



# **Strukturen und Möglichkeiten der ambulanten Palliativversorgung in Münster und Umgebung**

Hausarbeit

Palliative Care Weiterbildung 2009/2010

Weiterbildungsstätte für Intensivpflege & Anästhesie und Pflege in der Onkologie

Verfasser:

Michael Terborg

Gallenkamp 23

48145 Münster

20.02.2010

## **Inhaltsverzeichnis**

1	Kurzfassung.....	2
2	Einleitung.....	2
3	Rahmenbedingungen und Strukturen der Palliativversorgung .....	3
3.1	Die stationäre Palliativversorgung.....	3
3.2	Die ambulante Palliativversorgung.....	5
3.3	Brückenpflege.....	7
4.	Die neue ambulante Palliativversorgung in der Praxis.....	8
4.1	Das Palliativnetz Münster e.V. ....	9
4.2	Die Hospizdienste in Münster.....	12
4.3	Ambulante Palliativversorgung im Münsterland .....	13
5.	Ausblick.....	14
6	Literaturverzeichnis.....	16

## **1 Kurzfassung**

In dieser Arbeit wird zunächst ein Überblick über die Strukturen der Palliativversorgung gegeben. Die beiden Formen der stationären Palliativarbeit, Palliativstation und stationäre Hospiz und deren Organisationsform und Finanzierung werden in Grundzügen dargestellt. Das Konzept der Brückenpflege wird kurz angerissen. Die ambulante Palliativversorgung wird ausführlich dargelegt. Nach §37b SGB V ist seit 2007 ein Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung gesetzlich verankert. Die sich hieraus ergebenden Beschlüsse und Verträge regeln Umfang und Inhalte der Versorgung sowie deren Finanzierung.

Der derzeitige Stand der Entwicklung von Strukturen zur ambulanten Palliativversorgung wird anhand der Situation in Münster und den angrenzenden Kreisen geschildert. Eine ausführliche Beschreibung der Arbeit des Palliativnetzes Münster e.V. und der Hospizdienste Münsters zeigt die konkreten Möglichkeiten ambulanter palliativer Arbeit.

## **2 Einleitung**

Im Gegensatz zu dem bei Umfragen von 80-90% der Befragten geäußerten Wunsch, zu Hause sterben zu dürfen, beenden heute die meisten Menschen ihr Leben in Institutionen wie Krankenhaus (50-58%) oder Pflegeheim (18-30%) [1]. Auch im Rahmen meiner Arbeit in der Hämatologie/Onkologie des UKM erlebe ich immer wieder, dass Patienten im Krankenhaus versterben. Manchmal sind akute krankheits- oder therapiebedingte Komplikationen die Ursache, es kommt aber auch vor, dass Patienten in einer palliativen Situation bei uns sterben. Schmerzen und andere Symptome lassen sich im Krankenhaus in der Regel sehr gut behandeln. Die psychosoziale Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen, die Räumlichkeiten und die Atmosphäre empfinde ich aber als unzureichend und unangemessen.

Es gibt verschiedene Gründe dafür, dass die Patienten bei uns im Krankenhaus anstatt zu Hause sterben: Einige können sich das Sterben im häuslichen Umfeld oder im Hospiz nicht vorstellen und empfinden die Krankenhausstation und das Personal nach den oft monatelangen Aufenthalten als vertraute und sichere Umgebung, andere

kommen von zu Hause, weil körperliche oder seelische Krisen zu Hause wegen unzureichender ambulanter Versorgung gerade nachts oder am Wochenende nicht beherrschbar sind. Oft ist zum Zeitpunkt der Entscheidung, statt unter kurativer Zielsetzung palliativ zu behandeln, der Zustand der Patienten derart schwierig, dass eine Versorgung im häuslichen Umfeld gar nicht mehr erwogen wird. Dabei stehen Fragen im Vordergrund wie: Sind die Schmerzen oder andere Symptome ambulant gut zu behandeln? Kann man auch zu Hause medizinisch gut versorgt werden? Wie können die pflegenden Angehörigen die körperlichen und seelischen Belastungen bewältigen? Ist adäquate häusliche Pflege machbar? Welche Hilfen gibt es? Wie werden diese Hilfen finanziert? Wie können Krisensituationen auch nachts und am Wochenende gemeistert werden?

Diese Fragen stellen sich nicht nur Patienten und ihren Angehörigen, auch bei Ärzten und Pflegepersonal gibt es Unklarheit über Umfang und Strukturen der ambulanten Betreuungs- und Hilfsmöglichkeiten.

In dieser Arbeit will ich diese Fragen beantworten, um so zukünftig Patienten besser informieren zu können, so dass die Möglichkeit des zu-Hause-Sterbens zukünftig eher in Betracht gezogen werden kann.

Als schwierig hat sich dabei die Informationssammlung erwiesen, da es zum einen wenige aktuelle Veröffentlichungen gibt, zum anderen die Strukturen uneinheitlich und unübersichtlich sind. Ich habe mich daher bei meinen Recherchen auf Münster und die angrenzenden Kreise beschränkt und den Großteil meiner Informationen während meiner Hospitation beim Palliativnetz Münster e.V. und in Gesprächen mit den Koordinatoren verschiedener Hospizgruppen gesammelt.

### **3 Rahmenbedingungen und Strukturen der Palliativversorgung**

#### **3.1 Die stationäre Palliativversorgung**

Ausgehend von der Hospizbewegung und der Palliativmedizin entstanden in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts erste Palliativstationen und stationäre Hospize. Dort werden im multiprofessionellen Team nach hospizlichen Grundsätzen schwer kranke Menschen mit schwerwiegenden Problemen versorgt.

Palliativstationen sind in ein Krankenhaus eingebunden und prinzipiell wie andere Krankenhausstationen auch organisiert. Das heißt, sie nutzen dessen Infrastruktur, werden von einem Arzt/ einer Ärztin geleitet und die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen, was für die Patienten bedeutet, dass außer dem üblichen Eigenanteil keine Kosten entstehen. Die Krankenhäuser können im Rahmen der DRGs die Palliativmedizinische Komplexbehandlung abrechnen. Dazu müssen laut OPS-301 bestimmte Mindestmerkmale (Erstellung eines Basisassessments und eines individuellen Behandlungsplans; Ziel der Behandlung ist Symptomkontrolle und psychosoziale Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen; Leitung durch Facharzt mit Zusatz Palliativmedizin; Pflege durch geschultes Pflegepersonal; Gespräche und Betreuung durch ein multidisziplinäres Teams z.B. aus den Bereichen Psychologie, Physiotherapie, Sozialarbeit oder Musik- oder Kunsttherapie im Umfang von 6 Stunden pro Woche und Patient; Wöchentliche, patientenbezogene multiprofessionelle Teambesprechungen) erfüllt und dokumentiert werden [2].

Die Palliativmedizinische Komplexbehandlung kann auch abgerechnet werden, wenn die oben genannten Leistungen außerhalb ausgewiesener Palliativstationen erbracht werden, z.B. auf Allgemeinstationen [3].

Stationäre Hospize sind nicht an Krankenhäuser gebundene, kleinere Einrichtungen (meist max. 10-12 Betten) mit familiär-häuslicher Atmosphäre. Eine rechtliche Grundlage für den Aufenthalt wurde erst 1997 mit dem §39a SGB V geschaffen. Danach wurde neben einer organisatorischen Sonderstellung (die Leitung obliegt meist einer Pflegekraft mit entsprechenden Weiterbildungen und Erfahrungen; Zusammenarbeit mit verschiedenen niedergelassenen Haus- oder Fachärzten, mit oder ohne palliativmedizinische Weiterbildung) auch die Finanzierung speziell geregelt: Neben Leistungen von Krankenkassen und Pflegeversicherung finanzierten sich Hospize zunächst auch über - in der Höhe unterschiedliche - Zuzahlungen von den Hospizgästen und Eigenleistungen der Hospize, die diese über Spenden erbringen mussten. Seit dem 01.08.2009 ist eine Neuregelung in Kraft, wonach die Gäste von der Zuzahlungsverpflichtung befreit sind, die Hospize selbst aber weiterhin 10% der laufenden Kosten aus Spenden decken müssen, was z.B. im Fall des Johannes-Hospizes Münster etwa 250000 € pro Jahr ausmacht [4].

Die Arbeit der Palliativstationen setzt meist früher ein, auch wenn noch Maßnahmen zur Lebensverlängerung oder Heilung geplant sind. Die Patienten können allerdings nur

so lange bleiben, wie Krankenhausbehandlung erforderlich ist was oft den Verbleib bis zum Tod unmöglich macht. Die Aufnahme ins Hospiz erfolgt eher später, die Verweildauer ist oft nur wenige Stunden oder Tage, im Durchschnitt 15-25 Tage [5]. Beide Formen der stationären Palliativversorgung sind eine gute Alternative, wenn die ambulante Versorgung an ihre Grenzen kommt.

### **3.2 Die ambulante Palliativversorgung**

Für die ambulante Palliativversorgung gab es zunächst keine besondere rechtliche Voraussetzung. Die allgemeine Palliativversorgung wurde durch ambulante Pflegedienste, niedergelassene Haus- oder Fachärzte und ehrenamtliche Kräfte der vielerorts schon tätigen ambulanten Hospizdienste durchgeführt. Finanziert wurden die Leistungen über Pflegeversicherung und Krankenkassen, die Kosten der Hospizdienste waren ausschließlich spendenfinanziert.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 wurde die ambulante Palliativversorgung neu geregelt mit dem Ziel, die Sterbephase aus den Krankenhäusern heraus in das häusliche oder ein vergleichbares Umfeld zurückzuholen. Seit dem 01.04.2007 gibt es für gesetzlich Krankenversicherte einen Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach §37b SGB V:

*„Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. ...[Sie] umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle...“ [6].*

Dieses Gesetz wird vom gemeinsamen Bundesausschuss, dem obersten Beschlussgremium von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in einem Beschluss vom Dezember 2007 konkretisiert [7]:

Hier sind die Voraussetzungen für SAPV wie nicht heilbar, fortschreitend u.s.w. definiert und die Kriterien für die besonders aufwändige Versorgung umfassend beschrieben: Liegt ein komplexes Symptomgeschehen vor (das heißt ausgeprägte Schmerzsymptomatik, andere ausgeprägte Symptomatik wie z.B. neurologische, psychiatrische, psychologische, respiratorische, kardiologische, gastrointestinale oder

urogenitale, oder ausgeprägte Wunden oder Tumore), das besondere palliativmedizinische und -pflegerische Kenntnisse erfordert, so wird von besonders aufwändiger Versorgung ausgegangen.

In dem Beschluss wird auch Inhalt und Umfang der SAPV festgelegt: Das SAPV-Team kann zusätzlich zu bestehenden Versorgungsformen (Hausärzte, ambulante Pflegedienste) beratend, koordinierend oder über unterstützende Teilversorgung tätig werden oder die Vollversorgung übernehmen. Dabei wird besonderer Wert gelegt auf die Arbeit im interdisziplinären Team mit allen beteiligten Berufsgruppen wie Seelsorger, Sozialarbeiter, Physio- und Psychotherapeuten und den Mitarbeitern der ambulanten Hospizdienste. Deren Koordination ist neben der Symptomkontrolle und der psychosozialen Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen Arbeitsschwerpunkt der SAPV. Außerdem müssen die SAPV-Teams einen 24-Stunden Dienst vorhalten. Für die ärztlichen Mitarbeiter der Teams werden eine Weiterbildung in Palliativmedizin, für die Pflegekräfte eine Palliative-Care Weiterbildung gefordert.

Die Vergütung der Leistungen der SAPV erfolgt gemäß den Verträgen zwischen Kassenärztlicher Vereinigungen (KV) und den Verbänden der Krankenkassen: So gibt es im Bereich der KV Westfalen-Lippe (KVWL) für Ärzte, die für den sogenannten palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD) zugelassen sind, eine nach Patientenzahlen gestaffelte Pauschalvergütung von 700,- bis 200,- € pro Patient für die erste Woche, danach 100,-€ pro Tag [8].

Mit der Pauschale sind laut Vertrag u.a. palliativmedizinische Beratung, Symptomkontrolle gemäß SAPV, Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit eines palliativmedizinisch erfahrenen Arztes und Koordination durch eine Kraft mit palliativpflegerischer Qualifikation abgedeckt [9]. Im Bereich der KVWL sind nach eigener Aussage bereits fast flächendeckend regionale PKD aktiv, die Akzeptanz bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten ist allerdings unterschiedlich, einige empfinden den PKD als Konkurrenz, andere schätzen die 24-Stunden-Bereitschaft und die fachliche Qualität.

Das Procedere der Einbindung des regionalen PKD in die Versorgung des Patienten erfolgt im Bereich der KVWL über den behandelnden Haus- oder Facharzt. Der Hausarzt muss sich zunächst bei der KV einmalig als koordinierender Arzt registrieren lassen und Arzt und Patient müssen dann eine Art 'Teilnahmeerklärung' ausfüllen, die

sogenannte Einschreibung. Dann kann der PKD mit seinem umfangreichen Angebot in Absprache und unter Einbeziehung des Hausarztes aktiv werden.

Für ambulante Pflegedienste gibt es unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls die Möglichkeit, Palliativpflege abzurechnen. Diese qualifizierten Pflegedienste müssen mindestens vier Vollzeitstellen mit Pflegekräften besetzt haben, die - ebenso wie die Leitung - in Palliativpflege weitergebildet sind. Zudem müssen Kooperationsverträge mit einem Hospizdienst und einem Haus- oder Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin vorhanden sein.

Die Hospizdienste und -initiativen haben ihren Ausgangspunkt ebenfalls in der Hospizbewegung. Nachdem die Arbeit zunächst nur durch ehrenamtlich Tätige erbracht beziehungsweise durch Spenden finanziert wurde, gibt es seit 2002 unter folgenden Bedingungen Ansprüche auf Zuschuss zu den Personalkosten von den Krankenkassen nach § 39a SGB V [10]: Voraussetzung ist, dass die Dienste mit palliativmedizinisch und -pflegerisch erfahrenen Ärzten und Pflegediensten zusammenarbeiten, dass die fachliche Verantwortung bei einer qualifizierten und erfahrenen Fachkraft liegt (Krankenpflegeexamen oder andere fachliche Qualifikation; mehrjährige Palliativverfahren oder entsprechende Weiterbildung; Führungskompetenz), dass mindestens 15 qualifizierte ehrenamtliche Personen einsatzbereit sind und dass eine kontinuierliche Anleitung und Supervision der Ehrenamtler gewährleistet ist.

Schwerpunkt der ambulanten Hospizarbeit ist die psychosoziale Betreuung der Kranken und ihrer Angehörigen, Unterstützung in der Trauerarbeit, die Ausbildung der ehrenamtlichen Begleiter und Öffentlichkeitsarbeit.

Für die Patienten entstehen weder für die ärztliche Behandlung noch für die Betreuung durch die Hospizdienste Kosten außer der üblichen Zuzahlungen zu Arzneimitteln, Pflegehilfsmitteln etc.. Die Arbeit der Pflegedienste kann je nach Umfang und Pflegestufe ganz oder teilweise über die Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden.

### **3.3 Brückenpflege**

Brückenpflegekonzepte setzen an der Schnittstelle Krankenhaus - häusliche Versorgung an. Sie bereiten im Rahmen der Pflegeüberleitung die Entlassung aus dem Krankenhaus vor und übernehmen in der häuslichen Versorgung in unterschiedlichem Umfang



beratende, unterstützende und koordinative Aufgaben bei der Versorgung von schwer kranken, meist onkologischen Patienten. Die Finanzierung ist unterschiedlich, oft über Spenden oder im Rahmen von Projekten.

Bereits seit 1990 gibt es in Baden-Württemberg ein Brückenpflegekonzept, das zunächst im Rahmen eines Modellprojekts komplett von der Krebsstiftung Baden-Württemberg finanziert wurde [11]. Inzwischen gibt es 18 Brückenpflegeteams, die eine nahezu flächendeckende Versorgung gewährleisten. Die Teams sind organisatorisch und personell an Krankenhäuser angebunden. Das Angebot ist auf schwer kranke Patienten mit onkologischer Grunderkrankung beschränkt, für die Patienten kostenlos und wird über Pflegesätze finanziert. Ausgehend von den Erfahrungen der Brückenpflege werden zur Zeit Konzepte zur Umsetzung der SAPV erarbeitet, in wie weit die Brückenpflege in die Vertragsgestaltung in Baden-Württemberg mit einbezogen wird bleibt abzuwarten.

Auch in anderen Bundesländern gibt es punktuell ähnliche Konzepte, zwei davon in Münster nämlich das Brücken-Team des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am UKM und das 'palliativ-Mobil' des St. Franziskus-Hospitals Münster. Da beide Einrichtungen nur ein eng begrenztes Wirkungsfeld haben und sich die Strukturen der ambulanten Versorgung in eine andere Richtung entwickeln, wird hier nicht näher auf sie eingegangen.

#### **4. Die neue ambulante Palliativversorgung in der Praxis**

War bislang die ambulante Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in den Händen von Pflegediensten, niedergelassenen Haus- oder Fachärzten und den Hospizdiensten, so führen die neuen Gesetze und die daraus abgeleiteten Vereinbarungen und Verträge zu neuen Möglichkeiten und Strukturen der ambulanten Palliativversorgung. Nach einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DPG) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) vom November 2009 erfolgte die Umsetzung der SAPV durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bis dahin allerdings skandalös schleppend. Nur ein Bruchteil der vom Gesetzgeber veranschlagten Mittel ist in die Palliativversorgung geflossen, es gibt viel zu wenig Versorgungsverträge [12]. Da laufend neue Versorgungsverträge abgeschlossen bzw.

bestehende neu verhandelt werden, sind die derzeitigen Strukturen noch nicht etabliert und sehr unübersichtlich.

Die Strukturen in Münster und den angrenzenden Kreisen sollen im Folgenden dargestellt werden. Außerdem möchte ich die konkrete Arbeit des Palliativnetzes Münster und der Hospizdienste schildern.

#### **4.1 Das Palliativnetz Münster e.V.**

Das Palliativnetz Münster wurde Anfang 2006 mit dem Ziel gegründet, die palliative Versorgung in Münster und der näheren Umgebung zu verbessern. Ausgangspunkt war, dass zu wenig Hospizplätze vorhanden waren, so dass Patienten in der Wartezeit auf einen Hospizplatz verstarben und es keine befriedigenden Möglichkeiten gab, Patienten in ihrer letzten Lebensphase zu Hause zu versorgen.

Inzwischen ist die Praxis für Palliativmedizin im Palliativnetz Münster als palliativmedizinischer Konsiliardienst zugelassen. Fünf Ärzte sind teils ausschließlich als Palliativärzte, teils im Rahmen ihrer Tätigkeit als niedergelassene Ärzte tätig. Sie arbeiten nicht nur in der ambulanten Versorgung sondern sind auch in den beiden münsteraner Hospizen und in Altenheimen aktiv. Vier Pflegekräfte, zwei mit Vollzeit-, zwei mit  $\frac{3}{4}$ -Stellen sind für das Case Management und die Symptomkontrolle zuständig. Darüber hinaus sind zwei Sekretärinnen beschäftigt. Finanziert werden die Stellen der Pflegekräfte zum einen über die in den Fallpauschalen für den Aufbau von Strukturen und Koordination vorgesehenen Mittel, zum anderen über Spenden, für die Patienten entstehen keine Kosten.

Durchschnittlich werden 40-45 Patienten betreut. Der Kontakt kommt über behandelnde Hausärzte, Sozialdienste bzw. Ärzte der Krankenhäuser, Hospizdienste, ambulante Pflegedienste, das Pflegebüro Münster oder Angehörige zustande, wobei insbesondere die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern durchaus verbesserungsfähig ist.

In einem ersten Kontakt - bei Krankenhauspatienten idealerweise schon vor der Entlassung - werden die Situation des Patienten und seiner Familie, der Pflegebedarf sowie die Ressourcen ermittelt. Wenn notwendig, werden Pflegehilfsmittel wie Pflegebetten, Toilettenstühle etc. organisiert und ambulante Pflege-, Hausnotruf- oder Schmerzpumpendienste eingeschaltet. Außerdem werden die Formalitäten der

Einschreibung in die Wege geleitet, dank des guten Rufes des Palliativnetzes ein immer kleiner werdendes Problem.

Ist der Patient zu Hause erfolgt die Betreuung abgestimmt auf die Symptomatik und die Bedürfnisse mit dem Ziel größtmöglicher Lebensqualität für Patienten und ihre Familien. Unter Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes können so Schwerstkranke ihre letzte Lebensphase in vertrauter Umgebung verbringen.

Von größter Wichtigkeit für die Patienten ist hierbei, dass es eine 24-Stunden-Rufbereitschaft durch das Palliativnetz gibt, auch an Wochenenden und Feiertagen. Ist ein pflegerisches oder medizinisches Problem nicht telefonisch zu lösen, ist die Pflegekraft schnell vor Ort und kann, falls notwendig nach Rücksprache mit einem Arzt aktiv werden, wobei außer bei Urlaub oder Krankheit jeder der Ärzte des Palliativnetzes für seine Patienten zuständig ist. Im Bedarfsfall ist auch jederzeit ein Arzt zu einem Hausbesuch bereit. So ist immer ein kompetenter und gut informierter Ansprechpartner erreichbar.

Die Angehörigen werden soweit wie möglich in die Pflege und Versorgung mit einbezogen. Oft können sie einen Großteil der grundpflegerischen Versorgung übernehmen und nach Anleitung auch lagern, spritzen u.s.w.. Für notwendige Hilfen werden ambulante Pflegedienste eingeschaltet, wobei die Symptomkontrolle im Wesentlichen in den Händen des Palliativnetzes verbleibt. Die Kommunikation zwischen den beteiligten Mitarbeitern ist unkompliziert, es gibt beim Patienten verbleibende Mappen zur schriftlichen Dokumentation und natürlich jederzeit die Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme untereinander.

Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung oder Durchfall lassen sich zu Hause ebenso gut behandeln wie im Krankenhaus. Medikamente, die im Krankenhaus üblicherweise intravenös gegeben werden, werden - sofern das Schlucken nicht mehr möglich und kein Port vorhanden ist - sublingual, bukkal, subcutan oder als Nasenspray appliziert. Eine ausreichende Menge der notwendigen Medikamente haben die Pflegekräfte immer dabei und können so nach (telefonischer oder schriftlicher) ärztlicher Anordnung auch schnell reagieren. Auf diese Weise ist z.B. im Falle von Atemnot in der Terminalphase eine palliative Sedierung notfalls auch kurzfristig durchzuführen. Ist das Essen und Trinken nicht mehr möglich, ist im Einzelfall über die Anlage einer Magensonde oder einer PEG zu entscheiden, die Versorgung mit

Flüssigkeit gelingt auch über subcutane Infusionen. Ärztliche Eingriffe wie Pleura- oder Ascitespunktionen sind ebenfalls ambulant machbar.

Für die psychosoziale Betreuung der Patienten und ihrer Familien und zur Entlastung der Angehörigen werden oft Mitarbeiter der verschiedenen Hospizdienste mit hinzugezogen

Die Häufigkeit der Kontakte und Besuche durch das Palliativnetzteam ist sehr unterschiedlich. Manchen Patienten reicht das Wissen um die ständige Verfügbarkeit des Palliativnetzes aus, um phasenweise – zum Teil Wochen oder sogar Monate – ohne Besuche auszukommen. Hier wird regelmäßig telefonisch Kontakt gehalten. Andere Patienten mit schwerwiegenden Symptomen besonders in der Finalphase werden engmaschig bis zu mehrmals täglich betreut, sei es über Hausbesuche oder telefonische Beratung. Hier ist die enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Pflege- und Hospizdiensten besonders wertvoll. So ist es in Einzelfällen sogar möglich, eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu organisieren.

Ist absehbar, dass die Versorgung des Patienten zu Hause nicht mehr zu leisten ist, wird die Aufnahme in einem der beiden münsteraner Hospize angestrebt. Dies betrifft besonders alleinstehende Patienten, oder solche, deren Angehörige überfordert sind. Je nach der finanziellen Situation gelingt es aber auch diesen Patienten manchmal, mit Hilfe von bezahlten, meist osteuropäischen Kräften bis zum Tod zu Hause zu bleiben.

In der Arbeit des Palliativnetzes stehen neben den Patienten auch immer die Angehörigen im Mittelpunkt, nicht nur als an der Patientenversorgung Beteiligte, sondern auch als selbst vom Sterben eines ihnen nahe stehenden Menschen Betroffene. Die Angehörigen werden in ihrer Entscheidung, die Patienten zu Hause zu versorgen bestärkt und Unsicherheiten und Ängste werden thematisiert. Beim Sterbenden, auch bei guter Symptomkontrolle, auftretende Veränderungen, zum Beispiel der Atmung oder des Aussehens werden frühzeitig offen angesprochen, die in dieser Phase möglichen und hilfreichen Maßnahmen und das Vorgehen nach Eintreten des Todes werden besprochen. Die Versorgung des Verstorbenen kann von den Angehörigen, wenn gewünscht mit Hilfe des Palliativnetzes, übernommen werden. So muss nicht unverzüglich z. B. nachts ein Arzt oder ein Bestattungsunternehmer gerufen werden. Der Verstorbene kann bis zu 36 Stunden zu Hause bleiben und die Familie kann in Ruhe Abschied nehmen. Natürlich besteht jederzeit die Möglichkeit, Unterstützung vom Palliativnetz zu bekommen. Auch nach dem Tod des Patienten unterstützen die

Mitarbeiter die Angehörigen in der Trauerarbeit, indem sie für Gespräche zur Verfügung stehen und passende Hilfen vermitteln, z.B. Trauergruppen der Hospize und der ambulanten Hospizdienste.

Einen großen Zeitumfang der Arbeit des Palliativnetzes nehmen Organisation und Koordination ein. Die Unterstützung bei der Beschaffung von Medikamenten und Pflegehilfsmitteln, das Hinzuziehen und die Koordination anderer Dienste (Pflege-Hospizdienst, Physiotherapie...), die Beratung und Hilfe beim Beantragen einer Pflegestufe oder beim Kontakt mit Versorgungsamt, MDK oder den Krankenkassen sind für die - oft ohnehin schon überforderten - Patienten und Angehörige eine große Entlastung.

Zum Informationsaustausch und zur Koordination gibt es, neben der schriftlichen Dokumentation auch tägliche Besprechungen des Palliativnetzteams, an denen in der Regel alle Pflegekräfte und ein Arzt teilnehmen. Alle zwei Wochen gibt es eine große Runde, in der Vertreter der beteiligten Pflege- und Hospizdienste hinzukommen und Fallbesprechungen zu den gemeinsamen Patienten laufen.

## **4.2 Die Hospizdienste in Münster**

In Münster sind derzeit zwei ambulante Hospizdienste aktiv: Die Hospizbewegung Münster e. V. Und der Ambulante Hospiz- und Palliativdienst des Johanneshospizes, der seit neuestem mit dem Ambulanten Hospizdienst der Caritas Münster und dem christlich ambulanten Hospizdienst Münster-Mecklenbeck kooperiert.

Diese Dienste erfüllen die Voraussetzungen gemäß § 39a SGB V (vergl. Kap 3.2) und erhalten somit von den Krankenkassen einen Beitrag zu den Personalkosten.

Die hauptamtlichen Koordinatoren führen die Erstgespräche mit den Patienten, stellen – soweit notwendig und noch nicht vorhanden - Kontakt zu Pflegediensten und/oder Palliativnetz her und besprechen mit Patienten und Angehörigen Umfang und Inhalte der Begleitung. Danach wählt der Koordinator einen passenden, ehrenamtlichen Mitarbeiter mit den erforderlichen zeitlichen Ressourcen aus und stellt den Kontakt her.

Die Ehrenamtler werden in Grund- und Aufbaukursen auf den Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen vorbereitet. Zu den Themen gehören, neben vielen anderen, Kommunikation, Sterbeprozess, Bedürfnisse Sterbender, Trauerrituale oder auch

Grundlagen der Mundhygiene, eine Einführung über körperliche und seelische Symptome beim Sterbenden oder Selbstpflege.

So vorbereitet, können die ehrenamtlichen Mitarbeiter bei ihren Hausbesuchen durch Gespräche, Zuhören, Vorlesen oder einfach durch ihr Dasein den Sterbenden und ihren Familien wertvolle Unterstützung und Entlastung bieten, den Angehörigen Freiräume verschaffen oder sie in ihrer Trauerarbeit begleiten. Dabei werden die ehrenamtlichen Mitarbeiter von den Koordinatoren angeleitet und unterstützt.

### **4.3 Ambulante Palliativversorgung im Münsterland**

In den Münster umgebenden Flächenkreisen sind die Strukturen zur ambulanten Palliativversorgung unterschiedlich weit gediehen, als problematisch erweisen sich die im Vergleich zu Münster großen Distanzen. Die Versorgung mit stationären Angeboten ist unter Einbeziehung der münsteraner Einrichtungen mit den stationären Hospizen in Ahlen, Dülmen, Datteln und Emsdetten sowie Palliativstationen in Gütersloh, Dülmen und Rheine recht gut.

Im Kreis Warendorf gibt es neben zwei eigenständigen Hospizgruppen (in Ostbevern und Warendorf-Stadt) die Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V. als Träger für die stationäre (Hospiz St. Michael in Ahlen) und ambulante Hospizarbeit. Der Zusammenschluss von 11 Hospizgruppen deckt den gesamten Kreis ab und bietet neben ambulanter Begleitung einen 24-Stunden Palliativberatungsdienst an. Dieser wird von fünf entsprechend qualifizierten hauptamtlichen Koordinatoren, wenn nötig in Zusammenarbeit mit den im Hospiz tätigen Ärzten, durchgeführt. So können Angehörige, Mitarbeiter der Pflegedienste aber auch Ärzte rund um die Uhr qualifizierte Unterstützung erhalten. In Zusammenarbeit mit den beteiligten Hausärzten und zugelassenen Pflegediensten, in deren Händen die Symptomkontrolle liegt, wird so versucht, die ambulante Versorgung zu gewährleisten.

Im Kreis Coesfeld befindet sich seit dem 01.09.2009 ein Palliativnetz im Aufbau. Zu diesem Zeitpunkt ist eine Aufbau- und Ansprechstelle Palliativnetz für den Kreis Coesfeld mit einer 50%-Pflegekraftstelle gestartet. Aufgabe dieser Stelle ist die Vernetzung aller an der Palliativversorgung Beteiligten. Es gibt bereits 11 niedergelassene Ärzte mit Palliativzusatz, eine PKD Zulassung ist beantragt. Des Weiteren wird versucht, eine Kooperation aller zugelassenen Pflegedienste mit

Mitarbeitern mit Palliativpflege-Zusatzqualifikation anzuregen, um so flächendeckend Rund-um-die-Uhr Bereitschaftsdienste gewährleisten zu können. Außerdem sind die über den Kreis verteilten 11 Hospizinitiativen, die jeweils eigene Koordinatoren haben fester Bestandteil des Palliativnetzes. Auch ein 24-Stunden Palliativtelefon soll eingerichtet werden, um so auch in Krisensituationen jederzeit kompetente Hilfe erreichen zu können.

Im Kreis Steinfurt haben sich die dort tätigen 8 Hospizgruppen, teilweise mit hauptamtlichen Koordinatoren zum Netzwerk Hospiz im Kreis Steinfurt zusammengeschlossen. Sie kümmern sich um die psychosoziale Betreuung. Die medizinische und pflegerische Versorgung liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärzte und der beteiligten Pflegedienste. Zwar gibt es Kooperationen zwischen einzelnen Ärzten und Pflegediensten, ein flächendeckendes, tragfähiges Palliativnetz existiert noch nicht.

## **5. Ausblick**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entwicklung der ambulanten Palliativversorgung auf einem guten Weg ist und sie in Zukunft sicher noch an Bedeutung gewinnen wird. Mit dem Gesetz und den Beschlüssen zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung wurde eine Grundlage für die Stärkung der ambulanten Versorgung geschaffen, die sich daraus ergebenden Strukturen sind noch im Aufbau. Bei guter Vernetzung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, den qualifizierten ambulanten Pflegediensten, den Hospizdiensten und anderen an der Versorgung Beteiligten wie Seelsorgern, Apotheken, Sanitätshäusern u.s.w., kann insbesondere die flächendeckende Einführung von Palliativmedizinischen Konsiliardiensten die Voraussetzungen dafür schaffen, dass eine umfassende, qualifizierte Versorgung Sterbender im häuslichen Umfeld möglich wird. Die Möglichkeiten der Symptomkontrolle in der ambulanten Versorgung stehen denen im Krankenhaus kaum nach, die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen können weitaus besser erfüllt werden.

Eine Bündelung von palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Kompetenz wie beim Palliativnetz Münster gegeben, erweist sich dabei als sehr günstig. Es ist wünschenswert, dass bei zukünftigen Versorgungsverträgen zwischen Ärzten- und

Kassenvertretern entsprechende Mittel bereitgestellt werden, um über die Koordinationskraft hinaus Pflegekräfte finanzieren zu können.

Vorbehalte seitens der niedergelassenen Ärzte und Pflegedienste, die den PKD zur Zeit zum Teil noch als Konkurrenten sehen, werden sicher im Laufe der Zeit abgebaut werden können, die positiven Erfahrungen mit dem Palliativnetz Münster mit seiner 24-Stunden-Bereitschaft führen zu zunehmender Akzeptanz.

Ausbaufähig ist sicher auch noch die Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. Eine stärkere Berücksichtigung und frühere Einbeziehung der ambulanten Optionen ist absolut wünschenswert. Die zuverlässige, qualifizierte, rund-um-die-Uhr Palliativversorgung, wie sie von den PKD gewährleistet wird, ist einerseits unabdingbare Voraussetzung für häusliche Palliativversorgung, andererseits aber leider noch nicht flächendeckend gewährleistet. Den Überblick über Struktur und Umfang der Versorgungsmöglichkeiten zu behalten stellt daher eine große Aufgabe für die Krankenhäuser – insbesondere das UKM mit seinem riesigen Einzugsgebiet – dar.



## 6 Literaturverzeichnis

- [1] Student J-C, Napiwotsky A. Palliative Care. Stuttgart: Thieme, 2007: 176
- [2] OPS-301 Systematisches Verzeichnis, Version 2010. [Gießen: Fachverlag Köhler, 2010: 445](#)
- [3] [Thöne A. Interview mit Dr. Thomas Schindler – Die vierte Säule wächst. HomeCare Journal; 2007: 10](#)
- [4] Prinz, L. Finanzielle Neuregelung Wegfall des Eigenanteils für Hospizgäste. Kairos 2009;1:3
- [5] Student J-C, Napiwotsky A. Palliative Care. Stuttgart: Thieme, 2007: 16-18
- [6] Bundesministerium der Justiz; §37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_37b.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_37b.html) (19.02.2010)
- [7] Bundesanzeiger Nr.39, S. 911, vom 11.03.2008; Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung [http://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Neufassung\\_BAnz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Neufassung_BAnz.pdf) (19.02.2010)
- [8] Vertrag über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld; Anlage 6 [http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativmedizin/palliativ\\_versorgung\\_a6.pdf](http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativmedizin/palliativ_versorgung_a6.pdf) (19.02.2010)
- [9] Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld; §§ 4-5 [http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativmedizin/palliativ\\_versorgung.pdf](http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativmedizin/palliativ_versorgung.pdf) (19.02.2010)
- [10] Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V [https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/amb\\_rahmen\\_p39a-sgb5\\_1524.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/amb_rahmen_p39a-sgb5_1524.pdf) (19.02.2010)
- [11] Schmid U. Das Brückenpflegekonzept Baden-Württemberg – eine Betrachtung. Die Hospiz-Zeitschrift 2008; 10: 14-16
- [12] Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DPG) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) vom 04.11.2009 [http://www.hospiz.net/sapv/pdf/stellungnahme\\_091104\\_SAPV\\_Entwurf.pdf](http://www.hospiz.net/sapv/pdf/stellungnahme_091104_SAPV_Entwurf.pdf) (19.02.2010)