

## Hospiz- und Palliativversorgung in der Hausarztpraxis

**D**ie palliative Therapie, eine symptomorientierte Begleitung des Patienten, ist längst nicht mehr den Krankenhäusern und Palliativstationen vorbehalten. Sie rückt immer mehr in den ambulanten Bereich. Im Rahmen der AAPV – der allgemeinen ambulanten palliativen Versorgung – gibt es immer mehr Aufgaben, die Hausarztpraxisteams gemeinsam bewältigen müssen. Aber was bedeutet AAPV? Und wann brauchen wir die spezialisierte ambulante Patientenversorgung (SAPV)? Was kann und darf das Team der Hausarztpraxis?

Dr. Antje Reiter, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin vom Praxisteam Giesing, gibt einen Einblick.

Seit einigen Jahren betreuen wir einen Patienten, der seit 2015 an einem Nierenzellkarzinom mit Knochenmetastasen leidet. Bei Erstdiagnose war eine kurative Operation nicht möglich, sodass eine palliative Chemotherapie begonnen wurde. Der Patient war sonst gesund und mobil, hat sein Leben in vollen Zügen weiter genossen.

Das Tumorleiden sprach auf verschiedene Therapien, auch Antikörpertherapien, über lange Zeit gut an. Wir konnten ihn so gemeinsam mit den behandelnden Onkologen in sehr stabilem Zustand sieben Jahre nach der Erstdiagnose betreuen.

Im Juni 2022 kam es dann zu einer akuten Verschlechterung. Der Patient wurde längere Zeit stationär behandelt, erlitt ein Delir sowie eine Darmperforation, die ohne Operation konservativ behandelt werden konnte. Seine Ehefrau und seine Kinder beschlossen, ihn nach Hause zu holen, und dort auch bis zum Versterben zu begleiten. Am Tag nach seiner Entlassung von der Palliativstation planten wir den ersten Hausbesuch, es war August 2022.

### Hilfsmittel organisieren

Der Patient war inzwischen wieder voll orientiert, belastende Symptome wurden mit Medikamenten gut behandelt, das Delir war kuriert. Ein Pflegebett und Toilettenstuhl wurden vorab bereits von unseren MFA organisiert und über das Sanitätshaus

geliefert. Er öffnete uns persönlich auf wackeligen Beinen, aber selbstständig und frei stehend die Tür. Allerdings waren auch kurze Wege in der Wohnung, zum Beispiel in die Küche, um mit seiner Frau zu frühstücken, beschwerlich.

Wir besprachen, dass in der engen Altbauwohnung nicht jede Form von Hilfsmittel geeignet sei, und baten einen Mitarbeiter des benachbarten Sanitätshauses, sich die Situation vor Ort anzusehen und Vorschläge zu machen. Nach eingehender Beratung wurde ein schmaler, in die Wohnung passender Rollator gefunden und geliefert. Nun war unser Patient wieder mobil.

### Medikation abstimmen

Im Verlauf konnte unser Patient nachts nicht gut schlafen und klagte zudem wiederholt über Übelkeit. Eine schlafanstoßende Medikation sowie bei Bedarf Tropfen gegen die Übelkeit sorgten für Linderung. Bei fortschreitenden Knochenmetastasen erhielt er Schmerzmittel in fester Dosierung über den Tag verteilt.

Mit dieser Therapie war er in der Wohnung mobil und beschwerdefrei. Wir vereinbarten regelmäßige Telefonate sowie Besuche durch unsere VERAH, um evtl. Blutabnahmen oder Verbandswechsel durchführen zu lassen.

### SAPV-Team und Pflegedienst

Frühzeitig stellten wir einen Kontakt mit dem zuständigen SAPV-Team her. Durch dieses erfolgte eine Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten durch das Palliativteam, sollte im Verlauf eine komplexere Versorgung und gemeinsame Begleitung mit der Hausarztpraxis erforderlich sein. Nach Rücksprache mit der Ehefrau organisierte unsere MFA den Kontakt zu einem Pflegedienst, der unterstützend einmal täglich kommen sollte. Er wurde von unserem Patienten und seiner Frau aber wieder abbestellt, da sie die Körperhygiene doch alleine durchführen wollten.



## Letzte Lebensphase besprochen

Bei einem der Hausbesuche besprachen wir zudem die Möglichkeit, die letzte Lebensphase in einem stationären Hospiz zu verbringen, falls die Situation mit Pflege und Belastung für die Ehefrau zu viel würde. Beide beschlossen, eine Anmeldung im stationären Hospiz vorzunehmen, um alle Optionen offen zu halten.

Die Betreuung mit Telefonaten und gelegentlichen Hausbesuchen war über drei Monate ausreichend, die Medikation musste nur geringfügig angepasst werden.

## Symptomlinderung

An einem Abend Anfang Dezember erlitt unser Patient eine erneute Verschlechterung und konnte auch die Morphin-Tropfen nur noch eingeschränkt oral zu sich nehmen.

Wir verständigten daher am folgenden Morgen das SAPV-Team, um eine subcutane Medikamentengabe zu initiieren.

Noch am selben Tag erfolgte ein Besuch durch die ärztliche Kollegin vom SAPV Team, die den Patienten von ihrem ersten Besuch im August kannte. Eine kontinuierliche subcutane Morphingabe über eine ambulante Infusionspumpe wurde begonnen und führte rasch zu zufriedenstellender Symptomlinderung. Unser Patient verstarb am selben Tag abends im Kreise seiner Familie.

## Wer ist ein Palliativpatient?

Die Frage, die sich viele Hausarztteams in der Praxis immer wieder stellen, ist: wann ist ein Patient ein Palliativpatient? Wer ist wann zuständig? Wie kann ich meine Patientinnen und Patienten bis zuletzt am besten versorgen?

Bei palliativen Patienten denken die meisten Menschen an eine Tumorerkrankung. Aber viel häufiger sind in der Praxis oder auch in Pflegeheimen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz, einer weit fortgeschrittenen chronisch

## WEITERE INFORMATIONEN

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):

- Wer bietet was in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland? [wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/](http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/)
- [www.dasistpalliativ.de/](http://www.dasistpalliativ.de/)
- [www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_2.2.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf)

obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer schweren Demenz, einer neurodegenerativen Erkrankung wie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder in einem späten Stadium eines Morbus Parkinson. Auch ein schwerer Diabetes mit Spätkomplikationen wie Polyneuropathie, Gangrän (Gewebsnekrose) oder einer schweren Durchblutungsstörung der Beine oder Arme (pAVK) sind palliative Erkrankungen.

## Palliative, terminale und finale Phase

- Wenn eine kurative, heilende Therapie nicht mehr möglich ist, beginnt die palliative, symptombegleitende Therapie. Die palliative Phase kann Monate, sogar Jahre dauern.
- Die terminale Phase, in der man medikamentöse Therapien überdenkt und auch beginnt einzuschränken, dauert Monate und Tage.
- Erst die finale Phase, in der eventuell angstlösende, schmerzlindernde Medikamente die einzigen sind, und statt Essen und Trinken Mundpflege in den Vordergrund rücken, führt dann innerhalb weniger Tage zum Versterben.

## Aufgaben des hausärztlichen Teams

Unsere Aufgabe ist es, auch in den palliativen Phasen den Patienten und seine Angehörigen zu begleiten und anzubieten, was

## AAPV

„Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann.“ (Definition DGP/ Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) 15.1.2009)

## BQKPMV

Die „Besonders qualifizierte und koordinierte Palliativversorgung“ erfordert eine Basisweiterbildung und jährliche Fortbildung.

## SAPV

Die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. ... [Sie] beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-) Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer sind unverzichtbar.“ (Definition DGP und DHPV 15.01.2009)

für den Patienten notwendig ist und was er toleriert und sich wünscht.

Der Wunsch der meisten Menschen ist es, daheim im eigenen Bett einzuschlafen, und „nicht mehr aufzuwachen“. Die Aufgabe der Hausärzte ist zunehmend, das zu ermöglichen. Es ist im Rahmen des immer anspruchsvolleren Praxisalltags nicht immer möglich, dies auch zu begleiten, aber wie man am Beispiel unseres Patienten sieht, ist über einen langen Zeitraum gar nicht immer viel nötig.

### Offenes Gespräch

Die erste Aufgabe ist das offene Gespräch, in dem man eine Therapiezieländerung auf ein palliatives Regime festlegt. Hier entscheidet der Patient auch, wie er sich eine Betreuung und eventuelles Versterben vorstellt. Möchte er daheim sein? Gibt es Angehörige, die das mittragen können? Braucht es einen Pflegedienst, oder auch Hilfsmittel, wie ein Pflegebett, einen Rollator, einen Dusch- oder Toilettenstuhl? Oder erwägt er einen Umzug in ein Pflegeheim, wo wir ihn als hausärztliches Team palliativ weiter betreuen können? Ist die Erkrankung schon soweit fortgeschritten, dass eine Betreuung in einem stationären Hospiz möglich oder erforderlich ist? Auch hier betreuen hausärztliche Teams im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinische Versorgung (§ 87 Abs. 1b SGB V) die Patienten weiter.

Und wenn der Wunsch des Patienten oder der Patientin ist, daheim zu bleiben und im eigenen Zuhause zu versterben, überlegen wir gemeinsam, was sie oder er möchte und benötigt und was die Angehörigen leisten können.

Müssen Medikamente, z. B. gegen plötzlich auftretende, zu erwartende Symptome, wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Übelkeit, Schlaflosigkeit angeordnet werden? Können andere Medikamente, wie Cholesterinsenker, Antidiabetika, Blutverdünner, abgesetzt werden? Oft ist es nur ein Telefonat, um die Angehörigen zu begleiten, sodass diese nicht in einer akuten Überforderung einen Krankenwagen in die Klinik rufen.

Wir können einen Kontakt zu einem Hospizverein herstellen. Hier gibt es ehrenamtlich Mitarbeitende, die zuhause oder auch im Pflegeheim da sind, unterstützen, sprechen und begleiten. In einigen Fällen kann auch eine Sitznachtwache für zuhause organisiert werden, damit die Angehörigen eine Nacht ausruhen und schlafen können, ohne Sorge zu haben, dass der Patient oder die Patientin alleine ist.

Unsere MFA in der Praxis erstellen alle Verordnungen für Pflegedienste, nach Vorlage auch die SAPV-Anforderung, Rezepte für Medikamente, Hilfsmittel, Verbandsmaterialien. Sie organisieren mit der Apotheke Lieferungen oder das Abholen der Verordnungen bei uns. Sie haben den Überblick über Kontaktadressen für SAPV-Teams, Hospizvereine oder stationäre Hospize.

Wichtig ist das offene Gespräch mit allen Beteiligten und eine rechtzeitige Planung für weitere Angebote. Auch die SAPV und Hospizvereine haben nur begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen und benötigen häufig einige Tage bis sie einen neuen Patienten aufnehmen und mitbegleiten können. Aber alle bemühen sich und mit vereinten Kräften ist ein Sterben in Würde in guter Begleitung für unsere Patienten möglich.

**Dr. Antje Reiter**  
in Abstimmung mit

**Elisabeth Krull, Fachkraft für onkologische Pflege und Palliative Care, Caritas Zentrum für ambulante Hospiz und Palliativversorgung München Land und**

**Bastian Thumser, stellv. Landesvorsitzender LV Süd, Verband medizinischer Fachberufe e.V.**

## Ein lebensfroher Ort

Im Januar habe ich im Rahmen meiner Weiterbildung als Onkologiefachkraft einen Tag im Hospiz Lebensraum der Caritas in Coburg hospitiert.

Mein Dienst begann morgens um 06:30 mit der Übergabe. Schon hier musste ich feststellen, wie wertschätzend die Wortwahl in einem Hospiz ist: Es gibt keine Patienten – es gibt nur Gäste. Es wird auch nicht darüber gesprochen, ob einer der Gäste gestorben ist, sondern dass er die letzte Reise angetreten hat.

Direkt nach der Übergabe starteten wir mit dem ersten Rundgang. Aus dem mir bekannten Kliniksetting erwartete ich, dass man von Zimmer zu Zimmer geht, die Gäste ins Bad mobilisiert, die Grundpflege durchführt und dann das Frühstück austeilte. – Falsch! Ganz vorsichtig öffneten wir die Zimmertüren, um zu schauen, ob die Gäste bereits wach sind oder nicht. Geweckt wurde niemand. Den Frühaufstehern wurde Hilfe bei der Grundpflege angeboten und gefragt, ob man etwas für sie tun könne. Einige Gäste benötigten Unterstützung beim Frühstück – sei es beim Schmieren der Brötchen (jeder hat den Belag nach Wahl bekommen) oder auch, weil der Gast körperlich so schwach war, dass er nicht allein essen konnte. Kein Gast wurde zum Essen oder zum Waschen gezwungen. Im Laufe des Vormittages kam das örtliche SAPV-Team vorbei. Es wurde über die aktuellen Gäste informiert und ist dann von Zimmer zu Zimmer gegangen, um sich ein Bild der jeweiligen Patienten zu machen.

Ein Hospiz wird umgangssprachlich auch als „Sterbehaus“ bezeichnet – ich empfand meinen Tag ganz anders: Ein Hospiz ist ein lebensfroher Ort, in dem versucht wird, jeden Wunsch zu erfüllen, jeden Gast bestmöglich zu betreuen und zu versorgen.

Ich habe an diesem Tag viele Gespräche mit den Angestellten und teilweise auch mit den Gästen geführt. Ehrlicherweise muss ich sagen, dass sich durch den Tag im Hospiz mein Weltbild ins Positive verändert hat. Ich bedanke mich nochmals von ganzem Herzen beim Team der Caritas für diese wundervolle Erfahrung.

**Bastian Thumser**