



# Caritas

Nah. Am Nächsten

## ***Hospizliche und Palliative Angebote im Senioren- und Pflegeheim***

ZAHPV München Land und Stadtrand

Juni 2013



## *Hospizliche und Palliative Angebote im Senioren- und Pflegeheim*

- **Hintergründe**
- **Hospiz- und Palliativversorgung im Alten- und Pflegeheim**

## Hintergründe:

- FAQs der palliativen Geriatrie
- Krankheits- und Sterbeverläufe in der palliative Geriatrie
- Ethische Herausforderungen in der palliativen Geriatrie

## ***FAQs der palliativen Geriatrie***

### **Palliative Care....**

.... dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit **einer** lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

.....

WHO 2002

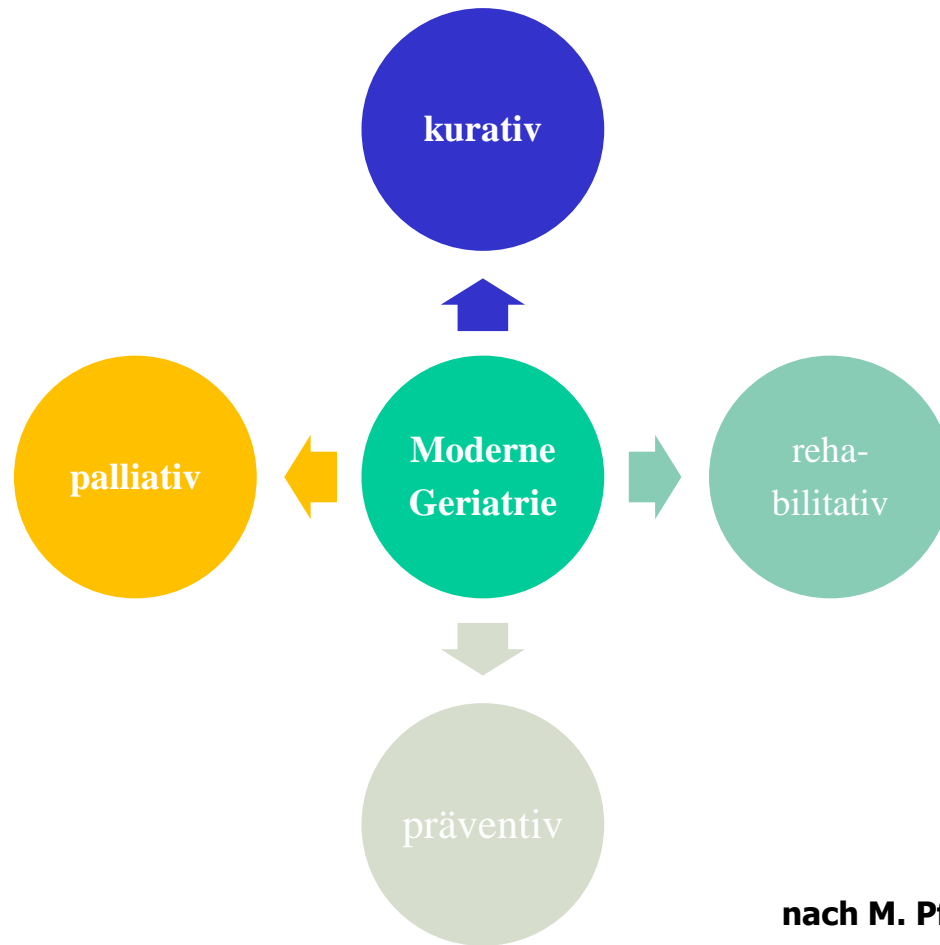
# FAQs der palliativen Geriatrie

## Hochbetagte Menschen....

- Leiden oft an **mehreren** chronischen, fortschreitenden, oft nicht heilbaren Erkrankungen
- Leiden an Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- Haben eine begrenzte Lebenserwartung
- Sind häufig isoliert
- Können sich oft schwer verständlich machen

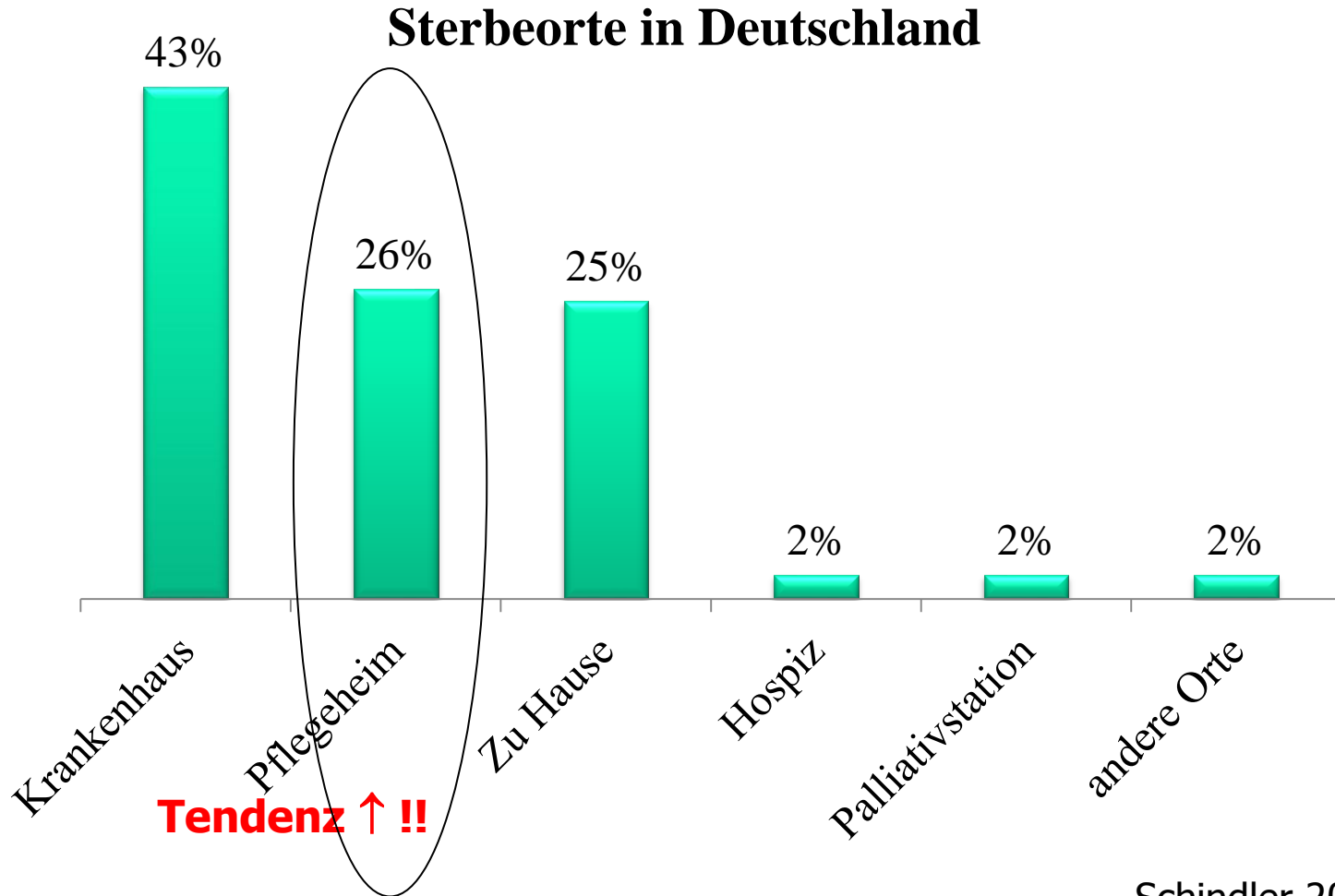


# FAQs der palliativen Geriatrie



nach M. Pfisterer, 2009

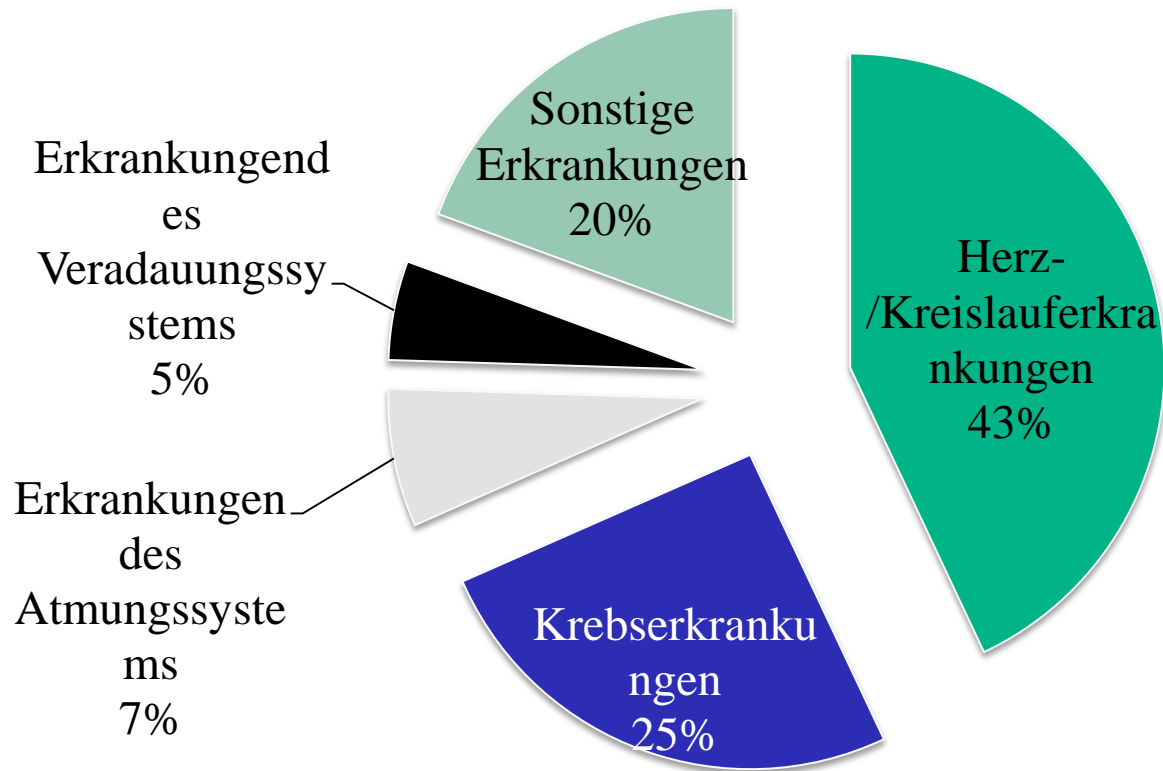
# Krankheits- und Sterbeverläufe



Schindler 2005

# Krankheits- und Sterbeverläufe

## Führende Todesursachen in D

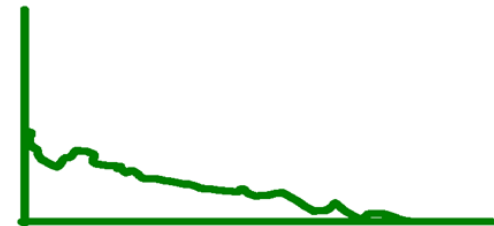
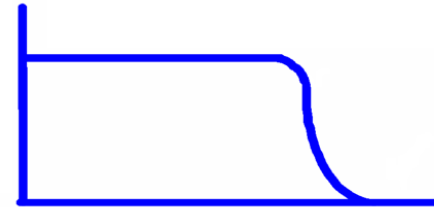


Wasner, Mayer 2011



# Krankheits- und Sterbeverläufe

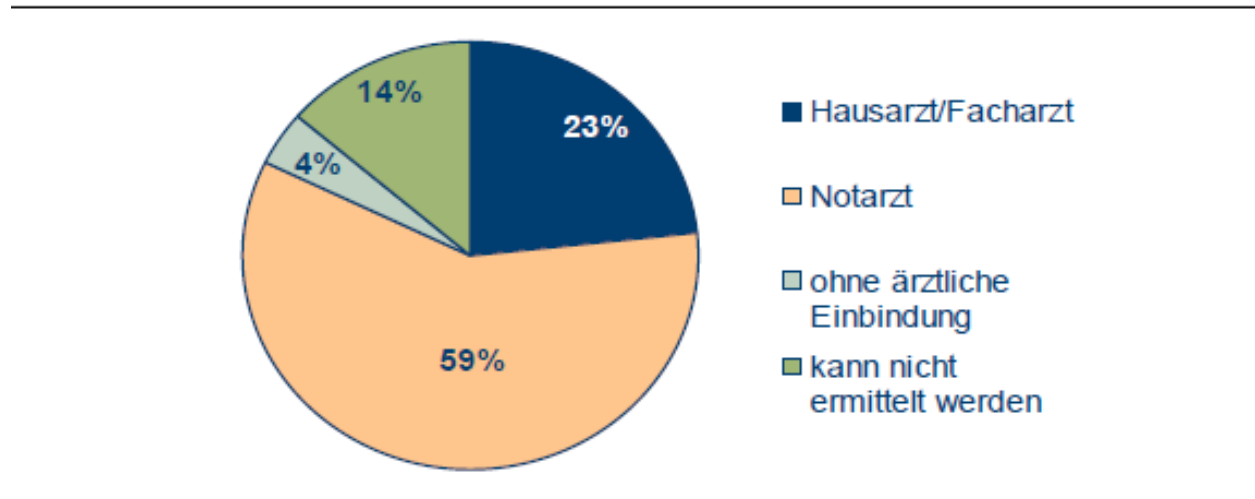
- **Tumorerkrankung:** meist wenige Jahre; klinische Verschlechterung meist als „kurze“ Phase – Funktionsstatus meist lange „gut“
- **„Organversagen“:** dauerhafte Einschränkung mit intermittierenden bedrohlichen Episoden (Herz-, Niereninsuffizienz, COPD)- Verlauf über wenige Jahre, Tod vermeintlich „plötzlich“
- **„Frailty“ (Proto-Typ: Demenz):** schleichender Funktionsverlust; zeitlicher Verlauf variabel-manchmal über viele Jahre



Fuchs, 2010

# Krankheits- und Sterbeverläufe

## Krankenhouseinweisungen/Art der Einweisung:



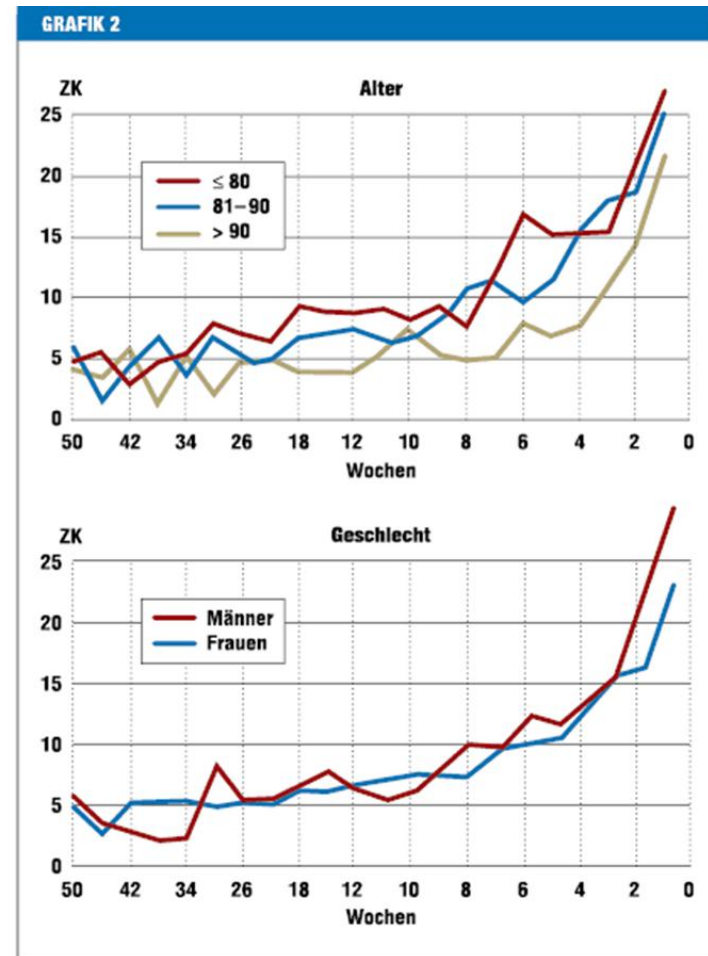
Quelle: IGES, eigene Darstellung auf Basis der Pflegeaktenanalyse

# Krankheits- und Sterbeverläufe

**Rund 30% der Seniorenheimbewohner verbringen ihre letzten Lebenstage im Krankenhaus anstatt in ihrer vertrauten Umgebung!**

Ramroth, Dt. Ärzteblatt 2006

Anteil der im Krankenhaus verbrachten Zeit (ZK) während des letzten Lebensjahres nach Alter und Geschlecht (in den ersten neun Monaten monatliche und in den letzten drei Monaten wöchentliche Quoten)



*„Das Pflegepersonal kontaktiert regelmäßig die Praxen in nervenaufreibender Weise und meldet alles, was es für auffällig hält, um ja nicht belangt werden zu können. Oft werden aus unerfindlichen Gründen die Vertretungsärzte am frühen Abend nicht lange nach Praxisschluss des Hausarztes in Anspruch genommen (Schichtwechsel?). Dem Vertreter bleibt wegen Unkenntnis des Falls oft nur die Einweisung übrig. Unter den derzeitigen Bedingungen eine noch umfassendere Bereitschaft des einzelnen Hausarztes zu fordern ist allerdings völlig unrealistisch und nicht zumutbar.“*

**Dt. Ärzteblatt, 2006**

## ***Krankheits- und Sterbeverläufe***

### **Problem bei Krankenhauseinweisungen:**

- Mobilität, Kontinenz, Essverhalten verschlechtern sich bei 73% der Pat.
- Therapie einer Pneumonie: Kein unmittelbarer Überlebensvorteil im KH
- Mortalität innerhalb der ersten 6 Wochen:
- im Pflegeheim 18.7%; im KH: 39.5%

## ***Die ethischen Herausforderungen in der palliativen Geriatrie***

- **SCHMERZ** und andere Symptome
- **ERNÄHRUNG & FLÜSSIGKEIT**
- **FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN**
- **ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE**

## **SCHMERZ** und andere Symptome

- 60-80% aller Patienten in Pflegeheimen leiden an chronischen Schmerzen, nur ca. 50% von ihnen erhalten eine adäquate Therapie  
(AGS Panel 1998; Weiner 199; Frampton 2003)
- 59 % der demenzerkrankten Bewohner in stationären Einrichtungen leiden an nicht erkannten und somit an nicht therapierten Schmerzen  
(2010 D. Dräger)
- 83% der Bewohner mit Demenz erleben regelmäßig Schmerzen, die zu Inaktivität, Depression und Reduktion der Lebensqualität führen.  
(Ferrell 1995)
- Patienten ohne Demenz erhalten 3 x mehr Analgetika, als Patienten mit Demenz  
(Cohen – Mansfield 2002)
- Nicht demente alte Menschen erhalten nach Schenkelhalsfrakturen 3x soviel Morphinäquivalent wie demente alte Menschen (Morrison, Siu, 2000)

## SCHMERZ *und andere Symptome* im letzten Lebensjahr

Schmerzen	84%
Anorexie	71%
Übelkeit und Erbrechen	51%
Schlaflosigkeit	51%
Dyspnoe	47%
Obstipation	47%
Depression	38%
Verwirrtheit	33%
Sorgen/ Ängste Familie	33%
Sorgen/ Ängste Patient	25%

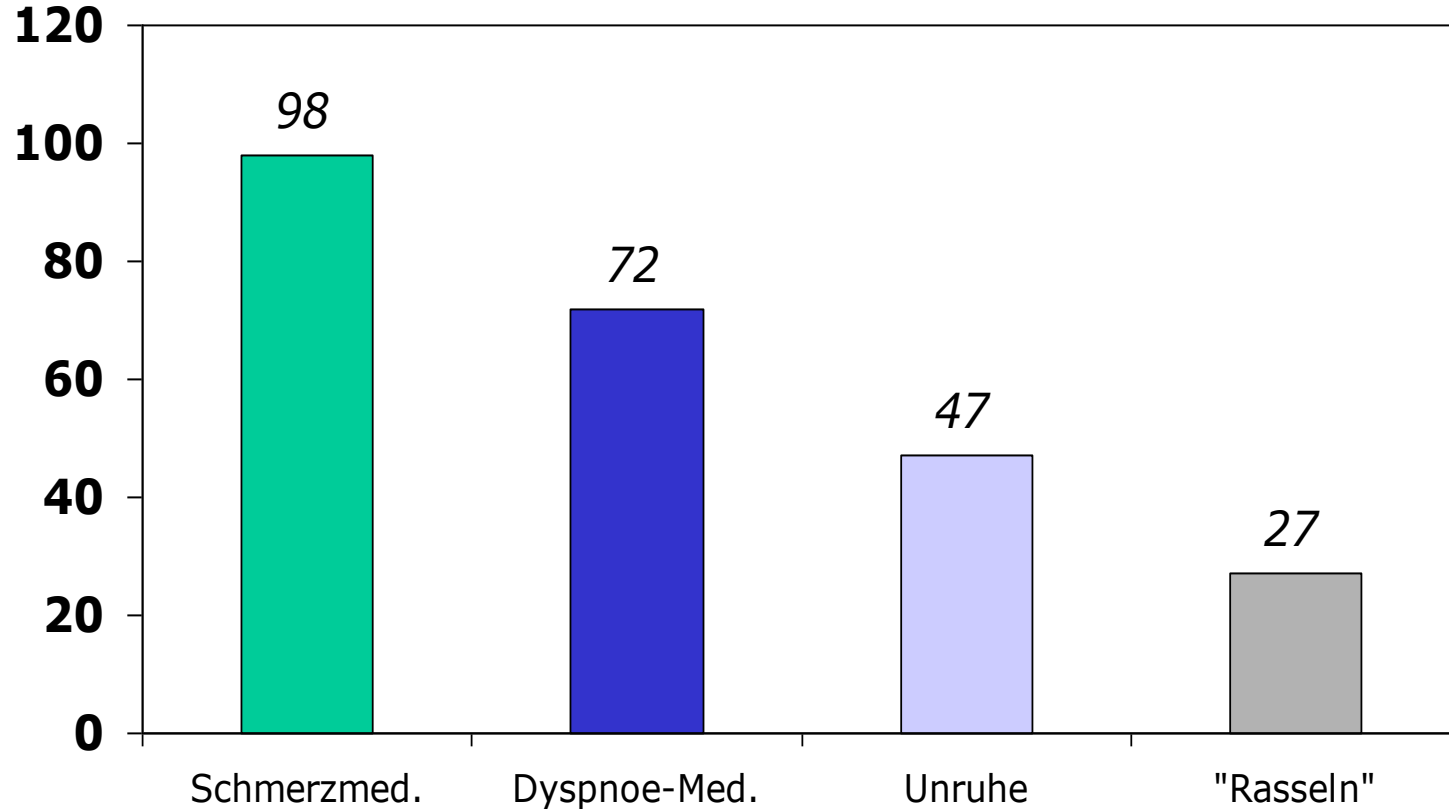
Sandgathe-Husebo)



## SCHMERZ und **andere Symptome** im letzten Lebensjahr

### Medikamente letzte 7 Tage in %

Analyse von 156 verstorbenen Patienten der Geriatrischen Palliativstation am Bethanien-Krankenhaus HD



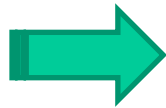
## *Die ethischen Herausforderungen in der palliativen Geriatrie*

- SCHMERZ und andere Symptome
- **ERNÄHRUNG & FLÜSSIGKEIT**
- FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN
- ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE

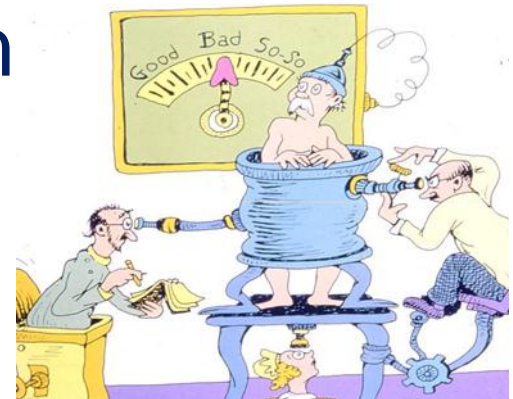
# *Ernährung des alten Menschen*

## Diagnostik

- Multimorbider Patient hat ein Problem mit bedarfsgerechter Flüssigkeits-/Nährstoffaufnahme
- Multiprofessionelles, mehrdimensionales Assessment zum Erkennen worum es geht!!



Wie/wo/wann



## ***Ernährungs-/Schluckstörungen - Ursachen***

Auswahl:

- Zahnstatus
- Sozialer Status
- Schlaganfall
- Parkinson Syndrome
- Tumore des oberen Verdauungstraktes
- Vorübergehende Schluckstörg. durch schwere Erkrankung (auch psychische!!)
- Fortgeschrittene Dementielle Syndrome,.....



## Mangelernährung im Alter

- ❑ Bei gesunden Senioren : 2,5% bis 4,0% !
- ❑ In Krankenhäusern bzw. Pflegeeinrichtungen : **25 % bis 67 % !!!**
- ❑ Mangelernährung wird oft nicht erkannt oder als „Altersschwäche“ fehlgedeutet !

# Malnutrition bei Demenz

- ❑ Signifikanter Gewichtsverlust mehrere Jahre vor Auftreten von kognitiven Defiziten
- ❑ Nach Diagnosestellung 4 mal höherer Gewichtsverlust von Demenzpatienten
- ❑ Frühzeitiges und regelmäßiges Screening des Ernährungszustands
- ❑ Trinknahrung erfolgreich, PEG kontrovers

(Wirth, Bauer, Sieber :Vom Frühsymptom zur therapeutischen Herausforderung, GeriatrieJournal 3 /2008 )

## ***Leitlinien der DGEM***

- Ziele der Ernährungstherapie:
  - Steigerung der Energie - und Nährstoffzufuhr;
  - Erhaltung des Ernährungszustandes (o. Verbesserung);
  - Erhaltung der Funktionalität;
  - Erhaltung der Lebensqualität;
  - Reduktion der Morbidität und Mortalität

## ***Nutzen der PEG bei fortgeschrittener Demenz: Postulate und Resultate***

- Verlängerung der Überlebenszeit: (-)
- Verbesserung der Lebensqualität: (-)
- Verhinderung von Aspirationspneumonie: (-)
- Verhinderung von Mangelernährung: (-)
- Vermeidung von Druckulcera: (-)

**!! Individuelle Nutzenprognose in Abhängigkeit von  
Demenzstadium und Komorbidität !!**

**Fuchs, 2010**



## ***Die ethischen Herausforderungen in der palliativen Geriatrie***

- SCHMERZ und andere Symptome
- ERNÄHRUNG & FLÜSSIGKEIT
- FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN
- **ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE**

**Problem**

**Therapieentscheidungen**

**Gericht: Arzt ist für den Tod verantwortlich**

Landgericht verurteilte 64-jährigen Internisten wegen versuchten Totschlags zu zwei Jahren auf Bewährung

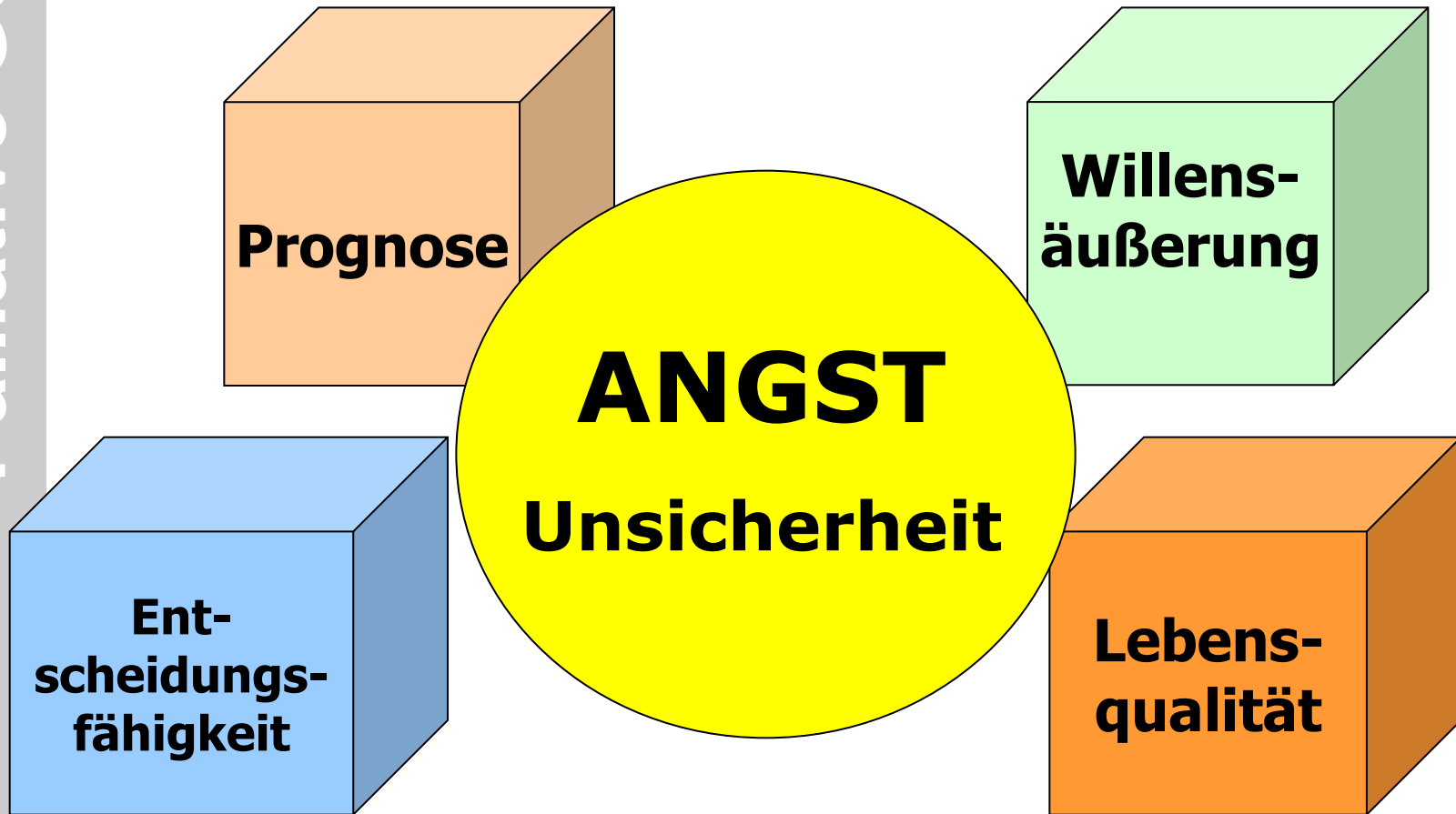
Von Annegret Ries  
Zwei Jahre Haft, die zur Bewährung ausgesetzt wurden, ein fünfjähriges Berufsverbot und 30.000 Euro Geldbuße, so lautete gestern das Urteil des Schwurgerichts für einen 64-jährigen Mannheimer Arzt. Die Staatsanwaltschaft hatte dem

als „falsch verstandenes Mitleid“ bezeichnet. Wie Meinerzhagen ausführte, hatte der Internist seiner Patientin ab Spätjahr 2003 nicht mehr genug Medikamente zur Behandlung ihrer Krankheiten, wie Nieren- und Herzinsuffizienz und Diabetes, gegeben. Ab Anfang 2004 habe die Patientin

schweren Leistungen zulässig ist, so Meinerzhagen. In sehr deutlichen Worten sprach sich der Richter für einen „restriktiven Umgang mit passiver Sterbehilfe“ aus. Angesichts des Pflegenotstands und der demographischen Entwicklung sei die Justiz gefordert, „einen Grenzzaun aufzurichten“.

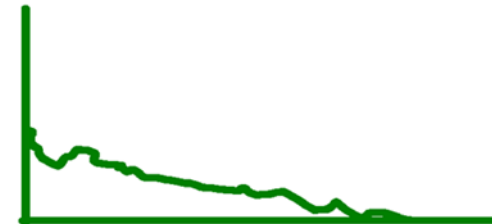
**Problem**

**Therapieentscheidungen**



# *Problem Therapieentscheidungen Terminalphase*

- Reanimation bei Herzstillstand?
- Intensivstation bei Komplikationen?
- Einweisung in ein Akutkrankenhaus?
- Antibiotika bei wiederholter Lungenentzündung/Harnwegsinfekt?
- Künstliche Ernährung via PEG?
- Flüssigkeitssubstitution?
- Medikation – Reduktion auf ein Minimum?



# Problem Therapieentscheidungen Was tun?

## ■ Gespräch mit den Beteiligten:

- Eintragung Patientenakte
- Palliativer Notfallplan
- Gespräche mit
- Arzt, Sohn, Tochter, Pflegekraft



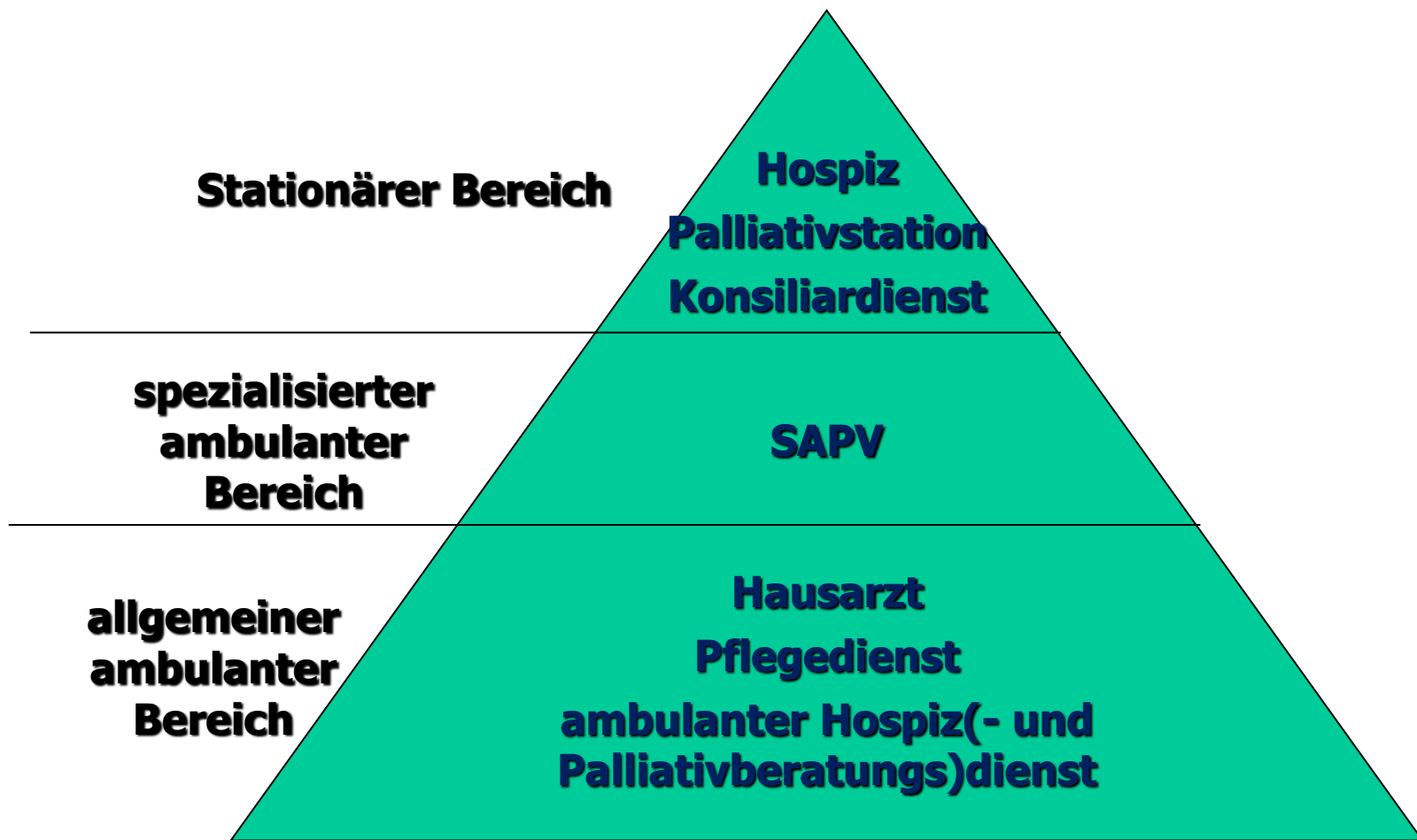
## ■ Leitfragen:

- Was wäre die Entscheidung der/des Patienten/in in dieser Situation?
- Was ist jetzt gut für sie/ihn?
- Was fällt uns dabei schwer

## ***Problemfeld - Langzeitpflege***

- Enge Rahmenbedingungen
- Oft fehlendes Konzept zur Palliativversorgung
- Wenig Kompetenz (Fachkraftquote)
- Wenig Ressourcen – viel Überlastung
- Wenig Weiterbildung
- Mitarbeiter brauchen Motivation
- Zuwachs kritisch

# Organisationsformen



## *Hospizliche und Palliative Angebote im Senioren- und Pflegeheim*

- **Allgemeiner ambulanter Bereich**
  - **Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB)**
- **Hospizbegleitung**
- **Spezialisierter ambulanter Bereich**
  - **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V (SAPV)**
- **Schulung, Fortbildung**



# Allgemeiner Ambulanter Bereich

## Ambulanter Hospizdienst (AHD):

- Ehrenamtliche Hospizbegleiter,
- in Einzelfällen Fachberatung

## Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB):

AHD +

- Fachliche Palliativberatung durch
  - med.-pfl. Palliativfachkräfte
  - +
  - Sozialpädagogen

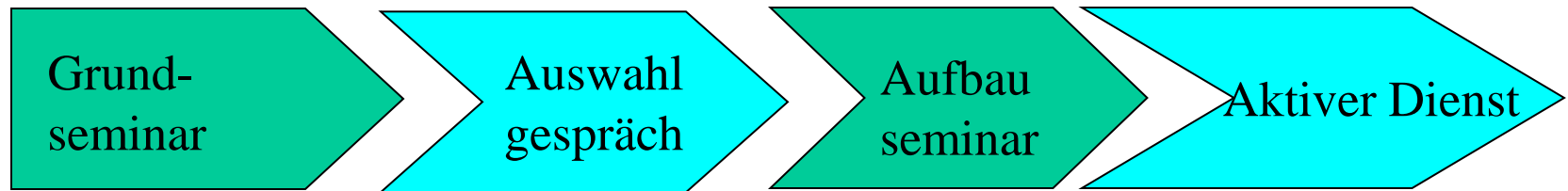
## ***Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst***

- wenn eine spezialisierte Versorgung (noch nicht oder nicht mehr) notwendig,
- eine palliative Betreuung/Unterstützung aber wünschenswert und sinnvoll ist.
- bestehend aus speziell fortgebildeten
  - Pflegekräften und
  - Sozialarbeitern

## *Hospizliche und Palliative Angebote im Senioren- und Pflegeheim*

- **Allgemeiner ambulanter Bereich**
  - Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB)
- **Hospizbegleitung**
- **Spezialisierter ambulanter Bereich**
  - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem § 37b SGB V (SAPV)
- **Schulung, Fortbildung**

# Vorbereitung auf die ehrenamtliche Hospizhelfertätigkeit



- 6 Abende á 2,5h  
oder  
• 1 Wochenende

Eigene  
Lebenssituation  
  
Psychische  
Belastbarkeit  
  
Frei verfügbare  
Zeit  
  
Bereitschaft zur  
Verbindlichkeit

10 Abende  
+  
3 Wochenenden +  
Praktikum im Alten-  
und Pflegeheim  
über 10 Besuche

Schriftliche  
Vereinbarung mit  
dem Hospiz- und  
Palliativ-  
Beratungsdienst

## ***Aufgaben ehrenamtliche Hospizhelfer***

- Begleitung bei Aktivitäten, Sitzwachen
- Vorlesen
- Gespräche
- Zuhören
- Entlastung der Angehörigen ( kein Ersatz für Haushaltshilfe )

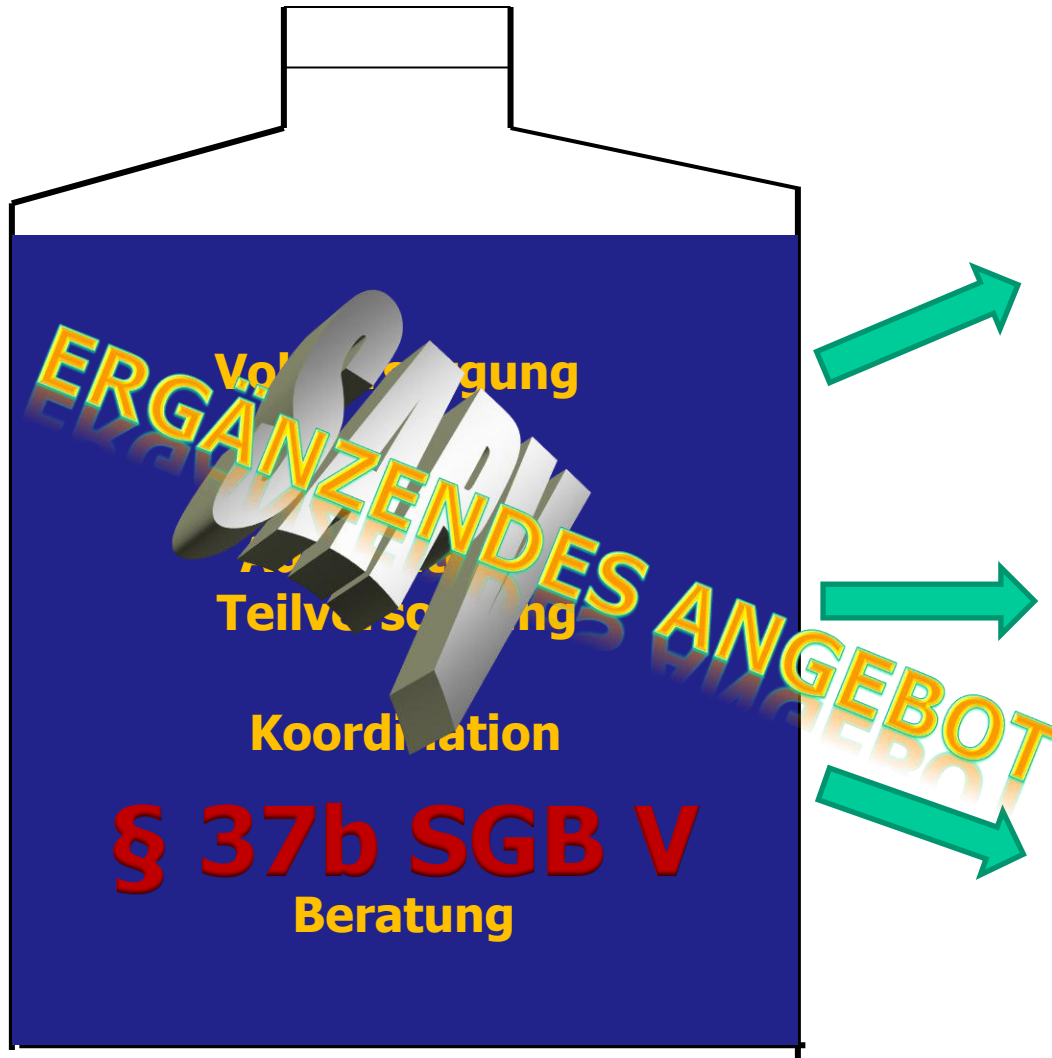
## ***Zeitlicher Umfang für die ehrenamtliche Tätigkeit***

- regelmäßiger Patientenbesuch 1-2 Mal pro Woche à 2-4 Stunden
  - Praxisbegleitung und/oder Supervision, 1x pro Monat
  - Bereitschaft sich fort zu bilden, 1-2 Veranstaltungen/Jahr
- ➔ Absichtsloses Da-Sein

## *Hospizliche und Palliative Angebote im Senioren- und Pflegeheim*

- **Allgemeiner ambulanter Bereich**
  - **Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB)**
- **Hospizbegleitung**
- **Spezialisierte ambulanter Bereich**
  - **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem § 37b SGB V (SAPV)**
- **Schulung, Fortbildung**

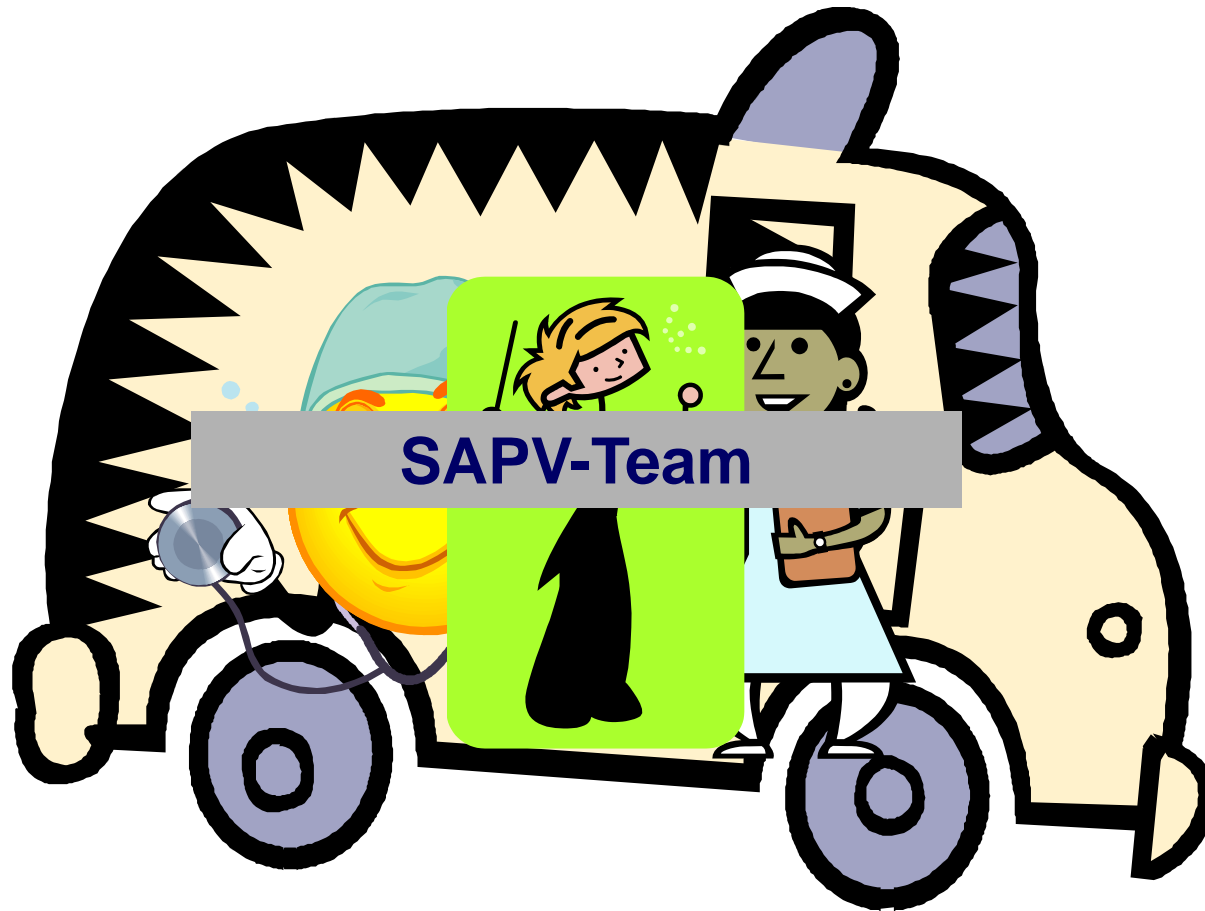
# SAPV: Was, Warum und Für Wen?



- Für schwerstkranke und sterbende Menschen
- mit komplexem Symptomgeschehen
- Förderung und Verbesserung der Lebensqualität
- Erhaltung der Selbstbestimmung
- Leben bis zum Tod zu Hause ermöglichen
- Linderung von Symptomen und Leiden



# SAPV

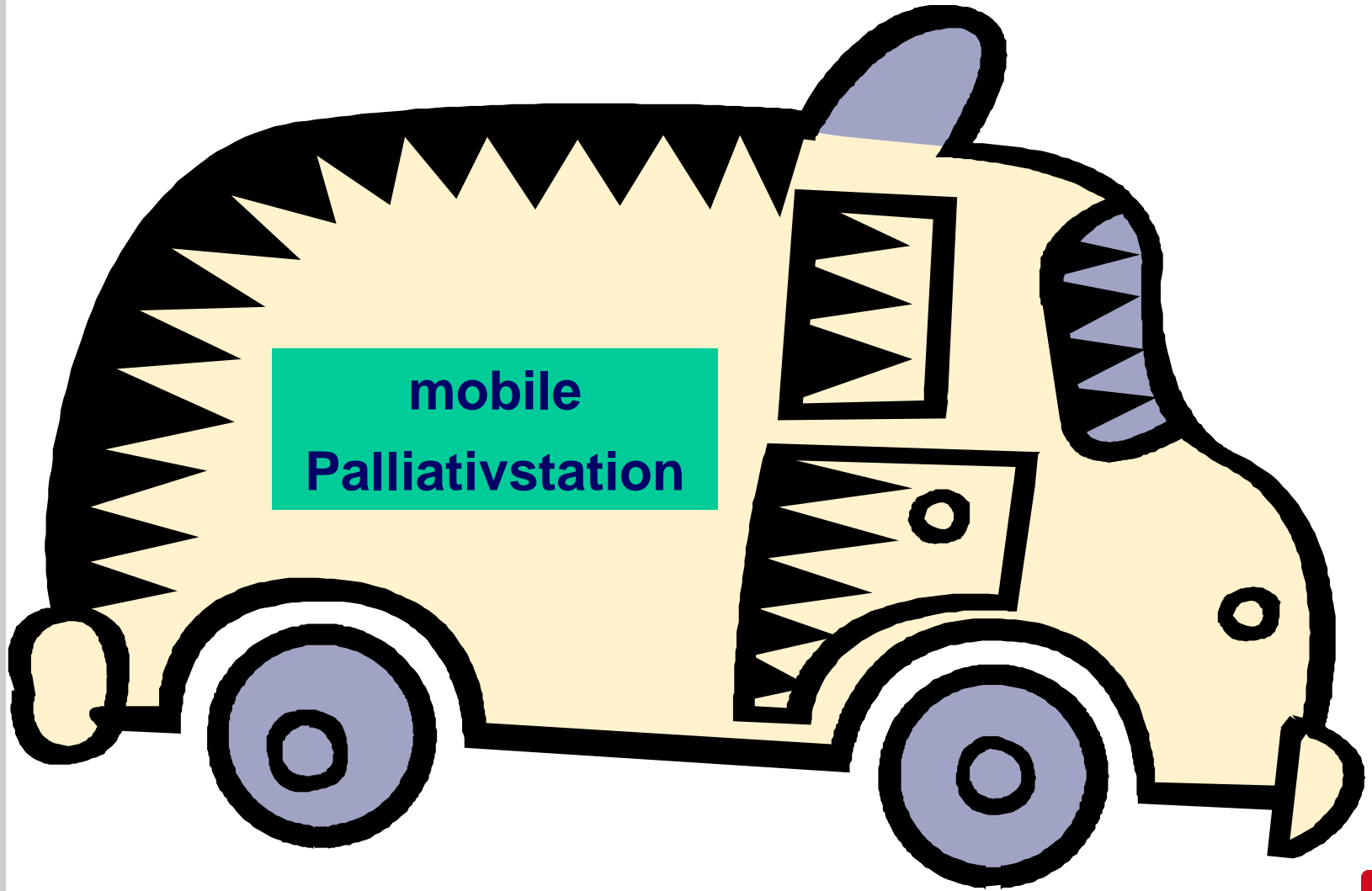


# SAPV =

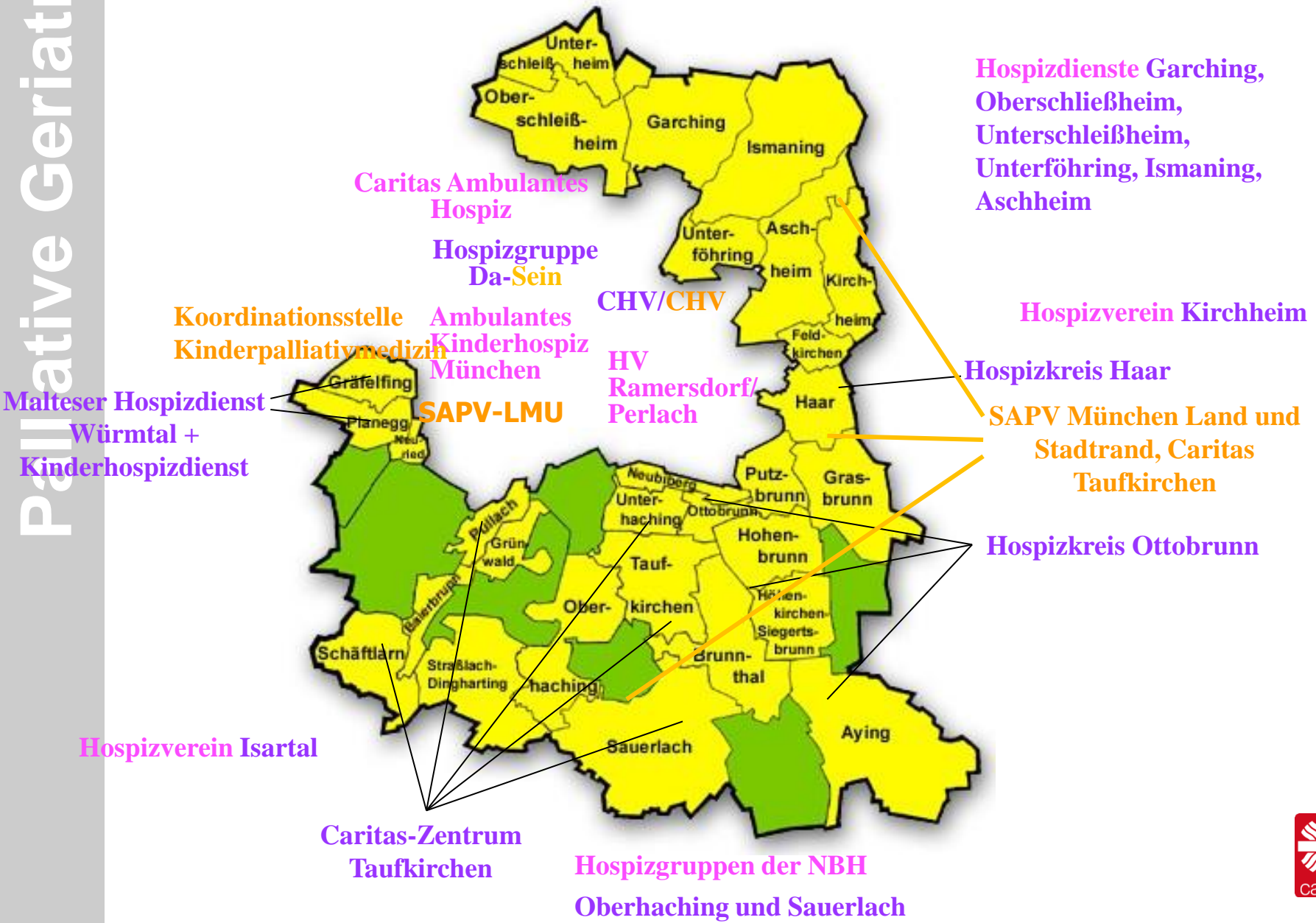


SAPV = Kombination aus allen 8 Elementen

**SAPV =**



# SAPV, AHDs und AHPBs in und um München:



## *Hospizliche und Palliative Angebote im Senioren- und Pflegeheim*

- **Allgemeiner ambulanter Bereich**
  - **Ambulanter Hospiz- und PalliativBeratungsdienst (AHPB)**
- **Hospizbegleitung**
- **Spezialisierte ambulanter Bereich**
  - **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem § 37b SGB V (SAPV)**
- **Schulung, Fortbildung**

# Verbesserte Palliativversorgung im Heim

- **Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter**
  - 160h Palliative Care für 1-2 Altenheimmitarbeiter
  - 40h Basisschulungen zur palliativen Praxis für alle pflegenden Mitarbeiter
- **Implementierungsprojekte zur Etablierung einer Hospizkultur und Palliativkompetenz in den Heimen**
  - Erarbeitung eines individuellen Rahmenkonzeptes für das jeweilige Heim
- **Unterstützung bei komplexen Symptomgeschehen durch externe Spezialisten**



Betreuung schwerstkranker und  
sterbender Menschen im hohen Lebensalter  
in Pflegeeinrichtungen

*Grundsatzpapier zur Entwicklung  
von Hospizkultur und Palliativversorgung  
in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*

# ***Ihre Erfahrungen und Fragen???***

