

In Würde aus dem Leben gehen:

**Konzeptionen zur Umsetzung von Palliativmedizin
und Sterbebegleitung im ländlichen Raum**

3. Pflegekonferenz in Nagold am 4. Juni 2016

**Dr. med. Dietmar Beck – Sprecher der DGP in BW
Leitender Arzt des PCT Stuttgart**

Palliativmedizin und Sterbebegleitung

1. Versorgungskonzepte in der Palliativmedizin
2. Aufbau palliativer Netzwerke
3. Palliative Abdeckung in Baden-Württemberg
4. Hospiz- und Palliativgesetz
5. Praktische Beispiele
6. Aktuelle Diskussion - Hinweise
 - a. S3-Leitlinie zur Palliativversorgung
 - b. Hospiz- und Palliativgesetz
 - c. Gesetz zum ärztlich assistierten Suizid

Palliative Care



Dame Cicely Saunders

Pallium = Mantel, palliare = lindern

Palliative Care – Palliativmedizin (WHO)

ist die aktive und **umfassende Versorgung** von

- nichtheilbaren Patienten (onkologisch und nichtonkologisch) mit einer
- voranschreitenden Erkrankung
- mit Schmerzen oder Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art

Ziel der Versorgung:

- Verbesserung der **Lebensqualität** für
- **Patienten** und ihre **Familien (Bezugspersonen)**

Palliativmedizin

- ▶ beachtet den Wunsch der Patienten bei der Versorgung und Behandlung sowie bei der Wahl des Aufenthaltsorts
- ▶ sorgt für Linderung von Schmerzen und weiteren belastenden Symptomen
- ▶ integriert psychische und spirituelle Bedürfnisse
- ▶ bietet Unterstützung an, damit das Leben der Patienten bis zum Tod so aktiv wie möglich sein kann
- ▶ bietet der Familie während der Erkrankung des Patienten aber auch in der Trauerphase Unterstützung an
- ▶ bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozeß
- ▶ will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern

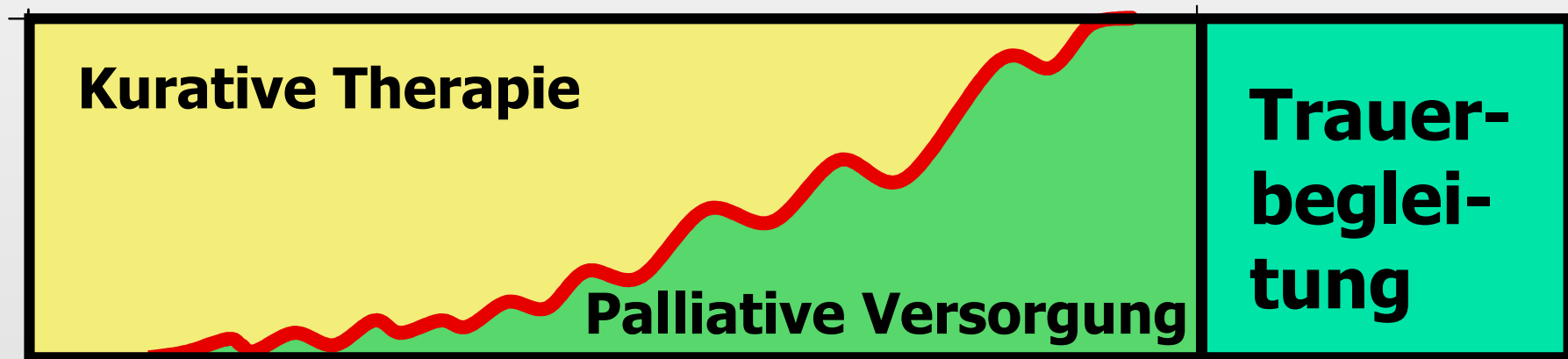
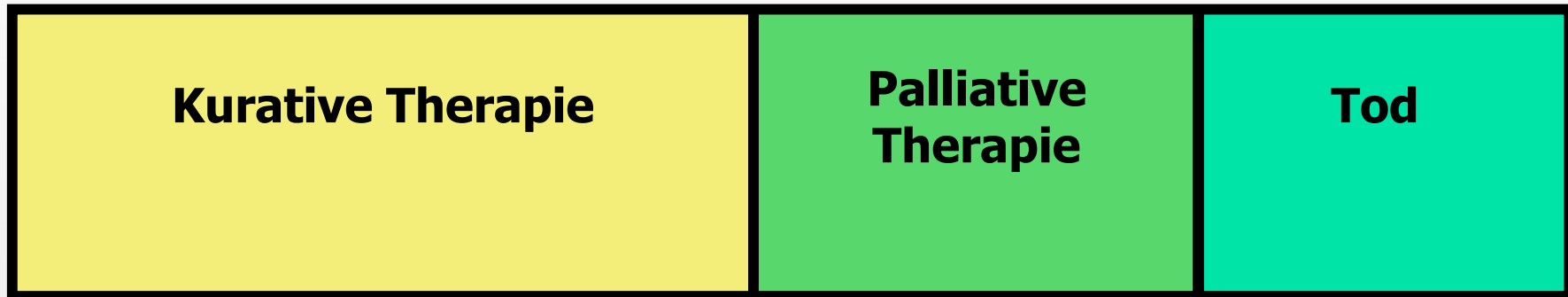
Palliative Versorgung

Verbundenes Miteinander in einem multiprofessionellen Team von:

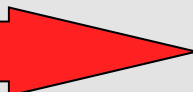
- Medizin
- Pflege
- Psychosoziale Begleitung (Seelsorger, Psychologe, Sozialdienst)
- Haupt- und Ehrenamt einschließlich Hospizdienst, Sitzwache

Konzepte palliativer Versorgung

altes Modell



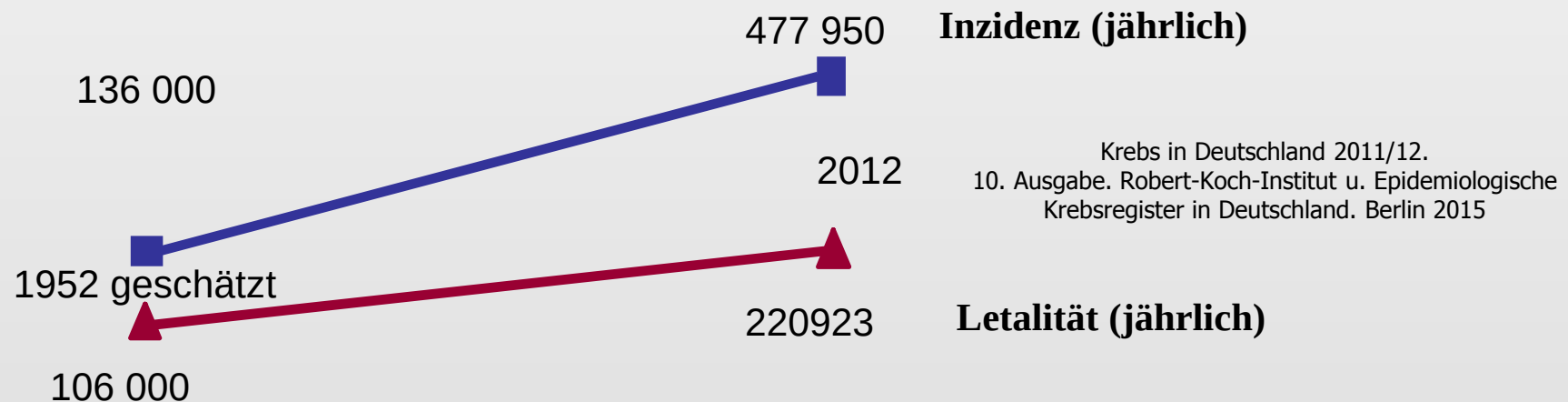
neues Modell

Zeitachse 

Epidemiologie der Palliativpatienten

nur onkologische Erkrankungen (Krebs)

Maligne Erkrankungen weltweit:	8 %	aller Todesfälle
Deutschland:	25 %	aller Todesfälle
Zunahme bis 2040:	40 %	aller Todesfälle
Prävalenz Deutschland, 2010	1 520 000	Patienten



SAPV-Verträge mit PCTs in BW 2010 - 2016

Beginn	PCT	Versorgungsregion	Einwohner
22.03.10	Pallium Bühl gGmbH	Rastatt, Baden-Baden	280.000
01.04.10	Tübinger Projekt	Landkreis Tübingen	240.000
12.04.10	levares Palliativ Care Mannheim	Mannh., Dossenh., Brühl, Schwetzingen, Heidelbg,	740.000
22.06.10	Palliative Care Team Biberach	Landkreis Biberach	190.000
08.07.10	SAPV Esslingen	Landkreis Esslingen	510.000
12.08.10	Palliativteam Weinheim GmbH	Weinheim, Mannheim, Dossenheim, Hospiz Luise HD	420.000
15.09.10	Palliativnetz Freiburg Buggingerstr. 87	Freiburg, Bötzingen; Ihringen; Gottenheim; Heuweiler; u.a.	330.000
05.10.10	PCT Stuttgart GmbH	Stadtkreis Stuttgart	600.000
11.11.10	Palliativnetz Ulm	Stadt Ulm	120.000
14.01.11	PalMa - Palliativnetz Mannheim	Mannheim, Ladenburg, Schwetzingen, Hospiz Luise HD	55.000

Verträge mit PCTs in BW

Beginn	PCT	Versorgungsregion	Einwohner
03.03.11	SAPV Ostalb, Mutlangen	Landkreis Ostalb	310.000
15.03.11	Palldomo	Neckar-Odenwald-Kreis	150.000
11.05.11	PCT Ludwigsburg	Landkreis?	515.000
14.07.11	PalliativNETZ Tuttlingen	Stadt u. Landkreis	170.000
01.09.11	AKI - Heidelberg	Stadt Heidelberg u. Gemeinden	ca. 400.000
02.09.11	PICT Palliativ & Intensiv Care Team Freudenstadt	Landkreis Freudenstadt	ca. 120.000
07.09.11	PaTe Palliativteam Mittelbaden	Stadt Baden-Baden/ Landkreis Rastatt	283.000
16.02.12	Palliative-Care-Team Clinic Home Interface Ravensburg	Landkreis Ravensburg, vorübergehend: Bodenseekreis, Sigmaringen.	327.000

Verträge mit PCTs in BW

Beginn	PCT	Versorgungsregion	Einwohner, ca.
12.04.12	SAPV Filstal, Geislingen	Landkreis Göppingen	253.000
24.05.12	SAPV-Team, Sozialwerk Hechingen u. Umgebung	Nördlicher Zollernalbkreis	ca. 95.000
01.06.12	PTO Palliativ Team Ortenau, Offenburg	Ortenaukreis	420.000
01.07.12 22	Reutlingen	Landkreis Reutlingen	281.000
	PCT Landkreis Böblingen	Landkreis Böblingen	
	Pallicare Kreis Calw	Landkreis Calw	
	Palliativnetz Pforzheim- Enzkreis	Landkreis Enzkreis und Stadtkreis Pforzheim	
	SAPV Region Heilbronn e.V.	Land- und Stadtkreis Heilbronn	

Verträge mit PCTs in BW

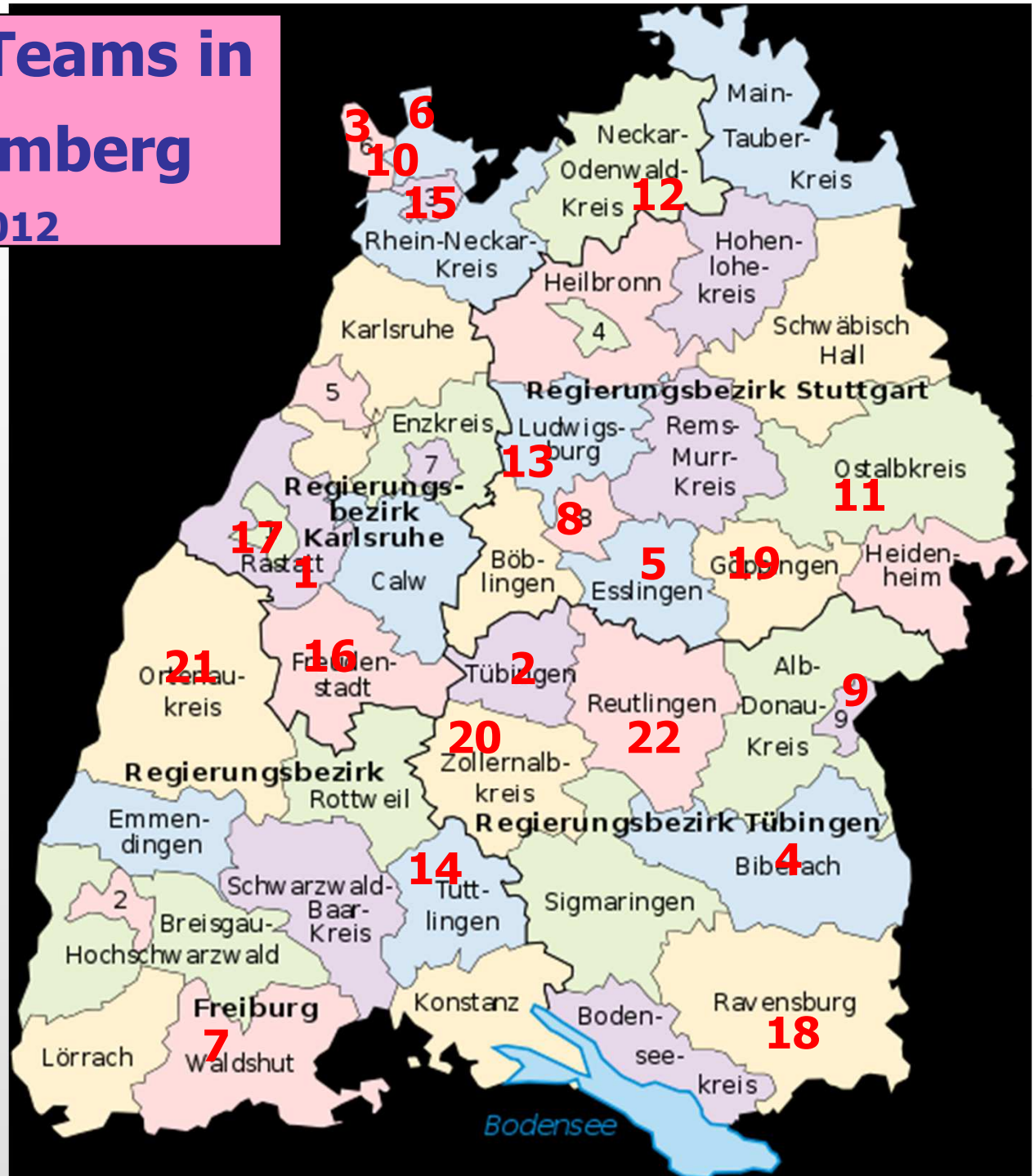
Beginn	PCT	Versorgungsregion	Einwohner, ca.
	Palliative Care Team Kraichgau	Ittlingen, Kirchhardt	
	Palliativ Care Arista	Landkreis Karlsruhe	
	Palliativ Care Team des OSP Karlsruhe	Stadt und Teile des Landkreises Karlsruhe	
	Palliativnetz Rems-Murr	Landkreis Rems-Murr	
	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung am Universitätsklinikum Heidelberg – „Uniklinik-SAPV“	Stadtkreis Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis	
	PCT SBK Villingen- Schwenningen	Südlicher Schwarzwald- Baar-Kreis	

Verträge mit PCTs in BW

Beginn	PCT	Versorgungsregion	Einwohner, ca.
	SAPV-Team Sigmaringen	Landkreis Sigmaringen	
33		Baden Württemberg: 10.750.000	ca. 8.500.000 ??

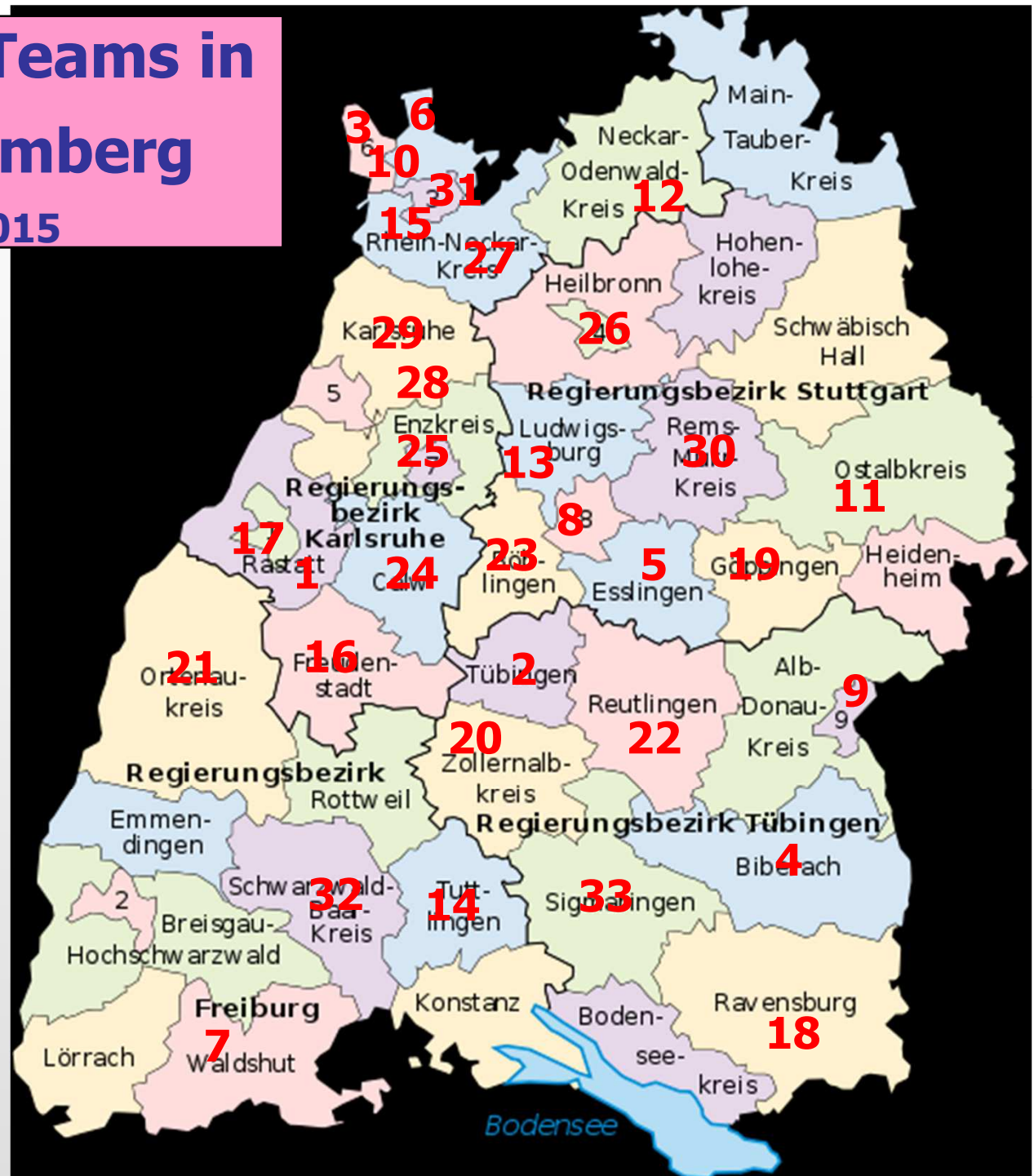
Palliative-Care-Teams in Baden-Württemberg

Stand 01.07.2012



Palliative-Care-Teams in Baden-Württemberg

Stand 21.12.2015



Regionen ohne SAPV

Stand 21.12.2015

Südlicher Breisgau
Lörrach
Waldshut
Main-Tauber Kreis
Hohenlohe Kreis
Konstanz
Heidenheim
Schwäbisch Hall

Prinzipien palliativer Betreuung

- ▶ Wechsel des Therapieziels von
 - ▶ Kurativ, heilend → palliativ, symptomlindernd, begleitend
 - ▶ Fokus: Lebensqualität
- ▶ Basistherapie
 - ▶ Symptomkontrolle, z.B. Schmerzen, Obstipation, Luftnot, Unruhe
 - ▶ Stillen von Hunger und Durst, Ernährung? – Mundpflege
 - ▶ Zuwendung
- ▶ Berücksichtigung körperlicher, psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse
- ▶ Willenserklärung von Patienten oder Vertreter ist bindend

AAPV – SAPV*

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
Grundversorgung	Ergänzend zur Grundversorgung: Beratung, Koordination, Teilversorgung oder Vollversorgung
Ärzte und Pflegende mit Basiskenntnissen in Palliativversorgung	Palliative Care Teams mit speziell qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften (großer Tätigkeitsumfang in PV)
Bei der Mehrheit der Palliativpatienten ausreichend	Schätzungsweise bei bis zu 15% der Patienten benötigt
Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV erfolgt nicht über Definitionen spezifischer Leistungen, sondern über besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten (G-BA 2012).	

* Empfehlung des Europarates, Rec 24 des Ministerkomitees zur Strukturierung der palliativen Versorgung

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- ▶ Jeder Versicherte hat Anspruch auf SAPV
- ▶ „On top“-Versorgung, keine Konkurrenz zu Hausarzt oder PD
- ▶ Palliative Care Teams (PCTs oder SAPV-Teams)
 - ▶ hochspezialisiert; multiprofessionell
 - ▶ 24 h Bereitschaft
 - ▶ Beratung, Koordination der Versorgung, additive unterstützende Teilversorgung, vollständige Versorgung
- ▶ Verordnung auf Muster 63
- ▶ Hausarztziffern

Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung



- 1990 Gründung als Pilotprojekt
- seit 1994 in der Regelfinanzierung
- Häusliche Betreuung schwerkranker und sterbender Krebspatienten
- Versorgungsbereich: Patienten aus Stuttgarter Krankenhäusern mit Wohnort Region Stuttgart

Palliative Versorgungsstruktur in Stuttgart



oooperation



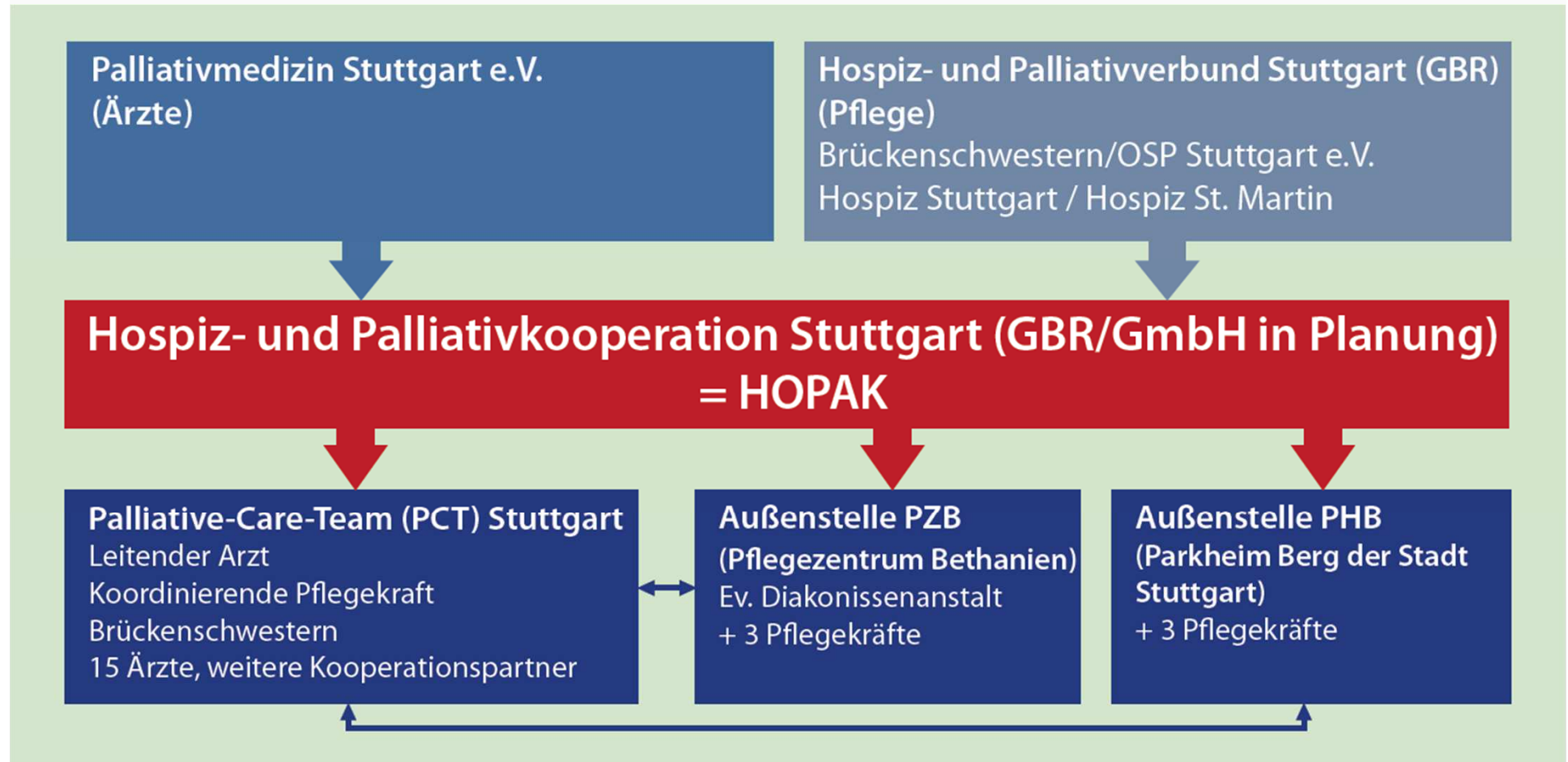
Palliative-Care-Team
Stuttgart

- 2007 Gesetz über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- 2010 Gründung des PCT Stuttgart
- Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten
- Versorgungsbereich: Stadtkreis Stuttgart

*SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

*AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die palliative Versorgung in Stuttgart - Struktur

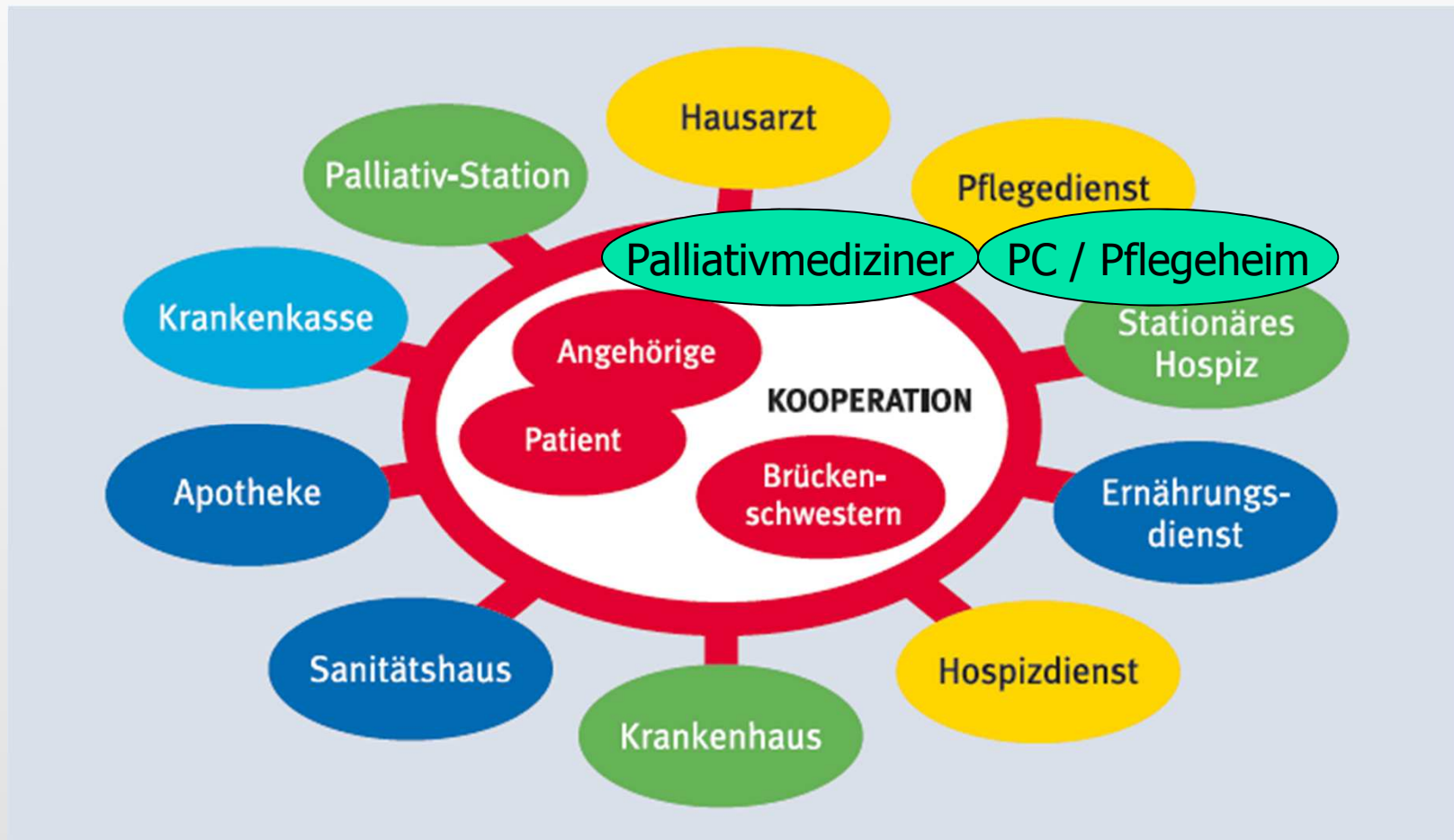


Kontakt Palliative-Care-Team Stuttgart:

Rosenbergstr. 38, 70176 Stuttgart, Tel: 0711/6455855, Fax: 0711/6455856

E-Mail: info@pct-stuttgart.de; www.pct-stuttgart.de

Die stationär-ambulante palliative Versorgung



Palliativversorgung im Pflegeheim – zwei Modellprojekte in Stuttgart

Pflegezentrum Bethanien (Diakonie)

Parkheim Berg (Eigenbetrieb Leben und Wohnen der Stadt Stuttgart)

Projektziele:

- ▶ spezieller Palliativ Care Bereich (besonderer Personalschlüssel, laufend Weiterbildungsmaßnahmen, kooperierender Palliativmediziner)
- ▶ qualifizierte medizinische und pflegerische Sterbebegleitung für alle Bewohner und Wohnbereiche im Heim
- ▶ Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten
- ▶ Leben und Sterben im Heim ermöglichen, so dass Verlegungen ins Krankenhaus reduziert / verhindert werden können
- ▶ Verbesserung der seelsorgerischen Begleitung/ Hospizgruppen

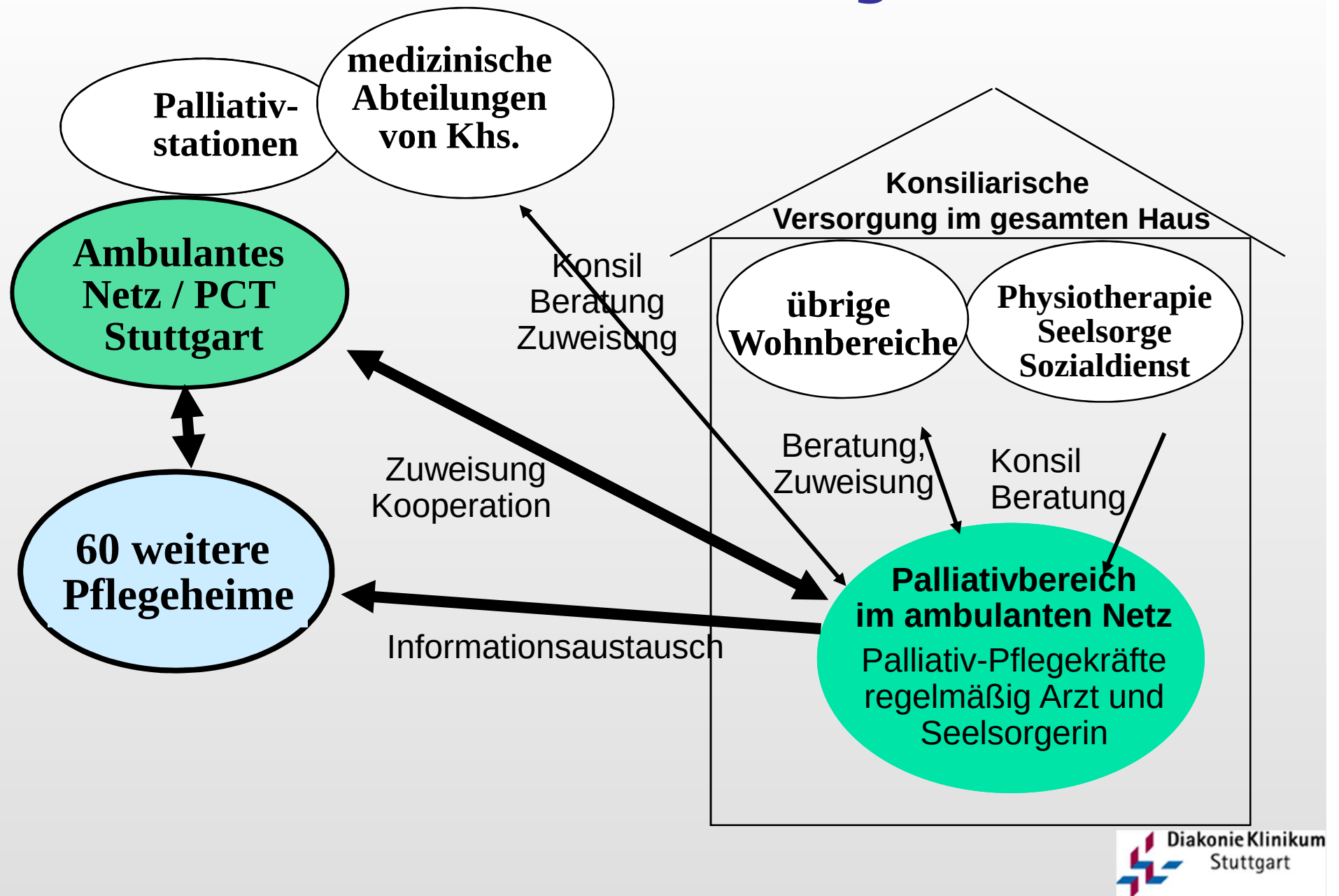
Zusammenfassung: Palliative Care im Pflegeheim*

Evaluation: Die Implementierung von Palliative-Care im Pflegeheim und die Einrichtung eines eigenständigen Bereichs ist im gesamten Heim mit über 200 Bewohnerplätzen **wirksam:**

- ▶ Gute Symptomkontrolle und Kommunikation bei Patienten und Angehörigen
- ▶ Rückgang von Krankenhauseinweisungen in der Sterbephase
- ▶ Mitversorgung im gesamten Heim → **Multiplikatoreffekt**, vergleichbar mit Palliativstationen im Krankenhaus
- ▶ Durch Palliativbereiche im Heim werden mehr Patienten / Angehörige / Pflegende / Ärzte erreicht als in stationären Hospizen

* Werner B (2010): Evaluation zum Projekt „Kooperativ in Palliativ“ (KIP) am Pflegezentrum Bethanien in Stuttgart (PZB), Katholische Hochschule Freiburg, https://www.diakonie-wuerttemberg.de/fileadmin/Medien/Pdf/Pfl_Palliativ-Care-Evaluation-Bethanien.pdf

Palliative Care in 2 Pflegeheimen



Besonderheiten des ländlichen Raums

- ▶ Baden-Württembergische Besonderheit: Brückenpflege an onkologischen Schwerpunkten = SAPV light
- ▶ Große Entfernungen:
 - ▶ zwischen den Palliativstützpunkten / Hospizen und den Patienten / ihren Angehörigen
 - ▶ zu Palliativstationen und Krankenhäusern
 - ▶ zu Apotheken, Kooperationspartnern wie Sanitätshäusern, Physiotherapeuten
- ▶ (Noch) kein Wettbewerb der Anbieter

Umsetzung der Palliativversorgung: Gründung von Teams

Inhibitoren	Promotoren
Falsche Vorstellungen Fehlende Schlüsselpersonen Nicht-Voneinandes-Wissen Nicht-Zusammenarbeiten-Können Nicht-Zusammenarbeiten-Wollen Nicht-Zusammenarbeiten-Dürfen (Konkurrenz, Macht, Institutionen)	Realistische Geschäftsidee der potentiellen Gründer Schlüsselpersonen im guten Kontakt und guter Vernetzung (Fachlichkeit, Geld, Politik)
Starre hierarchische und behördliche Strukturen Fehlerhafte Prozessplanung Fehlendes Fachpersonal	Unternehmerisches, kaufmännisches Knowhow Geeignete Prozessplanung Geeignetes Fachpersonal
Fehlendes Eigenkapital	Startkapital

Prinzipien palliativer Schmerzbehandlung

- Schmerzdiagnose

- Prinzipien der WHO

- Festes Zeitschema
- Stufenschema



(by the clock)

(by the step)

- **Bedarfsmedikation gegen Durchbruchschmerzen**
(rescue dose)

- Priorität hat die orale Medikation (EAPC 2004)

- Die Dosierung erfolgt individuell und ausreichend

- Startdosis – Dosisanpassung: Titration gegen den Schmerz

- Nebenwirkungsprophylaxe (adjuvante Medikamente)

- Therapiekontrolle (Schmerzskala)

Moderne Therapiemethoden im häuslichen Bereich

**Aktuelle Medikamente mit schneller Freisetzung, z.B.
Opioide mit schnellem Wirkungseintritt**

**Pumpentherapie zu Hause
oder im Heim**



Hospiz- und Palliativgesetz

Die **Palliativversorgung** wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner der Ärzteschaft und der Krankenkassen **zusätzlich vergütete Leistungen** vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur **Zusatzqualifikation der Ärzte** sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen.

Hospiz- und Palliativgesetz

Die palliativmedizinische Versorgung in der **häuslichen Krankenpflege soll** gestärkt werden. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** erhält deshalb den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die einzelnen Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren.

..In ländlichen Regionen soll der weitere Ausbau der sogenannten **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** (SAPV) beschleunigt werden.

Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen und gemeinsam vereinbart werden können.

Hospiz- und Palliativgesetz

Die finanzielle Ausstattung **stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize** wird verbessert.

- ▶ Erhöhung des Mindestzuschusses der Krankenkassen
- ▶ die Krankenkassen tragen künftig 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten.
- ▶ Die Beibehaltung des Eigenanteils entspricht dem ausdrücklichen Wunsch der Hospizverbände, um so sicherzustellen, dass der Charakter der vom bürgererschaftlichen Ehrenamt getragenen Hospizbewegung erhalten bleibt.

Hospiz- und Palliativgesetz

Die finanzielle Ausstattung **stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize** wird verbessert.

- ▶ Erhöhung des Mindestzuschusses der Krankenkassen
- ▶ die Krankenkassen tragen künftig 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten.
- ▶ Die Zuschüsse für ambulante Hospizdienste werden angehoben

Hospiz- und Palliativgesetz

Sterbebegleitung wird ausdrücklicher **Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung.**

Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten zur medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht mehr nur freiwillig, sondern sollen von den Vertragspartnern abgeschlossen werden.

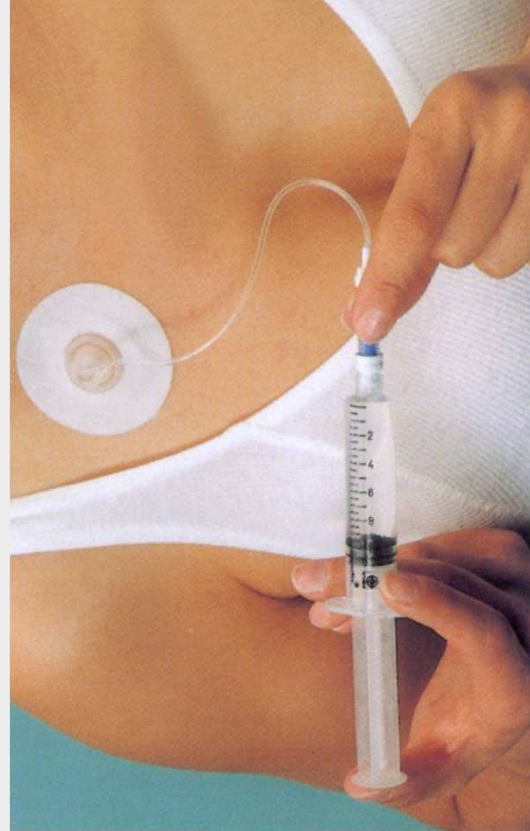
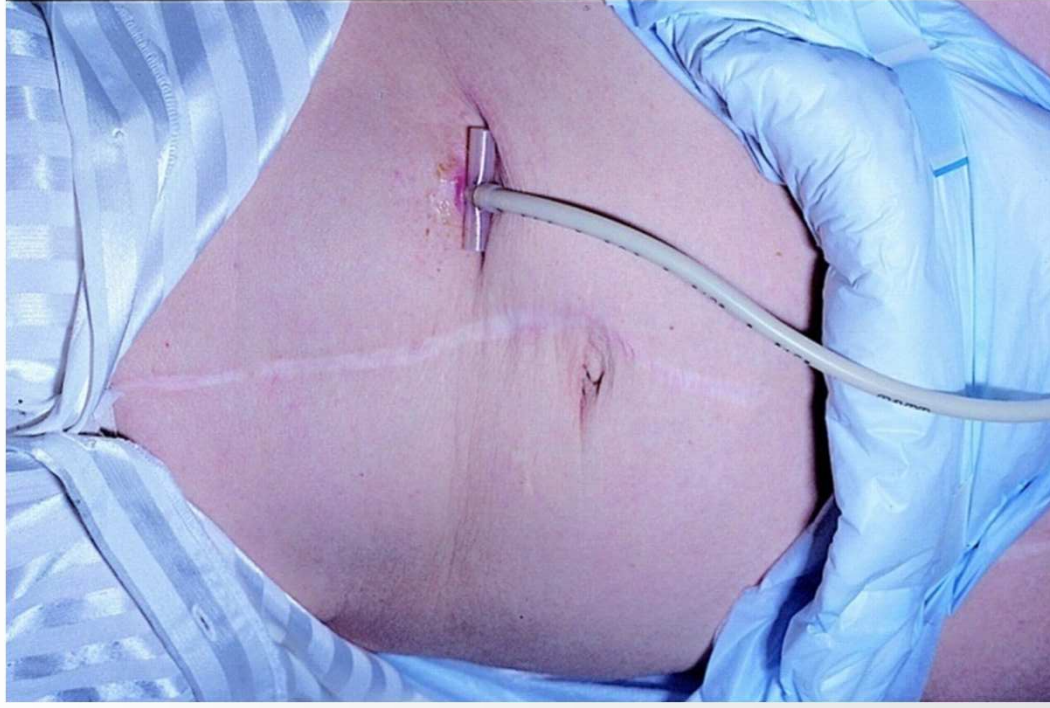
Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine **zusätzliche Vergütung.**

Hospiz- und Palliativgesetz

Pflegeheime sollen ihren Bewohnern eine **Versorgungsplanung** zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können.

Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert

In **Krankenhäusern** sollen für Palliativstationen krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden.









Häusliche Versorgung

