

Vorwort

In der Mitgliederversammlung wurde der Wunsch geäußert, durch einen Newsletter regelmäßig über Neuigkeiten aus dem Verein und dem Palliativnetz informieren zu werden. Neben den Neuigkeiten sollen auch aktuelle Fälle dargestellt werden.

Dieser Aufgabe möchten wir vom Vorstand uns gerne stellen. In unregelmäßigen Abständen soll daher ein Newsletter erscheinen. Aufgerufen zur Mitarbeit sind alle Mitglieder, die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter des PKDs einschließlich der qualifizierten Palliativärzte. Selbstverständlich werden wir Ihre Berichte und Anregungen aufgreifen. Sie müssen nur kommen!

Die erste Ausgabe, die eigentlich schon die Zweite ist, widmet sich dem neuen Vertrag. Viel Spaß beim Lesen.

Bad Lippspringe 21.07.2013

Dr. Jan Hinnerk Stange
Schriftführer; Leitender Palliativarzt Palliativnetz Paderborn

Inhalt Ausgabe 2017/07

Vorwort	1	Was bedeutet Regionalisierung ?	2
Warum ein neuer Vertrag ab 01.07.2013?	1	Der aktuelle Fall	2

Warum ein neuer Vertrag ab 01.07.2013?

JHSt

Im letzten Jahr haben die Krankenkassen um neue Verhandlungen bezüglich des Vertrages „gebeten“. Seitens des Berufsverbandes der Palliativmediziner in Westfalen Lippe waren starke Einschnitte befürchtet worden. Zu diesen ist es glücklicherweise nicht gekommen. Es hat sich einiges geändert. Für die Patienten und die koordinierenden Hausärzte halten sich die Veränderungen jedoch in überschaubaren Grenzen. Eine neue Einschreibung ist nicht erforderlich.

Einschreibung eines Patienten

Der Patient muss zukünftig der Datenauswertung zustimmen. Dieses hängt mit dem Patientenrechtegesetz zusammen. Die Texte wurden etwas verändert.

Wichtig ist, dass die Anlage 3 (Teilnahmeerklärung) und Anlage 3a (Stammdatenblatt) direkt an das Palliativnetz weitergegeben werden, da beide Formulare jetzt unverzüglich an die Krankenkassen weitergeleitet werden müssen.

Zukünftig muss ein Palliativmediziner die Voraussetzungen zur Teilnahme klären und entscheiden, ob ein akutpalliativmedizinischer Betreuungsbedarf besteht. Grundlage der Entscheidung ist das Stammdatenblatt, ein Gespräch mit dem Hausarzt oder ein Hausbesuch.

Welches sind die Voraussetzungen für die Teilnahme?

Hier hat sich nichts geändert: „Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einhergehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden.“ Im Allgemeinen ist „...lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Tagen oder Wochen zu erwarten...“.

Was passiert wenn kein akuter palliativmedizinischer Betreuungsbedarf besteht?

Dieser Fall tritt automatisch nach 56 Tagen (8 Wochen) ein. Von diesem Zeitpunkt an können keine Leistungen zu Sonderziffern aus der Palliativvereinbarung erbracht werden. Wir werden versuchen, Sie auf diesen Zeitpunkt aufmerksam zu machen. Eine „Reaktivierung“ ist jederzeit möglich.

Wie wird der akute palliativmedizinische Betreuungsbedarf dokumentiert?

Mittels Verlängerungsanzeige (Anlage 4) muss den Krankenkassen rechtzeitig ein fortbestehender oder wieder aufgetretener Betreuungsbedarf mitgeteilt werden. Die Gründe müssen durch einen der Konsiliarärzte (QPAs) dokumentiert werden. Hierzu wird in der Regel Kontakt mit dem koordinierenden Hausarzt aufgenommen

Eine Wiederaufnahme der Betreuung wird i. d. R. automatisch bei Hinzuziehung des Konsiliararztes oder der Fachberatung eingeleitet

Der Verlängerung können die Krankenkassen widersprechen, was sicherlich eine seltene Ausnahme bleiben wird.

Feedback an den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD)?

Nicht immer läuft alles optimal. Wir sind auf Ihre Rückmeldung angewiesen. Nutzen Sie hierfür auch die Anlage 7 (unverändert), die uns darüber hinaus die wichtige Information des Sterbedatums und -ortes liefert. Jede Kritik ist ein Ansporn zur weiteren Verbesserung – auch die positive Kritik.

Links:

<http://www.palliativnetz-paderborn.de/download>
<http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/>

Was bedeutet Regionalisierung ?

JHSt

Da sich sowohl Patienten, koordinierende Hausärzte und Palliativmediziner über den Kreis Höxter und Kreis Paderborn verteilen, sollen durch Zuordnung von Patienten zu dem regionalen QPA Fahrzeiten verkürzt und der Kontakt zum Hausarzt verbessert werden. Der Kreis Höxter ist daher in 3 Bereiche geteilt. Im Kreis Paderborn ist die Struktur durch das Oberzentrum Paderborn mit einem

weitläufigen Umland und regionalen Zentren (Delbrück, Hövelhof, Wünnenberg/Büren etc.) gekennzeichnet. Sollten Sie als Hausarzt die Zusammenarbeit mit bestimmten QPAs bevorzugen, so lassen Sie es uns wissen, da wir die Neueinschreibungen ansonsten bevorzugt dem nächsten QPA zuordnen. Der Rufdienst wird weiterhin kreisübergreifend geleistet.

QPAs Höxter

Hoormann, Dr. med. Rosemarie
Lessmann, Dr. med. Rupert
Paßmann, Dr. med. Barbara
Stoltz, Dr. med. Michael

QPAs Paderborn / Delbrück

Aniol, Dr. med. Magdalene
Brüning, Dr. med. Egon
Danckworth, Dr. med. Maria-T.
Gaska, Dr. med. Tobias
Jensen, Dr. med. Wiebke
Kias, Hermann-Josef

Lübbe, Prof. Dr. med. Andreas
Meiß, Dr. med. Johannes
Schäfer, Brigitte
Schneider, Dr. med. Martin
Stange, Dr. med. Jan-Hinnerk
Surrey, Dr. med. Michael

Der aktuelle Fall

JHSt

Sonntags 8:00 Uhr: Tochter eines Patienten ruft an: „Das habe ich wohl verkehrt gemacht. Als mein Vater nicht mehr atmete, habe ich den Notarzt gerufen. Zunächst kamen die Rettungssanitäter. Sie haben meinen Vater aus dem Bett gezerrt und auf den Boden gelegt. Auf den Hinweis mit der Patientenverfügung haben sie nicht reagiert. Mit den Reanimationsmaßnahmen haben sie allerdings auf den Notarzt gewartet. Dieser kam nach langen 15 Minuten. Zum Glück hat er nicht reanimiert. Er wollte aber auch den Totenschein nicht ausfüllen, da er den Patienten nicht kennen würde. Dabei wollte ich doch nur jemanden haben, der den Tod meines Vaters festgestellt. Es war schrecklich.

Als regionaler QPA bin ich hingefahren, habe die Leichenschau durchgeführt und Trost gespendet.

Kommentar:

Ciceliey Saunders schrieb: „*Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben...*“

Obwohl die palliativmedizinische Betreuung und die Aufklärung des Patienten und der Angehörigen als sehr gut eingeschätzt worden war, die Nummer des Palliativnetzes, die Handynummer des Palliativmediziners und Arztbriefe vor Ort waren, war all dies in der Krisensituation des (erwarteten) Todes für die Angehörigen nicht (be)- greifbar.

Vielleicht müssen wir noch konkretere Angaben zur Sterbephase und dem Eintritt des Todes in die Patientenmappe legen und mit den Angehörigen „durchspielen“. Aber manche sammeln auch zu viele Informationen und vergessen darüber das Wesentliche.