

7. Bremer Kongress für Palliativmedizin 25.03.2011

SAPV in Pflege- und Altenheimen, was ist das besondere?

M. Thöns, Praxis für Palliativmedizin, www.Palliativnetz-Witten.de

Unter spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) soll eine aktive, ganzheitliche und multidisziplinäre Behandlung auf Spezialistenniveau von Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen, die nicht mehr auf kurative Behandlung ansprechen, verstanden werden.

Hauptziel palliativer Behandlung ist es, die Lebensqualität und Funktionalität (im Sinne von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung) der Patienten, Patientinnen und ihrer Angehörigen zu erhalten und zu verbessern. Im Vordergrund stehen dabei die Linderung von Schmerzen und vieler anderer Krankheitsbeschwerden sowie die frühzeitige Erkennung und Thematisierung von sozialen, psychologischen und spirituellen Themen oder Problemlagen.

Der ganze (!!) Mensch mit seinen Bedürfnissen steht – unabhängig vom Alter – im Mittelpunkt. Sterben wird als ein natürlicher Vorgang, als Teil des Lebens betrachtet, auf den unsere Gesellschaft eine ähnlich differenzierte Antwort zu geben hat wie auf andere Aufgaben, die dem Menschen in seinem Leben gestellt sind. Diese Haltung kann zu einem vorurteilsfreien Umgang mit dem Alter und den damit verbundenen Beeinträchtigungen beitragen.

Sonnenklar besteht hier in Pflegeeinrichtungen ein ganz besonders hoher Bedarf.

Traditionell kümmerte sich Palliativmedizin um Tumorpatienten, in jüngerer Zeit gelangen aber auch viele andere Patientengruppen – hier insbesondere auch Patienten mit geriatrischen Krankheitsbildern in den Focus palliativmedizinischer Versorgung.

Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde ein entsprechender gesetzlicher Anspruch auch für Bewohner von Pflegeheimen definiert. Dabei zeigte sich im Gesetzgebungsverfahren, dass erst nach erheblicher Lobbyarbeit und zum Ende der Verhandlungen der Anspruch auf Bewohner von Pflegeheimen erweitert wurde.

Diese „Diskriminierung“ zeigt sich bis heute in ablehnenden Krankenkassenbescheidenⁱ oder um die Hälfte verringerten Gebührensätzen für Besuche in Pflegeheimenⁱⁱ. Dies erscheint aus vielen Gründen unverständlich: Die WHO betonte schon 2004, dass alte Menschen einen besonderen Bedarf an Palliativversorgung haben. Es geht oft um Multimorbidität und verminderte Kommunikationsfähigkeiten. Über die Hälfte der Sterbenden ist älter als 80 Jahre. Dabei ist die Betreuung Sterbender mit komplexer Symptomlast in Pflegeheimen keinesfalls einfacher, zumeist durch die Vielzahl zusätzlich beteiligter Personen sogar noch

erheblich erschwert. Im Gesetz sind Pflegeheimbewohner den zuhause versorgten gleichgestellt (§ 37 b SGB V) und auch heute noch versterben die meisten Hochbetagten in Akutkrankenhäusernⁱⁱⁱ. Diese „Sterbendenverbringung“ ist nicht nur ungewünscht, sie ist auch noch ineffektiv und kostenintensiv.

Anhand der Daten aus dem Palliativnetz Witten wird gezeigt, dass ca. ein Viertel der durch ein SAPV Team betreuten Patienten in Pflegeheimen versterben [n=385]. Im Vergleich zu den bis zuletzt zuhause betreuten Patienten sind diese älter (83 vs. 71 Jahre), hatten seltener Karzinome (48% vs. 80%), eine geringere Begleitungszeit durch das Team (10 vs. 19 Tage) und eine fast vergleichbare Symptomlast (nur bei Übelkeit [1,1 vs. 2,0] und Angst [4,8 vs. 4,0] leicht geringere Durchschnittswerte).

Im Vortrag werden die besonderen Probleme von Pflegeeinrichtungen (z.B. Systemträgheit, Hierarchie [Arzt – Pflege – Fachpflege], Vorschriften [BMI], Medikamentengestellung, Kontrolle [Heimaufsicht, MDK, Qualitätsberichte], das „das machen wir doch schon immer“-Problem, Unsicherheit mit vielfältigen Unzeitkontakten), Praxisbeispiele und mögliche Lösungsansätze diskutiert.

Für die Verfasser:

Dr. med. Matthias Thöns

Praxis für Palliativmedizin

Unterfeldstr. 9

44797 Bochum

www.palliativnetz-witten.de

email@sapv.de

ⁱ siehe auch <http://www.sapv.de/bkkktpvorstand.pdf>

ⁱⁱ Z.B. SAPV Vertrag Rheinland Pfalz

ⁱⁱⁱⁱ 6. Altenbericht des Bundes 2010