

Ambulante Palliativversorgung in Essen

Prozess einer Befragung
durch die Ag ambulante Palliativversorgung
des Beirats Hospiz und Palliativversorgung
Essen-Gesund-Vernetzt e.V.

Dr. Martin Dreyhaupt – Klinik für Palliativmedizin KEM

Kurzer Rückblick

- [Charta](#) (zur-betreuung-sterbender.de) Prozess in Essen 2015
- [3 runde Tische](#): Hospiz und Palliativversorgung im Krankenhaus, stationären Pflegeeinrichtungen und zu Hause
- [2 Essener Standards](#) (Krankenhaus und ambulante Pflegedienste) 2015
- Gründung des [Fachbeirats Hospiz- und Palliativversorgung](#) innerhalb des Vereins Essen-Gesund-Vernetzt e.V.
 - AG zu [speziellen Fragestellungen](#) (Öffentlichkeit, Forschung)
 - [Online-Wegweiser – Fachtag – Forschungsprojekte](#)
 - AG zur ambulanten Palliativversorgung

Markt der Möglichkeiten und Essener Hospiz und Palliativwegweiser

- <https://webapps-extern.essen.de/magazine/hospiznetzwerk/>
- <https://egvmg.de/mdm/>

Ag ambulante Palliativversorgung

- Berichte über unzureichende ambulanten palliativen Versorgung
- 5 Ärztinnen (Krankenhaus, niedergelassen), 1 Pflegekraft (Palliativstation), 1 Pflegedienstleitung (stationäre Pflegeeinrichtung)
- Fragen/Anliegen:
 - Entsprechen die Defizite der Wirklichkeit?
 - Wenn ja, wo gibt es Ansatzpunkte?
 - Rückmeldung an alle "Player"!
 - Wie limitiert sind wir?
- Idee einer Befragung
- Meinung möglichst vieler involvierter Behandlerinnen und Begleiterinnen

Befragung - Systematik

- Online-Befragung (kubicum) – Anonymität der Teilnehmer:innen sichergestellt
- Anschreiben wurde per Mail über egv versendet an (mit der ausdrücklichen Bitte um Weiterleitung):
 - 76 Einrichtungen Langzeitpflege
 - 107 ambulante Pflegedienste
 - 105 niedergelassene Ärzt:innen (Liste der KV reduziert sich, da es viele Doppelungen – Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften – gab)
- Befragungszeitraum 26.11. bis 04.12.2022
- Unterstützung durch das NPE (Erinnerung per Mail – auch an amb. Hospize) Verlängerung bis 14.12.2022
- Zeitaufwand max. 10 Minuten

Fragen

- Information zur befragten Person
- Wie beurteilen Sie die **Versorgung** sterbender Menschen in ihrem Versorgungsbereich?
 - Gut, eher gut, eher schlecht, schlecht
- Wie beurteilen sie die **Bekanntheit und Erreichbarkeit** palliativmedizinischer Angebote in Essen?
 - Gut, eher gut, eher schlecht, schlecht
- Wieviel Zeit steht Ihnen für die Versorgung sterbender Menschen zur Verfügung?
 - Ausreichend, eher ausreichend, eher nicht ausreichend, nicht ausreichend
- Wie beurteilen Sie Ihre Möglichkeiten, eine **adäquate palliative Versorgung zu organisieren, wenn im Vorfeld ausreichend Zeit** zur Verfügung steht?
 - Gut, eher gut, eher schlecht, schlecht
- Wie beurteilen Sie **den Umgang mit palliativmedizinischen Krisensituationen** (z.B. plötzliche, schwere Luftnot, Schmerzen, Erbrechen oder Angst) in Ihrem Bereich?
 - Gut, eher gut, eher schlecht, schlecht
- Wie beurteilen Sie die **Erreichbarkeit und Hilfe durch den hausärztlichen Notdienst** in palliativen Notfallsituationen?
 - Gut, eher gut, eher schlecht, schlecht
- Wie oft erfolgt **eine Krankenhauseinweisung, da eine ausreichende Symptomlinderung nicht anders gelingt?**
 - Sehr häufig, häufig, selten, sehr selten
- Vielleicht haben sie **eigene Ideen**, wie die Versorgung sterbender Menschen in Essen weiter verbessert werden kann.
 - Freitextfeld

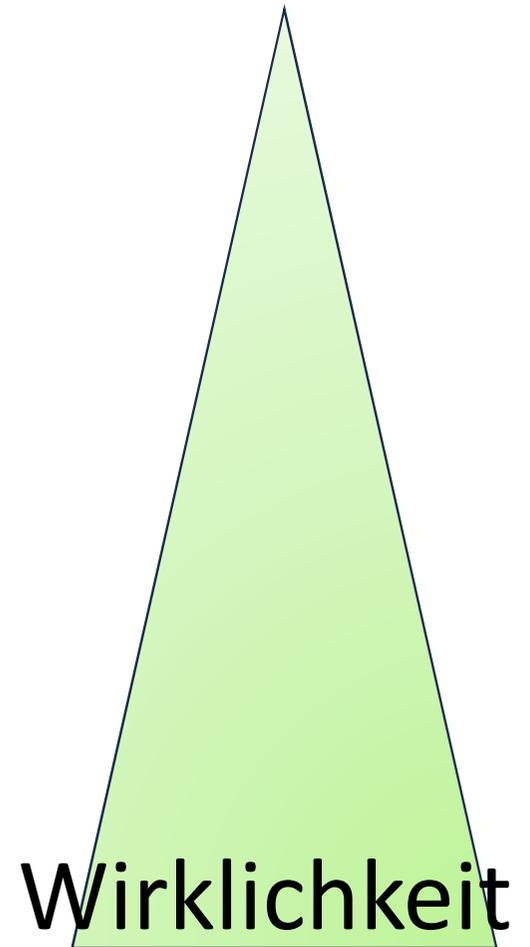
Mehrfachantworten waren nicht möglich!

Ergebnisse I

- 86 Rückläufe (N=86)
 - 27 Altenpfleger:innen
 - 30 Ärztinnen/Ärzte
 - 5 Gesundheits- und Krankenpfleger:innen
 - 8 Hospizkoordinator:innen
 - 16 Pflegedienstleiter:innen
- Wie vielen Personen der Link zur Befragung tatsächlich zugegangen ist, kann nicht festgestellt werden
- Rücklauf repräsentativ!?

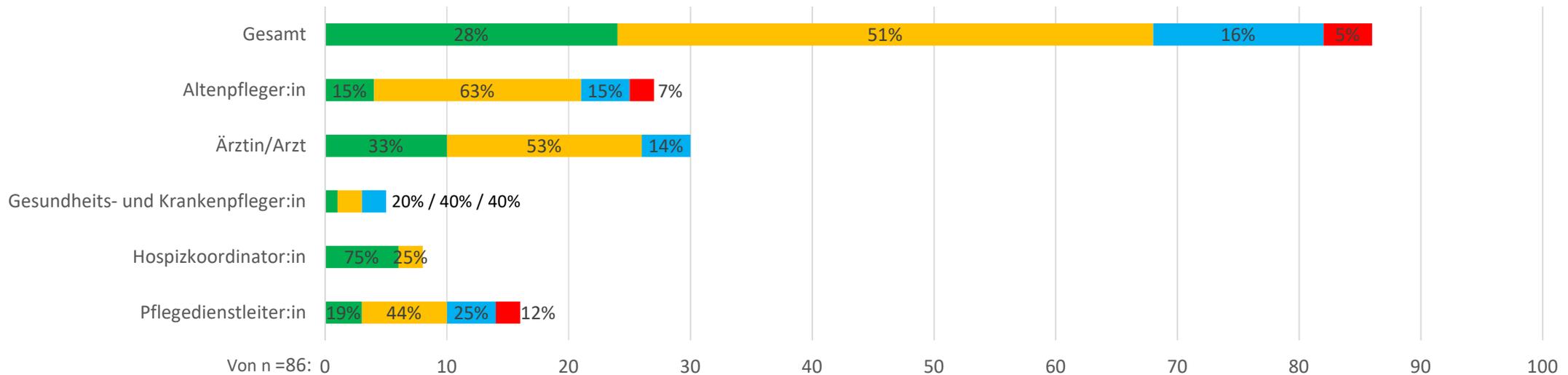
Einordnung der Befragungsergebnisse

- Einzelmeinung/-schilderung aus einer Gruppe
- Einzelmeinungen/-schilderungen aus verschiedenen Gruppen
- **Strukturierte Erfassung möglichst vieler Einzelmeinungen aus allen Gruppen**
- + statistisch relevante Befragtenzahlen
- Systematische retrospektive Erfassung von Behandlungsfällen
- Statistisch relevante, systematische, prospektive Erfassung möglichst vieler Behandlungsfälle
- Erfassung aller Behandlungsfälle



Ergebnisse II

Wie häufig begleiten Sie sterbende Menschen in Ihrem Tätigkeitsbereich?

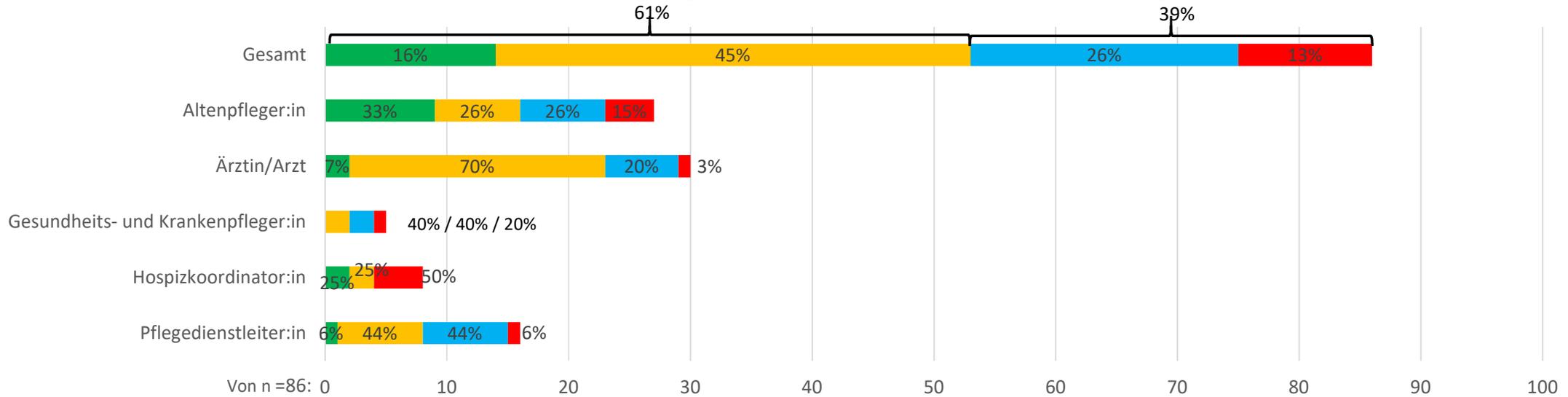


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ sehr häufig	3	6	1	10	4	24
■ häufig	7	2	2	16	17	44
■ selten	4	0	2	4	4	14
■ sehr selten	2	0	0	0	2	4

■ sehr häufig ■ häufig ■ selten ■ sehr selten

Ergebnisse III

Wie beurteilen Sie die Versorgung sterbender Menschen in Ihrem Tätigkeitsbereich?

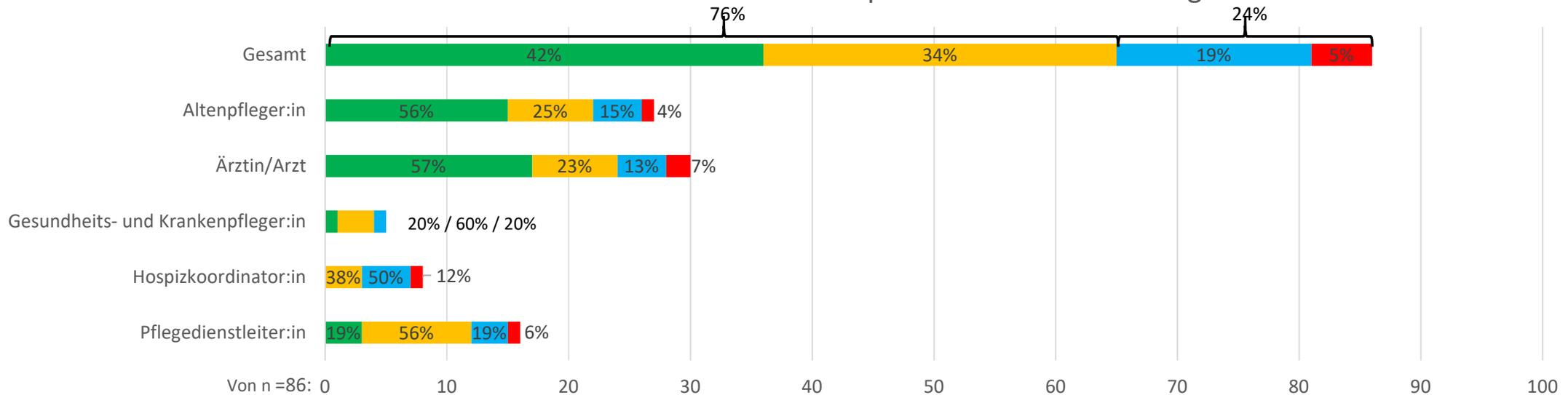


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ gut	1	2	0	2	9	14
■ eher gut	7	2	2	21	7	39
■ eher schlecht	7	0	2	6	7	22
■ schlecht	1	4	1	1	4	11

■ gut ■ eher gut ■ eher schlecht ■ schlecht

Ergebnisse IV

Wie beurteilen Sie die Bekanntheit und Erreichbarkeit palliativmedizinischer Angebote in Essen?

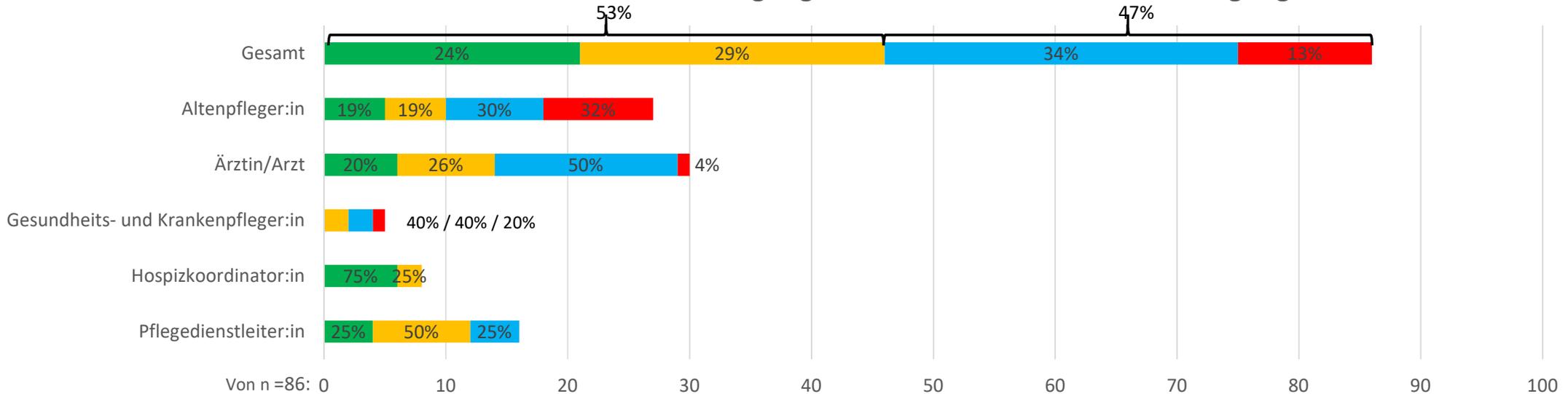


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ gut	3	0	1	17	15	36
■ eher gut	9	3	3	7	7	29
■ eher schlecht	3	4	1	4	4	16
■ schlecht	1	1	0	2	1	5

■ gut ■ eher gut ■ eher schlecht ■ schlecht

Ergebnisse V

Wieviel Zeit steht Ihnen für die Versorgung sterbender Menschen zur Verfügung?

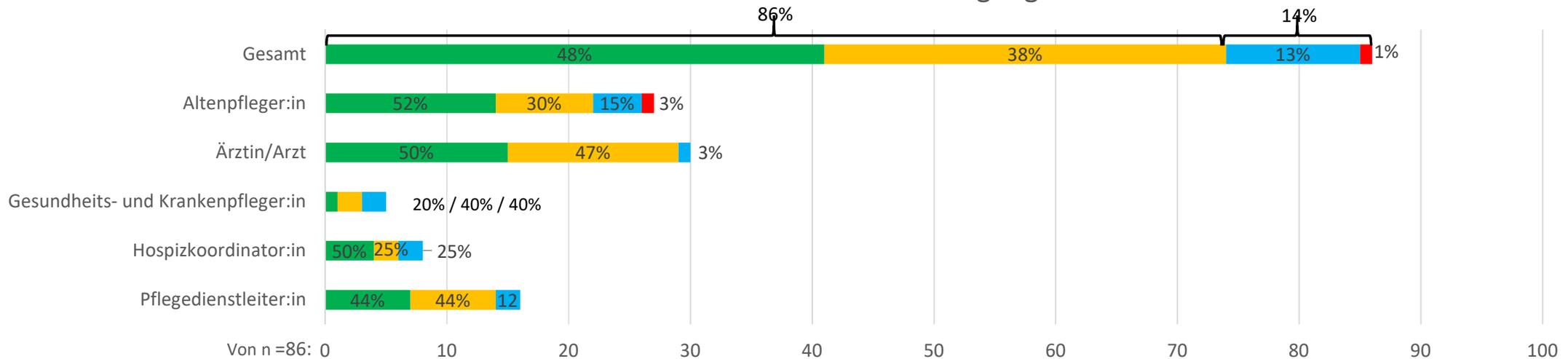


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ ausreichend	4	6	0	6	5	21
■ eher ausreichend	8	2	2	8	5	25
■ eher nicht ausreichend	4	0	2	15	8	29
■ nicht ausreichend	0	0	1	1	9	11

■ ausreichend ■ eher ausreichend ■ eher nicht ausreichend ■ nicht ausreichend

Ergebnisse VI

Wie beurteilen Sie Ihre Möglichkeiten, eine adäquate palliative Versorgung zu organisieren, wenn im Vorfeld ausreichend Zeit zur Verfügung steht?

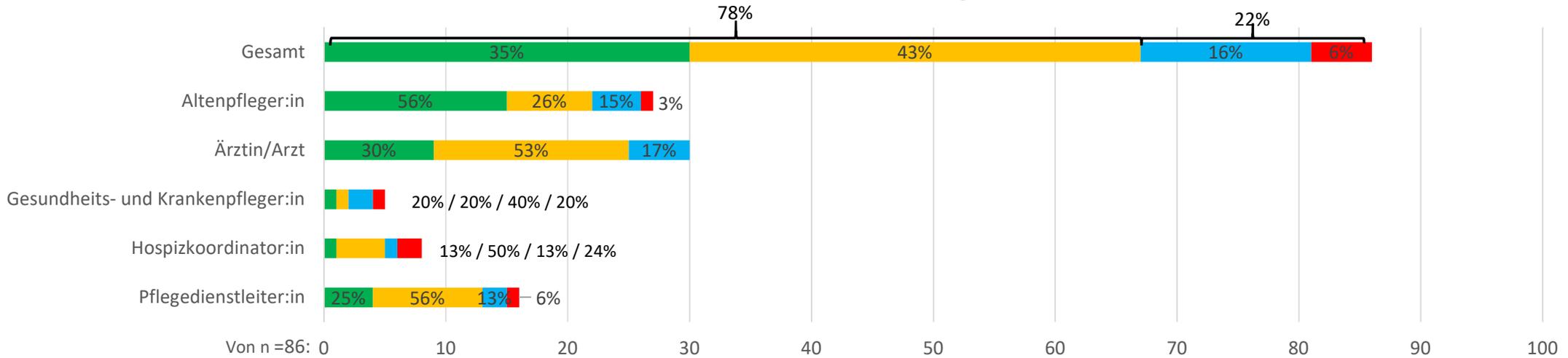


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ gut	7	4	1	15	14	41
■ eher gut	7	2	2	14	8	33
■ eher schlecht	2	2	2	1	4	11
■ schlecht	0	0	0	0	1	1

■ gut ■ eher gut ■ eher schlecht ■ schlecht

Ergebnisse VII

Wie beurteilen Sie den Umgang mit palliativmedizinischen Krisensituationen (z.B. plötzliche, schwere Luftnot, Schmerzen, Erbrechen oder Angst) in Ihrem Bereich?

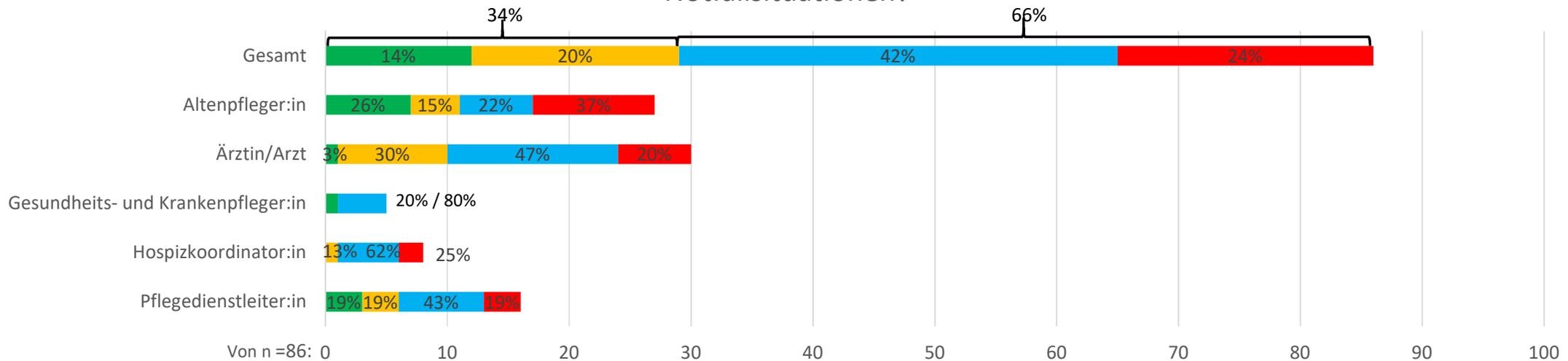


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
gut	4	1	1	9	15	30
eher gut	9	4	1	16	7	37
eher schlecht	2	1	2	5	4	14
schlecht	1	2	1	0	1	5

■ gut
 ■ eher gut
 ■ eher schlecht
 ■ schlecht

Ergebnisse VIII

Wie beurteilen Sie die Erreichbarkeit und Hilfe durch den hausärztlichen Notdienst in palliativen Notfallsituationen?

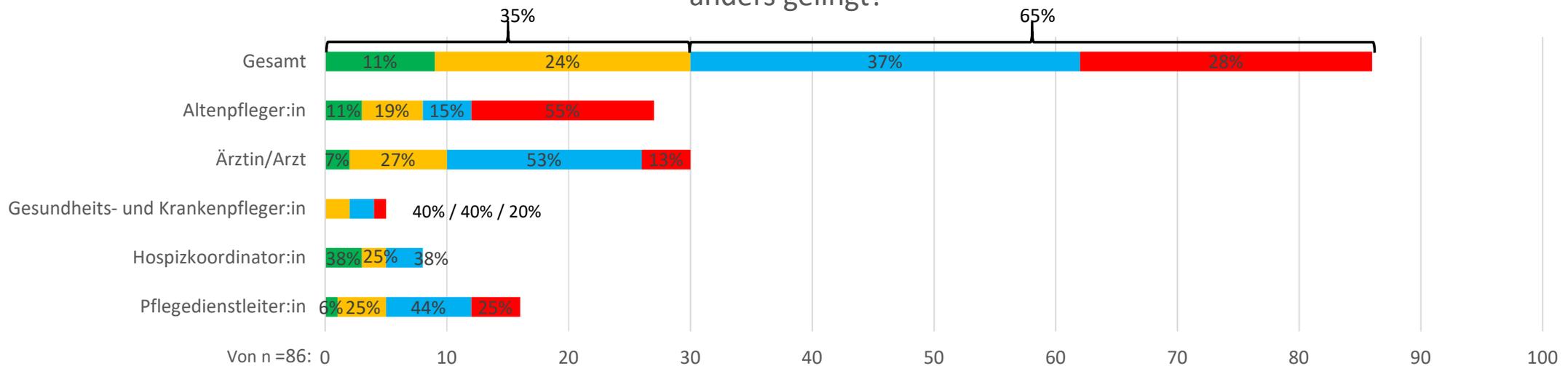


	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ gut	3	0	1	1	7	12
■ eher gut	3	1	0	9	4	17
■ eher schlecht	7	5	4	14	6	36
■ schlecht	3	2	0	6	10	21

■ gut ■ eher gut ■ eher schlecht ■ schlecht

Ergebnisse IX

Wie oft erfolgt eine Krankenseinweisung, da eine ausreichende Symptomlinderung nicht anders gelingt?



	Pflegedienstleiter:in	Hospizkoordinator:in	Gesundheits- und Krankenpfleger:in	Ärztin/Arzt	Altenpfleger:in	Gesamt
■ sehr häufig	1	3	0	2	3	9
■ häufig	4	2	2	8	5	21
■ selten	7	3	2	16	4	32
■ sehr selten	4	0	1	4	15	24

■ sehr häufig ■ häufig ■ selten ■ sehr selten

Ergebnisse X - Freitexte

Altenpfleger: innen

- Besserer Ausbau der Versorgung/Notfallpraxen (4x)
- Vermehrt Bildungsmaßnahmen/Weiterbildungen anbieten (3x)
- Bessere Aufklärungen der Mitarbeitern der unterschiedlichen Versorgungsbereich
- Gute Planung im Vorfeld kann sehr hilfreich sein
- mehr Angebote an palliativmedizinischer Betreuung (2x)
- Es liegt am Hausarzt, bei manchen Ärzten hat man keine Chance, die sind einfach nicht erreichbar und dann sterben die Menschen nicht gut
- Es sollte mehr medizinische Betreuung angeboten werden, die Nachfrage ist hoch aber die Möglichkeiten sehr gering, meistens aufgrund von Personalmangel

Hospizkoordinator:innen

- wirksame Palliativ Versorgungen
- Pflegende sollten einen Mindestwissensstand an Palliative care haben (und Angebote/Netzwerke kennen)
- Hausärztliche Versorgung am Wochenende sicherstellen
- Weiterbildung Palliativ Care (3x)
- Amb. Hospizdienst ist den wenigsten bekannt
- Bessere Einbindung der amb. Hospizdienste (2x)
- Ausbau der SAPV-Kapazitäten
- Bessere Einbindung der ambulanten Hospizdienste
- Palliativversorgung ist überall ausbaufähig und nicht genug bekannt und flächendeckend
- Öffentliche Arbeit wirksamer gestalten/mehr öffentliche Veranstaltungen (2x)
- Verbesserung Netzwerkstrukturen
- Klarheit schaffen
- Angebote bekannt machen
- Medien nutzen, um die Entwicklung weiterzubringen

Pflegedienstleiter:innen

- mehr öffentliche Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema an sich
- Verpflichtende Fort- und Weiterbildungen
- Zugang zur schnelleren/ unbürokratischen Medikamentenversorgungen
- Bessere Kommunikation im Pflegeteam
- Bessere Aufklärung über die „Palli- Ausweise“
- Übersicht ist notwendig, wer in Essen wofür zuständig ist
- Sterbende sollten einen zusätzlichen Notarzt haben

Gesundheits/Kranken pfleger:innen

- Die Kommunikation besser stärken bei den Ärzten
- Ärzte besser informieren
- Keine angemessene Versorgung bei der Begleitung der Sterbenden Bewohner: innen
- Schaffung von Anlaufstellen/Adressen zum Thema
- Sensibilisierung der Medien soz. Netzwerke zu dieser Frage
- Mehr Zeit und Unterstützung durch PDL erforderlich
- Man sollte einmal vor ort schauen, wie schlecht die Versorgung und Begleitung von sterbenden Bewohnern teilweise ist

Ärzt:innen

- Ausbau palliative Versorgung (2x)
- Erweiterung Palliativnetz
- Ausbau SAPV
- Stadtteilorientierte Hospizversorgung, Bedarf ist höher als aktuell gesehen
- Zeit bis zur Aufnahme der Patienten doch manchmal länger
- Bessere Kommunikation Hausarzt/Palliativ Team
- Kollegiales Miteinander ist sehr wichtig, sowie telefonische Erreichbarkeit nötig für Patienten und Angehörige
- Ausbau Expertenwissen bei Mitarbeiter: innen, Aufklärung der Prozesse, Ressourcen erweitern
- Intensivierung der Netzwerkarbeit (2x)
- Ressourcen erweitern, das größte Problem ist die Überlastung der vorhandenen Strukturen (Pflegedienste und SAPV)
- Alle Hausärzte sollten Hausbesuche machen
- Es ist kontraproduktiv, ehrenamtliche Hilfsangebote engagierter Menschen mit Fachkenntnissen abzulehnen (mit Verweis auf vorrangig einzuhaltende deklarierte interne Hierarchiestrukturen)

Problemstellungen/Limitationen

- Hackerangriff (Kliniken in Essen) im Befragungszeitraum (daher Verlängerung)
- Berücksichtigung aller relevanten Ansprechpartner:innen unklar
- **Ergebnisse nicht repräsentativ**

ABER:

- **Aus Fehlern lernen**
- **Kommunikation und Austausch herstellen**
- **Als Grundlage einer Thesenbildung nutzbar**

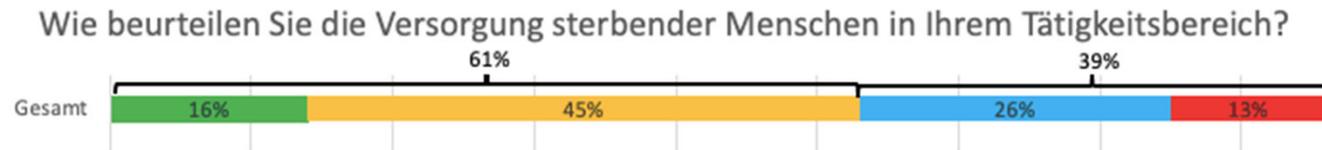
Persönliche These des Vortragenden

(basierend auf erlebter Wirklichkeit, Austausch mit Kolleginnen, Literatur zum Thema und den Ergebnissen der Befragung)

1. Defizite:

- In der kurzfristigen/notfallmäßigen Palliativversorgung
- Kapazitäten der (palliativen) Versorgungsstrukturen

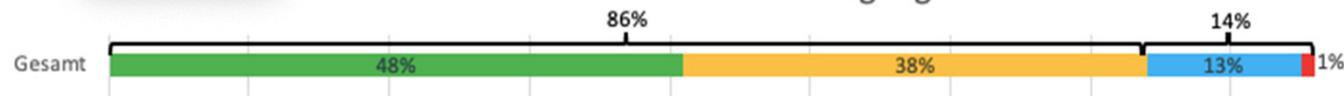
Ergebnisse III



Ergebnisse VI



Wie beurteilen Sie Ihre Möglichkeiten, eine adäquate palliative Versorgung zu organisieren, wenn im Vorfeld ausreichend Zeit zur Verfügung steht?



2. Relativ ausreichend:

- Bekanntheit / Vernetzung
- Möglichkeiten der geplanten palliativen Versorgung

Konsequenz:

- Bündelung der Bemühungen hin zu Punkt 1 scheint am vordringlichsten.
 - Gezielte Befragung zur Erhärtung der These?
 - Z.B. Nachwuchs / Weiterbildung / Basisversorgung stärken (Essener Standards)
 - Z.B. Frühe Versorgungsplanung

Ärztlicher Bereitschaftsdienst nicht ausreichend gegenfinanziert

Montag, 2. Oktober 2023



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/dpa

Berlin – Bei einem möglichen weiteren Ausbau der Kapazitäten der 116117 ist zu beachten, dass schon jetzt keine volle Finanzierung der Vorhaltekosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolge. Dies betonte Sebastian Carnarius, Leiter Fachbereich Medizin beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), kürzlich auf einer Fachtagung des Zi.

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hatte im Februar eine Stellungnahme für eine Reform der Notfall- und Akutversorgung vorgelegt. Darin hieß es unter anderem, die Erreichbarkeit der Kontaktnummer 116117 des Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müsse gesteigert werden. Nur so sei sicherzustellen, dass Anrufende „lediglich aufgrund zu langer Wartezeiten“ an den Notruf 112 wenden.

Patienten-Hotline in Nordrhein

KV Nordrhein sieht sich durch Neuorganisation der 116 117 bestätigt

Seit Auflösung der Arztrufzentrale in Duisburg und dem Start des Eigenbetriebs durch die KV Nordrhein haben sich Qualität und Erreichbarkeit der Hotline 116 117 verbessert. Findet jedenfalls die KV.

Veröffentlicht: 06.09.2023, 15:28 Uhr



Düsseldorf. Die Neuorganisation der Patientenhotline unter der Rufnummer 116 117 in Nordrhein-Westfalen hat sich nach Einschätzung der KV Nordrhein bewährt. In den vergangenen sechs Monaten habe sich die Erreichbarkeit der Hotline im Rheinland deutlich verbessert, teilt die KV am Mittwoch mit. Im Schnitt aller Wochentage führen demnach 92 Prozent aller Anrufe zu einem persönlichen Gespräch mit Mitarbeitenden der Hotline. Die Wartezeit betrage durchschnittlich zweieinhalb Minuten.

Die KVNo und die KV Westfalen-Lippe hatten im März 2023 die gemeinsam in Duisburg betriebene Arztrufzentrale aufgelöst. Ziel sollte es sein, Qualität und Erreichbarkeit der Hotline zu verbessern.

Editorial:
Zeitschrift für Palliativmedizin
Ausgabe Nov. 2023



Nils Schneider

Professor für Allgemeinmedizin (seit 2013)
und Palliativmedizin (seit 2021)
und Direktor des Instituts für
Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der
Medizinischen Hochschule Hannover
Sachverständiger in der
Enquetekommission "Sicherstellung der
ambulanten und stationären medizinischen
Versorgung" des Niedersächsischen
Landtages (2019-2021)

Reformvorschläge zur Notfallversorgung – wird es Zeit für die „Notfall-SAPV“ in der ambulanten Palliativversorgung?

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Notfall optimal versorgt sein, wer möchte das nicht? Notfälle können zu jeder Zeit und in jeder Situation auftreten, auch im palliativen Kontext.

Um die Notfallversorgung in Deutschland fit für die Zukunft zu machen, hat das Bundesgesundheitsministerium im Februar 2023 ein Reformkonzept vorgestellt, das auf den Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung basiert¹. Unter anderem ist vorgesehen, „integrierte Leitstellen“ flächendeckend zu etablieren, die noch mehr können, als Krankenwagen, Rettungswagen, Notarzt oder andere Rettungsmittel zu alarmieren: Sie sollen mithilfe von qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrumenten das am besten geeignete Versorgungsangebot für den Hilfesuchenden ermitteln und einsetzen können. Dafür soll den Leitstellen ein „breites, gut abgestimmtes Repertoire an Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen“. Die Aufzählung des Repertoires in dem Empfehlungspapier ist ziemlich breit, unter anderem wird auch „ambulante Palliativversorgung“ genannt.

Was damit konkret gemeint ist, bleibt noch offen. Insofern macht es Sinn, sich frühzeitig Gedanken zu machen. Es könnte z. B. darauf hinauslaufen, dass Leitstellen in Zukunft SAPV-Teams direkt einschalten und zu unbekanntem Patienten schicken

Was folgt nun?

- Nicht selber schlecht reden!
- Gutes Klima in **unserem** Netzwerk behalten
- Thesen entwickeln und ggf. nochmal gezielter fragen
- Aufträge an politische Entscheidungsträger formulieren

Ich freu mich auf die Diskussionsrunde

