

# PalliativNetz Osthessen

## Optimierte ambulante Palliativversorgung durch PalliativNetz plus innovative Symptomkontrolle

Dr. Peter Fehrenbach, Dr. Axel Grimm, Dr. Joachim Kleinert,  
Oscar Krämer-Kilper, Thomas Sitte, Manuela Straub



Das PalliativNetz versorgte vom 1.10.2006 bis 30.9.2007 insgesamt 171 Patienten, von denen in dieser Zeit 114 Patienten verstarben. Der Sterbeort war zu über 85 % die gewünschte häusliche Umgebung. Dieses Ziel wurde trotz Regelleistungsvolumens und bestehender Budgetierungen ohne öffentliche Zuschüsse durch das große Engagement aller Beteiligten erreicht. Wegen Überlastung des Umfeldes wurden am Lebensende von uns nur zwei Patienten stationär eingewiesen und einer in ein Hospiz verlegt. Weitere 14 Patienten wurden ohne Rücksprache mit dem PalliativNetz von anderen Behandlern stationär eingewiesen, was bei einer verbesserten Kommunikation eventuell nicht notwendig geworden wäre. Bei allen 27 Patienten, die im Rahmen der verbesserten Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nach §§ 140 ff SGB V betreut wurden und nasales Fentanyl zur selbstständigen Symptomkontrolle erhielten, konnte gemäß ihrem Wunsch eine stationäre Einweisung am Lebensende vermieden werden.

Über 70 % der Deutschen möchten in ihrer Lebensendphase zu Hause bleiben. Leider ist dieses Ziel derzeit infolge der stark unterschiedlichen Infrastruktur der palliativen Versorgung in Deutschland nur für 25-65 % der Menschen zu erreichen.

Wir haben die bekanntesten Projekte analysiert und entsprechend deren Stärken und Schwächen für unsere Patienten in der Region Osthessen optimiert. Mit unserem PalliativNetz erreichen und betreuen wir Patienten in einem Umkreis von rund 50 km.

### 24-Stunden-Erreichbarkeit

Unabhängig ist die telefonische 24-Stunden-Erreichbarkeit von Palliativmediziner und Palliative-Care-Fachkraft mit Besuchen im Notfall. Wenn die Wege zum Patienten 10 min überschreiten, ist eine Akutintervention gerade bei schwerer Atemnot nicht angemessen sicher zu stellen. So ist es nicht überraschend, dass Atemnot am Lebensende der häufigste Grund für stationäre Einweisungen ist [1, 2, 3].

### Symptom Atemnot

Ein Kernproblem bleibt aber auch bei einer sehr guten Vernetzung die schnelle Therapie in der häuslichen Umgebung bei schweren Symptomen wie akutem Vernichtungsschmerz und Erstickungsanfällen. Schwere, akute Atemnot ist das bedrohlichste Symptom Sterbender. Wegen der Unmittelbarkeit der Bedrohung muss es sofort und sicher behandelt werden können.

Sauerstoff ist nur bei einer Gasaustauschstörung mit Hypoxämie indiziert. Leider wirkt er meist wie orale Medikamente auch als effektives Placebo. Therapieziel bei Atemnot ist die Ökonomisierung der Atmung. Hohe Atemfrequenzen führen zu stärkerer Totraumventilation und mehr Atemarbeit. Eine Normalisierung erreicht man durch Senken der Atemfrequenz und des Atemantriebes. Referenzsubstanzen hierzu sind Morphin und Midazolam intravenös titriert.

### Nasales Fentanyl zur Symptomkontrolle

Nasales Fentanyl ist wegen der schnellen und kurzen Wirkung besser geeignet. Es kann als Rezepturarzneimittel einfach hergestellt werden. Wirkungseintritt und -dauer sind vergleichbar mit der intravenösen Gabe.

Durch das von uns entwickelte nasale Fentanyl zur sofortigen Symptomkontrolle von Schmerz und Atemnot können Patienten und Angehörige Symptome sofort effektiv selbst behandeln. Die Methode ist nicht invasiv und für Patienten angenehm. Sie ist sofort bei Symptombeginn einsetzbar. Die Anschlagszeit von nasalem Fentanyl beträgt nur 0,5 bis 2 min. Im zurückliegenden Jahr erhielten 92 unserer Palliativpatienten nasales Fentanyl.

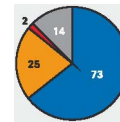
### Ergebnisse

Palliativversorgende wissen aus der täglichen Erfahrung, wie effektiv ihre Betreuung für die Patientenzufriedenheit und Verhinderung unerwünschter Klinikseinweisungen ist. Dass spezialisierte Palliativversorgung mit erhöhtem personellem Betreuungsaufwand bessere Ergebnisse bei geringeren Gesamtkosten am Lebensende erbringt, ist nachgewiesen worden [4]. Evident ist ein Vergleich der verschiedenen Modelle der Palliativversorgung hinsichtlich des Zielkriteriums "Sterbeort in häuslicher Umgebung" und "Vermeidung von Krankenhauseinweisung": Erhöhte Betreuungsintensität führt immer zu besseren Ergebnissen.

Die besten Ergebnisse zeigen sich durch die Kombination von Spezialisierter Palliativversorgung und der erleichterten Symptomkontrolle mit Hilfe der nasalen Fentanylapplikation.

### Verstorbene insgesamt:

100 Patienten hatten eine maligne, 14 hatten eine nicht-maligne Grunderkrankung.



	n	%
Zuhause	73	64
Hospiz	25	22
Krankenhaus	14	12
Palliativstation	2	2
Summe	114	100

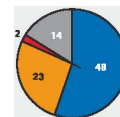
### Im Rahmen der vertragsärztlichen Regelversorgung:

(von den Hospizgästen sahen wir 22 Patienten erstmals nach Aufnahme ins Hospiz)

Betreuungsdauer

Durchschnitt 34 d

Median 21 d



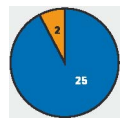
Sterbeort	n	%
Zuhause	48	56
Hospiz	23	26
Krankenhaus	14	16
Palliativstation	2	2
Summe	87	100

### Mit den Möglichkeiten der Integrierten Versorgung:

Betreuungsdauer

Durchschnitt 40 d

Median 25 d



Sterbeort	n	%
Zuhause	25	93
Hospiz	2	7
Summe	27	100

Korrespondenzadresse: Thomas Sitte  
PalliativNetz Osthessen  
Gerloser Weg 23a  
36039 Fulda  
t.site@schmerzzentrumfulda.de  
Tel. 0049 -171 - 74 50 979

### Quellenangaben:

- 1) Edmonds P, Karlsen S, Khan S, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. Palliat Med. 2001 ;15(4):287-95.
- 2) Higginson I, McCarthy M; Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? Journal of the Royal Society of Medicine, Vol182, 1989 Issue 5 264-267,
- 3) Kem M, Ostgathe E, Wesse H, Ambulante palliative Betreuung in Bonn - Einflussfaktoren auf eine stationäre Einweisung am Lebensende, Z. f. Palliativmedizin 2007 (in Vorbereitung)
- 4) Brumley R, Enuidanos S et al: Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care, J Am Geriatr Soc 55: 993-1000 2007