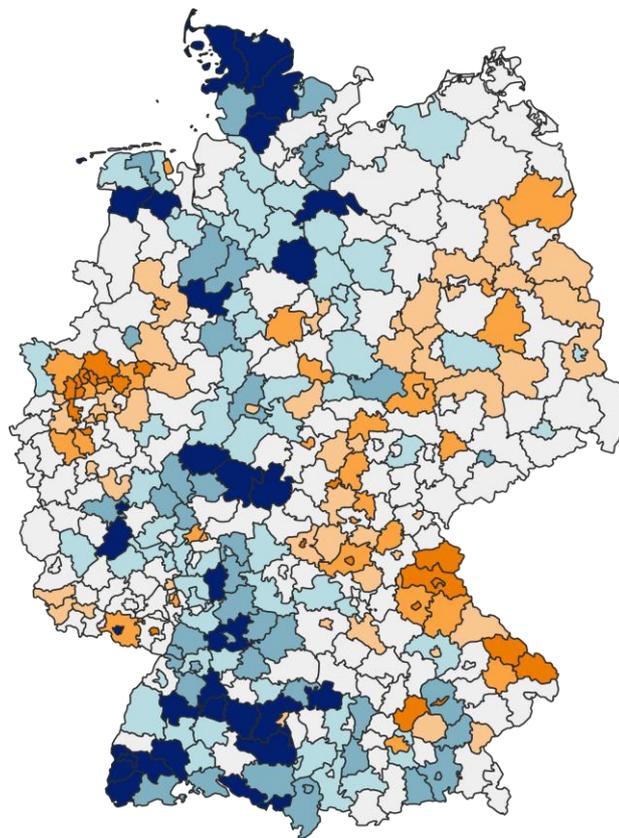


Praxisbeispiel Westfalen-Lippe

Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe

von Dr. Ulrike Hofmeister





Seit dem 1.4.2009 erfolgt im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) die ambulante palliativmedizinische Versorgung auf der Basis der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von un-

heilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ nach § 116 b SGB V¹ – im weiteren Text als „Vereinbarung“ beschrieben.

Ziel der Vereinbarung ist es, eine ambulante palliativmedizinische Versorgung unheilbar erkrankter Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung umfassend zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen, wann immer dies möglich ist und gewünscht wird. Weitere Ziele sind die Schaffung strukturierter Behandlungsabläufe sowie die Vermeidung medizinisch nicht indizierter Interventionen und nicht notwendiger Krankenhausaufnahmen. Zur häuslichen Umgebung gehört auch die Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Die Patienten werden von ihrem Hausarzt zunächst identifiziert und im Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) angemeldet. Dort nimmt dann ein Koordinator (Palliativpflegefachkraft) des PKD mit dem Patienten selbst oder einem Zugehörigen Kontakt auf, um den Hilfebedarf einzuschätzen. Von den Koordinatoren werden andere Kooperationspartner (Pflegedienste, ambulante Hospizdienste, Physiotherapeuten, Psychologen oder Seelsorger) bedarfsgerecht hinzugezogen. Die Koordinatoren führen regelmäßige Telefonate und Hausbesuche durch. Am Tag der Einschreibung führt der diensthabende Palliativarzt ein Telefonat mit dem zuständigen Haus- oder Facharzt, um sich ein Bild von der Gesamtsituation zu machen, oder er besucht den Patienten zeitnah. Die Dokumentation erfolgt über eine internetgestützte EDV, auf die alle Mitarbeiter des PKD und teilweise auch die Netzwerkpartner online zugreifen können (Bedside-Dokumentation).

Grundlegend für die Netzwerkarbeit ist, dass der behandelnde Hausarzt weiterhin in erster Linie für den Patienten zuständig ist, aber situationsbezogen die Verantwortung jederzeit an einen Palliativmediziner bzw. an ein den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasstes multiprofessionelles Team abgeben kann.

Als zentraler Aspekt für die Begleitung der Patienten kann daher die Bedürfnisorientierung angesehen werden. Es geht darum, den Weg des Patienten zu respektieren, zu unterstützen und zu begleiten.

Die PKD sind auf der Ebene der 18 Kreise sowie neun kreisfreien Städten organisiert, wobei vier Kreise bzw. kreisfreie Städte über keinen eigenen PKD verfügen. In einigen dieser 23 Regionen organisierten sich – meistens aufgrund der großen Fläche des Kreises und den damit verbundenen weiten Fahrtstrecken zum Patienten – PKD-Untereinheiten, so dass zurzeit insgesamt 33 Einheiten getrennt betrachtet werden können. Für einen Planungsbereich bilden mindestens vier palliativmedizinisch qualifizierte Ärzte (Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ im Umfang von zurzeit 160 Stunden nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer) einen PKD.

Der PKD beschäftigt mindestens eine, ab über 75 in einem Quartal betreuten Patienten mindestens eineinhalb und ab über 125 in einem Quartal betreuten Patienten mindestens zwei dreijährig ausgebildete, examinierte Pflegefachkraft/-kräfte als Koordinationskraft. Die Stellenbesetzung bezieht sich jeweils auf Vollzeitstellen. Die Koordinationskraft muss den Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von zurzeit 160 Stunden nachweisen sowie eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren, davon mindestens eine sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung. Der PKD stellt eine 24-stündige Erreichbarkeit auch am Wochenende sicher.

Mit Inkrafttreten der Vereinbarung hat der Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe mit Projekten der Versorgungsforschung die Ent-

wicklung der ambulanten Palliativversorgung begleitet, woraus eine Reihe von Publikationen in namhaften deutschsprachigen Zeitschriften hervorgegangen ist.^{2, 3, 4, 5}

Übergänge zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgung

Die Vereinbarung ermöglicht, im Gegensatz zu anderen Verträgen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), eine frühe Integration in Palliative-Care-Versorgungsstrukturen. Das Tätigwerden ist dabei nicht explizit an das Vorliegen einer ausgeprägten und komplexen Symptomatik mit besonderem Betreuungsaufwand geknüpft. Als Kriterium für die Aufnahme eines Patienten in die Betreuung genügt vielmehr die Tatsache, dass eine in Wochen bis Monaten zum Tode führende Erkrankung vorliegt. Dadurch wird die Rolle der hausärztlich versorgenden Ärzte im Rahmen der Palliativversorgung gestärkt.

Bei ausgeprägter Symptomatik des Patienten kann durch das Team des PKD jederzeit die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gewährleistet werden. Sollte sich der Gesundheitszustand des Patienten stabilisieren, greifen wieder die Maßnahmen der AAPV.

Solche Übergänge von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) zur SAPV sind unbürokratisch geregelt; es genügt die Anzeige gegenüber der KVWL. Das stufenweise abrufbare Angebot über alle Versorgungsstrukturen von niedergelassenen Hausärzten, palliativmedizinischen Strukturen (PKD), ambulanten Pflegekräften, ambulanten Hospizdiensten, stationären Akutbehandlungen sowie stationären Palliativeinrichtungen – von der Beratung bis zur Übernahme der Behandlung – sichert eine qualitätsoptimierte Betreuung der Hilfesuchenden auch im Sinne des § 132d SGB V und der Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses. Der Mehraufwand für Haus- und Fachärzte in der AAPV wird im Rahmen der Vereinbarung angemessen abgebildet: in Form einer Einschreibepauschale sowie der extrabudgetären Vergütung von Hausbesuchen.

Verbreitung

Inzwischen nimmt in Westfalen-Lippe der überwiegende Teil der Hausärzte an diesem System teil, unterstützt durch rund 260 Palliativmediziner sowie etwa 100 Koordinationskräfte. Der Wirkungsbereich der KVWL erstreckt sich über ein Gebiet in Nordrhein-Westfalen von ca. 21.000 km² mit rund 8,3 Millionen Einwohnern, entsprechend einer Bevölkerungsdichte von etwa 395 Einwohnern/km². Pro Jahr versterben hier rund 91.000 Menschen.

2009/2010 waren 6,2 Prozent und 2011 8,2 Prozent aller Verstorbenen in Westfalen-Lippe in ambulanten palliativmedizinischen Netzstrukturen integriert; 2012 waren es bereits 14,1 Prozent, 2013 15,9 Prozent und 2014 sogar 19,4 Prozent. Es zeigt sich, dass mit der in Westfalen-Lippe gewählten Organisationsform eine hohe und weiter steigende Zahl von Patienten ambulant palliativ versorgt werden kann. Die Zahl der Patienten, denen im Bereich der KVWL ein ambulantes Palliativangebot gemacht wurde, stieg von 5.682 (2009/2010) auf 17.699 im Jahr 2014 kontinuierlich auf etwa das Dreifache an. Die Zahl der schließlich innerhalb der neuen ambulanten Versorgungsstruktur verstorbenen Patienten stieg von 3.537 (2009/2010) auf 13.885 im Jahr 2014. Hinsichtlich der Sterbeorte zeigt sich ein Rückgang des Sterbeortes „Klinik“ (bezogen auf Normalstationen) hin zu den beiden „häuslichen“ Sterbeorten „zu Hause“ bzw. besonders „in Altenpflege-/ Pflegeeinrichtungen“.

In Abbildung 1 ist die räumliche Verteilung der 2014 im Rahmen des Modells Westfalen-Lippe ambulant palliativmedizinisch versorgten bzw. verstorbenen Patienten dargestellt. Hier zeigt sich zunächst eine Konzentration der betreuten Sterbefälle im westlichen Westfalen, dann eine homogenere Verteilung in den übrigen Landesteilen mit Ausnahme des südöstlichen Randgebietes, wobei dort über Kreisgrenzen hinweg versorgt wird. Zu beachten ist, dass die Patientenzahlen den Adressen der jeweiligen Netzwerkstandorte zugeordnet wurden und sich die tatsächliche räumliche Abdeckung durch die teilnehmenden Arztpraxen breiter in der Fläche verteilt.

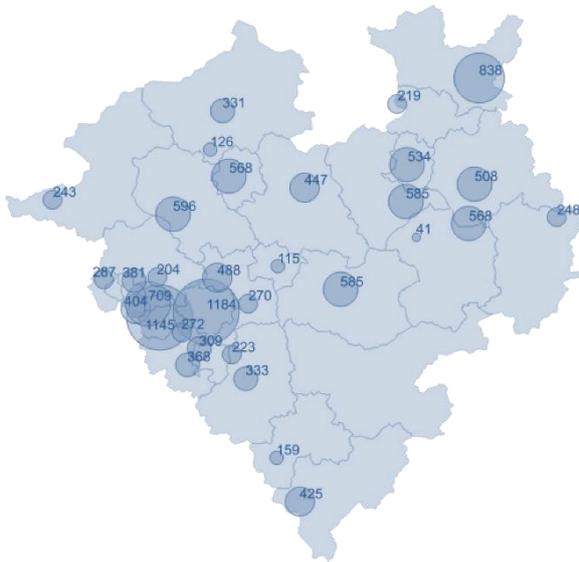


Abbildung 1: 2014 im Palliativnetzwerk Westfalen-Lippe ambulant betreute und verstorbene Patienten nach Netzwerkstandorten

Hohe Raten häuslichen Versterbens ließen sich in Westfalen-Lippe sowohl in dicht als auch in dünn besiedelten Gebieten zeigen. Dies lässt den Schluss zu, dass das System grundsätzlich geeignet ist, flächendeckend eingesetzt zu werden.² Qualitative Unterschiede sind dem noch immer unterschiedlichen Organisationsgrad der ambulanten palliativmedizinischen Strukturen geschuldet.

Die regionalen Unterschiede bei den vorhandenen Palliativstationen oder stationären Hospizen haben im Sinne von Angebot und Nachfrage einen deutlichen Einfluss auf den Sterbeort: In zwei Regionen waren stationäre Hospize nicht verfügbar, entsprechend lagen hier die Hospiz-Sterberaten mit 0,8 bzw. 2,2 Prozent verhältnismäßig niedrig.

Die Qualität der Palliativversorgung bemisst sich aber nicht nur danach, inwieweit Patienten an den ihren Wünschen entsprechenden Orten versterben, sondern ob jedem Patienten auch ein bedarfsgerechtes palliativmedizinisches Angebot zur Verfügung steht. Dazu gehört, dass der Leistungsanspruch auf SAPV nach § 37b SGB V im Bedarfsfall unverzüglich erfüllt wird.

Im Jahr 2014 wurden 19,4 Prozent der in Westfalen-Lippe verstorbenen Menschen in ihrer letzten Lebensphase gemäß der Vereinbarung betreut. Es wurde in Westfalen-Lippe 50 Prozent mehr Patienten ein Kontakt zu Palliative-Care-Strukturen in

ihrer letzten Lebensphase ermöglicht, als dies – mit zehn Prozent der Patienten am Lebensende – in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132 Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung als notwendig beschrieben wurde.

Koordination und Vernetzung

Die frühzeitige Integration von betroffenen Patienten in Versorgungsstrukturen von Palliative Care, welche seit dem richtungweisenden Artikel von Temel et al. im Jahr 2010 für die Beziehung zwischen Palliativmedizinern und Onkologen postuliert wird, führte zu der Forderung, gerade im ambulanten Bereich – durch niedrighschwellige Möglichkeiten der Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten – die palliative Versorgung zu stärken.⁶

Die Bedeutung der Integration hausärztlicher Versorgung in Angebote spezialisierter Palliativmedizin unterstreicht unsere Befragung Hinterbliebener von Palliativpatienten, die wir exemplarisch für andere PKD Westfalen-Lippes in Bielefeld durchgeführt haben.⁵ Es wurde eine Korrelation zwischen der Beteiligungsfrequenz der Koordinatoren des PKD und der Zahl der Hausarztkontakte der Betroffenen ersichtlich. Die Erfahrungen der PKD-Arbeit zeigte, dass die Koordinatoren mit ihrer Palliativversorgungskompetenz eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten spielen. Dies ist zum einen auf der Ebene der medizinischen Fachkompetenz und zum anderen auf der psychosozialen Ebene festzustellen.⁷

Mit der allgemeinen Unterstützung durch das Palliativnetz waren 72,4 Prozent der Befragten zufrieden bzw. sehr zufrieden, wogegen die Zugehörigen bei der Unterstützung in Sinnfragen nur in 47,1 Prozent Zufriedenheit attestierten. Die Telefonbereitschaft des Palliativnetzes empfanden 98,9 Prozent der Zugehörigen als positiv; dabei nutzten 52,8 Prozent der Befragten diese Möglichkeit nie oder selten. Das Vertrauen zu den Beteiligten im Behandlungs- bzw. Betreuungsprozess war hoch: Das Verhältnis zu den Koordinatoren wird zu 94,3 Prozent, zur Pflege zu 89,9 Prozent, zum Hausarzt zu 83,3 Prozent, zum Palliativarzt zu 74,0 Prozent und zu ehrenamtlichen Helfern zu 41,8 Prozent als sehr vertrauensvoll bzw. vertrauensvoll beschrieben.

Zusammenfassung

Was zeichnet die ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe besonders aus und wo gibt es noch Verbesserungspotenzial?

Das westfälisch-lippische Modell basiert auf der Annahme, dass der Hausarzt für seine Patienten auch dann zentraler Ansprechpartner bleibt, wenn diese in eine palliative Situation kommen. Wichtigste Säule des Modells ist daher die Teilnahme von rund 80 Prozent aller in Westfalen-Lippe niedergelassenen Hausärzte, die von 33 Palliativmedizinischen Konsiliardiensten mit rund 260 qualifizierten Palliativmedizinerinnen und über 100 koordinierenden Palliativpflegefachkräften unterstützt werden. Sie alle schaffen auf diese Weise ein niedrigschwelliges, effizientes und rund um die Uhr verfügbares Angebot für ihre Patienten, das gleichzeitig regionale Besonderheiten und bereits vorhandene Strukturen berücksichtigt. Das Netzwerk besteht aus qualifizierten Palliativärzten mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, qualifizierten Palliativpflegekräften, Mitarbeitern der ambulanten Hospize und anderer Professionen wie Physiotherapeuten, Psychoonkologen und Seelsorgern. Durch die Verantwortung in denselben Händen werden Schnittstellenprobleme und Unsicherheiten der Zuständigkeit in den sich ändernden Krankheitsphasen vermieden. Im Zentrum der PKD stehen Koordinatoren mit höchster palliativpflegerischer Qualifikation. Sie dirigieren das Orchester eines sich gegenseitig unterstützenden und zugleich kontrollierenden Systems.

Mit der Bereitstellung einer für Hausärzte und ihre Palliativpatienten jederzeit erreichbaren ambulanten palliativmedizinischen Versorgung stieg der Anteil zu Hause bzw. im Pflegeheim verstorbener Patienten in den Jahren 2010 bis 2014 im gesamten Versorgungsbereich der KVWL signifikant an. Fünf Jahre nach Einführung strukturierter AAPV und SAPV ist hier bereits jeder fünfte Patient am Lebensende in ein palliativmedizinisches Konzept eingebunden. Es bestehen noch regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte und -qualität, die durch konsequente Maßnahmen der Angebotserweiterung und Qualitätssicherung weiter ausgeglichen werden.

Zukünftig wird es nötig sein, den Schwerpunkt auf die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung zu legen. Hierzu liegen die technischen Voraussetzungen mit der elektronischen Patientenakte schon vor. Die vertragliche Weiterentwicklung unserer Vereinbarung bietet entsprechendes Potenzial.

Optimierungspotenzial sehen wir auch in einer Erweiterung des interdisziplinären Angebots im ambulanten Bereich, so dass in Zukunft auch andere Berufsgruppen, wie Psychologen oder Sozialarbeiter, im Prozess der umfassenden Palliativversorgung zur Verfügung stehen.



Autorin:
Dr. Ulrike Hofmeister

Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Palliativmedizin, Betriebsmedizin

1. Vorsitzende des Berufsverbandes der Palliativmediziner in Westfalen Lippe e.V.

Tabelle 1: Sterbeorte der im ambulanten Palliativnetzwerk Westfalen-Lippe verstorbenen Patienten 2009/2010* bis 2014

	2009/2010	2011	2012	2013	2014
verstorben	3.537	6.415	9.283	11.289	13.885
Palliativstation	–	137	209	292	409
Pall%	–	2,1	2,3	2,6	3,0
Klinik	470	599	818	964	1.187
Klin%	13,4	9,4	8,9	8,6	8,7
zu Hause	2.480	3.505	5.336	6.100	6.130
Haus%	70,5	55,0	58,3	54,5	44,7
Hospiz	566	1.192	1.329	1.323	1.731
Hosp%	16,1	18,7	14,5	11,8	12,6
Heim	–	942	1.457	2.504	4.256
Heim%	–	14,8	15,9	22,4	31,0
Sonstiges	–	–	–	–	172
Sonst%	–	–	–	–	1,2
Summen n **	3.516	6.375	9.149	11.183	13.713

* IV/2009 bis III/2010,

** 2014 ohne "Sonstiges", – im entsprechenden Jahr noch nicht gesondert erfasst

Tabelle 2: Inanspruchnahme der beteiligten Fachgruppen (Häufigkeit in %) in Bielefeld

	täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	mehrmals pro Monat	≤ einmal pro Monat	gar nicht
allg. Pflegedienst	52,2	11,9	1,5	1,5	–	32,8
Palliativpflegedienst	40,9	13,6	1,5	1,5	4,5	37,9
Amb. Hospizdienst	6,5	2,2	6,5	4,3	8,6	71,7
Koordinatoren	1,6	17,5	20,6	22,2	23,8	14,3
Hausärzte	6,3	26,3	23,8	26,3	15	2,5
Palliativärzte	1,8	12,3	12,3	19,3	22,8	31,6
Psychologen	–	–	7,0	2,3	2,3	88,4

Tabelle 3: Zufriedenheit mit den beteiligten Fachgruppen (Häufigkeit in %) in Bielefeld

	sehr zufrieden	zufrieden	teils/ teils	unzufrieden	sehr unzufrieden	nicht in Anspruch gen.
allg. Pflegedienst	39,1	21,9	7,8	–	–	31,3
Palliativpflegedienst	47,1	16,2	2,9	–	–	33,8
Amb. Hospizdienst	22,9	6,3	2,1	–	2,1	66,7
Koordinatoren	80,0	7,1	2,9	–	2,9	7,1
Hausärzte	54,1	18,8	14,1	4,7	5,9	2,4
Palliativärzte	57,6	16,7	3,0	–	1,5	21,2
Psychologen	8,3	8,3	–	–	–	83,3

Tabelle 4: Bedürfniswahrnehmung, Symptomkontrolle und Reaktionszeit (%) in Bielefeld

	immer	überwiegend	teils/ teils	selten	nie
Bedürfnisse wahrgenommen	73,3	17,4	7,0	1,2	1,2
schnelle Reaktion auf Beschwerden	63,6	28,4	5,7	2,3	–
Beschwerden gelindert	41,6	39,3	15,7	2,2	1,1

- 1 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld (18.6.2013), www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/palliativ_vereinbarung.pdf (abgerufen am 20.9.2015).
- 2 Lux EA, Althaus A, Claßen B, Hilscher H, Hofmeister U, Holtappels P, Mansfeld-Nies R, Weller HU. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – strukturierte Bestandsaufnahme 12 Monate nach Inkrafttreten der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar Kranken im häuslichen Umfeld“. Z Palliativmed 2012; 13: 97–103.
- 3 Lux EA, Althaus A, Claßen B, Hilscher H, Hofmeister U, Holtappels P, Mansfeld-Nies R, Weller HU. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – strukturierte Bestandsaufnahme 12 und 24 Monate nach Inkrafttreten der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar Kranken im häuslichen Umfeld“. MMW Fortschritte der Medizin Originalien Nr. II, 2013; 155: 44–50.
- 4 Lux EA. Alles Qualität – oder was? Angew Schmerzth Palliativmed 2014; 7 (3): 40–41.
- 5 Hoberg C, Junker D, Lux EA, Weller U, Bornemann R. Befragung von Zugehörigen verstorbener Palliativpatienten in der ambulanten Versorgung des Palliativnetzes Bielefeld e.V. MMW Fortschr Med 2015; 157 (Suppl): 25–31.
- 6 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 363(8): 733-42.

Kontakt: Claudia Haschke | Project Manager
Programm Versorgung verbessern - Patienten informieren

Bertelsmann Stiftung | Carl-Bertelsmann-Straße 256 | 33311 Gütersloh
Telefon: +49 5241 81-81542 | E-Mail: claudia.haschke@bertelsmann-stiftung.de