

Sterbebegleitung im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie

4. Berlin-Brandenburger Pflergetage, 9. Februar 2006 - Berlin



Deutschland wird alt

- Pflege-WG
- Prävention für Rentner
- Telemedizin zu Hause
- Armut
- OP-Rationierung
- Alterssuizide

Gemeinschaftskrankenhaus
HAVELHÖHE

Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch



Palliativstation am Gemeinschaftskrankenhaus

Havelhöhe



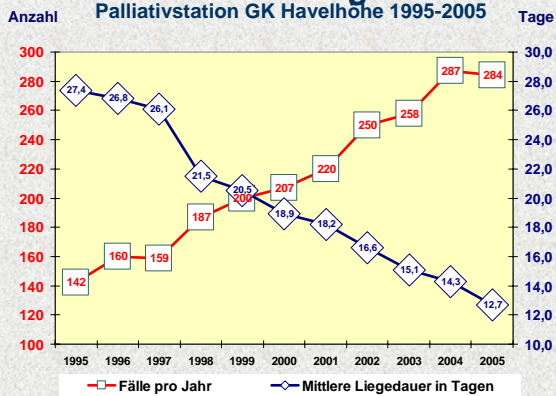
**Gemeinschaftshospiz
Christophorus**



- 12 Betten
- Rooming In für Angehörige
- 2 Ärzte, 13 Pflgende
- 2350 Patienten seit Juli 1995
- 890 verstorben

- 15 Betten
- 272 Gäste seit August 2004
- 267 verstorben

Fallzahl und Liegedauer Palliativstation GK Havelhöhe 1995-2005



Palliativstation GK Havelhöhe 1995 - 2005

	1995	2005	% Änderung
Fälle (n)	142	284	+ 100%
Liegedauer (Tage)	27,4	12,7	- 54%
Tagessatz (€)	432	330	-24 %

Kostenprobleme der Hospize

- Tageskosten der stationären Hospize betragen mindestens 250 €/Tag*
- Tagespflegesätze liegen derzeit 209 -214 €/Tag
- Der Eigenanteil liegt bei 15% – 30 %
- Kassen verweigern sich ihrem gesetzlichen Auftrag, leistungs- und einrichtungsbezogene Verhandlungen zu führen Angebot der Kassen, Pflegesätze um 1,37 Prozent anzuheben, wurde zurückgenommen

* Quelle: Eric Lanzrath, Geschäftsführer für Pflegesatzverhandlungen des Caritasverbands

Was bedeutet Ethik in der Sterbebegleitung ?

„Sterbenden... so zu helfen, dass sie **unter menschenwürdigen Bedingungen** sterben können.“

Grundsätze der Bundesärztekammer 2004

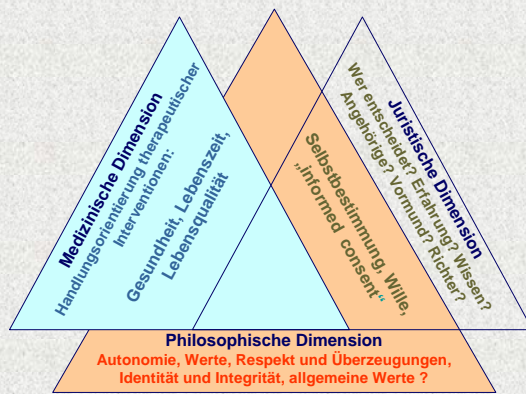
Sterbebegleitung und gutes Sterben*

Umfrage bei 1460 Patienten, Familienangehörigen, Ärzten, Pflegenden,

- Gute Symptomkontrolle
- Einfühlsame Vorbereitung (auch der Angehörigen) auf die Sterbesituation
- Gefühl der Erfüllung (Vollendung)
- Willen und Identität respektieren
- Als ganze Person respektiert zu werden
- Gute Arzt-Patienten Beziehung

*Steinhauser et al JAMA 2000

Dimensionen der Ethik



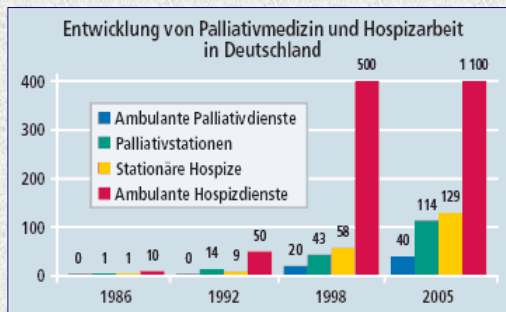
Die „Vier Prinzipien“ der modernen Medizin



Sterben in Würde und Sterbehilfe – eine andauernde Debatte

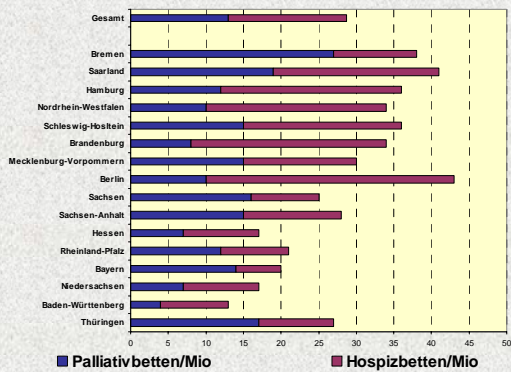
- *"Suizid ist eine großartige Möglichkeit, die es dem Menschen ermöglicht sich einer ausweglosen Situation zu entziehen"*
Ludwig A. Minelli Dignitas
- *"Verantwortungsvolle, mitfühlende Sterbehilfe ist für mich kein Verstoß gegen humane Grundwerte, sondern ein Gebot christlicher Nächstenliebe."*
Roger Kusch, Justizsenator Hamburg
- *"Wenn die Menschen wissen, was hinter den Begriffen Hospiz und Palliativmedizin steht, sind sie mehrheitlich dafür und gegen die aktive Sterbehilfe."*
Elisabeth Freifrau von Spies, Vizepräsidentin des Malteser Hilfsdienstes
- *"Wir müssen es allen Menschen ermöglichen, ohne unnötige Leiden in Würde – und wo immer möglich und gewünscht – zu Hause bis zum Tod betreut zu werden."*
Ulla Schmid, Bundesgesundheitsministerin
- *"Ein Sterben in Würde zu sichern, ist eine Aufgabe für unsere ganze Gesellschaft. ...Nicht durch die Hand eines anderen sollen die Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen."*
Horst Köhler, Bundespräsident

Palliativmedizin und Hospizarbeit



Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand 1. 10. 2005) – DÄB 9.1.2006

Hospiz und Palliativbetten 6/2005

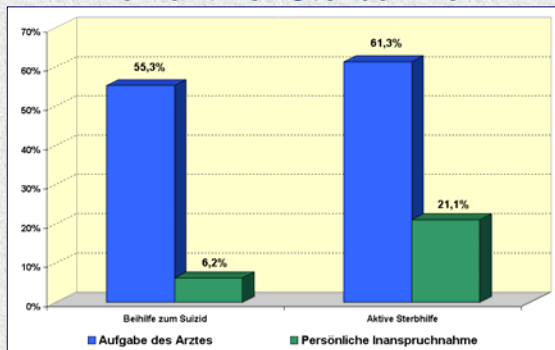


Bedarf *

- Mindestens **10% der Patienten mit zum Tode führenden Erkrankungen** benötigen im letzten Jahr eine spezielle palliativmedizinische Betreuung
- Ca. **20% der Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen** benötigen eine spezielle palliativmedizinische Betreuung
- Bei 860 000 Verstorbenen/jährlich:
80 000 – 100 000 Palliativpatienten/Jahr

* nach T. Schindler: Petersberger Gesundheitssymposium 2003

Freigabe und Inanspruchnahme von aktiver Sterbehilfe*



* Nach Schröder C et al., Psychother. Psych. Med. 2003

Euthanasie – eine „Grauzone“ in Deutschland? *

- **Konfrontiert mit Bitte um aktive Sterbehilfe:**
50% aller Ärzte (1x in 2 Berufsjahren)
- **Bitte um Beihilfe zum Suizid (BzS):**
11% der Kliniker, 15 % der Niedergelassenen
- **Erfahrung mit aktiver Sterbehilfe:**
6% der Kliniker, 11% der Niedergelassenen
- **Entsprochen:**
1% der Kliniker, 8% der Niedergelassenen
- **Verlangen nach AS + BzS/:** ca. 50 - 70 000/Jahr
- **Entsprochen:** 1% - 2%

* Quelle: Wehkamp KH, 1998

Dignitas eröffnet Büro in Deutschland



Der Advokat des Todes*

- Der assistierte Freitod soll möglich werden, ja. ...
- Wenn vor allem die Zahl der fehlgeschlagenen Suizide gesenkt würde, könnten im Gesundheitswesen jährlich bis zu 20 Milliarden Euro einspart werden.
- Die Vernunft gebietet es, einen assistierten Suizid zur Verfügung zu stellen. So wie auch seit Jahren ein risiko- und schmerzfreier Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung steht.
- Suizid ist eine großartige Möglichkeit, die es dem Menschen ermöglicht, sich einer ausweglosen Situation zu entziehen.

* Ludwig A. Minelli, Die Welt 29.9.2005

„Antwort auf die Forderungen nach aktiver Sterbehilfe“

Schmidt kündigt Millionenprogramm für Sterbenskranke an*:

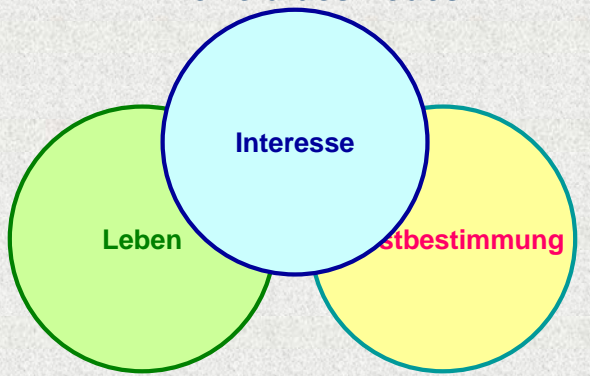
- 250 Mio € für die Pflege Sterbenskranker
- Gesetzlicher Leistungsanspruch auf eine ambulante Palliativversorgung.
- 330 Teams aus Ärzten und Pflegekräften (AHPT)
 - Kosten für Pflegeteams: 100 Mio €
 - Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln: 110 Mio €
 - Hausärztliche Versorgung: 26 Mio €
- Finanzierung durch Einsparpotential von 2,9 Milliarden € bei wirtschaftlicher Verordnung von Arzneimitteln

* dpa 20.10.2005

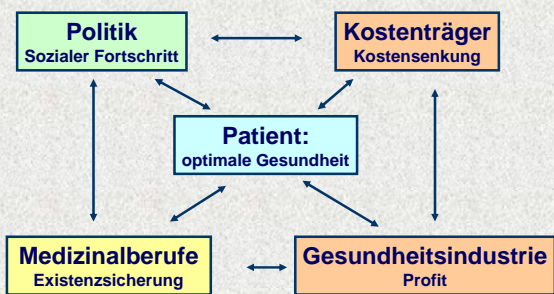
Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005

„Hospizarbeit und Palliativmedizin wollen wir stärken, um Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen“

Ethische Spannungsfelder im Vorfeld des Todes



Medizin im Spannungsfeld von Interessen



Defizite in der Versorgung sterbenskranker Menschen*

- Qualifikationsdefizite der beteiligten Professionen
- Strukturelle Desintegration der Versorgungsangebote
- Unzureichende Kooperation zwischen Medizin und Pflege
- Auf technisch-instrumentelle Teilleistungen begrenzte Angebote
- Unbefriedigende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

*Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001

Kostendruck im Gesundheitswesen

- Gesundheitsausgaben 10,7% des BIP
- Weitere Steigerung bis 2050
- **Finanzierbarkeit von Gesundheitstechnologien und neuer Medikamente** ein zunehmendes Problem
- Spannungsfeld ambulante – stationäre Medizin
 - Kostendämpfung im Krankenhaussektor
 - Personalreduktion
 - Betriebswirtschaftliche Orientierung
- **Gesundheitsleistungen werden beschränkt**
- **Gesundheitsleistungen müssen sich rechnen**
- **Zugänglichkeit und Qualität von Gesundheitsleistungen zunehmend bedroht**
- Spannungsfeld kurative – palliative Medizin.

Kostendruck und DRG-System



- **Medizinische Entscheidungen orientieren sich an betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten**
- **Wirtschaftlich lohnende Behandlungsfälle werden bevorzugt**
- **Diagnostische Verfahren müssen sich „auszahlen“**
- **Frühzeitige (zu frühe) Entlassung kranker Patienten**
- **Personal- und Kosteneinsparung im Konkurrenzkampf**

Gefahren für die Palliativmedizin durch **Diagnose Related Groups**

- **Palliativpatienten werden in DRG's nicht ausreichend abgebildet**
- **Pauschalisierte Vergütung der mit DRG's erfassten Behandlungsepisoden entspricht nicht dem individuellen Aufwand für eine palliativmedizinische Komplexbehandlung**
- **Aufwendige Schwerst- und Sterbenskranke werden aus ökonomischen Gründen nicht adäquat betreut.**

Folgen:
Die „blutige“ Entlassung



*DA 35/2002

Folgen:
Die Alten werden zur Last !



Folgen:
Euthanasie statt Sterbebegleitung



Umfragen zur aktiven Sterbehilfe und Palliativmedizin

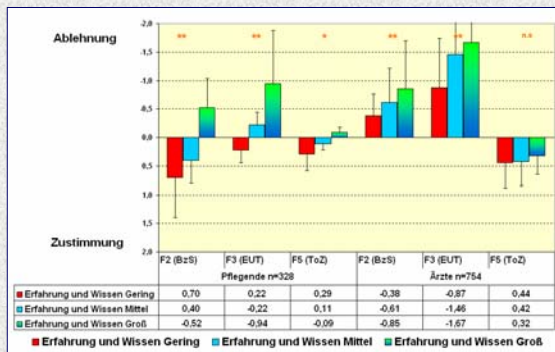
64-80% der deutschen Bevölkerung befürworten „aktive Sterbehilfe“ (Allensbach Umfrage 2001)

50-90% der Ärzte lehnen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ab

Bei 98% der Deutschen ist der Begriff „Palliativmedizin“ unbekannt (Emnid 1999)

Einstellung zur Sterbehilfe

in Abhängigkeit von professioneller Erfahrung und ethischem Wissen
Häufigkeit der Ablehnung verschiedener Formen von Sterbehilfe (*p<0.01; **p<0.005)



Können wir uns die Alten leisten ?



Demographische Entwicklung Menschen > 80 Jahre*



- 1960: 1.2 Mill.
- 1980: 2.1 Mill.
- 2000: 3.0 Mill.
- 2020: 5.3 Mill.

Die über 80 Jährigen sind die % am meisten wachsende Bevölkerungsgruppe !

* RKI 2003

Menschenwürdige Bedingungen für alte Menschen – was gehört dazu ?

- Gesundheitliche Versorgung
- Vertrautes Wohnen
- Hilfe und Pflege
- Anerkennung
- Sterben in Würde

Gesundheitliche Probleme alter Menschen

- **Chronische Schmerzen:**
 - ca. 60-80% der > 70-Jährigen
- **Krebserkrankungen:**
 - ca. 20 – 30 % der > 75-Jährigen
- **Depressionen, Angst:**
 - ca. 15 – 20 % der > 80-Jährigen
- **Demenz:**
 - ca. 30% der > 85-Jährigen
- **Pflegebedürftigkeit:**
 - ca. 40% der > 85-Jährigen

* RKI 2003

Kostenfaktor: Pflegebedürftigkeit ?

- **2,1 Mio Pflegebedürftige kosten 30 Milliarden €**
 - 0,6 Mio in Pflegeheimen kosten 18 Milliarden
 - 0,16 Mio sterben in Pflegeheimen
 - Tageskosten 60 – 100 €/Tag
- **Ein Heiminsasse kostet im Schnitt 100000 €**
 - durchschnittlichen Verweildauer ca. 36 Monate
- **120 000 PEG´s kosten im Jahr 3 Mrd €**
 - Tageskosten 25 – 100 € (10 000 – 40 000 €/ Jahr)

Konsequenz: Altersrationierung ?

- **Steigende Überlebenschancen vermindern zukünftigen Wohlstand für den Rest der Gesellschaft**
- **Lebensalter ist ein entscheidendes (negatives) Kriterium für sozialen Fortschritt**
- **Pflichtversicherung soll ab dem 80. Lebensjahr nur noch Kosten für palliative Leistungen übernehmen**

Daniel Callahan 1993

Konsequenz: Kostensenkung ?

40 % der Gesamtkosten für Krankenhausbehandlungen entfallen auf 10% aller Patienten, aber:

- **Sterbensranke Frauen im Alter zwischen 20 und 55 Jahren sind am teuersten**
- **Ab dem 60. Lebensjahr nehmen die Ausgaben zur Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen deutlich ab**
- **Ein über 90 Jahre alter Patient verursacht nur knapp die Hälfte der Klinikkosten eines 65- bis 69jährigen Patienten ***

* Brockmann H. Social Science & Medicine 2002; 55: 593-608

Möglichkeiten

- Rationierung medizinischer Leistungen
- Sozialverträgliche Altersbegrenzung
 - Pflegerationierung
 - Betreuungsdefizite
 - Euthanasie
 - Assistierter Suizid
 - Prophylaktischer Suizid
 - Sozialer Druck

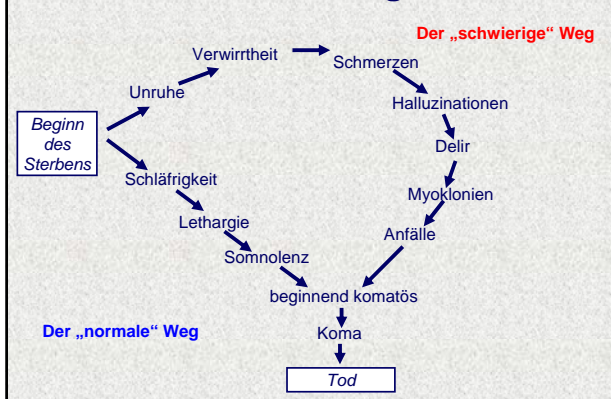
Oder:

- Alte als Wirtschaftsfaktor
- Pro-Aging
- Palliative Care in der Altenpflege
- Abschieds- und Sterbekultur
- Altersethik

Was brauchen Sterbenskranke und Sterbende ?

- Kompetente Beratung
- Verständnis und vertrauensvolle Beziehungen
- Biopsychosozial orientiert Ganzheitlichkeit
 - Somatisch: bestmögliche Symptomtherapie (Schmerz, Übelkeit, Erbrechen,...)
 - Psychisch: Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit und der Lebenssituation
 - Sozial: Begleitung der Angehörigen und Freunde
 - Spirituell: Sinnfrage, Seelsorge
 - Kulturell: Respekt vor ethnischer und kultureller Individualität
- Zeit für Entscheidungen
 - Shared decision modell
- Hoffnung

Unterschiedliche Wege zum Tod



Welche „Medizin“ brauchen Sterbenskranke und Sterbende ?



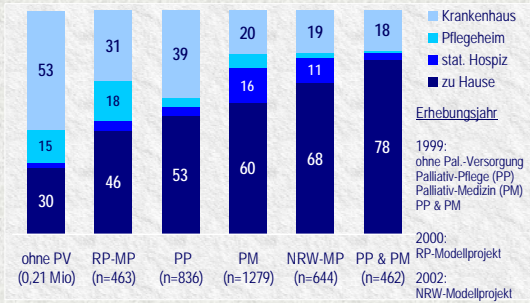
- **Optimale Symptomlinderung**
- „To care not to cure“
- Kommunikation
- Ganzheitlichkeit
- Orientierung
- Zeit
- Verstehen
- Hoffnung

Sterbeorte in Deutschland

Krankenhaus	42 – 43%	ca. 370 000
Zu Hause	25 – 30%	ca. 230 000
Pflegeeinrichtung	15 - 25%	ca. 210 000
Hospiz	1 – 2%	ca. 15 000
Andere Orte	3 – 7%	ca. 35 000
(Intensivstation)	5%	ca. 50 000
(Palliativstation)	1%	ca. 8000

* nach Jaspers B, Schindler T Gutachten Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland 2004

Sterbeorte von Krebspatienten in Deutschland



Nach T. Schindler, Petersberger Symposium 2003

Sterbebegleitung in Pflegeheimen: eine gesellschaftliche Aufgabe

- 9200 Pflegeheime in Deutschland*
 - ~ 600 000 Pflegebedürftige
 - ~ 100 000 Schwerstbehinderte
- ca. 200 000 Menschen sterben in Pflegeheimen

* Bayer, K DÄB 2004;101; 30: 2094

Was brauchen wir ?

- Respektvolle Sterbegleitung
- Hospiz- und Palliativkultur
- Ambulante Hospiz- und Palliativzentren
- Netzwerke
- Kompetenz in „palliativer Geriatrie“

Palliativbetreuung in allen Bereichen

Palliativstationen

Stationäre Hospize

Home Care

Alten- und
Pflegeheime



Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

ARTIKEL 1: SELBSTBESTIMMUNG UND HILFE ZUR SELBSTHILFE

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

ARTIKEL 2: KÖRPERLICHE UND SEELISCHE UNVERSEHRTHEIT, FREIHEIT UND SICHERHEIT
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

ARTIKEL 3: PRIVATHEIT

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

ARTIKEL 4: PFLEGE, BETREUUNG UND BEHANDLUNG

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

ARTIKEL 5: INFORMATION, BERATUNG UND AUFKLÄRUNG

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

ARTIKEL 6: KOMMUNIKATION, WERTSCHÄTZUNG UND TEILHABE AN DER GESELLSCHAFT
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

ARTIKEL 7: RELIGION, KULTUR UND WELTANSCHAUUNG

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

ARTIKEL 8: PALLIATIVE BEGLEITUNG, STERBEN UND TOD

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Palliativmedizin zur rechten Zeit

Diagnose

Lebensverlängerung

Kurative Orientierung

Palliative Orientierung

Lebensqualität

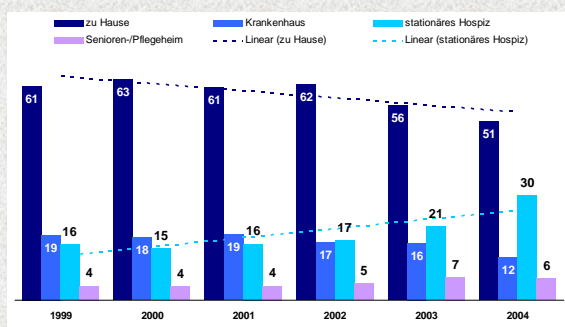
Tod

Palliativnetz Berlin

- 20 spezialisierte Home Care Ärzte
- 4 Palliativstationen (34 Betten)
- 8 Hospize (113 Betten)
- 17 ehrenamtliche Hospizdienste
- 23 ambulante Pflegedienste
- PalliativZentrum Berlin Brandenburg



Sterbeorte der Home-Care Patienten in %



Begleitung des Sterbens Was macht es so schwierig?



- Widerstände Sterben zu diagnostizieren
- Hemmungen darüber zu reden
- Angst vor den Folgen für Patient und Angehörige
- Unerfahrenheit im Umgang mit Sterbesituationen
- Desinteresse

Grundlagen ethischen Handelns

- Grundhaltung
- Sorge
- Verantwortung

* nach Simon/Dörner



Warten ist geschenkte Zeit

Wie finde ich den richtigen Weg ?



„Wenn ich wirklich einem Menschen helfen will, muß ich mehr verstehen als er, aber zu allererst muß ich begreifen, was er verstanden hat... Der Helfer muß zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte. Er muß begreifen... daß die Absicht zu helfen, einem Willen gleichkommt, bis auf weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der andere verstanden hat.“

S.Kierkegaard, 1859
