

# Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus



## Eine Befragung

# Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus

## Eine Befragung

ALPHA-NRW (Hrsg.)

In Kooperation mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen KGNW e.V.

Gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Unter Mitarbeit von: Dr. Gerlinde Dingerkus, H.- Henning Scheer, Heidi Mertens-Bürger  
(ALPHA Westfalen-Lippe)  
Martina Rubarth, Ursula Elisa Witteler  
(Projektmitarbeiterinnen)

## **Impressum**

Herausgeber:                    Ansprechstellen im  
Land NRW zur  
Palliativversorgung,  
Hospizarbeit und  
Angehörigenbegleitung  
[www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)

Redaktion:                        ALPHA-Westfalen  
Ansprechstelle im  
Land NRW zur  
Palliativversorgung,  
Hospizarbeit und  
Angehörigenbegleitung  
Landesteil Westfalen-Lippe  
Friedrich-Ebert-Str. 157-159  
48153 Münster  
02 51 - 23 08 48  
[alpha@muenster.de](mailto:alpha@muenster.de)

Gefördert vom:                 Ministerium für Arbeit  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Unter Mitarbeit von:         Dr. Gerlinde Dingerkus, H.- Henning Scheer,  
Heidi Mertens-Bürger  
(ALPHA Westfalen-Lippe)  
Martina Rubarth, Ursula Elisa Witteler  
(Projektmitarbeiterinnen)

Bildnachweis:                 iStock.com/Chinnapong

© 2020/ALPHA NRW

## **Zusammenfassung**

Ziel des vorliegenden Projektes war es, detaillierte Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie in den Krankenhäusern in NRW die hospizliche und palliative Versorgung und Begleitung intern sowie an den Schnittstellen umgesetzt wird, um daraus Schlussfolgerungen für weitergehende Strategien und Handlungsoptionen zu generieren. Vor diesem Hintergrund wurden sowohl Krankenhäuser als auch deren vorhergehende (teilweise einweisende) sowie nachsorgende Netzwerkpartner befragt zu Infrastrukturen und Abläufen. Ebenso von Interesse waren die subjektiven Wahrnehmungen und individuellen Einschätzungen hinsichtlich der Verbesserungspotentiale.

Die nicht repräsentative Befragung erfolgte mit einem auf die Institutionen zugeschnittenen Online-Instrument, die Verteilung erfolgte teilweise direkt, teilweise über Multiplikatoren und erstreckte sich über drei Monate. In die Auswertung eingeflossen sind die Fragebögen von 201 Krankenhäusern, 137 Hospizdiensten, 23 stationären Hospizen, 25 Palliativpflegediensten, 41 palliativmedizinischen Versorgern, 65 Einrichtungen der stationären Altenhilfe und 34 Hausarztpraxen. Im genannten Zeitraum wurden darüber hinaus qualitative Interviews durchgeführt.

Als wesentliche Elemente, die zu einer Verbesserung der Begleitung und Versorgung Sterbender in den Krankenhäusern beitragen, wurden genannt: eine transparente und strukturierte Kommunikation unter allen Mitarbeitenden - interdisziplinär und interinstitutionell, eine Haltung, die das Sterben nicht als Versagen betrachtet, sondern den Bedarf einer hospizlichen und palliativen Begleitung anerkennt, sowie palliativgeschultes Personal bzw. palliative Strukturen wie z.B. Palliativteams.

## **Abstract**

The aim of the present project was to gain more detailed knowledge of how hospice and palliative care and support are implemented internally and at the interfaces in the hospitals in North Rhine-Westphalia in order to generate conclusions for further strategies and options for action. Against this background, both hospitals and their previous (partially referring) and follow-up network partners were questioned about infrastructures and processes. Also of interest were the subjective perceptions and individual assessments with regard to the potential for improvement.

The survey was carried out with an online tool tailored to the institutions, the distribution was partly direct, partly via multipliers and lasted three months. The evaluation included the questionnaires from 201 hospitals, 137 hospice services, 23 inpatient hospices, 25 palliative care services, 41 palliative medical providers, 65 inpatient elderly care facilities and 34 general practitioners' practices. Qualitative interviews were also carried out during the period mentioned.

As the most important elements to improve the care of the dying are mentioned: transparent and structured communication among all employees – interdisciplinary and at the transitions, an attitude that does not regard dying as a failure but rather recognizes the need for hospice and palliative care support as well as staff trained in palliative care resp. palliative structures such as palliative care teams.

# Inhalt

<b>1. Einführung</b>	6
<b>2. Versorgung und Begleitung sterbender Menschen im Krankenhaus</b>	8
2.1 Palliative Versorgung im Krankenhaus als Querschnittsaufgabe	10
2.2 Prinzipien der Hospiz- und Palliativversorgung	12
2.3 Schnittstellenmanagement im Krankenhaus	13
2.4 Netzwerkpartner bei der Versorgung von sterbenden Menschen	15
2.4.1 Hausärztinnen und Hausärzte	16
2.4.2 Ambulante Hospizarbeit	16
2.4.3 Stationäre Hospize	17
2.4.4 Ambulante Palliativpflege	17
2.4.5 Ambulante palliativmedizinische Versorger	18
2.4.6 Stationäre Pflegeeinrichtungen	18
<b>3. Die Befragung</b>	19
<b>4. Befragungsergebnisse Krankenhäuser</b>	21
4.1 Allgemeine Informationen	21
4.2 Aufnahmemanagement	23
4.3 Versorgung sterbenskranker Patientinnen und Patienten im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes	25
4.4 Entlassmanagement	31
4.5 Verbesserungswünsche	36
4.6 Zusammenfassung	36
<b>5. Befragungsergebnisse Kooperationspartner</b>	38
5.1 Hausärztinnen und Hausärzte	38
5.1.1 Allgemeine Informationen	38
5.1.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung	38
5.1.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale	40
5.1.4 Zusammenarbeit	42
5.1.5 Zusammenfassung	43
5.2 Ambulante Hospizdienste	43
5.2.1 Allgemeine Informationen	43
5.2.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung	44
5.2.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale	46
5.2.4 Zusammenarbeit	47
5.2.5 Zusammenfassung	48

5.3 Stationäres Hospiz	48
5.3.1 Allgemeine Informationen	48
5.3.2 Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme in das stationäre Hospiz	48
5.3.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale	50
5.3.4 Zusammenarbeit	52
5.3.5 Zusammenfassung	53
5.4 Palliative Pflegedienste	53
5.4.1 Allgemeine Informationen	53
5.4.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung	53
5.4.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale	55
5.4.4 Zusammenarbeit	56
5.4.5 Zusammenfassung	57
5.5 Ambulante palliativmedizinische Versorger	57
5.5.1 Allgemeine Informationen	57
5.5.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung	58
5.5.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale	61
5.5.4 Zusammenarbeit	63
5.5.5 Zusammenfassung	63
5.6. Einrichtungen der stationären Altenhilfe	64
5.6.1 Allgemeine Informationen	64
5.6.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung	64
5.6.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale	67
5.6.4 Zusammenarbeit	68
5.6.5 Zusammenfassung	69
<b>6. Schlussfolgerungen</b>	<b>70</b>
<b>Literatur</b>	<b>76</b>

Die Autorinnen und Autoren haben sich bemüht, in der Schreibweise immer beide Geschlechter zu nennen. Wenn dies nicht immer gelungen sein sollte, so bitten sie um Nachsicht. In jedem Fall sind beide Geschlechter gemeint und angesprochen.

## 1. Einführung

Das zentrale Ziel des im Jahr 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetzes ist es, sterbenden Menschen jegliche Unterstützung zu geben, die diese sich wünschen und die sie benötigen. Die palliative und hospizliche Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen soll als Bestandteil der Regelversorgung weiter gestärkt werden und somit auch den Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zur Verfügung stehen.

Nach einer Studie des Max-Planck-Instituts von 2018 ist der Anteil derer, die in Deutschland im Krankenhaus sterben, rückläufig, beträgt nach Zahlen aus dem Jahr 2016 aber immer noch 46 %, während sich nur sechs Prozent der Deutschen vorstellen können, ihr Lebensende im Krankenhaus zu verbringen (Zich & Sidow, 2015). Warum nach wie vor so viele Menschen im Krankenhaus sterben, wurde und wird vielfach untersucht. Verschiedene Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass hier finanzielle Zwänge und Fehlanreize im Gesundheitssystem vorherrschen könnten. Internationale Analysen verweisen darauf, dass zwischen 8 und 30 % aller Krebspatientinnen und -patienten in den letzten vierzehn Lebenstagen noch eine Tumorthherapie erhalten (Oorschot, 2018). Auch bei nicht-onkologischen multimorbiden Patientinnen und Patienten mit geringer Lebenserwartung würden häufig nicht mehr indizierte Medikamente verordnet, was im Rahmen einer internationalen Studie aus der Analyse der Arztbriefe der letzten Krankenhausentlassung vor dem Tod hervorging (Cardona-Morrell, 2016).

Krankenhäuser sind in erster Linie auf Kuration ausgerichtet. Das Ziel der Versorgenden im Krankenhaus, Menschen zu heilen und die Gesundheit wiederherzustellen bzw. Folgen abzumildern, erschwert es, Menschen am Lebensende ein angemessenes Sterben zu ermöglichen. Unter anderem deswegen war die Versorgungs- und Betreuungsqualität Sterbender in den verschiedenen Krankenhausabteilungen in der Vergangenheit nicht ausreichend im Blick, wobei sich z. B. gerade im Zusammenhang mit intensivmedizinischen Maßnahmen für Menschen am Lebensende Fragen nach Entscheidungskompetenzen, nach Prozessen der Therapiezielfindung bzw. -änderung oder nach Kommunikationsformen zwischen den Disziplinen stellen (Fleischmann-Struzek et al., 2019). Dabei bestehen nicht nur zwischen den verschiedenen Krankenhäusern, sondern auch innerhalb einer Klinik deutliche Unterschiede in der Versorgungsqualität; diese betreffen z. B. den würdevollen Sterbeprozess, die zeitlichen Ressourcen und die räumlichen Gegebenheiten (George, 2014; Jors, 2014). Erst seit kurzem werden umfangreichere Studien umgesetzt, um detailliertere Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie in den Krankenhäusern in NRW die hospizliche und palliative Versorgung und Begleitung umgesetzt wird und wie sich diese gestaltet bzw. gestalten kann. Um kurz- und mittelfristig einen ersten Einblick über die derzeitige Situation zu erhalten und um die Erkenntnisse langfristig für die Verbesserung eines würdevollen Sterbeprozesses zu nutzen, setzte ALPHA NRW das vom Gesundheitsministerium NRW geförderte Projekt zur „Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus“ um. In diesem Vorhaben erhielt ALPHA Unterstützung durch die nordrhein-westfälische Krankenhausgesellschaft in Form der Verbreitung des Online-Befragungsinstrumentes.

Die Befragung der Krankenhäuser legte den Fokus auf das Aufnahme- und Entlassmanagement sowie auf die Prozesse im Verlauf der Behandlung der sterbenden Patientinnen und Patienten. Insbesondere dem Entlassmanagement kommt eine besondere Rolle zu: Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (2012) haben Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf ein Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung.

Das bedeutet, dass die Verantwortung für die Organisation eines strukturierten Übergangs vom stationären in den ambulanten Bereich beim Krankenhaus liegt. Definiertes Ziel ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten sowohl ambulanten als auch anderen stationären Versorgungsbereichen zu verbessern und damit die Entlastung von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen zu ermöglichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Entlassmanagement zwar um eine kodierbare, jedoch nicht finanzierte Leistung der Krankenhäuser handelt. Zudem sollte die Beteiligung und die Verantwortung der aufnehmenden Partner an einem guten Übergang nicht aus dem Blick geraten.

Da die Versorgung einer schwerkranken und sterbenden Patientin/eines schwerkranken und sterbenden Patienten nicht ohne die vorhergehenden sowie die nachsorgenden Partner gesehen werden kann, wurden diese ebenfalls befragt. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Hausarztpraxen, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, palliative Pflegedienste, palliativmedizinische Versorger und Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Hier lag der Fokus auf den Berührungspunkten mit der Krankenhausversorgung sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung.

Neben Fragen zu Infrastrukturen, Abläufen und Wahrnehmungen war auch die jeweils individuelle Einschätzung hinsichtlich der Verbesserungspotentiale ein wichtiges Element der Erhebung. Vor diesem Hintergrund wurden zwei Online-Fragebögen erstellt: ein Fragebogen für die Krankenhäuser und ein Fragebogen für die oben genannten Kooperationspartner, letztere in jeweils sechs auf die Dienste, Praxen bzw. Häuser zugeschnittenen Versionen.

Die Befragungsinstrumente wurden per Mail über verschiedene Verteiler an die Zielgruppen geschickt: Für den Krankenhausbereich haben das Gesundheitsministerium sowie die Krankenhausgesellschaft NRW die Befragung maßgeblich unterstützt. Die Einrichtungen der Altenhilfe wurden vor allem über die Wohlfahrtsverbände sowie den Bundesverband freier Anbieter NRW erreicht; darüber hinaus hat ALPHA die eigenen kooperierenden Altenhilfenetzwerke angeschrieben. Die Verbindung zu den Hausärztinnen und -ärzten haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe hergestellt. Der Kontakt zu den palliativmedizinischen Teams wurde u. a. durch den Berufsverband der westfälisch-lippischen Palliativmediziner sowie den Verbund der SAPV-Teams in Nordrhein ermöglicht. Alle weiteren Einrichtungen sind Zielgruppe der ALPHA-Stellen und waren somit über den eigenen Verteiler erreichbar. Der Befragungszeitraum erstreckte sich über drei Monate.

Der Projektbericht beginnt mit einer theoretischen Einführung. Im nachfolgenden Abschnitt wird die Auswertung erläutert. Die Ergebnisse der Befragung der Krankenhäuser sind im vierten Kapitel, die der sechs Kooperationspartner im fünften Kapitel dargestellt. Eine Zusammenfassung schließt den Bericht ab. Im Anhang finden sich die Literaturhinweise. Auf Grund der Größe der Datei sind die Fragebögen nicht enthalten, können aber über [alpha@muenster.de](mailto:alpha@muenster.de) angefragt werden.

Aus den Erkenntnissen dieses Projektes werden in einem sich an die Befragung anschließenden Schritt Handlungsempfehlungen und -anleitungen für Krankenhäuser formuliert.

## 2. Versorgung und Begleitung sterbender Menschen im Krankenhaus

Die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung und die damit einhergehenden Veränderungen führen zu Verunsicherung, Ängsten und Trauer bei den Erkrankten und bei den Angehörigen. Hinzu kommen die körperlichen Einschränkungen und zunehmend schwere Symptome. Bedürfnisse wie die nach Essen und Trinken verändern sich. Die Linderung der Beschwerden steht im Vordergrund. Kommt es in dieser Phase zu einem Aufenthalt in einem Krankenhaus, stehen andere Aspekte als bei einer kurativen Behandlung im Vordergrund. Eine gute Versorgung und Begleitung in ihrer letzten Lebenszeit tritt für die Patientinnen und Patienten in den Vordergrund. Sie möchten sich sicher fühlen, gut versorgt und umgeben von medizinischen und pflegerischen Fachkräften, denen die Versorgung palliativer Patienten nicht fremd ist und die bereit sind, sich in die Lebenssituation der schwerkranken Menschen einzufühlen und dazu beitragen, Vertrauen und Schutz zu geben. Ein Modell der Umsetzung findet sich u. a. in der irischen Bewegung „Hospice Friendly Hospital“<sup>1</sup>. Neben einer angemessenen palliativmedizinischen und pflegerischen Versorgung steht außerdem die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende im Vordergrund.

Diese sind in den verschiedenen Phasen, z. B. wenn sich die Situation verschlechtert, wenn Unvorhergesehenes eintritt oder es zu Krisen kommt, immer wieder zu hinterfragen und neu zu bewerten. Vor allem durch das stetige Nachfragen und die Berücksichtigung der Zustände und Bedürfnisse, können die Menschen in dieser Phase des Lebens gut begleitet werden (Medicus, 2019).

Damit Menschen am Lebensende eine gute Lebenszeit und -qualität haben, ist es unerlässlich, im Sinne von Palliative Care zu handeln. D. h. hier sollte das ganzheitliche Betreuungskonzept greifen entsprechend der Definition der WHO:

*„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“*

Die Bundesärztekammer schreibt bereits 2011 in einer Broschüre der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen dazu, dass es angesichts der Zunahme von chronisch kranken, multimorbiden, alten und pflegebedürftigen Patienten erforderlich sei, Strukturen und Prozesse auf Langfristigkeit und Kontinuität auszurichten. Prävention und Rehabilitation seien im Vergleich zur akutmedizinischen Versorgung zu stärken, Pflegebedürftigkeit sei zu vermeiden und Palliativversorgung sei der gebührende Stellenwert einzuräumen (Bundesärztekammer, 2011; Carollo et al., 2019).

---

<sup>1</sup> Die 2007 gegründete irische Bewegung „Hospice Friendly Hospitals“ hat in den vergangenen Jahren für Menschen in der Sterbephase und für trauernde Menschen viel erreicht. Aus der Erkenntnis, dass viele Menschen im Krankenhaus sterben, stellte sich die Frage nach einem angemessenen Rahmen in Form von hochwertigen und humaneren Sterbebedingungen. Ziel ist die Verbesserung der Qualität der Pflege in den letzten Lebenswochen. Das irische Programm soll sicherstellen, dass die ärztliche Betreuung am Ende des Lebens, die Palliativbehandlung und die Trauerarbeit für den Krankenhausalltag von zentraler Bedeutung wird. Die Initiative entstand in Zusammenarbeit zwischen der „Irish Hospice Foundation“ (Mission: To strive for the best care at end of life, for all) und der „Health Service Executive“ (HSE Organisation). Einige Akutkrankenhäuser haben Vollzeit- oder Teilzeitstellen für eine Koordinatorin, einen Koordinator mit der Aufgabe der End of Life Care eingerichtet (<https://hospicefoundation.ie/healthcare-programmes/hospice-friendly-hospitals/>)

Für Krankenhäuser bringt es in diesen Fällen einen Paradigmenwechsel von kurativer zu palliativer Medizin mit sich. Unter dem Stichwort „Therapiezieländerung“ treten nun andere Werte und Handlungsmaxime in den Vordergrund: Neben der Linderung von Schmerzen und Symptomen sind dies Respekt und Zuwendung für sterbensranke Menschen sowie eine ehrliche und wertschätzende Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Um dies erfolgreich umzusetzen, ist ein strukturiertes Vorgehen förderlich. Ein international anerkanntes Instrument, das eine systematische Orientierungshilfe für eine hohe Betreuungsqualität und mitfühlende Betreuung in den letzten Tagen und Stunden bietet, ist das Konzept „Best Care for the Dying“ (BCD), welches den „Liverpool Care Pathway“<sup>1</sup> abgelöst hat.

Nordrhein-Westfalen verfügt im Bundesvergleich über die höchste Bevölkerungsdichte aller Flächenländer. Hier leben insgesamt 17,9 Millionen Einwohner, das sind bei einer Fläche von 34.100 km<sup>2</sup> 524 Einwohner pro Quadratkilometer. Gleichzeitig weist dieses bevölkerungsreichste Bundesland eine hohe Unterschiedlichkeit zwischen den städtischen und den ländlichen Regionen auf.<sup>2</sup> Mit Stand 31.12.2017 gab es deutschlandweit 1.942 Krankenhäuser, davon ca. 345 in Nordrhein-Westfalen mit – zu diesem Zeitpunkt - 118.506 Krankenhausbetten, in denen 4.617.776 Menschen behandelt wurden (Statistisches Bundesamt, 2018).

Das Statistische Bundesamt weist für das Jahr 2018 insgesamt 954.874 Todesfälle aus (484.842 Männer und 470.032 Frauen). Die Todesursachen sind der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.

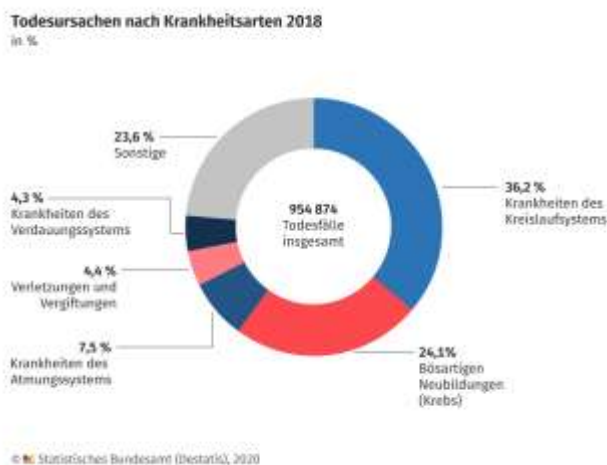


Abb.II-1 Todesursachen nach Krankheitsarten, 2018, Destatis<sup>3</sup>

Insgesamt verstarben in Deutschland 429.763 Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. In Nordrhein-Westfalen starben in diesem Zeitraum laut statistischem Bundesamt 204.842 Menschen,

<sup>1</sup> Der „Liverpool Care Pathway“ (LCP) ist ein Leitfaden zur Begleitung und Behandlung sterbender Menschen im interprofessionellen Team. Er wurde 2000 von der Royal Liverpool University entwickelt und im deutschsprachigen Raum zunächst am Kantonsspital in St. Gallen (2006) und im Ev. Krankenhaus in Oldenburg (2007) angewandt und umgesetzt. Er schaffte Rahmenbedingungen und Strukturen, um ein individuelles Sterben unter würdigen Umständen zu ermöglichen. Dies zeigen sieben Jahre Erfahrung im Kantonsspital St. Gallen (KSSG). Schwerpunkt bildet die Berücksichtigung dreier aufeinanderfolgender Stufen: Diagnose des Sterbens, Symptomkontrolle und Einbezug sowie Betreuung der Angehörigen. Ehrenamtliche Begleitung ist dabei nicht vorgesehen (Reinholz, 2012). Dieses Konzept wurde in den vergangenen Jahren in Expertenkreisen kritisch diskutiert.

<sup>2</sup> <https://www.land.nrw/fr/node/16525>, Zugriff: 19.12.2019

<sup>3</sup> [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html), 12. Oktober 2020

davon 100.621, also 49,1 % in Krankenhäusern (Stat. Bundesamt, 2018). Dieser hohe Anteil macht deutlich, vor welche Herausforderungen die Häuser gestellt werden. Diese betrifft unter vielem anderem die Notwendigkeit an zielgerichteten strukturellen, aber auch Weiterbildungskonzepten, die sowohl den Patientinnen und Patienten als auch den Mitarbeitenden gerecht werden.

## 2.1 Palliative Versorgung im Krankenhaus als Querschnittsaufgabe

In nordrhein-westfälischen Krankenhäusern arbeiten laut statistischem Bundesamt 42.224 Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet sind dies 37.138 Vollzeitstellen. In der Pflege werden 75.975 Vollzeitstellen nachgewiesen. Darunter fallen 10.754 auf die Psychiatrie. Deutschlandweit arbeiten 9.492 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozialdiensten, davon waren 5.670 in Teilzeit bzw. geringfügig beschäftigt (für NRW stehen hier keine Zahlen zur Verfügung). Das Verhältnis zwischen Case Management und Entlassmanagement wird nicht im Einzelnen aufgeführt.

In den statistischen Jahrbüchern ist jeder einzelnen Abteilung die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften zugeordnet. Bis 2017 werden hier keine Daten über die Anzahl der Palliativstationen bzw. von Palliativdiensten und Palliativärztinnen/-ärzten bzw. Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern aufgeführt (*Statistisches Bundesamt, 2018*).

Im Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ wird die Leistungsgruppe Palliativmedizin gesondert betrachtet. Analog zur Intensivmedizin, zur Akutgeriatrie (voll- und teilstationär) sowie zu der Kinder- und Jugendmedizin handelt es sich bei der Palliativmedizin um einen Querschnittsbereich, der sich durch deutlich übergreifende Schnittstellen mit anderen Leistungsbereichen auszeichnet (Partnerschaft Deutschland, 2019). Für die palliative Versorgung weisen die Verfasser des Gutachtens auf mögliche Fehlentwicklungen in den unterschiedlichen Versorgungsräumen hin.

Seit 2010 ist es für die Krankenhäuser möglich, die Palliativmedizinische Komplexbehandlung nach bestimmten Kriterien innerhalb des dafür vorgesehenen „Operationen- und Prozedurenschlüssels“ (OPS-8-982ff) abzurechnen. „Palliativmedizinische Komplexbehandlung exkl.: Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.), Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)“ (*DIMDI, 2019*). Für die Versorgung und Abrechnung gibt es festgelegte Merkmale. Dazu gehört unter anderem die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments zu Beginn der Behandlung ebenso wie die Dokumentation eines individuellen Behandlungsplanes bereits bei Aufnahme.<sup>1</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin beschreibt diesen besonderen Dienst in ihrem Glossar: „Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpäda-

---

<sup>1</sup> Das Assessment spielt generell, im Zusammenhang mit Palliativpatienten jedoch auf besondere Weise, eine wichtige Rolle. Hierfür gibt es verschiedene Instrumente. Als ein Beispiel sei hier das SPIC (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) genannt. Dieses Instrument wurde 2010 in Edinburgh entwickelt und ist seitdem stetig auch in internationaler Zusammenarbeit weiterentwickelt worden. Es handelt sich um einen Leitfaden zur Identifikation von Patientinnen und Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und führt in der Folge zur Umsetzung eines Basisassessments sowie der weiteren Versorgungsplanung. Das Instrument enthält allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Zustandes hindeuten können, krankheitsspezifische Indikatoren sowie die daraus erwachsenden weiteren Maßnahmen und notwendigen nächsten Schritte. Die Anwendung ist in stationären (z.B. im Krankenhaus) und ambulanten (z.B. hausärztlichen) Versorgungssettings möglich. [www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

gogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten auf einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab“ ([https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativdienste\\_2016-07-28.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativdienste_2016-07-28.pdf), Zugriff: 10.12.2020).

Deutschlandweit gibt es im Januar 2019 nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 336 Palliativstationen (66 in NRW) und 63 Palliativdienste in Krankenhäusern. Für lebensbegrenzt erkrankte Kinder und Jugendliche werden laut DKHV drei Palliativstationen vorgehalten.

Die palliative Versorgung im Krankenhaus als Querschnittsaufgabe auch auf peripheren Stationen rückt zunehmend in den Fokus. In der Literatur finden sich Darstellungen positiver Entwicklungen und Erfahrungen aus Kliniken. Bei Befragungen geben Mitarbeitende in den Pflegebereichen an, dass dies innerhalb der vorhandenen personellen Möglichkeiten und Strukturen die derzeit beste Unterstützungs- und Versorgungsform für Palliativpatientinnen und -patienten sei. „Strukturen wie Palliativdienste, die in vielen Krankenhäusern eingerichtet werden müssten [...] helfen, die palliative Versorgung zu zentralisieren. Dadurch könnten alle von einer palliativen Versorgung betroffenen Menschen in einem Krankenhaus, egal auf welcher Station sie sind, gezielter und adäquater betreut und begleitet werden“ (Fickler, 2018).

In dem Leitlinienprogramm Onkologie wurde, initial von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und darüber hinaus von allen Fachgesellschaften, die maßgeblich an der Versorgung von Krebspatienten beteiligt sind, gemeinsam die sog. S3-Leitlinie erstellt<sup>1</sup>. Sie wurde im August 2019 überarbeitet und erweitert (AWMF-Registernummer: 128/001OL). Allen Leitlinien kommt eine hohe Bedeutung zu. Sie beschreiben nicht nur eine bestimmte Qualität, sondern könnten auch gutachterlich nutzbar sein für (ethisch) strittige Fälle. Die S3-Leitlinie enthielt zunächst Empfehlungen zu Versorgungsstrukturen, Kommunikation, Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Sterbephase. Die in 2019 aktualisierte Fassung wurde ergänzt um Empfehlungen zu Therapiezielfindung und Kriterien der Entscheidungsfindung, Fatigue, schlafbezogene Erkrankungen/nächtliche Unruhe, Übelkeit und Erbrechen (nicht Tumortherapie-induziert), maligne intestinale Obstruktion, maligne Wunden, Angst und Todeswünsche<sup>2</sup>.

Dass onkologische und nicht-onkologische Palliativpatientinnen und -patienten einer adäquaten und angemessenen Behandlungsstruktur bedürfen, ist den unterschiedlichen Berufsgruppen in den Krankenhäusern und auch den Vernetzungspartnern bewusst. Die vorhandenen Strukturen in den Kliniken widersprechen teilweise der realistischen Möglichkeit, diese umzusetzen. Fallpauschalen

---

<sup>1</sup> „Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie stellen ein wesentliches Instrument zur Förderung von Qualität und Transparenz medizinischer Versorgung dar. Hauptziel medizinischer Leitlinien ist es, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren. Leitlinien haben dabei konkret die Aufgabe, wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung zu speziellen Versorgungsproblemen explizit darzulegen und zu bewerten sowie die Entscheidung von Arzt und Patient unter Abwägung von Nutzen und Schaden im Behandlungsfall zu unterstützen. Darüber hinaus können aus Leitlinien Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgeleitet werden, an denen die Qualität der Versorgung gemessen werden kann“ <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/programm/informationen-zum-leitlinienprogramm/>; Zugriff: 20.12.2019.

<sup>2</sup> [https://www.leitlinienprogramm-Onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version\\_2/LL\\_palliativmedizin:2.0\\_Langversion.pdf](https://www.leitlinienprogramm-Onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_palliativmedizin:2.0_Langversion.pdf); Zugriff: 22.12.2019.

und personelle Ressourcen sind Strukturen, die den Klinikalltag auch in der Kultur und Haltung gegenüber den Patienten prägen.

## 2.2 Prinzipien der Hospiz- und Palliativversorgung

In der Versorgung Sterbender hat sich über die Jahre der Begriff der Hospizkultur oder -philosophie etabliert („Hospice is a philosophy, not a facility – whose primary focus is on terminal illness“, Corr 1997, 199ff.). Diese impliziert, dass die Situation, die Bedürfnisse und Wünsche Sterbender im Vordergrund stehen. Sie muss nicht dem auf Heilung ausgerichteten Auftrag der Krankenhäuser widersprechen, aber es bedeutet immer noch einen großen Schritt für die Institution ebenso wie für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich diese Kultur zu eigen zu machen. Es sei, so Gerhard (2017, S.44) „von entscheidender Bedeutung, dass es in dem Krankenhaus eine Kultur ausgeprägter Patientenorientierung gibt, damit Patientenautonomie wirklich beachtet werden kann und Wünsche nach einer palliativen lindernden Versorgung und zum Beispiel ablehnende Haltungen gegenüber einer Maximaltherapie am Lebensende überhaupt Gehör finden.“

Auch die Bundesärztekammer (2011) betonte, dass Änderungen der Rahmenbedingungen in der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. der gesellschaftliche Wandel, die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, die demografische Entwicklung, das geänderte Krankheitsspektrum, die gestiegene Komplexität der Versorgung, die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und das geänderte Selbstverständnis der Berufsangehörigen und Patienten neue Versorgungskonzepte und eine Anpassung der Kooperationsstrukturen zwischen den Gesundheitsberufen notwendig machen. Hier könnten kurative und palliative Medizin durchaus voneinander lernen und neue Versorgungsprozesse und -strukturen entwickelt werden.

Der Deutsche Ethikrat (2016) stellt die Autonomie und die Möglichkeit der Selbstbestimmung zentral in seinen Fokus, wenn es um das Patientenwohl geht. Im Klinikalltag sind Palliativpatientinnen und -patienten allein aufgrund der besonderen Belastungssituation und der Grenzerfahrung im Angesicht von Sterben und Tod eine große Herausforderung für alle Berufsgruppen, sowohl in der Versorgung als auch in der zwischenmenschlichen Begegnung. In dieser Situation reiche es [...] „aus ethischer Perspektive nicht aus, nur auf dem rechtlich gebotenen Respekt vor der Selbstbestimmung eines jeden zu bestehen und ihn an der Ausübung seiner Selbstbestimmung nicht zu hindern.“ Es sei ethisch eher geboten, die Selbstbestimmung eines jeden Patienten zu berücksichtigen, besonders bei diesen vulnerablen Patientengruppen. Der Ethikrat hebt hervor, „dass in dieser Diskussion eine Ausrichtung auf das Patientenwohl als maßgebliches normatives Leitprinzip für die Krankenhausversorgung bisher nicht explizit im Vordergrund steht. Mit diesem Befund korrespondieren besorgniserregende Entwicklungen in der Krankenhausmedizin, wie zum Beispiel Mengenausweitungen oder Reduzierungen von Behandlungsleistungen, die Konzentration auf besonders gewinnbringende Behandlungsverfahren zulasten anderer notwendiger Behandlungsangebote sowie mittlerweile problematische Arbeitsbedingungen für das im Krankenhaus tätige Personal“ (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 131).

Diesen vom Deutschen Ethikrat beschriebenen Entwicklungen setzen Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen in dem „Nordrhein-westfälischen Qualitätskon-

zept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich“ die besondere Beziehungsqualität als Merkmal der Hospiz- und Palliativarbeit entgegen. Sie verweisen darauf, dass traditionelle QM-Verfahren mit ihren ökonomischen Verengungen, Standardisierungs-, Optimierungs-, Wettbewerbs-, Steuerungs- und Planungsmythen nicht die Qualitäten abbilden können, die die Hospiz- und Palliativarbeit in ihrer individuellen und haltungsorientierten Ausrichtung ausmachen. Diese traditionellen QM-Verfahren [...] „vermögen es nicht, eine ethisch relevante und personenorientierte Qualität zu fördern, zu gestalten und zu sichern, da die Bedeutung der persönlichen Haltungen aller in der Organisation Tätigen nicht ausreichend berücksichtigt werden“ (Suschek, 2016, 27; vgl. Graf & Höver 2006). Suschek postuliert in Anlehnung an Ackermann, dass ein für die Hospiz- und Palliativarbeit passendes Qualitätsmanagement, welches die ambivalenten Gefühle der Beteiligten, deren individuelle Möglichkeitsräume und die zirkulären Prozesse berücksichtigen will, die Beziehungsqualität als haltungsorientierte Basis beschreiben lernen muss (vgl. Ackermann 2015).

### **2.3 Schnittstellenmanagement im Krankenhaus**

Gerade der Gesundheitsbereich ist an vielen Stellen von starren Sektorengrenzen gekennzeichnet. Ein institutionell übergeordnetes und flexibles Denken und Handeln stellt eine besondere Herausforderung dar. Daher ist in „Anbetracht der medizinischen Versorgungserfordernisse sowie der vielgestaltigen, zum Teil widersprüchlichen gesetzlichen Regelungen zur Koordination [...] eine Prozessbeschreibung zur optimierten Einweisung, Aufnahme und Entlassung, zur Verbesserung der Übergänge zwischen den Sektoren und zur Reduzierung von Schnittstellen dringend notwendig“ (Bundesärztekammer, 2011).

Die Aufnahme, die stationäre Behandlung und die Überleitung innerhalb des Krankenhauses, wie auch das Entlassmanagement, erfordern für palliative und schwerstkranke Patientinnen und Patienten eine besondere Aufmerksamkeit. Planbare Überleitungen aus der häuslichen Situation in die Klinik und Aufnahmen in akuten Krisen- und Problemsituationen benötigen unterschiedliche Strukturen und Herangehensweisen in den behandelnden Krankenhäusern.

Die stationäre Behandlung kann unterschiedliche Fachabteilungen betreffen, die wiederum in entsprechenden Kommunikationsprozessen miteinander stehen sollten. Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten erfordert eine dokumentierte, nachvollziehbare Erfassung der medizinischen, pflegerischen, sozialen und spirituellen Situation der Patientinnen und Patienten.

Für die Behandlung von schwersterkrankten Patientinnen und Patienten liegt ein palliativmedizinisches Basisassessment (PBA) vor. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband listet hier die multidimensionale Erfassung zur Einschätzung und Nachweisbarkeit der palliativen Versorgungsstruktur auf. Ein palliativmedizinisches Basisassessment [...] „unterscheidet sich inhaltlich und umfänglich von den herkömmlichen Aufnahmeuntersuchungen im Krankenhaus, da im Palliativkontext neben der körperlichen Dimension weitere Dimensionen berücksichtigt werden müssen“ (DGP, 2016/2018, PDF<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativmedizinisches\\_Basisassessment\\_2016\\_%C3%BCberarb\\_2018.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativmedizinisches_Basisassessment_2016_%C3%BCberarb_2018.pdf), Zugriff: 14.12.2019.

Empfehlungen für die Behandlung der onkologischen Patientinnen und Patienten sind der S3 Leitlinie zu entnehmen. Das Entlassmanagement ist in dem Rahmenvertrag Entlassmanagement („Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V“) für alle Patienten geregelt. Auch die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer Berlin hat 2011 für die einzelnen Berufsgruppen in den einzelnen Phasen und Prozessschritten des Behandlungsprozesses die Aufgaben und Zuständigkeiten skizziert: a) ambulante/vorstationäre Phase, b) Aufnahme in die Klinik (unterteilt nach geplanter und ungeplanter Aufnahme), c) stationäre Phase (unterteilt nach Behandlung und Entlassungsvorbereitung), d) Entlassung, e) nachstationäre Phase/Weiterversorgung (nach Bundesärztekammer, 2011).

Zentrale Ziele des Entlassmanagements sind zusammengefasst die Sicherstellung der Versorgungskontinuität, die Sicherstellung der Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung und somit die Vermeidung von Versorgungslücken (AQUA, 2015). Die Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement beschreibt ein Mindestmaß für die Weitergabe von Patientenstammdaten, wie Aufnahme- und Entlassdatum, Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen, Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbriefe, Grund der Einweisung, Diagnosen einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger, Entlassungsbefund, Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren), weiteres Prozedere/Empfehlungen, Arzneimittel, bzw. deren Wirkstoffe und Dosierung etc., Information über mitgegebene Arzneimittel, alle veranlassten Verordnungen (inklusive § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie nachfolgender Versorgungseinrichtung, Befunde (Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung; nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V).

Der Katalog lässt Raum und Möglichkeiten, die Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker Palliativpatientinnen und -patienten mit aufzunehmen. Im Klinikalltag, unter den genannten Bedingungen der Ökonomisierung und personellen Strukturen, ist dies eine besondere Herausforderung. In §2 des Vertrages heißt es: „Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.“ (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2018).

Eine Öffnung in Richtung der hier beschriebenen Patientenorientierung bzw. der vom Ethikrat geforderten Autonomie und Selbstbestimmung präsentiert sich in dem sogenannten Patientenbrief, der zusätzlich zum ärztlichen Entlassungsbrief mitgegeben werden kann. Beispielhaft sei hier das durch Ärztinnen und Ärzte initiierte Projekt „Was hab ich?“ aufgeführt, das sich seit 2011 dafür einsetzt, dass Patienten ihre Gesundheitsverantwortung stärken können, weil sie ihre medizinischen Befunde besser verstehen und auf diese Weise Entscheidungsprozesse von ihnen selbst mitgestaltet und verantwortet werden können<sup>1</sup>. Dies entspricht dem Wunsch des GBA, dass für Patientinnen und Patienten Beratungsmöglichkeiten und Zugänge zu Gesundheitsinformationen geschaffen werden, also

---

<sup>1</sup> Das bereits mehrfach prämierte Projekt „Was hab ich?“ betreibt seit 2011 eine Plattform, auf der fachsprachliche Befunde von ehrenamtlich tätigen Medizinerinnen in eine leicht verständliche Sprache übersetzt werden. Gleichzeitig entwickelte die Organisation ein Konzept zur einfachen Erstellung laienverständlicher Entlassbriefe. Aus Sicht der Projektbetreiber führt ein Patientenbrief nicht nur zu einem besseren Verständnis der Erkrankung, ihrer Folgen und ihrer Auswirkungen, sondern auch

Wissensdefiziten, Kenntnismangel über wissenschaftliche Medizin oder Informationsdefiziten entgegenzuwirken (AQUA, 2015). Auch für Palliativpatientinnen und -patienten bzw. deren Angehörige oder Betreuer ist das Verständnis des Krankheitsprozesses und der damit einhergehenden Intervention wichtig. Eine Vermittlung z. B. über den Patientenbrief trägt auch auf Seiten des Krankenhauses zu einer positiven Resonanz bei.

Für die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und die Netzwerkpartner, die die weitergehende Versorgung nach dem Krankenhaus verantworten, ist es von zentraler Bedeutung, dass die Entlassung frühzeitig und nachvollziehbar koordiniert wird, um eine optimale persönliche Planung zu ermöglichen. Dabei ist es wichtig, mögliche Problemstellungen der Patientinnen und Patienten im Alltag zu erkennen und in der Zusammenarbeit – aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen – eine optimale Hilfestellung zu geben.

## **2.4 Netzwerkpartner bei der Versorgung von sterbenden Menschen**

„Ich glaube, wir werden in ein paar Jahren danach beurteilt werden, wie wir unsere Fertigkeiten und Einsichten mit den Betroffenen und den Kollegen in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens so geteilt haben, dass qualitätsvolle palliative Betreuung überall selbstverständlich geworden ist. Auch an sie sollten wir die Frage stellen: Was braucht ihr von uns?“ (Medicus, 2019, S.160f.) Die Vernetzung der Einrichtungen im Gesundheitswesen hat einen wesentlichen Effekt auf die Versorgung Sterbender und spielt auch eine Rolle bei der Wahrnehmung und Umsetzung der letzten Wünsche, also der Verbesserung der Versorgungsplanung von Menschen am Lebensende. Dazu zählen neben den stationären Einrichtungen auch alle Rettungsdienste, Not- und Hausärztinnen und -ärzte sowie Pflegedienste (Stanze, 2019).

Die Zusammenarbeit und der Austausch aller an der Betreuung des sterbenden Menschen Beteiligten sind entscheidend für einen guten Sterbeprozess. Größtmögliche Transparenz zwischen den Disziplinen und der Situation angepasste und angemessene Kommunikationsprozesse sind essenziell. Diese finden ihre Umsetzung in interprofessionellen Teamgesprächen, in ethischen Fallbesprechungen oder auch in den „kurzen Dienstwegen“ zwischen den verschiedenen Akteuren aus Medizin, Pflege, Sozialem Dienst, Seelsorge und je nach Situation mit Einbeziehung der Patienten und Angehörigen. Die vertiefte Reflexion und der Austausch der verschiedenen Sichtweisen der jeweiligen Professionen in diesem Prozess können dazu führen, dass die Wünsche des Sterbenden in den Fokus aller Beteiligten rücken, ein würdevoller Sterbeprozess möglich wird und dass Wertvorstellungen, Haltungen und eigene Erwartungen kommuniziert werden können (Gasser, 2010). Wie bereits zu beobachten ist, geschieht auf diese Weise eine Kommunikation auf Augenhöhe und letztendlich auch auf Herzenshöhe.

---

zu einem verbindlicheren Umgang mit Medikamenten, Hilfs- und Versorgungsangeboten: „Unsere Vision ist eine Arzt-Patienten-Kommunikation auf Augenhöhe.“ [www.washabich.de](http://www.washabich.de)

## 2.4.1 Hausärztinnen und Hausärzte

Hausärztinnen und Hausärzte sind meistens die ersten Ansprechpartner für schwerstkranke Menschen und ihre Angehörigen, da oft ein langjähriges Vertrauensverhältnis besteht. Oftmals kennen sie persönliche und familiäre Hintergründe und kennen die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Die Hausärztin/ der Hausarzt entscheidet häufig über eine Einweisung in ein Krankenhaus oder über besondere Verordnungen. Der Hausarztpraxis kommt somit eine entscheidende Rolle bei der Einbeziehung weiterer Versorger zu. Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit sind die Kenntnis aller Beteiligten und deren Tätigkeiten, der Respekt vor der Tätigkeit des anderen, der Wille, Verantwortung zu übernehmen und abzugeben und neben den Absprachen zur Patientenbetreuung auch geregelte finanzielle Vereinbarungen (Seifert, 2017). Die Kommunikation z. B. im Rahmen von multiprofessionellen Fallbesprechungen trägt zu Klärungen akuter Fragestellungen, aber auch genereller und zukunftsgerichteter Fragen bei.

## 2.4.2 Ambulante Hospizarbeit

Die ambulante Hospizarbeit hat die Begleitung von sterbenden Menschen sowie die Unterstützung und Entlastung der gesamten Familie zur Aufgabe, um ein würdevolles Sterben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Hospizdienste begleiten Schwerstkranke und ihre Angehörigen auf der Basis psychologischer, sozialer und spiritueller Prinzipien zu Hause, in Einrichtungen der Altenpflege und der Eingliederungshilfe sowie im Krankenhaus. Die Arbeit ist getragen von geschulten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die von einer oder mehreren hauptamtlich Tätigen koordiniert werden. Neben der Koordination der Begleitungen, der Befähigung und Qualifizierung der Ehrenamtlichen, obliegt der Koordinatorin/ dem Koordinator die Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen, die sich um Sterbende und ihre Angehörigen kümmern. Eine weitere wichtige Aufgabe der Hospizdienste ist die Beratung zu allen wichtigen Fragen, die sich mit Sterben, Tod und Trauer beschäftigen. Auch können sie den Betroffenen die für sie wichtigen Hilfsangebote vor Ort nennen. Sie beraten in Fragen zur Patientenverfügung und bieten Trauerbegleitung an oder können Angebote in der Region vermitteln.

Das Hospiz- und Palliativgesetz (2015) hat die Umsetzung der Hospizarbeit in Krankenhäusern ermöglicht. Diese können seitdem, durch die Kostenträger gefördert, ambulante Hospizdienste zur Begleitung von sterbenden Menschen hinzuziehen. Das Ziel des Gesetzes ist die Stärkung der Palliativversorgung und Hospizkultur im Krankenhaus. Es ist demnach verbunden mit der Einführung und Ausweitung des Hospizgedankens in allen Abteilungen der Krankenhäuser. Das Hospiz- und Palliativgesetz regelt nur den finanziellen Rahmen und die Struktur, die Ausgestaltung und Qualität der Sterbebegleitung obliegen allen Akteuren. „Sterbebegleitung soll als gesamtgesellschaftlicher Auftrag gelebt werden und nicht ausschließlich durch professionelle Begleiter geleistet werden. Zudem sichert die Ehrenamtlichkeit die Alltagskompetenzen in der mitmenschlichen Begleitung.“ Durch die Integration von Ehrenamtlichen seien Betreuungsangebote möglich, die sich ausschließlich über hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht refinanzieren ließen (Heiß et al., 2018). In NRW ist die Anzahl der Sterbebegleitungen im Krankenhaus durch ambulante Hospizdienste in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen: Begleitungen im Jahr 2018, die durch ein Krankenhaus beauftragt wurden, belaufen sich in Westfalen-Lippe auf 634 (von insgesamt 5.603), in Nordrhein auf 1.158

(von 7.980). D. h. der Anteil der Begleitungen im Krankenhaus bewegte sich zwischen 11 und 14 % (nicht veröffentlichtes Zahlenmaterial von ALPHA). Um dies weiterhin zu ermöglichen und ggf. zu erweitern, ist die Sensibilität für die Inhalte der Hospizarbeit zu erhöhen. Ebenso sind Konzepte für die Einbettung in den Blick zu nehmen, was jedoch unter der aktuell bestehenden Situation des Fachkräftemangels erschwert wird Heiß (2018).

### **2.4.3 Stationäre Hospize**

Stationäre Hospize sind eigenständige Einrichtungen mit acht bis sechzehn Betten. In einem Hospiz werden die Schwerstkranken und Sterbenden palliativpflegerisch, psychosozial und spirituell von ausgebildetem Personal und qualifizierten ehrenamtlich Mitarbeitenden versorgt und begleitet. Die medizinische Behandlung übernimmt die Hausärztin/der Hausarzt oder eine qualifizierte Palliativmedizinerin/ein qualifizierter Palliativmediziner. Zur Aufgabe eines Hospizes zählt auch die Begleitung und Unterstützung der An- und Zugehörigen. In der wohnlichen Atmosphäre können sich Sterbende und ihre Angehörigen wohlfühlen, sie werden ernst genommen und fühlen sich geborgen. Die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist vor allem dann sinnvoll, wenn es im Zuhause nicht mehr möglich ist, den schwerstkranken Menschen zu versorgen (ALPHA, 2017).

In äußerst seltenen Fällen werden Menschen von einem Hospiz in ein Krankenhaus verlegt, z. B. im Falle eines Sturzes o. ä. Umgekehrt kommen die Menschen oft aus dem Krankenhaus direkt in ein Hospiz und machen somit die Vernetzung mit den Einrichtungen notwendig. Auch hier profitieren Sterbende von einer guten Kommunikation und Übergabe des aufnehmenden stationären Hospizes mit dem abgebenden Krankenhaus, wofür langfristig Finanzierungs- aber auch Digitalisierungskonzepte angelegt werden müssen.

### **2.4.4 Ambulante Palliativpflege**

Ambulante palliative Pflege ist eine ganzheitliche Pflege von Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nicht mehr durch eine kurative Therapie behandelbar ist. Die Behandlung von Schmerzen und weiteren Symptomen nach Verordnung der Ärzte stellt in dem nordrhein-westfälischen Konzept der Palliativpflegedienste ein wesentliches Element dar. Aber auch die psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte bei der Begleitung am Lebensende nehmen einen großen Raum ein. Die Gewährleistung der bestmöglichen Lebensqualität für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige hat oberste Priorität. Ambulante Palliativpflegedienste sind oft Teil eines Pflegedienstes mit hauptamtlichem, palliativ geschulten Krankenpflegepersonal. Sie stehen in enger Kooperation mit den Hausärztinnen und Hausärzten, den ambulanten Hospizdiensten sowie mit den Palliativärzteams (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SAPV / Palliativmedizinischer Konsiliardienst, PKD) vor Ort, also all jenen, die mit der Betreuung und Begleitung sterbender Menschen betraut sind. Es ist möglich, dass Patientinnen und Patienten während eines ambulanten Pflegeprozesses in ein Krankenhaus eingewiesen werden; eine größere Bedeutung hat hier jedoch die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung. Die Gestaltung dieses Prozesses, der Informationsfluss und die Überleitung mit Details über die weitere Pflege und Versorgung sowie die Wünsche der Betroffenen sind in ihrem Sinne und für ihre Lebensqualität von großer Bedeutung.

## 2.4.5 Ambulante palliativmedizinische Versorger

Die palliativmedizinischen Dienste bzw. SAPV-Teams, d. h. die Palliative Care Teams (PCT) in Nordrhein und die Palliativmedizinischen Konsiliardienste (PKD) in Westfalen-Lippe, betreuen ärztlicherseits Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und einer begrenzten Lebenserwartung in ihrem Zuhause. Der Schwerpunkt der Versorgung liegt auf der Linderung von Symptomen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Palliativmedizin bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen natürlichen Vorgang. Auch Palliativmedizinerinnen und -mediziner arbeiten in einem vernetzten multidisziplinären Unterstützungssystem, das den schwerkranken Menschen und ihren Familien hilft, bei bestmöglicher Linderung der Symptome leben zu können. Eine intensive Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ist notwendig, damit die entlassene Patientin/ der entlassene Patient adäquat weiterbehandelt werden kann, unabhängig davon, ob es sich um eine Entlassung in die eigene Häuslichkeit oder in eine stationäre Einrichtung handelt.

## 2.4.6 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind für viele Menschen der letzte Lebensort. Durch einschränkende Erkrankungen, nachlassende Kraft oder durch fehlende häusliche Unterstützung ist ein Verbleib in der gewohnten Umgebung nicht mehr möglich. „Für Menschen über 80 Jahre hat sich das eigene Zuhause in die Pflegeeinrichtung verlagert und stellt nun den Ort des letzten Lebensabschnitts und des Sterbens dar“ (MAGS, NRW, 2018, S.18). Manchmal sind es Jahre, aber oft auch nur wenige Monate oder Wochen, die sie in ihrem neuen Zuhause verbringen. Manche Bewohnerinnen/Bewohner sind traurig, ängstlich oder verwirrt, andere haben Schmerzen oder andere belastende Symptome. Bei einigen wird der Schwerpunkt auf der Pflege und Behandlung liegen, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Bei anderen geht es vor allem um die Linderung von Beschwerden. Der Sterbeprozess ist individuell, es gibt hier keine Schablone für die Prozesse der Begleitung und Versorgung. Um in dieser letzten Lebensphase gut für die Bewohnerinnen und Bewohner zu sorgen, arbeitet die Pflegeeinrichtung wenn möglich mit anderen Organisationen zusammen, sei es mit dem ambulanten Hospizdienst oder dem regionalen Palliativnetz, die sowohl die sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Mitarbeitenden unterstützen. Die Art und Weise der Umsetzung des Hospizgedankens im Haus wird zunehmend an Bedeutung gewinnen, da die Menschen immer später in die Einrichtung kommen und dann auch dort kurzfristig versterben. Etwa jeder fünfte Deutsche stirbt in einer Pflegeeinrichtung, nach dem DAK Pfleregereport aus 2016 sterben 75 % aller Menschen im Pflegeheim oder Krankenhaus.

In Notfällen kommt es immer wieder zu Einweisungen von sterbenden Menschen in ein Krankenhaus. Die Ursachen sind unterschiedlich. Entweder ist es der Wunsch der Angehörigen, doch noch etwas tun zu können, oder eine Extremsituation in der Pflege, die zu einer eher ungeplanten Krankenhauseinweisung führt. Wenn die Bewohnerin/der Bewohner dies für bestimmte Konstellationen in seiner Patientenverfügung ausgeschlossen hat, ist es umso wichtiger, dass eine gute Kooperation (nicht nur) zwischen Pflegeheim und Krankenhaus existiert. So kann ggf. für die letzten Lebenstage nach den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner eine schnelle Rückführung in die gewohnte Umgebung erfolgen.

### **3. Die Befragung**

Die Onlinebefragung richtete sich sowohl an die Krankenhäuser als auch an deren oben beschriebenen Kooperationspartner. Von besonderem Interesse war, in welcher Form sterbende Menschen grundsätzlich begleitet und versorgt werden und ob sich hospizliche und palliative Versorgungsstrukturen in Leitlinien und Prozessen, wie z. B. dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement, widerspiegeln. Als weiterer Schwerpunkt wurde die Vernetzung mit den verschiedenen vor- und nachstationären Partnern betrachtet.

Im Sinne einer Vorbefragung wurden vor Aufnahme des Projektes Hospizdienste nach ihrer Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern befragt. Im Rahmen des vorliegenden Projektes und im Vorfeld der Fragebogenkonstruktion wurden darüber hinaus einzelne Experten zu den relevanten Aspekten mündlich interviewt: Dazu gehörten unter anderem Vorstände und Koordinationskräfte aus ambulanten Hospizdiensten, Ärztinnen/Ärzte sowie Koordinationskräfte aus palliativmedizinischen Diensten, Altenheimleitungen und Hausärztinnen/Hausärzte, zwei Leitungen eines klinischen Palliativdienstes sowie die Leitung einer Palliativstation und die Entlassmanagerin eines großen Klinikums. Die Prüfung der Fragen auf Praxisnähe, Güte und Zielrichtung ging in die Konstruktion der endgültigen Fragebogenversion ein.

Das resultierende Befragungsinstrument wurde auf der Basis der Umfragetools von LamaPoll in eine Onlineversion transferiert. Auf eine Paper-Pencil-Version wurde aus Gründen der Niedrigschwelligkeit und der Zeitökonomie gänzlich verzichtet.

Schließlich entstanden zwei Endfassungen: eine für Mitarbeitende und eine für die wichtigsten Kooperationspartner der Krankenhäuser. Bei den Letztgenannten handelt es sich um Hausärztinnen/-ärzte, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativpflegedienste sowie Palliativmedizinische Dienste, d. h. Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) in Westfalen-Lippe, die Palliative-Care- oder SAPV-Teams (PCT) in Nordrhein und schließlich um Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Die Befragung wurde am 28. Oktober 2019 gestartet; die gesamte Laufzeit betrug 14 Wochen.

#### **Befragung Krankenhäuser**

Der Onlinefragebogen ging den Krankenhäusern über verschiedene Wege zu: Zunächst hat die Krankenhausgesellschaft NRW in ihrem Informationsorgan auf das Projekt hingewiesen und für eine Teilnahme geworben. In weiteren Schritten hat das Gesundheitsministerium NRW die Krankenhäuser angeschrieben und ALPHA NRW im Anschluss den Link an die Krankenhäuser versandt. Nach einer Laufzeit von zehn Wochen wurden die Krankenhäuser ein weiteres Mal von der Krankenhausgesellschaft angeschrieben.

Der Onlinefragebogen wurde von 503 Besuchern aufgesucht; insgesamt teilgenommen haben 201 Personen. Durch die Anonymisierung (auch auf Codes wurde in dieser Befragung verzichtet) ist kein Rückschluss auf die Häuser möglich. Es ist nicht auszuschließen, dass aus einem Krankenhaus mehr als eine Fragebogenbearbeitung erfolgte. Daher wurde das Antwortverhalten geprüft, woraus sich schließen lässt, dass es sich bei den Rückläufen zu drei Viertel um verschiedene Häuser handelt. Der resultierende Rücklauf von rd. 50 % ist wesentlich auf die Unterstützung der Krankenhausgesellschaft und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales zurückzuführen. Nach dem Versand erhielt ALPHA zudem Rückmeldungen aus Krankenhäusern mit der Bitte um Zusendung der Befragung, da sie von Verbänden oder anderen Häusern von der Untersuchung Kenntnis erlangt haben. Diese expli-

zite Bitte lässt auch auf das hohe Interesse an der Thematik schließen. Ferner entspricht es der Erfahrung von ALPHA, dass manche per Mail geschickten Informationen oder Anfragen bei Geschäftsführung oder Träger nicht beim Adressaten ankommen. Zudem sind die zeitlichen Ressourcen aller hier Beschäftigten u. a. aus oben genannten Gründen eingeschränkt.

### Befragung Kooperationspartner der Krankenhäuser

Nach Beantwortung der ersten (Filter-)Frage im Fragebogen wurden die oben aufgeführten teilnehmenden Partner der Krankenhäuser an die ihre Organisation betreffende Stelle im Fragebogen gelotst. Die Befragung wurde am 25. Oktober 2019 gestartet. Der Onlinefragebogen wurde von 676 Besuchern angeklickt; insgesamt teilgenommen haben 325 Personen.

Die Verteilung der Kooperationspartner: Hausarztpraxen, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativpflegedienste, Palliativmedizinische Dienste und Altenheime ist der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.



Abb.III-1: Anzahl der teilnehmenden Partner der Krankenhäuser (n=325)

Die hohe Anzahl der ambulanten Hospizdienste (ca. 50 %) erklärt sich durch den engen Kontakt der ALPHA-Stellen mit den Diensten. Von den stationären Hospizen sind mit 23 ca. 30 aller Hospize in NRW vertreten. Durch die auch zahlenmäßigen akuten Veränderungen in der ambulanten-pflegerischen Landschaft ist der prozentuale Anteil der Dienste, die an der Befragung teilgenommen haben, schwer zu benennen. Nach den Zahlen aus 2018 (nach Verband der Ersatzkassen, VdeK 186 Dienste für Erwachsene) repräsentieren die 25 teilnehmenden Dienste ca. 14 %. Die palliativmedizinischen Versorger sind mit 41 Teams (von 21 SAPV-Teams in Nordrhein und 37 Palliativmedizinischen Konsiliar-diensten<sup>1</sup> in Westfalen-Lippe) und damit zu ca. 80 % vertreten. Der Zugang zu den Altenheimen erfolgte u. a. über die Wohlfahrtsverbände in NRW sowie den Verband der privaten Anbieter. Der Rücklauf der teilnehmenden Altenheime ist mit 3 % gering. Dies erklärt sich durch die hohe Bean-

<sup>1</sup> [https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/sapv\\_teams.pdf](https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/sapv_teams.pdf), September 2019  
<http://www.bv-palliativmediziner.de/pkds-in-westfalen-lippe/>, Dezember 2019.

spruchung der Einrichtungen bei zeitlich eng getakteten und teilweise neuen Aufgaben (z. B. modifizierte Qualitätsprüfungen), denen sich die Heime bei gleichzeitigem Personalnotstand stellen müssen. Die Antworten der 65 Einrichtungen werden dennoch als aussagekräftig bewertet.

## **4. Befragungsergebnisse Krankenhäuser**

### **4.1 Allgemeine Informationen**

Insgesamt haben 201 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus verschiedenen Krankenhäusern und unterschiedlichen Fachbereichen an der Befragung teilgenommen. Es wurden die Professionen, jedoch nicht die Kompetenzen erfragt. Ärztinnen und Ärzte waren zu 37 % vertreten (n=73). Diese haben eine große Vielfalt an Fachqualifikationen absolviert, darunter häufig Palliativweiterbildungen; von diesen 73 Medizinerinnen und Medizинern verfügen 52 % über diese Zusatzqualifikation.

Ein Drittel der Befragten kam aus dem Pflegebereich. Diese waren in zwanzig unterschiedlichen Disziplinen oder als Pflegedienstleitung/Pflegedirektion bzw. im Qualitätsmanagement tätig. Elf von insgesamt 63 Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeitern gaben an, auf einer Palliativstation zu arbeiten. Zwei Pflegekräfte waren ausdrücklich in einem palliativen Konsiliardienst, vier weitere Personen mit ihrer Palliativqualifikation auf unterschiedlichen Stationen im Einsatz. Dies bedeutet, dass ca. 17 % der Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeiter, die den Onlinefragebogen ausgefüllt haben, im palliativen Bereich der Krankenhäuser beschäftigt waren.

In der Kategorie „Andere Professionen“ kamen acht Personen aus dem Bereich der Geschäftsführung, insgesamt 17 Personen waren Pflegedienstleitungen bzw. kamen aus der Pflegedirektion. Auch hier gaben noch einmal drei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter an, dass sie als Palliativ-Koordinatorin/-Koordinator im Haus konsiliarisch eingesetzt seien. Aus der Theologie bzw. Seelsorge nahmen vier Befragte teil. Die anderen Professionen waren in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt, wie der Ethikberatung, der Gerontologie, als Hygienefachkraft, aus dem IT-Bereich, der Psychoonkologie oder Psychotherapie.

Von allen Befragten in den Krankenhäusern waren 74 % in leitenden Funktionen und 22 % nichtleitend. 4 % machten hierzu keine Angaben.

38 % der Befragten hatten eine palliative Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden absolviert. In den befragten Häusern war 84 % der Befragten bekannt, dass es palliativ geschultes Personal (mind. 40 Stunden) im Haus gibt. 6 % wussten, dass es dieses Personal im Haus gibt, sie wussten aber nicht, um wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter es sich handelt und hatten bisher noch keinen Kontakt zu diesen Personen. 2 % gaben an, dass es keine palliativ geschulten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gäbe und 8 % konnten keine Angabe dazu machen.

Die Kliniken der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung befinden sich jeweils zu ungefähr der Hälfte in Westfalen-Lippe (49 %) und Nordrhein (48 %), die verbleibenden liegen außerhalb Nordrhein-Westfalens.

Die teilnehmenden Krankenhäuser befinden sich zu 34 % in Orten mit bis zu 100.000 Einwohnern. Zu 64 % liegen die Kliniken in Städten über 100.000 Einwohnern.

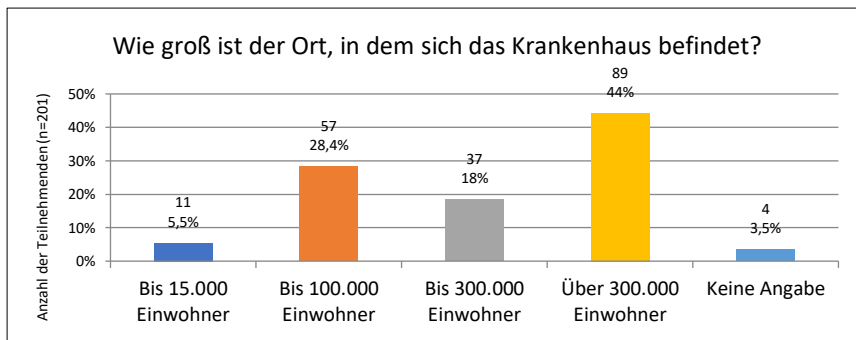


Abb. IV-1: Größe des Ortes, in dem sich das Krankenhaus befindet (Frage 4)

Die Hälfte der Teilnehmenden war in christlichen Häusern, ein Viertel in Häusern kommunaler Trägerschaft tätig; 9 % der Häuser gehörten zu privaten Anbietern. Unter den sonstigen Trägern wurden sieben Krankenhäuser des Landes aufgeführt sowie zwei Universitätskliniken.

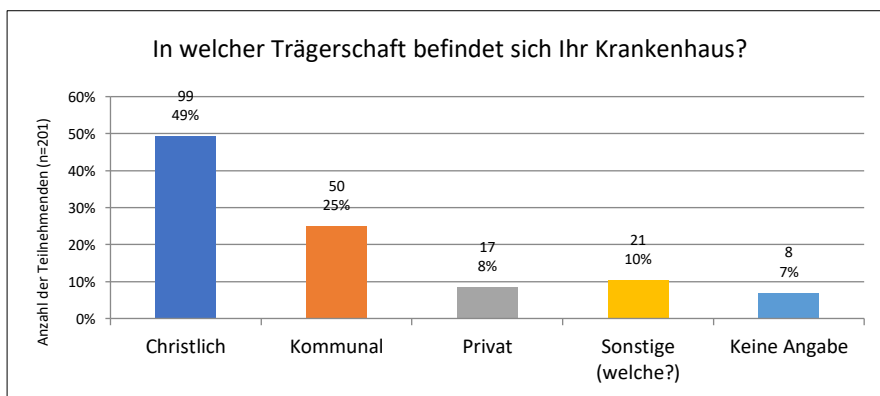


Abb. IV-2: Trägerschaft der Krankenhäuser (Frage 6)

Bei der Frage nach den unterschiedlichen Stationen in den Häusern gaben ca. zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass eine Palliativstation vorhanden sei. Alle weiteren Stationen/Abteilungen sind dem nachfolgenden Diagramm zu entnehmen.

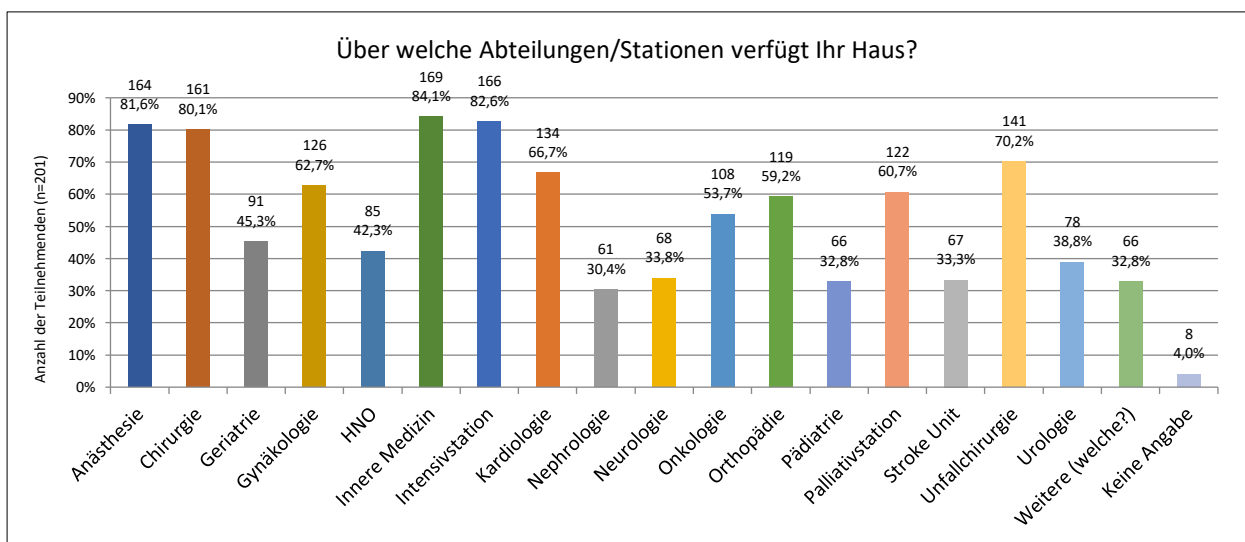


Abb. IV-3: Abteilungen/Stationen der befragten Krankenhäuser (Frage 7)

Ca. zwei Drittel verfügen über einen Palliativdienst. Somit ist der Anteil der Häuser, in denen sowohl eine Palliativstation als auch derjenige, in denen ein Palliativdienst besteht, sehr hoch.

Darüber hinaus gaben 14 % der Befragten an, dass es für ihr Haus einen externen Dienst gibt, der ein palliatives Konsil im Haus durchführt (Frage 9).

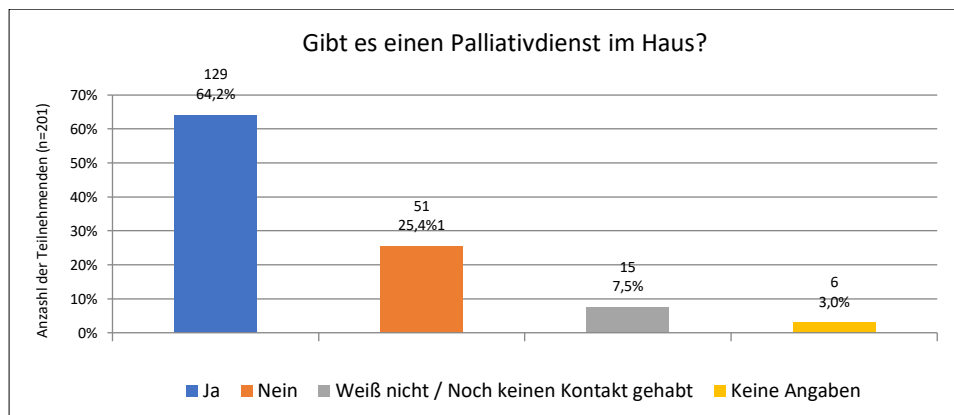


Abb. IV-4: Existenz eines Palliativdienstes im Haus (Frage 8)

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, in welchem Umfang die Krankenhäuser von Todesfällen betroffen sind, wurde nach der Anzahl der Sterbefälle in ihrem Haus pro Jahr gefragt: Ein Drittel der Befragten berichtete von über 250, ca. ein Viertel von bis zu 250 und 9 % von bis zu 50 Sterbefällen in ihren Häusern. Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmenden war über die Zahl der Todesfälle nicht informiert. Die hohen Zahlen weisen auf die Notwendigkeit von Konzepten und Strategien für eine medizinisch, pflegerisch, ethisch und psychologisch angemessene Versorgung Sterbender hin.

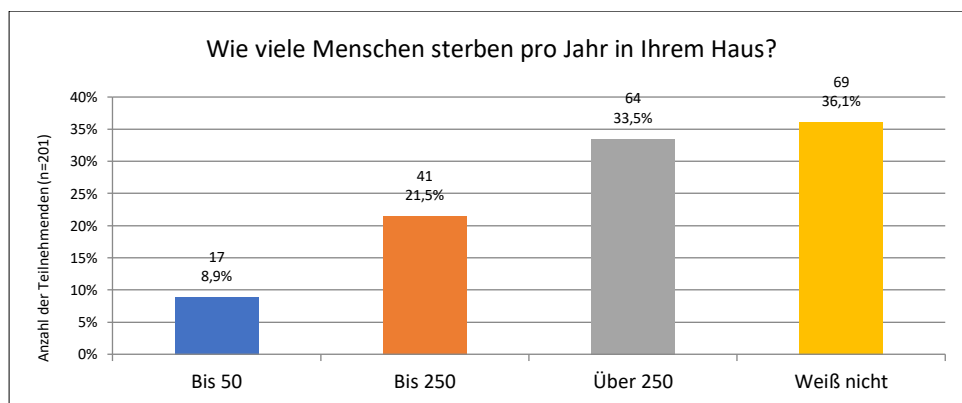


Abb. IV-5: Sterbefälle pro Jahr (Frage 10)

Da also der Sterbeprozess und die damit einhergehenden Handlungen einen Teil der täglichen Aufgaben darstellt, stellte sich die Frage, ob hierfür eine durch ein Leitbild repräsentierte Haltung existiert: Zwei Drittel der Häuser haben den Umgang mit Sterben und Tod im Leitbild aufgenommen; bei 2 % ist es in Bearbeitung, bei 15 % ist es nicht im Leitbild verankert und 17 % der Befragten wussten es nicht.

## 4.2 Aufnahmemanagement

Ein standardisiertes Aufnahmemanagement wird in den meisten Häusern geführt (95 %). Das Aufnahmemanagement erfolgt zu 36 % durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich. Fast ebenso hoch ist die Zahl der durchführenden Ärztinnen und Ärzte. In einigen Häusern wird das Aufnahmemanagement von medizinischen Fachangestellten (11 %) oder vom Casemanagement (10 %) vorgenommen.

Welche Standards im Einzelnen das Aufnahmeverfahren berücksichtigt, beantworteten 201 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit 1042 Antworten. In 76 % der Häuser wird nach vorherigen Diagnosen und Erkrankungen gefragt. Bereits an zweiter Stelle, mit 71 %, steht die Frage nach der Patientenverfügung bzw. der Vorsorgevollmacht. Ebenfalls häufig angegeben wurden die Fragen nach der besonderen Ernährung und den Allergien sowie nach der akuten und chronischen Schmerzsituation der Patientinnen und Patienten. Die Wünsche der Patientinnen und Patienten zur Behandlung wird bei der Aufnahme in weniger als der Hälfte der Häuser angesprochen ebenso wie die Wünsche zur Entlassung. Nach den Wünschen für den Sterbeprozess wird in ca. einem Drittel der Fälle gefragt. Vergleichbar mit der Aufnahme in einem Altenheim schließt dies nicht aus, dass auf diese Fragen an den Folgetagen eingegangen wird.

Das nachfolgende Diagramm zeigt die Anzahl der Nennungen sowie die prozentualen Angaben in Bezug zueinander.

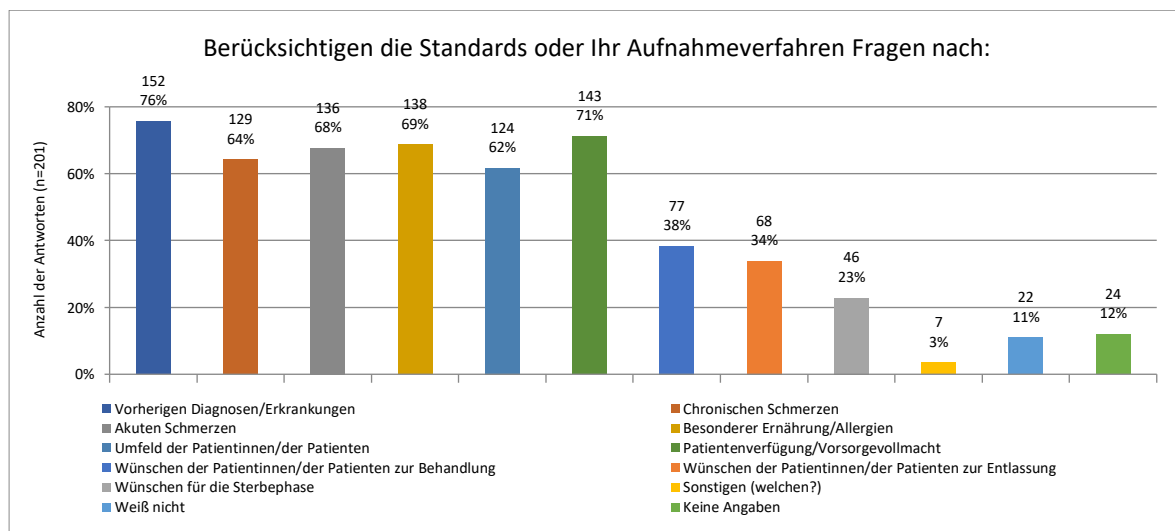


Abb. IV-6: Aspekte im Aufnahmemanagement (Frage 15, Mehrfachnennungen möglich)

In der offenen Frage nach sonstigen Aspekten wurden die „Therapiebegrenzung im Einzelfall“, „Mangelernährung, Sturzrisiko, ISAR Screening“ und „Psychosoziale Begleitung“ genannt. Ebenso wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Fragen in der Onlinebefragung in erster Linie das Aufnahmemanagement im Erwachsenenbereich berücksichtigen. Im Kinder- und Jugendbereich wurden auch Fragen nach „Vorlieben, Allergien, Schlafgewohnheiten, Mitaufnahme der Eltern etc.“ gestellt.

Wenn ein Palliativteam im Haus war, wurde dieses im Fall von schwerwiegenden onkologischen oder neurologischen Erkrankungen laut einem Viertel der Befragten beim Aufnahmemanagement hinzugezogen; bei schwerwiegenden Schmerzen und weiteren Symptomen waren es noch 22 %. Bei der Hälfte aller Teilnehmenden (49 %) wurde das Team nicht direkt einbezogen, sondern die weiterbehandelnde Station entschied über die Einbeziehung des Palliativdienstes.

Um Kenntnis darüber zu erlangen, ob es für sterbenskranke Patientinnen und Patienten ein anderes Vorgehen gibt als für andere Erkrankte, wurde die Frage nach besonderen Verfahrensweisen gestellt, sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Überleitung auf die behandelnde Station. Dabei stellte sich heraus, dass in über der Hälfte der Fälle Gespräche zwischen den Ärztinnen und Ärzten stattfinden und es in mehr als einem Drittel der Fälle sowohl zu Gesprächen zwischen den Pflegekräften als auch zu Fallbesprechungen (ggf. mit dem Palliativteam) kommt. In dem nachfolgenden Diagramm finden sich die Angaben in Relation zu den Antworten (n=346).

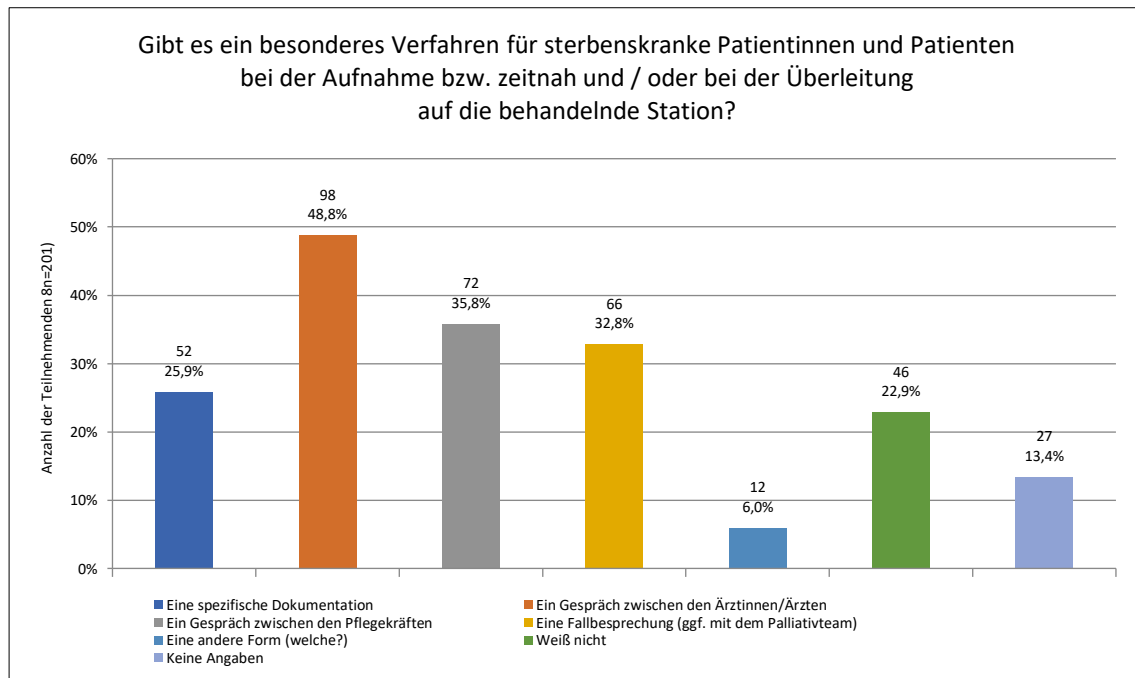


Abb. IV-7: Verfahrensweise im Aufnahmeprozess für sterbenskranke Patientinnen und Patienten (Frage 17, Mehrfachnennungen möglich)

Darüber hinaus finden in vielen Häusern interdisziplinäre Besprechungen statt (z. B. Sozialarbeit, Psychoonkologie). In einigen Häusern werden diese Patientinnen und Patienten zudem direkt auf der Palliativstation aufgenommen, unter Umständen nach Rücksprache unter Umgehung der zentralen Aufnahme.

### 4.3 Versorgung sterbenskranker Patientinnen und Patienten im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes

#### Standards

Über die Hälfte der Häuser verfügen über Standards für die Versorgung sterbenskranker Menschen in der Finalphase. Für Menschen, die an einer progredient verlaufenden Erkrankung leiden, wurde dies mit knapp einem Drittel angegeben. 30 % der Teilnehmenden gaben an, dass diese Standards auf allen Stationen vorhanden seien. Ein Viertel der Befragten beschrieb, dass diese auf einzelnen Stationen vorlägen. Genannt wurden hier insbesondere die Palliativstationen, onkologische, hämatologische und geriatrische Stationen sowie Intensivstationen.

## Multiprofessionalität

In die Versorgung sterbenskranker Patienten werden in 84 % der teilnehmenden Häuser die Seelsorgerinnen und Seelsorger hinzugezogen. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind mit 75 % ebenfalls häufig genannt, es folgen Psychologinnen / Psychologen mit 66 % und das Palliativteam mit 58 % bzw. die Schmerztherapeuten und Palliativfachkräfte mit 57 % und 56 %.

Die Frage nach der Besetzung der Palliativteams wurde von 54 Teilnehmenden beantwortet. Benannt wurde der medizinisch-ärztliche Bereich (n=49) sowie der Pflegebereich (n=41). Die Physiotherapie (n=25), die Seelsorge (n=24) sowie der Soziale Dienst (n=22) sind oft vertreten. Psychologinnen und Psychologen sowie Psychoonkologische Beraterinnen und Berater wurden in 14 Fällen als Teil des Teams genannt. Weitere, nicht näher definierte Therapeuten wurden ebenfalls von 14 Teilnehmenden aufgeführt.

## Schmerzerfassung

Die Frage, ob im Haus strukturierte Skalen zur Schmerz- und Symptomerfassung verwendet werden, beantworteten 86 % der Teilnehmenden positiv. 5 % verneinten diese Frage und 9 % hatten keine Kenntnis von einem entsprechenden Einsatz. Die einzelnen Schmerzskalen wurden in unterschiedlicher Häufigkeit aufgeführt. Überwiegend genannt wurden NRS (Numerische Rating Skala), VRS (Verbale Rang Skala) sowie VAS (Visuelle Analog Skala). Es wurde zudem hingewiesen auf die Differenzierung zwischen Skalen für Kinder und Skalen für Erwachsene sowie Skalen für demenzkranke Menschen.

## Einbezug der Angehörigen

In den meisten Häusern werden die Angehörigen in die Versorgung einbezogen. So gaben ca. 70 % der Befragten an, dass sie die Angehörigen, wenn möglich, immer einbeziehen. In 11 % der Fälle werden Angehörige gelegentlich oder bei Bedarf in der Versorgung mit hinzugezogen. In zwei Drittel der Fälle wird dies in die Dokumentation aufgenommen.

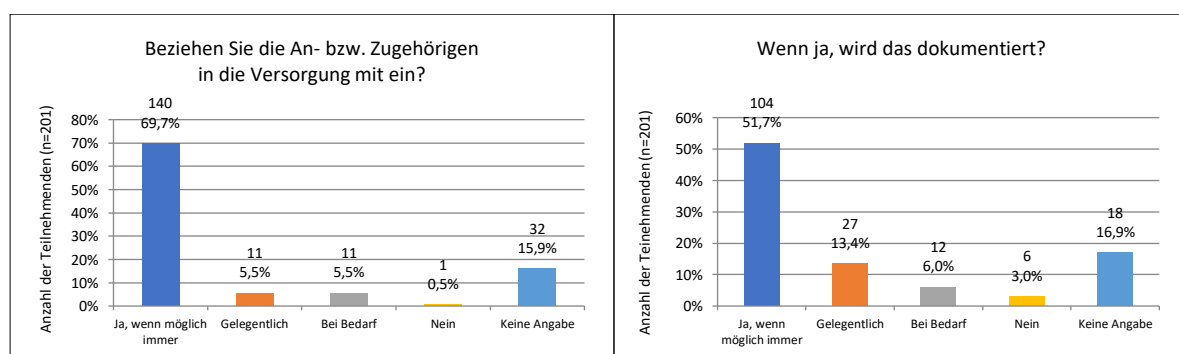


Abb. IV-8: Einbeziehung der Angehörigen (Frage 22 und 23)

## Fallbesprechungen

Die Frage nach der Durchführung interprofessioneller Fallbesprechungen für sterbenskranken Patientinnen und Patienten wurde von ca. 22 % der Befragten bejaht. Sie werden häufig wöchentlich oder bei Bedarf, seltener täglich durchgeführt.

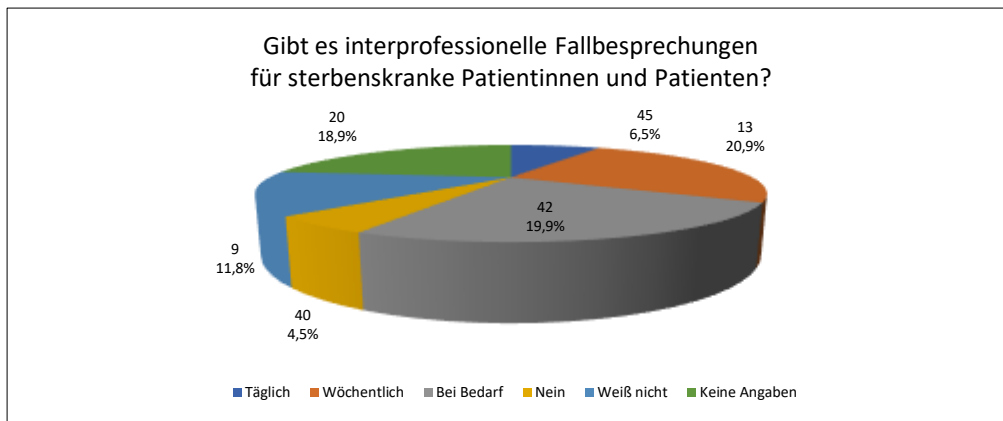


Abb. IV-9: Umsetzung interprofessioneller Fallbesprechungen (Frage 24, Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für die Einberufung einer sogenannten Fallbesprechung liegen überwiegend im Klärungsbedarf bei unterschiedlichen Handlungsoptionen (ca. 50 % aller Teilnehmenden), in unterschiedlichen Bewertungen des Zustandes der Patientin/des Patienten oder einer aktuellen massiven Verschlechterung der Krankheitssituation bei den Patientinnen und Patienten.

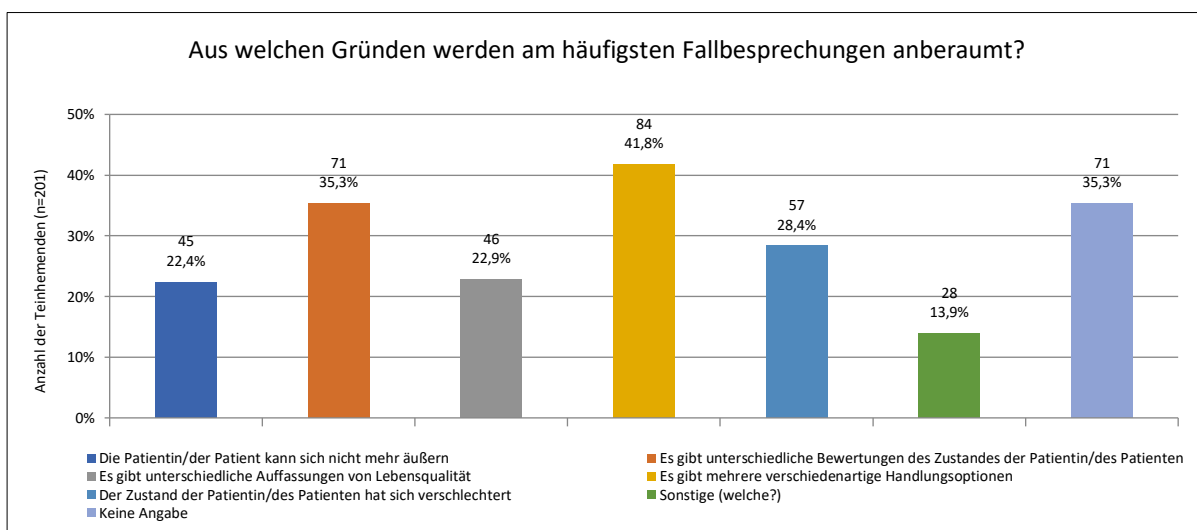


Abb. IV-10: Häufigste Gründe für Fallbesprechungen (Frage 25, Mehrfachnennungen möglich)

Unter den „Sonstigen Gründen“ wurde mehrheitlich darauf hingewiesen, dass die Fallbesprechungen auf Palliativstationen und im Palliativteam Standard sind. Sie würden in jedem Fall bei ethischen Konfliktsituationen einberufen, ebenso wenn die soziale Situation der Patientinnen und Patienten insgesamt schwierig sei, z. B. durch fehlende Angehörige oder wenn für alle Beteiligten sehr belastende Situationen auftreten.

### Wünsche der Patientinnen und Patienten

Gefragt nach den geäußerten Wünschen der sterbenskranken Patientinnen und Patienten gaben drei Viertel der Teilnehmenden den Wunsch nach dem Besuch nahestehender Angehöriger an. Weitere Wünsche sind der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.

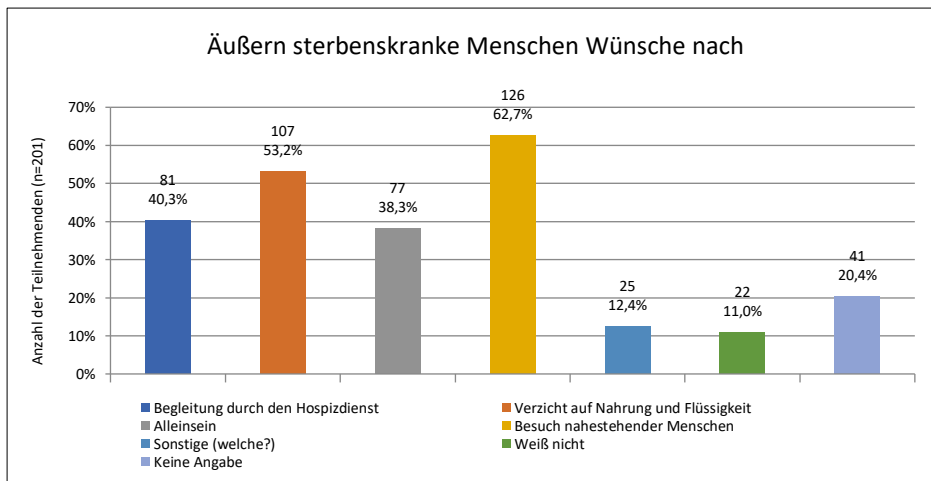


Abb. IV-11: Wünsche sterbenskranker Patientinnen und Patienten (Frage 26, Mehrfachnennungen möglich)

Über die Hälfte der Befragten gab den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit an. Während 38 % der Teilnehmenden den Wunsch nach Alleinsein wahrnahmen, würden sich die Patientinnen und Patienten auch die Begleitung durch den ambulanten Hospizdienst wünschen (40,3 %). Bei den sonstigen Angaben wurde der Wunsch nach Symptomreduzierung und Schmerztherapie, nach seelsorglicher Begleitung, nach besonderen Lebensmitteln oder dem Besuch durch das Haustier genannt sowie die Erledigung letzter Wünsche und die Entlassung nach Hause. In einzelnen Fällen wurden auch Sterbewünsche geäußert.

### Angebote für die Patientinnen und Patienten

Angebote werden den sterbenskranken Menschen vorwiegend durch Gespräche gemacht. Die Rückmeldungen der Angaben unter „Immer“ und „Häufig“ zusammengefasst, zeigen folgende Ergebnisse: Gespräche mit den Angehörigen werden in nahezu allen Fällen (94 %) angeboten, ebenso Gespräche mit der Seelsorge (90 %). Auch die Nutzung eines Einzelzimmers ist häufig möglich (88 %). Das Angebot eines im Krankenhaus verankerten ehrenamtlichen Besuchsdienstes wird laut 60 % der Angaben vorgehalten. Bei einem Viertel der teilnehmenden Häuser werden Sitzwachen und Begleitungen angeboten.

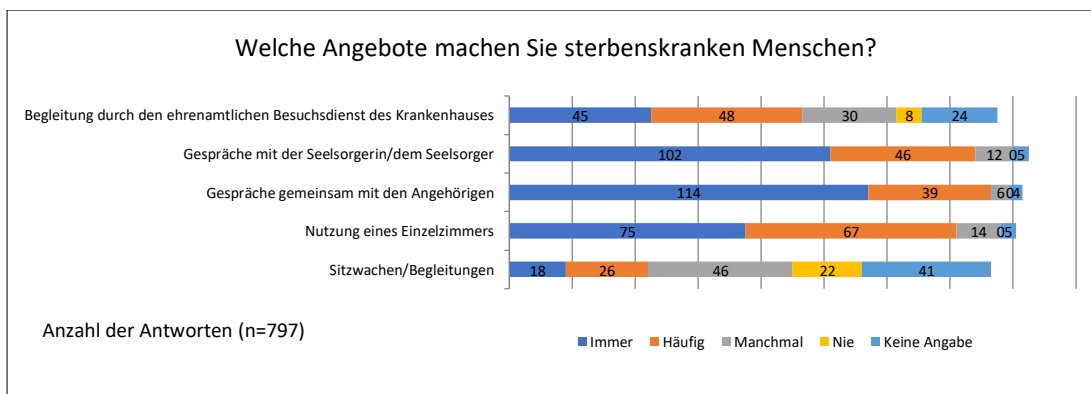


Abb. IV-12: Angebote für sterbensranke Patientinnen und Patienten (Frage 28, Mehrfachnennungen möglich)

Wenn Sitzwachen durchgeführt bzw. angeboten werden, geschieht dies meist durch die betreuenden Pflegekräfte (sie wurden 33 Mal genannt) und durch ehrenamtlich tätige Menschen (23-malige Nen-

nung). Auch der ambulante Hospizdienst (19) und Angehörige (13) engagieren sich hier. Pflegeschülerinnen und -schüler übernehmen gleichermaßen Sitzwachen wie die Seelsorger (7+8 Nennungen). Auch Aushilfen sowie nicht examiniertes Personal von Personalvermittlern wurden aufgeführt (4). Für den Kinder- und Jugendbereich wurde zusätzlich insbesondere darauf hingewiesen, dass die Kinder selten allein seien, da Familie und familiäres Umfeld sehr häufig anwesend seien. Zusätzliche Angebote wurden auch aus den unterschiedlichsten therapeutischen Bereichen genannt. Sie reichten von der Aromapflege und Akupunktur über Entspannungsmethoden, Fußreflexzonenmassage und andere haptische Therapieansätze, Musik- und Kunsttherapie, Klinik-Clowns bis hin zur tiergestützten Therapie. Des Weiteren wurde mehrfach auf die flexible Gestaltung der Besuchsmöglichkeiten und -zeiten hingewiesen. Angebote aus den verschiedenartigen Gesprächssettings wurden ebenfalls mehrfach hervorgehoben. Neben der Krankensalbung und dem Vorhalten eines „Sterbekoffers mit Utensilien“ wurden Überleitungen in das stationäre Hospiz und an die SAPV-Teams aufgeführt. Auch die Möglichkeit einer palliativen Sedierung bei entsprechender Indikation wurde genannt.

### Präsenz des ambulanten Hospizdienstes

Die Anwesenheit des ambulanten Hospizdienstes in den befragten Krankenhäusern stellt sich unterschiedlich dar. 45 bzw. 41 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, ihn auf Wunsch der Patienten bzw. auf Wunsch der Angehörigen für die Beratung und/oder Begleitung zu kontaktieren. Hospizdienste werden auch außerhalb der konkreten Sterbebegleitung hinzugezogen, so zum Beispiel bei der regelmäßigen Besprechung mit dem Sozialen Dienst (19,5 %), mit der Seelsorge (12 %) oder dem Entlassmanagement (6,5 %). Bei annähernd 40 % der Krankenhäuser werden Flyer des Hospizdienstes ausgelegt. Auch gibt es Hospizdienste, die eine regelmäßige Sprechstunde anbieten. Nahezu ein Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gab an, dass der Dienst nicht im Haus präsent sei, sie es nicht wüssten oder ihnen ein ambulanter Hospizdienst nicht bekannt sei. In dem nachfolgenden Diagramm beziehen sich die Angaben wieder auf die Anzahl der (Mehrfach)-Antworten.

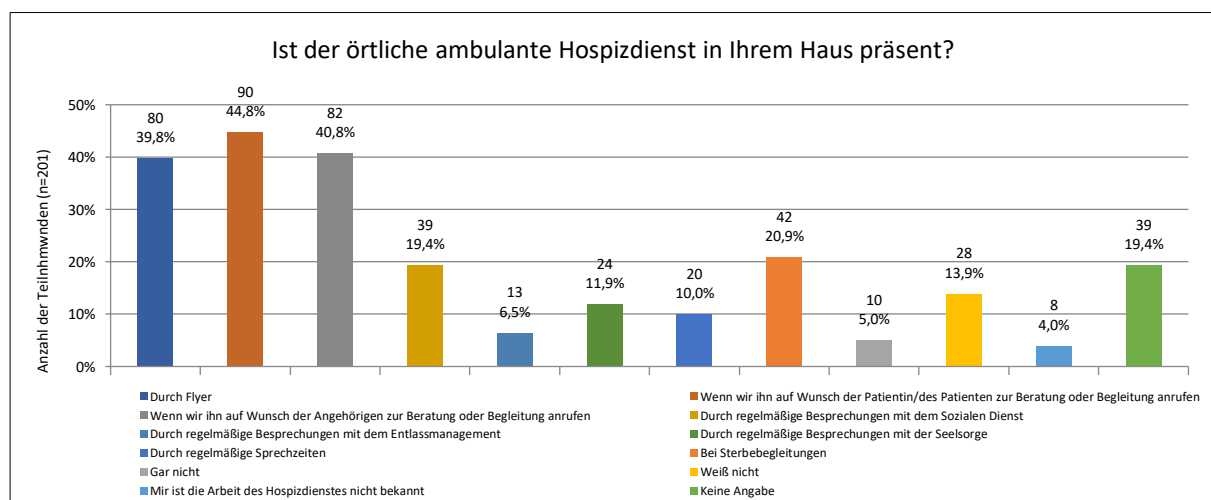


Abb. IV-13: Präsenz des örtlichen Hospizdienstes (Frage 31, Mehrfachnennungen möglich)

Die Information darüber, wer die Entscheidung trifft, den ambulanten Hospizdienst hinzuzuziehen, ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

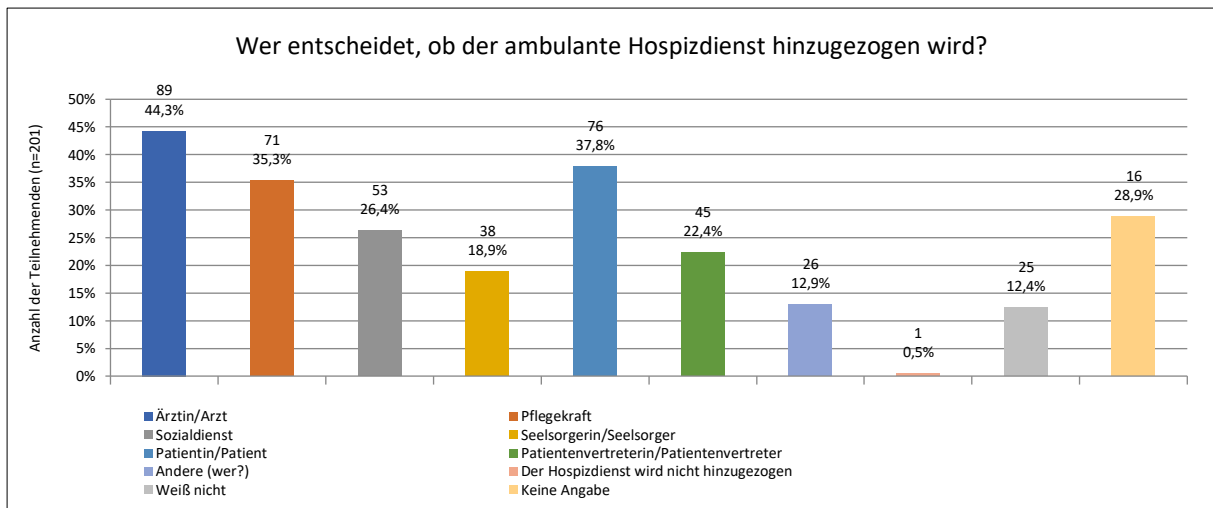


Abb. IV-14: Entscheidung, den Hospizdienst hinzuzuziehen (Frage 32, Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Frage „Andere – (Wer?)“ wurden Angehörige sowie „das Team und Palliativteam“ sehr häufig benannt. In einigen Häusern hat der ambulante Hospizdienst entweder seinen Sitz vor Ort oder er hält regelmäßige Sprechstunden ab, wodurch er nachvollziehbarerweise häufiger einbezogen wird. Hier einige Kommentare im Wortlaut: „Die Entscheidung wird im Team bzw. nach Absprache mit dem Patienten getroffen (bisher allerdings eher die Ausnahme)“ – „Es gibt nicht unbedingt die eine Berufsgruppe, sondern es entscheiden die Kollegen, die den Bedarf sehen oder mitgeteilt bekommen, unabhängig von spezifischen Professionen.“ – „Auf Allgemeinstationen ist nach meinem Wissen der Hospizdienst nicht im Einsatz.“

### Kommunikation über Sterben und Tod

In den einzelnen Häusern werden die Themen Sterben und Tod in dem jeweiligen Arbeitsumfeld unterschiedlich kommuniziert.

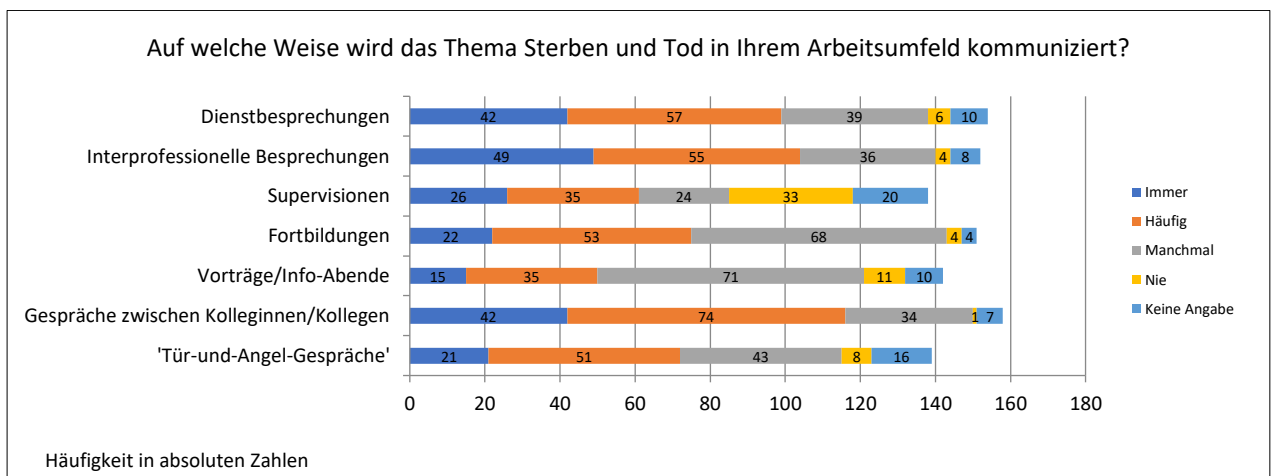


Abb. IV-15: Rahmen für die Kommunikation über Sterben und Tod (Frage 33, Mehrfachnennungen möglich)

Der Anteil der „Tür und Angel-Gespräche“ und der Gespräche zwischen Kolleginnen und Kollegen ist relativ hoch. In interprofessionellen und Dienstbesprechungen findet das Thema zwar auch statt,

dennoch weist die Frage nach der Zufriedenheit mit der Kommunikation auf ein Verbesserungspotential hin (siehe nachfolgende Grafik).

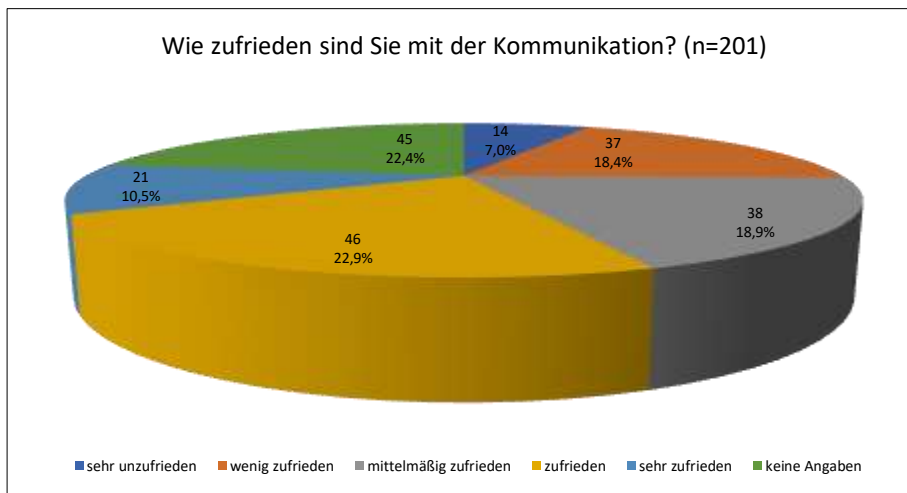


Abb. IV-16: Zufriedenheit mit der Kommunikation über Sterben und Tod (Frage 34)

### Verbesserungspotential

Tatsächlich wünschten sich mehr als zwei Drittel der Befragten eine vertiefende Beschäftigung mit den Hospiz- und Palliativthemen. Um welche Themen handelt es sich im Detail? Sehr häufig benannte Bereiche sind die Kommunikation, die Wahrnehmung und die Haltung. Ebenso wichtig sind die Themen der ethischen Entscheidungsproblematik, wie z. B. der Umgang mit Patientenverfügungen und Therapiezieländerungen. Die eigene Psyche und Grenzerfahrungen sind für viele ebenfalls ein wichtiges Thema, mit dem sie sich vertiefend beschäftigen möchten.

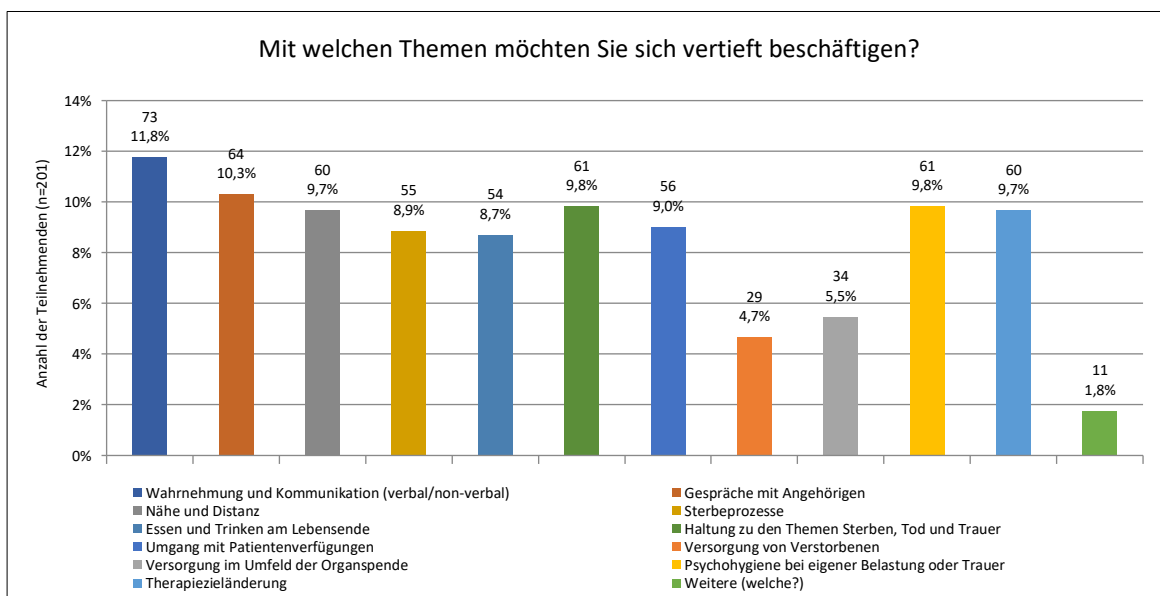


Abb. IV-17: Weitere Themen zur Vertiefung der Themen Sterben und Tod (Frage 36, Mehrfachnennungen möglich)

Die Aussagen deuten auf der einen Seite auf einen Bedarf, auf der anderen Seite auf eine Motivation hin, sich mit diesen Themen tatsächlich auseinandersetzen zu wollen, was eine wichtige Basis für Veränderung wäre.

## 4.4 Entlassmanagement

Das Entlassmanagement für sterbensranke Menschen liegt bei den Befragten vornehmlich in der Verantwortung der sozialen Dienste, der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegebereiches. Auch das Palliativteam wird häufig noch vor dem expliziten Entlassmanagement angeführt.

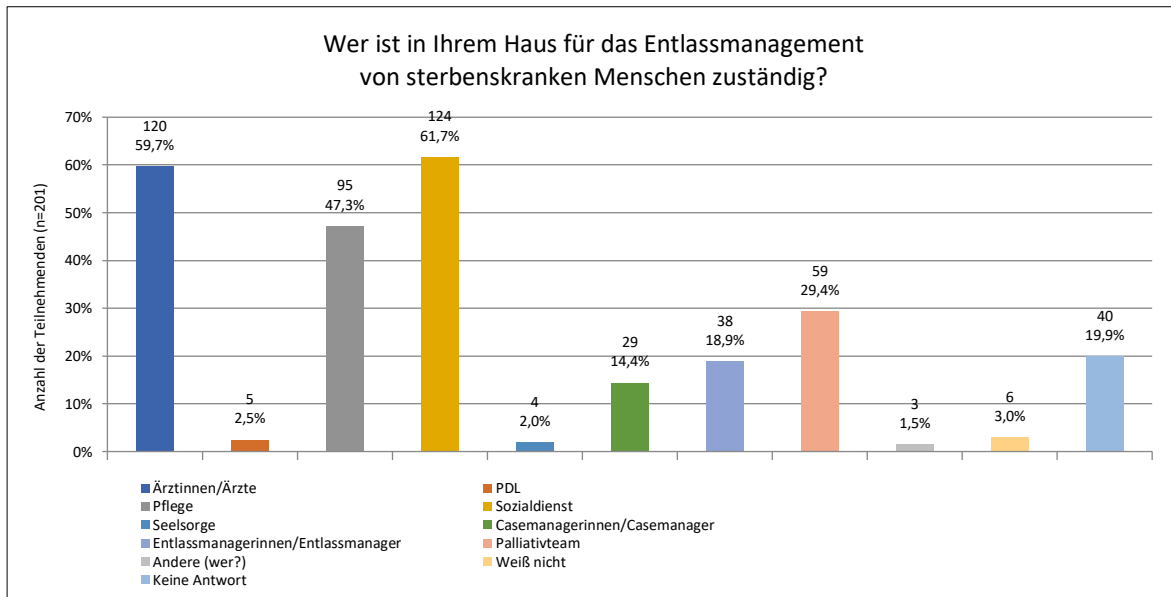


Abb. IV-18: Zuständigkeit für Entlassmanagement (Frage 37, Mehrfachnennungen möglich)

Einen Entlassungsbrief/einen Entlassungsplan geben laut Aussage der Teilnehmenden 88 % bzw. 38 % den sterbenskranken Patientinnen und Patienten mit. Darin enthalten sind in jeweils rund drei Viertel der Fälle Informationen über Diagnosen und abgeschlossene Behandlungen im Krankenhaus sowie zu Maßnahmen der Palliativversorgung. Maßnahmen zur Hospizversorgung wurden zu einem Drittel, Informationen über die Wünsche der Patientinnen und Patienten wurden in der Hälfte der Fälle aufgeführt.

Tab. III-1: Weitere Maßnahmen/Informationen bei der Entlassung (Frage 38)

Mit welchen weiteren Maßnahmen/Informationen werden sterbensranke Patientinnen und Patienten entlassen?	Anzahl der Antworten	Häufigkeit nach Teilnehmer	Häufigkeit nach Antworten
Diagnose und abgeschlossene Behandlungen im Krankenhaus	119	59,2%	10,6%
Entlassungsbrief	141	70,2%	12,6%
Entlassungsplan	62	30,9%	5,6%
Maßnahmen zur Hospizversorgung	102	50,8%	9,1%
Maßnahmen zur Palliativversorgung	116	57,7%	10,4%
Information über die Wünsche der Patientin/des Patienten	82	40,8%	7,3%

Information über das relevante soziale Netzwerk, z. B. Vorsorgebevollmächtigte	91	45,3%	8,1%
Medikamentenplan	139	69,2%	12,4%
Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung, wenn im Krankenhaus erstellt	102	50,8%	9,1%
Pflegeüberleitung	128	63,7%	11,5%
Weitere Therapievorschläge (welche?)	14	7,0%	1,3%
Sonstige Maßnahmen/Informationen (welche?)	10	5,0%	0,9%
Weiß nicht	12	6,0%	1,1%
Keine Angabe	40	19,9%	3,6%

Auch die differenzierten weiteren Therapievorschläge bezogen sich überwiegend auf eine Bedarfsmedikation bzw. auf besondere Pflegemodelle oder auf Angebote der therapeutischen Zusatzversorgung. Zitate: „Wundmanagement, Allergien, Vorlieben beim Essen, Katheterprotokolle, Pumpensysteme...“ oder „bei Bedarf: Physiotherapie, Lymphdrainage, Telefonnummern von Ansprechpartnern“. Auch Brckenpflege wurde angegeben, jedoch nicht regelfinanziert, sondern auf der Basis der Förderung durch einen „palliativen Förderverein“.

Unter „weitere Maßnahmen“ fielen „Beratungen und ... Organisieren und Koordinieren von Netzwerken“ rund um die Familien bzw. in der vertrauten Umgebung.

Die Koordination der ambulanten Weiterversorgung liegt in erster Linie in den Händen des Sozialdienstes, aber auch die rztenschaft und der palliativmedizinische Dienst haben federführende Funktionen.

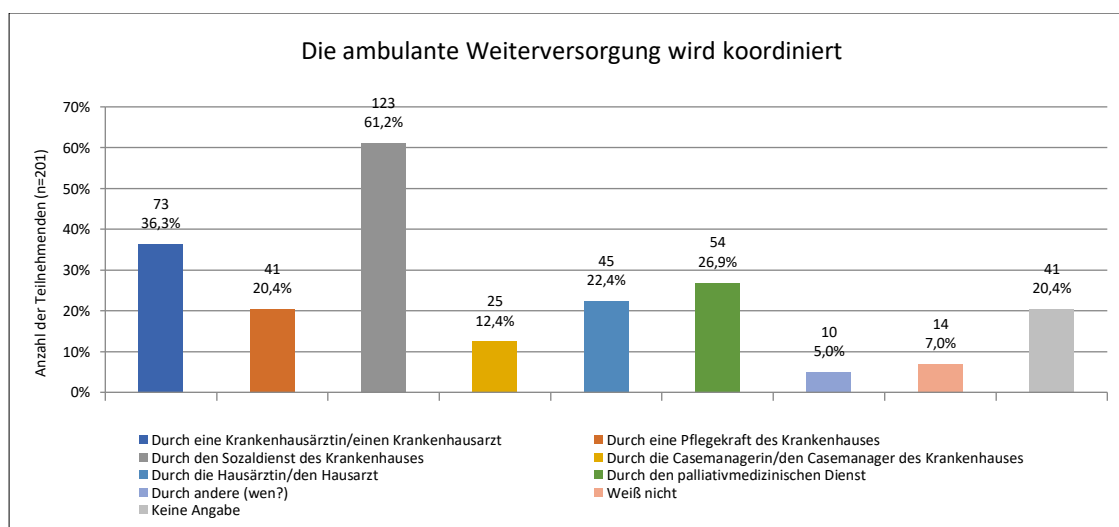


Abb. IV-19: Koordinierung der ambulanten Weiterversorgung (Frage 40, Mehrfachnennungen möglich)

### Abstimmung mit den Angehörigen

Die Abstimmung mit den Angehörigen – auf Wunsch der Patientin / des Patienten – bernehmen zu 40 % die Ärztinnen und Ärzte. Der Soziale Dienst setzt dies in ca. einem Drittel der Fälle um. In geringerem Maße sprechen die Pflegekräfte (14 %) mit den Angehörigen. In wenigen Fällen wurde auch der Palliativdienst/das Palliativteam aufgeführt.

## Bekanntheitsgrad und Nutzung ambulanter Angebote

Die Angebote der ambulanten Versorgung wie die der ambulanten Hospizdienste, der palliativen Pflegedienste und der palliativmedizinischen Dienste sind bei rund 70 % der Befragten bekannt. 14 % der Befragten gaben an, sehr wenig über das ambulante Angebot zu wissen und 8 % machten keine Angaben. Unter sonstigen Diensten wurden zusätzlich einzelne Versorger aufgeführt, wie z. B. spezielle Port- und Ernährungsberater und/oder Schmerztherapeuten.

Die Bekanntheit der ambulanten Dienste und auch der stationären Einrichtungen spiegelt sich in der Beantwortung der Frage wider, mit welchen Anbietern in der Überleitung zusammengearbeitet wird. Fasst man die Antwortmöglichkeiten „Immer und Häufig“ zusammen, ergeben sich sehr ähnliche Zahlen. Der ambulante Hospizdienst wurde danach von den Teilnehmenden in 63 % und die spezialisierten Palliativteams in 73 % benannt. Hausärztinnen und -ärzte sowie ambulante Pflegedienste wurden in 85 % bzw. die Pflegedienste in 83 % der Fälle kontaktiert. Stationäre Hospize wurden mit 73 % und Einrichtungen für Senioren und für Menschen mit Assistenzbedarf mit 63 % angegeben. Unter anderen Anbietern wurden darüber hinaus insbesondere Sanitätshäuser und Apotheken benannt. Viele Patientinnen und Patienten können nach der Entlassung nicht direkt ambulant weiterversorgt werden, für diese ist die Aufnahme in einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung notwendig. Nach Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gibt es jedoch zu wenige Plätze in diesen Einrichtungen.

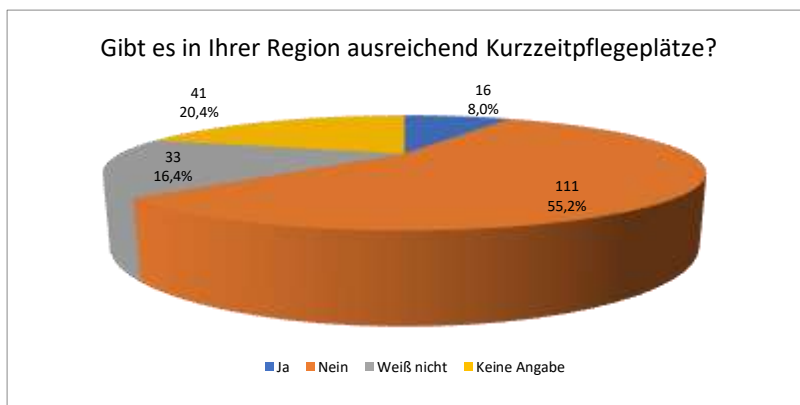


Abb. IV-20: Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen (Frage 45, TN=160)

## Wege der Informierung

Vor der Entlassung werden die zukünftigen Versorger häufig telefonisch oder per Fax informiert. Unter den sonstigen Angaben werden auch Arztbriefe und Überleitungsbögen aufgeführt, die vorab bereits an die Versorger geschickt werden. Es wurden zudem persönliche Gespräche und E-Mail-Kontakte benannt.

Nach Angaben der Befragten der Krankenhäuser werden in vielen Fällen die Kontaktdaten der weiteren Versorger für alle offenen Fragen zur Verfügung gestellt (82 %). Nur sehr wenige setzen dies nicht um; ein Teil der Befragten machte dazu keine Angaben (15 %).

An- und Zugehörige werden in knapp 80 % der Antworten durch Gespräche informiert – persönlich oder telefonisch; in 15 % der Fälle durch einen Brief.

## Wenn die Patienten sterben

Wenn eine Patientin/ein Patient stirbt, werden vor allem die Angehörigen informiert. Darüber hinaus wurden auch die Hausärztinnen und Hausärzte sowie die Pflegeeinrichtungen genannt; zu einem Viertel wurden die Pflegedienste aufgeführt.

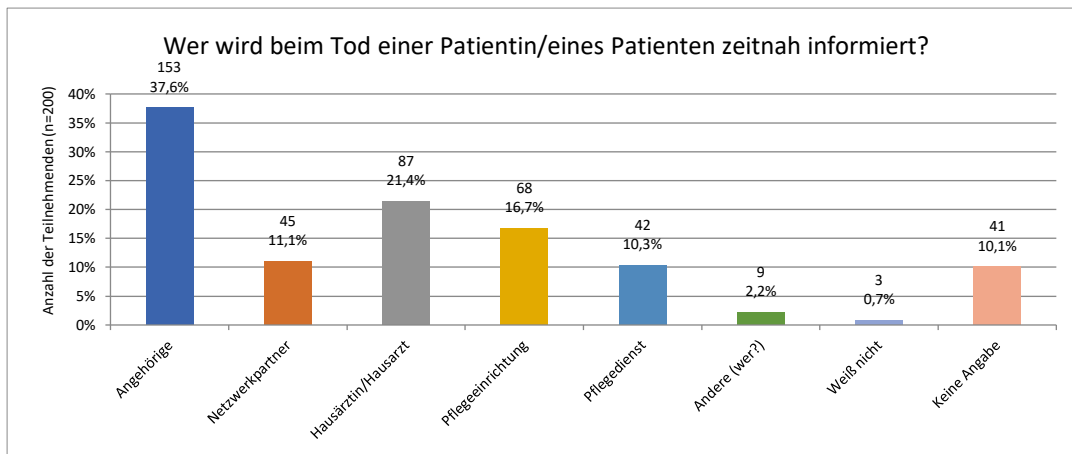


Abb. IV-21: Zeitnahe Informierung (Frage 49, Mehrfachnennungen möglich)

In den meisten Fällen steht in den Häusern im Todesfall eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner für die Hinterbliebenen zur Verfügung (91 %).

Bei den Verabschiedungsritualen wurde die seelsorgliche Begleitung von 63 % der Teilnehmenden aufgeführt. Trauergespräche werden in 44 %, die Aufbahrung der Verstorbenen in fast 60 % der Häuser ermöglicht.

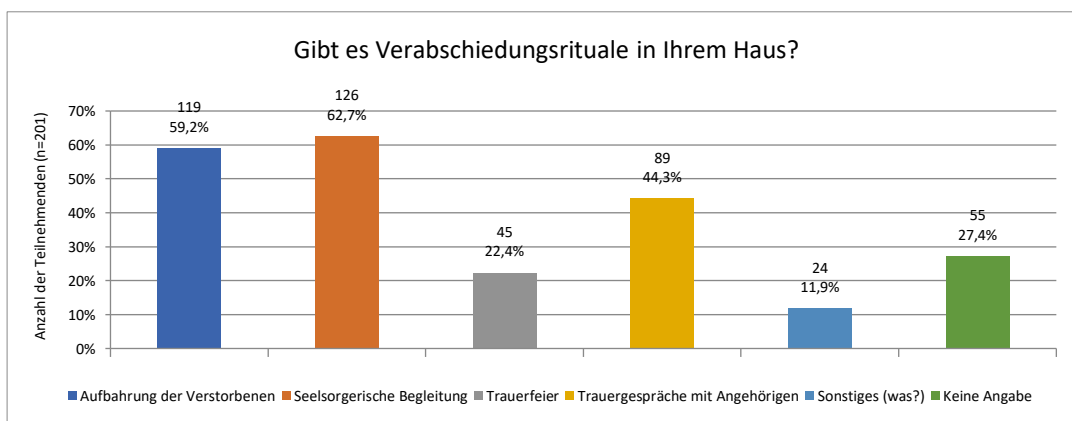


Abb. IV-22: Verabschiedungsrituale (Frage 51, Mehrfachnennungen möglich)

Neben den genannten Kategorien wurden als weitere Formen der Rituale Trauer- und Gedenkgottesdienste genannt, die nach unterschiedlichen Zeiträumen gehalten werden. Wenn möglich, werden Kerzen in oder vor den Zimmern für 24 Stunden aufgestellt (dies eher auf Palliativstationen). Zudem werden spezielle Koffer mit religiösen Utensilien vorgehalten, Trauerangebote gemacht oder gemeinsam die Waschung der Verstorbenen durchgeführt. Auch werden Kondolenzkarten geschrieben. In einigen Häusern stehen separate Verabschiedungszimmer zu Verfügung, wenige Befragte gaben an, dass ihnen dieser Raum fehlt.

## 4.5 Verbesserungswünsche

Für die Verbesserung der Situation wurden zahlreiche Aspekte benannt. So wünschen sich die Befragten für sterbende Menschen in den Krankenhäusern deutlich mehr Zeit und ausgebildetes Personal. Sehr häufig wurde auch benannt, dass der palliative Konsiliardienst aus- bzw. aufgebaut werden und frühzeitig von allen Stationen in Anspruch genommen werden kann und soll. „Wenn unsere Palliativmediziner nicht da sind, haben wir Vertretungsärzte, die nicht immer im palliativen Sinn für den Patienten denken. Hier würde ich mir wünschen, dass die Mediziner nicht so viel Diagnostik durchführen[...]“ Aus Sicht der Palliativdienste selbst wird der Wunsch geäußert, häufiger konsultiert zu werden, „um Verlegungen präfinal zu vermeiden“.

Auch durch den Ausbau und die Gestaltung von Palliativstationen bzw. Palliativbetten oder generell durch eine entsprechende räumliche, finanzielle und personelle Ausstattung wird eine Verbesserung erwartet. Dies machen u. a. diese Aussagen deutlich: „Mehr Zeit und bessere räumliche Möglichkeiten für Patienten- und Angehörigengespräche“ – „Angemessene Möglichkeiten, die Zimmer zu gestalten/herzurichten“. Deutlich wird der Wunsch nach Einzelzimmern ausgedrückt.

Fortbildung und Supervision wurden als wesentliche Elemente mehrfach genannt. Dem Personal, sowohl ungeschultem als auch bereits geschultem, soll die Teilnahme an Weiterbildungen ermöglicht werden.

Es wird zudem gewünscht und gefordert, dass Fachkräfte, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, ihren Willen und ihre Bereitschaft zeigen, sich mit Fragen der Ethik, der Haltung, der Schmerzbehandlung und der Sterbekultur auseinanderzusetzen. „Ermutigung bereits der Assistenzärzte, Therapieziele zu ändern, den Tod zu akzeptieren und Sterben nicht automatisch als Scheitern anzusehen“ – „Mehr Akzeptanz der Tatsache, dass der Tod ein Teil des Lebens ist und weniger Therapie nach dem Motto ‚Alles machen, was denkbar und vielleicht machbar ist.‘“

Zuletzt werden Kommunikation und Vernetzung als elementare Bestandteile für eine verbesserte Versorgung sterbenskranker Patientinnen und Patienten angesehen.

## 4.6 Zusammenfassung

Wesentlich und alle Bereiche übergreifend sind in der Versorgung sterbenskranker Patientinnen und Patienten die Aspekte der Kommunikation und Vernetzung, der Haltung bzw. kulturellen Verankerung der Themen Sterben und Tod sowie der Umgang mit den Wünschen der Patientinnen und Patienten.

Was die Formen der Kommunikation betrifft, so findet zwar ein kollegialer Austausch statt, strukturierte und reflektierende Gespräche sind jedoch eher selten. Dies drückt sich sowohl in der Wahrnehmung der Situation als auch in den Antworten zu den Verbesserungswünschen aus. Es deutet sich an, dass sich die Haltung gegenüber Sterben und Tod in Leitbildern, Leitsätzen oder / und Standards noch nicht überall wiederfindet oder in manchen Häusern noch nicht zur Zufriedenheit der Befragten gelebt wird.

Der Umgang mit den Wünschen der Patientinnen und Patienten in dieser besonderen Lebensphase im Sinne einer Patientenorientierung ist nach den vorliegenden Ergebnissen in den auf Kuration ausgerichteten Systemen der Krankenhäuser und durch die komplexen gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie den bestehenden Fachkräftemangel immer noch eine herausfordernde Situation für alle Beteiligten.

Krankenhäuser mit Palliativstationen, etablierten Palliativteams oder gut aufgestellten onkologischen Abteilungen haben in diesem Bereich bereits eine andere Entwicklung genommen. An der Befragung haben zahlreiche Kliniken teilgenommen, die über diese Strukturen verfügen, so dass hier von einer erhöhten Sensibilität für die Menschen am Lebensende auszugehen ist. Die Antworten zeigen Defizite auf der einen und Chancen und Möglichkeiten auf der anderen Seite auf, die nutzbar gemacht werden können: Die Befragten wiesen u.a. darauf hin, dass die palliativen Experten bei der Versorgung sterbenskranker Menschen früher hinzugezogen werden sollten, dass Ängste und Vorbehalte in der Zusammenarbeit abgebaut werden müssen und die Versorgung für die Patientinnen und Patienten stationsübergreifend verbessert werden kann. Zudem kann der Einsatz von Hospizdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, der seit 2015 gesetzlich ermöglicht wurde und gewünscht ist, mehr in Anspruch genommen werden.

## 5. Befragungsergebnisse Kooperationspartner

Um einen Einblick in die Wahrnehmung der Kooperationspartner von Krankenhäusern zu haben, wurden diese insbesondere zu ihrer Wahrnehmung der Versorgung, aber auch zu ihrer Einschätzung von Verbesserungspotentialen befragt. Als Kooperationspartner wurden die Personen und Institutionen befragt, die Patientinnen und Patienten vor und nach ihrem Krankenhausaufenthalt betreuen. Dies sind die Hausärztinnen und -ärzte, die Hospizdienste, die Hospize (hier nur nach dem Aufenthalt), die Palliativpflegedienste, die palliativmedizinischen Versorger und die Altenheime. Die Fragen nach der aktuellen Wahrnehmung (Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung der Patientin, des Patienten) bezogen sich auf den letzten gut erinnerbaren sterbenskranken Patienten/ Bewohner/ Gast, an dessen Krankheitsverlauf, Begleitung und Versorgung die Befragten beteiligt waren.

### 5.1 Hausärztinnen und Hausärzte

#### 5.1.1 Allgemeine Informationen

Die Hausärztinnen und Hausärzte wurden über die Medien der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe über die Befragung informiert. In einem zweiten Schritt wurden die Ärztenetze in den verschiedenen NRW-Regionen angeschrieben. Es haben 34 Hausärztinnen und -ärzte an der Onlinebefragung teilgenommen, vier aus Nordrhein, 29 aus Westfalen-Lippe (in einem Fall keine Angabe). Von diesen haben 15 eine palliative Weiterbildung mit einem Stundenumfang von 120 bis 160 Stunden absolviert, acht der befragten Hausärztinnen / Hausärzte verfügen nicht über eine palliative Weiterqualifizierung. Alle arbeiten gleichermaßen mit den umliegenden Krankenhäusern zusammen.

#### 5.1.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf die letzte gut erinnerte Patientin / den letzten gut erinnerten Patienten. Auf die Frage, wer die Krankenseinweisung wünschte oder veranlasste, zeigte sich, dass die meist ungeplante Einweisung in ein Krankenhaus (ca. 75 %) vor allem durch die Hausärztin, den Hausarzt oder von der Patientin / dem Patienten oder den Zugehörigen gewünscht oder veranlasst wurde.

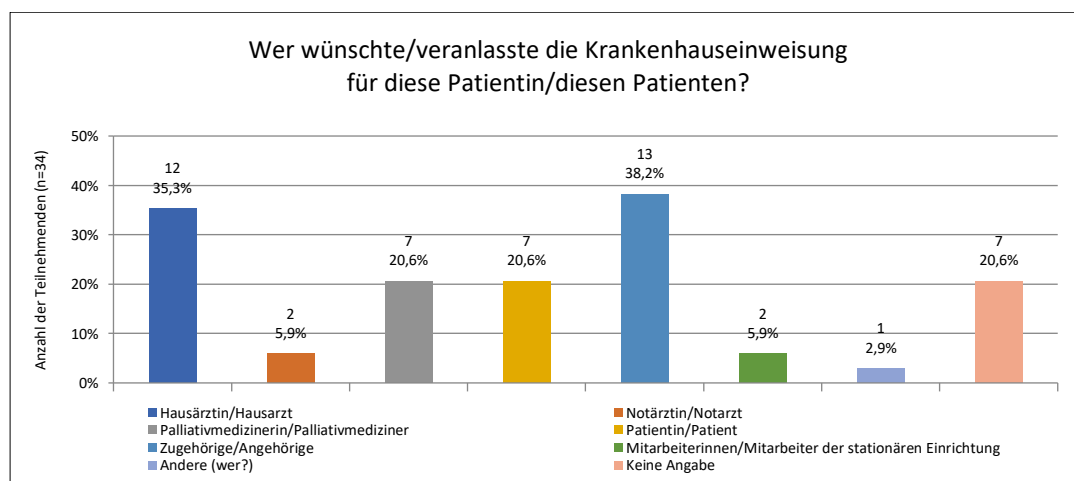


Abb. V-1: Wunsch nach/Veranlassung der Krankenseinweisung (Frage 8, Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Krankenhauseinweisung wurden insbesondere medizinische Daten an die Krankenhäuser (Diagnose, Symptome, Untersuchungsergebnisse, Medikamentenplan) übermittelt. Nur selten wurden Informationen über die Wünsche der Patientin, des Patienten, eine Patientenverfügung oder eine Mitteilung über ihr/sein persönliches, soziales Netzwerk beigefügt.

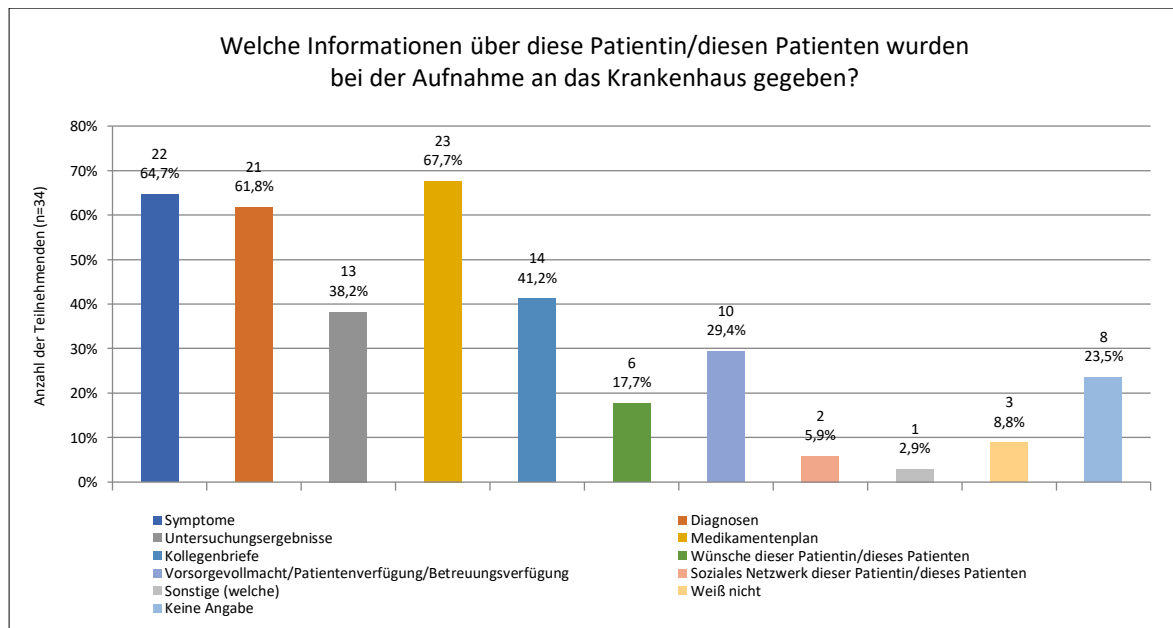


Abb. V-2: Informationen über die Patientin, den Patienten bei Aufnahme (Frage 10, Mehrfachnennungen möglich)

Während des Krankenhausaufenthaltes gab es in 46 % der Fälle einen Kontakt zwischen der hausärztlichen Praxis und dem Krankenhaus. In 48 % aller Fälle wurde rechtzeitig über die Entlassung informiert, z. B. durch den zeitnah versandten Entlassungsbrief (62 %). Im Entlassungsbrief wurde über die Diagnose, die Empfehlungen und die weitere Therapie informiert. Geäußerte Wünsche und die Patientenverfügung waren bei 2 % aller Entlassungen ein Thema. Auch Informationen über das soziale Netzwerk wurden lediglich zu 10 % weitergegeben.

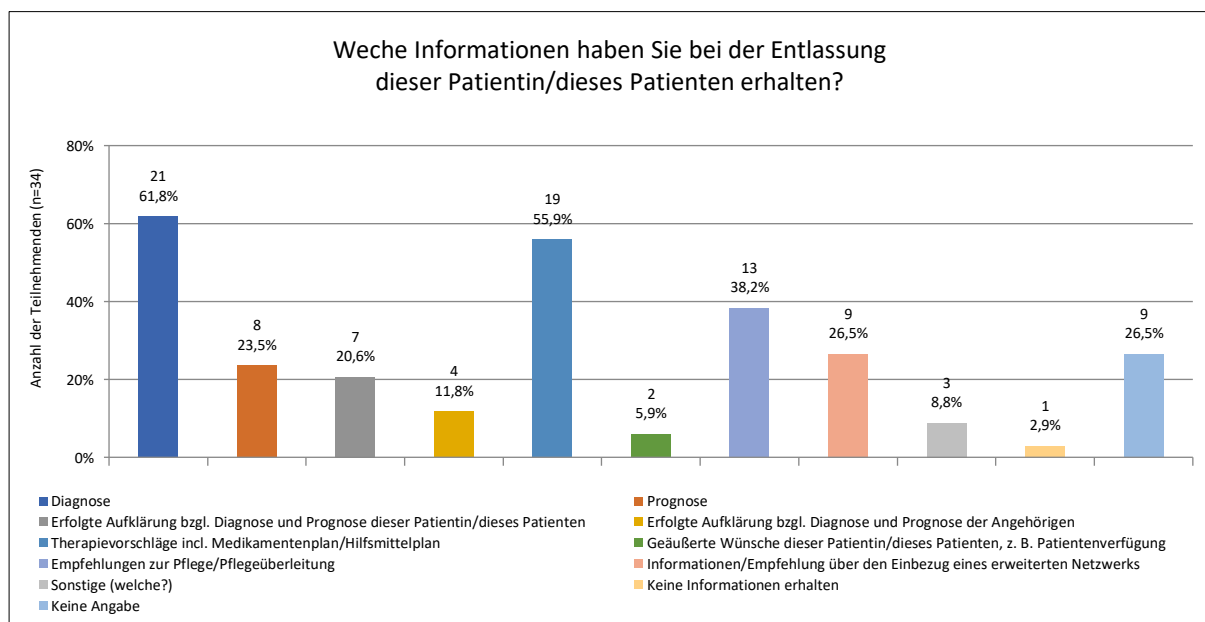


Abb. V-3: Informationen bei Entlassung (Frage 14, Mehrfachnennungen möglich)

Ist die Patientin / der Patient während des Krankenhausaufenthaltes gestorben, so wurde die Hausarztpraxis in 50 % der Fälle informiert (davon 25 % zeitnah, 50 % innerhalb von 24 Stunden und 25 % nach 24 Stunden). In der Regel informierte in diesem Fall die Stationsärztin / der Stationsarzt über den Tod des Betroffenen.

Ein Drittel der Teams hatte nachgehend eine Reflexion über die Versorgung im Krankenhaus des Menschen am Lebensende.

Die Hausärzteschaft ist überwiegend (88 %) zufrieden mit der Aufnahme ihrer Patientin, ihres Patienten. 12 % beklagten, dass etwas gefehlt habe, z. B. ein Gespräch mit der aufnehmenden Ärztin, dem aufnehmenden Arzt oder Informationen der Onkologie.

Bzgl. der Entlassung der Palliativpatientin / des Palliativpatienten sah ca. ein Drittel der Hausärzteschaft keinen Mangel. Auf die Frage, was der verbleibenden Ärzteschaft fehlte, wurden folgende Themen benannt:

- Der Entlassungsbrief mit vollumfänglichen Informationen über das Stadium der Erkrankung oder einer Prognose
- Informationen über das Versterben der Patientin / des Patienten
- Die frühzeitige Planung der Entlassung
- Ein Gespräch mit der entlassenden Station

Positiv an dem Verlauf der Krankenhausbetreuung wurde herausgestellt:

- Ein angemessener Umgang mit den Patientinnen und Patienten, wozu auch Gespräche mit den Erkrankten und ihren Zugehörigen gezählt wurden
- Eine große Empathie von Pflege und Ärzteschaft im Krankenhaus
- Eine gute Kommunikation mit der Palliativstation und dem palliativen Pflegedienst
- Die kollegiale Überleitung
- Die Kooperation mit den Onkologen

### **5.1.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale**

#### **Während des Krankenhausaufenthaltes**

Von den meisten Hausärztinnen und Hausärzten wurde gewünscht, die Kommunikationsstrukturen zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis zu verbessern. Auch bzgl. der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten stand die Kommunikation an erster Stelle, neben der Präsenz eines Palliativteams und einer geschulten Entlassmanagerin, eines geschulten Entlassmanagers. Dass auch eine klarere Haltung der Mitarbeitenden zu Sterben und Tod wünschenswert wäre, wurde zu fast 40 % angegeben. Eine einzelne Aussage sah den Einbezug der ambulanten Hospizdienste und eine höhere Bettenkapazität für kurzfristige Einweisungen als wichtiges Element.

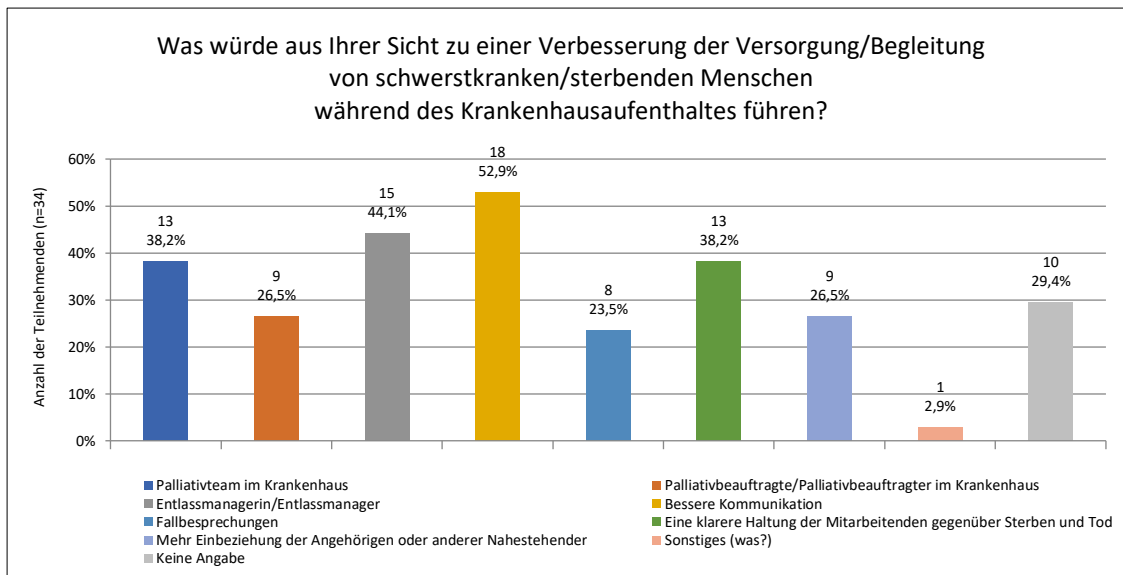


Abb. V-4: Verbesserungspotentiale während des Krankenhausaufenthaltes (Frage 23, Mehrfachnennungen möglich)

## Bei der Entlassung

Bei der Verbesserung des Entlassmanagements standen ebenfalls Wünsche nach verbesserter Kommunikation und verbesserter Information im Vordergrund. Durch palliativ geschulte Entlassmanagerinnen und Entlassmanager erwarten viele Hausarztpraxen eine Verbesserung der weiteren Versorgung am Lebensende.

Auch frühzeitige Informationen über die Entlassung und die Mitgabe von Medikamenten führen nach Auffassung der Hausärztinnen und Hausärzte zu einer guten Versorgung für schwerstkranke Menschen. Weitere Verbesserungswünsche sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

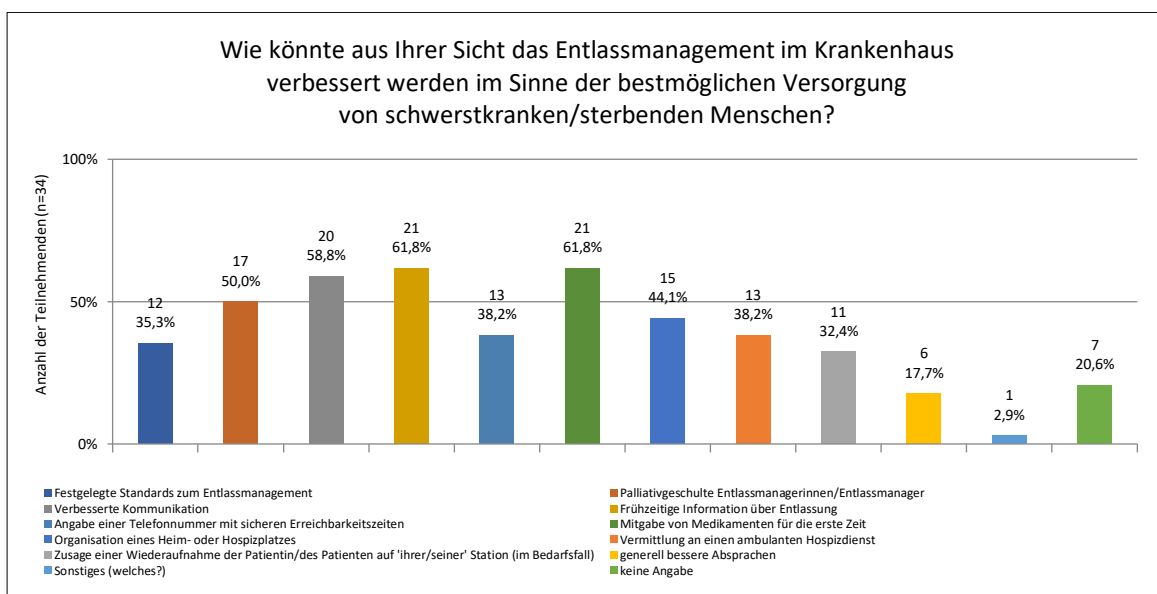


Abb. V-5: Verbesserungspotentiale des Entlassmanagements (Frage 24, Mehrfachnennungen möglich)

Ein Hausarzt machte deutlich, dass zu einem komplett überarbeiteten Palliativkonzept „insbesondere ein frühzeitiges Umdenken und Umschalten auf palliative Behandlungsprozesse (gehört). Dies impliziert ein umsichtiges Beenden infauster schulmedizinisch orientierter Behandlungen z.B. in der Onkologie oder Nephrologie.“

### 5.1.4 Zusammenarbeit

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sowie den ambulanten Kooperationspartnern stellt sich wie folgt dar:

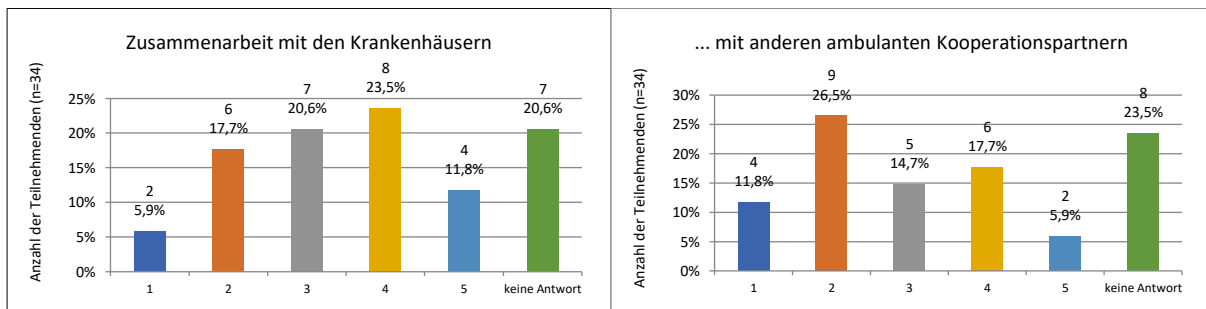


Abb. V-6: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Krankenhaus und ambulanten Anbietern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 25)

Die Gründe für die Unzufriedenheit bestehen hauptsächlich in der mangelnden Erreichbarkeit, in wechselnden Ansprechpartnern und fehlenden Papieren.

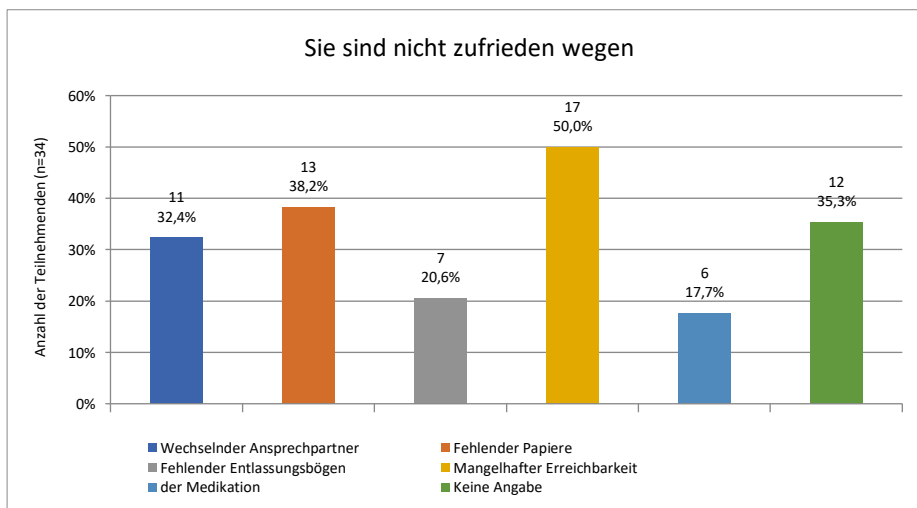


Abb. V-7: Gründe für Unzufriedenheit (Frage 26, Mehrfachnennungen möglich)

Als Gründe für die Unzufriedenheit mit der Medikation nannten vereinzelt Ärztinnen und Ärzte, dass „zu viel verordnet wird trotz infauster Prognose“ oder „erneute Chemotherapie bei infauster Diagnose“ eingesetzt wird, dass es Leitlinien gibt, die „aber nicht patientengerecht“ sind, dass die Medikation „fehlerhaft“ oder „nicht palliativ“ sei.

## 5.1.5 Zusammenfassung

Für die Hausarztpraxen ist eine auf den verschiedenen Ebenen verbesserte Kommunikation (zwischen den Professionen oder zwischen Personal und Patientin / Patient) und ein höherer Einbezug palliativer Kompetenz wünschenswert, um die Menschen am Lebensende, unter Beachtung ihrer persönlichen Wünsche und Bedürfnisse, noch besser versorgen zu können.

## 5.2 Ambulante Hospizdienste

### 5.2.1 Allgemeine Informationen

Es haben 137 ambulante Hospizdienste (60 aus Westfalen-Lippe, 73 aus dem Rheinland, weitere von außerhalb NRW) an der Befragung teilgenommen; das entspricht nahezu der Hälfte der Dienste in NRW. Bei den Antwortenden handelte es sich insbesondere um Koordinatorinnen / Koordinatoren (rd. 90 %), zwei Drittel kommen aus leitender Funktion (Koordination und Vorstand). Die meisten Hospizdienste arbeiten mit mindestens einem Krankenhaus zusammen. 13 % gaben an, dass sich in ihrer Stadt kein Krankenhaus befindet. Diese Zahl entspricht der Zahl der Hospizdienste, die keine Zusammenarbeit mit Krankenhäusern pflegen.

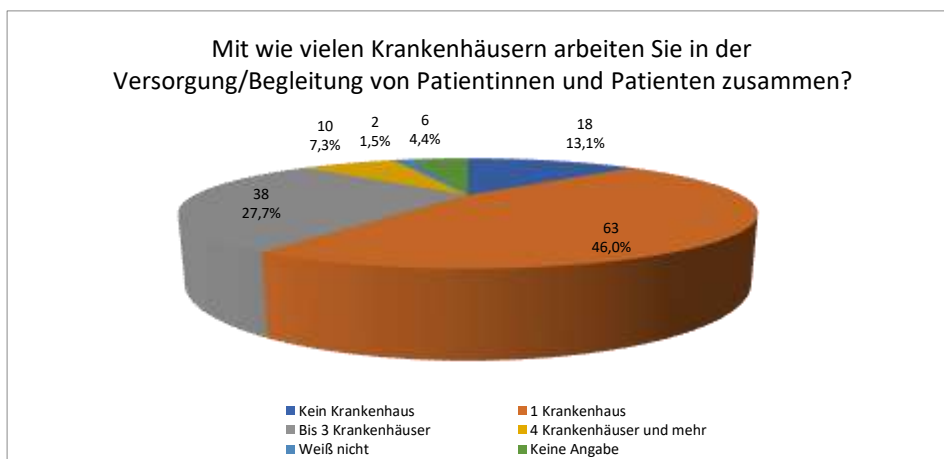


Abb. V-8: Zusammenarbeit mit Krankenhäusern (Frage 32)

Viele Hospizdienste pflegen eine formlose Zusammenarbeit, 46 % der Hospizdienste haben mit einem Krankenhaus, 37 % haben mit zwei oder mehr Krankenhäusern einen Kooperationsvertrag. Sieben Hospizdienste dachten zum Zeitpunkt der Befragung über eine Vereinbarung nach bzw. diese stand kurz vor dem Abschluss. Bei vier Diensten gab es andere Absprachen, in drei Fällen ist das Krankenhaus gleichzeitig der Träger des ambulanten Hospizdienstes. Manche Dienste begleiten nur im Krankenhaus, wenn sie schon vorher in die Begleitung involviert waren. Einige Hospizdienste begleiten Patienten erst ab dem Zeitpunkt der Entlassung. Darüber hinaus wurde auf Krankenhäuser hingewiesen, die über eigene ehrenamtlich Tätige für die Begleitung Sterbender verfügen.

## 5.2.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

Bei der Frage „Wer wünschte/veranlasste die Krankenhauseinweisung für diese Patientin / diesen Patienten?“ wurden am häufigsten die Hausärztinnen / Hausärzte sowie die An- / Zugehörigen benannt. In den meisten Fällen (81 %) handelte sich um eine ungeplante Einweisung. Die Hälfte der ambulanten Hospizdienste erhielt keine Informationen über den Gesundheitszustand der Patientin / des Patienten von Seiten des Krankenhauses.

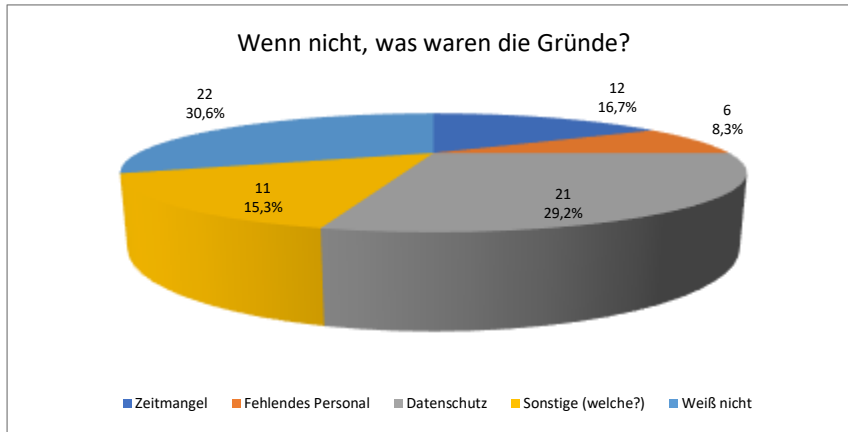


Abb. V-9: Gründe für fehlende Information (Frage 38, Mehrfachnennungen möglich)

Vornehmliche Gründe waren Datenschutz, Zeitmangel und fehlendes Personal. Zu den sonstigen Gründen gehörte nach Einschätzung der Dienste die Tatsache, dass der ambulante Hospizdienst als nicht wichtig angesehen oder vergessen wird und nicht im Blick ist. In diesen Fällen wird zudem der Datenschutz eine Rolle spielen, wenn die Patientin / der Patient keine Entbindung der Schweigepflicht abgegeben hat. Auch liefen in einigen Hospizdiensten die Informationswege über die Angehörigen. Ca. ein Viertel der Dienste gab an, im Krankenhaus keine Ansprechpartnerin oder keinen Ansprechpartner zu haben. Wenn sie informiert wurden, so meist durch die Pflege oder die Ärzteschaft.

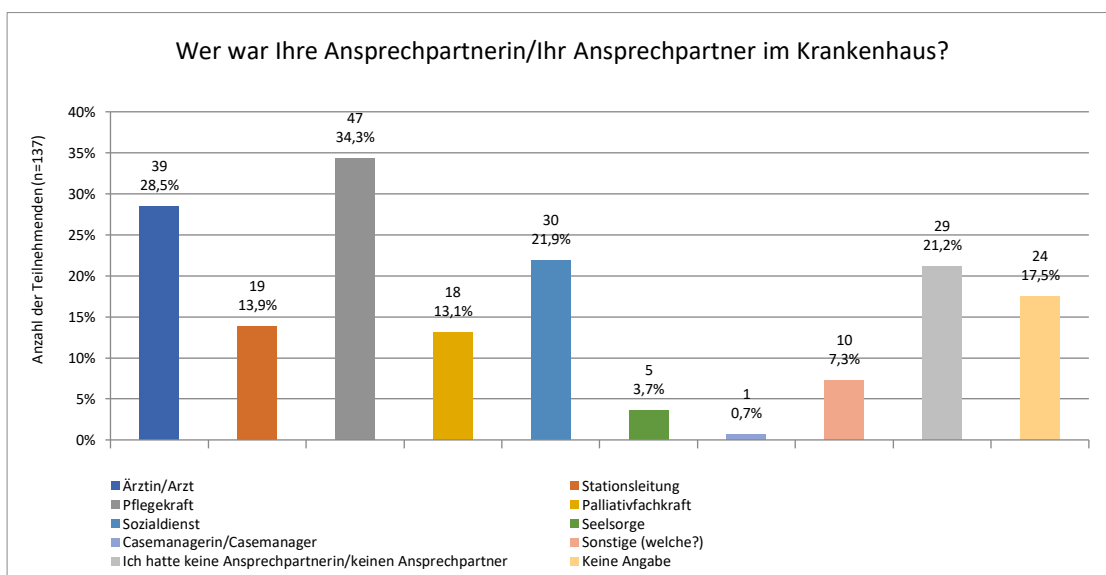


Abb. V-10: Ansprechpartner im Krankenhaus (Frage 39, Mehrfachnennungen möglich)

Sonstige Ansprechpartnerinnen / Ansprechpartner für Informationen waren die Familie, Bevollmächtigte oder die Psychoonkologin, der Psychologe. Auch die Teilnahme an den wöchentlichen Fallbesprechungen wurde als Informationsquelle angegeben. Die Dienste wurden zu einem großen Teil „nicht rechtzeitig“ über die Entlassung informiert, was sich u. a. mit Datenschutzpflichten erklärt. Bei den erteilten Informationen handelte es sich um die Diagnose, das Netzwerk und die Aufklärung der Patientin / des Patienten. Fehlende Informationen erhielten die Dienste auf Nachfrage durch die Angehörigen, durch die Senioreneinrichtungen oder durch den Pflegedienst.

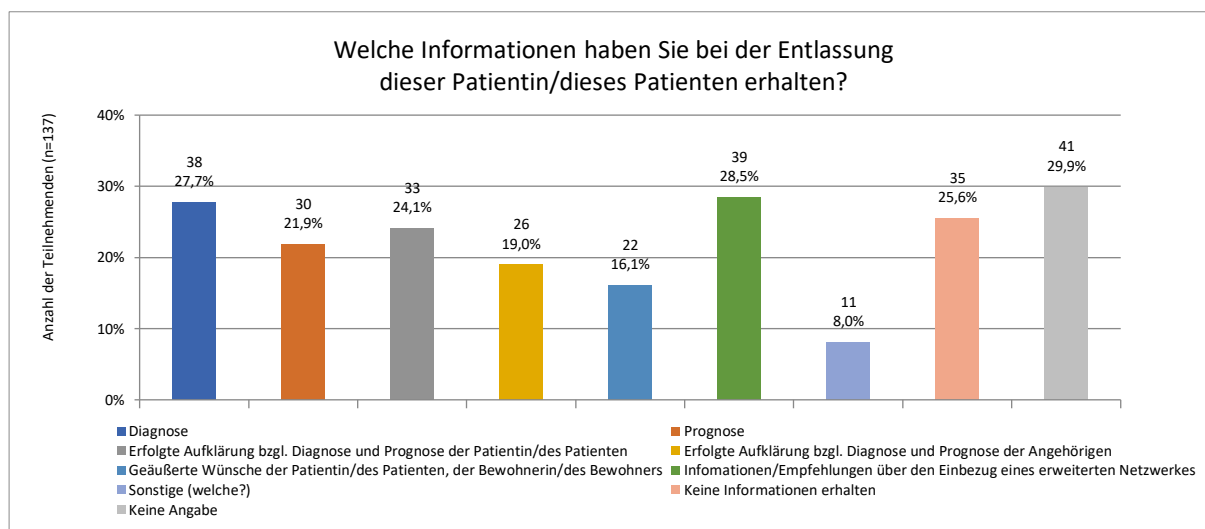


Abb. V-11: Information bei der Entlassung (Frage 41, Mehrfachnennungen möglich)

Über den Tod der Patientin / des Patienten wurden 26 % – davon 56 % zeitnah, 37 % innerhalb von 24 Stunden und 7 % nach einem Tag – informiert. 49 % der Hospizdienste wurden über das Versterben nicht benachrichtigt. Häufig war es der Pflege- oder der Sozialdienst, der den ambulanten Hospizdienst informierte.

Ca. die Hälfte der Teams hatte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine Besprechung über die Versorgung der Patientin / des Patienten im Krankenhaus. In welcher Form diese stattfand, wurde in Einzelfällen folgendermaßen beantwortet:

- Fallbesprechungen auf der Station, mit den Palliativärzten oder mit dem Sozialdienst
- Reflexionsgespräche innerhalb des eigenen Dienstes
- Gespräche mit der Familie oder mit dem Altenheim

Bei der Aufnahme der Patientin / des Patienten gaben 18 % an, dass ihnen etwas fehlte, bei der Entlassung 27 %, ein großer Teil der Befragten machte bei dieser Frage keine Angaben. Häufig bemängelten die Befragten den Informationsfluss, z. B. über die weitere Versorgung der Patientin / des Patienten, die Entlassung oder den Tod der Patientin / des Patienten. Es entstand der Eindruck fehlender Kooperation bzw. praktischer Zusammenarbeit. Auch fehlte eine Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner. 40 % der Befragten gaben an, dass ihnen bei der Aufnahme nichts fehlte, 30 % der Befragten vermisste nichts bei der Entlassung.

Dass es positive Aspekte im gesamten Versorgungsprozess dieses Patienten/dieser Patientin gab, machen einzelne Aussagen deutlich:

- Die Kooperation und Offenheit mit den an der Versorgung Beteiligten und dabei besonders die Zusammenarbeit von Familie und Hospizdienst
- Die fürsorgliche, manchmal tägliche Betreuung durch die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Die gute Versorgung der Symptome und Schmerzen im Krankenhaus mit der Betonung auf die Palliativstation und das gute Netzwerk in der Palliativversorgung
- Reflexionsmöglichkeiten in wöchentlichen Fallbesprechungen, im interdisziplinären Bereich, die Reflexion nicht gelungener Kommunikation sowie gemeinsam getragene Entscheidungen
- Die Erfüllung von Wünschen am Lebensende sowie eine würdige Behandlung, wodurch die Patienten sich aufgehoben und versorgt fühlen und damit weniger Angst empfinden

### 5.2.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale

Zu einer deutlichen Verbesserung der Situation sterbender Menschen während des Krankenhausaufenthaltes führt nach Auffassung der Hospizdienste neben einer verbesserten Kommunikation vor allem eine klare Haltung gegenüber Tod und Sterben. Aber auch personelle Aspekte haben einen hohen Stellenwert, wie die Installierung eines Palliativteams oder einer/eines Palliativbeauftragten im Krankenhaus. Die Nutzung von Fallbesprechungen als Instrument für von allen Beteiligten ethisch vertretbaren Entscheidungen wurde ebenfalls vermehrt gewünscht.

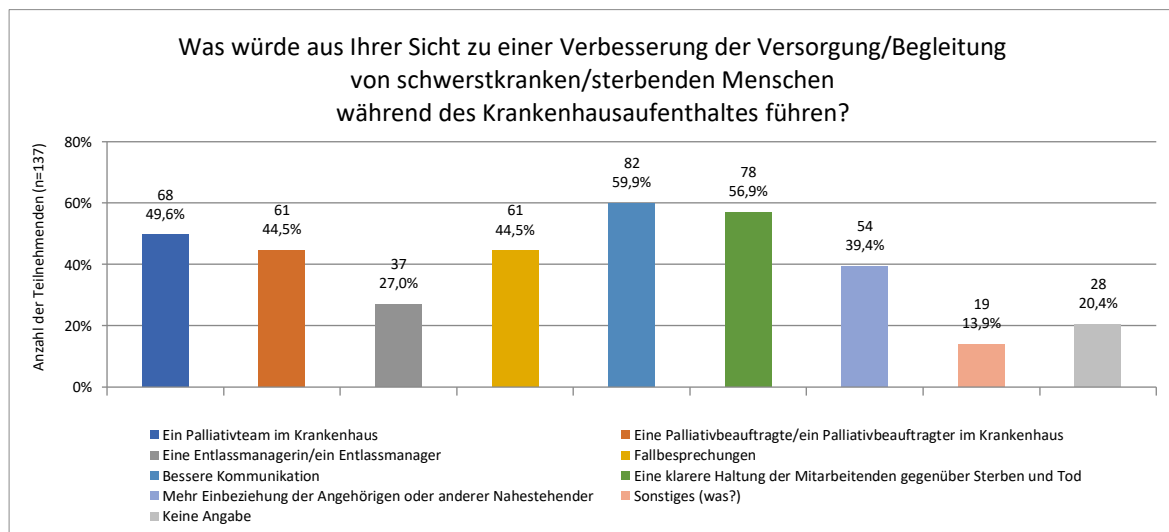


Abb. V-12: Verbesserungspotentiale im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (Frage 52, Mehrfachnennungen möglich)

Im Detail sind zu dieser Fragestellung noch folgende Kommentare, hier verkürzt dargestellt, gegeben worden:

- Die Kenntnis der Arbeit und der handelnden Personen der ambulanten Hospizdienste („Es läuft umso besser, je besser die Beteiligten sich kennen.“).
- Der Dienst könnte Teil des palliativen Netzwerkes werden und nicht „nur der Notnagel“.
- Fachübergreifende Besprechungen könnten die Zusammenarbeit, Akzeptanz und die gegenseitige persönliche Kenntnis verbessern.
- Um alle Beteiligten auf dem aktuellen Stand zu halten, kann eine zentrale Ansprechpartnerin / ein zentraler Ansprechpartner hilfreich sein.

- Eine engere Zusammenarbeit mit dem Seelsorgeteam und die Teilnahme am Ethik-Komitee/Konsilium sind wichtig.
- Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Palliative Care, eine gute wertschätzende Personalführung und der Wunsch nach mehr Personal tragen zu einer Verbesserung bei.
- Das Verdrängen des Sterbens (insbesondere auf den peripheren Stationen) und zu viele Behandlungen sind bei Menschen am Lebensende nicht indiziert.

Eine deutliche Verbesserung bei der Entlassung sterbender Menschen ist in erster Linie durch gute Kommunikationsstrukturen möglich, insbesondere durch die frühzeitige Kommunikation über die Entlassung. Auch ist es hilfreich, wenn das Entlassmanagement durch palliativ geschulte Kräfte umgesetzt würde, so würde ggf. auch die Vermittlung an den ambulanten Hospizdienst eher sichergestellt.

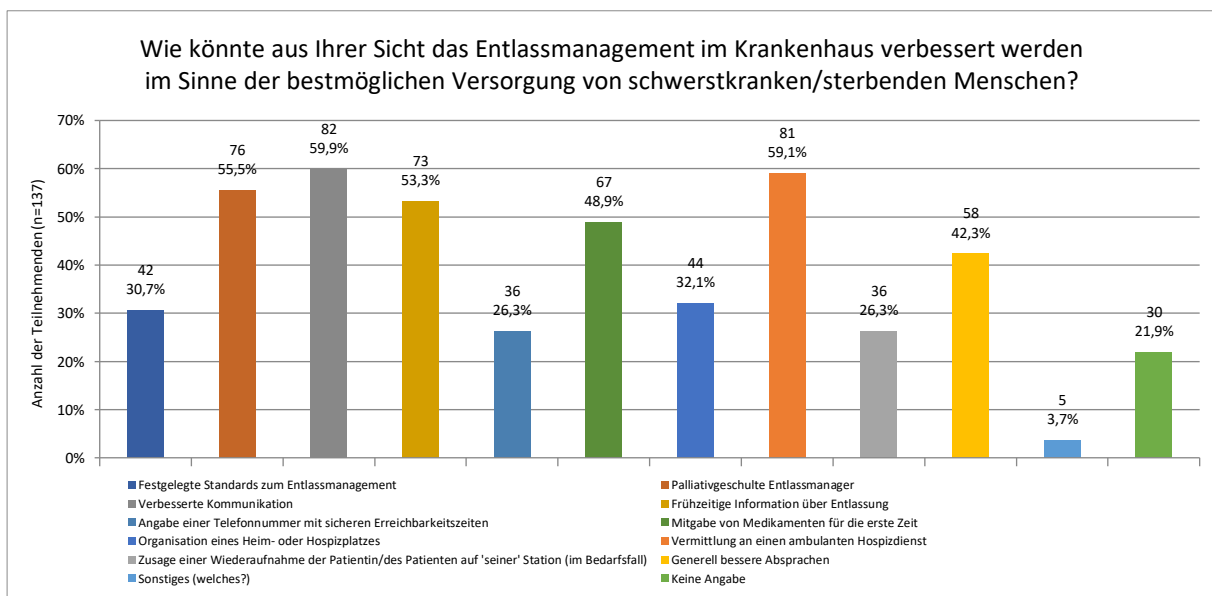


Abb. V-13: Verbesserungspotentiale bei der Entlassung (Frage 53, Mehrfachnennungen möglich)

## 5.2.4 Zusammenarbeit

Die Abfrage der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sowie mit den Kooperationspartnern zeigte folgendes Ergebnis:

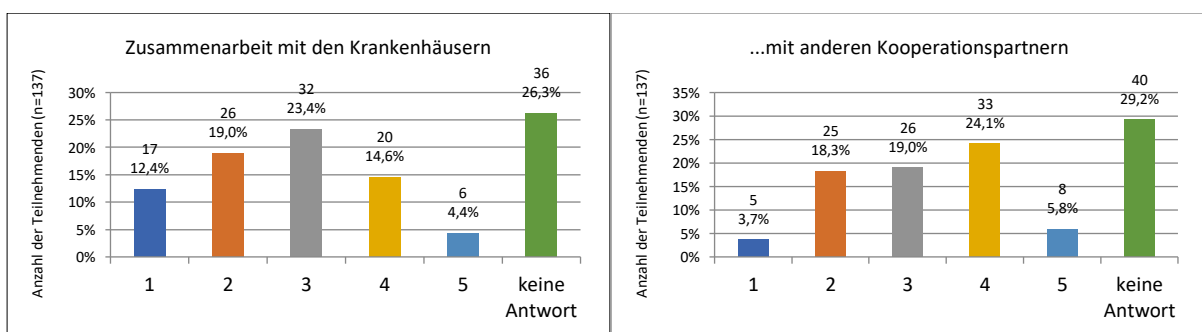


Abb. V-14: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und den Kooperationspartnern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 54)

Die ambulanten Hospizdienste sind mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern etwas zufriedener als mit der Zusammenarbeit mit anderen Diensten. Die Gründe für Unzufriedenheit liegen überwiegend in Kommunikationsproblemen, fehlender Kenntnis oder fehlendem Interesse an der Arbeit der Hospizdienste, wodurch diese zu selten hinzugezogen würden. Auch fehle eine klare Haltung zum Tod, Sterben und Trauern und damit auch zu einem Konzept im Umgang mit schwerkranken Menschen. Es gibt einzelne gute Kooperationen, die sehr personenabhängig sind, und es wird die Sorge geäußert, dass Hospizdienste in Konkurrenz zu den sogenannten Grünen Damen (ehrenamtliche Mitarbeiterinnen im Krankenhaus) stehen. Außerdem gibt es keine dafür vorgesehene Rubrik in der Dokumentation, um hospizliche Belange sichtbar zu machen.

### **5.2.5 Zusammenfassung**

Die ambulanten Hospizdienste nehmen positive Entwicklungen, aber auch Defizite in der Zusammenarbeit wahr. Diese ist derzeit oft noch personenabhängig. Sie ist dort zufriedenstellender, wo es Palliativstationen oder Palliativfachkräfte gibt. In diesem Fall existiert ein gut gewachsener persönlicher Austausch, die Kommunikation sowie der Einbezug der Hospizdienste für die sterbenden Menschen werden als unterstützend angesehen. Damit die Zusammenarbeit auch in anderen Häusern bzw. mit anderen Stationen mehr Kontinuität bekommt, sind unter vielem anderen strukturelle Merkmale zu überdenken. Hier stellt sich die Frage, wie die Häuser die hospizliche und palliative Versorgung konzeptionell noch besser einbinden. Ein Instrument sind z. B. Kooperationsverträge und -absprachen zwischen Krankenhäusern und Hospizdiensten, da sie die Zusammenarbeit regeln, ergänzend zu dem akuten persönlichen Austausch und dem partiellen gegenseitigen Wissen. Zuverlässige feste Ansprechpartner erleichtern die Zusammenarbeit sehr. Bezüglich des Themas Informationsvermittlung muss die Datenschutzsicherheit im Blick bleiben. Eine ganz wesentliche Rolle spielt aus Sicht der Hospizdienste eine klarere Haltung zu Tod, Sterben und Trauer von Seiten der Krankenhausmitarbeitenden.

## **5.3 Stationäres Hospiz**

### **5.3.1 Allgemeine Informationen**

Es haben 23 stationäre Hospize an der Onlinebefragung teilgenommen, rd. zwei Drittel aus Nordrhein, ein Drittel aus Westfalen-Lippe, diese repräsentieren ca. 30 % der Hospize in NRW. Zu ca. 60 % hat die Hospizleitung die Fragen beantwortet. Alle stationären Hospize arbeiten mit den Krankenhäusern vor Ort zusammen.

### **5.3.2 Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme in das stationäre Hospiz**

Anders als bei den sonstigen Kooperationspartnern der Krankenhäuser stellten sich hier die Fragen etwas abweichend, da der Weg einer Patientin / eines Patienten eher vom Krankenhaus in das Hospiz führt (bis auf wenige Ausnahmen) als andersherum. Daher interessierte vor allem, wie das Entlassmanagement vom Krankenhaus zum Hospiz geregelt ist.

Am häufigsten haben die Patientinnen / die Patienten und ihre Angehörigen gemeinsam mit der Krankenhausärztin / dem Krankenhausarzt eine Hospizunterbringung veranlasst. Wie die Grafik zeigt, hat die Hausärztin / der Hausarzt nur selten an dieser Entscheidung mitgewirkt.

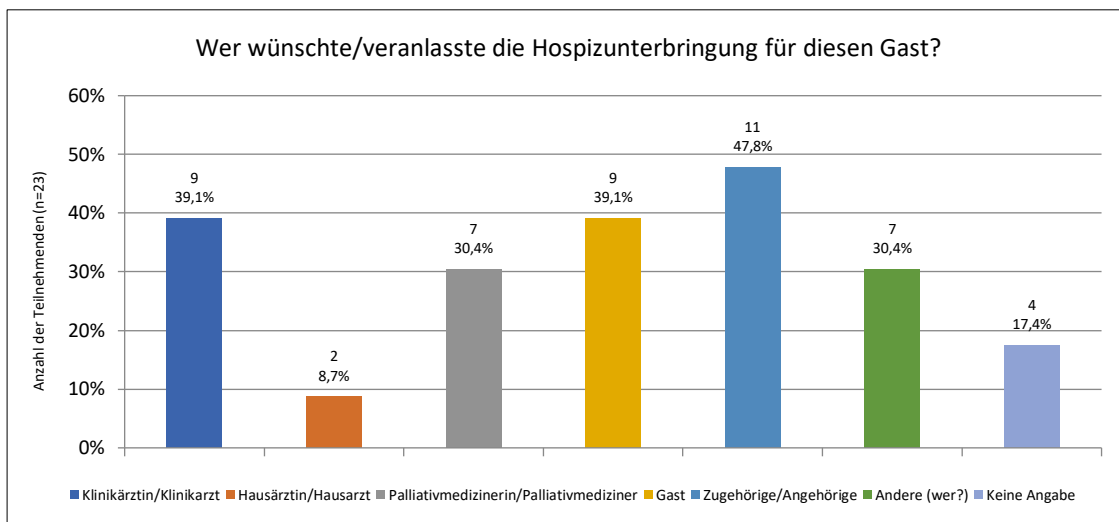


Abb. V-15: Verantwortung für die Hospizunterbringung (Frage 62, TN=19, Mehrfachnennungen möglich)

In der Regel handelte es sich um eine kurzfristig entschiedene Aufnahme in ein Hospiz (84 %). Dabei wurde vor allem über Diagnose, Prognose, Symptome und Medikamentenplan informiert. In lediglich einem Drittel der Fälle wurde über die Wünsche der Patientinnen / Patienten informiert.

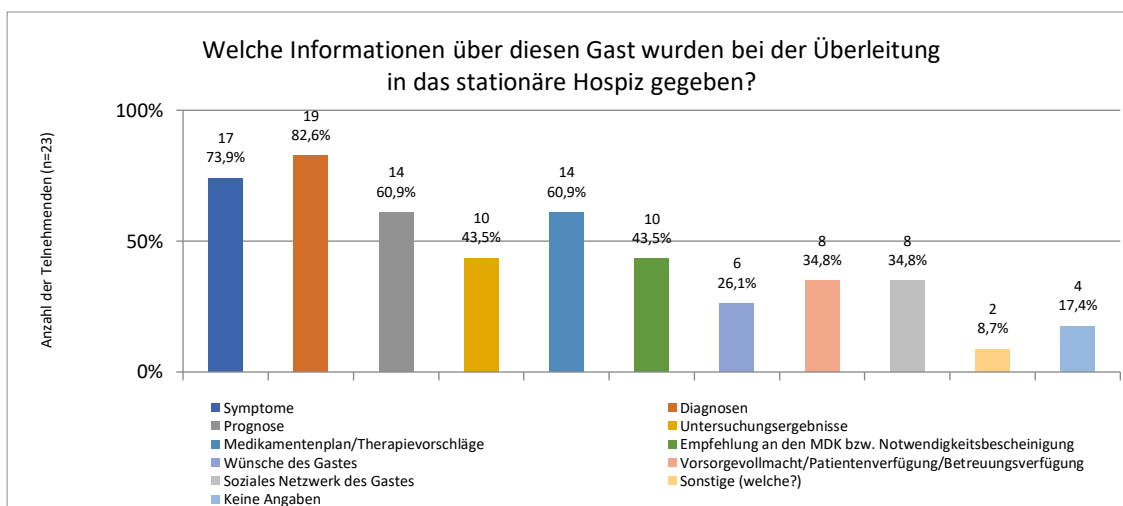


Abb. V-16: Weitergabe von Informationen (Frage 65, Mehrfachnennungen möglich)

Auf die offen gestellte Frage, welche sonstigen Informationen bei der Überleitung weitergegeben wurden, benannten die Befragten die Kommunikation über die psychische Situation und Bedürfnisse, über Krisen und über Probleme der Angehörigen, die die Patientin / den Patienten betreuten. Eine Hospizleitung äußerte, dass die mangelhafte Betreuung im Krankenhaus für Dekompensationen auf allen Seiten Sorge. Die stationären Hospize wurden ausreichend zeitnah über die gewünschte Aufnahme in einem Hospiz informiert (95 %). Der Übergang vom Krankenhaus zum Hospiz wurde für den Gast überwiegend positiv (79 %) bewertet.

Angemerkt wurde in einzelnen Aussagen, dass die Verlegung aus den regionalen Häusern in ein Hospiz immer kurzfristig und plötzlich ist. Gleichzeitig ist es der letzte Wohnortwechsel. Die Mitgabe und Verordnung der Medikamente ist verbesserungswürdig. Oftmals ist es notwendig, dass die Hospizleitung im Sinne einer Aufklärung und Vorbereitung vor der Aufnahme Kontakt mit der Station und allen Beteiligten aufnimmt.

Die Information über den Tod der Patientin / des Patienten im Krankenhaus erfolgte in den meisten Fällen zeitnah bis zu 24 Stunden danach, nur bei ca. 8 % der Rückmeldungen später. Informiert wurde gleichermaßen durch den Sozialdienst, durch die Ärzteschaft und die Pflege. Auch Angehörige informierten das stationäre Hospiz über das Versterben im Krankenhaus. Eine Reflexion des Übergangs vom Krankenhaus in das Hospiz erfolgte zu 42 %. Dazu wurde angemerkt, dass nur bei Auffälligkeiten – wegen der hohen Anzahl der Gäste – Zeit für eine Reflexion blieb. In einem Hospiz wird bei jeder Aufnahme darüber gesprochen, da sonst wichtige Dinge fehlen. Ein Hospizleiter bemerkte für seinen Kontext, dass eine gute Überleitung nicht die Regel sei. Auf die offen gestellte Frage, was zu bemängeln war, wurden von einzelnen Hospizen die fehlende Information zur Medikation, zur Pflege (z.B. Informationen zu Ableitungssystemen oder Wundversorgung) und zu Arztinformationen (Arztbrief) genannt. Ebenfalls wurde kritisiert, dass fälschlicherweise das Vorhandensein von Keimen negiert wurde. Der Krankentransport wurde zudem als wenig zugewandt erachtet.

Als besonders positiv bei dem Übergang vom Krankenhaus in das Hospiz wurde als Antwort auf eine offene Frage von einzelnen Hospizen Folgendes herausgestellt:

- Hilfestellung des Pflegepersonals oder der Sozialarbeiterinnen / der Sozialarbeiter nach Kontaktaufnahme durch die Hospizleitung
- Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Palliativbesprechungen
- Regelmäßiger telefonischer Kontakt und Austausch mit dem Krankenhaus und mit den Angehörigen

### **5.3.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale**

#### **Während des Krankenhausaufenthaltes**

Aus Sicht der stationären Hospize würde der intensivere Einbezug von Angehörigen, eine bessere Kommunikation sowie eine klarere Haltung der Mitarbeitenden zum Thema Tod und Sterben die Begleitung und Versorgung von sterbenden Menschen im Krankenhaus verbessern.

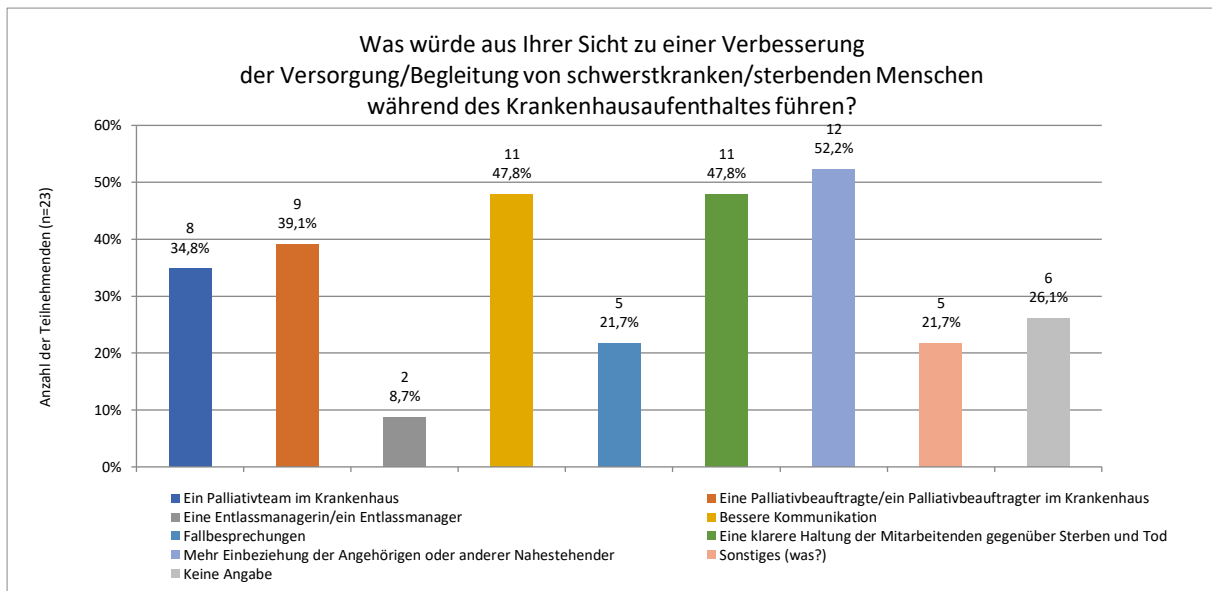


Abb. V-17: Verbesserungspotentiale während des Krankenhausaufenthaltes (Frage 76, Mehrfachnennungen möglich)

Ergänzend wurde bemerkt, dass Patientinnen / Patienten besser über die Möglichkeiten in einem Hospiz informiert werden sollten. Mit Nachdruck wurde zudem noch einmal die Haltung als wichtiges Element genannt: „Die Haltung aller Beteiligten muss sich ändern!“ Damit verbunden ist u. a. das Thema „Wahrheit am Sterbebett“. Schulungen der Mitarbeitenden im Krankenhaus könnten aus Sicht der Befragten die Situation verbessern.

### Bei der Entlassung

Eine generelle Verbesserung des Entlassmanagements könnte vor allem durch palliativ geschulte Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter, bessere Kommunikation und Medikamentenmitgabe für die ersten Tage erreicht werden. Ausgeprägt war auch der Wunsch nach frühzeitiger Information über die Entlassung und sichere Erreichbarkeiten einer Ansprechpartnerin / eines Ansprechpartners.

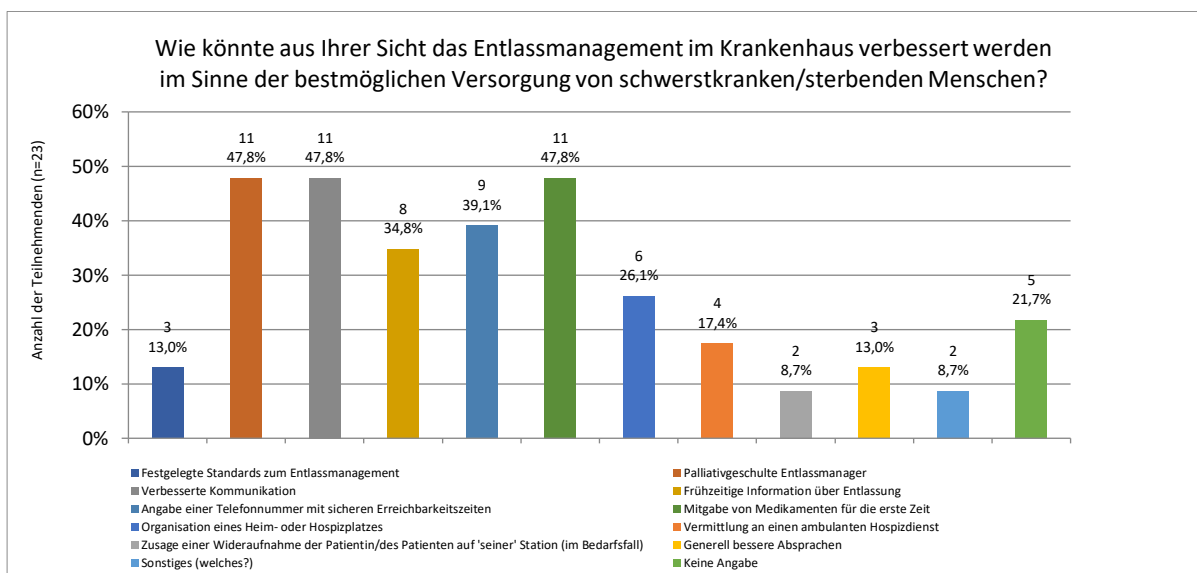


Abb. V-18: Verbesserungspotentiale bei der Entlassung (Frage 77, Mehrfachnennungen möglich)

Von einigen stationären Hospizen wurde Folgendes zu der Fragestellung ergänzt:

- Es sollten alle medizinischen Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter geschult werden (Ablauf und eigene Haltung), damit die Informationskette gelingt.
- Es müsste Fachpersonal geben, das sich detailliert mit dem jeweiligen Fall beschäftigt, damit bis zur Aufnahme ins Hospiz die bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann.
- Chefärztinnen / Chefärzte sollten die Entscheidung darüber, dass ein Fall abgegeben wird, eher treffen, damit ein Gast seinen Sterbeprozess und Verarbeitungsprozess im Hospiz in Anspruch nehmen kann.
- Die Entlassmanagerin / der Entlassmanager sollte nach einer Entlassungsentscheidung gut koordinieren können und eine gute Transparenz für alle an der Versorgung beteiligten Personen schaffen.

### 5.3.4 Zusammenarbeit

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und mit den anderen Kooperationspartnern stellt sich wie folgt dar:

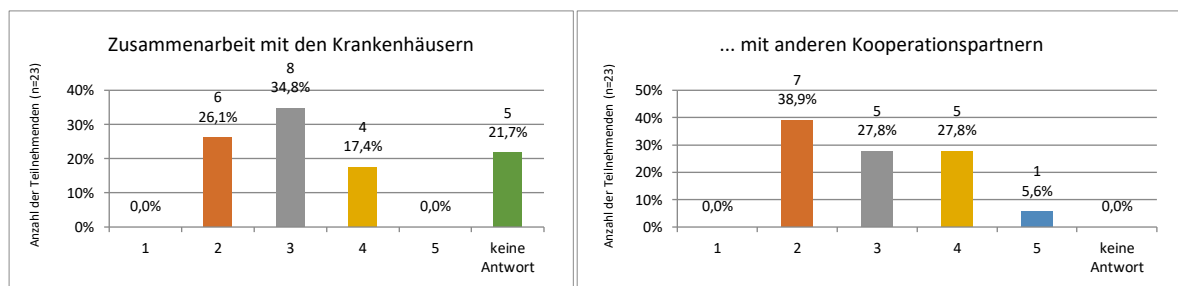


Abb. V-19: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und den ambulanten Kooperationspartnern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 78)

Der größte Anteil an der Unzufriedenheit der stationären Hospize manifestiert sich in fehlenden Papieren und mangelnder Erreichbarkeit. Alle weiteren Aspekte sind dem nachfolgenden Diagramm zu entnehmen.

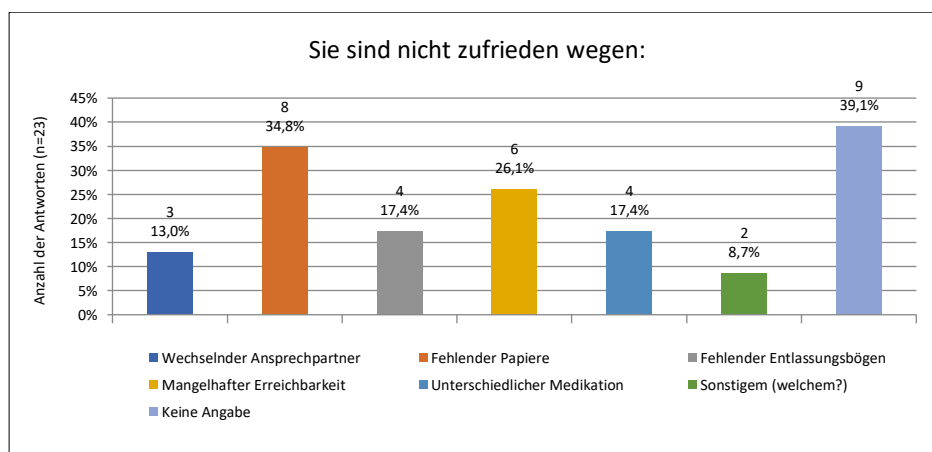


Abb. V-20: Gründe für Unzufriedenheit (Frage 79, Mehrfachnennungen möglich)

### 5.3.5 Zusammenfassung

Jede regelhafte und zielorientierte Kommunikation, entweder telefonisch, persönlich oder in Form von Fallbesprechungen, führt zu einem besseren Übergang der Menschen am Lebensende vom Krankenhaus in das stationäre Hospiz. Ein wichtiger Faktor sind die vollständigen Entlassungspapiere mit der Pflegedokumentation. Der Medikamentenplan sowie die Mitgabe aller Medikamente für die ersten Tage (vor dem Wochenende bis montags) sind für eine gute Versorgung der Gäste in einem Hospiz von hoher Bedeutung. Deutlich ist auch der Wunsch nach einer hospizlichen Haltung und einem damit verbundenen klaren Umgang mit Sterben und Tod, der für die Patientinnen und Patienten in dieser Lebensphase von großer Bedeutung ist.

## 5.4 Palliative Pflegedienste

### 5.4.1 Allgemeine Informationen

Es haben 25 palliative Pflegedienste an der Onlinebefragung teilgenommen (das entspricht ca. 10 % der Pflegedienste in NRW), in den meisten Fällen ausgefüllt von Personen in leitender Funktion. Alle Befragten haben eine palliative Weiterbildung absolviert, 92 % mit einem Umfang von bis zu 160 Stunden und 8 % mit einem Umfang von bis zu 120 Stunden. 60 % befinden sich im Bereich Nordrhein, 40 % in Westfalen. Jeweils ein Drittel der Dienste befindet sich in einem Ort mit bis 15.000, bis 100.000 Einwohnern und über 100.000 Einwohnern. Alle arbeiten gleichermaßen mit den umliegenden Krankenhäusern zusammen.

### 5.4.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

Die meist ungeplante Einweisung in ein Krankenhaus wurde vor allem durch die Hausärztin / den Hausarzt und die Angehörigen gewünscht oder veranlasst.

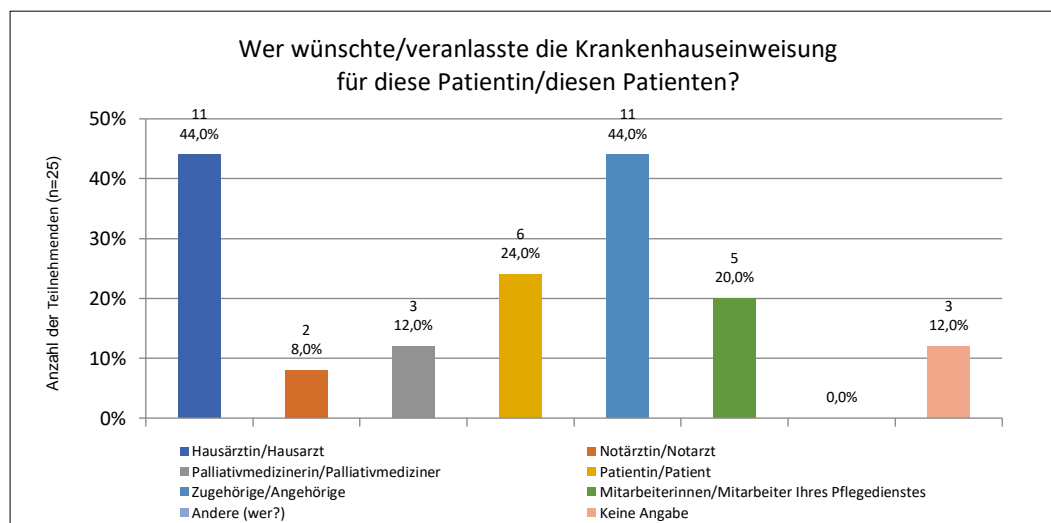


Abb. V-21: Wunsch nach/ Veranlassung der Krankenhauseinweisung (Frage 86, Mehrfachnennungen möglich)

Nahezu alle Befragten gaben an, dass bei der Krankenhauseinweisung über Symptome und Diagnose informiert wurde. In drei Viertel der Fälle wurde der Medikamentenplan mitgegeben. Weniger als die Hälfte der Befragten gab an, dass Informationen über Wünsche und das soziale Netzwerk sowie über die Verfügungen der Patienten weitergegeben wurden. Darüber hinaus wurde der Pflegeüberleitungsbogen genannt.

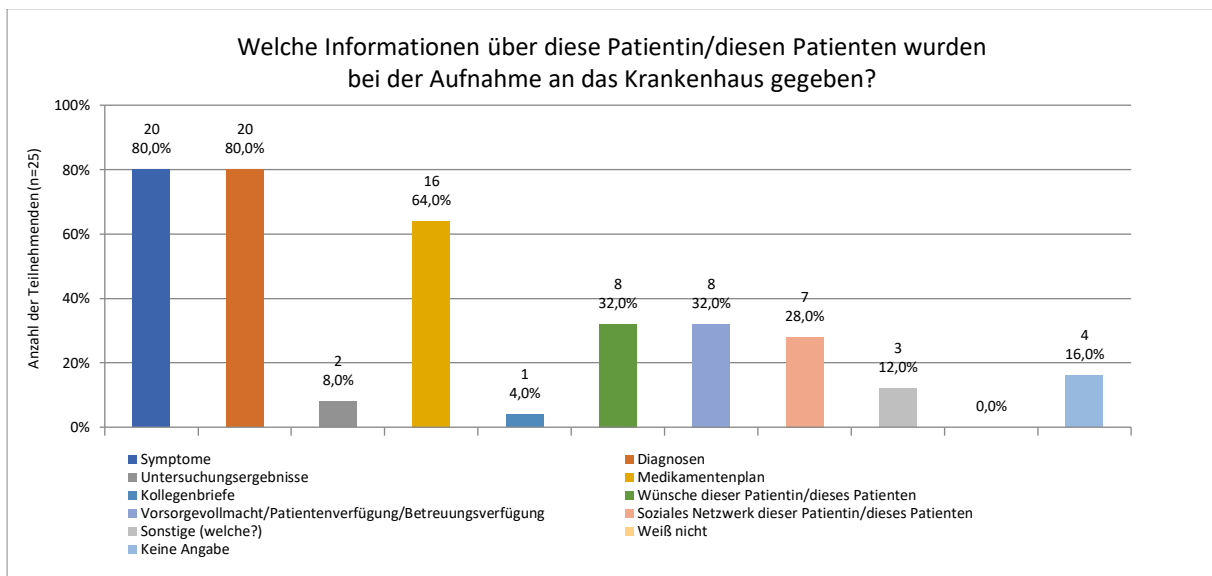


Abb. V-22: Information über die Patientin / den Patienten bei Aufnahme (Frage 88, Mehrfachnennungen möglich)

Während des Krankenhausaufenthaltes gab es in 45 % aller Fälle einen Kontakt zwischen dem Pflegedienst und dem Krankenhaus. In 64 % der Fälle wurden die Pflegedienste rechtzeitig über die Entlassung informiert; weniger als die Hälfte der Dienste erhielten einen Entlassungsbrief.

Die weitergegebenen Entlassungsbriefe enthielten Diagnose und weitere Therapievorschläge inklusive Medikamenten-/Hilfsmittelplan sowie Informationen zur Pflege im Vordergrund. Nachrangig waren geäußerte Wünsche, Patientenverfügung oder Aufklärung.

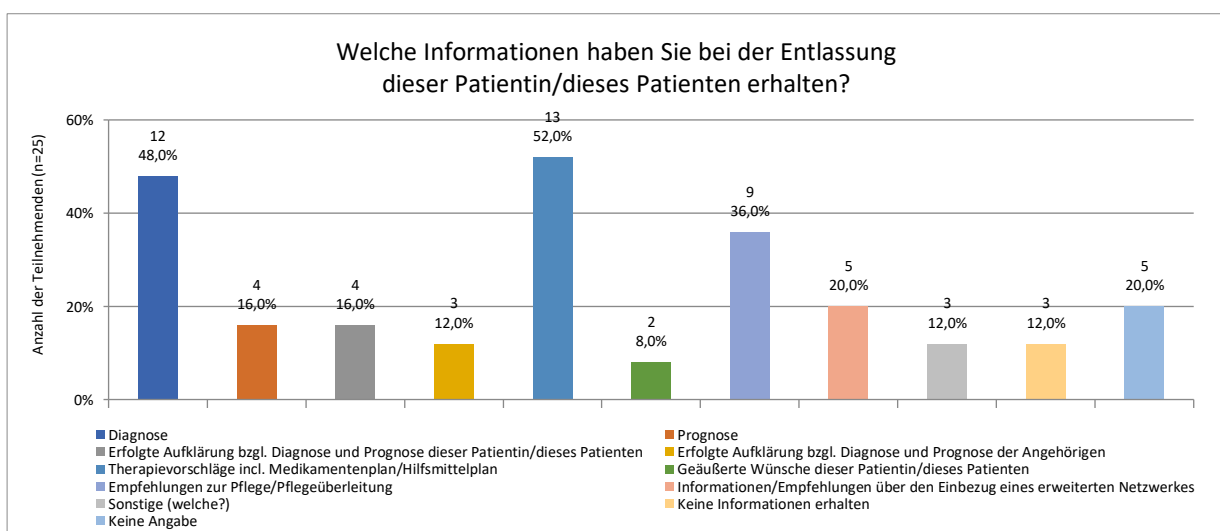


Abb. V-23: Information über die Patientin/ den Patienten bei Entlassung (Frage 92, Mehrfachnennungen möglich)

Starb die Patientin / der Patient während des Krankenhausaufenthaltes, wurde der palliative Pflegedienst in 60 % der Fälle nicht informiert. In der Regel informierte der Sozialdienst oder die Angehörigen über den Tod der Patientin / des Patienten.

Ein Reflexionsgespräch über die Krankenhauseinweisung des Menschen am Lebensende wurde bei der Hälfte der Dienste geführt.

Ein Drittel der palliativen Pflegedienste sah keine Mängel bei der Aufnahme in das Krankenhaus. Die Dienste, denen etwas fehlte, gaben den Notfallplan, eine detaillierte Patientenverfügung und eine adäquate Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus an.

57 % der Pflegedienste gaben an, dass ihnen bei der Entlassung der Patientin / des Patienten etwas fehlte. Als fehlend benannt wurde in einer offenen Fragestellung zusammengefasst Folgendes:

- Medikamentöse Versorgung z. B. Schmerzpumpe, Cannabisversorgung, Notfallmedikamente
- Gespräche/Entscheidungen über die weitere Vorgehensweise/weitere Maßnahmen
- Kommunikation zwischen Krankenhaus und Hausärztin / Hausarzt zur lückenlosen Versorgung mit BTM
- Das Wissen um ambulante Strukturen
- Überleitung/Arztbriefe/Hilfsmittel

### 5.4.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale

Bei der gewünschten Verbesserung der Versorgung von Palliativpatienten stand eine bessere Kommunikation an erster Stelle. Als weitere wichtige Elemente wurde die Installierung eines Palliativteams oder einer Palliativbeauftragten / eines Palliativbeauftragten genannt (zu letzteren wurde ergänzend geäußert, dass sie teilweise in Krankenhäusern eingesetzt werden, aber in manchen Fällen zu geringe Stellenanteile haben oder bei Personalnot in der Pflege benötigt werden). Ebenfalls wünschen sich die palliativen Pflegedienste eine klarere Haltung der Mitarbeitenden im Krankenhaus zum Thema Sterben und Tod und mehr Einbeziehung der Nahestehenden.

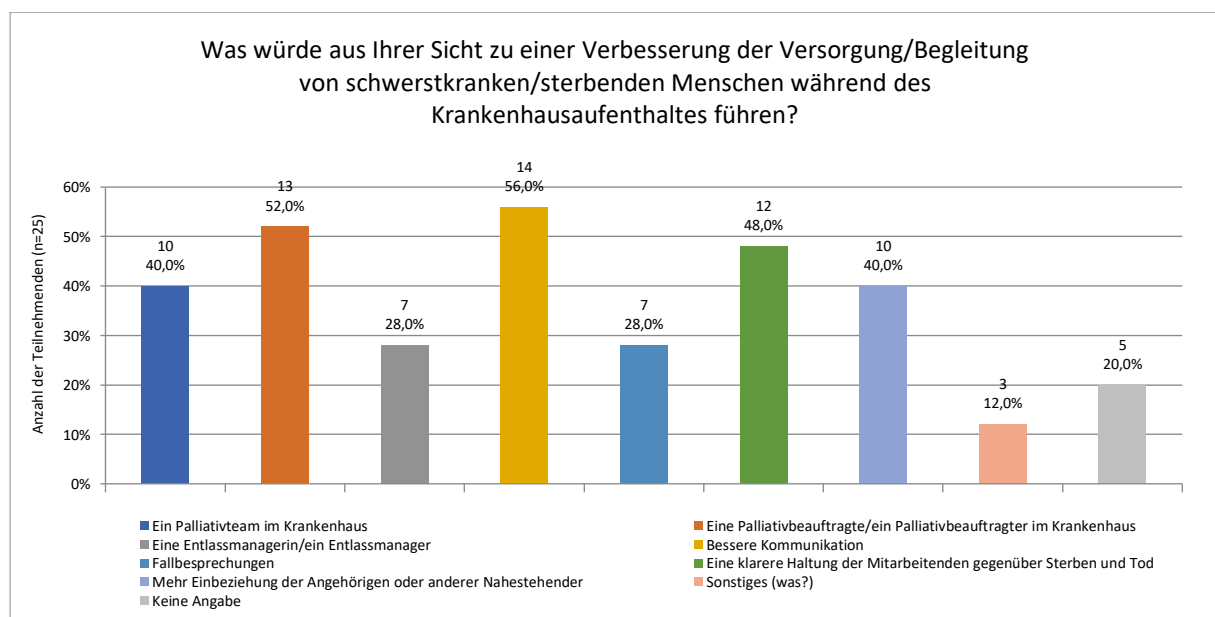


Abb. V-24: Verbesserungspotentiale während des Krankenhausaufenthaltes (Frage 102, Mehrfachnennungen möglich)

## Bei der Entlassung

An erster Stelle der Verbesserungswünsche stand für die Pflegedienste die Mitgabe der Medikamente für die ersten Tage nach der Entlassung. Durch die allgemein verbesserte Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und dem palliativen Pflegedienst durch palliativ geschulte Entlassmanagerinnen / Entlassmanager sowie durch frühzeitige Informationen über die Entlassung könnte das Entlassmanagement im Krankenhaus ebenfalls verbessert werden. In Freitextangaben meldeten die Teilnehmenden außerdem zurück, dass eine einheitlichere Information der Angehörigen („nicht vier Ärzte, vier Informationen“), mehr Kenntnisse über ambulante Strukturen sowie die zeitigere Information über notwendige Hilfsmittel sinnvoll seien. Viele Menschen möchten zu Hause sterben, es würde jedoch häufig nur in Richtung stationäre Einrichtungen wie Kurzzeitpflege oder stationäre Hospize beraten.

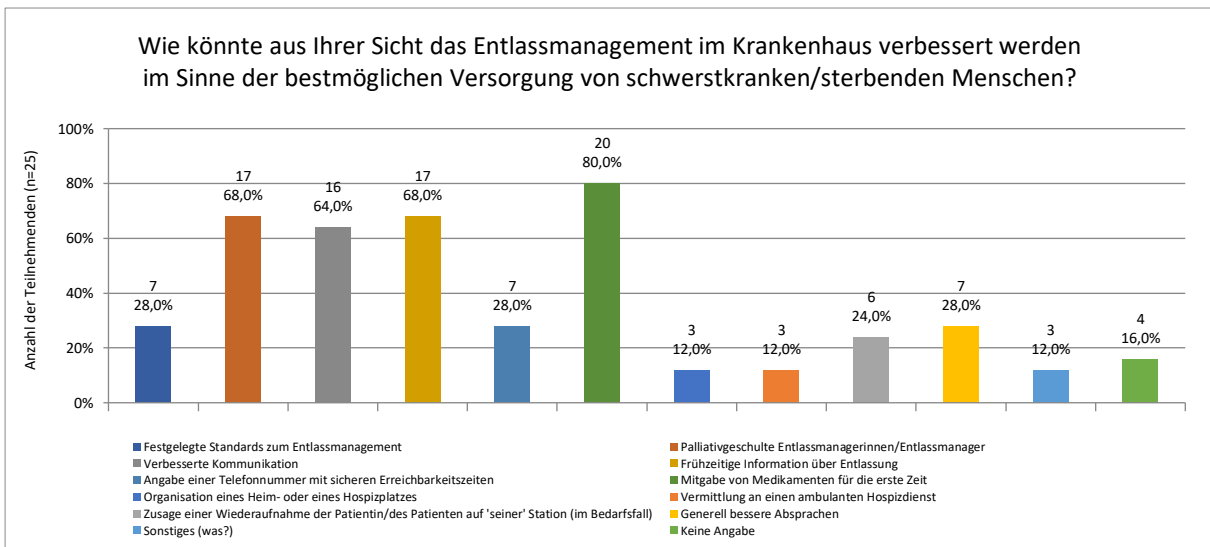


Abb. V-25: Verbesserungspotenziale des Entlassmanagements (Frage 103, Mehrfachnennungen möglich)

## 5.4.4 Zusammenarbeit

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und mit den anderen Kooperationspartnern stellt sich wie folgt dar:

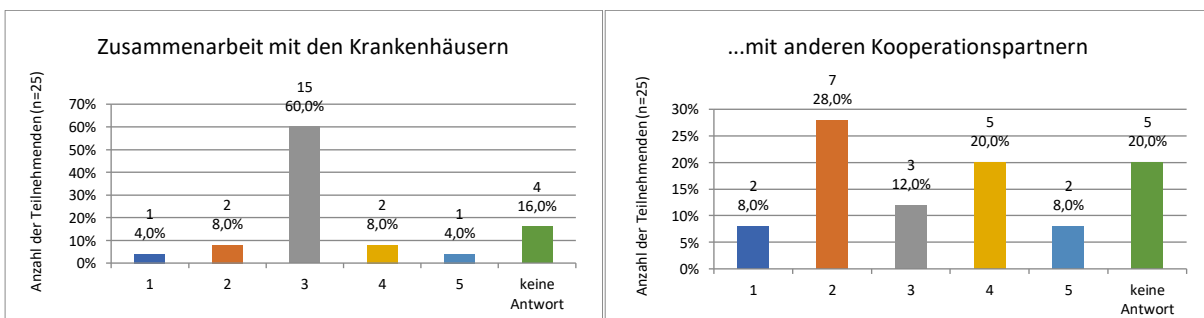


Abb. V-26: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und den ambulanten Kooperationspartnern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 104)

Die palliativen Pflegedienste sind vor allem unzufrieden mit der unterschiedlichen Medikation, fehlenden Papieren und wechselnden Ansprechpartnerinnen / Ansprechpartnern. Partiiell werden auch zu viele Ansprechpartnerinnen/ Ansprechpartner genannt, die u. U. nicht miteinander reden. Kurzfristige Entlassungen ohne Absprachen, späte Entlassungen gegen Abend oder am Wochenende oder Entlassungen am Mittwochnachmittag führen zu einer nicht gesicherten medizinischen Versorgung, da die Hausarztpraxis nicht mehr erreichbar ist. Ein weiterer Faktor für Unzufriedenheit ist, dass Angehörige und Patientinnen / Patienten ausweichende Antworten auf ihre Fragen erhalten würden.

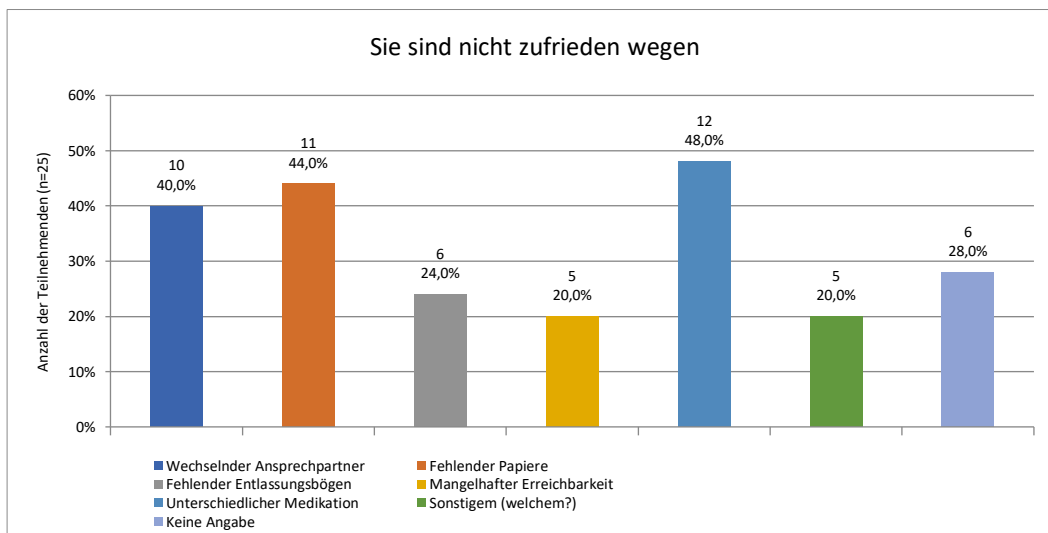


Abb. V-27: Gründe für Unzufriedenheit (Frage 105, Mehrfachnennungen möglich)

## 5.4.5 Zusammenfassung

Die palliativen Pflegedienste wünschen sich eine klarere Haltung gegenüber Tod und Sterben, was sich unter vielem anderen darin ausdrückt, das Sterben als zu erwartendes Geschehen nicht zu tabuisieren, sondern es als Professionelle anzunehmen und in der Folge auch anzusprechen. Für sie ist darüber hinaus die lückenlose Pflegeüberleitung und Medikamentenmitgabe von zentraler Bedeutung. Auch über die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung mit Hilfe von palliativen Pflegediensten sollten die Krankenhäuser nach ihrer Auffassung stärker informiert sein und ihrerseits aufklären.

## 5.5 Ambulante palliativmedizinische Versorger

### 5.5.1 Allgemeine Informationen

Aus der palliativmedizinischen Versorgung wurde der Fragebogen von 41 Diensten ausgefüllt (74 % aus Westfalen und 26 % aus Nordrhein). Dies entspricht einem Rücklauf von ca. 30%. Geantwortet wurde von Ärztinnen und Ärzten in leitenden Positionen (44 %), angestellten Ärztinnen und Ärzten (10 %) sowie zu ca. einem Drittel von Koordinatorinnen und Koordinatoren bzw. Pflegefachkräften. Eine palliative Weiterbildung gaben 80 % der Befragten im Umfang von 160 Stunden an und 5 % im Umfang von 120 Stunden.

Ein Drittel der Dienste befindet sich in Orten mit bis zu 100.000 Einwohnern, ca. zwei Drittel der Dienste in größeren Städten bzw. Kommunen. Entsprechend hoch liegt die Anzahl der Krankenhäuser

in den Kommunen bzw. Städten. Die Anzahl der vorhandenen Kliniken und der Krankenhäuser, mit denen zusammengearbeitet wird, unterschied sich nur unwesentlich.

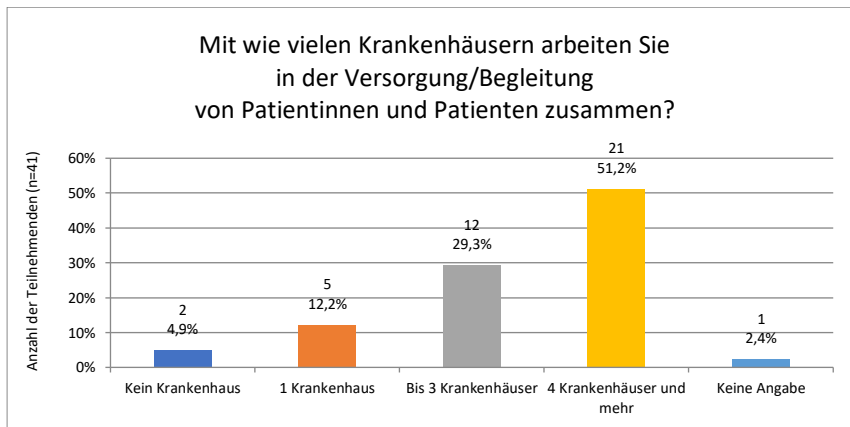


Abb.V-28: Zusammenarbeit mit Krankenhäusern (Frage 111)

## 5.5.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

Der Klinikaufenthalt wurde am häufigsten von den Zugehörigen gewünscht bzw. veranlasst, gefolgt von den Hausärztinnen und Hausärzten sowie Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern; seltener von Notärztinnen und Notärzten oder anderen Professionen. Bei 74 % handelte es sich um ungeplante Einweisungen, dem standen 23 % geplante Einweisungen gegenüber. Diese Angaben entsprechen weitestgehend denen der anderen Kooperationspartner.

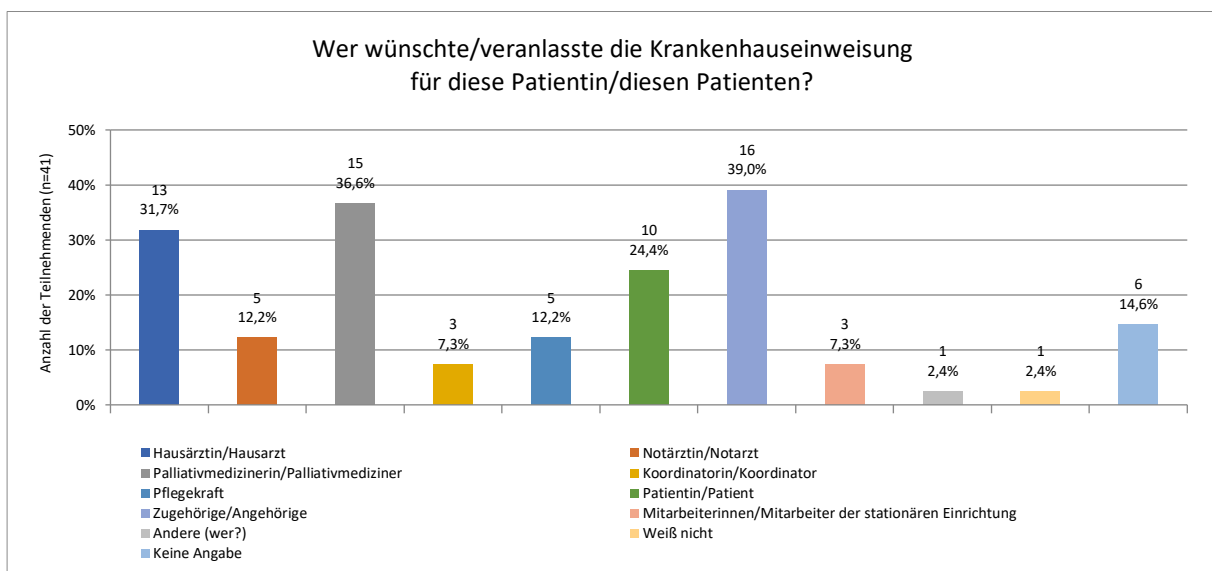


Abb. V-29: Wunsch nach/ Veranlassung der Krankenhauseinweisung (Frage 112, Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Einweisung wurden die Kliniken sehr häufig über die Symptome, den Medikamentenplan und die vorhandenen Diagnosen informiert. Auch der Arztbericht wurde mitgegeben. Die Patientenwünsche wurden seltener explizit genannt, dagegen wurden sie z. B. im Unterschied zu den Angaben der Hausärztinnen / der Hausärzte noch relativ häufig angegeben. Die Vorsorgevollmacht bzw.

Patientenverfügung wurden von der Hälfte der Teilnehmenden genannt, in wenigen Fällen wurden Informationen über das soziale Netzwerk bzw. die Bezugspersonen der Patienten weitergegeben.

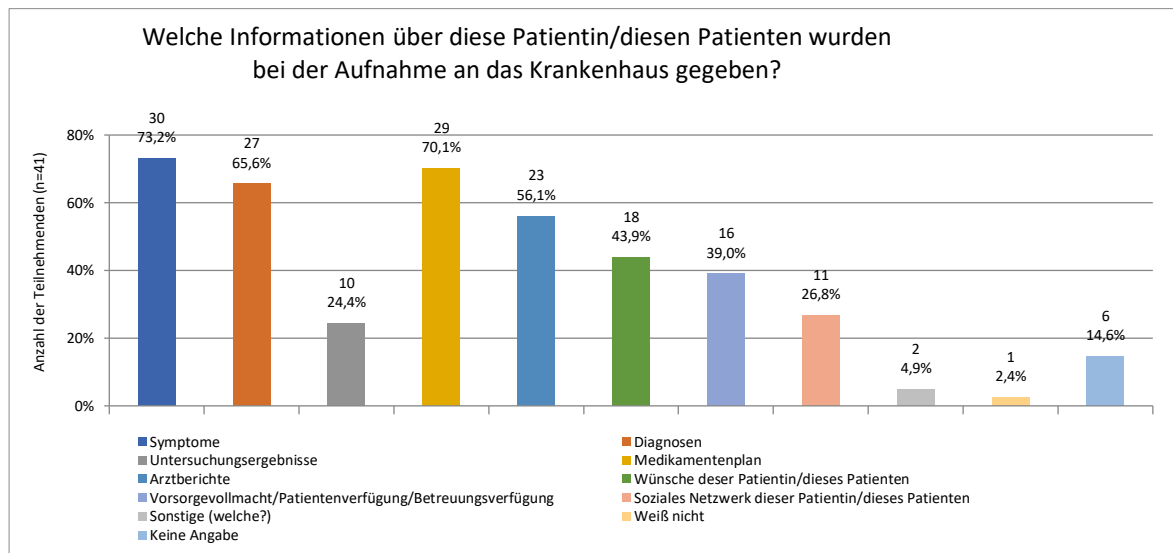


Abb. V-30: Information über die Patientin/den Patienten bei Aufnahme (Frage 114, TN=35, Mehrfachnennungen möglich)

Zwei Drittel der Dienste gaben an, dass während des Krankenhausaufenthaltes der Patientin / des Patienten ein Kontakt zu den Kliniken bestanden habe. Von 32 % der Befragten wurde dies verneint. Ein Drittel der Dienste wurde rechtzeitig über die Entlassung informiert. Zwei Drittel gaben an, den Arzt- bzw. Entlassbrief ausreichend zeitnah bekommen zu haben. 24 % konnten dies nicht bestätigen. Wenn eine Patientin / ein Patient im Krankenhaus starb, wurde ca. ein Drittel der Dienste nicht informiert, während 41 % durch die Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter informiert wurden. Neun Teilnehmende machten dazu keine Angaben.

Bei der Entlassung der Patientin / des Patienten standen die Angabe der Diagnose und die Therapie-vorschläge im Vordergrund. Die Prognose wurde ebenso häufig angegeben wie die Aufklärung des Patienten und die Information bzw. Empfehlung über den Einbezug eines weiteren Netzwerkes, z. B. der ambulante Hospizdienst, das stationäre Hospiz oder das Palliativnetzwerk. Die Angaben für die erfolgte Aufklärung der Angehörigen ist ebenso hoch wie die Angabe zu den Wünschen der Patientinnen / der Patienten. Sie liegen im unteren Drittel aller Angaben.

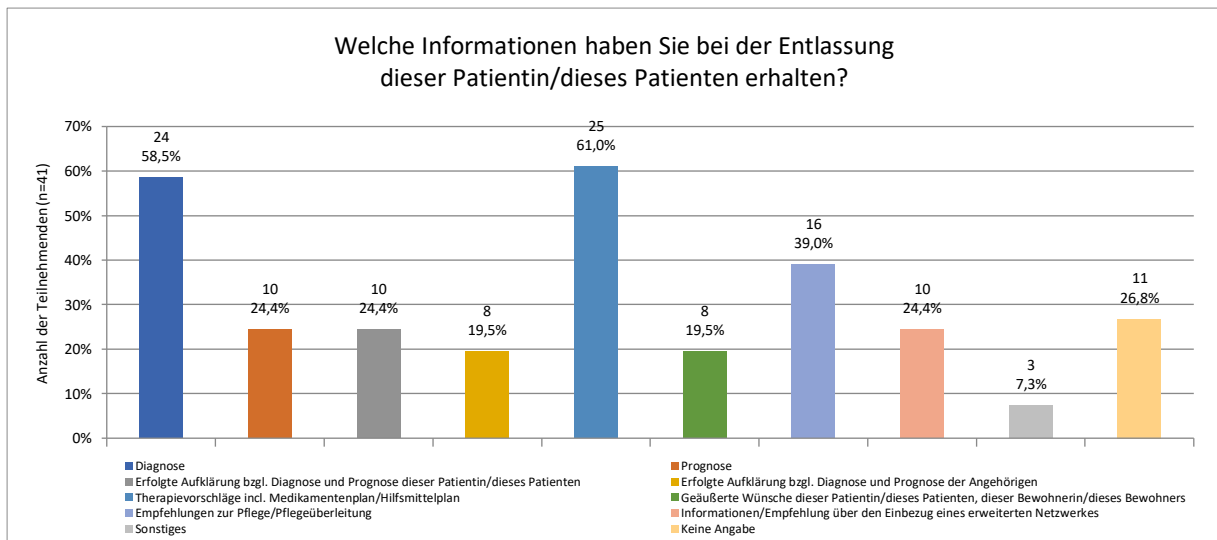


Abb. V-31: Information über die Patientin / den Patienten bei Entlassung (Frage 118, Mehrfachnennungen möglich)

Die Reflexion über die Aufnahme, Versorgung und Entlassung der Patientinnen und Patienten in den Teams fand in ca. der Hälfte der Fälle statt.

Die Dienste der ambulanten medizinischen Palliativversorgung waren zu 62 % zufrieden mit der Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten. Während 15 % keine Angaben machten, war etwa ein Viertel mit unterschiedlichen, aber gleich häufig genannten Begründungen unzufrieden: Es fehlte eine offene Aufklärung der Patientin / des Patienten („... Aufklärung des Patienten hinsichtlich einer neuen Chemotherapie, Patient starb an Komplikationen nach der Erstgabe“) wie auch die Rücksprache mit dem ambulanten Team über die weitere Therapie und Versorgung („... sinnvolle Abwägung der Diagnostik und Therapie“).

Ebenso wurde das Fehlen einer Palliativstation als Grund für Unzufriedenheit genannt. Eine Teilnehmerin/ ein Teilnehmer nannte die angstauslsende Verunsicherung für Patienten, wenn die Aufnahme auf eine bestimmte Station zu lange unklar geblieben ist. Es fehlte ebenfalls die Information gegenüber Angehörigen.

44 % der Dienste gaben an, dass ihnen bei der Entlassung nichts gefehlt habe, knapp ein Viertel sah Defizite.

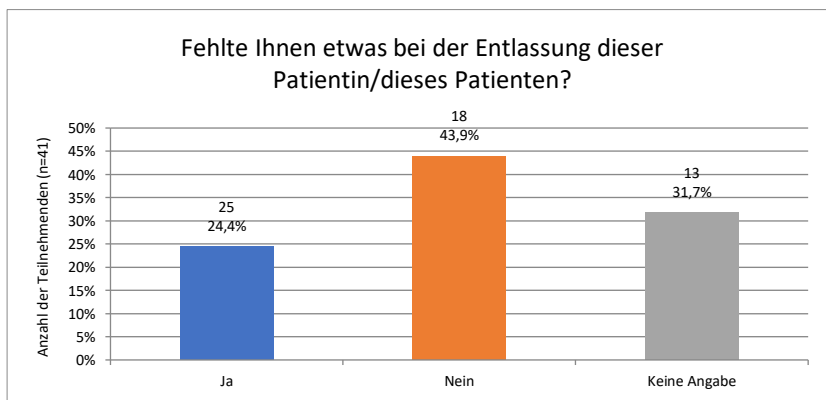


Abb. V-32: Fehlende Informationen bei Entlassung (Frage 126)

Im Detail gaben die Teilnehmenden, die die Frage mit „Ja“ beantwortet hatten, an, dass die Informationsweitergabe mangelhaft sei. Entlassbriefe würden an die Hausärztinnen und Hausärzte gehen, die ambulanten Palliativversorger würden auf diese Weise in einigen Fällen erst sehr spät oder gar nicht informiert. Die Aufklärung über die Diagnose/Therapie und Prognose bei Patientinnen und Patienten oder/und Angehörigen sei verbesserungswürdig.

Positive Bewertungen zeigten sich in den folgenden Kommentaren einzelner Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

- Der Kontakt zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und den Angehörigen
- Die ambulante Versorgung
- Die Unterstützung der Familie
- Die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst
- Eine enge Zusammenarbeit
- Ein enger Kontakt mit der Palliativstation
- Die engmaschige Kommunikation
- Die gute Umsorgung der Angehörigen
- Die Überleitung als auch das Entlassmanagement in den Onkologien und Palliativstationen
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Die Kommunikation innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen und zwischen den Abteilungen und Kliniken
- Nach Wunsch der Patientin/des Patienten immer wieder nahtlose Wiederaufnahme möglich
- Operative Entlastung des mechanischen Ileus
- Patientin / Patient konnte in der Häuslichkeit versterben
- Der persönliche Kontakt zur versorgenden Krankenhausärztin / versorgendem Krankenhausarzt

### **5.5.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale**

#### **Während des Krankenhausaufenthaltes**

Im Sinne der Verbesserung der Situation nannten die Dienste an erster Stelle die Kommunikation. Eine klarere Haltung gegenüber dem Thema Sterben und Tod wurde darüber hinaus als genauso wichtig erachtet wie ein Palliativteam im Krankenhaus. Hilfreich seien auch eine Palliativbeauftragte/ein Palliativbeauftragter oder eine Entlassmanagerin / ein Entlassmanager im Krankenhaus (diese Aspekte wurden jeweils von über 44 % der Teilnehmenden aufgeführt). Bei ca. 34 % der Teilnehmenden wurde eine bessere Einbeziehung der Angehörigen und anderer Nahestehender gewünscht.

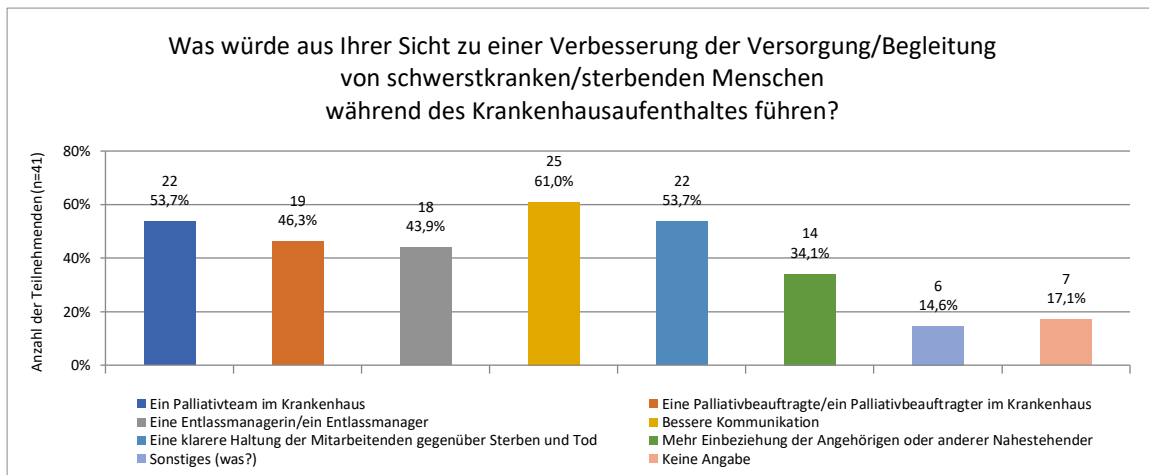


Abb. V-33: Verbesserungspotenziale während des Krankenhausaufenthaltes (Frage 129, Mehrfachnennungen möglich)

In der offenen Frage zu den sonstigen Gründen wurde für ein wohlwollendes Verständnis, eine Akzeptanz der anderen medizinischen Disziplinen gegenüber der Palliativmedizin geworben. Die Kommunikation und eine engere Zusammenarbeit mit den ambulanten Versorgern wurden ebenso hervorgehoben. Neben der „regelmäßigen Weiterbildung für alle Ärzte, vor allem Chefärzte bezüglich palliativer Haltung und Therapie“ wurden auch eine „bessere personelle Ausstattung und eine angemessene Vergütung, wie bei Intensivpflegekräften“ und die Einführung einer Palliativstation gewünscht.

### Bei der Entlassung

Bezogen auf die Entlassung von Patientinnen und Patienten wünschten sich die ambulanten palliativmedizinischen Versorger an erster Stelle eine palliativgeschulte Entlassmanagerin / einen Entlassmanager, die Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit, eine frühzeitige Information über die geplante Entlassung, ebenso die verbindliche Erreichbarkeit und Bekanntgabe einer Telefonnummer und wiederholt die bessere Kommunikation und bessere Absprachen.

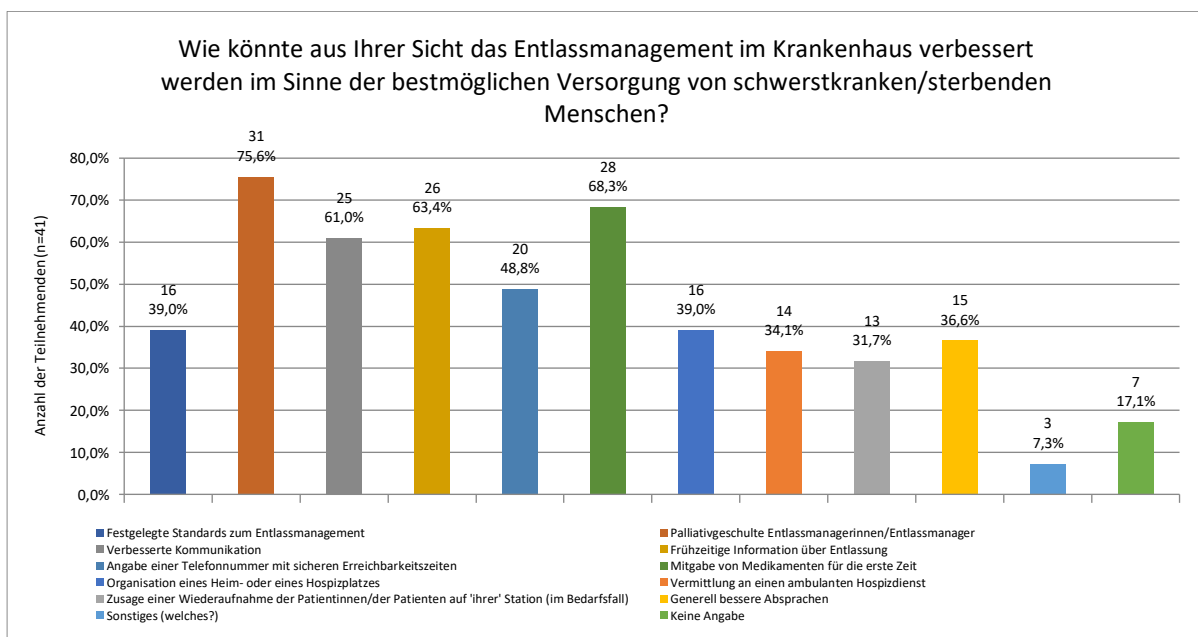


Abb. V-34: Verbesserungspotenziale bei der Entlassung (Frage 130, Mehrfachnennungen möglich)

Die Kommunikation findet sich auch in der Aufzählung unter sonstigen Gründen dezidiert wieder. Festgelegte Standards zur Entlassung waren den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung ebenso wichtig wie die Überleitung der Patientinnen und Patienten an ein stationäres Hospiz, ein Heim oder auch an den ambulanten Hospizdienst.

### 5.5.4 Zusammenarbeit

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und mit den ambulanten Diensten zeigt folgendes Ergebnis:

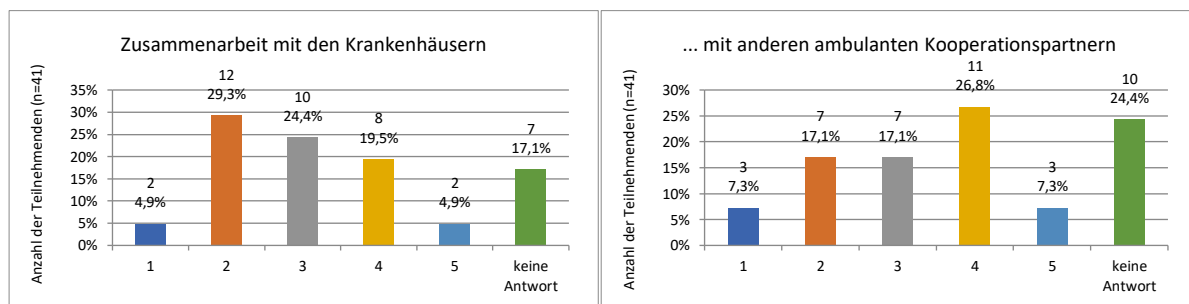


Abb. V-35: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und den ambulanten Kooperationspartnern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 131)

Wenn Dienste nicht zufrieden sind mit der Zusammenarbeit, liegt dies an wechselnden Ansprechpartnerinnen / Ansprechpartnern, fehlenden Papieren / Entlassungsbögen, mangelhafter Erreichbarkeit und unterschiedlicher Medikation. Besonders der Punkt der wechselnden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner geht wahrscheinlich mit dem Wunsch nach verbesserter Kommunikation einher. Auch die kurzfristige Entlassung der Patientinnen / der Patienten vor dem Wochenende stellt für einige Dienste nach wie vor ein Problem dar.

### 5.5.5 Zusammenfassung

Ein wesentliches verbesserungswürdiges Element in der Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Teams und dem Krankenhaus ist die direkte und systematische Kommunikation. Auch würde aus Sicht der ambulanten Versorger eine klarere Haltung der handelnden Personen in den Krankenhäusern gegenüber den Themen Sterben, Tod und Trauer in vielen alltäglichen Routinen und in der Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten die Versorgung und Begleitung sterbender Patientinnen und Patienten verbessern. Hier wünschen sich die Dienste eine Sensibilisierung und regelmäßige Weiterentwicklung. Sie stehen einer guten Vernetzung mit den Krankenhäusern sehr positiv gegenüber und beschreiben das Vorhalten von Palliativen Konsiliardiensten mit entsprechendem Entlassmanagement sowie einer Palliativstation als eine der wichtigsten Säulen in der gemeinsamen Versorgung der Patientinnen und Patienten.

## 5.6. Einrichtungen der stationären Altenhilfe

### 5.6.1 Allgemeine Informationen

Es haben insgesamt 65 Altenheime an der Onlinebefragung teilgenommen, das macht ca. 3 % der Altenheime in NRW aus. Der Fragebogen wurde von der Geschäftsführung, der Heimleitung oder der Pflegedienstleitung ausgefüllt. 56 % der Teilnehmenden haben keine palliative Ausbildung, ca. 20 % verfügen über die 160-stündige Qualifikation, 16 % über eine Basisausbildung.

53 % der Einrichtungen sind in Westfalen-Lippe 45 % in Nordrhein ansässig. Nahezu alle Altenheime arbeiten mit den Krankenhäusern zusammen.

### 5.6.2 Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung

Die meist ungeplante Einweisung in ein Krankenhaus erfolgte in hohem Umfang auf Wunsch der Angehörigen oder durch den Hausarzt / die Hausärztin.

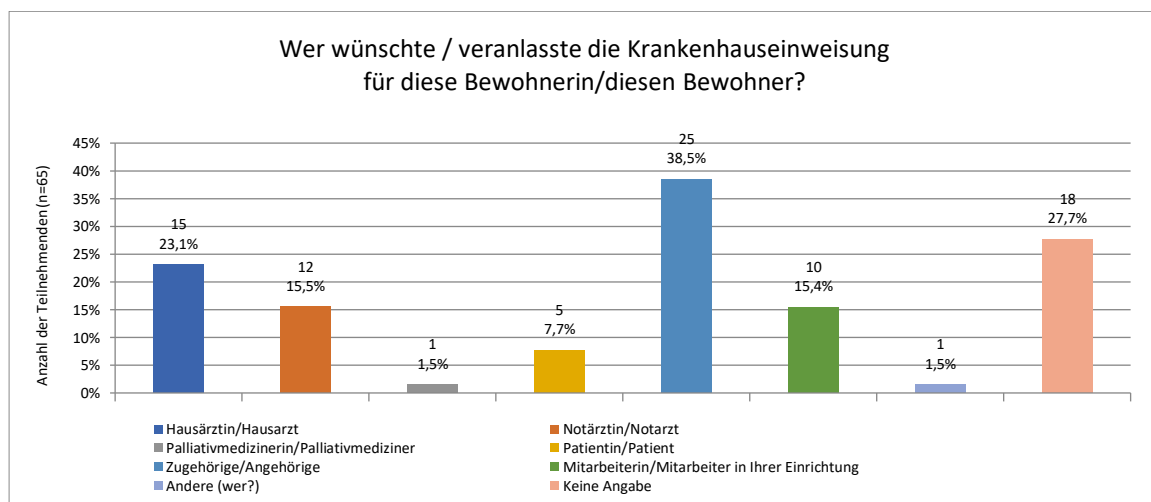


Abb. V-36: Wunsch nach Veranlassung der Krankenhauseinweisung (Frage 139, Mehrfachnennungen möglich)

Informationen zu Diagnosen, Medikamenten und Symptomen wurden bei der Einweisung in das Krankenhaus in vergleichbarem Maße mitgegeben. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung hatten bei den Altenheimen einen höheren Stellenwert als bei den anderen fünf Kooperationspartnern. Eine Einrichtung betonte, dass schon sehr lange kein sterbenskranker Mensch mehr in ein Krankenhaus eingewiesen wird, wohl aber umgekehrt sterbenskranke Menschen vom Krankenhaus in ein Altenheim verlegt werden. Auch Informationen über Infektionserkrankungen oder die Schmerzsituation würden dem Krankenhaus mitgeteilt.

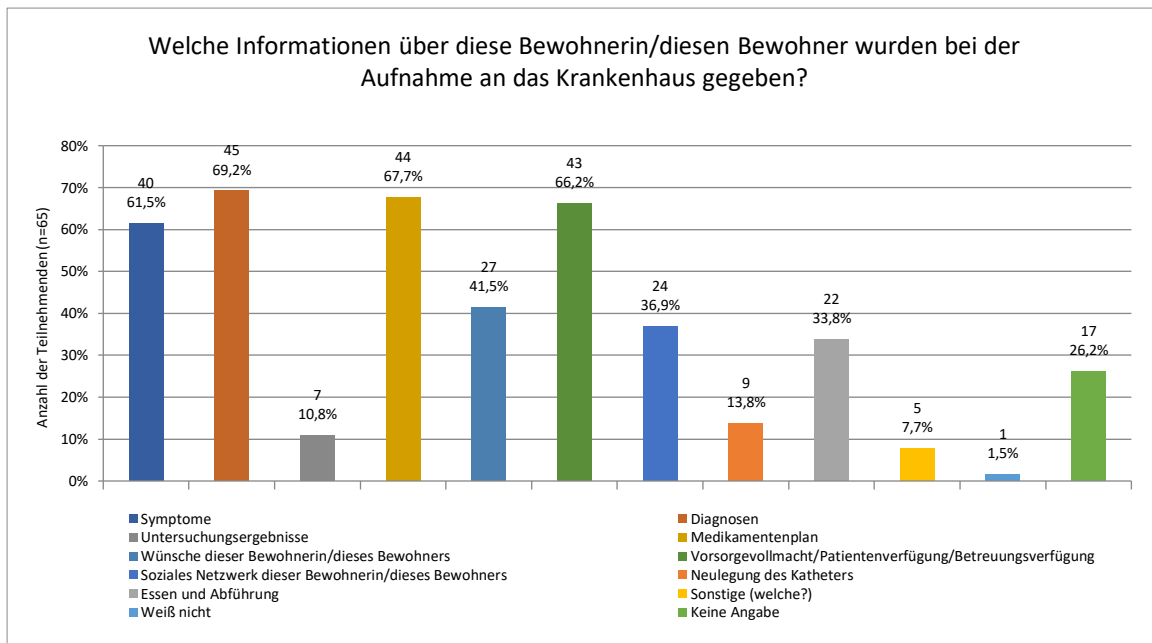


Abb. V-37: Informationen über die Bewohnerin/den Bewohner (Frage 141, Mehrfachnennungen möglich)

Während des Aufenthaltes hat das Krankenhaus in ca. 80 % aller Fälle keinen Kontakt zum Altenheim aufgenommen. In den wenigen Fällen der Kontaktaufnahme wurde nach der Medikation gefragt oder danach, ob eine palliative Versorgung im Heim gewährleistet werden kann.

In 42 % aller Fälle wurde nicht rechtzeitig über die bevorstehende Entlassung informiert; in 48 % erfolgte die Information rechtzeitig. Der Arzt-/Entlassungsbrief wurde bei zwei Dritteln der Teilnehmenden ausreichend zeitnah verschickt.

Das Altenheim erhielt bei der Entlassung Informationen über die Diagnose, Therapievorschläge incl. Medikamenten-/Hilfsmittelplan, Empfehlungen zur Pflege/Pflegeüberleitung. Geäußerte Wünsche und die Patientenverfügung waren lediglich bei 3 % aller Entlassungen ein Thema.

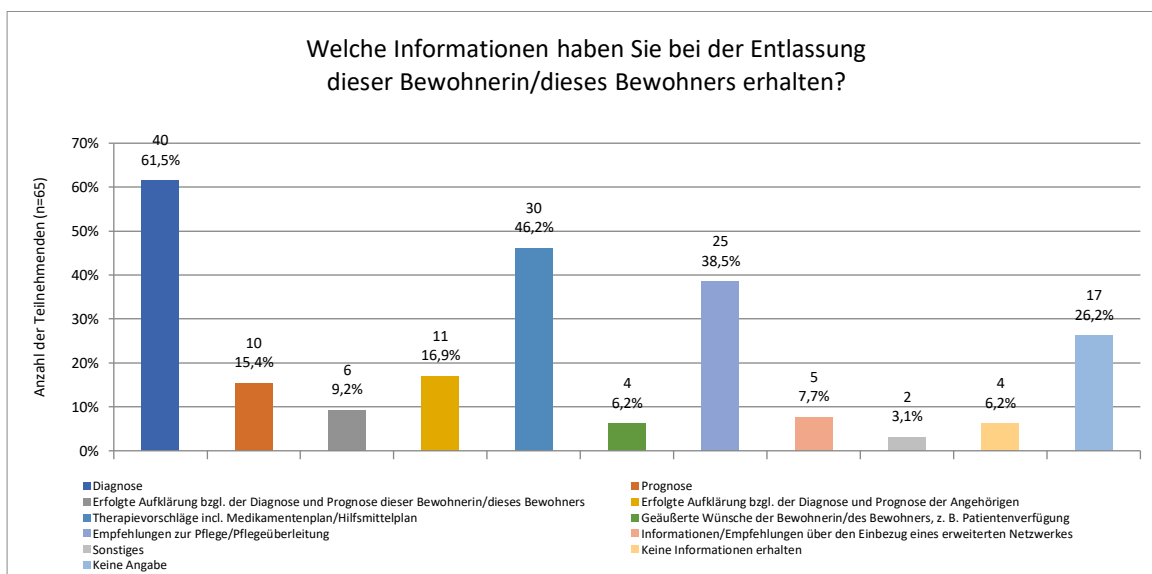


Abb. V-38: Informationen über die Bewohnerin / den Bewohner bei Entlassung (Frage 146, Mehrfachnennungen möglich)

Starb die Bewohnerin/der Bewohner während des Krankenhausaufenthaltes, wurde ca. die Hälfte der Pflegeeinrichtungen innerhalb von 24 Stunden informiert; in 15 % der Sterbefälle wurden sie nicht informiert, die verbleibenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer machten dazu keine Angaben. In ca. zwei Drittel der Fälle kam die Information durch Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, zu einem Drittel durch andere, partiell die Angehörigen.

Eine Reflexion über die Sinnhaftigkeit der Krankenhauseinweisung des Menschen am Lebensende wurde bei 60 % umgesetzt. Eine Einrichtung machte deutlich, dass es darauf ankomme, wie lange die Bewohnerin / der Bewohner im Heim war. Wenn jemand länger dort gelebt hat, findet durch das Pflorgeteam selbst eine Reflexion statt. Eine Einrichtung gab an, dass besprochen wurde, ob die Einweisung aus pflegerischer Sicht oder nur aus ärztlicher Sicht sinnvoll gewesen sei.

Den Heimen fehlte zu 50 % nichts bei der Aufnahme ihrer Bewohnerin / ihres Bewohners. Etwa ein Viertel der Teilnehmenden notierte, dass etwas gefehlt habe; hier einige wörtliche Kommentare:

- „Im Hinblick auf die dementiellen Veränderungen unserer Bewohner werden Überleitungsbögen innerhalb der Krankenhäuser oft nicht bei der Verlegung mitgegeben, somit gibt es oft Probleme bei der Ernährung oder bei herausfordernden Verhaltensweisen.“
- „Der Hausarzt war leider nicht vor Ort und nahm meines Erachtens nach die Mitteilung, dass die Bewohnerin palliativ versorgt wiederkommen sollte, nicht so ernst und meinte, wir könnten uns nach dem Wochenende wieder bei ihm melden.“
- „Palliative Versorgung sollte in unserer Einrichtung erfolgen, die Krankenhäuser haben keine Ahnung, was wir leisten können.“

Was einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern außerdem fehlte, war eine Empfehlung zur Einschreibung in das Palliativnetz, die Beachtung eines „Palliativausweises“, eine ausreichende Beratung der Angehörigen, die Kommunikation mit dem Arzt und dem Pflegepersonal sowie die Umsetzung der Wünsche der Bewohnerin / des Bewohners zum Sterbeort.

Auf die Frage, ob etwas bei der Entlassung der Bewohnerin / des Bewohners gefehlt habe, antwortete jeweils ca. ein Drittel mit ja bzw. nein, 26 % machten keine Angaben.

Was häufig gefehlt hat, waren der korrekte Arztbrief mit weiteren Informationen z.B. zu den Absprachen mit den Angehörigen, die Sicherstellung der weiteren Versorgung sowie Empfehlungen für die Pflege und die Mitgabe von Medikamenten, vor allem BTM und vor allem bei Entlassung vor dem Wochenende. Außerdem fehlte in Einzelfällen die Berücksichtigung der Wünsche der Bewohner sowie Konzepte zum Entlassmanagement und zur palliativen Arbeit.

Dazu ein wörtlicher Kommentar: „Vom Krankenhaus ist die Überleitung generell sehr dürftig. Wenn wir rechtzeitig telefonisch informiert werden, fehlt es meistens (!) an korrekten Überleitungen, Informationen vom Arzt oder Informationen zu aktuellen Handlungsanweisungen. Wir telefonieren dann nochmal mit dem jeweiligen Krankenhaus, um Infos zu bekommen.“

Daneben gibt es auch gute Erfahrungen: Was in Einzelfällen bei der Versorgung der Bewohnerin / des Bewohners als hilfreich empfunden wurde, war

- die Akutversorgung der Bewohnerin und Besserung der Symptome im Krankenhaus und die darauffolgende Reflexion im Pflorgeteam,
- die Verständigung über und Verschriftlichung der weiteren Notfallplanung, um eine weitere Krankenhauseinweisung zu vermeiden,
- Absprachen mit Angehörigen und deren Einhaltung unter Berücksichtigung der Bewohnerwünsche,
- der Austausch zwischen Hausarzt, Angehörigen und Hospizdienst,

- die Begleitung durch ehrenamtlich Tätige des ambulanten Hospizdienstes,
- die Akutversorgung von Schmerzen und anderen Symptomen,
- die Zusammenarbeit mit dem Palliativnetz,
- keine weiteren unnötigen Maßnahmen,
- Information des Krankenhauses über die Schmerzpumpe.

### 5.6.3 Einschätzung der Verbesserungspotentiale

Aus Sicht der Altenheime würde vor allem eine verbesserte Kommunikation zu einer optimaleren Versorgung sterbender Menschen im Krankenhaus führen.

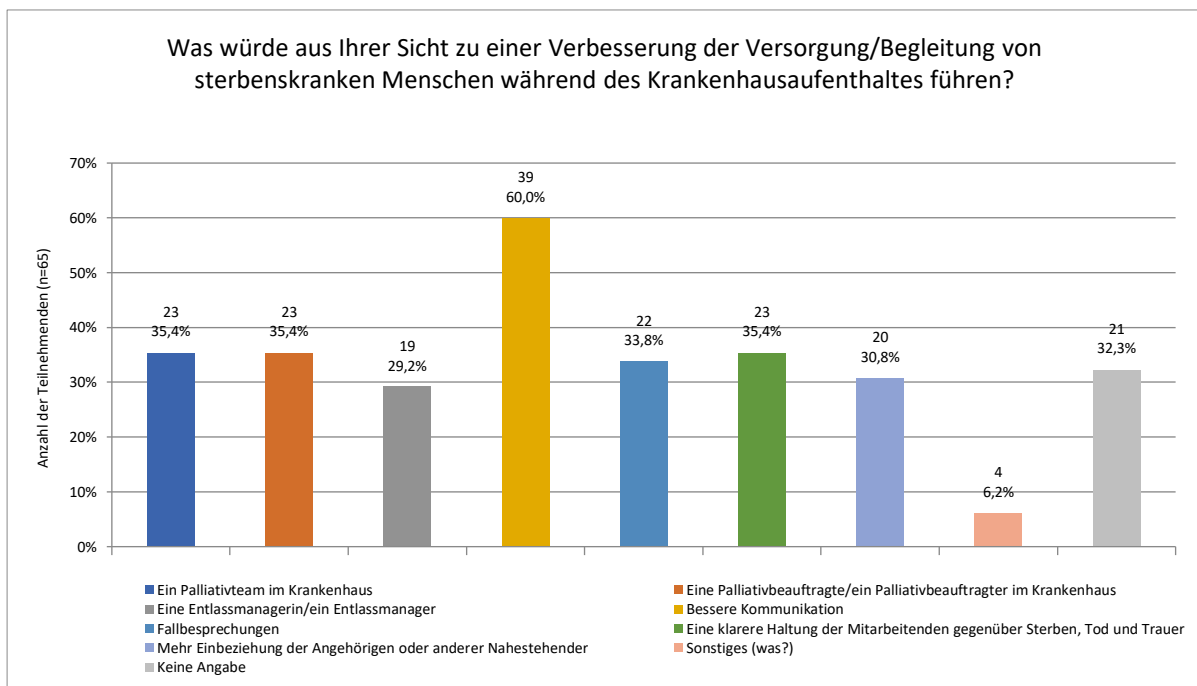


Abb. V-39: Verbesserungspotentiale während des Krankenhausaufenthaltes (Frage 157, Mehrfachnennungen möglich)

Zu der offen gestellten Frage, was außerdem zu einer Verbesserung der Versorgung sterbenskranker Menschen im Krankenhaus beitragen würde, hier einige wörtliche Kommentare:

- „Die Stellenpläne in der Dauerpflege müssten so auskömmlich sein, dass die Bezugspfle-geperson den Bewohner im Krankenhaus regelmäßig besuchen kann und zur Visite/Fallbesprechung im Krankenhaus anwesend ist.“
- „Einbeziehung des Hausarztes, der bei diesem Bewohner auch zeitnah und regelmäßig in kürzeren Abständen Visiten durchführt und der auch dafür sorgt, dass der Bewohner ins Palliativnetz eingeschrieben wird und nicht die Einschreibung verhindert.“
- „Runder Tisch mit anderen Beteiligten, z. B. Senioreneinrichtung, Apotheke“
- „Einbeziehung des Heims“

Zur Verbesserung des Entlassmanagements führt aus Sicht der Einrichtungen vor allem eine verbesserte Kommunikation, die Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit und die frühzeitige Information über die Entlassung.

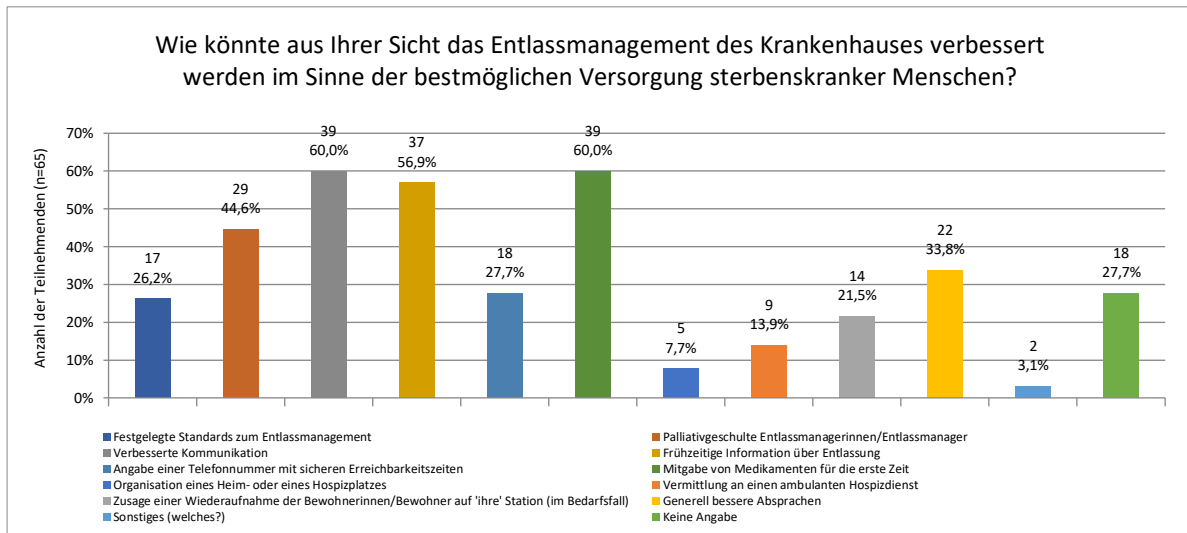


Abb. V-40: Verbesserungspotenziale bei der Entlassung (Frage 158, Mehrfachnennungen möglich)

### 5.6.4 Zusammenarbeit

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und mit den anderen Kooperationspartnern zeigte folgendes Ergebnis:

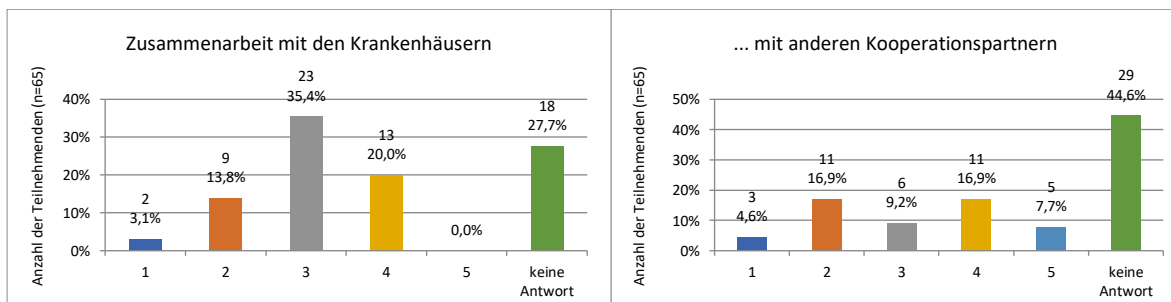


Abb. V-41: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und den ambulanten Kooperationspartnern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 159)

Unzufriedenheit mit der Zusammenarbeit besteht vielfach wegen fehlender Papiere, fehlender Entlassbögen und abweichender Medikation. Nahezu die Hälfte aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer nannte auch wechselnde Ansprechpartner und mangelhafte Erreichbarkeit als Gründe für problematische Zusammenarbeit.

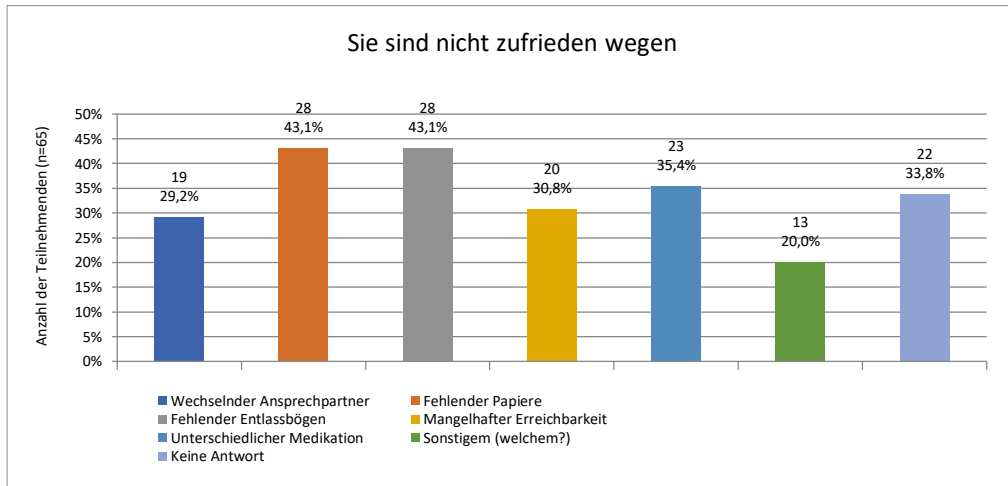


Abb. V-42: Gründe für Unzufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern, 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden (Frage 160)

Kommentare aus der ergänzenden Freitextangabe:

„Kommunikation mit den Angehörigen ist nicht umfassend und ehrlich.“

„Behandlung erfolgt ohne Aussicht auf Therapieerfolge.“

„Kein professionelles Entlassmanagement.“

„Fehlende Einbindung des Hausarztes und hier auch die fehlende fachlich einfühlsame Qualifikation.“

## 5.6.5 Zusammenfassung

Wie bei den anderen Diensten auch ist bei den Einrichtungen der stationären Altenhilfeeinrichtungen die Schnittstellenproblematik deutlich. Die Einbindung von Palliativnetz, Hospizdienst und Hausarzt spielt hier unter anderem eine große Rolle. Generell wird einer adäquaten Kommunikation eine hohe Bedeutung zugeschrieben: Ein funktionierender Informationsaustausch (z. B. auch durch verlässliche und verantwortliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner) erleichtert die Zusammenarbeit und verbessert die Versorgung entsprechend der tatsächlichen Bedürfnisse sterbenskranker Patientinnen und Patienten.

## 6. Schlussfolgerungen

### Hospiz- und Palliativkultur

„Ermutigung [...], Therapieziele zu ändern, den Tod zu akzeptieren und Sterben nicht automatisch als Scheitern anzusehen.“ Dies war die Antwort des Mitarbeiters eines Krankenhauses auf die Frage, was zu einer Verbesserung der Situation Sterbender in seinem Haus beitragen könnte. In dieser Aussage liegt eine zentrale Botschaft: Das Fundament einer adäquaten Begleitung und Behandlung von Menschen am Lebensende ist eine im Krankenhaus zu integrierende qualifizierte Haltung bzw. Kultur – gegenüber dem Sterben und dem Tod, gegenüber den betroffenen Patientinnen und Patienten und damit letztlich auch gegenüber den Mitarbeitenden.

Elementar dafür ist die Schaffung eines Leitbildes, das in der Praxis, in den täglichen Abläufen und von allen Mitarbeitenden – von der Geschäftsführung bis zur Reinigungskraft – tatsächlich gelebt wird. Synonyme für den Begriff ‚Leitbild‘ sind „Unternehmensziel“ oder „Organisationskultur“. Sie sind Ausdruck des Selbstverständnisses des Hauses, zeigen den Zweck und die Ziele der Organisation auf und machen deutlich, für welche Werte es steht. So schafft ein Leitbild einen verbindlichen Orientierungsrahmen, durch den sich das Verhalten aller Mitarbeitenden auf die gemeinsamen Aufgaben und die Erreichung der gemeinsamen Ziele ausrichtet. Idealerweise hätten also alle Klinikmitarbeitenden, neben einer partiellen fachlichen Expertise, einen mentalen und emotionalen Zugang zu den Prinzipien der Hospizbewegung und Palliativversorgung. Das heißt nicht, dass sie auf alle palliativmedizinischen oder hospizlichen Fragen eine Antwort haben müssen, aber dass sie in der Lage sind, den Bedarf einer hospizlichen und palliativen Begleitung zu erkennen und diesen zu vertreten.

Eine dem Sterben und dem Tod gegenüber letztlich akzeptierende Organisationskultur geht mit den in dieser Studie herausgestellten – hier zusammengefassten – Faktoren einher:

- Interdisziplinarität und Patientenorientierung auf der Basis gelingender Kommunikation
- Zeitliche und personelle Ressourcen und Qualifizierung
- Räumliche Rahmenbedingungen
- Vor- und nachsorgende Übergänge

### Interdisziplinarität und Patientenorientierung auf der Basis gelingender Kommunikation

Wie ein roter Faden zieht sich das Thema Kommunikation durch alle Befragungsergebnisse. Bei internen und externen professionellen Kontakten sowie denen zwischen Professionellen und Patienten(systemen) spielt sie eine zentrale Rolle.

Im vorliegenden Projekt stellte sich heraus, dass viel miteinander gesprochen wird, dass es sich jedoch eher um sogenannte Tür-und-Angel-Gespräche handelt, also Themen „just in time“ besprochen werden. Dies ist für Akutsituationen oft wichtig und auch nicht anders machbar. Im Sinne eines nachhaltigen Prozesses und im professionellen, kollegialen Zusammenhang sind jedoch strukturierte interne Kommunikationswege mit klaren Inhalten und definierten Zielen wichtig. Dies betrifft sowohl die stationsinternen als auch die übergreifenden Absprachen. Viele Abläufe, aber auch gerade die Entscheidungs-, Therapiezielfindungs- oder -änderungsprozesse benötigen als Grundlage eine funktionierende und reflektierte Kommunikation innerhalb der und zwischen den Disziplinen, das bestätigen auch weitere Studien (siehe u. a. Fleischmann-Struzek et al., 2019). Zu einer geplanten und systematischen Kommunikation gehören z. B. Teambesprechungen oder Fallbesprechungen, begleitend oder nachgehend, die dazu dienen, sowohl Klärung für aktuelle Situationen hervorzurufen als auch für zukünftige vergleichbare Situationen Vorsorge zu treffen.

Als ein kommunikationsförderndes und gleichzeitig der psychischen Gesundheit dienendes Element wurde im Rahmen dieser Studie von den Mitarbeitenden die professionelle supervisorische Begleitung genannt. Auf Palliativstationen ist dies vielerorts bereits ein regelmäßiges Angebot, auf anderen Stationen eher (noch) nicht.

Wenn Sterben und Tod – wie in dem oben angeführten Zitat benannt – akzeptiert wird, so ändert sich auch die Kommunikation mit den Betroffenen. In dem Kontakt zwischen Personal und Patientinnen und Patienten sowie deren Familien – ob intern oder in der Kooperation mit externen Partnern – geht es um eine Begegnung, die geprägt ist von Respekt und Wertschätzung und damit um die unbedingte Patientenorientierung, die zudem gerade für diese Patientinnen und Patienten frei sein sollte von ökonomischen oder anderen Motivationslagen. Die sogenannte partizipative Entscheidungsfindung („Shared decision making“) ist dafür ein gutes Instrument. Sie hat zum Ziel, gemeinsam über die angemessene medizinische Versorgung zu entscheiden und dafür auch eine gemeinsame Verantwortung zu tragen.

Ärztinnen und Ärzte nehmen hier eine besondere Rolle ein. So äußerte sich der Palliativmediziner Borasio 2019 in einem Interview: „Wir als Ärzte müssen den Menschen zuhören, bevor wir handeln. Das ist es, was wir leider etwas verlernt haben: das aktive, vorurteilsfreie Zuhören. Ich gehe so weit zu sagen: Die Medizin der Zukunft wird eine hörende sein, oder sie wird nicht mehr sein.“<sup>11</sup> Ärztinnen und Ärzte bleiben Experten für das medizinische Handeln, Pflegekräfte für die pflegerischen Tätigkeiten, aber Patientinnen und Patienten kennen ihre eigenen Lebensumstände, Werte und Bedürfnisse am besten und können damit auch zu den sie betreffenden Entscheidungen beitragen. Und auch die An- und Zugehörigen sind bei Entscheidungsfindungen relevante Partner.

### **Personelle Ressourcen und Qualifizierung**

Ressourcen spielen im Krankenhauswesen eine große Rolle. Die in der Einführung benannten finanziellen Zwänge und Anreizsysteme stehen vermeintlich im Widerstreit zu einer angemessenen Hospiz- und Palliativversorgung. Hier scheint auch die unterschiedliche Trägerschaft – ob christlich, kommunal oder privat – keine Relevanz zu haben. Möglicherweise bilden sich nicht alle Prozesse im Sinne einer adäquaten Hospiz- und Palliativkultur in den Finanzierungsstrukturen ab. Wie das vorliegende Projekt jedoch zeigt, gestalten sich die Strukturen und Prozesse bei gleichen Rahmenbedingungen dennoch recht unterschiedlich.

Als hilfreiches Element wurde auf den frühen Einbezug palliativer Experten bei der Versorgung sterbenskranker Menschen verwiesen. Denn es gilt nicht nur, das Sterben als Teil des Lebens anzuerkennen, sondern es auch nicht als ein Versagen zu betrachten, einen Kollegen/eine Kollegin mit spezifischer Expertise hinzuzuziehen. Hier gilt es, klug zu entscheiden entsprechend der Initiative „Klug entscheiden“ bzw. „Choosing Wisely“<sup>12</sup>. Zu den Positivempfehlungen gehört u. a., dass im Sinne der Patientenorientierung alle Bedürfnisse und Belastungen erfasst werden oder dass bei Diagnose einer nicht heilbaren Erkrankung die Patienten palliativmedizinische Informationen und Unterstützung angeboten bekommen. Zu den Negativempfehlungen gehört, dass alle Maßnahmen, die nicht dem

---

<sup>11</sup> Interview mit Prof. G. Borasio am 04.07.2019 <https://www.tagesspiegel.de/wissen/tabuthema-lebensende-wir-aerzte-sollten-uns-nicht-so-wichtig-nehmen/24525578.html>.

<sup>12</sup> Die Initiative *Choosing Wisely* wurde von der „American Board of Internal Medicine“ gegründet mit dem Ziel, die Kommunikation zwischen Klinikern und Patienten zu fördern, indem die Patienten u. a. die Versorgung erhalten, die nachweislich wirkt, die keinen Schaden anrichtet und tatsächlich notwendig ist. „Klug entscheiden“ ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die gemeinsam mit zwölf Fachgesellschaften Empfehlungen formuliert, um bei Diagnose und Therapie die richtige Entscheidung zu fällen.

Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, in der Sterbephase nicht eingeleitet oder beendet werden sollen (Alt-Epping, 2016).

Um klug handeln zu können, ist die Qualifizierung der Mitarbeitenden ein wesentliches Element. Dabei ging es den Befragten nicht nur um Skills, wie Wahrnehmungs- oder Kommunikationsfähigkeit. Auch im Bereich des Umgangs mit den eigenen Erfahrungen, der eigenen Haltung und damit auch zu ethischen Fragen wurde eine Zurüstung für notwendig erachtet. Aus dem Antwortverhalten ging hervor, dass ein großes Interesse und eine hohe Motivation an der Teilnahme entsprechender Fortbildungen bestehen. Die Bildungslandschaft im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ist sehr vielfältig und oft ortsnah, so dass Mitarbeitende viele Optionen haben.

In diesem Zusammenhang kann auch die Expertise der Hospizdienste in Anspruch genommen werden. Sie bieten niedrigschwellig Fortbildungen an, deren Zielsetzung es insbesondere ist, einen Zugang zu den Themen Sterben, Tod und Trauer zu schaffen, Berührungängste abzubauen und das Thema in das berufliche und private Leben zu integrieren. Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Hospizdiensten und Krankenhäusern existiert in manchen Regionen Nordrhein-Westfalens schon sehr lange. Erst seit wenigen Jahren ist sie jedoch gesetzlich eingebettet. So sieht das 2015 veröffentlichte Hospiz- und Palliativgesetz vor, dass Krankenhäuser ambulante Hospizdienste mit der Begleitung Sterbender beauftragen können und Hospizdienste können seitdem ihrerseits ihre Begleitungen im Krankenhaus über den §39a SGB V abrechnen. Die Zusammenarbeit hängt oft von individuellen Faktoren ab, z. B. davon, welche Einstellung und Haltung Krankenhausmitarbeitende dem Sterben und dem Tod gegenüber haben, ob sie Kenntnis von örtlichen Hospizdiensten haben oder ob sie bei Patientinnen und Patienten nach einem Begleitungswunsch durch den Hospizdienst fragen. Aber auch eine strukturierte Einbindung ist wichtig in Form von Absprachen, Vereinbarungen, Kooperationsverträgen oder Fort- und Weiterbildungen.

### **Räumliche Rahmenbedingungen**

Die Befragung ergab, dass der räumliche Rückzug für die sensible und intime Situation Sterbender und der ihnen Nahestehenden wichtig ist. Nach Prönneke (2008) würde ein Einzelzimmer dazu beitragen, die Stille, die Intimsphäre und damit die Würde eines sterbenden Menschen zu wahren. Zudem wären ein ungestörter Besuch bzw. auch ein längerer Aufenthalt von Angehörigen möglich. Die vor Ort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versuchen oft, räumliche Bedingungen zu schaffen, die dieser besonderen Situation gerecht werden. Wegen räumlicher Knappheiten und der Notwendigkeit der Absprache mit dem Belegmanagement sind solche autonomen Entscheidungen jedoch nicht immer möglich.

### **Übergänge: Aufnahme und Entlassung**

Die Aufnahme bzw. die Einweisung waren in der vorliegenden Befragung zu einem großen Teil ungeplant, entstanden also auf Grund der Dringlichkeit einer stationären Behandlung oder eines akuten Notfalls. Welche Faktoren zu dieser ungeplanten Aufnahme führten, wurde hier nicht erhoben. Studien zeigen, dass wenn die Patientinnen und Patienten in Krisensituationen nicht in ihrem Zuhause versorgt werden und dort auch nicht sterben können, dies u. a. in der Angst begründet ist, [...] „dort nicht ausreichend vor bedrohlichen Symptomen geschützt zu sein, sowie durch die Überforderung des familiären Umfelds“ [...] (Bükki und Bausewein, 2013, 264). Dies gilt ähnlich auch für Altenheime (Bienstein, 2015). So ist von Seiten der ambulanten Versorger sowie der stationären Pflegeeinrichtungen zu überprüfen, wie die Strukturen aufgestellt werden müssen, um eine Weiterversorgung im

Krankenhaus ggf. zu vermeiden oder aber mit dazu beizutragen, dass die Weichen für einen guten Verlauf dieses Übergangs trotz Notfallsituation angemessen gestellt werden. Wenn noch keine Vorsorge in Form der gesundheitlichen Versorgungsplanung oder einer Patientenverfügung getroffen worden ist, stellt sich zudem die Frage danach, ob und wie im Krankenhaus Entscheidungen für das Lebensende getroffen werden. Hier ist das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung sowie der Einsatz von Fallbesprechungen im Verlauf verstärkt zu integrieren. Dies ist nach den Daten der vorliegenden Studie ausbaufähig. Dabei sind rechtliche, finanzielle und personelle Rahmenbedingungen langfristig in den Blick zu nehmen (siehe auch Gratz & Roser, 2019).

Die Betrachtung der Entlassungssituation ergab, dass eine bessere Überleitung in die weitere Versorgung nach Aussagen der befragten Partner unter anderem befördert würde durch den Einsatz von palliativgeschulten Entlassmanagerinnen und -managern sowie einer frühzeitigen Information über die geplante Entlassung, die Mitgabe von Medikamenten für die erste Zeit bzw. Informationen über Änderungen des Medikationsplanes und deren Begründung und auch hier wieder durch bessere Kommunikation und verbesserte Absprachen. Wie in vielen anderen Fragestellungen auch, gilt dies für alle sechs befragten Kooperationspartner, ambulante sowie aufnehmende stationäre Einrichtungen.

Die Ergebnisse einer durch das Deutsche Krankenhausinstitut durchgeführten Befragung von 623 Krankenhäusern bestätigen das. Hier werden als Forderungen neben dem höheren Standardisierungsgrad des Entlassmanagements vor allem mit niedergelassenen Ärzten unter anderem die verbesserte Anschlussversorgung mit Medikamenten aufgeführt (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2019). Eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Arzneimittelversorgung würde die Therapiesicherheit für Patienten deutlich verbessern (Adam et al., 2015). Zu den Kernstücken des Entlassmanagements gehört, neben der Verordnung von Arzneimitteln und anderen Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, die Erstellung des Entlassplans, in dem die jeweils erforderlichen Anschlussleistungen festgelegt werden. All dies sollte in einer adäquaten Finanzierung abgebildet werden.

Insgesamt stellen die Aufnahme und die Entlassung sensible Schnittstellen dar, für die es zwar in der Theorie bereits definierte Regeln gibt. Auch werden in der Literatur Rahmenbedingungen für gelingende Kooperationen beschrieben (siehe u. a. Kittelberger, 2015). In der Praxis gilt es langfristig, die Versorgungskontinuität auf der Basis guter Kommunikations- und Informationsstrukturen zu beobachten und weiterhin zu verbessern. In ihren Empfehlungen für eine zeitgemäße Patientenversorgung betont die Ärztekammer Berlin (2018), dass eine gute sektorenübergreifende Versorgung eine funktionierende und wertschätzende interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert. Wie das vorliegende Projekt verdeutlicht, gibt es in Nordrhein-Westfalen bereits gute Ansätze, die es qualitativ und in der Fläche weiterzuentwickeln gilt.

Eine wichtige Instanz des Übergangs vom Krankenhaus zur weiteren ambulanten oder stationären Versorgung, das machen auch die vorliegenden Ergebnisse deutlich, ist die Kurzzeitpflege. Das Krankenhaus darf einen Patienten nicht in seine Wohnung entlassen, wenn die häusliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Seit 2017 müssen die Kliniken die Entlassung ihrer Patientinnen und Patienten nach verbindlichen Standards organisieren. Dabei stellt die Übergangs- oder Kurzzeitpflege ein wichtiges Versorgungselement dar. Die Kurzzeitpflegeplätze sind jedoch nach Aussagen der Befragten nicht ausreichend vorhanden. Dies entspricht auch den Einschätzungen des IGES Instituts. Danach zeichnen sich in NRW in 15 % der Kommunen Engpässe ab, in 57 % der Kommunen sei das Angebot

an Kurzzeitpflegeplätzen sogar schon jetzt nicht ausreichend (Braeske, 2017). Ein Grund dafür liege in der wenig auskömmlichen Finanzierung. Krankenhäuser sind der größte Zuweiser: In 2017 wurden circa 60 % der Kurzzeitpflegeplätze von Patientinnen und Patienten belegt, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt nach Hause entlassen werden konnten. Daher verfolgt Nordrhein-Westfalen ein Modellvorhaben mit dem Ziel, Kurzzeitpflegeangebote in Krankenhäusern zu schaffen. Diese Entwicklung gilt es weiter zu beobachten (siehe auch Heinzen, 2020).

Zu den Faktoren Kommunikation, Interdisziplinarität und Patientenorientierung, zeitliche und personelle Ressourcen und Qualifizierung, räumliche Rahmenbedingungen sowie vor- und nachsorgende Übergänge werden in einem weiteren Schritt Handlungsempfehlungen formuliert, deren Basis eine auf allen Ebenen und bei allen Professionen getragene ‚Kultur‘ für Sterbende und ihre Angehörigen darstellt. Das vorliegende Projekt zeigt zentrale Ansatzpunkte dafür auf. Diese Handlungsempfehlungen sollen den professionell Tätigen Rüstzeug für eine gelingende Begleitung und Versorgung sterbender Menschen an die Hand geben.

Begrenzungen: Ziel dieses Projektes war die Erhebung des Status Quo auf der Basis der Wahrnehmungen von Krankenhausmitarbeitenden sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der relevanten Kooperationspartner. Die Befragungsergebnisse haben somit ausschließlich allgemein-deskriptiven Charakter. Auf differenzierende soziodemografische und persönliche Daten wie z. B. Alter, Geschlecht oder Dauer der Tätigkeit der Befragten, wurde verzichtet. Auch wurden Beziehungen zwischen den einzelnen Items nicht hergestellt. Die Onlinebefragung wurde von vielen Krankenhäusern bearbeitet, die bereits Berührungspunkte mit der Palliativversorgung hatten. Dies muss bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Ebenso besteht eine Beschränkung in dem geringen Rücklauf der durch die Netzwerkpartner bearbeiteten Fragebögen.

## **Danksagung**

Unser Dank gilt allen, die die Umsetzung des Projektes unterstützt haben: dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Land NRW, der Krankenhausgesellschaft NRW, den Wohlfahrtsverbänden sowie dem Verband privater Anbieter in NRW, den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Verbänden der Palliativmedizinerinnen und Palliativmediziner in NRW.

Besonders bedanken möchten wir uns bei all jenen, die sich den Fragen der Erhebung gestellt und damit zum Gelingen des Projektes beigetragen haben.

## Literaturverzeichnis

Ackermann, S. et al. (2015). Beziehungsqualität professionell gestalten: Praxisleitfaden für die Altenhilfe. Geldern.

Adam, H.; Niebling, W.-B; Schott, G. (2015). Die Informationen zur Arzneimitteltherapie im Arztbrief: Was erwarten Hausärzte? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140 (08), e74-e79.

Alt-Epping, B. (2016). Klug entscheiden am Lebensende. In: Deutsches Ärzteblatt, 113, 42.

ALPHA - Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (Hrsg.) (2017). Hospiz von A-Z. Ein Informationsleitfaden. Münster.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2015). Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren (im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses). Verfügbar unter: <[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2339/2015-09-17\\_Abnahme\\_Konzeptskizze\\_Entlassungsmanagement.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2339/2015-09-17_Abnahme_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf)> (Zugriff 26.11.2019).

Ärzttekammer Berlin (2018). Empfehlungen für eine zeitgemäße, sektorenübergreifende Patientenversorgung in Berlin - Konsenspapier des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin und von Vertretern der Liste „Allianz Berliner Ärzte“ sowie Mitgliedern der Delegiertenversammlung. Verfügbar unter: <[https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer+berlin.de%2F50ueberUns%2F20\\_Organisation%2F20\\_DV%2F60\\_Resolutionen%2F0899\\_Thesenpapier-sektoreuebergreifende-Patientenversorgung.pdf](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer+berlin.de%2F50ueberUns%2F20_Organisation%2F20_DV%2F60_Resolutionen%2F0899_Thesenpapier-sektoreuebergreifende-Patientenversorgung.pdf)> (Zugriff 02.12.2020).

Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University.

Bergmann, A. (2019). Organ-„Spende“ – der Verzicht auf palliative Sorge und einen pietätvollen Umgang. In: Praxis PalliativeCare, 44, 18-22.

Bienstein, C. (2015). Immer gleich ins Krankenhaus? In: Heilberufe 67, 64–65.

Braeske, G. et al. (2017). Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. IGES Institut.

Bükki, J.; Bausewein, C. (2013). Palliativmedizin bei nicht malignen Erkrankungen: Herzinsuffizienz, COPD, Leberversagen, terminale Niereninsuffizienz. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 14, 257-267.

Bundesärztekammer, Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010), Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Verfügbar unter: <[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/FachberufeProzessverbesserung201111.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/FachberufeProzessverbesserung201111.pdf)> (Zugriff 03.12.2019).

Cardona-Morrell, M. et al. (2016). Non-Beneficial Treatments in Hospital at the End of Life: A Systematic Review on Extent of the Problem. In: International Journal of Quality in Health Care, 28 (4) 456–469.

Carollo, A.; Calduch Verdiell, N.; Hale, J.; Andersen-Ranberg, K.; Lindahl-Jacobsen, R. and Oksuzyan, A. (2019). Trends in Hospital Deaths in Denmark from 1980 to 2014, at Ages 50 and over. *Journal of the American Geriatrics Society* 67, 3, 471–476.

Corr, C. et al. (1997). *Death and Dying. Life and Living*. Brooks/Cole, New York.

DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2016). *Pflegereport 2016 - Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven*. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg.

Dasch, B. (2017). *Deskription und Analyse des Sterbeortes in ausgewählten Regionen Deutschlands auf Grundlage epidemiologischer Querschnittserhebungen im ambulanten und stationären Setting*. Dissertation. Verfügbar unter: <[https://edoc.ub.uni-muenchen.de/22393/7/Dasch\\_Burkhard.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/22393/7/Dasch_Burkhard.pdf)> (Zugriff 4.11.2019).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019). *Entlassmanagement im Krankenhaus - Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der DKG*. Verfügbar unter: <[https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/entlassmanagement\\_im\\_krankenhaus.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf)> (Zugriff 02.12.2019).

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2015). *Leitlinienprogramm Onkologie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion*. Verfügbar unter: <[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_1\\_1.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf)> (Zugriff 12.12.2019).

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2019). *Leitlinienprogramm Onkologie. Leitlinienreport der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Leitlinienreport 2*. Verfügbar unter: <[https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version\\_2/LL\\_Palliativmedizin\\_2.1\\_Leitlinienreport.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.1_Leitlinienreport.pdf)> (Zugriff 12.12.2019).

Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2016). *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus - Stellungnahme*. Berlin.

DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2018). *Palliativmedizinisches Basisassessment*. Verfügbar unter: <[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativmedizinisches\\_Basisassessment\\_2016\\_%C3%BCberarb\\_2018.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativmedizinisches_Basisassessment_2016_%C3%BCberarb_2018.pdf)> (Zugriff 14.12.2019).

DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2019). *Spannende Daten & Fakten zur europaweiten Palliativversorgung: Update EAPC-Atlas 2019*. Verfügbar unter: <<https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/spannende-daten-fakten-zur-europaweiten-palliativversorgung-update-eapc-atlas-2019-platz-15-fuer-deutschland%E2%80%A6.html>> (Zugriff 12.12.2019).

DIMDI Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2019). *Nicht operative therapeutische Maßnahmen*. Verfügbar unter: <<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikation/ops/kode-suche/opshtml2020/block-8-97...8-98.htm#code8-982>> (Zugriff 17.12.2019).

Fickler, N. (2018). *Herausforderungen für Pflegenden bei der Betreuung und Unterstützung von Angehörigen palliativ versorgter und sterbender Menschen in Akutkrankenhäusern*. Bachelorarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg.

Fleischmann-Struzek, C. et al. (2019). Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende. Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015. In: Deutsches Ärzteblatt Int., 116, 653-660.

Frey, E. (2014). Begleitung von Sterbenden am Kantonsspital St. Gallen. In: Palliative CH 2.

Gasser, R. (2010). Sterbende Patienten begleiten. Eine Herausforderung für Fachpersonen und Angehörige. University of Zurich, Faculty of Arts. Dissertation: Ein Projekt zur Sterbebegleitung im Inselehospital in Bern.

Gerhard, C. (2017). Palliativdienst, Handbuch zur Integration palliativer Kultur und Praxis im Krankenhaus. Hogrefe Verlag, Bern.

George, W.; Gamal, B.; Dommer, E. (2014). Betreuung Sterbender im Krankenhaus: Ärzte üben Kritik an ihrer Ausbildung. In: Deutsches Ärzteblatt 111 (9).

Graf, G.; Höver, G. (2006). Hospiz als Versprechen. Zur ethischen Grundlegung der Hospizidee. Schriftenreihe der BAG Hospiz, Wuppertal.

Gratz, M.; Roser, T. (2019). Palliative Fallbesprechung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin (5) 235-240.

Heinzen, J. et al. (2020). Kurzzeitpflege in Krankenhäusern – ein Erfolgsmodell? In: dasKrankenhaus.

Heiß, K. et al. (2018). Hospizbegleitung im Krankenhaus. Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Göttingen.

Kittelberger, F.; Gratz, M.; Rösch, E. (2015). Auf dem Weg zur Kooperationsvereinbarung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Medicus, E. (2019). Österreichischer Interprofessioneller Palliativkongress. In: Zeitschrift für Palliativmedizin (4).

MAGS Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (2018). Hospizarbeit und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen – Spezialbericht. <[www.mags.nrw/broschueren-service](http://www.mags.nrw/broschueren-service)>.

Oorschot, B. (2018). Krebs im Endstadium: Überengagierte Versorgung am Lebensende. In: Deutsches Ärzteblatt, 115, 47.

Partnerschaft Deutschland - PD-Berater der öffentlichen Hand GmbH et al. (2019). Gutachten – Kurzfassung. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. Berlin.

Prönneke, R. (2008). Sterbekultur im Krankenhaus. Ein würdevoller Abschied. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 48.

Reinholz, U.; Russ, J. (2013). 2. Mainzer Hämatologischer und onkologischer Pflegekongress am 26.12.2012. Verfügbar unter: <<https://www.unimedizin-mainz.de/index.html>> (Zugriff 06.12.2019).

Schulz, R. (2018). So sterben wir. Unser Ende und was wir darüber wissen sollten. Piper Verlag, München.

Seifert, V. (2017). Der Hausarzt als zentraler Teamplayer. In: Der Allgemeinarzt, 39 (18). SGB V. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (2018).

Stanze, H. (2019). Versorgungsplanung im Spannungsfeld - Pflegequalität versus Selbstbestimmung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 20 (4), 175-179.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Suschek, M. (2016). Beziehungsqualität als Basis hospizlicher und palliativer Praxis. In: Nordrhein-Westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich (3. überarb. Aufl). Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW und ALPHA NRW (Hrsg.).

The Irish Hospice Foundation (2019). Striving for the best Care an End of life for All. Verfügbar unter: <<https://hospicefoundation.ie/healthcare-programmes/hospice-friendly-hospitals/>> (Zugriff 6.12.2020).

Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH (2019). Patientenbriefe wirken. Ergebnisbericht zum Projekt „Mehr Gesundheitskompetenz durch Patientenbriefe“. Verfügbar unter: <<https://patientenbriefe.de/res/pdf/ergebnisbericht.pdf>> (Zugriff 16.12.2020).

Waterman, R.H.; Peters, T.J.; Philips, J.R. (1980). Structure is not Organisation. Business.

Zich, K., Sydow, H. (2015). Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. Palliativversorgung – Modul 1. Faktencheck Bertelsmann Stiftung.

**Ansprechstellen im  
Land NRW zur  
Palliativversorgung,  
Hospizarbeit und  
Angehörigenbegleitung**



Gefördert vom:

**Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen**

