

**Facharbeit:**

# **Einschreibung von Patienten in das Palliativnetz des Kreises Höxter**

erstellt im Rahmen der

Palliativ-Care-Weiterbildungskurs 2012 / 2013

Bildungszentrum Weser-Egge

Pflegeschulen Höxter-Brakel

Verfasser:

Werner Lensdorf

Brenkhäuser Straße 55

37671 Höxter

Höxter, 30.01.2013

## Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort.....	3
2. Vorstellung des Themas .....	4
3. Palliativnetz Kreis Höxter.....	5
3.1. Gründung.....	5
3.2. Kooperationspartner .....	5
3.2.1. Palliativpflegedienst, Voraussetzungen .....	6
3.3. Koordination im Netzwerk .....	6
4. Die Einschreibung als Palliativpatient .....	6
4.1. Definition Palliativpatient.....	6
4.2. Einschreibung durch den Hausarzt.....	7
4.3. Einverständnis des Patienten .....	7
4.4. Weiterleitung der Stammdaten an den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) .....	8
4.5. Fachberatung durch die Palliativnetz-Koordinatorinnen .....	8
4.5.1 ausführliche Stammdatenerfassung.....	8
4.5.2. Leistungen des Palliativnetzes.....	9
4.5.2.1. Vermittlung.....	9
4.5.2.2. Psycho-soziale Beratung.....	9
4.5.2.3. Palliativmedizinische Betreuung .....	9
4.5.2.4. Koordination aller Beteiligten .....	9
4.5.2.5. Palliativverordnung .....	10
4.5.2.6. Palliativversorgung bei stationär untergebrachten Patienten .....	10
4.5.2.7. Erreichbarkeit der Netzwerkkoordinatorinnen .....	10
4.5.2.8. Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft .....	10
4.5.2.9. Re-Assessment .....	11
5. Zu guter letzt - Schlusswort.....	12
6. Quellenverzeichnis: .....	13

# 1. Vorwort

Schon seit 1984 arbeite ich in der Altenpflege, zunächst als Zivildienstleistender, dann als Auszubildender im stationären Bereich, danach 19 Jahre als examinierte Pflegefachkraft ebenfalls im Altenheim, um 2007 den Sprung in die ambulante Pflege zu wagen.

Wie viele Menschen in diesen Jahren direkt oder indirekt in ihrer letzten Lebensphase von mir mit begleitet wurden vermag ich nicht mehr nachzuvollziehen, aber es waren sicherlich einige hundert.

Was ich aber beobachten konnte ist, dass das Sterben in Institutionen als auch zu Hause sich lange Zeit nicht sehr verändert hat. Es war ein tabuisierter Vorgang, mit unterschiedlichsten, aber immer wiederkehrenden Riten behaftet.

Immer wenn der Hausarzt durch den Pastor ersetzt wurde, war allen Beteiligten klar, hier geht ein Leben dem Ende zu. Im Rückblick wage ich zu behaupten, dass diese wie andere selbstverständlich durchgeführten Riten bei den betroffenen sterbenden Menschen sich zusätzlich traumatisierend auswirken mussten.

Erst in den letzten Jahren konnte ich eine Veränderung der pflegerischen und medizinischen Versorgung Sterbender beobachten. Viele Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Angst werden schon seit einiger Zeit nicht mehr abgetan mit den Worten: „Das ist halt so, da muss er jetzt durch“ Nein. Glücklicherweise werden diese Symptome immer häufiger zielgerichtet behandelt. Lange Zeit und teilweise bis heute ist eine solche Vorgehensweise allerdings hausarztabhängig und ggfs. abhängig von der Kompetenz der Pflegenden. Ein in der heutigen Zeit nicht mehr zu tragender und zu ertragender Zustand. Besonders mit dem Wissen, dass es auch besser geht.

Seit wenigen Jahren kann ich die Arbeit des Palliativnetzes des Kreises Höxter beobachten. Die Sozialstation Jung & Alt als Kooperationspartner des Netzes versorgt seit einiger Zeit Palliativpatienten. In meiner Funktion als Leitungskraft stand ich dieser Idee zunächst durchaus skeptisch gegenüber, weil der hohe planerische Aufwand der Versorgung in keinem Verhältnis zur Dauer dieser steht. Nur ein Satz eines Kollegen ließ mich zumindest tendenziell umdenken: „Diese Menschen brauchen unsere besondere Unterstützung.“

Wie zutreffend dieser Satz ist, musste bzw. durfte ich jüngst im privaten Bereich erleben.

Als betroffener Angehöriger durfte ich beobachten wie wichtig gerade auch in diesem Lebensabschnitt eine kompetente medizinische, pflegerische, als auch psychosoziale Betreuung ist. Durch entsprechend weitergebildetes, empathisches, hochmotiviertes medizinisches als auch pflegerisches Personal in Zusammenarbeit mit allen anderen beteiligten Betreuern war es möglich, dass der Sterbende mit all seinen Ängsten, Symptomen, Gedanken genau dort abgeholt wurde, wo er sich befand.

Das Palliativ-Netz: Ein Segen für alle Sterbenden ? Nein!

Ein Segen für alle Lebenden !

## 2. Vorstellung des Themas

Das Sterben wird seit einigen Jahren mehr und mehr enttabuisiert, wobei wir hier allenfalls am Beginn einer positiven Entwicklung sind. Auch die Politik hat sich dem Thema angenommen. Zum 01.04.2007 hat die Bundesregierung den Weg zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) schwerstkranker Menschen mit den §37b SGB V und §132d SGB V freigemacht. (URL: <http://www.palliativ-portal.de/Gesetze>, 21.01.2013). Versicherte mit einer infausten Diagnose, die einer aufwendigen Betreuung (medizinisch und pflegerisch) bedürfen, haben demnach einen gesetzlichen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Diese Versorgung unter Koordination aller Beteiligten zielt darauf ab dem Betroffenen eine entsprechende Betreuung in seiner gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Das heißt, der schwerkranke Mensch kann trotz seiner Erkrankung zu Hause oder auch in einer stationären Einrichtung (Altenheim) verbleiben (aus SGB V, § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung).

Die neue Gesetzeslage bietet die Grundlage für Kooperationsgemeinschaften von Palliativärzten, entsprechend spezialisierten Pflegediensten, stationären Palliativeinrichtungen, ambulanten und stationären Hospizdiensten und anderen mehr.

Aus diesen Kooperationsgemeinschaften bildeten sich Netzwerke. Die sogenannten Palliativ-Care-Netze. Ein Zusammenschluss aus spezialisierten multiprofessionellen und ehrenamtlichen Partnern die, auf der Grundlage des §37b und 132d SGB V und der Vereinbarung „zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, die Betreuung Schwerstkranker zu Hause oder im Altenheim ermöglichen wollen.

Die Voraussetzungen aller Kooperationspartner sind in entsprechenden Verträgen mit den Krankenkassen festgelegt. Insbesondere auf die Bedingungen, die ein teilnehmender Palliativpflegedienst vorweisen muss, wird bei der kurzen Vorstellung des Palliativnetzes des Kreises Höxter eingegangen.

Wie wird ein Kranker ein Palliativpatient?

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine palliativambulante Versorgung durch Kooperationspartner des Palliativ Care Netzes erfolgen kann?

Am Beispiel des Palliativ Care Netzes Kreis Höxter soll der Weg eines Patienten von der Krankenhausentlassung bis hin zur palliativ ambulanten Versorgung durch das Netzwerk aufgezeigt werden. In diesem Zusammenhang soll das Palliativ Care Netz Kreis Höxter kurz vorgestellt werden (Idee, Initiatoren, Kooperationspartner).

Den Schwerpunkt dieses Fachreferates soll aber die „Einschreibung“ eines Patienten in das Palliativ-Netz bilden. Letztendlich die Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen der Netzwerkpartner. Gerade hier scheinen doch noch einige Wissenslücken zu bestehen, auch bei entsprechend weitergebildeten Pflegefachkräften.

Wenn diese Ausarbeitung o.g. Informationslücken zumindest zu einem Großteil schließen kann, entspricht das seiner Hauptintention. Denn gerade Pflegefachkräfte, die berufsbedingt den engsten Kontakt zum Patienten haben, sollten über dieses Wissen verfügen, sodass bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen im Sinne des Betroffenen schnellstmöglich eine angepasste Versorgung eingeleitet werden kann.

## **3. Palliativnetz Kreis Höxter**

### **3.1. Gründung**

Im Jahr 2007 suchte Dr. med. Michael Stolz, Höxter-Fürstenau, erstmals den Kontakt zu den ihm schon aus langjähriger Kooperation bekannten späteren Mitinitiatoren des Netzwerkes Elisabeth Klennert (Albert-Schweizer-Haus, Marienmünster-Vörden, Pflegedienstleitung) und Andreas Fuhrmann (Sozialstation Jung & Alt, Marienmünster-Kollerbeck, Geschäftsführer). Im Rahmen seiner hausärztlichen Tätigkeit hatte er bei der Versorgung sterbenskranker Menschen doch allzu häufig beobachten müssen, dass große Unsicherheiten der Kranken selbst, seiner Angehörigen, der zuständigen Pflegefachkräfte als auch der Hausärzte ein angstminimiertes, schmerzfreies und damit würdiges Sterben zu Hause oder im Heim verhinderten. Mit o.g. Personen wurden die Möglichkeiten einer Verbesserung dieser Situation besprochen. Zunächst dachte man an eine lokal sehr begrenzt tätige Kooperationsgemeinschaft der Sozialstation Jung & Alt, dem Albert-Schweizer-Haus und Palliativmediziner Dr. Stolz in der Stadt Marienmünster und seinen angrenzenden Gebieten. Zeitgleich gründete sich das Palliativnetz Paderborn-Höxter in Paderborn.

Die Versorgung der eingeschriebenen Patienten im lokal weit entfernten Kreis Höxter beschränkte sich allerdings auf allenfalls telefonische Beratung. Der derart vernachlässigte Kreis Höxter schrie daher nach einer Lösung. Nicht zuletzt dieser Schrei führte dann zur Gründung eines kreisweiten Netzes initiiert durch die o. g. Marienmünsteraner Kooperationspartner.

Die Gründungsversammlung fand am 11.11.2008 statt. Zu den Gründungsmitgliedern zählen:

Andreas Fuhrmann und Elisabeth Siemer, Vertreter der ambulanten Palliativpflege,  
Dr. med. Stolz, Facharzt für Palliativmedizin,  
Birgit Konermann, Hospizgruppe Steinheim,  
Elisabeth Klennert, Udo Ellermeier, Albert-Schweizer-Haus  
(aus dem Protokoll der Gründungsversammlung des Palliativnetz im Kreis Höxter).

### **3.2. Kooperationspartner**

Zum jetzigen Zeitpunkt (2013) gehören folgende Kooperationspartner dem Netz an:

Qualifizierte Palliativärzte:	Dr. Stolz für den Nordkreis Fr. Dr. Passmann für die Kreismitte Fr. Dr. Hoormann und Dr. Lessmann für den Südkreis
Palliativpflegedienste:	Sozialstation Jung & Alt für den Nordkreis AKH Ludwig für den Südkreis Sozialstationen der Caritas kreisweit
Ambulante Hospizdienste:	Koordinatorin: Fr. Große-Bölting, Brakel Weitere Ansprechpartner: Fr. Frenzel für den Südkreis Fr. Tensie für Brakel Fr. Konermann, Steinheim, insbes. Trauerbegleitung
Stationäre Institutionen:	Albert Schweitzer Haus, Marienmünster-Vörden St. Antonius Seniorenhaus, Brakel Pflegeheim St. Johannis Seniorenzentrum, Warburg Stationäres Hospiz Bad Pyrmont Palliativstation im St. Ansgar Krankenhaus Höxter.

### **3.2.1. Palliativpflegedienst, Voraussetzungen**

Die drei teilnehmenden Sozialstationen haben sich als Palliativpflegedienste spezialisiert. Hierfür mussten sie bestimmte Bedingungen erfüllen. Hier seien nur die wichtigsten genannt:

- Dem Pflegeteam müssen mindestens 6 weitergebildete Palliativfachkräfte angehören (160 Stunden Palliativ Care Weiterbildung).
- Es besteht die Verpflichtung zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung.
- Der Pflegedienst muss eine 24-Stunden-Rufbereitschaft nachweisen.
- Die Kooperation mit einem geförderten Hospizdienst, welchem mindestens 15 ehrenamtliche, geschulte Mitarbeiter angehören müssen, muss anhand eines schriftlichen Vertrages nachgewiesen werden.
- Ebenfalls nachgewiesen werden muss die Kooperation mit qualifizierten Palliativmedizinern.
- Der Pflegedienst kooperiert mit stationären Hospizen, Krankenhäusern (Palliativstationen), Apotheken und Sanitätsfachhandelsinstitutionen.
- Die palliativpflegerischen Aktivitäten sind eingebunden in das Qualitätsmanagement des Pflegedienstes (regelmäßige Dienstbesprechungen, Qualitätszirkel, Fallbesprechungen).

### **3.3. Koordination im Netzwerk**

Ein derart umfassendes Netzwerk erforderte entsprechend eine professionelle Koordination. Als erste Netzwerkkoordinatorin konnte im Juli 2010 Petra Rosemeier gewonnen werden. 2011 kam Marlies Hesping zur Verstärkung. Seit April 2012 ist Andrea Krüger ebenfalls als Koordinatorin tätig. Petra Rosemeier hingegen schied 2012 wieder aus.

Das Tätigkeitsfeld der Koordinatoren erklärt sich einerseits schon aus seiner Bezeichnung (Koordination aller am Prozess Beteiligten), zu einem Großteil ist es aber Beratung, insbesondere der Patienten, seiner Angehörigen, den Pflegedienstmitarbeiter, aber auch der Hausärzte. Bei der noch folgenden Beschreibung der Einschreibung des Erkrankten als Palliativpatienten wird der wichtige Wirkbereich der Netzwerkkoordinatoren noch deutlicher.

## **4. Die Einschreibung als Palliativpatient**

### **4.1. Definition Palliativpatient**

Welche Personen als Palliativpatienten eingeschrieben werden können, ist im Vertrag „über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar Erkrankten im häuslichen Umfeld“ eindeutig definiert. Es handelt sich hierbei um Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, die so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine Lebenserwartung von wenigen Tagen, Wochen oder Monaten zu erwarten ist,

- bei denen kurative Behandlungen ausgeschöpft und im Sinne des Patienten nicht mehr angezeigt sind,
- bei denen eine ambulante Palliativ-Versorgung im häuslichen Umfeld möglich und gewünscht ist und
- bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V nicht erforderlich ist“ (§2, Vereinbarung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld).

#### **4.2. Einschreibung durch den Hausarzt**

Die Einschreibung erfolgt durch den Hausarzt des Patienten. Dieser muss im Vorfeld anhand einer schriftlichen Erklärung seine Teilnahme an „der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ bestätigen. Ohne eine solche Teilnahmeerklärung ist der Hausarzt weder berechtigt einzuschreiben noch entsprechend abzurechnen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass laut Vereinbarung mit den Krankenkassen diese Leistungen außerhalb ihrer budgetierten Gesamtvergütung bezahlt werden. Für die beratenden Palliativnetzkoordinatoren ist dies häufig das beste Argument um Hausärzte zur Kooperation zu überzeugen.

Ist der Hausarzt dennoch nicht bereit, an der ambulanten palliativen Versorgung teilzunehmen und seinen Patienten einzuschreiben, hat der Erkrankte, wenn er eine solche Versorgung wünscht, die Möglichkeit, das Palliativnetz zu kontaktieren; die Koordinatoren werden dann den lokal zuständigen Palliativmediziner im Sinne des Patienten um eine Einschreibung bitten. Dieser Weg ist für alle Beteiligten sicher der unangenehmste, da er von vornherein für Disharmonien sorgt. Der ohnehin kritische Hausarzt wird durch diese Vorgehensweise der Arbeit des Palliativnetzes nicht gerade freundlicher gesonnen sein. Aber im Interesse des Patienten ist eine solche Vorgehensweise ohne Rücksicht auf die Eitelkeiten des Hausarztes unbedingt wünschenswert.

Eine Einschreibung direkt durch das Krankenhaus oder die Reha-Klinik ist nicht möglich.

#### **4.3. Einverständnis des Patienten**

Die Initiative zur Einschreibung geht natürlich vom Patienten selbst aus. Ohne dessen Einwilligung ist selbstverständlich durch niemanden eine Einschreibung möglich. Für einige Patienten ist die Entscheidung für eine Einschreibung ausgeschlossen, weil sie ihre Erkrankung und deren Prognose für sich noch nicht angenommen haben, was entweder durch unzureichende Aufklärung oder durch Verdrängung verursacht sein kann. Palliativmedizin wird als Sterbemedizin verstanden. Der durchweg lebensbejahende Ansatz wird nicht gesehen. Eine kompetente, empathische Beratung durch die Netzwerkkoordinatoren ist hier angesagt. Eine solche Beratung kann allerdings nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn der behandelnde Krankenhausarzt und / oder Hausarzt im Vorfeld seiner umfassenden Aufklärungspflicht nachgekommen ist. Ein über seine Krankheit und dessen Verlauf nicht aufgeklärter Patient kann und wird einer ambulanten palliativmedizinischen Versorgung nicht zustimmen.

#### **4.4. Weiterleitung der Stammdaten an den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD)**

Gehen wir vom Idealfall aus. Der umfassend aufgeklärte Patient ist vom kooperierenden Hausarzt eingeschrieben. Folglich erfasst dieser, auf einem Stammdatenblatt den Status als Palliativpatienten begründende Diagnose, ggfs. das Stadium bzw. die Metastasierung, weiterhin kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbild, ggfs. den letzten Entlassungsbrief, einen aktuellen Medikamentenplan. Er gibt an wo der Patient sich derzeit befindet (zu Hause, im Krankenhaus, Pflegeheim oder im Hospiz). Weiterhin folgen Angaben zur Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Wundversorgung, Infektionserkrankungen und Suchterkrankungen. Selbstverständlich erfasst werden die Stammdaten inklusive Telefonnummer des Patienten. Letztendlich wird eine Empfehlung für eine Fachberatung durch die Netzkoordinatorinnen und die Dringlichkeit dieser erfasst (aus Anlage 3a der Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld).

Diese Stammdaten werden dann dem zuständigen Palliativmediziner (PKD, Palliativmedizinischer Konsiliardienst) zugeführt

#### **4.5. Fachberatung durch die Palliativnetz-Koordinatorinnen**

##### **4.5.1 ausführliche Stammdatenerfassung**

Der somit vom neuen Patienten in Kenntnis gesetzte zuständige QPA entscheidet nun, ob er selbst Kontakt (telefonisch oder Visite) aufnimmt oder ob der nächste Schritt die Fachberatung durch eine der beiden Palliativkoordinatorinnen sein sollte.

Wird die Fachberatung gewünscht nimmt die Koordinatorin zunächst telefonischen Kontakt zum „neuen“ Palliativpatienten auf und vereinbart einen Besuchstermin vor Ort (zu Hause, im Krankenhaus oder im Altenheim). Im Erstgespräch werden detaillierte Stammdaten erfasst. Hierzu nutzen die Berater ein vom Palliativnetz Paderborn entworfenes Assessmentraster. Neben den üblichen Daten ist auch die Erfassung der Religion wichtiger Bestandteil. Die Diagnosen und Hauptprobleme werden erfasst. Für die Umsetzung weiterer Planungen ist die Erfassung der derzeit schon involvierten Dienste unbedingt erforderlich. Welche Dienste sollen oder müssen noch in Anspruch genommen werden. Im Einzelnen werden abgefragt:

- Wer ist der Hausarzt, ist er der einschreibende Mediziner, welche Aufgaben kann bzw. will er übernehmen?
- Welche Aufgaben kann bzw. soll der zuständige Palliativmediziner übernehmen?
- Wer ist der behandelnde Onkologe, muss Kontakt aufgenommen werden?
- Ist schon ein Pflegedienst involviert oder muss ein Dienst vermittelt werden?
- Handelt es sich um einen Palliativpflegedienst, sodass dieser ggfs. Leistungen gemäß einer Palliativverordnung erbringen darf bzw. kann?
- Wenn nein, soll eine Kooperation von Palliativpflegedienst und „normalen“ Pflegedienst versucht werden?
- Werden Seelsorgerische Dienste gewünscht, soll diesbezüglich vermittelt werden?
- Kann schon ein Rund-um-die-Uhr-Notruf abgesetzt werden, Vermittlung?
- Wird „Essen auf Rädern“ genutzt, ggfs. Vermittlung.
- Welches Sanitätshaus wird gewünscht, welche Apotheke?
- Ist ein Heilpraktiker involviert? Vermittlung erwünscht?
- Besteht eine gesetzliche Betreuung?
- Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorhanden, Beratung erwünscht?



- Besteht eine Pflegestufe, sollte ein Neuantrag oder Höhergruppierungsantrag gestellt werden?
- Welche Hilfsmittel sind vorhanden, welche müssen bestellt werden?
- Welche Maßnahmen müssen noch initiiert werden, welche weiteren Kooperationspartner vermittelt.

Die aktuelle Situation des Patienten wird detailliert erfasst. Wo liegen die Hauptprobleme, welche Symptomatik ist die subjektiv am meisten belastende? Wo liegen die Ressourcen des Patienten, welche Maßnahmen müssen am dringlichsten eingeleitet werden?

Die Erfassung der derzeit bestehenden Medikation nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Neben der bestehenden Dauermedikation ist bei Palliativpatienten die genaue Festlegung der Bedarfsmedikation von Wichtigkeit.

In einem Verlaufsbogen wird zunächst die Ausgangsmedikation erfasst. Diese ist gekoppelt an die bei Palliativpatienten am häufigsten auftretenden Symptome:

- Schmerz
- Übelkeit
- Luftnot
- Angst
- Obstipation / Diarrhoe

Änderungen der Medikation werden symptombezogen auf gleichem Verlaufsbogen erfasst, um Entwicklungen besser nachvollziehen zu können.

(aus Assessmentsraster für Palliativpatienten, Palliativnetz Paderborn e.V.)

## **4.5.2. Leistungen des Palliativnetzes**

Im Rahmen des Erstgesprächs werden nach der Stammdatenerfassung die wichtigsten Leistungen des Palliativnetzes benannt:

### **4.5.2.1. Vermittlung**

Vermittlung aller Kooperationspartner des Palliativnetzes (s. P. 3.2.)

### **4.5.2.2. Psycho-soziale Beratung**

Psycho-soziale Beratung durch regelmäßige Besuche (mind. 1 x wöchentlich), falls nicht möglich, zumindest telefonischer Kontakt, alle Inhalte der Kontakte werden dokumentiert.

### **4.5.2.3. Palliativmedizinische Betreuung**

Palliativmedizinische Betreuung durch den zuständigen QPA. Ob und wie häufig Besuche oder telefonische Kontakte erfolgen wird situationsabhängig vom QPA entschieden. Bei Bedarf sind auch ambulante Aszites- oder Pleura-Punktionen durch den Palliativfacharzt möglich, teilw. wird diese Leistung auch vom Hausarzt übernommen.

### **4.5.2.4. Koordination aller Beteiligten**

Die Koordination aller am Prozess Beteiligten obliegt der Netzwerkkoordinatorin. Eine passgenaue, bedürfnisorientierte Versorgung soll dadurch zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden.

#### **4.5.2.5. Palliativverordnung**

Initiierung einer Verordnung über Palliativpflege (mehrmals täglich) nach Absprache mit Haus- oder Palliativarzt. Eine Palliativverordnung kann sich auf reine Symptomkontrolle beschränken, aber auch zum Beispiel die Verabreichung parenteraler Ernährung über Portanlage oder Medikamentengabe über Port, Injektion subkutan, Applikation nasal, rektal oder oral beinhalten. Die Verordnung wird entgegen einer „normalen“ Verordnung Häusliche Krankenpflege nicht direkt von der Krankenkasse genehmigt. Die beauftragte Palliativsozialstation reicht diese Verordnung zusammen mit einem Schnellbegutachtungsbogen, in welchem detaillierte Angaben über die aktuelle Situation, insbesondere Fortschritt und Symptomatik der Erkrankung und die bestehende Medikation erfragt werden, beim zuständigen Medizinischen Dienst per Fax ein. Das Original der Verordnung wird der Krankenkasse zugeschickt.

Die Leistungen des Pflegedienstes können zusätzlich zu grundpflegerischen Leistungen abgerechnet werden, was sich dann günstig auf die zur Verfügung stehenden Einsatzzeiten auswirkt. Eine zeitgleiche „Verordnung Häusliche Krankenpflege“ kann nicht abgerechnet werden, das heißt alle anfallenden behandlungspflegerischen Tätigkeiten werden in der Palliativverordnung erfasst. Besteht eine Palliativverordnung müssen zwingend entsprechend weitergebildete Palliativfachkräfte zur Erbringung der verordneten Leistungen eingesetzt werden.

#### **4.5.2.6. Palliativversorgung bei stationär untergebrachten Patienten**

Patienten, die stationär (Altenheim) versorgt werden und als Palliativpatient eingeschrieben sind, werden weiterhin auch von Pflegefachkräften ohne entsprechende Weiterbildung versorgt. Die Versorgung durch das Palliativnetz gewährleistet aber wie zu Hause die Konsiliardienste des zuständigen QPA und die 24-Stunden-Erreichbarkeit des Netzwerkes. Eine Beratung und palliativmedizinische Betreuung ist somit auch hier gewährleistet.

#### **4.5.2.7. Erreichbarkeit der Netzwerkkoordinatorinnen**

Die Erreichbarkeit der Koordinatoren wird mit Aushändigung der Telefonnummern und der E-Mail-Adresse gewährleistet:

**Marlies Hesping: 0176/56276272 oder**

**Andrea Krüger: 0176/56278227 oder**

**[Palliativnetz-hoexter@online.de](mailto:Palliativnetz-hoexter@online.de)**

#### **4.5.2.8. Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft**

eine 24-Stunden-Palliativ-Rufbereitschaft wird gewährleistet. Auch diese Nummer wird dem Patienten ausgehändigt:

**0800-6646840**

Die Rufbereitschaft wird im dreimonatigen Wechsel durch die 3 Palliativpflegedienste

**Sozialstation Jung & Alt, Marienmünster-Kollerbeck,**

**Pflegestationen der Caritas (Kath. Hospitalvereinigung)**

**Alten- und Krankenpflege zu Hause (AKH) Ludwig, Warburg**

gewährleistet.

Tritt beim Patienten eine Notfallsituation ein, die durch bestehende Bedarfsmedikation nicht behoben werden kann oder sonstiger dringender Beratungsbedarf besteht, kann und soll der Patient bzw. seine Angehörigen aber auch involvierte Mitarbeiter der versorgenden

Sozialstation oder beteiligte Pflegekräfte des Altenheimes diese Nummer nutzen. Dem Bereitschaftspalliativpflegedienst liegen immer die aktuellen Stammdaten inklusive der Medikation aller aktuell durch das Netzwerk betreuten Palliativpatienten vor.

Alle eingehenden Anrufe werden schriftlich erfasst nach einem vom Netz erstelltem Assessmentraster. Es wird nun versucht, den Anrufer so zu beraten, dass die Situation ohne Beteiligung Dritter bereinigt werden kann. Ist das nicht möglich, wird ggfs. ein Mitarbeiter der involvierten Sozialstation informiert und um einen Sondereinsatz gebeten. Ggfs. wird aber auch der Bereitschaftspalliativmediziner zur Situation befragt. Dieser ist dann anordnungsberechtigt. Möchte der Anrufer unbedingt den Kontakt zum QPA, wird diesem dann die Telefonnummer des Patienten genannt, sodass er direkt Kontakt zum Notfall-Anrufer aufnehmen kann. Der QPA entscheidet dann, ob eine telefonische Beratung ausreicht oder ob er selbst vor Ort eine Visite durchführt oder aber einen involvierten Pflegedienstmitarbeiter um die Umsetzung seiner Anordnung bitten kann.

Die 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Palliativmediziners erscheint mir als eine der wichtigsten Leistungen des Palliativnetzes. Allein die Gewissheit im größten Notfall jederzeit kompetente medizinische Beratung erhalten zu können, gibt den Betroffenen ein großes Stück Sicherheit. Nicht angesagte Notfallkrankenhauseinweisungen lassen sich hierdurch häufig verhindern.

#### **4.5.2.9. Re-Assessment**

Nach 6 Wochen der akutpalliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung findet ein Re-Assessment statt. Die Palliativkoordinatorinnen besuchen zu diesem Zweck erneut den Palliativpatienten und erfassen anhand eines weiteren Assessmentrasters die aktuelle Symptomatik und die bestehende Medikation. Hieraus ergibt sich dann ggfs. Handlungsbedarf (aus Assessmentraster für Palliativpatienten, Re-Assessment, Palliativnetz Paderborn). Die Erfassung wird dem QPA übermittelt. Dieser bestätigt dann ggfs. die Notwendigkeit der Fortsetzung der akutpalliativmedizinischen Versorgung (gesetzlich gefordert) und führt benanntes Assessmentformular der zuständigen Krankenkasse zusammen mit der Anlage 4a, „der Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar Erkrankten im häuslichen Umfeld“, zu. Hier beurteilt er letztendlich die Notwendigkeit der Fortführung, die Möglichkeit des Aussetzens oder die Notwendigkeit der Wiederaufnahme der akutpalliativmedizinischen Betreuung des benannten Patienten.

## **5. Zu guter letzt - Schlusswort**

Alle Leistungen des Netzes komplett aufzuführen, das würde sicherlich den Rahmen sprengen. Aber die Auflistung der Leistungen des Netzwerkes lässt einen guten Einblick in das Wirkungsspektrum zu und lässt den Wert dieser Dienste erahnen.

Persönlich kann ich die Arbeit des Netzwerkes auch aus der Sicht eines Angehörigen einschätzen. In der letzten wichtigen Phase ihres Lebens wurde meine Mutter im Altenheim vom Netzwerk mit betreut. In langen Gesprächen versicherte meine Mutter mir, dass sie die Notwendigkeit einer solchen Betreuung einsieht und letztlich auch wünscht. Durch die empathische, fachlich kompetente Beratung, Gesprächsführung und Behandlung des Palliativmediziners und der Netzwerkkoordinatorin fühlte sie sich gerade auch in ihrer besonderen Situation sicher und hatte volles Vertrauen in die Richtigkeit der vorgeschlagenen und durchgeführten Maßnahmen. Sie fühlte sich in ihrer Individualität wahrgenommen, sie erfuhr in ihren letzten Tagen noch einmal besondere Wertschätzung. Für die Angehörigen ein besonders beruhigender Moment in besonders unruhigen Zeiten.

Auch beruflich habe ich das Palliativnetzwerk schätzen gelernt, wenn die Versorgung von Palliativpatienten auch einen hohen planerischen und organisatorischen Aufwand bedeutet. Gerade die Rückmeldungen der Angehörigen von Palliativpatienten lassen Rückschlüsse auf die hohe Qualität der Arbeit des Netzwerkes und seiner Kooperationspartner zu.

Jedem sterbenskranken Menschen sollte eine kompetente Begleitung zu teil werden, wenn er es wünscht. Ein Recht darauf hat er. Die Umsetzung dieses gesetzlichen Anspruches sollte nicht an der Eitelkeit oder Inkompetenz ewig gestriger Hausärzte oder anderer Beteiligter scheitern.

Das Palliativnetz: Ein Segen für alle Lebenden!

Werner Lensdorf

im Januar 2013

## 6. Quellenverzeichnis:

- URL: <http://www.palliativ-portal.de/Gesetze>
- §37b, SGB V, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
- Protokoll der Gründungsversammlung des Palliativnetz im Kreis Höxter
- § 2, Vereinbarung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Bereich
- Anlage 3a, Vereinbarung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Bereich
- Anlage 4a, Vereinbarung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Bereich
- Assessmentraster für Palliativpatienten, Stammdatenerfassung, Palliativnetz Paderborn
- Assessmentraster für Palliativpatienten, Re-Assessment, Palliativnetz Paderborn
- Befragung Dr. Stolz, Palliativmediziner, Hauptinitiator und Gründungsmitglied Palliativnetz Kreis Höxter
- Befragung Andrea Krüger, Palliativnetzkoordinatorin Palliativnetz Kreis Höxter
- Befragung Andreas Fuhrmann, Geschäftsführer Sozialstation Jung & Alt Marienmünster-Kollerbeck, Mitinitiator und Gründungsmitglied Palliativnetz Kreis Höxter
- Befragung Petra Rosemeier, ehemalige erste Palliativnetzkoordinatorin Palliativnetz Kreis Höxter