



Palliativmedizin im Krankenhaus und Übergang in den ambulanten Versorgungssektor

9.2.2022

Dr. med. Hans-Thomas Hildebrand

19.01.2022

Übersicht/Themen



- Entwicklung der Palliativmedizin im Krankenhaus im Zuge hinterlegter Behandlungspfade und -prozesse
- Palliativmedizinischer Fokus im Krankenhaus: individueller Versorgungsbedarf und Komplextherapien
- Palliativmedizinischer Fokus im Krankenhaus: Teamintegration
- Zugangswege
- Netzwerk und Entlassungsmanagement
- Ausblick

Krankenhaus im Wandel: 1970/80er Jahre - heute

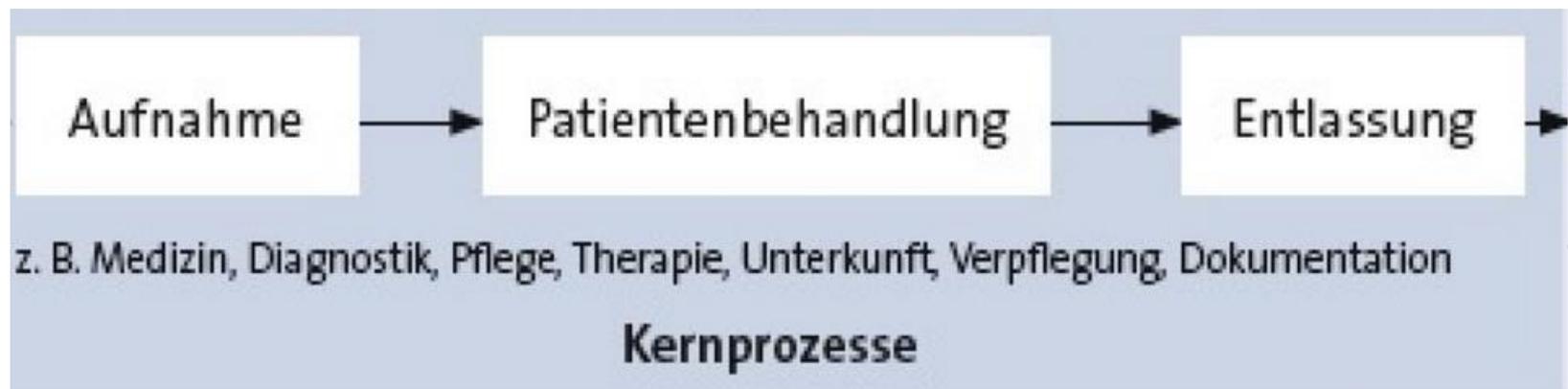
Entwicklung geprägt durch verschiedene Veränderungen, z.B.
Prozessmodelle und Operationalisierbarkeit von

komplexen Behandlungsstrukturen

(„Operationsschlüssel“ (OPS) → *Komplexbehandlungen*) und

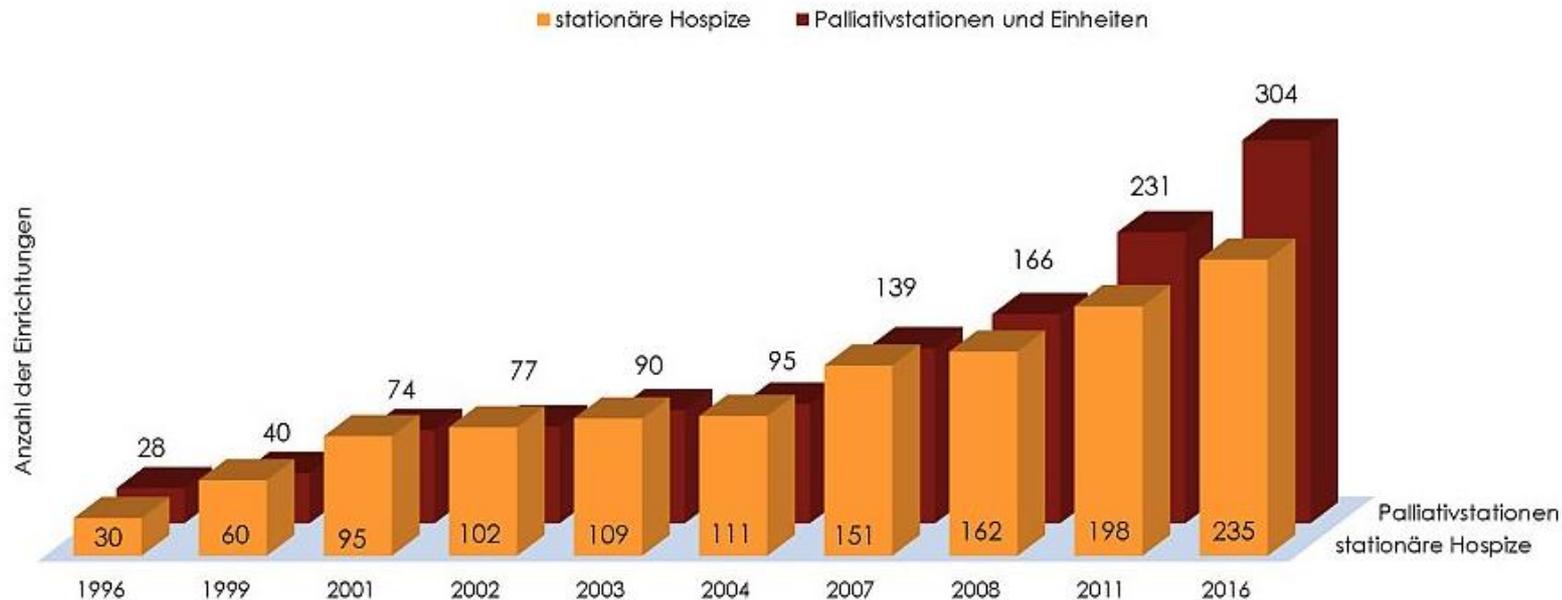
– auch mit Einführung eines fallpauschalierten Vergütungssystems –

Interdisziplinarität



Krankenhaus im Wandel: 1970/80er Jahre - heute

Im Zuge dieser Entwicklung: auch Etablierung zahlreicher palliativmedizinischer Abteilungen



heute →



Palliativversorgung heute:

345
Palliativstationen



RUND
12.350
Ärztinnen und Ärzte
mit Zusatzbezeichnung
Palliativmedizin

Palliativstation:

Voraussetzung immer Strukturprüfung MD, Vertrag/Budgetierung GKV


1.330 ambulante
Hospizdienste
159 ambulante Kinderhospizdienste

302 SAPV-Teams
47 SAPV-Kinderteams

247 Stationäre Hospize
davon **17** für Kinder,
Jugendliche und junge Erwachsene

Selbstverständnis der Palliativmedizin

Behandlung von:

Menschen mit **Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium**,
unabhängig von maligner/nicht-maligner Grunderkrankung,
bei denen **nicht** die **kurative Behandlung** das Ziel ist,
sondern die lebenswerte Gestaltung der verbleibenden Zeit,
es geht dabei um mehr als nur „Symptomlinderung“,
keine „Sterbestation“, **keine** Einrichtung zur „Sterbehilfe“.

Palliativmedizin: ganzheitlicher Behandlungsansatz

Selbstverständnis der Palliativmedizin

Symptomlinderung (u.v.m.):

man kann **immer** etwas tun,
auch wenn das **kurative Ziel nicht** gegeben ist,

und:

Tod und Sterben gehören nun mal zum Leben dazu



Wie wird Palliativmedizin wahrgenommen?

Persönliche Erfahrung (Anfang der 80er Jahre):
Medizin → vom Machbarkeitsdenken geprägt



Tod und Sterben, das „nicht-heilen-können“
= als Niederlage, als Versagen wahrgenommen

„man kann nichts mehr tun – ab jetzt palliativ“

(leider noch vorhandene) **falsche**
Wahrnehmung der Palliativmedizin..

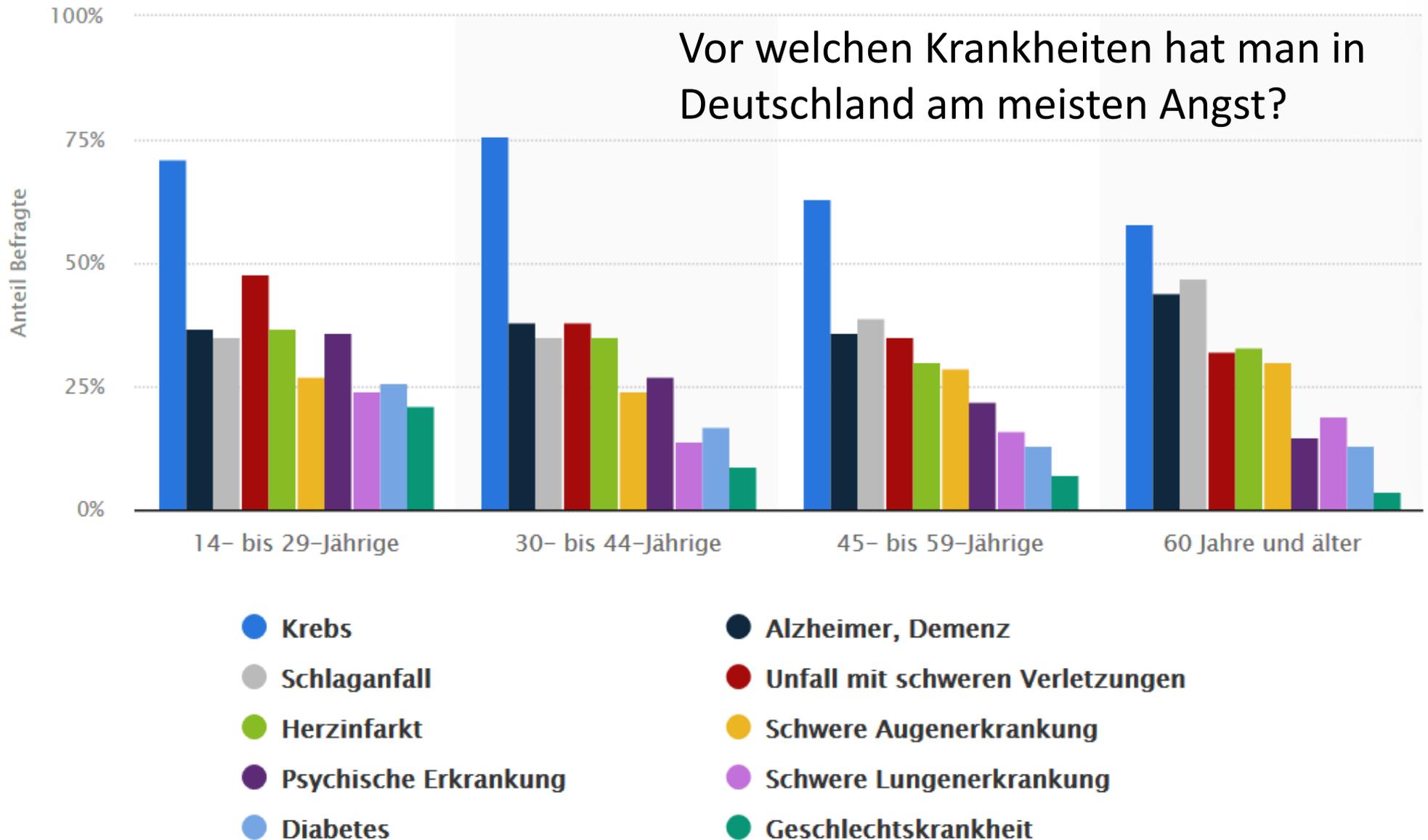
Palliativmedizin → Assoziation mit Tumorleiden → Woran liegt das?

Unbehagen bei Diagnosen..

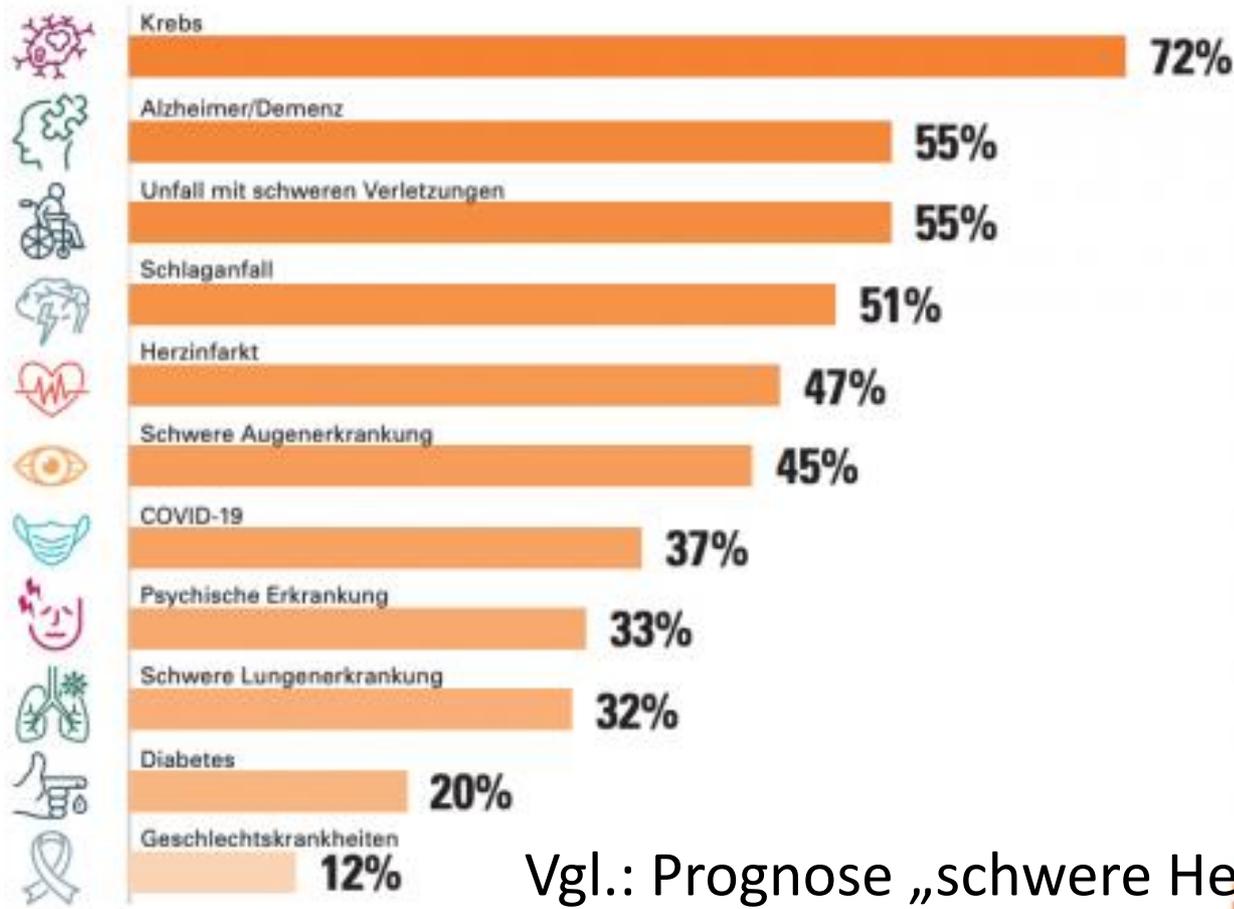
Jährliche Umfragen (z.B. Forsa-Instituts i.A. der DAK)

→ „Vor welchen Krankheiten haben Sie am meisten Angst?“

Vor welchen Krankheiten hat man in Deutschland am meisten Angst?



Betrachtung über alle Altersgruppen hinweg:



Vgl.: Prognose „schwere Herzinsuffizienz“ mit Prognose „Darmkrebs“ ...

Quelle: Forsa Institut i.A. der DAK-Gesundheit

Vergleich: Prognose

Herzinsuffizienz/Darmkrebs:

(Statistische) Prognose

einer Herzmuskelschwäche

Stadium 3/4

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/48358>

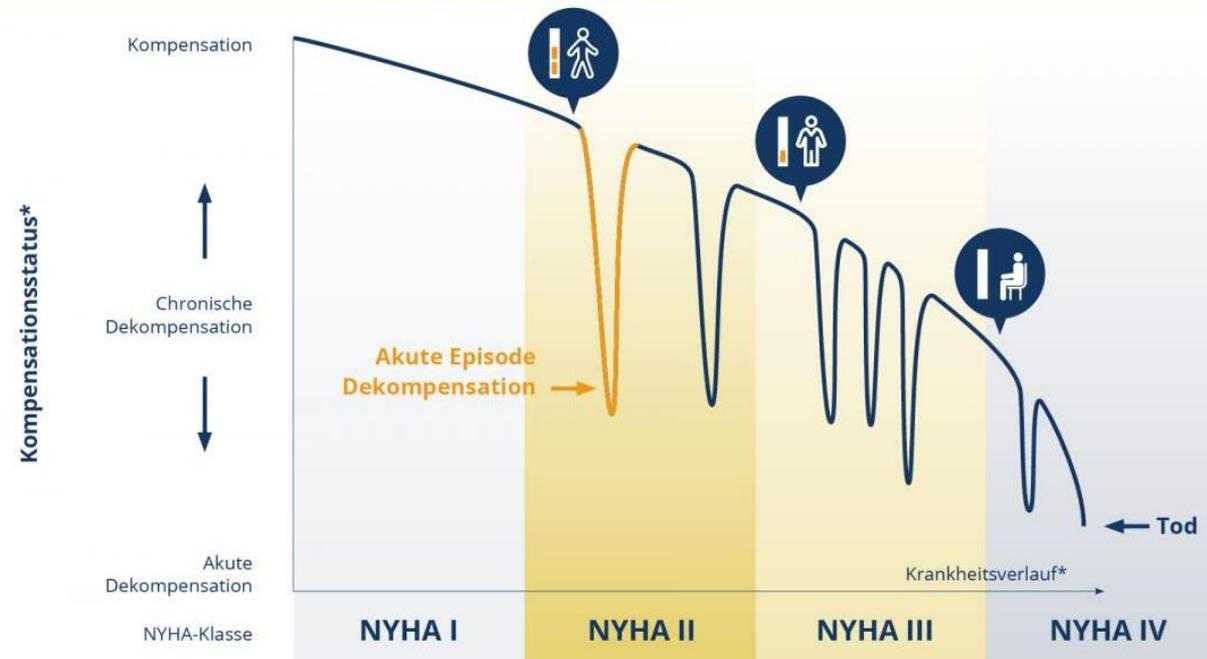
Tabelle 2

Häufigkeit und 1-Jahres-Sterblichkeit der unterschiedlichen Stadien der chronischen Herzinsuffizienz

	NYHA I (Prozent)	NYHA II (Prozent)	NYHA III (Prozent)	NYHA IV (Prozent)
1-Jahres-Sterblichkeit	7,5	12,5	15–20	> 40–50

(19) modifiziert nach Hellige und Spiekermann; NYHA, New York Heart Association

Wie verläuft eine Herzinsuffizienz?



Vergleich: Prognose
Herzinsuffizienz/Darmkrebs:
„Krebs“ wird in der
Gesellschaft mehr mit
„Sterblichkeit“ oder dem
Attribut „tödlich“ assoziiert

Tabelle 2
Häufigkeit und 1-Jahres-Sterblichkeit der unterschiedlichen Stadien der chronischen Herzinsuffizienz

	NYHA I (Prozent)	NYHA II (Prozent)	NYHA III (Prozent)	NYHA IV (Prozent)
1-Jahres-Sterblichkeit	7,5	12,5	15–20	> 40–50

(19) modifiziert nach Hellige und Spiekemann; NYHA, New York Heart Association

ANZAHL DER NEUERKRANKUNGEN

	2015		2016		PROGNOSE FÜR 2020	
	FRAUEN	MÄNNER	FRAUEN	MÄNNER	FRAUEN	MÄNNER
Neuerkrankungen	26.740	33.000	25.990	32.300	24.100	31.300
mittleres Erkrankungsalter	75	72	76	72		

ANZAHL DER STERBEFÄLLE

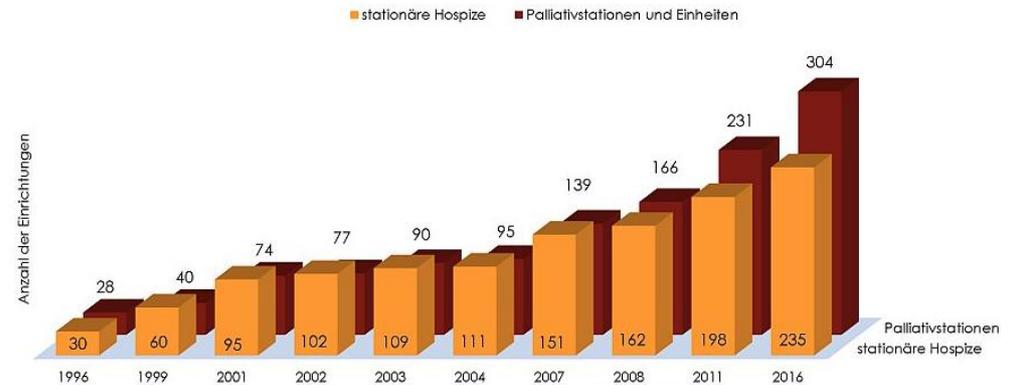
	2015		2016		PROGNOSE FÜR 2020	
	FRAUEN	MÄNNER	FRAUEN	MÄNNER	FRAUEN	MÄNNER
Sterbefälle	11.479	13.468	11.391	13.411	10.879	12.873

ANZAHL DER ERKRANKTEN UND ÜBERLEBENSRATE

	5 JAHRE		10 JAHRE	
	FRAUEN	MÄNNER	FRAUEN	MÄNNER
Anzahl der Erkrankten	91.900	115.000	159.500	196.100
relative Überlebensrate (2015–2016)*	63	62	60	56

* Die relative Überlebensrate erklärt, wie viel Prozent der Menschen mit einer bestimmten Erkrankung nach einem definierten Zeitraum nach Diagnosestellung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung noch leben.

Palliativmedizin über 25 Jahre



Mit Anstieg Palliativstationen/Palliativteams in Kliniken:

- Änderung im ärztlichen Bewusstsein → auch übriges Personal
- Indikation: klarer, Zugangswege: transparent, erleichtert
- OPS: hinterlegte Behandlungspfade → Komplexbehandlungen

Komplexbehandlungen: Anforderungen im Katalog

Komplexbehandlungen im stationären Sektor heute (allgemein):

Umfassende Anforderungen an
Raum- und Prozessqualität, Strukturmerkmale und
Personalqualifikation

Das gilt insbesondere für längere Behandlungen,
wie z.B. in der Palliativmedizin:

Palliativmedizinische Komplexbehandlungen: Anforderungen im Katalog

Merkmale:

- Standardisiertes palliativmedizinisches **Basisassessment (PBA)** zu Beginn der Behandlung (Teamaufgabe)
- Erstellung eines **individuellen Behandlungsplans** bei Aufnahme
- **Tägliche** multiprofessionelle **Fallbesprechung** und **Evaluation**:
→ Dokumentation der **Behandlungsziele** und **Behandlungsergebnisse**

<https://www.icd-code.de/ops/code/8-98e.html>

Palliativmedizinische Komplexbehandlungen: Anforderungen im Katalog

Merkmale: Ganzheitliche Behandlung zur

- **Symptomkontrolle** u. psychosozialen **Stabilisierung**, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen
- **Wöchentliche** multiprofessionelle **Teambesprechung**
- **Täglicher Einsatz** von mindestens 2 der folgenden

Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, weitere nach Bedarf



Auszug OPS: spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung

Anforderungen an Strukturmerkmale,
Personalqualifikation, Prozesse:

- eigenständige Palliativeinheit (Betten/**Station**),
- **ärztlich-pflegerische** Fachkompetenz: Zusatzqualifikation und mindestens 6-monatige Erfahrung in einer Palliativeinheit,
- multiprofessionelles **Team**, das auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung **spezialisiert** ist,
- palliativmedizinisches **Basisassessment** („PBA“):



Palliativmedizinisches Assessment (PBA), Inhalt/Auszug:

Schmerzanamnese,
Symptomintensität (Schmerz, Luftnot, Angst, Befinden),
Lebensqualität, Ernährung, Stimmung,
Mobilität,
Selbsthilfefähigkeit, Alltagskompetenz,
soziale Situation und psychosoziale Belastung..

... geht weit über eine übliche Anamnese und

Befunderhebung hinaus ...

Ganzheitliche Erfassung

<https://www.icd-code.de/ops/code/8-98e.html>



Dokumentationshilfe der DGP e.V.

Palliativmedizinisches Assessment (PBA)

I. Kerndatensatz für Palliativpatienten: Erfassung zu Beginn und Ende der Palliativversorgung				
Items	Antworten, Kategorien			
Identifikationsnummer	Fortlaufende eindeutige Nr. des Patienten			
Demographische Angaben				
Geburtsdatum	Datum mit MMJJJJ			
Aufnahmedatum	Datum			
Geschlecht	weiblich männlich			
Wohnsituation	allein Heim mit Angehörigen Sonstige			
Angaben zur Erkrankung				
Hauptdiagnose/Grundkrankheit (palliativmedizinisch relevant)	ICD (eine)			
Funktionsstatus (ECOG)	Normale Aktivität Gehfähig, leichte Arbeit möglich Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen Begrenzte Selbstversorgung, > 50% Wachzeit bettlägerig Pflegebedürftig, permanent bettlägerig			
Angaben zur Versorgung (Strukturqualität)				
Behandlung, Begleitung (bei Behandlungsbeginn oder bei Übernahme des Patienten)	ambulant: SAPV Team Hausarzt Ambulante Pflege Palliativarzt (QPA) Palliativpflege (AHPP, APD) Palliativberatung (AHPB) Ehrenamtlicher Dienst Palliative Care Team stationär: KH KH (Palliativstation) Heim Stationäres Hospiz Sonstige			
Abgabe / Vorlage	Patientenverfügung Vollmacht Betreuung			
Datum der Erfassung	Datum			
Angaben zum Behandlungsbedarf				
Schmerzen	kein	leicht	mittel	stark
Übelkeit	kein	leicht	mittel	stark
Erbrechen	kein	leicht	mittel	stark
Luftnot	kein	leicht	mittel	stark
Verstopfung	kein	leicht	mittel	stark
Schwäche	kein	leicht	mittel	stark
Appetitmangel	kein	leicht	mittel	stark
Müdigkeit	kein	leicht	mittel	stark
Pflegeprobleme wegen Wunden / Dekubitus	kein	leicht	mittel	stark
Hilfsbedarf bei Aktivitäten des tagl. Lebens	kein	leicht	mittel	stark
Depressivität	kein	leicht	mittel	stark
Angst	kein	leicht	mittel	stark
Anspannung	kein	leicht	mittel	stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	kein	leicht	mittel	stark
Probleme mit Organisation der Versorgung	kein	leicht	mittel	stark
Überforderung der Familie, des Umfeldes	kein	leicht	mittel	stark
Andere Symptome	kein	leicht	mittel	stark

Palliativmedizinisches Basisassessment PBA Seite 1 von 3

Patientendaten:	Grunderkrankung:
	Indikation:
	Indikation (Patientensicht):
	Hauptziel (Patientensicht):
	Datum, Name, Unterschrift:

Symptomscore (MIDOS)

Ref.: Steil S et al., [Validation of the new version of the minimal documentation system (MIDOS) for patients in palliative care: the German version of the admission symptom assessment scale (ESAS)]. Schmerz. 2010 Dec;24(6):596-604.

Symptom / Skala	Kein (0)	Leicht (1)	Mittel (2)	Stark (3)
Übelkeit				
Erbrechen				
Verstopfung				
Schwäche				
Appetitmangel				
Müdigkeit / Erschöpfung				
Schlafstörung				
Probleme wg. Wunden				
Atemnot				
Lymphödem				
Hilfsbedarf bei ATL				
Depression / Antriebsmangel				
Angst				
Verwirrtheit / Desorientiertheit				
Versorgungsprobleme				
Überforderung der Familie				

ECOG Performance Status (Erfassung der Alltagskompetenz und Mobilität)

Ref.: Owan M et al., Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group, Am J Clin Oncol. 1982 Dec;5(6):549-55.

0	Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung.	
1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.	
2	Gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen.	
3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.	
4	Völlig pflegebedürftig; keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden.	

Ernährungsstatus

BMI	Größe (cm):	Gewicht (kg):	BMI (kg/m ²):
Gewichtsverlust:	In den letzten 3 Monaten:	kg	ODER: In den letzten 6 Monaten:
Ernährung	- Enteral	Vollständig	Teilweise
	- Parenteral	Vorhanden:	Nicht vorhanden:

Palliativmedizinisches Assessment (PBA)

→ Basis für Therapiepläne und –Schwerpunkte,

Grundlage ist der individuelle Versorgungsbedarf,

→ Teamfunktion!

Heute: Paradigmenwechsel

„Mehrwert Teamleistung“ durch
Interdisziplinarität,

Beispiel:

nicht-medikamentöse Schmerztherapie,

Mobilisation, Selbsthilfetraining,

aktivierend-therapeutische Pflege



2 + 2 = 5

Teamintegration / Gesundheitsberufe

Heute mehr im Fokus: der **individuelle Versorgungsbedarf**, der nicht allein durch ärztlich-pflegerische Maßnahmen zu erfüllen ist, sondern die Vielfalt der Berufsgruppen wird genutzt

Auszug OPS/Palliativmedizin:

„...**multiprofessionelles Team**, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung **spezialisiert** ist.“

→ Berufsgruppen Ergotherapie, Physiotherapie, andere wie Logopädie:
fest in das Team integriert

<https://www.icd-code.de/ops/code/8-98e.html>

Teamintegration / Gesundheitsberufe

Berufsgruppen Ergotherapie, Physiotherapie, bei Bedarf Logopädie u.a.

Integraler Bestandteil der:

Behandlungsprozesse,

täglichen Fallkonferenzen/Evaluationen,

wöchentlichen Therapiebesprechungen,

Patienten- und Angehörigengespräche

Zugangswege zur stationären Palliativmedizin

Etabliertes Fach → fester Bestandteil des Klinik-Portfolios:

- konsiliarische Inanspruchnahme
- Beratung durch Palliativteam
- Besprechung in Klinik-Fallkonferenzen (auch TU-Board)
- Verlegung in Palliativ-Abteilung
- Einweisung aus ambulantem Versorgungssektor

Zugangswege zur stationären Palliativmedizin

Stationäre
Einweisung

Fallkonferenzen/
auch TU-Board

Palliativstation

Verlegung
innerhalb der Klinik

Beratung durch
Palliativteam

Konsil



2 Fallbeispiele der stationären Palliativmedizin: W, 78 Jahre

Diagnose: ausgedehntes Multiples Myelom (Plasmocytom)

Nach Chemotherapie mit zahlreichen Komplikationen (Blutung, Pneumonie)
deutlich geschwächter Zustand, keine weitere ChTh geplant.

Palliative Therapie-Schwerpunkte:

Schmerztherapie (medikamentös, manuell), Mobilisation, Verbesserung des
Selbsthilfestatus, psychosoziale Betreuung, Entlassungsplanung/Netzwerk..

2 Fallbeispiele der stationären Palliativmedizin: M, 76 Jahre

Diagnose: fortgeschrittene COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

Nach Infekt und mehrwöchiger Beatmung (mit langer Entwöhnung) schwere

CIP und CIM (Critical Illness Poly-Neuropathie/-Myopathie), 45 kg, Auszehrung,

Patientenwunsch: palliativ, keine weitere Intensivtherapie auch bei erneuter Verschlechterung,

Therapie-Schwerpunkte: Mobilisation, Training Atemarbeit, Prophylaxen

(Selbsthilfe), O₂-Therapie, Einstellung, Ernährung, Verbesserung der

Selbstversorgung/ADL, psychosoziale Betreuung, Entlassungsplanung/Netzwerk

onkologische/nicht-onkologische Grunderkrankung: therapeutische Dimensionen

Therapieansätze über weite Strecken vergleichbar

Funktionseinschränkung
Selbsthilfestatus, Mobilität
ADL/Abhängigkeit

Soziale
Dimension

Wirtschaftliche Situation
Kommunikationsfähigkeit
Krankheitsverarbeitung
Soziale Situation

Physische
Dimension

Patient/-in

Psychisch-
emotionale
Dimension

Symptome
Schmerzen
Depressivität

Spirituelle
Dimension

Wertevorstellungen
Spiritualität
Lebensanschauung
Wut, Trauer

Zusammenarbeit mit dem Reha/
ambulanten Versorgungsbereich,
→ Entlassungsmanagement

Entlassungsmanagement:

GKV – Versorgungsstärkungsgesetz 2015

Rahmenvertrag:

für Krankenhäuser verbindlich ab 1.10.2017



Quelle/Hinweise:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>

Zusammenarbeit mit dem Reha/
ambulanten Versorgungsbereich,
→ Entlassungsmanagement

Entlassungsmanagement: Überleitung in das Netzwerk der ambulanten / rehabilitativen Weiterversorgung, daran beteiligt:

Gesamtes Team der stationären Behandlung,

ärztlich-pflegerisch-therapeutisch,

Sozialdienst,

Planung vor Entlassung:

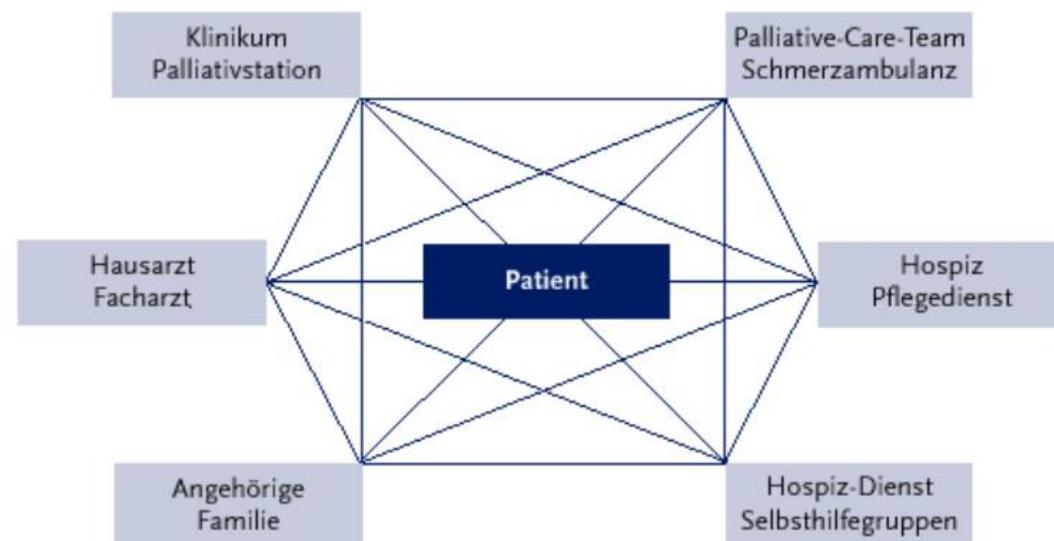
Überleitungssysteme

(fachspezifische Berichte)

Quelle/Hinweise:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>

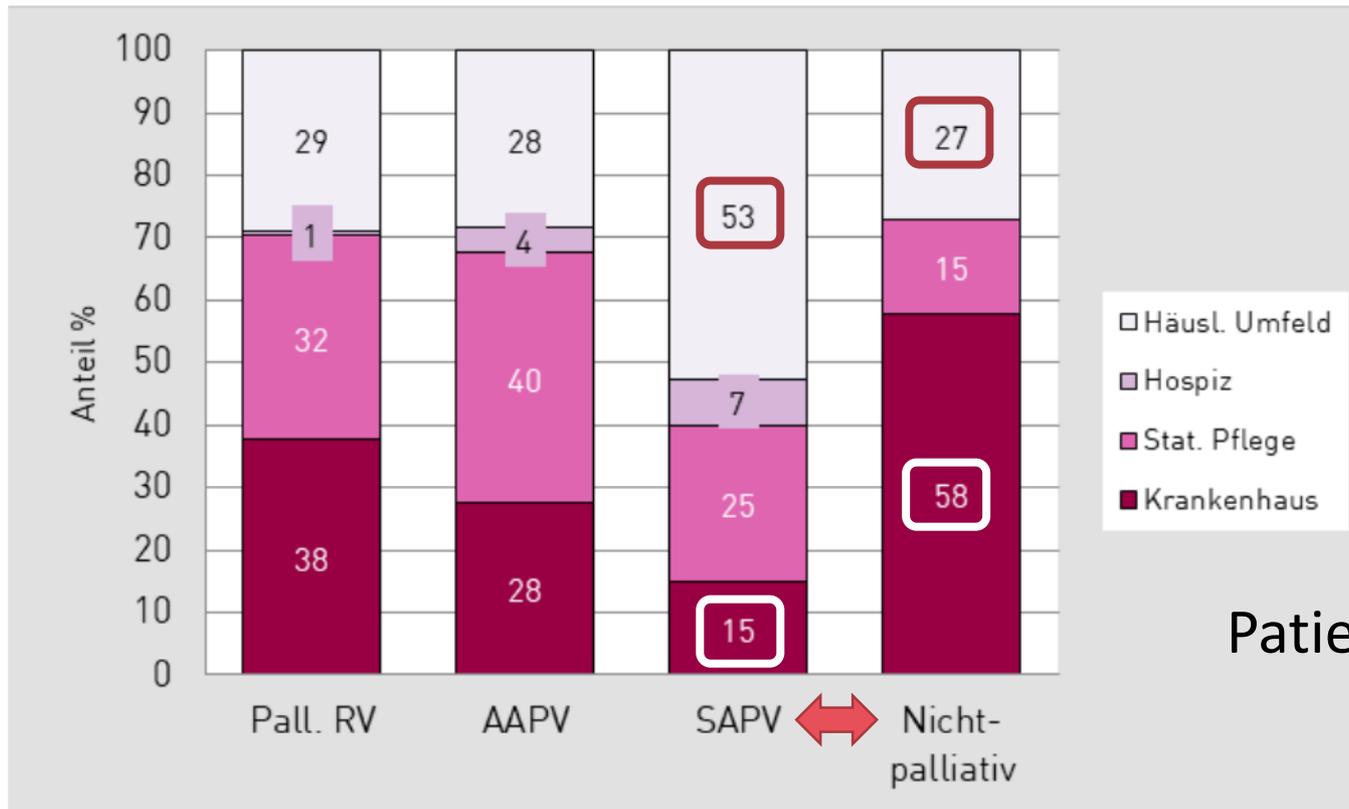
Netzwerk der Palliativmedizin



Palliativmedizin: Ausblick



GB-A Ergebnisbericht: Evaluation der Wirksamkeit von SAPV 2017-2019, → Ort der Versorgung im letzten Lebensabschnitt (Region Nordrhein)



Patientenwunsch?

Datenbasis: Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, Region Nordrhein. © PMV 2019
 Grundgesamtheit: Population LLJDV364, ohne Versicherte mit ausschließlich stationären Palliativleistungen bzw. ohne Versorgung. N = 85.707.

HOPE-Studie: (Hospiz- u. Palliativ-Erhebung)

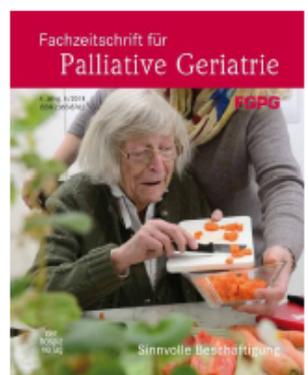
- nicht-onkologische Patienten in der Palliativmedizin weiter unterrepräsentiert
- trotz großer Zahl an Betroffenen mit: Herz-Lungen-Nierenleiden, neurologisch-degenerativen Erkrankungen wie ALS etc.
- → Palliativmedizin: Entwicklung als Querschnittsfach?
- → Etablierung palliativmedizinischen Denkens in andere Fächer?

Nicht-Onkologische Erkrankungen in der stationären Palliativversorgung. HOPE 2002-2011.
22 <https://www.hospiz-palliativ-register.de/>.

Ausblick zur Palliativmedizin, nicht-onkologische Fächer

Was brauchen wir?

- Palliative Geriatrie? / oder geriatrische Palliativmedizin?
- Palliative Neurologie?
- Palliative Kardiologie?
- Palliative Intensivmedizin?



MEDIZIN: Originalarbeit

Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende

Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015

Hospitalization and intensive therapy at the end of life—a national analysis of DRG statistics from 2007–2015

Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 653-60; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0653

Fleischmann-Struzek, Carolin; Mikolajetz, Anna; Reinhart, Konrad; Curtis, J. Randall; Haase, Ulrike; Thomas-Rüddel, Daniel; Dennler, Ulf; Hartog, Christiane S.

Kernaussagen

- Eine Auswertung der DRG-Statistik (DRG, „diagnosis related groups“) zeigt, dass in Deutschland weniger Menschen im Krankenhaus sterben, jedoch mehr Menschen am Lebensende im Krankenhaus intensivmedizinisch behandelt werden.
- Etwa 25 % der im Krankenhaus Verstorbenen erhielten 2015 eine Intensivtherapie während des Krankenhausaufenthaltes.
- In der Altersgruppe ab 65 Jahren stieg die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen, die eine Intensivtherapie erhalten hatten, zwischen 2007 und 2015 von 63 235 auf 85 904 und damit dreimal so schnell wie die Zahl der Krankenhaustodesfälle, die sich von 322 911 auf 354 910 erhöhte.
- Diese Ergebnisse erfordern verstärkte Anstrengungen zur Umsetzung und Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung auf der Intensivstation.



Herausforderungen für die Zukunft

- Integration Palliativmedizin in Weiterbildung aller klinischen Fächer
- Verbesserung der Kompetenz von Palliativmedizinern in der Behandlung von Nicht-onkologischen Erkrankungen
- Aufbau integrativer Versorgungsmodelle
- Finanzierung
- Öffentliche Wahrnehmung





*Danke für Ihre Aufmerksamkeit und
Ihr Interesse an diesem medizinischen
Fachgebiet*

9.2.2022

Dr. med. Hans-Thomas Hildebrand

hans-thomas.hildebrand@hawk.de

19.01.2022