



# Konzept des Palliativdienstes

## Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach

Ersteller:	Geprüft durch:	Freigabe durch:	Gültig ab:	Erstfreigabe:	Revision:	Seite
OÄ/Dr. B. Jage Leitung Palliativ- Konsildienst	CA Anä/ Dr. G. Engers	CA Anä/Dr. G. Engers am: 12.07.2019	15.07.2019	17.03.2010	1 von 07/2019	1 von 24

## Inhaltsverzeichnis:

1. Leitgedanken	Seite 3
1.1 Definition der Palliativmedizin	Seite 3
1.2 Besonderheiten bei Palliativpatienten	Seite 3-4
1.3. Zeitpunkt der Einbindung der Palliativmedizin	Seite 4
1.4 Interdisziplinarität, Multiprofessionalität	Seite 4-5
1.5 Indikationen	Seite 5
2. Besonderheiten der palliativmedizinischen Versorgung im Diakonie Krankenhaus	Seite 5
2.1 Palliativdienst	Seite 5-6
2.2 Palliativmedizinische Versorgung auf Normalstation	Seite 6-7
2.3 Verantwortlichkeiten, Interdisziplinarität	Seite 7
2.4 Ärztliche Zuständigkeit außerhalb der Regelarbeitszeit	Seite 7-8
2.5 OPS-Kodes 8-982 palliativmedizinische Komplexbehandlung	Seite 8-9
3. Beschreibung des Ablaufes	Seite 10
3.1 Anforderung des Palliativdienstes	Seite 10
3.2 Teamsitzung	Seite 10
4. Leistungsangebote des Palliativdienstes	Seite 11
4.1 Leistungsangebot der Palliativärzte	Seite 10-12
4.2 Leistungsangebot der Palliativpflegekräfte	Seite 13-14
4.3 Leistungsangebote der Seelsorgenden	Seite 14-15
4.4 Leistungsangebote der Physiotherapeuten	Seite 15-17
4.5 Leistungsangebote der Psychoonkologie	Seite 18-19
4.6 Leistungsangebot des Sozialdienstes	Seite 19-20
4.7 Leistungsangebote der Musiktherapie	Seite 21
5. Dokumentation	Seite 21-22
6. Personelle Voraussetzungen, Qualifikationen der Mitglieder	Seite 22-23

## 1. Leitgedanken

### 1.1 Definition der Palliativmedizin

Palliativmedizin kommt Patienten zugute, die an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden und deren Lebensende absehbar bevorsteht. Die Palliativmedizin zielt nicht auf Heilung der Erkrankung, sondern auf Linderung durch die Krankheit verursachter physischer, psychischer und spiritueller Probleme, um eine möglichst hohe Lebensqualität der Patienten zu erreichen. Besonderes Augenmerk gilt auch den Angehörigen sowie den meist schwierigen sozialen Problemen bezüglich der Weiterversorgung, die sich durch die Krankheit ergeben haben. Bei einem Teil der Patienten wird es darum gehen, dass sie in unserem Krankenhaus würdevoll sterben können und sie und ihre Angehörigen dabei begleitet werden.

### 1.2 Besonderheiten bei Palliativpatienten

Palliativpatienten befinden sich aufgrund einer unheilbaren Grunderkrankung am Ende des Lebens. Sie bedürfen angesichts des multidimensionalen und häufig komplexen Leidens einer besonderen Zuwendung, Begleitung und Therapie. Im Rahmen der klinischen Tätigkeit im Akutkrankenhaus steht das physische Leid im Vordergrund, während die Patienten neben den intensiven körperlichen Beschwerden psychische, soziale und spirituelle Belastungen erleben.

Die Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod, der Verlust von Würde und der Wunsch nach Erledigung letzter Dinge spielen eine große Rolle. Schwerstkranke Patienten haben ein Bedürfnis nach offener und effektiver Kommunikation, besonders bei eigener Unsicherheit über das Therapieziel. Seitens der behandelnden Ärzte muss eingeschätzt werden, ob der Patient durch eine Therapie noch eine Lebensverlängerung mit akzeptabler Lebensqualität erzielen kann. Ärzten fällt es oft schwer, palliative Aspekte in die Behandlung zu integrieren. Zum einen setzen die Patienten oft noch große Hoffnung in eine weitere Therapie, zum anderen besteht das ärztliche Bedürfnis, zu helfen. Dadurch kommt es nicht selten zu einer

Übertherapie am Lebensende. Die Hürde, ein Gespräch über eine Therapiezieländerung zu führen, ist erheblich. Hier kann das fachliche Wissen und die kommunikative Erfahrung der Palliativmedizin sinnvoll in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Rechtliche und ethische Aspekte wie individuelle Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Patientenautonomie, Umsetzung einer Patientenverfügung auch bei Patienten, die nicht mehr entscheiden können und mutmaßliche Willensbildung gehören ebenfalls zu den Aufgaben der Palliativmedizin.

### **1.3 Zeitpunkt der Einbindung der Palliativmedizin**

Früher wurde Palliativmedizin integriert, wenn keinerlei krankheitsspezifische Behandlung mehr sinnvoll, möglich oder gewünscht war. Man weiß inzwischen aus Forschungsergebnissen, dass die Betroffenen auch schon in einem frühen Stadium einer unheilbaren Erkrankung eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität durch die palliativmedizinische Mitbetreuung erfahren. Die Patienten haben weniger depressive Syndrome und eine bessere Symptomkontrolle.

In den letzten Jahren empfehlen die Fachgesellschaften, eine palliativmedizinische Betreuung erstmalig mit Diagnosestellung einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung den Patienten anzubieten. Dieses Vorgehen nennt man „Early Integration“. Es muss Einigkeit darüber bestehen, dass alle kurativen Optionen ausgeschöpft sind. Eine palliative krankheitsspezifische Behandlung, beispielsweise eine Chemotherapie oder Bestrahlung, ist parallel zu einer Palliativbetreuung möglich.

### **1.4 Interdisziplinarität und Multiprofessionalität**

Die Behandlung von Palliativpatienten muss stets inter- und multidisziplinär erfolgen. Die Palliativmedizin arbeitet eng mit anderen Disziplinen und der bisher bzw. auch weiterhin behandelnden Fachabteilung zusammen. Über alle Entscheidungen und Therapieänderungen muss eine Kommunikation erfolgen und Konsens bestehen. Umfangreiche Erfahrungen belegen, dass die strukturierte

interdisziplinäre/multidisziplinäre Zusammenarbeit zu hoher Zufriedenheit und Geborgenheit der Patienten sowie ihrer Angehörigen führt.

Das Palliativteam besteht aus palliativmedizinisch ausgebildeten Pflegekräften, Ärzten, Physiotherapeuten, einer Psychoonkologin, Mitarbeitern vom Sozialdienst und Seelsorgern. Das medizinische Fachpersonal der Normalstation (Ärzte, Pflegekräfte) wird sinnvoll in die Abläufe eingebunden, es erfährt sachgerechte Anleitung zu ethischen/psycho-sozialen Entscheidungen.

### **1.5 Indikationen**

Gründe für die Anforderung des Palliativdienstes bei potentiell lebensverkürzender Erkrankung können u.a. sein:

- Leidensdruck durch verschiedene physische und psychische Symptome
- Patient äußert Sorge vor Leiden in der Terminalphase
- Patient äußert Sterbewunsch oder Wunsch nach Beschleunigung des Todes
- Patient äußert Wunsch nach palliativer Mitbetreuung
- Patient wird wiederholt stationär aufgenommen und/oder zeigt eine Verschlechterung des Allgemeinzustands
- Wunsch nach Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Unterstützungsbedarf im sozialen Umfeld des Patienten ( Angehörige, weitere Versorgung/ Unterbringung )
- Probleme bei der Krankheitsverarbeitung
- Beratungsbedarf im Stationsteam ( Pflegekräfte, Ärzte)

## **2. Besonderheiten der palliativmedizinischen Versorgung im Diakonie – Krankenhaus**

## 2.1 Palliativdienst

In unserem Krankenhaus findet die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung ausschließlich durch den Palliativdienst statt, da keine Palliativstation vorgehalten wird. Es handelt sich um ein speziell ausgebildetes multiprofessionelles Team (Palliativarzt, Palliativpflegekraft, Seelsorger, Sozialarbeiter, Physiotherapeut, Psychoonkologin) und ist interdisziplinär orientiert.

Das Team ist niedrighschwellig verfügbar und steht allen stationären Patienten des Diakonie Krankenhauses zur Verfügung, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung leiden. In erster Linie handelt es sich um Tumorkranken, aber auch Patienten mit Endzuständen chronischer neurologischer, Lungen-, Nieren- oder Herzerkrankungen können Palliativpatienten sein. Der Bedarf einer palliativmedizinischen Betreuung wird durch die Beschwerden bestimmt, nicht allein durch die Diagnose. Voraussetzung zur Aufnahme der palliativmedizinischen Behandlung ist die ärztliche Entscheidung in der behandelnden Abteilung, dass die kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind oder unter ganzheitlicher Nutzen – Risiko – Abwägung nicht mehr anzustreben sind. Darüber sollte der Patient informiert worden sein.

## 2.2. Palliativmedizinische Versorgung auf Normalstation

Der Patient verbleibt auf der bisher behandelnden Station und gehört weiterhin der bisher behandelnden Abteilung an. Sein Zimmer sollte, wenn die Bettensituation es zulässt, 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. Die Entscheidung, ob die Umwandlung in ein Einzelzimmer möglich und erforderlich ist, trifft die Palliativärztin/der Palliativarzt gemeinsam mit den Ärzten der Fachabteilung. Einem sterbenden Patienten muss immer der Aufenthalt in einem Einzelzimmer mit Übernachtungsmöglichkeit für einen Angehörigen ermöglicht werden.

Muss der Patient aus Bettengründen auf eine andere Station verlegt werden, gehört er trotzdem der ihn bisher behandelnden Abteilung weiter an. Die ärztliche Betreuung erfolgt weiter durch die behandelnde Abteilung (beispielsweise allgemeinchirurgischer Patient auf 5a wird weiter durch Allgemeinchirurgen visitiert und behandelt).

Die pflegerische Versorgung erfolgt durch die Pflegekräfte der Station, auf die der Patient verlegt wurde. Spezielle palliativpflegerische Maßnahmen (beispielsweise Mundpflege) werden auch von den Palliativpflegekräften im Rahmen ihrer Visiten durchgeführt. Bei besonderen pflegerischen Situationen in der letzten Phase (beispielsweise Todesrasseln) erfolgen regelmäßige Absprachen zwischen den Stations – und Palliativpflegekräften.

### **2.3. Verantwortlichkeiten, Interdisziplinarität**

Wenn der Palliativdienst einbezogen wird, obliegt die ärztliche Verantwortung sowohl den Ärzten der Fachabteilung als auch den Palliativärzten. Die Behandlungsführung in palliativmedizinischen Fragestellungen obliegt der Palliativärztin/dem Palliativarzt in stetiger Absprache mit der fallführenden Abteilung. Die Palliativärzte sind berechtigt, ärztliche Anordnungen zu treffen, müssen sich aber bei allen Anordnungen eng mit den Ärzten der Fachabteilung abstimmen. Auch die Ärzte der Fachabteilung stimmen sich bei Therapieänderungen mit den Palliativärzten ab. Für den (als absolute Ausnahme anzunehmenden) Fall eines unaufgelösten Dissens obliegt die Letztentscheidung einer Abstimmung zwischen der ärztlichen Leitung des Palliativteams und der ärztlichen Leitung der behandlungsführenden Fachabteilung.

Eine palliative Sedierung wird vom Palliativarzt auf dem gesonderten Formblatt „Palliative Sedierung“ angeordnet. Dieser Bogen gilt als ärztliche Anordnung. Für spezielle Medikamente wie L-Polamidon gelten gesonderte Formblätter mit genauen ärztlichen Anweisungen.

Eine im Sinne des Patienten symptomorientierte gut funktionierende Therapie und Unterstützung bedarf der guten Kommunikation und des ständigen interdisziplinären Austauschs aller den Patienten betreuenden Dienste und Mitarbeiter.

## **2.4. Ärztliche Zuständigkeit außerhalb der Regelarbeitszeit**

Außerhalb der Regelarbeitszeit ist der primäre Ansprechpartner der diensthabende Arzt der Fachabteilung. Bei nicht beherrschbaren Symptomen (z.B.

Schmerzdurchbruch, der sich auch durch Bedarfsmedikation nicht bessert) kann dieser sich an den diensthabenden Arzt für Anästhesie wenden. Bei Palliativpatienten mit einer PCA – Pumpe ist für die PCA der diensthabende Arzt für Anästhesie zuständig. Bei Patienten mit PCA-Pumpe findet vor Dienstbeginn eine mündliche Übergabe durch die Palliativärztin/den Palliativarzt statt.

In den Abteilungen ohne anwesenden ärztlichen Dienst ist für dringende palliativmedizinische Fragestellungen der diensthabende Arzt für Anästhesie zuständig.

Der diensthabende Arzt für Anästhesie kann sich mittels des auf dem Palliativlaufwerk hinterlegten Übergabeprotokolls über die Palliativpatienten informieren.

Eine Bedarfsmedikation für schon bestehende Symptome ist auf dem rosa Anordnungsbogen hinterlegt.

Bei neu aufgetretenen Symptomen kann der diensthabende Anästhesist nach dem auf dem Palliativlaufwerk und im Intranet hinterlegten medizinischen Standard „Ärztliche Standards Palliativ“ vorgehen.

Wartezeiten sind je nach Beschäftigung der diensthabenden Kollegen unvermeidbar.

Bei besonderen palliativmedizinischen Konstellationen und komplexen Symptomen findet eine Wochenendvisite durch die Palliativärzte statt. Die Entscheidung über die Notwendigkeit dieser Visite trifft der/die am Freitag zuständige Palliativarzt/ärztin.

## **2.5. OPS-Kode 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung:**

Der Palliativdienst kann unter bestimmten Voraussetzungen ein Zusatzentgelt (ZE 60) generieren.



Die Mindestmerkmale Abrechnen der Ziffer 8 – 982 liegen in unserem Krankenhaus vor:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche:  
Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

Das Zusatzentgelt kann nur ab einer mindestens 7-tägigen Behandlungsdauer durch den Palliativdienst generiert werden. Eine frühzeitige Einbindung ist demzufolge nicht nur aus patientenbezogenen, sondern auch aus ökonomischen Erwägungen wünschenswert.

### 3. Beschreibung des Ablaufs

#### 3.1 Anforderung des Palliativdienstes

Ein Konsil kann von einem Arzt/Ärztin und in dessen/deren Auftrag von einer examinierten Pflegekraft angefordert werden.

Das Konsil wird in SAP angefordert und der Palliativdienst über den Piepser 7465 informiert.

Nach dem Erstbesuch durch die Palliativärztin/den Palliativarzt und der Entscheidung zur palliativmedizinischen Mitbetreuung 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 Palliativärztin/der Palliativarzt über den Piepser 7403 oder die Palliativpflegekraft über den Piepser 7465 erreicht werden.

#### 3.2 Teamsitzung

Einmal wöchentlich findet Dienstag 13 bis 14 Uhr im Besprechungsraum der Anästhesie, 3. Stock, eine Teamsitzung statt. Dort werden alle palliativmedizinischen Patienten besprochen werden. Daran sollten teilnehmen: Palliativärztin/Palliativarzt, Palliativpflegekraft, Seelsorger, Sozialarbeiter, Physiotherapeut, Psychoonkologin, die Hospizleitung, ein Vertreter der Pflegedirektion, Apotheker. Alle Teilnehmer berichten über ihre bisherigen Therapieerfolge und sind aufgefordert, auf noch zu lösende Probleme oder Wünsche des Patienten und der Angehörigen hinzuweisen. Jeder Teilnehmer bringt seine Fachkompetenz zur Erreichung noch nicht erreichter Therapieziele ein. Für jeden betreuten Patienten wird ein schriftliches Ergebnisprotokoll erstellt.

## 4. Leistungsangebote des Palliativdienstes

Der Erstbesuch erfolgt durch Palliativarzt/ärztin und Palliativpflegekraft. Die bisher anliegenden Probleme und das weitere Vorgehen werden mit dem behandelnden Arzt und der betreuenden Pflegekraft besprochen. Der Patient wird an Werktagen täglich besucht, bei Bedarf auch mehrfach. Die Visite an Werktagen findet möglichst vormittags statt, um sie für das Stationspersonal und die Patienten planbar zu machen und mögliche Therapieoptionen noch am gleichen Tag beginnen zu können. Die Dauer des Besuches richtet sich nach dem Bedarf des Patienten, 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 Patienten und der Angehörigen.

Um ein multidimensionales Therapiekonzept zu ermöglichen, werden weitere Fachkräfte außerhalb der medizinisch – pflegerischen Profession in den Palliativdienst integriert. Hierzu zählen Seelsorger, Physiotherapeuten, Psychoonkologin, Sozialarbeiter, Apotheker, ggf. auch Gestaltungstherapeuten.

### 4.1 Leistungsangebot der Palliativärzte

- Einschätzung des palliativmedizinischen Bedarfs
- Behandlungsführung der palliativmedizinischen Behandlung des Patienten mit ständiger Abstimmung mit der fallführenden Abteilung
- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans und Koordination desselben mit der Fachabteilung
- Symptomkontrolle (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Dyspnoe, Obstipation, Angst, Depression, Unruhe, Juckreiz, Schwäche, Lymphödem, Delir, Singultus, Versorgung von exulzierenden Tumoren)
- Tägliche Verlaufsdokumentation der Entwicklung und ggf. Therapieanpassung
- Anpassung der medikamentösen Therapie

- Regelmäßige Visiten und ggf. Anpassung des Therapieplanes
- Bei komplexen Schmerzproblemen Bereitstellung einer Schmerzpumpe
- Palliative Sedierung bei entsprechender Indikation
- Mithilfe bei der Klärung des Therapieziels
- Unterstützung des ärztlichen Teams der Fachabteilung bei der Übermittlung schlechter Nachrichten
- Mutmaßliche Willensbildung zur Klärung des Therapieziels bei nicht entscheidungsfähigen Patienten
- Unterstützung bei schwierigen ethischen Entscheidungen
- Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Hilfestellung für Patienten und Angehörige bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Familiengespräche
- Vorausschauende Vorbereitung der Angehörigen auf mögliche Krisensituationen und Symptome bei komplexem Symptomgeschehen und in der Terminalphase
- Entscheidungen über Art und Umfang der Komplementärtherapie
- Fallbesprechungen mit der Fachabteilung
- Leitung der wöchentlichen Teambesprechung
- Vorausschauende Entlassungsplanung: Koordination der Anbindung einer ambulanten oder stationären palliativmedizinischen Versorgung in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Hausärzten und ambulanten Pflegediensten
- Koordination und Organisation einer SAPV-Einschreibung
- Palliativmedizinischer Kurzarztbrief
- Schulung aller Berufsgruppen bezüglich palliativmedizinischer Fragestellungen
- Fortbildungsveranstaltungen und Lehre (z.B. Studenten, Ärzte aller Fachabteilungen, Pflegekräfte)

## 4.2 Leistungsangebot der Palliativ – Pflegekräfte

- Einschätzung des palliativpflegerischen Bedarfs ( auch Zeitaufwand)
- Entwicklung palliativpflegerischer Ziele und Integration in den Pflegeplan in Absprache mit den Pflegekräften der Fachabteilung
- Pflegerische Unterstützung und Beratung bei allen Symptomen (Schmerzen, Luftnot, Inappetenz, Übelkeit, Mundpflege in der Finalphase, entlastende Lagerung, etc.)
- Tägliche Evaluation des Therapieerfolgs
- Tägliche Dokumentation der erreichten pflegerischen Ziele und der besonderen pflegerischen Aspekte
- Unterstützung des Patienten bei besonderen Bedürfnissen (Anmeldung von Wunschkost, bei Hitze Tischventilator, bei Dyspnoe Handventilator, auf Wunsch Musik oder Bücher, Aromaöl-Vernebler, bei Bedarf elektrisch verstellbares Bett/Sessel, etc.)
- Gespräche mit Patienten und Angehörigen: Hilfestellung für Patienten und Angehörige bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und in der Akzeptanz der Krankheit/ dem Leben mit der Krankheit
- Unterstützung der Patienten bei der Lebensbilanz
- Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Erheben einer Sozialanamnese
- Erfassen des familiären Gefüges in einem Familienstammbaum
- Erfassen von Ressourcen, die während des Krankenhausaufenthaltes genutzt werden können (Interessen, die durch zusätzliche Unterstützungsangebote unterstützt werden können, z.B. Musiktherapie, Entspannungsverfahren, Klangschalen)
- Aromapflege bei speziellen Indikationen (Aphthen, verschiedene Symptome wie Unruhe, Übelkeit, etc.)
- Teilnahme an der wöchentlichen Teamsitzung und Entwicklung weiterer Therapieziele für den Patienten unter Einbringung der palliativpflegerischen Kompetenz
- Sterbebegleitung

- Mithilfe bei der Gestaltung eines würdigen Rahmens bei verstorbenen Palliativpatienten
- Trauergespräch mit den Angehörigen
- Teilnahme an der Aussegnung, sofern diese von den Angehörigen gewünscht wird
- Schulung des Personals und der Angehörigen in Mundpflege, Symptomlinderung und speziellen Lagerungsmaßnahmen
- Nach Möglichkeit Unterstützung bei der Wundversorgung
- Beratung der betreuenden Pflegekräfte und gemeinsame Besprechung palliativpflegerischer Fragestellungen
- Einschätzung des pflegerischen und symptombezogenen Bedarfs nach dem Krankenhausaufenthalt
- Mithilfe bei Überleitung in die ambulante palliativmedizinische Versorgung in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Pflegeeinrichtungen, stationärem und ambulantem Hospiz, SAPV und ambulanten Pflegediensten, Apotheke
- Palliativpflegerische Fortbildungen

#### **4.3. Leistungsangebote der Seelsorgenden**

Die Seelsorge gehört neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten zum Kernbereich diakonischen Handelns und geschieht in kooperativer Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitenden.

Die Krankenhauseelsorge begleitet Menschen in der Lebens- und Arbeitswelt Krankenhaus.

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger sind nicht im Diagnose- und Behandlungsablauf des Krankenhauses verplant und an keine Abteilung gebunden. Sie können sich Zeit nehmen für Menschen,

- die Krankheit als Lebenskrise erfahren
- deren Leben bedroht ist

- die geheilt sind
- die sterben
- die Krankheit, Genesung oder Sterben ihrer Angehörigen erleben.

Ebenso wendet sich die Krankenhausseelsorge an alle, die im Krankenhaus arbeiten. Die Seelsorgenden stehen allen, die sich der Grenzsituation Krankenhaus stellen und häufig unter großer Belastung sind, für Gespräche zur Verfügung.

Eine Seelsorgerin hat einen Schwerpunkt ihrer Arbeit im Bereich der Palliativversorgung und nimmt an den Teamgesprächen teil. Im Verhinderungsfall informiert sie einen ihrer Kollegen, der oder die statt ihrer an der Teamsitzung teilnimmt. Die Seelsorgerin dokumentiert die Zeitdauer des geführten Gesprächs im Zeiterfassungsbogen und trägt es im Übergabebogen des Teams ein.

Die Seelsorge ist über das ComCenter erreichbar.

Besondere Wünsche nach konfessioneller oder anders religiöser Begleitung werden ermöglicht.

Seelsorge vollzieht sich vor allem im gemeinsamen Gespräch. Diese unterliegen der besonderen seelsorgerlichen Verschwiegenheit und ggf. dem Beichtgeheimnis.

Daneben sind Gottesdienste, Andachten, Abendmahlsfeiern/ Kommunionen (auch auf dem Zimmer), Krankensalbungen und Krankensegnungen Orte der Begegnung.

Die angebotenen Gespräche und Rituale bieten die Möglichkeit, sich mit der Situation und mit sich selbst auseinanderzusetzen, zur Ruhe zu kommen und spirituelle Ressourcen zu stärken.

Mit dem Angebot, im Diakoniekrankenhaus verstorbene Menschen zu verabschieden, werden Momente der Erinnerung geschaffen, die die Situation der Trauernden aufnehmen und individuelle Trauerwege eröffnen.

Regelmäßig werden Menschen aller Konfessionen und Religionen und all jene, die sich noch einmal in der Gemeinschaft mit anderen an die im Diakoniekrankenhaus verstorbenen Angehörigen erinnern möchten, zum Gedenkgottesdienst eingeladen.

## 4.4 Leistungsangebote der Physiotherapeuten

### Physiotherapie

Palliative Physiotherapie-ein Widerspruch in Sich? Stehen doch Aktivität und Rehabilitation im Gegensatz zu Sterben und Tod. Ein entscheidender Punkt ist aber, dass die Diagnose einer terminalen Erkrankung nicht bedeutet, dass kein Potential zur funktionalen Verbesserung mehr besteht! Der palliativ tätige Physiotherapeut hat die wichtige Funktion, seinen Patienten und ihren Bezugspersonen im Rahmen eines pragmatisch orientierten Angebotes realistische Hoffnungen zu bieten und ihnen auf diese Weise zu vermitteln, die Kontrolle über ihre Situation wieder zu erlangen. Der PT benötigt deshalb auf der einen Seite ein breites Spektrum an Kernkompetenzen und Spezialwissen aus therapeutischer Sicht und die Fähigkeit, verletzlichem Patienten Vertrauen, Zuversicht und Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Bei Palliativpatienten liegt zumeist ein breiteres Symptomspektrum vor als in der Akutversorgung von Patienten. Die sonst angestrebten Ziele, das Kraft-, Beweglichkeits-, und Funktionsniveau zurückzubringen, treten in den Hintergrund. Neben einem fundierten palliativmedizinischen Wissen sind auch Kenntnisse auf verschiedenen Spezialgebieten wie zum Beispiel Orthopädie, Geriatrie und Onkologie notwendig, um problemlösungsorientierte Ansätze zur Anwendung zu bringen. Es sollen Selbstvertrauen aufgebaut und Selbstständigkeit ermöglicht werden. Physiotherapie heute ist auf den ganzen Körper, nicht nur symptomorientiert, ausgerichtet. Durch Verbesserung der Funktionen, der Copingstrategien und damit der Unabhängigkeit-soweit es die zunehmenden krankheitsbedingten Beschränkungen zulassen- verlagert sich der Focus hin zu einem ganzheitlichen, patientenzentrierten Ansatz. Dieser sehr ressourcenorientierte Ansatz motiviert wiederum Patienten und ihre Familien zu eigenem Engagement. Durch Entwickeln einer stabilen Therapeut-Patienten-Beziehung und dem konsequenten Hören auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten nähert man sich schrittweise dem Ziel der Kompetenz und Eigenverantwortung des Patienten. „... dem Sterbenden ermöglichen zu leben, bis er stirbt, sein persönliches Potential dabei bis zu den Grenzen seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit



auszuschöpfen und, soweit irgend möglich, Eigenkontrolle und Unabhängigkeit zu bewahren“ (Saunders 1998).

Ein klarer Auftrag für den Therapeuten.

### **Therapiespektrum Physiotherapie**

- Planung der physiotherapeutischen Behandlung, inklusive Befunderhebung mit anschließendem Erstellen eines individuellen Behandlungsplanes und dessen regelmäßige Evaluation
- Beratung bei anstehenden Entscheidungen über Einsatz von Hilfsmitteln
- Gespräche mit Patienten und Zugehörigen (Hilfestellung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung)
- Zusammenarbeit im interdisziplinären Behandlungsteam zur Gewährleistung des multiprofessionellen Behandlungsansatzes
- Atemtherapie (inklusive effektive PT-Maßnahmen bei Dyspnoe)
- Thromboseprophylaxe (frühzeitige Mobilisation, dynamischer/statischer Muskelarbeit, Kreislauftraining)
- Schmerztherapie (Clinical Reasoning mit Maßnahmen zur Schmerzreduzierung)
- Elektrotherapie (inklusive TENS)
- Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (inklusive manueller Lymphdrainage)
- Massagetechniken (Bindegewebsmassage, klassische Massage, Periostbehandlung, Triggerpunktbehandlung, Narbenbehandlung)
- Thermische Maßnahmen (Wärme/kälte in unterschiedlichen Applikationsformen)
- Entspannungstechniken (nach Scharschuch-Haase, Jacobsen, Feldenkrais)
- Kinesiotaping
- Klassische krankengymnastische Behandlung
- Vorbereiten und Schulen von Aktivitäten des täglichen Lebens (inklusive Gangschule/Treppe)

#### 4.5 Leistungsangebote der Psychoonkologie

Die psychosoziale Betreuung von Palliativpatienten hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist fester Bestandteil einer modernen, patientenzentrierten Behandlung geworden.

Im Verlauf einer unheilbaren Erkrankung können Menschen mit Ängsten, depressiven Verstimmungen, Wut und Lebensüberdruß konfrontiert sein. Die Arbeit des Psychoonkologen mit dem Patienten und seinen Angehörigen zielt einerseits darauf, die emotionalen Reaktionen gemeinsam auszuhalten. Die Fähigkeiten des Patienten und seiner Angehörigen, die augenblickliche Lebenswirklichkeit und die Begrenzungen zu tolerieren und um das Versagte zu trauern, werden durch Gespräche mit dem Psychoonkologen gestärkt. Es geht in der Psychoonkologie andererseits auch darum, die Krankheitsverarbeitung zu verbessern, Ressourcen zu aktivieren und Entspannungstechniken zu nutzen, um die krankheitsbedingten Belastungen des Patienten und seiner Angehörigen zu mindern.

Im Rahmen der Palliativarbeit bieten wir zudem Würdezentrierte Therapie an. Hierbei bekommen die Patienten die Gelegenheit ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Es können dabei auch Dinge zur Sprache kommen, die der Patient seinen Angehörigen gerne noch einmal sagen möchte. Die Erzählung des Patienten wird danach niedergeschrieben und dem Patienten und/oder seinen Angehörigen ausgehändigt. Dadurch kann das Würdeempfinden des Patienten gesteigert werden.

Insgesamt ist das vorrangige Ziel der Psychoonkologie der Erhalt und die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen.

Daraus ergeben sich folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Gespräche mit Patienten und Angehörigen
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- Ressourcenaktivierung
- Achtsamkeitsbasierte Interventionen
- Erfassung von und Hilfe bei psychischer Komorbidität
- Kriseninterventionen
- Würdezentrierte Therapie

- Teilnahme an der wöchentlichen Teamsitzung mit Einbringung der fachlichen Kompetenz zum Erreichen weiterer Therapieziele
- Dokumentation der patientennahen Zeit im Zeiterfassungsbogen
- Dokumentation der psychoonkologisch relevanten Aspekte im Verlaufsbogen

#### 4.6 Leistungsangebot des Sozialdienstes

Einleitung:

Der Sozialdienst im Rahmen eines Palliativdienstes 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 Patienten erfordert ebenfalls Zeit sowie eine hohe Flexibilität und Sensibilität seitens der Mitarbeitenden im Sozialdienst. Es gilt, mit dem Patienten/innen Perspektiven zu erarbeiten, die für ihn tragfähig, akzeptabel und geeignet sind, den bisherigen Behandlungserfolg zu sichern. Dies erfordert unter Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und Gewohnheiten ein kommunikatives Aushandeln mit Fachleuten über vorhandene Entscheidungsalternativen.

Als Bestandteil der palliativmedizinischen Komplexhandlungen hat der Sozialdienst nahezu zu jedem Patienten einen regelhaften Kontakt. Daraus ergeben sich wie folgt folgende Arbeitsschwerpunkte.

Bestandteile der täglichen Arbeit des Sozialdienstes im Rahmen einer Betreuung durch den Palliativdienst sind:

- Eruiieren des psychosozialen Hilfebedarfes des Patienten und seines Bezugssystems
- Psychosoziale Diagnosestellung
- Psychosoziale Begleitung der Patienten und Angehörigen inkl. Kriseninterventionen

- Information, Beratung und Überleitung ins ambulante und stationäre Hilfenetz
- Sozialrechtliche Beratung und begleitende Unterstützung
- Sterbe -und Trauerbegleitung
- Schnittstellenmanagement
- Konsildienst und Beratung eigener sowie fachfremder Berufsgruppen
- Fortbildung und Lehre (z.B. Praktikanten von Hochschulen)
- Dokumentation und Statistik
- Öffentlichkeitsarbeit
- Teilnahme an der wöchentlichen Teamsitzung mit Einbringung der fachlichen Kompetenz zum Erreichen weiterer Therapieziele
- Dokumentation der patientennahen Zeit im Zeiterfassungsbogen
- Dokumentation der sozialdienstlich relevanten Aspekte im Verlaufs – und Übergabebogen

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

#### **4.7 Leistungsangebote der Musiktherapie**

Musiktherapie kann über den gezielten Einsatz von gehörter oder selbst gespielter Musik zu einem Erhalt oder einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Fokus der musiktherapeutischen Behandlung in unserer Palliativarbeit liegt auf der rezeptiven Musiktherapie und dabei insbesondere auf der Nutzung der Körpertambura. Die Körpertambura ist ein Klanginstrument, das zur Klangbehandlung auf oder neben den Körper aufgelegt wird. Das Klangerleben kann entspannend und beruhigend auf den Patienten und seine Angehörigen wirken und immobilen und/oder sterbenden Menschen zu einer Verbesserung der Atmung verhelfen.

Daraus ergeben sich folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Förderung von Entspannung und Wohlbefinden
- Emotionale Stabilisierung
- Teilnahme an den Teambesprechungen

#### **5. Dokumentation**

- Ärztl. Anordnungen auf dem rosa Behandlungsplan inklusive Bedarfsmedikation
- Erstellen des individuellen Behandlungsplans durch Palliativärztin/Palliativarzt
- Ausfüllen der Palliativ - Patientenkurve durch Palliativärztin/Palliativarzt, Ergänzungen durch Palliativ-Pflegekräfte

- Dokumentation der patientennahen Zeit (dazu zählen auch Angehörigengespräche) durch Palliativpflegekräfte, Palliativärztin/Palliativarzt und allen Erbringern der „Komplementärtherapie“ (Seelsorge, Physiotherapie, Psychoonkologie, Sozialdienst) auf dem Zeiterfassungsbogen
- Dokumentation des täglichen Verlaufs / der aktuellen Probleme/ erreichter und angestrebter Therapieziele im Verlaufsbogen durch alle Berufsgruppen
- Tägliche Aktualisierung des Übergabebogens durch alle Berufsgruppen
- Bei palliativen Sedierungen Ausfüllen des Bogens „Ärztliche Anordnung“ durch Palliativärztin/Palliativarzt
- Bei Festlegung einer DNR – Order oder einer Therapiezieländerung auf reine Symptomlinderung ausfüllen von „Nicht wiederbeleben“ oder „Sterben zulassen“ in SAP durch Palliativärztin/Palliativarzt
- Bei Verlegungen/Entlassungen von Patienten, die nicht wiederbelebt werden, Ausfüllen des Bogens „Nicht wiederbeleben“ für den Rettungsdienst durch Palliativärztin/Palliativarzt

## 6. Personelle Voraussetzungen, Qualifikationen der Mitglieder

Voraussetzungen für die Tätigkeit im palliativmedizinischen Dienst sind fachliche, kommunikative, organisatorische und soziale Kompetenz .

Die leitende Palliativärztin/der leitende Palliativarzt muss über die abgeschlossene Facharztausbildung und die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügen.

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

Mitarbeiter, Funktion im Team	Qualifikationen
Dr. Brigitte Jage Ärztliche Leitung	Fachärztin für Anästhesie Zusatzbezeichnung Palliativmedizin Stellv. Vorsitzende Ethikkomitee
Dr. Ulrike Nienaber Stellvertretende ärztliche Leitung	Fachärztin für Anästhesie In Ausbildung zur Zusatzbezeichnung

	Palliativmedizin
Sebastian Daugherty Stellvertretende ärztliche Leitung	Facharzt für Anästhesie Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
Diakon Horst Wöllstein	Palliativ – Care – Fachpflegekraft Fachpfleger Anästhesie Mitglied Ethikkomitee
Diakonin Marion Hahn	Palliativ – Care – Fachpflegekraft Tätigkeit im Kriseninterventionsteam

Diakonin Elke Keim	Physiotherapeutin Zusatzqualifikationen Palliativ - Physiotherapie, Lymphdrainage Kinder-Trauerbegleiterin Mitglied Ethikkomitee
Doris Molter	Physiotherapeutin Zusatzqualifikation Lymphdrainage
Diakonin Heike Lehmann	Palliativ – Care – Fachpflegekraft Überleitung Sozialdienst Mitglied Ethikkomitee
Beate Braun	Psychologin Zusatzqualifikationen Würdezentrierte Therapie, Musiktherapie
Pastorin Cornelia Michels – Zepp	Seelsorgerin
Pastoralreferent Rudolf Ackermann	Seelsorger
Diakonin Judith Schneider	Palliativ – Care – Fachpflegekraft Seelsorgetätigkeit
Alexandra Herrmann	Pharmazeutin Beratende Funktion



## Konzept des Palliativdienstes