

# **Palliative Care**

**9. Und 10. November 2011, Köln,  
Fachkongress zur Pflege des Menschen am Lebensende**



**11.45 – 12.40 Uhr: Plenum 3**

**Dr. theol. Jochen Becker-Ebel**

## **Beste Palliativversorgung auch für Ältere**

**Zahlen/Bedarf und Lösungsansätze**

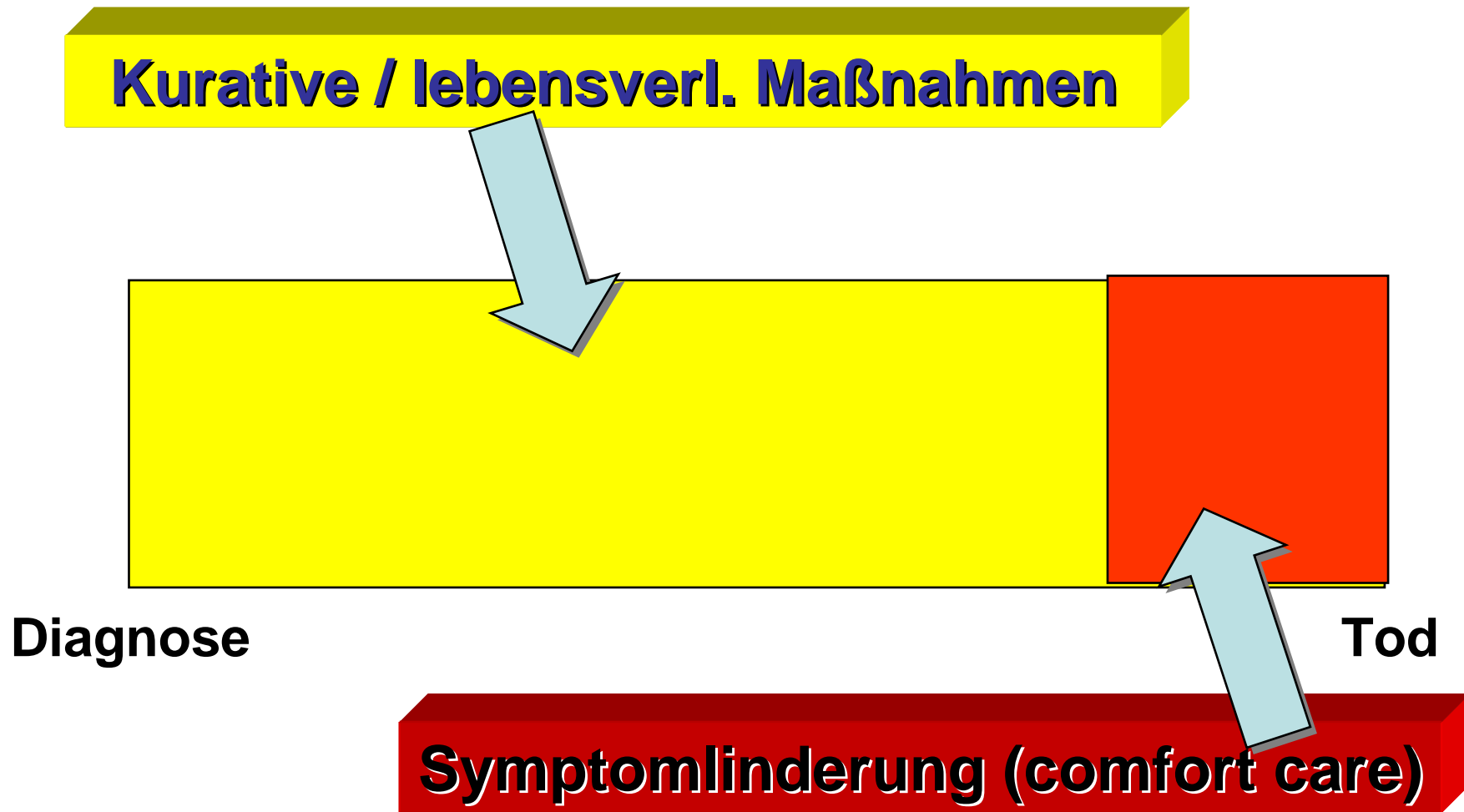


# 1. Palliative Grundlagen

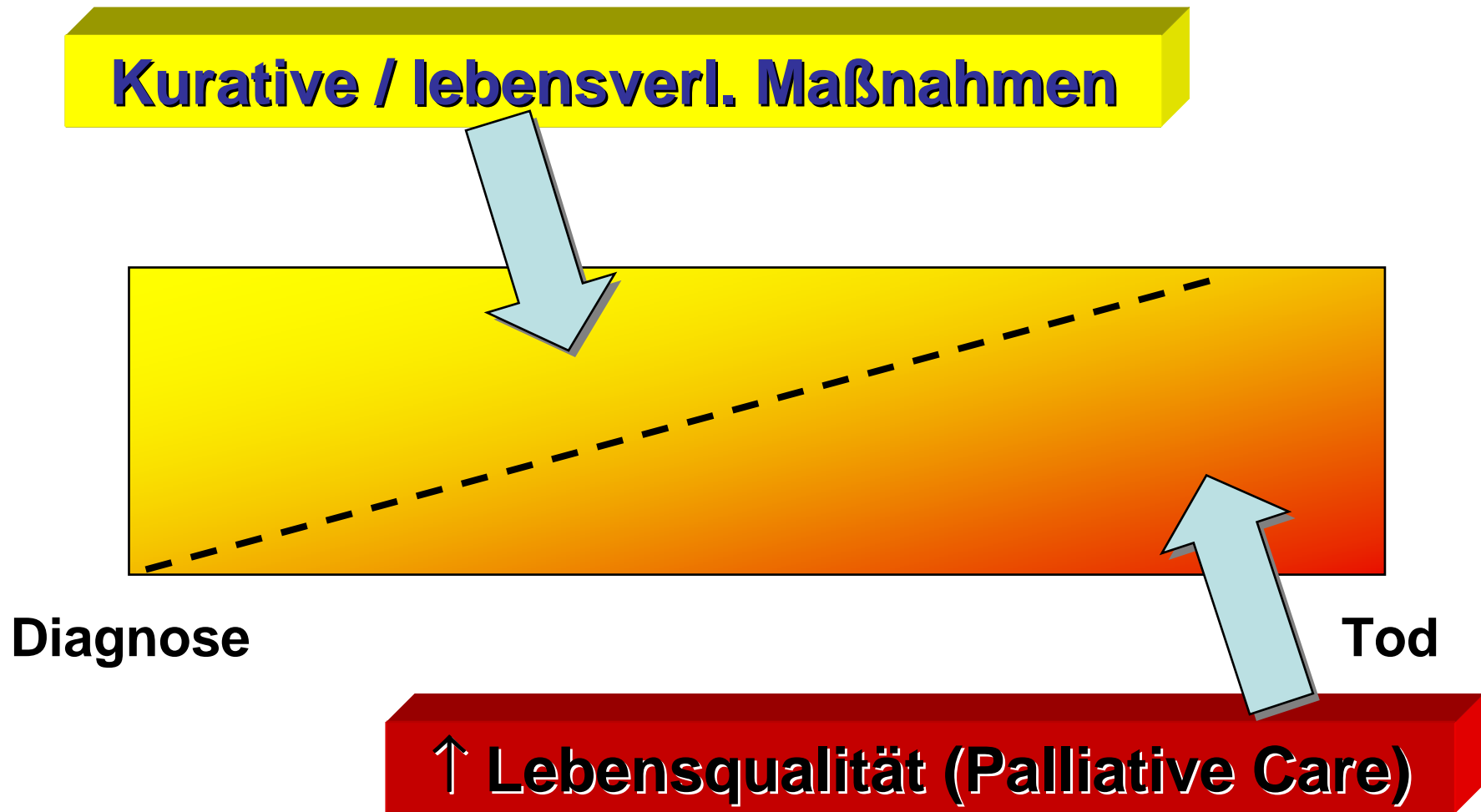
Krankheitsverläufe und Bedarf



# Palliativmedizin: alte Vorstellung



# Palliativmedizin: neue Vorstellung

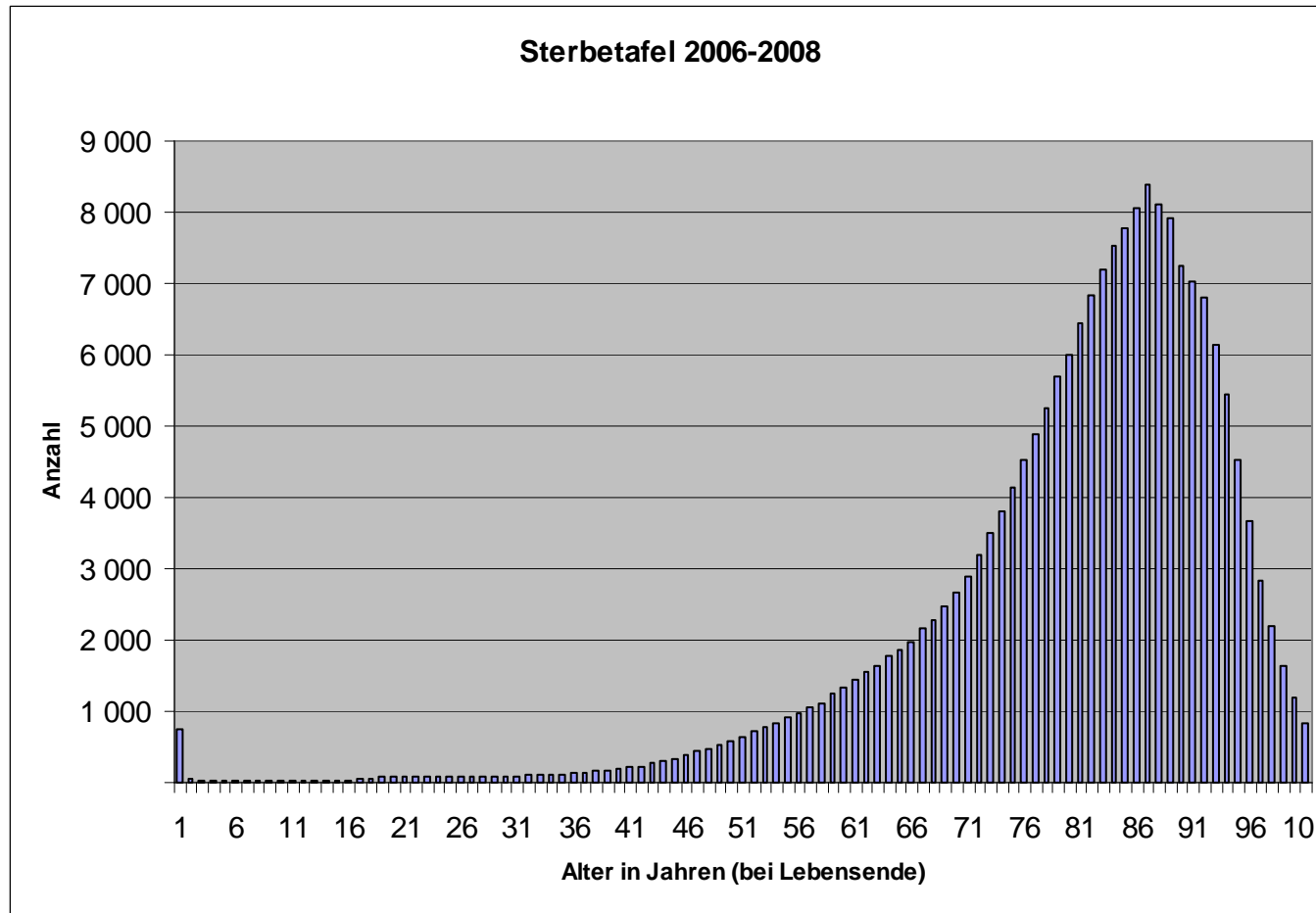


# Ich bin doch noch nicht alt

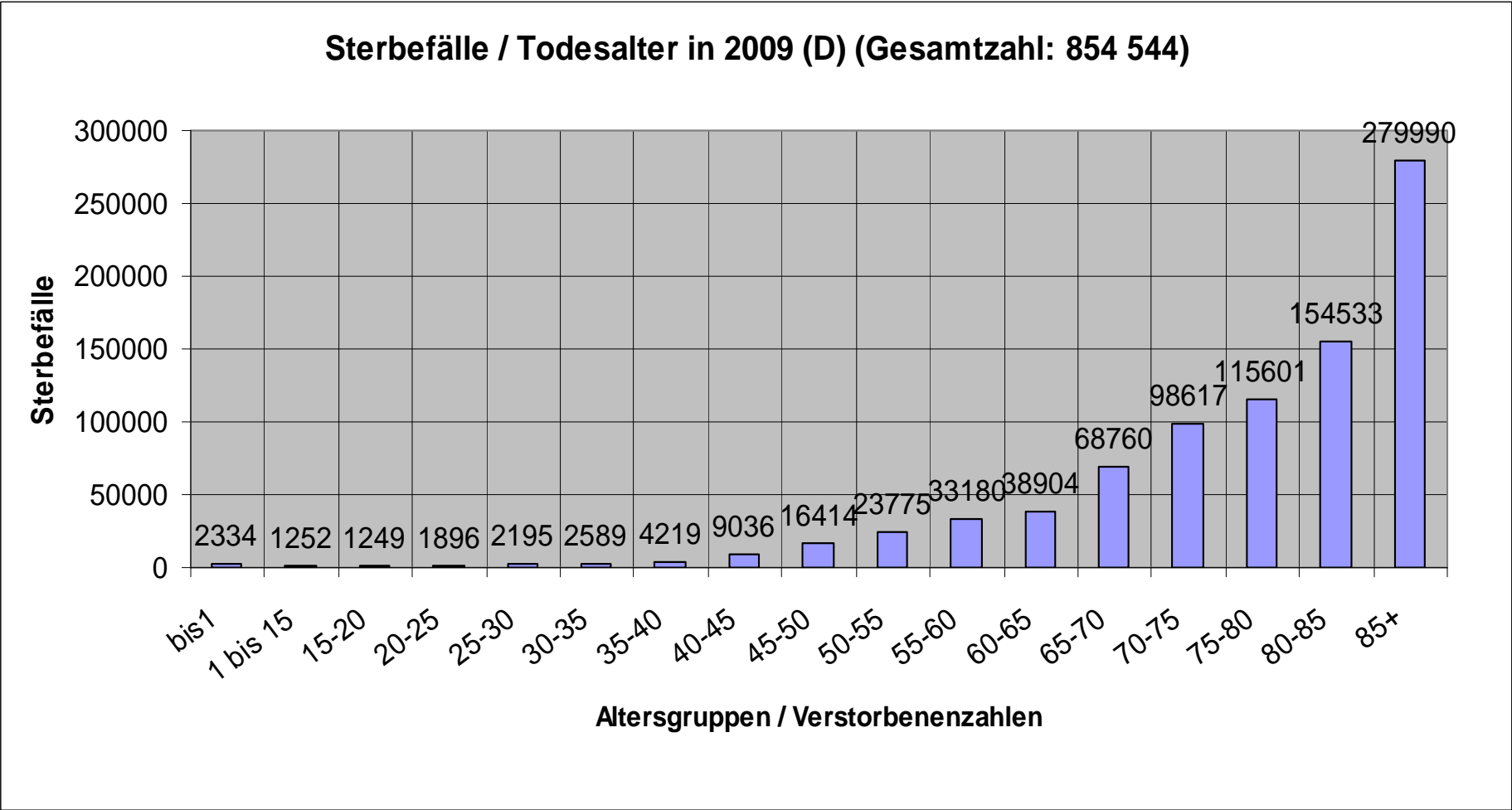


Dürers Mutter mit 63 / Sophia Loren mit 63

# Im welchen Alter sterben wir ?

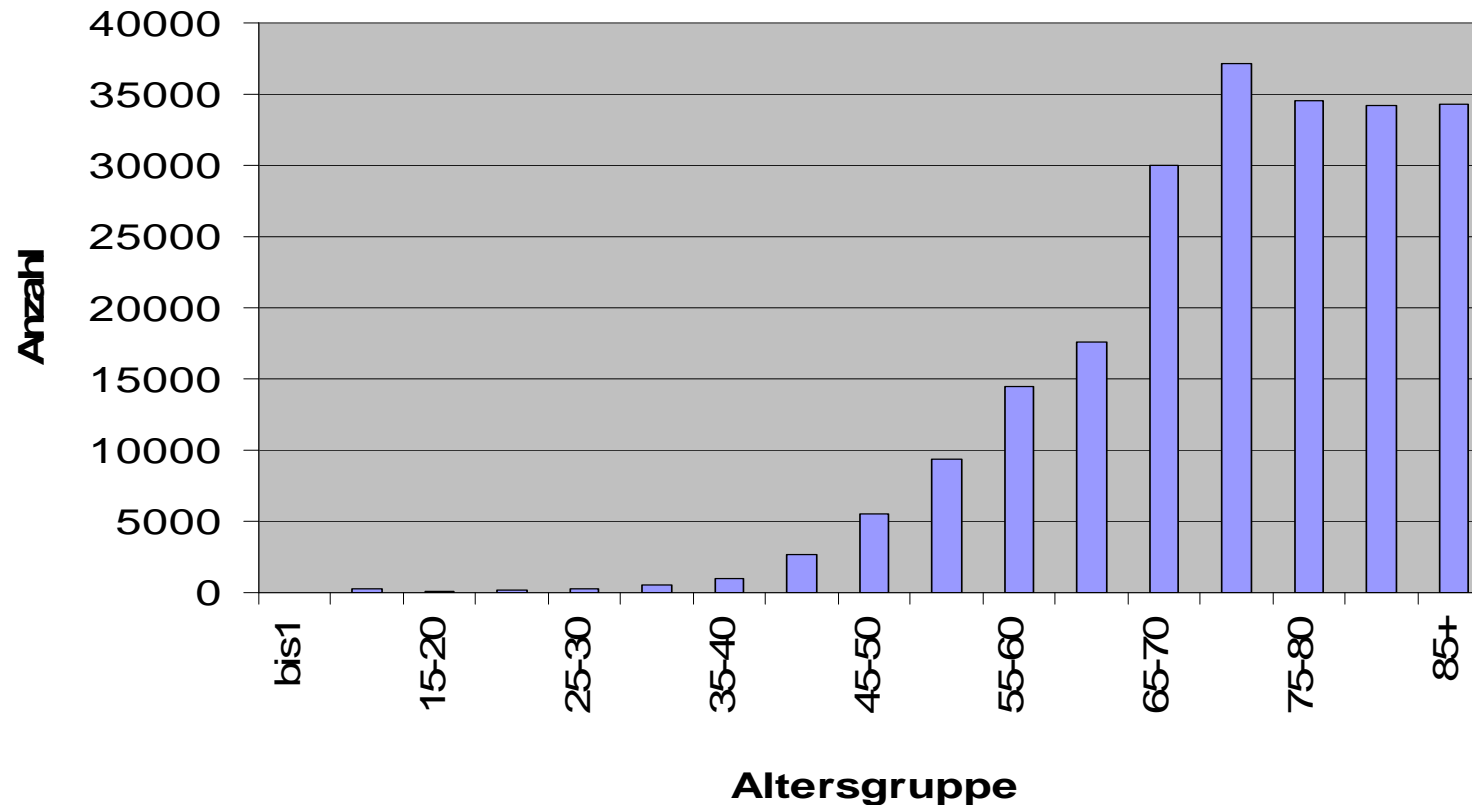


# Die Hälfte der Sterbenden: 80+



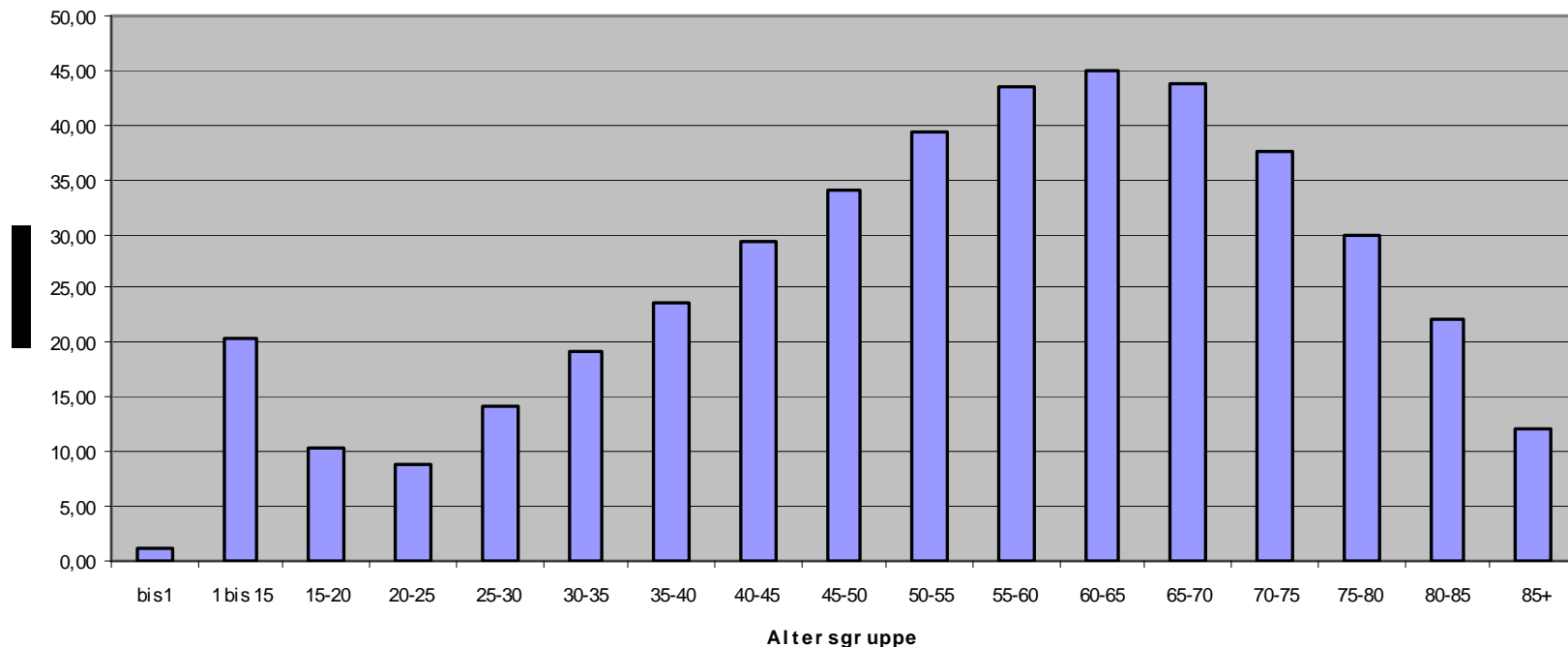
# Woran sterben wir und: Ist Krebs wirklich häufig ?

ICD 10 "C" Verstorbene nach Altersgruppen (in D)

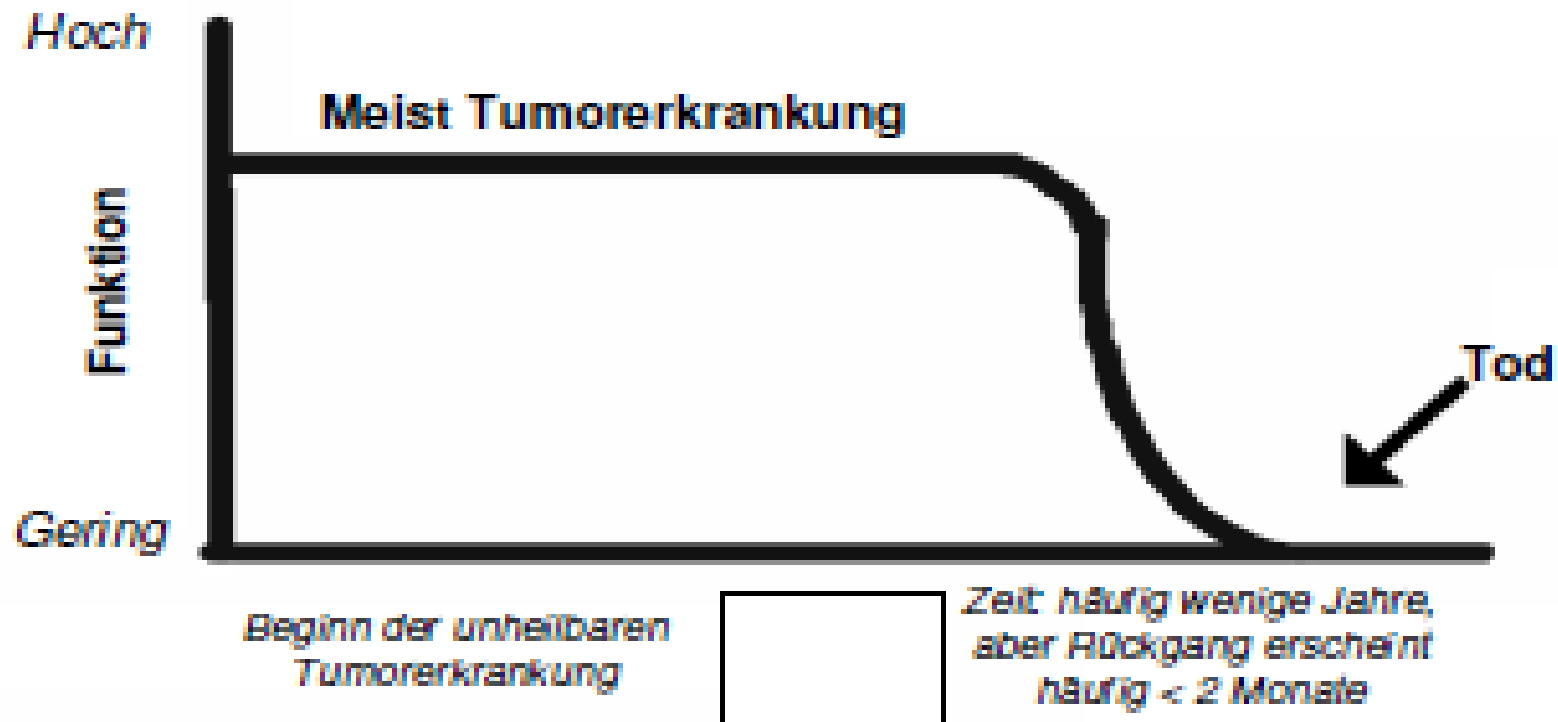


# Ja, gerade bei 50-75 - Jährigen (aber insgesamt nur bei 26 von 100)

ICD 10 "C" Verstorbene in Altersgruppe in %

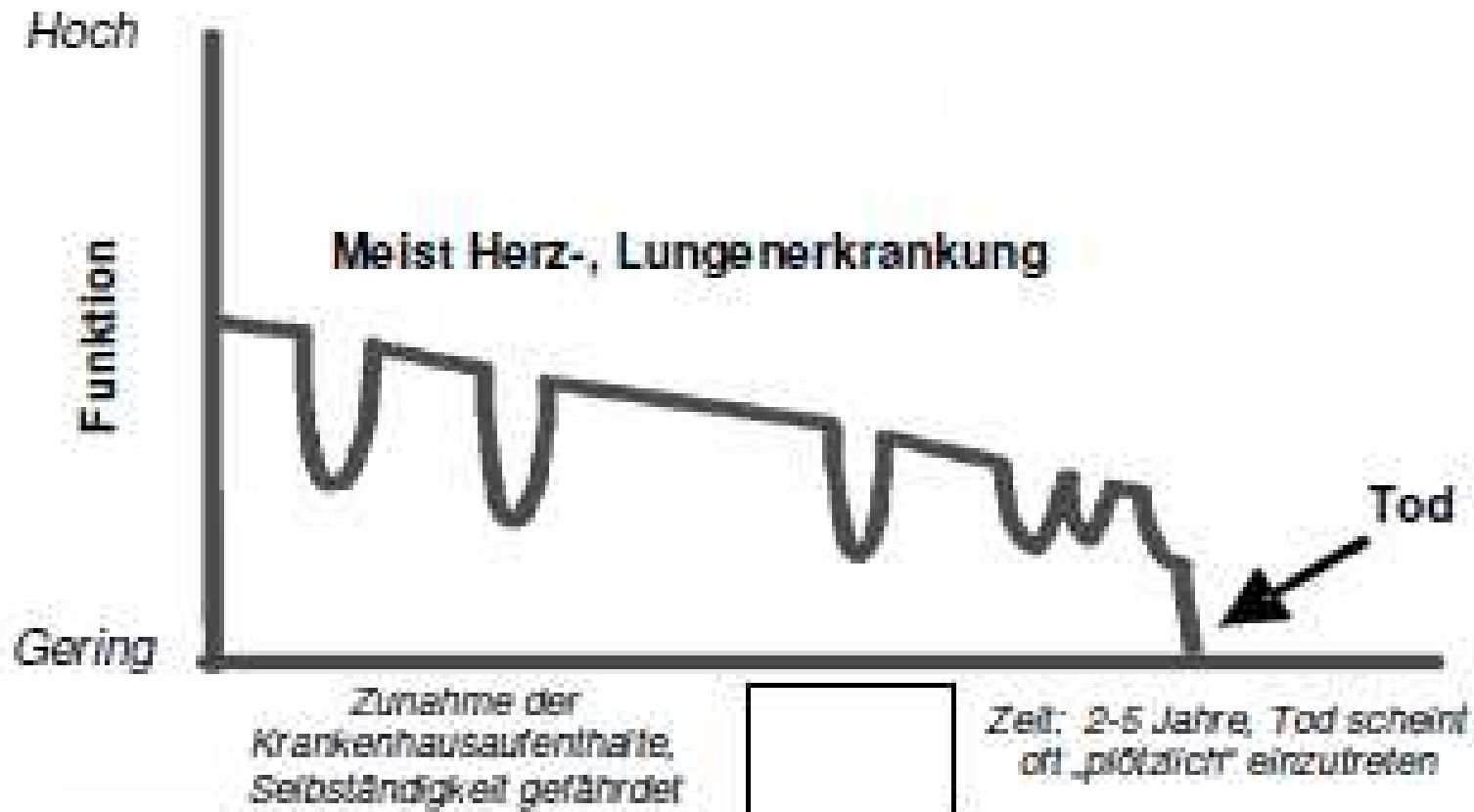


# „Tumor“-Krankheitsverlauf (Kurze Phase des eindeutigen Abbaus)

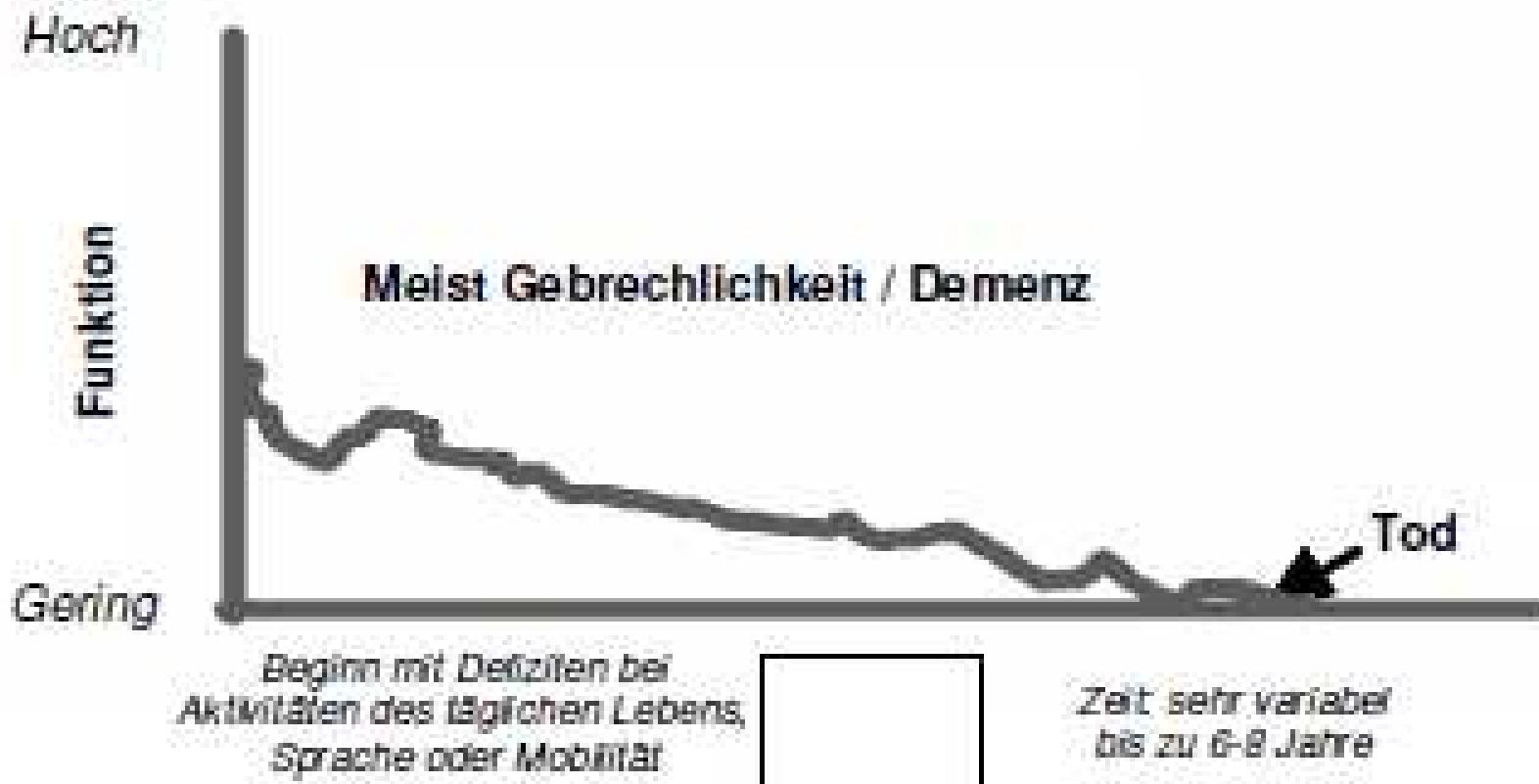


# „Organversagen“-Krankheitsverlauf

(Dauerhafte Einschränkungen mit intermittierenden bedrohlichen Episoden)



# „Frailty/Demenz“-Krankheitsverlauf (Schleichende Abnahme)



# Palliativversorgung für Ältere

Bislang wurde die Palliativmedizin völlig zu Unrecht in der Geriatrie vernachlässigt, obwohl viele Probleme entstehen, wenn alte Menschen ernsthaft erkranken und im weiteren Verlauf sterben. Die namhafte Palliativmedizinerin CICELY SAUNDERS gibt zu

***Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen."***

Quelle: Dr. Bettina Sandgathe und Prof. Dr. Stein Husebø (Bergen) in der Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie (StK 2/2000)

## § 37 b Abs. 2 Satz 1 SGB V (2007)

**Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des XI Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung.**

Spezialisierte Ambulante Palliativ-  
Versorgung SAPV im Heim



## 2. Sterbeorte und der SAPV- Bedarf

Bedarfsanalyse unter Einbeziehung  
von Krankheitsverläufen und Alter



# Deutsche Sterbeorte („alte Zahlen“)

	Krankenhaus	Altenheim *	Eigene Wohnung
Rheinland-Pfalz (1995) OCHSMANN 1997	44,1 %	12,8 %	37,3 %
NRW, Sterbefälle über 65 Jahre BICKEL 1998	49,7 %	21,2 %	29,1 %
ENQUETE- KOMMISSION 2005	42-45 %	15-25%	25-30 %
<i>Weiteres:</i>	<i>Davon Palliativstation: 1,5 %</i>	<i>* Häufige Verlegung bei Krisen und zum Sterben ins KH</i>	<i>Andere Orte: 3-7 %, z.B. Krankenwagen + Hospiz: ca. 2 %</i>
Zusammenstellung: HELLER 2006; anders: DGP (dort nur spezielle Patientengruppen)			

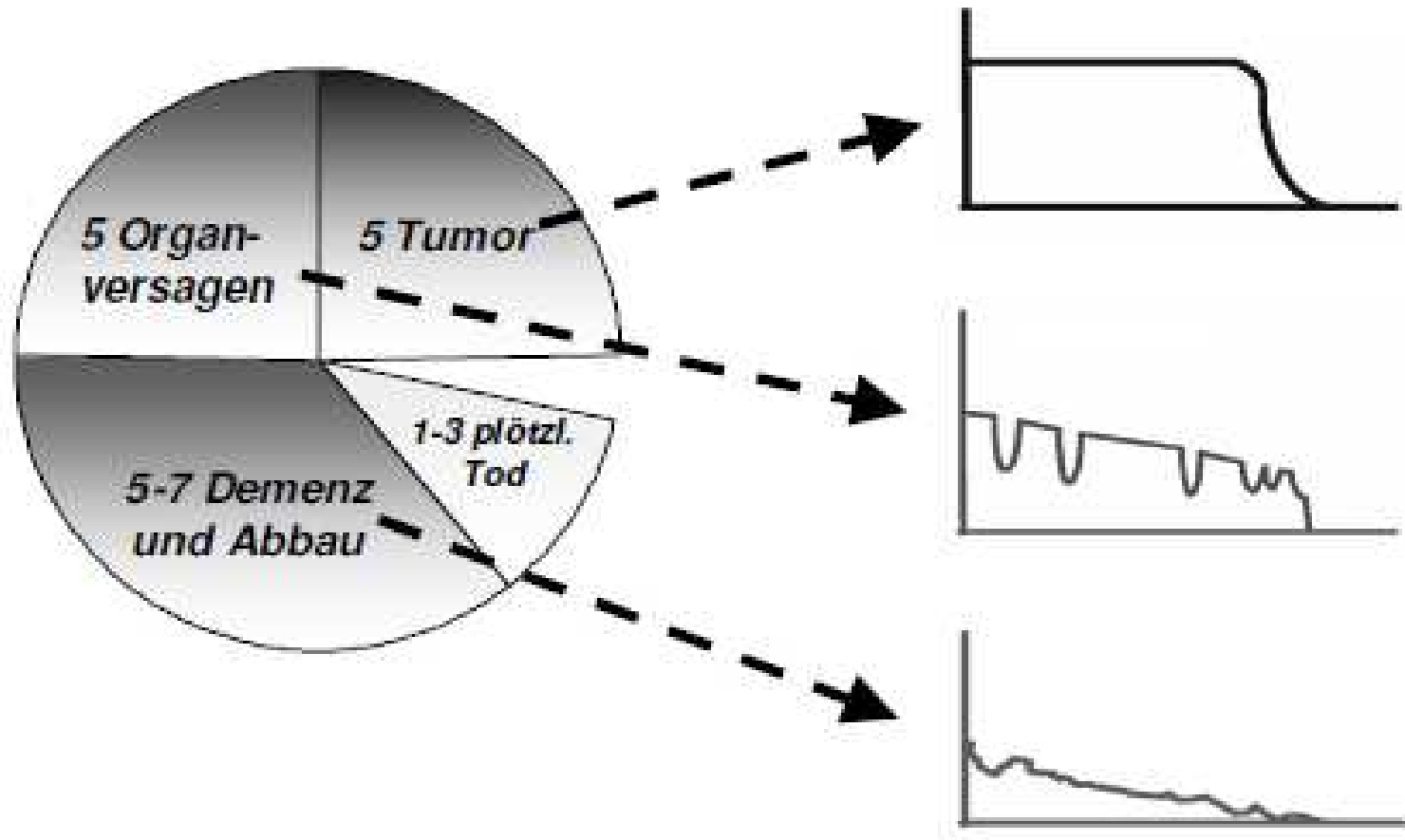
# „Jeder 10-te Sterbende braucht SAPV“

Verschiedene Experten benennen, fordern, definieren: Jeder 10-te Sterbende (ob ambulant, stationär oder im Heim) braucht SAPV – so auf BGM zu § 37b SGB V

## Literatur:

- <http://www.sapv.de/SAPVBetriebswirt21.2.2009.pdf> (Dr. Sittig) und
- <http://www.institut-am-muehlenbach.com/HandOutDrSchwarz.pdf> (Dr. Schwarz) und
- [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de) siehe: Download. (Dr. Becker-Ebel gemäß stat. Jahrbuch 2008).

# Sterbende/Krankheiten/Verläufe



# Versterbensarten: chron. / plötzlich

- Von 1.000 Menschen:
- sterben 50 % plötzlich (und deshalb ohne SAPV und AAPV): 500 (vgl. auch Sittig)
- Und
- Es sterben 50 % an chronischen Leiden: 500 (und damit mit SAPV und AAPV) (siehe Sittig aber nicht: Schwarz)

# Chronisches Verläufe ( 2 Arten)

- Von jener Hälfte aller Sterbenden, die chronisch versterben stirbt etwa die Hälfte (genauer: 52,4 %) an Tumorerkrankungen (das sind 26,2 % aller Todesfälle): also ca. 250 / 260 Sterbende.
- (Hinweis: Schwarz aaO. geht von 50 % aller Ingesamt-Todesfälle durch Tumorleiden aus, was schlichtweg falsch ist; Sttig at die richtigen Zahlen übernommen)
- Die andere Hälfte stirbt an multimorbiden Erkrankungen (COPD, Herzinsuff. Etc.): ca. 240/250 Sterbende.

# SAPV bei chronischen Verläufen

- Von den chronisch tumorleidend-Versterbenden braucht etwa ein Drittel aller Sterbenden (siehe die Erfahrungen aus NRW) die SAPV und 2 Drittel brauchen AAPV. Das bedeutet:  $1/3$  von  $255 = 85$  Sterbende mit SAPV (vgl. Schwarz: 100)
- Bei den chronischen, nicht an Tumorleiden Versterbenden brauchen etwa  $1/6$  SAPV, d.h.  $1/6$  von  $240 = 40$  mit SAPV (Schwarz nur 25)

# SAPV Behandlungsgesamtzahl

- Es brauchen somit pro Jahr pro 100.000 Bewohner mit ca. 1.000 Sterbenden ca. 125 Sterbende SAPV.
- Schwarz kommt ebenfalls auf 125.
- Sittig kommt auf ca. 100 (betrachtet aber nur die Tumorpatienten)
- Das Gesetz vom 1.4.2007 (§ 37b SGBV) geht von 10 % aller Sterbenden aus, somit 100, die SAPV brauchen.

# Versorgungszahl-Berechnung

Berechnung:

Wenn 125 Sterbende (von 100.000)  
innerhalb eines Jahres SAPV brauchen...

(- das ist die Gesamtbedarfszahl)

...dann brauchen wie viele von diesen stets  
gleichzeitig die SAPV ?

(- das ist die Zahl der gleichzeitig zu  
Versorgenden)

# 85 Jahres-Tumorerkrankte (Bedarf)

- Wir haben hier nur Zahlen für die Tumorerkrankten aus NRW und die besagen:  
1 Monat (1/12 eines Jahres) durchschnittliche Überlebenszeit nach Palliativversorgungsbeginn,  
d.h. wir haben stets 85 (Jahrestumor-SAPV-Zuversorgende als Bedarfsgröße) mit einem Monat Überlebenszeit im Durchschnitt,  
d.h.  $85 \text{ geteilt durch } 12 =$   
7 Patienten-Plätze für den gleichzeitigen Bedarf.

# 40 Nicht-Tumor Erkrankte (Bedarf)

- Bei den Nicht an Tumorkrankheiten Verstorbenen zeigt die Entwicklung des § 37b SGB V in den Begleitkommentaren, dass von längeren Sterbeprozessen ausgegangen wurde.
- Deshalb im Gesetz: „Tage, Wochen, Monate...“ gerade im Blick auf fortgeschrittene Demenz....
- Deshalb durchschnittlicher Bedarf 3 Monate (=  $\frac{1}{4}$  eines Jahres):
- $40 : 4 = 10$  Versorgungsplätze für diese Gruppe

# SAPV-Versorgungsplätze: 17

- Ich komme somit auf max. 17 parallele SAPV Patienten bei einer Bevölkerungsgruppe von 100.000 Menschen.
- Vergleichszahlen: gesetzlich: ca. 10-15; Schwarz: 10,4 und Sittig: 15
- Von diesen 10 – 17 wird über die Hälfte multimorbid und nicht tumorerkrankt sein und überwiegend im Pflegeheim leben.

# Warnhinweis

- Diese Zahl von 12-17 klappt nur wenn:
- Niemand in diesem letzten Lebensmonat ins Hospiz geht
- Niemand länger im Krankenhaus ist
- Niemand zu spät von den Hausärzten den Palliativmediziner zugewiesen wird
- Niemand in den Heimen in der letzten Phase „palliativ-unerkannt“ bleibt
- Und Jede/r die „fremden Experten“ will

# 3. Lösungsansätze

Umsetzung und Möglichkeiten der  
Palliativversorgung im Pflegeheim



# Mini-Historie:

- **Einzelprozessphase:**
- 90-er Jahre: Initiativen mit Teilprojekten (AWO Niederrhein, CBT Leverkusen, Sitzwachenprojekt Stuttgart, Bremer Heimstiftung), Diakonie in Düsseldorf (IFF);
- 2001: München (IFF/CHV) Vier Häuser der Inneren Mission München (Kittelberger)
- Seit 2002: einzelne Einrichtungen in ganz Deutschland
- 2005: Altenpflege-Preis des Vincentz-Verlags: Bremer Heimstiftung
- 2007: Preise für palliativkompetente Pflegeheime in Niedersachsen
- 2011: Der MDK prüft in NRW die Palliativkonzepte
- Stand Nov. 2011: ca. 450 Heime (von 13.500 Heimen) haben nachweisbare Einzelinitiativen gestartet, sich vernetzt und davon (meist regional) berichtet, insbesondere in NRW, Hessen und Niedersachsen

# Mini-Historie II

- **Gruppenprozessphase seit 2004:**
- 2004: AK Hospiz des DW HH und weitere 7 Heime (MediAcion)
- 2004/06: Leben am Lebensende: Projekt der Diakonie Hannovers
- 2004/07: Initiative Hospizarbeit und Palliative Care des DW Bayern (GGsD und MediAcion); Initiativen des DW in NRW
- 2006/07: z.B.: bpa Thüringen (Uni Erfurt); Private Heime (auch bpa / Vitanas) in Hamburg (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DW Hamburg (DFA); DW Niedersachsen (MediAcion); DRK Niedersachsen (MediAcion, Bildungszentrum Schlump); DCV NDS
- 2008: bpa NRW Projekt I (MediAcion, Uniklinik Essen), DRK II und DW II in NDS (MediAcion)
- 2009: AWO (Bund); DCV München, DRK Thüringen u.v.m.
- 2010: weitere Projekte in NDS, NRW, Bayern
- **700 Häuser beteiligten sich, ca. 520 haben abgeschlossen**

# Literatur



# Palliativkompetenz im Heim

BAG Hospiz

(Oktober 2005 / Feb.2006):

- ***Hospizkultur im Alten-  
Pflegeheim –***
- ***Indikatoren und  
Empfehlungen zur  
Palliativkompetenz***
- *....mit 20 Indikatoren*
- *...wurde zum Standard  
für weitere Prozesse*



# Palliativversorgung bei Demenz

<http://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/arbeitsgruppe-palliativmedizin-fuer-nicht-tumorpatienten.html>, Arbeitsgruppe 2007 / Vorstand 2008

„Bei Demenzkranken kann in allen Erkrankungsstadien palliativer Versorgungsbedarf bestehen. Häufig werden über längere Zeiträume sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen erforderlich sein.“

(auch in 2012: Papier zu Herzinsuffizienz kurz vor der Veröffentlichung)

# Schmerz und Demenz

## **Bedarf:**

- Nicht demente Patienten erhalten nach Schenkelhalsfraktur die dreifache Dosis Morphinäquivalent von Menschen mit Demenz (Quelle: Morrison R.S. PainSymptom Management 2000)
- > 80-Jährige erhalten um 1/3 weniger Opiate als Jüngere (Quelle: Bernabel R. et al; JAMA 1998)
- Pflegeheimpatienten ohne Schmerztherapie haben einen signifikant niedrigeren MMSE-Score als Patienten mit Schmerztherapie (Quelle: Closs S.J., Barr B., Briggs M.; Br J Gen Pract 2004)

## **Deshalb: Schmerzen erkennen/dokumentieren**

- Aktive Befragung des Patienten, selbst bei fortgeschrittener Demenz
- Beachtung nonverbaler Hinweise (Gesichtsausdruck, Körpersprache, Lautäußerungen, Unruhe)
- Therapiekontrolle mittels täglicher, dokumentierter Befragung auch durch das Pflegepersonal (z.B. BESD)

## (Zukünftige) Palliativversorgung:

- krankheitsangepasst
- oft schon früh beginnend
- oft lange begleitend
- oft intermittierend
- oft auch bei Hochbetagten
- (nur) bei einem 1/4 der Sterbefälle bei Tumorleiden
- Häufig auch bei Demenz und anderen Erkrankungen im hohen Alter

# Hospiz-Begleitung im Pflegeheim

- MODELL A: Hospizliche Begleitung durch den Ambulanten Hospizdienst als integraler Bestandteil der Versorgung sterbender Bewohnerinnen in der Pflegeeinrichtung
- MODELL B: Sterbebegleitung durch vom Hospizdienst qualifizierte hauseigene ehrenamtliche Mitarbeiterinnen der Pflegeeinrichtung
- MODELL C: Einzelfallorientierte hospizliche Begleitung im Alten- oder Pflegeheim mit Kooperationsvereinbarung
- MODELL D: Hospizliche Begleitung durch einen auf die Begleitung in Pflegeeinrichtungen spezialisierten Ambulanten Hospizdienst
- MODELL E: Einzelfallorientierte hospizliche Begleitung im Alten- oder Pflegeheim ohne Kooperationsvereinbarung
- Zusatz: Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche des hauseigenen Hospizdienstes (Modell Wuppertal, Lehrte, etc.)

# 4. Nutzen

Nutzen der Palliativversorgung im  
Pflegeheim



# Expertenstandard Schmerz

- Ihre Bewohner bekommen eine bessere pflegerische Versorgung, Symptom- und Schmerzkontrolle:
- Hier: Der Nationale Expertenstandard Schmerz wird in Pflegeheim-spezifischer Weise umgesetzt (Orientierung am multimorbiden Patienten)
- Sie erfüllen die MDK-Richtlinie (13.7., 16.7. von 05) zum Thema Schmerz.

# Bildung und Projektarbeit

- In einem Projekt: Sie erlernen Palliativpflegewissen / setzen erlerntes palliatives Wissen in Ihrer Einrichtung zeitnah um.

# Vernetzung / SAPV

- Sie bereiten Ihre Einrichtung auf eine bessere interne und externe Vernetzung vor (§ 140 Verträge; möglich auch: § 37b Abs. 2 / § 132 d SGB V in Vernetzung mit ambulanten Palliativpflegediensten)

# Ehrenamtliche Helfer

- Sie haben ein gutes Konzept für die Integration von Freiwilligen / Hospizbegleitern (Finanzierung nach § 39 a, 2 SGB V und/oder § 82 b SGB XI mittels Pflegesatzerhöhung)

# Schwerpunktbildung / Profil

- Sie verbessern Ihr öffentliches Ansehen und geben sich zusätzliche klare Profilm Merkmale mit hoher Marketingrelevanz.
- Die Charakteristika „Selbstbestimmung“, „optimale Schmerzbehandlung“, „bessere (palliativ-)ärztliche Präsenz“ und „gute Pflege selbst für Schwerstkranke und Sterbende“ sind Kernpunkte des Palliative-Care-Gedankens und werden in Ihrer Einrichtung nachweislich umgesetzt.

# Bedürfnisorientierung

- Sie orientieren sich vorausschauend an den spezifischen Bedürfnissen zukünftiger (auch hochbetagter und schwererer erkrankter) Heimbewohner z.B. Aufnahme nach Krankenhausentlassung. So haben Sie eine bessere Belegung.

# Abläufe Optimieren

- Sie optimieren Abläufe. Das spart Zeit und Nerven. Ihnen gelingen z.B. gute ethische Entscheidungen mit Rechtsicherheit (z.B.: Notfallpläne)

# Ressourcen entdecken/fördern

- Sie entdecken (neue) Ressourcen Ihrer Mitarbeiter und stärken diese. Die Mitarbeiter können sich besser entfalten. Sie fördern dabei die Mitarbeiter-zufriedenheit und –motivation.
- Damit beugen Sie dem Burn-Out vor und stärken die Mitarbeitergesundheit.
- Die Arbeit wird Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen mehr Freude machen, da Sie in Vielem besser vorankommen.

# Und: Nachhaltigkeit ?

Durch vier Initiativen wurde/wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Palliativkompetenz im Heim in der Frühphase und mittleren Phase untersucht:

- BAG Hospiz- Fachgruppe: Expertise 2005
- Bayerische-Stiftung-Hospiz: Expertin Donata Beckers: „Da-Sein, wenn es still wird.“ 2006 Download: <http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf>
- BSC-Gruppe: Kennzahlenerhebungen (Wuppertal, 2006-2009) (siehe „Palliativkompetenz entwickeln“)
- Bewohnerbefragung/Angehörigenbefragung (FH Braunschweig)
- Uni Vechta (Promotion: C. Wichmann, 2008-2012)

# Diskussion

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit !**

*Gerne trete ich mit Ihnen in den Fachdialog*

**Dr. Jochen Becker-Ebel, 040-99994658**

**...jetzt gleich, am Stand oder online [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)**