

**Erschienen in: die hospiz zeitschrift Ausgabe Nr. 88 (04/2020)**

**Erfahrungsbericht - Palliativmedizinischer Dienst von extern  
 an den Kliniken Mindelheim und Ottobeuren im Klinikverbund Allgäu**

**Motivation**

Das Fachprogramm für Palliativmedizinische Dienste des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hat das Ziel bereits 2006 ausgerufen: „schwerkranken und sterbenden Patienten auf **allen Stationen im Krankenhaus** eine weitgehende Symptom- und Leidenslinderung zu bieten, mit dem Ziel einer Entlassung nach Hause oder, falls dies nicht möglich ist, eines Sterbens in Würde“.

Vergegenwärtigt man sich die hospizlich-palliative Versorgungsstruktur in unserer Region, dem Landkreis Unterallgäu, so kann man bestätigen, dass zwar manches erreicht wurde: Die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch Hausärzte und Pflegedienste ist stetig gewachsen, auch unterstützt durch vielfältige, vernetzende Weiterbildungsangebote seitens des regional umfassend agierenden Sankt-Elisabeth-Hospizvereins. So betreibt der Hospizverein einen eigenen, kostenlos agierenden Palliativberatungsdienst für die Seniorenheime. Auch hat der gleiche Hospizverein 2013 mit der Gründung der PALLIUM gGmbH ein SAPV-Team ins Leben berufen, das seitdem die spezialisierte Versorgung im ambulanten Bereich sichert. Nur eine spezialisierte Palliativversorgung an den beiden Klinikstandorten im Landkreis Unterallgäu, in Mindelheim und Ottobeuren, gab es bislang noch nicht.

Kennt man jedoch die unvermeidbaren Engpässe einer guten und umfassenden Betreuung Sterbender und Ihrer Angehörigen in den Abläufen deutscher Kliniken und weiß man um die kraftvolle Wirkung einer spezialisierten Palliativversorgung, so ist die Motivation eine solche Unterstützung an unseren Kliniken aufzubauen und diese Lücke zu schließen, nachzuvollziehen.

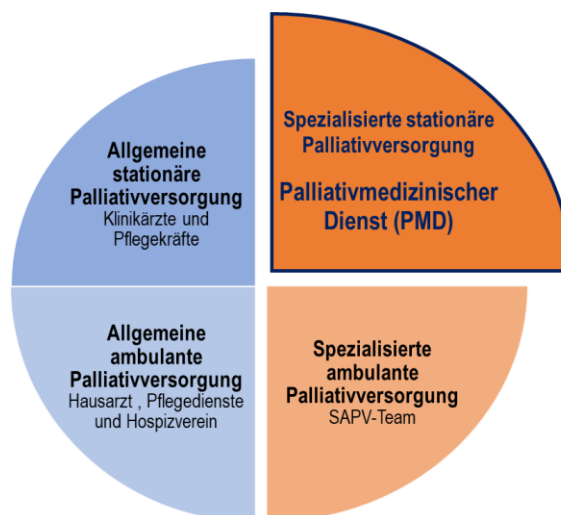


Abb. 1: Mit dem Aufbau eines PMD die Lücke schließen

**HPG 2015 und die politische Botschaft**

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG), das im Dezember 2015 in Kraft trat, wurden vielfältige Maßnahmen beschlossen, „die die medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung fördern“. Weiter heißt es, dass „auch in Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, die Palliativversorgung gestärkt wird: Krankenhäuser können krankenhausespezifische Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen **oder mit externen Diensten kooperieren**“ (Zitat Homepage Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html>).

### **Kooperation mit externen Diensten**

Der Hinweis, dass Palliativmedizinische Dienste (PMD) auch in Kooperation „mit externen Diensten“ realisiert werden können, drückt die politische Botschaft aus, auch kleineren Kliniken, die mit eigenen Ressourcen nicht in der Lage sind ein solches spezialisiertes Team vorzuhalten, Wege hierfür zu erschließen. Dies ist im Sinne des gewünschten „flächendeckenden Ausbaus“ nur konsequent und deckt sich mit den Zielen palliativmedizinisch orientierter Pflegekräfte und Ärzte, die so z. B. auch in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ ausgerufen sind.

Angesichts der für die Gründung eines PMD hinterlegten Auflagen und Qualifikationen bietet sich für solche Kooperationen in erster Linie die Zusammenarbeit mit SAPV-Teams an, da dort am ehesten die notwendigen fachlichen Ressourcen, auch mit den geforderten Ausfallstrukturen, vorhanden sind.

### **Palliativdienste in Kliniken des Regierungsbezirk Schwaben - Mangelware**

Vor Gründung in Mindelheim und Ottobeuren waren im Krankenhausplan des Freistaats Bayern für den Regierungsbezirk Schwaben, neben der Uniklinik Augsburg, nur noch an zwei weiteren Kliniken Palliativmedizinische Dienste aufgenommen – eine flächendeckende Versorgung liegt nicht vor. Spekuliert man über Gründe hierfür, so sind neben der wohl noch immer verbreiteten mangelnden Einsicht in die Notwendigkeit solcher Dienste, weitere Hürden vor allem bei der aufwendigen Gründung eines Palliativdienstes, der unterdeckten Refinanzierung und dem bekannten Mangel an qualifiziertem Fachpersonal zu suchen.

### **Gibt es einen Bedarf für spezialisierte Palliativbetreuung an Kliniken der Grund- und Regelversorgung?**

Statistisch haben sich in 2017 circa 44% aller Todesfälle in deutschen Kliniken ereignet. Vereinfacht kann man überschlagen, dass pro Krankenhausbett nahezu ein Patient pro Jahr in der Klinik verstirbt, an den beiden Klinikstandorten in Mindelheim und Ottobeuren mit 340 aufgestellten Betten sind das pro Jahr circa 300-320 Patienten. Die häufigsten Todesursachen sind nach wie vor Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems mit circa 36%, maligne Neubildungen mit 24% und Erkrankungen des Atmungssystems mit 7,5% aller Todesfälle, also Krankheitsformen, die gerade bei stationären Patienten mit fortgeschrittenen Symptomen und erheblichem Leidensdruck einhergehen (*Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018*). Nach einer Stichprobenuntersuchung bestehender Konsildienste in Kliniken der Maximalversorgung berechnet sich der jährliche PMD-Mitbehandlungs-Bedarf in Bezug auf die Bettenzahl mit einem Faktor von 0,4 bis 0,5. In unseren Kliniken, die zudem ohne Palliativstation auskommen müssen, entspräche dies bei 340 Betten in etwa 136 bis 170 Patienten (*Mitteilung DGP, [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Informationen\\_zum\\_krankenhausindividuellen\\_Zusatzentgelt\\_-\\_OPS\\_8-98h.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Informationen_zum_krankenhausindividuellen_Zusatzentgelt_-_OPS_8-98h.pdf)*). Darunter finden sich Patienten, die vom PMD mitbehandelt werden oder nach einer stationären Behandlung wieder zur Entlassung anstehen.

In einer empirischen Studie zu den psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Bedingungen der Sterbebetreuung in deutschen Kliniken haben George und Kollegen Daten aus den Jahren

2012/2013 erhoben und mit Ergebnissen der gleichen Arbeitsgruppe aus dem Jahr 1989 verglichen. Auch wenn sich einzelne Aspekte wie z. B. die Einbindung von Angehörigen signifikant verbessert haben, führen die Verdichtung der Arbeitsbedingungen, der weiter konstatierte Mangel in der palliativmedizinischen Ausbildung sowie der Eindruck, dass oft unnötige lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen werden, dazu, dass mehr als die Hälfte der Befragten in ihrem Arbeitsumfeld ein würdevolles Versterben verneinen (*George W, et al; Deutsches Ärzteblatt; Jg. 111; Heft 9; Februar 2014*). Vermutlich teilen palliativmedizinisch orientierte Pflegekräfte und Ärzte den Eindruck, der sich auch unserem Palliativdienst aufdrängt: eine professionelle, ganzheitlich ansetzende Sterbebegleitung in unseren Kliniken scheitert oftmals nicht nur am Fehlen notwendiger Kenntnisse sondern auch am Umsetzen bereits bekannten Wissens.

Bedarf und Notwendigkeit für palliativmedizinische Dienste in allen Akutkliniken, auch der Grund- und Regelversorgung, sind also dringend zu bejahen.

### **Palliative und kurative Medizin im Rendezvous**

Dem spezialisierten palliativmedizinischen Dienst eröffnet sich insbesondere die Chance komplex betroffene Patienten in allen Einheiten einer Klinik nach den Grundlagen von Palliative Care zu betreuen und damit gleichzeitig der Auftrag wie die Gelegenheit, in einer Klinik Wissen und Haltung der Palliativmedizin nachhaltig zu fördern. Dank des notwendigerweise intensiven fachlichen Austauschs zwischen PMD und den Mitarbeitern der bettenführenden Abteilung, dank des Mitbehandelns und `Einmischens´ durch den PMD, kann so in einer Klinik eine palliative Behandlungskultur in der Breite wachsen. Ein begrüßenswerter `pädagogischer´ Effekt, der vor allem Palliativdiensten vorbehalten ist und sich durch das autonome Wirken innerhalb einer Palliativstation vermutlich nicht in vergleichbarer Weise einstellt.

Palliativdienste können somit mehr noch als Palliativstationen zusammenführen, was, nicht nur in den Köpfen getrennt ist und wegen der oft fließenden Übergänge zusammen gehört – kurative und palliative Medizin.

### **Palliativdienste - Paradigmenwandel in der Finanzierung?**

Waren Palliativdienste in unseren Kliniken bislang eklatant unterfinanziert, so zog mit der Einführung der OPS 8-89h die Hoffnung auf eine einkömmliche Finanzierung ein. Theoretisch sollte so die Möglichkeit geschaffen werden, Leistungen von multiprofessionellen, mobilen Palliativdiensten im Krankenhaus geltend zu machen und krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte mit den Kostenträgern zu verhandeln. Seit dem Jahr 2016 kann diese palliativmedizinische Komplexbehandlung theoretisch auch durch einen externen Leistungserbringer erbracht werden (OPS 8-89h.1).

Inhaltlich sind für die geforderte Leistungsstruktur und multiprofessionelle Behandlungsqualität eines PMD zwei Kataloge vorgegeben: zum einen das Fachprogramm „Palliativversorgung in Krankenhäusern“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, das laut Ministerium in Analogie auch für externe Leistungserbringer gilt und zum anderen die Mindestmerkmale der OPS 8-89h. Um diese Anforderungen vorzuhalten, wären entsprechend von Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ein Stundenpreis von ca. 400-450 €/h für die sogenannte `patientennah erbrachte Zeit´ zu veranschlagen. Dem liegt unter anderem die Annahme zugrunde, dass in der spezialisierten Palliativmedizin ein Verhältnis patientennaher zu patientenferner Zeit von circa 1:5-7 üblich ist. Für externe Dienste müsste dieser Stundensatz, nicht zuletzt wegen der notwendigen Fahrzeiten und Wegekosten, um eine entsprechende Steigerung erhöht werden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) hat den Auftrag entsprechend der entstehenden Kosten einen Stundensatz als bewertetes Zusatzentgelt für die Abrechnung zu ermitteln. Dies ist bislang noch nicht erfolgt.

Laut DGP liegen bisher nur in wenigen Einzelfällen annähernd kostendeckende Verhandlungsergebnisse vor. In der Regel ist man mit Stundensätzen oder Pauschalen konfrontiert, die die unmissverständlich geforderte Behandlungsqualität nicht annähernd refinanzieren. Dies gilt auch für externe Dienste, so dass es nicht verwundert, dass seit in Kraft treten des HPG kaum neue, und schon gar keine externen Palliativdienste entstanden sind. Ein Paradigmenwechsel in Sachen Finanzierung, der sich mit dem politischen Willen nach flächendeckender Bereitstellung spezialisierter Palliativdienste decken würde, ist bislang bedauernswerterweise ausgeblieben.

## **Palliativmedizinischer Dienst von Extern**

Im November 2018 hat an den Kliniken Mindelheim (200 Betten) und Ottobeuren (140 Betten) (damals Kreiskliniken Unterallgäu, nun mehr Teil des Klinikverbund Allgäu gGmbH) der nach unserem Wissen erste von extern bereitgestellte Palliativmedizinische Dienst in Deutschland seinen Betrieb aufgenommen. Auch dank vielfältiger politischer Unterstützung konnten die Kliniken im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen ein Finanzierungsmodell entwickeln, dass in Anerkennung der für den PMD geforderten Strukturen einen relevanten Anteil zur Finanzierung beiträgt. Da sich darüber hinaus der Landkreis Unterallgäu, als damaliger alleiniger Träger der Kliniken bereit erklärt hat, die zur Kostendeckung verbleibende finanzielle Lücke aufzufüllen, war es der PALLIUM gGmbH, die seit 2013 das SAPV-Team für die Region Unterallgäu-Memmingen stellt, möglich, als externer Anbieter mit dem PMD unter der Prämisse der Kostendeckung zu starten.

### **Abgrenzung SAPV und PMD**

Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung, dass SAPV-Teams grundsätzlich in der Lage sind Palliativmedizinische Dienste von extern anzubieten und die rechtlichen Grundlagen kein Hindernis darstellen. Spitzenverband wie Ortsverbände der Krankenkassen weisen jedoch streng darauf hin, dass der Versorgungsauftrag von SAPV-Teams originär im ambulanten Bereich liegt und bei einer zusätzlichen Tätigkeit im Krankenhaus nicht verletzt werden darf. Bei Übernahme eines solchen Doppelauftrags müsse selbstverständlich dafür gesorgt werden, dass bezüglich der Finanzierung und Leistungserbringung eine klare Abgrenzung, zwischen dem Palliativmedizinischen Dienst und dem SAPV-Team hergestellt wird.

### **PMD-Team**

Im Sinne einer eigenen Leistungserbringung wurde ein Stellenplan für den PMD aufgestellt und mit Kontingenten von 0,875 VK (Vollkraftstelle) für die ärztliche, 0,75 VK für die palliativpflegerische, 0,2 VK für die sozialdienstliche und 0,13 VK für die administrative Funktion ein eigenständiges multiprofessionelles Team geschaffen. Bei entsprechender Gewichtung der Netto-Arbeitszeit und einer geschätzten Relation patientennahe zu patientenferner Zeit wird so ein Volumen von mindestens 400 – 500 Arbeitsstunden für die sogenannte patientennahe Betreuung realisiert.

Insbesondere im Bereich der verpflichtenden palliativärztlichen 24h/365-Tage-PMD-Rufbereitschaft sind Synergien zum Dienstplan des SAPV-Teams möglich, die angesichts der entstehenden Gesamtausgaben für den PMD kostensparend notwendig sind und auch von den Krankenkassen explizit nachgefragt wurden.

Das Stellenkontingent für die Pflege verteilt sich auf zwei erfahrene Palliative Care Fachkräfte, die zum einen die Kliniken aus frühen Arbeitsverhältnissen kennen und zum anderen an den jeweiligen Klinikstandorten wohnen und mit der notwendig hohen Flexibilität agieren sowie Wegezeiten einsparen.

Wichtige Bedeutung kommt auch dem Sozialarbeiter, beziehungsweise den Überleitungen bei Entlassung zu. In enger Abstimmung erfährt der hauseigene Sozialdienst bei Palliativpatienten eine sinnvolle Entlastung durch den PMD. Im Sinne einer maximalen Patientenorientierung sind wir in der Lage über unseren Sozialpädagogen, der ausgebildeter BVP-Gesprächspartner ist, auch diesbezüglich gewünschte Impulse einzubringen.

### **Kooperationsvertrag mit der Klinik**

In einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Kliniken und dem externen Leistungserbringer wurden die rechtliche Stellung, die Durchführung und Abrechnung der externen palliativmedizinischen Leistungen sowie Fragen der Vergütung und Haftung geklärt. Selbstverständlich ist die Klinik Verhandlungspartner der Krankenkassen, rechnet die erbrachten Leistungen mit diesen ab und bezahlt wiederum gegen Rechnung den externen PMD.

### **PMD von extern - Arbeitsweise**

Im Unterschied zu einem „klassischen Konsiliardienst“, der eine einmalige Fachberatung darstellt, besteht das Wesen des PMD in einer multiprofessionellen Beratung und dauerhaften Mitbehandlung des Patienten bis zum Abschluss der stationären Versorgung. Dabei nimmt der PMD bei Patienten, die im Sinne einer palliativmedizinischen Komplexziffer aufgenommen und abgerechnet werden, eine selbstständig aufsuchende Rolle an.

### ***Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit***

Der PMD ist über das SAPV-Büro werktäglich von 09:00 bis 16:00 Uhr telefonisch erreichbar und nimmt Anmeldungen neuer Patienten oder Rückfragen telefonisch und per Faxantrag auf. In der Dienstzeit ist ein Arzt als Mitglied des PMD-Palliativteams rund um die Uhr als Rufdienst eingeteilt, um Anfragen zu bereits aufgenommenen Patienten zu beantworten, oder bei Bedarf auch vor Ort einzugreifen.

### ***Akquise***

Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter gehen dem Start des PMD voraus und begleiten idealerweise in losen Abständen seine Arbeit. Hilfreich und sinnvoll ist die regelmäßige Präsenz der PMD-Mitarbeiter auf den verschiedenen Stationen, auch in Verbindung mit einem aktiven Nachfragen, insbesondere im Bereich der Stationspflege, die die Vorteile durch die Mitbehandlung des PMD oftmals schneller und direkter wahrnimmt. Wiederkehrend muss darauf hingewiesen und hingearbeitet werden, dass die Mitarbeit des PMD sich nicht nur auf die unmittelbare Sterbephase bezieht sondern sinnvollerweise früher einsetzen sollte.

### ***Wie erreicht man einen hohen Wirkungsgrad?***

Zu einer hohen Akzeptanz tragen neben der Behandlungsqualität und guter Kommunikation vor allem auch kurze Reaktionszeiten bei. In vielen Fällen gelingt es trotz der Fahrzeiten, noch am Tag der Anmeldung, spätestens am Folgetag mit dem PMD vor Ort zu sein und unmittelbar therapeutische Konsequenzen mit den Primärbehandlern abzustimmen und deren Anordnung durch den Stationsarzt umzusetzen. Hierfür erstellt der PMD für neu aufgenommene Patienten noch am Aufnahmetag ein mit den Stationsmitarbeitern abgestimmtes, schriftliches Behandlungskonzept, dem ein palliatives Basisassessment und eine interne Absprache zwischen PMD-Arzt und PMD-Palliativpflegekraft vorausgehen. Dies erfordert mitunter hartnäckiges Persistieren, trägt aber maßgeblich zum für alle Beteiligten spürbaren Behandlungserfolg bei. Insbesondere auch für den externen PMD müssen Wege gefunden werden, die verhindern, dass wertvolle Zeit verloren geht, bis neue palliative Strategien – medikamentöser, pflegerischer wie psychosozialer Art - greifen. Hier besteht ein wesentlicher Unterschied zur Arbeit im SAPV-Bereich oder auf einer Palliativstation, wo es dieser Abstimmung und Kontrolle des Umsetzungsgrades nicht bedarf.

Selbstverständlich werden PMD-Patienten und ihr persönliches Umfeld im weiteren Verlauf engmaschig und aktiv aufsuchend betreut. Tägliche Nachfragen, zumeist Visiten vor Ort sind die Grundregel für eine gute palliative Arbeit. Als sehr hilfreich und für Patienten wie Angehörige spürbar effektiv, erweist es sich, vor allem die Kollegen der Stationspflege als `verlängerten Arm´ des PMD-Teams zu gewinnen: eine möglichst einstimmige Kommunikation mit den Betroffenen, gute palliative Basispflege, das Aufspüren von Bedürfnissen und vor allem auch eine suffiziente Umsetzung der verordneten Bedarfstherapien profitieren davon erheblich.

Neben palliativem Fachwissen und einer intensiven, wertschätzenden Kommunikation mit den Stationsmitarbeitern sind also schnelle Reaktionszeiten und hartnäckiges `Dranbleiben´ wichtige Elemente um eine gute Akzeptanz und einen hohen Wirkungsgrad in der PMD-Arbeit zu erreichen.

Nicht unterschlagen werden soll aber auch, dass Mitarbeiter eines PMD auch eine gewisse `Frustrationstoleranz´ und Ausdauer benötigen, da sie von manchen Partnern als einmischend und überflüssig empfunden und in ihrem Wirken skeptisch betrachtet werden.

### ***Dokumentation und EDV-Anbindung***

Für den Austausch im multiprofessionellen Team ist die unmittelbare und ausführliche Dokumentation über ein zentrales System fest etabliert, über das mit Ausdrucken von Berichtsbögen alle relevanten Informationen an die Station schriftlich weitergegeben werden.

Zugriffsrechte auf das klinikeigene Informationssystem sind aktuell noch nicht hergestellt, wären aber aus vielerlei Gründen wünschenswert, da das Beibringen von Befunden und alten Arztbriefen über die Stationsmitarbeiter oftmals sehr zeitraubend und störend ist.

### **Mitbehandlung versus Konsil**

Im Wesentlichen obliegt es dem PMD zu entscheiden, ob die vorliegende Anfrage als einfacher, einmaliger Konsilauftrag oder als Komplexfall in die weitere Mitbehandlung eingeht. Selbstverständlich führt der PMD in einfacher gelagerten Situationen auch nur erstere durch.

### **Zahlen und Daten zu Patienten und Behandlung**

Im ersten vollen Kalenderjahr 2019 wurden 128 Patienten als palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 9-89h) abgerechnet, weitere 93 Patienten nicht. Bei letzteren handelte es sich um `klassische Konsile` zur Schmerzeinstellung und Beratungen über palliativmedizinische und hospizliche Unterstützungsmöglichkeiten, die vom PMD-Team beantwortet wurden, sowie Konsiliar-Anfragen die zu kurzfristig vor der Entlassung bzw. vor dem Versterben gestellt wurden.

Insgesamt betreute der PMD in den Kliniken Mindelheim und Ottobeuren seit seinem Start im November 2018 bis heute 371 Patienten. Davon wurden 226 gemäß OPS abgerechnet. Von diesen 226 OPS-Patienten verstarben 99 Patienten unter der Betreuung des PMD. Die verbleibenden 122 Patienten wurden nach Hause oder ins Pflegeheim entlassen, wann immer notwendig mit Unterstützung des SAPV-Teams oder den Strukturen des Hospizvereins, der in den Seniorenheimen mit seinem zusätzlichen Palliativberatungsdienst tätig ist. Auch dank dieser leistungsfähigen ambulanten Netzwerkstrukturen bestand in dieser Zeit nur bei 5 Patienten die Indikation für die Aufnahme in einem stationären Hospiz.

Bemerkenswert ist mit 50 % der Anteil der behandelten Palliativpatienten, die nicht an einem Tumorleiden erkrankt waren. Die Arbeit des PMD nimmt diesbezüglich vorweg, was in der Palliativmedizin insgesamt geboten wäre: ein wachsendes Augenmerk auf Nicht-Tumor-Palliativpatienten.

Nachfolgend ein Beispiel von vielen Patienten, deren Verlauf man sich ohne zusätzliche palliative Mitbehandlung schwer vorstellen kann.

#### **Fallbeispiel**

Eine 66-jährige Patientin kommt mit klassischer Tumorsymptomatik in die Klinik und erhält die Erstdiagnose eines weit fortgeschrittenen Karzinoms der Bauchspeicheldrüse mit diffuser Metastasierung. Binnen weniger Tage kann auch durch Hinzuziehen des PMD, neben einer hinreichenden Symptomlinderung von Schmerzen, Übelkeit und Dyspnoe, die Krankheitsverarbeitung dieser überfallsartigen Konfrontation mit dem drohenden Lebensende intensiv begleitet werden. Ihre größte Sorge gilt dem Ehemann und seiner Reaktion auf ihre Erkrankung. Gemeinsam mit ihrer Tochter werden diese Themen besprochen und der starke Wunsch auf eine schnelle Entlassung nach Hause mit weiterer Unterstützung unseres Sozialdienstes und der akuten Beschaffung notwendiger Hilfsmittel sowie einer Schnelleinstufung des Pflegegrades umgesetzt. Der Patienten verbleiben zuhause nur 4 Tage bis zu ihrem Tod, lediglich 21 Tage nach Erhalt der Erstdiagnose. Unter direkter Überleitung an das SAPV-Team gelingt in diesem brisanten Verlauf eine suffiziente Symptomkontrolle und vor allem eine höchstgradig gebotene psychosoziale Begleitung der Angehörigen, inclusive der Unterstützung durch die Seelsorgerin des SAPV-Teams.

### **MDK-Prüfungen**

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat ein hilfreiches Glossar veröffentlicht, das die relevanten Strukturmerkmale eines Palliativdienstes beschreibt und vom MDK als Grundlage für die Strukturprüfung und regelmäßigen *Einzelfallprüfungen* herangezogen wird. (Quelle angeben: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Glossar\\_PMD\\_3.0\\_Überarbeitung\\_12-12-2017.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Glossar_PMD_3.0_Überarbeitung_12-12-2017.pdf))

Bei den Einzelfallprüfungen wird vor allem Wert auf die mehrdimensionale Sichtweise des palliativmedizinischen Falls gelegt. Das bedeutet, dass die komplexe Palliativbehandlung durch ein spezialisiertes Team, bestehend aus dem ärztlichen Dienst und pflegerischen Dienst sowie einem Vertreter eines weiteren Bereiches, z.B. der Sozialarbeit, seinen Blick auf medizinische, pflegeri-

sche, soziale und psychospirituelle Bedürfnisse richtet. Unverzichtbar sind ebenfalls wöchentliche multiprofessionelle Teamsitzungen, bei denen alle Patienten, auch bereits verstorbene besprochen werden.

### ***PMD zu Zeiten der CORONA-Pandemie***

In den Monaten der CORONA-bedingten Einschränkung vieler Klinikbehandlungen war auch der PMD von rückläufigen Anfragen betroffen. Nichts desto weniger wäre dem PMD im glücklicherweise nicht eingetroffenen Fall der Überlastung unserer Klinikstrukturen, gerade auch im Zusammenhang mit der Triage bei limitierten Ressourcen, große Bedeutung zugekommen, so dass er sich mit entsprechenden Notfallplänen und deren Kommunikation in der Klinik darauf vorbereitet hat.

### **Ziele**

Der von extern eingespeiste PMD an den Kliniken in Mindelheim und Ottobeuren hat sich gut etabliert und einen festen Platz in der palliativen Patientenbetreuung gefunden. Palliativdienste tragen erheblich dazu bei, dass Kliniken viel mehr als früher, als 'guter Sterbeort' wahrgenommen werden – ein Wunsch, der ursächlich die Entwicklung der stationären Palliativmedizin in Deutschland motiviert hat. Durch die aktive Einbettung im kurativ tätigen Stationsbetrieb kann er außerdem mitwirken, den überkommenen Rollenkonflikt zwischen kurativer und palliativer Medizin weiter aufzulösen und gelebte Interdisziplinarität und Multiprofessionalität zu fördern.

Ermutigend ist die Überwindung der bekannten Fokussierung von palliative care auf Patienten mit Tumorleiden. Weiter stimulierend ist das Ziel, die noch sehr zögerliche Förderung einer früheren Integration von Palliativpatienten konsequent weiter zu betreiben.

Unser 'Experiment' mit der Gründung eines externen PMD ist bis zum jetzigen Stand aufgegangen. Wesentliche Voraussetzungen hierfür seien abschließend aufgezählt:

#### **Wichtige Schlüssel für den Aufbau eines PMD von extern**

- Regionale Vernetzung, idealerweise ergänzt von Mitarbeitern mit Doppelfunktion und Bekanntheit innerhalb der Klinik und im Palliativbereich
- Leistungsfähiges SAPV-Team, das um die notwendigen personellen und sachlichen Erweiterungen für den PMD ergänzt wird, als elementare Quell-Ressource für die Infrastruktur und das personelle Ausfallkonzept des PMD
- Mentor für den PMD in der Klinikleitung
- Vorhandene Überzeugung in der Regionalpolitik, bei Klinikträger und Geschäftsführung mit Bekenntnis zur Palliativarbeit und Bereitschaft zur finanziellen Hilfe
- Hartnäckigkeit und Geduld
- Freude am interdisziplinären Diskurs und Offenheit für palliative Ansätze

Dr. Manfred Nuscheler

Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin

Kliniken Mindelheim und Ottobeuren im Klinikverbund Allgäu

Geschäftsführer Pallium gGmbH

