

# Palliativversorgung

Hausärztinnen und Hausärzte waren schon immer für die Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten auch am Lebensende zuständig. Durch die Einführung der „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV), in der viele Hausärztinnen und Hausärzte aktiv sind, und der „Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ (AAPV) wurde ihr Engagement für die schwerkranken Patientinnen und Patienten besser sichtbar (und abrechenbar). Die „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV) ist in der Versorgungswirklichkeit noch nicht angekommen, wie Hemmerling et al. in diesem Heft berichten. Wenn die ambulante Versorgung nicht möglich ist, werden Hausärztinnen und Hausärzte von Palliativstationen und Hospizen unterstützt. Auch Hospiz-Initiativen spielen eine große Rolle, indem sie unter anderem Ehrenamtliche ausbilden und diese auf Palliativstationen, in Hospizen und Pflegeeinrichtungen, aber auch im häuslichen Umfeld als Begleiter/innen einsetzen.

Der zweite Beitrag zur Palliativversorgung in diesem Heft, von Günther et al., widmet sich der Notfallversorgung in Pflegeheimen. Die Unsicherheit ist groß, ob die Bewohner/innen im Notfall so behandelt werden, wie sie es wünschen (es aber nicht mehr ausdrücken können). Denn: Nur eine Minderheit der Bewohner/innen hat eine Patientenverfügung erstellt, und wenn doch, dann entspricht diese meist nicht dem Konzept des Advance Care Planning und ist in vielen typischen Pflegeheimszenarien, z.B. dem unerwarteten Herzstillstand, nicht aussagekräftig, selbst wenn sie rechtzeitig zur Hand ist.

Günther et al. erwähnen eine Entwicklung, die ich unterstreichen möchte: Die Pflegeeinrichtungen haben seit Ende 2015 die gesetzlich verankerte Möglichkeit (§ 132g SGB V), Gesprächsleistungen im Rahmen des Advance Care Planning zulasten der Krankenkassen abzurechnen. Die Einrichtungen können frei entscheiden, ob sie dafür ausgebildete Gesprächsbegleiter/innen einstellen oder für diese Leistungen mit regionalen Anbietern kooperieren möchten. Umgesetzt wird diese Möglichkeit bisher nur von wenigen Pflegeeinrichtungen – wahrscheinlich, weil es aufwendig ist, neue Strukturen zu etablieren. Die Chancen, die das Gesetz bietet, sind aber groß: Qualifizierte Gesprächsbegleiter/innen können die Bewohner/innen beraten und Hausärztinnen und Hausärzte bei der Vorausplanung der Behandlung in Krisensituationen entlasten. Gleichzeitig werden die Hausärztinnen und Hausärzte in diesen Prozess einbezogen. Sollten diese Strukturen aufgebaut sein und funktionieren, wäre der nächste logische Schritt eine Ausweitung des Angebots für diejenigen, die pflegebedürftig sind, aber zu Hause leben. Das ist vom Gesetz (noch) nicht vorgesehen; trotzdem lohnt es sich, auf dieses Ziel hinzuarbeiten. Hausärztinnen und Hausärzte können solche lokalen oder regionalen Entwicklungen anstoßen und fördern. Eine gute Übersicht über die Thematik findet sich bei in der Schmittgen et al. [1].

Mit diesem Heft verabschiede auch ich mich als Mit-Herausgeber/in der ZFA. Ich danke Ihnen für Ihre Kommentare und Anregungen, den vielen Gutachterinnen und Gutachtern der ZFA für ihr großes Engagement und dem Herausgeberteam für den intensiven und lehrreichen Austausch. Vielen Dank auch an das Team des Deutschen Ärzteverlags, insbesondere an Herrn Jürgen Bluhme-Rasmussen und Frau Marie-Luise Bertram, mit denen die Zusammenarbeit stets wunderbar klappte.

Herzliche Grüße

*Ihre Hanna Kaduszkiewicz*



Foto: Ute Boeters

## Literatur

[1] in der Schmittgen J, Rixen S, Marckmann G. Advance Care Planning: ein Konzept zur Stärkung der Autonomie pflegebedürftiger Menschen (nicht nur) am Lebensende. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. (Hrsg.) Pflege-Report 2022. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-65204-6\\_6](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-65204-6_6)