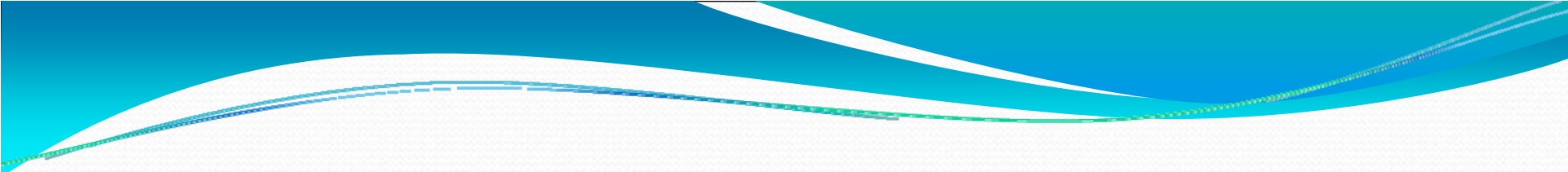


# 2.Ostbayerischer Tag der Allgemeinmedizin

**Sterben wo?  
zu Hause, im Heim, im Krankenhaus?**

Dr. Brigitte Ernst

- 
- In der Gesellschaft besteht eine grosse Differenz zwischen der Anzahl der Menschen, die sich als Sterbeort ihr Zuhause wünschen und der Zahl der Fälle, in denen sich dieser Wunsch nicht realisieren lässt.

# Sterbefälle BRD

• 1998	852.382
• 1999	846.330
• 2000	838.797
• 2001	828.541
• 2002	841.686
• 2003	853.946
• 2004	818.271
• 2006	821.627
• 2010	836.389
• 2011	858.768

## Gestorbene : Deutschland 2010

**836.389 (Bayern 118 432 )**

Altersjahre	Männlich	weiblich
0-20	2.943	2.026
21-40	7.896	3.608
41-60	58.206	30.397
61-80	198.233	137.647
81-100	141.407	254.026
<b>Gesamt</b>	<b>408.685</b>	<b>427.704</b>



# Todesarten:

- 1. Chron. ischäm. Herzkrankheit
- 2. Ak. Myokardinfarkt
- 3. Herzinsuffizienz
- 4. Bösart. Neubild. Bronchien/Lunge
- 5. Schlaganfall
- 6. Bösart. Neubildung Dickdarm
- 7. COPD
- 8. Pneumonie
- 9. Bösart. Neubildung Mamma
- 10. Diabetes mell.

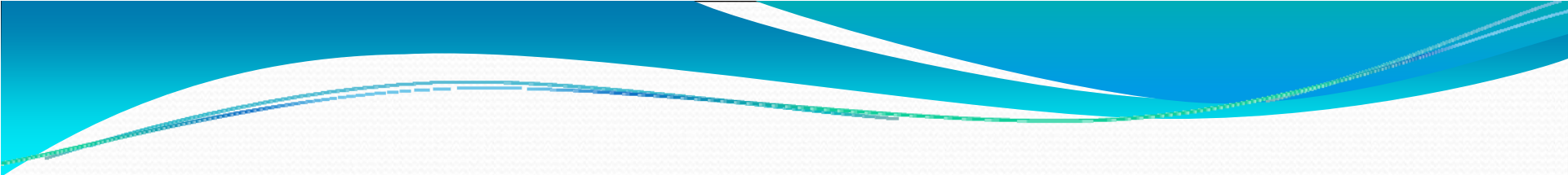


Ein Drittel aller Menschen stirbt  
an einer bösartigen Erkrankung

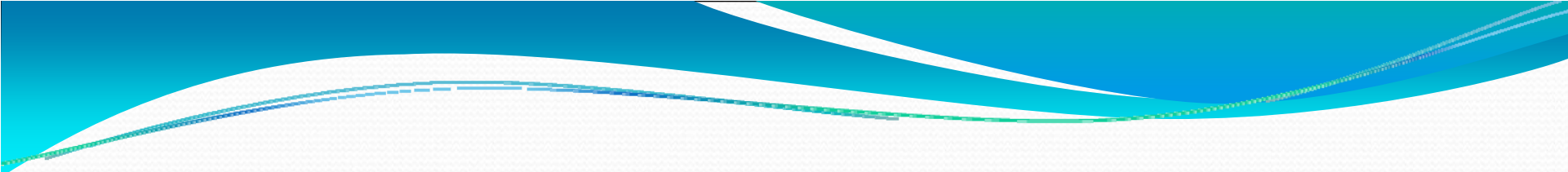


## Die Frage ist:

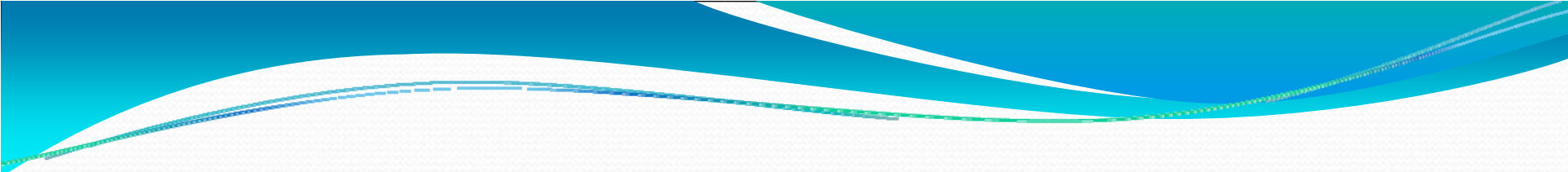
- Wer stirbt Wann ?
- Wer stirbt Wo ?
- Von wem wird der Sterbende begleitet ?
- Werden die Würde und der Wunsch des Sterbenden beachtet ?
-

- 
- Welche ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen ergeben sich aus der Betreuung des Sterbenden für die Hinterbliebenen?
  - Was kostet das Sterben ?





Immer wieder wird behauptet,  
dass „früher die meisten  
Menschen zu Hause“  
starben. Dabei wird nicht näher  
definiert, welcher Zeitraum mit  
„früher“ und welcher Ort mit „zu  
Hause“ gemeint ist.



In Deutschland ist die  
Datenlage in Hinblick auf  
z.B. Alter, Geschlecht und  
Todesursache sehr präzise,  
der **Sterbeort** dagegen wird  
statistisch offiziell nicht  
erfasst.  
(Gutachten von 2004,2009)





**Akute Ereignisse (z.B. Verkehrsunfälle )**

**akute Erkrankungen (z .B.Herzinfarkt )**

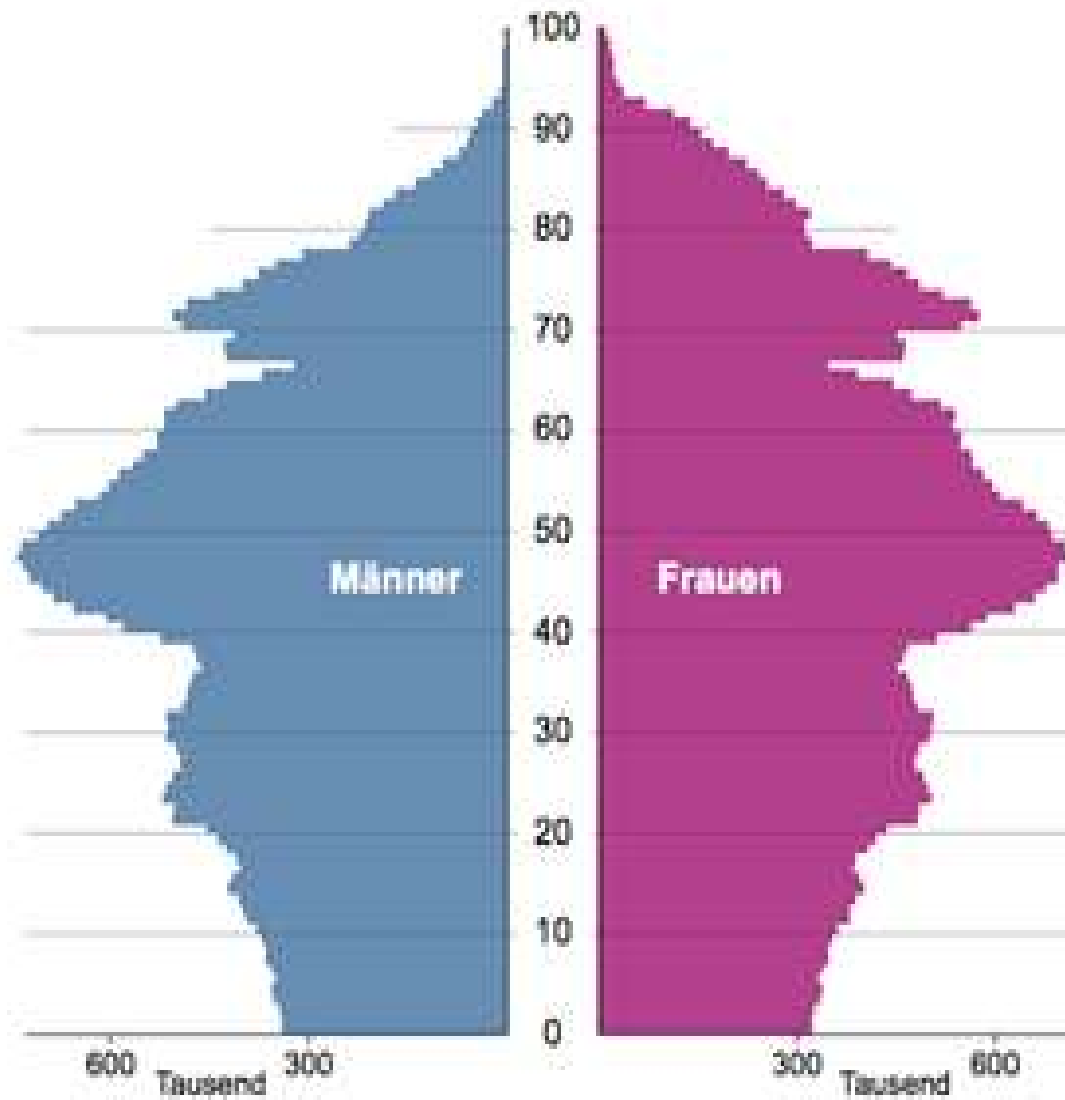
***Krebserkrankungen***

***chronische Erkrankungen (z.B.HIV,COPD,Diabetes )***

***Alter Mensch ( natürliches Ende des Lebens ,Demenz )***



## Altersaufbau: 2011 Deutschland



## **Bevölkerung in Bayern 31.12.2010**

<b>insgesamt</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
<b>12 538 696</b>	<b>6 158 439</b>	<b>6 380 257</b>



**Davon sind 20,87 % über 65 Jahre**





Unterschiede zwischen Stadt und Land

Immer mehr **Einpersonenhaushalte**  
( besonders in der Stadt)

(in Bayern haben die Einpersonenhaushalte 2010 gegenüber 2003 um 19% zugenommen während die Mehrfamilienhaushalte weniger werden)

## Sterbeorte in Deutschland

- Krankenhaus 42-43 %
- Zu Hause 25-30%
- Heim 15-25 % (steigend )
- Hospiz 1-2 % (steigend )
- Palliativstation 1-2 % (steigend )
- Andere Orte 2-5 %
  
- ( nach einer Schätzung der DGP )



## Versorgung am Lebensende : ***Stationärer Bereich***

- Palliativstationen
- stationäre Hospize
- palliativmedizinische Kosiliardienste

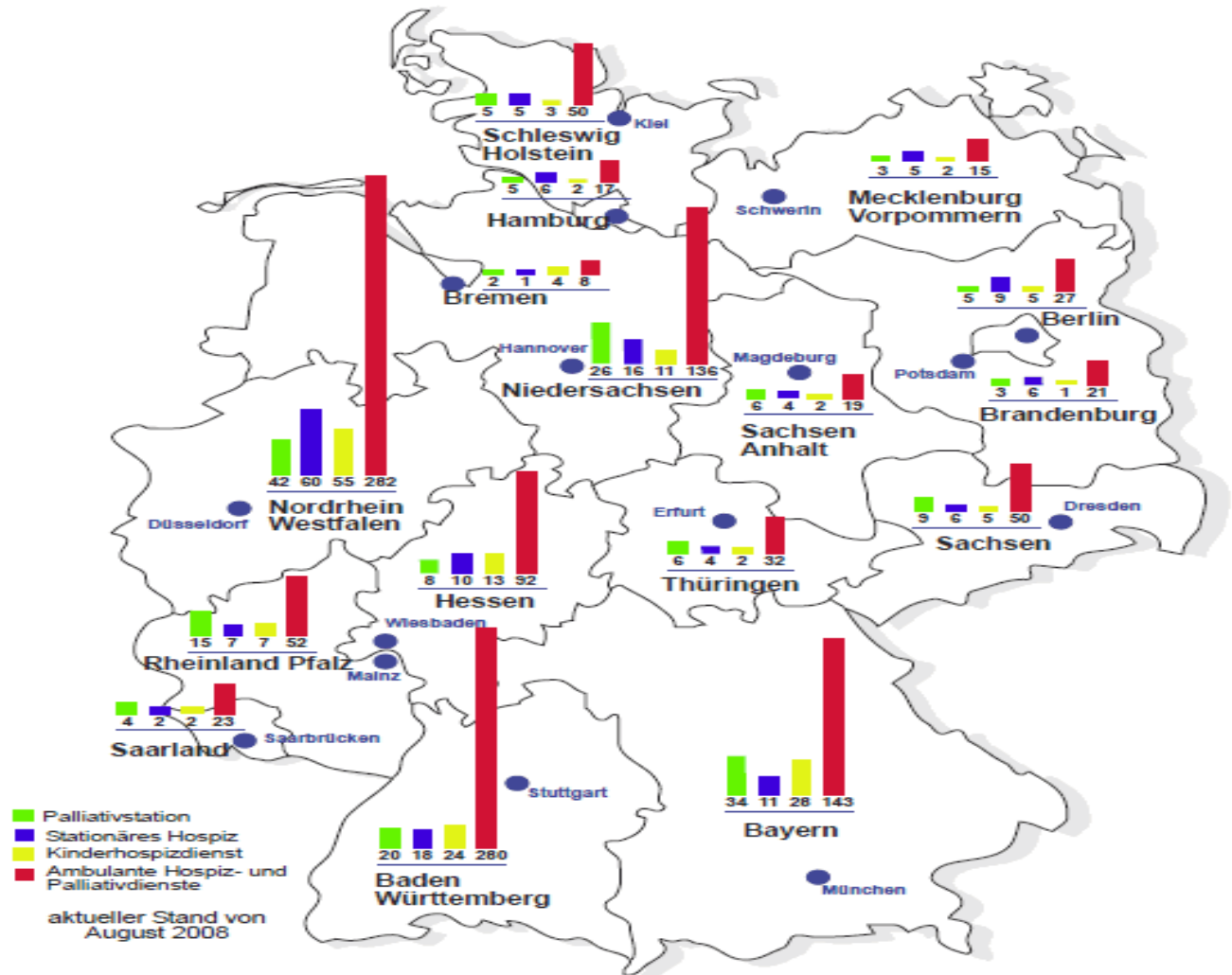




## Versorgung am Lebensende : ***Ambulanter Bereich***

- Hospizdienste /SAPV-Teams
  - (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
- Niedergelassene Hausärzte
- andere Fachärzte
- Pflegedienste
- Seelsorger
- Sozialdienste
- Selbsthilfegruppen und -organisationen

# Hospiz und Palliativeinrichtungen in Deutschland



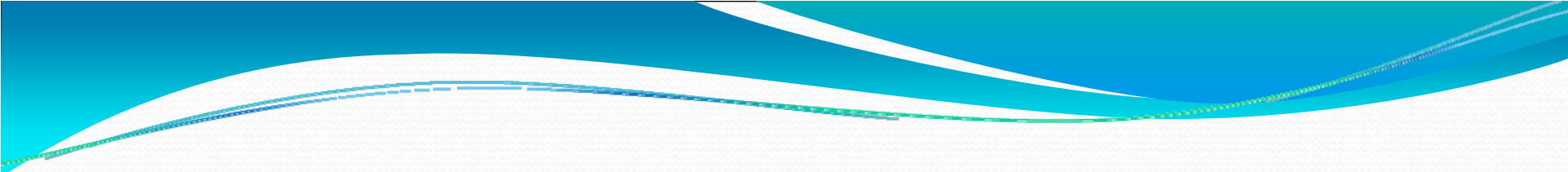
Quelle: Sabatowski, Nauck, Roß, Zernikow (Hg): Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009, der hospiz verlag Dr. Timmermanns & Caro oHG 2008 ©



## **Palliativmedizin DGP:**

- Palliativmedizin ist die Behandlung von Menschen mit einer **nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebens-erwartung**, für die das **Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität** ist.



- 
- *Die palliativmedizinische Behandlung soll „nicht dem Leben mehr Tage zufügen, sondern den Tagen mehr Leben“*
  - *Cicely Saunders*, die 1967 die erste Hospizeinrichtung in London gründete
  - Hospiz, (lat. hospitium) = **Herberge**
  - Palliativ (lat. pallium ) = **Mantel**
  - *Dr Balfour Mount* gründete 1975 in Montreal die erste Palliativstation in einem Akutkrankenhaus

# Leitgedanken Palliativmedizin:

- Wahrhaftigkeit in der Kommunikation
- Respekt vor der Selbstbestimmung
- Respekt vor der Würde des Menschen
- Verzicht auf belastende, unnütze Maßnahmen
- Antizipativ therapieren, weniger Krisenintervention
- Akzeptierung des Sterbens als einen integralen Bestandteil des Lebens



# Palliativstationen

- Eine Palliativstation ist eine Akutstation innerhalb eines Krankenhauses.
- Sie steht unter ärztlicher Leitung
- Ihre Aufgabe ist nicht primär die Begleitung in der Sterbephase sondern die Bewältigung von Krisensituationen bei unheilbar Kranken
- Die Entlassungsrate liegt bei ca 50% (nach Hause oder in ein stationäres Hospiz)
- 1983 Gründung der ersten Palliativstation in Deutschland (Prof.Dr.Pichlmaier)



Palliativstationen in Bayern



## Stationäre Hospize

- Stationäre Hospize sind kleine, hochspezialisierte Pflegeheime für Sterbende
- 8-16 Betten unter pflegerischer Leitung.
- Die ärztliche Betreuung wird von niedergelassenen Ärzten erbracht –je nach Wunsch des Patienten-
- Träger von stationären Hospizen müssen einen 10%igen Zuschuß zu den Betriebskosten bereitstellen

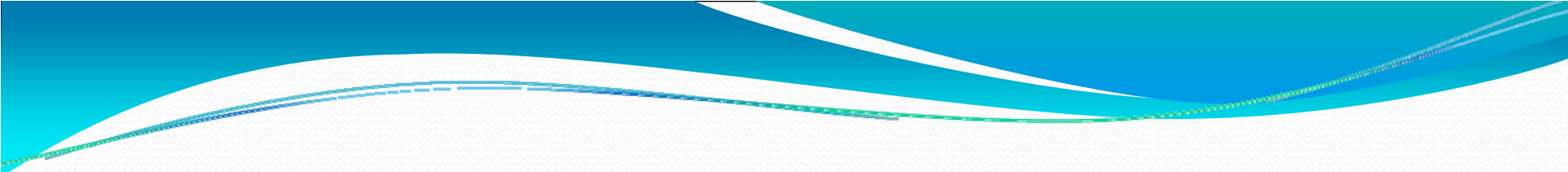


Stationäre Hospize in Bayern



Es gibt noch Lücken ...



- 
- „Sterben und Tod ist der intimste, privateste Bereich von allen.“
  - Reiner Sörries, Leiter des deutschen Sepulkralmuseums in Kassel
  - (M.Braun, Sterbebegleitung Uni Regensburg)

## SAPV-Team

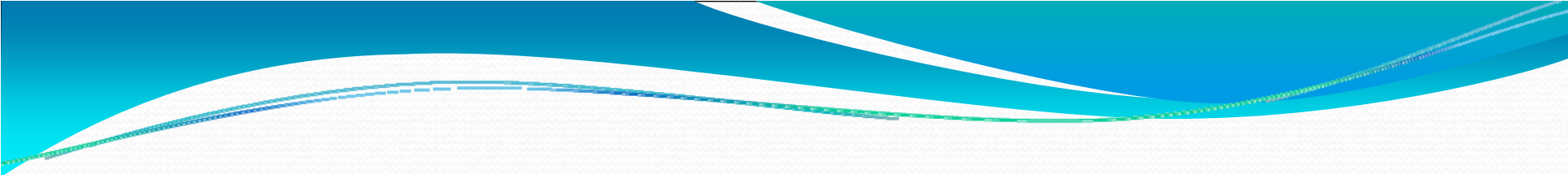
- In der Gesundheitsreform 2007 wurde ein gesetzlicher Anspruch aller Versicherten auf die sogenannte „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“
  - ( abgekürzt SAPV )
- statuiert.
- Team: Ärzte, Krankenschwestern, Koordinationskräfte
- 8 Mitarbeiter sollen eine Region mit 250 000 Menschen versorgen.
- Dadurch sollen Krankenhauseinweisungen für unheilbar Kranke vermieden werden



## Arbeitsergebnis des ersten von den Krankenkassen bezahlten SAPV-Teams in München (Klinikum der Uni !)

- **2009**
- 278 Patienten wurden betreut
- 
- 82% der Verstorbenen konnten zu Hause sterben
- 17 % starben auf einer Palliativstation
- Ein Patient starb auf einer Akutstation



- 
- Die SAPV-Teams leisten **nicht** die Grund-und Behandlungspflege sondern sie sollen die Pflegedienste, Hausärzte und andere Professionelle
  - in der Sterbebegleitung **unterstützen, koordinieren und beraten**
  - Ihre Arbeit wird auch in den Akutkliniken gebraucht, die keine Palliativstationen haben

# Patientenwille

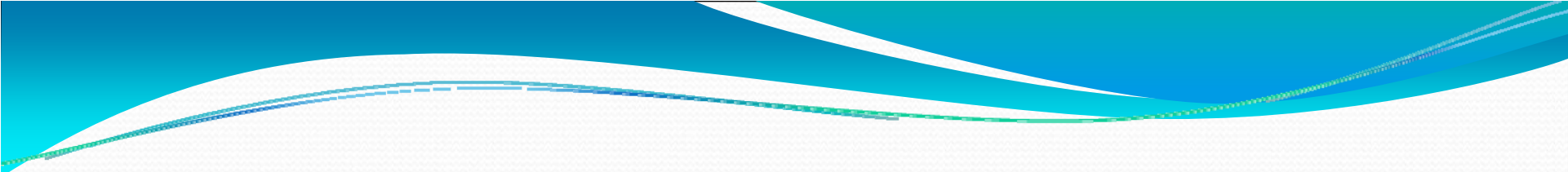
- Ist für die Betreuer und uns Ärzte oberstes Gebot
- Es gilt-soweit vorhanden - die Patientenverfügung
- Oder der mutmaßlicher Wille des Patienten (BGH vom 8.5.1999)

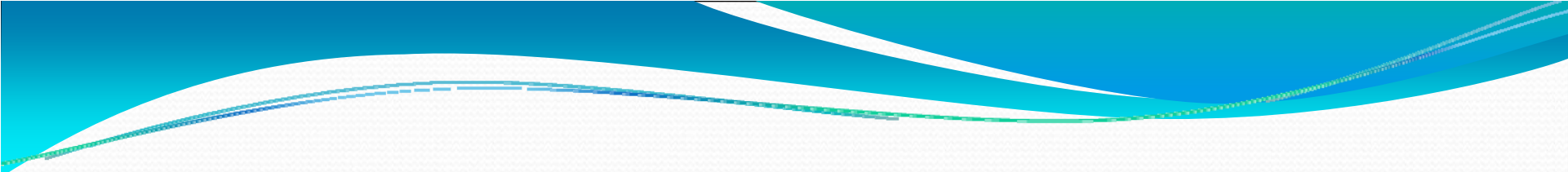


## Fallbeispiel

- 36 jährige Frau,
- selbstständige Geschäftsfrau,
- alleinerziehende Mutter eines
- 9 jährigen Mädchens
- Metastasiertes Mamma Ca (Ed bis Tod: 2Jahre,4 Monate)
- **Die letzten 6 Wo:** gepflegt zu Hause von den
- Eltern, die ihren Lebensmittelpunkt
- verlagern
- Hausärztliche Betreuung mit
- Koordination der Sterbephasen
- Hausärztliche Betreuung der Familie
- Unterstützung durch Palliamo (ambulant)
- Unterstützung durch Palliativstation (stationär)
- Hausärztliche Weiterbetreuung der
- Hinterbliebenen

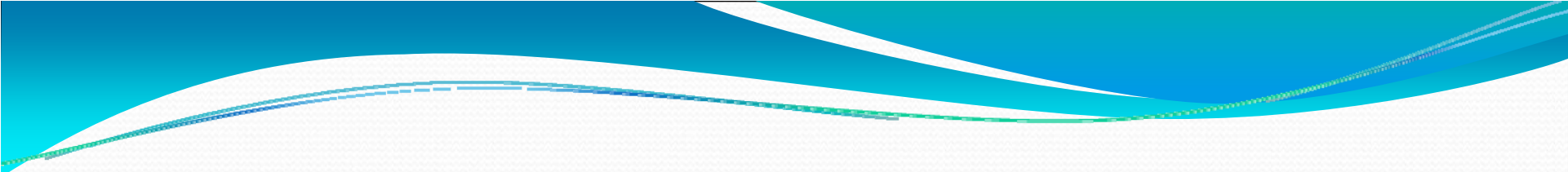


- 
- Nicht der Schmerz, der Mensch mit Schmerzen wird behandelt
  - Qualität des verbleibenden Lebens steht im Mittelpunkt
  - Nicht das med. Machbare, sondern das med.-ethisch Vertretbare steht im Vordergrund der Betreuung von Sterbenden
  - Die Kommunikation der „Begleitenden“ untereinander und das ehrliche Gespräch mit dem unheilbar Kranken zur Erkennung seines Wunsches bestimmen den Sterbeort.
  - Aber auch die Sorfaltspflicht gegenüber den Angehörigen ist von uns Ärzten zu beachten



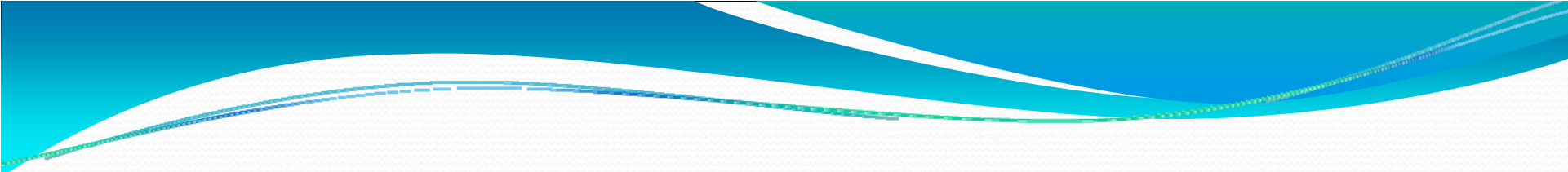
Das Sterben verlagert sich oft aufgrund utopischer Vorstellungen über die medizinischen Möglichkeiten in die Akutabteilungen der Krankenhäuser. Obwohl sich Sterbende und ihre Angehörigen im Krankenhaus in dieser Situation insbesondere ärztlichen Beistand erhoffen, werden sie überwiegend von Pflegekräften begleitet, während sich Ärzte eher zurückziehen.



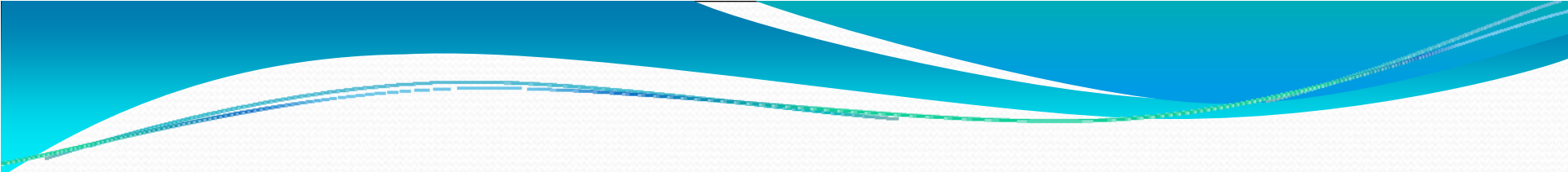


In Heimeinrichtungen wie **betreutes Wohnen, Alten- und Pflegeheimen** geht es um eine **Wohnform am Lebensende** unter möglichst weitgehender Beibehaltung des bisherigen Lebensstils mit den **gewohnten Aktivitäten des täglichen Lebens**, die aber durch den unterschiedlich hohen Verlust von Fähigkeiten in diesen Bereichen gekennzeichnet sein kann.






Stationäre **Hospize** sind als pflegerische Einrichtungen darauf spezialisiert, Personen ein Leben und Sterben in **Würde** zu ermöglichen, die an einer tödlichen Krankheit im Endstadium leiden und deren Pflege in der häuslichen Umgebung oder im Pflegeheim aufgrund schwerwiegender Beschwerden nicht gewährleistet ist und bei denen Krankenhausbehandlung nicht (mehr) erforderlich ist.

- 
- „Palliative Care gehört in die Köpfe, nicht in die Mauern“
  - Palliativstationen und stationäre Hospize sind die Spitze einer Versorgungspyramide, die kleinere Patientengruppen umfasst
  - Krankenkassen müssen erkennen, dass Hausärzte die wichtigste Säule in der Sterbebegleitung bleiben. (Honorar!)
  - Für die ärztliche Betreuung der Sterbenden müssen die Ärzte im Studium und in der FA-Weiterbildung sowie durch Angebote in der Fortbildung entsprechende Kenntnisse erwerben.

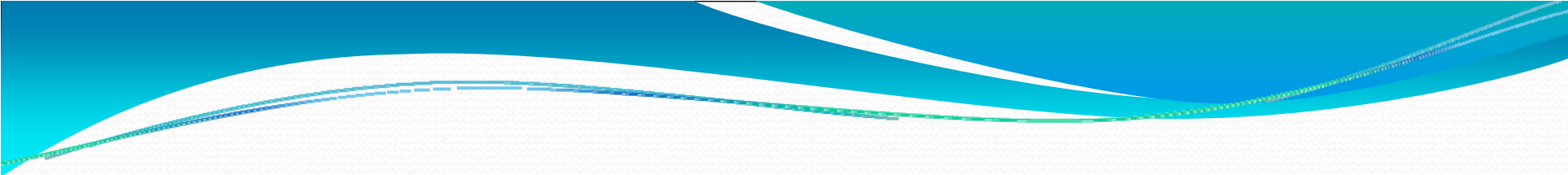


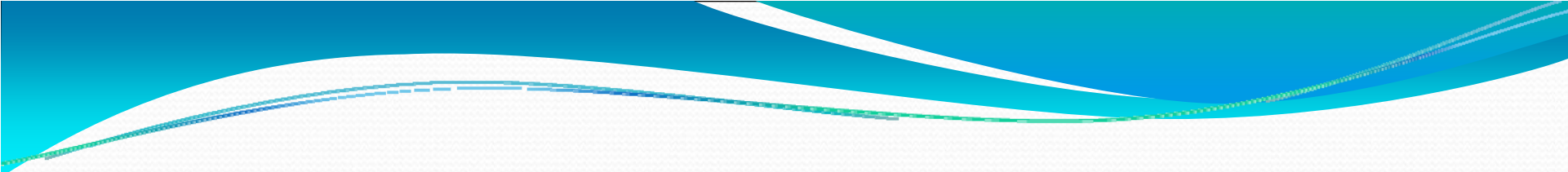


Eine Metaanalyse der wenigen Studien in Europa zur Soziologie der Sterbeorte von M.Thönnnes und N.R.Jakoby ergab u.a.:

- Der Sterbeort „Zuhause ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden:
- Individuelle Faktoren (z.B. Motivation der Angehörigen durch Verpflichtung oder emotionale Bindungen)
- Soziale Faktoren ( Familienstand ,Geschlecht)
- Institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen (z.B.ambulante palliative Versorgung)



- 
- Patientenverfügungen sind vielversprechende Instrumente, um den Sterbeverlauf und den Sterbeort beeinflussen zu können
  - Die Studien geben auch Hinweise auf die mit der Betreuung von Sterbenden verbundenen emotionalen Belastungen der pflegenden Angehörigen - ein nicht zu vernachlässigender Aspekt in der Diskussion um Sterbeorte - und den damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen.

- 
- **„Das Fach mit welchem die Palliativmedizin die größte Schnittmenge besitzt ist nicht die Anaesthesiologie oder die Onkologie sondern die Allgemeinmedizin**
  - **Im Grunde ist die Palliativmedizin nichts anderes als hochspezialisierte Allgemeinmedizin am Lebensende“**
  - **G.D.Borasio,geb.1962**
  - **Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne und Lehrbeauftragter für**
  - **Palliativmedizin an der TU München**



- 
- Je näher der Tod desto heikler das Leben



Dr.M.Braun



## Empfehlung

- Gian Domenico **Borasio**
- *Über das Sterben*
- Verlag:C.H.Beck ( 2012 )
- ISBN 9783406617089



# Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin Deutschland

- Der Hospizverlag, Wuppertal
- ISBN: 3-9 810 020 – 1 – 6
- [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)