



Überblick

Palliativmedizinischer Konsildienst

Inhaltsverzeichnis

1. Ziel und Zweck	Seite 3
2. Indikationen	Seite 4
3. Beschreibung des Ablaufes	Seite 5
3.1 Anforderung des Konsildienstes	Seite 5
3.2 Zuständigkeiten	Seite 5
3.3 Teamsitzung	Seite 5
4. Leistungsangebote des Palliativkonsildienstes	Seite 6
4.1 Leistungsangebote der Palliativärzt/-innen	Seite 6
4.2 Leistungsangebote der Palliativpflegekräfte	Seite 6
4.3 Leistungsangebote komplementärer Berufsgruppen	Seite 7
4.4 Leistungsangebote Seelsorger /-in	Seite 7
4.5 Leistungsangebote der Physiotherapeut/-innen	Seite 8
4.6 Leistungsangebote der Psychoonkologie/Psychologie	Seite 8
4.7 Leistungsangebote des Sozialdienstes	Seite 9
5. Dokumentation	Seite 10
6. Personelle Voraussetzungen, Qualifikationen	Seite 10
7. Voraussetzungen zum Abrechnen des OPS-Kodes 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung	Seite 11
8. Mitglieder	Seite 11

1. Ziel und Zweck

Palliativmedizin kommt Patient/-innen zugute, die an einer nicht kurativ therapierbaren Erkrankung leiden und deren Lebensende absehbar bevorsteht. Die Palliativmedizin zielt nicht auf Heilung der Erkrankung, sondern auf Linderung durch die Krankheit verursachter Symptome, um eine möglichst hohe Lebensqualität der Patienten zu erreichen und/oder ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Palliativmedizin bedeutet mehr als „nur“ palliative Therapie oder gar Minimaltherapie. Palliative Therapie ist beispielsweise eine AP-Anlage bei fortgeschrittenem gastrointestinalem Tumor zur Linderung von Symptomen.

Palliativmedizin umfasst in ihrer Gesamtheit mehr:

- **Symptomkontrolle** (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Dyspnoe, Obstipation, Angst, Depression, Unruhe, Juckreiz, Schwäche, Lymphödem, Delir, Singultus, Versorgung von exulzierenden Tumoren, ggf. gering belastende palliative chirurgische Eingriffe, ggf. palliative Sedierung)
- **Ethische Aspekte** wie individuelle Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Unterlassen bestimmter medizinischer Maßnahmen wie Chemotherapie, Radikaloperation, Reanimation oder künstlicher Ernährung
- **kommunikative Aspekte** gegenüber dem/der Patient/-in, den nächsten Angehörigen, dem medizinischen Fachpersonal auf der Normalstation und anderen professionellen/nicht professionellen Helfern (Beispiel: oft sind ausführliche Gespräche notwendig, um den einschneidenden Wechsel von einer kurativen auf eine palliative Therapiekonzeption mit Unterlassen vielfältiger Optionen verständlich zu machen)
- **soziale Aspekte** (z.B. Verlegung nach Hause mit Organisation der medizinischen und nicht-medizinischen Betreuung oder Verlegung in ein stationäres Hospiz oder eine Palliativstation)

- **spirituelle bzw. religiöse Aspekte** (Seelsorger)

Palliativpatient/-innen sind aufgrund einer unheilbaren Grunderkrankung am Ende des Lebens. Sie bedürfen einer besonderen Zuwendung und Begleitung, die der Zeitrahmen einer Station meist nicht ermöglichen kann. Besonderes Augenmerk gilt auch den Angehörigen sowie den meist schwierigen sozialen Problemen, die sich durch die Krankheit ergeben haben. Dazu gehören organisatorische Regelungen für die häusliche Verlegung oder die Aufnahme im stationären Hospiz, wenn dies sinnvoll erscheint. Bei einem anderen Teil der Patient/-innen wird es darum gehen, dass sie in unserem Krankenhaus würdevoll sterben können.

Diese und weitere Aufgaben soll der palliativmedizinische Konsildienst übernehmen. Auf Anforderung des/der Stationsarztes/-ärztin, der/die den/die Patient/-in bisher versorgt hat, stellt er sein fachliches Wissen zur palliativmedizinischen Begleitung zur Verfügung. Dies kann bei manchen Patient/-innen und ihren Angehörigen schon lange vor der Finalphase sinnvoll sein. Dann muss Einigkeit darüber bestehen, dass alle kurativen Optionen ausgeschöpft sind.

Die Behandlung von Palliativpatient/-innen muss stets inter- bzw. multidisziplinär sein und im Rahmen unserer Klinik organisiert werden. Dies übernimmt der palliativmedizinische Konsildienst, der aus palliativmedizinisch ausgebildeten Pflegekräften und Ärzt/-innen besteht und eng mit anderen Disziplinen wie dem bisher kurativ behandelnden Fach sowie der Klinikseelsorge, dem Sozialdienst, dem Ethikkomitee, der Physiotherapie und Psychoonkologie zusammenarbeitet. Umfangreiche Erfahrungen belegen, dass die strukturierte interdisziplinäre/multidisziplinäre Zusammenarbeit zu hoher Zufriedenheit und Geborgenheit der/der Patient/-in sowie der Angehörigen führt.

Das medizinische Fachpersonal der Normalstation

2. Indikationen

(Ärzt/-innen, Pflegekräfte) wird sinnvoll in die Abläufe eingebunden, es erfährt sachgerechte Anleitung zu ethischen/psycho-sozialen Entscheidungen.

Der palliativmedizinische Konsildienst steht allen stationären Patient/-innen des Diakonie Krankenhauses kreuznacher diakonie zur Verfügung, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung leiden. In erster Linie handelt es sich um Tumorpatient/-innen, aber auch solche mit Endzuständen chronischer neurologischer, Lungen-, Nieren- oder Herzerkrankungen können Palliativpatient/-innen sein. Der Bedarf einer palliativmedizinischen Betreuung wird durch die Beschwerden bestimmt, nicht allein durch die Diagnose. Voraussetzung zur Aufnahme der konsiliarischen palliativmedizinischen Behandlung ist die ärztliche Entscheidung in der behandelnden Abteilung, dass die kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Darüber sollte der Patient informiert worden sein.

Gründe für die Anforderung des Konsildienstes können sein:

- **Leidensdruck** durch verschiedene Symptome (siehe Seite 2)
- **Unterstützungsbedarf** im sozialen Umfeld des/der Patient/-in (Angehörige, weitere Versorgung/ Unterbringung)
- **Probleme** bei der Krankheitsverarbeitung
- **Beratungsbedarf** im Stationsteam (Pflegekräfte , Ärzt/-innen)

3. Beschreibung des Ablaufs

3.1 Anforderung des Konsildienstes

Die Anforderung erfolgt mittels Konsilschein und erfordert grundsätzlich die vorherige Absprache mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin. Das Konsil wird in SAP angefordert.

Ein Konsil kann von einem Arzt/Ärztin und in dessen/deren Auftrag von einer examinierten Pflegekraft angefordert werden. In der Abteilung für Innere Medizin wird der Konsilschein ausschließlich vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin ausgefüllt.

Nach dem Erstbesuch durch den/die Palliativarzt/-ärztin/die Palliativpflegekraft und der Entscheidung zur konsiliarischen Betreuung wird in Absprache mit dem Stationsteam das weitere Vorgehen geplant.

Bei palliativmedizinischen Notsituationen (z.B. Schmerzdurchbruch, der trotz Bedarfsmedikation nicht beherrscht werden kann, Dyspnoe) kann die/der Palliativärztin/-arzt über den Piepser 7403 oder die Palliativpflegekraft über den Piepser 7465 erreicht werden.

3.2 Zuständigkeiten

Der/die Patient/-in verbleibt auf der bisher behandelnden Station und gehört weiterhin der bisher behandelnden Abteilung an. Das Zimmer sollte in ein Einzelzimmer mit entsprechend bevorrateten Einrichtungsgegenständen (z.B. elektrisch verstellbares Spezialbett, Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige, Sessel) umgewandelt werden. Elektrisch verstellbare Betten und Ruhesessel werden in der Bettenzentrale vorgehalten.

Muss ein/-e Patient/-in aus Bettengründen auf eine andere Station verlegt werden, gehört er/sie trotzdem der bisher behandelnden Abteilung weiter an. Die ärztliche Betreuung erfolgt weiter durch die behandelnde

Abteilung (beispielsweise allgemeinchirurgische/-r Patient/-in auf 5a wird weiter durch Allgemeinchirurgie visitiert und behandelt), der/die Palliativarzt/-ärztin und die Palliativpflegekraft sind nur beratend tätig. Der/die Palliativarzt/-ärztin ordnet Medikamente, die der Symptomkontrolle dienen, auf dem rosa Anordnungsbogen an und stimmt sich mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin ab. Eine palliative Sedierung wird vom/von der Palliativarzt/-ärztin auf dem gesonderten Formblatt „Palliative Sedierung“ angeordnet.

Die Verantwortung der Therapie obliegt sowohl den vor Ort behandelnden Ärzt/-innen und Pflegekräften als auch dem Palliativteam. Die pflegerische Versorgung erfolgt durch die Pflegekräfte der Station, auf die der/die Patient/-in verlegt wurde. Es ist sinnvoll, dass dem/der Palliativpatienten/-in eine Bezugspflegekraft zugeordnet wird.

Eine im Sinne des/der Patienten/-in symptomorientierte gut funktionierende Therapie und Unterstützung bedarf der guten Kommunikation und des Austauschs aller den/die Patienten/-in betreuenden Dienste.

3.3 Teamsitzung

Einmal wöchentlich findet Dienstag 13 bis 14 Uhr im Raum 1, 3. Stock, eine Teamsitzung statt, auf der alle palliativmedizinischen Patient/-innen besprochen werden. Daran sollten teilnehmen: Palliativarzt/-ärztin, Palliativpflegekraft, möglichst alle den/die Patienten/-in betreuenden Pflegekräfte und Ärzt/-innen der Station, Seelsorger/-in, Sozialarbeiter/-in, Physiotherapeut/-in, Psycho-/Psychoonkolog/-in, ein/-e Vertreter/-in des Ethik-Komitees, ein/-e Vertreter/-in der Pflegedirektion, Apotheker/-in. Alle Teilnehmenden sind aufgefordert, auf noch zu lösende Probleme oder Wünsche (auch eigene, nicht nur des/der Patienten/-in und Angehörigen) hinzuweisen.

4. Leistungsangebote des Palliativkonsildienstes

Der Erstbesuch erfolgt durch das Konsilteam, bestehend aus Palliativarzt und Palliativpflegekraft. Die bisher anliegenden Probleme und das weitere Vorgehen werden mit dem/er behandelnden Arzt/Ärztin und der betreuenden Pflegekraft besprochen. Der/die Patient/-in wird an Werktagen täglich besucht, bei Bedarf auch mehrfach. Die Visite an Werktagen findet vormittags statt, um sie für das Stationspersonal und die Patient/-innen planbar zu machen und mögliche Therapieoptionen noch am gleichen Tag beginnen zu können. Die Dauer des Besuches richtet sich nach dem Bedarf des/der Patient/-in, der Angehörigen und des behandelnden Teams. Während der Visiten an Arbeitstagen ist eine Gleichzeitigkeit mit anderen Aufgaben ausgeschlossen (z. B. Visite mit dem Dienstpiepser).

Die Aktivitäten weiterer Berufsgruppen richten sich grundsätzlich nach den Bedürfnissen des/der Patient/-in und der Angehörigen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch innerhalb des behandelnden Teams (Pflegekräfte und Ärzt/-innen) erheblicher Informations- und Kommunikationsbedarf entstehen kann.

Vor Verlegung oder Entlassung erstellt der/die Palliativarzt/-ärztin einen palliativmedizinischen Kurzarztbrief unabhängig vom normalen Entlassungsbrief des/der Patient/-in.

4.1 Leistungsangebot der Palliativärzt/-innen

Einschätzung des palliativmedizinischen Bedarfs

- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans
- Anpassung der medikamentösen Therapie
- Regelmäßige Besuche und ggf. Anpassung des Therapieplanes
- Beratung bei anstehenden Entscheidungen über weitere Diagnostik und Therapie

- Evtl. Einschaltung des Ethik-Komitees
- Hilfestellung für Patient/-in und Angehörige bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Familiengespräche
- Entscheidungen über Art und Umfang der Komplementärtherapie
- Fallbesprechungen
- Überleitung in die ambulante palliativmedizinische Versorgung in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Hausärzten und ambulanten Pflegediensten
- Fortbildung und Lehre (z.B. Praktikant/-innen von Hochschulen)

4.2 Leistungsangebot der Palliativ-Pflegekräfte

- Einschätzung des palliativpflegerischen Bedarfs (auch Zeitaufwand)
- Mithilfe bei der Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Pflegeplans
- Gespräche mit Patient/-in, Angehörigen (Hilfestellung für Patienten/-in und Angehörige bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung)
- Regelmäßige Besuche
- Unterstützung bei der Wundversorgung
- Beratung der betreuenden Pflegekräfte
- Gemeinsame Besprechung palliativpflegerischer Fragestellungen
- Mithilfe bei Überleitung in die ambulante palliativmedizinische Versorgung in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Hausarzt/-innen und ambulanten Pflegediensten

4.3 Leistungsangebote komplementärer Berufsgruppen

Um ein multidimensionales Therapiekonzept zu ermöglichen, werden weitere Fachkräfte außerhalb der medizinisch-pflegerischen Profession in den Palliativkonsildienst integriert. Hierzu zählen Seelsorge, Physiotherapie, Psychologie/Psychotherapie oder Psychoonkologie, Sozialarbeit, Apotheke, ggf. auch Gestaltungstherapie.

4.4 Leistungsangebote der Seelsorge

Die Seelsorge ist die konkrete Umsetzung der Sorge Gottes um den kranken Menschen. In ihr kommt damit zum Ausdruck, dass nicht nur die Krankheit, sondern der/die Kranke als Person im Vordergrund steht. Die Krankenhaus-Seelsorge hat das Ziel, zu einer neuen Beziehung des/der Kranken zu sich selbst, zu den Mitmenschen und zu Gott beizutragen.

Die Seelsorger/-innen sind nicht im Diagnose- und Behandlungsablauf des Krankenhauses verplant und an keine Abteilung gebunden. Sie können sich Zeit nehmen für Menschen, um über das zu sprechen, was bewegt. Dabei unterliegen die Gespräche der besonderen seelsorgerlichen Verschwiegenheit und ggf. dem Beichtgeheimnis.

Krankenhaus-Seelsorge geschieht auch in Gottesdiensten, Andachten, Meditationen, Abendmahlsfeiern, Krankensegnungen und Aussegnungen von Verstorbenen. Diese Feiern bieten die Möglichkeit, sich mit der Situation und mit sich selbst auseinanderzusetzen, zur Ruhe zu kommen und Gott zu spüren.

Es gibt für die Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörige regelmäßige Gesprächs- und Besuchszeiten. Eine Seelsorgerin hat einen Schwerpunkt ihrer Arbeit

im Bereich der Palliativversorgung und nimmt an den Teamgesprächen teil. Zusätzlich ist die Seelsorge jederzeit über das ComCenter erreichbar.

Auch besondere Wünsche nach konfessioneller oder anders religiöser Begleitung werden ermöglicht.

Zudem soll die Seelsorge ergänzt werden durch den Einsatz ehrenamtlich Mitarbeitender, die entsprechend zugeworben sind. In Zusammenarbeit mit dem Eugenie Michels Hospiz und dem ambulanten Hospizdienst soll dies Angebot aufgebaut und an die ehrenamtliche Arbeit der Evangelischen Krankenhaushilfe angebunden werden.

4.5 Leistungsangebote der Physiotherapeuten

- Einschätzung des physiotherapeutischen Behandlungsbedarfs
- Erstellen eines individuellen physiotherapeutischen Behandlungsplans und regelmäßiges Anpassen an die Bedürfnisse und den Allgemeinzustand des/der Patienten/-in
- Regelmäßige Besuche und Behandlung
- Beratung bei anstehenden Entscheidungen über Einsatz von Hilfsmitteln
- Gespräche mit Patient/-in und Angehörigen (Hilfestellung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung)
- Beratung der betreuenden Pflegekräfte (bei Problemen mit Mobilisation und Lagerung)
- Mitarbeit bei Fallbesprechungen
- Physiotherapeutische Therapieformen in der Palliativmedizin
- Klassische Krankengymnastische Behandlung
- Atemtherapie
- Bewegungsbad
- Hilfsmittelversorgung
- Komplexe Physikalische Entstauungstherapie
- Elektrotherapie
- Massagen
- Wärmetherapie
- Kältetherapie

4.6 Leistungsangebote der Psychoonkologie/ Psychologie

Die Psychoonkologie hat sich über die letzten 30 Jahre – seit ihrer Gründung in Deutschland – zu einer wissenschaftlichen Disziplin entwickelt, die Forschung, Training von Personal und Qualitätsstandards für die Patientenversorgung besitzt.

Im Verlauf einer unheilbaren Erkrankung werden Kräfte im Leben der betroffenen Menschen freigesetzt, die angesichts drohender oder eingetretener Verluste schöpferische Verwandlungsprozesse bewirken. Darauf zielt die Arbeit der/der Psychoonkologen/-in mit dem/der Patient/-in und seinen/ihren Angehörigen. Die Fähigkeiten des/der Patienten/-in und der Angehörigen, die augenblickliche Lebenswirklichkeit und die Begrenzungen zu tolerieren und um das Versagte zu trauern, werden durch Gespräche mit dem/der Psychoonkologen/-in gestärkt. Darüber hinaus stärken sie die Veränderungskraft innerer Prozesse, aus denen dann Auswirkung auf die eigene Lebensgestalt und Lebensqualität und auf die Beziehung zu nahestehenden Menschen wachsen. Viele Betroffene erleben eine solche Zeit als die wichtigste gemeinsame Zeit ihres Lebens.

Daraus ergeben sich folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Gespräche mit Patient/-innen und Angehörigen
- Unterstützung und Training des Teams
- Teilnahme an den Teambesprechungen
- Bei komplexerem Behandlungsbedarf Einleitung einer Gesprächstherapie in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziskastift Bad Kreuznach

4.7 Leistungsangebote des Sozialdienstes

Einleitung:

Der Sozialdienst im Rahmen einer Palliativstation/-betten im Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie, Standort Bad Kreuznach, ist mit besonderen komplexen Problemlagen und möglicherweise instabilen Bezugssystemen konfrontiert. Die Begleitung der Krankheitsverarbeitung und der Entscheidungsfindung angesichts des wechselnden Allgemeinzustandes der/der Patienten/-in erfordert ebenfalls Zeit sowie eine hohe Flexibilität und Sensibilität seitens der Mitarbeitenden im Sozialdienst.

Als Bestandteil der palliativmedizinischen Komplexhandlungen hat der Sozialdienst nahezu zu jedem/-er Patienten/-in einen regelhaften Kontakt. Daraus ergeben sich folgende Arbeitsschwerpunkte.

Bestandteile der täglichen Arbeit des Sozialdienstes auf der Palliativstation:

- Eruiieren des psychosozialen Hilfebedarfes des/der Patient/-in und seines/ihres Bezugssystems
- Psychosoziale Diagnosestellung
- Psychosoziale Begleitung der Patient/-innen und Angehörigen inkl. Kriseninterventionen
- Information, Beratung und Überleitung ins ambulante und stationäre Hilfenetz
- Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung
- Sterbe -und Trauerbegleitung
- Schnittstellenmanagement
- Konsildienst und Beratung eigener sowie fachfremder Berufsgruppen
- Koordination und Begleitung Ehrenamtlicher
- Fortbildung und Lehre (z.B. Praktikant/-innen von Hochschulen)
- Dokumentation und Statistik
- Öffentlichkeitsarbeit

Diese Aufgaben erfordern neben den persönliche Fähigkeiten wie z.B.

- Psychische Belastbarkeit
- Persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Gesundheit – Krankheit und Sterben – Tod
- Empathie
- Teamfähigkeit/Selbstreflexion/Flexibilität im Umgang mit sich verändernden Situationen

auch fachliche Kompetenzen wie z.B.:

- Gesprächsführung und Kommunikationsfähigkeit
- Psychosoziale Grundkenntnisse (z.B. Krankheitsverarbeitung, System Familie...)
- Sozialgesetzgebung
- Psychosoziale Diagnosestellung und bedarfsgerechte Interpretationen
- Kenntnisse in Palliativmedizin und Palliativpflege
- Trauerphasen
- Case Management

5. Dokumentation

- Konsilschein
- Ärztl. Anordnungen auf dem rosa Behandlungsplan inklusive Bedarfsmedikation
- Erstellen des individuellen Behandlungsplans von Palliativarzt/-ärztin und -pflegekraft
- Dokumentation von Gesprächen mit dem/der Patient/-in und/oder dessen Angehörigen durch Palliativpflegekräfte, Palliativarzt/-ärztin auf dem Zeiterfassungsbogen
- Dokumentation von Erbringern der „Komplementärtherapie“ (Seelsorger/-in, Physiotherapeut/-in, Psycholog/-in/Psychoonkolog/-in, Sozialarbeiter/-in) auf dem Zeiterfassungsbogen
- Dokumentation des täglichen Verlaufs/der aktuellen Probleme durch Palliativarzt/-ärztin und Palliativpflegekraft im Verlaufsbogen

6. Personelle Voraussetzungen, Qualifikationen

Voraussetzungen für die Etablierung des palliativmedizinischen Konsildienstes sind dessen fachliche, kommunikative, organisatorische und soziale Kompetenz. Das bedeutet, dass ein/eine Palliativarzt/-ärztin die abgeschlossene Facharztausbildung und die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (oder deren bevorstehender Abschluss) sowie Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatient/-innen aufweist.

Die Palliativpflegekraft hat eine abgeschlossene Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie die spezielle Ausbildung „Palliativ Care.“

7. Voraussetzungen

Voraussetzungen zum Abrechnen des OPS-Kodes 8-982
Palliativmedizinische Komplexbehandlung:

- Die Einrichtung steht unter der Leitung eines/einer Facharztes/-ärztin mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin oder einer mindestens einjährigen Erfahrung im Bereich Palliativmedizin.
- Palliativ-Care-Pflegekraft wird vorgehalten
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Vorhandensein und möglicher Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche (auch als Komplementärtherapie bezeichnet):
Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Seelsorge, Psychologie, Physiotherapie, Künstlerische Therapie (Kunst - und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-Angehörigen- und/oder Familiengespräche (können auch von Palliativpflegekräften/ärzt/-innen geführt werden). Pro Patient/-in müssen pro Woche sechs Stunden in mindestens zwei dieser Bereiche erbracht werden.

8. Mitglieder

Dr. Brigitte Jage
Dr. Karin Saam
Dr. Sabine Vettel
Diakon Horst Wöllstein
Kirsten Krieg-Jungk
Pfarrer Ch. Schucht
Pfarrerin C. Michels-Zepp
Diakonin Fr. H. Lehmann
Diakon Klaus Lamb
Diakonin Elke Keim
Fr. Dr. Ruiz-Vielhaber, St.-Franziskastift
Fr. A. Herrmann