



Konzept Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

der ARGE der Krankenkassen vorgelegt im Mai 2009
überarbeitet im November 2015
ergänzt für den nördlichen und mittleren Landkreis Kelheim

Inhalt:

1. Von Palliative Care zu SAPV
 - 1.1 Grundlage: weltweit anerkannte Standards von Palliative Care
 - 1.2 Palliative Care in Deutschland
 - 1.3 Merkmale von SAPV

2. Konzept für SAPV bei PALLIAMO
 - 2.1 Lotsensystem
 - 2.2 Teamarbeit
 - 2.3 Arbeitsweise der Teammitglieder
 - 2.4 24-Stunden-Bereitschaft
 - 2.5 Verwaltung
 - 2.6 Vernetzung und Tätigwerden von SAPV
 - 2.7 Patientenprofile

3. Konzept für die Zusammenarbeit mit dem Brückenteam der Goldbergklinik Kelheim

Anhang: Glossar

1. Von Palliative Care zu SAPV

1.1 Grundlage: weltweit anerkannte Standards von Palliative Care¹

Seit der Konzeption und Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London 1967 hat sich Palliative Care zu einer weltweit anerkannten eigenständigen Fachrichtung am Schnittpunkt zwischen Medizin, Pflege und Seelsorge entwickelt. Entscheidend ist neben dem Fachwissen der beteiligten Berufe die für alle verbindliche Grundhaltung, die auf dem Boden christlicher Wertvorstellungen fußt:

- Würde und damit Selbstbestimmung des Schwerkranken
- Die Natur darf ihren Lauf nehmen, das Leben wird also weder verlängert noch verkürzt
- Jeder Patient soll durch die Unterstützung den für ihn richtigen Weg finden, mit Tod und Sterben zurechtzukommen, aber auch diese schwierige Lebenszeit als lebenswert zu empfinden.
- „Liebe deinen Nächsten wie Dich selbst“: Burn-out bei den Mitarbeitern muß durch Eignung, adäquate Arbeitsbedingungen und sorgfältige Mitarbeiterbegleitung vermieden werden.

Zu dieser Grundhaltung gesellt sich das berufsspezifische Fachwissen. Ärzte wie Pflegekräfte benötigen ein hohes Maß an Wissen in Symptomkontrolle, angepasst an die Fragilität des Sterbenden und die Besonderheiten des Lebensendes. Dies verlangt hohe Sensibilität, gute Kommunikationstechniken sowie Wissen im ethischen und rechtlichen Bereich.

Die psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen der existentiellen Krise Lebensende sind in Grundzügen Teil des Fachwissens auch bei Pflegekräften und Ärzten, doch bei größeren Problemen müssen die jeweilig zuständigen Berufsträger hinzugezogen werden. Dies erklärt, warum die multiprofessionelle Arbeit eine so große Rolle in Palliative Care spielt.

Die absehbare Kürze der verbleibenden Lebensspanne zwingt häufig zu raschem Handeln, vielfach zu unkonventionellem Vorgehen, immer aber zu individuellen Lösungen, um noch Leben gestalten zu können. Deshalb ist das Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen, also eine ineinander verzahnte Teamarbeit, umso wichtiger, je komplexer die Probleme werden und je kürzer die verbleibende Lebenszeit ist.

Genauso wie bei anderen Spezialgebieten erwartet man Allgemeinwissen in Palliative Care bei allen beteiligten Berufsgruppen, wenn auch in Deutschland nicht einmal die Grundlagen von Palliative Care Teil der Pflichtausbildung darstellen.

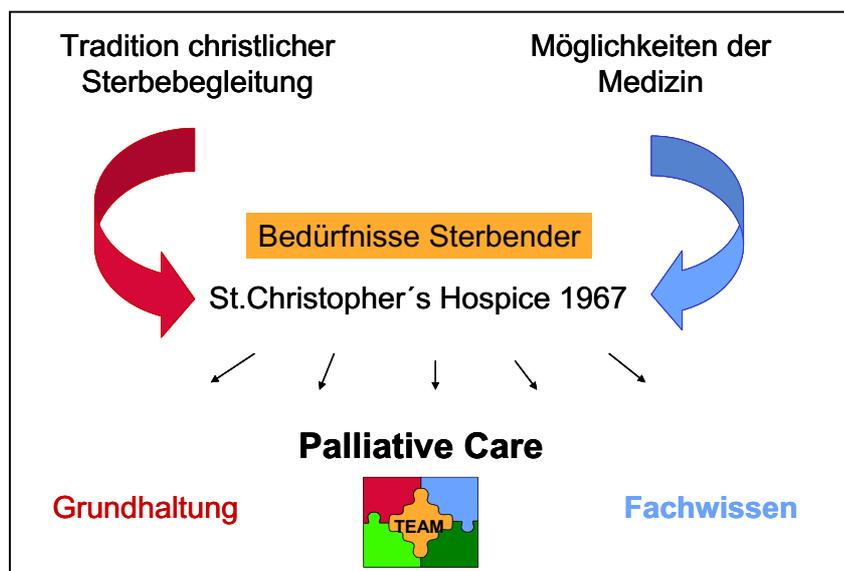


Abb.1: Entwicklung von Palliative Care

¹ World Health Organization 2004 (ISBN 9289010916): Palliative Care, The Solid Facts

1.2 Palliative Care in Deutschland

1.2.1 Basisversorgung Palliative Care

Schon bevor sich die Palliativversorgung als eigenständige Fachrichtung etabliert hat, ist sie selbstverständlich durchgeführt worden, und zwar von allen klinisch tätigen Ärzten und Pflegekräften. Dies wird weiterhin so bleiben. Bei den Ärzten schultern insbesondere Hausärzte, Onkologen und Schmerztherapeuten den Hauptteil der Palliativversorgung. Im Vordergrund steht jedoch die Pflege, da die pflegerische Unterstützung bei praktisch allen Patienten mit inkurabler, fortgeschrittener und progredienter Erkrankung den Hauptteil der Tätigkeit ausmacht.

Da jedoch nicht einmal die Grundlagen von Palliative Care Teil der Berufsausbildung darstellen (z.B. die simple Kenntnis des natürlichen Sterbeprozesses), ist die Qualität dieser Basisversorgung sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Weiterbildung ab.

In den letzten 30 Jahren haben sich in Deutschland zahlreiche Hospizgruppen formiert, welche die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben thematisieren, Hilfen in dieser Lebensphase einfordern und über ehrenamtliche Helfer unentgeltliche psychosoziale Unterstützung für Betroffene organisieren. Zunehmend bieten sie auch spezialisierte professionelle Beratung oder Betreuung an (siehe 1.2.2).

1.2.2 Palliative Care als Spezialversorgung

Seit 1983 existieren in Deutschland Palliativstationen, seit 1985 stationäre Hospize, wobei noch keine flächendeckende Versorgung erreicht ist. Die ersten Lehrstühle für Palliativmedizin sind errichtet worden, die Forschung entwickelt sich. Inzwischen ist Palliative Care Teil des Curriculums für MedizinstudentInnen.

Im ambulanten Bereich verfügen Hospizgruppen, Pflegedienste und Arztpraxen über ausgebildete professionelle Palliativkräfte. Kurse in Palliative Care existieren inzwischen für alle beteiligten Berufe, also auch für psychosoziale Berufe, Seelsorger, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten.

Die Gesundheitsreform hat 2007 das Recht der Pflichtversicherten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung im SGB V eingeführt. Seitdem werden ambulante spezialisierte Dienste aufgebaut. Allerdings muß als Voraussetzung für diese hochpreisige Spezialversorgung die allgemeine ambulante Palliativversorgung qualitativ und finanziell gestärkt werden.

1.3 Merkmale von SAPV

Das zentrale Problem in der Definition von SAPV besteht darin, die spezialisierte von der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung abzugrenzen. Ein einziges Alleinstellungsmerkmal existiert nicht, vielmehr handelt es sich um eine Kombination aus Merkmalen, die gemeinsam SAPV ergeben. Um diese Merkmale zu sammeln und damit die Absicht des Gesetzgebers darzustellen, sind verschiedene gesundheitspolitische Festlegungen und Verwaltungsvereinbarungen heranzuziehen:

- Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode – 105 Drucksache 16/3100 (Oktober 2006)
- § 37b SGB V sowie § 132d SGB V (gültig seit 1.4.2007)
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von SAPV (Dezember 2007)
- Auflagen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Beschluss über diese Richtlinien (Februar 2008)
- Die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132d Abs 2 SGB V in der Fassung vom 5.11.2012

Wichtige gesetzlich für SAPV geforderten qualitative und strukturelle Voraussetzungen sowie Durchführungsmerkmale sind in folgender Abbildung zusammengefasst.

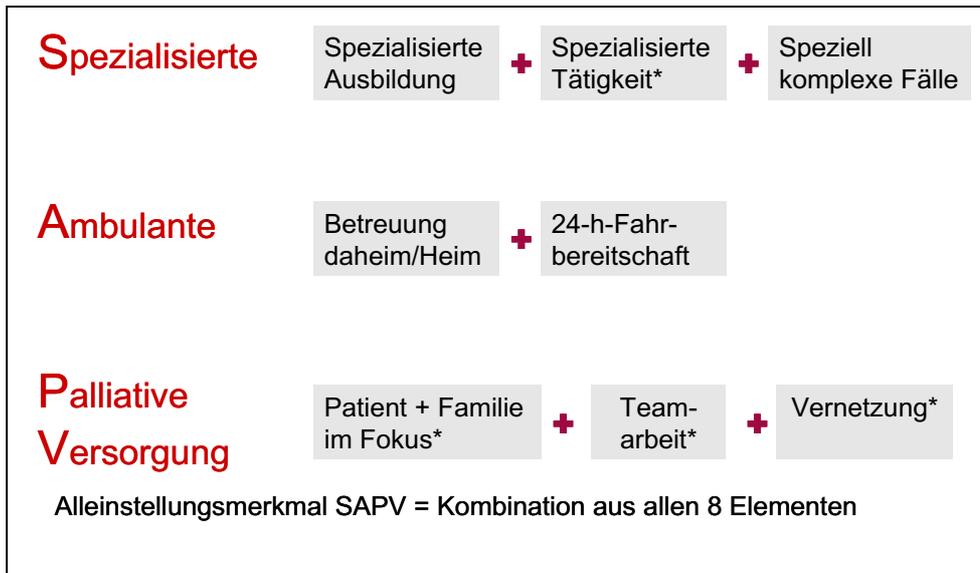


Abb. 2: Qualitative und strukturelle Voraussetzungen für SAPV in Abgrenzung zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
 * bedeutet: Erläuterungen siehe Glossar

2. Konzept für SAPV bei PALLIAMO

2.1. Lotsensystem

Als Grundlage für das Konzept dienten die Erfahrungen der aufbauenden Ärztin aus ihrer Weiterbildungszeit in Montréal in Palliative Care, der daran anschließenden Aufbauarbeit für den Christophorus-Hospiz-Verein in München sowie aus ihrer Erfahrung als niedergelassene Internistin, seit dem Jahr 2000 mit Schwerpunkt Palliativmedizin.

Das in Montréal beobachtete Lotsensystem hatte sich bereits bei der Konzeption eines „ambulanten Hospizes“ in München sehr bewährt. Jeder Lotse führt „seine“ Patienten, ist also für die vorausschauende Betreuung samt Therapieplanung, Koordination, Vorstellung im Team sowie Information aller am Netzwerk Beteiligten verantwortlich.

Familien profitieren in dieser unsicheren und beängstigenden Situation mit einem Schwerkranken zu Hause von diesem Haupt-Ansprechpartner, der die Problematik wirklich gut kennenlernt, zu dem sie Vertrauen fassen, so dass tatsächlich die eigentlichen Probleme zur Sprache kommen können. Durch die Traumaforschung ist belegt, dass gerade diese Konstanz der Bezugsperson einen wichtigen Halt bietet.

Dieses Lotsensystem verlangt selbständige, verantwortungsvolle und empathiefähige professionelle Kräfte mit Kenntnissen und Fähigkeiten in Palliative Care.

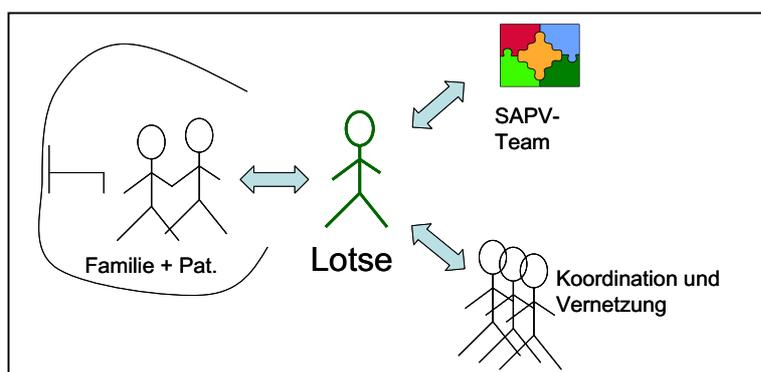


Abb. 3: Lotsensystem

2.2 Teamarbeit

Jeder pflegerische oder ärztliche Mitarbeiter von PALLIAMO übernimmt Patienten als Lotse. Erst die eigentliche Teamarbeit ermöglicht aber ein Zusammenführen des pflegerischen und ärztlichen Fachwissens sowie die 24-Stunden-Fahrbereitschaft. Für die Teamarbeit hat sich folgende Vorgehensweise bewährt:

- Nach Aufnahme informiert der Lotse sofort alle Team-Mitglieder sowie die Zentrale durch gefaxte Aufnahmebögen über Wesentliches des Neuzuganges.
- Die Diensthabende wird zusätzlich telefonisch instruiert, damit sie bereits in der ersten Nacht adäquat agieren kann, falls nötig.
- Beim Patienten verbleibt eine Dokumentationsmappe mit genauen Angaben zu Verlauf und Medikation. Sie dient als Kommunikationshilfe für das Betreuungsnetz, also für das Team sowie für alle, die beim Patienten im Einsatz sind. Die Familie wird ebenfalls ermuntert, besondere Vorkommnisse darin zu dokumentieren.
- Bei der nächsten Teambesprechung stellt jeder Lotse seine Fälle allen Anwesenden vor. Jeder bringt dann seine Ideen ein, gemeinsam wird überlegt, wie in dieser Situation Verbesserungen erreicht werden können. Eine Sozialarbeiterin sowie ein Seelsorger sind bei den Teamsitzungen anwesend. Diese Patientenbesprechung führt also regelmäßig multiprofessionelles Fachwissen in Palliative Care bei jedem Patienten zusammen. Sie ist das Herzstück der Teamarbeit.
- Der Lotse protokolliert in einem Verlaufsbogen die im Team für seinen Patienten erarbeitete Vorgehensweise.
- Unter der Woche besteht ein lebhafter telefonischer Kontakt unter allen Teammitgliedern sowie Kooperationspartnern. Fragen werden geklärt, Arbeiten abgenommen (z.B. um Wegstrecken zu verkürzen, aber auch zur Entlastung, wenn z.B. bei einem Lotsen sich mehrere Patienten verschlechtern)
- Vor dem Wochenende melden alle Lotsen an die jeweils Diensthabende den Stand der Dinge bei ihren Patienten.

2.3 Arbeitsweise der Teammitglieder

2.3.1 Ärztliche Tätigkeit

- Jeder Patient wird zumindest einmal von einem SAPV-Arzt besucht. Dieser überprüft, ob die Indikation zur SAPV wirklich vorliegt; immer wieder liegen behandelbare Ursachen einem vermeintlich zum Tode führenden Leiden zugrunde.
- Solange Symptome nicht ausreichend gelindert sind, ist der zuständige Palliativarzt gemeinsam mit der Pflegekraft involviert, wenn nötig stundenlang oder mehrmals täglich, auch nachts und am Wochenende.
- Das wichtigste Werkzeug zur Symptomkontrolle ist eine gründliche Anamnese, und zwar des Patienten wie der Angehörigen. Geradezu detektivisch muß erarbeitet werden, welche Probleme vorliegen, was hilft, was schadet, welche Medikamente denn nun wirklich genommen wurden ect.
- Körperliche Untersuchung sowie, wenn handlungsrelevant, Labortests ergänzen dann die Anamnese.
- Nun kann das medizinische Vorgehen empfohlen, erklärt und mit dem Patienten abgesprochen werden.
- Jede Maßnahme oder Änderung wird dem Hausarzt gemeldet (per Fax oder telefonische Absprache).
- Meist ist der Hausarzt froh, wenn PALLIAMO den Patienten weiter mitbetreut, außerhalb der Palliativmedizin seltene Medikamente selbst verordnet und verantwortet, insbesondere im Off-Label-Use-Bereich.
- Viel Zeit nimmt der Kontakt zu anderen involvierten Fachärzten in Anspruch. Oft müssen per Telefon weitere Informationen gesammelt werden, bevor ein sinnvolles Vorgehen entwickelt werden kann.
- Ein SAPV-Arzt ist jederzeit (also auch nachts, wenn eine Pflegekraft Rufbereitschaft hat) für die Pflegekräfte des Teams erreichbar, um medizinische Fragen sofort zu klären. Damit sind die Pflegekräfte immer ärztlich abgesichert.
- Falls der Hausarzt nicht erreichbar ist, übernimmt ein SAPV-Arzt die Leichenschau, so dass kein fremder Bereitschaftsarzt zugezogen werden muß.

- Zunehmend erreichen telefonische kollegiale Anfragen die Palliativärzte, um palliative Fragestellungen zu anderen Patienten, die nicht von PALLIAMO betreut werden, zu erörtern, insbesondere von Kollegen, die eine Weiterbildung von PALLIAMO besucht haben.

2.3.2 Pflegerische Tätigkeit

Die Pflegekräfte haben folgende pflegerische Schwerpunkte:

- Die Pflegekraft verbessert die Symptomlinderung durch Hinweise auf nicht-medikamentöse Maßnahmen, z.B. Anwendung von Wärme oder Kälte, Einreibungen, Lagerungen.
- Die Palliativfachkraft übernimmt aufwändige Behandlungspflege zusätzlich zum Pflegedienst, z.B. Portnadelwechsel, Versorgung mit intravenösen oder subkutanen Medikamentenpumpen sowie Einweisungen, falls ein Pflegedienst Teile dieser Behandlungspflege übernimmt (z.B. Infusionen an Portnadel anhängen)
- Obstipation ist ein großes Thema bei Schwerstkranken, häufig verstärkt durch Opiattherapie oder abdominelle Raumforderungen. Vorsichtige Hebe-Senk-Einläufe sind oft notwendig und so schwierig, dass sie nicht immer von einem Pflegedienst übernommen werden können (z.B. Einlauf über Ileostoma).
- Häufig wollen Familien bewusst keinen Pflegedienst, sondern die Betreuung – als letztes Geschenk an den Patienten und als gemeinsame Zeit – selbst durchführen. Dann leitet die Pflegekraft die Angehörigen an, weist rechtzeitig auf Pflegehilfsmittel hin, achtet aber auch darauf, dass die Angehörigen sich nicht überlasten, und drängt gegebenenfalls auf zusätzliche regelmäßige Unterstützung.
- Oft übernehmen die Pflegekräfte auch die Funktion einer Sozialarbeiterin. Die Angehörigen sind häufig schon mit dem Antrag auf Einstufung als Pflegefall überlastet. Sind keine Verwandten, Freunde oder Hospizbegleiter vorhanden, hilft die Pflegekraft weiter, unterstützt durch die teameigene Sozialarbeiterin.
- Manchmal wünschen moribunde Patienten, zum Sterben aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen zu werden. Ist bis dahin noch kein Pflegedienst involviert gewesen, die Angehörigen mit der Pflege aber überlastet (und besteht nicht ausreichend Zeit, jetzt einen Pflegedienst einzubinden), dann übernehmen die Pflegekräfte von PALLIAMO für diese kurze Zeit auch Grund- und einfache Behandlungspflege.

2.3.3 Gemeinsame Tätigkeiten für Patient und Familie

Zur vorausschauenden Begleitung, unter der Notfälle kaum noch auftreten, gehören viele Aufgaben, die beide Berufe gleichermaßen übernehmen:

- Das Aufnahmegespräch: Es umfasst neben medizinischen und pflegerischen Fragen auch die familiären Ressourcen, Wertvorstellungen, Krankheitseinsicht, Ängste, Wünsche, und zwar auch der Angehörigen.
- Durchführung und Überprüfung der medikamentösen Therapie: Wirkungen und Nebenwirkungen erklären, Indikation und Dosierungsintervalle besprechen, damit zur Einnahme ermuntern (die Compliance ist sonst selbst bei Schwerstkranken erstaunlich niedrig) sowie nachfragen, ob die erhoffte Wirkung tatsächlich eingetreten ist, gegebenenfalls die Dosierung anpassen, erneut rückfragen usw.
- Die Koordination der nötigen Hilfen (z.B. Hospizbegleiter, Physiotherapie, Hilfsmittel)
- Eine ganz zentrale Bedeutung nimmt das Gespräch mit den Angehörigen ein. So kann es vorkommen, dass die eigentliche Aufgabe darin besteht, die Angehörigen zu informieren (z.B. über den bevorstehenden Sterbeprozess), zu stützen, Hospizbegleiter zur Entlastung zu empfehlen, dazu zu ermuntern, die eigenen Kräfte zu regenerieren. Die Betreuung zu Hause steht und fällt mit der Belastbarkeit der Hauptpflegeperson.
- Die letzten Stunden verlangen behutsame, unaufdringliche Unterstützung, die entweder vom Hospizverein oder, wenn dieser nicht involviert war, vom Lotsen geleistet wird. Wenn die Angehörigen es wünschen, hilft der Lotse auch beim Herrichten des Verstorbenen.
- Nach dem Tod führt der Lotse einen abschließenden Besuch durch. Er dient dazu, pathologische Trauerreaktionen herauszufiltern, aber auch, noch offene Fragen über die vergangenen Wochen oder Tage zu klären, um den Trauerprozess zu erleichtern.

Etwa die Hälfte der Tätigkeiten am Patienten und für die Familien können von beiden Berufen gleichermaßen übernommen werden, jeweils rund ein Viertel sind berufsspezifische Maßnahmen aus den Bereichen Pflege oder Medizin.

2.3.4 Indirekte Teamarbeiten

Bisher sind lediglich patientenbezogene Tätigkeiten aufgeführt worden. Hinzu treten jedoch weitere mittelbare Aufgaben:

- Teamsupervision und Weiterbildung, um die Qualität der Patiententätigkeit zu erhalten
- Gespräche oder Vorträge, um SAPV einzuführen und geeignete Patienten überwiesen zu bekommen²
- Erstellen von Dienstplan für die 24-Stunden-Rufbereitschaft, des Urlaubsplans, Umstellen des Bereitschaftshandy
- Medikamenten- und Hilfsmittelvorrat sowie Geräte regelmäßig warten bzw. überprüfen lassen

2.4 24-Stunden-Bereitschaft

SAPV ist eigentlich eine Palliativstation mit Betten in der häuslichen Umgebung, mit pflegenden Angehörigen, welche durch Pflegedienste unterstützt werden, und mit fahrenden Visiten von Hausarzt und Palliativarzt. Wie im Krankenhaus müssen bei Patienten in Teilversorgung Tätigkeiten an Wochenenden und Feiertagen weitergeführt sowie Notfälle adäquat behandelt werden. Dafür ist die 24-Stunden-Bereitschaft unabdingbar:

- Es besteht ein durchgehender Rufdienst. Pflegekräfte in Bereitschaft können immer auf einen ebenfalls fahrbereiten SAPV-Arzt zurückgreifen.
- Am Wochenende besteht immer ein erster und zweiter Dienst (jeweils pflegerisch-ärztlich).
- Aufgaben für die Diensthabenden unter der Woche tagsüber: Auskunft erteilen, telefonische Beratungen übernehmen, evt. Neuanfragen annehmen
- Aufgaben am Wochenende tagsüber: anfallende Arbeiten bei allen Patienten übernehmen
- Notfälle werden unter der Woche tagsüber, wenn möglich, vom Lotsen übernommen, ansonsten von der Diensthabenden.
- Nachts, am Wochenende und an Feiertagen ist die Diensthabende für Notfälle der betreuten Patienten zuständig
- Neuaufnahmen können nur werktags angenommen werden. Allerdings werden andere Professionelle auch an Wochenenden und Feiertagen telefonisch beraten.

2.5. Verwaltung

Folgende Aufgaben werden von der Verwaltung übernommen:

- Besetzen der Bürozentrale für Auskünfte, Neuanmeldungen (Neuanfragen werden dann an die Teamleitung, ersatzweise an die Diensthabende weitergeleitet)
- Bereitstellen von Informationsblättern und Patientenmappen
- Archivieren der Patientenunterlagen
- Statistik über die erbrachten Tätigkeiten eingeben und auswerten
- Abrechnung bzw. derzeit Anmeldung der Ansprüche bei den Krankenkassen und Einzelfallabsprachen
- Buchhaltung.

Zu den Verwaltungsaufgaben zählt auch die Teamleitung, welche verantwortlich ist für Konzeptentwicklung, Strategien und Personalplanung, sowie die Verantwortung für die fachliche Arbeit des Teams trägt. Sie ist bei uns ärztlich besetzt.

² Darüber hinaus halten unsere Mitarbeiter Fortbildungen für Berufskollegen. Dies wird jedoch in der Freizeit durchgeführt.

2.6 Vernetzung und Tätigwerden von SAPV

In den beiden folgenden Abbildungen werden graphisch dargestellt:

- Die Vernetzung, welche mit ambulanten und stationären Leistungserbringern generell besteht
- Das engere Zusammenspiel der drei auf palliative Patienten ausgerichteten Dienste Hospizverein, Palliativstation und SAPV; diese Abbildung soll noch einmal graphisch Aufgaben und Tätigkeiten von SAPV verdeutlichen.

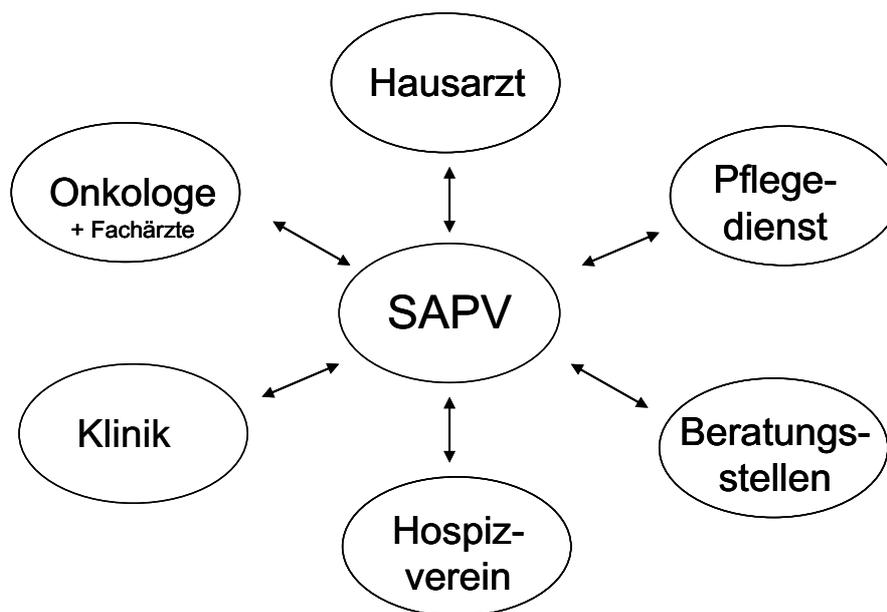


Abb. 4: Vernetzung SAPV

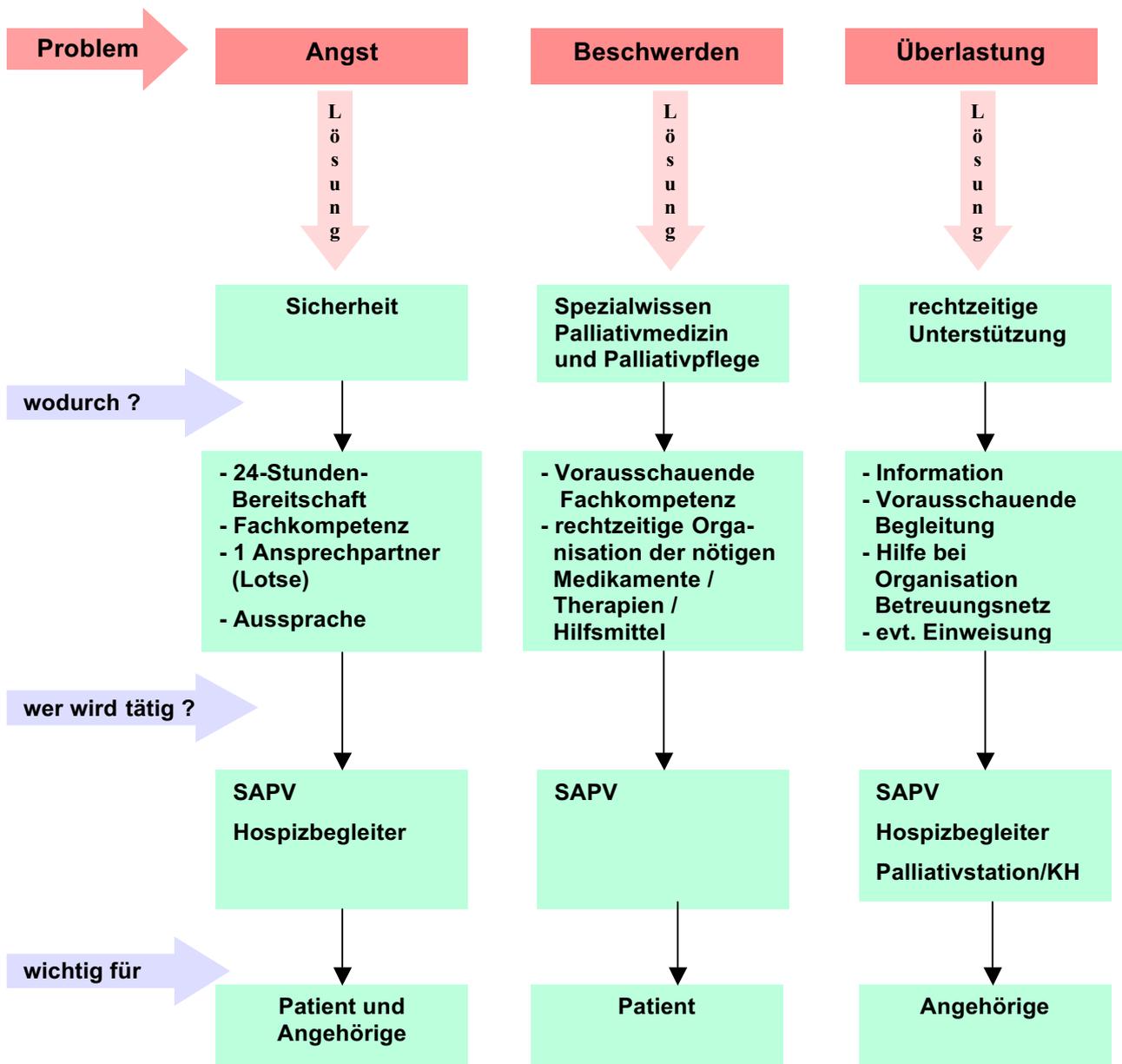


Abb. 5: Zusammenwirken von SAPV, Hospizbegleiter und Palliativstation³

2.7 Patientenprofile

Grundsätzlich sind Patienten, die von PALLIAMO betreut werden, ans Haus gebunden und können aus eigener Kraft keinen Facharzt oder Fachambulanz mehr aufsuchen. Sie sind über die palliative Vorgehensweise von PALLIAMO informiert und damit einverstanden. Es liegt eine progrediente, therapeutisch nicht mehr beeinflussbare⁴ Erkrankung im fortgeschrittenen Zustand vor, das Lebensende zeichnet sich ab.

Die vom Gesetzgeber eingeführten Kategorien stellen sich bei der Patientenbetreuung von PALLIAMO folgendermaßen dar:

³ Mit freundlicher Genehmigung von Dr. Zierer, AOK Regensburg, der diese Graphik für die Integrierte Palliativversorgung entwickelt hat

⁴ Ausnahmsweise und nur nach Rücksprache mit dem gesamten Team werden auch Patienten übernommen, die eine an sich mögliche kurative Behandlung bewusst ablehnen.

Beratung:

- Bei unterschiedlichen Fragestellungen möglich, z.B. Symptomkontrolle, ethischer Bereich, juristische Unsicherheiten, Schwierigkeiten beim Knüpfen des Betreuungsnetzes
- Anwesenheit von Angehörigen wünschenswert, aber nicht erforderlich
- Häufig telefonische, indirekte Beratung über betreuende Ärzte
- Manchmal erneuter Besuch erforderlich, um Erfolg der vorgeschlagenen Maßnahme zu überprüfen
- Immer wieder kommen Patienten nach der Diagnosestellung einer unheilbaren Krankheit zur Beratung, weil sie Angst vor der Sterbephase haben, auch wenn das Lebensende noch nicht absehbar ist. In diesem Fall ist die Beratung von mobilen Patienten sinnvoll und in den Räumen von PALLIAMO möglich.

Koordination:

- Wird nur gemeinsam mit einer der anderen Leistungen erbracht, da nur so festgestellt werden kann, ob die Maßnahmen auch notwendig sind.
- Bei Beratung kann eine Koordination mit erforderlich sein (in den überwiegenden Fällen)
- Teil- und Vollversorgung umfassen immer auch die Koordinationsleistung.

Teil/Vollversorgung:

- Umfasst Lotsenfunktion und Koordination der gesamten Betreuung daheim einschließlich 24-Stunden-Bereitschaft
- Zumindest ein/e Angehörige/r oder Bekannte/r zu Hause ist erforderlich, ansonsten meist Indikation zur Aufnahme in ein stationäres Hospiz (ersatzweise Kurzzeitpflege/Pflegeheim/Palliativstation)
- Hausarztbesuche erfolgen in enger Absprache und sind erwünscht
- Pflegedienste werden zur Grund- und Behandlungspflege sowie für Sitzwachen (so sie nicht über den Hospizverein geleistet werden) mit eingebunden
- Bei fulminanten Verläufen werden ausnahmsweise auch Grund- und / oder Behandlungspflege übernommen
- In Krisensituationen bleiben PALLIAMO-Kräfte vor Ort, bis die Situation wieder stabil ist.

Autorin:

Dr. med. Elisabeth Albrecht
PALLIAMO Regensburg

erstellt im Mai 2009
aktualisiert im November 2015

3. Konzept für die Zusammenarbeit mit dem Brückenteam der Goldberg-Klinik Kelheim

Das Brückenteam der Palliativeinheit an der Goldberg-Klinik Kelheim bereitet die Entlassung von Palliativpatienten vor und kümmert sich um diese sowie um deren Familien im häuslichen Umfeld. Ein Teil dieser Patienten entspricht den SAPV-Kriterien.

Die MitarbeiterInnen der Palliativeinheit Kelheim beschreiben folgende Probleme:

- Manchmal benötigen sie ergänzend spezielle ambulante palliativmedizinische Tätigkeiten.
- Derzeit wird eine Rufbereitschaft nur am Wochenende finanziert, da etliche Patienten diese Wochenend-Absicherung benötigen. Auch unter der Woche wäre jedoch eine Rufbereitschaft bei manchen Patienten notwendig.

PALLIAMO ist im nördlichen Teil des Landkreises Kelheim bereits tätig. Es besteht ein Bedarf für SAPV-Leistung auch im übrigen Landkreis Kelheim. Für ein eigenes SAPV-Team ist der Landkreis jedoch zu klein, im Interesse der Patienten sollte dennoch SAPV angeboten werden. Dies wird nun in enger Kooperation zwischen der Brückenpflege und PALLIAMO für den Einzugsbereich der Brückenpflege ermöglicht.

Wenn Patienten der Brückenpflege eine aufwändigere Betreuung benötigen, z.B. zusätzliche palliativmedizinische Leistungen zuhause, Pumpenversorgung, notwendige 24-Stunden-Sicherheit, so

- kontaktiert die Brückenpflege PALLIAMO, um vorab die Indikation für SAPV zu klären sowie die voraussichtlich notwendige Kategorie zu besprechen.
- holt PALLIAMO bei SAPV-Indikation das Einverständnis des Hausarztes ein; die Brückenpflege holt ggf. die nötige SAP-Verordnung (Muster 63) beim Hausarzt ab.
- übernimmt in der Regel eine Pflegekraft der Brückenpflege mit SAPV-Qualifikation die Lotsentätigkeit bei diesem Patienten. Falls hierfür gerade keine Kapazität frei ist, wird die Lotsentätigkeit an einen PALLIAMO-Mitarbeiter übergeben.
- Die 24-h-Rufbereitschaft für die SAPV-Patienten in Teilversorgung wird von PALLIAMO sichergestellt.
- An Wochenenden führen die Mitarbeiter der Brücke wie bisher die Bereitschaft für die Brückenpatienten durch. Die Pauschale dafür nach TVöD wird von PALLIAMO dann übernommen, wenn eine Pflegekraft der Brückenpflege den Rufdienst übernimmt, die die SAPV-Qualifikation besitzt, und wenn mindestens ein SAPV-Patient in Teilversorgung gemeinsam betreut wird.

Regelmäßige Teilnahmen an den PALLIAMO-Teamsitzungen sowie gemeinsame Fortbildungen fördern die gemeinsame Tätigkeit.

Der Stützpunkt der Brückenpflege übernimmt Verwaltungsleistungen für SAPV-Patienten und informiert allgemein über die SAPV-Versorgung.

Eine Einbindung ausreichend qualifizierter Palliativärzte des Landkreises Kelheim in die SAPV-Tätigkeit wird derzeit vorbereitet.

Dr. med. Elisabeth Albrecht
Markus Wegmann

PALLIAMO GmbH
Cranachweg 16
93051 Regensburg

Stand: Juli 2016

ANHANG

Glossar

- Teamarbeit:** Zusammenarbeit von verschiedenen Berufen in einem Team, das sich mindestens einmal wöchentlich zusammensetzt, um alle betreuten Patienten zu besprechen. Die Bereitschaftsdienste werden von den Teammitgliedern für alle diese Patienten gemeinsam übernommen. Im PC-Team muss mindestens ärztliche und pflegerische Kompetenz vertreten sein. Die Pflegekräfte haben jederzeit einen eigenen Arzt zur Verfügung und umgekehrt, somit stehen für den Patienten ständig pflegerische und ärztliche Kompetenz parat.
- Spezialisierte Tätigkeit:** Wir fordern, dass ständige Teammitglieder mindestens 50% der Arbeitszeit in Palliative Care verbringen. Dies kann die Mitarbeit bei PALLIAMO sein, oder in einer stationären oder anderen ambulanten Einrichtung, z.B. Palliativstation, Beratungen im Krankenhaus oder im Hospizverein. Aushilfen sollten zumindest früher mit Schwerpunkt Palliative Care tätig gewesen sein.
- Koordination:** Darunter fällt alles, was vom Lotsen neu in die Wege geleitet wird. Dies umfasst Organisation von Medikamenten (z.B. Pumpen, Umstellen auf parenterale Medikamente, oder nur Opiate rechtzeitig vor dem Wochenende), von Hilfsmitteln, Therapeuten (häufig Physiotherapie, aber auch Pflegedienst), Hospizbetreuer (Kontaktaufnahme mit dem Hospizverein, Schwierigkeiten erläutern, so dass die richtige Person gefunden wird), manchmal Fachärzte (einschließlich aufwändigem Transport), Hinzuziehen unserer Sozialarbeiterin. Eine wesentliche Koordinationsaufgabe besteht häufig darin, die Angehörigen und Freunde in eine tragfähige Betreuung geregelt einzubinden.
- Vernetzung:** Darunter verstehen wir den laufenden Informationsaustausch mit und zwischen allen beteiligten Professionellen außerhalb des SAPV-Teams sowie eingebundener Angehöriger und Ehrenamtlicher. Dies kann bei einzelnen Patienten sehr zeitaufwändig sein, immer jedoch gehören dazu: regelmäßige Information des Hausarztes (meist per Fax) und des Pflegedienstes, häufig auch der beteiligten Fachärzte, der Hospizbegleiter, des Physiotherapeuten, Rücksprache mit den Krankenhausstationen, besonders der Palliativstation.
- Patient+Familie im Fokus:** Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Einheit aus Patient und Angehörigen. Üblicherweise rechnen wir etwa die Hälfte der Hausbesuchszeit für die Schulung, Beratung und Stützung der Angehörigen (oder des Pflegepersonals im Heim), die andere Hälfte benötigt der Patient. Dieses Verhältnis ist in jeder Familie anders, manchmal muss fast ausschließlich der Angehörige, welcher die Hauptlast der Betreuung zu Hause trägt, unterstützt werden, manchmal fast ausschließlich der Patient.