
Forum Medizinrecht Münster

Möglichkeiten, Grenzen und Chancen der ambulanten
Palliativversorgung am Beispiel der praktischen Arbeit

Dr. med. Ulrike Hofmeister

Definition der DGP

Die Palliativmedizin widmet sich unheilbar kranken Menschen mit fortgeschrittenem Leiden unabhängig von der Diagnose. Sie trägt dazu bei, dem Schwerkranken ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Sie unterstützt auch die Angehörigen der Schwerstkranken. Dies erfordert eine möglichst ganzheitliche, individuelle Behandlung, Pflege und Begleitung zur Linderung der körperlichen Beschwerden und Unterstützung auf psychischer, spiritueller und sozialer Ebene.

1967 - Cicely Saunders, Gründung des St. Christopher`s Hospiz

1975 - erste Palliativstation in Montreal/Kanada

1983 - erste Palliativstation an der Universitätsklinik Köln, finanziell unterstützt von
Deutscher Krebshilfe

90`er Jahre - Bundesministerium unterstützt Einrichtung von 12 Palliativstationen

1994 - Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

2005 - Weiterbildungsordnung für Ärzte / Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“

2005 - Integration der Palliativmedizin im Krankenhausabrechnungssystem (DRG)

2007 - „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) (§ 37b SGB V)“

Ziele

Würdiges selbstbestimmtes Leben in schwerer Krankheit

Leben und Sterben individuell in der gewünschten Umgebung ermöglichen

Versorgung und Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen

Unterstützung und Begleitung der Angehörigen im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

Vernetzung, damit das Lebensende nicht vom Zufall bestimmt wird

Palliativversorgung erfolgt interdisziplinär und multiprofessionell,
das heißt, basiert auf der Kooperation von Ärztinnen/Ärzten
unterschiedlicher Fachgebiete, Pflegenden, Vertretern weiterer
Berufsgruppen und Ehrenamtlichen, die mit der ambulanten und
stationären Behandlung und Begleitung unheilbar Kranker
befasst sind.

2006

Palliativnetz Münster e.V.

- 2 Palliativmediziner
- 1 Palliativ Care Pflegefachkraft
- Johanneshospiz
- Hospiz Lebenshaus
- Ambulante Hospizbewegung
- 1 Apotheke

2008

Palliativnetz Münster e.V.

- 3 Palliativmediziner
- 2 Palliativ Care Pflegefachkräfte
- 1 Bürofachkraft
- Ambulante Hospizbewegung
- Johanneshospiz
- Hospiz Lebenshaus
- 1 Apotheke
- 2 Palliativpflegedienste
- Palliativstation Herz-Jesu-Krankenhaus
- Palliativstation Franziskushospital
- Hausärzteverbund Münster – HVM
- 1 Sanitätshaus
- Krebsberatungsstelle
- onkologische Facharztpraxen

2007

Palliativnetz Münster e.V.

- 3 Palliativmediziner
- 2 Palliativ Care Pflegefachkräfte
- Ambulante Hospizbewegung
- Johanneshospiz
- Hospiz Lebenshaus
- 1 Apotheke
- 2 Palliativpflegedienste
- Palliativstation Herz-Jesu-Krankenhaus
- Hausärzteverbund Münster – HVM
- 1 Sanitätshaus

2009

Palliativnetz Münster e.V.

- 4 Palliativmediziner
- 4 Palliativ Care Pflegefachkräfte
- 1 Bürofachkraft
- Ambulante Hospizbewegung
- Johanneshospiz
- Hospiz Lebenshaus
- 1 Apotheke
- 2 Palliativpflegedienste
- Palliativstation Herz-Jesu-Krankenhaus
- Palliativstation Franziskushospital
- Hausärzteverbund Münster – HVM
- 1 Sanitätshaus
- Krebsberatungsstelle
- onkologische Facharztpraxen

2010

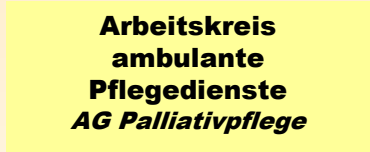
PKD Münster
Palliativnetz Münster e.V.

7 Palliativmediziner / 2 hauptamtlich
5 Palliativ Care Pflegefachkräfte
2 Bürofachkräfte
120 teilnehmende Haus-/Fachärzte
2 Ambulante Hospizdienste
Johanneshospiz
Hospiz Lebenshaus
1 Apotheke
8 Palliativpflegedienste
Palliativstation Herz-Jesu-Krankenhaus
Palliativstation Franziskushospital
Hausärzteverbund Münster – HVM
1 Sanitätshaus
Krebsberatungsstelle
onkologische Facharztpraxen

Ambulanter Hospizdienst



der CBM



Johannes-Hospiz Münster



Je weiter eine unheilbare Krankheit fortschreitet, desto individueller stellt sich die jeweilige Situation dar.

Der Umgang mit dieser Situation wird beeinflusst von:

- dem familiären Umfeld
- den persönlichen Einstellungen
- der kulturellen Prägung
- der sozialen Rolle
- religiösen Bindungen
- finanziellen Gegebenheiten

Dieser Vielfalt an Bedürfnissen
kann kein einheitliches Betreuungsangebot
gegenübergestellt werden.

Vielmehr gilt es, ein flexibles Konzept zu entwickeln
und dann umzusetzen.

Wie arbeitet unser Palliativteam?

Die Aufgaben des ambulanten Palliativ-Care-Teams

- Beratungsleistung
(z.B. Telefonberatung für Betroffene/Angehörige)
- Koordination der Versorgung
(Beratung sowie min. ein Hausbesuch nötig)
- Additiv unterstützende Teilversorgung
(Paradebeispiel: Versorgung mit Schmerzpumpe)
- Vollständige Versorgung

-
- Koordination
 - Hausbesuche
 - Krisenintervention
 - 24-stündige Erreichbarkeit
 - tägliche Fallbesprechungen
 - 14-tägige multidisziplinäre Teamsitzungen

Absprache und Dokumentation des Patientenwillens

Notfallbogen



Behandlungswunsch im Notfall

Wesentliche Diagnosen / Grundkrankheit:		Ansprechpartner:	
1. _____	_____	_____	_____
Name, Vorname des Patienten		Angehöriger/Bevollmächtigter (Telefonnummer)	
2. _____	_____	_____	_____
Geburtsdatum		Palliativmediziner	
Adresse		Hausarzt	
		Patientenverfügung vorhanden?	Ja nein
		Vorsorgevollmacht vorhanden?	Ja nein
Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:			
Reanimation (Wiederbelebung)	ja nein	das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen des Patienten	
Palliative Sedierung	ja nein	das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung	
Bemerkungen:		das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen	
Ort, Datum, Unterschrift Patient/Bevollmächtigter	Unterschrift Hausarzt	Unterschrift zuständige Pflegekraft	Unterschrift Palliativmediziner

Kooperation von Palliativnetzwerk und Rettungsdienst

Voraussetzung:

- bestehendes lokales Palliativnetzwerk
- 24/h Erreichbarkeit des Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD)
- Schnittstellen müssen definiert sein
- eine Schnittstelle ist der Rettungsdienst
- SOP Palliativmedizin & Rettungsdienst
- Schulungen & Erfahrungsaustausch
- etabliertes Rückmeldesystem (QM)

SOP Palliativsituationen im Rettungsdienst



RR Palliativsituationen im Rettungsdienst der Berufsfeuerwehr Münster

Deckblatt

Rettungsdienst-Routine (RR)

Palliativsituationen im Rettungsdienst

Rettungsdienstliches Vorgehen bei Palliativpatienten

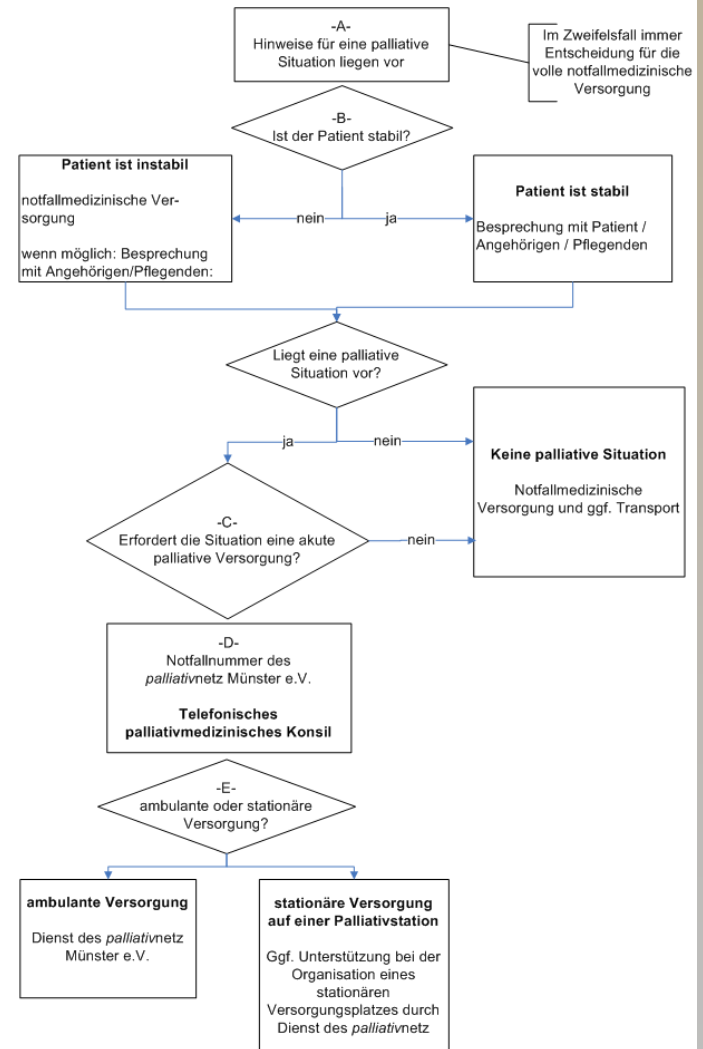


Abb. 1: Algorithmus: Rettungsdienstliches Vorgehen bei Palliativpatienten

Fallbeispiel 1:

Herr K., 59 Jahre,
lebt mit Ehefrau und Tochter in gemeinsamer Wohnung

Diagnosen: Hypopharynxkarzinom rechts, ED 04/2011

-
- Erstkontakt zum Palliativnetz Dezember 2011
Schon im Erstgespräch klare Willensäußerung des Patienten, dass keine weitere Krankenhauseinweisung, keine lebensverlängernden Maßnahmen gewünscht werden.
Zwei Tage nach dem Erstbesuch ausführliches Gespräch im Beisein der Angehörigen über die möglichen Notfallsituationen (Blutung, Erstickungsanfälle)
 - Erstellung des Medikamentenplans/incl. Notfallmedikamente
 - Erstellung einer Patientenverfügung
 - Erstellung des Notfallbogens
 - Ausführliches Aufklärungsgespräch über die Möglichkeit der palliativen Sedierung.
 - Im Einverständnis mit dem Patienten schriftliche Information der Rettungsleitstelle in Münster mit Angaben zur Diagnose, zu erwartende Notfälle (Blutung, Erstickungsanfälle)
Information über den Patientenwillen.

-
- Von Dezember bis Anfang März zeigte sich eine stabile häusliche Situation.
 - Anfang März 2.00 Uhr erstmalig Alarmierung des Palliativdienstes aufgrund einer Tumorblutung. Die Ehefrau hatte bereits die besprochenen Maßnahmen durchgeführt, beim Eintreffen der Palliativschwester war die Blutung schon gestoppt.
 - Anfang April 17.00 Uhr Notfallmeldung an den Palliativdienst → akute starke Tumorblutung.
Durch den Palliativdienst Alarmierung der Rettungsleitstelle mit der Bitte um Unterstützung. Der Notarzt war innerhalb von 15 Minuten vor Ort, die Blutung konnte mit den vorhandenen Medikamenten gestillt werden.

Fallbeispiel 2:

Frau S., 92 Jahre,
Patientin lebt in einer stationären Altenpflegeeinrichtung,
in den letzten 8 Wochen 4malige Krankenhausaufenthalte.

Diagnosen: Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, Z. n. intracerebraler Blutung,
Demenz

- Freitag Nachmittag Alarmierung des Notarztes durch Pflegepersonal bei zunehmender Dyspnoe und Bewusstseinsintrübung.
Nach Erstversorgung durch den Notarzt und Einschätzung der Situation durch den Rettungsdienst Anfrage beim Palliativnetz mit der Bitte um Unterstützung.
- Die Patientin verstarb 2 Tage später ihren Wünschen entsprechend in der gewohnten Umgebung.

Kooperationserfahrungen Münster

Sicherheit für die Patienten

- ➡ im Notfall schnelle Hilfe und trotzdem Pflege im häuslichen Umfeld oder zu Hause versterben zu können

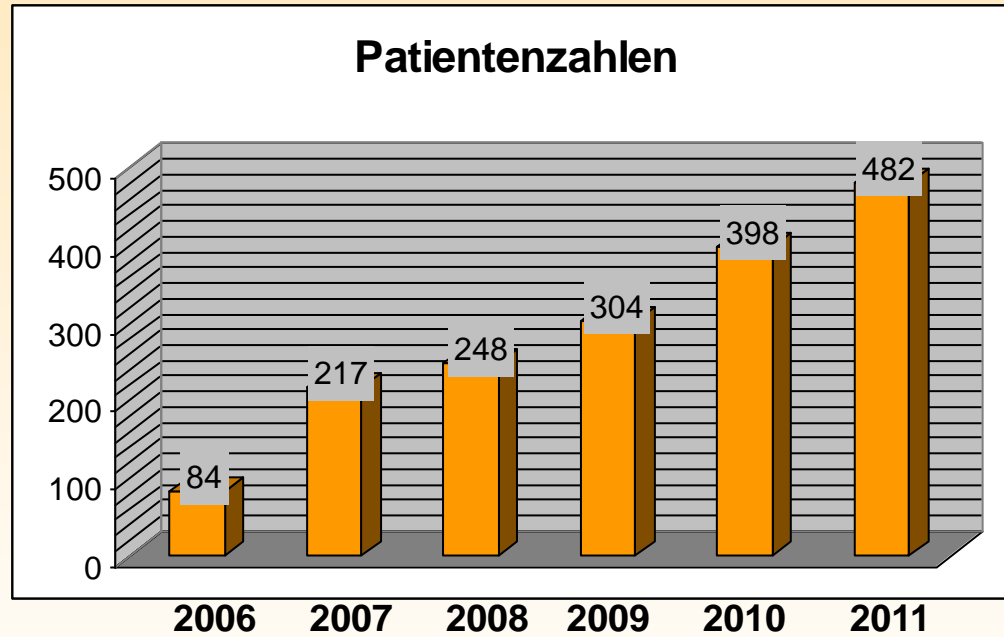
Sicherheit für das Palliativteam

- ➡ im Notfall schnelle Hilfe für Patienten mit sehr belastenden Symptomen (Dyspnoe, Blutung, Schmerzen etc.)

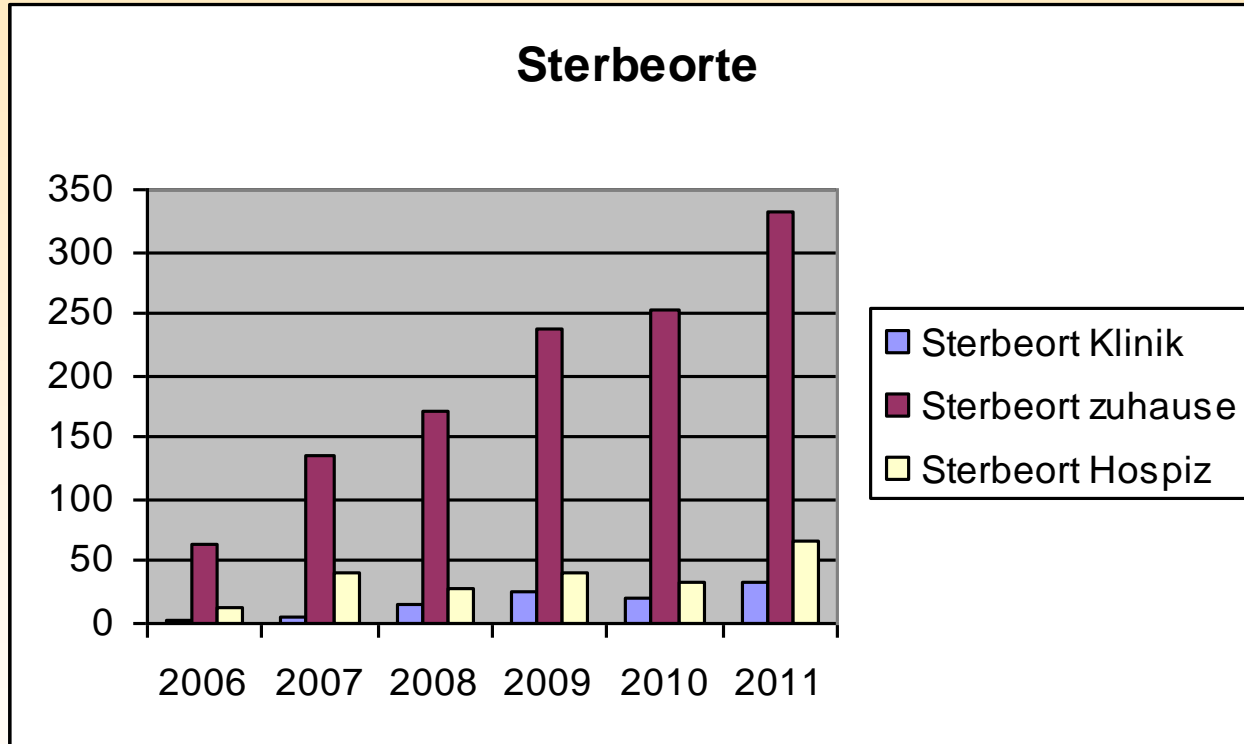
Sicherheit für den Rettungsdienst

- ➡ weitere Anbindung der Patienten nach notärztlicher Therapie in der palliativen Situation

Patientenzahlen



Palliativnetz / PKD Münster



Palliativnetz / PKD Münster

Geschlecht	Anteil
männlich	43.21%
weiblich	56.73%

Herausforderungen

1. Patienten mit Nicht-Tumor-Erkrankungen
2. Implementierung palliativer Strukturen in Einrichtungen der stationären Altenpflege
3. Palliative Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung

Herausforderungen

- ➔ Sicherstellung der Finanzierung
- ➔ Qualitätssicherung

Palliativmedizin als Chance

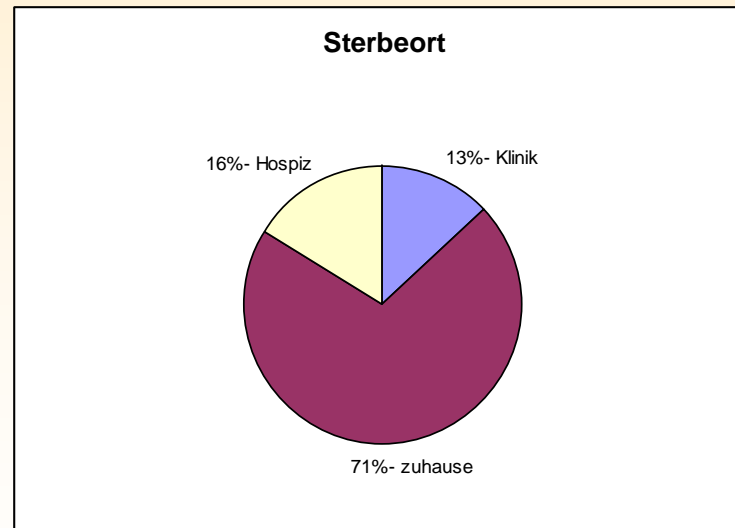
Vieles erreicht – noch viel zu tun

Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel,
dem Wunsch der Menschen zu entsprechen,
in Würde und möglichst in der
eigenen häuslichen Umgebung zu sterben.

Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem
humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht.

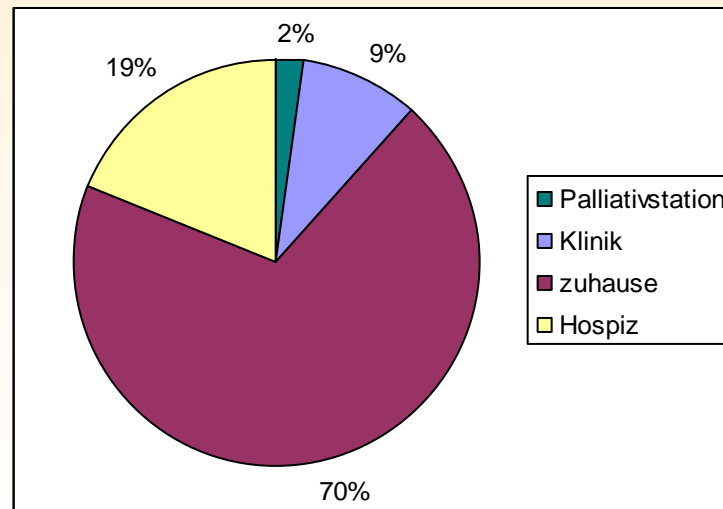
Statistik Westfalen-Lippe 2010

2010	Patientenzahl	verstorben	Sterbeort		
			Klinik	zuhaus	Hospiz
Summe	6201	3537	13%	71%	16%



Statistik Westfalen-Lippe 2011

2011	Patientenzahl	verstorben	Sterbeort			
			Palliativstation	Klinik	zuhaus	Hospiz
Summe	7469	6415	2%	9%	70%	19%



Westfalen-Lippe



***“Das Sterben eines Menschen
bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen,
die weiterleben.***

***Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf
den Sterbenden ist es unsere Aufgabe, einerseits
zu wissen, was Schmerz und Leid verursacht,
andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden
effektiv behandeln können.***

***Was immer in den letzten Stunden eines Menschen
geschieht, kann viele bestehende Wunden heilen,
es kann aber auch als unerträgliche Erinnerung
verbleiben, die den Weg durch die Trauer
verhindert”.***

Cicely Saunders