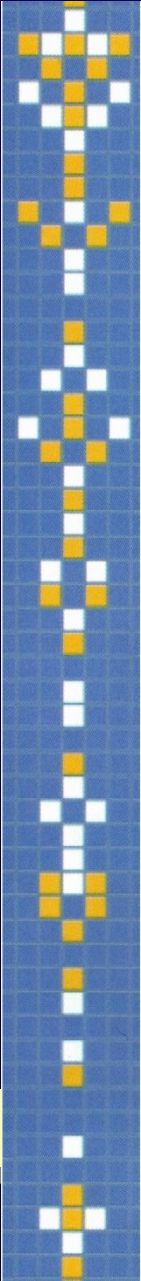
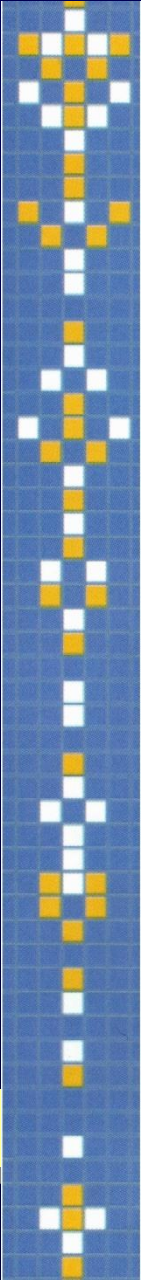




# Sektorenübergreifendes Arbeiten in Palliative Care - Das „Brückenteam“ am Krankenhaus St. Joseph-Stift

34. Deutscher Krankenhaustag





# Probleme

- Bedürfnisse der Palliativpatienten überfordern das ambulante und stationäre Versorgungssystem oder werden nicht ausreichend berücksichtigt
- nicht indizierte medizinische Leistungen
- Transporte schwerkranker Patienten zu den Behandlern
- Unzufriedenheit

# Projektidee

- Schaffung eines Teams aus qualifizierten Palliativ-Ärzten und -Pflegerinnen mit den Zielen:

Betreuungskoordination

Netzwerkbildung

Krisenintervention

palliative - care – Beratung,  
Begleitung

Kommunikation!!!

## Integrierte Versorgung: Vertrags- und Kooperationspartner (2004 – 2009)



**DAK**

Unternehmen Leben



**AOK  
PLUS**



**TK**  
Techniker Krankenkasse



**BARMER**  
diegesundexperten



GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
DR. MED. JOHANNES MOHM  
DR. MED. GABRIELE PRANGE-KREX  
FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN, HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE  
PALLIATIVMEDIZIN



Orthopädie-  
und Rehathechnik  
Dresden

**Christlicher Hospizdienst Dresden e.V.**

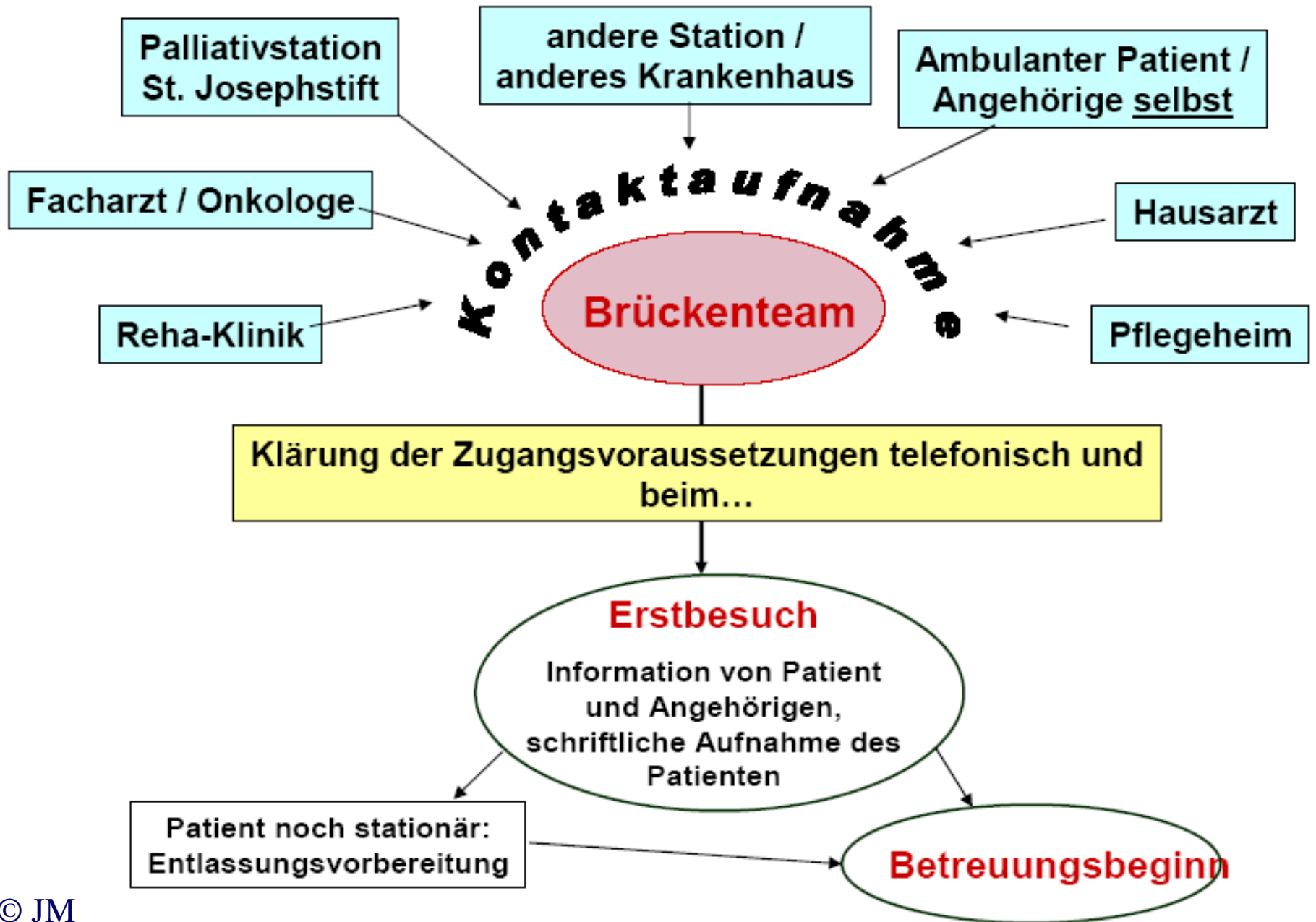


Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft eG

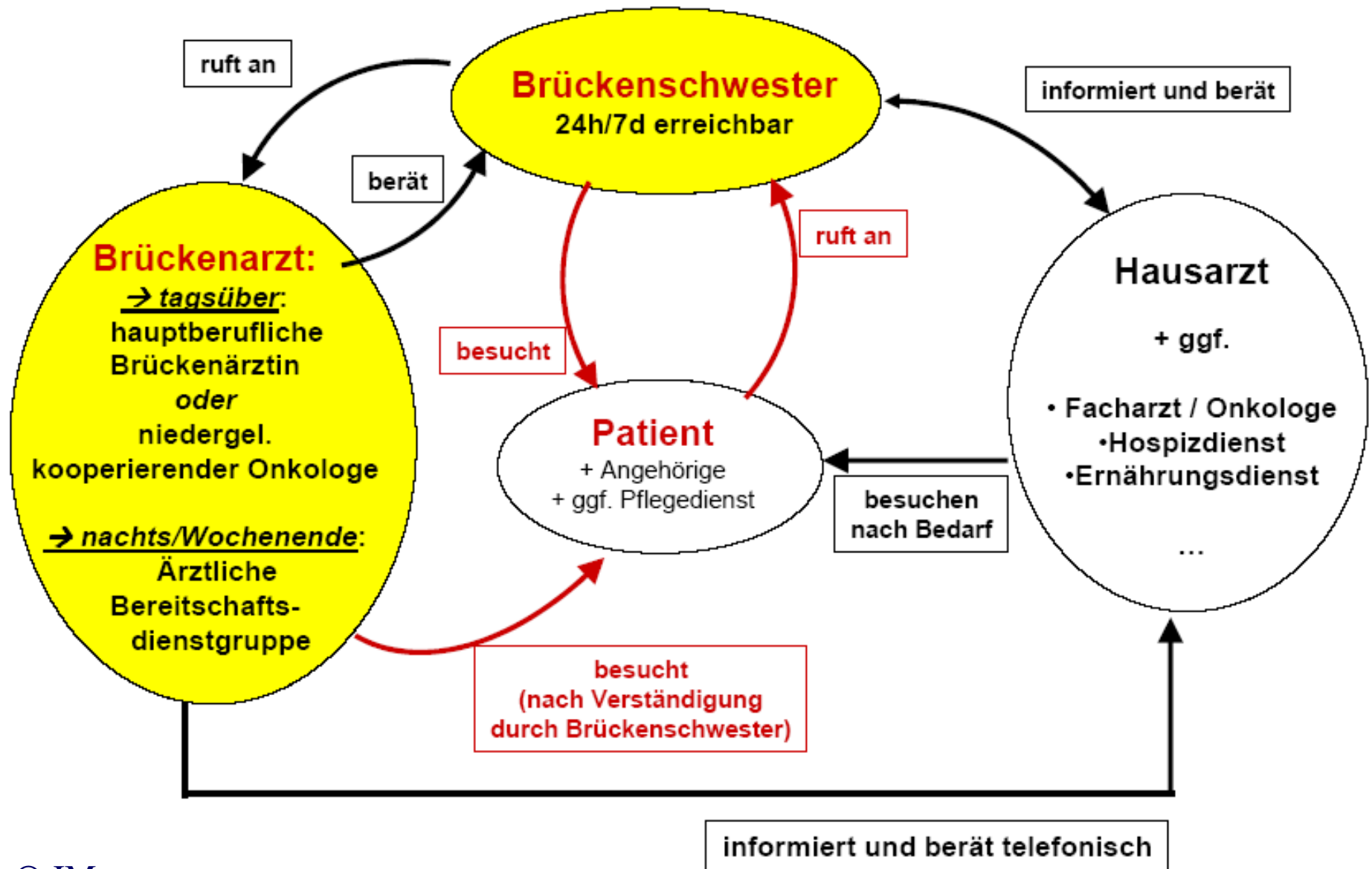


SÄCHSISCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND

# Aufnahme ins Brückenteam




# Betreuung im Brückenteam





# Externe Evaluation

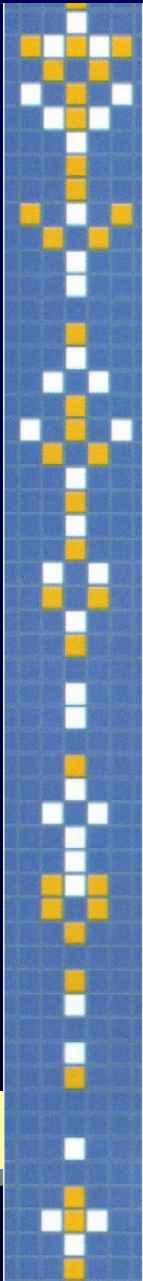
(Universität Leipzig, Selbständige Abteilung Sozialmedizin,  
Prof. Dr. R. Schwarz)

- 90% onkologische Patienten
  - mediane Betreuungsdauer: 26 d
  - höhere Symptomlast IV vs. RV
  - 70% mehr Beratungsleistungen telefonisch IV vs. RV
  - bessere Vernetzung aller Leistungsanbieter IV vs. RV
- 

# Externe Evaluation

(Universität Leipzig, Selbständige Abteilung Sozialmedizin,  
Prof. Dr. R. Schwarz)


- 13% medizinische Leistungen, 87% psychosoziale Leistungen
- 80% vs. 30% Sterbeort Häuslichkeit IV / RV
- hohe Zufriedenheit der Betroffenen mit Rufbereitschaft, Kompetenz, vermittelter Sicherheit, organisatorischer Entlastung
- bessere Symptomkontrolle (8 Indizes besser, 2 Indizes schlechter)





# Externe Evaluation

(Universität Leipzig, Selbständige Abteilung Sozialmedizin,  
Prof. Dr. R. Schwarz)

- Kostenvorteil IV vs. RV: 2722,48 €  
bei Betreuung von 14 d (194 €/d)
  - Kostenvorteil IV vs. RV: 11294,59 €  
bei Betreuung von 91 d (124 €/d)
  - Kostenvorteil über alle Zeiträume:  
203,71 € / d
- 

# Einsparpotential

(Quelle: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. R. Schwarz, Leipzig;  
Evaluation 2005-2006)

- durch Verhinderung nicht indizierter Krankenhausaufenthalte und nicht erforderliche Transporte ~20 000 € je Patient
- längerfristig zu betrachtende Folgekosten???

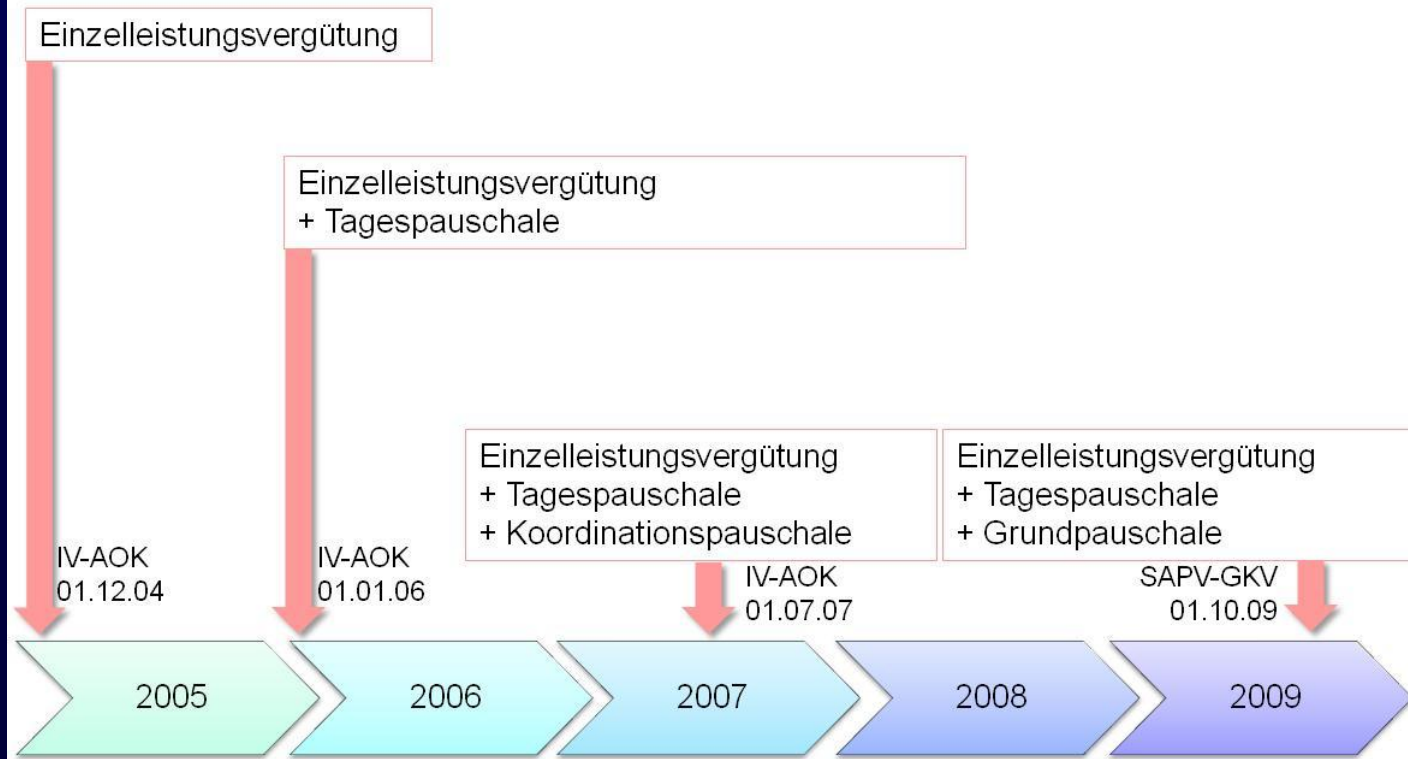
## wirtschaftlicher Gesamteffekt seit 2005

- die Versorgung von Palliativpatienten durch das Brückenteam ist erheblich günstiger als die bisherige Regelversorgung
  - Kostenvorteile durch das Brückenteam entstehen durch Vermeidung stationärer Aufnahmen
  - Kosteneffekte sind verweildauerabhängig (Ø 35 Tage, 330 Patienten p.a.) → pro Tag 100 € (bei 30 Tagen), 200 € (insgesamt)
  - die Kosten des Brückenteams umfassen lediglich 6-8% der Gesamtkosten der Patientenbetreuung
- wirtschaftlicher Effekt
  - bezogen auf die Ø Betreuungsdauer: = min. 4.000.000 €  
(2.000 € pro Patient =  $330 \times 6 \times 3.000\text{€}$ )
  - Gesamtpotenzial: = max. 40.000.000 €  
(20.300 € pro Patient =  $330 \times 6 \times 20.300\text{€}$ )

# Brückenteam ab 01.09.2009 (SAPV)

Personal	4,8 VK Pflege (6 Personen) 1,8 VK Arzt (3 Personen) 4 zusätzliche Ärzte RB 0,5 VK Sekretariat
Sachausstattung	3 PKW, 3 Notebook, 3 PC, 2 Scanner, 2 Festnetzanschlüsse, 8 Mobiltelefone, 3 Büros, 1 Konferenzraum
Betreute Patienten	350 / Jahr
Einzugsgebiet	Stadt Dresden, 328 qkm Ø Fahrtzeit zum Pat. 30 min., Ø Fahrtweg zum Pat. 13 km

## Vergütungsvereinbarungen 2005 – 2009 (Auswahl)



## SAPV-Vertrag: Finanzierung

### Grundpauschale (T1)

- Koordination, Organisation und Beratung am Anfang

### Betreuungspauschale (T2)

- Koordination, Organisation und Beratung während Betreuung
- 24-Stunden-Verfügbarkeit

### Zusatzpauschale (T3)

- Siehe T2 bei Betreuungszeitraum über 28 Tage

### Vollständige Leistungserbringung (T4)

- alle Leistungen nach § 5 Abs. 3 SAPV-Richtlinie
- häusliche Krankenpflege, die aufgrund fehlender palliativmedizinischer Kenntnisse nicht durch Primärleistungserbringer erbracht wird

### Hausbesuch Arzt (A)

- Erst-/ Einführungsgespräch
- Krisenintervention

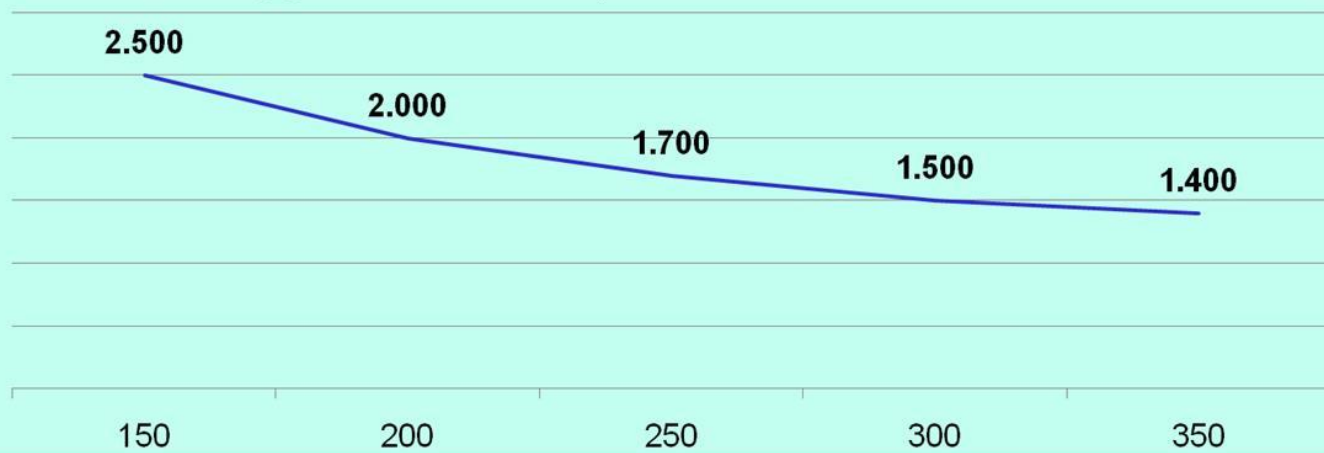
### Hausbesuch Schwester (P)

- Hausbesuche (geplant und als Krisenintervention)

## Betreuungskosten pro Patient (SAPV)

- 24h- Verfügbarkeit des Teams erfordert **Mindestbesetzung (Fixkosten)**
- Betreuungskosten sind von Patientenzahl pro Team abhängig (Skaleneffekt)
- Vergleich:
  - Kosten Brückenbetreuung 1.400 – 2.000 €/ Fall
  - Kosten stationärer Aufenthalt 3.860 € (PALL); 6.500 € (ITS)

Kosten in Abhängigkeit von Patienten p.a.



## Herr W., 55 Jahre alt

- im Krankenhaus zur symptomatischen Behandlung (Schmerzeinstellung, Aszites, Luftnot)
- Kolon-Ca mit Peritonealkarzinose und Aszites sowie Lungenmetastasen
- ausgeprägte Prostatahyperplasie mit liegendem suprapubischen Katheter
- verheiratet, Ehefrau berufstätig, der erwachsene Sohn lebt in der Schweiz
- beginnend pflegebedürftig, wohnungsmobil, orientiert
- Entlassung in Häuslichkeit gewünscht

<b>Betreuungszeit / Problemstellung</b>	<b>Intervention</b>	<b>„Sektorenübergreif“</b>
<p><b>Im Krankenhaus</b></p> <p>Anmeldung des Patienten durch Kliniksozialdienst beim Brückenteam</p>	<p>Besuch des Patienten auf Station zur Klärung der Teilnahmevoraussetzungen</p> <p>Vereinbarung eines gemeinsamen Termins mit Angehörigen, Stationsarzt und Sozialdienst zur Entlassungsplanung (Hilfsmittel und Pflegeantrag)</p>	<p>Ambulant weiterbetreuender Palliativ-Arzt/Schwester geben Empfehlungen im Entlassungsprozeß an stationäres Team (Medikamente, Verordnungen etc.)</p> <p>Teil des multiprofessionellen Entlassungsmanagements</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>Tag 1 Erstkontakt zu Hause am Tag nach der Entlassung durch Arzt und Schwester</b></p> <p>Patient klagt über Luftnot, Hausärztin hat kein Rezept über Bedarfsmedikation ausgestellt, will erst abwarten, ob diese nötig sind</p>	<p>Rezept ausstellen bzw. Medikamente sofort verabreichen</p> <p>Hospizbegleitung zweimal wöchentlich vermitteln</p>	<p>Übernahme hausärztlicher Tätigkeit</p> <p>psychosoziale Begleitung</p>

<b>Betreuungszeit / Problemstellung</b>	<b>Intervention</b>	<b>„Sektorenübergreif“</b>
<p><b>Tag 4 abends</b></p> <p>Patient zunehmend schwächer, kann Bett nicht mehr verlassen, Ehefrau hilflos</p>	<p>Hausbesuch durch Palliativ-Schwester</p> <p>grundpflegerische Versorgung</p> <p>Organisation Pflegedienst zweimal täglich ab sofort</p> <p>Hausnotruf vermitteln</p>	<p>Übernahme von Pflegediensttätigkeit</p> <p>soziale Beratung</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>Tag 6</b></p> <p>nächtliche starke Schmerzen, Bedarfsmedikamente nicht ausreichend</p>	<p>Hausbesuch durch Schwester:</p> <p>Patient gibt starke Bauchschmerzen und Luftnot an, Abdomen sehr gespannt, letzte Aszitespunktion vor 10 Tagen, Patient nicht transportfähig</p> <p>Telefonat mit diensthabendem Arzt (niedergelassener Onkologe und Palliativmediziner). Dieser ordnet Schmerzmittel s.c. an, wird durch Schwester verabreicht</p>	<p>direkte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Palliativmediziner und stationär angestellter Palliativ-Schwester</p> <p>Vertrauensbasis ermöglicht schnelle Hilfe durch telefonische Anweisung</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>noch Tag 6</b></p> <p>nach 30 min keine ausreichende Wirkung</p>	<p>erneutes Telefonat, Schwester bittet Arzt um Hausbesuch, dieser ordnet zwischenzeitlich Schmerzmittel i.v. an, wird von der Schwester fraktioniert i.v. bis zu sichtbarer Symptomlinderung nach Legen einer Portnadel verabreicht</p> <p>bei Eintreffen des Arztes ist der Patient schmerzfrei, hat noch geringe Luftnot</p> <p>Beginn der Aszitespunktion nach klinischer Untersuchung durch den Arzt vor Ort und Fixierung der Nadel, Schwester bleibt bis kein Aszites mehr fließt, zieht die Nadel und verbindet die Einstichstelle</p>	<p>Durchführung von medizinischen Eingriffen in der Häuslichkeit statt in Klinik oder Praxis</p> <p>Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Schwester nach Delegation</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>Tag 9</b></p> <p>Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Schlucken von Medikamenten kaum noch möglich, Patient isst und trinkt kaum noch, Ehefrau kann Medikamente gegen Schmerzen und Luftnot nicht mehr verabreichen</p>	<p>Beratungsbesuch durch Schwester</p> <p>Empfehlung an Ehefrau, die nächsten Tage zu Hause zu bleiben</p> <p>Information über kurze Prognose</p> <p>Angebot des Legens einer s.c.-Nadel zur Verabreichung der Bedarfsmedikamente durch die Ehefrau, dies wird von Ehefrau abgelehnt, fühlt sich überfordert</p>	<p>Übernahme hausärztlicher Tätigkeit</p> <p>teilweise Übernahme ärztlicher Beratung (Prognosegespräch)</p> <p>psychosoziale Begleitung</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>noch Tag 9</b></p> <p>Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Schlucken von Medikamenten kaum noch möglich, Patient isst und trinkt kaum noch, Ehefrau kann Medikamente gegen Schmerzen und Luftnot nicht mehr verabreichen</p>	<p>Telefonat mit Brückenarzt und Schilderung der Situation</p> <p>Anordnung einer Schmerzpumpe, sowie telefonische Reduzierung der nicht mehr unbedingt notwendigen Medikamente</p> <p>Schwester informiert die Hausärztin und den Pumpendienst sowie den Pflegedienst</p> <p>abends wird Schmerzpumpe angeschlossen</p>	<p>Ausführung ärztlicher Anordnungen nach telefonischer Anweisung</p> <p>Organisation der Therapieumstellung</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>Tag 12</b></p> <p>suprapubischer Katheter fördert nicht mehr</p>	<p>Hausbesuch Schwester</p> <p>Spülung des Katheters gut möglich</p> <p>Gespräch mit Ehefrau über beginnendes Nierenversagen im Rahmen der Grunderkrankung,</p> <p>Terminvereinbarung für morgigen Hausbesuch durch Brückenärztin zum Prognosegespräch und nicht sinnvoller Infusionstherapie (Anfrage von Ehefrau)</p>	<p>Übernahme von Tätigkeiten spezieller Fachpfleger (Stoma)</p> <p>teilweise Übernahme ärztlicher Beratung</p>

<b>Betreuungszeit / Problemstellung</b>	<b>Intervention</b>	<b>„Sektorenübergreif“</b>
<p><b>Tag 13 Sonntag</b></p> <p>Anruf von Pumpenschwester, dass Zunahme der Schmerzen und 10 Boli in den letzten 24 h verabreicht</p>	<p>Telefonat mit Brückenarzt, Fax einer schriftlichen Anordnung zur Erhöhung von Basalrate und Bolus an Pumpendienst</p> <p>Information an Hausarzt und Pflegedienst</p>	<p>Vermittlung der direkten Zusammenarbeit von externem HomeCare-Dienst und Palliativarzt</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>Tag 16</b></p> <p>nächtliche Unruhe, Ehefrau überfordert durch Schlafmangel, will Patient einweisen lassen</p>	<p>Hausbesuch durch Schwester</p> <p>Bitte an Hospizdienst, eine Nachtwache zu organisieren</p> <p>Telefonat mit Brückenarzt, Anordnung einer s.c.-Injektion für die Nacht</p> <p>Schwester organisiert die Medikamentenversorgung und die Anordnung für den Pflegedienst vor Ort, informiert Hausärztin und Pflegedienst</p>	<p>psychosoziale Beratung</p> <p>Vermittlung von Hilfsangeboten</p> <p>Umstellung der Medikamente nach telefonischer Anordnung</p>

Betreuungszeit / Problemstellung	Intervention	„Sektorenübergreif“
<p><b>Tag 19</b></p> <p>Herr W. verstirbt morgens 2 Uhr</p>	<p>Hausbesuch der Schwester</p> <p>Betreuung der Ehefrau und Versorgung des Leichnams</p> <p>Beratung zur weiteren Vorgehensweise</p> <p>Information an Brückenarzt mit Bitte um Leichenschau</p> <p>Information an Pflegedienst, Hospizdienst, Pumpendienst, alle beteiligten ambulanten Fachärzte und Sanitätshaus</p>	<p>Übernahme Trauerbegleitung</p> <p>Heimbürge</p> <p>erste Beratung zur Bestattung</p> <p>Übernahme hausärztlicher bzw. KV-ärztlicher Tätigkeiten</p>

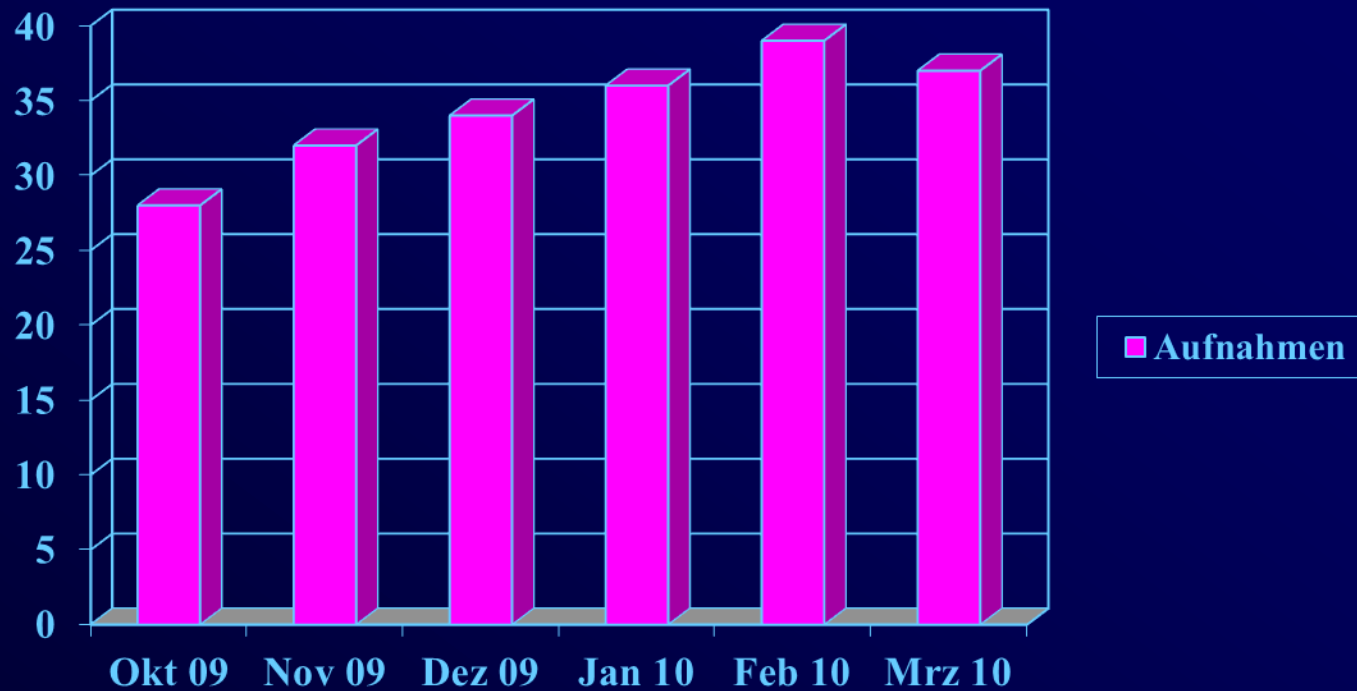
# Fazit

Die Brückenärzte und –schwestern übernehmen niemals regelmäßig, aber bei Bedarf Aufgaben

- von Haus- , Fach- und Notärzten
- von Pflege- und Fachschwestern
- von anderen Berufsgruppen (z.B. Psychologie, Soziale Arbeit)
- von anderen Versorgern (HomeCare-Unternehmen, Bestatter, Beratungsstellen, Sanitätshäuser)

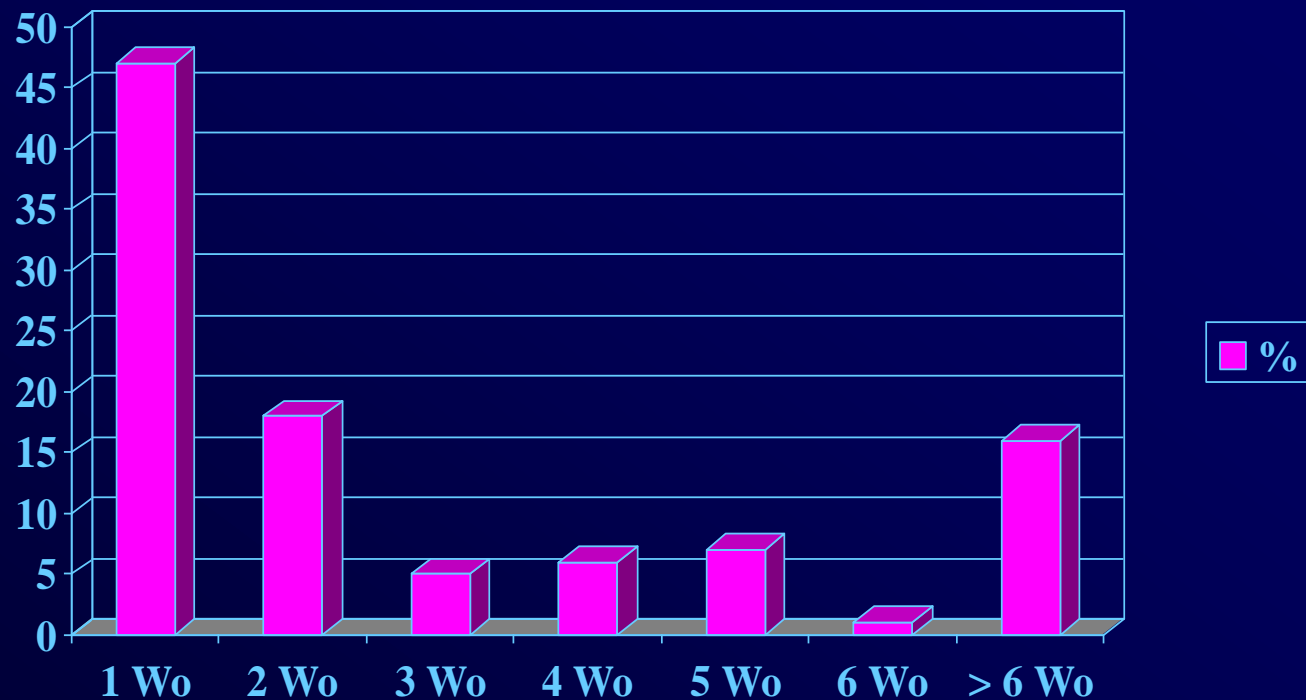
Dazu bedarf es umfassender Kenntnisse aus diesen Bereichen und die Fähigkeit zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit allen beteiligten Dienstleistern, um eine bedarfsgerechte, zeitnahe Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie deren Angehörigen in der Häuslichkeit zu ermöglichen.

# Aufnahmen



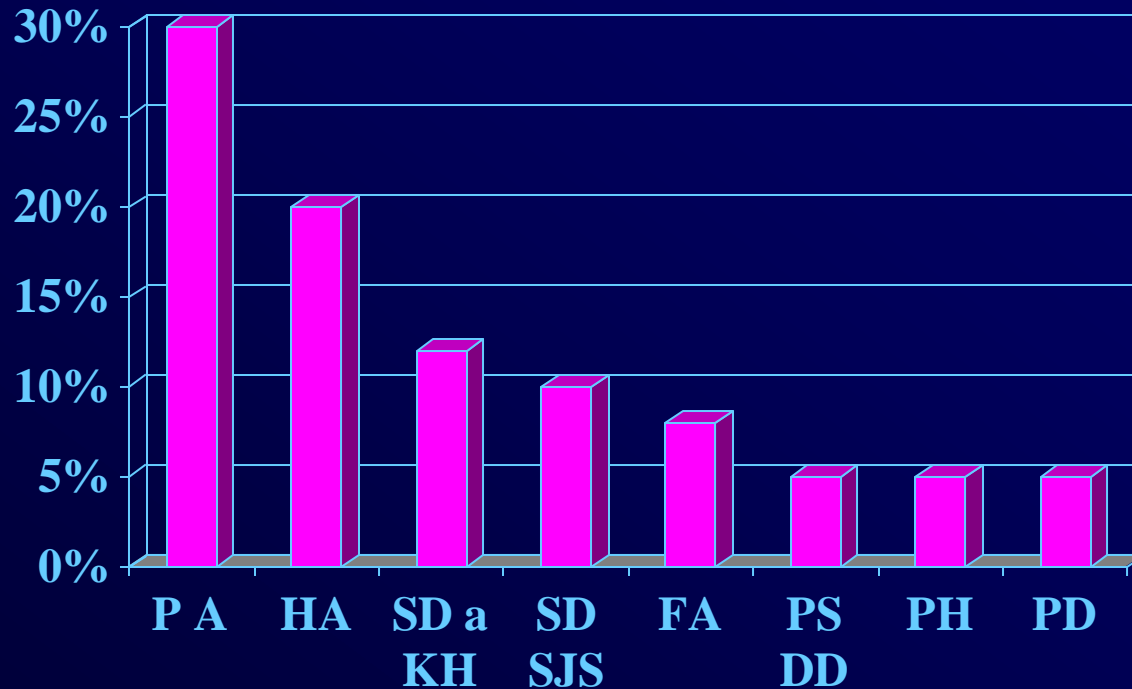
(C) Dr. Barbara Schubert,  
Palliativmedizin

# Betreuungszeiten

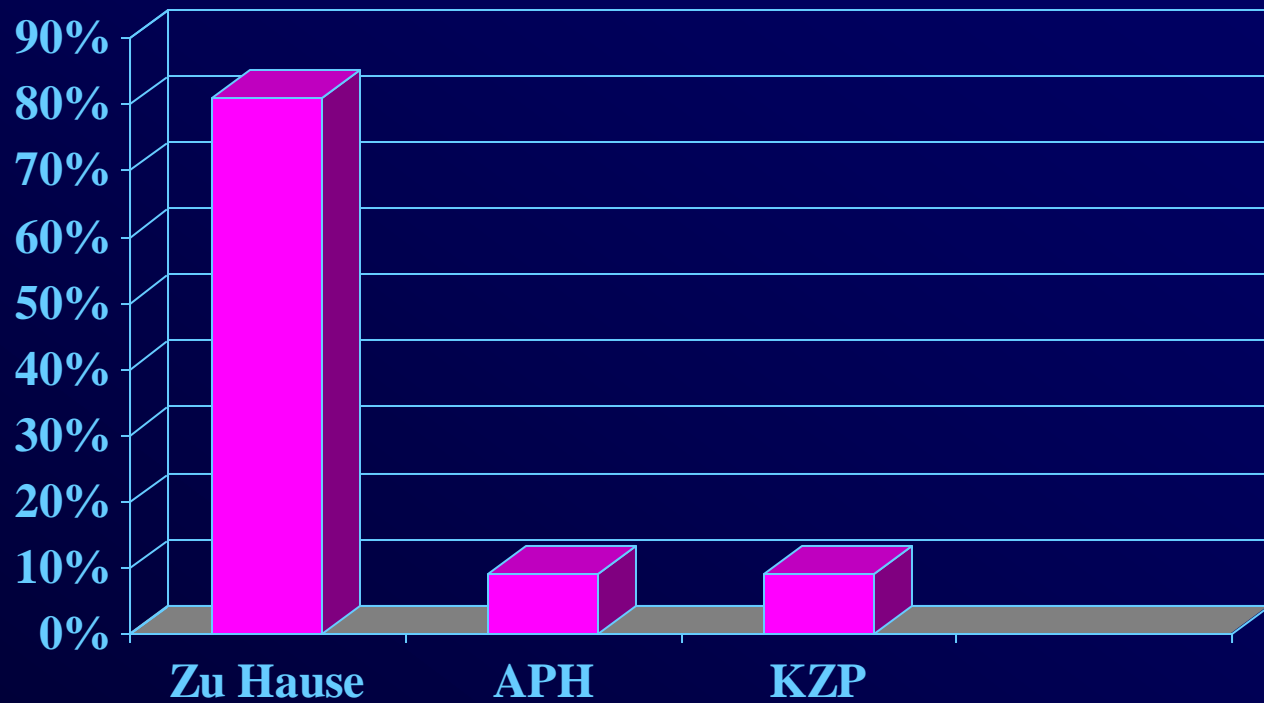


(C) Dr. Barbara Schubert,  
Palliativmedizin

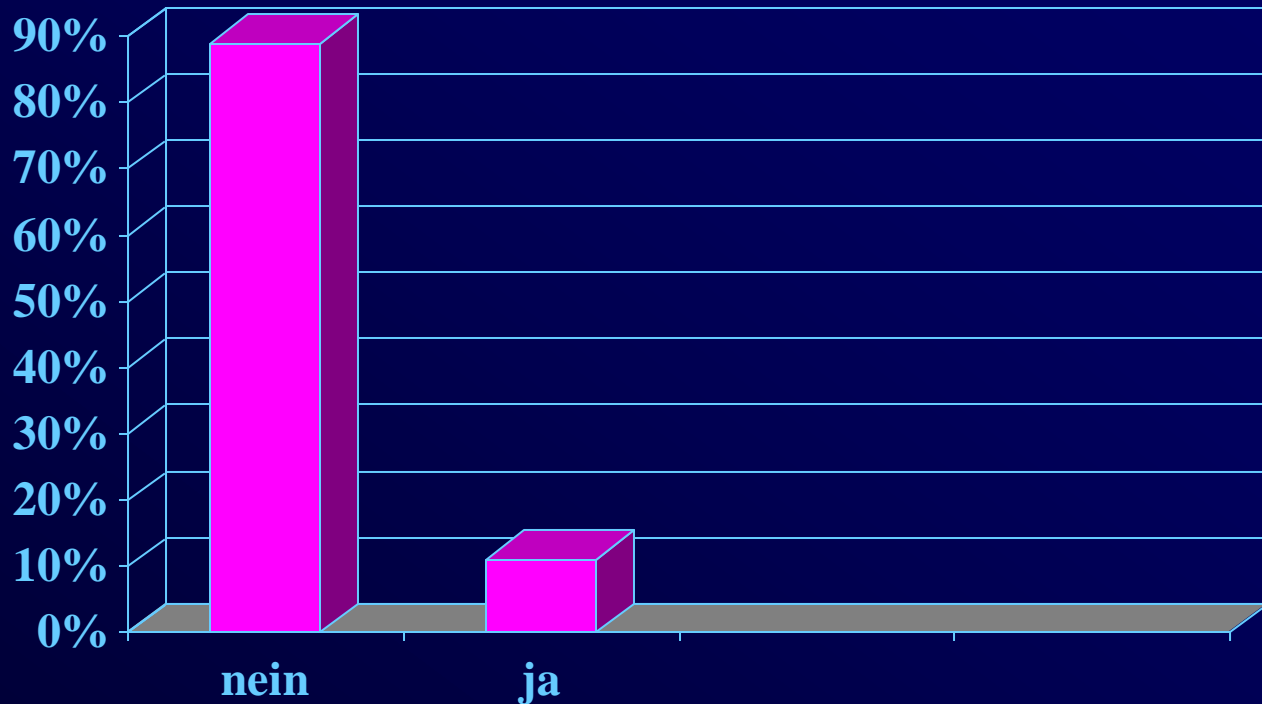
# Kontaktaufnahme



# Ort der Betreuung



# Klinikeinweisung trotz Brückenbetreuung?



# Leistungen

- 2,2 HB A / Pat.
- 5,2 HB P / Pat.
- telefonische und persönliche Beratung
- psychosoziale Krisenintervention in der präfinalen und finalen Erkrankungsphase

# Evaluation 2010

- Betreute Patienten: 392
- davon verstorben: 77%
- 88 % Onkologische Patienten
- 12 % Nichttumorpatienten

# Befähigungsnachweise

- Blutentnahmen
- s.c.-Infusionen
- i.v.-Medikation mit Festlegung der möglichen Medikamente
- Bolusgaben aus Schmerzpumpen
- Anlage oder Wechsel von Portnadeln

# Was hat sich verbessert?

- Sterbeort daheim ermöglicht
- Vernetzung der Sektoren  
übergreifenden Kommunikation und  
Zusammenarbeit
- Reduktion medizinisch nicht  
indizierter Klinikeinweisungen oder  
Notfallbehandlungen, Transporte

# Was hat sich verbessert?

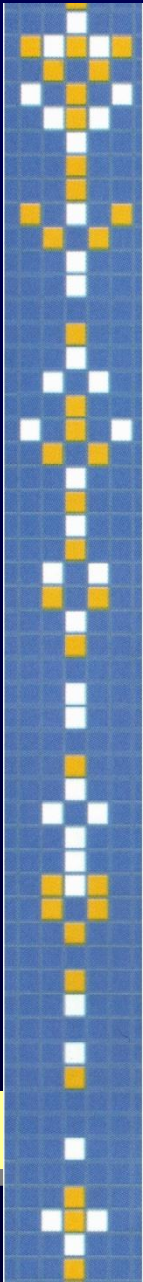
- hohe Patienten- und Angehörigenzufriedenheit
- spezialisiertes Fachwissen verbreitet sich in allgemeine Krankenversorgung
- die Evaluation unserer Arbeit

# Was braucht diese Arbeit?

- vorausschauende (dem erwartbaren Verlauf chronisch-progredienter Erkrankungen angemessene) Behandlung und Pflege
- vorbereitet sein auf die nächste Krise
- intensivierter Informationsaustausch unter den Professionen

# Was braucht diese Arbeit?

- jede Profession bringt ihre Kompetenz, ihre Blickrichtung, ihr Handwerkszeug mit
- strukturierte und kurzfristige Weitergabe von Informationen
- hohe fachliche und menschliche Qualifikation
- Vertrauen und Respekt



Der Erfolg...  
hängt  
wesentlich  
von der  
Auswahl der  
Leistungserbringer,  
ihrer  
Bereitschaft zur  
Kommunikation  
und  
Zusammenarbeit,  
sowie  
ihrer Motivation  
ab.  
DGIM, 2004

(C) Dr. Barbara Schubert,  
Palliativmedizin