

ZUHAUSE STERBEN!

Zum Beitrag der ambulanten Pflege

Christine Bruker –
AGP Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg
Waltraud Höfflin, Stefanie Leinenbach –
Kirchliche Sozialstation Nördlicher Breisgau

5. Hospiz- und Palliativtag im Werra-Meißner-Kreis, 04.11.2016

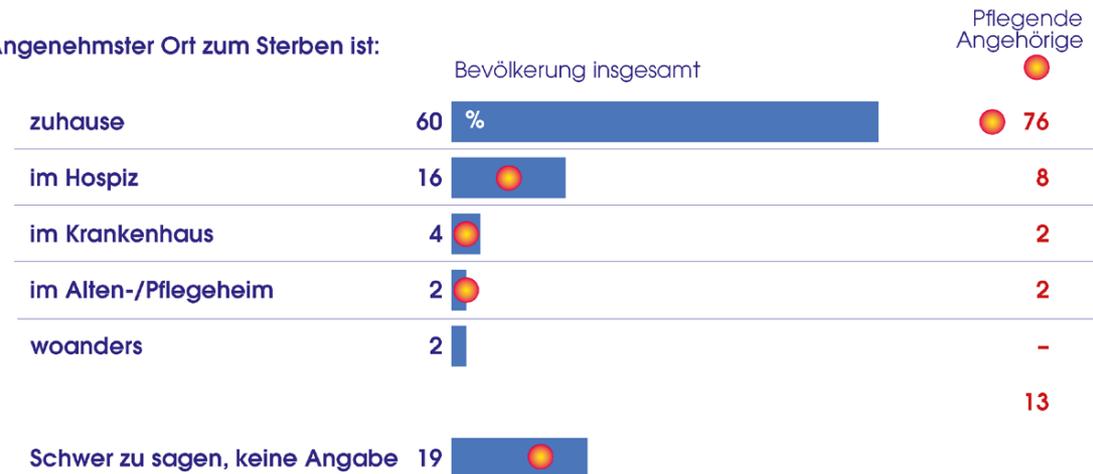
ZUHAUSE STERBEN



- 60 % aller Befragten wünschen, zu Hause zu sterben
- Lediglich 4 % im Krankenhaus
- 2 % im Pflegeheim
- Tatsächlich sterben 75 % im Krankenhaus oder Pflegeheim

Frage: "Im Allgemeinen denkt man darüber ja nicht nach: Aber was glauben Sie, welches ist der angenehmste Ort, um zu sterben, was würden Sie sich für sich bzw. nahe Angehörige wünschen: Zuhause, in einem Krankenhaus, in einem Alten- bzw. Pflegeheim, in einem Hospiz, oder wo sonst?"

Angenehmster Ort zum Sterben ist:



Prozentsumme über 100: Mehrfachangaben

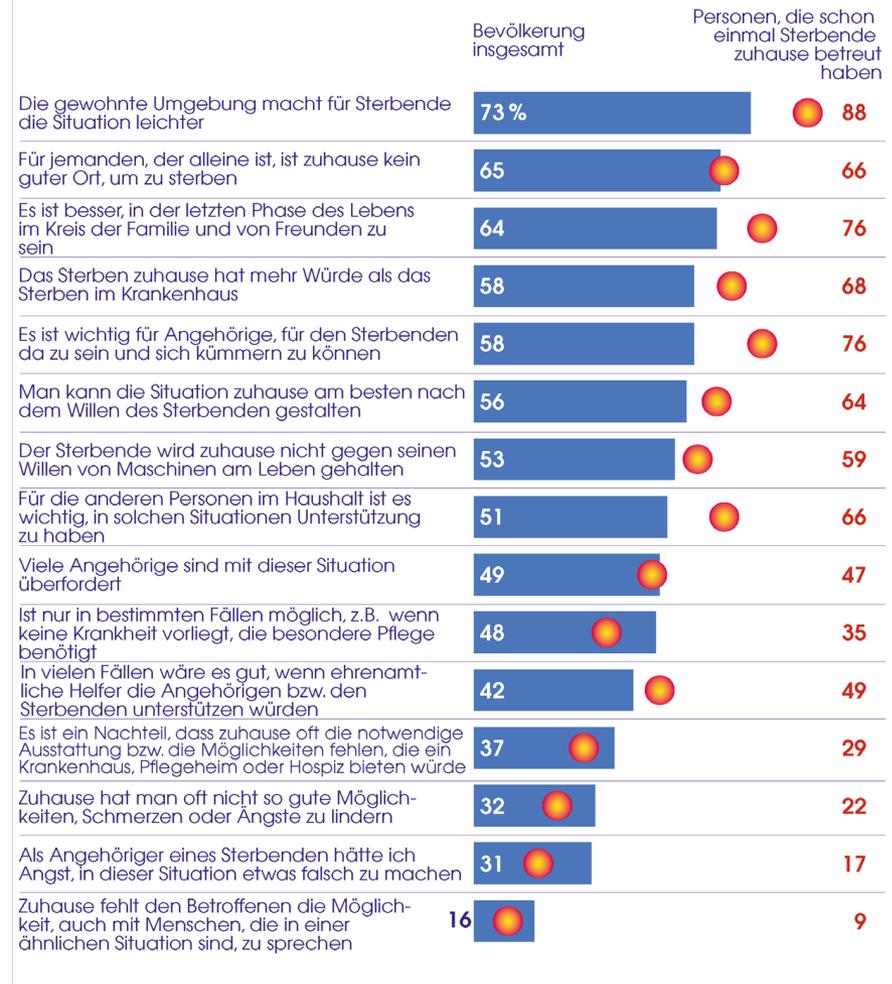
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 11058, Juli 2016

Wie Sterben zuhause wahrgenommen wird

- *Sterben in Verbundenheit* wird am ehesten zu Hause erwartet und möglich
- Hier werden die Wünsche und wird der Wille am ehesten respektiert
- Voraussetzung für ein würdevolles Sterben: gute fachliche aber auch solidarische Unterstützung

Frage: "Wenn Sie nun speziell an das Sterben zuhause denken: Was verbinden Sie damit? An was von dieser Liste würden Sie denken?"

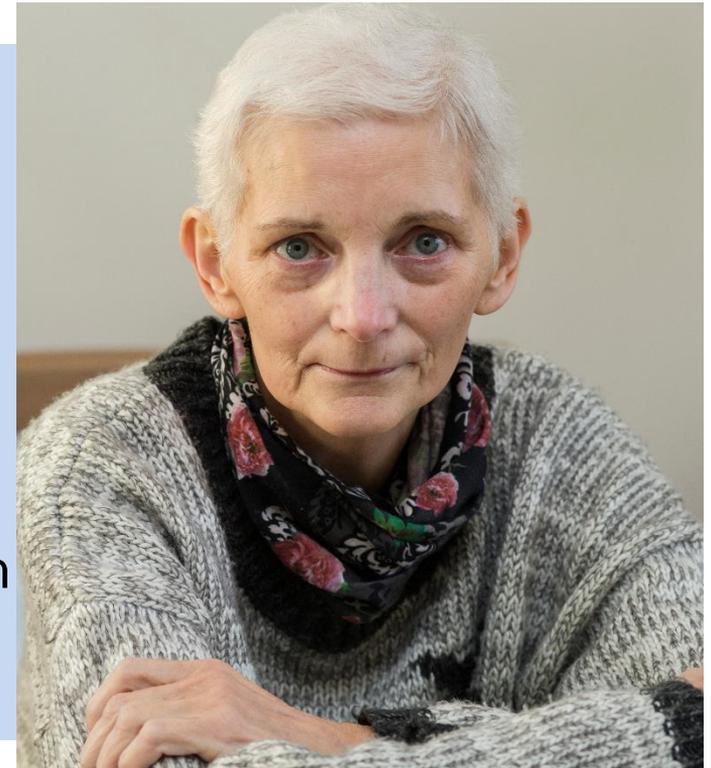


Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 11058, Juli 2016

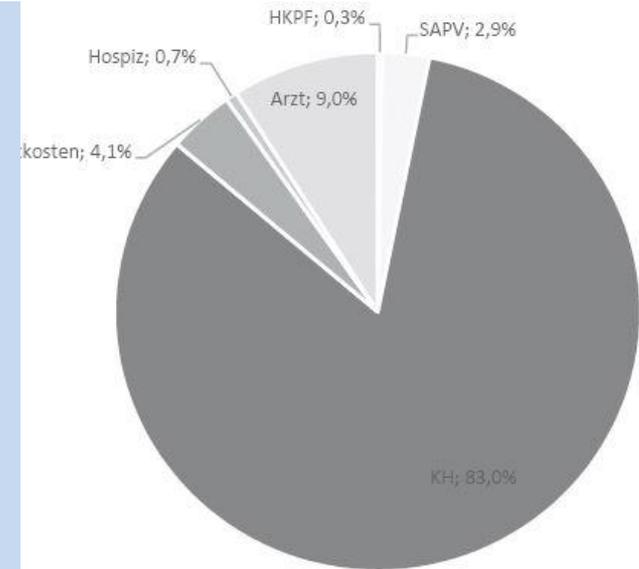
einen Angehörigen oder Freund bis zum Tode pflegen

- Mehr als jeder Dritte (35 %) der Befragten traut sich zu, einen nahen An- oder Zugehörigen bis zum Tod zu pflegen
 - Frauen eher als Männer (44%)
 - Pflegende Angehörige am ehesten (64%)
- Die Begleitung Sterbender ist eine Erfahrung, die die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung gemacht hat, 20 % bereits mehrfach



© Wilhelminen-Hospiz Niebüll

- Krankenhäuser verursachen die höchsten Ausgaben für Sterbende
- 64% der Sterbenden waren im letzten Quartal vor ihrem Tod im Krankenhaus
- Bei mind. 1 Krankenhausaufenthalt im letzten Quartal fallen Kosten von durchschnittlich 11.042 € an
- Sterben daheim kostet die Krankenkasse im Schnitt 1.154 €
- Plausibel erscheint: Viele Krankenhausaufenthalte sind vermeidbar
 - Durch bessere Kooperation der Beteiligten
 - Durch bessere fachliche Unterstützung pflegender Angehöriger in der eigenen Häuslichkeit
 - Durch verlässliche hausärztliche Begleitung



Quelle: Eigene Berechnungen OptiMedis AG,
Datengrundlage: DAK-Gesundheit 2015

Anteile von Leistungen an
Gesamtkosten
Pflegebedürftiger im
Quartal vor dem Tod

- Die Begleitung Sterbender ist eine elementare Erfahrung für das eigene Leben
- Worauf es in der letzten Lebensphase ankommt, kann nur für jeden Menschen individuell herausgefunden werden
- Sterbende zu Hause zu begleiten kennt eine Vielfalt der Motive
- Die Skepsis gegenüber einem Sterben im Krankenhaus ist groß, die *back up*-Funktion des Krankenhauses stiftet Sicherheit
- Häusliche Versorgungssettings sind auf die Unterstützung anderer und auf Netzwerke angewiesen
- Die Begleitung Sterbender gehört zur weitestgehend unsichtbaren Care-Arbeit

„Ich habe immer gedacht, ich kann das nicht“

„Ich habe wirklich mein ‚Ich‘ aufgeben müssen“

„Man wächst über sich hinaus“

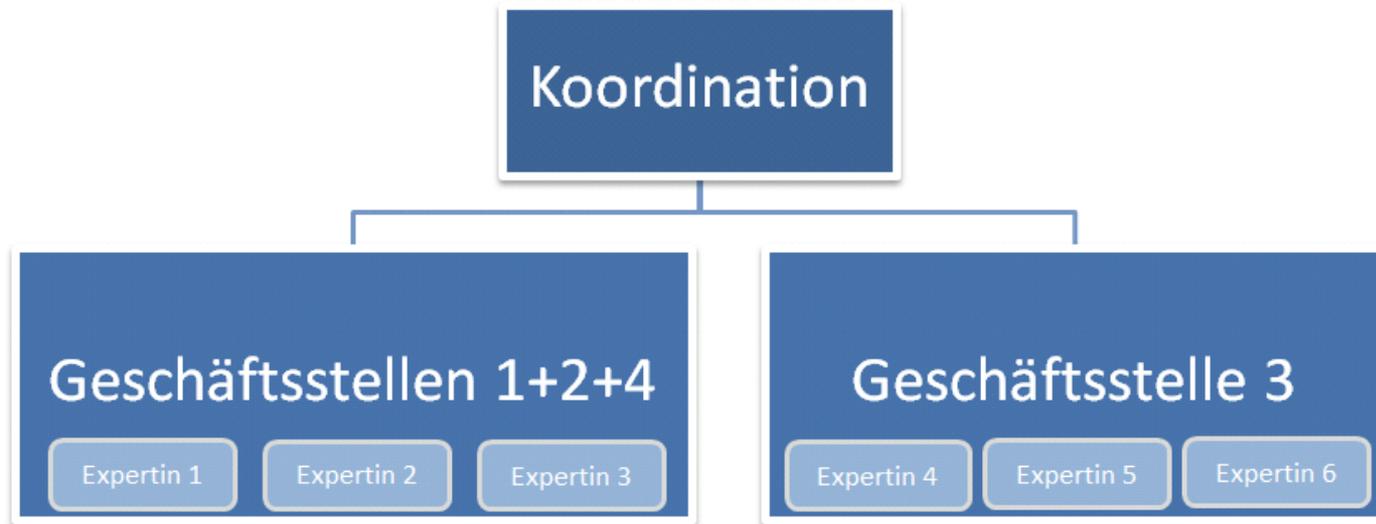
- Wunsch und Wirklichkeit
 - Leben und sterben wo ich hingehöre versus Sterben in Institutionen
- Zutrauen und Vertrauen in Sterben daheim
 - Bereitschaft versus Rahmenbedingungen
- Tod und Sterben kein Tabu
 - Aber Furcht vor Würdeverlust
- Investitionen in stationäre Versorgung ungleich höher als in ambulante
 - Auf niedergelassene Ärzte und palliativ ausgerichtete Pflegedienste kommt es an

NEUE WEGE

DER KIRCHLICHEN SOZIALSTATION NÖRDLICHER BREISGAU



Das Palliativ-Team der Sozialstation



- Erweiterung des Personals
- Flexible, separate Planung der Palliativ-Touren
- Etablierung 24-Stunden Rufbereitschaft durch Palliativ-Fachkräfte
- Strukturierte Personalentwicklung, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungen: hoch bedeutsam; Stellenbeschreibungen
- Grundlage: hospizlich-palliative Haltung

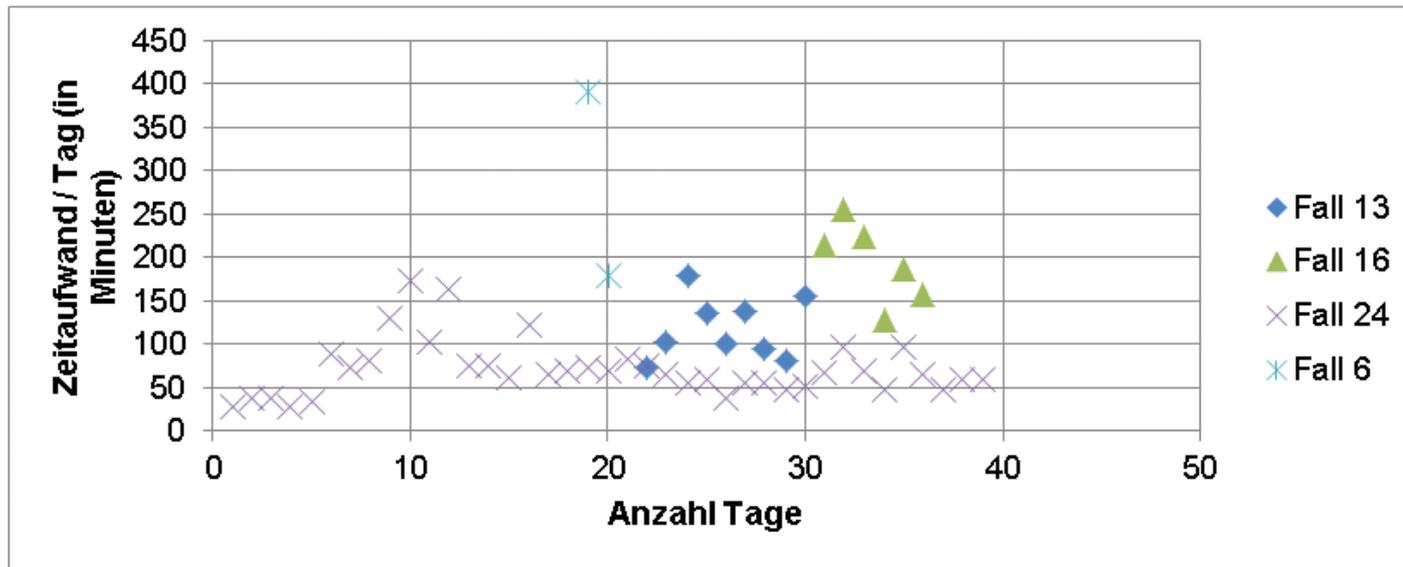
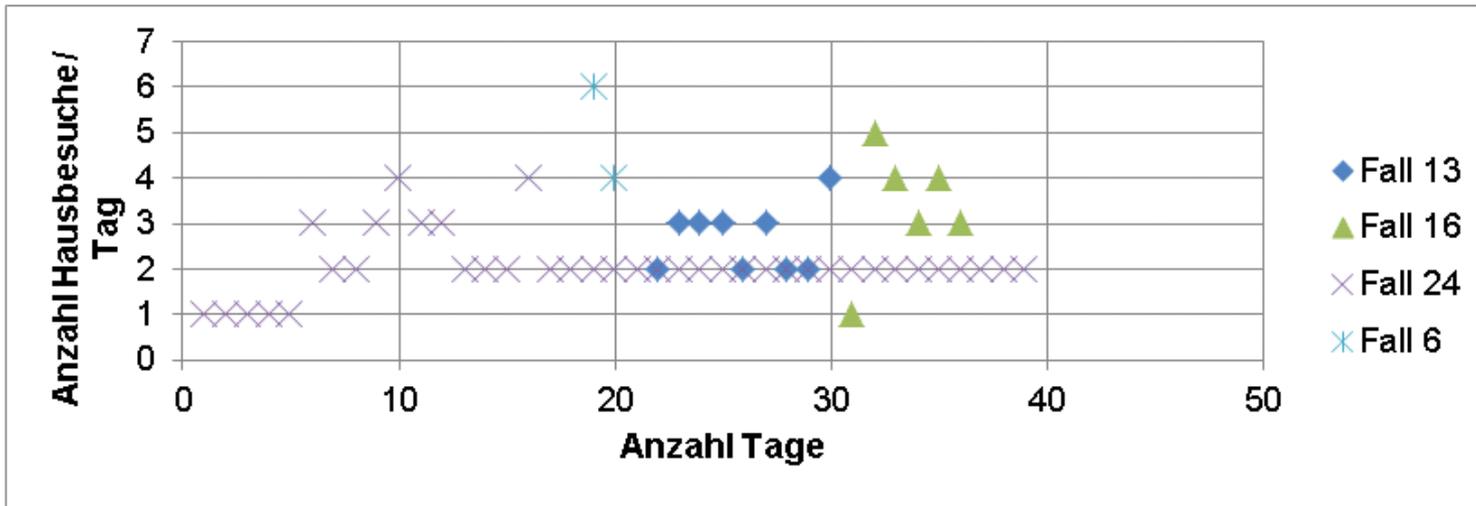
Unterschiedliche Längen

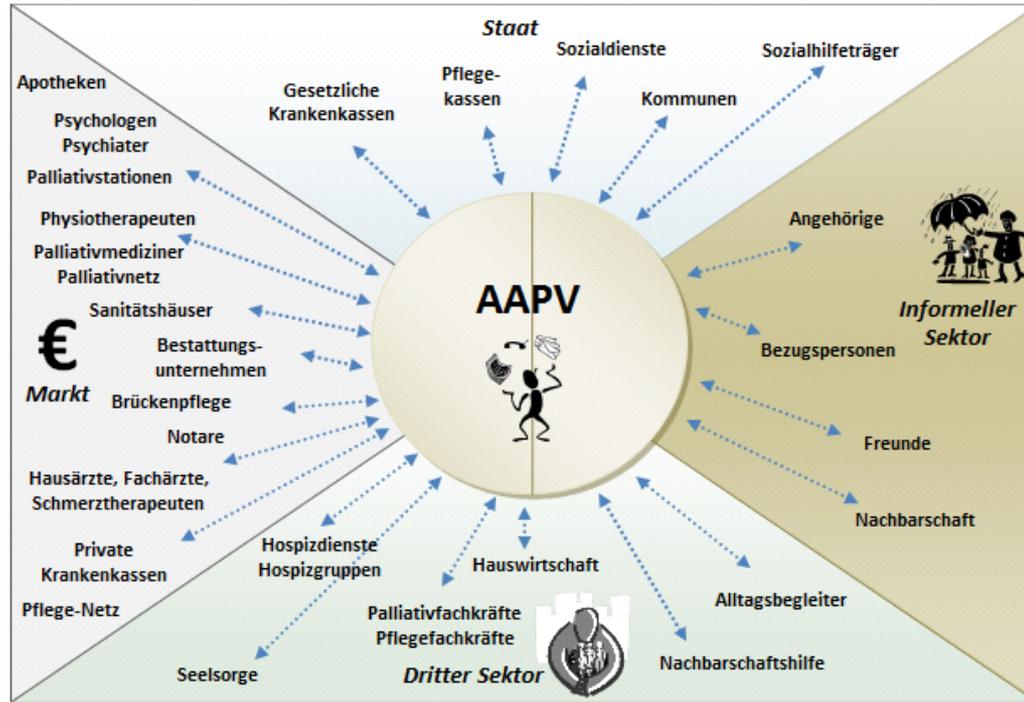
	Jan 15	Feb 15	Mrz 15	Apr 15	Mai 15	Jun 15	Zeiträume
Fall 1							06.01. - 20.01.
Fall 2							01.01. - 18.03.
Fall 3							01.01. - 10.03.
Fall 4							22.01. - 07.03.
Fall 5							11.02. - 14.02.
Fall 6							20.02. - 20.02.
Fall 7							22.02. - 22.03.
Fall 8							27.02. - 01.03.
Fall 9							05.03. - 12.03.
Fall 10							01.04. - 18.04.
Fall 11							18.04. -
Fall 12							20.04. - 22.04.
Fall 13							25.04. - 03.05.
Fall 14							27.04. - 04.05.
Fall 15							28.04. - 28.04.
Fall 16							03.05. - 08.05.
Fall 17							08.05. - 13.05.
Fall 18							10.05. -
Fall 19							22.05. - 30.05.
Fall 20							26.05. -
Fall 21							29.06. -
Fall 22							01.01. -
Fall 23							01.01. -
Fall 24							01.01. -

Stand: 31.06.2015

- Begleitungen 1. Halbjahr 2015
- Insgesamt 24 Begleitungen
- Häufig kurzfristige Veränderungen

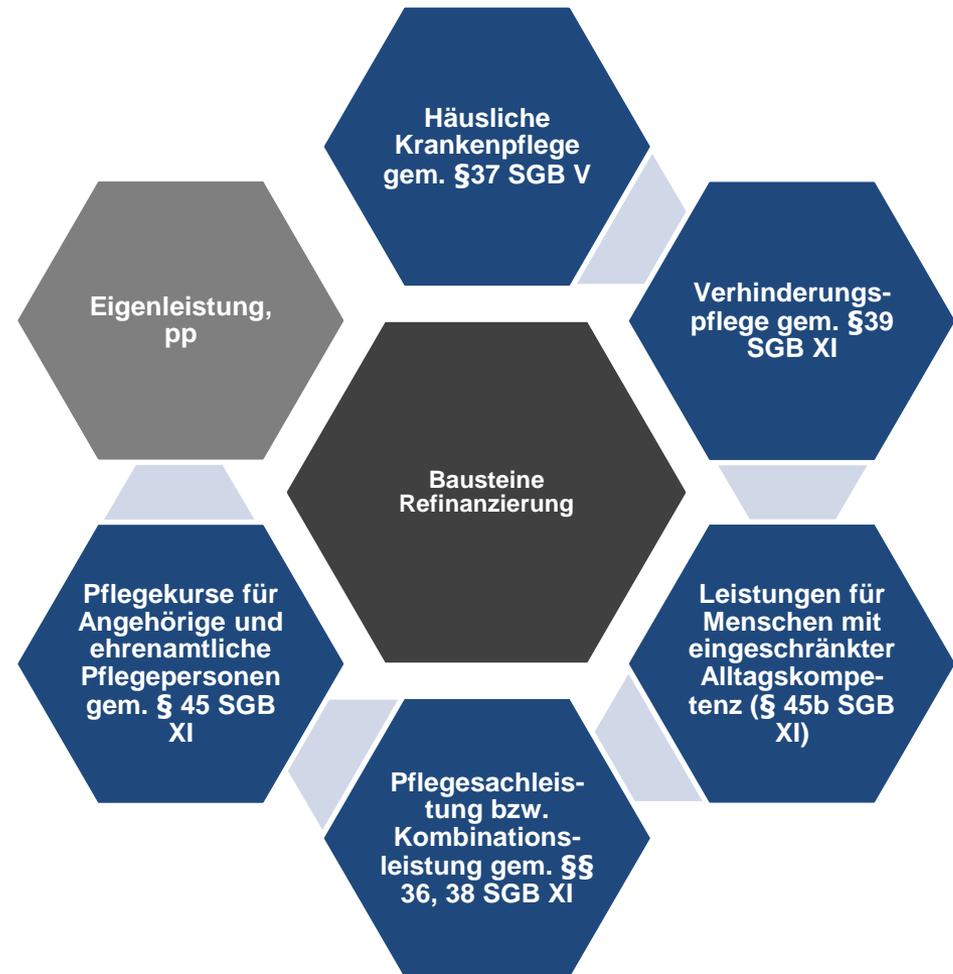
Dynamik einzelner Begleitungen

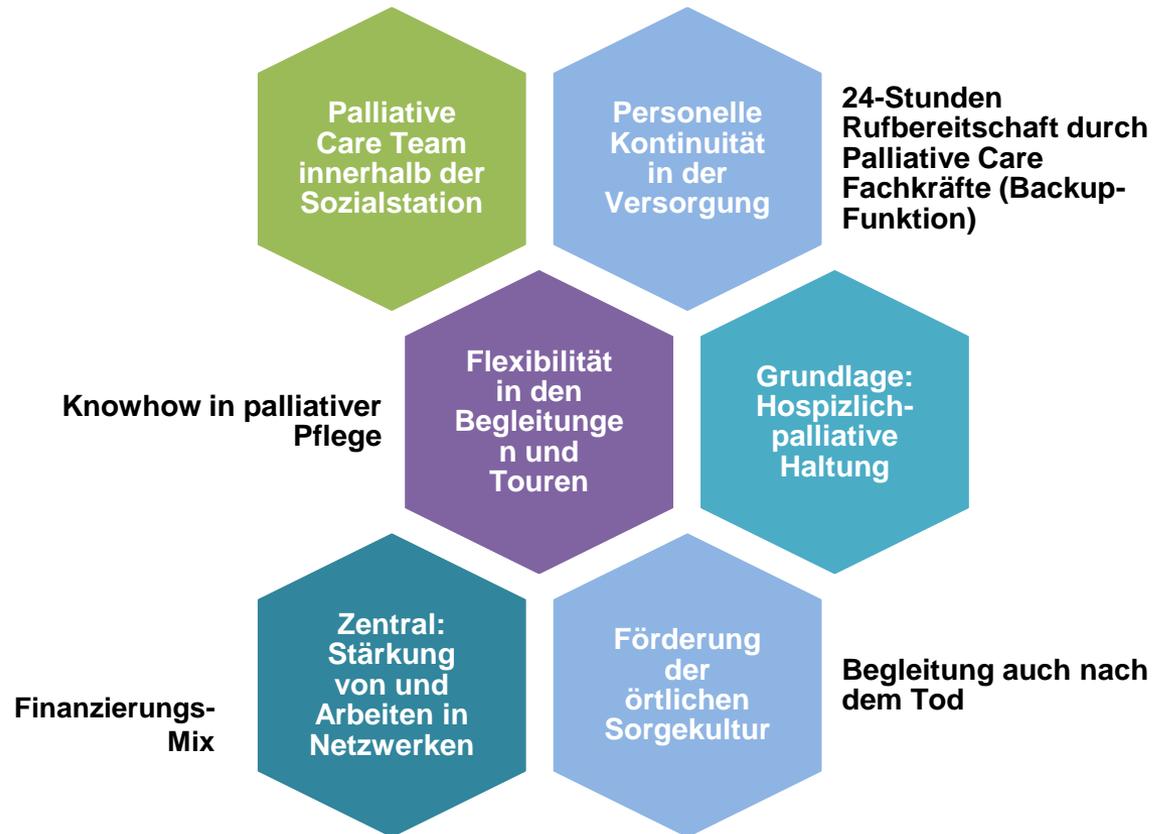




- Breites Spektrum unterschiedlicher Akteure
- Netzwerk ist v.a. in Ausnahmesituationen wesentlich
- Interprofessionelle Zusammenarbeit als Herausforderung und Chance
- Förderung der örtlichen Sorgeskultur

- Die Refinanzierung ist bisher auf die Integration verschiedener Leistungen angewiesen
- Sie ist verbessert, allerdings (noch) nicht auskömmlich.
- In besonderer Weise problematisch: Koordinations- und Steuerungsfunktionen, „Backup“-Funktionen (Bereitschaftsdienst) sowie die Qualifikation und Begleitung von Angehörigen





SUMMA UND AUSBLICK



1. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung sterbender Menschen in ihrer Häuslichkeit
 - und zur Vermeidung von Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalten
2. Auf- und Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung
 - und seine sozialleistungsrechtliche Absicherung
3. Bessere Vergütung der niedergelassenen Ärzt/innen
 - für die ambulante palliative Versorgung
4. Qualifizierung ambulanter Dienste in Palliative Care
5. Regionale Netzwerke palliativer Versorgung
6. Konsequente Krankenhausvermeidung
 - durch enge und an *Advance Care Planning* orientierte Form der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Pflegediensten, Krankenhäusern, Notdiensten und den Familien
7. Prüfung und Abbau von gesundheitsökonomischen Fehlanreizen
8. Entlastung pflegender Angehöriger durch
 - Zugehende Beratung
 - Kontinuierliche, professionelle Begleitung
 - Flexible, professionelle Unterstützung
 - Freiwillige und Nachbarn
9. Leistungserbringungsrechtliche Anerkennung der Begleitungs- und Steuerungsfunktion von Pflegefachkräften im Rahmen der AAPV
10. Regionale Implementierung von Modellprojekten im Rahmen von Fördermaßnahmen



© Wilhelminen-Hospiz Niebüll

FRAGEN? ANREGUNGEN?

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Christine Bruker

brucker@eh-freiburg.de

Waltraud Höfflin

waltraud.hoefflin@sozialstation-boetzingen.de