

Care-und Casemangement bei palliativen Patienten – Anspruch und Wirklichkeit



ÖGCC TAGUNG 10.11.2021

HANS POPPER

Palliative Care in OÖ



- Stationäres Hospiz – Fehlbestand 35 Betten von 45
- Palliativstationen – 78 Betten ok, dezentral offen
- Palliativ Konsiliardienste – Fehlbestand 3 von 13
- Mobile Palliative Teams – 15 VZÄs von 48
- Mobile Hospizteams – Fehlbestand 31 von 50 Teams

(theoretisch errechneter Fehlbestand gem.
„Abgestufte Hospiz –und Palliativversorgung“, ÖBIG
2014 – sog. Strukturqualität)


Sterben 2019, Tumordiagnose

KH

zH

Heim

alle



• B	471/ 59%	224/ 28%	91/11%	797
• K	919/ 64%	322/22%	70/12%	1435
• NÖ	2450/56%	1095/25%	738/17%	4371
• OÖ	1998/67%	718/22%	376/12%	3192
• S	678/59%	256/22%	205/18%	1157
• St	1812/58%	858/22%	405/12%	3226
• T	800/50%	397/25%	374/23%	1607
• V	468/60%	207/26%	94/12%	780
• W	2914/72%	524/13%	528/13%	4052
• Ö	12510/61%	4601/22%	2981/15%	20517

Sterben – Wunsch und Wirklichkeit



Sterbewunsch (BRD, 2015)

zu Hause	Hospiz	Heim	KH
76%	10%	2%	6%

Sterbewirklichkeit (BRD, 2015)

20%	3%	31%	46%
-----	----	-----	-----

Sterbewirklichkeit (Ö, 2019)

22%	2%	14%	61%
-----	----	-----	-----

Ziele von Palliative Care



- Palliative Care will die Lebensqualität von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen verbessern und erhalten – durch Linderung der Leiden, Erkennen und Bearbeiten von physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Problemen.
- Palliative Care bejaht das Leben und anerkennt das Sterben als einen natürlichen Prozeß. Das Leben soll weder verlängert noch verkürzt werden.

Merkmale von Palliative Care



- Teamorientierung und Interdisziplinarität
- Achtung der Würde und des Willen des Patienten
- Aeqidistanz zu Kirchen und Religionen
- rasche Reaktion von Veränderungen – Schmerzdurchbrüche, Überforderungen bei der Pflege
- Bearbeiten existentieller Fragen von Identität, Leben und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Verzeihung, Hoffnung und Verzweiflung, Glauben.

Erwartungen des Patienten und der Angehörigen



- Die Patienten wollen möglichst schmerzfrei und bei Kontrolle über die auftretenden und zu erwartenden Nebenwirkungen, vertrauensvoll gepflegt, geschätzt und geachtet und eingebettet in das soziale und familiäre Umfeld die verbleibende Lebenszeit verbringen.
- Gutes, palliatives Tun ermöglicht eine Aussöhnung mit dem Leiden und dem unvermeidbaren Tod.

Dramaturgie des Sterbens



ein Auf und Ab - unvorhersehbar und unplanbar

Eskalation der Symptome

Bedrängnis im „total pain“

zunehmender Kontrollverlust

Abhängigkeit und Entwürdigung

Verlust der Entscheidungsfähigkeit

hohe Emotionalität

Verknappung der Zeit

Dominanz der Beherrschung der Symptome

Fallberichte



- Stefan, 78 – der Duschrollstuhl
- Robert, 74 – das Krankenbett und die Matraze
- Franz, 58 – die Abfertigung
- Gust, 67 – die Organisation der häuslichen Pflege

Kein Fall ist wie der andere, keine Situation vergleichbar, es gibt keine Modelle, Checklisten, Leitfäden – jeder stirbt seinen eigenen Tod.

das rechte Maß - die Mutter der Tugenden



- Der Abt hat seinen einzelnen Klosterbrüdern mit deren je eigenen Physis und Psyche gerecht zu werden, ohne die Regelbindung preiszugeben .
(Regula Benedicti 64,18 – discretio als das rechte Maß, das maßvolle Unterscheiden)

Die Intimität der Schmerzen, des Glaubens, des abschließenden Lebens und des gelingenden Sterbens erfordert das jeweils rechte Maß zur Behandlung und Betreuung: casemanagement kann das individuell und situativ rechte Maß und die Beachtung der Regeln erreichen.

Komplexität und Vielfalt



- allgemeine und spezielle medizinische Versorgung: Ärzte, KHe, Therapien, Medikamente, Heilbehelfe, Hilfsmittel
- pflegerische Betreuung: allgemeine und spezifische Pflegen, 24 Std. Pflege
- Soziale Dienste: Heimhilfen, Essen auf Rädern ...
- finanzielle Absicherungen: Pensionsantrag, Pflegegeld, Krankengeld, Lohnfortzahlung, Förderungen, steuerliche Abschreibungen
- Soziale KV, Länder, SHV, öffentliche und subventionierte, private Organisationen

Vision oder Traum



- Der Casemanager kennt sich aus, ist empathisch, hat Kompetenzen und kann sich durchsetzen. Er hat genügend Zeit für den jeweiligen Fall.
- Der Patient akzeptiert seine Situation und weiß, was er will. Die Familie unterstützt ihn.
- Das Caremanagement vernetzt die unterschiedlichen Systeme und richtet sie auf den Fall aus.
- Die Finanziere schauen zu und applaudieren.
- Es braucht keine Sterbeverfügung.
- Korona ist wieder eine Biermarke.

Realität



- Wir haben von allem etwas, viele gute Ansätze und Vorsätze.
- Die Qualität hängt nahezu ausschließlich von der palliativen Haltung, des Ethos, der Empathie und Menschenliebe der Handelnden ab.
- Das palliative Engagement prägt auch die Strukturen.
- Die Budgets definieren die Bedarfe, die Bedarfe nicht die Budgets.
- Der Föderalismus befeuert die Ungleichbehandlung.

Systemdiagnose Palliative Care



- Vielfalt von Experten
- Behandelungs –und Wissensmonopole
- Asymmetrien der Information und der Position
- Bildungs-und Einkommensdifferenzen

- Bearbeiten existenzieller Fragen von Krankheit und Tod
- politisch und moralisch aufgeladen
- jeder kommt einmal dran – niemand ist gefeit

Macht versus Menschlichkeit 1



- Bettenpläne, Stellenpläne, abgestufte Palliativ- und Hospizversorgung, Budgets – Trugbilder von Sicherheit über Strukturqualität – vs. Ergebnisqualität als ein Produkt aus med. outcomes und Zufriedenheit des Patienten.
- Messung über Erreichen der Pläne und Einhaltung der Budgets – vs. über Kennzahlen (patient oriented outcomes) und Parameter für Lebensqualität
- Steuerung per Hierarchie, Weisung, Geld – vs. Verhandeln und Vereinbaren von Zielen.

Macht versus Menschlichkeit 2



- formale Gleichbehandlung nach Regeln – vs. materielle Gleichbehandlung über das „rechte Maß“ für Individualität und Situation
- starre Strukturen, Veränderung wird von außen angestoßen – vs. flexible Strukturen und Veränderung als Eigenleistung
- Lernen vom Billigsten – vs. vom Besten

Ausblick



- Steuerung bottom-up über das rechte Maß bei den Fällen unter Beachtung der Regeln kann über eine Vereinbarung zw. Patient/Familie und Casemanager gelingen.
- Regionales Caremanagement kann die systemimmanente Zersplitterung und unterschiedlichen organisationalen Logiken überwinden.
- Bundesweite gesundheitspolitische Ziel können die Synchronisation zw. den gs. Kassen, den Ländern und Ministerien bewerkstellen.

und zum Schluss eine jüdische Weisheit



Wer nicht alt werden will,
muß sich jung aufhängen.