



Mosaiksteine – FAQs über SAPV

## Vorbemerkung

Dame Cicely Saunders antwortete bei einer Tagung 1998 in Zürich auf die Frage, wie man Burn-out bei Menschen in Palliative Care vermeiden könne, prompt:

- Arbeit im Team nach den Grundsätzen von Palliative Care, qualitativ hochwertig, das gleiche Ziel vor Augen habend
- Gutes soziales Umfeld, ein Leben außerhalb der Arbeit
- Insbesondere kreative Hobbies
- „...and sometimes: to go out and be bad!“

Unsere nun folgenden Mosaiksteine greifen den ersten Punkt von Dame Cicely Saunders auf, die wichtigste Voraussetzung für **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** (SAPV): den Aufbau des Teams.

Es wird kein vollständiges „Kochbuch“ vorgestellt, sondern eine Rezept(e)sammlung, die auf die Ergänzung der Erfahrungswerte anderer Initiativen hofft.

Fragen, Überlegungen und Beobachtungen, die wir uns in den letzten Jahren selbst gestellt und gesammelt haben, nun von Anderen gestellt bekommen, sind die Basis dieser Zusammenstellung.

Wir möchten Initiativen, die SAPV aufbauen wollen, ermutigen, sich mit den strukturellen Fragen auseinanderzusetzen, um - wie in der Patientenbetreuung - ihren individuellen Weg zu finden und ein für sie passendes Team zu entwickeln.

## Inhalt

## Seite

Wie viel SAPV ist nötig?	3
1. Was sollte im Vorfeld geklärt werden?	4
2. Welche Strukturen können sinnvoll sein?	6
3. Was beinhaltet eine Verwaltung und Zentrale?	9
4. Wie kann ein funktionierendes Team aussehen?	10
5. Wie stellt sich Teamarbeit für Patienten und Familien dar?	18
6. Welche patientenferne Tätigkeiten sind wichtig?	23
Anhang	25
Impressum	47

Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Textfluss auf die weibliche Form verzichtet.

## Wie viel SAPV ist nötig?

Die große Unbekannte ist der tatsächliche Bedarf an SAPV.

Der Gesetzgeber hat den Bedarf an zusätzlicher Betreuung durch SAPV auf 10% aller Sterbefälle geschätzt. Dabei ist nicht klar, um welche Intensität der Betreuung es sich handelt. Der Übergang zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung ist ebenfalls fließend, überspitzt ausgedrückt: bei fehlender allgemeiner Palliativversorgung wird die spezialisierte in deutlich einfacheren Fällen gerufen, der Bedarf ist dann wesentlich höher.

Noch komplizierter ist die Realität. Kaum ein Arzt, geschweige denn die Öffentlichkeit, kennen das neue Fachgebiet Palliative Care. Jedes neue SAPV-Team muss erst beweisen, was das Vorgehen im Team mit Spezialkenntnissen über das Übliche hinaus doch noch bewirken kann. Auf Grund der noch weitgehenden Unbekanntheit dieses Fachgebiets kommt derzeit selbst dort, wo SAPV bereits existiert und funktioniert, nur ein Teil der dafür geeigneten Patienten in den Vorteil dieser neuen Versorgung.

Dieser Status quo ist für planende Gesundheitspolitiker oder Krankenkassenvertreter schwierig zu erkennen. Wer sich damit ernsthaft beschäftigt, kommt aber zu dem Schluss, dass der Bedarf an spezialisierter Versorgung in erster Linie von der Qualität der allgemeinen Versorgung abhängt.

Gesundheitspolitisch liegt also die Aufgabe darin, die allgemeine Palliativversorgung zu fördern, welche 90% der Sterbenden zugute kommt, damit die SAPV wirklich für die 10% da sein kann, welche sie dringend benötigen. Für die zeitaufwändige Tätigkeit beim Patienten durch Hausärzte und Pflegedienste müssen ebenso Mittel bereitgestellt werden wie für den Aufbau der SAPV.

Fort- und Weiterbildungen führen dazu, dass Ärzte und Pflegekräfte Palliative Care als Spezialgebiet kennen und schätzen lernen. Erst dann kann der tatsächliche Bedarf an SAPV ermittelt werden.

Eines ist Fakt: Ein SAPV-Team für einen Einzugsbereich ab etwa 125 000 Einwohner ist absolut sinnvoll. Der Aufbau erfolgt schrittweise entsprechend der steigenden Nachfrage, ausgehend von 5 Teilzeitkräften als Minimum sowie einer Organisationszentrale.

Die tatsächliche Größe eines SAPV-Teams für eine festgelegte Region kristallisiert sich erst im Lauf der Zeit heraus, wenn nämlich ein hoher Bekanntheitsgrad für die Fähigkeiten des Teams erreicht ist. Wichtig ist es in jeder Phase, nur so viel Anfragen anzunehmen, wie es die momentane Stellensituation im Team zulässt.

## 1. Was sollte im Vorfeld geklärt werden?

### 1.1. Bestehende Versorgung ermitteln

#### 1.1.1. Wer versorgt derzeit ambulant Palliativpatienten?

- Wo ist der nächste Hospizverein/Palliativstation/Stationäres Hospiz (im Hospiz- und Palliativführer nachlesen)?
- Welche Hausärzte sind interessiert? Welche Pflegedienste?
- Wo gibt es Schmerztherapeuten, Onkologen?
- Gibt es Niedergelassene mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin? (zuständige Kassenärztliche Vereinigung anrufen oder nachforschen unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) oder Palliativstation/sonstige Beratungsstellen fragen)

#### 1.1.2. Kontakt mit diesen interessierten Personen knüpfen, dabei klären:

- Was funktioniert in der ambulanten Betreuung Schwerstkranker besonders gut und was fehlt?
- Existiert bereits eine Organisation, die als Träger in Frage kommt?

#### 1.1.3. Träger und Organisationsstruktur festlegen (siehe 2.1. Anstellungsträger, Seite 6)

### 1.2. Welche und wie viele Mitarbeiter werden gebraucht?

#### 1.2.1. Welche Qualifizierung ist wünschenswert? (siehe auch Richtlinien SAPV)

- Berufserfahrung auch im ambulanten Sektor
- Die Qualifikation in Palliative Care ist für mindestens eine Pflegekraft und einen Arzt von Anfang an erforderlich. Alle anderen: so rasch wie möglich nachholen! Es hilft sehr in der täglichen Arbeit.
- Tipp:  
Hospitation in einem bereits etablierten Team, bevor man die eigene Arbeit aufnimmt (mindestens ein Mitarbeiter)

#### 1.2.2. Welche Persönlichkeiten sind geeignet?

- Psychische Belastbarkeit
- Stabiles soziales Umfeld
- Fähigkeit zum eigenständigen Arbeiten
- Fähigkeit zur Teamarbeit
- Flexibilität auch in der Arbeitszeit
- Der Wunsch, diese Arbeit zu leisten, ohne missionarischen Eifer!
- Gute Ausgleichsmöglichkeiten in der Freizeit, z.B. kreative Hobbies

#### 1.2.3. Mitarbeiterzahl

Von Anfang an muss die 24-Stunden-Fahrbereitschaft gesichert sein (siehe 4.2.3. 24-Stunden-Fahrbereitschaft, Seite. 14). Auch wenn es möglich ist, mit vier (oder sogar nur drei) Mitarbeitern einen durchgehenden Bereitschaftsdienst eine Zeitlang aufrechtzuerhalten, so kann das nur eine vorübergehende Notlösung für die Aufbauphase sein. In

Urlaubszeiten oder bei krankheitsbedingten Ausfällen wird die Arbeitsbelastung zu hoch. Nachdrücklich sei hier auf die Ratschläge von Dame Cicely Saunders gegen Burn-out verwiesen (siehe Vorbemerkung, Seite 2): Die eigene Freizeit wird zur Regeneration gebraucht, und gerade das Nicht-Abschalten-Dürfen in den Bereitschaftszeiten ist unerwartet kräftezehrend. Deswegen sind fünf Teilzeitkräfte das Minimum.

### 1.3. Wie bestimme ich den Einzugsbereich?

Fahrzeiten sind Teil der Arbeitszeit. Je weiter der Anfahrtsweg, desto mehr Arbeitszeit wird für die Anfahrt benötigt, wodurch weniger Betreuungen übernommen werden können. Genauso zu bedenken ist die Notfallsituation, Betroffene sollten nicht allzu lange auf Hilfe warten müssen:

- Eine Anfahrtszeit von ca. 20 min. sollte nicht überschritten werden. Das entspricht meist einem Aktionsradius von etwa 20 km.
- Wenn es benachbarte Initiativen gibt, kann man absprechen, welche Orte günstiger von welchem Team zu erreichen sind.
  - In dünn besiedelten Gebieten:  
sollten entfernte Patienten zumindest von Beratungsbesuchen profitieren. Die 24-h-Bereitschaft sollte vom Hausarzt oder einer Pflegekraft vor Ort mit übernommen werden, da sonst zu lange Wartezeiten in einer Akutsituation entstehen können.  
Alternative: eine Organisationsform für übergreifende Teamarbeit finden, z.B.
  - „Satelliten“: einzelne Palliative-Care-Fachkräfte betreuen Patienten, wenn sie sich in deren Region befinden, unterstützt vom nächsten SAPV-Team; gemeinsame patientenbezogene Fallkonferenz, falls nötig; 24-h-Rufbereitschaft muss vor Ort geklärt werden

## 2. Welche Strukturen können sinnvoll sein?

### 2.1. Anstellungsträger

Wenn das Palliativteam neu gegründet werden muss, da keine bestehende Organisation (z.B. Hospizverein, Wohlfahrtsverband usw.) den Aufbau übernimmt, bestehen mehrere Möglichkeiten:

#### 2.1.1. Anknüpfung an eine/Verwendung einer bestehenden Struktur

Eine bestehende Struktur im ambulanten Bereich übernimmt Anstellung und Verantwortung, z.B. Pflegedienst, Arztpraxis

- Nachteil: hohes persönliches Risiko

#### 2.1.2. Gemeinnütziger Verein

Es wird ein Verein dafür gegründet. Er kann genau auf diese Funktion hin zugeschnitten sein, also lediglich die Trägerschaft übernehmen, oder als mitgliederwerbender Verein aufgebaut werden (dann ist die Nähe zu Hospizvereinen sehr groß).

- Vorteil:  
Es kann Gemeinnützigkeit und Mildtätigkeit zuerkannt werden, dann können für Spenden Quittungen ausgestellt werden.
- Zu beachten:
  - Empfehlenswert ist es, den Entwurf der Vereinssatzung vor Gründung dem Finanzamt vorzulegen
  - Buchungstechnisch getrennt werden muss aber ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb (keine Steuerbefreiung), soweit man aus einer selbständigen, nachhaltigen Tätigkeit Umsätze erzielt.
  - Die Haftung umfasst das gesamte Vereinsvermögen.
  - Sehr zu empfehlen: die Informationsbroschüre „Steuertipps für Vereine des Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, 12. Auflage 2007, zu beziehen über [www.stmf.bayern.de](http://www.stmf.bayern.de) Service => Informationsbroschüren

#### 2.1.3. GmbH

Es wird eine GmbH gegründet, sie kann ebenfalls als gemeinnützig anerkannt werden.

- Vorteil:  
Wenn schon vorher enge Kooperationen bestanden, können diese Personen oder Gruppen Gesellschafter mit unterschiedlicher Gewichtung einer GmbH werden. Dies ist eine besser abgesicherte Trägerschaft als ein Verein mit wechselnden gleichberechtigten Mitgliedern. Die Haftung ist auf das Vermögen der GmbH begrenzt.
- Nachteil:  
Man benötigt 25 000 Euro Startkapital, juristische Beratung und eine bilanzierende Buchführung (diese ist zwar in einem Verein durchaus ebenfalls möglich und sinnvoll, setzt aber buchhalterische Kenntnisse voraus).

#### 2.1.4. Förderverein als Ergänzung

Es ist noch nicht abzusehen, ob SAPV kostendeckend finanziert werden wird. Falls zusätzlich Spenden nötig sind, um die Mitarbeiter adäquat zu bezahlen, ist – unabhängig von der Trägerschaft - ein Förderverein und zusätzlicher personeller Aufwand nötig, um die Spendenakquise, -verwaltung und „Pflege der Spendenden“ durchzuführen (siehe 6.2. Fundraising, Seite 24).

#### 2.2. Welche Aufgaben muss ein Anstellungsträger erfüllen?

##### 2.2.1. Gute Arbeitsbedingungen ermöglichen

Das Palliativteam arbeitet in einem emotional sehr belastenden Bereich. Dies kann langfristig nur gelingen, wenn die Mitarbeiter beste Arbeitsbedingungen vom Anstellungsträger her erhalten.

Dazu zählen:

- Die Mitarbeiter werden adäquat bezahlt und können ihre vereinbarte Arbeitszeit einhalten.
- Sie haben eine Mitsprachemöglichkeit bei Neueinstellungen.
- Die Auslastung des Palliativteams wird mit 80% im Durchschnitt kalkuliert. Wenn eine Auslastung von 100% erreicht werden müsste, würden Überstunden unvermeidbar sein, da schlechte Belegungszeiten (oder notwendige Auszeiten bei besonderer Belastung) hereingearbeitet werden müssten.
- Wie auch im stationären Bereich werden also Anfragen abgelehnt, wenn das Team bereits ausgelastet ist.
- Selbst bei aller Planung sind kurzfristige Überstunden nicht vermeidbar: Wenn sich gleichzeitig mehrere in Betreuung befindliche Patienten verschlechtern, führt das zu vorübergehend erhöhtem Arbeitspensum.

##### 2.2.2. Vor- und Nachteile einer Teilzeitstelle

Vorteile Teilzeitstelle:

- Falls keine weitere Tätigkeit ausgeübt wird, kann eine Teilzeitkraft häufig flexibler arbeiten als eine Vollzeitkraft, also z.BH. kurzfristig einspringen bei Krankheit oder in „Stoßzeiten“
- Brückenfunktion einfach möglich, z.B. halbe Stelle auf Palliativstation, halbe Stelle in ambulantem Team
- Für die Rufbereitschaft stehen dadurch mehrere Personen zur Verfügung

Teilzeitstellen sind ideal für die Aufbauphase, in der neue Personalkapazitäten entsprechend der zunehmenden Arbeit aufgebaut werden müssen.

#### Nachteile Teilzeitstelle:

- Die Teamzeiten fallen bei jedem Mitarbeiter an, d.h. 2 bis 3 Wochenstunden werden für gemeinsame Besprechungen und Supervision verbraucht, bei 400-Euro-Kräften fast die Hälfte der Arbeitszeit! (siehe 4.1.1. Was beinhalten Teamarbeitszeiten?, Seite 10)
- Wenn die Mitarbeiter anderweitig angestellt sind, müssen die jeweiligen Dienstpläne mit berücksichtigt werden. Das kann für den eigenen Dienstplan schwierig sein. (z.B. bei Wochenenddienstplanung)
- Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Schwester Maria arbeitet halbtags auf der Palliativstation, halbtags im SAPV-Team. Wie alle Kräfte muss sie auf der Station entweder Weihnachten oder Neujahr arbeiten (Schichtdienst). Sie wählt Weihnachten. Für die Rufbereitschaft im SAPV-Team (ganze Tage) wird sie aber ebenfalls benötigt. Da sie über Weihnachten auf Station arbeitet, wird sie über Neujahr im SAPV-Team eingeplant. Ergebnis für Schwester Maria: Sie kann weder zu Weihnachten noch Neujahr ganz ausspannen. Somit ist sie gegenüber einer Vollzeitkraft benachteiligt.
- Es muss ausgeschlossen werden, dass ein Mitarbeiter bei dem anderen Arbeitgeber ohne Rücksprache zu Überstunden verpflichtet wird.
- Es ist häufig nicht einfach - außer man arbeitet auf einer Palliativstation oder in einem stationären Hospiz - , in dem einen Arbeitsfeld unter extremem Zeitdruck zu arbeiten, sich dann aber bei Palliativpatienten auf deren spezielle Wünsche mit Geduld einzustellen. Durch die unterschiedlichen Arbeitsanforderungen entstehen größere Belastungen für die „gesplittete“ Teilzeitkraft.

Zumindest die Teamleitung benötigt eine Vollzeitstelle.

### 3. Was beinhaltet eine Verwaltung und Zentrale?

Eine erschöpfende Antwort können wir hierauf sicherlich nicht geben, insbesondere da Ausführungsbestimmungen zum §132 d SGB V noch nicht bekannt sind. Weder wissen wir also, welche Vorgaben enthalten sein werden, noch ist abzusehen, wie die Abrechnung aussehen wird. Im Folgenden aber unsere bisherigen Überlegungen und Erkennt-nisse:

#### 3.1. Welche Aufgaben haben Verwaltungskräfte? (siehe auch 4.1. Wie sieht es mit Arbeitszeiten und Arbeitsauslastung aus?, Seite 10)

- Patienten, Leistungen erfassen (z.B. auch gefahrene Kilometer)
- Verhandlungen und Abrechnung mit Kostenträgern
- Betriebswirtschaftliche Führung (nicht zu unterschätzen: Personalwesen)
- Unterlagen bereitstellen sowie archivieren
- Anlaufzentrale zumindest vormittags
- Mithilfe bei sonstigen patientenfernen Aufgaben (z.B. Organisieren von Erinnerungsfeier, Vorträge, Fortbildungen, usw.)
- Telefonischer Erstansprechpartner für alle Anfragen von außen (Telefonkompetenz wünschenswert)

#### 3.2. Welche Büroräumlichkeiten müssen gegeben sein?

- Arbeitsplätze für Verwaltungskräfte
- Arbeitsplätze für das Palliativteam: Dank Internet/Telefon/Fax sind hier individuelle Lösungen möglich. Bei uns können alle Teammitglieder das Büro nutzen, z.B. um mehrere Telefonate zu führen, häufig arbeiten wir aber von zu Hause aus.
- Davon getrennt: Besprechungsraum für Teamsitzungen
- Besprechungszimmer für Beratungsgespräche; so, wie unser Team arbeitet (Schwerpunkt: Betreuungen zu Hause), ist die Anzahl der Beratungen im Büro so gering, dass der allgemeine Besprechungsraum ausreicht (Absprachen erforderlich)
- Dasselbe gilt für einen Untersuchungsraum. Der Arzt kann Patienten gegebenenfalls in seine Praxis einbestellen.
- Toilette und kleine Küche
- Lagerungsmöglichkeiten für Geräte, Medikamente und Hilfsmittel (siehe 4.2.4. Hilfsmittel und Medikamente, Seite 15 ff)
- Ein Mitarbeiter ist für das Büro verantwortlich. (Ordnung, Sauberkeit, Ausstattung, Funktion der Geräte usw.)

#### 3.3. Welche technische Büroausstattung ist Minimum?

- Computer-Arbeitsplätze mit Internetanschluss
- Telefonanlage mit Anrufbeantworter und Weiterleitungsmöglichkeiten
- Diensthandy für den Bereitschaftsdienst
- Faxgerät: Wir benutzen es immer noch gerne; inzwischen hat jedes Teammitglied zu Hause ebenfalls ein Faxgerät (manche über den Computer)
- Kopierer
- Hilfsmittel für Vorträge: Beamer, Laptop mit Power-Point, evtl. in Reserve: Overhead-Projektor

#### 4. Wie kann ein funktionierendes Team aussehen?

##### 4.1. Wie sieht es mit Arbeitszeiten und Arbeitsauslastung aus?

Reflexionen über unsere Aufbauphase – zwei Kardinalfehler:

- Wir haben den Zeitaufwand für die Arbeit im Team übersehen.
- Wir haben den Zeitaufwand pro Besuch beim Patienten unterschätzt, da wir Fahrzeiten und anschließende Organisationstätigkeiten nicht ausreichend ansetzten.

Deshalb hier die Erkenntnisse zur Arbeitsauslastung, wenn all diese Zeiten berücksichtigt werden.

##### 4.1.1. Was beinhalten Teamarbeitszeiten?

Wer	Direkte Teamarbeit	Indirekte Teamarbeit
Alle PC-Fachkräfte	Betreuung und Beratung von Patienten und Angehörigen, Koordination, Wochenend- und Wochenbereitschaft, Teambesprechung, Teamsupervision	Weiterbildung Gespräche, um SAPV einzuführen, Kontakte zu knüpfen und zu halten
Teamleitung	Anlaufstelle für Neuansfragen, Verantwortung für Arbeitsbelastung	Verhandlungen mit Kostenträgern
Pflegespezifisch	Pflegerische Beratungen, Anleitung der Angehörigen	
Medizinspezifisch	Medizinische Beratungen alle Patienten 1x medizinisch, Verantwortung für Medikamentenänderungen	
Je 1 PC-Fachkraft	Dienstplan für 24-h-Bereitschaft erstellen, Handy-Rufbereitschaft einteilen, Urlaubsplanung, Medikamenten- und Hilfsmittelvorrat warten	
Zusätzliche Aufgaben PC-Fachkräfte		Fortbildungen über Palliative Care halten, Vorträge für Öffentlichkeit, Vertretung in Arbeitskreisen
PC-Fachkräfte oder Verwaltung	Archivierung Patientenunterlagen, Geräte warten, Informationsblätter über die Arbeit erstellen, Protokoll Teamsitzung	Organisation Erinnerungsfeier, gemeinsame Feste (z.B. Betriebsausflug)
Verwaltung	Patientenmappen, Informationsblätter bereitstellen, pflegen und auswerten, Anlaufstelle Büro besetzen, Statistik eingeben und auswerten	Verhandlungen mit Kostenträgern, Abrechnung mit Kostenträgern

Diese Funktionen müssen bei der Wochenarbeitszeit eingeplant werden.  
 Es ergeben sich folgende Wochenstunden allein für eine funktionierende Teamarbeit:

Tätigkeit pro Mitarbeiter	Zeitaufwand: Effektiv	Zeitaufwand: Pro Woche gerechnet
Wochenendbereitschaft: 1x pro Monat	Im Durchschnitt 4 Stunden, werden doppelt gezählt, da Wochenende	2 Stunden
Ausführliche Teamsitzung: 1x pro Woche	1,5 Stunden	1,5 Stunden
Teamsupervision: 1x pro Monat	1,5 Stunden	0,4 Stunden
Telefonzeiten für Übergaben und Absprachen im Team: pro Woche	Vollzeitkraft: 2h Teilzeitkraft: 1h 400-Euro-Kraft: 0,5 h	2 Stunden bzw. 1 Stunde 0,5 Stunden
Zusatzaufgaben für die Teamarbeit (Seite 10)	0,5 bis 1 Stunden pro Woche	0,5 bis 1 Stunde

- Bei einer Vollzeitkraft mit Zusatzaufgaben für das Team fallen rund 7 Stunden für die Teamarbeit pro Woche an, bei einer 400-Euro-Kraft ohne Zusatzaufgaben und ohne Wochenendbereitschaft immer noch 2,5 Stunden der Wochenarbeitszeit.
- Es bleiben entsprechend weniger Stunden für Patientenbesuche oder gar Arbeiten über die Teamarbeit hinaus.
- Wir empfehlen, Referententätigkeiten klar abgesprochen außerhalb der Arbeitszeit anzusiedeln – oder eine Stelle für (Teilzeit-)Ausbildungstätigkeit vorzusehen (dann geht das Honorar an den Arbeitgeber, Vorbereitung und Unterricht gelten als Arbeitszeit).

#### 4.1.2. Welche Team-Kapazität lässt sich darstellen?

Die folgende Berechnung differiert vermutlich zwischen Teams, da in der Betreuung von Patienten die Schwerpunkte (Beratung/Koordination/Patientenbetreuung/Angehörigenbetreuung) unterschiedlich gesetzt werden. Unser Schwerpunkt liegt auf der Betreuung der Patienten und deren Angehörigen, dabei handelt es sich eher um kurze, intensive Verläufe. Dadurch ergeben sich bei uns hohe Durchschnittszeiten pro Besuch. Nach unserer Arbeitsweise fallen für einen Erstbesuch/Konsil (= meist einmaliger, beratender Hausbesuch)/Krisensituation 2 Stunden Arbeitszeit an, für normale Besuche 1,5 Stunden. Die Zeitangaben beinhalten jeweils die Fahr- und Nacharbeitszeit (= Telefonate, Organisation etc.).

Pro Patient, den ein Lotse betreut, werden 2 bis 3 Besuche pro Woche angesetzt.

	Teamarbeitszeit pro Woche	Telefonate Beratung	Anzahl 2-h-Besuche	Anzahl Routinebesuche	Anzahl Patienten (Lotse)
Teamleitung Vollzeit (39 h)	12 h	3 h	5 (10 h)	9 (14 h)	3 bis 4
Vollzeitkraft (39 h)	7 h	2 h	5 (10 h)	13 (20 h)	4 bis 5
Halbtageskraft (20 h)	6 h	1 h	2 (4 h)	6 (9 h)	2 bis. 3
400-Euro-Kraft (6 h)	2,5h	-	-	2 (3 h)	1 oder nur Wochenenddienst

h steht für hora = Stunde

Ein fiktives Team aus einer Vollzeitkraft (Leitung), drei Halbtageskräften und einer 400-Euro-Kraft (nur Bereitschaft) kann also etwa 10 Patienten gleichzeitig betreuen. Zusätzlich werden telefonische Beratungen und Konsile durchgeführt (z.B. 6 Konsile in einer Woche, die restlichen 2-h-Besuche decken dann 1 Neuaufnahme und 4 Krisenbesuche ab).



#### 4.2.2. Kommunikation

Unser Team benutzt wenig elektronische Kommunikation im Team für die Arbeit beim Patienten vor Ort (hat z.B. kein Laptop zur direkten Dateneingabe dabei). Zum einen sind wir nicht alle daran gewöhnt, viel mit einem Computer zu arbeiten, zum anderen stand beim Teamaufbau sehr wenig Geld zur Verfügung (z.B. um alle mit der nötigen Hardware auszustatten). Deshalb im Folgenden eher traditionelle Arbeitsweisen, die aber recht störungsfrei funktionieren!

##### 4.2.2.1. Aufgaben der Kommunikation untereinander

- Rückfragen fachlicher Art, besonders Pflege-Medizin
- Sofortige schriftliche Weitergabe des Aufnahmebogens (siehe Aufnahmebogen im Anhang, Seite 31) eines neuen Patienten (wegen 24-h-Bereitschaft und: die Kassen verlangen die Anmeldung innerhalb von 3 Werktagen!)
- Mündliche Übergabe bei relevanten Infos für den nächsten Diensthabenden
- Im guten persönlichen Kontakt bleiben und sich gegenseitig stützen

##### 4.2.2.2. Verschiedenen Kommunikationsarten

- Teambesprechung: alle sind da, aber alle müssen auch nicht ganz so Wichtiges mit anhören, es ist also viel Disziplin nötig!
- Persönliches Gespräch: je nach Organisationsform des Teams trifft man sich unterschiedlich häufig, bei uns nur zu den Teamsitzungen, deshalb immer wieder miteinander Kaffee trinken o.ä. vereinbaren!
- Handy: es stört leider häufig im Patientengespräch
- SMS: wenn es nicht ganz so eilig ist (unterbricht kein Patienten- oder Angehörigen-Gespräch)
- Fax: Patientenstammbblätter und Berichte, die ohnehin für Ärzte etc. geschrieben werden, können per Fax auch das Team informieren; erspart viel Telefonzeit!
- E-Mail: nicht jeder vom Team schaut regelmäßig hinein, deshalb eher für Team-Protokolle und alles, was warten kann

##### 4.2.3. 24-Stunden-Fahrbereitschaft

- Mit 4 Mitarbeitern ist eine 24-Stunden-Rufbereitschaft zwar gerade besetzbar, in Urlaubszeiten wird es aber sehr knapp. Am besten die Dienste gleich auf 5 Personen verteilen - diese können Teilzeitkräfte sein. (siehe auch 1.2.3 Mitarbeiterzahl, Seite 4)
- Arzt und Pflegekräfte können diese Bereitschaft gleichwertig erfüllen (gegenseitige telefonische Erreichbarkeit ist wünschenswert, siehe „medizinisch-pflegerische Komplexleistung“ 4.2.4. Seite 15)
- 400-Euro-Kräfte sollten nach Möglichkeit entweder vorausgehende Berufserfahrung in Palliative Care besitzen oder gleichzeitig Teilzeit in einer „verwandten“ Einrichtung arbeiten, so dass sie im Bereitschaftsdienst über ausreichend Sicherheit trotz geringer Stundenzahl verfügen.
- Zur Technik:
  - Wir schalten das Diensthandy auf den jeweils Diensthabenden um (Rufweiterleitung). Ganz glücklich sind wir nicht damit, da es immer wieder Funklöcher oder Empfangsstörungen in Häusern gibt. Diesen Umstand

besprechen wir explizit mit Patienten und Angehörigen, die dann auf Mobilbox sprechen müssen (im Notfall ist das schwierig).

- Anderes System: der Pager, ein sehr kleines Gerät, das ein Signal sendet, wenn es angewählt wird; es gibt verschiedene Arten, z.B. erkennt man die Telefonnummer und kann zurückrufen. Es nutzt eine längere Wellenlänge als Handies, dadurch praktisch keine Funklöcher. Nachteil: Zu wählende Nummer ist sehr lang (war für unsere Patienten zu kompliziert), relativ hohe Monatsgebühr
- Was wir suchen: eine einfache Notruftaste für den Patienten und ein einfaches, überall funktionierendes Anzeigergerät für den Diensthabenden
- Solange die Qualifikation „stimmt“, können Professionelle auch ehrenamtlich, also ohne Bezahlung, mitarbeiten. Dies ist zwar nicht anzustreben, aber gerade in der Aufbauphase, besonders für die Bereitschaftsdienste, unter Umständen nötig.

#### 4.2.4. „medizinisch-pflegerische Komplexleistung“

- Der Schwerpunkt in Palliative Care liegt im Pflegebereich.
- Unsere Erfahrung: die Arbeit teilt sich in etwa in ½ Pflege, ¼ Pflege oder Arzt, ¼ Arzt auf.
- Vorteile eines festen Arzt-Pflege-Teams:
  - kurze Kommunikationszeiten, da nicht pro Patient ein jeweils anderer Arzt kontaktiert werden muss
  - die gleiche Grundeinstellung liegt vor und somit wird gegenüber dem Patienten auch eine einheitliche Linie vertreten
- Besonders vorteilhaft: wenn dieser Teamarzt auch ambulant rezeptieren kann, einen ambulanten Praxisbedarf führt, über den dann auch am Wochenende seltenere Medikamente zur Verfügung stehen
- Medikamentöse Änderungen müssen ärztlich verantwortet werden. Wenn eine Pflegekraft keinen Arzt erreichen kann (oder keinen adäquat geschulten), müssen sie im Voraus schriftlich fixiert werden, z.B. über Bedarfsmedikation oder palliativen Behandlungsplan (siehe Palliativer Behandlungsplan und Medikamentenplan im Anhang Seite 27 - 28)
- Wünschenswert: es ist immer ein Palliativarzt zumindest telefonisch erreichbar
- Denkbar ist ein Zusammenschluss mehrerer Teams, die gemeinsam diese telefonische ärztliche Erreichbarkeit organisieren, aber: Dann kennt der angerufene Arzt den Patienten nicht persönlich, er kann lediglich die Pflegekraft beraten.
- Ideal: Das Team hat einen eigenen Arzt mit wenigen Vertretern. Dieser hat jeden Patienten wenigstens einmal gesehen. Dadurch kann er z.B. am Wochenende mit größerer Sicherheit Probleme telefonisch lösen.
- Es ist zu beachten, dass viele Patienten vor ihrem Tod Spritzen erhalten. Manche Angehörige suchen einen Schuldigen für den Tod und könnten hier eine ursächliche Verknüpfung schaffen. Auch wenn es extrem selten ist, dass Palliativteams verklagt werden: Juristisch muss die Arbeit immer eindeutig abgesichert sein!
- Ärzte haben häufig weniger Übung im Legen von Blasenkathetern, Schieben von Magensonden, hohen Hebe-Senk-Einläufen etc.. Diese Ärzte sind froh, wenn sie auch am Wochenende im Bedarfsfall eine Pflegekraft erreichen können.

Fazit: Für alle Beteiligten ist es sinnvoll, einen „ersten“ Dienst am Wochenende zu haben, der die jeweils andere Berufsgruppe telefonisch erreichen kann. Bei größeren Patientenzahlen lohnt es sich, diesen zweiten Dienst als Verstärkung auch anfordern zu können.

#### 4.2.5. Zusammenhalt, Selbstschutz, Auszeiten

Das Wichtigste an der Teamarbeit ist die schwingungsfähige Persönlichkeit jedes einzelnen Mitarbeiters. Eine Überlastung der Mitarbeiter muss also vermieden werden (siehe 4.1. Wie sieht es mit Arbeitszeiten und Arbeitsauslastung aus?, Seite 10).

Neben der Frage der Arbeitskapazität (siehe 4.1. Wie sieht es mit Arbeitszeiten und Arbeitsauslastung aus? Seite 10 ff) hier ein paar Anregungen:

- Wie im stationären Bereich sollte, wenn irgend möglich, nach dem Tod eines Patienten die am meisten involvierte Kraft etwas „durchatmen“ können. Was das für den Einzelnen bedeutet, sollte immer wieder im Team besprochen werden.
- Die Wochenenddienste sind sehr unterschiedlich, bei uns geht die Spanne von keinerlei Einsatz bis zu 16! Nach einem sehr dichten Wochenende sollte ebenfalls ein Freiraum geschaffen werden können.
- Bei hoher privater Belastung versuchen, nicht so emotional zehrende Patienten dieser Kraft zuzuordnen – das geht natürlich nur in einem gewissen Umfang. Wichtig ist es, dass die Gemeinschaft so viel Rücksicht wie möglich nimmt.
- Teil der Arbeitszeit ist die Team-Supervision. Es geht nicht um Patienten (diese werden in den Teamsitzungen besprochen, nur in Ausnahmefällen auch in der Supervision), sondern um den internen Umgang, das Miteinander. Eine achtsame Leitung ist entscheidend. Anzeiger für gutes Funktionieren einer Supervision: Alle gehen gerne hin!
- Ein Betriebsausflug und sonstige Feste sollten ebenfalls ihren Platz haben!

#### 4.2.6. Hilfsmittel und Medikamente

##### 4.2.6.1. Technische Geräte

- Vorsicht! Sie unterliegen meistens der Medizinischen Geräteverordnung (MedGV), müssen regelmäßig gewartet werden, ein Gerätebuch muss geführt werden.
- Selbst RR-Geräte müssen regelmäßig geeicht werden.
- Einer im Team (oder in der Verwaltung) sollte also zuständig sein.
- Werden bestimmte Geräte häufiger eingesetzt, z.B. Pumpen für subcutane oder intravenöse Medikamentengabe, so lohnt es sich, mit der liefernden Firma zu verhandeln. Sie stellt evtl. kostenlos ein Leihgerät zur Verfügung, das dann 1x pro Jahr eingesandt und gewartet wird (das Gerätebuch wird bei der Firma geführt).
- Eine gute Alternative für die Subcutanpumpe sind Einmal-Ballonpumpen (Baxter). Jede Apotheke kann sie beziehen (und evtl. vorrätig halten) und füllen.
- Was wir bisher überraschend am Wochenende oder nachts benötigt haben: Absauggerät, Subcutanpumpen, Ersatz für defekte i.v.-Pumpen, Ventilator (leise und groß)

##### 4.2.6.2. Pflegehilfsmittel

- Für viele Patienten ist ein Fernsehsessel gerade bei der Atemnot wesentlich besser als ein Bett – aber zu teuer. Leider haben wir keine Möglichkeit, einen solchen zu lagern oder transportieren.

- Wir haben einen guten Kontakt zu einzelnen Mitarbeitern bei großen Sanitätshäusern, so dass wir meist noch am selben Tag, wenn nötig, Pflegebett und Toilettenstuhl erhalten.
- Wir haben aber am Wochenende auch schon unseren Toilettenstuhl oder die Bettpfanne ausgegeben.
- Im Büro liegen Lagerungshilfen. Besonders gut sind die langen Stillkissen, die mit Kügelchen gefüllt sind, aber auch dicke Schaumstoffteile zum Zuschneiden.
- Im Auto liegen einige große Einmal-Betteinlagen (60x90), sie werden häufig überraschend benötigt.
- Magensonden werden selten, aber eben notfallmäßig eingesetzt. Sie dürfen nicht auf Praxisbedarf rezeptiert werden. Es ist dennoch wichtig, eine Reserve zu haben.
- Die übrigen Pflegemittel/Medikamente, welche sich in der Pflege- und Bereitschaftstasche befinden, sind im Anhang aufgeführt (Seite 35 – 36).

#### 4.2.6.3. Verbandsmittel, Wundauflagen, Medikamente

- Bei Sterbefällen bleiben häufig noch nicht angebrochene Verpackungen übrig. Sie werden in den Praxisbedarf des leitenden Arztes überführt und als Erstversorgung weiterverwendet.
- Dies ist derzeit leider bei BTM-pflichtigen Medikamenten verboten. Diese müssen der jeweiligen Apotheke zurückgegeben werden, wenn der Patient stirbt.
- Wenn ein Patient im stationären Hospiz oder Altersheim stirbt, dürfen übrige Betäubungsmittel weiterverwendet werden. Die genaueren Vorschriften können beim Gesundheitsamt/Landratsamt erfragt werden.
- Im Anhang befindet sich eine Auflistung jener Medikamente, die jeder Mitarbeiter bei den Besuchen dabei hat. (Seite 35 - 36)
- Über den Praxisbedarf des Teamarztes werden aber noch weitere Medikamente und Geräte vorgehalten (siehe Anhang Seite 37 – 39). Ampullen müssen von fast allen Apotheken bestellt werden und können deshalb insbesondere am Wochenende nur schwer organisiert werden. Ein eigener Vorrat ist aus diesem Grund empfehlenswert.

Wenn alle Stricke reißen: Wir haben einen sehr guten Kontakt zu einigen Krankenhausstationen aufgebaut. Kurzfristig können wir uns also dringend Fehlendes holen, um es dann wieder zu ersetzen.

#### 4.2.6.4. Dienstauto

- Private und dienstliche Nutzung muss strikt getrennt sein. Deshalb steht das Dienstauto an der Zentrale, die Pflegekraft beginnt also dort die Fahrt mit dem Dienstauto.
- Wer Bereitschaft hat, kann das Dienstauto mit nach Hause nehmen.
- Sehr großer Verwaltungsaufwand!
- Da unsere Kräfte alle ein eigenes Auto zur Verfügung haben, haben wir auf einen Dienstwagen verzichtet und erstatten das Kilometergeld. Derzeit deckt es allerdings die Benzin- und Unterhaltskosten des Autos nicht.
- Vorteil mit eigenem Auto: Die Patientenbesuche beginnen von zu Hause aus, das spart oft Fahrzeit. Außerdem größere Flexibilität, deshalb gerade für das Lotsensystem besser als Absprachen wegen Dienstautobenutzung.

## 5. Wie stellt sich Teamarbeit für Patienten und Familien dar?

### 5.1. Organisationsform

Jedes Team muss sich klar werden, welche Organisationsform am besten passt.

#### 5.1.1. Arbeit in Schichten

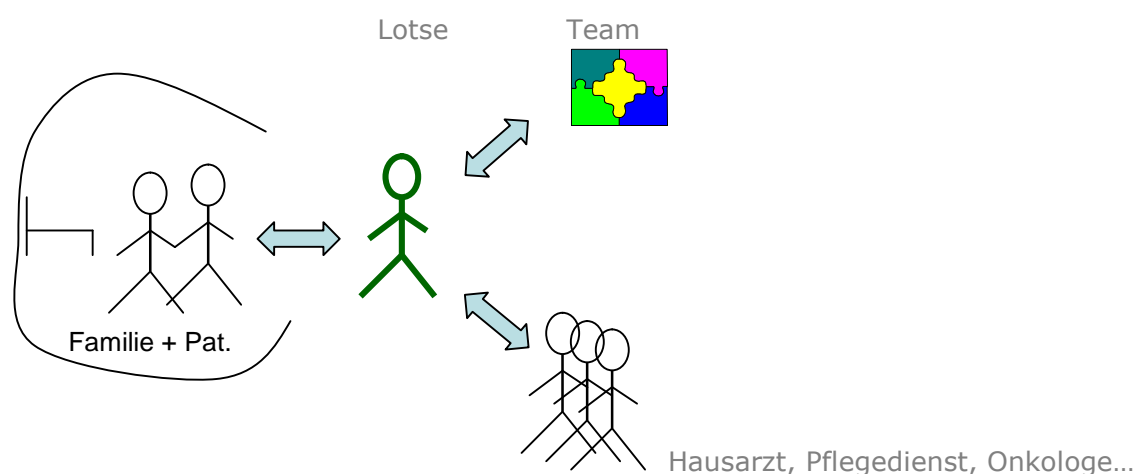
Die diensthabende Kraft übernimmt in ihrer Arbeitszeit anfallende Besuche.

- Vorteil: feste Arbeitszeiten
- Nachteil: Wechsel der Besuchsperson beim Patienten, keine feste Bezugsperson

#### 5.1.2. Lotsensystem

Jede Kraft arbeitet selbständig, hat „eigene“ Patienten wie bei der Bezugspflege, für die sie alles organisiert. Der Lotse ist für die Familie Hauptansprechpartner und vertritt den Patienten im Team.

- Vorteil: nur eine Person kommt ins Haus
- Nachteil: hohe Flexibilität und Selbständigkeit bei den einzelnen Teammitarbeitern erforderlich, eher fluktuierende Arbeitszeiten



Das Lotsensystem ist für unser Team die Grundlage und wird deshalb ausführlicher als die Arbeit in Schichten beschrieben. Auf Grund der detaillierten Beschreibung des Lotsensystems werden Wiederholungen in der allgemeinen „Patientenbetreuung – Ablauf“ (5.3. ab Seite 20) auftreten.

#### Lotsen-Tätigkeit

- Erstbesuch:
  - Patientenmappe beim Patienten anlegen - einschließlich Notrufnummern
  - explizit Wochenendabdeckung besprechen

- danach:
  - Aufnahmebogen ausfüllen, an alle faxen
  - Betreuungsnetz herstellen (intensiver Telefoneinsatz)
  - Relevanten Arztbericht und Überweisung vom Hausarzt organisieren (lassen); Arztbericht kommt in die Kurve beim Patienten, Überweisung an Palliativarzt
  - (nur) bei Veränderungen bzw. Situationserfassung Fax (meist effektiver als Telefon) an Hausarzt, abschriftlich an Palliativarzt
  - Patienten bei der nächsten Teambesprechung vorstellen, evtl. vorher schon Diensthabenden informieren

#### Im Verlauf:

- Regelmäßig nachfragen, besonders nach dem Erstbesuch, nach Umstellungen und vor Wochenenden
- Vorausschauende Besuche/Telefonate organisieren; planen, wer wann hinget (auch mit Hausarzt, KG, Hospizbegleiter usw. abwechseln)
- Kontakt zu Hausarzt/Pflegedienst/Hospizbegleiter halten, relevante Veränderungen weitergeben
- Besprechung der einzelnen Patienten in den Teamsitzungen

#### Nach Beendigung der Betreuung:

- Falls verstorben: Pflegedienst, KG usw. informieren (unnötige Besuche vermeiden)
- Fax an alle Beteiligten (Hausarzt, Onkologe, Palliativstation/Klinik, wenn interessiert)
- Kurve vom Patienten mitnehmen, Archivierung
- Verlauf – und Abschlussbogen ausfüllen, an Büro faxen/bei Teambesprechung abgeben
- Büro bereitet später Einladungen für Gedenkfeier vor, diese dann persönlich unterschreiben
- Mitnahme der Geräte und evtl. Medikamente

### 5.2. Dokumentation

- Aufnahme- und Abschlussbogen (siehe Anhang, Seite 31 – 32): für die eigene Verwaltung, Information im Team, Abrechnung, für eigene Statistik; kann auch elektronisch eingerichtet werden
- Inhalt:  
Derzeit sind die gesetzlichen Vorgaben noch in der Schwebe, erst nach Klärung/Ausarbeitung können Verträge mit den Krankenkassen zur Vergütung ausgehandelt werden. An die Ergebnisse werden sich die verwendeten Dokumentationsbögen anpassen müssen.
- Informationen über laufende Betreuung: die Patientenmappe. Sie liegt beim Patienten und ist somit für alle benutzbar, die für den Patienten tätig sind. Nicht nur für das Palliativteam!  
Inhalt:  
Notfall-Rufnummern, Palliativer Behandlungsplan, Medikamentenplan, Beobachtungsbogen, Teamvorstellung für Patienten (ein Beispiel für eine Patientenmappe siehe Anhang, Seite 26 - 30)

## 5.3. Patientenbetreuung – Ablauf

### 5.3.1. Aufnahme

- Wann wird aufgenommen?  
Zu bedenken: Am Wochenende sind Aufnahmen schwierig, da meist keine zusätzlichen Informationen von Ärzten eingeholt, Opiate nicht über Apotheken bezogen werden können; ein großer Zeitaufwand für die meist allein diensthabende Kraft fällt an. Unser Team hat deshalb Neuaufnahmen auf werktags begrenzt.
- Wer nimmt die Anfragen entgegen?  
Büroangestellte; diese klären, ob Kapazitäten frei sind, wie eilig der Erstbesuch ist, etc.. Informationen werden rasch an eine Fachkraft vom Team weitergeleitet.
- Beim Erstbesuch wird die Aufnahme angenommen oder abgelehnt, z.B. weil keine palliative Situation vorliegt; in diesem Fall erfolgt zumindest ein Beratungsgespräch.
- Spätestens bei der folgenden Teambesprechung sollte der für das Team zuständige Palliativarzt überprüft haben, dass Methoden, welche den Krankheitsverlauf beeinflussen könnten, ausgeschöpft sind (oder vom aufgeklärten Patienten abgelehnt worden sind).
- Erstbesuch: Wer diesen durchführt, hat meist den besten Kontakt zur Familie. Ausgeführt wird er je nach Organisation des Teams: von der diensthabenden Kraft/vom vorgesehenen Lotsen/vom „passenden“ Teammitglied (z.B. Mediziner, wenn Schwerpunkt auf medizinischen Problemen, Pflegekraft, wenn Unterstützung der Familie am wichtigsten usw.).
- Die Dauer des Erstbesuchs sollte 90 Minuten nicht überschreiten, da dann nicht nur der Patient, sondern meist auch die Angehörigen und man selbst erschöpft sind. Vieles kann und muss man auf den nächsten Besuch verschieben.
- Wichtig für das Team ist es zu notieren, wie der Patient zu einer Reanimation/Krankenhauseinweisung steht. Es ist gut, wenn die Angehörigen diese Aussagen vom Patienten selber hören und Stellung nehmen können. Sehr häufig können wir das kategorische „Nein“ zu einer weiteren Einweisung relativieren, was im Ernstfall die Zustimmung erleichtert.

### 5.3.2. Nach dem Erstbesuch

- Aufnehmende Kraft: Aufnahmebogen ausfüllen, Team informieren, Koordination beginnen
- Verwaltung: Verordnung vom Hausarzt/Krankenhausarzt sofort an Krankenkasse weiterleiten (hat nur 3 Werktage Zeit!)
- (Palliativ-)Arzt involvieren, denn für die medikamentösen Veränderungen muss ein Arzt die Verantwortung übernehmen. Das kann durchaus auch der Hausarzt sein, der auf Vorschlag der Palliativschwester hin rezeptiert. Oft erfordert es die Situation aber, den Palliativarzt (beratend) hinzuzuziehen.

### 5.3.3. Weiterer Kontakt:

- Regelmäßig und vorausschauend; die Frequenz richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen von Patient und Angehörigen.
- Bei Überlastungsanzeichen der Angehörigen zusätzliche Hilfe aktivieren (Freunde, Familienangehörige, Hospizbegleiter)
- Wir rechnen bei Krisen (meist auch nach Aufnahme) mit täglichen Besuchen, bis die Situation stabil ist (wenn nötig, auch mehrmals täglich). Meist ist das aber nur kurzfristig erforderlich. Die Besuchsfrequenz wird dann angepasst, z.B. 3x pro Woche, dann 1x pro Woche (und kurzer Anruf vor dem Wochenende...), selten auch alle zwei Wochen ein Besuch, dazwischen telefonisches Nachfragen.
- Das Gefühl der Sicherheit der Familien steigt deutlich, wenn sie einmal die Erfahrung gemacht haben, dass sie sich auf den Hintergrunddienst verlassen können!  
Insgesamt verhindert eine regelmäßige und vorausschauende Begleitung Notfälle und auch nächtliche Einsätze erstaunlich gut.
- Wenn der Patient stationär liegt, ist jemand vom Team dafür verantwortlich (bei uns der jeweilige Lotse), den Kontakt zu halten und das Team über den weiteren Verlauf zu informieren.

### 5.3.4. Sterben zu Hause:

- Mindestens 1x täglich vorbeischaun, auch wenn die Situation stabil bleibt
- Vorausschauend Sitzwache organisieren, wenn absehbar, dass sie benötigt wird
- Eskaliert die Situation (was wirklich selten vorkommt) oder erfordern dies die Symptome (z.B. Hämoptoe in der Finalphase), dann bleibt das Teammitglied, welches dies feststellt, dort, entweder solange der Zustand dies erfordert oder bis eine Ablöse kommt.
- Wenn die Angehörigen das möchten, hilft ein Teammitglied, den Verstorbenen zu waschen und anzuziehen.
- Ein Teammitglied (bei uns der Lotse) informiert alle beruflich Beteiligten, z.B. auch KG, Onkologen.
- Stirbt ein Patient zu Hause, sind viele Krankenhausstationen über eine Benachrichtigung dankbar, selbst wenn der letzte Aufenthalt länger zurücklag. Nebenbei ist es eine Möglichkeit aufzuzeigen, wie Palliativdienste arbeiten!
- Den Angehörigen Informationen über Trauergruppen und Erinnerungsfeier geben
- Je nach Team kann auch ein weiteres (Trauer-)Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden.

### 5.3.5. Beendigung einer Betreuung

- Kommt bei uns in etwa in 10 % der Fälle vor
- Meistens wegen Stabilisierung von Psyche und Krankheit; Familie kommt gut zurecht mit Betreuungsnetz ohne Palliativteam
- Aber auch wegen falsch eingeschätzter Therapieoptionen! Bei etwa 3% haben die Betroffenen im ersten Schock nicht verstanden, dass eine therapeutisch behandelbare Krankheit vorliegt, und erst einmal alles abgelehnt. Nach ausführlichen Gesprächen mit dem Palliativteam entscheiden sie sich dann doch für eine kausale Therapie, z.B. Bestrahlung oder Chemotherapie.

### 5.3.6. Erinnerungsfeier

- Bei uns ist die Erinnerungsfeier gleichermaßen für Angehörige und Team gedacht. Dies kann selbstverständlich auch anders gehandhabt werden.
- Abstand zum Sterbedatum überlegen (z.B. eingeladen werden alle, deren Angehörige seit der letzten Feier bis etwa 4 bis 6 Wochen vor der anstehenden Feier verstorben sind)
- Einladen: alle Angehörigen? Bei Abschlussbesuch fragen, ob Einladung erwünscht? Kondolenzkarte schreiben, dabei auf Erinnerungsfeier hinweisen?
- Die Feier kann bewusst christlich orientiert sein oder auch spirituelle Anregungen ohne religiösen Kontext vermitteln. Wichtig ist, dass sie zu der Gruppe passt, die die Feier ausrichtet, und jenen etwas gibt, für die sie gestaltet wird.
- Texte – Reflexion; Musik – Stille; Passivität - symbolische Handlung; Einbeziehen aller Verstorbenen, Kaffee/Kuchen/Zeit zum Zusammensitzen, ...

## **6. Welche patientenfernen Tätigkeiten sind wichtig?**

### 6.1. Öffentlichkeitsarbeit und Weiterbildung

#### 6.1.1. Allgemeine Überlegungen

- Wissen darüber zu verbreiten, was SAPV bedeutet und für wen es gedacht ist, ist gerade in der Aufbauphase eines Palliativteams eine sehr wichtige Aufgabe, die nicht delegierbar ist!
- Genauso wichtig ist der Kontext Palliative Care:  
Die Öffentlichkeitsarbeit der Hospizvereine beinhaltet unter anderem auch die bewusste Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit der Endlichkeit des Lebens sowie die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten - in der besonderen Situation am Lebensende - durch Freunde, engagierte Ehrenamtliche, Professionelle und Spezialisten vieler Berufe (hier ist auch SAPV einzuordnen). Damit ist eine enge Kooperation auch in diesen Bereich unerlässlich.
- Bisher war Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um Spenden zu erhalten. Weiterhin kann dies nötig sein, um durch SAPV nicht finanzierbare Aspekte von Palliative Care zu verwirklichen.
- Zu bedenken: Wer auf sich aufmerksam macht, bekommt meist erst einmal mehr Arbeit. Eine große Artikelserie also bitte nicht gerade kurz vor Weihnachten ansetzen! Die Kapazität des Teams soll im Gleichgewicht mit der Öffentlichkeitsarbeit stehen.

#### 6.1.2. Methoden

- Pressegespräche: Interviews und Artikel in der lokalen Presse (siehe Anhang, Seite 41)
- Vorträge für Laien
- Eigene Veröffentlichungen (themenbezogene Artikel oder Broschüren)

#### 6.1.3. Berufsbezogene Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildungsangebote

- Auch hier gilt: Wer auf sich aufmerksam macht, bekommt mehr Arbeit.
- Broschüren entwickeln, die beschreiben, wie/bei wem das Palliative-Care-Team hinzugezogen werden kann (siehe Anlagen, Seite 42 - 46)
- Vorstellung bei allen relevanten Berufsgruppen (Hausärzte, Onkologen, Schmerztherapeuten, Krankenhäuser, Sozialdienste der Krankenhäuser, Pflegedienste), persönlich oder schriftlich
- Diese Kontakte pflegen; meist sind gemeinsame Patienten ein guter Anlass, nachzufragen, ob die Zusammenarbeit nach Wunsch verläuft
- Qualitätszirkel initiieren; Leitung durch einen dafür ausgebildeten Arzt ermöglicht Fortbildungspunkte für die teilnehmenden Ärzte
- Fachliche Referate über Themen aus dem Bereich der Palliativversorgung für die Berufsgruppen: für bestehende ärztliche Qualitätszirkel, für Pflegedienste, Pflegeheime, für Psychotherapeuten-Arbeitskreise usw.
- Falls eine Medizinische Fakultät bzw. Krankenpflegeschule am Ort ist, welche Palliative Care noch nicht lehrt, Kontakt suchen und Vorträge anbieten. Zumindest ein einführendes Referat über Palliative Care sollte im Pflicht-Curriculum integriert werden. Die Auszubildenden sind die wichtigste Zielgruppe für eine Verbesserung der palliativen Versorgung!

## 6.2. Fundraising

### 6.2.1. Geldquellen eruieren

- Telefonbuch der Stadt
- Branchenbuch der Region
- Stiftungsverzeichnis im Internet
- Vorträge vor Fördervereinen wie Rotarier, LIONS-Clubs, Soroptimist halten
- Kontakt zu Regionalpolitikern mit Sozialressort herstellen, da diese gelegentlich von potentiellen Spendern angesprochen werden.
- Amtsgericht: in die Liste der Bußgeldempfänger eintragen lassen
- Tombola, Versteigerung, Losverkäufe sind sehr personalintensiv
- Herr Meier verzichtet auf Geschenke zu seinem Jubiläum,... (evtl. Konto einrichten, damit Herr Meier die Eingänge selbst sehen kann)
- Faltblätter bei Beerdigungsinstituten anbieten

### 6.2.2. Gedanken zu einem Fundraising-Gespräch oder Vorstellungsvortrag

- Menschen spenden zwar für das Projekt, primär aber für denjenigen, der bittet und mit dem sie sich identifizieren können.
- Das Projekt, seine Wichtigkeit und damit die Bedeutung der Spende in wenigen Sätzen kurz und prägnant darzustellen bedarf der Übung!
- Bei allgemeinen Vorträgen und Vorstellungen in der Öffentlichkeit gilt:
  - Nicht der beste Fachmann soll sprechen, sondern wer am überzeugendsten, verständlichsten und beeindruckendsten für den Laien ist.
  - Vor Fachpublikum gilt diese Regel natürlich nicht – hier ist der Fachmann gefragt.
- Bei allgemeinen Vorträgen und Vorstellungen in der Öffentlichkeit gilt:
  - Nicht der beste Fachmann soll sprechen, sondern wer am überzeugendsten, verständlichsten und beeindruckendsten für den Laien ist.
  - Vor Fachpublikum gilt diese Regel natürlich nicht – hier ist der Fachmann gefragt.
- Reihenfolge eines Gesprächs oder Vortrags:
  1. die eigene Betroffenheit
  2. Problem und Ziel
  3. positive Grundeinstellung: wir schaffen es und vielleicht helfen Sie mit!

### 6.2.3. Nacharbeit

- Auch bei einer Absage unbedingt für die geschenkte Zeit und die Aufmerksamkeit bedanken, denn alle potentiellen Spender werden von vielen angegangen. Sie können nicht immer und allen etwas geben.
- Am Jahresende muss der Spender erfahren, was mit seinem Geld geschehen ist (z.B. Persönliches Anschreiben & Jahresbericht, Newsletter oder Chronik). Auch Spender kleinerer Beträge sollten – vielleicht in einem Jahresdankbrief - über die Ergebnisse informiert werden.

## **Anhang**

Wir haben hier die in unserem Team entwickelten Formulare und Vorgehensweisen zusammengestellt – nicht, weil sie besonders gut sind, sondern, um Anregungen zu geben. Wir empfehlen, von mindestens einer anderen Gruppe ähnliche Formulare anzusehen und dann für das eigene Team passende zu entwickeln (und uns Verbesserungsideen zukommen zu lassen!).

<b><u>Inhalt:</u></b>	<b><u>Seite</u></b>
Patientendokumentationsmappe	26 - 30
Formularblätter	31 - 34
Vorrat Medikamente, Hilfsmittel, Geräte	35 – 39
Vorgehensweisen und Tipps intern	40 - 41
Vorstellung PALLIAMO (Texte für verschiedene Adressaten)	42 - 46

**Notfall-Nummern**

**Name/ Vorname :**

**Geb.:**

**Anschrift:**

**Tel.-Nr.:**

**Bereitschaft und Notfall:**

**PALLIAMO**  0170 – 124 28 20

**Ansprechpartner bei PALLIAMO:**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere wichtige Nummern:



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PALLIATIVER BEHANDLUNGSPLAN

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geb. : \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es liegt Port / Schrittmacher /weiteres \_\_\_\_\_

Die kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft. Zum weiteren Vorgehen wurden folgende Punkte mit der/dem Patientin/en festgelegt:

### **1. Absprachen (z.B. Reanimation, Krankenhauseinweisung)**

---

---

---

---

### **2. Wichtige Medikamente derzeit: Rückseite oder Plan beifügen**

### **3. Notfallsituationen**

Mögliche Komplikationen

Vorgehen, mit Pat. abgesprochen:


\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift, Stempel ausfüllender Arzt**





## Teamvorstellung für Patienten

**Liebe Patienten, liebe Angehörige!**

### Was ist ein Palliativdienst?

Ein mobiles Palliativteam kümmert sich um Menschen, die trotz der Belastung durch eine fortschreitende Krankheit zu Hause leben wollen und dazu spezielles pflegerisches und medizinisches Fachwissen benötigen. Die im Team tätigen Mitarbeiter haben alle eine derartige Spezialausbildung in „Palliative Care“ (weltweit benutzte Bezeichnung für eine Betreuung, deren Ziel die Linderung von Beschwerden ist).

Es handelt sich um eine in Deutschland noch weitgehend unbekannte Spezialisierung: In Bayern gibt es derzeit (2007) erst sechs Palliativdienste, alle getragen von Spenden und begrenzten Sondervereinbarungen, da diese neue Spezialrichtung von den Krankenkassen noch nicht finanziert wird. Unverzichtbare Ergänzung zur pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit eines Palliativteams sind ausgebildete Hospizbegleiter, die ehrenamtlich die Familien entlasten können.

### In Regensburg

arbeiten die beiden gemeinnützigen Vereine PALLIAMO e.V. und der Hospizverein Regensburg e.V. zusammen, um diese Arbeit zu leisten. Die Pflegekräfte werden über PALLIAMO e.V. bezahlt, der Einsatz der Hospizbegleiter vom Hospizverein Regensburg übernommen.

### Wie arbeitet unser Palliativteam?

Nachdem der Kontakt zu Ihnen hergestellt ist, meist über den Hausarzt, das Krankenhaus oder den Pflegedienst, findet ein Aufnahmegespräch statt. Nach Ihrer Aufnahme ist unser Team für Sie rund um die Uhr (☎ 0170-124 28 20) erreichbar. Eine Mitarbeiterin ist speziell für Sie als „Lotse“ zuständig und sorgt sich um die vorausschauende Begleitung; natürlich bleibt Ihr Hausarzt und Pflegedienst weiter involviert. Wir haben regelmäßige Teamsitzungen, bei denen wir über alle Belange unserer Patienten sprechen. Dies stellt sicher, dass der diensthabenden Mitarbeiterin auch am Wochenende alle Patienten vertraut sind. Für Sie entstehen keine Kosten.

### Unser 24-Stunden-Team:



Vordere Reihe von links

Frau Almuth Grigorakakis  
Palliative-Care-Fachpflegekraft

Frau Dr. med. Elisabeth Albrecht  
Fachärztin für Innere und  
Palliative Medizin

Frau Birgit Fischer  
Palliative-Care-Fachpflegekraft

Hintere Reihe von links:

Frau Christine Wesch  
Intensivpflegekraft,  
Palliative-Care-Fachpflegekraft

Frau Sabine Elb  
Palliative-Care-Fachpflegekraft

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.  
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig!  
Und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben,  
sondern auch bis zuletzt leben können.“

<Cicely Saunders, Gründerin der Hospizbewegung>

**Aufnahmebogen**

Name: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Kasse: \_\_\_\_\_

Evtl. Wegbeschreibung:

Rel.: \_\_\_\_\_

**Erstbesuch**

Beratungsbesuch:  Info über: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Hauptproblem:** \_\_\_\_\_ Wunsch: \_\_\_\_\_

Stärke 0-10: Beginn:  Nach einer Woche/ \_\_\_\_\_

Tagen:

**Weitere Probleme:** \_\_\_\_\_

Karnowsky-Index: \_\_\_% Prognose:  Stunden  Tage  Wochen  Monate  Jahre

<b>Sorgepunkte 0-5</b>	Patient körperlich	Patient psychisch	Angehörige
Beginn			
Nach einer Woche			
<b>Palliative Vorbehandlung</b>	Ja	Nein	Stationär Ambulant

**Umfeld**

Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Evtl. Tel.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_

Pflege: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_

HospizbegleiterIn: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_ Lotse \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Wird von ärztlicher Leitung ausgefüllt\*\*\*\*\*

Überweisung vom Hausarzt:  Oder: \_\_\_\_\_

Nötig ist:

Beratung:  Koordination:  Teilversorgung:  Vollständige Versorgung:

Ausgeprägte Symptomatik:

Schmerz:  Neuro/Psycho:

Dyspnoe/kardial:  Gastrointestinal:

Urogenital:  Exulzierende Wunden/Tumore:

Ich bestätige, dass die Anspruchsvoraussetzungen für die SAPV erfüllt sind. Die Beratung/Betreuung kann vom PALLIAMO-Team übernommen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

**Verlauf- und Abschlussbogen**

Name: \_\_\_\_\_ Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Im Verlauf sind folgende Probleme hinzugekommen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegedienst: Ja:  Nein:  Hausarzt involviert: Ja:  Nein:   
 Hospizbegleiter: Ja:  Nein:  Zusätzliche Mitarbeit: \_\_\_\_\_

Stat. von:						
Bis:						

**Ende der Betreuung am:** \_\_\_\_\_ **Grund:** \_\_\_\_\_  
 Falls verstorben, wo: \_\_\_\_\_ Nach Wunsch: ja:  nein:  Tod plötzlich:   
 Nötig war: \_\_\_\_\_ Subcutanpumpe:  Schmerzpumpe Port:   
 Beim Sterben anwesend waren: \_\_\_\_\_

**Letzte eigene Beobachtungen** \_\_\_\_\_ Stunden vor Todeseintritt:  
 Kommunikation möglich: ja  Beschwerden: nein:  \_\_\_\_\_  
 Kommunikation nicht möglich:  
 Bewusstsein? Nein  Reagiert etwas  Reagiert   
 Beschwerden? Ruhig  Unruhig  Stöhnt/bewegt sich   
 Rasselatmung? Nein  Etwas  Intervention erforderlich   
 Angehörige/r Stabil  Belastet  Überfordert

Was war besonders gut? Wo hatten wir Defizite? Besonderheiten?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für die Familie: \_\_\_\_\_  
 Evtl. Adresse: \_\_\_\_\_ Selbe Adresse/☎ wie Patient:   
 ☎: \_\_\_\_\_

Erbrachte Inhalte außer Behandlungsplan, Fallbesprechung und Dokumentation:  
 Koordination \_\_\_\_\_ Palliativmedizin \_\_\_\_\_ Anleitung Pat./Familie \_\_\_\_\_  
 Symptomlinderung \_\_\_\_\_ Palliativpflege \_\_\_\_\_ Beratung Professionelle \_\_\_\_\_  
 Apparativ \_\_\_\_\_ Krisenintervention \_\_\_\_\_ Psychosoziale Unterstützung \_\_\_\_\_



## Arbeitszeit und Kilometerabrechnung Palliativdienst

Name: \_\_\_\_\_

Blatt Nr.: \_\_\_\_

1. Zeile	Datum
2. Zeile	N a m e P a t i e n t o d e r T e a m o d e r K o n t a k t (bei Voranfragen oder Kurzberatungen, damit 's nicht unter den Tisch fällt)
3. Zeile	B = Besuch bei Patient und/oder Angehörigen
	T = Telefonat
	S = Besorgung oder Schreibtisch = Tätigkeit für Patient bzw. Administration etc.
4. Zeile	Zeitangaben ausschließlich in Minuten (gerundet!)

Datum									
N a m e									
Tätig wie? B/T/S									
Zeit in Minuten									
Kilometer									

Datum									
N a m e									
Tätig wie? B/T/S									
Zeit in Minuten									
Kilometer									

Datum									
N a m e									
Tätig wie? B/T/S									
Zeit in Minuten									
Kilometer									

Datum									
N a m e									
Tätig wie? B/T/S									
Zeit in Minuten									
Kilometer									

Datum									
N a m e									
Tätig wie? B/T/S									
Zeit in Minuten									
Kilometer									

## Mindestinhalt Pflgetasche

RR-Gerät  
Stethoskop  
Taschenlampe klein  
Kugelschreiber, Schreibblock  
Spritzen 2ml, 5ml, 10ml je 5x  
Kanülen braun und gelb je 10x  
NaCl 10ml 5x  
Portnadel 1x Gripper 19mm  
Infusionsbesteck 1x  
Subcutan-Butterfly 1x  
Einmalhandschuhe  
Mullbinden 3x  
Kompressen steril 7,5 5x  
Fixomull ein gutes Stück  
Hansaplast ein Streifen  
Leukosilk eine Rolle  
unsterile Tupfer  
Opsite steril 2x1  
Octenisept  
Darmrohr Ch 18  
Magensonden-Beutel, Blasenspritze  
Magensonde  
Klistier  
DK 16 + 18 und DK-Beutel  
Instillagel  
1 kleines Sprühfläschchen  
Wattestäbchen mit dickem Kopf 10 Stück  
Schere

## Medikamente für jede Bereitschaftstasche

Ampullen:

		Verfallsdatum
Dexamethason	8mg 3x1	
Vomex®	i.m. 1x1	
Levomepromazin oder Atosil®	1x1	
Robinul®	1x1	
Midazolam	5mg 3x1	
Buscopan/BS	5x1	
Haloperidol	2x1	
Novaminsulfon	2,5g 1x1	
Morphin Amp.	20mg 1x1	
NaCl 0,9%	10ml 3x1	
Furosemid	40mg 1x1	
NaCl/Ringer-Lösung	500ml 2x1	

Tabletten:

- Tavor 1,0 oder 2,5 Expidet 1 Streifen

Zubehör:

- 2ml, 10ml Spritzen
- Nadeln dick und dünn
- Stöpsel
- 1x Gripper 19x19
- 1x Butterfly o.ä. für Dauergabe subcutan
- Infusionsbesteck

## Medikamentenliste Bereithaltung

Folgende Medikamente sind meist bei Patienten übriggeblieben und als nicht angebrochene Blister oder Verpackungen in den Praxisbedarf Dr. Albrecht übernommen worden. Sie können dann an andere Patienten weitergegeben werden, z.B. um eine Therapie rasch zu beginnen. Die mit \* gekennzeichneten Wirkstoffe sollten (zusätzlich zu den in der Bereitschaftstasche befindlichen Ampullen, siehe dort!) immer vorrätig sein und werden gegebenenfalls über Praxisbedarf ergänzend rezeptiert.

Diese Liste benutzen wir im Querformat, ergänzt um eine Spalte für das Haltbarkeitsdatum. Wird ein Medikament einsortiert oder entnommen, wird dies auf der Liste entsprechend eingetragen. Momentan befinden sich in diesem Vorratsschrank:

Aldactone 10 ml	200 mg	Ka-Canrenoat	Ampullen
Ampho-Moronal Susp.	30 ml	Amphotericin B	Suspension
Atosil	2ml	Promethazin*	Inj.Lsg
Betaisodona	30 g	Povidon Iod	Salbe
Buscopan	10 mg	Butylscopolaminiumbromid	Dragee
Chlorophyll	50 ml	Chlorophyll	Lösung
Dexamethason	8 mg	Dexamethason*	Tabletten
Dexamethason	8 mg	Dexamethason	Ampullen
Diazepam	10 mg	Diazepam	Supp
Diazepam Ratio	10 mg	Diazepam	Tabletten.
Diazepam Ratio	25 ml	Diazepam*	Tropfen
Diclo dispers	50 mg	Diclofenac	Tabletten
Diclofenac Ratio	100 mg	Diclofenac*	Zäpfchen
Dulcolax	5 mg	Bisacodyl	Dragees
Eunerpan	200ml	Melperon*	Saft
Espumisan	30 ml	Simeticon	Emulsion
Haloperidol	5 mg	Haloperidol*	Ampullen
Imodium ling.	2 mg	Loperamidhydrochlorid	Schmelzt.
Ketanest S	2ml	Esketaminhydrochlorid*	Ampullen
Lasix	40 mg	Furosemid*	Ampullen
Laxoberal	30 ml	Na-Picosulfat	Tropfen
Lecicarbon E	5x1	CO <sub>2</sub> , Vaseline	Supp
Lorazepam	1 mg	Lorazepam	Tabletten
MCP	10 mg	Metoclopramid*	Ampullen
MCP	30 ml	Metoclopramid	Tropfen
Metamizol / Novalgin	100ml	Metamizol-Na-Monohydrat	Tropfen
Metamizol 2500 mg	je 5ml	Metamizol-Na-Monohydrat*	Ampullen
Midazolam	5 mg	Midazolamhydrochlorid	Ampullen
Midazolam	15 mg	Midazolamhydrochlorid*	Ampullen
Movicol		Macrogol	Beutel
Musaril	50 mg	Tetrazepam	Tabletten
Neurocil	50 ml	Levomepromazin*	Tropfen
Nexium mups	40 mg	Esomeprazol	Tabletten
Normoc	6 mg	Bromazepam	Tabletten

Pantozol 40	40 mg	Pantoprazol-Na	Tabletten
Pantozol i.v.	40mg	Pantoprazol-Na	Pulver f. Inj.
Paracodin N	30 g	Dihydrocodein	Tropfen
Perfalgan 100 ml	1 0 m g / m l	Paracetamol*	Inf.Lösung
Phenhydant	100 mg	Phenytoin	Tabletten
Pimafucin	10 mg	Natamycin	Lutschtabl.
Remergil	30mg	Mirtazapin	Schmelztabl.
Rocephin	2g	Ceftriaxon	Inj.Lsg.
Scopoderm TTS	1,5 mg	Scopolamin	Pflaster
Tavor exp.	1 mg	Lorazepam*	Schmelztabl.
Tavor exp.	2,5 mg	Lorazepam	Schmelztabl.
Tepilta Beutel	10ml	Oxetacain/Al/Mg-hydroxid	Suspension
Vergentan	50 mg	Alizaprid	Tabletten
VOMEX A	150 mg	Dimenhydrinat*	Supp
VOMEX A i.m.	100 mg	Dimenhydrinat	Inj.Lsg
Zink Salbe	100 ml	Zinkoxid	Salbe
Zofran	8 mg	Ondansetron	Schmelztabl.
Zyprexa	5mg	Olanzapin*	Schmelztabl.

## Gerätevorhaltungsliste

- 3 Subcutanschmerzpumpen
- 1 Perfusor in Planung
- PariBoy
- Vibrax
- Treppensteiggerät
- Badewannenlifter
- Duschhocker
- Toilettenerhöhungen
- Rollator
- Absauggerät
- Babyphone
- Mobiles Ultraschallgerät in Planung (Sicherheit für Aszitespunktion vor Ort, für Diagnostik Pleuraerguss, da Unterscheidung Verschwartung/Erguß klinisch nicht immer möglich ist)
- Infusionsständer
- Bei uns lagern auch noch zahlreiche Pflegeutensilien, Verbandsmaterial, Zubehör für Infusionen sowie Trägerlösungen (NaCl 0,9%, Ringer-Lösung) von 100 bis 1000ml. Wir führen sie nicht einzeln auf, da sie in etwa dem entsprechen, was viele ambulante Sozialstationen ebenfalls vorrätig halten.

## Portpunktion

### Cave :

- Arbeiten an einem zentralvenösen Zugang!
- Oberste Priorität ist ein sauberes und hygienisches Arbeiten!
- Schmuck ablegen, Hände waschen und Händedesinfektion!
- mit entsprechender Einwirkzeit.

### Material:

- 2 x 2 sterile Kompressen
- 1 x Luer – Lock Spritze 10 ml oder Fertigspritze mit NaCl 0,9 %
- 1 x 10 ml NaCl 0,9 %
- 1 steriles Folienpflaster
- evtl. Leukofix für zusätzlichen Zügel

### Durchführung:

- Hände desinfizieren (30 Sek. Einwirkzeit)
- Portnadel mit NaCl 0,9 % entlüften, dabei in der sterilen Verpackung lassen. Klemme schließen und Spritze mit restlichem NaCl 0,9 % belassen.
- Portkatheterstelle zugänglich machen, Patient sitzend oder liegend lagern
- Portkathetermembran ertasten, dabei auf Auffälligkeiten achten. ( Rötung, Ödem, Hämatom, Schwellung)
- Hände nochmals desinfizieren
- Sterile Komresse mit Desinfektionsmittel tränken
- Geplante Einstichstelle von innen nach außen mit einem Wisch desinfizieren
- Mit 2. Komresse wiederholen
- Hautdesinfektionsmittel auf Punktionsstelle sprühen und antrocknen lassen
- Portkammer ertasten und mit zwei Fingern fixieren
- Achtung: desinfizierte Einstichstelle dabei nicht mehr berühren.
- Portkanüle durch Haut in die Mitte des Ports stechen
- Klemme an Portnadel öffnen
- NaCl 0,9 % einspritzen
- Klemme schließen
- Spritze abschrauben
- Ende der Portnadel festhalten: entweder Infusion anhängen oder mit sterilen Stopfen verschließen
- Steriles Folienpflaster anbringen, evtl. unterhalb vom Folienpflaster zusätzlichen Pflasterzügel anbringen.

### Beachten:

- Bei der Punktion wird die Nadel mit Gefühl ins Zentrum der Membran eingestochen , bis sie fühlbar auf die Bodenplatte aufsetzt.
- Bei weiteren Punktionen nicht denselben Stichkanal benutzen, um Fistelbildungen zu vermeiden
- Zum Spülen des Ports dürfen keine kleinlumigen Spritzen verwendet werden, da hiermit hohe Drücke erreicht werden können. Diese können zur Zerstörung (Perforation) des Ports führen.
- Nach Infusionsende reicht es aus, den Port mit 10 ml NaCl 0,9 % zu spülen, dabei zügig spülen → größere Wirbelbildung spült den Port besser durch. Heparin ist nach 3 – 4 Stunden nicht mehr nachweisbar und somit überflüssig.

## Tipps für ein gelingendes Pressegespräch:

### Ort, Zeit, Umstände:

- Di/Mi/Do, vormittags 11 Uhr, Beginn ca. 10 Min. später
- nicht öffentlich, sondern Fachgespräch „exklusiv“ (z.B. Angehörige/Betroffene nur, wenn sie sich äußern)
- normalerweise Hotel/Cafe Nebenraum, Parkmöglichkeiten, Hospizverein käme auch in Frage
- bei sozialem Thema angemessen bescheidener Rahmen
- Angeboten werden sollte: Kaffee/Tee, Wasser/Saft, Kleinigkeiten zum Essen
- Einladung 2 Wochen vorher schicken (beim 1. Mal schriftlich, danach e-Mail ausreichend), am Tag vorher Redaktionsassistentin anrufen, fragen, ob wer kommt, ob man die Mappe zuschicken darf (rhetorisch - man schickt sie halt dann zu...)
- wichtig ist nicht, wie viele kommen, sondern dass sie berichten
- danach viel Zeit haben, da Einzelgespräche evtl. erwünscht

### Pressemappe:

- pro eingeladenem Journalisten eine sowie mindestens eine fürs eigene Archiv
- verteilen an Anwesende, an die anderen am Tag des Pressegesprächs zuschicken
- Inhalt:
- Pressemitteilung (mit Zitaten von nachher)
  - 1 Foto vom Team schwarz-weiß größer als Postkarte, oder CD-Rom
  - Logo extra auf weißem Papier
  - aktuelles Faltblatt
  - allgemeine Informationen „Hintergrund“, z.B. zur Hospizbewegung
  - 1 Blatt extra mit den „Akteuren“ (Vorsitzende, Gründungsmitglieder, mit Titel und Namen, heben die Journalisten meist auf als Grundlage für spätere Berichte)
  - Ansprechpartner mit Telefon und evtl. auch Zeitangabe („Für weitere Rückfragen. ☎ \_\_\_\_\_ nachmittags 14 bis 16 Uhr“, besonders wichtig ist Nachmittag, da die Artikel bis etwa 16 Uhr abgegeben sein müssen),
- Papier, Kugelschreiber
- evtl. Parkticket frei (oder anbieten, Cents zu ersetzen...)

### Archiv aufbauen:

- Liste mit Postadresse, Tel./Fax-Nummer, e-Mail, und zwar wirklich alle, auch Werbeblättchen, Rundfunksender überregional und lokal, DPA-Korrespondent, SZ-Korrespondent, lokales Fernsehen (im Impressum unter Chefredakteur oder Redakteur oder verantwortlich für redaktionellen Inhalt)
- Pressemappe auch selbst aufbewahren
- Pressereaktionen aufbewahren

### Inhaltliches zum Ablauf:

- langsam einführen, Journalisten kommen von anderem Termin, müssen eingestimmt werden
- bis zu 30 Min präsentieren, dann Frage/Antwort
- Fallbeispiel ist immer gut
- Präsentation vorher an Person testen, die keine Ahnung hat (wie ja auch Journalisten)
- bei Diskussion: nie Journalisten als „dumm“ hinstellen, nie etwas Negatives über eigene Konkurrenz XY sagen, sondern z.B.: „Da müssen Sie bei XY nachfragen...“
- Fernsehen: immer Redakteur anschauen, nie die Kamera
- Statements von 2 bis 3 Sätzen vorbereiten, z.B. „Was machen wir im Verein?“
- Notebook mit Homepage sichtbar aufstellen (so schon fertig...)

## Informationsblatt für Ärzte

### Wie arbeitet das Team von PALLIAMO?

Das Team erbringt Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Neu ist nicht das palliative Vorgehen in Medizin und Pflege, denn das ist ureigenste Aufgabe beider Berufe. Neu ist jedoch die Spezialisierung auf die besondere Situation, in der sich Schwerstkranke und ebenso deren Angehörige befinden, sowie das enge Zusammenwirken von darauf spezialisierten Fachkräften im Team: Jeder bringt seine Fachkenntnisse ein – nicht nur im Fußball generiert gute Teamarbeit mehr Qualität als die Summe der Einzelleistungen!

Das PALLIAMO-Team kann zugezogen werden, wenn Schwerstkranke trotz progredienter Krankheit in ihrer vertrauten Umgebung bleiben wollen, aber – meist komplexe – Probleme sich abzeichnen: schwierig einzustellende Schmerzen oder andere Beschwerden, unsichere Angehörige, all das überlagert durch die existentielle Bedrohung des nahenden Todes.

Alle fünf Mitarbeiterinnen, Pflegekräfte sowie die Ärztin, verfügen neben ihrer Berufsausbildung und –erfahrung über eine spezielle Weiterbildung in Palliative Care und inzwischen alle über praktische Erfahrung in dieser täglichen (Schwerst-)Arbeit. Viele ärztliche Tätigkeiten können auf die Pflegekräfte delegiert werden, z.B. Portversorgung, parenterale Medikamentengabe nach ärztlicher Anweisung. Deshalb ist es möglich, die für die Sicherheit zu Hause unerlässliche 24-Stunden-Fahrbereitschaft (in Ergänzung zum Hausarzt und anstelle des mit dem Patienten und seiner Situation nicht vertrauten Bereitschafts- oder Notarztes) unter den Teammitgliedern aufzuteilen.

### Wie melde ich einen Patienten bei PALLIAMO an?

- Im Büro ☎ 5676 232 montags bis donnerstags von 9.30 bis 12.30
- Wenn dringende medizinische Probleme im Vordergrund stehen und rasch geklärt werden müssen, ob das Team Aufnahmekapazitäten frei hat, bitte bei Dr. Albrecht anrufen (Tel. 0170-772 333 9).

Bitte eine Überweisung für SAPV ausstellen sowie einen aktuellen Arztbrief (z.B. letzten Krankenhausbericht) für das Team oder für die Beratung mitgeben.

Welche Hilfen bietet PALLIAMO?

- Ärzte, Pflegekräfte, aber auch Betroffene können telefonisch **Rat einholen**, wenn sie palliativmedizinische Fragen haben.
- Patienten können einen **Beratungsbesuch** erhalten (mit eher pflegerischem oder auch ärztlichem Schwerpunkt).
- Es kann eine **Teilleistung** angefordert werden, z.B. Versorgung mit einer Schmerzpumpe zur Symptomkontrolle.
- Die Betroffenen können vom PALLIAMO-Team **mitbetreut** werden; dies schließt die Rezeptur der verwendeten Medikamente/Hilfsmittel sowie die 24-h-Fahrbereitschaft mit ein.

b.w.

## Informationsblatt für Ärzte (Rückseite)

### **Was passiert, wenn eine Betreuung vereinbart wird?**

Ein Teammitglied übernimmt als Lotse den neuen Patienten, eruiert die Probleme, schlägt zusätzliche Hilfen vor, entwickelt gemeinsam mit den Betroffenen einen Behandlungsplan und hilft gegebenenfalls bei der nötigen Organisation. Viel Zeit investiert der Lotse in Erklärungen, z.B. Sinn der Medikamente, Umgang mit den Nebenwirkungen, Anleitung zu Pfllegetätigkeiten, wenn kein Pflegedienst involviert ist, natürlicher Verlauf der vorliegenden Erkrankung, natürlicher Sterbeprozess und vieles mehr.

Die Teamärztin besucht auch die pflegerisch geführten Patienten mindestens einmal, um notfalls telefonisch eine Medikationsänderung mit der diensthabenden Kraft absprechen und verantworten zu können.

Der Lotse bleibt verantwortlich für „seine“ Patienten. In der ausführlichen wöchentlichen Teambesprechung stellt jede Mitarbeiterin die von ihr geführten Patienten vor, man diskutiert gemeinsam weitere Verbesserungsideen. So ist auch sichergestellt, dass die jeweils Diensthabende die Situation des Patienten schon etwas kennt, sollte sie trotz vorausschauender Betreuung notfallmäßig gerufen werden.

Regelmäßig informiert der Lotse oder die Teamärztin den überweisenden Arzt über das Vorgehen und Veränderungen.

Ziel ist es, die durch tödliche Krankheit bedrohte Lebenssituation zu stabilisieren: „Egal, was kommt, wir stehen das gemeinsam durch!“ Sind die Beschwerden gelindert, der Kräfteverfall durch behutsame Unterstützung aufgefangen, dann können viele Betroffene ihre individuelle Weise finden, mit dieser extrem schwierigen Situation zurechtzukommen.

Wie jeder Spezialist arbeitet das Palliativteam also in Ergänzung zur Versorgung durch Hausarzt/Pflegedienst, gerne auch gemeinsam mit einem Hospizbegleiter vom Hospizverein Regensburg e.V.

## Informationsblatt für Pflegeheime

### Was ist ambulante spezialisierte Palliativversorgung (SAPV)?

Im Gesundheitsreformgesetz ist neu, dass schwerstkranke Patienten, denen mit kurativer (heilender) Medizin nicht mehr geholfen werden kann, Anspruch auf SAPV haben, damit sie ihre letzte Lebenszeit selbstbestimmt und in bestmöglicher Lebensqualität in ihrer vertrauten Umgebung verbringen können.

SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste mit dem speziellen Wissen von Palliative Care.

SAPV kann als Beratung oder Koordination, aber auch als Teil- oder Vollbetreuung stattfinden.

### Wer oder was ist PALLIAMO?

PALLIAMO Regensburg wurde 2003 als gemeinnütziger Verein zum Zweck der SAPV gegründet. Die Initiatorin und Leiterin ist Dr. Elisabeth Albrecht, niedergelassene Internistin und Palliativmedizinerin, die gemeinsam mit vier Palliativfachpflegekräften Patienten im Bereich Regensburg Stadt und den angrenzenden Gemeinden (max. 20 km Umkreis) palliativmedizinisch und -pflegerisch versorgt.

PALLIAMO ist kein Pflegedienst, sondern versteht sich als Spezialteam für Fragen in Palliative Care in Ergänzung zum jeweiligen Hausarzt und Pflegepersonal.

Wir arbeiten in enger Kooperation mit dem Hospizverein Regensburg, der Bayerischen Krebsgesellschaft sowie den Regensburger Kliniken, insbesondere der Palliativstation bei den Barmherzigen Brüdern.

### Welche Patienten können PALLIAMO in Anspruch nehmen?

Patienten im ambulanten Bereich oder einer stationären Pflegeeinrichtung, deren nicht heilbare und weit fortgeschrittene Krankheit nur noch eine begrenzte Lebenszeit erwarten lässt, sprechen häufig auf die „üblichen“ Behandlungsmethoden nicht mehr an. Sie brauchen eine aufwendigere Versorgung und die besonderen medizinischen und pflegerischen Kenntnisse von Palliative Care, z.B. bei ausgeprägter Schmerzsymptomatik oder Atemnot oder Verdauungsproblemen.

PALLIAMO arbeitet mit einem multidisziplinären Team, d.h. Fachleute aus verschiedenen Bereichen beraten zusammen mit den Pflegenden und Ärzten, wie dem einzelnen Patienten am besten in seiner besonderen Situation geholfen werden kann.

### Wie kann PALLIAMO hinzugezogen werden?

Pflegende in stationären Einrichtungen können ihre Patienten, deren Angehörige und den Hausarzt darauf aufmerksam machen, dass PALLIAMO, wenn gewünscht, hinzugezogen werden kann.

Soll das Team von PALLIAMO eingeschaltet werden, bitte:

- die/den Patientin/en über unser Büro anmelden, Mo-Do, 9.00- 13.00 Uhr unter ☎ 0941/ 56 76 232
- einen Überweisungsschein und möglichst einen Arztbrief für uns organisieren

Am Wochenende können keine neuen Patienten aufgenommen werden – also sollte entsprechend vorausgeplant werden.

So rasch es geht, kommt ein Mitglied von PALLIAMO zum Erstbesuch und bespricht die bestehenden Probleme und das weitere Vorgehen. Meist bleibt diese Person dann auch Lotse, d.h., sie ist die Ansprechpartnerin, wenn es Fragen oder Probleme gibt. Bei ihr laufen die Fäden zusammen, sie sorgt für die vorausschauende Begleitung, so dass Probleme rasch behoben werden können.

Falls Medikamente geändert werden müssen, übernimmt dies Frau Dr. Albrecht in Absprache mit dem Hausarzt.

In unseren intensiven wöchentlichen Teamsitzungen werden alle Patienten eingehend besprochen und aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert, ob es noch weitere Behandlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten gibt.

Bei PALLIAMO aufgenommene Patienten haben die Sicherheit, dass auch nachts oder am Wochenende jederzeit ein PALLIAMO-Mitglied gerufen werden kann, wenn ein Notfall eintritt.

## Informationsblatt für Sozialdienste und Kliniken

### ZUSÄTZLICHE HILFE IN PALLIATIVSITUATIONEN

Die Entlassung aus dem Krankenhaus steht bevor.

Die Patientin/der Patient ist schwerkrank, kurativ ausbehandelt (d.h. die Krankheit kann durch therapeutische Maßnahmen nicht mehr beeinflusst werden) und wirkt

Zustand Patient	was Fachkraft unternimmt	anbieten
Körperlich stabil	erkennt, wenn Pat. von zusätzlicher psychosozialer Unterstützung profitiert	⇒ Hospizbegleiter ☎ 583 95 83 Hospizverein ⇒ Krisendienst ☎ 58181 ⇒ Bayer. Krebsgesellschaft ☎ 599 97 83
unterstützungsbedürftig, längere stabile Phase ist zu erwarten	organisiert Unterstützung, berät, weist evtl. hin auf zusätzliche Hilfe von	HospizbegleiterIn (s.o.), und/oder Palliative-Care - Beratungsschwester ⇒ Hospizverein ☎ 583 95 83 (kommt bei Bedarf auf Station)
sehr krank, nur kurze stabile Phase zu erwarten, will möglichst viel zu Hause sein	organisiert Unterstützung, evtl. in Absprache mit => informiert über PALLIAMO	Palliative-Care-Beratungsschwester, (s.o.) Falls gewünscht: Vorstellung PC-Kraft im KH
kritisch krank, akuter Verlauf, will zu Hause sterben, oder/und: medizinisch aufwendig	spricht zusätzlich Übergang mit Hausarzt <sup>1</sup> ab	PALLIAMO ☎ 56 76 232 Absprache vor Entlassung übernimmt Organisation und Betreuung (Lotsenfunktion)

#### Ansprechpartner:

PALLIAMO: Palliativmedizin: Frau Dr. Elisabeth Albrecht (Handy 0170-772 333 9)  
☎ 56 76 232 Palliative Pflege: Frau Almuth Grigorakakis, Frau Sabine Elb, Frau Christine Wesch, Frau Birgit Fischer

Sekretärin: Frau Claudia Brunner

#### Bitte im Arztbrief erwähnen:

„Der Patient/ Die Patientin wünscht die Mitbetreuung durch....“

#### Wir benötigen für eine Mitbetreuung:

- Mündliches Einverständnis Betroffene
- Einverständnis und Überweisung des Hausarztes (nicht zwingend, aber es geht nur miteinander)
- Bei rascher Progredienz: bitte telefonische Absprache! Arzt-Entlassungsbrief noch vor Entlassung gefaxt

<sup>1</sup> Mit dem Hausarzt klären, ob ein sofortiger Hausbesuch nach Entlassung möglich ist oder ob dies **PALLIAMO** übernehmen soll

## Allgemeines Informationsblatt für Hospizbegleiter,...

### PALLIAMO – Palliativversorgung mobil

#### Das mobile Palliativteam Regensburg stellt sich vor

##### Was tut ein mobiles Palliativteam?

Ein mobiles Palliativteam kümmert sich um Menschen, die trotz der Belastung durch eine fortschreitende Krankheit zu Hause leben wollen und dazu spezielles pflegerisches und medizinisches Fachwissen benötigen. Die im Team tätigen Mitarbeiter haben alle eine derartige Spezialausbildung in „Palliative Care“ erworben (weltweit benutzte Bezeichnung für eine Betreuung, deren Ziel die Linderung von Beschwerden ist; Begründerin dieser Arbeit ist Dame Cicely Saunders).

Es handelt sich um eine in Deutschland noch weitgehend unbekanntes Spezialisierung: In Bayern gibt es derzeit erst fünf Palliativdienste, alle finanziert durch Spenden und begrenzte Sondervereinbarungen.

##### Wann und wie wird das Palliativteam hinzugezogen?

Die spezialisierte Zusatzbetreuung des Patienten ist dann zu erwägen, wenn die bisherige ambulante Betreuung (meist durch Hausarzt und Pflegedienst, evtl. bereits ergänzt durch Hospizbegleiter) nicht mehr ausreicht, die Situation erträglich zu halten.

Voraussetzung ist, dass die Betroffenen die Zusatzbetreuung wünschen und der Hausarzt damit einverstanden ist. Der Einzugsbereich von PALLIAMO ist der Großraum Regensburg (etwa 20 km Radius). Vorbereitet werden sollten:

- eine Überweisung vom Hausarzt an den Facharzt für Palliativmedizin (Frau Dr. Albrecht hat die fachliche Verantwortung für das Team)
- ein aktueller Arztbericht, meist der letzte Entlassungsbericht des Krankenhauses

Anmeldungen können erfolgen:

- Handy Nr. 0170 – 772 333 9 (Dr. Albrecht), wenn möglich zwischen 8 und 9 Uhr, 12 und 13 Uhr, 17 und 18 Uhr. Oder im PALLIAMO-Büro unter
- ☎ 56 76 232, Mo bis Do, 9.30 bis 12.30 Uhr.

Leider sind die Kapazitäten begrenzt, so dass nicht immer jeder Patient genommen werden kann!

Neuaufnahmen sind nur Mo bis Do (freitags in Notfällen) möglich, da sie viel Zeit erfordern und häufig Rückfragen bei den behandelnden Ärzten nötig sind.

##### Was bedeutet das für die betreuten Patienten und Familien?

Jeder Patient-Familien-Einheit wird eine Schwester als Lotse zugeordnet. Diese Mitarbeiterin bleibt erste Ansprechpartnerin, führt regelmäßige Besuche durch, um rechtzeitig Hilfen zu organisieren bzw. zu intensivieren. Frau Dr. Albrecht führt zumindest ein medizinisches Konsil durch und informiert regelmäßig den Hausarzt.

Falls trotzdem ein Notfall passiert, fährt das diensthabende Teammitglied rund um die Uhr zu den betreuten Patienten, eine palliativmedizinisch geschulte Ärztin ist im Hintergrund.

Die Betreuung durch das Palliativteam verursacht den Patienten keine Kosten.

##### Wie arbeiten Palliativteam und Hospizbegleiter zusammen?

Sehr eng, oft in derselben Familie, da sie sich sehr gut ergänzen: Hospizbegleiter entlasten die Angehörigen und sind belastbare Gesprächspartner.

##### Und wenn der Patient zu weit entfernt wohnt?

Nachschauen in [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de), um Adressen von Hospizvereinen zu finden, die weiterhelfen können; Adressen von Ärzten in Bayern mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin findet man unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de).

### **Impressum:**

© Copyright:

PALLIAMO e.V.  
Wernerwerkstr. 4  
93049 Regensburg

[palliamo@t-online.de](mailto:palliamo@t-online.de)  
[www.palliamo.de](http://www.palliamo.de)

Inhaltliche Mitarbeiter:

Vom Team: Dr. Elisabeth Albrecht, Almuth Grigorakakis, Christine Wesch  
Vom Verein: Claudia Brunner, Hans Rauh, Christl Tesseraux, Eva Witt  
Von der GmbH: Simone Winkler-Pohl

Textzusammenstellung und Bearbeitung:

Dr. Elisabeth Albrecht  
Christl Tesseraux

Layout:

Christl Tesseraux