

# Palliativversorgung im Pflegeheim

---

Arbeitsgruppe Palliative Care im Pflegeheim  
des Schleswig Holsteinischen Hospiz- und  
Palliativverbandes (HPVSH)

# Lebenserwartung und Todesfälle Deutschland 2013

---

- Lebenserwartung:
  - Männer 77,7 Jahre
  - Frauen 82,7 Jahre
- 893 825 Todesfälle:
  - 429 645 Männer und 464 180 Frauen
  - 40 % Herz-Kreislaufkrankungen
  - 25 % Krebserkrankungen

# Indikationen für Palliativversorgung

---

**Unheilbare, fortschreitende, fortgeschrittene und in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankungen**

- ❑ Tumorerkrankungen
- ❑ Erkrankungen des Nervensystems, z.B. ALS, MS, Demenz
- ❑ Endstadien chronischer Erkrankungen, z.B. Herzinsuffizienz, COPD
- ❑ AIDS-Erkrankung

# Palliativversorgung im Pflegeheim

---



*„Nicht dem Leben  
mehr Tage geben sondern den  
Tagen mehr Leben!“*

*(Cicely Saunders)*

# Besondere Probleme

---

- ❑ Ungenügende Erkennung und Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen
- ❑ Mangel an häuslicher Versorgung
- ❑ Mangel an Palliative Care Fachkräften in Alten- und Pflegeheimen
- ❑ Unzureichendes Wissen bei einigen Hausärzten
- ❑ Mangel an Information und Beteiligung bei ethischer Entscheidungsfindung

WHO: Better Palliative care for Older people 2004

# Lösungsansätze

---

- Basis-Qualifizierung ALLER Mitarbeiter im Pflegeheim und regelmäßige Fortbildungen
- AAPV = Allgemeine Palliativversorgung durch Pflegepersonal und Hausarzt
- Einbindung von SAPV = Spezialisierte ambulante palliative Versorgung
- Vermeidung von Einweisung ins Krankenhaus / Hospiz
- Funktionierende Netzwerke
- Kontinuierliche ärztliche Versorgung durch Hausärzte / Heimärzte
- Einfacher Zugang zu Opioiden

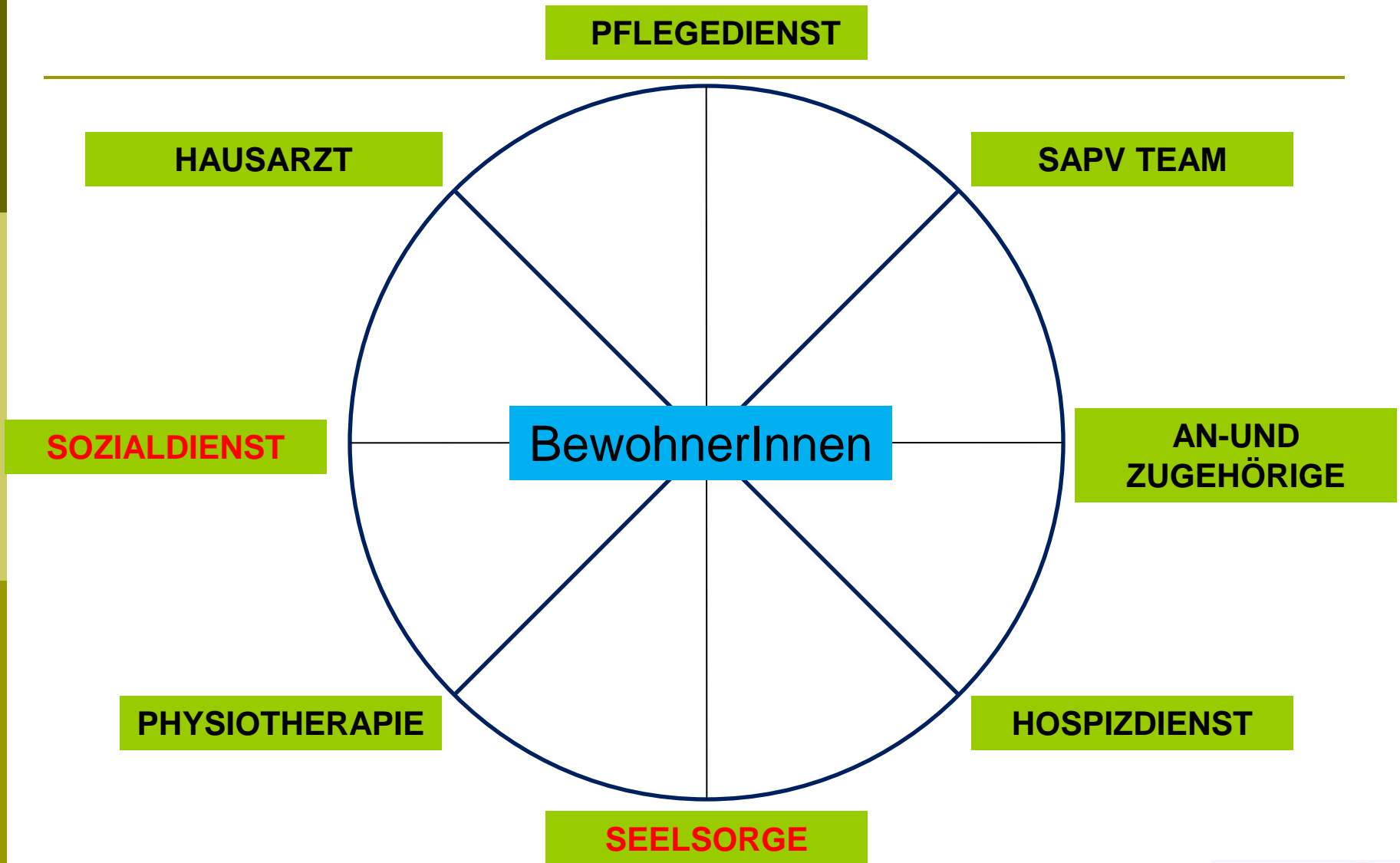
Becker U, Bollig G. Möglichkeiten und Grenzen der Palliativversorgung im Pflegeheim. Z Palliativmed 2011, 8: 42-44

# Begriffe

---

- Palliative Care
- Hospiz
  - Stationär
  - Ambulanter Hospizdienst
- Palliativstation
- AAPV = Allgemeine ambulante Palliativversorgung
- SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

# Netzwerk





# Was kann ich von SAPV erwarten?

---

- ❑ 24 Std.-Erreichbarkeit für Krisen und Notfälle
- ❑ Notfallplanung
- ❑ Verhinderung von Krankenhauseinweisung
- ❑ Unterstützung und Beratung bei der Symptomkontrolle
- ❑ Aufwendige Wundversorgung
- ❑ Hilfsmittelbeschaffung

# SAPV Verordnung

---

- ❑ Gesetzlicher Anspruch
- ❑ Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) Muster 63
- ❑ Antrag durch Hausarzt oder Krankenhausarzt
- ❑ Weiterleitung an zentrale Koordinationsstelle des jeweiligen Palliative Care Netzes

# Total pain (nach Cicely Saunders)

---



# Schmerz

---

*„Schmerz ist das,  
wovon ein Mensch sagt,  
daß es Schmerz ist,  
wann immer er das angibt!“*

Definition nach McCaffery (1968)

# Schmerz

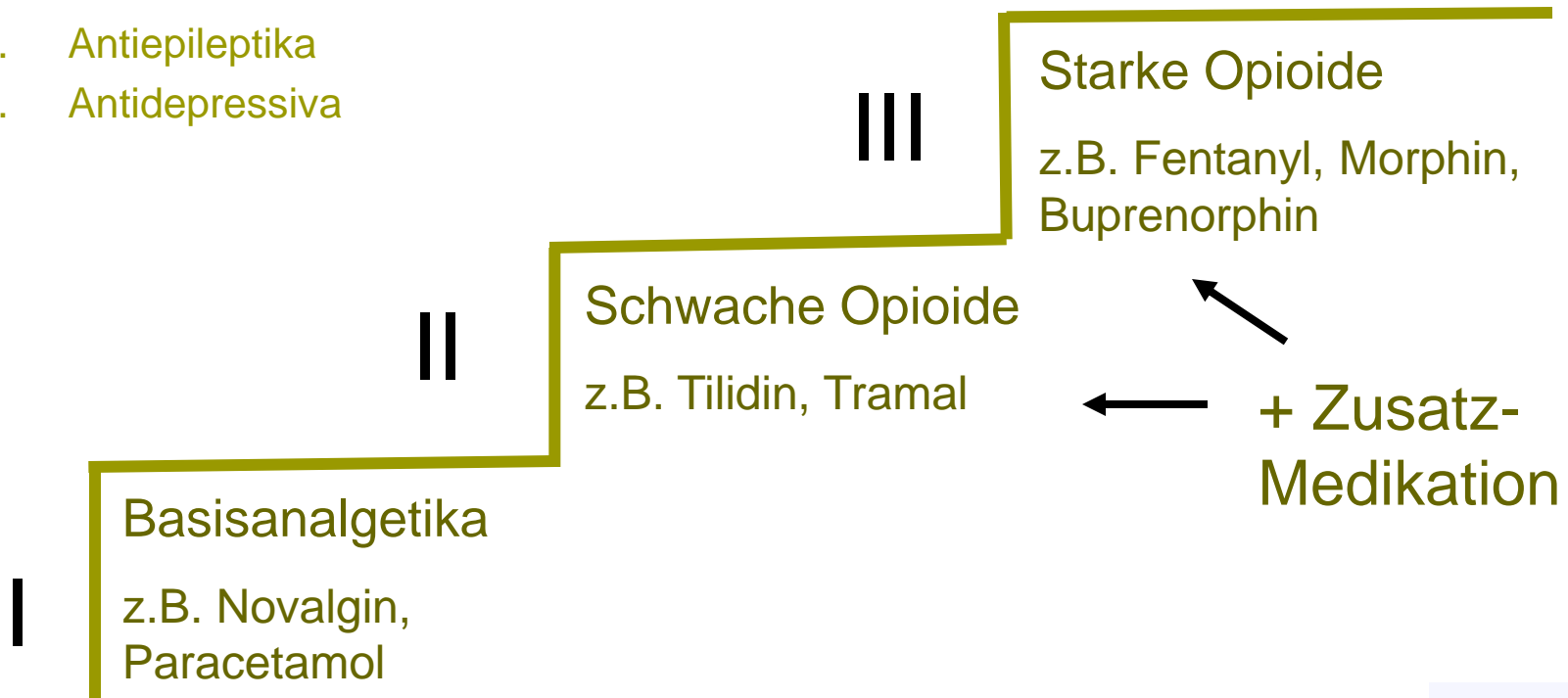
---

- Ziel ist Schmerzlinderung
- Schmerzanamnese nach Expertenstandard
- Behandlung nach WHO-Stufenschema /  
Mechanismen-basierte Schmerztherapie
- Bedarfsmedikation

# WHO-Stufenschema

## Zusatz-Medikation/Koanalgetika:

1. Laxantien
2. Anxiolytika
3. Cortison
4. Haldol
5. Antiepileptika
6. Antidepressiva



# Belastende Symptome am Lebensende

---

- Schmerzen
- Luftnot
- Übelkeit/Erbrechen
- Angst
- Obstipation
- Schwäche
- Verwirrtheit
- Inappetenz

# Vorschlag zur Symptomlinderung am Lebensende

---

<u>Medikament</u>	<u>Indikation</u>
□ Morphin	□ Schmerz □ Dyspnoe
□ Buscopan (alternativ Robinul)	□ Todesrasseln □ Ileus
□ Haloperidol (Haldol)	□ Übelkeit □ Verwirrung
□ Midazolam (Dormicum)	□ Panik □ Angst □ Unruhe

Alle Medikamente können subkutan appliziert werden



# Symbolsprache sterbender Menschen

---

- „Die Reise antreten“
- „Stell´ mir die Wanderschuhe unters Bett“
- „Ich werde abgeholt“
- „Mein Zug geht gleich“
- „Pack mir den Koffer“

# Ernährung und Flüssigkeit am Lebensende

---

*„Man stirbt nicht, weil man aufhört zu essen und zu trinken, sondern man hört auf zu essen und zu trinken weil man stirbt.“*

# Planungshilfen

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- PALMA-Formular

**„PALMA“**  
**Patienten- Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen**  
 - für Patienten in einer palliativen Situation **ergänzend** zur ausführlichen Patientenverfügung -

Für: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Dieser Bogen ist speziell für die Notfallversorgung von Patienten in einer palliativen Situation konzipiert (dies meint auch eine terminale Pflegesituation am Lebensende) und fasst die ausführliche Patientenverfügung zusammen. Bitte vollständig und nur mit Hilfe eines beratenden Arztes ausfüllen. Pro Rubrik ist nur eine Antwort möglich, bei widersprüchlichen Angaben wird maximal behandelt. Ein vorhandener Bevollmächtigter sollte genannt werden.

<b>A</b>	<b>Gewünschte Behandlung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes:</b>		
	<input type="checkbox"/> Herz-Lungen-Wiederbelebung <input type="checkbox"/> <u>keine</u> Wiederbelebung beginnen		
<b>B</b>	<b>Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation bei vorhandener Herz-Kreislauf-Funktion:</b>		
	<input type="checkbox"/> maximale Therapie: volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung inkl. künstlicher Beatmung, Intensivtherapie etc..		
	<input type="checkbox"/> begrenzte Therapie (Basistherapie): Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch keine künstliche Beatmung oder Intensivtherapie.		
	<input type="checkbox"/> nur lindernde (palliative) Maßnahmen: <u>keine</u> lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerdelinderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot etc..		
<b>C</b>	<b>Hintergrundinformationen</b> (schwere Vorerkrankungen, persönl. Erfahrungen etc.):		
	<small>(ggf. Arztbrief anfügen)</small>		
<b>D</b>	<b>Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten:</b>		
	Es besteht eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht gem. § 1896/ 2 BGB <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellte Betreuung gem. §§ 1896-1904 BGB		
	<small>(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon des Bevollmächtigten/ Betreuers)</small>		
<b>E</b>	<b>Unterschriften:</b> Arztunterschrift und -stempel bestätigen die erfolgte Beratung.		
	Der Bevollmächtigte/ Betreuer erklärt, die Patientenwünsche und den Inhalt der Verfügung zu kennen.		
	Datum	Beratender Arzt (+Stempel)	Bevollmächtigter/ Betreuer
Name, Adresse, Telefon des beratenden Arztes:			
<b>ggf. erneute Bestätigung</b> (Datum, Unterschrift Patient):			

Version 3.2. © Gerth/ Mohr/ Paul 08/2011

# Ausblick

---

**Fragen?**

**Welche lokalen Angebote gibt es?**

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---

## HPVSH Arbeitsgruppe Palliative Care im Pflegeheim

Sprecher der AG:

Dr. med. Georg Bollig, MAS Palliative Care, DEAA

Oberarzt Palliativmedizin und Schmerztherapie, HELIOS Klinikum Schleswig

Kontakt über:

Hospiz- und Palliativverband e.V.

Alter Markt 1-2

24103 Kiel

Frau Ilona Möller

Tel.: 0431-8001088

Email: [moeller@hpvsh.de](mailto:moeller@hpvsh.de)

[www.hpvsh.de](http://www.hpvsh.de)