammensit-
239 zen, aber das wird wahrscheinlich viel diese Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz-
240 und Palliativmedizin, die werden da viel machen. Von denen hören wir weniger, die
241 haben wir zwar mit am Runden Tisch, aber da kommt weniger. Das ist oftmals, es
242 ist ein Erfahrungsaustausch der Runde Tisch. Mehr passiert da eigentlich nicht.
243 Und das ist mir persönlich zu wenig.

244 **I: Also ist da konkret auch noch gar nichts passiert seit dem sie dort dran**
245 **sind, also irgendwelche Änderungen?**

246 A: Na ja ich sag mal, ich hab für mich so, es wird immer gesagt „Warum haben wir
247 keine Kooperationspartner? Warum funktioniert dieses nicht? Was können wir hier
248 verbessern?“ Aber alle Vorschläge, die da bis jetzt gemacht wurden, da sieht man
249 noch keine Ergebnisse von. Zum Beispiel war eben auch das Thema, dass diese
250 sechs Monate Praktikum jeden Pflegedienst abschrecken, zu sagen ich bilde aus.
251 Das haben sie zur Kenntnis genommen. Das steht auch im Protokoll drin, das Frau
252 A., das gesagt hat. Aber mehr ist daraus nicht passiert.

253 I: Und aber bei Ihnen hat das ja auch geklappt mit den vier Wochen Praktikum.

254 A: Ja das ist ja auch X.

255 I: Das ist X.

256 A: Ja. Das hat X mit allen Kooperationspartnern so gemacht.

257 I: Okay.

258 A: Die haben uns einfach unsere Vorerfahrung als Praktikum, also in dieses Prakti-
259 kum, in diese sechs Monate mit einberechnet. Also ich sag mal, Herr Y hat mich
260 böse angeguckt, wie ich das beim Runden Tisch gesagt habe. Ich weiß nicht, in
261 weit die das da irgendwo anders rechnen. Das kann ich jetzt nicht sagen. Wahr-
262 scheinlich vom, gehe ich davon aus, dass er einfach diese ganze Vorerfahrung,
263 diese Jahre lange Erfahrung, irgendwo als Praktikumszeit hinterlegt hat, so dass
264 die halt gesagt haben „Okay, wir machen vier Wochen aktives Praktikum und der
265 Rest ist so passives hinten dran“. Und dann ist ja halt auch noch diese monatliche
266 Fallbesprechung, wo man halt immer auch diesen Erfahrungsaustausch auch hat.
267 Wo man halt, wo die Palliativmediziner oder dieses SAPV-Team X mit seinen Ko-
268 operationspartnern zusammen am Tisch sitzt.

269 **I: Ach, das wird einmal im Monat auch gemacht?**

270 A: Einmal im Monat, ja.

271 **I: Und das ist natürlich produktiver dann für Sie, als der Runde Tisch?**

272 A: Ja, na da schick ich ja meine Palliativ Care Fachkraft hin, ne? Weil die ja so der
273 Koordinator zwischen uns ist und das, da geht es konkret um unsere Probleme.
274 Aber die können da natürlich, da können wir keine gesetzlichen Probleme ändern,
275 ne? Das ist, dafür ist halt der Runde Tisch da.

276 **J: Und wie oft trifft der sich?**

277 A: Also dieses Jahr war's einmal und ein zweiter Termin ist auch nicht in Sicht für
278 dieses Jahr. Und das ist zu wenig um jetzt hier aktiv was zu verändern. Also das
279 sollte etwas, ich sag mal, dafür, das noch zu viele Baustellen sind, denn war ja
280 auch eine Kostenverhandlung in X, die halt erst mal stagniert ist, wo die dann halt
281 in letzter Instanz den Vertrag mit der Kasse gekündigt haben, um einfach Druck
282 aufzubauen, dass da halt auch geguckt wird, das die Vergütung verbessert wird.
283 Weil auf so ein, die haben halt Miese gemacht mit SAPV in X. Die wollten einfach
284 für sich die Vergütung verbessern, weil man ja auch viel Zeit und viel Papier inves-
285 tiert, ne? Man darf nicht nur die Hausbesuchszeit berechnen, die Vor- und Nachbe-
286 reitung muss halt auch irgendwie vergütet werden.

287 **I: Fallbesprechungen?**

288 A: Ja auch so die Einzelheiten. Hausbesuchsnachbereitung, wo im Büro dann halt
289 noch Änderungen der Medikamente, dann muss ein Fax an den Hausarzt geschickt
290 werden, Widersprüche mit der Kasse, Telefonate mit der Kasse. Das ist halt alles
291 irgendwo nicht wirklich erfasst gewesen. Ne? Von daher muss sich der Runde
292 Tisch auch noch viel ändern. Ja das wär so die Sache, die ich, wo ich denke, wenn
293 wir öfter tagen würden und akut die Probleme wirklich anpacken würden und nicht
294 nur benennen würden, dann würden wir auch da wahrscheinlich auch eine Verbes-

295 serung herbeiführen. Aber irgendwie ist das politisch wahrscheinlich nicht gewollt,
296 ich habe keine Ahnung. Es ist so wie im Bundestag, es wird lange debattiert und es
297 kommt lange nichts bei raus bis es irgendwann das so eng wird, dass sie ganz
298 schnell was beschließen müssen.

299 I: Aus der Not heraus.

300 A: Genau.

301 **I: Ich wollte gerade noch, hat sich denn für Sie was verändert seitdem sie**
302 **SAPV anbieten? Also irgendwelche anderen positiven Auswirkungen oder**
303 **haben Sie Probleme mit irgendwelchen Apparaturen die Sie vorhalten müs-**
304 **sen, oder Betäubungsmittel oder da ist nichts?**

305 A: Nö. Wir haben eigentlich immer alles vor Ort. Wenn nicht haben wir Apotheken,
306 mit denen wir sehr gut zusammenarbeiten und was hervorragend funktioniert. Das
307 heißt wir müssen weder einen Beutel noch sonst irgendwas vorhalten. Das ist ein-
308 fach nur, das macht die Apotheke für uns fertig, wir nehmen den Beutel, fahren zum
309 Patienten, schließen ihn an, also wechseln den Beutel in der PCA-Pumpe oder
310 (nicht verständlich)je nachdem was dort vor Ort ist. Das ist das kleinere Problem.
311 Das ist eine Koordinationsfrage und die läuft wunderbar. Da haben wir gar keine
312 Sorgen mit. Das funktioniert. Und man hat halt ein weiteres Standbein, ich sag mal,
313 man kann zusätzlich für die Leute was anbieten und kann Patienten versorgen, die
314 sonst vielleicht woanders hingegangen wären, weil sie uns halt nicht kannten oder
315 so und die uns dann halt auch eine Chance geben und kennenzulernen und sagen
316 „Ich brauche das jetzt und die bieten das an.“ und dann ist eben okay. Das ist
317 schon ganz angenehm.

318 I: Professionalität genau.

319 A: Ja. Ja, kann man, selbst in ---(nennt Verein) ist das so, dass wir eigentlich die
320 Station sind im Landesverband, die die meisten zusätzlichen Leistungen anbieten.
321 Wir haben die Sturzprävention mit drin, wir haben die Gesprächsgruppen für Pfl-
322 gende Angehörige mit drin, wir haben die SAPV drin, ja, noch was? Nee, das war`s.
323 Na ja und die Dementenbetreuung sowieso. Das machen eben schon viele, aber
324 die haben wir jetzt schon immer mit drin. Aber richtig mit Konzept und ausgebilde-
325 ten Fachkraft, so wie es vom Gesetzgeber gefordert ist. Nicht so wie, ich habe
326 schon in anderen Diensten gesehen, die kopieren irgendein Konzept, reichen das
327 ein. Die AOK hat auch schon gesagt, es gibt ganz viele die noch gar kein Demen-
328 ten-Konzept eingereicht haben, so wie die AOK jetzt drüber gestolpert ist, das ir-
329 gendwelche Dienste Leistungen aufzeigen, die gar nicht berechtigt sind, diese Lei-
330 stungen zu erbringen. Das heißt, dass die nie ein Konzept bei der Kasse eingereicht
331 haben. Na ja, dreist kommt weiter. Das ist einfach so und wir sind so ehrlich. Wir

332 schreiben für jeden, für alles was wir machen ein Konzept, reichen das ein und
333 werden letzten Endes noch bestraft dafür, ne? Weil andere Pflegedienste versu-
334 chen, so ganz einfach Geld zu verdienen.

335 I: Na ja aber wenn die Kasse jetzt drüber gestolpert ist?!

336 A: Na ja, aber es ist unfair gegenüber denen, die sich auf den reellen Weg die Mü-
337 he machen.

338 **I: Ja, natürlich. Das sowieso. Ja. Also uns geht es ja hauptsächlich um die**
339 **Umsetzungshindernisse. Möchten Sie dazu noch was sagen? Oder fällt Ihnen**
340 **dazu noch etwas ein?**

341 A: Also wie gesagt. Mir wäre es ganz wichtig, wenn man dieses sechsmonatige
342 Praktikum da irgendwo, wenn man das mal so ein bisschen als Problem benennt,
343 ne? Dass das einfach für die Pflegedienste ein großes Problem ist. Ansonsten ha-
344 ben wir vielfach kundgetan das man einfach mal wirklich drüber nachdenkt, zu sa-
345 gen „Wir haben in den Diensten einfach die Erfahrung, wir haben gut ausgebildetes
346 Personal an der Basis in den Pflegediensten, was für SAPV einfach notwendig ist
347 und man sollte ein Fahrrad nicht zweimal erfinden. Manchmal macht man sich das
348 in Deutschland so schwer und erfindet alles neu. Es ist genauso mit dem Sturz oder
349 dem Pflegeberater Sturzprävention. Letzten Endes, dass machen wir alles. Wir
350 setzen die Expertenstandards Sturz und Sturzprophylaxe um. Dafür brauchte ich
351 keine Schulung, wenn ich jetzt aber mit denen aktiv irgendwelche Maßnahmen ma-
352 chen möchte, durchführen möchte, muss ich dafür eine Ausbildung haben. Und ich
353 sage, das fließt eigentlich in jeder Pflege mit ein, dass ich darauf achte, dass der
354 Rollator richtig eingestellt ist, dass ich darauf achte, dass er gerade geht. Warum
355 muss ich dafür bitteschön eine Ausbildung noch mal machen? Ne? Und so ist es
356 mit Palliativ Care auch. Na gut, dass man da noch mal die ganze Schmerztherapie
357 noch mal speziell bespricht, das ist schon wichtig. Aber ansonsten, sollte jeder,
358 jede Fachkraft in der Lage sein Mimik und Gestik zu werten und dann lese ich ei-
359 gentlich ganz viel bei dem Menschen raus. Ob`s ihm gut geht, ob`s ihm schlecht
360 geht, hat er Abwehrspannungen, hat er keine Abwehrspannungen, das ist ja dann
361 auch immer noch so ein, ein Merkmal, sag ich mal, für Schmerzen, ne? Schläft er
362 viel, ist er viel wach, wie ist seine Hautfarbe? Das sind Sachen, die jede Fachkraft
363 einschätzen muss, können muss. Das man einfach wirklich noch mal guckt, welche
364 Kompetenzen habe ich an der Basis und das eigentlich nicht schwerer macht, als
365 es ist.

366 **I: Sodas individuell geguckt wird, pro Pflegedienst, wie ist die Erfahrungsla-**
367 **ge?**

368 A: Wir haben ja die Vorgabe. Wir müssen so und so viele Pflegefachkräfte vorhal-
369 ten. Das man einfach sagt „ Okay, diese Pflegefachkräfte sind da, ich schule eine
370 oder zwei Mitarbeiter, sodass ich im Pflegedienst einen habe.“ Ich mein, letzten
371 Endes. Ganz, ganz paradoxes Beispiel. Ich habe eine Patientin, die hat eine PCA-
372 Pumpe, ist auch onkologisch, hat Krebs im Endstadium und kriegt ihre (unverständ-
373 lich), PCA- Pumpen Versorgung und ist aber noch in der Chemotherapie. Jetzt darf
374 ich, als examinierte Fachkraft, darf ich den PCA-Pumpen-Wechsel vornehmen.
375 Nach der Chemotherapie wird sie übergeleitet in die SAPV und ich darf den PCA-
376 Pumpen-Wechsel nicht mehr machen. Was ist denn das für ein Irrsinn? Der Ablauf,
377 der Handlungsablauf ist genau der Gleiche. Ich guck die Frau genauso an, wie vor-
378 her. Ich schreib genau die gleichen Bemerkungen in den Pflegebericht rein, als wie
379 sie SAPV-Patientin ist. Wo ist denn da die Logik? Die versteh ich bis heute nicht.

380 I: Also, dass man da auch noch mal abgleicht, da...

381 A: Ja, meine Meinung. Meine ganz persönliche Meinung ist es; es reicht wenn ich
382 im Pflegedienst eine Palliativ Care Fachkraft habe. Die einfach dann sagt, wenn
383 Probleme sind, „Ich guck sie mir selber an und sprech das mit dem Mediziner ab.“
384 Aber das einfach dieser ganz normale Ablauf, dieser Wechsel von dieser Pumpe,
385 oder auch dieser Pumpenwechsel, das der einfach weiter, ja von jeder, weiterhin
386 von jeder examinierten Fachkraft gemacht werden kann. Genau das Beispiel haben
387 wir gehabt. Wir haben eine Patientin wirklich gehabt, da haben wir das immer ge-
388 macht und die Therapie wurde dann, also die Chemotherapie wurde abgebrochen,
389 weil doch keine Möglichkeit mehr war, dass das besser wurde und sie wirklich prä-
390 final war und dann hat man sie übergeleitet in die SAPV und von dem Moment an
391 durfte ich die PCA-Pumpe nicht mehr wechseln und dann musste ich immer gu-
392 cken, dass Y hingeht.

393 I: Wirklich paradox ja.

394 A: Ja natürlich ist das paradox. Es hat sich an der Pumpenfüllung nichts geändert.
395 Ich habe nach wie vor bei A. angerufen oder dann nachher in der Schmerztherapie,
396 äh in der SAPV angerufen und habe gesagt „Ihr müsst das höher dosieren.“ Es hat
397 sich nichts geändert, außer, dass sie in der SAPV abgerechnet wurde. So und dann
398 musste das Kürzel von Y drunter stehen und nicht meins. Es ist, es ist nicht nach-
399 vollziehbar. Warum kann ich das vorher machen und dann nicht mehr? Das sind
400 die Sachen, wo ich sage, das ist Quatsch. Das ist totaler Quatsch. Wenn man eine
401 Palliativ Care Fachkraft im Dienst hat, die ausgebildet ist, die wirklich prädestiniert
402 ist als auch nochmal, als nochmal die Kommunikation mit dem Palliativmediziner zu
403 führen, finde ich, reicht das völlig aus.

404 **I: Also das sie auch eher so ein bisschen koordinatorische Tätigkeiten über-**
405 **nimmt?**

406 A: Ja, ja. Das sie einfach noch mal sagt „Ok, das und das ist jetzt Stand der Dinge
407 und ich ihn rufe noch mal an. Ich spreche das noch mal mit ihm durch, was wir jetzt
408 weiter machen können.“. So federführend. Genauso wie man das mit der Fachkraft
409 für Gerontopsychiatrie macht. Die man einfach im Dienst hat. Ich kann sie ja nicht
410 alle Dementenbetreuungen machen lassen. Ich kann sie nicht alle dementen Pati-
411 enten versorgen lassen. Das funktioniert nicht. Da muss ich sie nur im Dienst ha-
412 ben. Ich muss gucken, in meinem Dienstplan, dass einer die Fachkompetenz hat.
413 So. Der ist Ansprechpartner für alle Mitarbeiter ist. So sehe ich das mit der Palliativ
414 Care Fachkraft auch. Das würde völlig reichen. Und dann würden wir auch viel
415 mehr Kooperationspartner haben und dann würden wir das auch flächendeckender,
416 sicherlich soll das eine examinierte Fachkraft machen, da stehe ich jederzeit dafür.
417 Aber prinzipiell denke ich, eine im Dienst reicht aus und wenn man das in der Ge-
418 setzeslage ändern könnte, das wäre natürlich hervorragend.

419 I: Aber das ist ein schöner Vorschlag. Wir versuchen ja auch Empfehlungen auszu-
420 arbeiten.

421 A: Ja, ist ja richtig. Das sind so die Sachen, wo ich sage, dann wäre es auch einfa-
422 cher. Dann hätten wir auch mehr Kooperationspartner und dann würden wir auch
423 wirklich mehr an der Basis mehr für diese Leute machen können. Weil eine auszu-
424 bilden, das schafft auch, denke ich mal, jeder Pflegedienst. Und wenn man dann
425 ein vierwöchiges Praktikum hat. Das sind vier Wochen Schule, die sie offiziell ha-
426 ben und dann ist noch mal ein Praxiseinsatz, wo sie dann halt auch in ihrem eige-
427 nen Dienst Praktikum machen. Dann kriegen sie eben eine Aufgabe, für die sie
428 dann vier Wochen Zeit auch haben und dann halt diese Praktikum. Aber dieses
429 Praktikum ist erforderlich für diesen Kooperationsvertrag, der ist jetzt nicht an die
430 Palliativ Care Ausbildung gebunden. Der ist nur, wenn ich eben diesen Kooperati-
431 onsvertrag haben will. Dann muss ich dieses sechsmonatige Praktikum machen,
432 sonst darf ich ja diese SAPV nicht abrechnen. Wobei es sich immer lohnt eine Pal-
433 liativ Care Fachkraft im Dienst zu haben, weil man hat immer mit Sterbenden zu
434 tun, auch mit Schmerztherapie. Von daher ist es schon für das ganze Team eine
435 Bereicherung.

436 I: Das haben wir auch in der Literatur so gefunden. Also, dass die Weiterbildung an
437 sich auch nicht das Problem ist. Das Problem ist wirklich, dass sie bereit sind für
438 diese sechs Monate Praktikum.

439 A: Das ist wirklich, um diesen Kooperationsvertrag zu machen oder dann sagen sie
440 mir reicht die Palliativ Care Fachkraft im Dienst. Wir können unsere Leute ein biss-

441 chen optimaler versorgen, also von der Fachkompetenz her. Aber wir wollen und
442 das nicht verbieten lassen. Wir haben zwar die Fachkraft, aber bieten SAPV nicht
443 an.

444 I: Ja, da wurde investiert und man kann das gar nicht...

445 A: Ja und ich habe gesagt, wenn ich das Geld schon investiere, dann möchte ich es
446 auch irgendwann, und wenn ich dann in Rente gehe, aber dann möchte ich es zu-
447 mindest refinanziert wird. Das sollte dann schon so sein. Und ich denke, dass wird
448 auch mehr werden. Weil wir haben einfach ganz oft, dass wir Schmerztherapie ma-
449 chen, wo ich sage, selbst da lohnt sie mir. Selbst da ist sie für mich wirklich profita-
450 bel, dass ich sage, sie hat da halt auch ein bisschen mehr Wissen. Alles kann ich
451 auch nicht in meinen Kopf reinstecken. Ich kann da zwar schon viel reinstecken,
452 aber naja. Ich denke, wenn wir das ändern, dann hätten wir auch wirklich eine bes-
453 sere Versorgung für die Leute. Dann könnten wir das auch schaffen. Und mehr
454 Zeit, aber das ist halt so ein generelles Pflegeproblem.

Anhang 4: Transkription Interview 2

Interviewprotokoll

Interviewnummer	2
Einverständnis zur Aufzeichnung des Interviews	wurde mündlich gegeben, Diktiergerät lag offen auf dem Tisch
Datum des Interviews	15.11.2011
Aufnahmezeit	10.05 Uhr bis 10.30 Uhr
Aufnahmedauer	24 Minuten 25 Sekunden
Name des Befragten	Experten 1 und 2 (E1 bzw. E2)
Ort des Interviews	Büro des SAPV-Teams
Interviewer	Ilka Hinrichs (I)
Charakterisierung des Gesprächs	persönliches Gespräch
Befragungsmethode	leitfadengestütztes Experteninterview
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none">• beide Experten nahmen sich Zeit für das Interview• ruhiges, sachliches Gespräch• keine Unterbrechung• zur Wahrung der Anonymität wurden persönliche Angaben geändert

Transkriptionsprotokoll

Name des Transkribierenden	Ilka Hinrichs
Transkription	15.11.2011 bis 20.11.2011
Protokolltechnik	Übertragung in normales Schriftdeutsch; Notation: Gesprächspausen (-) 1 - 2 Sekunden (--) 3 - 4 Sekunden; (lachen) Charakterisierung parasprachlicher Handlungen

1 **I: Ich dachte, wir fangen mit ein paar Eingangsfragen an, einfach, um in das**
2 **Thema zu kommen. Also: Seit wann sind Sie in der Palliativpflege tätig?**
3 E1: Also, ich bin seit 1999 in der Palliativpflege tätig. Zuerst hab ich Zivildienst ge-
4 macht (-) und bin dann seit '99 auf der Palliativstation gewesen, dann zehn Jahre
5 dort gewesen und dann mit Unterbrechung anderthalb Jahre auf der Station A und
6 jetzt seit dem 01.11. wieder (-) dabei.
7 **I: Aber als Koordinator?**
8 E1: Als Koordinator, genau. Vorher war ich als Krankenpfleger auf der Palliativstati-
9 on, ne? (-) Genau.
10 E2: Ich in seit zehn Jahren in der Palliativpflege tätig, (-) also seit 2000 (-) genau,
11 auf Palliativstation, vorher hab ich auf verschiedenen anderen Stationen gearbeitet.
12 Station B unter anderem. Und seitdem es die SAPV gibt arbeite ich in der SAPV.
13 **I: Also, von Anfang an auch in der ambulanten Pflege?**
14 E2: Ja.
15 I: Gar nicht auf der Palliativstation selbst?
16 E2: Wir haben ja dort immer gearbeitet mit und arbeiten auch jetzt dort noch mit...
17 I: Ah, okay.
18 E2: Ne, aber eine Schwester und ich, wir haben zusammen, die SAPV, na (-) auf-
19 gebaut, kann man so sagen.
20 I: Und wie ist das ungefähr? 50 / 50?
21 E2: Genau. So war das mal gedacht, dass wir so 50 / 50 arbeiten auf Station und
22 ambulant.
23 **I: Okay. (-) Also, sie betreuen denn ja auch selbst Klienten in der letzten Le-**
24 **bensphase. Einmal ambulant und stationär.**
25 E2: Ja. (-) Ja, wir fanden das auch immer sehr gut. Dass, dass man die Patienten
26 einmal von der Station kennt, mit in die Häuslichkeit nimmt. Also genau diesen Kon-
27 takt fanden wir sehr gut (-)
28 I: Ja.
29 E2: Als Voraussetzung. (-) Das war denn nachher aber auch komplizierter, weil
30 wenn man denn auf Station arbeitet und man arbeitet hier, dann hat man doch nicht
31 so den Patienten, den man nun nach Hause mit...
32 I: Ja.
33 E2: (-) gesehen, ne. Manchmal.
34 I: Ja.
35 E2: Aber die Idee war so.
36 **I: Und grundsätzlich befürworten Sie das auch immer noch?**

37 E2: Ja. Da man ja den Patienten gut kennt, ne. Von der Station ist es ja sehr ein-
38 fach, ihn in die Häuslichkeit überzuleiten. Ne, und auch weiter zu betreuen (-) den
39 Verlauf auch beobachtet hat, zum Beispiel. (--) Find ich.

40 E1: (lacht)

41 **I: Und Sie als Koordinator betreuen aber keine Patienten (-) direkt?**

42 E1: Wir haben uns das jetzt so vorgestellt. Wie gesagt, seit 01.11. bin ich ja erst in
43 dieser Koordinatorstelle, und wir haben uns das so vorgestellt, dass ich die Patien-
44 ten, die neu in die SAPV aufgenommen werden, dass ich die auch in der Häuslich-
45 keit besuche und mir ´n Bild machen kann von der Häuslichkeit.

46 I: Mmh.

47 E1: Weil das halt schwierig ist, bestimmte Dinge auch am Telefon zu (-) bespre-
48 chen, wenn man nicht weiß, wie das zu Hause aussieht. Ne. Und von daher - was
49 heißt jetzt betreuen in der letzten Lebensphase, ne aber.

50 Das denk ich ist auch ne Betreuung, dass der Erstkontakt über mich dann ge-
51 schieht, auch in der Häuslichkeit.

52 **I: Also koordinieren Sie quasi ärztliche, pflegerische und weiter (-) gehende
53 Maßnahmen?**

54 E1: Mmh.

55 **I: Und wer sind da so Ihre Kooperationspartner?**

56 E1: Das sind erstmal an erster Stelle die Hausärzte, die Pflegedienste und die Apo-
57 theken. Die drei brauchen (--) Also, die drei sind eigentlich immer dabei und zusätz-
58 lich kommen noch dazu: Ernährungsteams, physiotherapeutische Praxen, ergothe-
59 rapeutische Praxen, aber mehr so im Hintergrund, hab ich jetzt noch was verges-
60 sen (--) Psychologin natürlich auch, ne. Die dann auch bei dem einen oder anderen
61 Patienten noch mit rausfährt. Ja. Und denn gibts mal so ganz spezielle Dinge, wo
62 dann halt ein neuer Partner mit dazu kommt. Zum Beispiel die Musiktherapie oder
63 die Seelsorger. (-) Und nicht zu vergessen den ambulanten Hospizdienst.

64 I: Ja.

65 E1: Der dann natürlich auch mit dazuzählt.

66 **I: Um da gleich ma´ drauf einzusteigen, wir haben ja schon ´n Interview ge-
67 führt in einer anderen Sozialstation, die auch ihr Kooperationspartner ist. Und
68 (-) wie viele Sozialstationen sind denn das, mit denen sie zusammenarbeiten?**

69 E1: Das sind (-) ich hab hier mal die Liste (-) acht...

70 I: Acht Teams?

71 E1: Acht Kooperationspartner. Und dann kommen ja noch, genau, acht Stück sind
72 das. (im Hintergrund beginnt E2, die einzelnen Sozialstationen zu benennen)

73 I: Also, wir waren in A-Stadt, nicht um das hier geheim zuhalten.

74 E2: Ja.

75 I: Mit Frau A haben wir gesprochen.

76 E1: Genau, die steht hier auch drauf.

77 **I: Genau. Und wie groß ist dadurch ihr Bereich, den Sie abdecken können?**

78 **Also praktisch der Radius, der durch SAPV abgedeckt wird?**

79 E2: Also das geht ja im Umkreis von 30 km um B-Stadt

80 I: Das Sie direkt machen?

81 E2: Ja, aber die Patientenzahl ist jetzt ein bisschen eingeschränkt, jetzt

82 dadurch...

83 E1: Also, wir haben so fünfzehn bis zwanzig Patienten (-) das ist so die Patienten-

84 zahl, die wir betreuen. Und 30 km wirklich im Umkreis. Das kann durchaus sein,

85 das die Fahrwege, also dass man dann 40 km fährt, aber wir haben gesagt, so 30

86 km, mit' m Zirkel angesetzt.

87 I: Ach so.

88 E1: Das ist das Einzugsgebiet.

89 **I. Und die Kooperationspartner übernehmen darüber hinaus auch noch (-)**

90 **also, der Radius wird dadurch größer?**

91 E1: Die Kooperationspartner sind in diesem Radius.

92 I: Ah, okay.

93 E1: Und dadurch wird der Radius nicht größer.

94 E2: Die betreuen die Patienten ja mit uns zusammen, dadurch gibts also außerhalb

95 dieser Grenze eigentlich eher selten...

96 E1: Es gibt eine Ausnahme, das ist der Bereich C-Stadt. Wo eine Hausärztin eine

97 Kooperation mit dem Krankenhaus abgeschlossen hat. Wie auch andere Ärzte,

98 aber sie halt auch, und C-Stadt liegt außerhalb dieses Radius. Und sie betreut dann

99 die SAPV-Patienten in C-Stadt.

100 Und da haben wir gesagt, dann fahren wir einmal das Eingangs-Assessment dort

101 und beraten dann telefonisch. Und sie rechnet dann diese SAPV-Leistungen ab.

102 I: Ah, okay.

103 E1: Das ist die Ausnahme in C-Stadt.

104 **I: Weil wir dachten, dass sich der Radius durch die Kooperationspartner noch**

105 **vergrößert...**

106 E1: In C-Stadt ja. Also dieser Zipfel da unter, ne? Aber durch die Pflegedienste

107 nicht.

108 **I: Sonst wäre das ärztlich wahrscheinlich gar nicht, oder medizinisch...**

109 E1 & E2: Genau das ist das Problem.

110 E2: Das ist das Problem der Patientenbegrenzung jetzt, ne, weil eben kein eigener
111 SAPV-Arzt da ist (--)

112 **I: Mmh. Jetzt am Samstag ist ja das Zentrum für Palliativmedizin eröffnet**
113 **worden, haben wir gelesen und was ist da das Ziel (-) oder wie gestaltet sich**
114 **die Zusammenarbeit? Was soll sich ändern dadurch?**

115 E1: Na ja, ändern soll sich nicht viel. Es ist (-) Ja, also das große Anliegen ist, dass
116 der Patient, wie in jedem anderen Bereich auch, im Mittelpunkt steht, ne, und das
117 wir durch diese Zentrumbildung noch mal deutlich gemacht haben, wie wichtig uns
118 auch die externen Partner sind. Ne. Da haben wir auch nen schönen Flyer entwor-
119 fen, das würden wir Ihnen vielleicht auch mitgeben...

120 I: Ja, gerne.

121 E1: Wo wir das denn, du weißt ja, wo die liegen, ne? Wo wir das denn auch noch
122 mal so für, für die Partner und für die Betroffenen noch mal deutlich machen, ne.
123 Was zum inneren Kern unseres Zentrums gehört und was aber auch, (-) zum äuße-
124 ren Kern gehört.

125 I: Danke schön.

126 E1: Und das ist noch mal durch diese Bildung des Zentrums (-) soll das noch mal
127 deutlich werden. Das ist so ein Punkt.

128 **I: Also sind das quasi die gegebenen Strukturen unter einem neuen Namen?**

129 E1: Nee. Unter einem neuen Namen und unter einer anderen Qualität, ne. Das wir
130 einfach sagen, wir machen mit dem Wort „Zentrum“ auch noch mal deutlich, wie
131 wichtig uns hier die Behandlung von diesen Palliativpatienten ist.

132 E2: Ich seh es auch so, dass die Zusammenarbeit mit Hausärzten in dieser Qualität
133 hats vorher eigentlich so nicht gegeben. Das man so dicht am Patienten ist, mit
134 dem Hausarzt zusammen (-) also, wir sprechen nicht nur unseren Doktor an, we-
135 gen Problemen mit dem Patienten, sondern auch den Hausarzt, also, man hat zwei
136 Partner eigentlich. Das find ich, ist so das Besondere. Sonst würde ja der Patient im
137 Krankenhaus entlassen, Gespräch mit dem Hausarzt, wenn denn, und dann gibt's
138 ja den Kontakt nicht mehr so.

139 I: Sind das auch Ärzte mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“?

140 E2: Zum Teil.

141 I: Zum Teil.

142 E1: Genau, da haben wir, glaub ich, acht (-) (zählt) neun Ärzte, die mit uns (-) die
143 zu dem SAPV-Kernteam gehören

144 I: Mmh.

145 E1: die aus dem Krankenhaus kommen oder die, halt niedergelassene Ärzte sind.
146 (-) Die gehören zum Team dazu.

147 **I: Mmh. Wie schätzen Sie selbst die Versorgung durch SAPV-Teams, einmal**
148 **in unserer Region, ein? Und einmal in ganz Mecklenburg-Vorpommern, wenn**
149 **Sie dazu was sagen können.**

150 E1: Mmh. Ja, in unserer Region (--)(unverständlich) Oder in ganz Mecklenburg-
151 Vorpommern ist es so, dass es ja sieben Teams offiziell gibt, ne. Ein achttes Team
152 arbeitet auch schon, hat aber noch nicht die Zulassung. Und die Teams alle so in
153 dem Bereich von 30 km, was das Einzugsgebiet betrifft. Da bin ich mir aber nicht
154 ganz sicher. Und da wir aber nun mal ein Flächenland sind, gibts noch keine gute
155 Deckung für die Patienten, die da über die SAPV betreut werden könnten.

156 I: Mmh

157 E1: Da fällt mir hier in der Nähe D-Stadt ein, dann E-Stadt. (-) Aber da kommt, wie
158 gesagt, auch dieses Team her, dass da noch keine Zulassung hat, aber son biss-
159 chen dahingehend schon arbeitet. Oder Demminer Bereich, das ist so (-) da sind
160 noch so die weißen Flecken, wo ich sag, das ist so (--)
161 (unverständlich) eigentlich sind wir durch unser Gebiet hier ganz gut abgedeckt,
162 ne? Aber wie gesagt, das beschränkt sich eben auf diese 30 km.

163 **I: Mmh. Und entlassen Sie denn auch Patienten, wo die Versorgung im Nach-**
164 **hinein nicht sichergestellt werden kann?**

165 E1: Nein. Also, von der Palliativstation eigentlich nicht.

166 E2: Wir überweisen an den Hausarzt...

167 E1: Und dann versuchen wir, dass das... (--)

168 **I: Dann versuchen Sie, das irgendwie sicherzustellen? Und fahren gegebe-**
169 **nenfalls auch weiter, ja?**

170 E1: Nein. Also, das muss man jetzt trennen, ne. Wir reden ja jetzt über die Pallia-
171 tivabteilung. Das SAPV-Team kann ja nicht entlassen, wir sind ja sozusagen die
172 Ausführenden.

173 I: Genau.

174 E1: Aber wenn die Klinik jemanden entlässt, oder die Palliativstation jemanden ent-
175 lässt, wird ja so entlassen, dass der dann auch in die Häuslichkeit geht, dass das
176 dann klappt, dass der... (-)

177 I: Betreut wird.

178 E1: Betreut wird. Das ist halt auch das Besondere an der Palliativabteilung, dass
179 man dann sagt, der Patient kann jederzeit anrufen und sagen, es geht jetzt grad
180 nicht, ich hab 'n Problem. Und dann versucht man das telefonisch zu klären oder er
181 wird halt wieder aufgenommen.

182 I: Ja.

183 E1: Ne, direkt auf die Palliativstation.

184 I: Okay.

185 E1: Und mit dieser Aussage geht jeder Patient eigentlich von der Palliativstation in
186 die Häuslichkeit. Und diese Sicherheit gibt ja den Patienten immer schon ganz viel.
187 Ob er vom SAPV-Team betreut wird oder nicht, die Sicherheit hat er. Die Beson-
188 derheit ist, wenn er SAPV-Patient ist, dass er halt ne 24-Stunden-Rufbereitschaft
189 hat, dass er (-), dass man denn auch ´n Arzt rausschicken kann. Das ist halt die
190 Besonderheit, dass dann ein Arzt vor Ort (-) rausfahren kann. 24 Stunden am Tag.
191 Das ist halt die Besonderheit bei dem SAPV-Team.

192 E2: (unverständlich)

193 E1: Um die Einweisung zu verhindern, ganz genau.

194 E2: wenn er denn Probleme hat, die man nicht am Telefon nicht klären kann, dass
195 er dann zu uns auf die Station kommt. Dann kann ihnen der Doktor (unverständlich)

196 **I: Dann würde ich sagen, kommen wir zu den konkreten Umsetzungshinder-**
197 **nissen. Was denken Sie wo die bei der täglichen Arbeit liegen?**

198 E1: Also, das große Umsetzungshindernis bei uns hier in --- ist wirklich die nicht
199 besetzte ärztliche Stelle in der SAPV. Was heißt nicht besetzte (-) sondern das die
200 von Oberarzt A besetzt ist, aber Oberarzt A hier noch viele andere Aufgaben hier
201 im noch Haus erfüllt und (-) sich sozusagen jetzt teilen muss, ne. Also, er ist Ober-
202 arzt in der Palliativabteilung, er ist vom Ethikrat der Vorsitzende, er ist halt in der
203 SAPV und besetzt dort die ärztliche Stelle und dann kommen bestimmt noch ´n
204 paar andere Sachen dazu. Seine Sprechstunde fällt mir da ein und dass sind alles
205 Sachen, wo er sich da halt teilen muss und das ist natürlich etwas, was jetzt gerade
206 uns so ´n bisschen (-) also die personelle Ausstattung auf dem ganzen Gebiet ein-
207 geschränkt. Ich denk, dass was positiv ist, ist das jetzt die Koordinatorstelle besetzt ist

208 I: (lacht)

209 E2: Dann wäre das so, wie wir uns das immer gewünscht haben. Dann könnte man
210 Patienten unbegrenzt aufnehmen (-) Das ist ja auch abhängig davon, wie viel Zeit
211 kann der Doktor da draußen einbringen, ne. Wenn er dann wenig Zeit hat, weil er
212 auch an anderen Stellen denn noch arbeiten muss, weil keine Vertretung da ist,
213 dann kann er eben auch nur begrenzt rausfahren und dadurch schränkt sich dass
214 alles ein bisschen ein.

215 **I: Seit wann macht er denn das allein?**

216 E2: Seit April.

217 I: Ja, das ist ja schon ´ne ganze Zeit.

218 E2: Ja.

219 **I: Und Ihre Aufgaben? Haben Sie das vorher mit übernommen? Also, die Ko-**
220 **ordinatoraufgaben in dem Sinne.**

221 E2: Ja, wir sind ja zu zweit und haben dann alles gemacht, sagen wir mal. Aber das
222 ist für uns auch ´ne Erleichterung, ne, dass jemand sich um die ganze Organisation
223 kümmert. Wir können zum Beispiel am Patienten draußen arbeiten, ohne dass die
224 ganze Zeit das Telefon laufend klingelt (-) Oder die Apotheke oder ´n Pflegedienst
225 oder wer auch immer grad ne Auskunft möchte, man ist dann grad im Gespräch (-)
226 Na gut und die ganzen Organisationsarbeiten entfallen dann für uns und das ist
227 natürlich doch ne wesentliche Erleichterung.

228 ´N Haufen Schreibkram, Anträge besorgen (-)

229 **I: Und das fällt jetzt komplett alles für Sie weg?**

230 E1 & E2 (beide zusammen, unverständlich)

231 E1: Was sind jetzt Umsetzungshindernisse, ne. Also, die ganze Bürokratie, wie in
232 jedem anderen Bereich, ist natürlich auch etwas, was die Zeit dann nachher am
233 Patienten einschränkt, ne. Das muss man auch so deutlich sagen. Das ist halt so,
234 ne.

235 **I: Und wir hatten ja auch gesagt, flächendeckend ist ja hier noch keine Ver-**
236 **sorgung in Mecklenburg-Vorpommern möglich, bis jetzt. Was meinen Sie,**
237 **woran das insgesamt liegen könnte?**

238 (--)

239 **I: Wenn man jetzt zum Beispiel die rechtlichen Grundlagen vielleicht nimmt,**
240 **die Voraussetzungen.**

241 E1: Genau. Ich denke das liegt vor allem an den Voraussetzungen. Einmal dass es
242 nicht genügend Fachärzte, also genügend ausgebildete Ärzte gibt im Bereich Palli-
243 ative Care, also mit dieser Zusatzqualifikation und dass ja unter den Pflegekräften
244 dieser Palliative-Care-Kurs noch nicht flächendeckend, in jedem Bereich so über-
245 greifend angeboten werden kann.

246 Wenn wir uns die Kooperationspartner so angucken, heißt dass ja nicht, dass die
247 Kooperationspartner komplett ihr gesamtes Team mit Palliative-Care-Schwestern
248 ausgestattet haben, sondern das sind nur vereinzelte. Wenn denn jetzt zum Bei-
249 spiel jemand von den Kollegen in die Schwangerschaft geht, die diesen Palliative-
250 Care-Kurs haben oder dann krank sind, dann können die die Leistungen nicht an-
251 bieten, ne.

252 I:Mmh.

253 E1: Obwohl sie´s machen, aber sie können´s nicht anbieten, ne. Weil sie die Quali-
254 fikationsvoraussetzungen nicht haben. Und das ist dann schon (-)

255 Und daran wird das auch aus meiner Sicht liegen, dass das flächendeckend
256 schwierig ist, ne. Und auf der andern Seite, dass das nicht so´n gutes Netz gibt.

257 Also nicht überall so´n gutes Netz wie hier, ne. Bei uns in ---. Das ist ja schon, wir
258 waren die erste Station in Ostdeutschland.

259 Das ist ja über fast zwanzig Jahre jetzt schon gewachsen dieses Netz, ne. Und das
260 haben andere nicht, diese Voraussetzungen.

261 E2: Dass sind ja zum Teil auch Hausärzte, die Palliative-Care machen da draußen,
262 SAPV,

263 I: Mmh.

264 E2: die sind ja in ihrer Zeit dann sicher auch eingeschränkt, ne.

265 E1: Das ist auch ´n großes Plus, das unser Team hier an einer großen Klinik ist.
266 Das ist sonst glaub ich nur in F-Stadt noch so, ich glaub in G-Stadt (-)

267 I & J: In H-Stadt.

268 E1: Und in H-Stadt, genau. Aber ansonsten ist das für die Kollegen, die das dann,
269 wie E2 schon sagt, als Hausarzt dann versuchen aufzubauen (-) stößt das doch
270 irgendwie dann an zeitliche Grenzen.

271 **I: Mmh. Also, dass die Klinik auch als Voraussetzung nicht unbedingt, aber**
272 **als wichtigen Teil (-) ansehen.**

273 E1: Genau.

274 **I: ... an den die SAPV angegliedert ist.**

275 E2: Klar, das ist ´ne ganz wichtige Voraussetzung, dass wir das mit aufbauen konn-
276 ten.

277 **I: Und könnten Sie sich vorstellen, dass ohne die Klinik im Rücken, sag ich**
278 **mal.**

279 E2: Nee, glaub ich nicht, dass das funktioniert. (-) Da war ganz viel Unterstützung
280 am Anfang dabei

281 I: Ja.

282 E2: Das ist ja auch so ganz langsam (-) Die Bezahlung war ja am Anfang auch ´ne
283 ganz andere, so dass sich das ganze Projekt auch nicht wirklich tragen konnte,
284 wenn es nicht gestützt worden wäre vom Haus. Ne. Dann wurden ja auch (--)

285 E1:Verhandlungen.

286 E2: ja, Verhandlungen geführt wegen der Bezahlung der ärztlichen und pflegeri-
287 schen Haubesuche, ne. Da gab´s dann ´ne Erhöhung der Tarife. Und ohne das, ja,
288 hätte das ja gar nicht geklappt.

289 **I: Also auch ein finanzieller...**

290 E1: Ja, ja, auf jeden Fall. So eine Klinik stützt das dann einfach, ne. so eine be-
291 stimmte Zeit und jetzt trägt es sich, ne.

292 **I: Weil wir in A-Stadt ja auch gehört hatten, dass die Weiterbildungen so ext-**
293 **rem teuer sind und das sich das nicht unbedingt sofort amortisiert. Also,**
294 **dass dauert seine Zeit, bis sich das rechnet.**

295 E2: Ja, es geht ja auch um die Zeit ne. Wir wissen ja alle wie knapp das ist im Pfl-

296 gedienst, ne. Und ich glaube, das ist überall so. Also ich hab jetzt mit jemandem

297 gesprochen, mit einer Schwester vom privaten Pflegedienst

298 Und das ihr so erzählt, und ich sage „Mensch, wollt ihr nicht vielleicht...“

299 aber na ja, die sagen dann auch selber, dass eben Palliativpatienten sehr aufwän-

300 dige Patienten sind, was auch die Gespräche beispielsweise betrifft, ne. Und dass

301 das ja irgendwo auch bezahlt werden muss. Das überlegen die sich dann auch, ob

302 sie diese Ausbildung machen, die Palliative-Care, ne.

303 I: Mmh.

304 E2: Aber sonst ist das schön. (-) Einerseits, mit den Pflegediensten zusammenzu-

305 arbeiten (-) ist schon ´ne tolle Sache.

306 **I: Das merkt man auch, dass Sie dahinter stehen, das ist schön.**

307 E2: Ja (lacht) Man hat ja auch einen ganz anderen Einblick, ne. Als wenn man so

308 nur auf Station arbeitet und gar nicht weiß, was da draußen so geleistet wird von

309 den Pflegediensten, ne.

310 **I: Mmh. Und auch von Angehörigen? Ja?**

311 E2: Und von Angehörigen auch. Das ist immer wieder bemerkenswert, was man

312 von anderen Menschen lernen kann. Wie die sich... in schwierigen Situationen...

313 wie die das dann doch schaffen. Manchmal (-) Beeindruckend.

314 E1: (unverständlich)

315 E2: Ja, ohne Angehörige, nicht zu vergessen, geht gar nichts, auch im SAPV-Team

316 nicht. Wenn ein sterbender Patient, der nachts allein zu Hause ist, das geht eigent-

317 lich in den seltensten Fällen, ne. Das geht nur, wenn da Angehörige dahinter sind,

318 die bereit sind, das zu machen. Das wird schwierig dann.

319 E1: Und auch ein großer Bestandteil unseres Teams. Also, unserer Arbeit.

320 E2: Mmh. Angehörigenarbeit.

321 E1: Also, Betreuung, Beratung...

322 E2: Der Angehörige ist eigentlich genauso erkrankt wie der Kranke selber. Manch-

323 mal, glaub ich, sogar noch mehr. Da wird manchmal noch mehr Arbeit benötigt (-)

324 Das ist auch ´ne wichtige Sache, Angehörigenbetreuung.

325 **I: Wollte ich gerade fragen, ob es da auch irgendwelche Konzepte gibt, oder**
326 **bieten Sie das auch an, irgendwelche Gesprächskreise oder...**

327 E2: Na ja...

328 E1: Genau das ist ja denn, das wir sagen, psychologische Betreuung bieten wir
329 auch an, auch für die Angehörigen, ne. (-) In letzter Zeit machen wir das immer so,
330 dass wir sagen, „Wenn es Probleme gibt, melden Sie sich“ bei unserer Psychologin
331 und wir versuchen, also nicht versuchen, sondern wir bauen Kontakt auch auf und
332 dann fährt sie auch mit raus. Und (-) es gab, oder ich denke, die Gruppe gibt es
333 noch, „Trauernde Angehörige“, ne?

334 E2: Mmh. (zustimmend)

335 E1: So ´ne Selbsthilfe-, nee, Selbsthilfegruppe stimmt nicht, sondern ´ne Gruppe,
336 die dann auch von unserer Psychologin, Frau B, betreut wird, ne. Wo sie sich dann
337 einmal im Monat diese Gruppe „Trauernde Angehörige“ (-) ja, zusammenfindet.
338 Also, das sind dann aber Angehörige von bereits verstorbenen Patienten, ne.

339 I: Aha, okay.

340 E1: Weil während dieser Zeit sind die voll und ganz für ihren Angehörigen da. Dass
341 da dann gar keine Zeit haben, sich irgendeiner Gruppe anzuschließen. Und an-
342 sonsten (-) wie gesagt, das ist ein großer Bestandteil. Unserer Arbeit.

343 **I: Das weißt´ ich auch noch nicht, dass die mit rausfährt, die Frau B. Das hat-**
344 **ten wir im Ärzteblatt gelesen, dass sie Bestandteil des Teams ist, aber...**

345 E2: Mmh. (zustimmend)

346 **I: ...dass sie direkt mit dabei ist, das wussten wir noch nicht.**

347 E1: Aber das macht ja Sinn. Also, wenn man sie dann einbestellt, dann ist das ja für
348 sie, also die Angehörigen auch wieder ein zeitlicher Faktor. Der sitzt dann im Ge-
349 spräch wahrscheinlich auch ganz anders, als wenn du weißt, er liegt (-) er ist dort
350 und ich kann mich hier in meiner Umgebung mit der Psychologin beschäftigen.

351 E2: Und das ist auch für den Psychologen auch wichtig, was sind das für häusliche
352 Bedingungen. Wenn er sieht (-)

353 E1: Genau.

354 I: Ja, bestimmt.

355 E2: das macht doch einiges aus. Aber sie hat eben auch eingeschränkt nur Zeit.

356 E1: Wieder der Zeitfaktor.

357 I: Ja, das ist leider überall so.

358 E2: Auch ´ne Sache, die schade ist, weil da wäre ganz viel Bedarf, ne.
359 Und es ist ja auch ganz wichtig und ganz viel möglich mit Hilfe einer Psychologin,
360 ne.

361 E1: Mmh.

362 **I: Na klar. (-) Die letzte Frage ist im Prinzip, wenn man den Bedarf an SAPV,**
363 **also, wenn man die Flächendeckung einfach aufbauen wollte, was hätten Sie**
364 **für Vorschläge, wie könnte man die gesetzlichen Grundlagen beispielsweise**

365 **ändern oder anpassen, um den Bedarf sicherzustellen? Um neue SAPV-**
366 **Teams gründen zu können.**

367 E1: Ja, das (-) neue SAPV-Teams gründen (--)

368 I: Nicht als Konkurrenz natürlich (lacht)

369 E1: Nein, nein, also das im Gegenteil. Also das ist, glaub ich, auch ´n schlimmer
370 Gedanke, wenn man diesen Konkurrenzgedanken hätte. Das darf nicht passieren,
371 aber (-) das, ja, also ändern.

372 Ich glaube, dass die Richtlinie schon ganz gut ist. Ich hab sie mir noch mal durch-
373 gesehen, ne. Das man auch an den Zugangsvoraussetzungen jetzt nichts ändern
374 sollte, ne. Wir hatten auf unserer (unverständlich), als wir das Zentrum für Pallia-
375 tivmedizin gegründet haben eine Diskussion zwischen einem Hausarzt und dem
376 ärztlichen (-)

377 E2: dem Vorsitzenden der Ärztekammer.

378 E1: und da ging es einfach darum, dass eben die Voraussetzung für die Erreichung
379 dieser Palliative-Care-Zusatzqualifikation in der Ärzteschaft ne dreimonatige, ja ne
380 dreimonatige Hospitation auf einer Palliativstation erfolgen muss. Und das ist natür-
381 lich schwierig für einen Hausarzt, der ´ne Praxis hat, jetzt drei Monate in die Praxis
382 zu gehen. Also, das war die Diskussion während dieser Zeit und ich fand da hat der
383 Herr C, der Doktor C, auch schon gesagt, dass man das da individuell gestalten
384 sollte. Ich denk, das ist auch wichtig, dass man die Richtlinie dann für die Ärzte-
385 schaft dann so ´n bisschen individuell auch betrachtet.

386 I: Mmh.

387 E1: Diese dreimonatige Hospitation auf einer Palliativstation. Und das man das ein
388 bisschen streckt und den Ärzten da auch entgegenkommt. Aber letztendlich find ich
389 persönlich das richtig, dass das so ´ne hohe Voraussetzung ist, denn ohne Praxis
390 geht es nicht.

391 Also, hätte ich jetzt nicht zehn Jahre auf ´ner Palliativstation gearbeitet, wüsste ich
392 jetzt nicht wirklich, wovon ich rede.

393 I: Mmh.

394 E1: Wenn ich mit den Leuten telefoniere oder so. Wenn ich hier ´ne Koordination
395 mach. Ich denk, das ist wichtig, dass man vor allem diese Praxiserfahrung hat ne.
396 Und die steht da so drinne und das ist auch nicht schlecht so. Da wüsste ich jetzt
397 nicht, was ich da so groß ändern würde.

398 **I: Und die sechs Monate für Pflegekräfte? Die sind ja auch oft kritisiert wor-**
399 **den**

400 E1: Die find ich aber auch richtig

401 **I: weil das so schwer zu realisieren ist.**

402 E1: Das find ich aber richtig
403 E2: Bei der Palliative-Care-Ausbildung? Sechs Monate?
404 E1: Ja, aber ich find Praxis wichtig und ohne Praxis geht's auch nicht. Aber ob's
405 nun sechs Monate sein sollten oder ein Vierteljahr. Und man muss das individuell
406 sehen, das ist wichtig. Das ich jetzt nicht sagen kann, ich nehm jetzt jemanden 'n
407 halbes Jahr hier irgendwo raus (-) das sind ja auch bloß irgendwo kleine Wirt-
408 schaftsunternehmen und das kann man, denk ich, wenn man's
409 Auf der einen Seite denk ich, ist es wichtig, wenn man's vernünftig machen will,
410 dass man die Praxis hat, auf der anderen Seite muss man das aber auch individuell
411 gestalten können.
412 I: Mmh.
413 E1: Und vielleicht auch einfach schon mal anfangen und machen. Und das muss
414 dann finanzierbar sein.
415 Ich mein, dass was uns so'n bisschen hindert, dass sind zwei Sachen, die wir än-
416 dern würden beim nächsten Vertrag. Das ist einmal, wir dürfen selber nicht einwei-
417 sen vom SAPV-Team und unser Doktor darf zu Hause nicht (-)
418 Also, fährt jetzt raus und sieht „Mensch, das ist ein Einweisungsgrund hier“, er darf
419 aber selber nicht ins Krankenhaus einweisen. Dann muss der Hausarzt wieder ei-
420 nen Einweisungsschein schreiben und wir dürfen auch keine Transportscheine
421 ausstellen. Das ist auch so'n Hindernis, wo ich denk, dass man das ändern müsste.
422 Das hat jetzt zu der Frage vielleicht nicht unbedingt
423 aber das sind so Sachen die mir zu Hause auch einfielen, (-) als bürokratisches
424 Hindernis. Das uns die Arbeit erleichtern würde, wenn wir selber sagen könnten,
425 das wäre ein Weg weniger (--)
426 **I: Ja, möchten Sie sonst noch was ergänzen? Fragen habe ich selbst keine**
427 **mehr. Hast du noch welche?**
428 J: Nee. Auch nicht.
429 I: Gut, dann mach ich das erstmal aus.

Anhang 5: Gedächtnisprotokoll

Am 4. November 2011 um 13.20 Uhr fand das Telefongespräch mit einer Sozialstation statt, die sich auf die Interviewanfrage bezüglich des Themas SAPV leider nicht zurückmeldete. Dabei erwähnte die Pflegedienstleitung, dass sie zu diesem Thema keine Auskunft geben könne, da in ihrer Region keine SAPV-Leistungen angeboten werden. Die Sozialstation betreut im Jahr etwa fünf bis sechs Klienten in der letzten Lebensphase, die jedoch allgemein palliativ (AAPV) versorgt werden. Sie selbst bieten keine SAPV-Versorgung an, da es sich für sie nicht lohnen bzw. rentieren würde.

Gerade in den ländlichen Regionen von Mecklenburg-Vorpommern werden die Menschen durch soziale Pflegedienste betreut. In diesen Regionen findet man eine hervorragende Zusammenarbeit der Sozialstationen mit den Hausärzten, so auch in der genannten Sozialstation. Dies führt dazu, dass keine Probleme bei Verordnungen auftreten, da der gute Kontakt zu den Landärzten bezüglich der Verordnungen ein Vorteil für die Sozialstation darstellt. Das heißt, nach den Worten der Pflegedienstleitung, dass die Sozialstation so gut wie jede Verordnung bekommt, die sie benötigt. Des Weiteren hat die genannte Sozialstation keine Palliative-Care-Fachkraft und die Pflegedienstleitung ist der Meinung, dass sich eine Weiterbildung für ihre Station nicht lohnt. Die Befragte legte viel Wert auf den Hospizgedanken und ist der Meinung, dass durch die SAPV dieser Gedanke verloren geht. Denn die Abrechnung der SAPV-Leistungen mit den Krankenkassen steht, ihrer Meinung nach, im Widerspruch zum Hospizgedanken, denn mit dem Tod sollte man kein Geld verdienen. Jedoch gab sie auch zu, dass in dieser Ansicht auch ein Umdenken stattfinden muss, was für sie jedoch noch nicht möglich ist.

Eidesstattliche Erklärung

Wir erklären an Eides statt, dass die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Hilfsmittel, angefertigt wurde. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken wurden als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, den 11.01.2012

Ilka Hinrichs

Juliane Schulze