

Sektorenübergreifende Versorgung: Ambulante Palliativversorgung onkologischer Patienten

Prof. Dr. med. Jens Papke
Internist

Medikamentöse Tumortherapie/Palliativmedizin



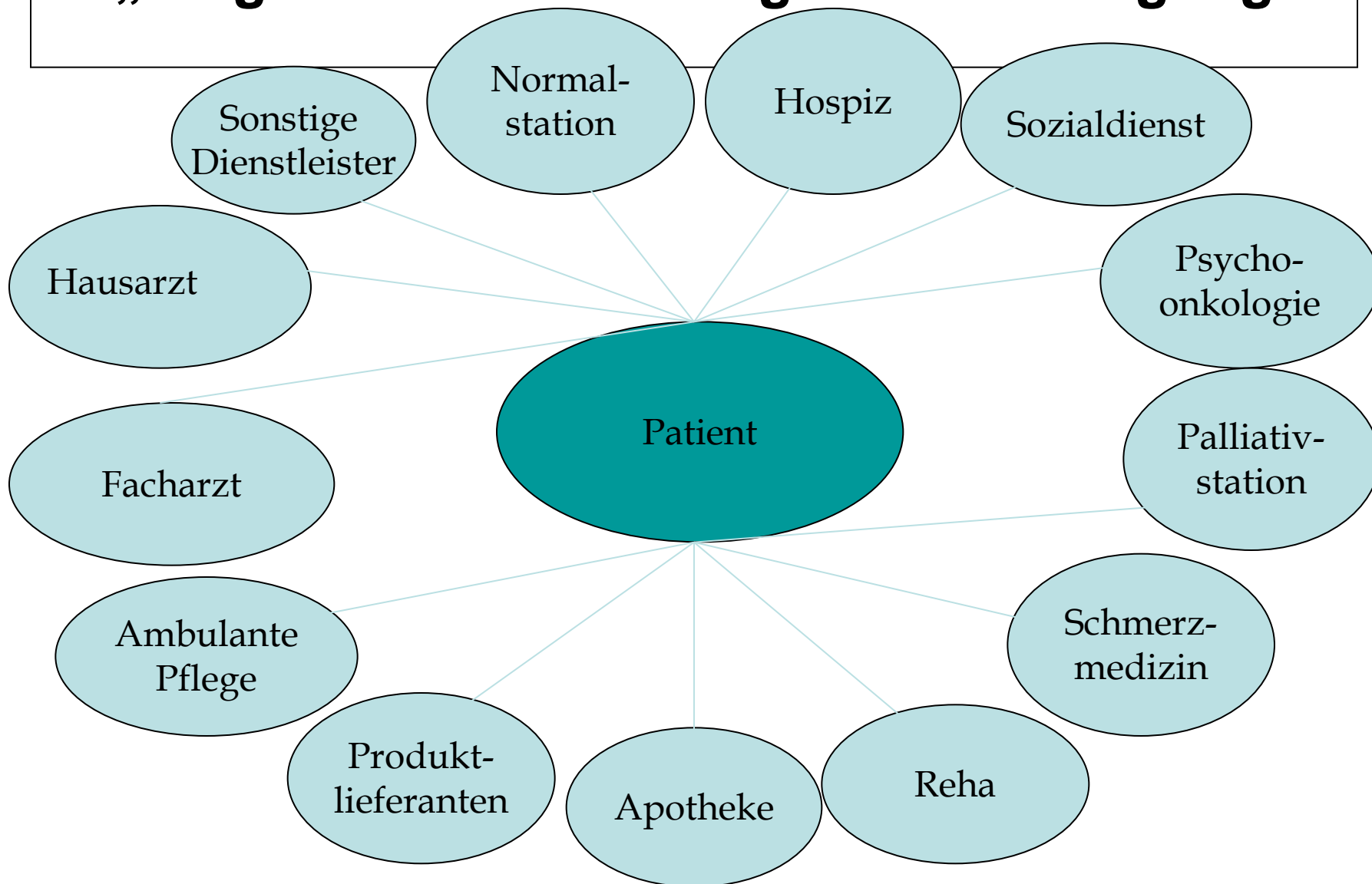




Hauptmerkmale des sektoralen Systems im deutschen Gesundheitswesen

- Ziel ist Gewinnmaximierung im jeweiligen Sektor
- noch keine relevanten Anreize für einen sektorenübergreifenden Betreuungsprozess
- Ein Gesundheitsdienstleister trägt keine oder wenig Verantwortung über seine Grenzen hinweg
- Folge sind Egoismen und Abschottung der Sektoren mit nachfolgenden Konflikten zwischen den Beteiligten (Ärzte, Kassen, Patienten ..)
- Unzufriedenheit der Patienten, Ärzte u. Pflegenden
- Onkologische Patienten nehmen mehrere Sektoren in Anspruch

„Fragmentierte“ onkologische Versorgung



Was will Palliativmedizin?

- Palliativmedizin ist aktive, ganzheitliche Versorgung von Patienten mit einer inkurablen Erkrankung. Kontrolle von Schmerzen, Symptomen, Befriedigung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse sind vordergründig (EAPC 1998).
- Palliativversorgung schließt die Betreuung der Familie vor und nach dem Tod mit ein.
- 75 bis 85 % aller befragten Patienten möchten zu Hause sterben

Der Wunsch nach Sterben zu Hause

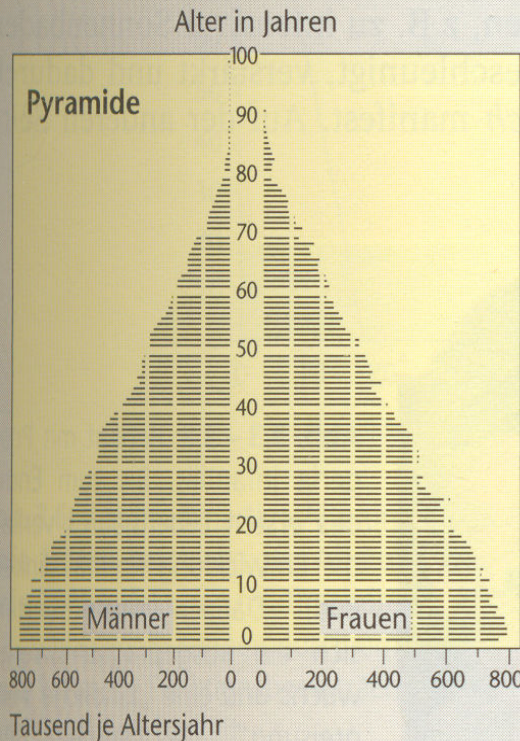
86%	Harris Interactive, USA, 2002
75%	van Oorschott, D, 2004
82%	Kaluza, D, 2005
80,7%	Neergard, DK, 2011
79%	Ludwig, A, 2012
93,8%	Escobar-Pinzon, D, 2013
gesamt: 82,7 %	

Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands

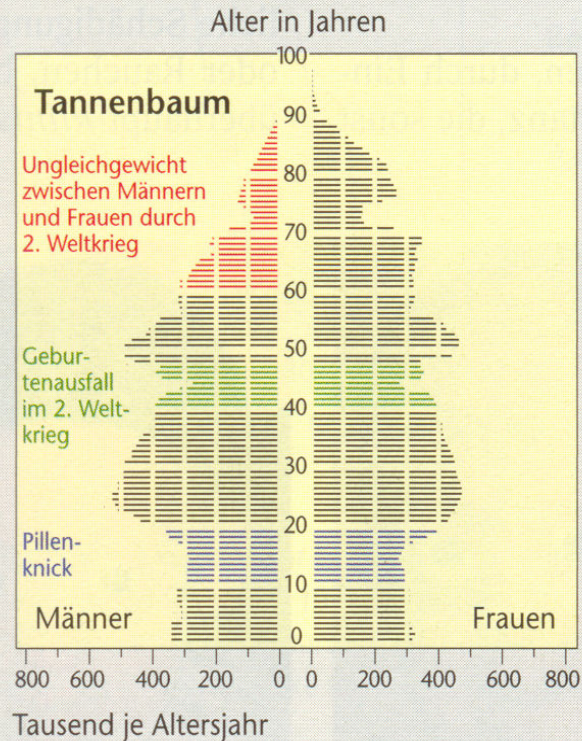
	Insgesamt am Jahresende	Davon im Alter von ... bis ... Jahren			
		unter 20	20 - 59	60 und älter	
					Insgesamt
	Millionen	in %			
1950	69,3	30,4	55,0	14,6	1,0
1970	78,1	30,0	50,1	19,9	2,0
1990	79,8	21,7	57,9	20,4	3,8
2001	82,4	20,9	55,0	24,1	3,9
2010	83,1	18,7	55,7	25,6	5,0
2030	81,2	17,1	48,5	34,4	7,3
2050	75,1	16,1	47,2	36,7	12,1

Demografie Deutschlands 1910 – 1990 - 2030

Deutsches Reich 1910



Bundesrepublik Deutschland 1990
(inklusive der fünf Neuen Bundesländer)



Bundesrepublik Deutschland 2030
(exklusive der fünf Neuen Bundesländer)

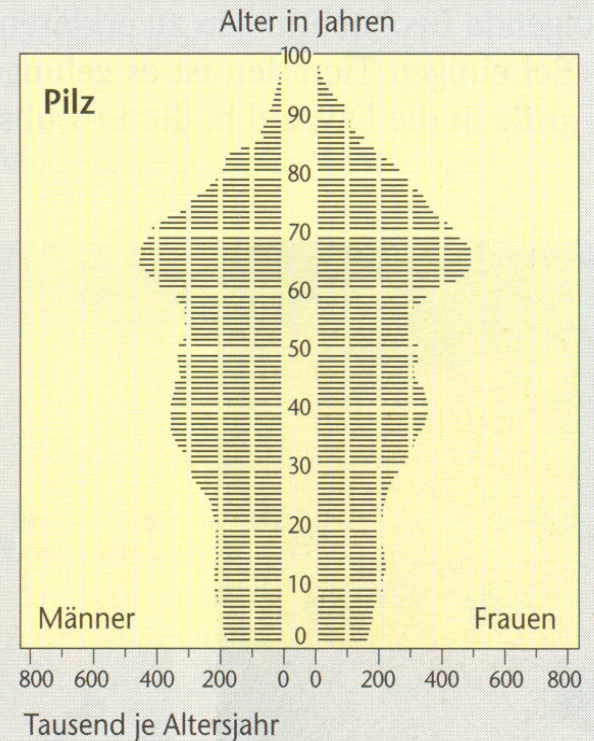


Abb. 3.1: Es wird geschätzt, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen im Zeitraum 1985 – 2030 stetig zurückgehen und sich der Anteil der über 60-Jährigen verdoppeln wird. [W193]

Was leistet eine Palliativstation (7 Betten, SSK Sebnitz, 2010)

Entlassart	Anzahl Patienten	Anteil in %	Alter in Jahren	Verweildauer in Tagen
Entlassung nach Hause	124	70,04	69,89	11,31
Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	7	3,95	70,67	17,43
Entlassung in ein Hospiz	4	2,26	76,62	17,00
Tod	42	23,73	72,10	7,67

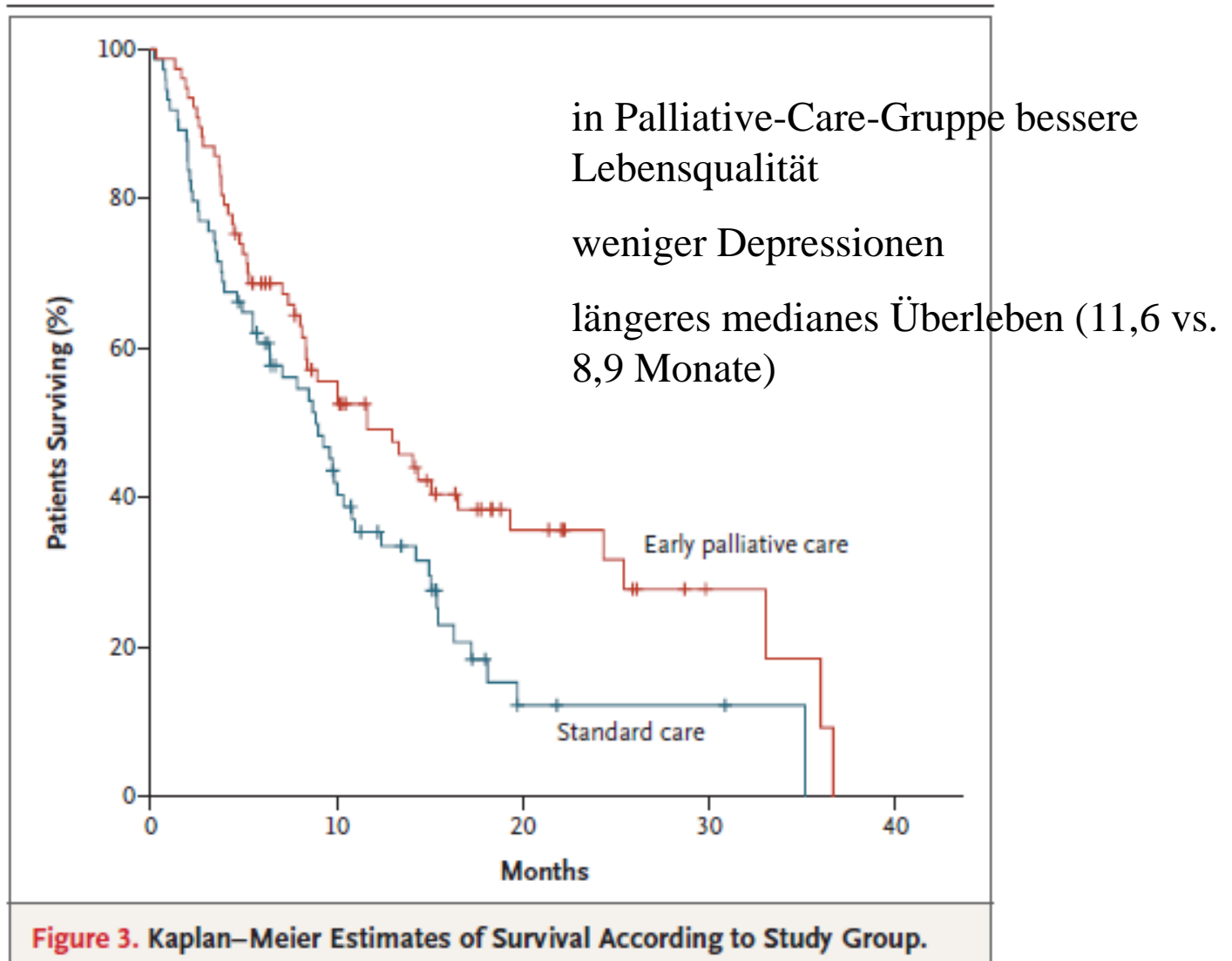
ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

CONCLUSIONS

Among patients with metastatic non–small-cell lung cancer, early palliative care led to significant improvements in both quality of life and mood. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had less aggressive care at the end of life but longer survival. (Funded by an American Society of Clinical Oncology Career Development Award and philanthropic gifts; ClinicalTrials.gov number, NCT01038271.)



Palliativversorgung verlängert Leben

Table 1: People Who Use Hospice Live at Least as Long, if Not Longer

Disease	Added Survival
Congestive heart failure	+81 days, $P = .0540$
Lung cancer	+39 days, $P < .0001$
Pancreatic cancer	+21 days, $P = .0102$
Colon cancer	+33 days, $P = .0792$
Breast cancer	+12 days, $P = .6136$
Prostate cancer	+4 days, $P = .8266$

Reprinted from Connor SR, et al: Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. J Pain Symptom Manage 33(3):238-246. © 2007, with permission from Elsevier.

Kostenvergleich amb./stationär

	Versorgungsdauer	Fallkosten	Kosten pro Tag
Home Care Berlin e.V.	37 d	7.474 DM	201 DM
Klinik	16,5 d	10.530 DM	638 DM

Sterbeort: Home Care vs. konventionelle Versorgung

Ahlnér-Elmqvist M et al., Palliat Med 18 (2004), 585-593

	Home Care	Kontrolle	
Zu Hause verstorben	53 (45%)	17 (10%)	
In Klinik verstorben	26 (22%)	102 (63%)	p < 0,001
Im Hospiz verstorben	38 (33%)	44 (27%)	
Zeit im Krankenhaus	18%	31%	p < 0,005
Kein Klinik-aufenthalt	24 (21%)	2 (1%)	

Unterschiede Stadt-Land

Stadt

Hohe Patientendichte
Singlehaushalte
Kurze Wege
Nahverkehrsnetz
Hohe Vertragsarztdichte
niedergel. Spezialisten
Unikliniken
Kurze Wege für Versorger vor Ort

Land

Geringe Patientendichte
Familiäre Pflegende
Weite Wege
Privater Transport
Hausarztmangel
wenige Fachärzte
Kreiskrankenhäuser
Wegeaufwand für
Kostenträger, Apotheke,
Sanitätshaus,
Physiotherapie...

Sterbeorte von Tumorpatienten im Landkreis Sächs. Schweiz

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	gesamt
n=	401	396	376	411	387	425	397	2793
Klinik	48	46	50	47	45	54	51	49%
zu Hause	48	47	46	46	45	39	40	44%
Heim	4	7	4	7	10	7	9	7%

Prädiktive Faktoren für ein Sterben zuhause

- Wohnort Land ($p < 0,00001$)
- Mammakarzinom
- Eigener Wunsch nach Sterben zu Hause mit Akzeptanz durch pflegende Angehörige

(v. Oorschot 2004)

- Hausarzt, der Hausbesuche macht und
- Ständig erreichbarer Pflegedienst

(Kaluza, Töpferwein, 2005)

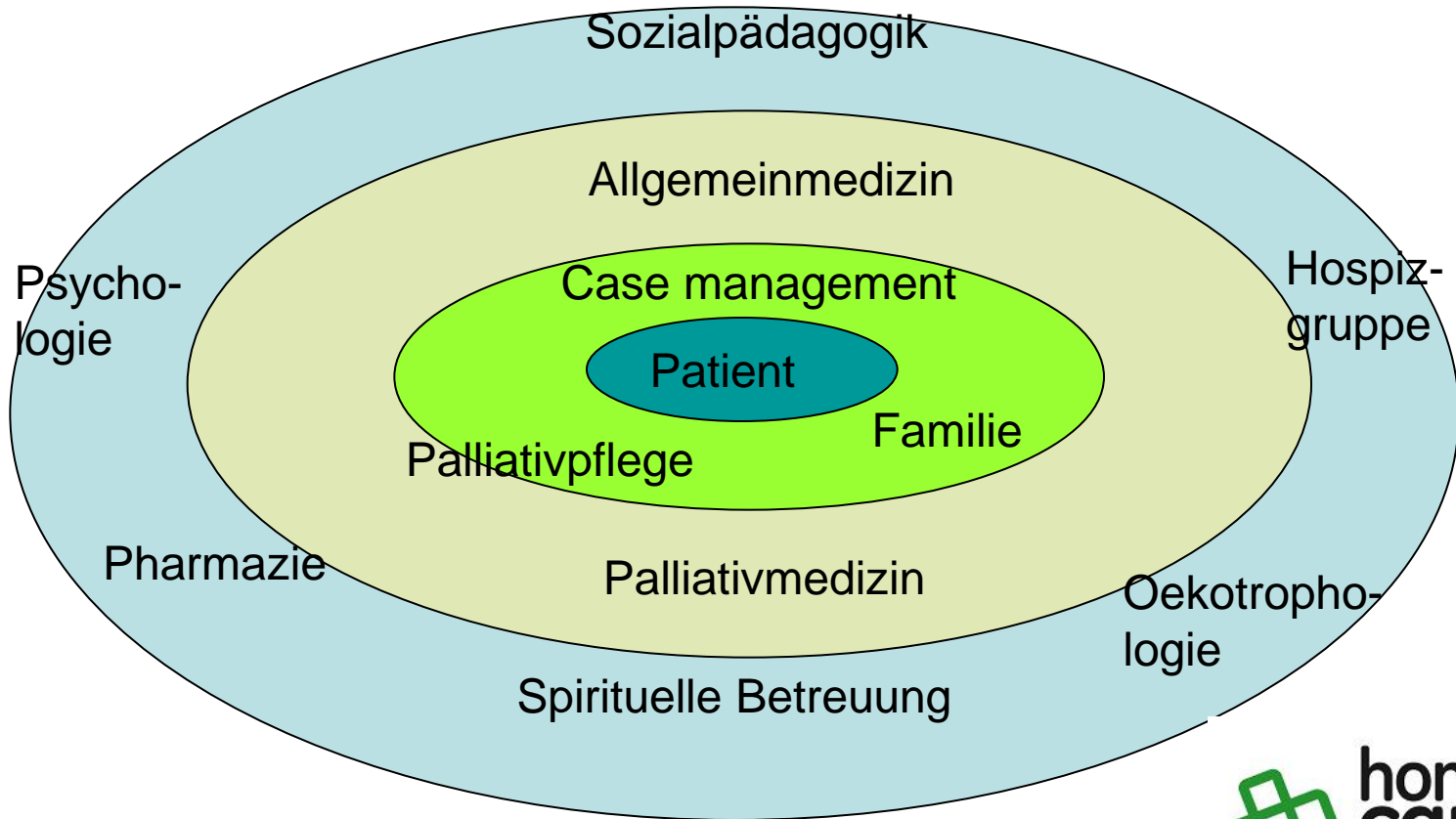
Versorgung im Netzwerk

- Bündelung von Kompetenzen
- Kooperationen (Versorger, Kliniken ...)
- Delegation von Tätigkeiten, Definition von Zuständigkeiten und Qualifikation
- Gemeinsame Nutzung menschlicher und materieller Ressourcen
- Steuerung von Patientenflüssen

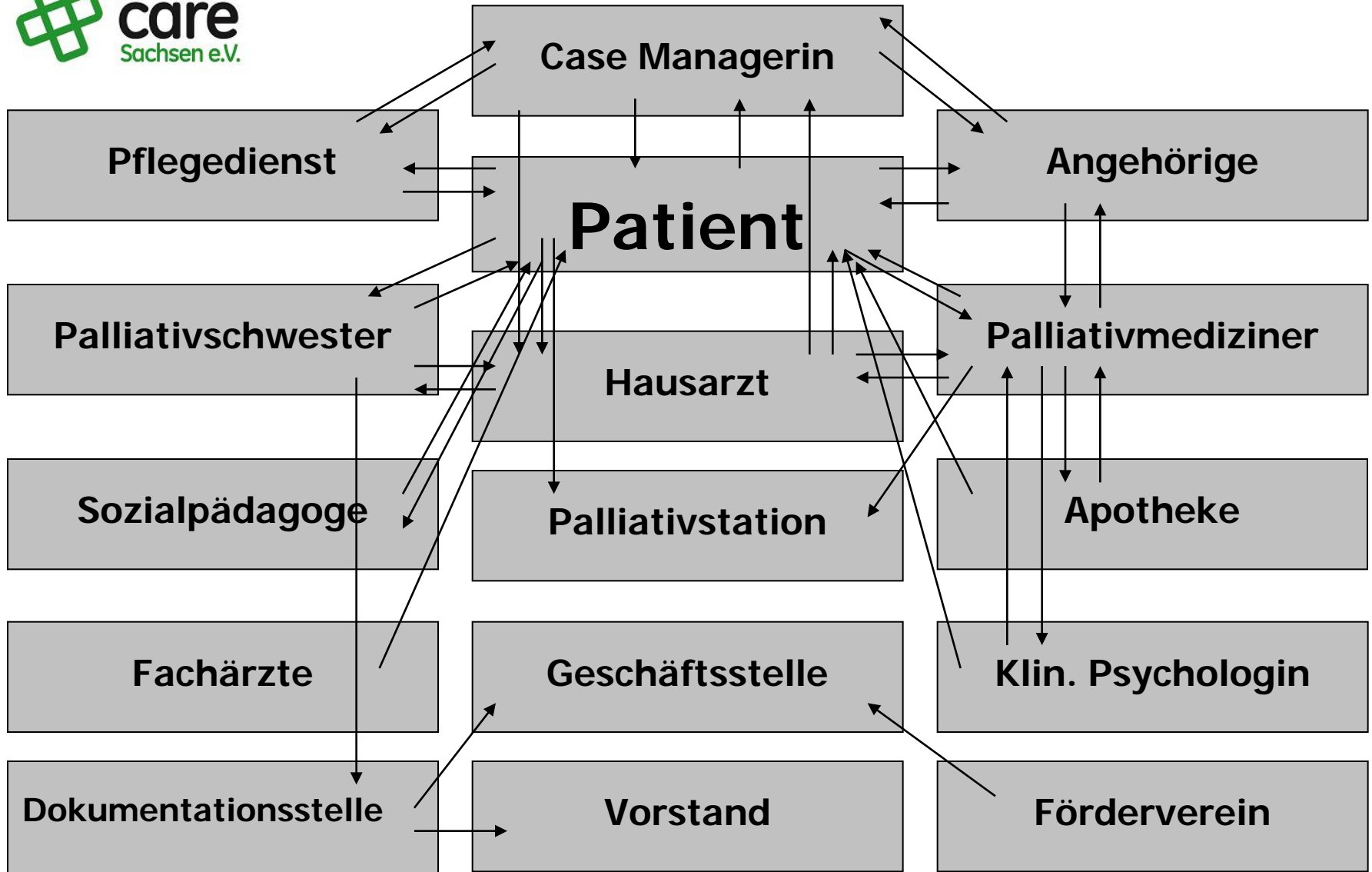
Aufbau eines Netzwerks

- Netzwerkinitiative nach Erkenntnis des Bedarfs (Grenzerfahrung, Mangel etc.)
- Netzwerkziele
- Netzwerkpartner, Nutzer
- Leistungen: individuelle palliativmed./pfleg. Versorgung, Integration und Unterstützung Pat./Angehörige
- betriebswirtschaftlich sinnvoll

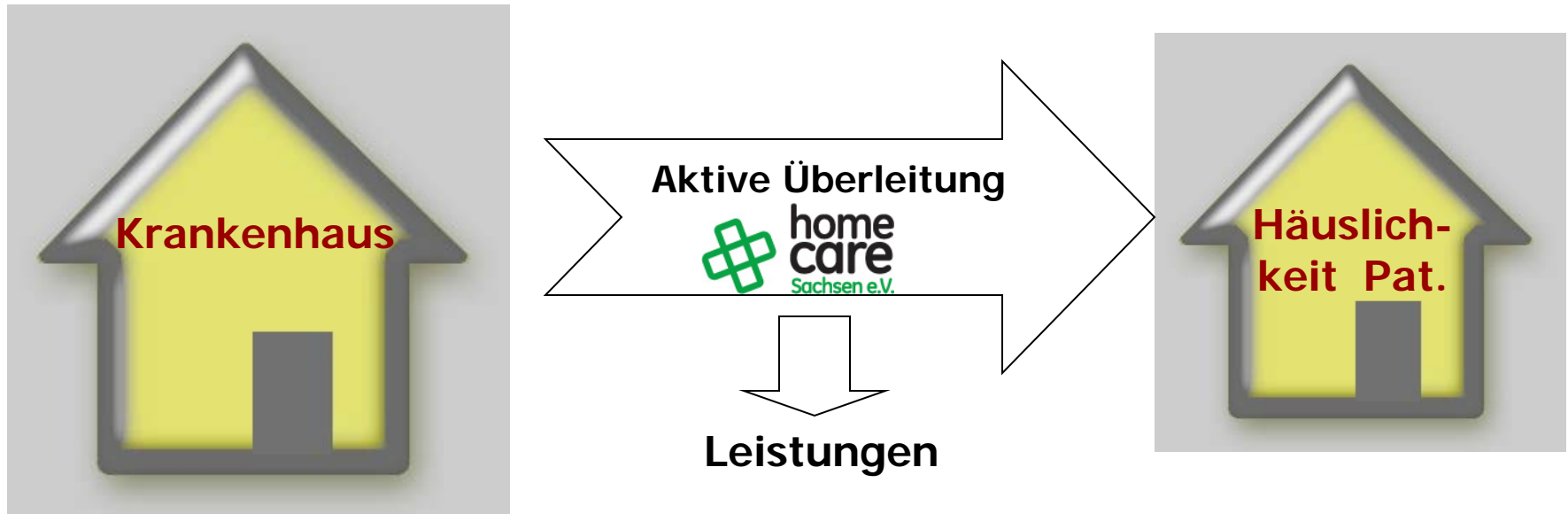
Zentrierte Versorgungsebenen



SAPV – Versorgungsnetzwerk



Überleitungsmanagement



✓ reibungslose Überleitung aus dem KH

✓ Palliativ-Care-Team + Sozialarbeiter (Psychosoziale Begleitung)

Vorteile:

- Pat.-Übernahme erfolgt bereits im KH
- Vermeidung v. Schnittstellendefiziten
- Organisation/ Koordinierung aller amb. Versorgungsstrukturen

Ergebnis:

Vermeidung des Drehtüreffektes

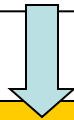
Leistungen des Home Care Sachsen

Stand 10. 3. 2015

Betreute Patienten gesamt	3815 Patienten
Betreute Patienten seit 1.7.2010	2737 Patienten
Verstorben seit 1.7.2010	3228 (davon zu Hause 77%)
SAPV-Betreuungsdauer	im Mittel 27 d
Rückführung in AAPV	73 Patienten

Versorgung wo?

- Dauerhafte Präsenz ärztlicher und/oder pflegerischer Kompetenz
- Dauerhafter Bedarf an Kapazitäten (Diagnostik, Interventionen ...)
- Häusliche Versorgung nicht gesichert
- Wunsch des Patienten



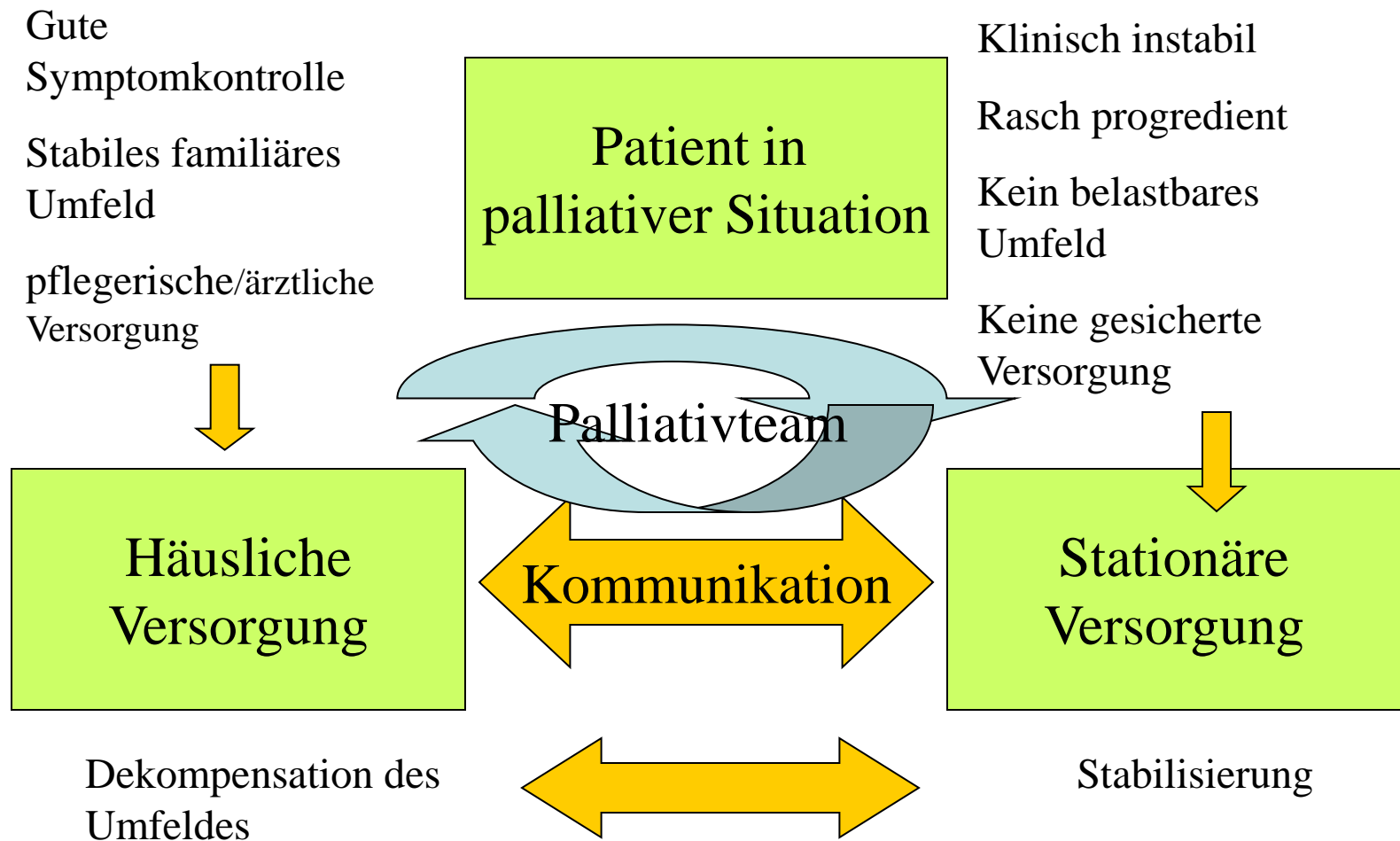
stationär

- Wunsch nach häuslichem Umfeld
- Bedeutung familiärer Pfleger
- Unterstützung durch professionelle Pflegende
- Erforderliche Heil- und Hilfsmittel verfügbar
- Ärztliche Hausbesuche
- Diagnostische Kapazitäten nicht erforderlich



ambulant

Versorgungssektoren



Den Ort seiner Versorgung bestimmt der Patient



niemand hat die
Absicht, eine
Mauer zu
errichten!

Ich danke Ihnen für Ihre
Aufmerksamkeit!

mail@drpapke.de