

## **RAHMENVEREINBARUNG**

### **I. Allgemeines / Ziele / Strukturen**

#### **Einleitung**

Das "palliativmedizinische Netzwerk im Kreis Mettmann" ( PN-ME ) ist ein Zusammenschluss verschiedener hospizlich und palliativmedizinisch tätiger Organisationen und Arbeitskreise mit dem Ziel einer engen und bestmöglichen multiprofessionellen Zusammenarbeit zum Wohl palliativmedizinisch zu versorgender Patienten im Kreis Mettmann. Die multiprofessionelle Kooperation erstreckt sich auf Patienten, die in Kliniken, zuhause (ambulant), in Einrichtungen der Altenhilfe oder in Hospizen zu betreuen sind.

#### **Ziele des Palliativmedizinischen Netzwerks im Kreis Mettmann**

Patienten mit einer fortschreitenden, nicht heilbaren Erkrankung leiden oft unter Schmerzen und anderen Symptomen (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Verwirrtheit). Die Lebensqualität kann ferner durch psychische, soziale und spirituelle Sorgen beeinträchtigt sein.

Ziele der palliativmedizinischen Betreuung sind die Verbesserung und der Erhalt der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und bestmögliche Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur.

Palliativmedizinische Betreuung soll ein selbstbestimmtes, wenn möglich beschwerdefreies und bewusstes Leben auch dann ermöglichen, wenn die Grunderkrankung nicht mehr kurativ behandelt werden kann.

Aufgabe des Palliativmedizinischen Netzwerks im Kreis Mettmann ist es, die o.g. Ziele durch eine strukturierte Organisation, multiprofessionelle Zusammenarbeit und kontinuierliche Diskussion und Weiterbildung zu realisieren und stetig zu verbessern.

## Versorgungsstrukturen

In der Palliativmedizin gilt der Grundsatz 'ambulant vor stationär': Vorrangig soll eine Betreuung in der gewohnten häuslichen Umgebung gewährleistet werden. Dies erfolgt durch speziell qualifizierte niedergelassene Ärzte und Palliativmediziner sowie speziell ausgebildete Ambulante Hospiz- und Palliativpflegedienste (AHPP) in enger Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und freiwilligen Helfern. Nur zur krankheitsspezifischen Therapie oder in Ausnahmesituationen, in denen Krankheitssymptome nicht ambulant behandelbar sind, ist der Patient, sofern er dies wünscht, ins Krankenhaus einzuweisen. Die Einweisung auf eine Palliativstation erfolgt zur gezielten medizinischen Behandlung der Krankheitssymptome. **Sie ist somit keine Einrichtung der Dauerpflege.** Vorrangiges Ziel ist es, eine Weiterbetreuung zu Hause, in einer Pflegeeinrichtung oder in einem stationären Hospiz zu ermöglichen.

## Allgemeine Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur ist offen. Hierdurch soll die Möglichkeit einer uneingeschränkten Teilnahme aller Personen, Organisationen und Institutionen ermöglicht werden, die bereit sind, sich in einem interdisziplinären und qualitätsgesicherten Rahmen für das körperliche, seelische und spirituelle Wohl palliativmedizinisch zu betreuender Menschen zu engagieren.

Das Palliativmedizinische Netzwerk Im Kreis Mettmann umfasst eine Zusammenarbeit folgender Professionen/Organisationen:

- Hausärzte
- Niedergelassene Ärzte mit zertifizierter Weiterbildung in der Palliativmedizin (ambulante Palliativmediziner), Qualifizierte Palliativärzte (QPA)
- Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie, Niedergelassene und/oder klinikassoziierte Ärzte mit Zusatzausbildung in der speziellen Schmerztherapie
- Klinikeinrichtungen mit onkologischer Fachabteilung und/oder Palliativstation und/oder Hospiz unter Beteiligung der dort tätigen palliativmedizinisch weitergebildeten Ärzte
- Andere Kliniken unter Beteiligung der dort palliativmedizinisch tätigen/weitergebildeten Ärzte
- Sozialarbeiter
- Entlassungsmanagement-Mitarbeiter beteiligter Kliniken
- Ambulante Hospiz- und Palliativpflegedienste (AHPP) und andere palliativmedizinisch tätige Pflegedienste
- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
- Ambulante Hospizdienste

- Stationäre Hospize
- Seelsorge
- Psychotherapeuten, Psychoonkologen
- Physiotherapeuten
- Spezialisierte, niedergelassene Apotheken mit palliativmedizinischer Ausrichtung
- Kommunale Verwaltung
- Freiwillige Helfer

Die o.g. Auswahl kooperierender Institutionen /Vereinigungen/Personen ist variabel. Die o.g. Liste ist jederzeit ergänzbar durch neu hinzukommende Institutionen/ Vereinigungen/ Personen, die an einer Kooperation interessiert sind und die Rahmenvereinbarung unterzeichnen.

### **Koordinationsgremium /Beirat**

Zur raschen und flexiblen Klärung eventueller Organisationsprobleme wird ein Koordinationsgremium /Beirat gebildet, das sich paritätisch aus Repräsentanten folgender am PN-ME beteiligten Professionen zusammensetzt:

- Haus- oder Facharzt,
- niedergelassene Palliativmediziner (QPA),
- Klinikarzt,
- Pflegedienst, ambulanter Palliativpflegedienst
- ambulanter Hospizdienst
- stationäres Hospiz
- Sozialarbeit,
- Seelsorge
- zentrale Koordinations-/Beratungsstelle.

Der Beirat wird mit nicht mehr als 10 Personen besetzt. Weitere Aufgaben des Beirats sind:

- Festlegung und Überprüfung der qualitätssichernden Maßnahmen / Fortbildungsthemen
- Präsentation des PN-ME nach Außen (Flyer, Internet, Presse) und Akquisition von Fördermitteln
- Aufnahme von Anregungen aus dem Netz
- Intervention bei Verstößen gegen die Vereinbarung

### **Qualitätssicherung**

Die im ‚Palliativmedizinischen Netzwerk Im Kreis Mettmann‘ zusammengeschlossenen Institutionen /

Organisationen / Personen verpflichten sich ausdrücklich zu einer regelmäßigen Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen.

Diese sollen mindestens zweimal jährlich im multiprofessionellen Team und mindestens zweimal jährlich innerhalb der eigenen Profession bzw. der eigenen Organisationseinheit ggf. unter Einschluss der unmittelbaren Schnittstellen-Kooperationspartner (z.B. niedergelassene und klinisch tätige

Ärzte/Palliativmediziner; ambulante und klinisch tätige Pflegedienste/Palliativpflegedienste; stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste; Seelsorge; etc.) erfolgen.

Ziele /Inhalte der qualitätssichernden Maßnahmen sind:

Fachreferate interner und externer Referenten zu palliativmedizinischen Themen, Analysen/Diskussionen zur Optimierung der Organisationsstrukturen des jeweils eigenen und multiprofessionellen Teams, Analysen/Diskussionen zur Optimierung eventueller Schnittstellenprobleme, Abgleich der Organisationsstrukturen mit Netzwerken anderer Städte und Regionen, Kontaktpflege und Kooperation mit Initiativen übergeordneter nationaler und internationaler Organisationen (z.B. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Krebsgesellschaft) sowie von städtischen und landes-(NRW) bezogenen Initiativen, Pflegeinstitutionen, Hospizdiensten/Hospizen sowie seelsorgerischen Initiativen, Kontaktpflege und Kooperation mit Initiativen/Organisationen niedergelassener Ärzte/Palliativmediziner (z.B. KV) sowie der Kostenträger/Krankenkassen.

## **II. Schnittstellenorganisation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung**

Die beteiligten Kooperationspartner innerhalb des PN-ME verpflichten sich zu einer geregelten und koordinierten Übergabe von Patienten zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Hierzu sollen standardisierte, von allen Beteiligten erarbeitete und inhaltlich einheitlich strukturierte Überleitungsbögen verwendet werden, die eine schnelle Wiedererkennung und einen umfassenden, strukturierten und raschen Informationstransfer zwischen den stationär/klinisch und ambulant tätigen Organisationen/Personen ermöglichen.

1. Für den Transfer eines palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten *aus der stationären in die ambulante Behandlung* gelten folgende Regelungen

- (a) Rücksprache des Krankenhausarztes/Krankenhaus-Palliativmediziners mit dem Hausarzt *mindestens* 1 Praxiswerktag vor Entlassung (telefon. Überleitgespräch auf Basis des Überleitungsbogens)
  - (b) Rücksprache des Krankenhaus-Entlassungsmanagements (Pflegedienst/Sozialdienst) mit dem Hausarzt in der Regel 2, aber *mindestens* 1 Praxiswerktag vor Entlassung (telefon. Überleitgespräch) hinsichtlich der Einbindung und Wahl des Pflegedienstes bzw. der Anforderungen an den Pflegedienst sowie die Organisation von Hilfsmitteln
  - (c) Vorab-Fax an den Hausarzt mit strukturiertem Informationstransfer (pflegerisch/sozialdienstlich/ärztlich) incl. Medikationsplan/Hilfsmittelplan mindestens 1 Praxiswerktag vor Entlassung ( s. Anlage 1 )
  - (d) Sofern aus Sicht der Krankenhausärzte/-palliativmediziner sowie des Klinikpflegedienstes sinnvoll oder erforderlich, Rat/Empfehlung an den Hausarzt zur zusätzlichen ambulanten Mitbetreuung durch einen zertifizierten/speziell weitergebildeten Palliativmediziner und/oder zur zusätzlichen oder ausschließlichen ambulanten Mitbetreuung durch einen Ambulanten Hospiz- und Palliativpflegedienst (AHPP)
2. Für den Transfer eines palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten *aus der ambulanten in die stationäre Behandlung* gelten folgende Regelungen
- (a) Rücksprache des Hausarztes/ambulanten Palliativmediziners mit dem Krankenhausarzt/Krankenhaus-Palliativmediziner *spätestens zum Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung* (telefon. Überleitgespräch) incl. Übermittlung des aktuellen Medikations- und Hilfsmittelplans (per Fax: Medikations-/Überleitungsbogen)
  - (b) Rücksprache seitens des ambulanten Pflegedienstes/Palliativpflegedienstes (Pflegedienst/Sozialdienst) mit dem Krankenhauspflegedienst/Palliativpflegedienst am *Tag der Krankenhauseinweisung oder spätestens am Folgetag* bezgl. Medikation, Pflegebedarf, Hilfsmittelplan, Hospizdienstversorgung, freiwillige Helfer, seelsorgerische/psychologische/spirituelle Betreuung, etc. incl. Übermittlung des aktuellen Medikations- und Hilfsmittelplans sowie der Übersicht über in die Betreuung involvierten Organisationen/Personen (per Fax: Medikations-/Überleitungsbogen)

### III. Organisation der ambulanten Versorgung

Die Hausärzte organisieren im Einvernehmen mit niedergelassenen Palliativmedizinerinnen sowie der

kassenärztlichen Vereinigung einen palliativmedizinischen ärztlichen Hintergrunddienst. Aufgabe des

palliativmedizinischen Hintergrunddienstes ist es, die Hausärzte in palliativmedizinischen Fragen konsiliarisch zu beraten oder die palliativmedizinische Versorgung selektiv oder - sofern gewünscht - vollständig zu übernehmen.

Die primär betreuenden Hausärzte entscheiden nach Kontaktaufnahme durch das Krankenhausentlassmanagement (s.o.) und/oder die Krankenhausärzte/-palliativmediziner über die ggf. empfohlene Hinzuziehung ambulanter Palliativmediziner sowie über die Wahl des hinzuzuziehenden Pflegedienstes bzw. ggf. empfohlenen Palliativpflegedienstes. Die Hausärzte verpflichten sich, eine adäquate palliativärztliche und palliativpflegerische Betreuung zu organisieren.

Zur Hilfestellung bei der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung und Beratung von Betroffenen, Angehörigen sowie palliativmedizinisch tätigen Professionen nutzen die Hausärzte und ambulanten Palliativmediziner im Einvernehmen mit Pflege- und Hospizdiensten eine zentrale Koordinationsstelle, die bei der Hinzuziehung ambulanter Palliativmediziner (regional), Pflegedienste bzw. Palliativpflegedienste, Hospizdienste sowie anderer Organisationsstrukturen (Apotheken, Seelsorger, Psychologen, Physiotherapeuten) entsprechend dem individuellen Bedarf berät. Die palliativmedizinische Koordinationsstelle ist am stationären Hospiz angesiedelt (*zur Erreichbarkeit siehe Anlage 2*).

Mit Einverständnis des Patienten sollen entsprechend zu betreuende Palliativpatienten, soweit zeitlich und situativ möglich, vom behandelnden Hausarzt der Koordinationsstelle (s.o.) vorab mittels eines Anmeldeformulars (*s. Anlage 3*) per Fax gemeldet werden. Auf der Grundlage dieser Patienteninformationen kann der palliativmedizinische Hintergrunddienst bei Nichterreichbarkeit des Hausarztes über die Koordinationsstelle gerufen werden.

Ist eine Vorabanmeldung eines Palliativpatienten bei der Koordinationsstelle aufgrund einer akuten Notlage nicht möglich, kann der Hausarzt den palliativmedizinischen Notdienst über die Telefonnummer der Koordinationsstelle Tag und Nacht konsiliarisch hinzuziehen.

Die stationären Hospize gewährleisten eine transparente und strukturierte Aufnahmeregelung sowie eine enge Kooperation mit den Klinik-Palliativstationen, den Hausärzten, ambulanten Palliativmedizinern sowie der zentralen Koordinationsstelle.

Die in die Patientenbetreuung involvierten und am Palliativnetzwerk beteiligten Pflegedienste

verpflichten sich zur Teilnahme an den qualitätssichernden Maßnahmen (s.o.) sowie um enge

Absprache und Kooperation mit den übrigen beteiligten Organisationen/Institutionen/Personen. Sofern spezifische Probleme die Hinzuziehung eines speziellen Ambulanten Hospiz- und Palliativpflegedienstes (AHPP) nahe legen oder erfordern, verpflichten sich die beteiligten Pflegedienste zu einer umgehenden entsprechenden Empfehlung an den betreuenden Hausarzt oder Palliativmediziner.

## **Beitrittserklärung**

**Hiermit trete ich / wir dem PN-ME ( Palliativ - Netzwerk -Mettmann) bei und stimme der Rahmenvereinbarung zu.**

---

**Stempel**

**Unterschrift**

---

**Stempel ( PN-ME)**

**Unterschrift**