

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer GmbH
Förderkennzeichen:	01VSF17044
Akronym:	Avenue-Pal
Projekttitel:	Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung
Autoren:	Prof. Dr. Wolfgang George, Mandy Ascensi, Michael Haberland
Förderzeitraum:	1. Juni 2018 – 31. Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	7
3.	Projektziele.....	10
4.	Projektdurchführung.....	11
5.	Methodik.....	13
6.	Projektergebnisse.....	38
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	69
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	73
9.	Veröffentlichungen.....	77
10.	Literaturverzeichnis.....	78
11.	Anhang.....	79
12.	Anlagen.....	79

I. Abkürzungsverzeichnis

–

A

ACP Advanced Care Planning
AG Aktiengesellschaft
AOK Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF *Arbeitsgemeinschaft d. Wiss. Med. Fachgesellschaften e.V.*
AWO Arbeiterwohlfahrt

B

BIG *Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit*
BSC *Balanced-Score-Card*

C

COPSOQ *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*

D

DEKV *Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.*
DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DKI *Deutsches Krankenhausinstitut e.V.*
DPG Deutsche Palliativgesellschaft
DRG diagnosis related groups

E

EH Entscheidungshilfen

F

FDZ Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes
FHIR *Fast Healthcare Interoperability Resources*
FHIR-HL7 *FHIR Health Level Seven International*

G

GbR Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH *Gesellschaft mit beschränkter Haftung*

H

HPG *Hospiz- und Palliativgesetz*
HSGB *Hessischer Städte- und Gemeindebund*

I

IBST Informations-, Beratungs- und Schulungstableau
ICD *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*
iOS *Bezeichnung für das mobile Betriebssystem von Apple*
IRV Integrierte Regionale Versorgungsstrukturen
ISKV *ISKV – das Soft-ware- und Systemhaus für die Gesetzlichen Krankenkassen*
IT Informationstechnologie
IuK *Informations- und Kommunikationssystem*

J

JLUJustus-Liebig-Universität Gießen

K

KKVD.....*Katholische Krankenhausverband Deutschlands e. V.*
KV Hessen.....*Kassenärztliche Vereinigung Hessen*
KVP*Kontinuierlicher Verbesserungsprozess*

L

Lol..... Letter of Intend

M

MEESTAR*Modell zur ethischen Evaluierung sozio-technischer Arrangements*

N

NRW*Nordrhein-Westfalen*

O

OTH Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

P

PDL Pflegedienstleitung
PM Projektmanagement

Q

QM Qualitätsmanagement

S

s2k Leitlinie *konsensbasierte Leitlinie*
SAPV*Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung*
SBUS-B.....*Skalen zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit im beruflichen Bereich*
SGB Sozialgesetzbuch

T

THM..... Technische Hochschule Mittelhessen
TKTechniker Krankenkasse

II. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Zusammenarbeit der beteiligten Projektpartner.
- Abb. 2: Sterbeorte (eigene Darstellung).
- Abb. 3: Identifizierte Risikofaktoren und deren Begründung.
- Abb. 4: Projektphasen.
- Abb. 5: Evidenzbasierte Versorgungsgestaltung.
- Abb. 6: Normativ kritische Punkte im Rahmen der Sterbebegleitung (eigene Darstellung OTH).

- Abb. 7: Bedingungen für eine optimale Betreuung Sterbender (eigene Darstellung OTH).
- Abb. 8: Bedingungen für ein würdevolles Sterben (eigene Darstellung OTH).
- Abb. 9: Übersicht Risikofaktoren.
- Abb. 10: Beispiel: Risikofaktor 1, Regionale Versorgungsleitlinie Pflegeheim.
- Abb. 11: Beispiel: Risikofaktor 1, Regionale Versorgungsleitlinie Krankenhaus.
- Abb. 12: Beispiel: Risiko und Positivempfehlung aus der Entscheidungshilfe für Angehörige.
- Abb. 13: Flyer „Entscheidungshilfe für Angehörige“.
- Abb. 14: Aufbau des Leitfadens für Kommunen.
- Abb. 15: Beispiel: Schritt 1 im Leitfaden für Kommunen.
- Abb. 16: Zusammenfassung des IBST.
- Abb. 17: Aufbau einer BSC im Rahmen der Leitlinienimplementierung.
- Abb. 18: Aufbau der Caregiver-App.
- Abb. 19: Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure.
- Abb. 20: Aufbau eines möglichen Geschäftsmodells.

III. Tabellenverzeichnis

- Tab.1: Am Projekt beteiligte Konsortial- und Kooperationspartner.
- Tab. 2: Übersicht Krankenhaus-, Pflegeheim- und Hausärztebefragung.
- Tab. 3: Übersicht Literaturreview.
- Tab. 4: Übersicht Sekundärdatenanalysen.
- Tab. 5: Übersicht Begleitforschung.
- Tab. 6: Übersicht ELSA-Begleitforschung.
- Tab. 7: Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragungen zur Ausgangssituation.
- Tab. 8: Zusammenfassung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen.
- Tab. 9: Übersicht Risikofaktoren.

1. Zusammenfassung

1.1. Hintergrund

Ein in Deutschland und auch im europäischen Ausland bis heute nur unzureichend beschriebenes Problem in der Versorgung Sterbender ist, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Patienten und Heimbewohner in deren letzten Lebenstagen noch in ein anderes Versorgungsumfeld verlegt wird¹. Dies betrifft auch die Versorgung innerhalb der Krankenhäuser. Noch bedeutsamer ist die Relevanz der Verlegung zwischen den unterschiedlichen Versorgungspartnern, etwa die der Verlegung aus Pflegeheimen in die Krankenhäuser². Solche späte häufig als Notfälle vollzogene Überweisungen finden auch zwischen dem ambulanten und stationären Sektor statt und hier insbesondere die Verlegung des Sterbenden aus dessen häuslichem Umfeld in ein Krankenhaus. Aus dieser - jenseits der palliativen Versorgung - bis heute weitgehend unreflektierten Praxis ergeben sich nicht nur erhebliche wirtschaftliche Kosten und rechtliche Unsicherheiten, sondern insbesondere auch erhebliche Beeinträchtigungen in der Versorgungs- und Lebensqualität der Sterbenden³. Unklar bleibt vielfach auch, ob die Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen. Durch welche personellen, prozessualen und organisatorischen Bedingungen und Entscheidungsprozesse diese in der Praxis entstehen, welche Verlegungspfade sich dabei etabliert haben, soll ermittelt und durch Vorgehensleitlinien und mit diesen verbundenen Werkzeugen systematisch überwunden werden.

1.2. Methodik

Nach der Erfassung und Ist-Analyse der bestehenden Verlegungspraxis mittels Literaturanalyse, Befragungen (Krankenhaus, Pflegeheim, Hausärzte), Experteninterviews (1), die zur Identifizierung der wichtigsten Risikofaktoren für Fehlverlegungen (d.h. Verlegungen die weder auch medizinisch-pflegerischen noch psycho-sozialen Begründungen zu rechtfertigen sind) zwei Leitlinien (nach AWMF Regelwerk) und andere Werkzeuge in einem Expertenbeirat entwickelt (2). Die Leitlinien wurden in zwei Modellbereichen (Pflegeheim und Krankenhaus) praktisch eingeführt und mit aufgrund von Ergebnissen der Begleitforschung formativ evaluiert (3). Abschließen fand eine Projektevaluation statt (4).

1.3. Ergebnisse

Aufgrund der Ergebnisse der Ist-Analyse wurden 13 Einflussfaktoren (medizinisch-pflegerische, organisatorisch-personalbezogene als auch externe Faktoren) identifiziert und die sich ergebenden versorgungsqualitätsbezogenen, wirtschaftlichen und ethischen Dilemmata für die Betroffenen, die Helfer und das Einrichtungsmanagement beschrieben. Eine durch das DKI durchgeführte Sekundärdatenanalyse bestätigen die Grundannahme, dass es in

¹ George W, Banat GA, Herrmann J, Richter, J Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender in MMW Fortschritte der Medizin Oct 2017 159(S6):6-14 DOI: 10.1007/s15006-017-0080-2

² Jors K, Adami S, Xander C et al Dying in Cancer Centers: Do the Circumstances Allow for a Dignified Death? in Cancer (2014), Bd. 120, H. 20, S. 3254-3260 <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.28702>

³ Fleischmann-Struzek C, Mikolajetz A, Reinhart K, Curtis R J, Haase U, Thomas-Rüddel D, Dennler U. & Hartog C. S. (2019): Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende. Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015. In: Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 653-60; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0653.

ca. 20% aller Todesfälle zu nochmaligen Verlegungen kommt und zeigt verschiedene Pfade deren Entstehung auf. Zugleich nehmen Krankenhäuser Sterbende als Notfälle aus Pflegeheimen und von zu Hause auf. Wesentlich auf diese Grundlagen beziehend werden zwei AWMF-regelwerkkonforme (d.h. Beirat, Konsensusprinzip, etc.) Versorgungsleitlinien für Krankenhäuser (Auf- und Ausbau palliativer Konsildienst) und Pflegeheime (Organisations- und Personalentwicklung) formuliert. Um die interdisziplinär und transsektoral wirksamen (Regionalen) Versorgungsleitlinien erfolgreich in den Modelleinrichtungen zu implementieren, wurden ergänzende Werkzeuge, deren Prozesse etabliert und z.T. zur Anwendung gebracht. Diese Werkzeuge werden sowohl nach intern zur Personal- und Organisationsentwicklung (Informations-, Beratungs- und Schulungstableau, Balance-Score-Card, Help-Desk) als auch gegenüber den notwendigen Kooperationspartnern (Entscheidungshilfen für Angehörige, Haus- Krankenhaus- und Notärzte, Caregiver-App, Leitfaden Kommune) eingesetzt. Die formulierten Projektziele, die Verlegungen signifikant zu reduzieren, konnte für die Pflegeeinrichtung - den formulierten Zielkorridor (5%) leicht verfehlend - aufgezeigt werden. Für das Krankenhaus - hier bewirkte die Etablierung des Palliativen Konsildienstes in einer ersten Phase die stärkere Beanspruchung der Palliativstation - als auch durch die Corona-Pandemie und die Erhöhung der Übersterblichkeit als universitäres Krankenhaus der Maximalversorgung, lassen eine qualifizierte, abschließende Auswirkungsmessung nur bedingt zu. In der auf die Angehörigen-, Mitarbeiter-, komplementären Kooperationspartner und auch das verantwortliche Management bezogene Begleitforschung, welche auch ethische Auswirkungen der Leitlinienimplementierung umfassten, konnten z.T. deutliche positive Effekte etwa auf die berufliche Zufriedenheit aufgezeigt werden. Aufgezeigt werden konnte für beide Modelleinrichtungen, dass nicht indizierte Verlegungen reduziert wurden, sodass die formulierten Projektziele als insgesamt erfüllt beschrieben werden.

1.4. Diskussion

Ausmaß und Bedeutung der Verlegung von sterbenden Patienten und Bewohnern aufgrund eigener und den Vorarbeiten Dritter konnten verifiziert werden, dies ist ein wichtiger, weiter zu differenzierender Befund. In einem unserer Einschätzung nach gelungenem intensiven translationalen Transfer wurden die Ergebnisse d.h. die identifizierten Risiken in evidenzbasierte Versorgungsleitlinien übersetzt. Auch aus diesem Grund wurde die AWMF bzw. deren Marburger Institut aktiv als Begleitung des formativen Projektvorgehens bzw. der Leitlinienentwicklung und Implementierung gewählt. Hilfreich für die erreichte hohe fachliche, verhaltens- bzw. skillorientierte Durchdringung der Leitlinien als auch der anderen eingeführten Werkzeuge war - die auch in den Entscheidungshilfen geführte – Kompetenzorientierung der potentiellen Anwender. Das Aufteilung der Leitlinien in kurz- mittel- und langfristige Zielsetzungen bzw. mit diesen verbundenen Interventionen, hat von Beginn an dazu geführt, dass frühzeitig wirkungsvolle und machbare Risiken reduziert und auch die Anpassung (Customizing) der Leitlinie, je nach Gültigkeit und Ausprägung des Risikos, in der Einrichtung ermöglicht wurden. Dies sollte insbesondere für den Fall eines Transfers des Projektes auf andere Einrichtungen (Versorgungsregionen) hilfreich sein. Die Projektpartner sind sich dahingehend einig, dass die BSC dem Management aller an einer Einführung der Leitlinie interessierten Einrichtungen hilfreich sein wird. Ein großer Teil der durch die Leitlinien induzierten Entwicklungsprozesse können nur als länger- bzw. langfristige Zielsetzungen formuliert werden. Auch ein in Kooperation mit dem Städte- und Gemeindebund entwickelter „Leitfaden Kommune“ dient dem Zweck die soziale Zielsetzung des Vorgehens zu unterstreichen.

2. Beteiligte Projektpartner

Institution	Projektleitung	Fachlicher Ansprechpartner; Telefon, Fax, E-Mail
Konsortialpartner:		
TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH / TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung	Prof. Dr. Wolfgang George	Prof. Dr. Wolfgang George; Tel.: + 49 641 9482 111 Fax: + 49 641 9482 112 george@transmit.de Michael Haberland; Tel.: +49 641 9436450 Fax: +49 641 9436499 michael.haberland@transmit.de
Gem. Gesellschaft für Soziale Dienste der AWO Stadtkreis Gießen mbH	Jens Dapper	Jens Dapper; Tel.: +49 641 4019200 Fax: +49 641 4019210 j.dapper@awo-giessen.de
BIG direkt gesund	Christiane Heidrich	Christiane Heidrich Tel.: + 49 231 5557 2214 Fax: + 49 231 5557 5214 Christiane.Heidrich@big- direkt.de
Deutsches Krankenhausinstitut	Dr. Karl Blum	Dr. Petra Steffen; Tel.: + 49 211 4705155 Fax: + 49 211 4705167 petra.steffen@dki.de
Justus-Liebig-Universität Gießen	Prof. Dr. Ulf Sibelius	Dr. Daniel Berthold; Tel.: + 49 641 985-56246 Fax: +49 641 985-41778 Daniel.Berthold@innere.med.uni- giessen.de
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg	Prof. Dr. phil. habil. Karsten Weber	Prof. Dr. Karsten Weber; Tel.: +49 941 943 9222 Karsten.Weber@oth- regensburg.de
Technische Hochschule Mittelhessen	Prof. Dr. Thomas Schanze	Prof. Dr. Thomas Schanze; Tel.: +49 641 309 2639 Fax: +49 641 309 2577 schanze@transmit.de

Kooperationspartner:		
AWMF	Prof. Dr. Ina Kopp	Prof. Dr. Ina Kopp Tel.: +49 6421 286-2296 Fax: +49 6421 286-5465 kopp@awmf.org
BIG direkt gesund - Pflegekasse	Christiane Heidrich	Stefanie Klösel Tel.: +49 231 5557-1421 Fax: +49 231 5557-5421 E-Mail: stefanie.kloesel@big- direkt.de
Deutsche Palliativstiftung	Dr. med. Thomas Sitte	Dr. med. Thomas Sitte Tel.: + 49 661 48049797 thomas.sitte@palliativstiftung.de
Hessische Kassenärztliche Vereinigung	Dr. Eckhard Starke	Dr. Eckhard Starke Tel.: +49 69 79502-735 julia.lampferhoff@kvhessen.de
Hessischer Städte- und Gemeindebund	Harald Semler	Harald Semler Tel.: + 49 6108 6001-36 geschaeftsfuehrung@hsgb.de
Rechtanwaltskanzlei Broglie, Schade & Partner GbR	Hans-Joachim Schade	Hans-Joachim Schade Tel.: +49 611 180950 Fax: +49 611 1809518 hjs@arztrecht.de
Rhön Klinikum AG	Dominik Walter	Dominik Walter Tel.: + 49 9771 65-1580 Dominik.Walter@rhoen- klinikum-ag.com
Statistikberatung	Dr. Johannes Herrmann	Dr. Johannes Herrmann Tel.: +49 641 96969536 mail@statistikberatung- giessen.de

Tab.1: Am Projekt beteiligte Konsortial- und Kooperationspartner.

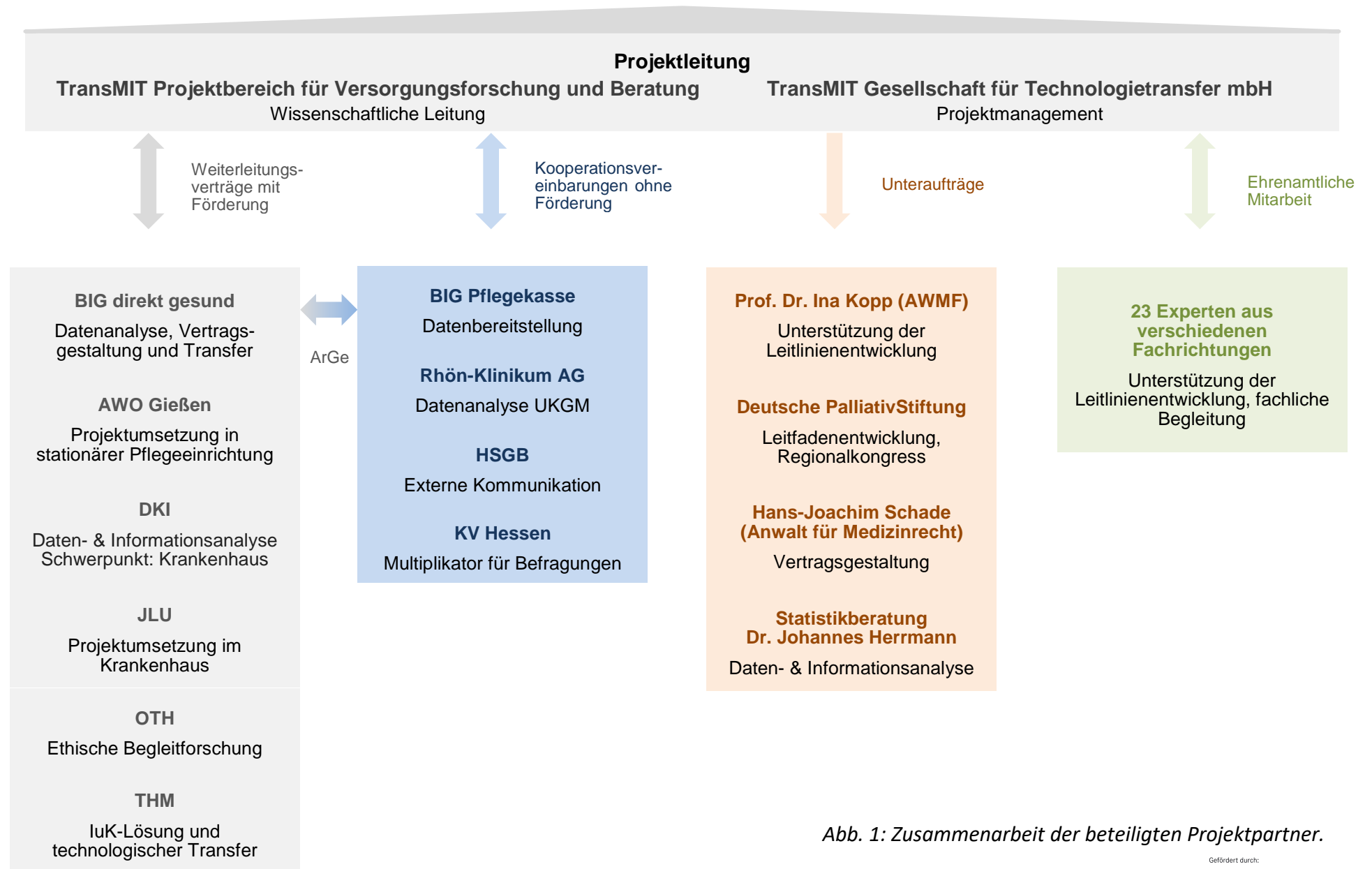


Abb. 1: Zusammenarbeit der beteiligten Projektpartner.

3. Projektziele

3.1. Hintergrund

Der weitaus größte Teil aller Deutschen verbringt seine letzten Lebenstage im Krankenhaus (ca. 50%), Pflegeheim (ca. 30%) oder Hospiz (2,5%). Zugleich zeigen Studien, dass sich der überwiegende Teil der Bevölkerung wünscht, zuhause zu versterben. Es fällt zusätzlich auf, dass – obwohl ein großer Teil bereits stationär versorgt wird – ein nicht unerheblicher Anteil dieser Krankenhauspatienten bzw. Heimbewohner nochmals in eine andere Einrichtung oder innerhalb der eigenen Einrichtung verlegt bzw. überwiesen wird. Eigenen Studien zufolge betrifft dies ca. 20% aller Patienten im Krankenhaus und 25% aller Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Damit wären jährlich deutschlandweit annähernd 150.000 Patienten betroffen, zu denen noch all diejenigen hinzukommen, die von zuhause in ein Krankenhaus verlegt werden. Dem gegenüber steht der Befund, dass sich aus diesen Verlegungsprozessen in aller Regel erhebliche Herausforderungen etwa für die Wahrung der Kontinuität des Versorgungsprozesses bzw. der Lebensqualität der Betroffenen ergeben. Ergänzt wird dieser problematische Befund dadurch, dass späte Verlegungen für Angehörige und selbst für betreuende Helfer ebenfalls Stress verursachen. Unklar bleibt zudem, ob die vollzogenen Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen.

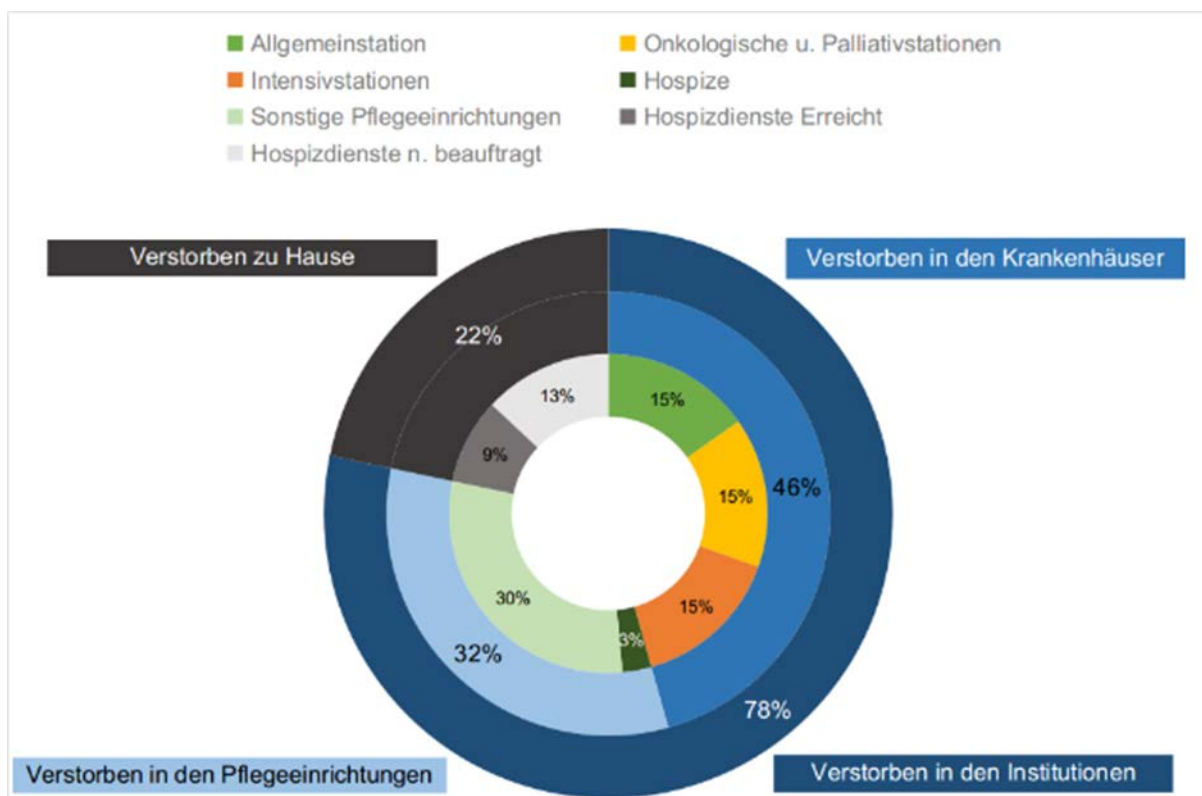


Abb. 2: Sterbeorte (eigene Darstellung).

3.2. Ziele und Fragestellungen

Es gilt demnach diejenigen fachlichen, personellen, organisatorischen, prozessualen, sozialen, informationellen u.a. Einflüsse zu identifizieren, die unnötige Verlegungen entstehen lassen. Die Auflistung lässt bereits erkennen, dass es wahrscheinlich mehrere, sich gegenseitig bedingende bzw. verstärkende Faktoren gibt, welche zu Verlegungsentscheidungen führen. Gleichzeitig setzt bspw. die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen das Ziel, allen Menschen unabhängig des Sterbeortes ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Wenn auch vor allem in normativ-rechtlicher Herleitung, werden dort auch diejenigen ethischen, juristischen, fachlichen sowie sozialen Begründungen aufgeführt, warum es die unterschiedlichen Settings des Sterbens zu flankieren gilt und wie dies prinzipiell möglich wäre.

Als **zentrale Fragestellung** galt es demnach zu erfassen, inwieweit Verlegungen medizinisch-pflegerisch indiziert sind (a), sich die Verlegung an den Wünschen und tatsächlichen Versorgungsbedarfen der Sterbenden und deren Angehörigen orientieren (b) oder aufgrund anderer versorgungsfachlicher (c), personell-organisatorischer (d), ökonomischer (e) oder haftungsrechtlicher Gründen (f) zustande kommen.

Ziel des Projekts Avenue-Pal war nun die Verhinderung der Verlegung Sterbender, die weder aus medizinischen, pflegerischen, sozialen und/oder juristischen Erwägungen bzw. denen des Patientenwohls zu begründen sind.

Vor diesem Hintergrund ergaben sich folgende **Arbeitshypothesen**:

1. Durch die systematische Entwicklung und Implementierung zweier entwickelte Leitlinien – je eine für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen - ist es möglich, die Verlegungshäufigkeit innerhalb des Krankenhauses und zwischen den stationären Heimen und Krankenhäusern unter 5% aller dort betreuten Sterbenden zu reduzieren.
2. Das leitliniengerechte organisations- und personalentwickelnde Vorgehen hat positive Auswirkung auf die Lebens- bzw. Versorgungsqualität des Sterbenden und die Zufriedenheit ihrer Angehörigen und Familien.
3. Dieses Vorgehen entlastet zudem die betroffenen Berufsgruppen bzw. Prozessbeteiligten und führt zu beruflicher Zufriedenheit.
4. Im Ergebnis führt eine qualitativ reduzierte Verlegungsdynamik Sterbender zu einer Ressourceneinsparungen und Umverteilung eingesetzter Mittel.

4. Projektdurchführung

Die ziel- und ergebnisorientierte Projektentwicklung erfordert ein strukturiertes und agiles Multi-Projektmanagement. Damit können wissenschaftliche und praktische Zielmarken erreicht und eine formative Evaluation durchgeführt werden. Zur Verbesserung der Koordination von sieben Teilprojekten und der mit diesen verbundenen Gremien- und Entscheidungsprozesse wurde ein externer, interdisziplinärer Beirat mit Akteuren transsektoraler Herkunft sowohl aus dem Forschungs- und Wissenschaftsbetrieb als auch der Praxis (Pflegeheim, Palliativversorgung, Notfallmedizin, Hausärzte, Pflegespezialisten, Angehörigenvertreter, Management, QM, Kostenträger etc.) konstituiert. Mit Blick auf einen möglichen Transfer der Projektergebnisse wurden Fachanwälte des Medizinrechts, ein kommunaler

Spitzenverband und Vertreter des Genossenschaftswesens hinzugezogen. Es kam zu drei Beiratstreffen und zahlreichen fachlichen Abstimmungen.

Das Projekt folgte methodisch dem 4-Phasen-Modell. In einem ersten Schritt wurden alle verfügbaren evidenzbasierten Informationen zum Verlegungsgeschehen aus dem deutschsprachigen Raum, aber auch darüber hinaus zusammengeführt und auf das Projektziel hin gesichtet. Ergänzt wurden die Befunde durch eigene empirische Studien (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Hausärzte) und qualitative Interviews. Als mögliche Auslöser einer Entscheidungskette, an deren Ende die Verlegung eines Sterbenden steht, konnten empirisch insbesondere vier relativ unabhängige Einflussfelder identifiziert werden: akute Verschlechterung des physischen Zustandes (1), sich ausweitende psychische bzw. mentale Beeinträchtigungen (2), (äußere) Einflussnahmen, etwa durch Angehörige, Hausärzte oder auch Angehörige (3), und strukturelle organisatorische bzw. personelle Rahmenbedingungen (4). Aus diesen wurden insgesamt 13 operationalisierbare Risikofaktoren abgeleitet.

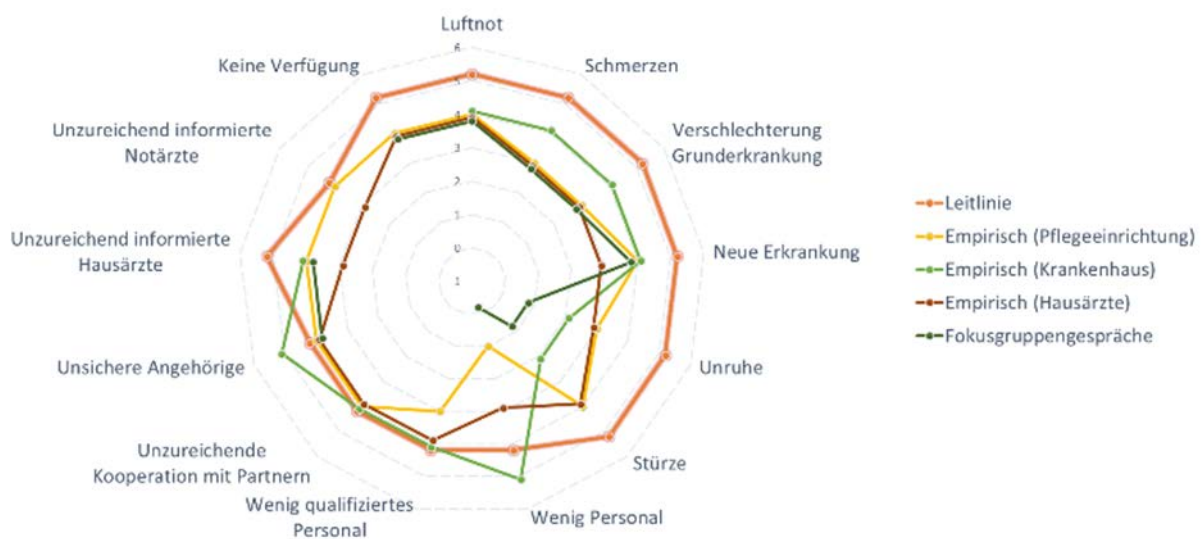


Abb. 3: Identifizierte Risikofaktoren und deren Begründung.

Zusammen mit dem transsektoral zusammengestellten Projektbeirat wurden in der nächsten Projektphase nach Vorgabe und unter Begleitung des AWMF-Regelwerkes konsensuell zwei Leitlinien entwickelt, welche in einem weiteren Schritt in zwei Modelleinrichtungen – einem Universitätskrankenhaus und einer 200 Plätze großen Pflegeeinrichtung – über den Verlauf von zwei Jahren implementiert wurden. Gleichzeitig wurden zwei digitale Tools zur Stärkung der im System adressierten Betroffenen bzw. Angehörigen mittels einer Caregiver-App und der Transfermöglichkeit bzw. Übertragbarkeit der Leitlinien mittels eines IT-gestützten Help-Desks im Sinne eines digitalen Projektmanagements entwickelt. Auch dies erfolgte in steter Wechselwirkung mit den Umsetzungspartnern und dem Projektbeirat.

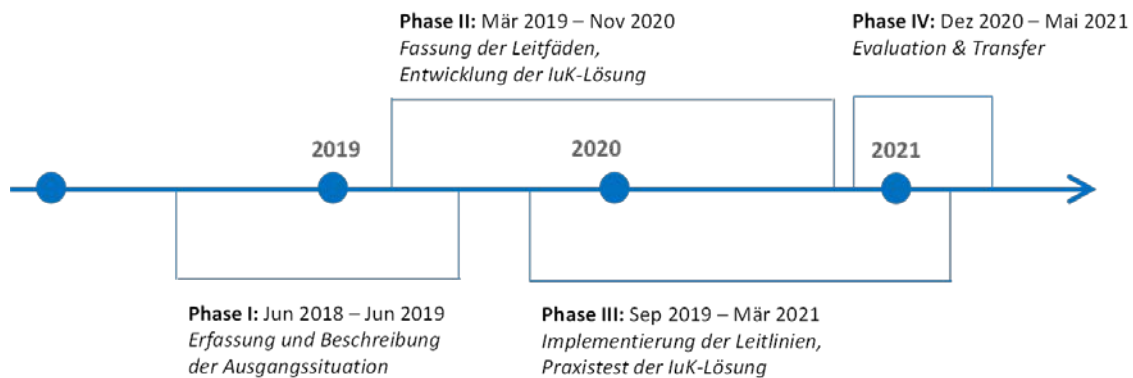


Abb. 4: Projektphasen.

Die Leitlinien-Implementierung bzw. deren praktische Verifizierung erfolgte im Normalbetrieb der Einrichtungen. Im Wissen um die komplexere Organisationsstruktur des Maximalversorgers wurde insgesamt ein Vorgehen gewählt, in dem der palliativen Klinik eine besondere Bedeutung bei Kommunikation und Schulung zukam. Als zentraler Motor der praktischen Umsetzung diente ein zu diesem Zweck etablierter palliativer Konsildienst. Die Leitlinie für Pflegeheime wurde demgegenüber gleichzeitig in allen Wohnbereichen etabliert. Im Sinne des formativen Vorgehens bestand in beiden Einrichtungen eine enge Rückkopplung zu den Mitarbeitern, Beiräten, Projektpartnern, internen Steuergruppen und der Begleitforschung. In der ersten sowie abschließenden Projektphase fand zusätzlich eine ethische Evaluation statt.

5. Methodik

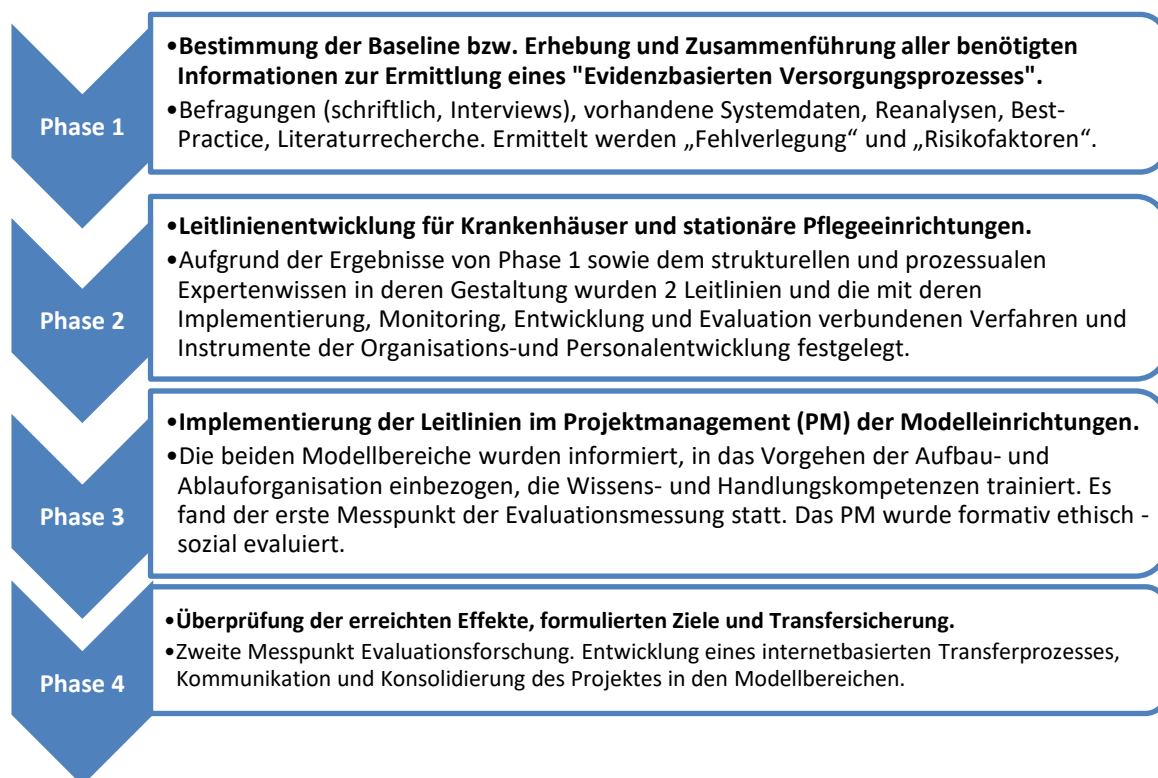


Abb. 5: Evidenzbasierte Versorgungsgestaltung.

5.1. Phase 1: Erfassung und Beschreibung der Verlegungspraxis

Befragungen

Um die aktuelle Verlegungspraxis sterbender Krankenhauspatienten und Pflegeheimbewohner abzubilden und im nächsten Schritt Risikofaktoren für die Verlegung sterbender Krankenhauspatienten und Heimbewohner zu identifizieren, wurden mit der Hilfe für diesen Zweck entwickelten Fragebögen Mitarbeiter von Pflegeheimen, Krankenhäusern und Hausärzte befragt (Fragebögen und Ergebnisauswertung siehe Anhang 1 bis 3). Als Grundlage diente ein klinischer erprobter Fragebogen aus einer ersten Studie, der in Inhalt und Struktur (insbesondere für die Hausärztliche Befragung) leicht überarbeitet wurde. Die Fragen wurden durch kognitives Pretesting (insbes. Probing und Think-Aloud-Technik) validiert. Die Datenerhebung für Pflegeeinrichtungen fand in Form einer Umfrage statt, zu der ca. 8.000 zufallsausgewählte Postadressen dieser Einrichtungen versandt wurde. Mit ergänzenden finalen 411 Datensätzen, die in Fallzahlen pro Bundesland die Größen und Einwohnerzahlen der Länder gut abbildeten, wurde die Verlegungspraxis aus Perspektive der Pflegeheimmitarbeiter abgebildet und mögliche Einflussfaktoren auf den Verlegungsprozess analysiert. Es wurde keine – da nicht notwendig – Fallzahlgröße definiert. Es handelt sich um eine Zufallsstichprobe.

Der Fragebogen für die Krankenhausbefragung wurde auf dieser Basis und aufgrund der Spezifität der Fragestellung, ohne Nutzung etablierter Skalen oder Module, originär entwickelt und in einem Pretest von Krankenhauspraktikern und Expertinnen und Experten getestet (n=10).

Die schriftlich-postalische Befragung aller deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten (n=1.258) wurde von November 2018 bis April 2019 durchgeführt. Die Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken), die aus diesem Grund für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht von Interesse waren. Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Die Befragungsunterlagen wurden inklusive Rückumschlag an die Geschäftsführung mit der Bitte adressiert (Datengrundlage: DKI-Krankenhausdatenbank), den Fragebogen an Personen mit besonderer Expertise in der Palliativversorgung weiterzugeben. Es erfolgte ein Reminding bei den Häusern, die den Fragebogen nicht in der genannten Frist zurückgeschickt hatten. Pro Krankenhaus wurde ein Fragebogen ausgefüllt. 34 Häuser gaben die Rückmeldung, sich nicht an der Befragung beteiligen zu können (z.B. aufgrund von Schließung, fehlender Palliativversorgung). Mittels der Strukturdaten, die in der DKI-Krankenhausdatenbank vorliegen, konnte die Repräsentativität der Stichprobe anhand verschiedener Parameter, z.B. Bettenzahlen, überprüft werden. Die Ergebnisse der Krankenhausbefragung beruhen auf einer repräsentativen Stichprobe aus 295 Datensätzen, die insgesamt, aufgrund der dazugehörigen Standorte, Aussagen für 403 Krankenhäuser abbildeten. Auf dieser Basis wurde die Verlegungspraxis aus Sicht der Krankenhäuser erfasst, ausgewertet und Verlegungen induzierende Faktoren analysiert.

Parallel zu den Pflegeheim- und Krankenhaushebungen wurde eine Online-Befragung von niedergelassenen Ärzten durchgeführt, die in ihrer beratenden Position und als Einweiser eine entscheidende Rolle in Entscheidungsprozessen und Verlegungssituationen spielen. Zu diesem Zweck wurde über die Kassenärztliche Vereinigung Hessens eine Stichprobe von 300 Hausärzten gezogen, die mittels eines eigens zu diesem Zweck entwickelten Fragebogens vor allem zu Indikationen, Gründen und Initiatoren für den Verbleib sterbender Bewohner im

Pflegeheim, für die Verlegung ins Krankenhaus oder nach Hause sowie zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungssektoren Stellung nehmen sollen. Nach einem Aufruf der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Teilnahme an der Befragung sowie Netzwerkarbeit konnte mit 103 Datensätzen das Ziel von 100 befragten Personen erreicht werden. Erreicht wurden demnach ungefähr 33% d.h. jede 200ste Praxis.

Verantwortliche Konsortialpartner	Art der Befragung und verwendetes Instrument	Fragestellung / Ziel der Befragung	Datensätze
TMIT	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative Befragung Übernahme validierter Skalen und eigene Entwicklung 	Befragung der Hausärzte: Ziel: Erfassung der näheren Strukturen und Prozesse Fragestellung: (1) Hinweise auf die Rolle der Hausärzte bei Verlegungsentscheidungen; (2) Gründe für Verlegungen; (3) Verbesserungspotenzial.	N = 103
TMIT	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative Befragung Übernahme validierter Skalen und eigene Entwicklung 	Befragung der Pflegeheime: Ziel: Erfassung der näheren Strukturen und Prozesse Fragestellung: (1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ziele von Verlegungen; (2) Gründe für Verlegungen; (3) Verbesserungspotenzial.	N = 411
DKI	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative Befragung Übernahme validierter Skalen und eigene Entwicklung 	Befragung der Krankenhäuser: Ziel: Erfassung der näheren Strukturen und Prozesse Fragestellung: (1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ausgangspunkte von Verlegungen; (2) Gründe für Verlegungen; (3) Verlegungswege, (4) Versorgungssituation der Patienten, (5) Kooperationen und Netzwerk.	N = 403

Tab. 2: Übersicht Krankenhaus-, Pflegeheim- und Hausärztebefragung.

Fokusgruppengespräche und Experteninterviews

Dier Ist-Analyse wurde auch durch Fokusgruppengespräche und Experteninterviews - etwa mit den interdisziplinären Mitgliedern des Projektbeirats - aber auch mit Expertinnen der beiden Modelleinrichtungen in der Form von Expertinneninterviews und in der Form von Fokusgruppen geführt (siehe Anhang 13). In diesen Gesprächen wurden Inhalte und Ergebnisse der bis dahin vollzogenen Ist-Analyse vertieft und die mit der Steuerung der in den Befragungen identifizierten Risikofaktoren einhergehenden Interventionen diskutiert.

An den Fokusgruppengesprächen und Expertinneninterviews nahmen u.a. Vertreter der Heimleitungen und Pflegekräfte, der Pflegeberater, Palliativ-Care-Fachkräfte, Hausärzte, Not- und Krankenhausärzte, Vertreter des Qualitätsmanagements, der Klinikseelsorge, der kommunalen Verantwortung und der ambulanten Hospizdienste teil, die persönlich nach

einem standardisierten Fragebogen in offener Fragestellung gezielt zu ihren praktischen Erfahrungen zur Verlegungssituation und -prozessen befragt wurden. In weiteren Fokusgruppengesprächen wurden Betroffene und Angehörige in Bezug auf ihre Erwartungen befragt. Rekrutiert wurden sowohl der Beirat als auch die unterschiedlichen Experten aus den bestehenden transdisziplinären Netzwerken der Avenue-Pal Projektpartner, die Ergebnisse in strukturierten Protokollen bzw. den ersten Leitlinienprototypen gebunden. Bereits in dieser Phase wurde das Regelwerk der AWMF berücksichtigt (siehe Anlage Nr. 12).

Die folgende Anzahl an Teilnehmenden an den Fokusgruppengesprächen bzw. Experteninterviews war geplant und wurde erreicht:

- | | | |
|------------------------------------|-------------|--------------|
| 1. Fokusgruppe Krankenhaus: | geplant: 5 | erreicht: 5 |
| 2. Fokusgruppe Pflegeheim: | geplant: 30 | erreicht: 33 |
| 3. Experteninterviews Krankenhaus: | geplant: 3 | erreicht: 3 |
| 4. Experteninterviews Pflegeheim: | geplant: 24 | erreicht: 24 |

Die Rekrutierung der Vertreter, die an den Fokusgruppen mit Schwerpunkt Krankenhaus teilgenommen haben, erfolgte auf unterschiedliche Weise. Neben bestehenden Kontakten, auch der Projektpartner, wurde gezielt nach Ansprechpartnern mit Expertise in der palliativen Krankenhausversorgung recherchiert. Diese Personen wurden telefonisch und / oder schriftlich kontaktiert und zu den Fokusgruppen eingeladen. Die Rekrutierung der Betroffenen und Angehörigen erfolgte über die Projektpartner AWO und das UKGM.

Ziel der ersten beiden Fokusgruppen Krankenhaus waren die Erfassung und Beschreibung der Verlegungspraxis rund ums bzw. im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der internen und externen Schnittstellen und Kooperationen sowie der derzeitigen „Ist-Situation“ in den Krankenhäusern aus Sicht der Bewohner von Pflegeheimen bzw. deren Angehörigen sowie verschiedener Berufsgruppen.

Aus diesem Grund wurde als methodischer Zugang keine Zufallsauswahl von Personen, sondern eine bewusste Zusammenstellung der Fokusgruppenteilnehmern für die Zielgruppen gewählt (vgl. auch Fokusgruppe AWO).

Für die Fokusgruppe Berufsgruppen wurden in einem mehrstufigen Verfahren (bestehende Kontakte, auch der Projektpartner, dezidierte Internetrecherche) gezielt Personen mit Expertise in der palliativen Krankenhausversorgung bzw. an den Schnittstellen (n=39, u.a. im ärztlichen oder pflegerischen Dienst im Krankenhaus oder in der ambulanten Hospizpflege palliativ tätig) ermittelt (vgl. Tausch, Menold, 2015). Alle identifizierten Ansprechpersonen wurden mit dem Ziel 8-12 Personen für die Fokusgruppe gewinnen zu können, zunächst schriftlich und anschließend bei Bedarf telefonisch kontaktiert. Die Personen wurden hierbei über die Ziele, Datenschutz und Ablauf der Fokusgruppen informiert. Dieser Rekrutierungsprozess war aufgrund der akuten Personalknappheit und -belastung in den Krankenhäusern sehr zeitaufwändig und wurde umfassend dokumentiert.

Die Rekrutierung der Fokusgruppe der Betroffenen/Angehörigen erfolgte aufgrund der bestehenden Kontakte und aus Datenschutzgründen über die Projektpartner AWO und UKGM. Alle Vorarbeiten bzw. die Leitfadenerstellung erfolgte durch das DKI.

An der ca. 3-stündigen, leitfadenbasierten Fokusgruppe Berufsgruppe, die in den DKI-Räumlichkeiten stattfand, nahmen 10 Personen teil (u.a. (Leitende) Palliativmediziner, Koordinatoren Ambulanter Hospizdienst, Facharzt für Anästhesiologie). An der ca. 2-stündigen, leitfadenbasierten Fokusgruppe Bewohner/Angehörige, die in den Räumlichkeiten der Projektpartner stattfand, nahmen 10 Personen teil.

Für beide Fokusgruppen wurden spezifische Leitfäden entwickelt, wobei aufgrund der ähnlichen Zielsetzung jeweils der Schwerpunkt auf die Beschreibung der derzeitigen Versorgungsstrukturen sowie der Situation bei der Versorgung von sterbenden Patienten in Krankenhäusern und an den (externen) Schnittstellen gelegt wurde. Es wurden aus den

Blickwinkeln der jeweiligen Zielgruppen vor allem Risikofaktoren für mögliche (Fehl-)Verlegungen ermittelt, wobei vor allem auf mögliche medizinische und pflegerische, personale und organisatorische sowie externe Risikofaktoren fokussiert wurde.

Die Fokusgruppen wurden von erfahrenen Moderatoren durchgeführt, protokolliert und unter Nutzung gängiger Tools sowie der etablierten sozialwissenschaftlichen Methoden ausgewertet: Die Auswertung wurde als inhaltlich-strukturierende (qualitative) Inhaltsanalyse (Schreier, 2014) durchgeführt. Dabei stellte der erste Schritt die Konstruktion eines Kategoriensystems dar. Die Kategorien wurden zunächst deduktiv in Anlehnung an die verwendeten Leitfäden gebildet. Die Struktur der Leitfäden wurde hierbei in Oberkategorien überführt. Im Zuge der Sichtung des Datenmaterials wurden Textsegmente („Codiereinheiten“) systematisch dem Kategoriensystem bestehend aus Ober- und Unterkategorien („Codes“) zugeordnet („codiert“). Bei der Analyse des Datenmaterials wurden die Kategorien kontinuierlich adjustiert und durch Unterkategorien sowie ggf. fehlende Oberkategorien ergänzt. Die Bildung der Kategorien am Material erfolgte durch Zusammenfassung und Reduktion der Textsegmente. Durch die deduktiv-induktive Kategorienbildungen wurden Vorannahmen und bestehende Theorien einbezogen und das vorliegende Datenmaterial entsprechend berücksichtigt. Entlang der entwickelten Kategorien wurden die wesentlichen Aspekte der Textsegmente anschließend zusammenfassend in einem Protokoll dargestellt, wobei keine Rückschlüsse auf die beteiligten Personen möglich waren. Zudem wurden – auch direkt in den Fokusgruppen - visuelle Darstellungen zur Veranschaulichung der Ergebnisse genutzt.

Ziel der weiteren beiden Fokusgruppen Krankenhaus war die Einschätzung der ermittelten Ergebnisse, vor allem der identifizierten Risikofaktoren für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses und durch das Krankenhaus (z.B. nach Hause), sowie der abgeleiteten Maßnahmen in der Leitlinie aus Sicht der Bewohner/Angehörige bzw. verschiedener Berufsgruppen. In dem Kontext wurden auch die Möglichkeiten eines stationären Palliativdienstes ermittelt.

Die Organisation und Rekrutierung dieser Fokusgruppen erfolgte mit dem Ziel jeweils 8-12 Teilnehmende zu gewinnen, in Analogie zu den ersten beiden Fokusgruppen. So oblag die Organisation und Rekrutierung der Fokusgruppe Bewohner/Angehörige den Projektpartnern AWO und UKGM. Für die Rekrutierung der Fokusgruppe Berufsgruppen wurde die bereits erstellte und kontinuierlich weiter gepflegte Liste mit Ansprechpersonen genutzt.

Die Leitfäden wurden unter Berücksichtigung der Forschungsfragen eigens für die beiden Fokusgruppen entwickelt. Schwerpunkte bildeten die identifizierten Risikofaktoren. An der Fokusgruppe Berufsgruppen nahmen 10 Personen teil, die u.a. als Ärzte in der palliativen Versorgung oder im Qualitätsmanagement tätig waren. Für die Fokusgruppe Bewohner/Angehörige konnten nicht ausreichend Personen gefunden werden (n=6), so dass eine weitere, dritte Fokusgruppe für den 17.03.2020 geplant wurde. Aufgrund der dynamischen Entwicklung der Corona-Pandemie musste diese jedoch kurzfristig ersatzlos abgesagt und durch Telefoninterviews mit den Angehörigen ersetzt werden (vgl. Stellungnahme DKI Mai 2020).

Bei der Organisation und Planung der Fokusgruppe war nicht absehbar, welches Ausmaß die Corona-Pandemie nehmen würde. Um die Teilnehmer der Fokusgruppe sowie die Moderatoren zu schützen, wurde die Fokusgruppe kurzfristig, einen Tag vorher, abgesagt. Da zu diesem Zeitpunkt unklar war, wie sich die Pandemie entwickeln und wann eine Realisierung einer Fokusgruppe wieder möglich sein würde, wurde kurzfristig entschieden, die Angehörigen anstelle der Fokusgruppe telefonisch zu befragen. Dies geschah vor allem aus dem Grund, die Umsetzung der übergeordneten Projektziele nicht durch eine unabsehbare Verschiebung der Fokusgruppe zu gefährden.

In der Adaption des Telefoninterview-Leitfadens wurde der Methodenumstellung Rechnung getragen, indem im Leitfaden über die ursprünglichen Fragen hinaus dezidiert Fragen

formuliert wurden, die die Perspektive Anderer umfassten. In den 30-60minütigen Telefoninterviews wurden die Angehörigen zunächst gebeten – wie es auch in der Fokusgruppe umgesetzt wurde – ihre persönliche bzw. die Situation ihres Angehörigen zu schildern. Hier wurde insbesondere auf Verlegungen in das Krankenhaus sowie die Situation im Krankenhaus eingegangen. Anschließend wurden, wie in den Fokusgruppen, die Ergebnisse der Krankenhausbefragung sowie die Einschätzung eines Palliativdienstes erfragt. Da die Teilnehmer immer auch ihre persönlichen Bedürfnisse und Empfindungen schildern sollten, erwies sich die Methode der Telefoninterviews aufgrund der fehlenden Anwesenheit Dritter sogar als hilfreich und zielführend. Um dem fehlenden Gruppenfeedback Rechnung zu tragen, sollten die Teilnehmer einschätzen, wie andere Personen ihre Ausführungen beurteilen oder bewerten würden. Auf diese Weise wurde implizit auch eine Fremdperspektive eingeholt. Dies erwies sich als gut umsetzbar und zielführend im Sinne der Fragestellung. Es wurden somit zum einen die Fragen der Fokusgruppe repliziert und zum anderen noch die Fremdperspektive eingeholt.

Der große Vorteil war, dass bereits zwei Fokusgruppen mit Angehörigen bzw. Bewohnern realisiert worden waren. Die zweite Fokusgruppe hatte die gleichen Ziele wie die Telefoninterviews mit den Angehörigen und Bewohnern. Es lagen demnach schon Informationen und Erkenntnisse vor, die jedoch noch nicht auf der avisierten Fallzahl basierten. Die Ergebnisse der Telefoninterviews wurden mit denen der Fokusgruppen verglichen. Es zeigte sich, dass die Erkenntnisse der beiden methodischen Ansätze sich gut ergänzten und nunmehr auf einer ausreichenden Fallzahl basieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Methodenwechsel keine erkennbaren Erkenntnisverluste mit sich gebracht hat. Die Befragungsziele konnten vollumfänglich erreicht werden. Zudem konnte durch die kurzfristige Umstellung von Fokusgruppen auf Telefoninterviews von Angehörigen und Bewohnern in Zeiten der Corona-Pandemie sichergestellt werden, dass die Erkenntnisse zeitnah im weiteren Projektverlauf genutzt werden konnten.

Insgesamt konnten durch die zweite Fokusgruppe und die Telefoninterviews (n=4) 10 Angehörige befragt werden.

Die Auswertung der Fokusgruppen und Telefoninterviews erfolgte in gleicher Weise wie die ersten beiden Fokusgruppen

Experteninterviews Krankenhaus:

Ziel der Experteninterviews war zum einen die Erfassung und Beschreibung der Verlegungspraxis rund ums bzw. im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellen und Kooperationen sowie der derzeitigen „Ist-Situation“ in den Krankenhäusern. Zum anderen sollten durch die Experteninterviews die ermittelten Risikofaktoren für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses und durch das Krankenhaus (z.B. nach Hause) sowie ausgewählter abgeleiteter Maßnahmen in der Leitlinie eingeschätzt und weiterentwickelt werden.

Insgesamt sollten 10 Experten interviewt werden. Hierbei wurde auf die Liste der schon ermittelten Experten (Beschreibung oben) zurückgegriffen, wobei keine Experten doppelt ins Projekt involviert wurden. In Umsetzung der Forschungsfragen sollte der erste Teil der Experteninterviews vor der Krankenhausbefragung, der zweite Teil im Anschluss daran durchgeführt werden.

Vor der Durchführung der telefonischen Interviews wurden je 10 Experten telefonisch sowie schriftlich kontaktiert und um ihre Teilnahme gebeten. Da es bei der zweiten Runde der Experteninterviews nach der Krankenhausbefragung aufgrund der schon benannten knappen Personalsituation schwierig war, wurden weitere Personen ermittelt und um ihre Teilnahme gebeten.

Es wurden 5 ca. 1-stündige, leitfadenbasierte Telefoninterviews vor der Krankenhausbefragung durchgeführt. Inhalt des Leitfadens waren vor allem die Versorgungssituation im Krankenhaus, mögliche (Fehl-)Verlegungen sowie Lösungsideen. Die 5 telefonischen, ca. 1-stündigen, leitfadenbasierten Experteninterviews nach der Krankenhausbefragung hatten vor allem die identifizierten Risikofaktoren und deren Einordnung zum Thema (Experteninterviews gesamt n =10).

Alle telefonischen Experteninterviews wurden protokolliert. Die Auswertung erfolgte wie bei den Fokusgruppen beschrieben.

Alle Ergebnisse wurden auch für das Konsensusverfahren (Phase 3) genutzt.

Insgesamt wurden somit die anvisierten 40 Personen (Fokusgruppen / Ersatz-Telefoninterviews) und 10 Personen in Experteninterviews befragt.

Zielgruppe für die Fokusgruppengespräche in der Fokusgruppe AWO sowie für die Experteninterviews waren Personen in der Einrichtung, die in besonderer Weise mit unterschiedlichen Aspekten zum Thema Verlegung am Lebensende befasst sind, konkret: Heimleitung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement, Seelsorger, Personalrat, Therapeuten. Es wurde angestrebt, zwischen 4 und 10 Personen zu befragen. Die Auswahl der Gesprächspartner wurde der Heimleitung überlassen. Das realisierte Sample bestand aus einer Pflegedienstleitung, einer stellvertretenden Pflegedienstleitung, einem Fachbereichsleiter, einem ACP-Berater und einem QM-Beauftragten. Ziel war es, die Zufriedenheit mit der bestehenden bzw. bisherigen Verlegungspraxis aus der Sicht der Führungsverantwortlichen abzubilden (Messpunkt 1). Im besonderen Fokus sollten die organisatorischen Rahmenbedingungen (zeitlich-personelle Situation, Information(-sablauf) sowie Möglichkeiten zur Integration von Angehörigen und Hausärzten erfasst werden.

Letztlich wollten wir lernen, wie die Umsetzung der Verbesserungen in Bezug auf die Vermeidung unnötiger Verlegungen laufen – direkt in der operativen Umsetzung vor Ort. Das Ziel ist die Beratung anderer Einrichtungen aufgrund der Erfahrungen, die die AWO gesammelt hat.

Folgende Fragen und Themenkomplexe zur Verlegungssituation wurden erfasst:

1. Welches sind die Faktoren – insbesondere auch organisatorische –, die eine Verlegung sterbender Bewohner/-innen in auslösen bzw. welche näheren Umstände führen zu dieser?
2. Wie verläuft der Prozess Ihren Erfahrungen nach?
 - Wer trifft die Verlegungsentscheidung?
 - Wie fließen die Informationen: Von wem gehen diese aus (a), wer wird eingebunden (b) wer wird nach einer erfolgten Verlegung informiert (c)?
 - Welche Zeiträume vergehen dabei erfahrungsgemäß?
 - Gibt es durch die Ihnen bekannte Verlegungspraxis Risiken für den Bewohner/-in? Wenn ja, welche sind dies?
3. Gibt es Bewohner/-innen, die – Ihrer Beobachtung nach – besonders für eine nochmalige Verlegung in das Krankenhaus gefährdet sind? Wenn ja, was kennzeichnet diese „Risikogruppe(n)“ aus?

Zusätzlich wurden folgende Fragen zum Themenkomplex „Die Situation der Angehörigen im Kontext der Verlegung sterbender Bewohner/-innen“ gestellt:

4. Unter welchen Umständen und mit welchen Begründungen wirken Angehörige auf eine Verlegung hin?
5. Wie ist der typische Ablauf, wenn Angehörige auf eine Verlegung hinwirken?

6. Was könnte Ihre Einrichtung unternehmen, damit Angehörige keine unnötigen Verlegungen induzieren?

Die Fokusgruppengespräche sowie die Experteninterviews wurden protokolliert und unter Nutzung gängiger Tools sowie etablierten sozialwissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Das Datenmaterial wurde hierbei sortiert, strukturiert und ausgewertet. Ergänzend wurde in den Fokusgruppen visualisiert an Flipcharts etc. dokumentiert.

Bei den durchgeführten Fokusgruppengesprächen und Experteninterviews handelt es sich um eine qualitative Methode, d. h., im Zentrum stehen Fragestellungen zur Rekonstruktion subjektiver Alltagserfahrungen und zur Generierung von Hypothesen zu bisher wenig erforschten oder komplexen Sachverhalten. Im Hinblick auf die Stichprobe sind hierbei Zufallsauswahlen einer großen Anzahl potentieller Teilnehmer und statistisch generalisierende Auswertungen wie in der quantitativen Forschung nicht realisierbar und auch nicht erforderlich. Grundlage stellt in diesem Fall eine absichtsvolle Auswahl der Teilnehmer dar (vgl. Schreier, 2011). Dabei wurden solche Teilnehmer ausgewählt, die im Hinblick auf die Forschungsfrage besonders über ihre beruflichen Qualifikationen und Erfahrungen, potentiell informationsträchtig sind (vgl. Tausch, Menold, 2015).

Die Teilnehmer wurden im Vorfeld der Gruppendiskussion über das Forschungsziel, Datenschutz und -verarbeitung von den Interviewern aufgeklärt. Über ein Vorgespräch wurde vereinbart keine Datenaufzeichnung über Audio- oder Videoaufnahmen vorzunehmen, sondern lediglich Notizen durch die Interviewer anfertigen zu lassen.

Aufgrund des Einsatzes von Fokusgruppen in sehr verschiedenen Forschungsbereichen gibt es keine einheitliche Auswertungsmethode. Je nach Fragestellung und Zeitrahmen können diese exakter und damit zeitintensiver oder weniger exakt und damit weniger zeitintensiv ausgewertet werden (vgl. Krueger, 1999). Für die inhaltliche Auswertung der Notizen orientierte sich das Forschungsteam an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015). Dabei wurden ausgehend von den im Leitfaden gestellten Themen deduktive und falls anfallend auch induktive Kategorien (aus dem „gesagten“ Material heraus) gebildet, in welche die Aussagen zugeordnet werden. Deduktive Kategorien gehen aus einer im Vorfeld bestehenden Systematisierung, hier dem Leitfaden, hervor und bestehen bereits vor der Kenntnis der konkreten Inhalte. Die induktiven Kategorien entwickeln sich aus dem empirischen Material heraus und bilden sich während dem Prozess des Einsortierens. Für die Zusammenfassung wurden die Kategorien nach inhaltlicher Nähe sortiert. Diese Ausdifferenzierung und Zusammenfassung der Notizen wurde anhand der Forschungsfragen durchgeführt, um eine möglichst erschöpfende Erkenntnis aus den Daten zu generieren.

Literaturreviews

Als Grundlage der Literaturrecherche diente insbesondere die S-3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung (a), relevante Schlüsselbegriffe wie Verlegung + Palliative Versorgung, Überleitung + Sterbende etc. (b) und in Publikationsorganen der relevanten Fachgesellschaften (c). Als Ergebnis entstand eine Literaturdatenbank mit insgesamt 235 Datensätzen (Literaturliste s. Anhang 11):

Thema (tlw. Zuordnung zu mehrfachen Themen)	Anzahl Artikel/Beiträge/Aufsätze
Aktuelle Übersicht über den Wissensstand	1
Angehörige	11
Steuerung der letzte Lebensphase	72
Strukturelle Voraussetzungen	99

Kosten	4
Leitlinienprogramm	1
Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	2
Praktischer Einsatz von Entscheidungshilfen	1
Report: Pflegefallzahlen	1
Schnittstellenmanagement und Kommunikation	2
Sozialgesetzbuch	1
Sterben allgemein	1
Sterbeort: allgemein, häusliche Pflege, Intensivstation, Kinder und Jugendliche	31
Sterbephase	1
Medikation	1
Symptommanagement	54
Verlegung	5
Perspektiven und Handlungsoptionen	1

Tab. 3: Übersicht Literaturreview.

Die Ergebnisse wurden in der Aufbereitung den identifizierten Risikofaktoren zugeordnet, so dass diese Befunde in der weiteren Entwicklung der Leitlinien zur Verfügung standen. Die S-3 Leitlinie „Palliativmedizin“ etwa wurde allen Projektpartner und Beiratsmitgliedern ausgedruckt zur Verfügung gestellt, denn sämtliche medizinischen Risikofaktoren die zu Verlegungen führen können und deren Steuerung sind dort dargestellt.

Sekundärdatenanalyse

Für die Ist-Analyse der Verlegungspraxis in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern wurden neben der ergänzenden Primärerhebung, die Daten von vorausgegangenen Studien (Gießener Sterbestudie „Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen“ (n=1.400) und „Sterben im Krankenhaus (n=212) einer nochmaligen Identifizierung bzw. Verifikation der Risikofaktoren die zu Verlegungen Sterbender führen können unterzogen. Für die Ist-Analyse des Verlegungsgeschehen in den Krankenhäusern verwendete das hiermit betreute DKI neben der Krankenhausstatistik insbesondere die DRG-Statistik. Die Analyse der auf Fallpauschalen bezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016.

Die Analyse der auf Fallpauschalen bezogenen Krankenhausstatistik (DRG Statistik) erfolgte auf Grundlage der Daten des Jahres 2016.

Bei der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRGStatistik) handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung der übermittlungspflichtigen Krankenhäuser und der von ihnen erbrachten Leistungen, wobei die Auskunftspflicht der Krankenhäuser gegenüber dem InEK besteht, welches die Daten primär erfasst. Das InEK gibt die Krankenhausdaten jährlich an das Statistische Bundesamt weiter. Das DKI hat mit dem Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes einen Vertrag über die Nutzung der Daten der DRG-Statistik geschlossen. Zur Analyse wurden mit Blick auf die Forschungsfragen alle Patienten, die im Jahr 2016 in einem Krankenhaus verstorben waren, sowie die in der Fachabteilung Palliativmedizin verstorbenen Patienten für die Analysen ausgewählt. Die Daten wurden über die kontrollierte Datenfernverarbeitung ausgewertet. D.h. die Auswertungen sind anhand einer Auswertungssyntax des DKI durch das Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes (FDZ) erfolgt. Folgende Variablen wurden in die Auswertung eingebogen: Bundesland des Krankenhauses (kh_land), Regionstyp des Krankenhauses (kh_typ_gem3),

Geschlecht (sex), Alter (Alter in Jahren (typ_alter), Alter gruppiert (typ_alter)), Aufnahmeanlass (aufn_an), Beatmungszeit in Stunden (beatm), Entlassungsgrund (entl_grd), ICD-Code 3 Steller Hauptdiagnose (icd_hd3), Operation (typ_op), Fachabteilung (fab1 – fab20), Fachabteilung mit längster Verweildauer (fab_max), Verweildauer Fachabteilung (tage_fa1 – tage_fa20), Längste Verweildauer (tage_max), Verweildauer (tage), Typ Verweildauer (typ_vwd)

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Dazu wurden neben bestehenden Variablen neue Variablen gebildet

Diese Verlegungsdaten wurden durch im Studiensinn relevante, sekundär ermittelte Mitgliederinformationen der BIG-Kranken- sowie der BIG Pflegekasse ergänzt. Hierzu wurde eine Arbeitsgemeinschaft zwischen der BIG Kranken- und der BIG-Pflegekasse gegründet nach Zustimmung des Bundesamtes für Soziale Sicherung etabliert. In der BIG-Analyse wurden diejenigen Versicherten aus dem BIG-Versichertenbestand selektiert, bei denen ein Todesdatum zwischen dem 1.1.2015 und dem 31.12.2017 im Versichertenkonto vermerkt war und vor ihrem Tod mindestens 365 Tage durchgehend bei der BIG versichert waren. Es handelte sich dabei um insgesamt 2929 Versicherte. Die Krankenhausabrechnungsdaten gemäß TP4a-Daten der Technischen Anlagen der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V (<https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>) wurden aus dem Krankenkassen-Basissystem „ISKV-21C“ in das Datawarehouse der BIG importiert. Die Daten zu Pflegeleistungen wurden direkt aus Krankenkassen-Basissystem „ISKV-21C“ in das Datawarehouse der BIG geladen und innerhalb der Analyse berücksichtigt, indem die Krankenhausdaten durch das Merkmal einer stationären Pflegeleistung angereichert wurden. Auf diesem Weg wurden 460 Versicherte ermittelt, von denen insgesamt 431 Versicherte (knapp 94%) stationäre Krankenhausleistungen innerhalb der letzten 365 Tage vor ihrem Tod in Anspruch genommen hatten. Von diesen Versicherten wurden im weiteren Verlauf der Analyse die Krankenhausabrechnungsdaten (TP4a-Daten) hinsichtlich verschiedener Parameter (z. B. Entlassungs- und Verlegungsgründe, beteiligte Fachabteilungen) ausgewertet. Die detaillierten Ergebnisse sind dem Anhang 6 zu entnehmen.

Verantwortlicher Konsortialpartner	Art der Erhebung	Fragestellung / Ziel der Erhebung	Datensätze
TMIT	Quantitative Erhebung	Analyse Bestandsdaten Pflegeheime und Krankenhäuser: Ziel: Zusätzliche Informationen aus der Sicht von Mitarbeitern Fragestellung: (1) Kommt es häufig zu Verlegungen am Lebensende? Wohin erfolgen die Verlegungen? (2) Gründe für Verlegungen am Lebensende.	Pflegeheime: N=61 Krankenhäuser: N=66
DKI	Sekundärdatenanalyse	Analyse der auf Fallpauschalen bezogenen Krankenhausstatistik (DRG Statistik) 2016 Fragestellung: (1) Regionale Daten und Soziodemografie (2) Aufnahmeanlass (3) Fachabteilungen und Verweildauer (4) Diagnosen und Prozeduren	Im Krankenhaus verstorbene Patienten: N=416.379. In der Fachabteilung Palliativmedizin verstorbene Patienten: N=36.703.

		(5) Entlassungsgrund	
BIG	Quantitative Erhebung	Verlegungs- und Überleitungsgeschehen von Verstorbenen der BIG direkt gesund aus den Kalenderjahren 2015 – 2017 (Eingrenzung auf Versicherte mit stationären Pflegeleistungen): Fragestellung: (1) Entlassungsgründe und entlassende Fachabteilung (2) Anzahl der Verlegungen, Verlegungsgründe und verlegende Fachabteilungen (3) Überprüfung von Verlegungspfaden	N=431

Tab. 4: Übersicht Sekundärdatenanalysen.

5.2. Phase 2: Entwicklung von Leitfäden und IuK-Entwicklung

Konsensusverfahren und IuK Unterstützung zur Sicherstellung des Praxistransfers

Die entwickelten Leitlinien orientierten sich an dem Regelwerk Leitlinien der AWMF und wurden durch eine Vertreterin des AWMF-Institutes Marburg begleitet. Hierzu wurde u.a ein Beirat etabliert, dem Vertreter der relevanten Versorgungsbereiche und Versorgungsaufträge angehörten. Die Beiratsmitglieder gaben gemäß dem AWMF-Regelwerk Erklärungen zu eventuell vorhandenen Interessen ab. Diese stellten sich nach Prüfung wie folgt dar:

Keine Interessen:	13
Interessen ohne thematischen Bezug zum Projekt:	7
Moderate Interessen:	1
Einzelfallprüfung bei relevanten Themen:	3

Es kam zu insgesamt 3 Treffen (Je eines in Phase 2, 3 und 4) des 24-Personen umfassenden Beirates. Diese Treffen wurden durch die Vertreterin der AWMF moderiert (zu den institutionellen, interdisziplinären Zugehörigkeiten und Ergebnisse bzw. möglicher Interessenkonflikte siehe Anhang). Auf Grundlage der Ergebnisse der Ist-Analyse (Phase 1) wurden zwei erste (Prototypen) Leitlinien für Krankenhäuser bzw. Pflegeheime entwickelt, die sowohl externe als auch interne Risiken für Verlegungen Sterbender erfassen und unter Einbeziehung aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen (Hausärzte, Notärzte, Hospiz-, Krankenhaus- u. Heimvertreterinnen usw.) einen optimalen Prozessverlauf in der Versorgung Sterbender sicherstellen. Die ermittelten Risikofaktoren die zu Verlegungen Sterbender führen können, lassen sich drei Risikofeldern bzw. Einflussgrößen zuordnen:

1. Medizinisch-pflegerische Risiken
2. Organisatorische und personalbezogene Risiken
3. Externe Risiken

Innerhalb dieser Bereiche wurden schließlich insgesamt 13 Risikofaktoren im Pflegeheim- und 11 Risikofaktoren im Krankenhausbereich identifiziert. Der Unterschied liegt darin begründet, dass der Prozess der hausärztlichen bzw. notärztlichen Versorgung in der Krankenhausversorgung als wenig bedeutsam eingestuft wurde, im Gegensatz zu dem Pflegeheimbereich in welchem dieser von sehr großer Relevanz ist. Nach Abschluss der

Auswertungen der quantitativen und qualitativen Informationen wurden die identifizierten Risikofaktoren im Konsensusverfahren zuerst mit den Konsortialpartnern sowie dem Projektbeirat (s.o.) überarbeitet, sowie der Einfluss der ermittelten Risikofaktoren auf Verlegungen abgeschätzt, diese gewichtet und die abgeleiteten Maßnahmen ausdifferenziert (z.B. in kurz-, mittel- und langfristig umsetzbar). Hierzu wurden 13 risikobezogene Arbeitsgruppen und ein Zeitraum (ca. 6 Wochen) indem diese ausgearbeitet werden mussten identifiziert. Arbeitsgruppen-Leiterinnen wurden benannt. Die Leitlinien wurden abschließend auf mögliche ethische Risiken (MEESTAR) qualifiziert. Der Vorgehensprozess orientierte sich hierbei am Leitlinien AWMF-Regelwerk Erstellung einer s2k Leitlinie.

Die Leitlinienentwicklung gestaltete sich in der Übersicht wie folgt:

1. Zusammenstellung und Konstitution des 20 Personen-Beirates und Kontakt mit dem Institut für Medizinische Wissenschaften Marburg
 - Avenue-Pal Projektphase 1, Dezember 2018 bis Januar 2019
 - Involvierte Personen: TransMIT, Avenue-Pal Projektteam, Prof. Dr. Kopp
 - Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Gesamtgruppentreffen, Identifizierung bzw. abschließende Festlegung der Risikofaktoren, Treffen im Marburger Institut und in der TransMIT.
 - Ergebnisse: Festlegung des zeitlichen, fachlichen und methodischen (Orientierung an Regelwerk s2k) Vorgehens der Leitlinienentwicklung.
2. Vorbereitung 1. Beiratstreffen (Leitliniengruppe)
 - Avenue-Pal Projektphase 1, Januar 2019 bis März 2019
 - Involvierte Personen: TransMIT, Avenue-Pal Projektteam, Prof. Dr. Kopp
 - Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Vorbereitung des 1. Treffens und Übersendung der S3 Leitlinie Palliativmedizin, Literaturrecherche, Übermittlung eigener empirischer Befunde an die Beiräte. Erstellung einer Struktur zur Organisation und Bearbeitung der identifizierten Risikofaktoren auf Ebene 1 (kurzfristig, mittelfristig und langfristige Interventionen) sowie Ebene 2 (technische, personelle, organisatorische Interventionen).
 - Ergebnisse: Qualifizierte Vorarbeit zur Strukturierung der Interventionen, Information der Beiräte schriftlich und telefonisch über das Vorgehen.
3. Durchführung 1. Beiratstreffen (Leitliniengruppe)
 - Avenue-Pal Projektphase 2, 13. März 2019
 - Involvierte Personen: TransMIT, Avenue-Pal Projektteam, Prof. Dr. Kopp, Beirat / Leitliniengruppe
 - Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Die vorabinformierten Beiräte erhalten erneut alle Unterlagen (schriftlich). Die Beiräte teilen sich in 2 Gruppen (KH und PH) und ordnen sich den einzelnen Risikofaktoren zu, so dass kleine RF-Fachgruppen entstehen. Es wird ein Lead festgelegt, der den inhaltlichen und strukturellen Entwicklungsprozess koordiniert. Erste Ausarbeitungen erfolgen. Besprechen und Vorstellen der Interessenkonfliktgefährdung (Kopp), z.T. werden diese direkt gezeichnet, z.T. im Weiteren eingeholt.
 - Ergebnisse: Ausarbeitung eines Entwurfs zur Steuerung und Prävention jedes RF, Regelung der inhaltlichen, zeitlichen und Prozessabläufe.
4. Nachbereitung 1. Beiratstreffen

- Avenue-Pal Projektphase 2, März 2019 bis September 2019
- Involvierte Personen: TransMIT, Avenue-Pal Projektteam, Beirat / Leitliniengruppe, Prof. Dr. Kopp
- Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Die Leads senden dem Wissenschaftlichen Leiter (WL) die Ausarbeitungen der einzelnen RF-Fachgruppen für die KH und PH via E-Mail zu. Der WL sendet die so erhaltenen und auf Redundanz kontrollierten Ausarbeitungen an alle Beiräte zu Ergänzung bzw. Entwicklung zu.
- Ergebnisse: Vorläufige Prototypen der Leitlinien.

5. Entwicklung Prototyp 1

- Avenue-Pal Projektphase 2, September 2019
- Involvierte Personen: TransMIT, Avenue-Pal Projektteam
- Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Ergebnisse werden an die Avenue-Pal Partner übersendet, der erste Prototyp der Leitlinien für Krankenhaus und Pflegeeinrichtung identifiziert.
- Ergebnisse: Prototypen für die Einführung in KH und PH liegen vor.

6. Einführung der LL-Prototypen in den Modell-Einrichtungen, praktische Anwendung, Sammeln und Protokollierung von Erfahrungen

- Avenue-Pal Projektphase 3, September 2019 bis Februar 2021
- Involvierte Personen: Projektpartner Krankenhaus und Pflegeeinrichtung, TransMIT
- Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Steuergruppen (intern und extern) im Krankenhaus und Pflegeheim begleiten den Prozess. Entwicklung von Entscheidungshilfen zur Implementierungsunterstützung für Hausärzte, Krankenhausärzte, Angehörige und Notärzte.
- Ergebnisse: Implementierung mit Supportplan.

7. Vorbereitung 2. Beiratstreffen (Leitliniengruppe)

- Avenue-Pal Projekt-phase 3, Februar 2021 bis April 2021
- Involvierte Personen: TransMIT, Avenue-Pal Projektteam
- Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Telefonische und E-Mail-Abstimmung zu Zielen und Vorgehen im 2. Treffen sowie zu gesammelten Implementierungserfahrungen. Das Regelwerk AWMF sieht eine formative Evaluation nicht vor.
- Ergebnisse: Qualifizierte Vorarbeit zur Strukturierung des Vorgehens. Information der Beiräte schriftlich und telefonisch über das Vorgehen.

8. Durchführung 2. Beiratstreffen (Leitliniengruppe)

- Avenue-Pal Projektphase 4, 17.Mai.2021
- Involvierte Personen: Avenue-Pal Projektteam, Beirat / Leitliniengruppe, Prof. Dr. Kopp
- Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Inhaltliche Inputs der Modelleinrichtung KH und PH werden RF-strukturiert besprochen und mit dem Beirat auf Gültigkeit bzw. Berücksichtigung in den LL geprüft. Das PH formulierte zusätzlich im Vorfeld auf Grundlage der Implementierungserfahrungen zur LL eine

„Handanweisung Implementierung“. Ausarbeitung eines Kommunikationsplans. Prof. Dr. Kopp empfiehlt, das LL-Verfahren als „Regionale Versorgungsleitlinie“ zu bezeichnen und diese den Fachgesellschaften (z.B. DGP) zugänglich zu machen.

- Ergebnisse: Leicht korrigierte LL.

9. Nachbereitung 2. Beiratstreffen (Leitliniengruppe)

- Mai bis Juni 2021
- Involvierte Personen: keine
- Inhaltliche Erarbeitung bzw. Konsensusfindung: Eine abschließende Evidenzbildung ist allein aufgrund der zeitlichen Limitierung des Projektes und auch aufgrund der Coronapandemie nicht möglich. Die Leitlinie besitzt einen Empfehlungskarakter.
- Ergebnisse: Redaktionell und lektoriell angepasste Leitlinien.

IuK-Entwicklung

Zwei Teilprojekte wurden qualifiziert vorbereitet:

1. Caregiver-App zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen sterbender Patienten
2. Entwicklung eines Projektmanagementtools (Help-Desk) zur Unterstützung der Implementierung der Leitlinien in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

1. Caregiver-App

Nach Vorarbeiten, in denen zunächst die grundlegenden Funktionalitäten der App definiert und dokumentiert wurden, wurde ein erster Prototyp in Android sowie in iOS konzipiert und ein Server eingerichtet. Die erste Version der App beinhaltete vorwiegend Informationsseiten mit weiterführenden Artikeln. Daraufhin wurde eine zweite Version entwickelt, die zusätzlich komplexe patientendatenbezogene Funktionalitäten (Empfehlungen, Terminmanagement, Datenverwaltung, Dokumentenspeicher etc.) enthielt. Zudem wurde das Backend der Caregiver-App FHIR-konform entwickelt, um einen Datenaustausch mit beteiligten Institutionen zu ermöglichen. Abschließend wurde der Inhalt der Informationsseiten in Abstimmung mit Experten bei den Konsortialpartnern und im Beirat nochmals erweitert und ausgearbeitet.

Die Hauptfunktionalitäten wurden in vier sogenannten Hubes finalisiert.

1. Informations- und Wissens-Hub: Dem Nutzer wird eine Sammlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen rund um die (palliative) Pflege zur Verfügung gestellt. Ziel ist der Ausbau kognitiver, verhaltensorientierter und sozialer Kompetenzen.
2. Kommunikations- und Kontakte-Hub: Dieser Hub dient der Verwaltung von Kontakten für alltägliche und dringende Situationen.
3. Daten-Hub: Dieser Hub ist als Speicher für Vitaldaten und Stammdaten sowie für medizinische und rechtliche Dokumente angelegt. Er nutzt den FHIR-HL7-Standard, so dass eine Anbindung an medizinische Informationssysteme möglich ist.
4. Home- bzw. Empowerment-Hub: Er stärkt die spezifischen Handlungsfähigkeiten der Nutzer und formuliert auf Basis intelligenter Abfragen Empfehlungen.

2. Help-Desk

Die Help-Desk-Entwicklung startete zunächst mit der Entwicklung einer leitlinienbezogenen Visualisierung der ermittelten Risikofaktoren und Maßnahmen. Nach der Analyse von existierenden Projektmanagement-Tools wurde die Struktur in Notion festgelegt, die Inhalte und erforderlichen Maßnahmen wurden in Notion tabellarisch aufbereitet und dargestellt. Für eine verbesserte Nutzerführung wurde zudem die Möglichkeit eingeführt, auf Basis der Datenbank eine Vorfiltrierung der Inhalte und Maßnahmen vorzunehmen. Die Datenbankstruktur wurde dabei so angepasst und umgebaut, dass die „vorfiltrierten“ Ansichten für den jeweiligen Nutzer direkt abrufbar sind.

Um eine individuelle, einrichtungsbezogenen Darstellung der Risikofaktoren und erforderlichen Maßnahmen einzurichten, wurde zudem zu Beginn ein Erfassungsbogen zum Ist-Zustand der Einrichtung entwickelt und eingefügt. Zur Verbesserung der Strukturierung der e-Leitlinien wurden die Maßnahmen der Leitlinien mit zeitlichen Abhängigkeiten versehen, sodass statt einer linearen Darstellung eine individuelle Darstellung in Form von Arbeitspaketen und Meilensteinen möglich wurde. Abschließend wurde ein Tool zur Abschätzung der initialen Projektkosten zur Einführung der Leitlinien erarbeitet.

Parallel zur Prototypisierung mit Notion und darauffolgend mit Zenkit, wurde auch an einer alleinstehenden Lösung gearbeitet. Es wurden webbasierte Previews entworfen, die auch ohne den Erwerb des Tools eine einfache initiale Abschätzung von Kosten ermöglichen und zudem einen strukturierten Einblick in Leitlinien geben.

Zudem wurde in Zusammenarbeit mit der JLU ein Monitoring-Tool für einen palliativen Dienst im Krankenhaus auf Basis von Notion entworfen. Dieses ermöglicht die digitale, tabellarische Erfassung von Patientendaten als Basis-, Folge- und Abschlussdokumentation. Die Daten sind exportierbar und können in ein anderes Tool importiert und dort spezifisch angepasst werden (Zenkit, Microsoft Excel, etc.).

1. Masterarbeiten:

Im Rahmen des AvenuePal-Projekts wurden drei Masterarbeiten, die die verschiedenen Bereiche des Teilprojekts „luK-Lösung und technologischer Transfer“ beschreiben bzw. wissenschaftlich dokumentieren, angefertigt.

Masterarbeit 1: Die Masterarbeit „Evaluierung der Interface-Entwicklung und der User Experience einer assistierenden App zur digitalen Unterstützung der privaten häuslichen Pflege“ von Frau Julia Faber zeigt relevante Prinzipien bzw. Erfolgsfaktoren für Software-Anwendungen auf. Es geht dabei insbesondere um menschenzentrierten Gestaltungsaktivitäten bei der Softwareentwicklung.

Masterarbeit 2: Die Masterarbeit „Design und Implementierung einer assistierenden mobilen App zur Verbesserung der informellen Pflege“ von Herrn Tom Jürgens befasst sich mit der Konzeptionierung eines High-Fidelity-Prototyps sowie mit relevanten und effizienten Schritten zur und bei der Software-Realisierung.

Masterarbeit 3: Die Masterarbeit von Herrn René Happel „Entwicklung einer “FHIR“-konformen Backendlösung zur Bearbeitung von http-Requests und einer API zur Datenbankverwaltung von strukturierten Informationen im Gesundheitswesen“ beschreibt Schritte, die für die Erstellung von Backend-Lösungen für die Apps, die unter Android oder iOS laufen, relevant sind. Insbesondere wird auf API (Application Programming Interface) für die User- und Informationsdatenbank eingegangen. Zudem wird gezeigt, wie ein Server für Gesundheitsdaten aufgebaut und etabliert werden kann.

5.3. Phase 3: Formatives Projektmanagement

Formatives Projektmanagement Krankenhaus

Kernpunkt der Implementierung und Umsetzung der Leitlinien im UKGM bildete ein palliativer Konsildienst, bestehend aus einer Palliativärztin, zwei (Palliativ-)pflegekräften und bedarfsweise Psychologen. In Form dieses stationsunabhängigen, mobilen Konsildienstes werden die notwendigen Kompetenzen und die mit diesen einhergehenden Interventionen zugunsten einer bestmöglichen Betreuung der Palliativpatienten sichergestellt.

Zudem wurden Kooperationen mit internen Partnern (z. B. Psychoonkologischer Dienst, Onkologische Fachpflege) und externen Partnern (z. B. Kinderhospizdienst) etabliert und das Qualitätsmanagement zur Unterstützung mit eingebunden. Über eine Informationsveranstaltung in Zusammenarbeit mit dem Hausärzte-Netzwerk in Gießen wurden darüber hinaus die Hausärzte einbezogen.

Nach einer klinikweiten internen und externen Basisinformation über das Projekt sowie Mitarbeiterschulungen, individuell angepasst auf den ärztlichen bzw. pflegerischen Bereich, wurden zur Dokumentation der späteren Konsile Formulare zur Konsilanforderung und -dokumentation entwickelt und in das Krankenhaus-Informationssystem Meona implementiert. Auf Anfrage von Stationsmitarbeitern konnte somit auf den Stationen zunächst ein Erstkonsil stattfinden, auf das ggf. weitere Konsile folgten. In diesen Konsilen wurde die Situation vor Ort analysiert, stabilisiert und Empfehlungen für weitere Schritte ausgesprochen. Begleitend fanden individuelle Beratungsgespräche mit Betroffenen und Angehörigen statt. Die Konsile wurden dokumentiert und monatlich ausgewertet.

Zur Kontrolle und Evaluation des Projektfortschrittes wurde eine Steuergruppe zusammengestellt. Es fanden regelmäßige Treffen unter Einbeziehung des Konsildienstes sowie externer Partner statt.

Formatives Projektmanagement Pflegeeinrichtung

Zur Vorbereitung der Einrichtung wurden in allen Abteilungen die Mitarbeitenden in Meetings und Teamgesprächen zum Thema sensibilisiert. Unter Beteiligung der Mitarbeiter im Advance Care Planning sowie des Betriebsrats wurde ein Fachteam zusammengestellt und im Zuge dessen Fachkräfte im Bereich Palliativ-Care und Pain-Nurse ausgebildet. Zu Tracking der einzelnen Arbeitspakete zur Implementierung der Leitlinie wurden für jede Maßnahme eines jeden Risikofaktors genaue Aufgabenbeschreibungen sowie ein detaillierter Zeit-Maßnahmen-Plan nach Gantt erstellt.

Aufgrund des signalisierten sehr breiten Interesses aller Wohnbereichsmitarbeitenden wurden von Beginn an alle 7 Wohnbereiche in die Leitlinienimplementierung und die erforderlichen Anpassungs-/Überprüfungsprozesse eingebunden. Diese Einbindung aller Mitarbeitenden war Erfolgsgarant für die sehr guten Ergebnisse bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Leitlinien bzw. der Maßnahmen zum Management der identifizierten Risikofelder. Über das Fachteam wurde die Leitlinie partizipativ mit bzw. bei den Mitarbeitenden der Wohnbereiche in die bestehenden Pflegeprozesse im Rahmen des vorhandenen QM Systems und unter Beachtung der Zielsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) eingebunden. In regelhaften Abstimmungen wurde die praktikable Anwendung überprüft, schriftlich kommentiert und nach Abstimmung mit Projektleitung angepasst. Zudem wurden hausintern fehlende Standards im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung ausgearbeitet. Bei all diesen Prozessentwicklungsschritten war zudem die Leitung des Qualitätsmanagements der AWO mit eingebunden.

Zudem wurde eine Projekt-Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern des Hospizdienstes, der Geriatrie, Notärzten, Hausärzten und der lokalen Politik sowie mit Vertretern der

Konsortialpartner (u.a. UKGM) etabliert und in regelmäßigen Meetings der aktuelle Stand des Projekts diskutiert.

Begleitforschung

Um zum einen die Forschungsfragen in verstärktem Maße um die ethische Dimension zu erweitern und zu vertiefen sowie zum anderen die Effekte der Implementierung der Leitlinien in den Mustereinrichtungen umfassend abzubilden, fand eine umfangreiche Begleitforschung statt.

1. Mitarbeiterbefragungen im Krankenhaus und Pflegeheim sowie Befragung der Betroffenen bzw. Angehörigen

Um die Auswirkungen der Implementierung der Leitlinien zu analysieren, fanden Mitarbeiterbefragungen in Form eines standardisierten und pseudonymisierten Fragebogens im Krankenhaus und Pflegeheim statt. Zusätzlich wurden in Fokusgruppeninterviews Mitarbeiter auf Leitungsebene sowie Betroffene und Angehörige befragt.

In Phase drei sollten möglichst die gleichen Personen wie zu Phase 1 befragt werden. Dies konnte realisiert werden. Es wurden beispielsweise in der Fokusgruppe AWO fünf Personen befragt, die in besonderer Weise mit dem Thema Verlegungen am Lebensende betraut waren: eine Pflegedienstleitung, eine stellvertretenden Pflegedienstleitung, ein Fachbereichsleiter, ein ACP-Berater und ein QM-Beauftragter.

Die Zielsetzung bestand in einer Bestandsaufnahme von Verlegungen am Lebensende, dem Ermitteln von Gründen für erfolgte Verlegungen, der Bewertung erfolgter Verlegungen, der Erfassung von umgesetzten und geplanten Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Verlegungen sowie der Evaluierung der erfolgten Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Verlegungen. Besondere Berücksichtigung fand die Rolle der Angehörigen sowie die Beurteilung der Zufriedenheit der Bewohner und der Angehörigen.

Der Gesprächsleitfaden stellte sich wie folgt dar:

1. Begrüßung
2. Hinweis auf Anonymität, Datenschutz (Keine Video- oder Audioaufzeichnung)
3. Fragen zur Thematik:
 - Gibt es aktuell unnötige Verlegungen am Lebensende? (Vergangenheit/ Gegenwart?)
 - Warum finden Verlegungen statt?
 - Was für Maßnahmen wurden im vergangenen Jahr beschlossen? Welche wurden davon umgesetzt?
 - Wie wirksam sind diese Maßnahmen?
 - Was können andere Einrichtungen von der AWO lernen?
4. Schluss, Danksagung, Anregungen und Fragen der Teilnehmenden

Die Methodik entsprach der Methodik in Phase 1.

Qualitative Befragung Krankenhaus - Vorher-Nachher-Vergleich zur Implementierung der Maßnahmen:

Ziel des Vorher-Nachher-Vergleichs war es, aus verschiedenen Perspektiven und auf unterschiedlichen Hierarchieebenen die Erfahrungen mit dem Palliativteam qualitativ zu evaluieren.

Ursprünglich waren methodisch Fokusgruppen mit Mitarbeitenden verschiedener Stationen, auf denen der Palliativdienst eingesetzt wurde, sowie mit Betroffenen/Angehörigen, die vom Palliativdienst betreut wurden, vorgesehen. Aufgrund der Pandemielage konnten keine Fokusgruppen realisiert werden. Aus diesem Grund wurden Telefoninterviews durchgeführt, die methodisch ebenso geeignet zur Erreichung der Ziele waren.

Das Projektteam des UKGM hat aufgrund der bestehenden Kontakte sowie des notwendigen spezifischen Wissens bei der Akquise dem DKI eine Übersicht mit potenziell zu befragenden Personen übermittelt. Diese wurde vom DKI telefonisch und/oder schriftlich kontaktiert, um Interviewtermine zu vereinbaren. In diesem Kontext erfolgte auch die Information über Ziele, Datenschutzbestimmungen und Dokumentation.

Für die ca. 1-stündigen Telefoninterviews mit den Mitarbeitenden wurden je nach Zielgruppe (Bereichsleitung, Mitarbeitende, Finanzbereich) Leitfäden entwickelt, die vor allem die Erfahrungen bei der Umsetzung des Palliativdienstes aus Sicht der Mitarbeitenden, fokussiert auf Zufriedenheit, Entlastung, Wissenstand, organisatorische Machbarkeit, Verlegungen, ermittelt haben. Alle Mitarbeitenden wurden gebeten, nicht nur die eigene sondern auch die Perspektive der Kollegen oder Betroffenen einzunehmen. Hierbei sollte stets der Vergleich zur Situation vor Einführung des Palliativdienstes erfolgen. Auf diese Weise wurde ein dezidiertes Bild der Veränderungen, die mit Einführung des Palliativdienstes erreicht wurden, gezeichnet.

Der Leitfaden für das ca. 30-minütige Telefoninterview mit Betroffenen bzw. Angehörigen beinhaltete Fragen zur Kontaktaufnahme mit dem Palliativdienst, dessen Nutzen sowie mögliche Veränderungswünsche. Auch hier wurde auf Zufriedenheit, Entlastung, Kommunikation, Information und Wissenstand fokussiert.

Es wurden 9 Interviews mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Hierarchieebenen (Bereichsleitung, Mitarbeitende) und Berufsgruppen (ärztlicher, pflegerischer Dienst) sowie verschiedener Stationen (u.a. Palliativstation, Chirurgie, Neuro-Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie) und zwei Interviews mit Angehörigen geführt.

Alle Interviews wurden protokolliert und wie beschrieben, ausgewertet.

Die detaillierte Darstellung der Methodik und Ergebnisse ist dem entsprechenden Anhang zu entnehmen.

Verantwortliche Konsortialpartner	Art der Befragung und verwendetes Instrument	Fragestellung / Ziel der Befragung	Datensätze
TMIT	<ul style="list-style-type: none"> Qualitative Befragung 2-Punkt-Messung vor und nach der Implementierung der Maßnahmen Instrumente: Neuentwicklung auf Grundlage von bestehenden Verfahren COPSQ, SBUS-B 	<p>Befragung der AWO-Mitarbeiter</p> <p>Ziele:</p> <p>(1) Erfassung der beruflichen Mitarbeiterzufriedenheit im Pflegeheim;</p> <p>(2) Beurteilung der Situation und mögliche Verbesserungen für Bewohner und Angehörige</p> <p>Fragestellungen: Hinweise auf mögliche Veränderungen, die sich durch die Umsetzung der im Projekt entwickelten Maßnahmen aus Sicht der Mitarbeitenden im Pflegeheim ergeben, in Bezug auf</p> <p>(1) die eigene Belastung durch Verlegungen;</p> <p>(2) die Einschätzung nach Häufigkeit von unnötigen Verlegungen;</p> <p>(3) die Einschätzung nach Treibern für unnötige Verlegungen.</p> <p>(4) Mögliche Hilfestellungen für Angehörige.</p>	<p>Welle 1: N = 38</p> <p>Welle 2: N = 14</p>
TMIT	<ul style="list-style-type: none"> Qualitative Befragung 2-Punkt-Messung vor und nach der Implementierung der Maßnahmen Instrumente: Fokusgruppeninterviews 	<p>Befragung der AWO Leitungsebene</p> <p>Ziele: Zufriedenheitsanalysen der Unternehmensleitung (Pflegeheim)</p> <p>Fragestellungen:</p> <p>Welle 1:</p> <p>(1) Treiber für unnötige Verlegungen;</p> <p>(2) mögliche Gegenmaßnahmen;</p> <p>(3) Lebensqualität Bewohner und Zufriedenheit Angehörige.</p> <p>Welle 2:</p> <p>Zwischenbilanz, Bewertung der implementierten Maßnahmen, lessons learned</p>	<p>Welle 1: N = 5 (PDL, Fachbereichsleitung, ACP-Berater, QM)</p> <p>Welle 2: N = 5 (PDL, Fachbereichsleitung, ACP-Berater, QM)</p>
DKI	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative Befragung 2-Punkt-Messung vor und nach der Implementierung der Maßnahmen Instrumente: Bestehende Verfahren COPSQ, SBUS-B + qualitative, leitfadenorientierte Interviews 	<p>Befragung der UKGM-Mitarbeiter</p> <p>Ziel: Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus</p> <p>Fragestellung:</p> <p>(1) Zufriedenheit mit der Arbeit allgemein, der Arbeitsaufgabe sowie mit körperlichen und psychischen Anforderungen</p> <p>(2) Belastung / Entlastung der Mitarbeiter</p> <p>(3) Informationsstand der Mitarbeiter</p>	<p>Welle 1: N = 150</p> <p>Welle 2: N = 110</p>
DKI	<ul style="list-style-type: none"> Qualitative Befragung Vorher-Nachher-Vergleich zur Implementierung der Maßnahmen Telefoninterviews (aufgrund der Pandemielage) 	<p>Befragung der Betroffenen und Angehörigen im UKGM</p> <p>Ziel: Erfassung der Zufriedenheit, Lebensqualität und des Informationsstands der Betroffenen (Angehörigen) im Krankenhaus</p>	<p>N = 11 (Angehörige, Bereichsleitungen und ärztliche/pflegerische Mitarbeitende u.a. der Palliativstation, der Chirurgie, der Neuro-Chirurgie, der Gynäkologie)</p>

Zielgruppe: (leitende) Mitarbeiter, Angehörige / Betroffene		
---	--	--

Tab. 5: Übersicht Begleitforschung.

2. MEESTAR-Erhebung

Auf Basis der Literaturrecherche aus Phase 1 wurden ethische Kriterien abgeleitet, die im Rahmen der Sterbebegleitung zu medizinisch nicht notwendigen Verlegungen führen können. Diese bilden die Grundlage für die ethische Evaluationsmessung bzw. für den Leitfaden einer schriftlichen, um die MEESTAR-Dimensionen ergänzten Action-Sheet-Befragung. Die Action-Sheet-Befragung beinhaltet sechs Fragekomplexen zu den moralischen Dimensionen der Begleitung und Betreuung Sterbender, wie Selbstverständnis/ persönliche Erfordernisse, Selbstbestimmung, Fürsorge, Entscheidungen im Rahmen von ökonomischen, juristischen und strukturell bedingten Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit), Privatheit und Teilhabe. Mit der um die MEESTAR-Dimensionen erweiterten ersten Action Sheet-Befragung (t1-Messung) wurde der IST-Zustand, der SOLL-Zustand sowie die Erfüllungsbedingungen und normativen Aspekte im Rahmen des Verlegungsprozesses Sterbender erhoben. Die Befragung der Mitarbeitenden/Führungskräfte des Pflegeheims erfolgte „online“. Die Teilnahme wurde über das Projektteam im Pflegeheim bekannt gemacht, damit möglichst viele Mitarbeitende an der Befragung teilnehmen. Im Vergleich zur ersten ethischen Befragung fokussierte die zweite Befragung (t2-Messung) auf ethischen Aspekten im Rahmen des Sterbeprozesses nach der Implementierung der Leitlinien. Ziel war es, durch einen Vergleich der Situation vor der Implementierung mit der Situation während/ nach der Implementierung der Leitlinien, deren Wirksamkeit zu überprüfen, um gegebenenfalls weitere ethische Handlungsrichtlinien zu entwickeln. Auch hier erfolgte die Befragung der Mitarbeitenden und Führungskräfte „online“.

Verantwortliche Konsortialpartner	Art der Befragung und verwendetes Instrument	Ziel der Befragung	Datensätze
OTH	<ul style="list-style-type: none"> Modifizierte MEESTAR-Befragung 2-Punkt-Messung vor und nach der Implementierung der Maßnahmen 	Ethisch-soziale Qualität bzw. Adhärenz (Pflegeheim) Zielgruppe: Pflegekräfte (Pflegeheim)	Welle 1: N = 11 Welle 2: N = 19 (Pflegeheim und Krankenhaus)
OTH	<ul style="list-style-type: none"> Modifizierte MEESTAR-Befragung 2-Punkt-Messung vor und nach der Implementierung der Maßnahmen 	Ethisch-soziale Qualität bzw. Adhärenz (Krankenhaus/ Steuerungsgruppe) Zielgruppe: Pflegekräfte und Ärzte (Krankenhaus)	

Tab. 6: Übersicht ELSA-Begleitforschung.

Mithilfe von Action Sheets, einer schriftlichen diskursethisch asugereichten Befragungsmethode, wurden die Positionen der verschiedenen Teilnehmer*innen zu thematischen Clustern verglichen, Problempunkte identifiziert und in Bewertungsdimensionen überführt. Die Bewertungsdimensionen der Action Sheets orientieren sich dabei an den MEESTAR-Bewertungsdimensionen Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe und Selbstverständnis, die ihrerseits an den vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (Respekt vor

Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit) angelehnt sind (Details finden sich im Anhang 10, „Ergebnisbericht der ethischen Evaluation im Projekt Avenue-Pal“). Die ethische Evaluation fand unter Mitarbeiter*innen der AWO Gießen und des Universitätsklinikums Gießen / Marburg (UKGM) an zwei verschiedenen Zeitpunkten statt: einmal im Rahmen der Leitlinienentwicklung (t1-Messung, Dezember 2019 bis März 2020), wobei die Ergebnisse der Befragung in die Entwicklung der Leitlinien einfließen und ein zweites Mal nach dem Praxistest des Leitlinienentwurfs (t2-Messung, November 2020 bis Februar 2021). An der ersten Befragung nahmen 11 Proband*innen teil, an der zweiten 19. Es ist nicht auszuschließen, dass Teilnehmer*innen der ersten Befragung auch an der zweiten Befragung teilnahmen.

Die schriftliche qualitative Befragung ergab sich für die erste Welle durch Probleme bei der Terminfindung für einen MEESTAR-Workshop und für die zweite durch die damals herrschenden Corona-Bedingungen.

luK-Test, Redesign und Feldversuch

Die Software erfuhr einen kontinuierlichen Testungs-und-Anpassungsprozess. Dazu erfolgten sowohl Abstimmungen mit Fachexperten aus dem Beirat wie auch regelmäßige Meetings mit den Konsortialpartnern.

In einem Feldversuch zum Test der Android- und iOS-Apps wurden zunächst 10 Testpersonen befragt und anhand von Aufgaben die Bedienungsfreundlichkeit der App sowie die Funktionstauglichkeit geprüft, mit Hilfe von Kontrollfragen erfolgte eine Verifikation. In einem zweiten Test wurden die Inhalte des Wissen-Hubes geprüft, die Nutzerdifferenzierung auf Basis einer Situation getestet und die Verbesserungen, die nach der Evaluierung des ersten Tests implementiert wurden, zu validieren.

5.4. Phase 4: Evaluation und Transfer

Evaluation der erreichten Projektergebnisse mit -hypothesen

Zu einer ersten Evaluation der Leitlinienimplementierung in den Modelleinrichtungen wurden folgende Effekte mit den in 5.3. Tabelle 5 beschriebenen Methoden und Verfahren überprüft:

1. Verlegungshäufigkeit in den Mustereinrichtungen
2. Zufriedenheit der Betroffenen bzw. deren Angehörigen
3. Zufriedenheit der Mitarbeiter in den Mustereinrichtungen vor und nach der Leitlinienimplementierung
4. Ehtisch-soziale Evaluation nach einem modifizierten MEESTAR-Verfahren
5. Ökonomische Auswirkungen
6. Quantitative Befragung der Mitarbeiter der AWO:

Die erste Befragung fand zwischen Dezember 2018 und Januar 2019 als online-Befragung statt. zusätzlich wurde den AWO-Mitarbeitern über die stellvertretende Heimleitung eine Papierversion des Fragebogens zur Verfügung gestellt. Allen Mitarbeitern der Einrichtung (AWO-Stadt) wurde der Fragebogen zugänglich gemacht (angestrebte Vollerhebung). Von den ca. 120 Mitarbeitern antworteten 38. Alle erhobenen Variablen sind im Fragebogen anbei dokumentiert.

Übersicht über die erhobenen Variablen:

Zunächst wurde ein persönlicher Code abgefragt, mit dem die Daten der vorher- und der nachher-Messung anonymisiert zusammengeführt werden sollten, um sich aus der

Messwiederholung ergebende Abhängigkeiten in den Daten mitmodellieren zu können. Danach wurde nach Funktion in der Einrichtung sowie nach Berufserfahrung gefragt. Es folgte ein Fragenblock zu persönlichen Belastungen sowie Einschätzungen der Befragten zu unterschiedlichen Aspekten der Betreuung Sterbender mit besonderem Fokus auf die Rolle der Angehörigen, der 16 Items umfasste. Diese Items waren eine Eigenentwicklung, die sich an Bartholomeyczik (2014) sowie an der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) orientierte. Aufgrund des speziellen Fokus der Befragung mussten die vorliegenden Items umformuliert werden. Die Entwicklung der Items umfasste einen Pretest, der mit fünf Fachkollegen mit der think-aloud-Technik durchgeführt wurde (Prüfer & Rexroth 2000) und nur kleinere redaktionelle Änderungen nach sich zog, sowie ein peer-review mit den Kollegen des DKI, die zwei Fragen ergänzten.

Zusätzlich wurden zwei offene Fragen gestellt. Die erste Frage zielte auf mögliche Verbesserungen für eine Integration der Angehörigen in den Sterbeprozess, die zweite Frage auf Ideen für Möglichkeiten, unnötige Verlegungen zu vermeiden.

Die zweite Befragung fand zwischen Januar 2021 und März 2021 statt. Auch hier wurden allen Mitarbeitern der AWO Gießen der Fragebogen zugänglich gemacht. Von den ca. 120 Personen antworteten 14. Der Fragebogen enthielt die gleichen Fragen wie in der ersten Befragung.

Statistische Analyseverfahren:

Die Items wurden in erster Linie rein deskriptiv ausgewertet. Die Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics für Windows, Version 26.0.0.1. Nominalskalierte Variablen wurden mit Häufigkeitstabellen ausgewertet (Prozedur FREQUENCY). Die 16 inhaltlichen Fragen zu Belastungen, Angehörigen und Aspekten der Betreuung Sterbender wurden mittels Mittelwerten und Standardabweichungen beschrieben (Prozedur MEANS). Um einen interessanten Befund näher zu beschreiben wurde ein multivariates Modell über beide Messzeitpunkte gerechnet mit den 16 inhaltlichen Items als abhängige Variable, Messzeitpunkt und Funktion (Pflege ja/nein) als binäre Prädiktoren sowie einer kategorialen Variable, die das jeweilige abhängige Item identifizierte, als weiteren Prädiktor. Alle Zweifachinteraktionen wurden zugelassen. Dies Modell wurde mit Prozedur MIXED gerechnet, Varianzheterogenität aus dem Faktor „Messwiederholung“ wurde dabei zugelassen, indem die Varianzen frei geschätzt wurden.

Die deskriptive Statistik wurde auch als Subgruppenanalyse gerechnet, erstens nur für die 5 Personen, die die Befragung zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt hatten sowie zweitens nur für die in der Pflege Beschäftigten.

Die Antworten auf die offenen Fragen wurden anhand des Umstandes, dass insgesamt eine sehr kleine Stichprobe realisiert wurde, vollständig berichtet. Darüber hinaus wurde nach Mustern in den Antworten gesucht. Zu diesem Zweck wurden die Antworten kategorisiert nach Themen, die angesprochen wurden. Die Kategorisierung wurde zwischen zwei Auswertenden abgesprochen, wobei sich keine Unstimmigkeiten ergaben.

7. Quantitative Befragung der Mitarbeiter des UKGM:

Für die Mitarbeiterbefragungen t1 und t2 wurde je ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen umfasste jeweils gemäß der intendierten Ziele, z.B. Aspekte der Arbeitsbelastung, der Arbeitszufriedenheit, Information und Kommunikation, die Zusammenarbeit mit Kollegen. Auch die Erwartungen an die Umsetzung der Leitlinie bzw. das Palliativteam sowie auch mögliche Wünsche waren

Gegenstand der Befragungen. Die Fragebögen enthielten sowohl allgemeine als auch spezifische auf die Versorgung von sterbenden Patienten und den Umgang mit Angehörigen fokussierte Aspekte. Angaben zur Person wurden nur erfragt, wenn diese für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse von Relevanz waren, z.B. die Berufsgruppe und die Berufserfahrung. Die Fragebögen umfassten somit sowohl Items zur Überprüfung der Projektziele als auch mögliche Einflussfaktoren.

Bei der Entwicklung und Zusammenstellung des Fragebogens wurde, soweit möglich, auf bereits bestehende, validierte Instrumente etwa zur Ermittlung der Arbeitsbelastung und -zufriedenheit (z.B. COPSOQ, Mohr/Rigotti 2014) zurückgegriffen. Ergänzend wurden Fragen für die spezifische Situation im Umgang mit sterbenden Patienten formuliert.

Bei der zweiten Mitarbeiterbefragung wurde der Fragebogen dahingehend modifiziert, dass Items, die aufgrund der Ergebnisse bei T1 keine Effekte im Hinblick auf die Forschungsfragen und -ziele erwarten ließen, gestrichen wurden. Dies war z.B. der Fall, wenn sich im Vergleich einzelne Items als aussagekräftiger mit Blick auf die Belastungen oder zu erwartenden Entlastungen zeigten. Ergänzt wurden Fragen, die sich auf die explizite Erfahrung mit dem Palliativdienst beziehen.

Vor der Umsetzung der Mitarbeiterbefragung wurde ein positives Votum von Betriebsrat und Datenschutzbeauftragtem eingeholt.

Zielgruppe der Mitarbeiterbefragung bildeten die Kliniken mit hoher Mortalität, da hier auf Mitarbeiterseite ein entsprechender Bedarf zu erwarten war (vgl. auch Konsilbericht): Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie, Neurochirurgische Klinik, Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie – Operative Notaufnahme, Kardiologie-Angiologie, Pneumologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Hämatologie und Viszeralmedizin – Interdisziplinäre Notaufnahme, Internistische Onkologie und Palliativmedizin, Neurologische Klinik, Intermediate Care Station.

Ergänzend wurde in der zweiten Befragung noch die Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie einbezogen, da hier in der Implementierungsphase häufiger palliativmedizinische Konsile angefordert wurden.

Die Mitarbeiterfragebogen wurden in der ersten Befragungsrunde, vor Implementierung des Palliativteams, den Mitarbeitern der beteiligten Stationen, die an Informationsveranstaltungen zur Einführung des Palliativdienstes teilgenommen haben, von Projektmitarbeitern des UKGM, Standort Gießen, persönlich überreicht. Dieses Verfahren war in der zweiten Befragungsrunde aufgrund der fehlenden Informationsveranstaltungen nicht möglich. Daher wurden bei T2, nach Implementierung des Palliativteams, die Fragebogen über die Poststelle des UKGM in die Postfächer der Mitarbeiter sortiert.

Die Mitarbeiter wurden in beiden Befragungen gebeten, den Fragebogen auszufüllen und in dem beiliegenden Rückumschlag an das DKI zurückzusenden. Die Fragebogen für T1 wurden von Juli bis Ende Oktober 2019 verteilt. Die Fragebogen für T2 wurden Anfang Februar 2021 an das UKGM geliefert und in die Postfächer verteilt.

Es sind im Befragungszeitraum 150 (T1) bzw. 91 (T2) ausgefüllte Fragebögen beim DKI eingegangen, die jeweils zeitnah unter Nutzung des Programms IBM SPSS Statistics für Windows, Version 22 eingegeben und ausgewertet wurden (t1: ab Mitte November 2019, t2: ab Mitte März 2021).

Die Daten der beiden Mitarbeiterbefragungen wurden jeweils in Abhängigkeit vom Skalenniveau mittels deskriptiver Kennwerte analysiert. Da nur 16 Mitarbeitende bei

beiden Befragungen teilgenommen haben (identifiziert durch den persönlichen Code), wurde auf eine vergleichende Darstellung auf persönlicher Ebene verzichtet. Ebenso war auf eine Auswertung auf Klinikebene aufgrund der stark variierenden und teilweise sehr geringen Fallzahlen nicht zielführend.

Die Einzelitems der beiden Befragungen wurden deskriptiv, z.B. mit Häufigkeiten, Mittelwerten, ausgewertet. Bivariate Zusammenhänge wurden mithilfe von Korrelationen (pearsson) analysiert.

Mittels Faktorenanalysen (Methode: Hauptkomponenten, Rotation: Varimax) wurde die Eindimensionalität der eingesetzten (teilweise bereits validierten externen) Skalen (z.B. Arbeitsaufgabe von Felfe und Liepmann (2008)) überprüft. Die interne Konsistenz der Skalen wurde mit Cronbachs Alpha bestimmt.

Die detaillierte Darstellung der Methodik und Ergebnisse ist dem entsprechenden Anhang zu entnehmen.

Die Umsetzungserfahrungen der Leitlinien in den beiden Modelleinrichtungen wurden systematisch durch die verantwortlichen bzw. Projekt-Mitarbeiter gesammelt. In der Pflegeeinrichtung entstand daraus eine ergänzende „Handlungsanweisung“. Die zentralen (wenigen) Anpassungen beider Leitlinien wurden in einer abschließenden Beiratsitzung in der auch Vertreter der Modelleinrichtungen anwesend waren protokolliert und im Anschluss nach Einbindung der für die einzelnen Risikofaktoren verantwortlichen Beiratsmitglieder zugleich vollzogen. Es bestätigte sich die Erfahrung der AWMF, dass sich nur ein geringer „formativer“ Anpassungsbedarf in Bezug auf den Inhalt der Leitlinien ergab.

In der stationären Pflegeeinrichtung wurden zudem neben den Mindereinnahmen durch gekürzte Pflegeheimplatzvergütungen während Krankenhausaufenthalten im Rahmen einer „Prozesskostenanalyse“ die monetäre Auswirkung von nicht angestoßenen Verlegungsprozessen ermittelt. Grundlage der Berechnung der Prozesskosten bildeten die Personalkosten für involvierten Mitarbeiter (Arbeitgeberkosten, Entgelt gemäß TVÖD-P-2021) bezogen auf den Zeitbedarf der einzelnen Prozessschritte (s. Anhang 15). Beide Faktoren zusammen ergeben messbare Effekte in der rein ökonomischen Betrachtung bei vermiedenen Verlegungen.

Dem gegenübergestellt wurde eine Analyse der Projektkosten zur Implementierung der Leitlinien. Zugrunde gelegt wurde eine Einrichtung mit 100 Bewohnern, 4 Wohnbereichen und 80 Mitarbeitern (Pflege: 60, Verwaltung: 4, Hauswirtschaft: 16). Ein Projektplan wurde erstellt und auf Grundlage des Zeitumfangs der notwendigen Maßnahmen sowie der Personalkosten (s.o.) die Gesamtprojektkosten berechnet (s. Anhang 16).

Bei der Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen der Implementierung sind jedoch ggf. neben o.g. Einsparungen durch vermiedene Verlegungen auch weitere ökonomische Effekte zu berücksichtigen, wie u.a. Mitarbeiterbindung und eine geringere Fluktuationsrate durch höhere Mitarbeiterzufriedenheit sowie Marketing- und Imageprofilierung.

Zusammenführung der Ergebnisse:

Die Zielsetzungen des Projektes wurden insbesondere in der Begleitforschung abgebildet bzw. gesichert, z.B. Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit und Angehörigenzufriedenheit, Ausmaß und Begründung der vollzogenen Verlegungen. Zusätzlich wurde hierfür auch ein in der Betriebswirtschaft bzw. dem Controlling stammendes - für die Studienziele angepasstes Balanced Scorecard (BSC) Steuerungsverfahren verwendet. Die BSC ist dadurch ausgezeichnet, dass diese gültigen Kennzahlen unterschiedlicher Perspektiven zusammen. Die Anpassungen der BSC bzw. die verwendeten Kennzahlen für das Pflegeheim als auch das Krankenhaus wurde in 2 hierfür etablierten Arbeitsgruppen (Mitglieder der Steuergruppe (Gesundheitökonom), der Leitliniengruppe und der Avenue-Pal Partner) in mehreren Arbeitssitzungen identifiziert.

Transfer: Nachhaltige Verstetigung der inhaltlichen Projektergebnisse

Unter Einbeziehung des Projektbeirats sowie externer Experten wurden mögliche Transfermodelle geprüft sowie unter anderem mit Hilfe der Business-Canvas-Methode ein mögliches Transferszenario in Form einer Management-Gesellschaft bzw. Gesellschaftsstruktur für die ökonomische Verstetigung der Teilprojektergebnisse entwickelt.

Zudem wurde in Zusammenarbeit mit der BIG und der AWO sowie externer juristischer Begleitung die fachliche Prüfung einer möglichen Überführung in die Regelversorgung geprüft. Hierbei hat sich als ein mögliches zentrales Instrument die Besondere Versorgung nach §140a SGB V herausgestellt.

Zur Unterstützung aller beteiligten Akteure auf persönlicher-, Einrichtungs- und kommunaler Ebene wurden zahlreiche zusätzliche Werkzeuge erarbeitet:

1. Entscheidungshilfen (EH): Prototypische EHs wurden in einem Konsensus- und Abstimmungsprozess mit dem Beirat für die zentralen Prozessbeteiligten (Hausärzte, Rettungswesen, Krankenhausärzte, Angehörige) ergänzend zu den durch die Leitlinien erfassten Mitarbeitern entwickelt.
Den entwickelten Leitlinien und der vorliegenden Entscheidungshilfe (EH) liegt die AWMF-Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ zu Grunde. Die EH beabsichtigt dabei, die wichtigsten Empfehlungen in Kurzform zugänglich zu machen, mit dem Ziel, die individuelle Versorgungsqualität Betroffener in den Mittelpunkt zu stellen. In Anlehnung an eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) bildet eine Positiv- und Negativ-Empfehlung den Ausgangspunkt der relevanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Es wurden keine zusätzlichen empirischen Verfahren eingesetzt. Es wurde sich am Modell der Kompetenzvermittlung orientiert. Als wesentliche Datengrundlage dienten die im Projekt-Vorgehen entwickelten Ergebnisse zur Identifizierung der Risikofaktoren. Die „externen Risikofaktoren“ Hausarzt, Angehörige und Notarzt wurden etwa als besonders bedeutsam für das Verlegungsgeschehen identifiziert, zugleich als nur bedingt durch die Einrichtung in deren Risikoverhalten zu beeinflussen. Es wurden aus dem Beirat fachliche Experten zusammengeführt z.B. EH Notarzt 2 Pflegekräfte und 3 notfallmedizinisch erfahrene bzw. ausgebildete Ärzte. Es fanden mehrere telefonische bzw. Webkonferenzen statt. Die Ergebnisse wurden mit dem Avenue-Pal Projektteam besprochen und bei Bedarf ergänzt.
2. Informations-, Beratungs- und Schulungstableau (IBST): Die Leitlinien-Umsetzung ist wesentlich Aufgabe der Personal- bzw. Organisationsentwicklung. Um alle internen Mitarbeiter und externen Akteure durch didaktisch und medial angepasste Informations-, Beratungs- und Schulungsangebote zu erreichen, wurden ein IBST ausgearbeitet. Dabei handelt es sich um eine Systematik, die - ausgehend von der initialen Analyse der Situation der Einrichtung – im Rahmen des Projektmanagements auf den individuellen Informationsstand der beteiligten Akteure abgestimmt wird.
3. Balance-Score-Card (BSC): Eine BSC als zusätzliche Implementierungshilfe und Nutzen- und Kostenermittlung der Leitlinien-Einführung wurde erarbeitet.
4. Kommunikationsunterstützung: Ein „Leitfaden Kommune“ als Navigationshilfe und Einbindung für die Kommune und Bürgerschaft wurde entwickelt. Ein das regionale Netzwerk zusammenführender „Regionaler Fachkongress“ wurde modellhaft entwickelt und praktisch durchgeführt.

Nachhaltige technische Verstetigung

Für beide Produkte, sowohl für die Caregiver-App als auch für den Help Desk, wurden funktionstüchtige finale Versionen entwickelt, die für ein Konsultationsverfahren als Medizinprodukt bzw. zur Fortentwicklung zur Marktreife bereitstehen.

6. Projektergebnisse

6.1. Ergebnisse der Erfassung und Beschreibung der Ist-Situation (Phase 1)

Befragungen

Mittels der Krankenhaus-, Pflegeheim- und Hausarztbefragung wurde die Verlegungspraxis in den Gesundheitseinrichtungen – ergänzend zur Literaturanalyse und Fokusgruppengespräche - deskriptiv umfassend erfasst und wesentliche Einflussfaktoren auf Verlegungen identifiziert. Die Ergebnisse der Befragungen weisen in einer großen Anzahl der Variablen gemeinsam getragene Einschätzungen auf. So werden Atmungsschwierigkeiten und Atemnot, akut auftretende Erkrankungen und Schmerzen als häufigste medizinische Gründe für Verlegungen genannt. Das Drängen der Angehörigen sowie die Versorgungssituation (Engpässe nachts bzw. am Wochenende) und mangelnde Fachkenntnisse des Personals stellen ebenfalls hohe Risikofaktoren für Verlegungen dar. Die ausführliche Ergebnisdarstellung ist jeweils im Anhang hinterlegt.

Fragestellung / Ziel der Befragung	Zusammenfassung der Ergebnisse	Ausführliche Ergebnisse
<p>Befragung der Hausärzte: Ziel: Erfassung der näheren Strukturen und Prozesse Fragestellung: (1) Hinweise auf die Rolle der Hausärzte bei Verlegungsentscheidungen; (2) Gründe für Verlegungen; (3) Verbesserungspotenzial.</p>	<p>(1) Hinweise auf die Rolle der Hausärzte bei Verlegungsentscheidungen: Die Hausärzte geben an, im Schnitt selten, aber doch regelmäßig Verlegungen aus dem Heim einzuleiten. Sie sehen, dass viele Sterbende durchaus noch gegen ihren Wunsch verlegt werden und obwohl eine Verlegung eigentlich nicht notwendig wäre.</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen: (a) Symptome Als herausragende medizinische Gründe für Verlegungen werden genannt: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot sowie akut auftretende neue Erkrankungen. (b) Akteure Als Treiber für Verlegungen werden von den Hausärzten insbesondere die Angehörigen, aber auch das Personal in Pflegeheimen wahrgenommen. Beim Personal spielt aus Sicht der Ärzte vor allem Unerfahrenheit und mangelndes Wissen eine Rolle.</p> <p>(3) Verbesserungspotenzial: Die Ärzte formulieren insbesondere im Bereich Kommunikation Verbesserungsmöglichkeiten. Dies betrifft die Ausbildung des Personals, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure sowie die Angehörigen. Auch der Festlegung eines Notfallplans wird eine große Rolle zugeschrieben sowie den Patientenverfügungen.</p>	<p>s. Anhang 3</p>

<p>Befragung der Pflegeheime:</p> <p>Ziel: Erfassung der näheren Strukturen und Prozesse</p> <p>Fragestellung:</p> <p>(1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ziele von Verlegungen;</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen;</p> <p>(3) Verbesserungspotenzial.</p>	<p>(1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ziele von Verlegungen:</p> <p>Die meisten der Pflegeheime geben an, Verlegungen zum Lebensende durchzuführen. Eine Statistik dazu wird meist nicht geführt, die Antwortenden schätzen, dass im Schnitt (Median) ca. 5 % der Sterbenden in ein Krankenhaus verlegt werden.</p> <p>Eine leichte Häufung von Verlegungen nachts und an Wochenenden wird in ca. 10 % der Einrichtungen verzeichnet.</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen:</p> <p>(a) Symptome</p> <p>Die wichtigsten Symptome für Verlegungen sind Atmungsschwierigkeiten bzw. Atemnot sowie akut auftretende Erkrankungen.</p> <p>(b) Akteure</p> <p>Sowohl Angehörige als auch Hausärzte als auch Notärzte werden fast gleichermaßen als wichtige Treiber für Verlegungen genannt. Die Unerfahrenheit oder mangelnde Kenntnisse des Pflegepersonals werden eher nicht als Treiber angesehen.</p> <p>(3) Verbesserungspotenzial:</p> <p>In vielen Heimen besitzen viele der Bewohner keine Patientenverfügung. Gleichzeitig werden diese jedoch als wichtiger Baustein zur Verhinderung unnötiger Verlegungen angesehen.</p> <p>Weiterhin spielt die Verbesserung von Kommunikation mit den unterschiedlichen Akteuren eine wichtige Rolle für eine Verbesserung der Situation.</p>	s. Anhang 1
<p>Befragung der Krankenhäuser:</p> <p>Ziel: Erfassung der näheren Strukturen und Prozesse</p> <p>Fragestellung:</p> <p>(1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ausgangspunkte von Verlegungen;</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen;</p> <p>(3) Verlegungswege.</p>	<p>(1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ausgangspunkte von Verlegungen:</p> <p>Verlegungen ins Krankenhaus erfolgen vor allem aus dem häuslichen Umfeld, aber auch aus Pflegeeinrichtungen und überwiegend durch Haus- und Fachärzte.</p> <p>Verlegungen durch das Krankenhaus erfolgen etwas seltener, am häufigsten nach Hause, ins Hospiz oder in Pflegeeinrichtungen, selten auf Palliativstationen anderer Krankenhäuser bzw. innerhalb des Krankenhauses.</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen:</p> <p>Ein hohes Risiko für eine Krankenhauseinweisung stellen vor allem die Verschlechterung einer Grunderkrankung, Schmerzen, Atmungsschwierigkeiten, Akutsituationen, (permanente) Übelkeit und Erbrechen dar.</p> <p>Ein sehr hohes Risiko für Krankenhauseinweisungen schwerkranker Patienten stellen überforderte Angehörige sowie fehlende Versorgungsmöglichkeiten am Wochenende und in der Nacht dar.</p> <p>Verlegungen innerhalb des Krankenhauses erfolgen vor allem aufgrund medizinischer Gründe. Ein mittleres Risiko für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses stellen die Verschlechterung einer Grunderkrankung, Atmungsschwierigkeiten, Akutsituationen und Schmerzen zu Verlegungen und (permanente) Übelkeit bzw. Erbrechen dar.</p> <p>Der Wunsch des Patienten / der Angehörigen, die Verbesserung der Versorgung auf der aufnehmenden Station und das bessere palliativmedizinische/-pflegerische Know-how stellen hohe Risiken für Verlegungen dar.</p>	s. Anhang 2

	<p>Entlassungen / Verlegungen erfolgen oft, weil stationäre bzw. ambulante Versorgung organisiert ist, manchmal, weil Patienten / Angehörige dies wünschen, selten aufgrund fehlender Indikation für Weiterbehandlung im KH.</p> <p>(3) Verlegungswege:</p> <p>Verlegungen innerhalb des KH erfolgen manchmal auf Palliativstationen bzw. von Intensiv- auf Normal-/Allgemeinstationen bzw. Palliativstationen, selten auf Stationen mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt bzw. auf Intensivstationen.</p> <p>Verlegungen von Intensiv- auf Normal- bzw. Allgemeinstationen, von Normal- bzw. Allgemeinstationen auf Palliativstationen, von Stationen mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Palliativstationen sowie von Intensivstationen auf Palliativstationen weisen ein mittleres Verlegungsrisiko auf.</p>	
--	---	--

Tab. 7: Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragungen zur Ausgangssituation.

Fokusgruppengespräche und Literaturrecherche

Die Fokusgruppengespräche und Literaturrecherche haben ergeben, dass der Sterbeprozess in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ein multifaktorielles Ereignis ist. So wandelt sich nicht nur das Therapieziel von Cure zu Care, sondern auch das Rollenverständnis der Ärzt*innen und Pfleger*innen von Heiler*innen zu Sterbebegleiter*innen. Damit sind verschiedene normativ-kritische Punkte verbunden, die für medizinisch nicht notwendige Verlegungen von Sterbenden ursächlich sein können, wie unzureichende praktisch-ethische Kompetenzen, Indikationsstellung im Rahmen von Zeit- und Personalmangel sowie Entscheidungsfindung im Rahmen begrenzter Ressourcen und Ökonomisierungsdruck, Zwiespalt zwischen Patient*innenwohl und Patient*innenwille, mangelnde Kommunikation, Kooperation und Dokumentation im multiprofessionellen Betreuungsteam, aber auch Angst vor juristischen Folgen. Nicht nur das medizinisch-pflegerische Personal, auch die Angehörigen können Auslöser für medizinisch nicht indizierte Verlegungen sein, vor allem wenn diese im Vorfeld unzureichend medizinisch aufgeklärt wurden, sie sich als hilflos und handlungsunfähig empfinden, es für sie keine Ansprechpartner*innen gibt und die neue Entscheidungsverantwortung sowie intensive Rundumbetreuung eine physische, psychische und finanzielle Belastung darstellt, in deren Folge das eigene berufliche und private Leben leidet.

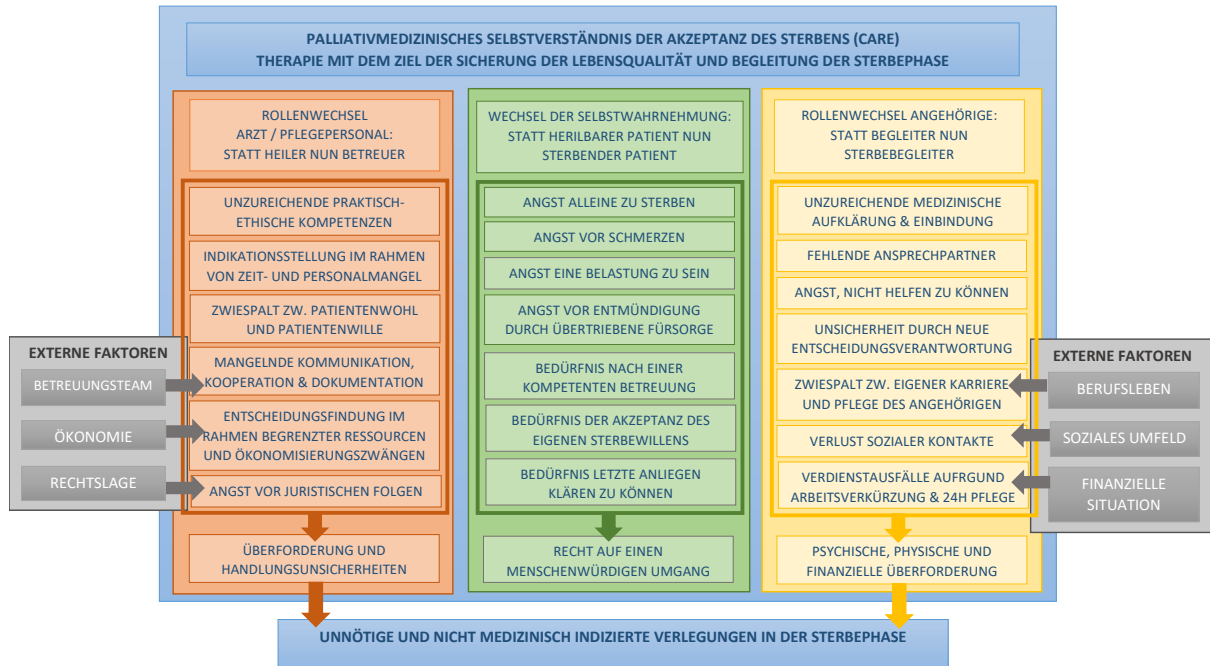


Abb. 6: Normativ kritische Punkte im Rahmen der Sterbebegleitung (eigene Darstellung OTH).

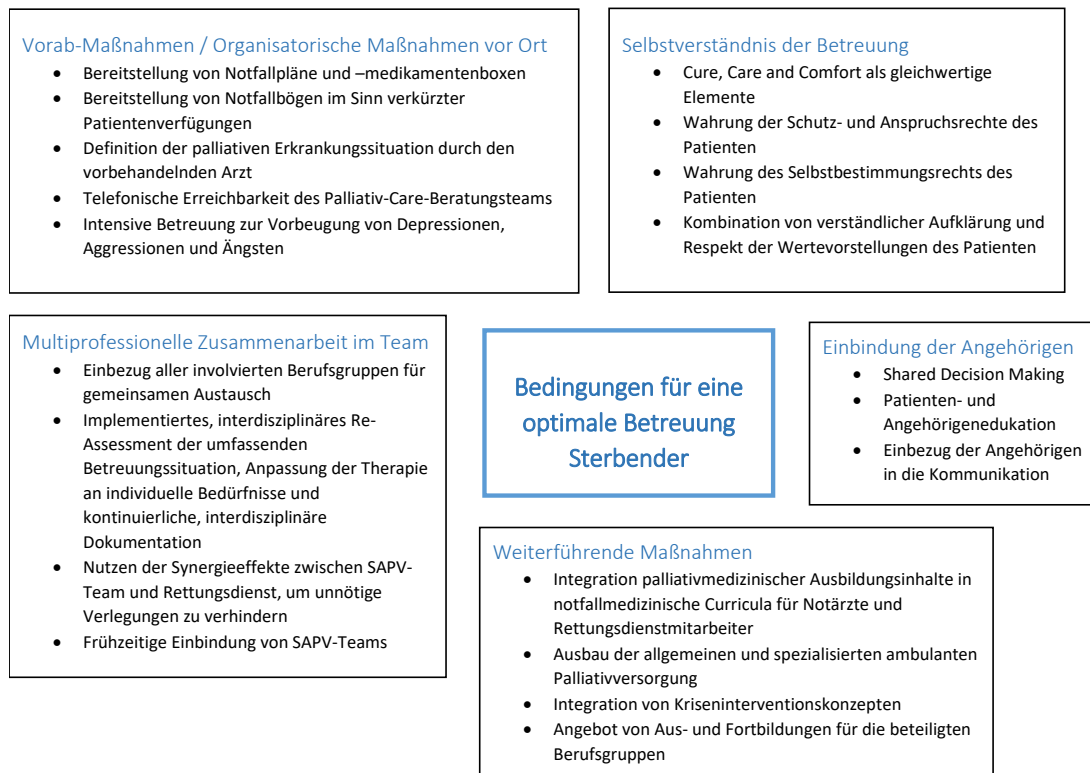


Abb. 7: Bedingungen für eine optimale Betreuung Sterbender (eigene Darstellung OTH).

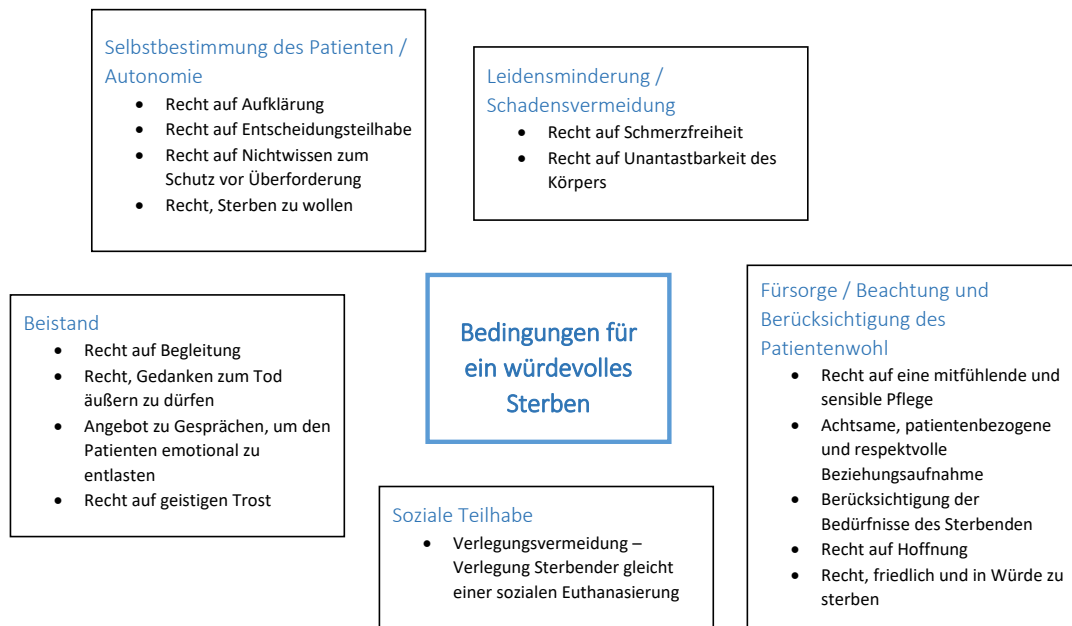


Abb. 8: Bedingungen für ein würdevolles Sterben (eigene Darstellung OTH).

Sekundärdatenanalyse

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen stützen die Ergebnisse der Befragungen. Zudem erfolgte eine umfassende Darstellung der Verlegungshäufigkeit sowie der Verlegungswege. Pflegeheime verlegen demnach am häufigsten in ein Krankenhaus, in etwas weniger als der Hälfte der Pflegeheime ist dies oft der Fall. Ein Großteil der Aufnahmen in ein Krankenhaus der in Folge verstorbenen Patienten erfolgte als Notfall. Auch innerhalb des Krankenhauses kommt häufig zu internen Verlegungen. Knapp ein Fünftel der verstorbenen und etwas weniger als ein Viertel der Palliativpatienten wurde im Krankenhaus einmal verlegt, je ein Zehntel mehr als einmal. Dabei sticht die Innere Medizin als hauptverantwortliche Fachabteilung heraus.

Fragestellung / Ziel der Befragung	Zusammenfassung der Ergebnisse	Ausführliche Ergebnisse
<p>Analyse Bestandsdaten Pflegeheime und Krankenhäuser:</p> <p>Ziel: Zusätzliche Informationen aus der Sicht von Mitarbeitern</p> <p>Fragestellung:</p> <p>(1) Kommt es häufig zu Verlegungen am Lebensende? Wohin erfolgen die Verlegungen?</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen am Lebensende.</p>	<p>1) Kommt es häufig zu Verlegungen am Lebensende? Wohin erfolgen die Verlegungen?</p> <p>a) Pflegeheime: Fast alle Pflegeheime berichten von Verlegungen, meist ins Krankenhaus, fast nie nach Hause und sehr selten in ein Hospiz. 54% der Pflegeheime berichten eine Verlegung ins Krankenhaus eher selten, 41% oft.</p> <p>b) Krankenhaus: Auch fast alle Krankenhäuser gaben an, dass in der letzten Lebensphase verlegt wird, wobei die Ziele sich von denen der Pflegeheime deutlich unterscheiden: Verlegungen innerhalb des Krankenhauses finden auch relativ häufig statt, aber weniger häufig als Verlegungen nach Hause oder in ein Hospiz.</p> <p>(2) Gründe für Verlegungen am Lebensende:</p> <p>a) Pflegeheime: In den Pflegeheimen lassen sich starke Treiber für Verlegungen am Lebensende auf drei unterschiedlichen Ebenen identifizieren: (i) Zustand der Bewohner, hier insbesondere akut auftretende neue Erkrankungen, Probleme mit der Atmung sowie Schmerzzustände; (ii) externe Akteure, insbesondere die</p>	<p>s. Anhang 4</p>

	<p>Angehörigen sowie die Ärzte; (iii) als Rahmenbedingung fehlende Patienten- oder Bewohnerverfügungen.</p> <p>b) Krankenhäuser: Wie in den Pflegeheimen spielen auch in den KH die Angehörigen eine sehr große Rolle bei der Entscheidung für eine Verlegung, darüber hinaus auch der Patientenwille. Auch hier sind Verfügungen sehr wichtig, darüber hinaus die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit SAPV-Team, Hausärzten und Hospizgruppe.</p>	
<p>Analyse der auf Fallpauschalen bezogenen Krankenhausstatistik (DRG Statistik) 2016</p> <p>Fragestellung:</p> <p>(1) Regionale Daten und Soziodemografie</p> <p>(2) Aufnahmeanlass</p> <p>(3) Fachabteilungen und Verweildauer</p> <p>(4) Diagnosen und Prozeduren</p> <p>(5) Entlassungsgrund</p>	<p>(1) Regionale Daten und Soziodemografie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die prozentuale Verteilung der im Krankenhaus verstorbenen Patienten nach Bundesländern entspricht in etwa der prozentualen Verteilung der Krankenhausfälle der Bundesländer. In den meisten Bundesländern variieren die Prozentwerte der im Krankenhaus verstorbenen Patienten nicht deutlich nach Verlegungshäufigkeit. • Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind bzw. in der Palliativmedizin behandelt wurden, wurden in erster Linie in städtischen Regionen und am seltensten in ländlichen Regionen versorgt. Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden deutlich häufiger in städtischen Regionen behandelt als Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind. Es zeigen sich keine deutlichen Unterschiede nach Verlegungshäufigkeiten. • Jeweils etwas mehr als die Hälfte der Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, waren Frauen. Dies entspricht in etwa der bundesweiten Geschlechterverteilung. Hiervon abweichend waren etwas mehr als die Hälfte der im Krankenhaus verstorbenen Patienten Männer. • Die im Krankenhaus verstorbenen Patienten waren im Schnitt 76 Jahre alt. Im Krankenhaus verstorbenen Patienten, die verlegt wurden, waren im Schnitt etwas jünger als diejenigen, die nicht verlegt wurden. Die Patienten der Palliativmedizin waren im Schnitt 71 Jahre alt und damit jünger als die im Krankenhaus verstorbenen. Es zeigen keine wesentlichen Unterschiede nach Verlegungen. <p>(2) Aufnahmeanlass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gut zwei Drittel der im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurde als Notfall aufgenommen. Auch bei den Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, war ein Notfall der häufigste Aufnahmeanlass. Gleichwohl war dieser Anteil mit 41 % deutlich geringer als bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten. Es zeigen sich deutliche Unterschiede beim Aufnahmeanlass, wenn man die Verlegungshäufigkeit berücksichtigt: Patienten der Palliativmedizin, die nicht verlegt wurden, wurden deutlich seltener als Notfall im Krankenhaus aufgenommen als im Krankenhaus verlegte Patienten der Palliativmedizin. <p>(3) Fachabteilungen und Verweildauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrachtet man alle Fachabteilungsrichtungen, so wurde der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen 	<p>s. Anhang 5</p>

Patienten in der Fachabteilung Innere Medizin behandelt.

- Bei allen im Krankenhaus verstorbenen Patienten, unabhängig von der Verlegungshäufigkeit, die Innere Medizin, die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer. Patienten, die mehr als einmal verlegt wurden, haben deutlich häufiger auf der Intensivmedizin gelegen als die anderen Gruppen der im Krankenhaus verstorbenen Patienten.
- Patienten, die auf der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden vergleichsweise häufig auch in der Inneren Medizin versorgt. Patienten, der Palliativmedizin, die mehr als einmal verlegt wurden, wurden häufig auch in der Inneren Medizin versorgt.
- Der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten bzw. der Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden nicht verlegt. Knapp ein Fünftel der verstorbenen und etwas weniger als ein Viertel der Palliativpatienten wurde im Krankenhaus einmal verlegt. Je ein Zehntel wurde mehr als einmal verlegt.
- Im Schnitt haben Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind bzw. Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin versorgt wurden, auf knapp zwei Fachabteilungen gelegen. Patienten, die im Krankenhaus verstorben bzw. auf der Palliativmedizin betreut wurden und mehr als einmal verlegt wurden, haben im Durchschnitt auf rund vier Fachabteilungen gelegen.
- Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, waren im Schnitt knapp elf Tage aufgenommen, Patienten der Palliativmedizin waren etwas länger im Krankenhaus.
- Bei den Patienten der Palliativmedizin war der größte Anteil der Patienten ohne Verlegung bis zu zwölf Tagen im Krankenhaus, während ab 28 Tagen die Palliativpatienten mit mehr als einer Verlegung die größte Gruppe darstellen.

(4) Diagnosen und Prozeduren:

- Knapp ein Viertel der verstorbenen Patienten wurde wegen einer Erkrankung des Kreislaufsystems, gut ein Zehntel aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems im Krankenhaus behandelt.
- Betrachtet man die verschiedenen Gruppen der verstorbenen Patienten nach Verlegungshäufigkeit, so zeigt sich, dass die Anteile bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Atmungssystems abnehmen, wenn diese verlegt wurden. Demgegenüber nimmt die Häufigkeit von Neubildungen und Verletzungen, Vergiftungen marginal mit der Verlegungshäufigkeit zu.
- Bei Patienten der Palliativmedizin zeigt sich ein deutlich anderes Diagnosespektrum als bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten: Waren bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten knapp 7 % von Neubildungen betroffen, fielen bei den Palliativpatienten 58,5 % der 20 häufigsten ICD-Hauptdiagnosen in den Bereich Neubildungen.
- Knapp ein Viertel der im Krankenhaus verstorbenen und gut ein Zehntel der Patienten der Palliativmedizin wurde

	<p>während des Aufenthaltes operiert. Bei beiden Patientengruppen nimmt der Anteil der Operationen mit höherer Verlegungsfrequenz zu. Der Zusammenhang ist bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten größer ausgeprägt als bei Patienten der Palliativmedizin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen und nahezu alle Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben wurden während ihres Aufenthaltes nicht beatmet. Der Anteil der beatmeten Patienten steigt mit Verlegungshäufigkeit, wobei dieser Zusammenhang bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten deutlich stärker ausgeprägt ist als bei Patienten der Palliativmedizin. Im Krankenhaus verstorbene Patienten, die während des Aufenthaltes beatmet wurden, wurden im Schnitt knapp 156 Stunden beatmet. Beatmete Patienten der Palliativmedizin wurden im Mittel etwas mehr als 150 Stunden. • Die Beatmungszeit nimmt bei Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, mit Verlegungshäufigkeit zu. <p>(5) Entlassungsgrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungefähr die Hälfte der Patienten, die auch auf der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen hat, wurde aufgrund des Todes aus dem Krankenhaus entlassen. Bei gut einem Drittel war das Behandlungsende der Grund für die Entlassung. 	
<p>Verlegungs- und Überleitungsgeschehen von Verstorbenen der BIG direkt gesund aus den Kalenderjahren 2015 – 2017 (Eingrenzung auf Versicherte mit stationären Pflegeleistungen):</p> <p>Fragestellung:</p> <p>(1) Entlassungsgründe und entlassende Fachabteilung</p> <p>(2) Anzahl der Verlegungen, Verlegungsgründe und verlegende Fachabteilungen</p> <p>(3) Überprüfung von Verlegungspfaden</p>	<p>(1) Entlassungsgründe und entlassende Fachabteilung: Der häufigste Entlassungsgrund innerhalb der betrachteten Versichertenpopulation ist die Entlassung zurück in die Pflegeeinrichtung. Insgesamt versterben 24% der Versicherten im Krankenhaus, überwiegend auf der Station Innere Medizin (30%), gefolgt von der Station Palliativmedizin (20%).</p> <p>(2) Anzahl der Verlegungen, Verlegungsgründe und verlegende Fachabteilungen: Relativ häufig finden innerhalb eines Krankenhausaufenthalts interne Verlegungen statt (435-mal innerhalb der betrachteten Krankenhaussfälle), dabei ist die Innere Medizin mit mehr als 50% die für die Verlegung hauptverantwortliche Fachabteilung.</p> <p>(3) Überprüfung von Verlegungspfaden: Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen wurde im Anhang lediglich eine Tendenz beschrieben.</p>	<p>s. Anhang 6</p>

Tab. 8: Zusammenfassung der Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen.

6.2. Risikofaktoren und Regionale Versorgungsrichtlinien für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen (Phase 2)

Aus den Ergebnissen der Befragungen, Fokusgruppengespräche, Sekundärdatenanalysen sowie der Literaturanalyse konnten insgesamt 13 Risikofaktoren (Pflegeheim) bzw. 11

Risikofaktoren (Krankenhaus) für nicht indizierte Verlegungen identifiziert werden, die 3 Kategorien zuordenbar sind. Dabei bilden die 3 Kategorien keine Rangfolge der Bedeutung/Wichtigkeit, sondern eine inhaltliche Zuordnung ab:



Tab. 9: Übersicht Risikofaktoren.

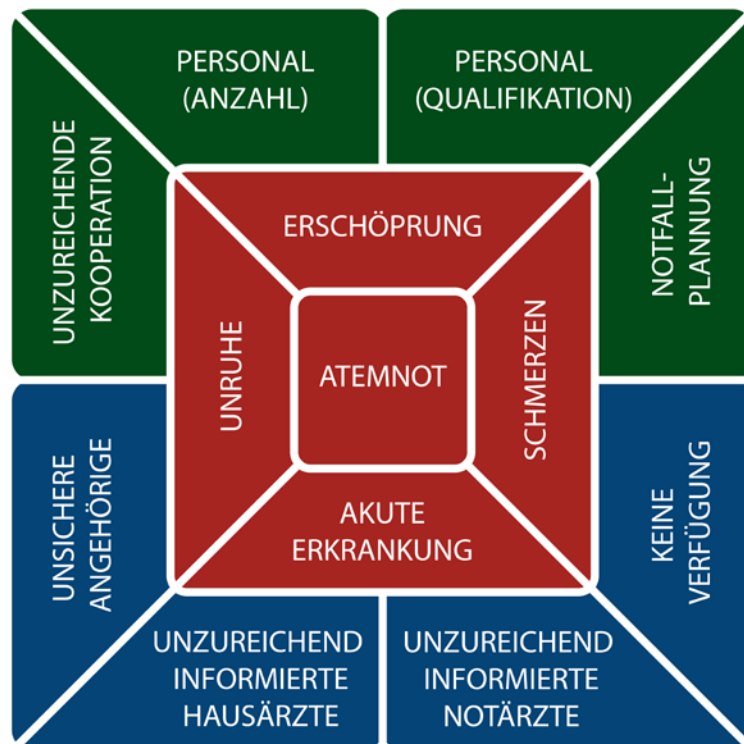


Abb. 9: Übersicht Risikofaktoren.

Zu allen 13 Risikofaktoren wurden Maßnahmen und Aktivitäten zur Organisations- und Personalentwicklung abgeleitet und im Projekt umgesetzt:



Auf Grundlagen der ermittelten Risikofaktoren stehen so zwei Regionale Versorgungsrichtlinien – für Krankenhäuser und Pflegeheime zur Verfügung. Zentrales Funktionsprinzip beider Leitlinien ist es, identifizierte Risikofaktoren während der Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase – die zu Verlegungen führen können – durch geeignete Maßnahmen einer vorausschauenden Versorgungsplanung entgegen zu treten. Zu jedem Risikofaktor finden sich in den Leitlinien kurz-, mittel und langfristige Maßnahmen auf organisatorischer, personeller und informationeller Ebene. Diese sind als Teil eines fachlichen sowie organisations- und personalentwickelnden Prozesses zu verstehen, der durch eine prospektive Risikosteuerung geeignet ist, die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen und nachweisbar zur Reduzierung von nicht notwendigen Verlegungen führt (s. Anlage 1: Regionale Versorgungsleitlinie für Pflegeheime; s. Anlage 2: Regionale Versorgungsleitlinie für Krankenhäuser).

Die Krankenhausleitlinie richtet sich an alle Krankenhäuser, in denen Patienten im letzten Lebensabschnitt stationär behandelt werden. Den zentralen Punkt in der Umsetzung der Krankenhausleitlinie bildet der Aufbau eines Palliativen Konsildienstes, in dem die notwendigen Kompetenzen gebündelt und stationsunabhängig zur Verfügung stehen. In der Leitlinie finden interessierte Einrichtungen nicht nur Handlungsempfehlungen für die direkt beteiligten Ärzte und Pflegekräfte, sondern ebenso für Mitarbeiter auf der Leitungsebene, für die Personalentwicklung und das Qualitätsmanagement.

Zur Vermeidung von Krisen in Pflegeeinrichtungen, die zu Verlegungen führen, ist ebenso eine vorausschauende Planung notwendig. Die vorausschauende Versorgungsplanung (ACP = „Advanced Care Planning“) zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase nimmt damit eine Schlüsselrolle in der Umsetzung der Pflegeheimleitlinie zur Verhinderung unnötiger Verlegungen am Lebensende ein. Diesen ACP-Prozess und dessen Umsetzung in der Einrichtung fest zu etablieren ist eine komplexe Aufgabe, die die gesamte Einrichtung und kooperierende Gesundheitsdienstleister umfasst. Die Pflegeheimleitlinie bietet hierfür und darüber hinausgehend Handlungsempfehlungen für alle beteiligten Akteure.

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Weiches Ziel besteht?
 Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von eintretender Dyspnoe, Atmungsschwierigkeiten und/oder Atmungsgeräuschen (Rasselatmung) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.
 Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese (Aufnahmesituation) zu erkennen und dies in der Pflegeplanung bzw. bei der Evaluation des Pflegeprozesses sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Fall einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel
 Herr L., 86 J., alleinstehend, seit 5 Monaten Bewohner, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, entwickelt binnen 24 Stunden zunehmende Atemnot, die spät erkannt (Pflegedokumentation) wird und durch entsprechende Pflege-technik und bessere Pflegeinterventionen nicht beherrschbar ist. Der informierte Hausarzt kann erst gegen Abend kommen, ein Notfallmäßig - da der Bewohner zunehmend Atemgeräusche und damit verbundene Unruhe entwickelt - hinzugezogener Notarzt ordnet die Einweisung in das benachbarte Krankenhaus an. Es fand keine sedierende Therapie statt.

Schlüsselbegriffe
 Schwierigkeiten Einatmung, Atmungsgeräusche, zunehmende Zyanose, Hypo-, Hyperventilation, Angst, Überforderung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)
 Ausführliche Beschreibung (AG Atemnot) z. B. S. 56-57, Sterbephase S. 148-171
 Leitlinie der DGP-Sektion Pflege: Atemnot in der letzten Lebensphase <https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) ==	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Überprüfung der bisherigen Vorgehensweise bezüglich RF 1 in der Einrichtung Sichtung evtl. vorhandener SOPs Klärung der bisherigen Umgangsweise mit diesem RF Explizite Einbeziehung des RF 1 in die Schichtübergaben 	Istanalyse Erste Maßnahmen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Identifizierung von bereits palliativmedizinisch geschultem Personal und nicht geschultem Personal Überprüfung der Kooperationspartner (Palliativmediziner, Hausärzte, ...) sowie deren Einsatzmöglichkeiten/Erreichbarkeiten und Finden von Lücken Dem Personal ist der Handlungsplan zu RF 1 bekannt, es kann handlungssicher agieren. 	Istanalyse Erste Maßnahmen
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der expliziten Einschätzung der Sterbephase im Team Information und Einbindung der Angehörigen Handlungsabläufe, ggf. in aktueller Änderung, werden allen an der Pflege Beteiligten und Behandelnden zeitnah kommuniziert. 	Istanalyse Erste Maßnahmen

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der strukturierten Erfassung des RF 1 (Einschätzung Patient/Bewohner/Angehörige und Pflegepersonal) Etablierung der strukturierten Einschätzung der Ursache des RF 1 Nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien werden strukturiert angewandt, insbesondere Bedarfsmedikation. 	Aktivitäten konsolidieren Berichts- und Dokumentationswesen anpassen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Organisation von regelmäßigen Schulungen für Personal am sinnvollsten im Team mit den Kooperationspartnern Ausreichend qualifizierte Kooperationspartner werden gesucht, Lücken in der Versorgung werden geschlossen. Sicherstellung der Besetzung mit geschulten Mitarbeitern 	Schulungen konsolidieren
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Wohnernisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	Neue Formate etablieren

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Konsequente Umsetzung der S3-Leitlinie Palliativmedizin und der DGP-Leitlinie Atemnot Regelmäßige Assessments (pflegefachliche Erhebung und Bewertung) des RF 1 Atemnot sowie die Einschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit sind etabliert und werden durchgeführt. Diese sind mittels SOP hinterlegt. 	Konsolidieren Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ausreichend auf die RF geschultes Personal in den Einrichtungen ist vorhanden. Kooperationen mit Palliativmedizinern sind vorhanden und werden gelebt. Palliativmedizinische Fachauskünfte können durch kooperierende Spezialisten auch kurzfristig erbracht werden. Insbesondere in der Sterbephase engmaschige Kooperation mit behandelndem ärztlichem Personal Regelmäßige Schulungen sind etabliert. Kommunikation / Informationsübergabe ist zu allen Beteiligten adäquat, individuell, zeitnah und routinemäßig regelmäßig. 	Kontinuierliche Personalentwicklung
Informationell/informationsbezogen	Klarer Ablauf etabliert für: <ol style="list-style-type: none"> Dokumentation des Bewohnerwillens und der Edukation der Angehörigen Regelmäßige Atemnot-Assessments (pflegefachliche Erhebung und Einordnung) werden klar dokumentiert. Eingeleitete Maßnahmen werden erfasst und bewertet. Etablierung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) Personal kann gut und präzise im Rahmen des RF 1 kommunizieren. 	Systemische Verfahren der stetigen Verbesserung

Abb. 10: Beispiel: Risikofaktor 1, Regionale Versorgungsleitlinie Pflegeheim.

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Welche Ziele bestehen?	<p>Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von (starker) Luftnot, Atmungsschwierigkeiten, eintretender Dyspnoe, Atmungsschwierigkeiten und/oder Atmungsgerauschen (Rasselatmung) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten auf eine andere Station verlegt werden.</p> <p>Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese (Aufnahmesituation) oder im Rahmen von akuten Vorfällen im Krankenhaus zu erkennen und dies in der Behandlung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Fall einer akuten Situation zu berücksichtigen.</p>
Fallbeispiel	<p>Herr L., 86 J., alleinstehend, seit 3 Tagen Patient im Krankenhaus, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, entwickelt binnen 24 Stunden zunehmende Atemnot. Da der Patient zunehmend Atemgeräusche und damit verbundene Unruhe entwickelt, ordnet der in der Nacht hinzugezogene Arzt eine Verlegung auf die Intensivstation mit besserer Überwachung an. Es fand keine sedierende Therapie statt.</p>
Schlüsselbegriffe	<p>Schwierigkeiten Einatmung, Atmungsgerausche, zunehmende Zyanose, Hypo-, Hyperventilation, Angst, Überforderung</p>
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie Palliativmedizin (Soll)	<p>Ausführliche Beschreibung (AG Atemnot) z. B. S. 56-57, Sterbephase S. 148-171</p> <p>Leitlinie der DGP-Sektion Pflege: Atemnot in der letzten Lebensphase https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html</p>

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) ==		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Überprüfung der bisherigen Vorgehensweise bezüglich RF 1 im Krankenhaus/auf den Stationen. Sichtung evtl. vorhandener SOPs Klärung der bisherigen Umgangsweise mit diesem RF Explizite Einbeziehung des RF 1 in die Schichtübergaben 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Identifizierung von bereits palliativ geschultem Personal und nicht geschultem Personal im Hause Insbesondere bei fehlender palliativer Kompetenz im Hause: Überprüfung der möglichen externen Kooperationspartner (Palliativmediziner anderer Krankenhäuser, Hausärzte ...) sowie deren Einsatzmöglichkeiten/Erreichbarkeiten und Finden von Lücken Dem Personal ist der Handlungsplan zu RF1 bekannt. Es kann handlungssicher agieren. 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der expliziten Einschätzung der Sterbephase im Team Information und Einbindung der Angehörigen Handlungsabläufe ggf. in aktueller Änderung werden allen an der Versorgung Beteiligten und Behandelnden zeitnah mitgeteilt. 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) =====		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der strukturierten Erfassung des RF 1 (Einschätzung Patient/Angehörige und medizinisch-pflegerisches Personal) Etablierung der strukturierten Einschätzung der Ursache des RF 1 Nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien werden strukturiert angewandt, insbesondere Bedarfsmedikation. 	<p>Aktivitäten konsolidieren</p> <p>Berichts- und Dokumentationswesen anpassen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Organisation von regelmäßigen Schulungen für Personal am sinnvollsten im Team durch die Mitarbeiter mit palliativer Kompetenz bzw. mit den Kooperationspartnern Ausreichend qualifizierte Ansprech-/Kooperationspartner werden gesucht, Lücken in der Versorgung werden geschlossen. Sicherstellung der Besetzung mit geschulten Mitarbeitern 	<p>Schulungen konsolidieren</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Patientenrisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	<p>Neue Formate etablieren</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) =====		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Konsequente Umsetzung der S3-Leitlinie Palliativmedizin und der DGP-Leitlinie Atemnot Regelmäßige Assessments (pflegerische Erhebung und Bewertung) des RF 1 sowie die Einschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit sind etabliert und werden durchgeführt. Diese sind mittels SOP hinterlegt. 	<p>Konsolidieren</p> <p>Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ausreichend auf die RF geschultes Personal in den Häusern/auf Stationen ist vorhanden. Stationsübergreifende Kooperationen mit Palliativmedizinern (auch extern) sind vorhanden und werden gelebt Palliativmedizinische Fachkenntnisse können durch Kenntnis der Ansprechpartner im Haus oder bei kooperierenden Spezialisten auch kurzfristig erbracht werden. Insbesondere in der Sterbephase engmaschige Kooperation mit behandelndem ärztlichem Personal Regelmäßige Schulungen sind etabliert. Kommunikation/Informationsübergabe zu allen Beteiligten ist adäquat, individuell, zeitnah und routinemäßig. 	<p>Kontinuierliche Personalentwicklung</p>
Informationell/informationsbezogen	<p>Klarer Ablauf etabliert für:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokumentation des Patientenwillens und der Edukation der Angehörigen Regelmäßige Atemnot-Assessments (pflegefachliche Erhebung und Einordnung) werden klar dokumentiert. Eingeleitete Maßnahmen werden erfasst und bewertet. Etablierung bzw. Verwendung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) Personal kann gut und präzise im Rahmen des RF 1 kommunizieren. 	<p>Systemische Verfahren der stetigen Verbesserung</p>

Abb. 11: Beispiel: Risikofaktor 1, Regionale Versorgungsleitlinie Krankenhaus.

6.3. Effekte der Leitlinienimplementierung in den Mustereinrichtungen – Ergebnisse der Begleitforschung (Phase 3)

Das leitliniengerechte organisations- und personalentwickelnde Vorgehen zeigte in den Mustereinrichtungen einen deutlichen positiven Effekt auf die Zufriedenheit der Angehörigen und Betroffenen. Zudem werden betroffene Berufsgruppen bzw. Prozessbeteiligte nachweisbar entlastet, die berufliche Zufriedenheit wird erhöht. Nicht indizierte Verlegungen wurden erheblich reduziert, sodass alle Projektziele insgesamt erfüllt wurden.

Im Setting Pflegeheim konnten positive Effekte auf allen Ebenen nachgewiesen werden:

<p>1. Patienten- und Partnerperspektive (KUNDE)</p> <ul style="list-style-type: none">Die Leitlinie hat die Qualität zur Aufklärung und Betreuung von Menschen in deren letzter Lebensphase wesentlich verbessert (von „Cure zu Care“), da es einen offeneren Umgang mit dem Thema Tod und Sterben gibt.	<p>2. Entwicklungsperspektive (MITARBEITENDE)</p> <ul style="list-style-type: none">Die Leitlinie stärkt die Handlungssicherheit und vermittelt praktische Hilfestellungen beim Umgang mit Angehörigen und bei der Begleitung Sterbender.
<p>3. Prozess- und Strukturperspektive (PROZESSE)</p> <ul style="list-style-type: none">Die Qualität der Zusammenarbeit aller in der Pflege beteiligten Akteur*innengruppen konnte verbessert werden.Die entwickelten Parameter können für die neue indikatorengestützte Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen genutzt werden.	<p>4. Finanzperspektive (FINANZEN)</p> <ul style="list-style-type: none">Die Umsetzung der Leitlinie verringert durch die Vermeidung nicht notwendiger Verlegungen bzw. Krankenhausaufenthalte negative ErlöseffekteMit Umsetzung der Leitlinie entstehen positive Effekte auf die Auslastung der Einrichtung in verschiedenen Perspektiven

Die Vergütung für Allgemeine Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung wird ab dem vierten Abwesenheitstag um 25% verkürzt und führt damit zu Verringerungen der Erlöse im Pflegeheim.

Siehe § 28 Abs. 3 Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen:

(3) Soweit die Abwesenheit 3 Kalendertage überschreitet, sind ab dem 4. vollen Kalender-tag Abschläge von 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzunehmen. Kalendertage im Sinne dieser Regelung sind die Tage, an denen der pflegebedürftige Mensch von 0 bis 24 Uhr abwesend ist. Die berechneten Abschläge werden auf 2 Stellen hinter dem Komma kaufmännisch gerundet.

Vermiedene Verlegungen, die im Kontext der Leitlinie nicht erfolgen, führen somit nicht zu negativen Erlöseffekten.

Daneben wurde im Rahmen einer pflegeheimspezifischen Prozesskostenanalyse ermittelt, wie hoch die Kosten für einen durchschnittlichen Verlegungsprozess sind. Der ermittelte Betrag von 62,66 Euro je Verlegung zeigt das ökonomische Potential vermiedener Verlegungsprozessketten.

Der grundsätzliche Blick auf die „Effekte der Auslastung“ ist mehrdimensional und beinhaltet die Perspektiven der „Weiterempfehlung“ von Pflegeeinrichtungen durch Kund*innen und auch von Mitarbeitenden. Je höher die Zufriedenheit mit dem besonders emotionalen Abschiedsprozess, desto höher auch ein Effekt bei der Weiterempfehlung bei Bekannten und Freunden der Angehörigen, die über die Qualität von Pflegeheimen berichten.

Die Veränderungen bei der Verlegungshäufigkeit wurde über Fallanalysen (Verlegungen) im betroffenen Projektzeitraum durchgeführt. D.h. die im Krankenhaus verstorbenen Bewohner*innen wurden nach nochmaliger Analyse der Pflegedokumentation im Kontext der Leitlinie nachträglich einer Bewertung unterzogen. Im Ergebnis wurden nur noch vier im

Krankenhaus Verstorbene identifiziert, die bei umfänglicher Anwendung der Leitlinie, nicht mehr hätten verlegt werden sollen/dürfen.

Analog wurden im Setting Krankenhaus positive Ergebnisse verzeichnet:

<p>1. Patienten- und Partnerperspektive (KUNDE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Leitlinie trägt zur Vertrauensbildung bei und stärkt die Aufklärung der Angehörigen. Zudem wird die Selbstbestimmung der Patienten im Therapieverlauf gefördert.“ 	<p>2. Entwicklungsperspektive (MITARBEITENDE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Entlastung von Mitarbeitenden in Fachabteilungen durch Vermeidung von Verlegungen und damit mehr Zeit für Hauptaufgaben und Stressreduktion Gegenseitige Lerneffekte durch Einbindung Fachpersonal (Palliativ-Konsil).
<p>3. Prozess- und Strukturperspektive (PROZESSE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Es konnten Schnittstellen reduziert und klare Entscheidungspfade identifiziert werden. Kapazitäten für Notfälle bei denen kurative Maßnahmen noch erfolgsversprechend sind konnten geschaffen werden. Durch die Vermeidung überraschender Verlegungen konnten Prozesse und Ressourcen zielführender geplant werden. 	<p>4. Finanzperspektive (FINANZEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit führt zu geringerer Fluktuationsrate und dadurch Kostenreduktion in Recruitingprozessen. Frühzeitige Einleitung notwendiger Verlegungsprozesse mit dem richtigen Ressourceneinsatz und klar geregelten Prozessschritten in die richtige Versorgungsebene.

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen der Unternehmensleitung im Krankenhaus und Pflegeheim

Fragestellung / Ziel der Befragung	Zusammenfassung der Ergebnisse	Ausführliche Ergebnisse
<p>Befragung der AWO-Mitarbeiter: Ziel: Erfassung der beruflichen Mitarbeiterzufriedenheit im Pflegeheim Fragestellung: Hinweise auf mögliche Veränderungen, die sich durch die Umsetzung der im Projekt entwickelten Maßnahmen aus Sicht der Mitarbeitenden im Pflegeheim ergeben, in Bezug auf</p> <p>(1) die eigene Belastung durch Verlegungen; (2) die Einschätzung nach Häufigkeit von unnötigen Verlegungen; (3) die Einschätzung nach Treibern für unnötige Verlegungen.</p>	<p><i>Welle 1</i></p> <p>(1) eigene Belastungen: - Der überwiegende Teil der Antwortenden gibt an, dass sie belastet sind, weil eine Sterbebetreuung nicht optimal verläuft (manchmal: 46%, häufig oder immer: 35%).</p> <p>(2) Häufigkeit von unnötigen Verlegungen: - 47% der Befragten gaben an, dass sie problematische Verlegungen in ein Krankenhaus manchmal (34%) oder häufig (13%) wahrnehmen.</p> <p>(3) Treiber für unnötige Verlegungen: - Aufgrund fehlender Informationen kommt es gemäß 44% der Antwortenden „manchmal“, für 8% sogar „häufig“ zu unnötigen Verlegungen. - Als externe Treiber für Verlegungen werden von etwas über zwei Dritteln der Antwortenden mindestens „manchmal“ die Angehörigen sowie die Hausärzte beschrieben. In Bezug auf die Angehörigen formulieren sie insbesondere die Notwendigkeit der Verbesserung der Information der Angehörigen. - Stürze werden als Anlass für eine Verlegung ins Krankenhaus genannt (39%: „häufig“, 33%: „manchmal“).</p> <p><i>Welle 2 (Nachher-Befragung):</i></p> <p>Insgesamt zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Kriterien Mitarbeiter-Belastung, Kommunikation und Verlegungen. Das Problembewusstsein bei Mitarbeitern in der Pflege ist deutlich gestiegen.</p> <p>Als sehr positiv hat sich die kürzlich eingeführte Einrichtung des ACP-Beraters erwiesen. Er verbessert die Kommunikation mit den Bewohnern und mit den Angehörigen. Die AWO hat</p>	<p>s. Anhang 7</p>

	Fallgespräche mit Angehörigen neu eingeführt, die als wichtige Chance verstanden werden, den "richtigen Weg" zu finden. In diesem Kontext spielt auch das Vertrauen zwischen Angehörigen und Pflegekräften eine sehr wichtige Rolle. Um dieses Vertrauen aufbauen zu können, sind vertrauensbildende Maßnahmen von Bedeutung. Auch Schritte, die die Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegekräften verbessern, damit dadurch eine intensivere Beratung und Aufklärung stattfinden kann, sind von Relevanz, um unnötige Verlegungen zu induzieren.	
Befragung der AWO Leitungsebene: Ziel: Zufriedenheitsanalysen der Unternehmensleitung (Pflegeheim) Fragestellung: Welle 1: (1) Treiber für unnötige Verlegungen; (2) mögliche Gegenmaßnahmen. Welle 2: Zwischenbilanz, Bewertung der implementierten Maßnahmen, lessons learned	Welle 1: (1) Treiber: - unklare palliative Situation aufgrund fehlender Angehöriger und fehlender Patientenverfügungen (insbesondere bei Kurzzeitpflege). Dies Problem wurde bereits angegangen und durch die Etablierung eines ACP-Beraters entscheidend entschärft. - Notärzte. Hier wird kritisch bemerkt, dass sich Notärzte durchaus auch über vorliegende Patientenverfügungen hinwegsetzen. - Angehörige sind häufig nicht gut genug informiert und wirken aus diesem Grund als Treiber für unnötige Verlegungen. - Bewohner selbst (2) mögliche Gegenmaßnahmen: - insbesondere eine Verbesserung der Information und der Kommunikation. Fortführung der neuen Etablierung der Arbeit des ACP-Beraters. Welle 2: Es konnte eine Verbesserung der Situation erreicht werden. Insbesondere (A) die Stärkung der Mitarbeiter in der Einrichtung durch Schulungen und klare Handlungsempfehlungen; (B) die Formulierung von Standards; (C) die Verbesserung der Kommunikation zwischen Bewohnern, Mitarbeiter und Angehörigen insbesondere durch die Etablierung eines ACP-Beauftragten erwiesen sich als zielführend. Voraussetzung für ein Gelingen war eine Unterstützung des Prozesses auf allen Ebenen der Einrichtung.	s. Anhang 9
Befragung der UKGM-Mitarbeiter Ziel: Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus Fragestellung: (1) Zufriedenheit mit der Arbeit allgemein, der Arbeitsaufgabe sowie mit körperlichen und psychischen Anforderungen (2) Belastung / Entlastung der Mitarbeiter (3) Informationsstand der Mitarbeiter	Mitarbeiterseitig konnte neben der signifikanten Erhöhung der Zufriedenheit mit der Versorgung sterbender Patienten auch eine signifikante Steigerung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit (T1: Mittelwert 2,7; T2: Mittelwert 2,4, je niedriger der Wert desto höher die Zufriedenheit) und der Zufriedenheit mit körperlichen und psychischen Anforderungen (T1: Mittelwert 2,9; T2: Mittelwert 2,5, je niedriger der Wert desto höher die Zufriedenheit) erreicht werden. In Korrelationsanalysen zeigte sich, dass sich vor allem die allgemeine Zufriedenheit, der Zeitaspekt für die sterbenden Patienten sowie die Kenntnis von Ansprechpartnern als zufriedenheitssteigernd mit der Versorgung schwerkranker oder sterbender Patienten ausgewirkt hat. Die Einführung des Palliativdienstes geht für die Mitarbeiter auch mit einer Entlastung und Reduktion des Überforderungsgefühls einher, die sowohl bei der signifikanten Verringerung allgemeiner Belastungen (T1: Mittelwert 2,8; T2: Mittelwert 2,4) als auch der Belastungen durch Verlegungen (T1: Mittelwert 2,6; T2: Mittelwert 2,2) nachweisbar sind. Vor allem der Belastungsfaktor, zu wenig	s. Anhang 8

	<p>Zeit für die sterbenden Patienten zu haben, konnte signifikant reduziert werden (T1: 45%; T:10%).</p> <p>Letztlich können unstimmige, unnötige bzw. Fehlverlegungen durch den Palliativdienst wirksam verringert und indizierte Verlegungen, z.B. auf die Palliativstation oder durch gezielte Überleitung in die nachstationäre Versorgung, patientenorientiert gefördert werden. So gaben z.B. in der Zweitbefragung 52 % der Mitarbeitenden an, keine unstimmigen Verlegungen wahrgenommen zu haben, während dies bei der Erstbefragung 31% waren. Der Anteil unstimmiger Verlegungen hat sich nach Angaben der Mitarbeitenden im Mittel von 22% auf 16% reduziert.</p> <p>Insgesamt wird die Etablierung des Palliativdienstes über die genannten Zielerreichungsfaktoren sehr positiv bewertet. Die im Projekt geförderte Intervention sollte auch im Regelbetrieb weiter Bestand haben.</p>	
--	--	--

Ergebnisse der Befragung der Betroffenen bzw. Angehörigen

Fragestellung / Ziel der Befragung	Zusammenfassung der Ergebnisse
<p>Befragung der Mitarbeiter/PDL im AWO-Pflegeheim:</p> <p>Ziel: Erfassung der Zufriedenheit / Lebensqualität der Betroffenen (Angehörigen) im Pflegeheim</p>	<p>Als sehr positiv hat sich die kürzlich eingeführte Einrichtung des ACP-Beraters erwiesen. Er verbessert die Kommunikation mit den Bewohnern und mit den Angehörigen. Die AWO hat Fallgespräche mit Angehörigen neu eingeführt, die als wichtige Chance verstanden werden, den "richtigen Weg" zu finden. In diesem Kontext spielt auch das Vertrauen zwischen Angehörigen und Pflegekräften eine sehr wichtige Rolle. Um dieses Vertrauen aufbauen zu können, sind vertrauensbildende Maßnahmen von Bedeutung. Auch Schritte, die die Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegekräften verbessern, damit dadurch eine intensivere Beratung und Aufklärung stattfinden kann, sind von Relevanz, um unnötige Verlegungen zu induzieren.</p>
<p>Befragung der Betroffenen und Angehörigen im UKGM</p> <p>Ziel: Erfassung der Zufriedenheit, Lebensqualität und des Informationsstands der Betroffenen (Angehörigen) im Krankenhaus</p>	<p>Die Etablierung des Palliativdienstes hat zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen geführt. Gründe hierfür sind vor allem das erhöhte Zeitkontingent, die verbesserte Information, die auch mit stimmigeren Verlegungsentscheidungen einhergeht, sowie der deutlich verbesserten organisierten Weiterversorgung im ambulanten Umfeld und mehr Entlassungen nach Hause.</p>

Ergebnisse zu den Ressourcen- bzw. Finanzauswirkungen der Implementierung der Leitlinien

Die Ergebnisse können nur eine erste, vorläufige Bilanz bzw. Anregungen für die abzubildenden Kosten-/Nutzenpositionen darstellen.

In einer Kostenanalyse wurde die Einführung der Leitlinie bzw. die Umsetzung des Gesamtprojektes in der über 204 Plätze verfügenden Pflegeeinrichtung mit ca. 74.200 EUR bemessen.

Mögliche ökonomische Nutzen ergeben sich für die Pflegeeinrichtung aus der längeren Verweildauer in der Einrichtung.

Mögliche ökonomische Nutzen für die Kostenträger ergeben sich u.a. aus den nicht entstehenden Verlegungskosten, den geringeren Kosten in den Pflegeeinrichtungen, gegenüber den Krankenhäusern bzw. der häuslichen Versorgung.

Als weiterführende Nutzen konnten die gestiegene Betroffenen und Mitarbeiterzufriedenheit identifiziert werden (siehe letzte Tabelle)

Modifizierte MEESTAR-Erhebung

Die anschließende ethische Befragung – eine modifizierte MEESTAR-Befragung mittels Action Sheets – hat zentrale ethische Dimensionen der Begleitung und Betreuung Sterbender thematisiert, wie Selbstverständnis und Selbstbestimmung, Fürsorge, Entscheidungen im Rahmen von ökonomischen, juristischen und strukturell bedingten Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit), Privatheit und Teilhabe.

Hinsichtlich des Selbstverständnisses und der Selbstbestimmung hat die Untersuchung ergeben, dass der Wechsel der Therapie von Cure zu Care von den Pflegenden gut verarbeitet wird. Auch sind die Pflegenden für die Sterbenden bei nicht medizinischen Themen sehr wichtige Ansprechpersonen. Umfang und Qualität der Beratung sind jedoch sehr durch die zur Verfügung stehende Zeit und die jeweilige Thematik bzw. das fehlende Hintergrundwissen beschränkt. Obwohl die Pflegenden selbst es als wichtig erachten, praktische und emotionale Unterstützung durch Mitarbeiter*innen und Vorgesetzte zu erhalten, wird es als schwierig empfunden, Angehörigen effektiv unterstützen zu können. Nicht eindeutig formulierte Patient*innenverfügungen würden das Pflegepersonal stark beeinflussen, sodass es schwer sei, entsprechend der Wünsche der Sterbenden zu handeln. Die Implementierung der Leitlinien beziehungsweise des Palliativdienst hat zu einer Stärkung der Handlungssicherheit geführt, v.a. da praktische Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermittelt wurden, die Unterstützung von Mitarbeiter*innen und Vorgesetzten zugenommen habe und Kompetenzstreitigkeiten im multiprofessionellen Team minimiert werden konnten.

In Bezug auf die ethische Dimension Fürsorge hat die Befragung gezeigt, dass die Leitlinien beziehungsweise der palliative Konsildienst Hilfestellungen bieten, um auf die Ängste und Sorgen der Sterbenden eingehen zu können. Auch hat sich die Qualität der Aufklärung der Sterbenden hinsichtlich ihrer aktuellen Lage und ihrer potenziellen Therapieoptionen verbessert, da es einen offeneren Umgang mit dem Thema Tod und Sterben gibt und die Qualität der Wissensvermittlung beziehungsweise Aufklärung der Patient*innen durch das gemeinsam angelegte palliative Protokoll/Formular gestiegen sei.

Der Großteil der Befragten vertritt die Ansicht, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst weder einen Einfluss auf zeitliche noch auf personale Ressourcen haben, unter anderem, weil die Leitlinien keine (fehlenden) Pflegekräfte ersetzen könnten. Generell wird die Leitlinie bzw. der Palliativdienst als eine Unterstützung im Berufsalltag wahrgenommen, da Hilfestellungen bei juristischen Fragen oder nicht eindeutig formulierten Patient*innenverfügungen, bei der Einbindung/ den Umgang mit den Angehörigen bieten.

Die Untersuchung hat abschließend ergeben, dass Unsicherheiten, mangelndes Wissen zu palliativmedizinischem Vorgehen, ungeschultes Personal, Kommunikationsdefizite, Betten- und Personalmangel sowie die fehlende Empathie mit den Patient*innen zu medizinisch nicht indizierten Verlegungen in der Sterbephase geführt haben. Demgegenüber haben die Leitlinien bzw. der Palliativdienst medizinisch nicht notwendige Verlegungen durch eine bessere Aufklärung und/oder konkretere Angaben sowie die potenzielle Stärkung der fachlichen Kompetenz, v.a. weil auf die Patient*innenwünsche besser eingegangen werden konnte, reduziert.

Fragestellung / Ziel der Befragung	Zusammenfassung der Ergebnisse	Ausführliche Ergebnisse
<i>Ethisch-soziale Qualität bzw. Adhärenz (Pflegeheim)</i>	Selbstverständnis und Selbstbestimmung Der Wechsel der Therapie von Cure zu Care wird von den Pflegenden gut verarbeitet. Zu den wichtigsten Aufgaben im Rahmen der Betreuung Sterbender zählt es Zeit zu haben, Schmerzen zu lindern, auf die Wünsche des Sterbenden eingehen zu können und ihm Aufmerksamkeit zu schenken.	s. Anhang 10
<i>Ethisch-soziale Qualität bzw. Adhärenz (Krankenhaus/ Steuerungsgruppe)</i>	<p>Alle Befragten sind der Meinung, dass die Pflegenden für die Sterbenden auch bei nicht medizinischen Themen sehr wichtige Ansprechpersonen sind, aber die Möglichkeit auch tatsächlich Ansprechpartner*in sein zu können durch die zur Verfügung stehende Zeit, den Umfang der Aufgabe und die jeweilige Thematik beschränkt ist, da beispielweise es den Pflegenden oft an Hintergrundwissen zu den jeweiligen Themen fehlt. Schwierigkeiten und Handlungsunsicherheiten sehen die Befragten bei der effektiven Unterstützung der Angehörigen sowie nicht eindeutig formulierten Patient*innenverfügungen. Allen Befragten ist es sehr wichtig, selbst praktische und emotionale Unterstützung durch Mitarbeiter*innen und Vorgesetzte zu erhalten.</p> <p>Die Implementierung der Leitlinien beziehungsweise des Palliativdienst hat zu einer Stärkung der Handlungssicherheit geführt, v.a. da praktische Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln wurden, die Unterstützung von Mitarbeiter*innen und Vorgesetzten zugenommen habe und Kompetenzstreitigkeiten im multiprofessionellen Team minimiert werden konnten.</p> <p>Fürsorge In Bezug auf die ethische Dimension Fürsorge hat die Befragung gezeigt, dass die Leitlinien beziehungsweise der palliative Konsildienst Hilfestellungen bieten, um auf die Ängste und Sorgen der Sterbenden eingehen zu können. Auch hat sich die Qualität der Aufklärung der Sterbenden hinsichtlich ihrer aktuellen Lage und ihrer potenziellen Therapieoptionen verbessert, da es einen offeneren Umgang mit dem Thema Tod und Sterben gibt und die Qualität der Wissensvermittlung beziehungsweise Aufklärung der Patient*innen durch das gemeinsam angelegte palliative Protokoll/Formular gestiegen sei.</p> <p>Entscheidungen im Rahmen ökonomisch, juristisch und strukturell bedingter Gegebenheiten (Gerechtigkeit)/ Einbindung der Angehörigen (Teilhabe) Der Großteil der Befragten vertritt die Ansicht, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst weder einen Einfluss auf zeitliche noch auf personale Ressourcen haben, unter anderem, weil die Leitlinien keine (fehlenden) Pflegekräfte ersetzen könnten. Generell wird die Leitlinie bzw. der Palliativdienst als eine Unterstützung im Berufsalltag wahrgenommen, da Hilfestellungen bei juristischen Fragen oder nicht eindeutig formulierten Patient*innenverfügungen, bei der Einbindung/ den Umgang mit den Angehörigen bieten.</p>	

6.4. Komplementäre Werkzeuge zur Unterstützung der beteiligten Akteure bei der Implementierung der Leitlinien (Phase 4)

Entscheidungshilfen für Angehörige sowie Haus-, Krankenhaus- und Notärzte

Ein wichtiges Werkzeug neben den Leitlinien bilden sogenannte Entscheidungshilfen, die für die Betroffenen und ebenso ihre An- und Zugehörigen (insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Patienten), Hausärzte, Krankenhausärzte und den Rettungsdienst entwickelt wurden (s. Anlagen 3, 5, 7 und 9). Die Entscheidungshilfen können von professionellen Helfern und von den betroffenen Patienten und ihren An- und Zugehörigen gleichermaßen genutzt werden. Ziel ist es, diese nicht nur für die Reduktion nicht indizierter oder gewünschter Einweisungen zu gewinnen, sondern auch den Weg dahin aufzuzeigen. Zunächst soll also für das Problem sensibilisiert, dann Lösungsvorschläge vorgenommen und schließlich zur Mitarbeit an der Zielerreichung motiviert werden.

Risiko: Es besteht kein geeigneter Informations-, Kommunikations- und Handlungsprozess zwischen Einrichtung und Angehörigen.

Positivempfehlung:

Ziel ist es einen klaren Informationsprozess zwischen den Angehörigen (Familie) und der stationären Pflegeeinrichtung/Krankenhaus zu etablieren. Bleibt dieser unverbindlich, wird sich dieser in einer Krisensituation als nicht belastbar erweisen und die Situation zusätzlich destabilisieren. Dabei geht es durchaus, aber nicht nur um die Vermittlung von Informationen, sondern um deren Übersetzung in subjektiv relevantes orientierungs- und handlungsleitendes Wissen durch Deutung, Bewertung und In-Bezug-Setzen von Informationen vor dem Hintergrund der je eigenen Situation.

Angehörigentext:

	Es ist wichtig, dass Sie einen möglichst klaren und kontinuierlichen Informationsprozess zwischen sich und der Einrichtung herstellen. Ein Ablaufplan kann dabei unterstützen.	K ²	Dies wird durch App teilweise vermutlich in der späteren Entwicklungsphase abgedeckt.
	Die meisten Einrichtungen bieten einen Ansprechpartner bzw. eine entsprechende Telefonnummer an, die Sie nutzen können.	K	Die App bietet die Möglichkeit, eine Kontaktliste zu speichern.
	Sie sollten Ihre persönlichen Kontakte vor Ort auch dazu verwenden, Ihren Ansprechpartner tatsächlich „anzusprechen“, auch, um eine persönliche Beziehung aufzubauen.	M	Die App bietet die Möglichkeit, eine Kontaktliste zu speichern.
	Es ist wichtig, dass Sie den Informationsprozess zwischen sich und der Einrichtung auch durch eine (kurz gehaltene) Informationsbroschüre, die die wichtigsten Basis-Informationen zum Umgang mit Krisensituationen u. a. beinhaltet, ergänzen.		Die App weist auf die Broschüre hin und bietet die Möglichkeit, die Broschüre auch Online anzusehen und ggf. zu bestellen.
	Erstellen Sie eine Liste von relevanten Personen in der Einrichtung (Bereichsleitung, Verwaltung, Seelsorger, Küche etc.) Ihres Angehörigen. Erstellen Sie eine Liste der Familienmitglieder, wichtigen Bekannten und formellen Dienstleistern (Ämter, Bank, Hausarzt,	M-L	In der App sind die Kontaktpersonen in den Pflegeeinrichtungen hinzufügbare. Zusätzlich sind die Kontaktdaten mehrerer Personen hinterlegbar, für

² K = kurzfristig (innerhalb von drei Monaten), M = mittelfristig (innerhalb eines Jahres), L = langfristig (innerhalb von drei bis fünf Jahren)

Entscheidungshilfen (EH) im Projekt Avenue-Pal

	Pflegekasse etc.). Am besten legen Sie einen Ordner an (Telefon, Mobiltelefon oder e-mail). Formulieren Sie einen Alarmplan (Wen rufen Sie wann an? etc.) Fragen Sie in der Einrichtung nach, ob diese über einen Notfallplan für Ihren Angehörigen verfügen. Legen Sie telefonische Anruflisten fest.		besonders große Familien mindestens sechs.
	Überlegen Sie sich eine Person/Verwandten, die Sie im Falle ihrer Verhinderung und Abwesenheit ersetzen kann. Dies kann, muss aber kein Familienmitglied sein. Stimmen Sie sich ab.	K	Weitere Angehörige mit den notwendigen Daten sind in App abgebildet.
	Es ist hilfreich, eine Person zu identifizieren, die sich „mit dem Internet auskennt“.	M	Der/die Nutzer/in ist diese Person.

Abb. 12: Beispiel: Risiko und Positivempfehlung aus der Entscheidungshilfe für Angehörige.

Zusätzlich zu den Langversionen der Entscheidungshilfen steht für jede Zielgruppe ein Flyer mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Positiv- und Negativempfehlungen zur Verfügung (s. Anlagen 4, 6, 8 und 10).

Information	Beratung	Schulung	Unterstützung (eigenes Netzwerk)	Unterstützung (professionelle Helfer)	Kooperation	Dokumentation	App Leistung verfügbar
Situation 1: Es besteht kein geeigneter Informations-, Kommunikations- und Handlungsprozess zwischen mir und den Einrichtungen.							
<ul style="list-style-type: none"> Wichtig ist, dass Sie den Informationsprozess durch eine Informationsbroschüre mit den wichtigsten Basis-Informationen zum Umgang mit Krisensituationen ergänzen. 	<ul style="list-style-type: none"> Wichtig ist, dass Sie einen klaren u. kontinuierlichen Informationsprozess herstellen. Die meisten Einrichtungen bieten Ansprechpartner bzw. eine entsprechende Telefonnummer. Sie sollten diese persönlichen Kontakte vor Ort auch „ansprechen“. 		<ul style="list-style-type: none"> Überlegen Sie sich eine Person bzw. einen Verwandten, der Sie im Fall Ihrer Verhinderung und Abwesenheit vertreten kann. 		<ul style="list-style-type: none"> Hilfreich ist eine Person, die sich „mit dem Internet auskennt“. 	<ul style="list-style-type: none"> Erstellen Sie eine Liste relevanter Personen in der Einrichtung, eine Liste der Familienmitglieder, wichtigen Bekannten und formellen Dienstleister mit Kontaktdaten. Formulieren Sie einen Alarmplan und fragen Sie in der Einrichtung nach einem Notfallplan. 	✓
Situation 2: Zu viele Dinge, die den Sterbenden betreffen, sind ungeklärt.							
<ul style="list-style-type: none"> Machen Sie sich mit dem Verfahren der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (ACP) sowie mit Patienten- bzw. Bewohner-testament und Patienten- bzw. Bewohnereverfügung vertraut. 			<ul style="list-style-type: none"> Stimmen Sie sich sinnvoll mit Ihrer Familie ab. Über das ACP-Verfahren können Sie mit Ihrem Angehörigen auch über schwere Themen ins Gespräch kommen. 	<ul style="list-style-type: none"> Der geeignete Ansprechpartner bei offiziellem Testament ist häufig der beauftragte Jurist. Klären Sie die Beerdigung mit Ihrer Familie bzw. Ihrem Angehörigen. 	<ul style="list-style-type: none"> Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Möglichkeiten der Beisetzung und das Bestattungswesen. Lassen Sie sich frühzeitig beraten und stimmen Sie sich mit Ihrem Angehörigen bzw. der Familie ab. 		✓
Situation 3: Ich bin überfordert.							
<ul style="list-style-type: none"> (Offen) ausgetragene Problemstellungen zwischen Angehörigen am Sterbebett wirken sich belastend auf den Sterbenden aus. 		<ul style="list-style-type: none"> Wichtig sind kleine tägliche „Verstärkungen“. Versuchen Sie, wichtige Rituale und Programmpunkte für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden durchzuhalten. 	<ul style="list-style-type: none"> Prüfen Sie, wie die Situation Ihre Familie stärken kann. Rücken Sie sich „Aus- und Erholungszeiten“ ein und beziehen Sie Familienmitglieder, Freunde und Bekannte mit ein. 	<ul style="list-style-type: none"> Prüfen Sie immer, ob Sie auch durch professionelle Akteure bzw. Hilfsangebote entlastet bzw. beraten werden können. 	<ul style="list-style-type: none"> Wichtig ist, die eigene Rolle bzw. die eigene Verantwortung gegenüber dem Sterbenden als Koordinator zwischen Experten- und Familienwelt wahrzunehmen. 		✓
Situation 4: Ich weiß zu wenig über „das Sterben“.							
<ul style="list-style-type: none"> Es ist hilfreich, sich über die letzte Lebensphase und das Sterben in unterschiedlichen Richtungen und möglichst früh zu informieren. Zugleich ist es dafür nie zu spät. 	<ul style="list-style-type: none"> Im Umfeld der Palliativversorgung existieren Broschüren und Gesprächsangebote, die Ängste und Einschätzungen reflektieren u. Wissen vermitteln, das Sie beruhigen kann. 	<ul style="list-style-type: none"> Von der bekannten Forscherin Kübler-Ross stammt der Leitsatz „den Sterbenden in der Erledigung der letzten Dinge zu unterstützen“. Angehörige können sich hierbei sehr hilfreich einbringen. 	<ul style="list-style-type: none"> Die meisten Menschen blicken auf ein reiches und insgesamt glückliches Leben zurück. Das sollte es Angehörigen erleichtern, „den Sterbenden loszulassen“. 	<ul style="list-style-type: none"> Angehörige sind mit dem Sinn des Lebens und der eigenen Endlichkeit konfrontiert. Sie können für sich selbst und auch ihr Leben Antworten suchen. 			✓
Situation 5: Ich glaube, ich kann nicht hilfreich sein bzw. befinde mich an der Peripherie des Geschehens.							
						<ul style="list-style-type: none"> Auch bei räumlicher oder sozialer und emotionaler „weiter“ Entfernung können beide Situationen genutzt werden, dem Sterbenden zur Seite zu stehen, seine soziale Teilhabe mit zu ermöglichen. Im Verständnis als „Kordinator“ braucht man nicht präsent zu sein, um nützliche Aktivitäten auf den Weg zu bringen. Über eine solche Rolle kann man sich auch mit der Pflegeeinrichtung abstimmen. 	✓
Situation 6: Ich wirke auf eine Verlegung hin.							
<ul style="list-style-type: none"> Es ist hilfreich, sich über die letzte Lebensphase und das Sterben möglichst früh zu informieren. Zugleich ist es dafür nie zu spät. 	<ul style="list-style-type: none"> Im Umfeld der Palliativversorgung existieren Broschüren und Gesprächsangebote, die nicht notwendigen Ängsten und Einschätzungen Wissen entgegenseht. 	<ul style="list-style-type: none"> Von der bekannten Forscherin Kübler-Ross stammt der Leitsatz „den Sterbenden in der Erledigung der letzten Dinge zu unterstützen“. Angehörige können sich hierbei sehr hilfreich einbringen. 	<ul style="list-style-type: none"> Die meisten Menschen blicken auf ein reiches und insgesamt glückliches Leben zurück. Das sollte es Angehörigen erleichtern, „den Sterbenden loszulassen“. 	<ul style="list-style-type: none"> Benötigen Angehörige spirituelle Unterstützung, bietet die App Informationen, und basierend auf der Geoposition, hilfreiche Partner an. 			✓

Abb. 13: Flyer „Entscheidungshilfe für Angehörige“.

Leitfaden für Kommunen

Der Impuls bzw. die Initiierung der Leitlinien kann sowohl von der Kommune als auch von einem Leistungsträger der Pflege oder einem Krankenhaus ausgehen und bezieht dann Schritt für Schritt die oben genannten Akteure ein. Der Leitfaden für Kommunen „Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen“ wird also im idealen Fall im Zusammenhang solch einer Leitlinienumsetzung vollzogen. Zugleich ist der Leitfaden so abgefasst und das in diesem präzisiertere Vorgehen so strukturiert, dass eine Stadt/eine Gemeinde tätig werden kann (s. Anlage 11).

Der Leitfaden geht demnach von einer Lagebestimmung als ersten Schritt aus, der die Ausgangsbedingungen einer einzelnen Kommune analysiert. Im zweiten Schritt wird unter Beteiligung aller relevanten Akteure eine Vision entwickelt. Daraus kann im dritten Schritt der Entwurf eines integrierten Versorgungsplans als ein Prototyp für die zukünftige Versorgung der betroffenen Personen in der Kommune entwickelt werden. Dieser wird als Schritt vier in Form einer systematischen Medienarbeit den Bürgern bekannt gemacht. Nach erfolgter Umsetzung werden im fünften Schritt die erzielten Ergebnisse erhoben und evaluiert.



Abb. 14: Aufbau des Leitfadens für Kommunen.

6.1 Schritt (Meilenstein) 1:
**Ausgangslagenbestimmung
(intern und extern)
Welcher Nutzen ergibt sich
für den einzelnen Bürger?**





Abb. 15: Beispiel: Schritt 1 im Leitfaden für Kommunen.



Ziel:

Absicht dieser ersten Maßnahme ist es, sich einen Überblick über die spezifischen Ausgangsbedingungen in der Kommune zu verschaffen.

Ausgangslage und Vorgehen:

Es gibt keine Kommune, die nicht in der einen oder anderen Form über Vorerfahrungen in der unterstützenden Betreuung von Menschen in deren letzten Lebensphase verfügt. Träger dieses Wissens können sowohl in einer Gemeinde ansässige kirchliche Gemeinden, bürgerschaftlich getragene Initiativen, Selbsthilfe oder professionelle Dienstleister, als auch die Hospizbewegung sein. Nicht zuletzt die professionellen Akteure (niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken etc.) handeln in diesem Versorgungsfeld. Auch existieren in fast allen Regionen Deutschlands die Angebote spezieller ambulant-palliativer Versorgung (SAPV). Diese gilt es zu identifizieren.

Zu dieser ersten Maßnahme gehört es auch, die internen Voraussetzungen (vorhandene Strukturen, bestehende Prozesse und auch geeignete Personen bzw. Fachzuständigkeiten der kommunalen Verwaltung), die zur Umsetzung des Leitfadens notwendig sind, zu identifizieren bzw. die internen Ressourcen zu ermitteln. Hierzu gehört auch, die bestehenden Kooperationen bzw. Aufgabenteilungen (Zuständigkeiten) zum Landkreis und anderen öffentlichen Partnern und deren Aktivitäten zu erfassen Projekt einzubinden. Im Gesamtverfahren wichtig sind auch die Themen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder Vertreterverfügung und ähnliche Festlegungen, d. h. es sollte geprüft werden, inwieweit dieses Wissen eingebunden ist und tatsächlich umgesetzt wird. In aller Regel lassen sich beratungserfahrene Organisationen bzw. deren Ansprechpartner oder auch umsichtige Juristen und andere Kompetenzträger identifizieren, die in der Praxis haben Erfahrung sammeln können.

Aktivitäten (operativ):

Erfassung und Beschreibung der genaueren Leistungen und Aktivitäten der involvierten Leistungsanbieter und Organisationen, erste Kontaktaufnahmen, Identifizieren der fachbezogenen Ansprechpartner bzw. Verantwortlichen innerhalb der Gemeinde/Stadt.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung: 3 Monate

Beispiel:

Stellen wir uns eine typische Kreisstadt vor, „Hopalingen“. „Hopalingen“ liegt im „Pallikreis“ und ist auch dessen Zentrum. Es gibt ein Schwerpunktkrankenhaus mit 650 Betten und eines der Regelversorgung mit 200 Betten etwas abseits am Rande des Landkreises. Ein Hospizdienst ist seit 25 Jahre aktiv und sehr gut etabliert und bekannt, das Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung hat seit 5 Jahren den Versorgungsauftrag und arbeitet eng mit dem Hospizdienst, der 10-Betten-Palliativstation in der Klinik und dem 8-Betten Hospiz sowie allen anderen Strukturen zusammen.

Als bei einem Treffen der Beteiligten das Gespräch auf die Informationen zur vorausschauenden Planung für das Lebensende kommt, stellen die Anwesenden fest, dass diese Konzepte kaum bekannt sind. Es wird überlegt, was man dafür tun kann, dass sich dies zeitnah ändert. Einer der Beteiligten hat ein großes Interesse am Thema und ist bereit und in der Lage, Zeit zu investieren. Im gegenseitigen Einvernehmen wird er von dieser Gruppe zum „Kümmerer“ und Hospiz- und Palliativbeauftragten benannt. Alle zusammen verpflichten kurz ihre Ziele und mandantisieren dann den Kümmerer, dass er sich an den Bürgermeister von „Hopalingen“ und den Landrat des „Pallikreises“ wendet, um die ersten Gedanken und Schritte vorzutragen.

Stadt und Landkreis ernennen diesen Kümmerer dann zum Hospiz- und Palliativbeauftragten für den „Pallikreis“. Seitens des Bundeslandes besteht bereits ein Konzept und eine gewisse Finanzierung für dessen Arbeit, so dass der Kümmerer nunmehr offiziell beauftragt wird. Er ist dadurch die zentrale Ansprechperson, an die sich ab jetzt jeder mit hospizlich-palliativen Fragen wenden kann. Der aber nicht die Probleme alle lösen muss, sondern auch sammeln, zusammenstellen, bewerten soll und dann natürlich auch mögliche Hilfen vermitteln soll. In drei weiteren Treffen werden die notwendigen Schritte überlegt und geplant.

Informations-, Beratungs- und Schulungstableau (IBST):

Im IBST werden ergänzend zu den Entscheidungshilfen sowie dem Leitfaden kurz-, mittel- und langfristig notwendige Informations-, Beratungs- und Schulungsveranstaltungen und -maßnahmen aufgezeigt, um alle notwendigen Stakeholder in den Prozess der Leitlinienimplementierung einzubinden und zu vernetzen. Dies umfasst insbesondere

1. Träger / Management / Leitung / Stabsstellen,
2. Mitarbeiter in der Versorgung,
3. Angehörige / Betroffenenvertreter,
4. Hausärzte,
5. Notärzte,
6. SAPV und Hospiz,
7. die Projekt-Steuergruppe.

Anhang 17 gibt einen Überblick über notwendige Informations-, Beratungs- und Schulungsveranstaltungen unterschiedlicher Stakeholder über den Implementierungszeitraum der Leitlinie

Die inhaltlichen Schwerpunkte und Reihenfolge ergeben sich aufgrund einer Ist-Analyse. Hierbei werden die Risikofaktoren in Abhängigkeit ihrer Bedeutung in eine Reihenfolge und zeitliche Bearbeitung gebracht. Es entsteht ein einrichtungsspezifisches Projektmanagement und damit verbundene notwendige Personalentwicklung. (s. auch Anhang 16 und HelpDesk).

Somit wurde kein einheitliches für alle Krankenhäuser bzw. Pflegeeinrichtungen – mit der Implementierung der LL - einsetzbares Informations-, Beratungs- und Schulungsmaterial entwickelt. Indes wurde eine Logik des Vorgehens erarbeitet die es erlaubt nicht nur die spezifischen Risikofaktoren (die zu Verlegungen führen) zu erkennen und zu gewichten, sondern auch wie vorhandene (weil ebenso in der Ist-Analyse ermittelt) bestehende Ressourcen einzubinden.

So wird es möglich vorhandene Kompetenzen (z.B. Wissensträger in der Organisation wie Pain Nurses oder betriebliches QM) zu identifizieren und in die LL-Implementierung (z.B. in der Durchführung von Informations- oder Beratungsangeboten) einzubinden.

I = schriftl. Information (Infobrief, E-Mail), IV = Informationsveranstaltung, V = Vortrag, PP = PowerPoint-Präsentation, G = Gespräch


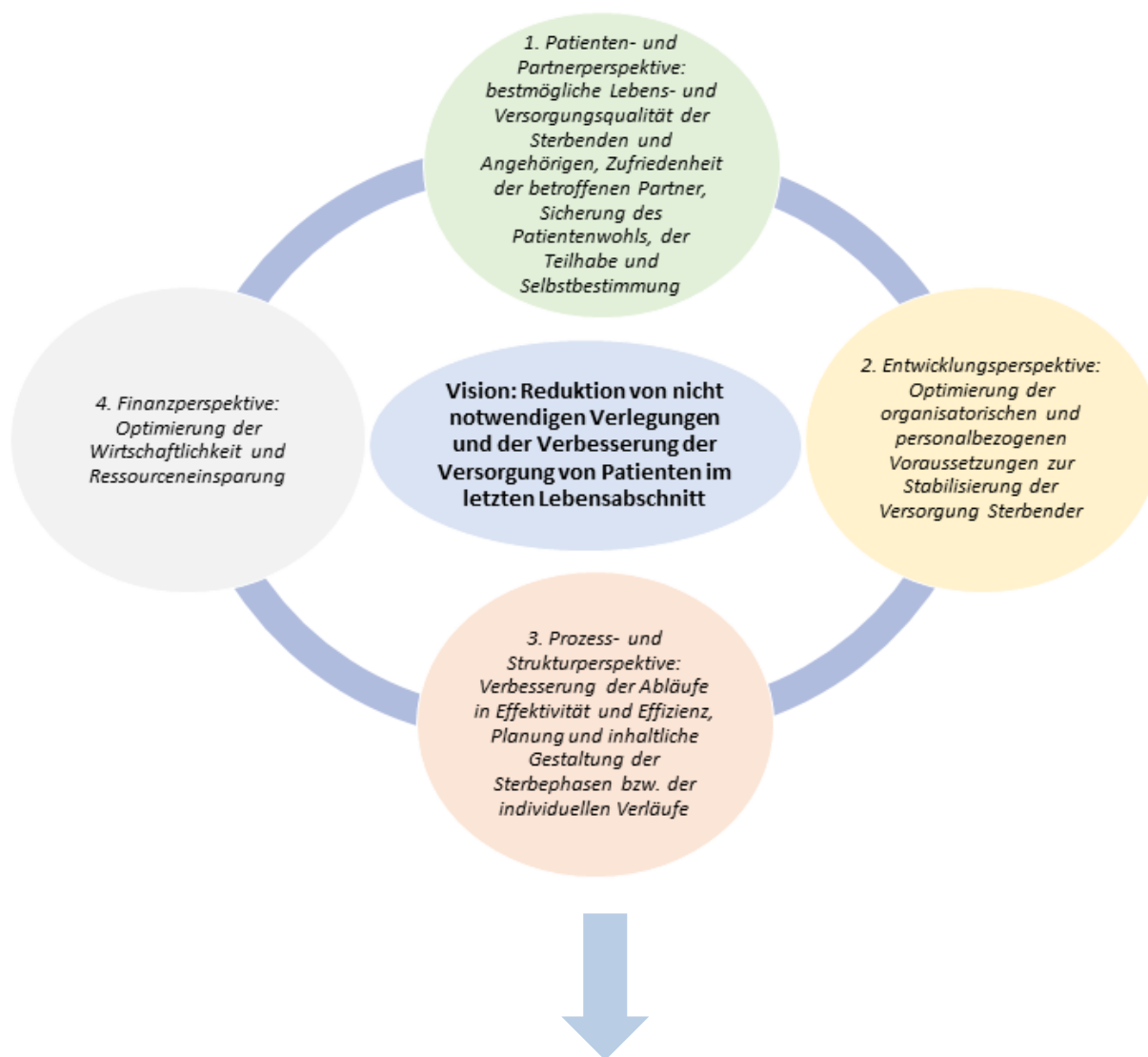
Träger / Management / Leitung / Stabsstellen	Mitarbeiter in der Versorgung	Angehörige / Betroffenenvertreter	Hausärzte	Notärzte	SAPV, Hospiz	 Steuergruppe
1. Vor Beginn des Projektes (längerfristig bzw. Erstinformationen)						
Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie allgemeinen Vorgehensweise (60 min.; PP, G)	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts, der Vorgehensweise sowie der Vorteile (45 min.; PP, G)	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie der Vorgehensweise (45 min.; PP, G)	Info-Abend mit Präsentation und Austausch (60 min.) oder Schriftliche Erstinformation mit Einladung zu einem persönlichen Gespräch (30 min.)	Info-Abend mit Präsentation und Austausch (60 min.)	SAPV: Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie der Vorgehensweise (60 min.; PP, G) Hospiz: Info-Abend mit Präsentation und Austausch (60 min.)	Persönliche Ansprache der potentiellen Mitglieder ⇒ Erstes Infotreffen: Kurze Vorstellung des Projekts, dessen Zielsetzung sowie der Aufgaben der Steuergruppe (90 min.; V, PP)
2. Unmittelbar vor Beginn des Projektes (kurzfristig – innerhalb von 3 Monaten)						
Vermittlung der Ziele und Inhalte der Leitlinien sowie strategisches Vorgehen (60 min.; PP, G)	Vorstellung der Ziele und Inhalte Leitlinie und Erörterung der Umsetzung, der damit verbundenen Prozesse sowie der Aufgaben des Fachteams bzw. Palliativdienstes (90 min.; IV, PP ⇒ Teamsitzungen)	Vorstellung der Ziele und Inhalte der Leitlinie und der Auswirkungen auf die Versorgung (60 min.; IV, PP)	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (30 min.; persönliches Gespräch)	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (60 min.; IV, PP)	SAPV: Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (60 min.; IV, PP) Hospiz: Erläuterung der Projekthaltungen, -ziele und der Vorgehensweise (90 min.; IV, PP)	Vorstellung der Ziele und Inhalte Leitlinie und Erörterung der Umsetzung sowie der damit verbundenen Prozesse (90 min.; PP, G)
3. Während der Einführung (mittelfristig – innerhalb eines Jahres)						
Abteilungsleitersitzung: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (60 min.; PP)	Fachteam: Sammeln und Dokumentation von Informationen zum Projektstatus (90 min.; Projektsitzung) Mitarbeiter: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (60 min.; IV, PP)	Information zu zielgruppenrelevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (60 min.; PP, G)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (90 min.; IV, PP)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (90 min.; IV, PP)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (90 min.; IV, PP)	Information zum Projektstatus, Prüfen der Projektkonformität (90 min.; Projektsitzung)
4. Während der Einführung (langfristig – innerhalb von 3 bis 5 Jahren)						
Einrichtungsleitersitzung: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (45 min.; PP)	Fachteam: Sammeln und Dokumentation von Informationen zum Projektstatus (90 min.; Projektsitzung) Mitarbeiter: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Information zu zielgruppenrelevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase (I)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Information zum Projektstatus, Prüfen der Projektkonformität (90 min.; Projektsitzung)
5. Konsolidierungsphase						
Einrichtungsleitersitzung: Transfer der Projektergebnisse (45 min.; PP)	Sammeln und Dokumentation wichtiger Informationen zum Projektstatus, Abschlussdokumentation (90 min.; Projektsitzung)	Information zu zielgruppenrelevanten Projektergebnissen (I)	Transfer der Projektergebnisse (I)	Transfer der Projektergebnisse (I)	Transfer der Projektergebnisse (I)	Evaluation des Projekts (90 min.; Projektsitzung)

Abb. 16: Zusammenfassung des IBST.

Balance-Score-Card (BSC):

Hinter der Implementierung der Leitlinien steht, wie bereits erwähnt, ein komplexer Prozess, in den zahlreiche Akteure im Gesundheitswesen eingebunden sind. Insofern ist eine einrichtungsspezifisch entwickelte Balanced-Score-Card (BSC), wie sie exemplarisch für ein Krankenhaus erarbeitet wurde und als Beispiel zur Verfügung steht, stets als Teil einer übergeordneten Struktur mit vielfältigen Verknüpfungspunkten zu kooperierenden Diensten und Einrichtungen zu sehen, am Beispiel der Krankenhaus-BSC u.a. Einweiser, Pflegeheime und -dienste, Notärzte und Hospize. Gleichzeitig durchzieht der Implementierungsprozess auch intern die gesamte Einrichtung und beeinflusst Prozesse und Strukturen auf verschiedenen Ebenen. Zur Strategiefindung und -umsetzung im Rahmen der Leitlinien-Implementierung lässt sich daher die multidimensionale BSC optimal als Controlling-Tool einsetzen.



1. Patienten- und Partnerperspektive		Langfristig (gelb)	Mittelfristig (rot)	Kurzfristig (grün)	Struktur	Prozess	Ergebnis	Gewicht / Impact 1-10
Ziele	Kennzahlen							
Stärkung der Eigenverantwortung	%Anteil der Patientengruppe mit erfolgten Beratungsgesprächen zur ACP (Advance Care Planning = vorausschauende Lebensplanung)	K				X		9
	%Anteil der Patientengruppe mit Patientenverfügung	M					X	8
Berücksichtigung des Willens der Palliativpatienten	%Anteil der Patientengruppe mit Folgegesprächen zur Anpassung der ACP	K				X		8
Verminderung zusätzlicher Belastungen durch einen physischen stationären Verlegungsvorgang/ bzw. Ortswechsel	%Anteil verlegte Patienten in der letzten Lebensphase	M-L					X	10
Steigerung der Lebensqualität von Patienten in den letzten Lebenstagen	Score EQ-5D (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	K					X	5
	PROMs (Patient Reported Outcome Measures)	K					X	5
	PREMIs (Patient Reported Experience Measures)	K					X	5
Zufriedenheit der Angehörigen	Ø erreichte Punktzahl in einem Fragebogen an Angehörige	K					X	5
	Umgesetzte Punkte auf einer erarbeiteten Checkliste zur Begleitung der Angehörigen	K				X		3

Abb. 17: Aufbau einer BSC im Rahmen der Leitlinienimplementierung.

6.5. Help-Desk und Caregiver-App

I u K - Lösung

HELP-DESK

CAREGIVER-APP



Unterstützung von
Institutionen bei der
Implementierung der
Leitlinien



Unterstützung von
beteiligten Personen in
der (kommenden)
palliativen Situation

Die Umsetzung der Leitlinien gestaltet sich als ein für jede Einrichtung individueller Prozess. In manchen Einrichtungen bestehen bereits Strukturen und Prozesse, die einzelne Risikofaktoren abdecken, andere Einrichtungen stehen erst am Anfang. Um jede Institution in ihrer einzigartigen Form zu unterstützen, stehen verschiedene Wege zur Implementierung der Leitlinien und passende informationstechnologische Werkzeuge zur Verfügung.

Eine schnellere, effizientere Information als durch das Durcharbeiten der Leitlinien im Textformat ermöglichen die e-Leitlinien. In den e-Leitlinien auf Grundlage einer Datenbank können Maßnahmen zunächst nach Einrichtungstyp und Risikofaktor gefiltert werden. Damit ist ein auf relevante Parameter fokussiertes Arbeiten möglich.

Für eine strukturierte Einführung der Leitlinien ist jedoch zunächst eine Analyse des Ist-Zustands der Institution erforderlich. Dies ist eine der Hauptaufgaben des Help Desks. Die Ergebnisse dieser Analyse beeinflussen den für die jeweilige Einrichtung relevanten Maßnahmenkatalog und die Priorität der Arbeitspakete. Diese sind daraufhin in sinnvoller zeitlicher Reihenfolge und auf einander aufbauender Abfolge abrufbar.

Ein sich automatisch anpassender Gantt-Chart und Meilensteine bieten den notwendigen Überblick. Zudem erhalten Nutzer Informationen über die Umsetzungsdauer und, basierend auf Basisdaten wie Mitarbeiter- und Bewohnerzahl, eine Kalkulation der mit der Umsetzung verbundenen Kosten.

Die Caregiver-App bietet die zielführende Übermittlung adäquater Informationen an die richtigen Akteure zur richtigen Zeit. Angehörige und Caregiver erhalten aber nicht nur zum richtigen Zeitpunkt die für sie verständlichen Informationen und relevanten Kommunikationsangebote, sondern die neue App plant und generiert die verschiedensten Aufgaben und to do's, von der Planung einer Patientenverfügung bis hin zum Verhalten in Krisensituationen.

In vier Kategorien steht damit eine Vielzahl von Funktionen zur Verfügung, die Angehörige und Caregiver entlasten und

Akronym: Avenue-Pal
Förderkennzeichen: 01VSF17044

- informations- und verhaltensorientierte,
- koordinative und soziale sowie
- kognitive und emotionale

Kompetenzen stärken.

Die Funktionalitäten der App verhalten sich wie eine persönliche Informations-/Wissensquelle und Assistenz des Angehörigen in der letzten Lebensphase eines Familienmitglieds. Die verwendeten Materialien und Informationen enthalten Hilfsangebote zu folgenden Schwerpunkten: die letzte Lebensphase (a), Pflege des Patienten (b), Angebote der palliativen Versorgung (c), rechtliche Aspekte (d) und hilfreichen Beratungsstellen (e). Zur gezielten Entlastung der Angehörigen verfügt die App über spezielle Werkzeuge. Sie ermöglicht die Eingabe von Stammdaten als auch von Pflege(verlauf-)informationen. Somit kann die App auch als Patientenakte, Kontaktdatenbank und Telefonbuch eingesetzt werden. Mit Hilfe von Informationen zum pflegenden Angehörigen (CareGiver) werden diese praxisnahe unterstützt und lernen die verschiedenen anstehenden Aufgaben nicht nur vorausschauend zu planen, sondern auch abuarbeiten.



Abb. 18: Aufbau der Caregiver-App.

Die App wird dabei als Teil des Systems verstanden. Über Schnittstellen wird eine Vernetzung letztendlich aller relevanten Akteure ermöglicht.

AUSSICHT: VERNETZUNG + KI



Abb. 19: Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure.

Technische Umsetzung

Im AvenuePal-Teilprojekt „IuK-Lösung und technologischer Transfer“ wurden in Kooperation mit den Projektpartnern folgende IuK-Komponenten entwickelt:

- Caregiver App
- Backend API
- FHIR Backend
- Frontend App
- Frontend App iOS
- HelpDesk

Es sei an dieser Stelle vermerkt, dass es sich um wissenschaftliche Entwicklungen handelt. Für marktfähige Softwares und/oder zugelassene Gesundheits-, Medizin- oder Pflege-APP bzw. z.B. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) oder Digitale Pflegeanwendungen (DiPA), sind weitere Schritte zur Inverkehrbringung notwendig.

Wie in Zwischenberichten und im Abschlussbericht dargelegt, wurde die klassische Lasten-Pflichten-Heft-Entwicklung – in Abstimmung mit den Projektpartnern – durch eine agile Entwicklung ersetzt. Die Gründe hierfür sind:

1. Die Funktionen der oben genannten Komponenten standen zu Projektbeginn noch nicht definitiv fest, sie konnten größtenteils erst im Projekt festgelegt werden. Insbesondere wurden die Empfehlungen des AvenuePal-Beirats berücksichtigt.
2. Die moderne Entwicklung von Software erfolgt in der Regel agil. Der Grund ist, dass durch agile Softwareentwicklung Risiken und Fehlentwicklungen im Entwicklungsprozess minimierbar sind. Das (iterative) Konzept der agilen Softwareentwicklung ist besonders empfehlenswert, wenn, wie im AvenuePal-

Verbundprojekt, Ziele, Aufgaben und Funktionen von Software erst im Laufe des Projekts herausgearbeitet bzw. hinreichend definiert werden kann.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Inhalte der Software-Komponenten bzw. der dazugehörigen Verzeichnisse beschrieben. In den Verzeichnissen finden sich Programmcodes, Beschreibungen, Kommentare etc., die somit nicht nur die eigentlichen Arbeiten zur IuK-Lösung, sondern zugleich auch die Maßnahmen bzw. Vorbereitungen für einen technologischen Transfer darstellen.

Caregiver App:

Die Caregiver App, die im Projekt Avenue-Pal entwickelt wurde, besteht aus mehreren Modulen. Diese Module sind in dem entsprechenden Verzeichnis gelistet. Um die Updates von der App bequemer zu machen, verwendet die App einen sogenannten Backend Server, der auch mit der FHIR-konformen Datenbank verknüpft ist. Als Frontend für die App dienen zwei Applikationen (je für Android und für iOS).

Backend API:

Mittels Backend API (Application Programming Interface) wird die Kommunikation mit den Apps gesteuert. Zudem wird die Anbindung an die Datenbank hergestellt. Das Backend soll bzw. muss auf einem Server laufen. Dies kann ein spezielles System sein, zu Test- und Entwicklungszwecken kann dies mit einem herkömmlichen Office Rechner mit Linux-basiertem Betriebssystem realisiert werden. Dies wurde im Projekt so realisiert. Der Server stellt also API zur Verfügung, dazu muss ein entsprechender Port in der Netzwerkinfrastruktur freigeschaltet werden. Zur Vereinfachung der API-Bedienung kann z.B. die API-Plattform Postman verwendet werden.

FHIR Backend:

Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) ist ein Standard, der von HL7 (hl7.de) mit der Maßgabe eingeführt wurde, den Datenaustausch zwischen Softwaresystemen im Gesundheitswesen zu unterstützen. FHIR beschreibt Datenformate und Elemente als sogenannte „Ressourcen“. Über eine FHIR-Schnittstelle erfolgt die Kommunikation. Im FHIR Backend werden in einem FHIR-konformen Format die Daten gespeichert, die in der App erfasst sind bzw. werden, es können auch Daten, die von Drittanbieter zur Verfügung gestellt werden, eingebunden werden. FHIR ist ein Format von JSON Dateien, was die sogenannte Interoperability von unterschiedlichen Systemen gewährleisten kann bzw. soll. Somit können Daten, die von Systemen, die FHIR-konform sind, stammen, korrekt erkannt und gelesen werden. Das von uns entwickelte FHIR Backend kann entweder auf dem gleichen Rechner wie die Backend API laufen, oder separat als auch sicher gehostet werden.

Frontend App:

Im Frontend App-Verzeichnis ist insbesondere der Sourcecode der Android App gespeichert. Als Framework für Android App wurde Flutter verwendet. Flutter erlaubt eine potentiell leichtere Entwicklung von Desktop und Webapps für die App. Die Programmiersprache für Flutter ist Dart von Google. Als IDE („integrated development environment“) wurde Android Studio 2021 verwendet. Android Studio erlaubt das Durchführen von Simulationen und von Tests. Dies unterstützt und verbessert eine agile App-Entwicklung signifikant. Zudem ist es möglich APK-Dateien zu entwerfen und zu verwenden. APK ist eine Abkürzung für „Android Package“. APK-Dateien lassen sich nur auf Android-Geräten öffnen und nicht etwa auf einem PC oder iPhone. Die entwickelte Frontend App kann auf Android-Smartphones, die unter einem Android-Operationssystem laufen, getestet werden. Die Version des Android-Operationssystem muss mindestens 10 sein.

Frontend App iOS:

Zur Entwicklung der Frontend App für das Apple-Betriebssystem iOS wurde z.T. Flutter verwendet. Flutter ist ein Open-Source-UI-Entwicklungs-Tool von Google. Mit Flutter können sogenannte Cross-Plattform-Apps in der Programmiersprache Dart entwickelt werden. Ein Flutter-Programm kann also ohne größere Anpassungen auf verschiedenen Plattformen lauffähig sein, z.B. WebApp, Android, iOS, Windows, Linux und macOS. Da Flutter in der Projektlaufzeit noch relativ neu auf dem Markt war, wurde im Projekt entschieden, die App für iOS nativ zu entwickeln. Somit konnten alle Vorteile und Optimierungswerkzeuge, die von Apple zur Verfügung gestellt wurden, verwendet werden. Die App konnte somit auch graphisch nah am Designkonzept entwickelt und programmiert werden. Als Programmiersprache wurde Swift (2020) von Apple verwendet. Swift ist eine robuste und intuitive Programmiersprache zum Entwickeln von Apps für iOS, Mac, Apple TV und Apple Watch. Um die Frontend App iOS zu verwenden, wird ein System (Computer), das unter MacOS (2020) läuft, benötigt; zudem muss XCode DIE installiert sein. Die App-Software lässt sich vermöge des eingebauten Simulators testen, sie kann auf einem Kabel-angeschlossenem Gerät laufen oder auf iOS-Device installiert werden. Das iOS-Device muss vorher über einen Apple Developer Account freigeschaltet werden.

HelpDesk:

In dem Projekt AvenuePal wurden Leitlinien für eine bessere Versorgung von Menschen im letzten Lebensabschnitt erstellt und der Öffentlichkeit vorgestellt. Darauf aufbauend wurde das sogenannte HelpDesk bzw. die sogenannte Help Desk Solution entwickelt. HelpDesk Solution ist ein Prototyp einer sogenannter True-Digital Leitlinienstruktur. Das heißt, die Leitlinien sind modular, Datenbank-artig, skalierbar und können in verschiedensten Variationen an den Endnutzer gebracht werden. HelpDesk wurde mit Hilfe von Notion Software im Rahmen des Akademieunterstützungsprogramm von Notion (2019/20) entwickelt. Somit hat Notion selbst als Basis für Datenbank und CMS für die HelpDesk Solution gedient. Dieser Ansatz erleichtert die Bedienung und Darstellung von in dem HelpDesk gespeicherten Elementen. Um die Möglichkeiten und Flexibilität zu zeigen, wurde auch eine Webapp entwickelt, die die Daten aus den Leitlinien visualisieren kann. Zur Implementation wurden HTML5 und CSS (Cascading Style Sheets) verwendet, als Frameworks für JavaScript kamen Bootstrap und Google Charts (2019/20) zum Einsatz.

HelpdeskWeb:

Der Source Code zur App – als auch Content – ist im Verzeichnis HelpdeskWeb zu finden. Dort sind die notwendigen .html- und .js-Dateien gespeichert. Ferner sind dort die exportierten CSV-Dateien von Notion, die als Datasets für die Visualisierung verwendet wurden, deponiert worden. Diese Webapp kann lokal installiert werden, sie kann auch gehostet werden. Die Voraussetzungen sind in den Dokumentationen beschrieben.

Bereitstellung der IuK-Lösung für die Öffentlichkeit

Interessenten stehen alle relevanten und erforderlichen Daten und Unterlagen der IuK-Lösung zur Verfügung. Über persönliche Zugangsdaten zur Cloud des Konsortialpartners THM kann auf diese zugegriffen werden. Die Zugangsdaten werden auf Anfrage über folgenden Ansprechpartner bereitgestellt:

Akronym: Avenue-Pal
Förderkennzeichen: 01VSF17044

Prof. Dr. Thomas Schanze
Technische Hochschule Mittelhessen (THM)
Fachbereich 04 Life Science Engineering (LSE)
Institut für Biomedizinische Technik (IBMT)
Wiesenstr. 14
35390 Gießen
Tel.: 0641 309 2639
E-Mail: thomas.schanze@lse.thm.de

7. Diskussion der Projektergebnisse

Ausmaß und Bedeutung der Verlegung von sterbenden Patienten und Bewohnern aufgrund eigener und den Vorarbeiten Dritter konnten verifiziert werden. Es handelt sich demnach um mehr als 100.000 Menschen, die von einer Verlegung betroffen sind, obwohl diese sich in ihrer allerletzten Lebensphase befinden. Auch wenn in dieser Studie nicht als Gegenstand behandelt, muss - um das Ausmaß der Problemlage einschätzen zu können - hinzugefügt werden, dass eine ähnlich große Zahl von Verlegungen Sterbender von zu Hause in das Krankenhaus bzw. Pflegeheim erfolgt. Die in der stationären Versorgung zur Verlegung führenden Bedingungen wurden als operationalisierbare Risikofaktoren definiert. Bewusst wurde hierfür Terminologie und Methode des Qualitäts- und Risikomanagements gewählt. Deswegen adressieren sich die Projektergebnisse ausdrücklich auch an die Qualitätsverantwortlichen im Krankenhaus, der Pflegeeinrichtung und darüber hinaus. Dass Risikofaktoren keinesfalls nur in den medizinisch-pflegerischen Versäumnissen zu finden sind, kommt für die Versorgungsforschung nicht überraschend und hat im vorliegenden Projekt u.a. dazu geführt, einen zweiten Fokus auf die externe Kollaboration (Transsektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit) und einen dritten auf die interne, organisatorische und personalbezogene Kompetenz gerichtet. Auch dies hat sich sehr bewährt, da das Management der Einrichtung einbezogen werden muss.

In einem translationalen Transfer wurden die Ergebnisse bzw. die identifizierten Risiken in evidenzbasierte Versorgungsleitlinien übersetzt. Dabei sind die Grenzen der Möglichkeiten einer evidenzbasierten Versorgungsgestaltung (z.B. kann es eine evidenzbasierte Organisations- und Personalentwicklung überhaupt geben) den Projektpartnern bewusst. Auch aus diesem Grund wurde die AWMF bzw. deren Marburger Institut aktiv als Begleitung des formativen Projektvorgehens bzw. der Leitlinienentwicklung gewählt.

Möglich wurde die - wie die Verfasser überzeugt sind - hohe Qualität und auch Praktikabilität der beiden Leitlinien, durch den für Avenue-Pal zusammengeführten Beirat aus insgesamt 26 Personen bestehend, der über alle notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen verfügte, um die identifizierten Risiken in deren Steuerung abzudecken. Diese hohe fachliche Durchdringung war erhofft, die große Motivation, den aufwendigen Konsensus und dann noch die Implementierung und ersten Evaluationen zu begleiten, waren von den Projektverantwortlichen in diesem Ausmaß und Beständigkeit nicht erwartet worden. Hilfreich für die hohe fachliche, verhaltens- bzw. skillorientierte Durchdringung war die auch in den Entscheidungshilfen geführte Kompetenzorientierung. Das Aufteilung der Leitlinien in kurz-, mittel- und langfristige Zielsetzungen bzw. mit diesen verbundenen Interventionen, hat von Beginn an nicht nur dazu geführt, das frühzeitig wirkungsvolle und machbare Risiken reduziert wurden, sondern ermöglicht auch die Anpassung (Customizing) der Leitlinie, je nach Gültigkeit und Ausprägung des Risikos in der Einrichtung. Dies sollte insbesondere für den Fall

eines Transfers des Projektes auf andere Einrichtungen (Versorgungsregionen) hilfreich sein. Wird diese „Baseline-Bestimmung“ durch einen erfahrenen „externen“ Projektpartner unterstützt, so wie in Avenue-Pal möglich, erhöhen sich die Effektivität und Effizienz der Leitlinieneinführung. So wurde ein elektronisches Help-Desk etabliert, ähnlich eines Projekt-Offices, über ein gemeinsam genutztes PM-Tool wurde die zeitnahe Administration der unterschiedlichsten Ereignisse gesichert. Dabei wurde das Help-Desk der Art programmiert, dass es als digitales Werkzeug eingesetzt werden könnte. Dies empfiehlt sich für die Etablierung einer Versorgungsleitlinie. Insbesondere wenn transsektoral und mit unterschiedlichsten regionalen Partnern kooperiert werden muss bzw. Ergebnisse angezielt werden, die einen sorgfältigen Casemanagement-Versorgungsprozess zur Voraussetzung haben.

Jedes Verlegungsgeschehen - auch wenn dieses reduziert werden soll - ist die Abbildung, Beschreibung und Gestaltung von Schnittstellen und der mit diesen verbundenen Prozesse. Dies gestaltete sich z.T. als schwierig. Gemildert werden konnte diese Herausforderung nicht nur durch die Implementierung der Leitlinie in einem (Multi-) Projektmanagement, sondern auch dadurch, dass früh eine Balance-Score-Card mit dem Management von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung entwickelt wurde. Es handelt sich dabei um ein Controllinginstrument, das allen eine gute Transparenz des Vorgehens und auch (potentielle) Steuerungsmöglichkeiten bietet. Die Projektpartner sind sich dahingehend einig, dass die BSC allen weiteren Einrichtungen, die eine Einführung der Leitlinie planen, sehr hilfreich sein kann.

Auch für das G-BA Innofonds geförderte Projekt Avenue-Pal gilt, dass die Projektlaufzeit von 3 Jahren, die die Verifikation bzw. die Präzisierung der Ausgangslage und die Entwicklung von 2 Leitlinien und erster Evaluation der erreichten Ergebnisse umfasste, eher zu kurz gewählt war und dies die absehbare Ergebnislage schmälert. Ein nicht unerheblicher Teil der durch die Leitlinien induzierten Entwicklungsprozesse können nur als länger- bzw. langfristige Zielsetzungen formuliert werden. Etwa was die Kooperation mit den externen Partnern (z.B. Rettungswesen, Hausärzte) oder gar die Rückbindung mit den öffentlichen Akteuren (Gesundheitsamt, Heimaufsicht, Bürgermeister etc.) betrifft. Hier sind nicht alle Effekte geborgen bzw. erfasst worden. Da diese Schwierigkeitslage antizipiert worden war, wurden in z.T. sehr aufwendigen Teilprojekten weitere Werkzeuge - ganz im Sinn einer vorausschauenden Planung bzw. des Translationsprinzips - entwickelt. Die vier Entscheidungshilfen (EH's) besitzen gerade für die längerfristige Kollaboration mit den für das Verlegungsgeschehen relevanten (komplementären) Partnern eine große Rolle, auch da diese allesamt durch ihren präventiven Charakter ausgezeichnet sind. Sie stellen nach unseren Erfahrungen ein sehr gutes Kommunikationsmittel dar und sind geeignet, um darüber hinaus zu den notwendigen Vereinbarungen zu kommen. So wurden mehrere diese beschreibenden Letter of Intends (LoI) gezeichnet. Die EH's für Notärzte, Hausärzte und Krankenhausärzte (wie auch alle anderen Instrumente) wurden und werden den beruflichen Fachgruppen, Fachgesellschaften, Kostenträgern bzw. Communities zur Verfügung gestellt, so dass diese in anderen Versorgungsgebieten zum Einsatz gebracht werden können.

Auch der von Avenue-Pal in Kooperation mit einem Städte- und Gemeindebund entwickelte „Leitfaden Kommune“ dient dem Zweck, die soziale Funktion des Vorgehens zu unterstreichen. In einer eigens zur Vorstellung dieses Leitfadens durchgeführten Online-Meetings im Februar des Jahres nahmen über 200 Personen - unter diesen zahlreiche kommunale bzw. öffentliche Vertreter - aus ganz Deutschland teil. Wir empfehlen allein aufgrund dieser Erfahrungen allen Versorgungsregionen, welche die Versorgungsleitlinien implementieren wollen, den „Leitfaden Kommune“ mit einem kommunalen / öffentlichen Vertreter zu etablieren. Das Prinzip der „Regionalen Gesundheitsversorgung“ - dabei haben wir aufgrund unserer städtisch geprägten Region keinesfalls nur ländliche Versorgungsräume

vor Augen - wird durch die Anwendung des Leitfadens Kommune in seiner Berechtigung unterstrichen.

Avenue-Pal hat sich dezidiert als ein Projekt zur Stärkung der Betroffenen in der gesundheitlichen Versorgung begriffen. In der Verhinderung nicht indizierter Verlegungen Sterbenden hieß dies nicht nur verschiedene organisatorische Risikofaktoren wie unzureichende Versorgungsplanung oder Patientenverfügungen zu problematisieren, sondern insbesondere auch die Situation der Angehörigen zu erkennen und diese der Art zu fördern, dass dieser nicht auf unnötige Verlegungen hinwirkt bzw. dazu beiträgt, die Situation vor Ort zu konsolidieren. Nicht nur dem Angehörigen „ein möglichst gutes Sterben“ zu ermöglichen, sondern sich selber auch als hilfreich und unterstützend wahrzunehmen. Die Aufmerksamkeit dahingehend herzustellen wird in dem interventionellen Design des Risikofaktors „Unzureichend informierter und eingebundener Angehöriger“ verdeutlicht. Darüber hinaus wurde eine Entscheidungshilfe entwickelt und vor allem auch ein technisches, rechtliches und vor allem fachliches „proof of principle“ für eine Angehörigen bzw. Care-Giver App geführt. Dieser wurde der Art gestaltet, dass die Angehörigen „Besitzer“ der Daten bzw. keine „Datenspender“ sind. Wir sind sicher, dass der erreichte Entwicklungsstand, Validität und Machbarkeit der Art ist, dass die App Pflegenden Angehörigen zur Verfügung gestellt werden könnte.

Für die App gilt, dass im Rahmen des Projektes die Entwicklung zu einem funktionsfähigen Prototyp vollzogen wurde und die technischen Vorarbeiten soweit vorangeschritten sind, dass eine Überführung in ein marktfähiges Angebot möglich sein kann. Zugleich finden gegenwärtig Bemühungen statt, die eine abschließende Produktentwicklung ermöglichen könnten.

Ausmaß und Bedeutung der Verlegung von sterbenden Patienten und Bewohnern aufgrund eigener und den Vorarbeiten Dritter konnten verifiziert werden. Die im Wesentlichen hierzu führenden Bedingungen wurden konstruktiv bzw. operationalisierbar als Risikofaktoren definiert. Das diese keinesfalls nur in den medizinisch-pflegerischen Versäumnissen zu suchen sind, kommt für die Versorgungsforschung und Gestaltung nicht überraschend und hatte im vorliegenden Projekt dazu geführt, einen weiteren Fokus auf die externe Kollaboration (Transsektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit) und zuletzt auf die interne, organisatorische und personalbezogene Kompetenz adressiert. Wenn auch in unterschiedlicher Akzentuierung, wurden die identifizierten Risiken in möglichst weitreichend evidenzbasierte Leitlinien übersetzt. Die Grenzen einer evidenzbasierten Versorgungsgestaltung (z.B. kann es eine evidenzbasierte Organisations- und Personalentwicklung geben), waren den Handlungspartnern bewusst, gleichwohl wurde die AWMF aktiv als Begleitung des formativen Projektvorgehens gewählt. Das Prinzip der Aufteilung der Leitlinien in kurz- mittel- und langfristige Zielsetzungen bzw. mit diesen verbundenen Interventionen hat sich sehr bewährt, nicht nur, weil so rasch die „wirkungsvollen und machbaren“ Prozesse initiiert und Ergebnisse erreicht werden können, sondern weil dies auch eine hohe Individualisierung (Customizing) der Leitlinien je nach „Baseline“ der Risiken zulässt. Wird solch ein Vorgang durch einen erfahrenen „externen“ Projektpartner unterstützt erhöht sich die Effektivität und Effizienz.

Aus diesem Grund wurde ein „elektronisches Help-Desk“ etabliert, ähnlich zu einem Projekt-Office, über ein gemeinsam genutztes PM-Tool gelang die zeitnahe Administration der unterschiedlichsten Ereignisse. Dies empfiehlt sich sehr für die Etablierung einer Versorgungsleitlinie. Insbesondere wenn transsektoral und mit unterschiedlichsten regionalen Partnern kooperiert werden muss bzw. Ergebnisse angezielt werden, die einen sorgfältigen Casemanagement-Versorgungsprozess als Voraussetzung haben.

Jedes Verlegungsgeschehen als auch dessen Rückführung ist durch solche Prozesse gekennzeichnet. Gemildert werden konnte die Herausforderung auch durch die früh aufgenommene Diskussion bzw. Entwicklung einer Balance-Score-Card, die dem

Einrichtungsmanagement eine hohe Transparenz vermittelt, auch da ein etabliertes Managementtool zur Anwendung gebracht wird. Auch für Avenue-Pal gilt, dass die Projektlaufzeit von 3 Jahren eher zu kurz gewählt war. Ein nicht unerheblicher Teil der durch die Leitlinien induzierten Entwicklungsprozesse können nur als länger- bzw. langfristige Zielsetzungen formuliert werden. Etwa was die Kooperation mit den externen Partnern (z.B. Rettungswesen, Hausärzte) oder gar die Rückbindung mit den öffentlichen Akteuren (Gesundheitsamt, Heimaufsicht etc.) betrifft. Hier sind nicht alle Effekte geborgen bzw. erfasst worden.

Da diese Schwierigkeitslage antizipiert worden war, wurden in z.T. sehr aufwendigen Teilprojekten weitere Werkzeuge - ganz im Sinn einer vorausschauenden Planung - entwickelt. Die Entscheidungshilfen besitzen gerade für die Kollaboration mit den für das Verlegungsgeschehen relevanten (komplementären) Partnern eine große Rolle, da diese allesamt durch ihren präventiven Charakter ausgezeichnet sind und eine gutes Kommunikationsmittel sind, um mit diesen in das Gespräch bzw. eine Vereinbarung zu kommen. Die EH's für Notärzte, Hausärzte und Krankenhausärzte (wie auch alle anderen Instrument) wurden und werden den Fachgesellschaften bzw. Communities zur Verfügung gestellt, so dass diese - bei leichter Anpassung - an anderen Versorgungsgebieten zum Einsatz gebracht werden können. Auch der von Avenue-Pal in Kooperation mit einem Städte- und Gemeindebund entwickelte „Leitfaden Kommune“ dient dem Zweck, die soziale Funktion des Vorgehens zu unterstreichen. In einer eigens zur Vorstellung dieses Leitfadens durchgeführten Online-Meetings im Februar des Jahres nahmen über 200 Personen - unter diesen zahlreiche Kommunal- bzw. öffentliche Vertreter - aus ganz Deutschland teil.

Wir empfehlen allein aufgrund diesen Erfahrungen allen Versorgungsregionen, welche die Versorgungsleitlinien implementieren wollen, den „Leitfaden Kommune“ mit einem kommunalen / öffentlichen Vertreter zu etablieren. Das Prinzip der „Regionalen Gesundheitsversorgung“ - dabei haben wir aufgrund unserer städtisch geprägten Region keinesfalls nur ländliche Versorgungsräume vor Augen - wird durch die Anwendung des Leitfadens Kommune in seiner Berechtigung unterstrichen.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Weiterer Betrieb der Projektwebsite Avenue-Pal

Auch nach Projektende stehen Projektergebnisse, gesammelte Erfahrungen und entwickelten Werkzeuge (als Download) auf der Projektwebseite (www.avenue-pal.de) für interessierte Personen bzw. Fachgesellschaften und Einrichtungen bis voraussichtlich Ende des Jahres 2022 zur Verfügung.

Veröffentlichungen

Bisher wurden 12 Publikationen zur Veröffentlichung (2021-2022) akzeptiert. Diese stellen das Gesamtprojekt, dessen Ergebnisse als auch die verschiedenen entwickelten Werkzeuge in den entsprechenden Handlungs- und Fachumwelten vor. Hierbei wurden ebenso wissenschaftliche (reviewed) Journale adressiert als auch solche, welche die Entscheider (Management) und die Praktiker erreichen. Weitere Veröffentlichungen, auch solche, die im Bericht noch nicht vorgestellt werden, sind eingereicht bzw. in Planung.

Kontaktaufnahmen

Die relevanten Verbände wie z.B. die Deutsche Palliativgesellschaft (DPG, DPR) und Kammern (Hessische Kassenärztliche Vereinigung) wurden eingebunden. Eine bestmögliche Übergabe der Arbeitsergebnisse des Projektes durchgeführt. Der Kontakt zu inhaltlich vergleichbaren G-BA Innofonds geförderten Projekte wurde und aktiv geführt z.B. Novelle, StiK-OV. Die erarbeiteten Leitlinien wurden auch hier übersendet bzw. zur Verfügung gestellt. Kontaktaufnahmen fanden auch mit den Krankenhausverbänden (DKG, DEKV, KKVD) bzw. vergleichbaren Pflegegesellschaften, einzelnen Trägergesellschaften und Kostenträger z.B. AOK, TK statt bzw. diese wurden aktiv zum Projekt und dessen Ergebnissen informiert. Hierzu fand auch ein eigene webbasierte 4-stündige Informationsveranstaltung im März 2021 mit über 200 Teilnehmern statt.

Beratungs- und Trainingsangebote

Die Vorstellung der Leitlinien war auch bereits Gegenstand von Informationsveranstaltungen, die durch externe Bildungsträger realisiert wurden. In einer – durch einen diakonischen Bildungsträger organisierten webbasierten 2,5 stündigen Fortbildungsveranstaltung - im September 2021 realisierten Veranstaltung waren ca. 40 Teilnehmer aus dem Umfeld stationärer Pflegeversorgung anwesend. Im Mittelpunkt stand der Bericht der Implementierung der Versorgungsleitlinie in einer stationären Pflegeeinrichtung. Weitere Beratungs- und Trainingsangebote sind in Planung.

Kongress

Anlässlich des geplanten 6. Kongresses „Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen“ am 2. Dezember 2022 in Gießen werden die Ergebnisse aus Avenue-Pal, die verschiedenen Werkzeuge etc. ein inhaltlicher Gegenstand der Referate und Präsentationen sein.

Politikberatung

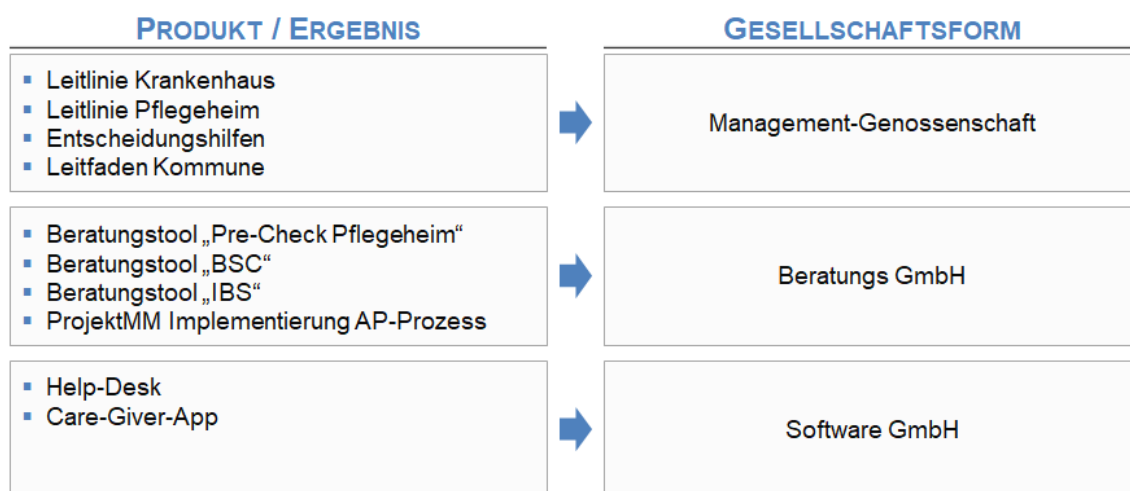
Das Projekt Avenue-Pal wurde - von dessen Beginn an – auch mit politischen Akteuren besprochen bzw. entwickelt. So war etwa einer der Hessischen Spitzenverbände, der Hessische Städte- und Gemeindebund involviert. Auch wurde eine eigene Veranstaltung für die kommunalpolitische Ebene realisiert (Regionale Gesundheitsversorgung). Auch auf landespolitischer Ebene wird das Projekt in Hessen analysiert und in dessen Fortführungsmöglichkeiten geprüft. In diesem Zusammenhang ist es gelungen, in Hessen als bundesweit erstem Bundesland die Möglichkeit eines „Sterbeortregisters“ - durch eine Weiterentwicklung des Leichenschauisches - zu erstellen. Aus dem zuständigen Landesministerium in NRW wurden die entwickelten Regionalen Versorgungsleitlinien angefordert. Durch die Teilnahme des wissenschaftlichen Leiters des Projektes in der Formulierung des HPG 2015 bestand Kontakt auch in den Bundestag und hier in den Ausschuss für Gesundheit des Bundestages, der über die erreichten Projektergebnisse kurz informiert wurde.

Fortentwicklung der Caregiver-App

Aktuell wird geprüft, wie, unter den bestehenden rechtlichen Limitierungen und inhaltlichen Vorarbeiten mit welchen Partnern (Bundesland, Bund, Stiftungen, Gesundheitsorganisationen, Industrie) eine Entwicklung zur Marktreife möglich ist. Angezielt wird dabei u.a. weiterhin, dass die Angehörigen (Betroffenen) „Besitzer“ des Verfahrens bzw. der Daten sind. Favorisiert wird die Möglichkeit der weiterführenden Entwicklung der App für Pflgende Angehörige mit der THM.

Geschäftsmodell

In ersten Ausarbeitungen wurde auch geprüft, in welchen fachlichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Lösungsformen die Umsetzung des Vorgehens realisiert werden könnte. Welche alternativen Geschäftsmodelle einer Management-Gesellschaft mit Beratungsinstitut und Technologietochter, sowie ein Train-the-Trainer-Konzept wurden skizzenhaft entwickelt.



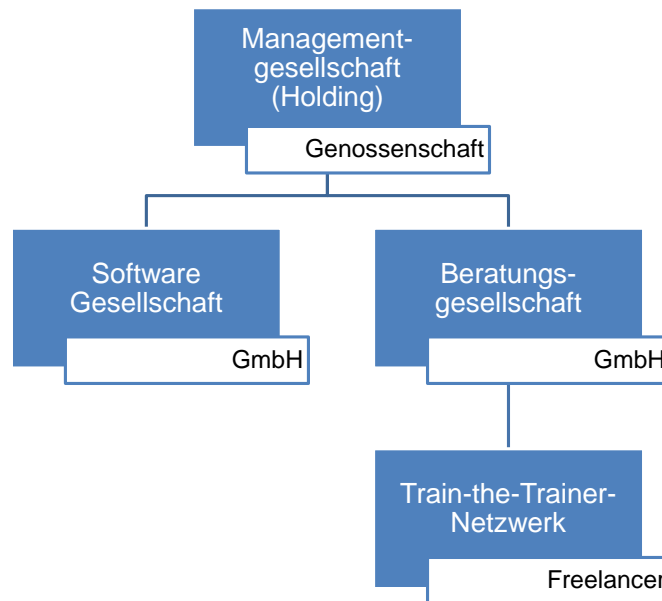


Abb. 20: Aufbau eines möglichen Geschäftsmodells in der Rechtsform der Genossenschaft.



Die Management-Gesellschaft, in präferierter Form einer Genossenschaft ob des bürgerorientierten Vorgehensansatzes, könnte im Rahmen eines bundesweiten Modulvertrags nach §140a SGB V das wirtschaftliche Gefäß der entwickelten Produkte darstellen. Konkret würde unter dem Dach der Management-Gesellschaft die im Projekt entwickelten Ergebnisse (Produkte), insbesondere die regionalen Versorgungsleitlinien, Entscheidungshilfen, Leitfäden sowie die technologischen Lösungen für die regionale Implementierung zusammengefasst werden.

Die operative Implementierungsberatung könnte durch eine eigene Beratungsgesellschaft mit Aufbau eines Train-

the-Trainer-Netzes bundesweit ermöglicht werden. Für die technologischen Beratungs- und Unterstützungsprodukte, der Care-Giver-App sowie das Help-Desk und Projektmanagement-Tool ist u.a. auch mit Blick auf die Produkthaftung und Möglichkeit der technischen und wirtschaftlichen Weiterentwicklung die Gründung einer Software-Gesellschaft zu prüfen. So könnten unter dem Dach einer Management-Gesellschaft der Transfer der Projektergebnisse nachhaltig gestaltet werden.

Um das bundesweit regionale Implementierungsgeschehen zu ermöglichen, ist darüber hinaus ein entsprechendes „Multiplikationskonzepts“ weiter zu prüfen. Denn das wirtschaftlich-bürgernahe Transfergeschehen muss mit den jeweils regionalen Akteuren geführt werden. So könnte geprüft werden, ob die Gründung integrierter regionaler Versorgungsstrukturen (IRV) im Genossenschaftsmodell zielführend sein können. Dies bedeutet, dass die Management-Holding die Strukturen für die Gründung regionaler Versorgungsstrukturen als Genossenschaften unter dem Dach der Management-Genossenschaft den Implementierungsprozess beschleunigen könnte. So gilt es für die

Akronym: Avenue-Pal

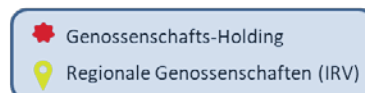
Förderkennzeichen: 01VSF17044

Beratungsgesellschaft nicht nur den Aufbau eines Train-the-Trainer-Netzes zu gestalten, sondern auch die strukturelle Beratung zur Gründung integrierter regionaler Versorgungsstrukturen zu ermöglichen.



Bundesweit Regionale Multiplikation:

- ✓ Bundesweit verfügbare Vertragsstrukturen
- ✓ Bundesweite Regionale Implementierungsberater/-innen
- ✓ Einfache Übertragbarkeit (Drag&Drop-System)
- ✓ Erfahrene Genossenschaftsgründer (über Kooperationspartner)
- ✓ Bundesweite Nutzung zentraler Ressourcen für IRV-Implementierung



Eine detailliertere Validierung dieser konzeptionellen Überlegungen zur Überführung der Projektergebnisse in die Regelversorgung war nicht Gegenstand dieses Projektes, wenngleich mit dem im Projekt beteiligten Kostenträger, der BIG direkt gesondert die hier skizzierten Transferüberlegungen in enger Abstimmung geführt wurden. Für gesetzliche Krankenversicherungen gilt, mit Blick auf das zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot, den aus dem Projekt dargestellten Nutzen für Betroffene, Angehörige und beteiligte Akteure einem ökonomischen Nutzen gegenüber zu stellen. Zudem hat sich gezeigt, dass die strategische Einbindung weiterer Kostenträger unter Beachtung der jeweiligen regionalen Gegebenheiten das Vorgehen unterstützen könnte. Es gilt zu prüfen, inwieweit diese Überführung in die Regelversorgung im Rahmen eines Anschlussprojektes, z.B. unter der Förderlinie „Neue Versorgungsformen“, ermöglicht werden kann.

9. Veröffentlichungen

Folgende Veröffentlichungen sind erschienen:

1. W. M. George, Th. Schanze, U. Sibelius, K. Weber: Sterben im Krankenhaus. Status quo, aktuelle Herausforderungen und neue Wege der palliativen Versorgung und Begleitung. In: das krankenhaus, 12, 2018
2. W. M. George, Th. Fritz, J. Papke, K. Weber, P. Larionov: Braucht die Versorgungsforschung in Deutschland ein Sterbeortregister? In: Monitor Versorgungsforschung 12 (6) 2019.
3. W. M. George, J. Dapper, C. Heidrich: Projekt will Versorgung Sterbender verbessern. In: CAREkonkret, Ausgabe 46, 2019
4. K. Weber, W. M. George: Ethische Problemlagen durch die Verlegung sterbender Menschen zwischen verschiedenen Versorgungsorten und -einrichtungen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 66 (2) 2020.
5. W. M. George, K. Weber: Das Krankenhaus der Zukunft. In: KU Gesundheitsmanagement 4/2020.
6. George WM, Steffen P, Schanze T, Haberland M, Herrmann J, Ascensi M, Larionov P, Scheld R, Dapper J, Sibelius U, Berthold D, Scorna U, Brosch S, Blum K, Heidrich C, Kopp I Weber K. Das G-BA-Innovationsfonds-Projekt „Avenue-Pal“. MMW Fortschr Med 2021; 163 (Suppl 5) 9/21 DOI: 10.1007/s15006-021-0171-6
7. Wolfgang M. George, Jens Dapper, Susette Schumann: Die qualitative Verbesserung sterbender Bewohner in Pflegeheimen durch die Implementation einer evidenzbegründeten Leitlinie / Erfahrungs- und Ergebnisbericht eines Projektes des Innovationsfonds, einer Institution des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Altenheim, 9/2021 S.57-62
8. George, Wolfgang; Steidl, Stefan; Papke, Jens; Wiese, Christoph: Entscheidungshilfe (EH) für Notärzte in der Versorgung von Patienten am Lebensende; 9/21 Manuskript ID: NOTARZT-2021-03-0112-OA.R1
9. Wolfgang M. George, Rochus Allert, Karsten Weber: Zur Situation der Versorgung Sterbender im Krankenhaus – Ein vom G-BA-Innovationsfonds gefördertes Projekt reduziert nicht indizierte Verlegungen. In: Krankenhaus Umschau Gesundheitsmanagement 12/2021.

Folgende befinden sich noch in Bearbeitung (d.h. eingereicht und akzeptiert bzw. in Prüfung/Review):

1. K. Weber, U. Scorna, W. M. George: Die Zukunft des Sterbens im Krankenhaus. Eine Reflektion zu besseren Wegen für Patient*innen. Erscheint in: N.N. (Hrsg.): Die Zukunft von Klinik und Gesundheitswesen (Jahrbuch für Ethik in der Klinik 2021): Würzburg: Königshausen & Neumann, im Druck.
2. U. Scorna, W. M. George, K. Weber: Ethische Dimensionen der Begleitung Sterbender. Eine qualitative Erhebung der Bedingungen des Sterbeprozesses in deutschen Pflegeeinrichtungen. Erscheint in: Pflege & Gesellschaft, im Druck
3. George W, Haberland M, Ascensi M, Griewing B, Dapper J Walter D. Balanced-Scorecard (BSC) als Instrument der Unterstützung einer Leitlinienimplementierung,

Zeitschrift für Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. Angenommen am 15.10.2021, im Druck

4. George W, Schelzke KC, Sitte T, Weber K: Durch vorausschauende Planung soziale Teilhabe bis zuletzt: Ein Leitfaden für Kommunen, Pflegen:Palliativ, Angenommen geplante Veröffentlichung Januar 2022
5. Wolfgang M. George, Edna Künne, Susette Schumann, Karsten Weber, Entscheidungshilfe für Angehörige in der Versorgung Sterbender als Bestandteil einer Versorgungsleitlinie, eingereicht Heilberufe Science Oktober 2021
6. Wolfgang M. George, Pavel Larionov: Den Notärztlichen Dienst in der Versorgung Sterbender in dessen Entscheidungsfindung unterstützen. Anästhesie Veröffentlichung Dezember 2021

10. Literaturverzeichnis

- s. Anhang 11 –

Zusätzlich:

Bartholomeyczik, E.: Arbeitsbelastung in der Krankenpflege. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS), doi:10.6102/zis32, 2014.

COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), FFAW 2018

George, W. M.; Steidl, S.; Papke, J.; Wiese, C. H. R.: Entscheidungshilfe (EH) für Notärzte in der Versorgung von Patienten am Lebensende Decision Support for Emergency Physicians in the Care of Patients at the End of Life, NOTARZT 2022; 38(01): 28-35 DOI: 10.1055/a-1542-8370 Originalarbeit

Krueger, R. A.: Analyzing & reporting focus group results. Focus group kit (Vol. 6). Thousand Oaks, CA: Sage, 1999

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, 2015

Mohr, G. & Rigotti, T. (2014). Irritation (Gereiztheit). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. doi:10.6102/zis30

Prüfer, P. und Rexroth, M.: Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA Arbeitsbericht 2000/08, ZUMA Mannheim, 2008.

Schreier, M.: Qualitative Stichprobenkonzepte. G. Naderer & E. Balzer (Hrsg.), Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis, S. 241-256. Wiesbaden: Gabler, 2011

Tausch, A.; Menold, N.: Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung (...). GESIS Papers 2015 | 12, 2015

11. Anhang

Übersicht Anhänge	
Anhang 1	Pflegeheimbefragung
Anhang 2	Krankenhausbefragung
Anhang 3	Hausarztbefragung
Anhang 4	Analyse der Bestandsdaten aus Pflegeheimen und Krankenhäusern
Anhang 5	Sekundärdatenanalysen DRG-Statistik
Anhang 6	Sekundärdatenanalysen der Versichertendaten der BIG Kranken- und Pflegeversicherung
Anhang 7	Mitarbeiterbefragung AWO
Anhang 8	Mitarbeiterbefragung UKGM
Anhang 9	Befragung der AWO Leitungsebene
Anhang 10	Ethische Evaluation
Anhang 11	Literaturliste
Anhang 12	Berichte Konsile UKGM
Anhang 13	Forschungsfragentableau
Anhang 14	Fragebögen
Anhang 15	Prozesskostenanalyse
Anhang 16	Projektkosten
Anhang 17	IBST (Informations-, Beratungs- und Schulungstableau)

12. Anlagen

Übersicht Anlagen	
Anlage 1	Regionale Versorgungsleitlinie Pflegeheim
Anlage 2	Regionale Versorgungsleitlinie Krankenhaus
Anlage 3	Entscheidungshilfe für Angehörige
Anlage 4	Flyer Entscheidungshilfe für Angehörige
Anlage 5	Entscheidungshilfe für Hausärzte
Anlage 6	Flyer Entscheidungshilfe für Hausärzte
Anlage 7	Entscheidungshilfe für Krankenhausärzte
Anlage 8	Flyer Entscheidungshilfe für Krankenhausärzte
Anlage 9	Entscheidungshilfe für Notärzte
Anlage 10	Flyer Entscheidungshilfe für Notärzte
Anlage 11	Leitfaden für Kommunen
Anlage 12	AWMF-Regelwerk 2020 V2.0
Anlage 13	Flyer Informations-, Beratungs- und Schulungstableau
Anlage 14	Balanced Score Card Entwicklung

AvenuePal: Analyse der Befragung der Pflegeheime

22. Mai 2019

Beschreibung der Stichprobe

Die Daten wurden zwischen September 2018 und März 2019 in einer Onlineumfrage erhoben. Es liegen 411 Datensätze vor.

Die Antworten kamen aus allen Bundesländern, wobei die Fallzahlen pro Bundesland recht gut die Größen und Einwohnerzahlen der Länder abbildet. Von den 393 Heimen, zu denen Antworten auf die Frage nach der Trägerschaft vorliegen, waren 239 (61 %) unter frei-gemeinnütziger oder konfessioneller Trägerschaft, 102 (26 %) konfessionell und 52 (13 %) öffentlich-kommunal. Die Daten stammen zum überwiegenden Teil aus mittelgroßen Heimen, aber auch kleine und große Einrichtungen waren vertreten (Tab. 1).

Tab. 1: Größe der Einrichtung

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
bis 50 Plätze	60	15,0
51-100 Plätze	197	49,1
101-200 Plätze	111	27,7
mehr als 200 Plätze	33	8,2
Gesamt	401	100,0
Fehlend	10	
Gesamt	411	

Die Antwortenden waren zum Großteil in der Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung beschäftigt (Tab. 2) und hatten meist eine Berufserfahrung von über 10 Jahren (307 Nennungen = 77 %), 79 Personen hatten eine Berufserfahrung von 3 bis 10 Jahren (20 %), nur 15 eine von unter drei Jahren (4 %).

Tab. 2: Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung (Mehrfachnennungen waren möglich und wurden vereinzelt genutzt) (Anzahl der Nennungen)

	Einrichtungs- leitung	Pflegedienst- leitung (PDL)	Palliativfachkraft	Qualitäts- management	Mitarbeiter in der Pflege
Nicht Gewählt	194	283	365	369	370
Ja	214	125	43	39	38

Subgruppenanalysen

Beim Versuch einer kausalen Interpretation der Subgruppenanalysen muss bedacht werden, dass die antwortenden privaten Träger deutlich häufiger kleine Einrichtungen betreiben als die anderen, insbesondere die öffentlich-kommunalen Träger, und dass letztgenannte deutlich häufiger große Heime betreiben als beide anderen Trägergruppen (Tab. 1a). Falls sich also zum Beispiel zeigt, dass große Heime und öffentlich-kommunal geführte Einrichtungen in Bezug auf ein Merkmal auffällig sind, dann ist nicht unmittelbar klar, ob die Größe der Grund ist oder die Trägerart. Eine stärker kausal orientierte Analyse, die die Kombination Größe*Trägerart genauer analysiert und für den jeweils anderen Faktor kontrolliert, scheint jedoch bei den vorliegenden Fallzahlen in den Kombinationen der Faktorstufen nicht sinnvoll.

Tab 1a: Größe der Einrichtung, nach Trägerart

		Trägerart Ihrer Einrichtung					
		Frei-Gemeinnützig,		Privat		Öffentlich-Kommunal	
		Konfessionell					
		Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)
Größe der Einrichtung	bis 50 Plätze	25	10,7%	28	27,7%	2	3,8%
	51-100 Plätze	131	56,0%	42	41,6%	22	42,3%
	101-200 Plätze	60	25,6%	26	25,7%	19	36,5%
	mehr als 200 Plätze	18	7,7%	5	5,0%	9	17,3%

Ergebnisse

1. Verlegungspraxis

Die Befragten geben an, dass in 18 % der Einrichtungen (n=71) eine Statistik zur der Frage geführt wird, wie häufig es vorkommt, dass Bewohner, die schwerstkrank bzw. sterbend sind, in ein Krankenhaus verlegt werden. Auf die Frage, wie häufig dies vorkommt, konnten dennoch insgesamt 395 Befragte einen Wert zumindest schätzen. Im Mittel (Median) wurden 5 % der Schwerstkranken bzw. Sterbenden in ein Krankenhaus verlegt (IQR 5 – 15, Min=0 Max=80 %). Außer ins Krankenhaus wurden die Sterbenden vereinzelt nach Hause verlegt, etwas häufiger in Hospize (Tab. 3).

Tab. 3: Wohin werden schwerstkranken bzw. sterbende Bewohner noch verlegt? (Anzahl der Nennungen)

	nach Hause	Hospiz
nie	319	201
selten	53	157
manchmal	6	28
oft	4	5
sehr oft	3	1

Subgruppenanalysen

Getrennt betrachtet nach Trägerart und Größe der Einrichtung scheint das Verlegungsrisiko etwas erhöht in öffentlich-kommunalen Einrichtungen und in großen Einrichtungen, etwas erniedrigt in privaten sowie in kleinen Einrichtungen. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Hospizen scheint es eine leichte Tendenz zu geben in dem Sinne, dass größere Einrichtungen eher in Hospize verlegen als kleinere (Tab. 3a-3d)

Tab 3a: Verlegungen ins Krankenhaus in Prozent, nach Trägerart

	N	Median	IQR
Frei-Gemeinnützig, Konfessionell	231	5	5 – 15
Privat	99	5	1 – 10
Öffentlich-Kommunal	48	5	5 – 25

N=Fallzahl; IQR=Interquartilrange (25 und 75 % Perzentil)

Tab 3b: Verlegungen ins Krankenhaus in Prozent, nach Größe der Einrichtung

	N	Median	IQR
bis 50 Plätze	58	5	0 – 5
51-100 Plätze	191	5	5 – 15
101-200 Plätze	106	5	5 – 15
mehr als 200 Plätze	28	12,5	5 – 22,5

N=Fallzahl; IQR=Interquartilrange (25 und 75 % Perzentil)

Tab. 3c: Wohin werden schwerstkranke bzw. sterbende Bewohner noch verlegt? (Anzahl der Nennungen), nach Trägerart

		nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
Frei-Gemeinnützig, Konfessionell	[nach Hause]	191	31	3	3	0
	[Hospiz]	119	94	13	3	1
Privat	[nach Hause]	82	8	0	1	2
	[Hospiz]	46	41	9	0	0
Öffentlich-Kommunal	[nach Hause]	33	9	3	0	1
	[Hospiz]	25	17	5	1	0

Tab. 3d: Wohin werden schwerstkranke bzw. sterbende Bewohner noch verlegt? (Anzahl der Nennungen), nach Größe der Einrichtung

		nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
bis 50 Plätze	[nach Hause]	47	6	0	1	1
	[Hospiz]	42	15	1	0	0
51-100 Plätze	[nach Hause]	160	23	0	0	1
	[Hospiz]	102	75	7	1	0
101-200 Plätze	[nach Hause]	90	14	0	0	1
	[Hospiz]	47	51	10	1	0
mehr als 200 Plätze	[nach Hause]	14	9	6	3	0
	[Hospiz]	4	14	8	3	1

2. Tageszeiten und Wochentage für Verlegungen

Bei den Antworten auf die Frage, zu welchen Tageszeiten es vermehrt zu Verlegungen kommt, ist eine kleine Häufung der Nennung für „nachts“ zu verzeichnen, aber die meisten Befragten gaben an, dass es keine bestimmten Tageszeiten gibt (Tab. 4).

Tab. 4: Gibt es bestimmte Tageszeiten, zu denen es in den Pflegeeinrichtungen vermehrt zu Verlegungen kommt? Wenn ja, wann? (Anzahl der Nennungen)

	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts	nein, keine bestimmten Tageszeiten
Nicht Gewählt	363	380	364	367	350	88
Ja	27	10	26	23	40	302

Auch in Bezug auf die Frage nach Wochentagen, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender aus Pflegeeinrichtungen kommt, geben die meisten Befragten an, dass es keine bestimmten Wochentage für vermehrte Verlegungen gibt. Jedoch ist eine leichte, aber eindeutige Häufung der Nennungen bei Freitagen, Samstagen und Sonntagen zu verzeichnen in jeweils knapp 10 % der Einrichtungen (Tab. 5).

Tab. 5: Gibt es bestimmte Wochentage, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt? (Anzahl der Nennungen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	nein, keine bestimmten Wochentage
Nicht Gewählt	387	387	384	385	358	364	359	49
Ja	2	2	5	4	31	25	30	340

Subgruppenanalysen

Die Subgruppenanalyse zeigt, dass es insbesondere die frei-gemeinnützigen / konfessionellen Einrichtungen sowie die mittelgroßen sind, in denen es vermehrt nachts zu Verlegungen kommt (Tab. 4a, 4b). Bei getrennter Betrachtung der Tage, an denen es vermehrt zu Verlegungen kommt, zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede nach Subgruppen (nicht dargestellt).

Tab. 4a: Gibt es bestimmte Tageszeiten, zu denen es in den Pflegeeinrichtungen vermehrt zu Verlegungen kommt? Wenn ja, wann? (Anzahl der Nennungen), nach Trägerart

		[morgens]	[mittags]	[nachmittags]	[abends]	[nachts]	[nein, keine bestimmte Tageszeiten]
Frei-Gemeinnützig, Konfessionell	Nicht Gewählt	210	223	214	214	200	51
	Ja	17	4	13	13	27	176
Privat	Nicht Gewählt	89	93	90	91	91	17
	Ja	7	3	6	5	5	79
Öffentlich-Kommunal	Nicht Gewählt	47	46	43	45	43	16
	Ja	2	3	6	4	6	33

Tab. 4b: Gibt es bestimmte Tageszeiten, zu denen es in den Pflegeeinrichtungen vermehrt zu Verlegungen kommt? Wenn ja, wann? (Anzahl der Nennungen), nach Größe der Einrichtung

		[morgens]	[mittags]	[nachmittags]	[abends]	[nachts]	[nein, keine bestimmte Tageszeiten]
bis 50 Plätze	Nicht Gewählt	52	53	52	51	50	7
	Ja	2	1	2	3	4	47
51-100 Plätze	Nicht Gewählt	172	183	179	182	173	31
	Ja	14	3	7	4	13	155
101-200 Plätze	Nicht Gewählt	100	106	99	96	90	32
	Ja	8	2	9	12	18	76
mehr als 200 Plätze	Nicht Gewählt	29	28	24	30	29	16
	Ja	3	4	8	2	3	16

3. Gründe für Verlegungen I: Symptome

Aufgrund der qualitativen Vorstudien wurden sieben unterschiedliche Symptome und Verlaufsentwicklungen abgefragt, die typischerweise zu Verlegungen am Lebensende führen können: Schmerzzustände; Angst; Traurigkeit bzw. Depression; Unruhe und Verwirrtheit; Atmungsschwierigkeiten und Atemnot; bestehende Grunderkrankung; akut auftretende Erkrankung. Die Gründe wurden auf einer Skala von 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig abgefragt.

Atmungsschwierigkeiten und Atemnot wird als der wichtigste Grund für Verlegungen am Lebensende genannt, gefolgt von anderen physischen Symptomen, während die psychischen Faktoren eher nicht als Treiber für Verlegungen angesehen werden (Tab. 6).

Tab. 6: Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig; alle N=334 bis 351)

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Bestehende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
Mittelwert	3,5	2,6	2,3	2,6	4,1	3,5	3,8

Die Antworten auf die offenen Fragen nach weiteren Gründen für Verlegungen thematisieren teilweise, dass Verlegungen fast immer vermieden werden können, in anderen Fällen werden vor allem Stürze und Blutungen als weitere Verlegungsgründe genannt.

Subgruppenanalysen

Die Subgruppenbetrachtung zeigt etwas höhere Werte auf allen Variablen für die Antworten aus den öffentlich-kommunalen Einrichtungen, jedoch kein unterschiedliches Muster zwischen den Trägerarten in Bezug auf die relativen Wichtigkeiten der Symptome (Tab. 6a).

Bei getrennter Analyse nach Größe der Einrichtung fällt auf, dass die Mittelwerte bei den meisten Symptomen tendenziell etwas höher sind in den mittelgroßen Einrichtungen (101-200 Bewohner), jedoch in den großen Einrichtungen verstärkt „Angst“, „Traurigkeit bzw. Depression“ sowie „Unruhe und Verwirrtheit“ als Begründungen für Verlegungen genannt werden. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Größe der Einrichtung und Atemnot als Begründung für Verlegungen, mit besseren Werten für die kleineren Heime, ist zu erkennen (Tab. 6b).

Tab. 6a: Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig), nach Trägerart

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Bestehende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
Frei- Gem./Konf.	3,4	2,5	2,3	2,5	4,1	3,4	3,7
Privat	3,4	2,6	2,1	2,5	3,9	3,5	3,8
Öff.-Kom.	4,0	3,0	2,6	3,1	4,4	3,7	3,9

Tab. 6b: Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig), nach Größe der Einrichtung

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Bestehende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
bis 50	3,4	2,6	2,3	2,6	3,7	3,2	3,5
51-100	3,5	2,6	2,3	2,5	4,0	3,4	3,8
101-200	3,7	2,6	2,3	2,7	4,3	3,8	3,9
> 200	3,4	3,1	2,7	3,3	4,4	3,5	3,4

4. Gründe für Verlegungen II: weitere Begründungen für Verlegungen (Akteure)

In diesem Fragenblock ging es in erster Linie darum herauszufinden, ob Angehörige oder/und Ärzte Treiber für Verlegungen sind oder fehlende personelle oder andere Ressourcen im Heim.

Zunächst wurde explizit nach Akteuren gefragt, die auf Verlegungen hinwirken. Bei den Antworten zeigt sich deutlich die Einschätzung, dass alle genannten Akteure (Angehörige, Hausärzte, Notärzte) fast gleichermaßen als wichtige Treiber für Verlegungen am Lebensende angesehen werden mit einer leichten Betonung der Rolle der Angehörigen (Tab. 7).

Tab. 7: Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig; alle N=365 bis 370)

	Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	Hinzugezogener Notarzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin
Mittelwert	4,0	3,8	3,9

In einer offenen Frage wurden zusätzlich weitere Akteure, die auf Verlegungen hinwirken, abgefragt. Hier wurden 31 Antworten gegeben, die zu vergleichbaren Anteilen die Bewohner selbst, die Mitarbeiter der Einrichtung (einschl. Pflegedienstleitung) und gesetzliche Betreuer nennen, zusätzlich das SAPV-Team bzw. Palliativ-Team.

Nach den Begründungen für Verlegungen, die sich aus verschiedenen Aspekten innerhalb des Heimes ergeben, wurde in sechs weiteren Fragen geforscht. Hier wird die deutliche Einschätzung der Antwortenden deutlich, dass es eher nicht an Bedingungen im Heim liegt, wenn verlegt wird: Alle Aspekte, nach denen gefragt wird, werden im Mittel als eher unwichtig eingestuft (Tab. 8). Die relativ wichtigsten Treiber für Verlegungen innerhalb der Heime sind Unerfahrenheit und mangelndes Wissen der Mitarbeiter im Heim.

Tab. 8: Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig; alle N=348 bis 355)

	Mittelwert
Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung	2,1
Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit	1,9
Grundsätzlich zu wenig Personal	2,1
[Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?	2,6
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter	2,6
Mangelndes Engagement der eigenen Mitarbeiter	2,0

Auch in einer folgenden offenen Frage zu anderen Begründungen, die sich aus der Situation im Heim ergeben, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es, wenn überhaupt Verlegungen in der letzten Lebensphase stattfinden, externe Bedingungen seien, die zu Verlegungen führen. Hier werden rechtliche Unsicherheiten bei Nichtvorliegen einer Patientenverfügung sowie das Drängen von Angehörigen wiederholt genannt.

Subgruppenanalysen

Die Analyse der möglichen sozialen Akteure als Treiber für Verlegungen nach Subgruppen zeigt nur geringe Unterschiede (Tab. 7a, 7b). Die Angehörigen treten in den kleinen Heimen etwas weniger stark als Treiber auf im Vergleich zu den mittleren und größeren Heimen.

Tab. 7a: Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig), nach Trägerart

	Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	Hinzugezogener Notarzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin
Frei-Gem./Konf.	4,1	3,8	3,9
Privat	4,0	3,9	4,0
Öffentlich-Kommunal	3,9	4,0	4,0

Tab. 7b: Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig), nach Größe der Einrichtung

	Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	Hinzugezogener Notarzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin
bis 50 Plätze	3,7	3,9	3,8
51-100 Plätze	4,1	3,8	3,9
101-200 Plätze	4,1	3,9	4,1
mehr als 200 Plätze	4,0	3,8	3,6

Deutliche Unterschiede in den mittleren Bewertungen sind sichtbar in Bezug auf die Fragen, die auf strukturelle bzw. personelle Aspekte innerhalb der Einrichtungen abzielen. In den öffentlich-kommunalen Einrichtungen werden diese Aspekte deutlich stärker problematisiert als in den privaten oder den frei-gemeinnützig/konfessionellen Einrichtungen. Insbesondere die Quantität des Personals wird in den öffentlich-kommunal geführten Heimen stärker als Treiber für Verlegungen gesehen (Tab. 8a).

In der Analyse nach Größe schneiden die kleinen Einrichtungen deutlich besser ab als die großen. Hier sind nicht nur in Bezug auf die Quantität des Personals deutliche Unterschiede zu sehen, sondern auch in Bezug auf die Qualifikation des Personals (Tab. 8b).

Tab. 8a: Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig), nach Trägerart

	Frei-Gemeinnützig, Konfessionell	Privat	Öffentlich-Kommunal
Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung	2,0	1,8	2,6
Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit	1,8	1,6	2,4
Grundsätzlich zu wenig Personal	2,1	1,9	2,7
Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter	2,6	2,4	2,8
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter	2,6	2,3	2,8
Mangelndes Engagement der eigenen Mitarbeiter	2,0	1,8	2,3

Tab. 8b: Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig), nach Größe der Einrichtung

	bis 50 Plätze	51-100 Plätze	101-200 Plätze	mehr als 200 Plätze
Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung	1,9	1,9	2,3	2,9
Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit	1,7	1,7	2,0	2,6
Grundsätzlich zu wenig Personal	1,8	2,0	2,3	3,0
Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter	2,3	2,6	2,6	3,2
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter	2,2	2,5	2,6	3,1
Mangelndes Engagement der eigenen Mitarbeiter	1,9	2,0	2,0	2,2

5. Weitere Rahmenbedingungen für Verlegungen

In einem weiteren Fragenblock wurde nach der Rolle von Patientenverfügungen gefragt, nach der Kommunikation zwischen den Pflegeplanung und Bewohnern, ein absehbares Lebensende betreffend, sowie nach Kenntnis und Umsetzung des Advance Care Planning (ACP) Verfahrens.

Die Frage danach, wie viele der in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten über eine Bewohner- bzw. Patientenverfügung verfügen, wird sehr heterogen beantwortet (Tab. 9).

Tab. 9: Wie viele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	0-10%	14	3,7
	11-20%	21	5,6
	21-30%	40	10,6
	31-40%	59	15,7
	41-50%	50	13,3
	51-60%	61	16,2
	61-70%	72	19,1
	mehr als 70%	59	15,7
	Gesamt	376	100,0
keine Antwort		35	
Gesamt		411	

Die Antwortenden sehen die Wirkung der Verfügungen als sehr deutlich an: 278 der Befragten (75 %) berichten eine sehr große oder große Auswirkung der Verfügungen, falls diese vorliegen.

Auf die Frage, ob das Thema Sterben in der Pflegeanamnese als Teil der Pflegeplanung angesprochen wird, fallen die Antworten sehr heterogen aus mit einer sehr deutlichen Häufung derer, die angeben, dass dies sehr häufig (in über 70 % der Fälle) geschieht. Jedoch berichten auch 37 % der Antwortenden, dass dies nur in sehr wenigen bis zu 40 % der Fälle geschieht.

Das Advance Care Planning Verfahren ist bei 135 (38 %) der Antwortenden bekannt, 216 (62 %) gaben an, es nicht zu kennen. Die, die das Verfahren kennen, wurden nach der Umsetzung in ihrer Einrichtung befragt. Dabei ergab sich, dass 30 Einrichtungen (25 %) bereits in der praktischen Umsetzung sind, in 17 Heimen (14 %) finden aktuell erste Schulungen statt, in 55 Häusern (45 %) haben erste Informationen stattgefunden. 20 Einrichtungen (16 %) derer, die angeben das Verfahren zu kennen, haben sich noch nicht weiter damit befasst.

Subgruppenanalysen

In Bezug auf das Vorliegen von Patientenverfügungen zeigen sich besonders in Bezug auf die Trägerart Unterschiede: Öffentlich-kommunal geführte Einrichtungen haben hier etwas niedrigere Angaben als die anderen Trägerarten, insbesondere die privaten (Tab. 9a). Diese Unterschiede sind in bezug auf die Größe der Einrichtung weniger systematisch ausgeprägt (Tab. 9b).

Tab. 9a: Wie viele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung? (Gültige Prozente), nach Trägerart

		Trägerart Ihrer Einrichtung		
		Frei- Gemeinnützig, Konfessionell	Privat	Öffentlich- Kommunal
		Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)
Wieviele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?	0-10%	2,3%	3,3%	10,4%
	11-20%	4,6%	4,3%	10,4%
	21-30%	12,5%	8,7%	6,3%
	31-40%	14,8%	15,2%	18,8%
	41-50%	15,3%	8,7%	8,3%
	51-60%	17,6%	15,2%	12,5%
	61-70%	18,1%	25,0%	18,8%
	mehr als 70%	14,8%	19,6%	14,6%

Tab. 9b: Wie viele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung? (Gültige Prozente), nach Größe der Einrichtung

		Größe der Einrichtung			
		bis 50 Plätze	51-100 Plätze	101-200 Plätze	mehr als 200 Plätze
		Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)
Wieviele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?	0-10%	5,4%	4,0%	1,9%	6,7%
	11-20%	3,6%	3,4%	10,6%	3,3%
	21-30%	8,9%	13,1%	7,7%	13,3%
	31-40%	19,6%	13,1%	12,5%	30,0%
	41-50%	14,3%	12,5%	15,4%	3,3%
	51-60%	16,1%	15,3%	18,3%	16,7%
	61-70%	16,1%	22,7%	18,3%	10,0%
	mehr als 70%	16,1%	15,9%	15,4%	16,7%

In Bezug auf die Auswirkungen, die Verfügung haben, zeigen sich die Befragten der öffentlich-kommunalen Einrichtungen sowie der größeren Heime etwas skeptischer als die anderen Befragten (Tab. 9c, 9d).

Tab. 9c: Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus? (Gültige Prozente), nach Trägerart

		Trägerart Ihrer Einrichtung		
		Frei-		Öffentlich-
		Konfessionell	Privat	
		Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)
Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus?	sehr große Auswirkung	39,2%	47,8%	27,7%
	große Auswirkung	39,2%	33,3%	29,8%
	mittlere Auswirkung	16,0%	7,8%	31,9%
	schwache Auswirkung	5,2%	10,0%	8,5%
	keine Auswirkung	0,5%	1,1%	2,1%

Tab. 9d: Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus? (Gültige Prozente), nach Größe

		Größe der Einrichtung			
		bis 50 Plätze	51-100 Plätze	101-200	mehr als 200
				Plätze	Plätze
		Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl als Spalten (%)
Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus?	sehr große Auswirkung	41,5%	45,1%	32,0%	27,6%
	große Auswirkung	34,0%	33,7%	39,8%	44,8%
	mittlere Auswirkung	20,8%	13,7%	20,4%	13,8%
	schwache Auswirkung	3,8%	6,3%	6,8%	13,8%
	keine Auswirkung	0,0%	1,1%	1,0%	0,0%

In Bezug auf die Frage, ob das Thema Sterben in der Pflegeanamnese als Teil der Pflegeplanung angesprochen wird, lassen sich keine deutlichen Unterschiede in den Subgruppenanalysen feststellen (nicht dargestellt).

Anders sieht es in Bezug auf die Kenntnis des Advance Care Planning Verfahrens aus: Hier geben die Befragten aus den privaten Heimen deutlich häufiger an, das Verfahren nicht zu kennen, als die Personen aus den Heimen mit anderer Trägerschaft (Tab. 9e). In Bezug auf die Heimgröße sind die Unterschiede weniger systematisch ausgeprägt (Tab. 9f).

Tab 9e: Kennen Sie das Advance Care Planning (ACP) Verfahren? (Häufigkeiten und gültige Prozente), nach Trägerart

		Trägerart Ihrer Einrichtung					
		Frei-Gemeinnützig,		Privat		Öffentlich-Kommunal	
		Konfessionell					
		Anzahl	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl	Anzahl als Spalten (%)	Anzahl	Anzahl als Spalten (%)
Kennen Sie das	nein	118	57,0%	63	74,1%	26	57,8%
Advance Care	ja	89	43,0%	22	25,9%	19	42,2%
Planning (ACP)							
Verfahren?							

Tab 9f: Kennen Sie das Advance Care Planning (ACP) Verfahren? (Häufigkeiten und gültige Prozente), nach Größe der Einrichtung

		Größe der Einrichtung							
		bis 50 Plätze		51-100 Plätze		101-200 Plätze		mehr als 200 Plätze	
		Anzahl als Spalten		Anzahl als Spalten		Anzahl als Spalten		Anzahl als Spalten	
		Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Kennen Sie das	nein	33	66,0%	103	62,8%	58	58,0%	18	64,3%
Advance Care	ja	17	34,0%	61	37,2%	42	42,0%	10	35,7%
Planning (ACP)									
Verfahren?									

6. Potential für Verbesserungen

Die Befragten äußerten sich zu verschiedenen Aspekten, die auf eine Verbesserung der Versorgung Sterbender abzielten. Es ist auffällig, wie viel Potential die Antwortenden hier sehen: Alle Mittelwerte auf die 12 Fragen liegen deutlich über dem theoretischen Mittel der Antwortskala von 3. (Tab. 10) Auffällig ist, dass es in diesem Fragenblock nicht nur die externen Treiber für Verlegungen sind, die genannt werden, sondern dass auch Bedingungen, die innerhalb der Einrichtungen liegen (Personal, Bewohnerverfügungen), als Potentiale gesehen werden. Dies scheint der oben gemachten Feststellung, dass das Personal der Heime insgesamt eher kein Treiber für Verlegungen ist, sowie dem oben gemachten Befund, dass Bewohnerverfügungen eine große bzw. sehr große Auswirkungen in den meisten Heimen haben, zu widersprechen. Nur teilweise wird dieser Widerspruch aufgelöst durch die unterschiedliche Frageformulierung: Wo es oben explizit um Verlegungen ging, thematisiert der letztgenannte Frageblock die generelle Situation Sterbender.

Tab. 10: Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden? (1=trifft gar nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu; alle N=340 bis 373)

	Mittelwert
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten	4,5
Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen	4,6
Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV	4,5
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	4,3
Mehr Personal	4,1
Besser ausgebildetes Personal	4,3
stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	4,2

Subgruppenanalysen

In den Subgruppenanalysen zeigen sich in Bezug auf die Fragen nach Verbesserungspotential eher weniger stark ausgeprägte Unterschiede (Tab. 10a, 10b).

Tab. 10a: Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden? (1=trifft gar nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu), nach Trägerart

	Frei-Gemein- nützig, Konfessionell	Privat	Öffentlich- Kommunal
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten	4,6	4,5	4,6
Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen	4,6	4,6	4,6
Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV	4,5	4,5	4,6
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	4,3	4,1	4,5
Mehr Personal	4,2	4,0	4,3
Besser ausgebildetes Personal	4,4	4,1	4,5
stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	4,2	4,3	4,3

Tab. 10b: Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden? (1=trifft gar nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu), nach Größe der Einrichtung

	bis 50 Plätze	51-100 Plätze	101-200 Plätze	mehr als 200 Plätze
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten	4,4	4,6	4,5	4,5
Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen	4,6	4,7	4,4	4,6
Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV	4,5	4,6	4,5	4,5
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	4,1	4,4	4,1	4,6
Mehr Personal	4,2	4,1	4,2	4,1
Besser ausgebildetes Personal	4,1	4,3	4,3	4,6
stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	4,1	4,2	4,2	4,3

7. Weitere Bemerkungen

In zwei abschließenden offenen Fragen hatten die Befragten Gelegenheit, ausführlicher zum Thema Stellung zu nehmen, was intensiv genutzt wurde. Hier wird immer wieder thematisiert, dass die Situation durch eine Intensivierung von Bildung und Information aller unterschiedlicher Akteure verbessert werden kann. Auch fehlendes Personal wird hier wiederholt angesprochen. Ein weiterer oft genannter Punkt ist die als nicht adäquat gesehene Finanzierung der in der Sterbephase notwendigen Leistungen.

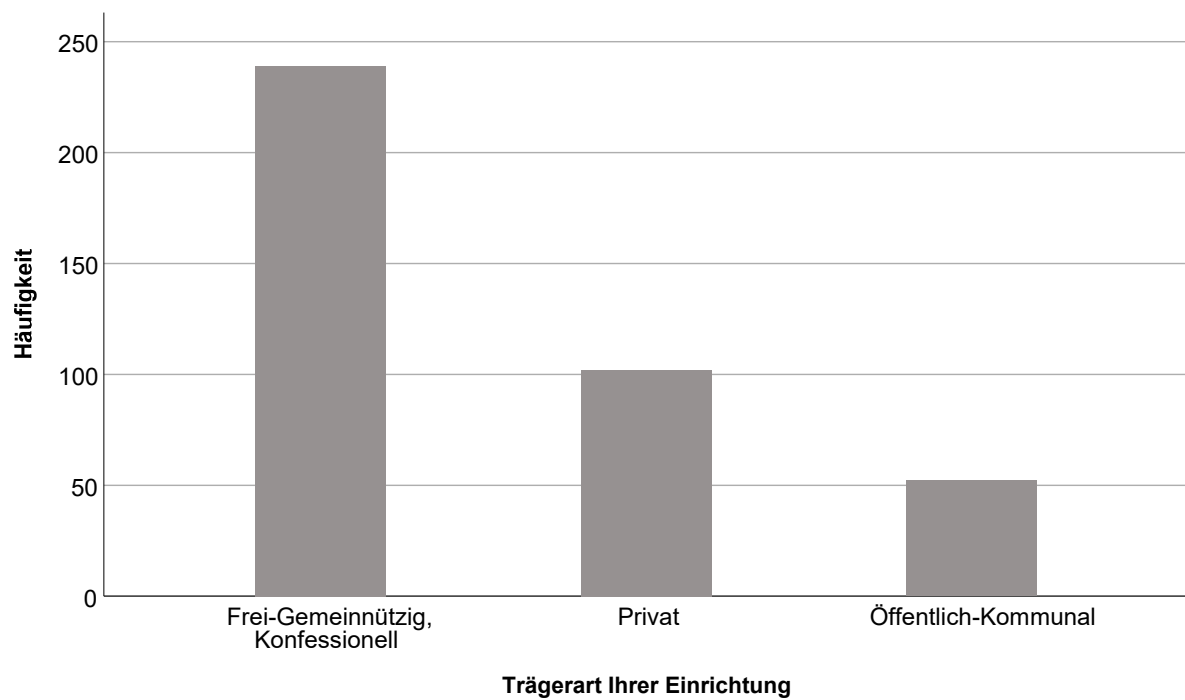
Während der Fokus der Befragung auf Verlegungen Sterbender aus Heimen insbesondere in Krankenhäuser lag, wurde in den offenen Fragen auch problematisiert, dass sehr viele Sterbende unnötigerweise aus Krankenhäusern in Pflegeheime verlegt werden.

Anhang

(Häufigkeitstabellen und Balkendiagramme)

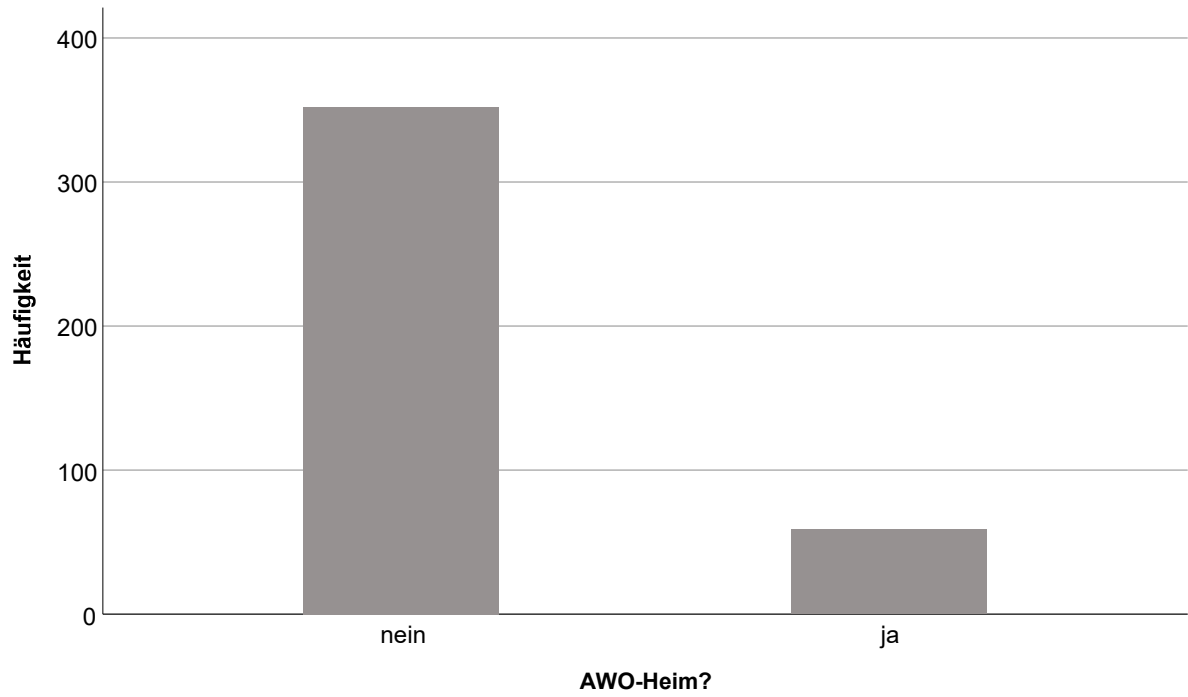
Trägerart Ihrer Einrichtung

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Frei-Gemeinnützig, Konfessionell	239	60,8
	Privat	102	26,0
	Öffentlich-Kommunal	52	13,2
	Gesamt	393	100,0
Fehlend		18	
Gesamt		411	



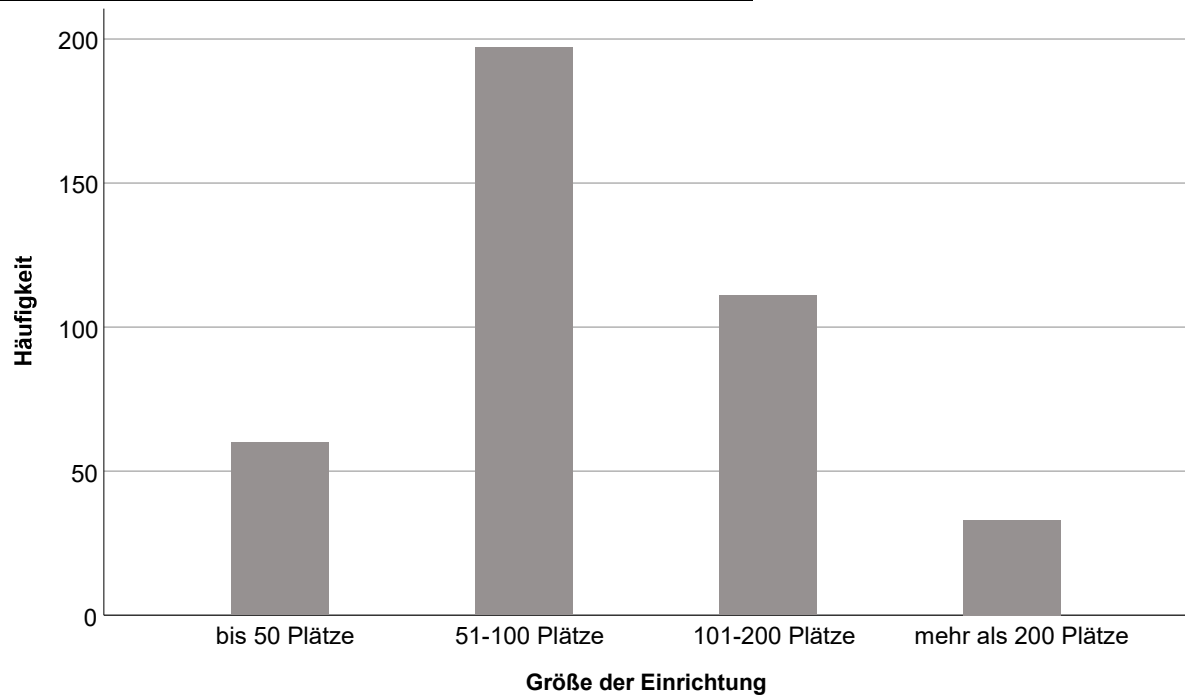
AWO-Heim?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	nein	352	85,6
	ja	59	14,4
Gesamt		411	100,0



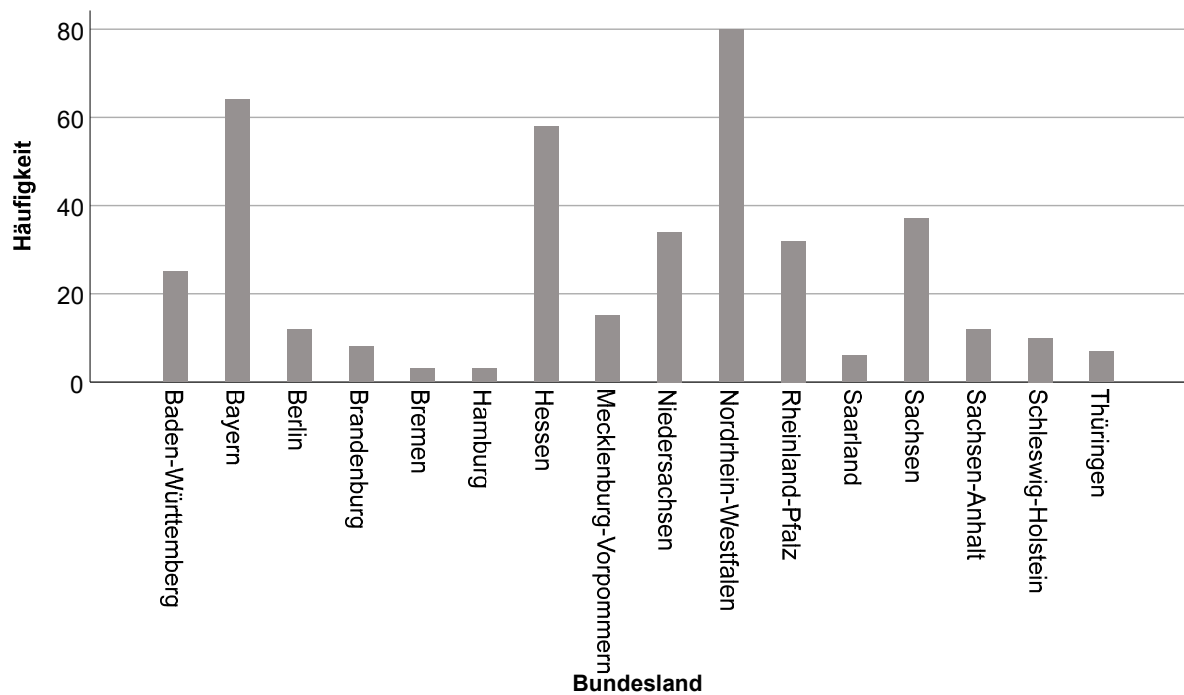
Größe der Einrichtung

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	bis 50 Plätze	60	15,0
	51-100 Plätze	197	49,1
	101-200 Plätze	111	27,7
	mehr als 200 Plätze	33	8,2
	Gesamt	401	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		411	



Bundesland

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Baden-Württemberg	25	6,2
	Bayern	64	15,8
	Berlin	12	3,0
	Brandenburg	8	2,0
	Bremen	3	,7
	Hamburg	3	,7
	Hessen	58	14,3
	Mecklenburg-Vorpommern	15	3,7
	Niedersachsen	34	8,4
	Nordrhein-Westfalen	80	19,7
	Rheinland-Pfalz	32	7,9
	Saarland	6	1,5
	Sachsen	37	9,1
	Sachsen-Anhalt	12	3,0
	Schleswig-Holstein	10	2,5
	Thüringen	7	1,7
	Gesamt	406	100,0
Fehlend		5	
Gesamt		411	

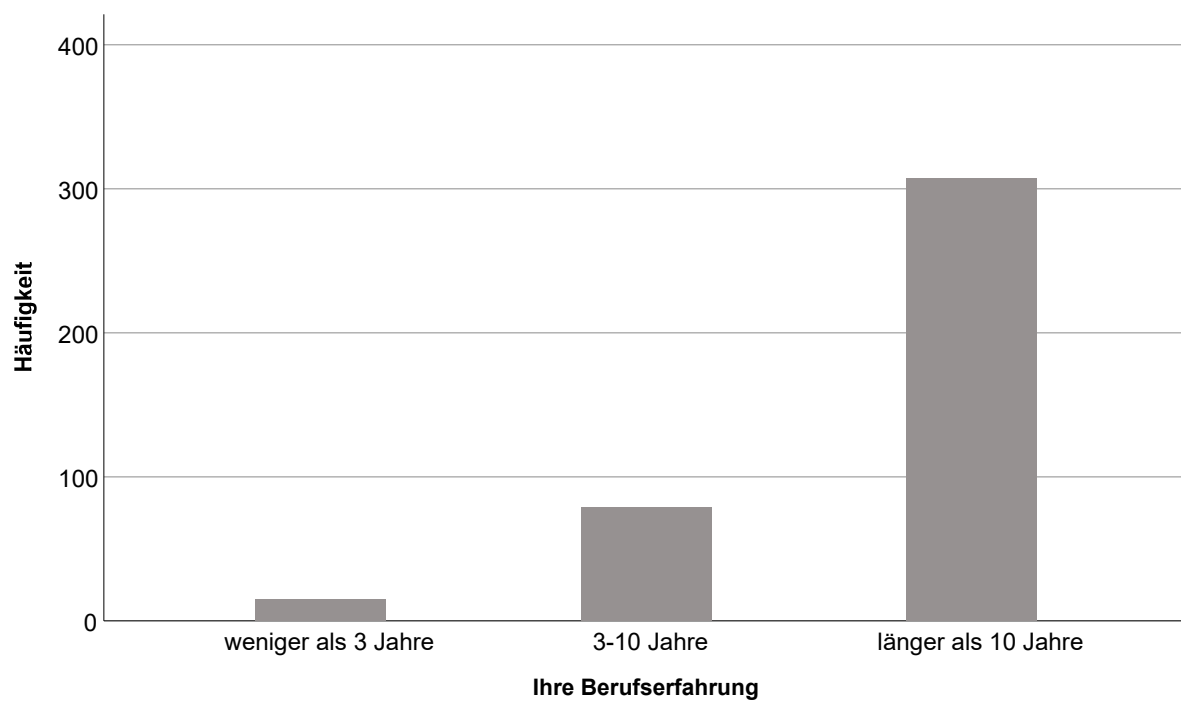


Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung

	[Einrichtungs- leitung]	[Pflegedienst- leitung (PDL)]	[Palliativ- fachkraft]	[Qualitäts- management]	[Mitarbeiter in der Pflege]
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Nicht Gewählt	194	283	365	369	370
Ja	214	125	43	39	38

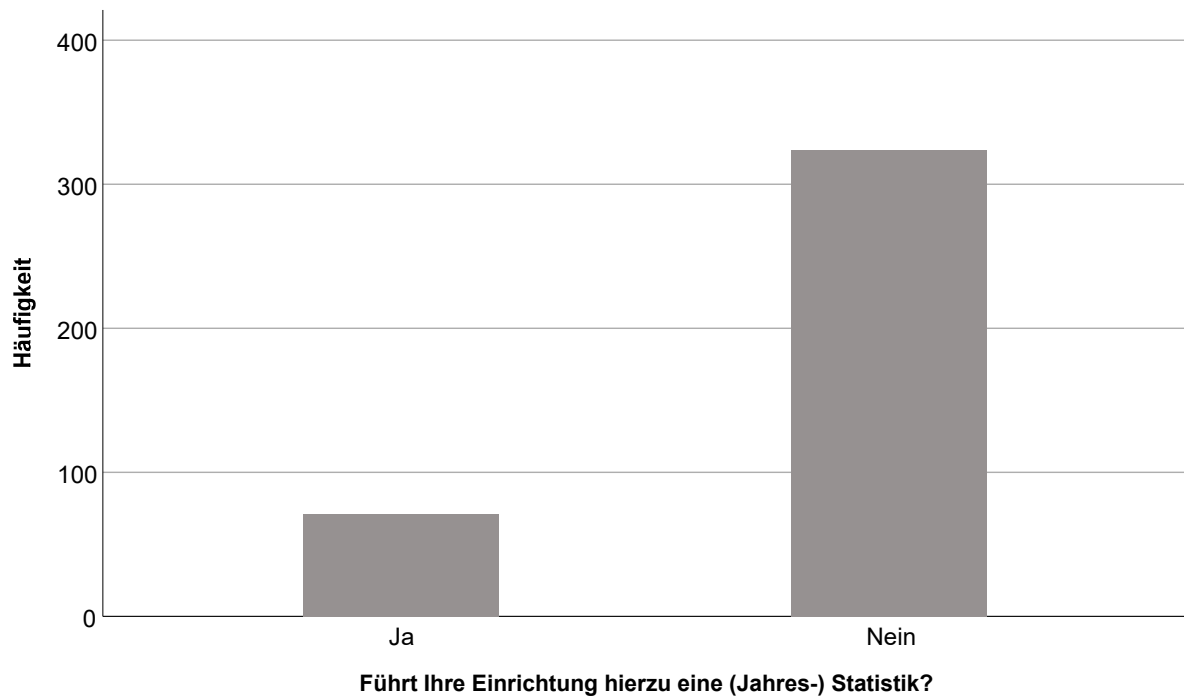
Ihre Berufserfahrung

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	weniger als 3 Jahre	15	3,7
	3-10 Jahre	79	19,7
	länger als 10 Jahre	307	76,6
	Gesamt	401	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		411	



Verlegung Schwerstkranker: Führt Ihre Einrichtung hierzu eine (Jahres-) Statistik?

		Häufigkeit	Gültige Procente
Gültig	Ja	71	18,0
	Nein	324	82,0
	Gesamt	395	100,0
Fehlend		16	
Gesamt		411	



Wie häufig kommt es an Ihrer Einrichtung vor, dass Bewohner/-innen, die schwerstkrank bzw. sterbend sind, in ein Krankenhaus verlegt werden? (Angabe in Prozent)

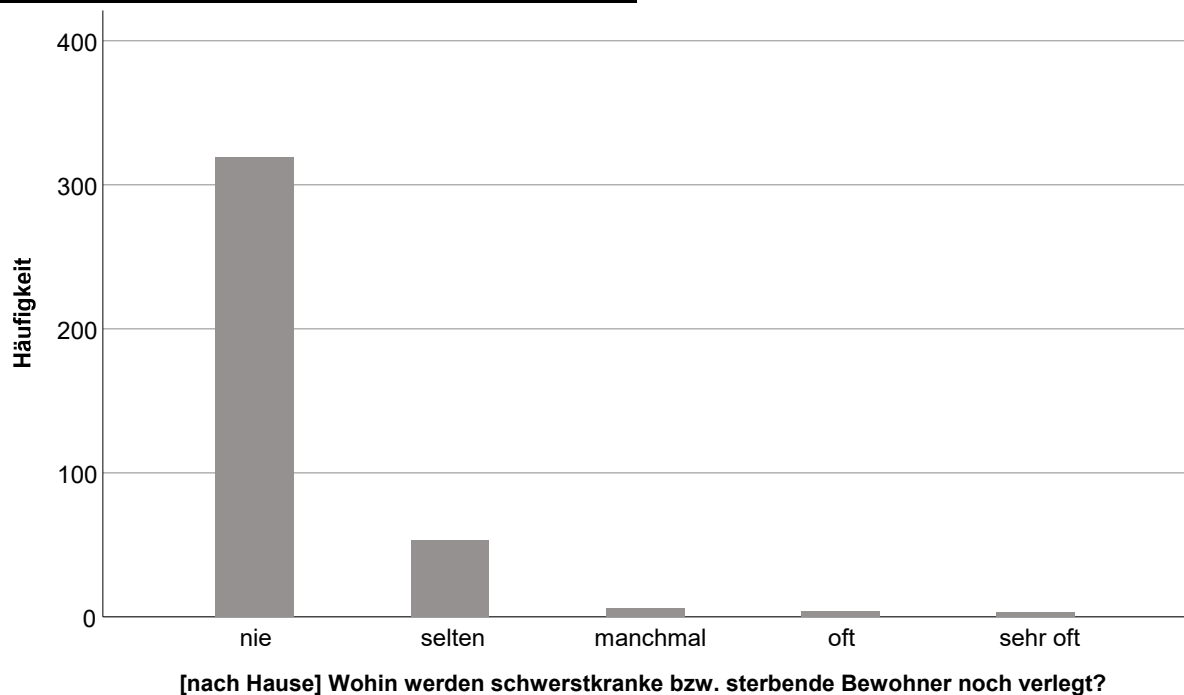
N	Gültig	393
	Fehlend	18
Mittelwert		9,6
Median		5,0
Std.-Abweichung		10,3
Minimum		0
Maximum		60
Perzentile	25	5,0
	50 (Median)	5,0
	75	15,0

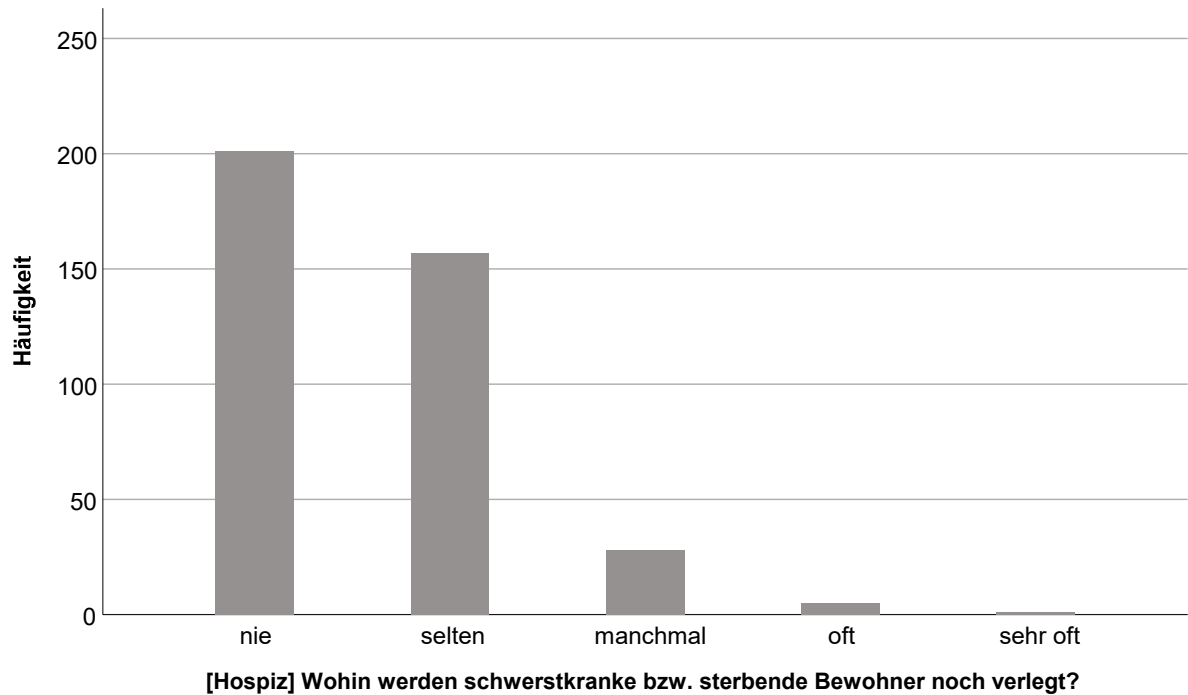
Wohin werden schwerstkranke bzw. sterbende Bewohner noch verlegt? [nach Hause]

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	nie	319	82,9
	selten	53	13,8
	manchmal	6	1,6
	oft	4	1,0
	sehr oft	3	,8
	Gesamt	385	100,0
Fehlend		26	
Gesamt		411	

Wohin werden schwerstkranke bzw. sterbende Bewohner noch verlegt? [Hospiz]

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	nie	201	51,3
	selten	157	40,1
	manchmal	28	7,1
	oft	5	1,3
	sehr oft	1	,3
	Gesamt	392	100,0
Fehlend		19	
Gesamt		411	





Gibt es bestimmte Tageszeiten, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt?

	nein, keine bestimmte Tageszeiten					Anzahl
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Nicht Gewählt	363	380	364	367	350	88
Ja	27	10	26	23	40	302

Gibt es bestimmte Wochentage, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt?

	nein, keine bestimmten Wochentage							Anzahl
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Nicht Gewählt	387	387	384	385	358	364	359	49
Ja	2	2	5	4	31	25	30	340

Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Verschlech- terung der Grund- erkrankung	neu auftretende Erkrankung
N	Gültig	347	337	334	337	351	346	349
	Fehlend	64	74	77	74	60	65	62
	Mittelwert	3,5	2,6	2,3	2,6	4,1	3,5	3,8
	Std.- Abweichung	1,6	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3

[Schmerzzustände] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	63	18,2
	eher unwichtig	36	10,4
	teils teils	49	14,1
	eher wichtig	51	14,7
	sehr wichtig	148	42,7
	Gesamt	347	100,0
Fehlend		64	
Gesamt		411	

[Angst] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	98	29,1
	eher unwichtig	81	24,0
	teils teils	59	17,5
	eher wichtig	42	12,5
	sehr wichtig	57	16,9
	Gesamt	337	100,0
Fehlend		74	
Gesamt		411	

[Traurigkeit bzw. Depression] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	115	34,4
	eher unwichtig	95	28,4
	teils teils	57	17,1
	eher wichtig	36	10,8
	sehr wichtig	31	9,3
	Gesamt	334	100,0
Fehlend		77	
Gesamt		411	

[Unruhe und Verwirrtheit] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	97	28,8
	eher unwichtig	86	25,5
	teils teils	52	15,4
	eher wichtig	54	16,0
	sehr wichtig	48	14,2
	Gesamt	337	100,0
Fehlend		74	
Gesamt		411	

[Atemungsschwierigkeiten und Atemnot] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

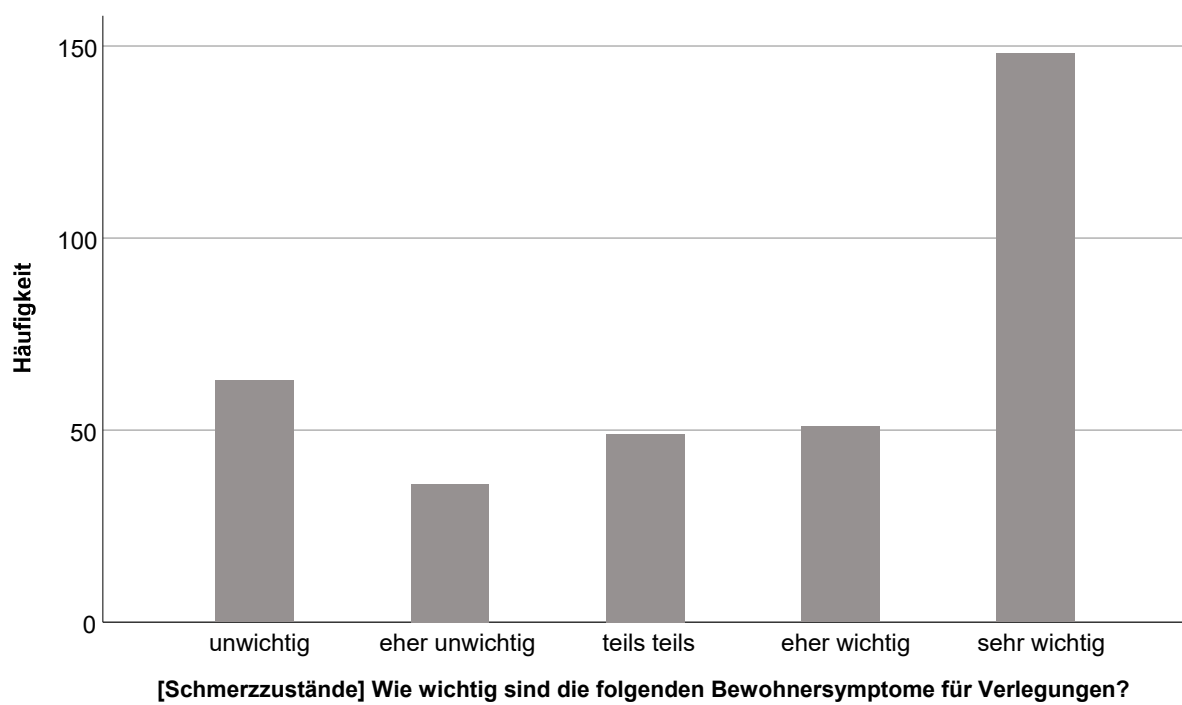
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	32	9,1
	eher unwichtig	14	4,0
	teils teils	35	10,0
	eher wichtig	83	23,6
	sehr wichtig	187	53,3
	Gesamt	351	100,0
Fehlend		60	
Gesamt		411	

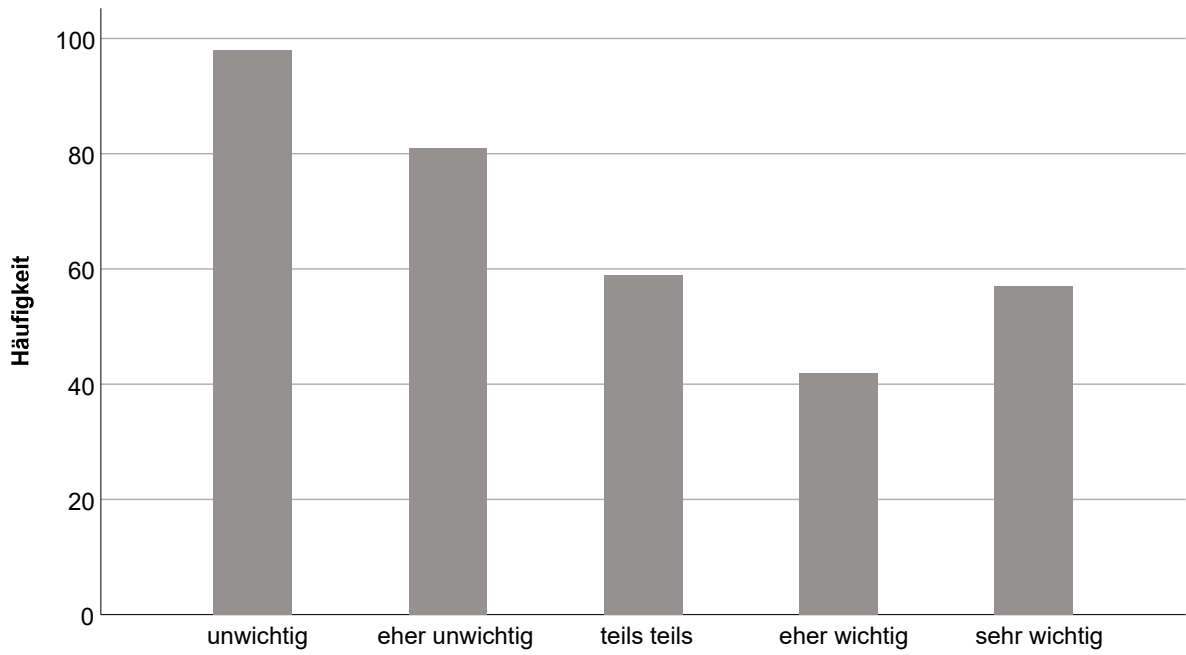
[Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	48	13,9
	eher unwichtig	37	10,7
	teils teils	63	18,2
	eher wichtig	92	26,6
	sehr wichtig	106	30,6
	Gesamt	346	100,0
Fehlend		65	
Gesamt		411	

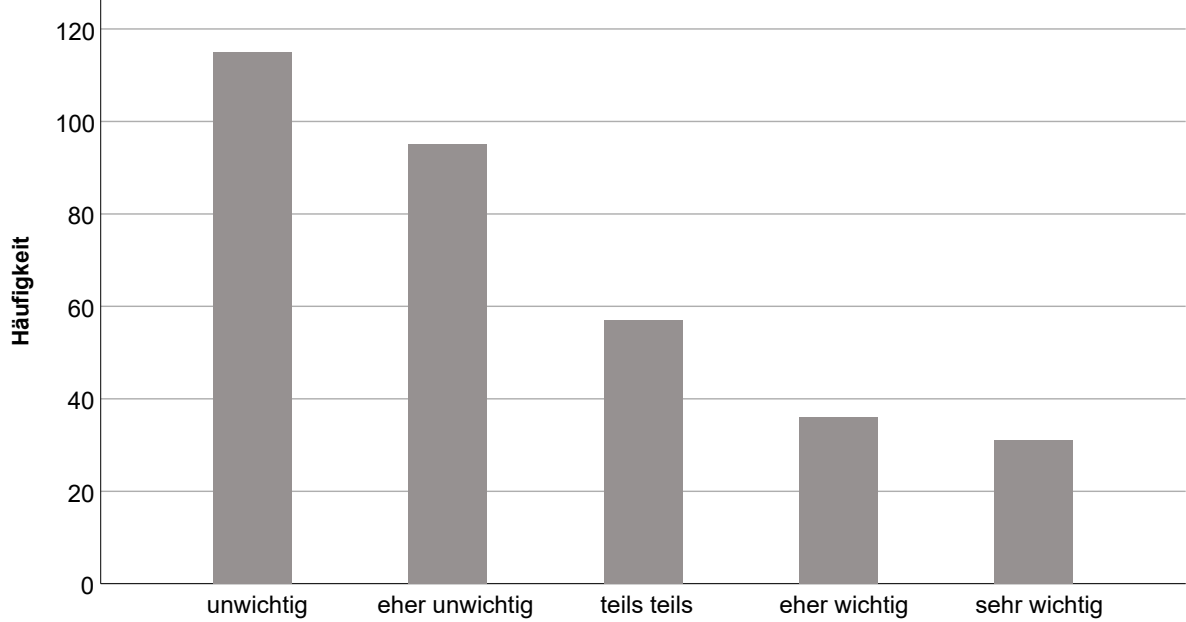
[neu auftretende Erkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	30	8,6
	eher unwichtig	25	7,2
	teils teils	68	19,5
	eher wichtig	95	27,2
	sehr wichtig	131	37,5
	Gesamt	349	100,0
Fehlend		62	
Gesamt		411	

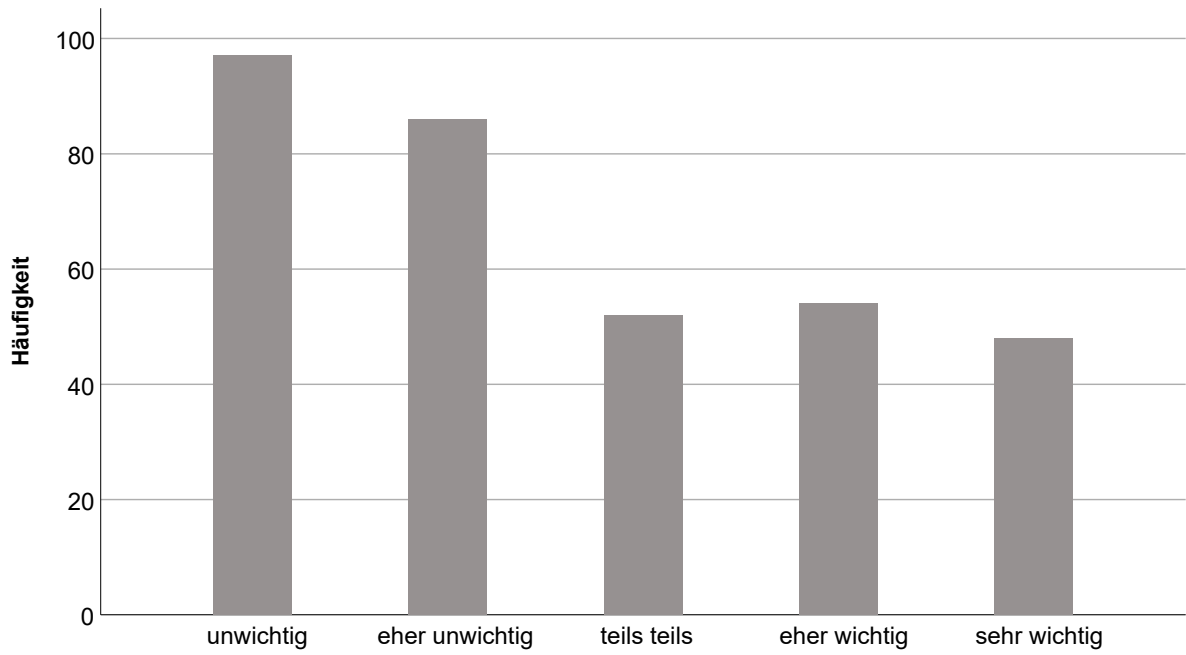




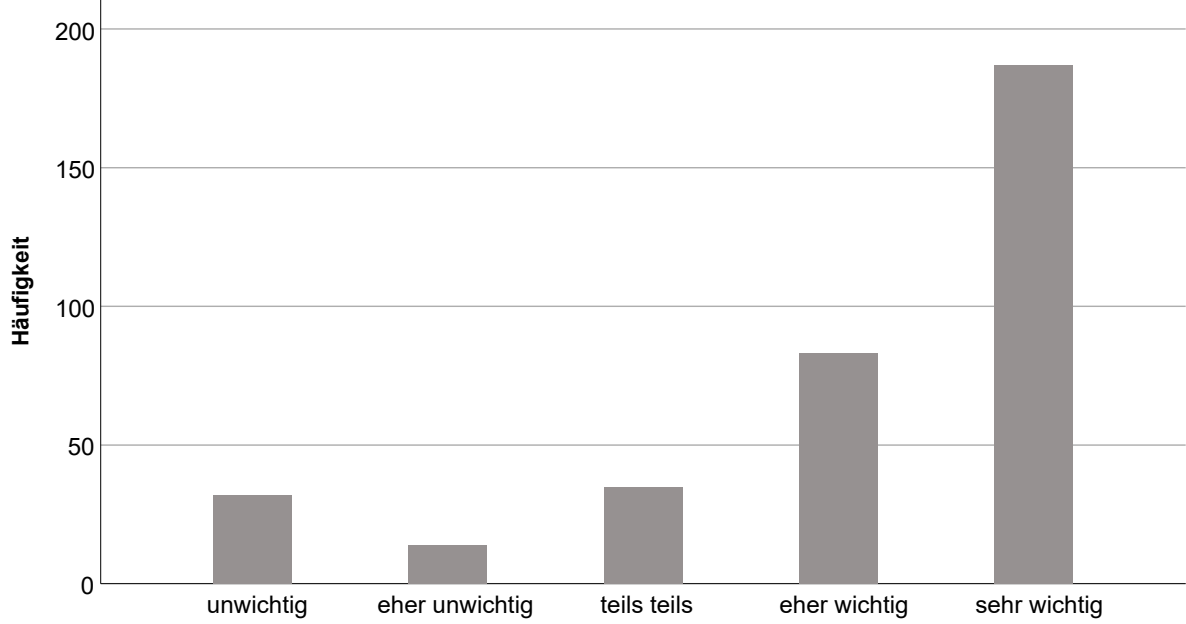
[Angst] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?



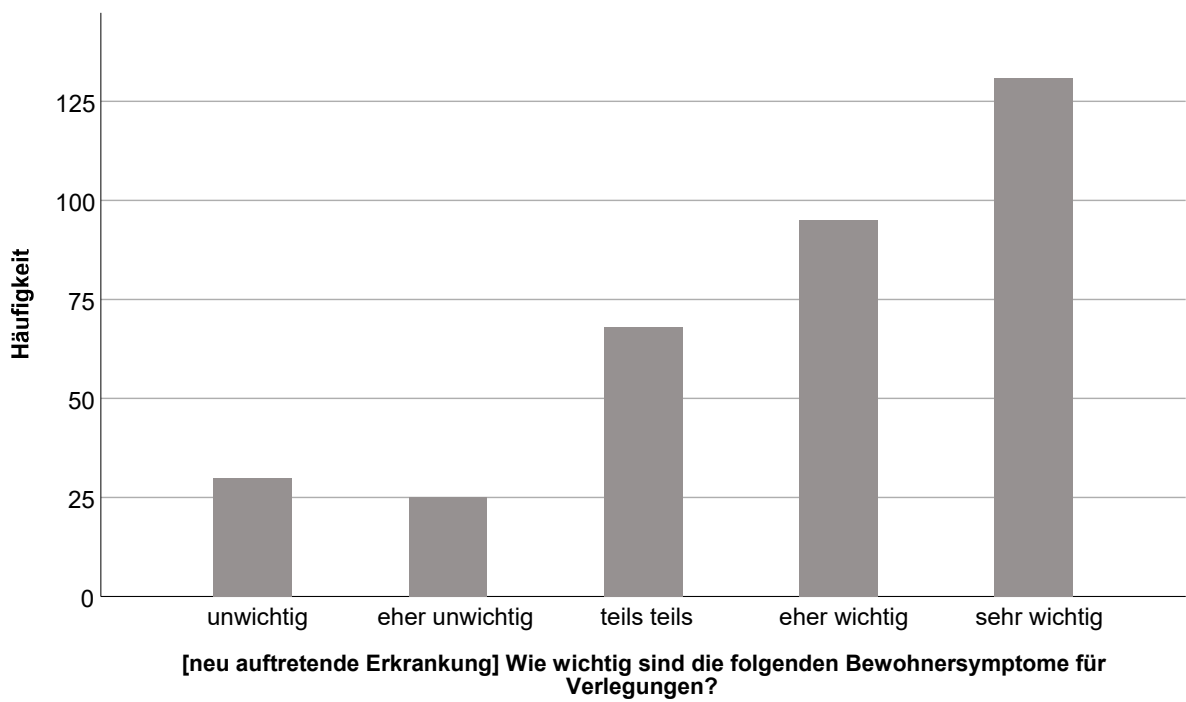
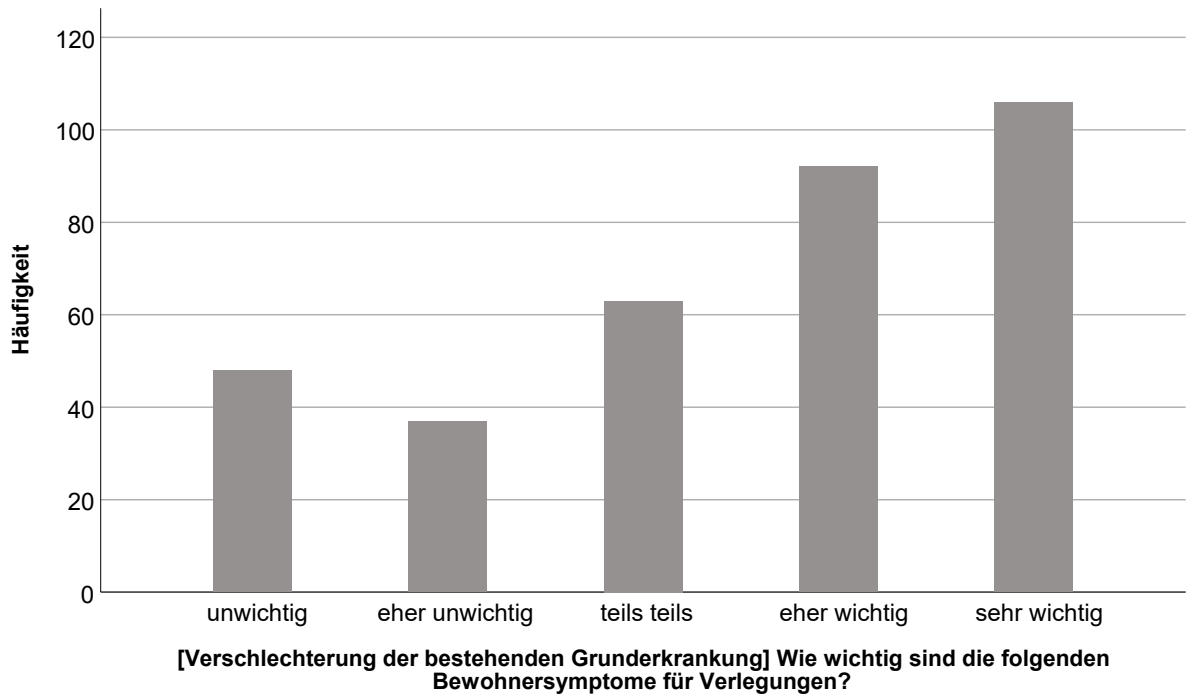
[Traurigkeit bzw. Depression] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?



[Unruhe und Verwirrtheit] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?



[Atmungsschwierigkeiten und Atemnot] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?



Andere Symptome als Ursache für Verlegungen

Akute Atemnot, Sturzereignisse mit Verletzung, innere und äußere Blutungen, Apoplex

akute Blutungen

Akutsituationen

Alle o.g. Beschwerden/Symptome werden von unserem interdisziplinären Team mit Herz, Verstand und den leider sehr rar gesäten Ärzten in unserem Kreis behandelt, gelindert auf ein erträgliches Maß, große Unterstützung finden wir auch in unserem wundervollen SAPV Team. Leider fehlen dort fast immer die Kapazitäten um neue Kunden zu versorgen.

Angst der Angehörigen

Angst, nicht annehmen können des Sterbeprozesses bei den Angehörigen

Bei Akutfällen, z.B. wenn jemand stürzt und eine Fraktur vermutet wird. Ansonsten haben wir viele Palliativ ausgebildete Fachkräfte und auch betreuende palliativ Ärzte, um den Bewohnern, das Sterben "Zuhause" (also in unserer Einrichtung) zu ermöglichen.

BluterbrechenStürze-Frakturverdachtplötzlich unklarer Schmerz-Abdomen

Der eigene Wunsch!

Die Angabe "unwichtig" ist so zu verstehen, dass wir sehr engagierte, ins Haus kommende, jederzeit erreichbare, Palliativmediziner haben

Die Angehörigen/Nahestehende Menschen schwanken zwischen gehen lassen können und festhalten - die Meinung ändert sich, wenn Symptome sich verstärken.

die Verlegung in ein Krankenhaus könnte sich z. B. aufgrund eines Sturzes ergeben. Die genannten Symptome werden in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt behandelt.

Egal welche Symptome, wir verlegen nicht sondern versorgen selbst!

eher unerwartete Verschlechterung des AZ, wenn Sterbeprozess noch nicht ersichtlich ist.

Eine Verlegung ins Krankenhaus zum Sterben findet bewusst nicht statt. Wenn es zu einer Verlegung kommt, dann nur weil die Hoffnung besteht den Gesundheitszustand wieder zu Verbessern. Dann ist es meist jedoch auch so dass der/die Bewohner/In für die letzte Phase wieder aus dem Krankenhaus entlassen wird.

Einweisung durch Hausarzt

erhöhter pflegerischer Aufwand

Es kommt nur zu einer Verlegung, wenn AngehörigeBevollmächtigte den Notfallplan nicht mehr akzeptieren können, wenn Bewohner eine Einweisung möchte

Ess- und Trinkverhalten

Fieber

Fieber, Übelkeit, Erbrechen, massive Obstipation

Harnverhalt, Fieber, Patient nimmt keine Flüssigkeit/Med.zu sich

häufig auf Wunsch der Angehörigen

Hohes Fieber

Im Regelfall bleibt die Versorgung mit Unterstützung eines ambulanten Palliativnetzes bei uns, auf Wunsch des Bewohners oder entsprechend den Angehörigen (trotz Gespräche) wird verlegt.

Krämpfe oder andere Symptome, welche die Einrichtung nicht alleine bewältigen kann, wobei auch ein Hausarzt nicht helfen kann. Hier geht es in erster Linie darum, das der Sterbende nicht leiden muss.

massive Blutungen, z.B. im Endstadium bei Krebserkrankungen

Mediakmente könnenoiral nicht mehr verabreicht werden

Meist geht es um die Angehörigen, dass diese das Sterben ihrer Angehörigen nicht zulassen wollen. (PEG-Anlage, Verschlechterung des AZ)

Probleme mit invasiven Zugängen zb . Port.

Provozierendes Verhalten am ehesten durch Angst

Sehr gute Zusammenarbeit mit SAPV

Stand heute wird verlegt aus der Akutsituation, liegt jedoch eine Vollmacht oder ein Ärztlichernachweis vor kann auch dieses unterbunden sein. Immer zum Wohl des Sterbenden

Stürze

Stürze

Sturzfolgen

Symptome, bei denen ein Notarzt benötigt wird

Tumorblutungen

Verdacht auf Darmverschluss

Verlegungen gibt es nur um in der Sterbesituation die Intimsphäre zu wahren, Fall jemand in einem Doppelzimmer lebt. Ins Krankenhaus nur wenn Angehörige dieses wünschen und keine Patientenverfügung besteht.

Verlegungen in der Regel auf Wunsch von Angehörigen, zuständiger Arzt kann aus zeitgründen nicht akut kommen und schreibt Einweisung ins KH

Verschlechterung in Risikobereichen => Notfallbehandlung

Versorgung durch SAP-Team nicht möglich Angehörige wünschen Verlegung in Hospiz

Wenn die Symptome in der Sterbephase sind wird eher ein Arzt vor Ort angerufen und für einen Hausbesuch bestellt.

Wunsch der Angehörigen

Wunsch der Angehörigen

Wunsch des Bewohners / der bevollmächtigten Angehörigen

Zustand nach Sturz, Blutungen

Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen? (1=unwichtig ... 5=sehr wichtig)

		Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	Hinzugezogener Notarzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin
N	Gültig	369	370	365
	Fehlend	42	41	46
	Mittelwert	4,0	3,8	3,9
	Std.-Abweichung	1,1	1,2	1,1

[Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin] Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen?

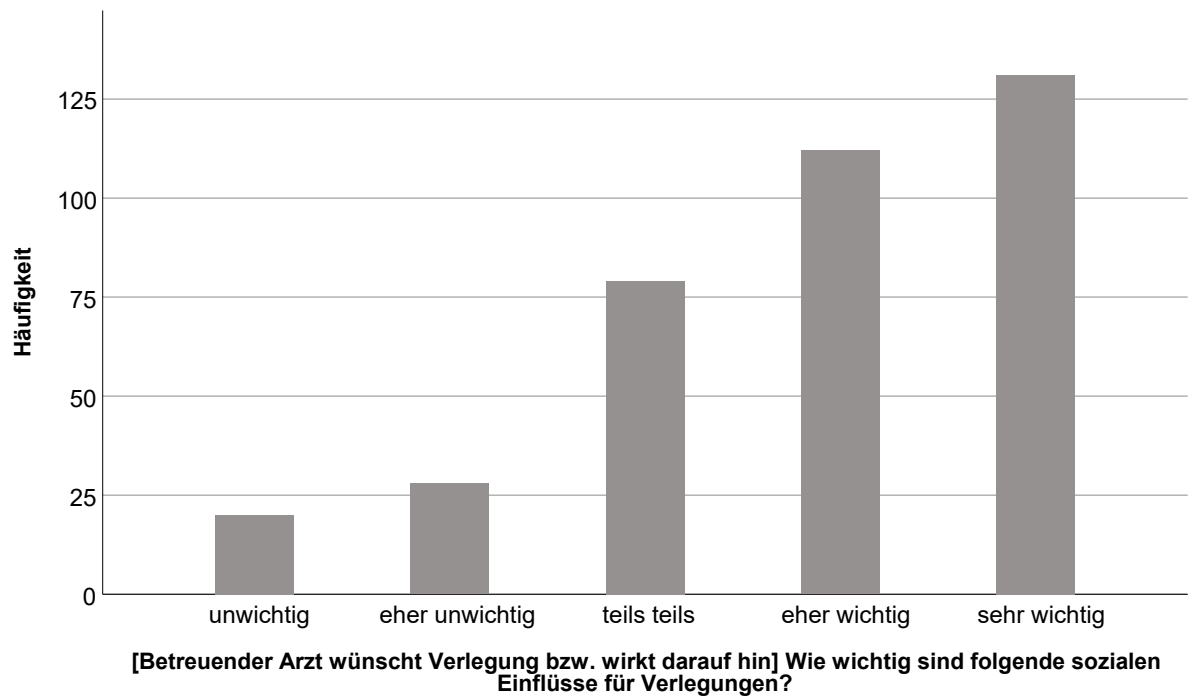
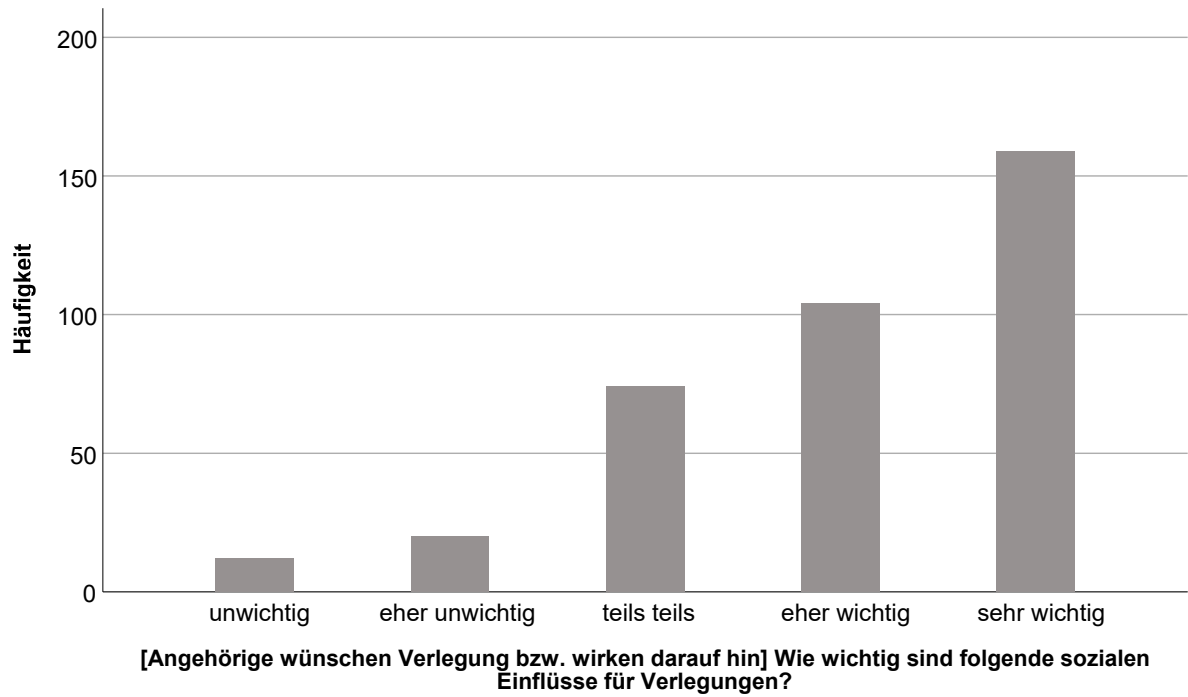
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	12	3,3
	eher unwichtig	20	5,4
	teils teils	74	20,1
	eher wichtig	104	28,2
	sehr wichtig	159	43,1
	Gesamt	369	100,0
Fehlend		42	
Gesamt		411	

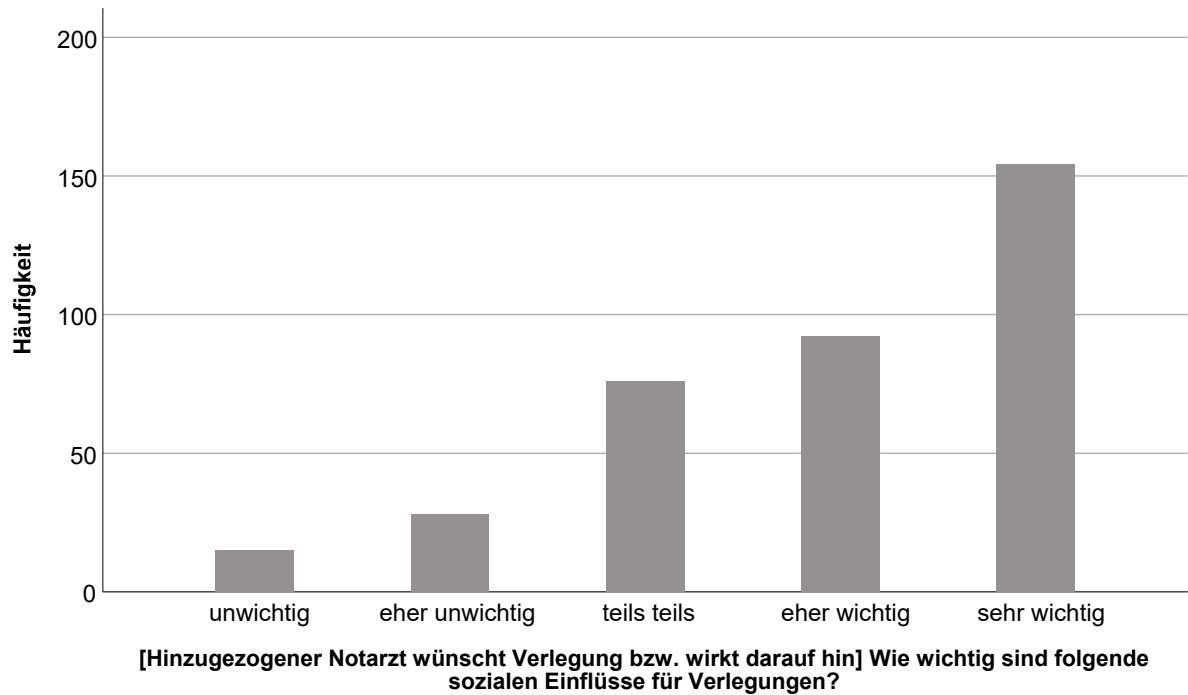
[Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	20	5,4
	eher unwichtig	28	7,6
	teils teils	79	21,4
	eher wichtig	112	30,3
	sehr wichtig	131	35,4
	Gesamt	370	100,0
Fehlend		41	
Gesamt		411	

[Hinzugezogener Notarzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	15	4,1
	eher unwichtig	28	7,7
	teils teils	76	20,8
	eher wichtig	92	25,2
	sehr wichtig	154	42,2
	Gesamt	365	100,0
Fehlend		46	
Gesamt		411	





Andere Partner wirken auf Verlegungen hin:

Bewohner

Bewohner selbst

Bewohner selbst

Bewohner wünscht es selbst

Bewohner wünscht Verlegung selber

Das Setting der Befragung stimmt nicht. Sterbende, bei den der Prozess bekannt ist, werden nicht verlegt.

Der Betroffene selbst wünscht es-trotz Patientenverfügung / Notfallplan.Arzt erkennt die Palliative Situation nicht an.

Der Bewohner entscheidet

Eigengefährdung, Wahn, Geringe o2-Sättigung

Gesetzlich. Betreuer z. B.

gesetzliche Betreuer

gesetzliche Betreuer

gesetzliche Betreuer, Palliativteam

keine bekannt

Kollegen

Kollegen aus Unsicherheit

Kunde selbst-Wahrung des eigenen Willens! Pflegepersonal;

Mitarbeiter der Einrichtung

Mitarbeiter/innen

nein

notärztliche Dienst, der Mittwochs und am WE tätig ist und den Bewohner nicht kennt

nur bei fehlender Patientenverfügung

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleitung

Pflegefachkraft

SAPV-Team

Soweit es möglich ist, wird versucht seitens der Einrichtung und Arzt eine Verlegung zu vermeiden.

Verlegungen sterbender / schwerstkranker Menschen ins Krankenhaus kommen nur aufgrund der o.a. Gründe zustande.

Warum wird der Notarzt hinzugezogen?

Wenn SAPV Team für notwendig erachtet wird eingewiesen, Bei Notärzten oder Bereitschaftsdienst Entscheidung immer mit Angehörigen oder Bevollmächtigten.

Wundexperte

Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen? (1=unwichtig ... 5=sehr wichtig)

		Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung	Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit	Grundsätzlich zu wenig Personal	Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter	Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter	Mangelndes Engagement der eigenen Mitarbeiter
N	Gültig	353	351	352	355	353	348
	Fehlend	58	60	59	56	58	63
	Mittelwert	2,1	1,9	2,1	2,6	2,6	2,0
	Std.-Abweichung	1,3	1,1	1,4	1,3	1,3	1,2

[Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	171	48,4
	eher unwichtig	75	21,2
	teils teils	40	11,3
	eher wichtig	35	9,9
	sehr wichtig	32	9,1
	Gesamt		353
Fehlend		58	
Gesamt		411	

[Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	182	51,9
	eher unwichtig	90	25,6
	teils teils	38	10,8
	eher wichtig	26	7,4
	sehr wichtig	15	4,3
	Gesamt	351	100,0
Fehlend		60	
Gesamt		411	

[Grundsätzlich zu wenig Personal] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	168	47,7
	eher unwichtig	71	20,2
	teils teils	46	13,1
	eher wichtig	30	8,5
	sehr wichtig	37	10,5
	Gesamt	352	100,0
Fehlend		59	
Gesamt		411	

[Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?

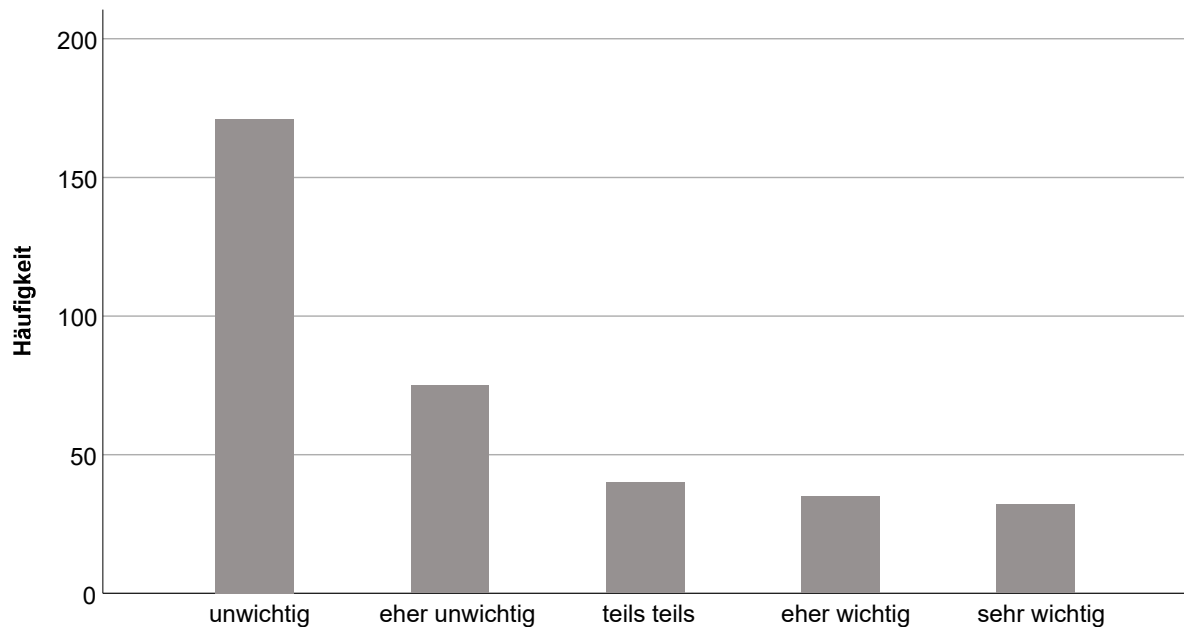
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	101	28,5
	eher unwichtig	70	19,7
	teils teils	96	27,0
	eher wichtig	45	12,7
	sehr wichtig	43	12,1
	Gesamt	355	100,0
Fehlend		56	
Gesamt		411	

[Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?

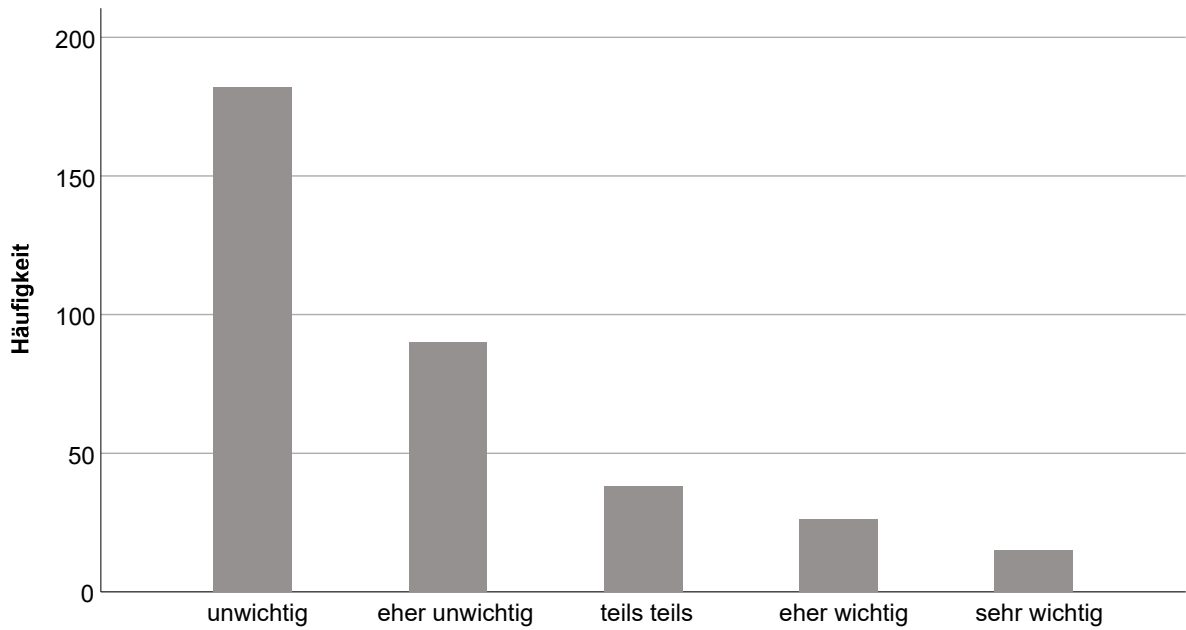
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	97	27,5
	eher unwichtig	84	23,8
	teils teils	91	25,8
	eher wichtig	40	11,3
	sehr wichtig	41	11,6
	Gesamt	353	100,0
Fehlend		58	
Gesamt		411	

[Mangelndes Engagement der eigenen Mitarbeiter] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?

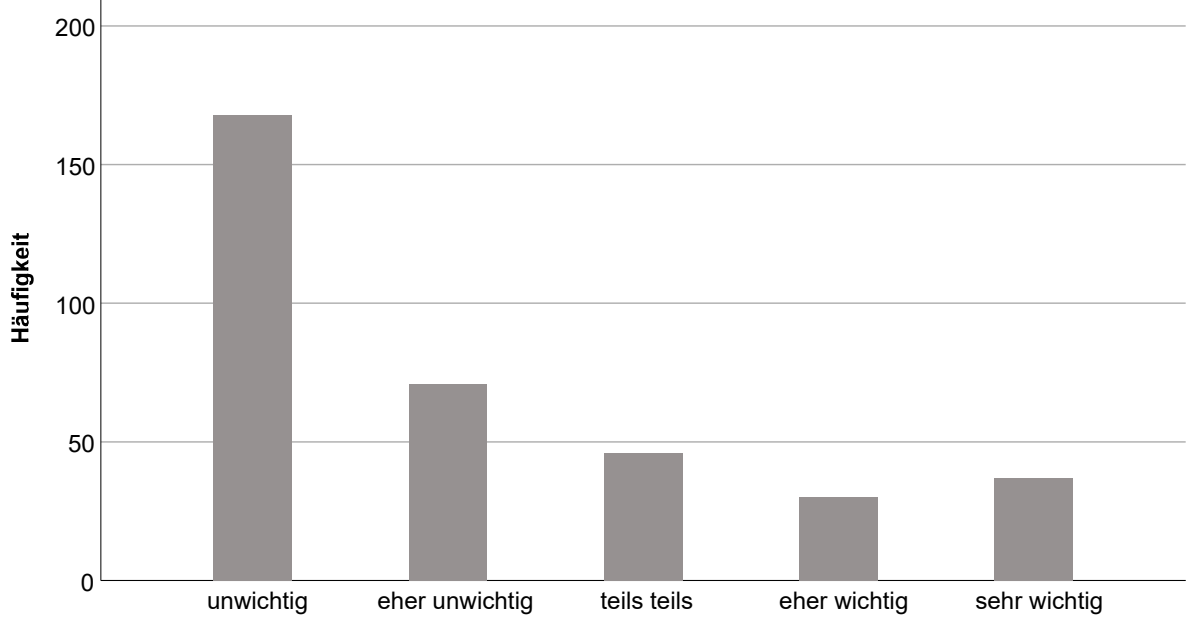
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	157	45,1
	eher unwichtig	95	27,3
	teils teils	53	15,2
	eher wichtig	23	6,6
	sehr wichtig	20	5,7
	Gesamt	348	100,0
Fehlend		63	
Gesamt		411	



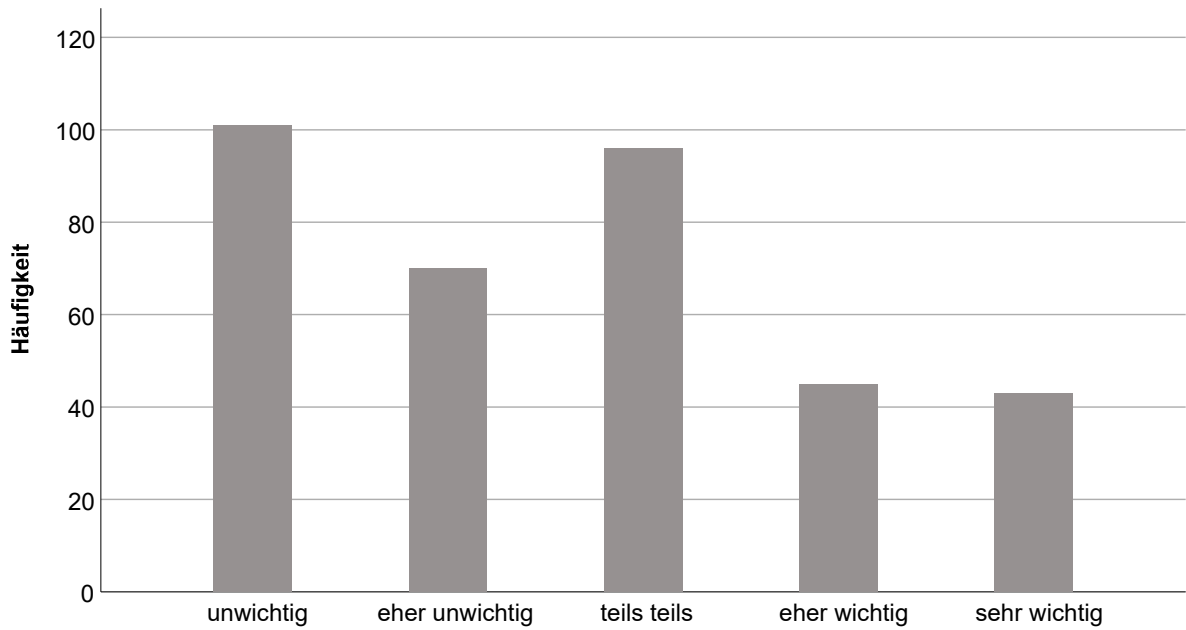
[Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?



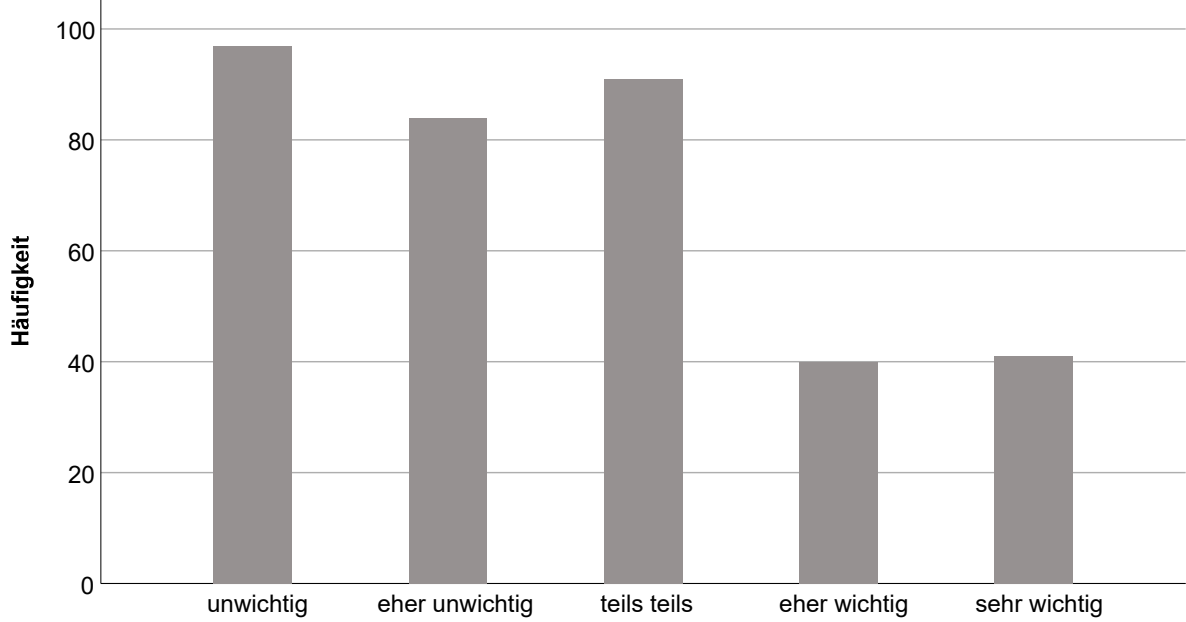
[Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?



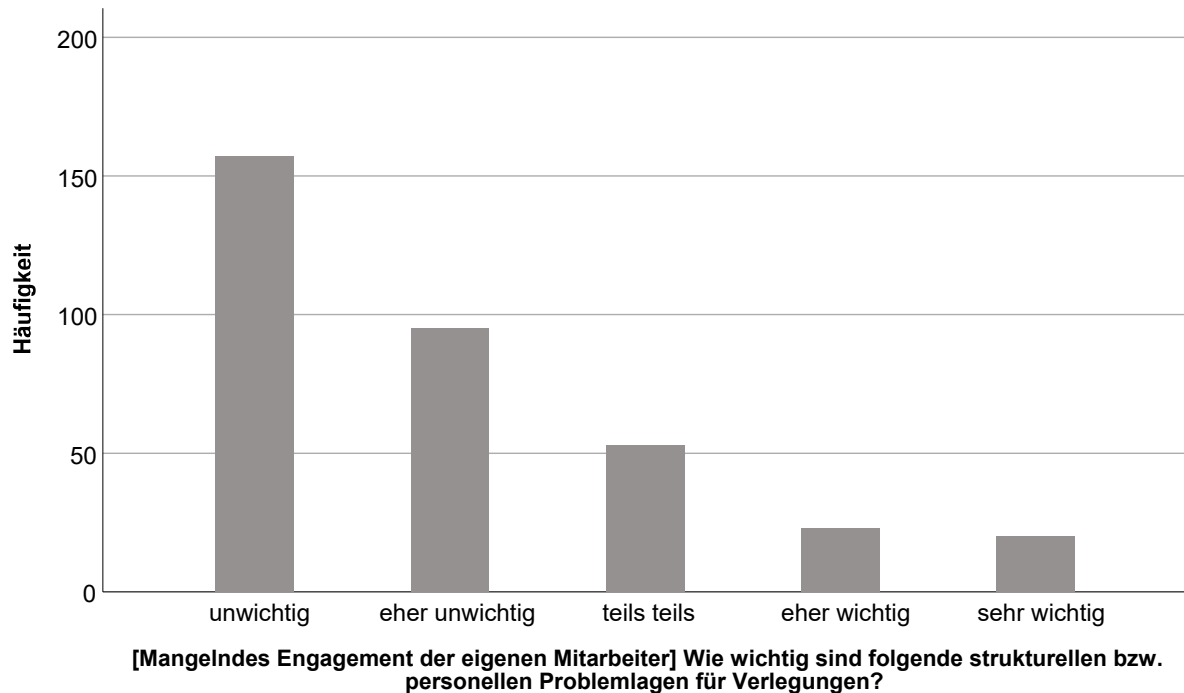
[Grundsätzlich zu wenig Personal] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?



[Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?



[Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter] Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?



Andere Begründungen:

- keine palliativärztliche Präsenz um bestimmte Symptome kontrollieren zu können- in seltenen Fällen fehlende Medizintechnik zur palliativen Symptomkontrolle- palliativer Bereitschaftsdienst wäre wünschenswert

Ärztliche Versorgung

Bemerkung zu oben:es gibt keinen Grund einen sterbenden Menschen zu verlegen, der auf die personelle Situation zurückzuführen ist. Der sterbende Mensch und sein Wille steht im Vordergrund und nicht die personelle Situation.

Die o.g. Formulierung ist schwierig! Unerfahrenheit kann man mit Übung beheben. Überforderung aufgrund der Urlaube- heißt es zu wenig Personal? Ansonsten spielt es ja keine Rolle!

Die oben genannten Gründe gibt es bei uns nicht. Sterbende Menschen haben immer Vorrang.

Die oben genannten Kriterien sind nicht relevant, es wird immer im Sinne des Bewohners gehandelt und Verlegungen vermieden. Der Bewohner soll möglichst in seinem gewohnten Umfeld versorgt werden.

Dies kann ich nicht begründen, da unsere Sterbenden zu 95% in unserer Einrichtung versterben. Da wir einer Verlegung unsererseits immer sehr kritisch sehen. Sterbende die im Krankenhaus sterben, hatte nicht unbedingt die Anzeichen das sie sterben werden.

Egal welche Symptome, wir verlegen nicht sondern versorgen selbst!

Es gibt kein Palliativkonzept in der Einrichtung. Das einzige Problem besteht nachts, aufgrund des Personalschlüssels.

Es ist immer schwieriger geeignete MA zu gewinnen und diese dann auch zu halten. So muss man ständig dran bleiben das Thema und dessen Bedeutung immer und immer wieder zu vermitteln.

Fachkräfte werden nicht auf den Sterbeprozess und den Umgang mit dem Tod in der Praxis ausreichend angeleitet bzw. vorbereitet.

fehlende medizinische Ausstattung in Pflegeheimen, wie z.B. O2-Anschlüsse in den Bewohnerzimmern, Überforderung/Ängste der Ärzte bei Palliativversorgung

fehlende oder ungenaue Patientenverfügung

Fehlende Patientenverfügungen bzw. Erklärungen/Willensäußerungen zum Lebensende

fehlende telefonische Erreichbarkeit des notärztlichen Dienst, wenn der palliativmedizinische Dienst noch nicht kooperiert.

Für Besonderheiten wie künstliche Beatmung sind wir als Einrichtung nicht eingerichtet, das heisst in dem Fall muss eine Verlegung ins Krankenhaus erfolgen.

ggf. fehlende Patientenverfügung oder Abstimmung mit Angehörigen/betreuendem Arzt

Hausärztliche Betreuung, Verständnis der Notärzte

In sehr vielen Fällen ist es so, dass die Pflegekräfte über die Zeit eine Beziehung zu den Bewohner/Innen aufgebaut haben. Da möchten alle, dass diese auch in den letzten Lebenswochen oder -tagen Zuhause (also in der Einrichtung) verbleiben.

Keine Kooperation mit Palliativteams
Zu wenig Möglichkeit Personal zu schulen
Doppelzimmer und belegtes Krisenzimmer

keine Patientenverfügungen, Vollmachten

Klar kann es durch Krankheit, Urlaub und Abwandern von Personal zu Mehrarbeit im Team kommen, aber es wird grundsätzlich darauf geachtet, dass Personen in der letzten Lebensphase Zeit und Begleitung bekommen. Es ist schön, dass auch unser Team das so sieht.

Mangelnde Entscheidungskompetenz
Angst etwas "falsch" zu machen

Mitarbeiter haben Angst etwas falsch zu machen, bzw. den Ansprüchen von Angehörigen, Betreuer, Ärzten nicht gerecht zu werden. Vorwürfe und Druck sind keine Seltenheit.

Mitarbeiter wollen sich absichern und rufen Kassen- oder Notarzt bei Verschlechterungen des AZ. Entscheidung fällt dann auf eine andere Stelle zur Krankenhauseinweisung.

Nicht Vorhandensein einer Patientenverfügung bzw. einer Bekundung des mutmaßlichen Willens.

Recht machen der Angehörigen oder Hausärzte

Sehr oft wird die Symptomlage als so erdrückend angesehen, dass auf eine KH Einweisung hingearbeitet wird. Auch die mangelnde Bereitschaft der Ärzte entsprechende bedarfsmedikamente anzuordnen wirkt darauf in...
Fazit: Es gibt nicht den Grund, aber es ist sehr oft die fehlende Erfahrung der Ärzte und Kollegen

starke Unsicherheit

Sterben und Tod in Einrichtungen wo behinderte Menschen wohnen ist dort immer noch vom Verstehen her wie im Mittelalter

Sterbende Bewohnerinnen werden bei uns in der Einrichtung versorgt.

Unklare rechtliche Konsequenzen wenn keine Patienten-/ Bewohnerverfügung vorhanden ist.

Verlegungen in ein Krankenhaus werden in unserer Einrichtung ausschließlich durch behandelnde Ärzte entschieden, welche ggf. noch Rücksprache mit Angehörigen nehmen. Die oben aufgeführten Punkte spielen in diesem Zusammenhang praktisch keine Rolle.

Verlegungen werden vermieden, wenn im Vorfeld klar geregelt ist, was sich der Bewohner wünscht. Wenn dazu auch klare Bedarfsregelungen durch den Hausarzt getroffen worden sind und die Medikamente entsprechend vor Ort sind, können ebenfalls Einweisungen vermieden werden. Die Mitarbeiter*innen benötigen hierzu viel Unterstützung, Schulung und Vorbereitung, damit sie sich sicher fühlen und nicht durch die Situation an sich überfordert werden. Ebenfalls ist eine intensive Angehörigenbetreuung erforderlich, sowie Netzwerkarbeit mit den Hausärzten, Apotheken, amb. Hospizen etc.

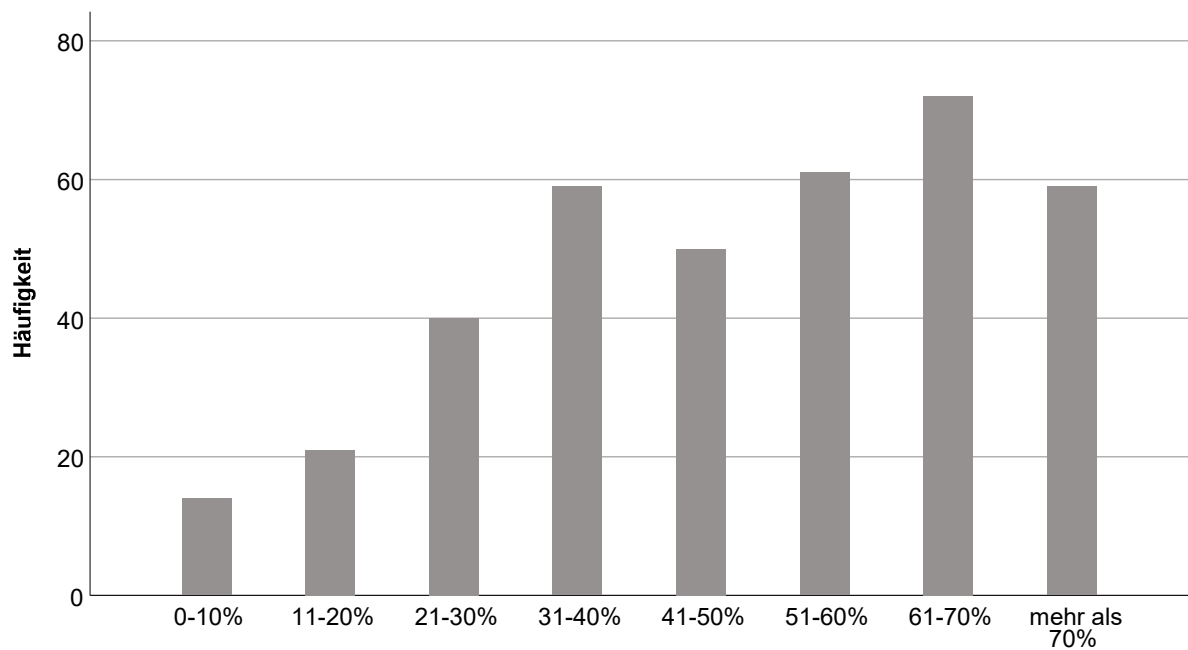
Verlegungsmoral der KH: Es werden auch Menschen verlegt die im Sterbeprozess sind.

Versorgung von Hausärzten und Notfallplanung sehr schlecht, trotz Drängen

Wir sind ein Haus der Wiedereingliederung keine Pflegeeinrichtung, die pädagogischen Mitarbeitenden sind auf sterbenden Klienten mit starken Schmerzsymptomen und Begleiterscheinungen in der Sterbephase nicht geschult und pflegerisch oft komplett überfordert. Der Hausarzt schaltet nicht automatisch ein SAPV Team ein.

Wieviele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?

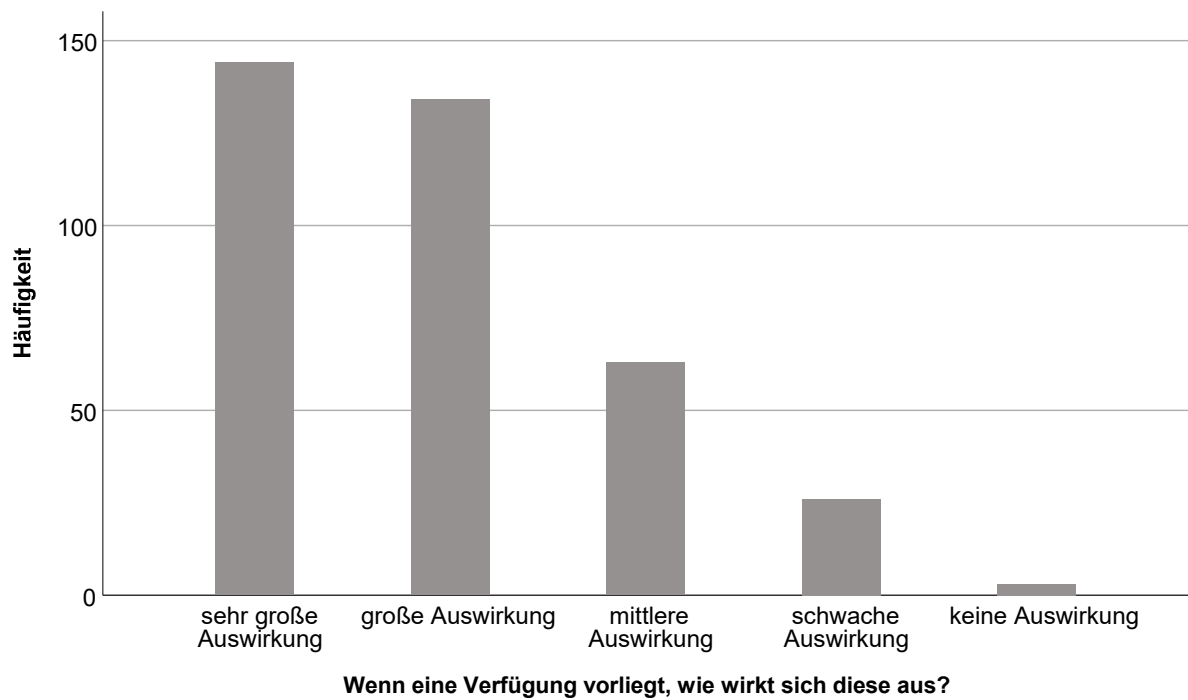
		Häufigkeit	Gültige Prozenzte
Gültig	0-10%	14	4,1
	11-20%	18	5,3
	21-30%	36	10,7
	31-40%	54	16,0
	41-50%	45	13,3
	51-60%	56	16,6
	61-70%	64	18,9
	mehr als 70%	51	15,1
	Gesamt		338
Fehlend		32	
Gesamt		370	



Wieviele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?

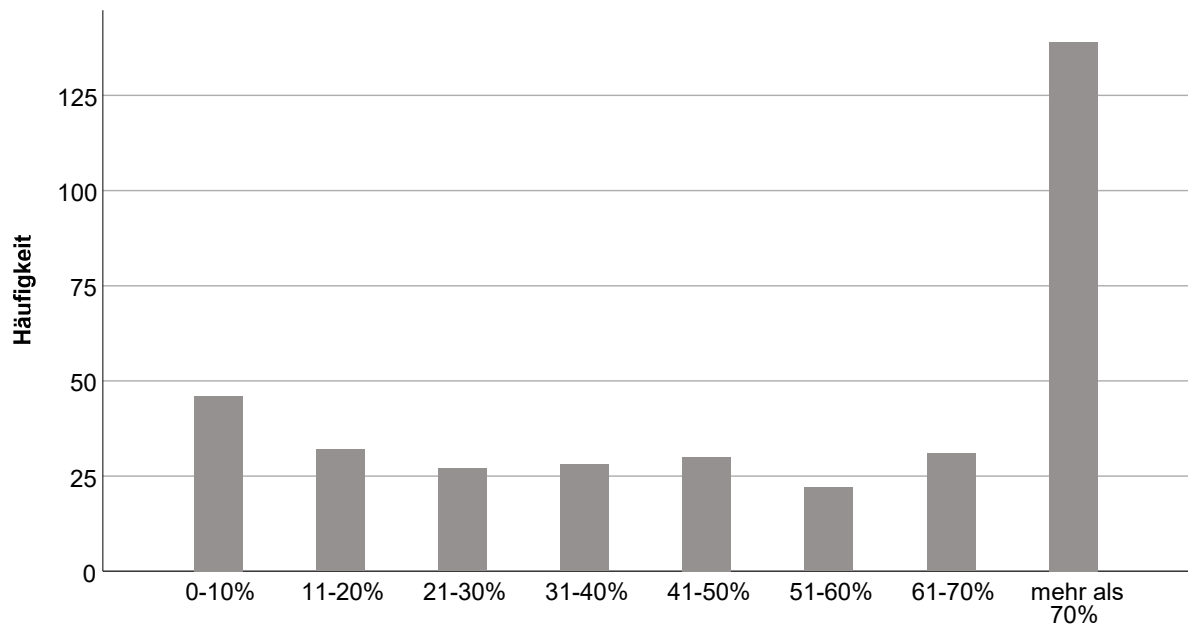
Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	sehr große Auswirkung	126	38,1
	große Auswirkung	119	36,0
	mittlere Auswirkung	61	18,4
	schwache Auswirkung	23	6,9
	keine Auswirkung	2	,6
	Gesamt	331	100,0
Fehlend		39	
Gesamt		370	



Wird das Thema Sterben in der Pflegeanamnese als Teil der Pflegeplanung angesprochen? In wieviel Prozent der Fälle?

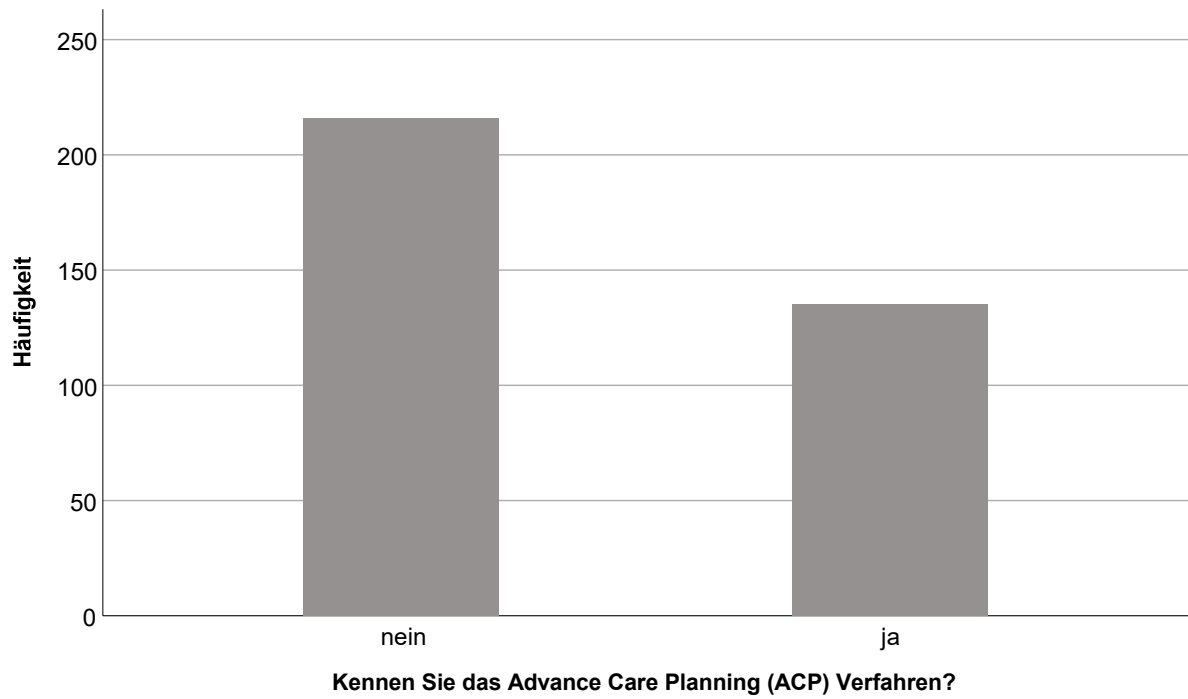
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	0-10%	42	13,2
	11-20%	30	9,4
	21-30%	27	8,5
	31-40%	27	8,5
	41-50%	28	8,8
	51-60%	16	5,0
	61-70%	27	8,5
	mehr als 70%	122	38,2
	Gesamt	319	100,0
Fehlend		51	
Gesamt		370	



Wird das Thema Sterben in der Pflegeanamnese als Teil der Pflegeplanung angesprochen? In wieviel Prozent der Fälle?

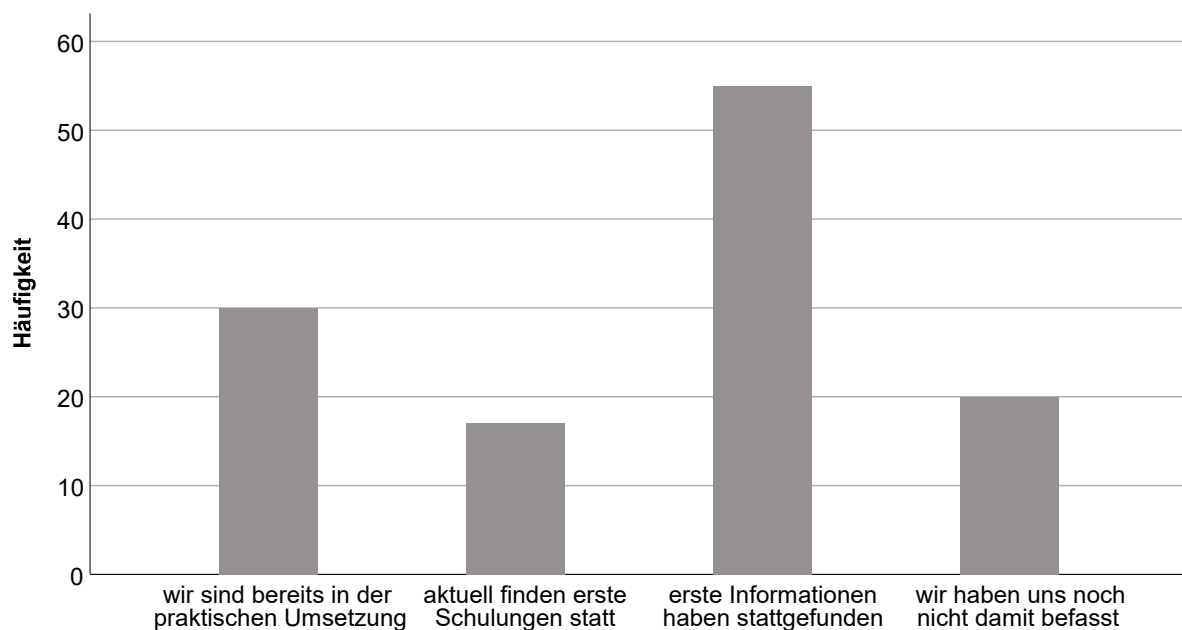
Kennen Sie das Advance Care Planning (ACP) Verfahren?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	nein	195	61,9
	ja	120	38,1
	Gesamt	315	100,0
Fehlend		55	
Gesamt		370	



Wie geht Ihre Einrichtung mit der gesetzlichen (HPG) Aufforderung zur Etablierung einer vorausschauenden Planung (Advance Care Planning ACP) auch des Lebensendes um?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	wir sind bereits in der praktischen Umsetzung	26	24,1
	aktuell finden erste Schulungen statt	14	13,0
	erste Informationen haben stattgefunden	49	45,4
	wir haben uns noch nicht damit befasst	19	17,6
	Gesamt	108	100,0
Fehlend		262	
Gesamt		370	



Wie geht Ihre Einrichtung mit der gesetzlichen (HPG) Aufforderung zur Etablierung einer vorausschauenden Planung (Advance Care Planning ACP) auch des Lebensendes um?

Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden? (1=stimme gar nicht zu ... 5 = stimme voll und ganz zu)

	N		Mittelwert	Std.- Abweichung
	Gültig	Fehlend		
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten	334	36	4,5	0,9
Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen	334	36	4,6	0,7
Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV	305	65	4,5	0,9
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	325	45	4,3	1,0
Mehr Personal	330	40	4,1	1,1
Besser ausgebildetes Personal	327	43	4,3	0,9
stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	322	48	4,2	1,1

[Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	5	1,5
	stimme eher nicht zu	8	2,4
	teils teils	29	8,7
	stimme eher zu	60	18,0
	stimme voll und ganz zu	232	69,5
	Gesamt	334	100,0
Fehlend		36	
Gesamt		370	

[Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	3	,9
	stimme eher nicht zu	2	,6
	teils teils	22	6,6
	stimme eher zu	78	23,4
	stimme voll und ganz zu	229	68,6
	Gesamt	334	100,0
Fehlend		36	
Gesamt		370	

[Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	6	2,0
	stimme eher nicht zu	4	1,3
	teils teils	31	10,2
	stimme eher zu	46	15,1
	stimme voll und ganz zu	218	71,5
	Gesamt	305	100,0
Fehlend		65	
Gesamt		370	

[Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	9	2,8
	stimme eher nicht zu	13	4,0
	teils teils	45	13,8
	stimme eher zu	70	21,5
	stimme voll und ganz zu	188	57,8
	Gesamt	325	100,0
Fehlend		45	
Gesamt		370	

[Mehr Personal] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

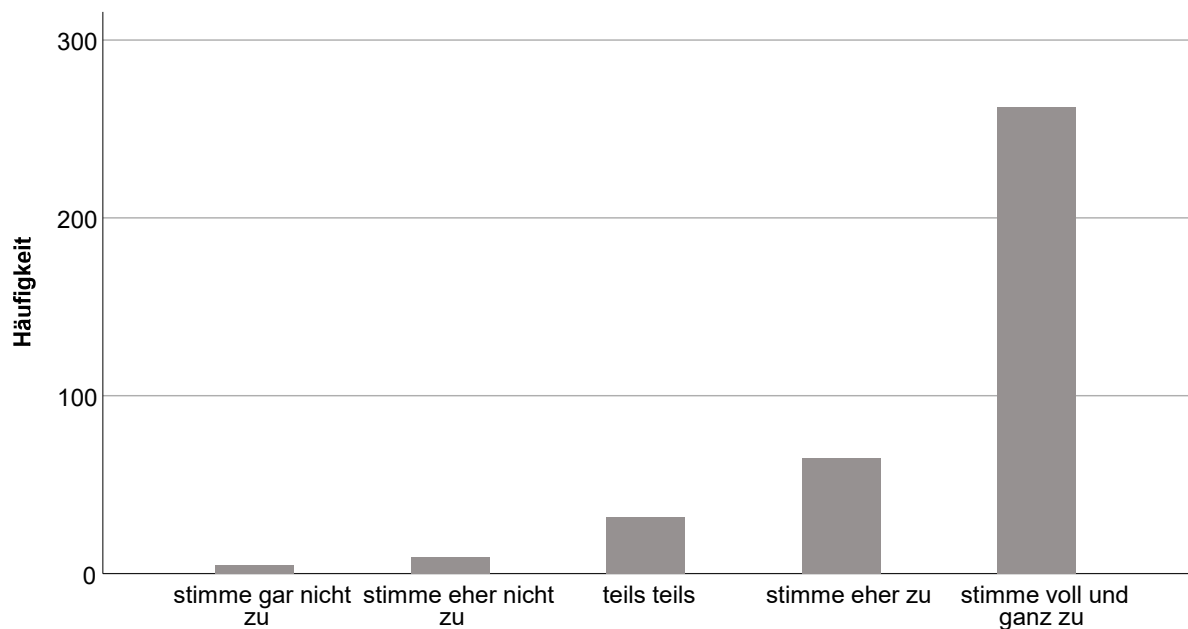
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	5	1,5
	stimme eher nicht zu	26	7,9
	teils teils	55	16,7
	stimme eher zu	77	23,3
	stimme voll und ganz zu	167	50,6
	Gesamt	330	100,0
Fehlend		40	
Gesamt		370	

[Besser ausgebildetes Personal] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

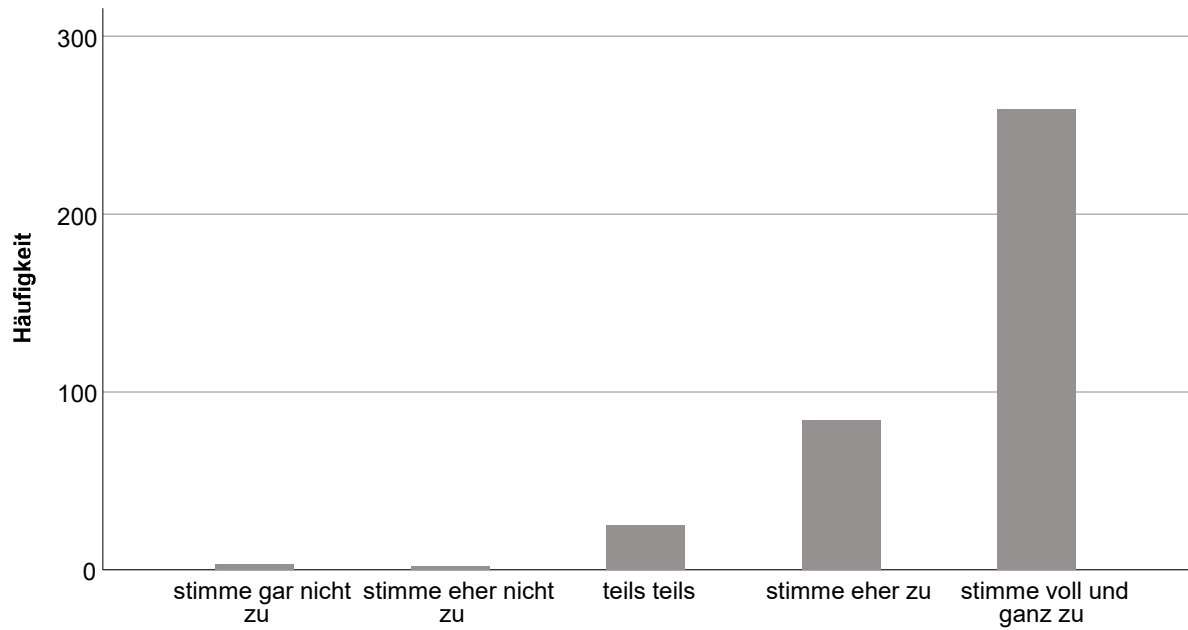
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	5	1,5
	stimme eher nicht zu	12	3,7
	teils teils	46	14,1
	stimme eher zu	87	26,6
	stimme voll und ganz zu	177	54,1
	Gesamt	327	100,0
Fehlend		43	
Gesamt		370	

[stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

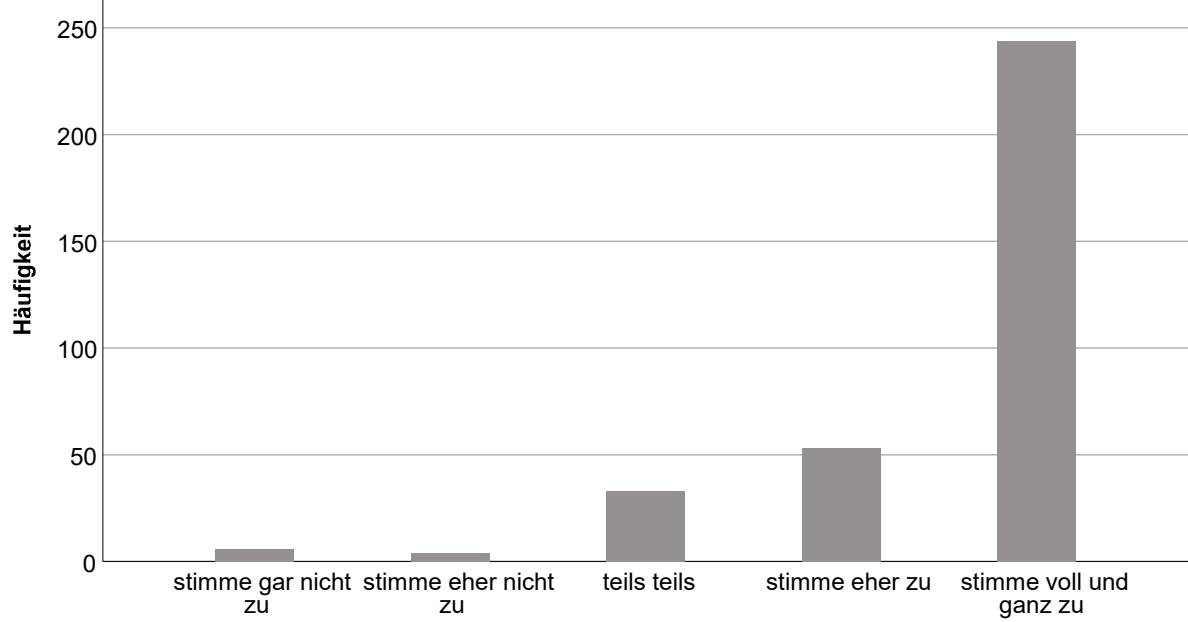
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	10	3,1
	stimme eher nicht zu	21	6,5
	teils teils	48	14,9
	stimme eher zu	68	21,1
	stimme voll und ganz zu	175	54,3
	Gesamt	322	100,0
Fehlend		48	
Gesamt		370	



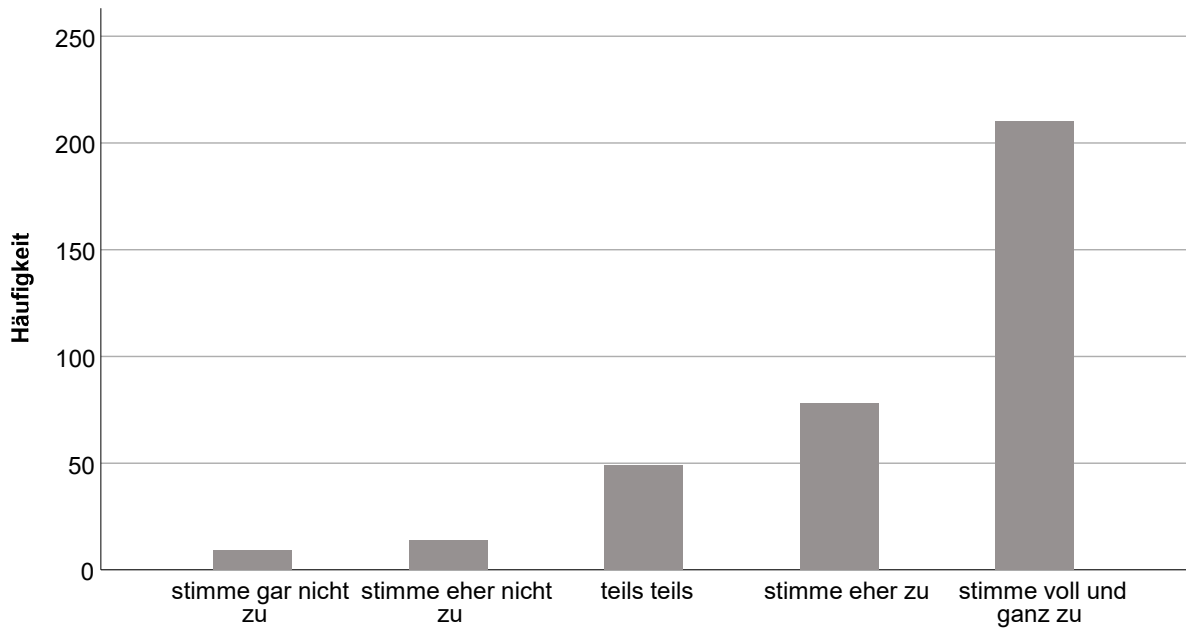
[Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?



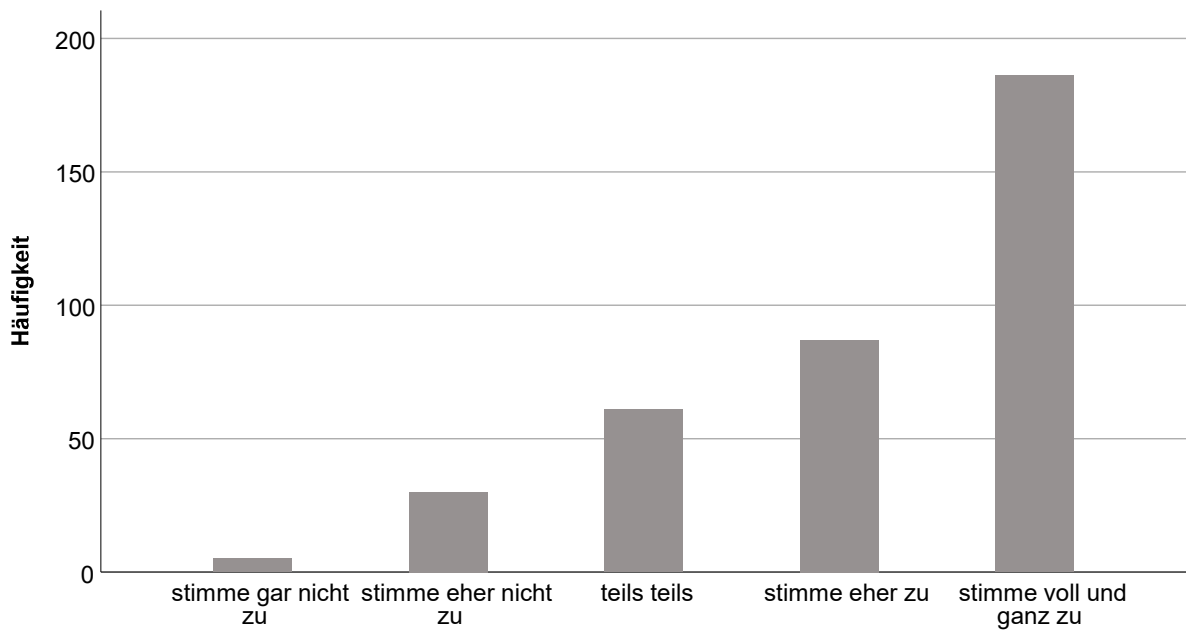
[Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?



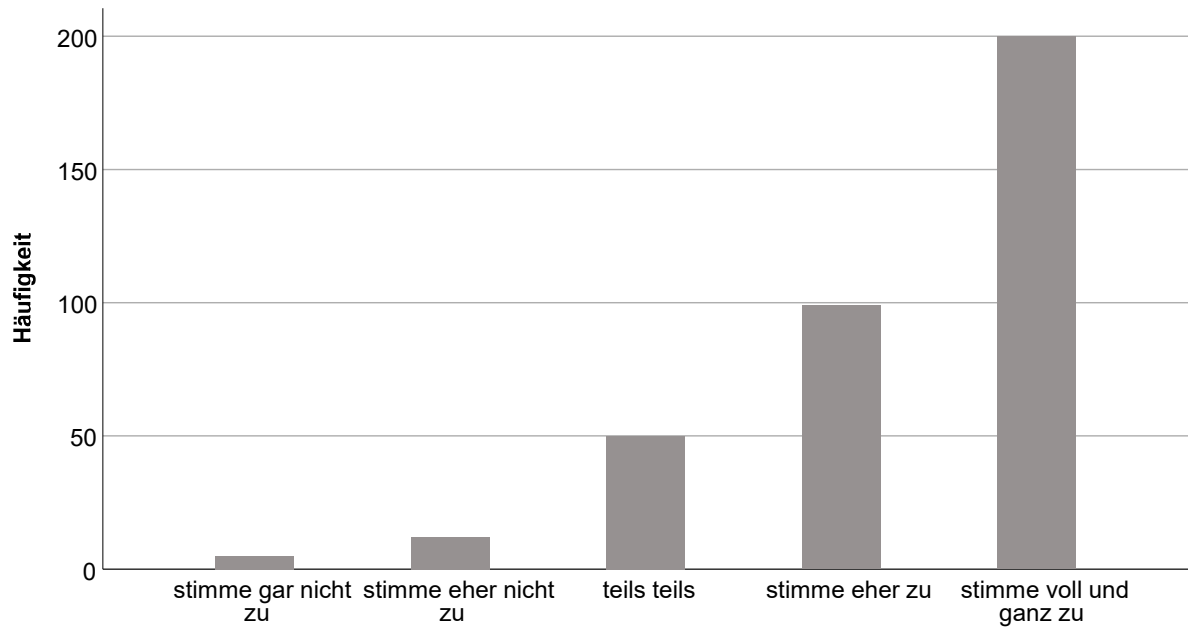
[Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?



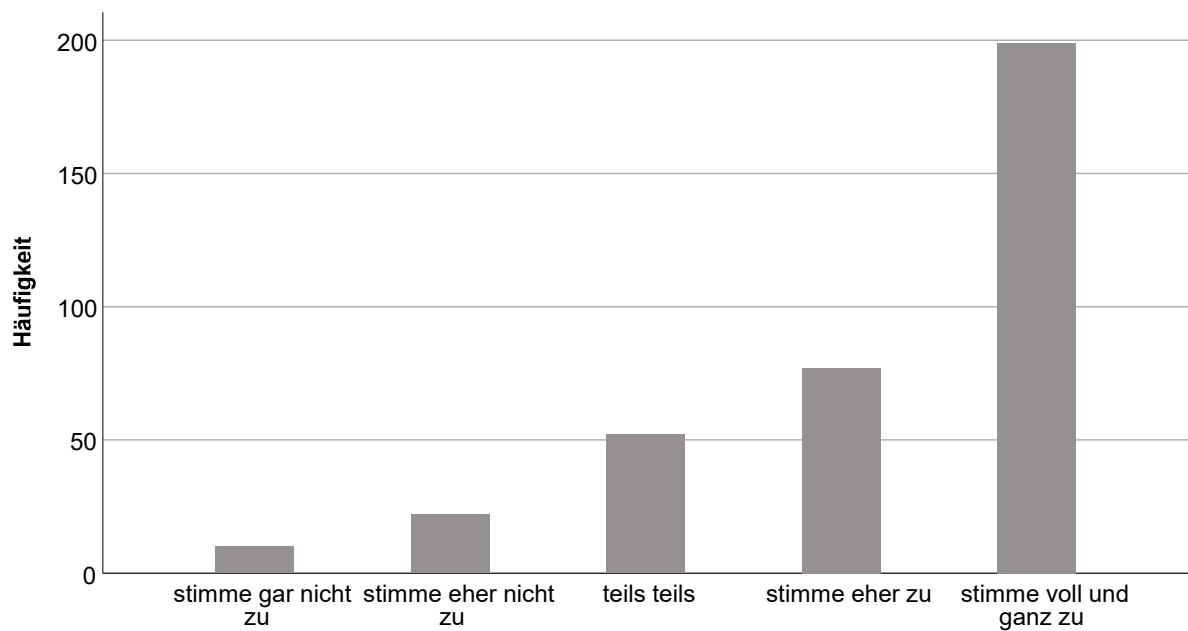
[Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?



[Mehr Personal] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?



[Besser ausgebildetes Personal] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?



[stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

Andere Verbesserungsvorschläge:

- von Anfang an umfassendere Biografiearbeit- Qualitätszirkelarbeit zur Verbesserung des Prozess, Zusatzfunktion schaffen für Beratungen der Angehörigen & Bewohner bei Einzug und Erfragung/ Dokumentation der Wünsche - Tabuisierung muss überwunden werden!

1. Nicht nur Hausärzte sollten ein Recht auf Refinanzierung ihrer Leistungen für Sterbende in Heimen haben, sondern auch die spezielle Pflege von Sterbenden muss zwingend finanziell gesondert und adäquat gefördert werden. 2. Mehr Anordnungskompetenz für speziell ausgebildete Palliativkräfte 3. Einheitliche Qualitätsstandards für Curricula der allgemeinen Ausbildung sowie der palliativen Weiterbildung und deren adäquate Refinanzierung

Bei uns gibt es kein SAPV Team / Eins der großen Probleme

Beratung von Angehörigen, Palliativ Ausbildung für Pflegehelfer > Basiskurs 40 h zu wenig, Fachkraft hat 160 h Ausbildung

Besser ausgebildetes Personal auch im Sinn von Reflexion, Fallgesprächen, Supervision

Bessere Ausbildung der Hausärzte bei der Palliativversorgung

Bessere finanzielle Vergütung für die palliative Betreuung der Patienten

bessere interkulturelle Zusammenarbeit

Das Tabuthema Sterben im Allgemeinen bedarf mehr Beachtung und Aufklärung in allen Bevölkerungsschichten

Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist bei uns soweit gut. Aber leider ist es bisher doch so, dass nur durch den Hausarzt das SAPV Team mit in die Betreuung der Sterbenden eingebunden werden kann, da es hier einer Verordnung bedarf. An dieser Stelle scheitert das ganze Verfahren häufig. Das SAPV Team arbeitet mit einem eigenen Palliativ Arzt. Der Hausarzt möchte sich hier, aus welchem Grund auch immer, nicht den Patienten nehmen lassen. Mehr Personal ist selbstverständlich immer gut. Das bedeutet aber in erster Linie eine bessere Finanzierung.

Eine n besseren Personalschlüssel für Palliativ zu betreuende Bewohner. Eine bessere Finanzierung von Palliativ zu betreuende Bewohner.

Erreichbarkeit und Hausbesuche des ärztlichen Notdienstes verbessern

Es ist nicht wichtig ob Personal eine Palliativ Ausbildung hat, sondern ob das Mitgefühl und Verständnis für den Sterbenden vorhanden ist. In erster Linie ist der Sterbende nicht das "Problem" sondern die Hilflosigkeit der Angehörigen. Nimmt man den Angehörigen diese und macht Vorschläge wie sie sich mit einbringen können, sind diese erleichtert das sie nicht allein mit ihren Entscheidungen sind. Wichtig ist auch, ihnen Zeit und Raum zum Reden geben zu können. Das macht 90% der Entscheidung gegen ein Krankenhaus aus. Es sollte auch immer vermieden werden, das beim Sterbenden nur 1 Angehöriger ist, sollte es nicht anders gehen, müssen die Frequenzen der Betreuung seitens der Einrichtung nicht unter 10min sein. Somit hat der Angehörige immer jemanden zum Ansprechen.

Fortbildungen über dieses Thema um es transparent zu machen Multiplikatoren einsetzen um Mitarbeiter anzuleiten z.b.bei der Beratung einer Patientenverfügung

Freistellung der Mitarbeiter mit Zusatzqualifikation und zusätzlicher Aufgabe. Das erfordert eine entsprechende Finanzierung. Das sollte durch den Gesetzgeber geändert werden, damit die Kostenträger diese Kosten komplett tragen.

Hausärzte müssen stärker die SAPV-Teams einbinden

Höhere Bezahlung aller Berufsgruppen, nicht nur im Helferbereich, echte oder gar keine Prüfungen, praxisnahe Ausbildung in allen Kompetenzen, qualitative Ausbildung im niedrigrschwelligem Bereich, jährliche Auffrischung mit min 2 Tagen auch bei den PA

Im Rahmen der Ausbildung Vertiefung durch Praxisnahe Theorie und Praktika

Insgesamt sprengen die gesetzlichen Vorgaben z. T. unsere Ressourcen. einmal können wir nicht jedem Menschen wie ges. vorgesehen einen Hospizhelfer dauerhaft zu Seite stellen (Quantität). Zum Anderen "stösst die total optimierte stationäre Pflege auch durch die Möglichkeiten Ihres Personales an Grenzen.

Intensivierung von Fallbesprechungen Integration einer Arbeitsgruppe incl. Festlegen von Verantwortlichkeiten/Ansprechpartnern Konzepterstellung und Umsetzung

Interkulturelle Schulungen und Beratungsmöglichkeiten Junges Personal langsam an das Thema heranzuführen, Reflexionen anbieten und Psychosoziale Betreuung - Die Sterberate steigt in den Seniorenheimen massiv an, die Verweildauer verkürzt sich.

Keine Verlegung Sterbender von KH in AH Mindestens die Hälfte unserer Aufnahmen kommen nach einem Krankenhausaufenthalt zu uns. Auch zum Sterben.

mehr palliativ ausgebildete Hausärzte, engere Zusammenarbeit mit Krankenhäusern/Überleitungsmanagement von sterbenden Menschen aus Krankenhäusern in die Altenhilfeeinrichtungen

mutigeres Verordnen von BTM (Hausärzte) und Möglichkeit der Reserven für den Fall der Fälle (Heimaufsicht!)
og Maßnahmen sind bereits etabliert. Schulung der Haus- und Bereitschaftsärzte in Palliativmedizin ist das Gebot der Stunde

Palliativversorgung durch Hospiz und SAPV intensivieren und mehr Kapazitäten schaffen, oder solche Dienste in stationäre Einrichtungen einrichten. Hausärzte bezüglich der Möglichkeiten palliativer Versorgung noch besser informieren

Personalbesetzungsuntergrenzen! Es ist jetzt keine Zeit um Sterbende zu begleiten.

Regelmäßige QM für Personal/Weiterbildung

SAPV müsste besser ausgebaut werden, großenteils noch nicht vorhanden. Mehr Ärzte mit Palliativer Weiterbildung im häuslichen Bereich

Schulung und Sensibilisierung der Notärzte und Bereitschaftsdienste zum Thema.

Überlegung durch die Politik zur Fachkraftquote. Wenn ich gut ausgebildete Fachkräfte haben könnten diese oft auch ungelernete Kräfte/Alltagsbegleiter anleiten und schulen. Diese könnten dann auch Aufgaben übernehmen. Mehr gut ausgebildete Fachkräfte ist doch sowieso unrealistisch

Verbesserung des Personalsschlüssels damit eine intensive, individuelle Versorgung der Bewohner in der Sterbephase zulässt.

Verständnis/Bewilligungen der Pflegekassen, Schulungen der MA der Kassen

Weiterbildung für alle an der palliativen Versorgung begleitender Berufsgruppen (Hauswirtschaft / Alltagsbegleitung / Reinigung / Soziale Betreuung etc.) Vernetzung mit den Krankenhäusern um eine schnellstmögliche Rückverlegung bei unausweichlichem Aufenthalt gewährleisten gemeinsame Fortbildung um sich kennenzulernen, bessere Zusammenarbeit

Wir (8 Einrichtungen) arbeiten sehr eng mit dem Hospizdienst zusammen, sowie die AAPV und SAPV. Unsere Einrichtungen nutzen das Instrument-Vorsorgliche Notfallplanung. Jährliches Treffen/Workshop, wo gemeinsam analysiert wird, was ist gut gelaufen, was kann man anpassen. Anhand von halbjährlich ermittelten Kennzahlen. lg

Zusätzlich Stellen für speziell ausgebildete Pflegekräfte analog Berater Paragraf 132g SGB V

Gibt es andere Bedingungen bzw. Umstände als die hier benannten, die Ihrer Erfahrung nach zur Verlegung von schwerstkranken und sterbenden Bewohnern/-innen führen?

- fehlende Patientenverfügungen- Angst, Fehler zu machen- fehlende Beschäftigung Pflegenden mit Sterben und Tod ohne konkreten Anlass

- in seltenen Fällen: Bewohnerwunsch

Akute neu aufgetretene Erkrankungen (Infekte) unabhängig von der Grunderkrankung Unerfahrene Notärzte, die Einweisungen von Sterbenden veranlassen

Akute schwere Erkrankungen wie Bronchitis, Stürze, Dehydratation

Angehörige bestehen mitunter auf eine Einweisung ins Krankenhaus

Angehörige wohnen weiter weg und möchten die letzte Lebensphase enger begleiten. Hier aber keine Verlegung Sterbender sondern eher Schwerstkranker.

Angst / Unwissenheit / Gewissen von Bewohnern, Angehörigen und teils Personal

Angst der Mitarbeiter vor den Konsequenzen nicht reagiert zu haben

Angst des Bewohners, trotz Patientenverfügung

Angst und Unsicherheit des Pflegepersonals

Ärzte beraten sich zu wenig mit den Pflegekräften bzw. erkennen deren Meinung, Kompetenz und die Tatsache, dass diese die Bewohner*innen gut kennen nicht an. Außerdem trägt der Fachkräftemangel, FLuktuation und Wirtschaftliche Aspekte dazu bei, dass Personal sich nicht gut genug mit den Verfahren auskennt, keine Chancen für "Einarbeitung", Kennenlernen der Möglichkeiten, und teilweise fehlt schlicht das Personal für bspw. "Händchen" halten, Angst nehmen und begleiten.

Bei Sterbenden sprechen wir mit den Angehörigen ob eine erneute KH Einweisung gewünscht wird. Wenn die Angehörigen es mittragen, rufen wir im Notfall einen Arzt und der wägt dann telefonisch mit den Angehörigen ab, ob eine KH Einweisung erfolgen soll oder nicht. In den meisten Fällen wird einer KH Einweisung nicht zugestimmt, so dass der Bew. schlimmstenfalls in der Einrichtung versterben kann. Pflegefachkräfte müssen sich absichern, sie haben Angst davor wegen unterlassener Hilfeleistung belangt zu werden. Was in der letzten Zeit besonders von den Angehörigen droht. (Opduktionen Verstorbenen zum Nachweis der Todesursache bei Hochbetagten!)

Bessere Absprachen mit und Aufklärung der Angehörigen über die Möglichkeiten und Vorteile

Bessere Aufklärung der Gesellschaft zum Thema Patientenverfügung und Sterben überhaupt würde uns in den Pflegeeinrichtungen schon sehr helfen. Viele Angehörigen sind nicht ausreichend zu diesem Thema informiert. Sie haben sich nie damit auseinander gesetzt und im akuten Fall sind völlig überfordert eine Entscheidung zu Treffen für eine dritte Person. Unkenntnis was ein menschenwürdiges Sterben bedeutet, was für ein Sterbenden zumutbar ist und durch Unwissenheit werden häufig zu hohe Erwartungen an die Mediziner gestellt.

Bettenüberbelegung

BW Wunsch

Der geschulte Blick muss zur richtigen Zeit die entsprechenden Wege einleiten. Dafür bleibt meist wenig Zeit (wenige Tage), dann muss es schnell gehen.

Der Patient/Bewohner hat keine Patientenverfügung und kommt unvorhergesehen in eine Notfallsituation. Der Notarzt wird gerufen und entscheidet oft für die Einweisung des eigentlich Sterbenden ins Krankenhaus.

Der Wunsch des Bewohners

Die Praxis der Krankenhäuser, die schwerstkranken und sterbenden Bewohner in jedem Zustand ins Heim (zurück)verlegen.

Egal welche Symptome, Bedingungen oder Umstände, wir verlegen nicht sondern versorgen selbst!

Ein ganz wichtiger Aspekt ist die Gefahr der Bestattungskosten. Leider kommt es immer wieder vor, dass Bewohner/Innen nicht die nötigen finanziellen Mittel einer Bestattung haben. Es kann und darf nicht sein, dass ein Pflegeheim hier in die Verpflichtung genommen wird. Insbesondere wenn es sich, wie bei uns, um kleine familiengeführte Einrichtungen handelt. Wir reden hier auch von Bewohnern die zum Sterben aus den Krankenhäusern in Pflegeeinrichtungen verlegt werden.

Einweisung ins KH, dann unter KH Bedingungen Verschlechterung des AZ - anschl. Versterben.

Es führen nur akute Erkrankungen, wie z.B. Frakturen, Kopfplatzwunden o.ä. zu einer Einweisung und der ausdrückliche Wunsch des Patienten bei Infektion im Krankenhaus behandelt werden zu wollen. Das viel größere Problem ist, den Krankenhäusern zu erklären wie wichtig es ist die jetzt im Sterben liegenden Bewohner wieder zurück zu verlegen, damit sie bei uns sterben können anstatt im Krankenhaus.

fehlende oder mangelhafte Beratung der Angehörigen durch die diagnostisch tätigen Ärzte, fehlende Seelsorge für den Sterbenden sowie den Angehörigen, aktuell schlechte notärztliche Versorgung des Bereitschaftsdienstes am Mittwoch Nachmittag sowie am Wochenende

Fort- und Weiterbildung von dem bestehenden Personal und Anhebung des Personalschlüssels

Hausarztwechsel bei Verlegung in ein Pflegeheim, Anforderung von Bereitschaftsärzten

Im Ländlichen Bereich ist ärztliche Versorgung insbesondere an den Wochenenden nur sehr schlecht abgedeckt bzw. ist die Versorgung der Bew. mit allgemeinen Bereitschaftsdienst häufig sehr schwierig bei akuten Verschlechterungen des Allgemeinen Zustandes. Da diese Ärzte Bew. nicht kennen erfolgen häufig unnötige Einweisungen ins Krankenhaus.

In den meisten Fällen findet eine Verlegung ins KH statt, wenn nicht erkennbar ist, dass diese Erkrankung, dieser Zustand zum Tode führt. Die Bewohner sind in der Regel vor der KH-Einweisung nicht als sterbend zu betrachten. Sind sie eindeutig präfinal werden sie normalerweise nicht mehr verlegt.

In der Regel arbeiten wir sehr eng mit dem SAPV Team zusammen, damit eine Verlegung unnötig wird. Die Menschen sollen in ihrer gewohnten Umgebung - dem letzten Zuhause - sterben können. Leider sind nicht alle Hausärzte mit der Verordnung für SAPV vertraut und fühlen sich in ihrer Kompetenz eingeschränkt, obwohl sie diese Zeit nicht aufbringen können und das erforderliche Wissen, und auch die Erfahrung fehlt.

In unserer Einrichtung werden keine schwerstkranken und sterbenden Bewohner verlegt. Hier ist ihr zu Hause und sollen in Würde sterben können.

Ja der Bewohnerwunsch

Junges Pflegepersonal empfindet eine Form von Schuldgefühl wenn ein BW in der eigenen Schicht stirbt, das Wort präfinale Gesamtphase sollte bereits in der Ausbildung einen höheren Stellenwert einnehmen. Der Mensch stirbt, er darf sterben. Der allgemeine Spiegel in der Bevölkerung sieht aber anders aus: jede OP ist in jedem Alter möglich und machbar, auf nichts wird verzichtet. Krankenhäuser arbeiten nach dem Grundsatz; jede OP bringt uns Geld, also wird alles gemacht und besonders bei den Senioren nicht mehr auf die individuelle Situation und Versorgung geschaut. Thema PEG usw

Kein Einzelzimmer verfügbar, Mitbewohner bekommen den vollen Sterbeprozess mit. Ein Zimmer ist zwar vorhanden, wird aber von Heim- und Pflegedienstleitung immer wieder fest belegt. Weiterbildungen werden nicht genehmigt, mit der Begründung diese seien zu teuer

keine

KH's wollen die Patienten los werden, die pflegeaufwendig und unbequem sindmangelnde Kommunikation mit Angehörigen über realen Zustand ihrer Pflegebedürftigen zu wenig Hospizplätze zunehmend junge Menschen mit finalen Erkrankungen

klare-gut kommunizierte gesundheitliche Vorsorgeplanung, gut ausgebildetes, geschultes Personal; fachliche-finanzielle Ausstattung der Einrichtung;

Krankentransporte: das Pflegepersonal ist häufig wenig empathisch und aufgeklärt!

Kurzfristige, akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Bewohners kombiniert mit Einsatz eines Notarztes, der den Bewohner nicht kennt

Man sollte immer Versuchen die Sterbenden in der Einrichtung zu lassen. In enger Zusammenarbeit mit Hausärzten ist dies in den meisten Fällen möglich. Verlegungen finde ich nur sinnvoll, wenn eine angemessene Pflege / Behandlung in der Einrichtung nicht möglich ist, da technische und fachliche Voraussetzungen fehlen.

mangelnde Achtung vor der betroffenen Person, Angst vor Haftungsprozessen, zu wenig Angehörigenarbeit im Vorfeld

Mangelnde Fachkenntnisse der niedergelassenen Hausärzte vor Ort!!!

Mangelnde finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen. Es wäre an der Zeit, dass palliative care Kräfte in Pflegeeinrichtungen finanziell belohnt werden...jede Führungskraft ohne Weiterbildung darf sich einmischen...nicht die Handlungskompetenz sondern die Hierarchie zählt in Deutschland

Meistens ist es der Höhe Leidensdruck der Angehörigen, besonders aus dem Russ. Kulturkreis.

nein

Nein

nein

Nein, in unserer Einrichtung werden Sterbende nur dann verlegt, wenn wir es nicht verhindern können. Fast immer sind es die Angehörigen, die auf eine Verlegung bestehen, bzw. die Ärzte. Viele Ärzte erwecken bei mir den Eindruck als hätten sie regelrecht Angst ihre Patienten mit Analgetika, insbesondere wenn es Richtung Morphin geht, zu versorgen. Auch um angstlösende Medikamente müssen wir immer kämpfen und argumentieren (das hohe Suchtpotential bei Gabe von Benzodiazepam ist da nur eines von den für mich bodenlosen, ja lächerlichen Argumenten seitens der Ärzte). Von Menschen mit Atemnot wollen wir gar nicht reden. Wenn der SAPV nicht mit an Bord ist, und entsprechend z.B. Midazolam verordnet, bleibt oft keine andere Wahl als eine Verlegung - was dann im Umkehrschluss von Seiten der Kliniken uns wieder zum Vorwurf gemacht wird. Ein Teufelskreis auf Kosten derer, die am meisten unseres Schutzes bedürfen.

Nein.

Neuerkrankungen im Sinn von plötzlich auftretenden Notfällen

Nichtbeachtung oder nicht vorhandene Patientenverfügung durch Notärzte, Angehörige Unerfahrenheit, Unsicherheit und Ängste bei, zumeist, jüngeren Pflegekräften

Niedergelassene Ärzte (Hausarzt) nicht zuverlässig erreichbar, intensivere Betreuung mit ärztlicher Unterstützung / Diagnostik nicht immer möglich. Allgemeiner Pflegesatz ermöglicht nicht eine Hospiz- und Palliativversorgung, Versorgungsqualität daher nicht auf diesem Level erreichbar

Oft fehlt es an geeigneten und qualifizierten Hausärzten. Oft kommen Bewohner von der Palliativstation und die HÄ meinen die Medikamente absetzen zu müssen, da der Bewohner ja "Beschwerdefrei" ist. Oft sind das die "Alten" HÄ und welche die meinen, "Wer ist hier der Arzt, sie oder ich?" :- (Es gibt leider immer noch HÄ die keine BTM Rezepte haben :- ((ASS und Ben-u-ron reichen auch bei Knochenmetastasen - SAPV braucht nicht verordnet zu werden. Ein Kampf der allen die Kraft nimmt

Personalnotstände in Krankenhäusern Krankenhäuser meiden Abwicklung von Sterbemodalitäten

Pflegebedürftige kommen immer später ins Heim, so dass Krankheitsverlauf und persönliches Empfinden durch die Pflegekräfte kaum zu erfahren ist. Dies überfordert teilweise und gleichzeitig kann keine Bindung aufgebaut werden. Außerdem beträgt die Verweildauer teilweise nur wenige Wochen bis 6 Monate. Heime werden zu Hospizen, ohne die personelle Ausstattung dazu. Bei 48 Bewohnern*innen gab es 2017 49 Auszüge, ca. 40 davon Sterbefälle.

qualifiziertes Personal in Pflege

Sensibilität der Angehörigen-Akzeptanz eines Sterbeprozess und Abschiednahme

Sorge vor Haftungsrechtlichen Fragestellungen

Spezielle Behandlungsmaßnahmen.

Sterbende Bewohnern dürfen nur auf ausdrücklichen eigenen Wunsch verlegt werden. Wir betreuen unsere Bewohner gerne auch beim Sterbeprozess und möchten hier Begleitung der Bewohner und der Angehörigen sein.

Sterbende/Schwerstkranke Bewohner werden (ausser es wird gewünscht) nicht verlegt. Wir arbeiten sehr eng mit dem SAPV zusammen und haben, zum Glück, auch genug Personal, um uns um diese Bewohner, Patienten vollumfänglich zu kümmern.

Sträuben sich mit dem Tod bei Einzug auseinanderzusetzen. Angehörige, die nicht loslassen können

Überforderung der Pflegeheime.

Überforderung des Personals, Druck von Angehörigen

Uneinigkeit der Zugehörigen bezüglich Durchsetzung des Patientenwillens. Zum Teil Androhung rechtlicher Schritte, wenn Patientenverfügung befolgt werden soll, Angehörige dies ablehnen oder sich nicht einig sind.

Uneinigkeit unterschiedlicher "Lager" bei Angehörigen und Mitarbeitern im Umgang mit Erkrankung/Sterbeprozess

Unfälle und Stürze

Unsere Bewohner/innen werden nur im Notfall ins Krankenhaus verlegt. Wir bemühen uns, dass sie hier in Begleitung von Angehörigen, ggfs. Hospiz und Seelsorge friedlich gehen dürfen.

Unsicherheit Angst nicht kompetenz von Mitarbeitern

Unsicherheit und Ängste von Hausärzten im Bereich der palliativen Versorgung von Patienten und teilweise mangelnde Absprachen, bzw. Abstimmung mit den Pflegekräften durch die Hausärzte. Teilweise Rückverlegungen in die Krankenhäuser, da Hilfsmittel vor der Entlassung aus dem Krankenhaus durch die Verantwortlichen im Krankenhaus nicht organisiert werden bzw. die Medikamentenversorgung über die Wochenenden nicht sichergestellt werden kann, da Entlassungen von palliativ zu versorgenden Patienten an Freitagnachmittagen erfolgen.

Unsicherheit und Ängste von Hausärzten im Bereich der palliativen Versorgung von Patienten und teilweise mangelnde Absprachen, bzw. Abstimmung mit den Pflegekräften durch die Hausärzte. Teilweise Rückverlegungen in die Krankenhäuser, da Hilfsmittel vor der Entlassung aus dem Krankenhaus durch die Verantwortlichen im Krankenhaus nicht organisiert wurden, bzw. Entlassungen am Freitagnachmittag stattfinden und medikamentöse Versorgung über die Wochenenden nicht sichergestellt werden kann.

Unstimmigkeiten Angehörige Hausarzt Disengagement

Unwissenheit und Verunsicherung, vieler Hausärzte und Personal. Symptome falsch deuten und auf keine Gespräche mit Angehörigen und Bewohner selbst geführt, Wünsche und Ablehnungen z.B.

Unzureichende Verordnung von Bedarfsmedikamenten und somit eine teils unzureichende Notfallplanung
Notdienstärzte führe nur selten bis gar nicht BTM mit sich, so das im Notfall eine Verlegung ansteht

Verlegung auf eigenen Wunsch. Hoffen auf Heilung.

Vorgesetzte sehen so die Möglichkeit weniger Arbeit mit dem sterbenden Menschen und schnellere Neubelegung des Zimmers

Wenn der Bereitschaftsarzt im Wochenend- oder Nachtdienst nicht genügend ausgebildet ist.

Wichtig ist ein adäquates, rechtzeitig erfolgtes Einstufungswesen in ein Pflegegrad. Schwierig ist es, wenn es keine Angehörigen gibt, sondern Berufsbetreuer, deren Engagement nur begrenzt besteht, sie aber wichtige Entscheidungen treffen sollen.

Wir beatmen nicht. Wenn Angehörige dies wünschen erfolgt Verlegung

Wir bemühen uns sehr, dass Schwerstkranke und insbesondere Sterbende nicht in ein Krankenhaus verlegt werden. Unser Haus liegt in einer Gegend, in der die SAPV-Abdeckung und die Hospizversorgung auch in stationären Pflegeeinrichtungen vergleichsweise gut ist. Ein Grund für eine Verlegung bei Schwerstkranken wäre z.B., wenn jemand eine andere Grunderkrankung hat und jetzt ein Verdacht auf Apoplex besteht. Wenn der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar eingesetzt hat und sich durch einen nicht behandelten Apoplex die Belastungen für den Bewohner noch verstärken würden, wäre dies eine Situation, in der wie noch verlegen würden.

Wir haben uns entschieden diesen Fragebogen im Bezug auf sterbende Bewohner zu beantworten, da schwerstkranken und sterbende nicht zu vergleichen sind.

Wir sind eine Intensivpflegestation, somit werden unsere Bewohner in der Regel nicht mehr verlegt. Sie verbleiben meist bis zu ihrem Tode in unserer Einrichtung.

Wunsch / Wille der betroffenen Person selbst. Grundsätzlich ist es die Aufgabe des Staates (=Bundesregierung), die gesamten Kosten für die Pflege + Betreuung der betagten Menschen zu tragen. Denn sie haben in unterschiedlichster Form ihren "Dienst" an und in der Gesellschaft geleistet.

Wunsch der Bewohner durch Angst/Panik, fehlende kompetente ärztliche Betreuung außerhalb der Praxisöffnungszeiten, fehlende Schmerzmittelgabe durch Notarzt

Zeitarbeit

Zeitmangel der Hausärzte: sie kommen häufig bei Problemen nicht zur Hausvisite, die Einweisungen/Verlegungen ins Krankenhaus erfolgen am Telefon ohne sich vor Ort über die Situation ein Bild zu machen.

Zu berücksichtigen ist unbedingt, dass an den Mittwochnachmittagen und am Wochenende die Hausärzte (in der Regel) nicht zur Verfügung stehen. Notdienste haben eine lange Anfahrt, sind dann oft unsicher. Oder aber die Situation ist schon vor dem Eintreffen des Notdienstarztes für die Mitarbeiter so heikel, dass sie den Rettungswagen rufen. Besonders schwierig ist es, wenn es unter den Angehörigen keine Einigung darüber gibt, wie mit dem Sterben umgegangen werden soll.

Zu wenig gut ausgebildete Hausärzte zu geringe SAPV Kapazität
Angehörigenkonflikte

Risikofaktoren und Behandlungspfade bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten

Strukturdaten und Ergebnisse der Krankenhausbefragung

im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts

„Avenue-Pal“

Mai 2019

Beschreibung der Stichprobe

Stichprobe

Die Daten wurden zwischen November 2018 und April 2019 in einer schriftlichen Befragung aller Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten erhoben. Von sechs angeschriebenen Krankenhäusern kam die Rückmeldung, dass sie inzwischen geschlossen waren, 28 gaben die Rückmeldung nicht an der Befragung teilzunehmen.

Es liegen 295 Datensätze vor, die insgesamt aufgrund der dazugehörigen Standorte, Aussagen für 403 Krankenhäuser abbilden. Somit wurde das im Antrag vereinbarte Ziel der Befragung von 400 Krankenhäusern erreicht.

Tab. 1: Übersicht über die Rückläufer und Rückmeldungen

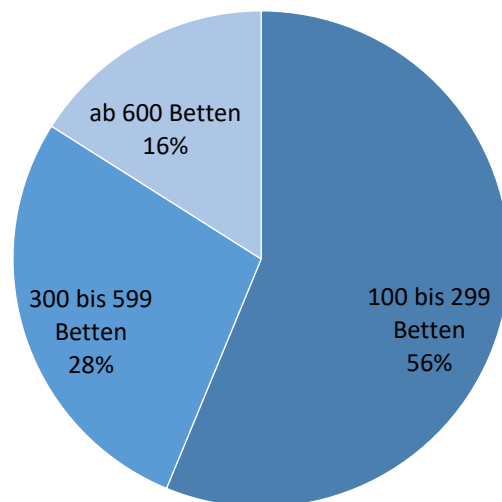
Rückmeldungen	n
Krankenhaus geschlossen	6
Keine Teilnahme (z.B. aufgrund fehlender Palliativversorgung, weil ein anderer Standort den Fragebogen ausfüllt)	28
Ausgefüllter Fragebogen	295
Standorte, die zu den Krankenhäusern, die geantwortet haben, zählen	403

Strukturdaten

Datenbasis: DKI-Krankenhausdatenbank

Die Krankenhäuser, die an der Befragung teilgenommen haben, hielten im Schnitt 377 Betten vor. Gut die Hälfte der Häuser hat 100 bis 299 Betten. Die Bettenzahl der teilnehmenden Krankenhäuser entspricht in etwa der bundesweiten Verteilung.

Bettenzahl
(Krankenhäuser in %, DKI-Krankenhausdatenbank)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Bettenzahl der teilnehmenden Krankenhäuser

Die Antworten kamen aus allen siedlungsstrukturellen Kreistypen, Bundesländern und Regionen, wobei die Fallzahlen gut die entsprechenden Größen und Einwohnerzahlen abbilden.

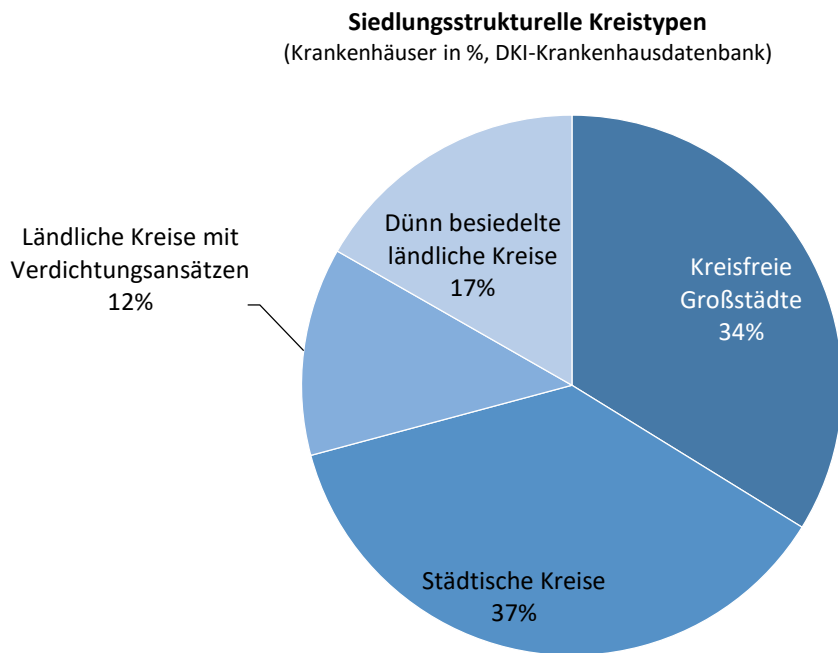
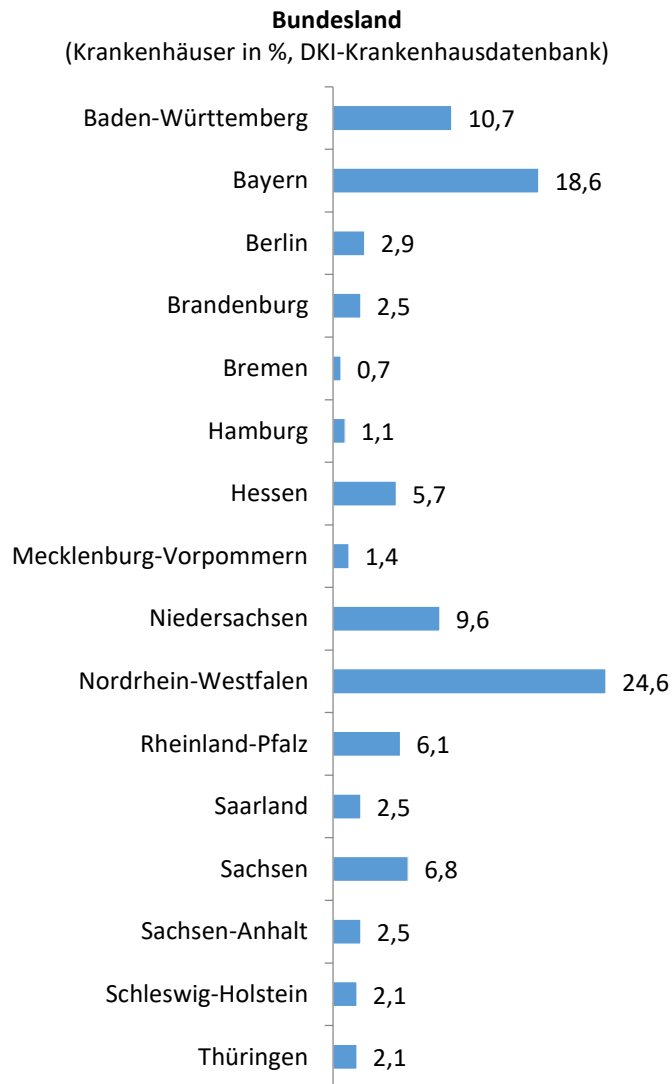


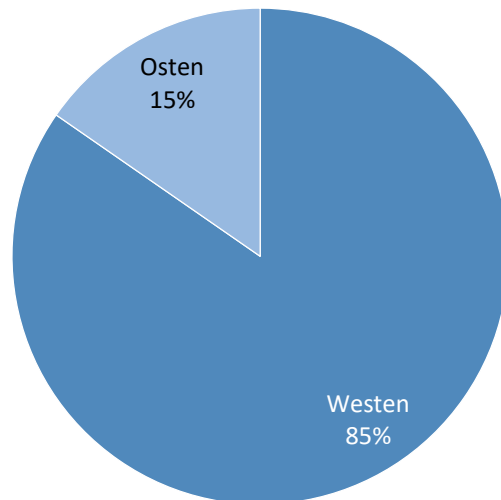
Abb. 2: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2017 nach der Einordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) der teilnehmenden Krankenhäuser



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Bundesland der teilnehmenden Krankenhäuser

Region
(Krankenhäuser in %, DKI-Krankenhausdatenbank)

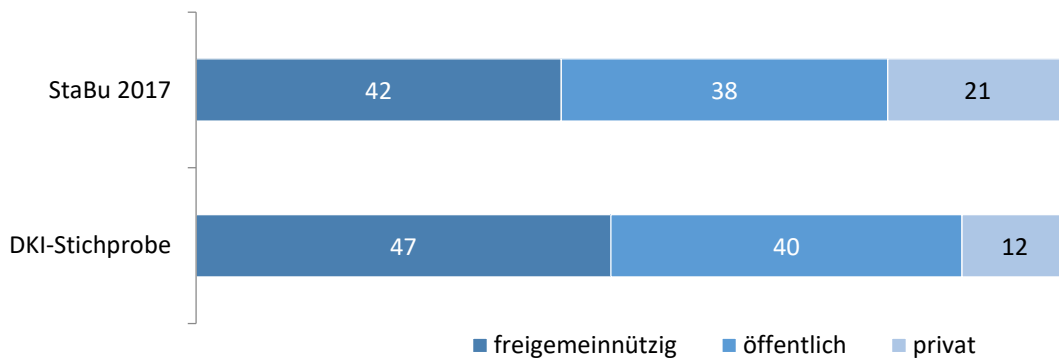


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Region der teilnehmenden Krankenhäuser

Der Anteil der Trägerschaft der DKI-Stichprobe weicht etwas von der Grundgesamtheit gemäß der Krankenhausgrunddaten des Statistischen Bundesamtes 2017 ab. Private Träger sind etwas unter-, freigemeinnützige etwas überrepräsentiert. Dies ist damit zu erklären, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft traditionell seltener an Befragungen teilnehmen. Insgesamt ist dies aber ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis für die Einbeziehung privater Krankenhausträger.

Träger
(Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

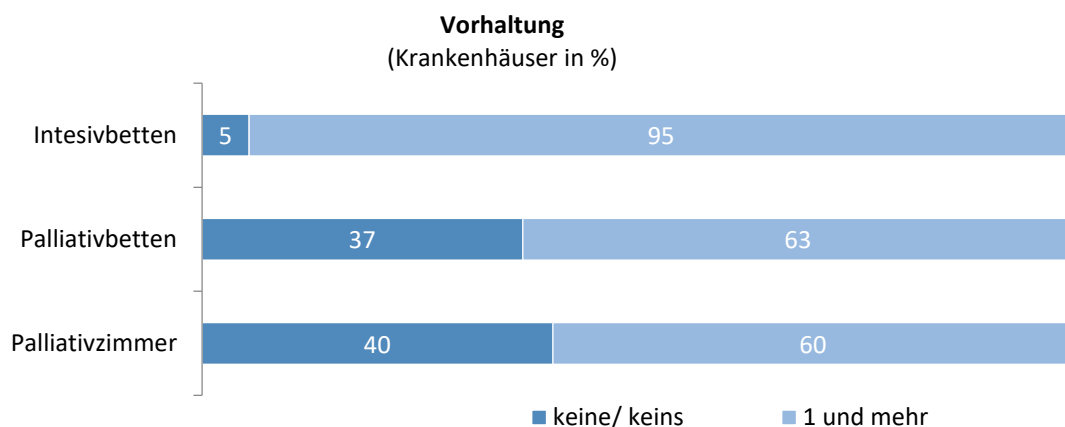
Abb. 5: Träger der teilnehmenden Krankenhäuser im Vergleich zur Grundgesamtheit

Befragungsergebnisse

Datenbasis: DKI-Krankenhausbefragung

Allgemeine Angaben

Der überwiegende Teil der Häuser hält Intensivbetten vor. Gut ein Drittel der befragten Häuser gibt an, keine Palliativbetten und 40% keine Palliativzimmer vorzuhalten. Bei der Interpretation des Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass gut 20 % der Befragten keine Angaben bei den Fragen gemacht hat.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Vorhaltung von Intensiv-, Palliativbetten oder Palliativzimmern in %

Häuser mit Intensivbetten hielten im Jahr 2017 im Durchschnitt 27 Betten vor, dies entspricht in etwa den Angaben bei den Krankenhausgrunddaten des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2016 (im Mittel 26 Intensivbetten). Häuser mit Palliativbetten hielten im Schnitt acht Palliativbetten (Median: 8) vor. Der untere Quartilswert betrug sechs, der obere zehn Palliativbetten. Damit liegen die Häuser in etwa im Bereich einer optimalen Größe, die mit acht bis zwölf Betten angegeben werden (Radbruch&Payne, 2011)

Im Durchschnitt hielten die Häuser mit entsprechender Vorhaltung sieben Palliativzimmer vor (Median: 6). Die Quartilswerte liegen zwischen vier und acht Palliativzimmern.

Tab. 2: Erfragte Strukturdaten

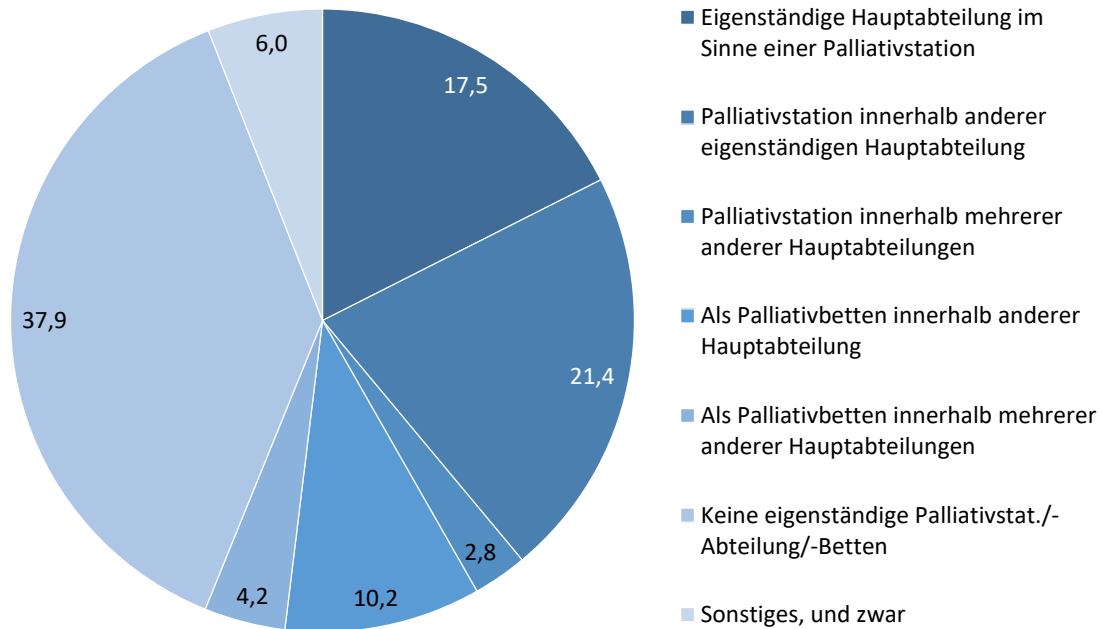
Nur Häuser mit entsprechenden Betten/ Zimmern	Anzahl Intensivbetten	Anzahl Palliativbetten	Anzahl Palliativzimmer
Mittelwert	27	8	6,5
Median	14	8	6
5% getrimmter Mittelwert	21	7,6	6,3
Unterer Quartilswert	9	6	4
Oberer Quartilswert	30	10	8

Deutlich mehr als die Hälfte der Häuser konnte bei der Frage des prozentualen Anteils der Patienten mit Patientenverfügung keine Angaben machen. 7% der Befragten, die Kenntnis über den Anteil der verstorbenen Patienten mit Patientenverfügung hatten, gaben 7% an, das kein Patient ein entsprechendes Dokument hatte.

Tab. 3: Fallzahl im Jahr 2017 verstorbener Patienten

verstorbene Patienten	Fallzahl	Mit Patientenverfügung in %
Mittelwert	440	45
Median	343	40
5% getrimmter Mittelwert	408	44
Unterer Quartilswert	177	27,5
Oberer Quartilswert	604	60

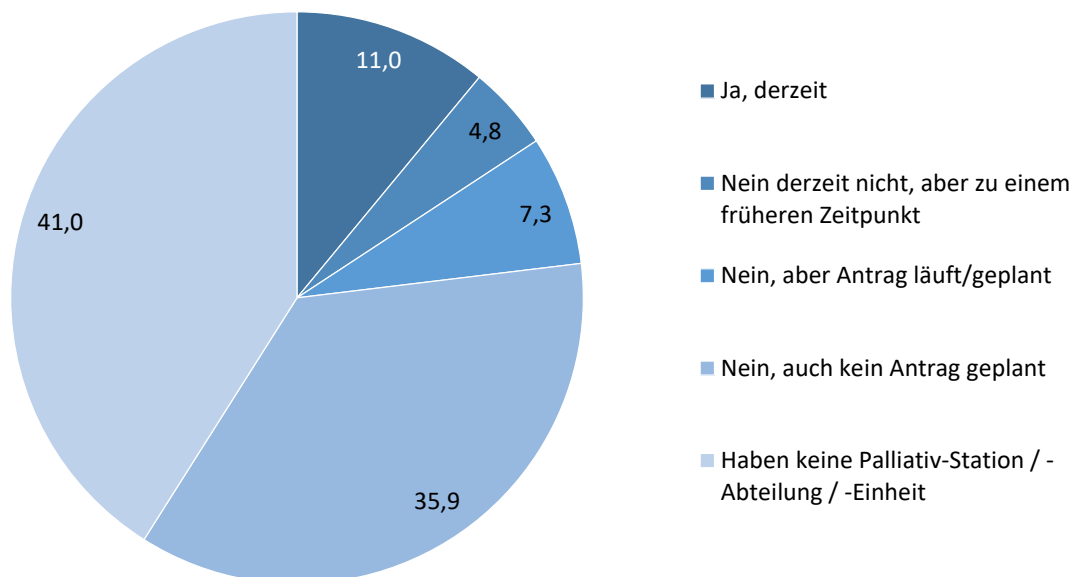
Wie ist die Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten bzw. Palliativpatienten in Ihrem Haus organisiert? Nur eine Antwort ist möglich.
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Organisation der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten

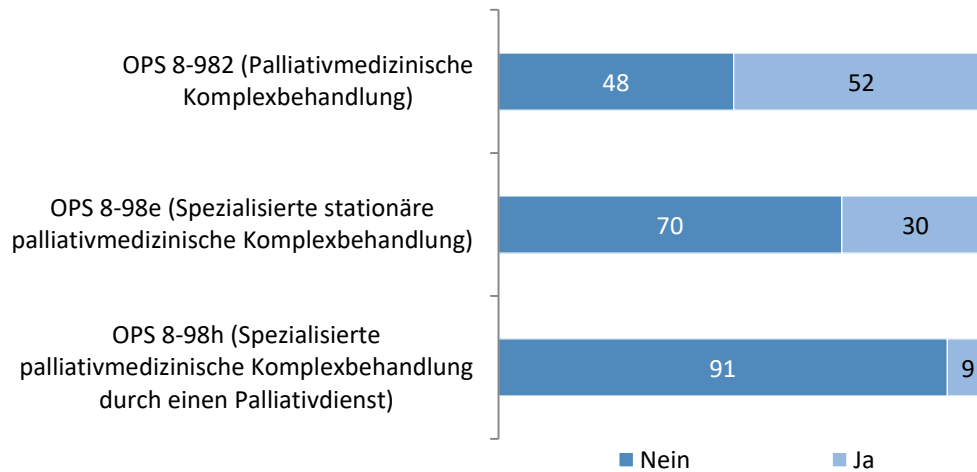
Ist oder war Ihre Palliativ-Station oder -Einheit gemäß §17b Abs. 1 KHG als „besondere Einheit“ aus dem DRG-Finanzierungssystem ausgenommen?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Palliativ-Station /-Einheit aus DRG-Finanzierung ausgenommen?

Haben Sie im Jahr 2017 folgende OPS-Codes abgerechnet?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Abgerechnete OPS-Codes

Tab. 4: Anzahl der abgerechneten OPS-Codes (nur Häuser mit abgerechneten OPS-Codes)

Anzahl abgerechnete Codes (Nur Häuser mit abgerechneten OPS-Codes)	OPS 8-982	OPS 8-98e	OPS 8-98h
Mittelwert	79	213	155
Median	60	205	54
5% getrimmter Mittelwert	71	204	142
Unterer Quartilswert	18	99	5
Oberer Quartilswert	118	284	300

Krankenhausaufnahmen schwerkranker und sterbender Patienten

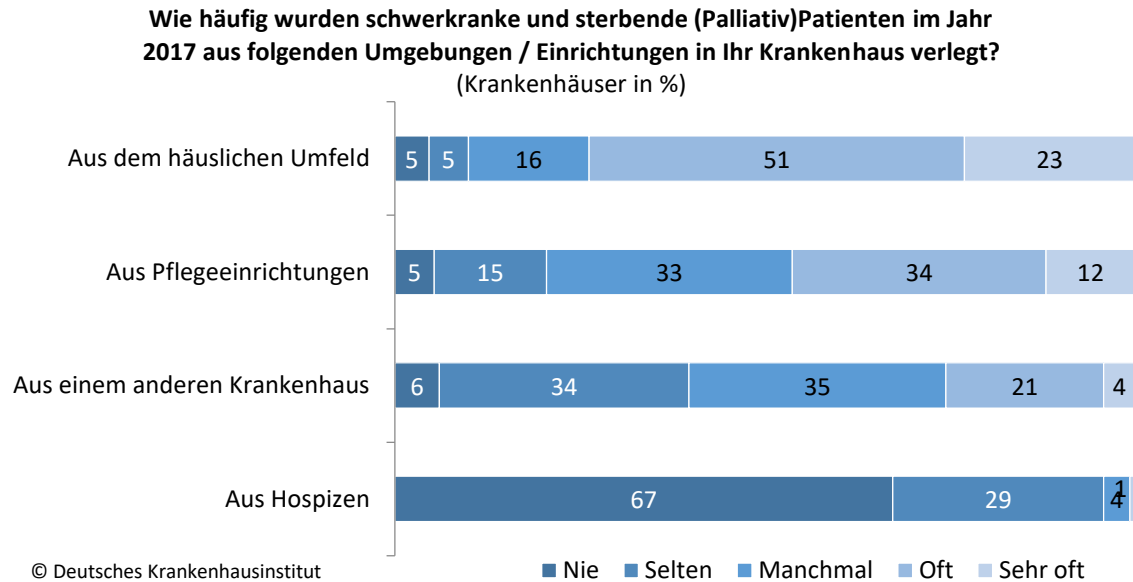


Abb. 11: Verlegungsorte

Tab. 5: Verlegungsorte

Verlegungsorte	Aus dem häuslichen Umfeld	Aus einem anderen Krankenhaus	Aus Pflegeeinrichtungen	Aus Hospizen
Mittelwert	3,82	2,84	3,33	1,38
Median	4,00	3,00	3,00	1,00
Unterer Quartilswert	3,00	2,00	3,00	1,00
Oberer Quartilswert	4,00	4,00	4,00	2,00

**Wie häufig haben im Jahr 2017 folgende Personen / Einrichtungen die
Krankenseinweisungen schwerkranker und sterbender (Palliativ)Patienten
in Ihr Krankenhaus veranlasst?
(Krankenhäuser in %)**

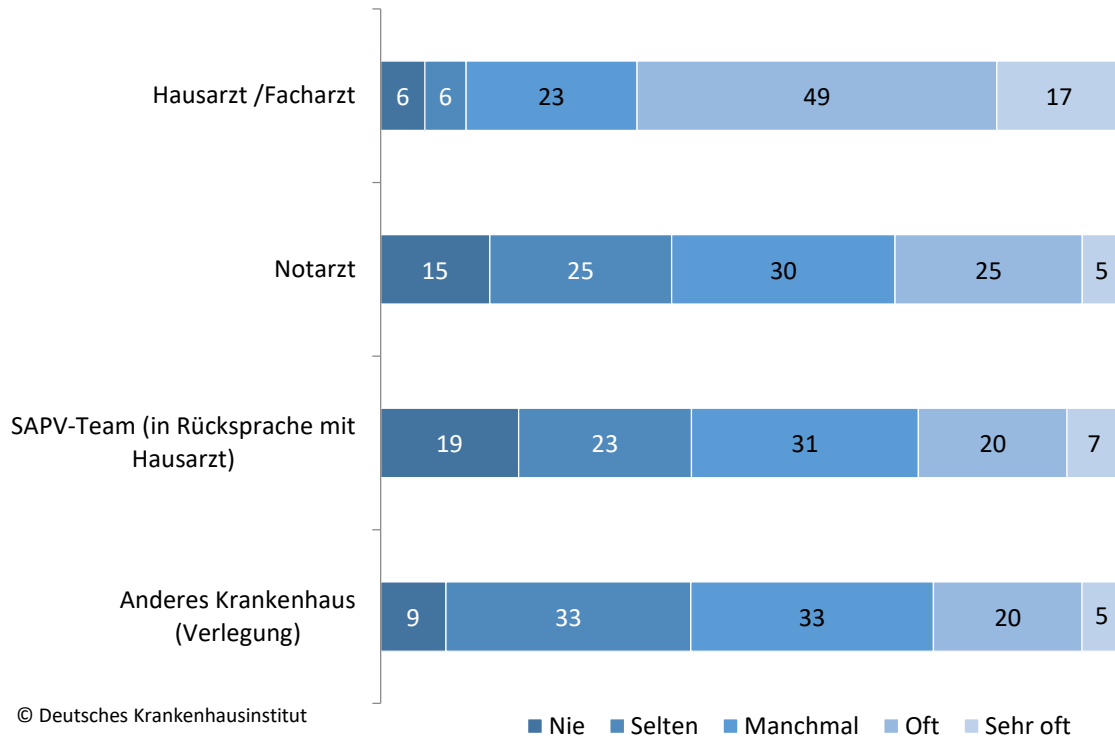


Abb. 12: Verlegungsveranlasser in %

Tab. 6: Verlegungsveranlasser

Verlegungsorte	SAPV-Team	Haus-/ Facharzt	Notarzt	Anderes Krankenhaus
Mittelwert	2,74	3,65	2,82	2,80
Median	3,00	4,00	3,00	3,00
Unterer Quartilswert	2,00	3,00	2,00	2,00
Oberer Quartilswert	4,00	4,00	4,00	4,00

Wie oft wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 auch aufgrund folgender Symptome oder Beschwerden in Ihr Krankenhaus verlegt?
(Krankenhäuser in %)

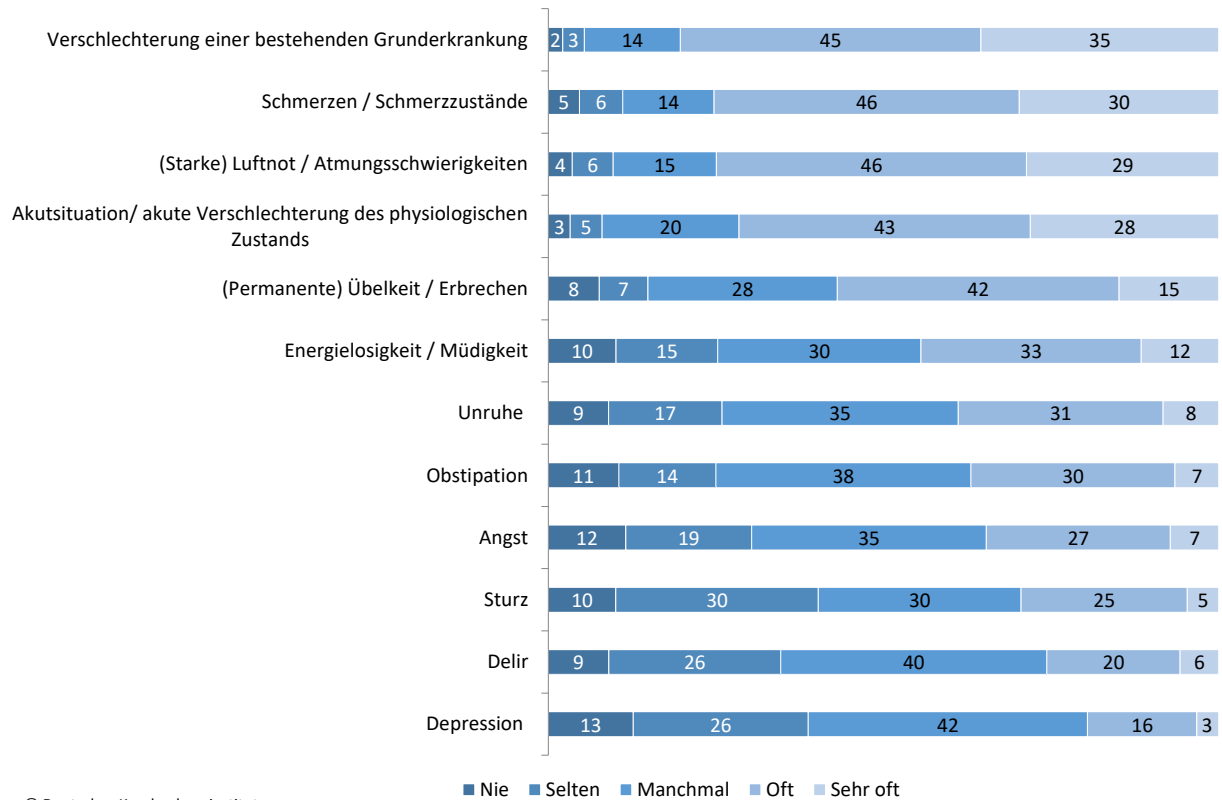


Abb. 13: Verlegungsgründe in %

Tab. 7: Verlegungsgründe

Verlegungsgründe	Mittelwert (Risikofaktor)*	Median	Unterer Quartils- wert	Oberer Quartils- wert
Schmerzen / Schmerzzustände	3,89 (+)	4,00	4,00	5,00
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	3,90 (+)	4,00	3,00	5,00
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	3,49 (+)	4,00	3,00	4,00
Obstipation	3,08 (+/-)	3,00	2,25	4,00
Energielosigkeit / Müdigkeit	3,21 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Angst	3,00(+/-)	3,00	2,00	4,00
Depression	2,71 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Unruhe	3,12 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Delir	2,88 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Sturz	2,84 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	4,08 (+)	4,00	4,00	5,00
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	3,88 (+)	4,00	3,00	5,00

* Erläuterung: Ende

Tab. 8: Korrelationen zwischen Einweisungsgrund und Verlegungsveranlasser

Häufigkeit der Verlegung ins Krankenhaus/ Grund der Verlegung	Aus häuslichem Umfeld	Aus Pflegeeinrichtungen	Durch SAPV-Team	Durch Haus-/Facharzt	Durch Notarzt	Durch anderes Krankenhaus
Schmerzen / Schmerzzustände	.68**	.38**	.54**	.64**	.26**	.36**
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	.69**	.41**	.49**	.60**	.35**	.39**
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	.67**	.40**	.53**	.61**	.28**	.40**
Obstipation	.53**	.37**	.42**	.52**	.25**	.28**
Energielosigkeit / Müdigkeit	.48**	.24**	.49**	.48**	n.s.	.39**
Angst	.52**	.34**	.54**	.51**	n.s.	.41**
Depression	.43**	.34**	.46**	.51**	.13*	.38**
Unruhe	.48**	.37**	.51**	.48**	.15*	.49**
Delir	.37**	.35**	.38**	.44**	.24**	.43**
Sturz	.30**	.42**	.13*	.33**	.47**	.13*
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	.56**	.34**	.41**	.55**	.22**	.36**
Akutsituation/ Verschlechterung des physiologischen Zustands	.49**	.33**	.39**	.49**	.25**	.35**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 9: Korrelationen zwischen Einweisungsgrund und Verlegungsveranlasser

Häufigkeit medizinisch-pflegerisch <u>nicht</u> indizierter Verlegung ins Krankenhaus / Grund der Verlegung	Aus häuslichem Umfeld	Aus Pflegeeinrichtungen
Schmerzen / Schmerzzustände	n.s.	.14*
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	.12*	.21**
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	.17*	.21**
Obstipation	.12*	.20**
Energielosigkeit / Müdigkeit	n.s.	n.s.
Angst	n.s.	n.s.
Depression	n.s.	n.s.
Unruhe	n.s.	.13*
Delir	n.s.	.13*
Sturz	.28**	.22**
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	n.s.	n.s.
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	n.s.	n.s.

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 10: Korrelationen zwischen Häufigkeit und medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen

Häufigkeit Verlegung ins Krankenhaus	Aus Pflegeeinrichtungen	Durch Haus-/ Fachärzte	Durch Notärzte
medizinisch-pflegerisch <u>nicht</u> indizierter Verlegungen aus häuslichem Umfeld	/	.19**	.26**
medizinisch-pflegerisch <u>nicht</u> indizierter Verlegungen aus Pflegeeinrichtungen	.36**	.23**	.25**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 11: Korrelationen zwischen Häufigkeit von Verlegungen und

Häufigkeit Verlegung ins Krankenhaus / Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig ins Krankenhaus verlegt,...	Aus Pflegeein- richtunge n	medizinisch- pflegerisch nicht indizierter aus Pflegeeinrichtun gen	Durc h Haus -/ Fach ärzte	Durc h Notär zte
...obwohl sie lieber zuhause / in Pflegeheimen betreut werden würden.	.18**	.46**	n.s.	.12*
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	.19**	.45**	n.s.	.17**
...weil die personelle Situation in Pflegeheimen nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	.20**	.38**	.20**	n.s.
...weil in Pflegeheimen Notfallkonzepte fehlen.	.22**	.36**	.24**	n.s.
...weil finanzielle Aspekte eine Rolle spielen.	n.s.	.16**	n.s.	n.s.
...weil Angehörige sich überfordert fühlen.	n.s.	.13*	.18***	n.s.
...weil Angehörige nicht ausreichend aufgeklärt sind.	n.s.	.19	n.s.	n.s.
...weil die Patienten / Angehörige dies wünschen.	n.s.	.14*	.13*	n.s.
...weil die verschiedenen Akteure / Leistungserbringer zu wenig kommunizieren.	.15*	.33**	n.s.	n.s.
...weil außerklinisch am Wochenende / in der Nacht die erforderlichen Ressourcen nicht verfügbar sind.	n.s.	.36**	.14*	n.s.
...weil die personelle Situation in der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	n.s.	.18**	.15*	n.s.

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Verlegungen schwerkranker und sterbender Patienten durch das Krankenhaus

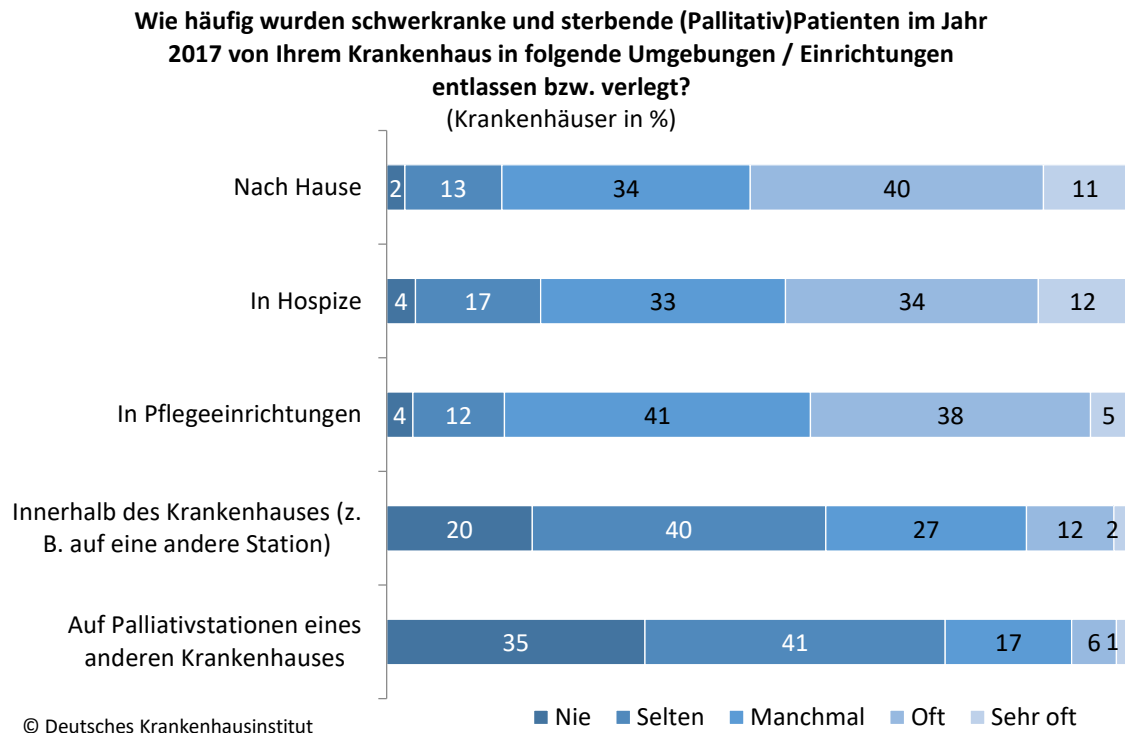


Abb. 14: Verlegungen durch das Krankenhaus in %

Tab. 12: Verlegungen durch das Krankenhaus (Kennwerte)

Verlegungen durch das Krankenhaus	Innerhalb des Krankenhauses	Auf Palliativstationen eines anderen Krankenhauses	Nach Hause	In Pflegeeinrichtungen	In Hospize
Mittelwert	2,36	1,99	3,44	3,28	3,33
Median	2,00	2,00	4,00	3,00	3,00
Unterer Quartilswert	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00
Oberer Quartilswert	3,00	2,00	4,00	4,00	4,00

Wie oft wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 aufgrund folgender Gründe aus Ihrem Krankenhaus entlassen bzw. verlegt?
(Krankenhäuser in %)

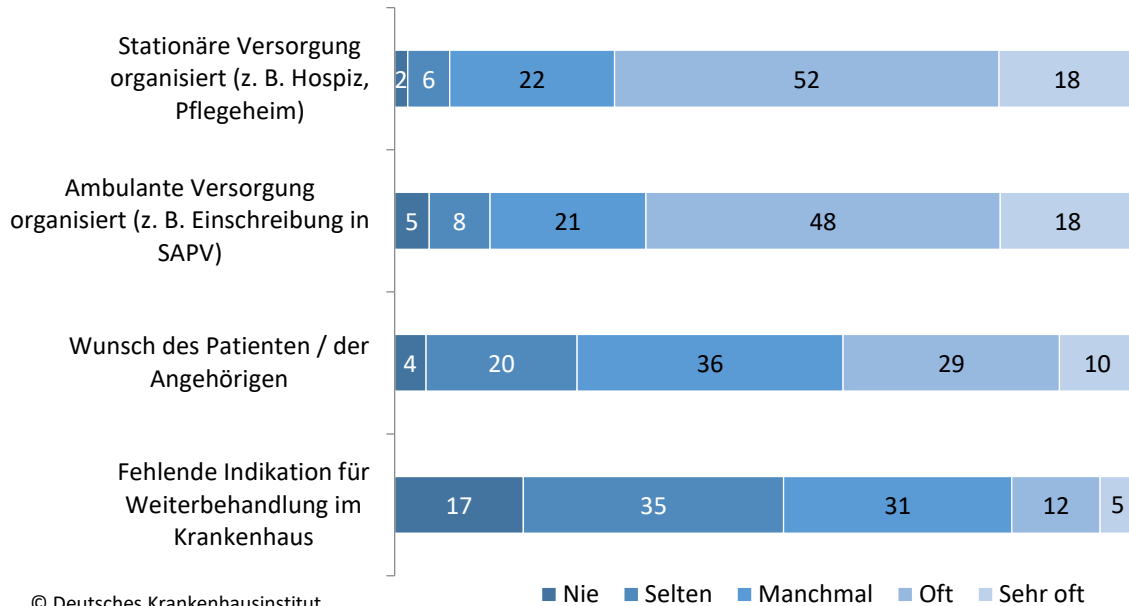


Abb. 15: Gründe für Verlegungen oder Entlassungen

Tab. 13: Gründe für Verlegungen oder Entlassungen

Gründe für Verlegungen oder Entlassungen	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Ambulante Versorgung organisiert	Stationäre Versorgung organisiert	Fehlende Indikation für Weiterbehandlung im Krankenhaus
Mittelwert	3,21	3,67	3,80	2,51
Median	3,00	4,00	4,00	2,00
5% getrimmter Mittelwert	3,22	3,74	3,85	2,46
Unterer Quartilswert	3,00	3,00	3,00	2,00
Oberer Quartilswert	4,00	4,00	4,00	3,00

Wie oft wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 auch aufgrund folgender Symptome oder Beschwerden innerhalb Ihres Krankenhauses verlegt?
(Krankenhäuser in %)

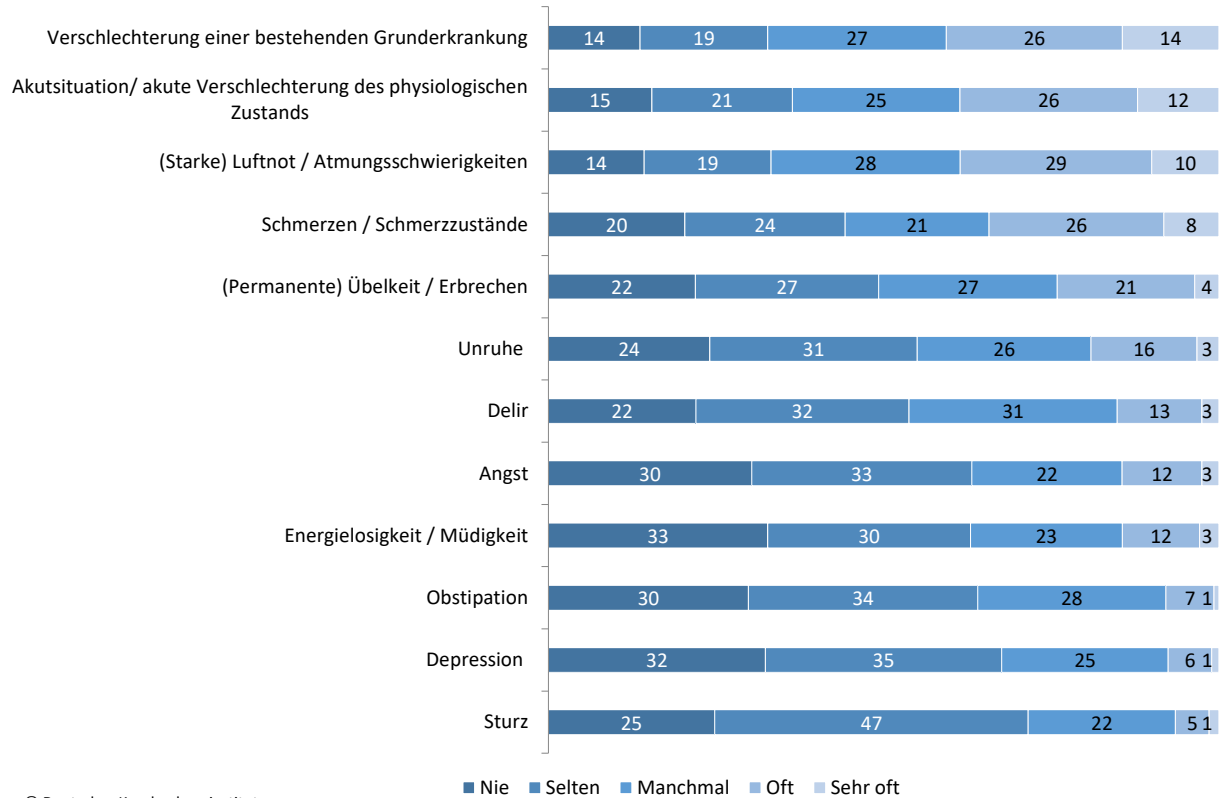


Abb. 16: Medizinische Verlegungsgründe innerhalb des Krankenhauses in %

Tab. 14: Medizinische Verlegungsgründe innerhalb des Krankenhauses (Kennwerte)

Medizinische Verlegungsgründe innerhalb des Krankenhauses	Mittelwert (Risikofaktor)*	Median	Unterer Quartils-wert	Oberer Quartils-wert
Schmerzen / Schmerzzustände	2,78 (+/-)	3,00	2,00	4,00
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	3,01 (+/-)	3,00	2,00	4,00
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	2,56 (+/-)	3,00	2,00	3,00
Obstipation	2,15 (-)	2,00	1,00	3,00
Energielosigkeit / Müdigkeit	2,22 (-)	2,00	1,00	3,00
Angst	2,23 (-)	2,00	1,00	3,00
Depression	2,09 (-)	2,00	1,00	3,00
Unruhe	2,43 (-)	2,00	2,00	3,00
Delir	2,42 (-)	2,00	2,00	3,00
Sturz	2,12 (-)	2,00	1,75	3,00
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	3,09 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	2,99 (+/-)	3,00	2,00	4,00

* Erläuterung: am Ende

Wie oft wurden schwerkranke und sterbende Patienten im Jahr 2017 aufgrund folgender Gründe innerhalb Ihres Krankenhauses verlegt?
(Krankenhäuser in %)

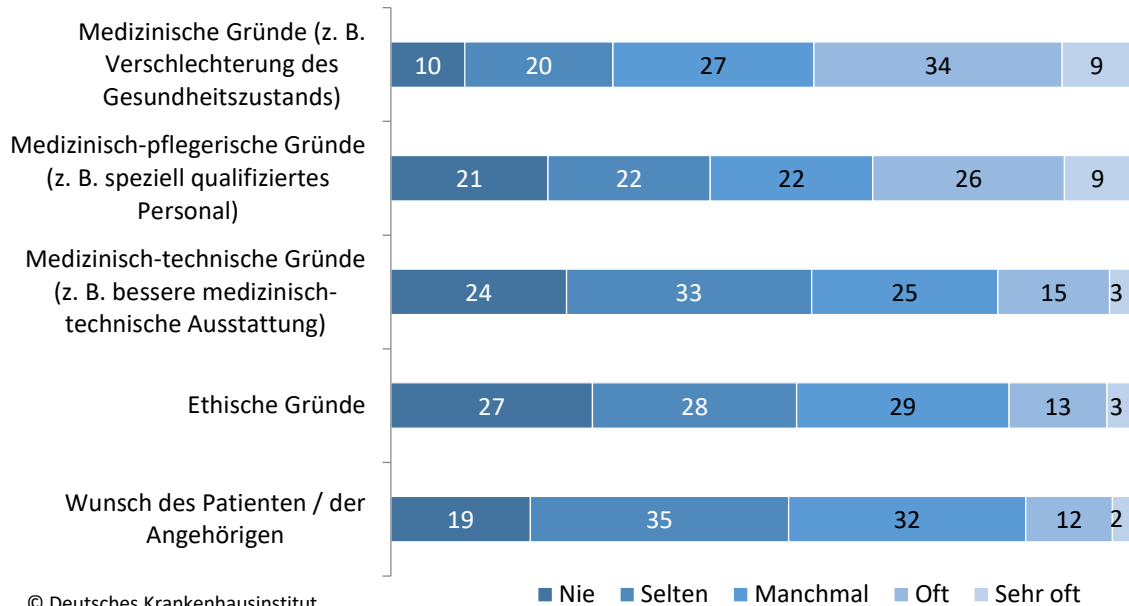


Abb. 17: Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses in %

Tab. 15: Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses (Kennwerte)

Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Medizinische Gründe	Medizinisch-technische Gründe	Medizinisch-pflegerische Gründe	Ethische Gründe
Mittelwert	2,44	3,12	2,40	2,79	2,38
Median	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00
Unterer Quartilswert	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Oberer Quartilswert	3,00	4,00	3,00	4,00	3,00

Wie häufig kam es im Jahr 2017 bei schwerkranken und sterbenden Patienten in der Sterbephase innerhalb Ihres Krankenhauses zu folgenden Verlegungen?
(Krankenhäuser in %)

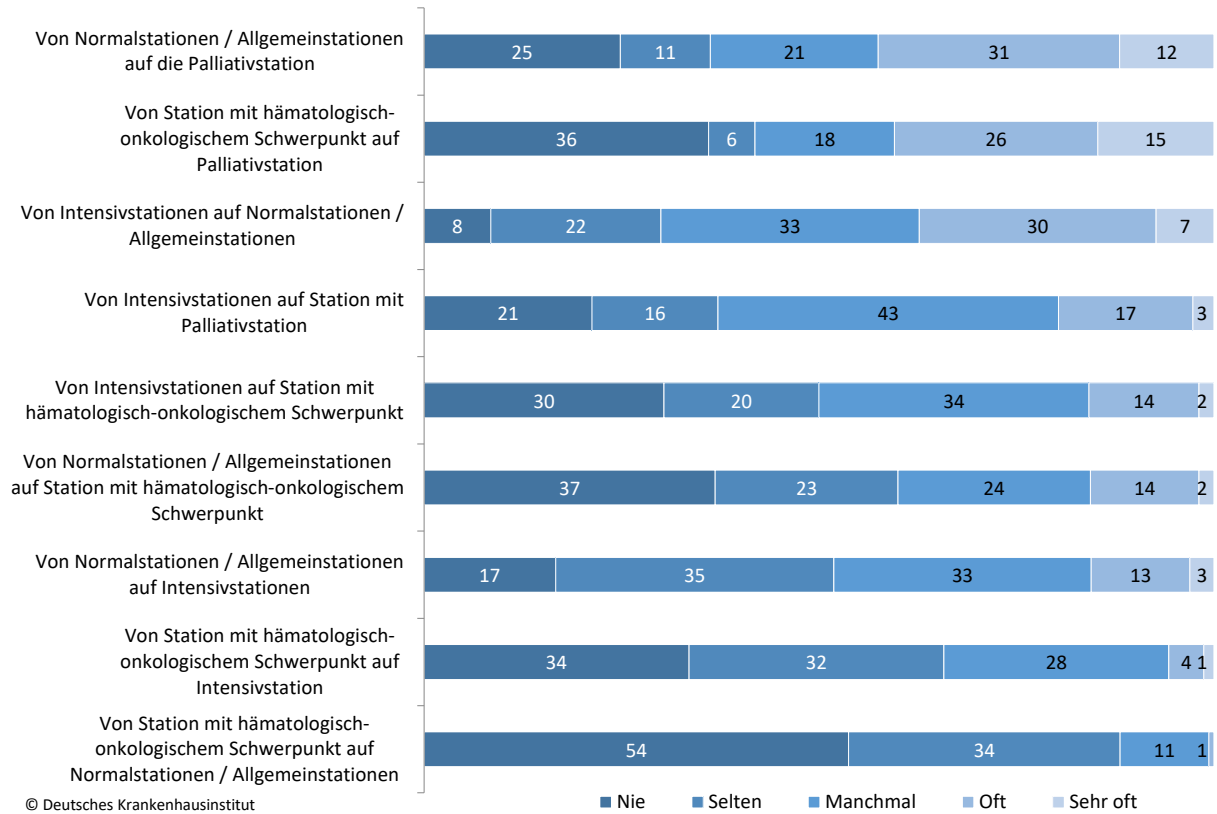


Abb. 18: Häufigkeiten von Verlegungen innerhalb des Krankenhauses in %

Tab. 16: Häufigkeiten von Verlegungen innerhalb des Krankenhauses (Kennwerte)

Häufigkeiten von Verlegungen innerhalb des Krankenhauses	Mittelwert	Median	Unterer Quartils-wert	Oberer Quartils-wert
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf die Palliativstation	2,93	3,00	1,50	4,00
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Intensivstationen	2,50	2,00	2,00	3,00
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	2,21	2,00	1,00	3,00
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Normalstationen / Allgemeinstationen	1,59	1,00	1,00	2,00
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Palliativstation	2,77	3,00	1,00	4,00
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Intensivstation	2,08	2,00	1,00	3,00
Von Intensivstationen auf Normalstationen / Allgemeinstationen	3,06	3,00	2,00	4,00
Von Intensivstationen auf Station mit Palliativstation	2,64	3,00	2,00	3,00
Von Intensivstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	2,37	2,50	1,00	3,00

Tab. 17: Korrelationen zwischen Häufigkeit und Gründe für Verlegungen (F3A und F3B)

Häufigkeit der Verlegung innerhalb des Krankenhauses/ Gründe für Verlegungen oder Entlassungen	Innerhalb des KH	Auf Palliativstationen eines anderen KH	Nach Hause	In Pflegeeinrichtungen	In Hospize
Wunsch des Patienten / der Angehörigen	.20**	.19**	.44**	.35**	.36**
Ambulante Versorgung organisiert	.13*	n.s.	.64**	.45**	.56**
Stationäre Versorgung organisiert	.12*	n.s.	.57**	.48**	.67**
Fehlende Indikation für Weiterbehandlung im Krankenhaus	n.s.	n.s.	.28**	.40**	.13*

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 18: Korrelationen zwischen Gründen und nicht-indizierter Verlegung (F3B und F7A)

Medizinisch-pflegerisch indizierte Verlegungen / Gründe für Entlassungen	nicht oder	Innerhalb des KH	Aus dem Krankenhaus in Pflegeeinrichtun- gen	Aus dem Krankenhaus ins häusliche Umfeld
Wunsch des Patienten / der Angehörigen		.24**	n.s.	n.s.
Ambulante Versorgung organisiert		.23**	n.s.	n.s.
Stationäre Versorgung organisiert		.24**	n.s.	n.s.
Fehlende Indikation für Weiterbehandlung im Krankenhaus		n.s.	n.s.	n.s.

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 19: Korrelationen zwischen Häufigkeiten und medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen (F3A und F7A)

Häufigkeit der Verlegung des Krankenhauses/ Medizinisch-pflegerisch indizierte Verlegungen	nicht	Innerhalb des KH	Auf Palliati- stationen eines anderen KH	Nach Hause	In Pflegeein- richtun- gen	In Hospize
Innerhalb des Krankenhauses		.18*	n.s.	.14*	.26**	.27**
Aus dem Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen		.16*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Aus dem Krankenhaus ins häusliche Umfeld		.13*	.17**	n.s.	n.s.	.12*

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 20: Korrelationen zwischen Häufigkeit und medizinischen Gründen bei Verlegungen innerhalb des Krankenhauses (F3A, F7A und F3C)

Häufigkeit der Verlegung innerhalb des Krankenhauses/ Medizinische Verlegungsgründe innerhalb des Krankenhauses	Innerhalb des KH	Medizinisch-pflegerisch nicht-indiziert innerhalb KH
Schmerzen / Schmerzzustände	.25**	.29**
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	.24**	.31**
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	.21**	.30**
Obstipation	.24**	.30**
Energielosigkeit / Müdigkeit	.20**	.26**
Angst	.23**	.30**
Depression	.24**	.26**
Unruhe	.23**	.25**
Delir	.25**	.23**
Sturz	.28**	.20**
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	.28**	.29**
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	.25**	.24**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 21: Korrelationen zwischen allgemeinen und medizinischen Verlegungsgründen innerhalb des Krankenhauses (F3B und F3C)

Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses / Medizinische Verlegungsgründe innerhalb des Krankenhauses	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Medizinische Gründe	Medizinisch-technische Gründe	Medizinisch-pflegerische Gründe	Ethische Gründe
Schmerzen / Schmerzzustände	.61**	.71**	.35**	.64**	.54**
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	.56**	.71**	.41**	.67**	.55**
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	.59**	.67**	.41**	.65**	.55**
Obstipation	.51**	.54**	.34**	.53**	.51**
Energielosigkeit / Müdigkeit	.60**	.57**	.31**	.58**	.53**
Angst	.60**	.61**	.35**	.63**	.58**
Depression	.60**	.55**	.35**	.60**	.57**
Unruhe	.62**	.61**	.36**	.62**	.58**
Delir	.53**	.54**	.35**	.60**	.57**
Sturz	.29**	.28**	.34**	.24**	.28**
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	.52**	.74**	.38**	.71**	.54**
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	.52**	.71**	.40**	.66**	.50**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 22: Korrelationen zwischen allgemeinen und medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen (F3D und F7A)

Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses / Medizinisch-pflegerisch nicht indizierte Verlegungen	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Medizinische Gründe	Medizinische Gründe	Medizinisch-pflegerische Gründe	Ethische Gründe
Innerhalb des Krankenhauses	.25**	.25**	.25**	.29**	.27**
Aus dem Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen	.16**	n.s.	.13*	n.s.	.18**
Aus dem Krankenhaus ins häusliche Umfeld	n.s.	n.s.	.15*	n.s.	n.s.

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 23: Korrelationen zwischen allgemeinen Gründen und Verlegungswegen (F3D und F3E)

Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses / Verlegungswege	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Medizinische Gründe	Medizinische Gründe	Medizinisch-pflegerische Gründe	Ethische Gründe
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf die Palliativstation	.53**	.43**	.24**	.51**	.41**
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Intensivstationen	.32**	.34**	.31**	.24**	.20**
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	.21**	.33**	.23**	.32**	.25**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Normalstationen / Allgemeinstationen	.25**	.24**	.22**	.20*	.24**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Palliativstation	.52**	.52**	.29**	.55**	.41**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Intensivstation	.39**	.42**	.43**	.38**	.33**
Von Intensivstationen auf Normalstationen / Allgemeinstationen	.27**	.23**	.25**	.24**	.23**
Von Intensivstationen auf Station mit Palliativstation	.43**	.43**	.16*	.48**	.44**
Von Intensivstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	.26**	.35**	.31**	.34**	.25**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 24: Korrelationen zwischen medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen und Verlegungswegen (F3E und F7A)

Medizinisch-pflegerisch nicht indizierte Verlegung innerhalb des KH / Verlegungswege	Medizinisch-pflegerisch nicht-indizierte Verlegungen innerhalb KH
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf die Palliativstation	.38**
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Intensivstationen	.32**
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	.37**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Normalstationen / Allgemeinstationen	.28*
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Palliativstation	.54**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Intensivstation	.49**
Von Intensivstationen auf Normalstationen / Allgemeinstationen	.20**
Von Intensivstationen auf Station mit Palliativstation	.34**
Von Intensivstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	.45**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 25: Korrelationen zwischen Verlegungswegen und Gründen für Verlegungen (F3E und F7C)

Verlegungen innerhalb des Krankenhauses / Verlegungswege	Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig innerhalb des Krankenhauses verlegt,...				
	...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	...weil dies dem Wunsch des Patienten / der Angehörigen entspricht.	...weil der Patient auf der Station besser versorgt ist.	...weil es an palliativmedizinischem Know-how mangelt
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf die Palliativstation	.27**	n.s.	.38**	.27**	.29**
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Intensivstationen	.22**	n.s.	.18**	n.s.	n.s.
Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	.22**	n.s.	.22**	.17*	.23**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Normalstationen / Allgemeinstationen	.19*	.17*	.16*	n.s.	n.s.
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Palliativstation	.34**	n.s.	.46**	.25**	.35**
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Intensivstation	.29**	.18*	.24**	n.s.	.26**
Von Intensivstationen auf Normalstationen / Allgemeinstationen	n.s.	n.s.	.15*	n.s.	n.s.
Von Intensivstationen auf Station mit Palliativstation	n.s.	n.s.	.38**	.27**	.19**
Von Intensivstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	n.s.	n.s.	.22**	.17*	n.s.

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 26: Korrelationen zwischen Verlegungswegen und medizinischen Verlegungsgründen (F3C und F3E)

Verlegungswege / Medizinische Verlegungsgründe innerhalb des Krankenhauses	Von Normalstationen / Allgemeinstationen auf			Von Station mit hämatologisch- onkologischem Schwerpunkt auf			Von Intensivstationen auf		
	die Palliativstation	Intensivstationen	Station mit hämatologisch- onkologischem Schwerpunkt	Normalstationen / Allgemeinstationen	Palliativstation	Intensivstation	Normalstationen / Allgemeinstationen	Station mit Palliativstation	Station mit hämatologisch- onkologischem Schwerpunkt
Schmerzen / Schmerzzustände	.55**	.24**	.37**	.21**	.67**	.42**	.29**	.49**	.41**
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	.51**	.28**	.29**	.16*	.61**	.41**	.25**	.46**	.33**
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	.53**	.28**	.37**	.24**	.67**	.42**	.30**	.45**	.40**
Obstipation	.42**	.27**	.25**	.25**	.49**	.36**	.25**	.37**	.31**
Energielosigkeit / Müdigkeit	.48**	.28**	.30**	.24**	.62**	.38**	.22**	.41**	.35**
Angst	.47**	.26**	.28**	.27**	.59**	.37**	.24**	.43**	.32**
Depression	.50**	.24**	.28**	.29**	.57**	.37**	.21**	.44**	.30**
Unruhe	.48**	.26**	.30**	.25**	.57**	.41**	.21**	.37**	.30**
Delir	.41**	.22**	.33**	.29**	.51**	.37**	.22**	.34**	.31**
Sturz	.27**	.24**	.25**	.29**	.30**	.30**	.30**	.24**	.25**
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	.47**	.33**	.42**	.21**	.62**	.39**	.23**	.45**	.38**
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	.44**	.36**	.41**	.24**	.59**	.42**	.24**	.41**	.40**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5); **: Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), *: Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 27: Korrelationen zwischen Verlegungen und Einschätzungen der Verlegungen (F3A, F7A und F7C)

Verlegung innerhalb des Krankenhauses/ Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig innerhalb des Krankenhauses verlegt,...	Innerhalb des KH	Medizinisch-pflegerisch nicht-indiziert innerhalb KH
...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	.17**	.50**
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	.16*	.30**
...weil dies dem Wunsch des Patienten / der Angehörigen entspricht.	n.s.	.21**
...weil der Patient auf der aufnehmenden Station besser versorgt ist.	n.s.	.14*
...weil es an palliativmedizinischem/- pflegerischem Know-how mangelt	n.s.	.37**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 28: Korrelationen zwischen Verlegungsgründen und Einschätzungen der Verlegungen (F3D und F7C)

Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses / Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig innerhalb des Krankenhauses verlegt,...	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Medizini sche Gründe	Medizini sch- technisc he Gründe	Medizini sch- pflegeris che Gründe	Ethische Gründe
...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	.22**	.14*	.21**	.38**	.21**
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	n.s.	n.s.	.14*	n.s.	n.s.
...weil dies dem Wunsch des Patienten / der Angehörigen entspricht.	.40**	.28**	n.s.	.32**	.38**
...weil der Patient auf der aufnehmenden Station besser versorgt ist.	.26**	.37**	n.s.	.42**	.31**
...weil es an palliativmedizinischem/- pflegerischem Know-how mangelt	.18**	.18**	n.s.	.28**	.17**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 29: Korrelationen zwischen allgemeinen Verlegungsgründen und nicht-indizierten Verlegungen (F3D und F7A)

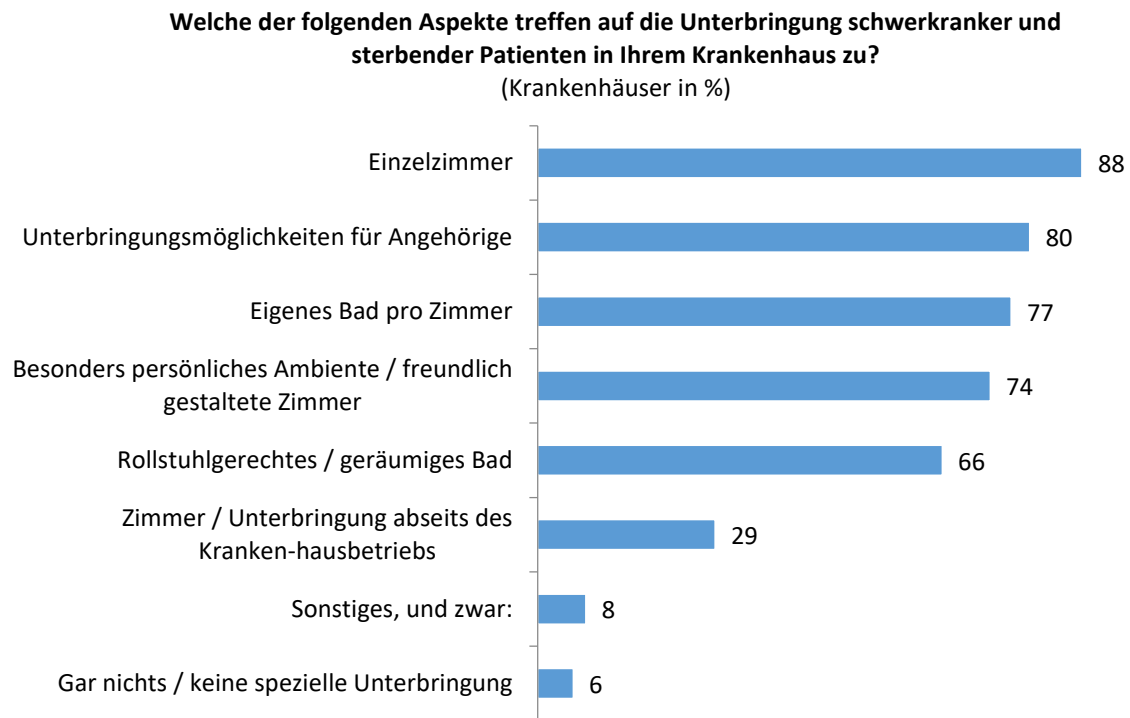
Allgemeine Gründe für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses / Medizinisch-pflegerisch nicht indizierte Verlegung innerhalb des KH /	Wunsch des Patienten / der Angehörigen	Medizinische Gründe	Medizinische Gründe	Medizinisch-pflegerische Gründe	Ethische Gründe
Innerhalb des Krankenhauses	.25**	.25**	.25**	.29**	.27**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), oft (4), sehr oft (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Versorgungssituation sterbender Patienten

Im Mittel halten die Häuser 4 (Median: 5) der sieben erfragten Möglichkeiten vor. Dabei wird die Bandbreite von einem bis zu sieben Angeboten ausgeschöpft.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Unterbringung schwerkranker und sterbender Patienten in %

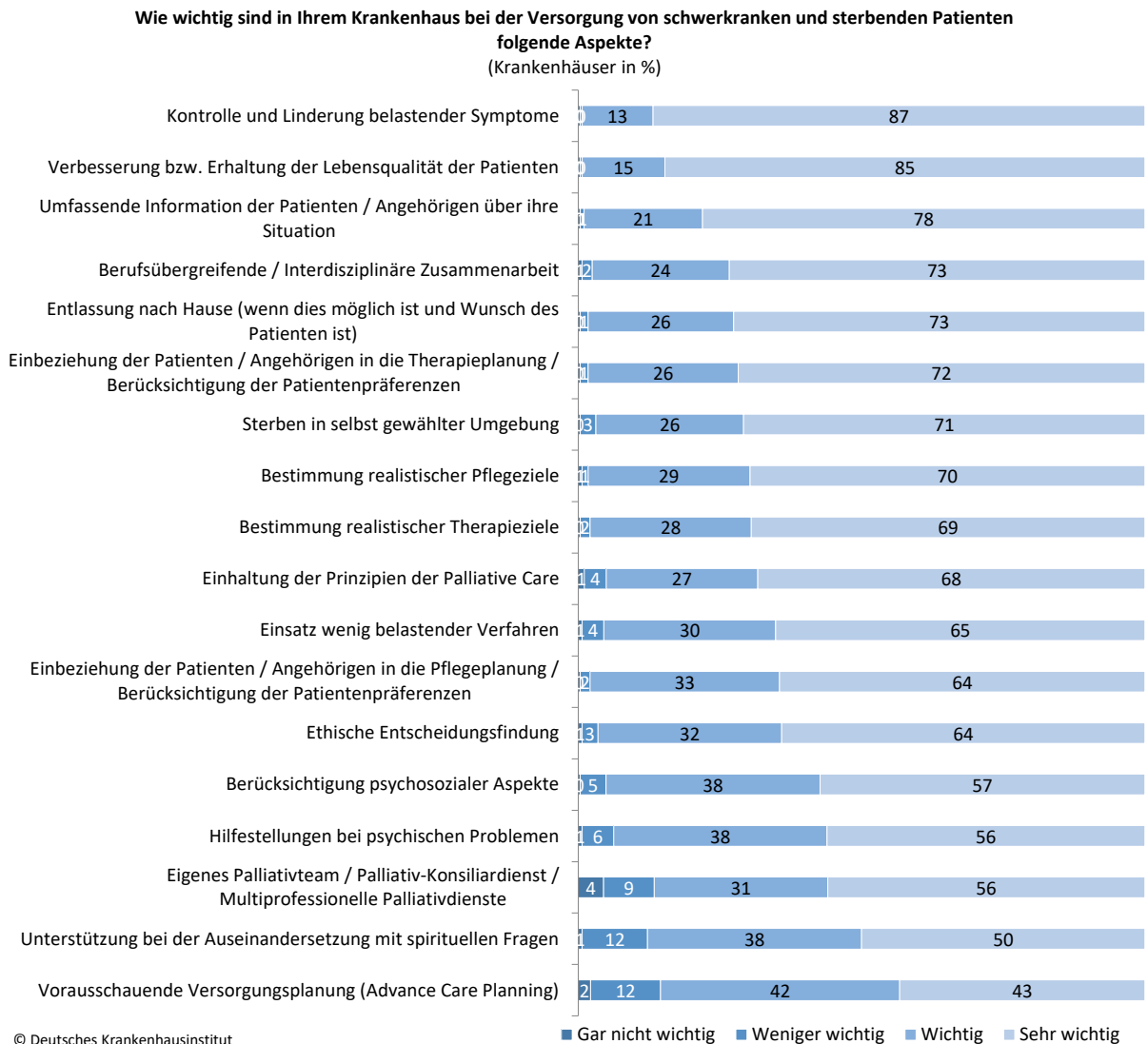


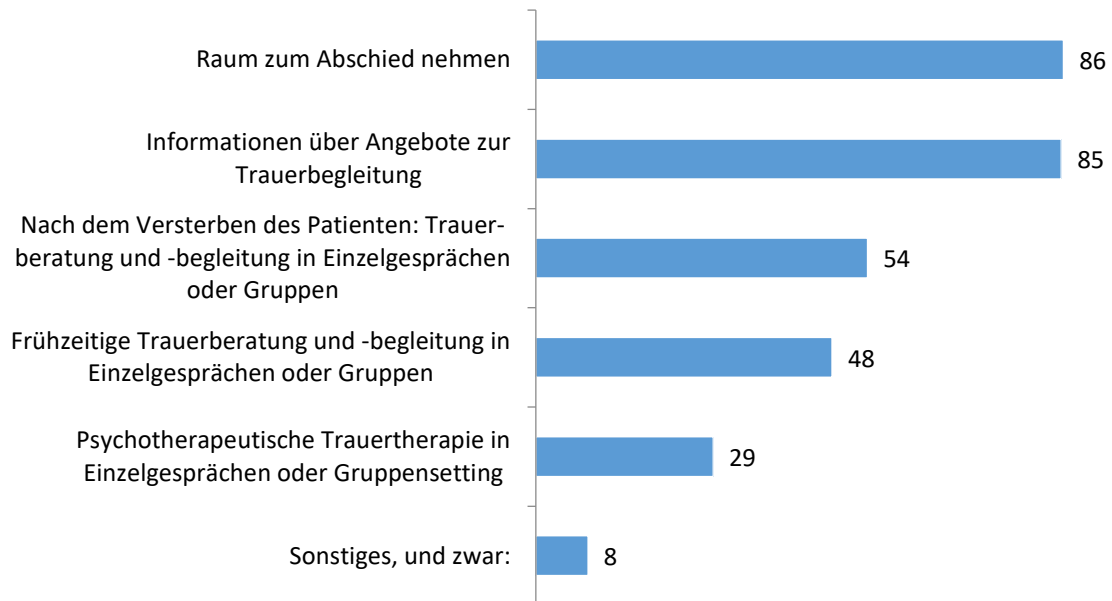
Abb. 20: Wichtigkeit verschiedener Versorgungsaspekte in %

Tab. 30: Wichtigkeit verschiedener Versorgungsaspekte (Kennwerte)

Wichtigkeit verschiedener Versorgungsaspekte	Mittelwert	Median	Unterer Quartils-wert	Oberer Quartils-wert
Entlassung nach Hause (wenn dies möglich ist und Wunsch des Patienten ist)	3,70	4,00	3,00	4,00
Sterben in selbst gewählter Umgebung	3,67	4,00	3,00	4,00
Bestimmung realistischer Therapieziele	3,67	4,00	3,00	4,00
Bestimmung realistischer Pflegeziele	3,67	4,00	3,00	4,00
Umfassende Information der Patienten / Angehörigen über ihre Situation	3,77	4,00	4,00	4,00
Einbeziehung der Patienten / Angehörigen in die Therapieplanung / Berücksichtigung der Patientenpräferenzen	3,70	4,00	3,00	4,00
Einbeziehung der Patienten / Angehörigen in die Pflegeplanung / Berücksichtigung der Patientenpräferenzen	3,62	4,00	3,00	4,00
Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebensqualität der Patienten	3,84	4,00	4,00	4,00
Einsatz wenig belastender Verfahren	3,60	4,00	3,00	4,00
Kontrolle und Linderung belastender Symptome	3,86	4,00	4,00	4,00
Ethische Entscheidungsfindung	3,60	4,00	3,00	4,00
Hilfestellungen bei psychischen Problemen	3,49	4,00	3,00	4,00
Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen	3,37	3,50	3,00	4,00
Berücksichtigung psychosozialer Aspekte	3,52	4,00	3,00	4,00
Einhaltung der Prinzipien der Palliative Care	3,62	4,00	3,00	4,00
Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning)	3,27	3,00	3,00	4,00
Eigenes Palliativteam / Palliativ-Konsiliardienst / Multiprofessionelle Palliativdienste	3,38	4,00	3,00	4,00
Berufsübergreifende / Interdisziplinäre Zusammenarbeit	3,70	4,00	3,00	4,00

Die Krankenhäuser halten im Schnitt drei (Median: 3) der sechs erfragten Angebote für Angehörige schwerkranker, sterbender Patienten vor. Der Wertebereich von eins bis sechs wird ausgeschöpft. Der untere Quartilswert beträgt zwei, der obere vier.

Welche Angebote halten Sie in Ihrem Krankenhaus standardmäßig für Angehörige schwerkranker, sterbender (Pallativ) Patienten vor?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Angebote für Angehörige in %

Personelle Situation bei der Versorgung schwerkranker, sterbender (Palliativ)Patienten

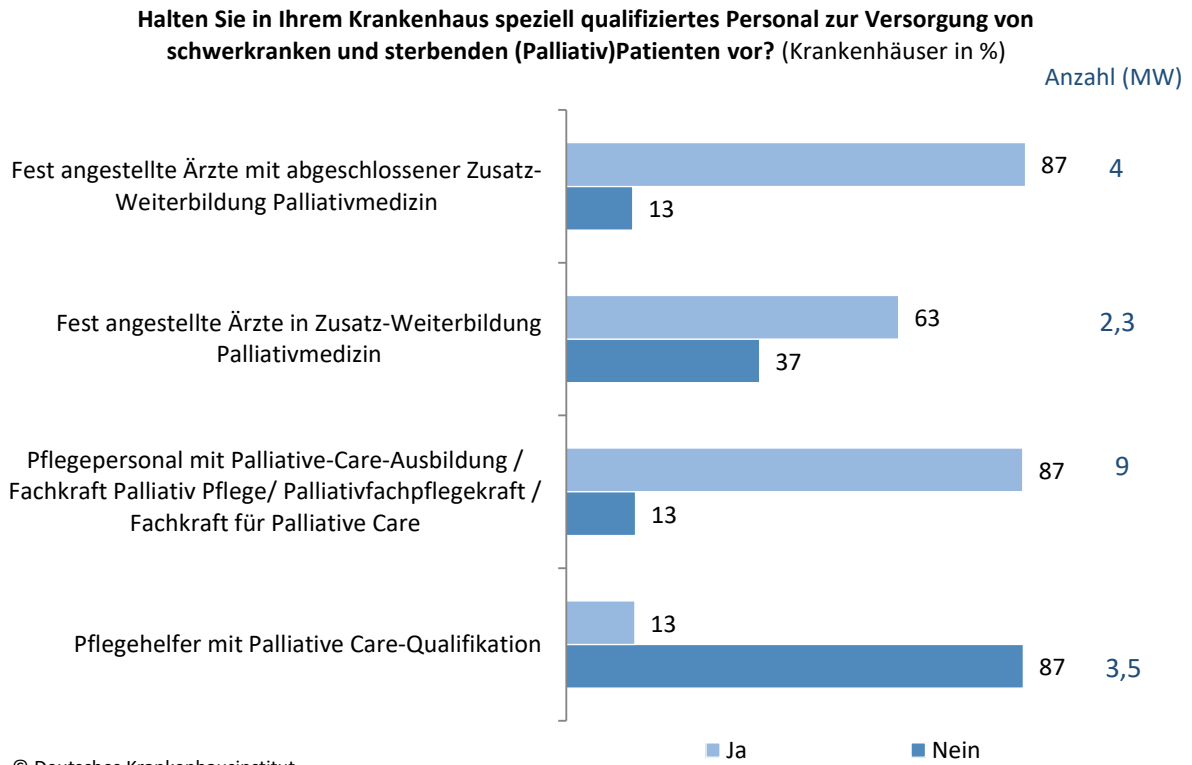


Abb. 22: Vorhaltung speziell qualifizierten Personals in %

Tab. 31: Vorhaltung speziell qualifizierten Personals (nur Häuser mit entsprechendem Personal, Kennwerte)

Speziell Personal	speziell qualifiziertes Personal	Fest angestellte Ärzte mit abgeschlossener Zusatzerweiterbildung Palliativmedizin	Fest angestellte Ärzte in Zusatzerweiterbildung Palliativmedizin	Pflegepersonal mit Palliative-Care-Ausbildung / Fachkraft Palliativ Pflege/ Palliativfachpflegekraft / Fachkraft für Palliative Care	Pflegehelfer mit Palliative-Care-Qualifikation
Mittelwert		4,02	2,29	8,90	3,45
Median		3,00	2,00	6,00	2,00
5% getrimmter Mittelwert		3,44	2,00	7,49	2,22
Unterer Quartilswert		2,00	1,00	3,00	1,00
Oberer Quartilswert		5,00	3,00	11,00	3,00

Ergänzend zum ärztlichen und pflegerischen Personal sind im Mittel sechs (Median: 6) der zehn erfragten weiteren Berufsgruppen in die Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten involviert.

Sind in Ihrem Krankenhaus die folgenden Berufsgruppen maßgeblich in die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten involviert?

(Krankenhäuser in %)

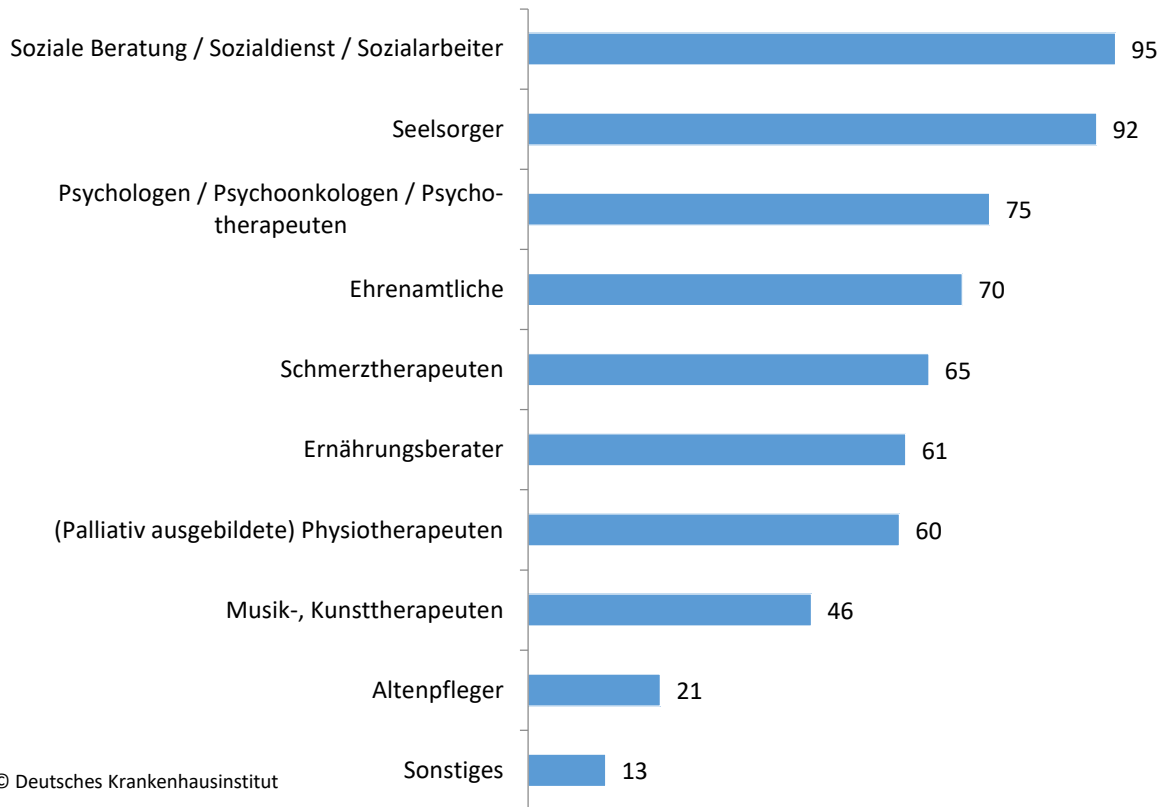


Abb. 23: Maßgeblich involvierte Berufsgruppen

Ein Drittel der Häuser hat keine Angaben bei den drei erfragten Möglichkeiten eines Palliativdienstes oder –teams gemacht und hält nichts entsprechendes vor.

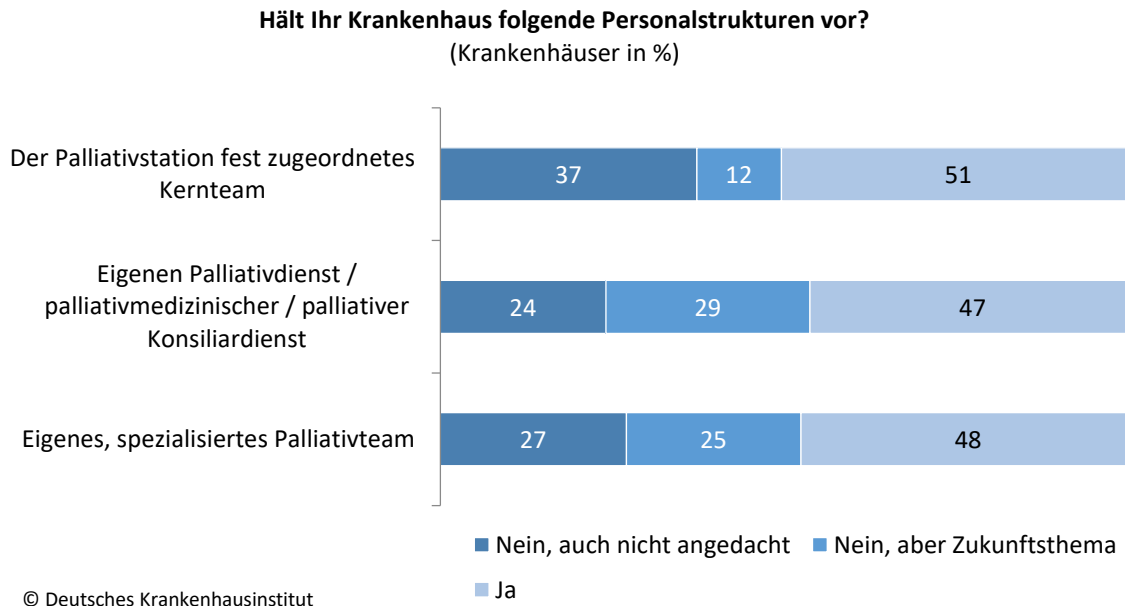


Abb. 24: Vorgehaltene Personalstrukturen in %

Die Häuser, die angegeben haben, dass sie einen eigenen Palliativdienst, palliativmedizinischen bzw. Konsiliardienst vorhalten, wurden nach dessen Aufgaben gefragt. In diesen Kliniken übernimmt der Palliativ- bzw. Konsiliardienst im Schnitt sieben (Median: 8) der erfragten zehn Aufgaben. Der untere Quartilswert liegt bei sechs, der obere bei neun.

Welche der folgenden Aufgaben übernimmt der Palliativdienst / palliativmedizinische / palliative Konsiliardienst Ihres Krankenhauses? Mehrfachangaben möglich.
(Krankenhäuser mit Palliativdienst in %)

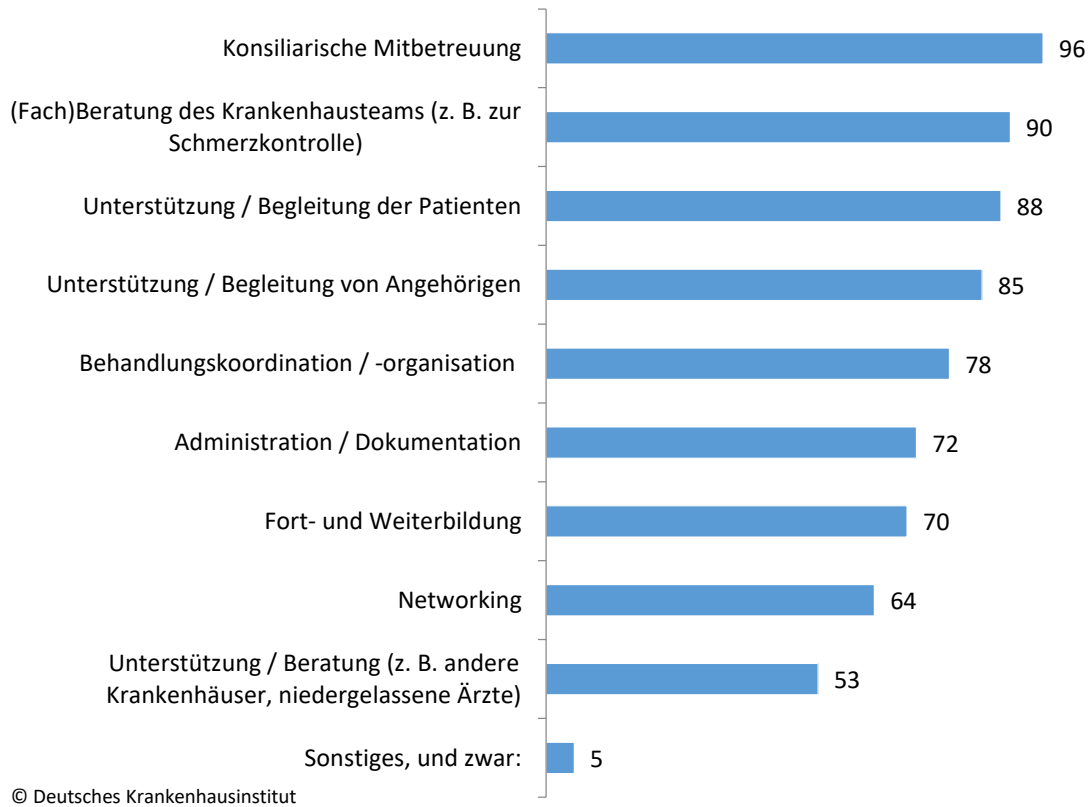


Abb. 25: Aufgaben des Palliativdienstes in %

Die Kliniken halten im Durchschnitt fünf (Median: 5) verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Mitarbeiter vor, die sich primär um die Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten kümmern. Der untere Quartilswert beträgt drei, der obere sieben.

Welche Unterstützungsangebote erhalten Ihre Mitarbeiter, die primär schwerkranke, sterbende Patienten versorgen, regelmäßig? Mehrfachantworten möglich.
(Krankenhäuser in %)

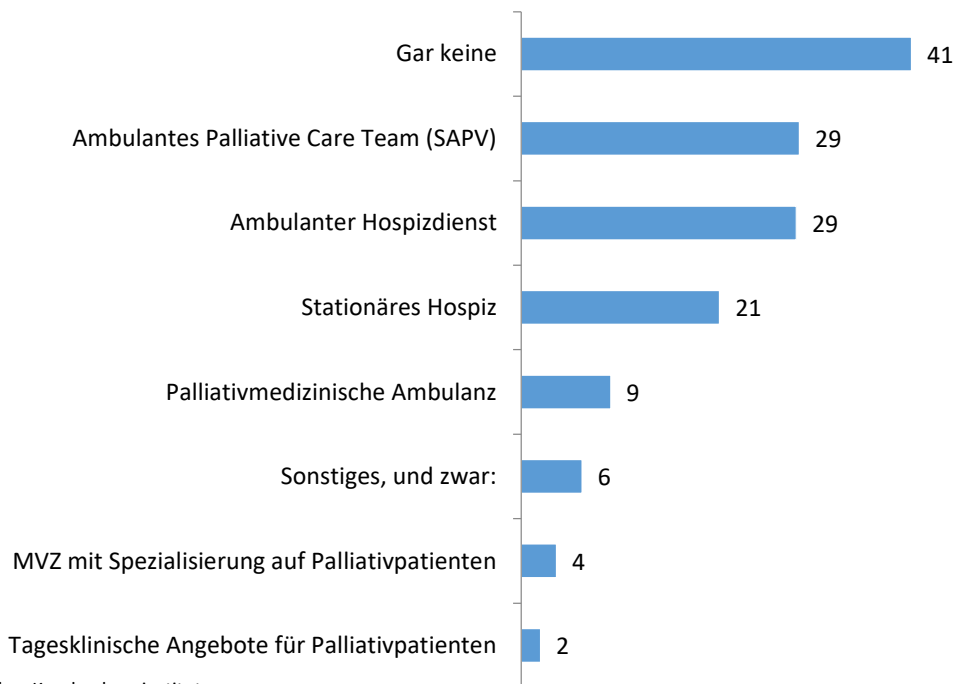


Abb. 26: Unterstützungsangebote für Mitarbeiter, die primär schwerkranke, sterbende Patienten versorgen in %

Kooperationen und Netzwerk

Die Krankenhäuser halten im Schnitt zwei palliativmedizinische Zusatzangebote vor (Median: 2). Der untere Quartilswert beträgt eins, der obere drei.

Welche (Zusatz-)Angebote hält Ihr Krankenhaus eigenständig oder als Trägerleistung im Umfeld Ihres Hauses vor? Mehrfachantworten möglich.
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Palliativmedizinische (Zusatz-)Angebote in %

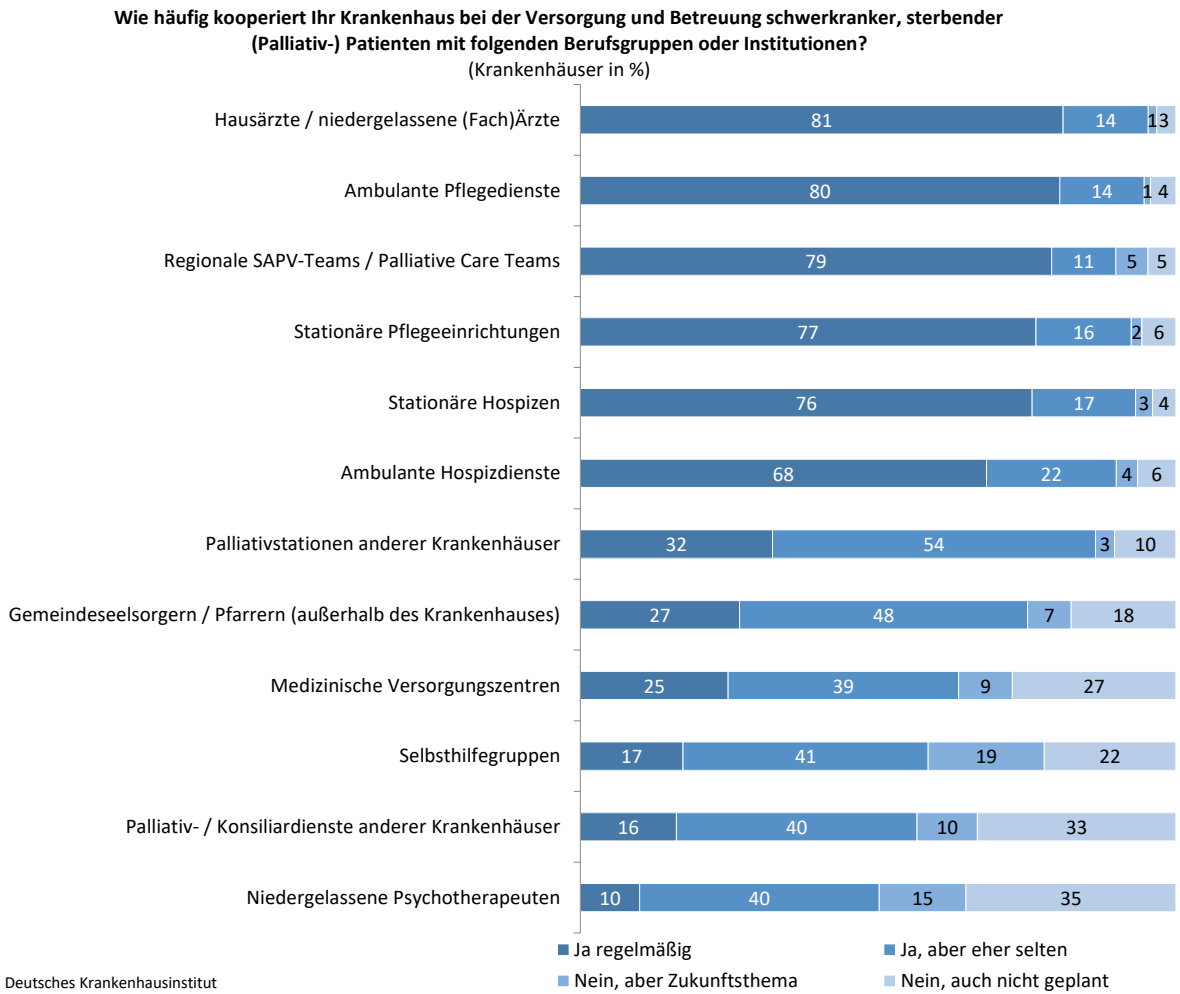


Abb. 28: Kooperationen der Krankenhäuser bei der Versorgung und Betreuung Palliativpatienten in %

Tab. 32: Kooperationen der Krankenhäuser bei der Versorgung und Betreuung Palliativpatienten (Kennwerte)

Kooperationen	Mittelwert	Median	Unterer Quartils- wert	Oberer Quartils- wert
Palliativstationen anderer Krankenhäuser	1,91	2,00	1,00	2,00
Palliativ- / Konsiliardienste anderer Krankenhäuser	2,61	2,00	2,00	4,00
Stationäre Pflegeeinrichtungen	1,37	1,00	1,00	1,00
Stationäre Hospizen	1,35	1,00	1,00	1,00
Hausärzte / niedergelassene (Fach)Ärzte	1,27	1,00	1,00	1,00
Ambulante Hospizdienste	1,48	1,00	1,00	2,00
Ambulante Pflegedienste	1,29	1,00	1,00	1,00
Regionale SAPV-Teams / Palliative Care Teams	1,36	1,00	1,00	1,00
Gemeindeseelsorgern / Pfarrern (außerhalb des Krankenhauses)	2,16	2,00	1,00	2,50
Medizinische Versorgungszentren	2,39	2,00	1,75	4,00
Niedergelassene Psychotherapeuten	2,75	2,00	2,00	4,00
Selbsthilfegruppen	2,46	2,00	2,00	3,00

Abschließende Bewertung

Wie häufig gibt es, auch vor dem Hintergrund Ihrer eigenen Erfahrungen, folgende Verlegungen von schwerkranken und sterbenden Patienten / Palliativpatienten, die medizinisch-pflegerisch nicht indiziert sind?
(Krankenhäuser in %)

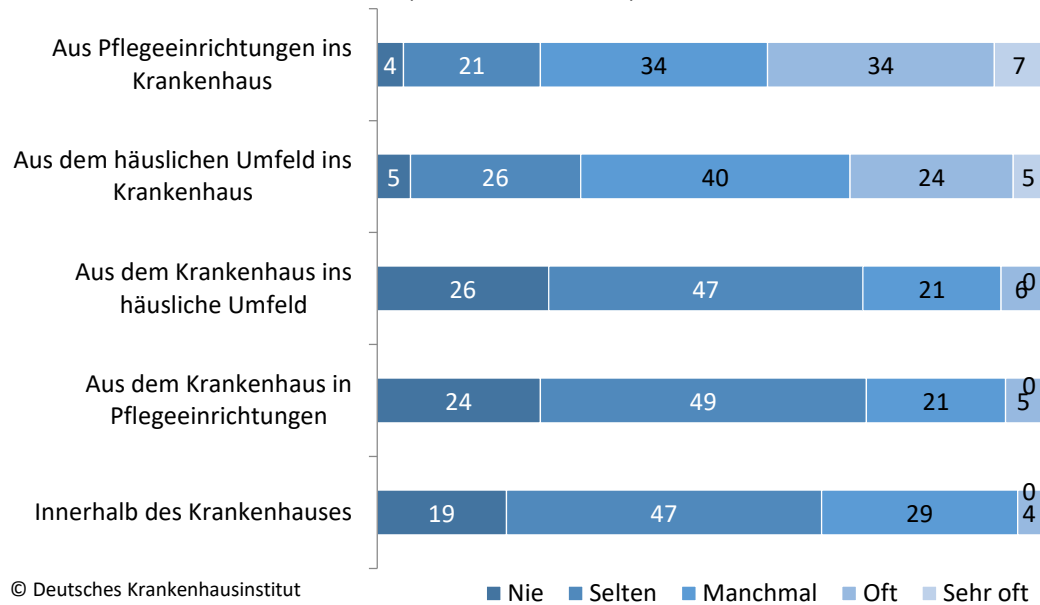


Abb. 29: Medizinisch-pflegerisch nicht- indizierte Verlegungen in %

Tab. 33: Medizinisch-pflegerisch nicht- indizierte Verlegungen (Kennwerte)

Medizinisch-pflegerisch nicht indizierte Verlegungen	Mittelwert (Risikofaktor)*	Median	Unterer Quartils-wert	Oberer Quartils-wert
Aus dem häuslichen Umfeld ins Krankenhaus	2,98 (+/-)	3,00	2,00	4,00
Aus Pflegeeinrichtungen ins Krankenhaus	3,21 (+/-)	3,00	3,00	4,00
Innerhalb des Krankenhauses	2,18 (-)	2,00	2,00	3,00
Aus dem Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen	2,08 (-)	2,00	2,00	3,00
Aus dem Krankenhaus ins häusliche Umfeld	2,08 (-)	2,00	1,00	3,00

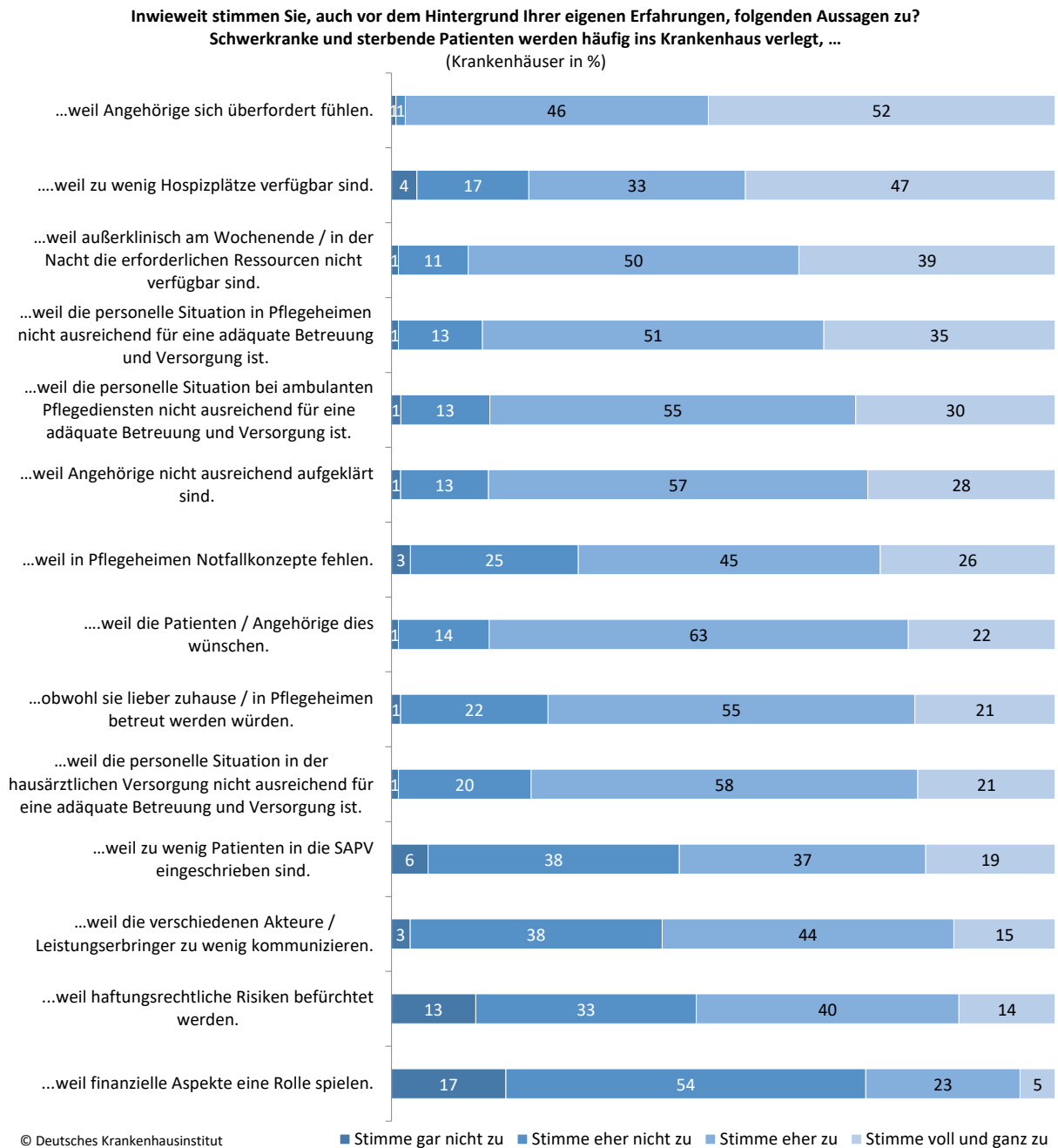


Abb. 30: Einschätzungen zu Verlegungen ins Krankenhaus in %

Tab. 34: Einschätzungen zu Verlegungen ins Krankenhaus (Kennwerte)

Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig ins Krankenhaus verlegt, ...	Mittelwert (Risikofaktor)*	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert
...obwohl sie lieber zuhause / in Pflegeheimen betreut werden würden.	2,96 (+)	3,00	3,00	3,00
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	2,56 (+)	3,00	2,00	3,00
...weil die personelle Situation bei ambulanten Pflegediensten nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	3,14 (+)	3,00	3,00	4,00
...weil die personelle Situation in Pflegeheimen nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	3,20 (+)	3,00	3,00	4,00
...weil in Pflegeheimen Notfallkonzepte fehlen.	2,95 (+)	3,00	2,00	4,00
...weil die personelle Situation in der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	2,99 (+)	3,00	3,00	3,00
...weil finanzielle Aspekte eine Rolle spielen.	2,17 (-)	2,00	2,00	3,00
...weil Angehörige sich überfordert fühlen.	3,49 (++)	4,00	3,00	4,00
...weil Angehörige nicht ausreichend aufgeklärt sind.	3,12 (+)	3,00	3,00	4,00
...weil zu wenig Patienten in die SAPV eingeschrieben sind.	2,71 (+)	3,00	2,00	3,00
...weil zu wenig Hospizplätze verfügbar sind.	3,22 (+)	3,00	3,00	4,00
...weil die Patienten / Angehörige dies wünschen.	3,06 (+)	3,00	3,00	3,00
...weil die verschiedenen Akteure / Leistungserbringer zu wenig kommunizieren.	2,72 (+)	3,00	2,00	3,00
...weil außerklinisch am Wochenende / in der Nacht die erforderlichen Ressourcen nicht verfügbar sind.	3,26 (++)	3,00	3,00	4,00

Inwieweit stimmen Sie, auch vor dem Hintergrund Ihrer eigenen Erfahrungen, folgenden Aussagen zu?

Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig innerhalb des Krankenhauses verlegt,...

(Krankenhäuser in %)

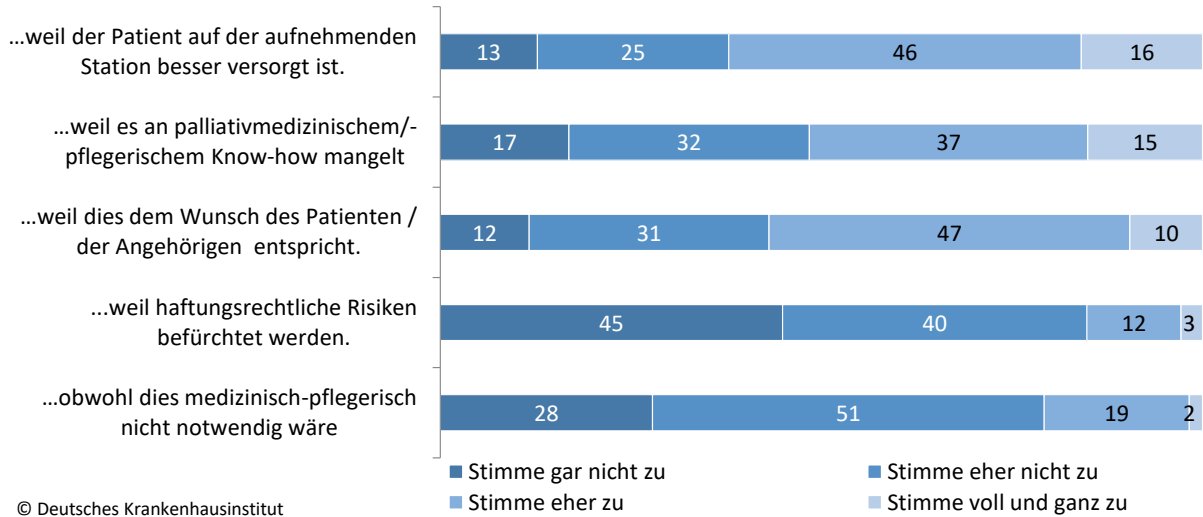


Abb. 31: Einschätzungen zu Verlegungen innerhalb des Krankenhauses in %

Tab. 35: Einschätzungen zu Verlegungen innerhalb des Krankenhauses (Kennwerte)

Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig innerhalb des Krankenhauses verlegt,...	Mittelwert (Risikofaktor)*	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert
...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	1,95 (-)	2,00	1,00	2,00
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	1,73 (--)	2,00	1,00	2,00
...weil dies dem Wunsch des Patienten / der Angehörigen entspricht.	2,55 (+)	3,00	2,00	3,00
...weil der Patient auf der aufnehmenden Station besser versorgt ist.	2,65 (+)	3,00	2,00	3,00
...weil es an palliativmedizinischem/-pflegerischem Know-how mangelt	2,50 (+)	3,00	2,00	3,00

Risikoeinschätzung

		Wertebereich Mittelwert
--	Nie	1-1,7
-	Selten	1,8-2,5
+/-	manchmal	2,6-3,3
+	oft	3,4-4,1
++	sehr oft	4,2-5
k.A.	keine Angabe	

		Wertebereich Mittelwert
--	Stimme gar nicht zu	1-1,74
-	Stimme eher nicht zu	1,75-2,4
+	Stimme eher zu	2,5-3,24
++	Stimme voll und ganz zu	3,25-4
k.A.	keine Angabe	

AvenuePal: Analyse der Befragung der Hausärzte

12. Juni 2019

Beschreibung der Stichprobe

Die Daten wurden zwischen September 2018 und Mai 2019 in einer Onlineumfrage erhoben. Es liegen 103 Datensätze vor.

Die Antworten kamen zum überwiegenden Teil (74 %, n=73) aus allgemeinmedizinischen Praxen, 17 Antworten (17 %) aus hausärztlich-internistischen Praxen. Darüber hinaus gab es 5 Antworten (5 %) aus Medizinischen Versorgungszentren, vier Antworten „sonstige Praxis“ und vier fehlende Werte. Es antworteten überwiegend sehr erfahrene Personen: Auf die Frage nach der Berufserfahrung als niedergelassener Arzt gaben 78 Personen (77 %) an, länger als 10 Jahre Erfahrung zu besitzen, 18 Personen hatten eine mittlere Erfahrung von 3 bis 10 Jahren, nur 5 Personen hatten eine kurze Erfahrung von unter 3 Jahren. Die Antworten kamen sehr gleichmäßig verteilt aus kleinen Gemeinden, mittleren Städten und Großstädten.

Ergebnisse

1. Beteiligung der Ärzte bei der Verlegungsentscheidung

Die befragten Ärzte betreuen im Mittel (Median) 4 Pflegeeinrichtungen (IQR¹ 2,5 – 6) und insgesamt in allen Pflegeeinrichtungen durchschnittlich (Median) 50 Patienten (IQR 20 – 117,5). Die Befragten gaben an, dass im Jahr 2017 durchschnittlich (Median) 8 Patienten, die in Pflegeeinrichtungen betreut wurden, verstorben sind (IQR 4 – 14,5).

Die Befragten gaben zum überwiegenden Teil an, nur selten bei den Verstorbenen eine Verlegung aus dem Heim eingeleitet zu haben. 84 Personen (85 %) haben dies in weniger als 10 % der betreuten Sterbephasen getan (Tab. 1). Ein substantieller Teil der Verlegungen vollzog sich ins Krankenhaus, vereinzelt auch in Hospize (Tab. 2).

Tab. 1: Bei wie viel Prozent dieser im Jahr 2017 verstorbenen Patienten, bei denen Sie in der Sterbephase eingebunden waren, haben Sie in der Sterbephase eine Verlegung eingeleitet?

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	weniger als 10 %	84	84,8
	ca. 25 %	13	13,1
	ca. 50 %	2	2,0
	ca. 75 %	0	0
	76-100 %	0	0
	Gesamt		99
keine Angabe		4	
Gesamt		103	

¹ IQR = Interquartilrange, also 25 %- und 75 %-Quartil

Tab. 2: Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (Anzahl Nennungen)

	Krankenhaus	nach Hause	Hospiz
keine Angabe	16	45	36
weniger als 10 %	49	55	52
ca. 25 %	6	1	4
ca. 50 %	5	2	4
ca. 75 %	4	0	4
76-100 %	23	0	3

2. Tageszeiten und Wochentage für Verlegungen

Bei den Antworten auf die Frage, zu welchen Tageszeiten es vermehrt zu Verlegungen kommt, ist eine deutliche Häufung der Nennungen „abends“ und „nachts“ zu verzeichnen (Tab. 3).

Tab. 3: Gibt es bestimmte Tageszeiten, zu denen es in den Pflegeeinrichtungen vermehrt zu Verlegungen kommt? Wenn ja, wann? (Anzahl der Nennungen)

	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts	nein, keine bestimmten Tageszeiten
Nicht Gewählt	94	99	92	66	56	70
Ja	7	2	9	35	45	31

Auch in Bezug auf die Frage nach Wochentagen, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender aus Pflegeeinrichtungen kommt, ist die berichtete Wahrnehmung der Ärzte eindeutig: Während es kaum Nennungen bei Montag bis Donnerstag gibt, berichten viele, dass es freitags und besonders samstags und sonntags vermehrt zu Verlegungen kommt (Tab. 4).

Tab. 4: Gibt es bestimmte Wochentage, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt? (Anzahl der Nennungen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	nein, keine bestimmten Wochentage
Nicht Gewählt	99	102	99	102	74	48	47	67
Ja	3	0	3	0	28	54	55	35

In einer späteren offenen Frage wurde von einer Person konkretisiert, dass Verlegungen häufig von Angehörigen angestoßen werden im Rahmen derer Besuche am Wochenende. Es wäre zu prüfen, inwieweit dieser Zusammenhang belastbar ist und die erhöhten Zahlen am Wochenende teilweise erklären kann.

3. Gründe für Verlegungen I: Symptome

Aufgrund der qualitativen Vorstudien wurden sieben unterschiedliche Symptome und Verlaufsentwicklungen abgefragt, die typischerweise zu Verlegungen am Lebensende führen können: Schmerzzustände; Angst; Traurigkeit bzw. Depression; Unruhe und Verwirrtheit; Atmungsschwierigkeiten und Atemnot; bestehende Grunderkrankung; akut auftretende Erkrankung. Die Gründe wurden auf einer Skala von 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig abgefragt.

Die Ärzte wurden dazu befragt, welche der Symptome wichtig sind für die Kontaktaufnahme mit der Praxis (Tab. 5) und wie wichtig die Symptome sind für die von den Ärzten veranlassten Verlegungen (Tab. 6).

Tab. 5: Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig; alle N=99 bis 101)

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Beste- hende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
Mittelwert	4,6	3,8	3,1	4,3	4,5	4,0	4,0

Für die Kontaktaufnahme mit der Praxis sind alle genannten Symptome wichtig, besonders jedoch Schmerzzustände und Atemnot. In Bezug auf die Wichtigkeit der Symptome für die Verlegungen verschiebt sich das Bild etwas: Während auch hier Atmungsschwierigkeiten und Atemnot ein sehr wichtiger Grund ist, tritt die Rolle der Schmerzzustände etwas in den Hintergrund und wird fast gleichauf genannt mit anderen Symptomen.

Tab. 6: Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig; alle N=74 bis 77)

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Beste- hende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
Mittelwert	3,1	2,6	2,2	3,2	3,9	3,1	3,4

Die Antworten auf die offenen Fragen nach weiteren Gründen für Kontaktaufnahmen und Verlegungen lassen einerseits bestimmte deutliche Muster erkennen, andererseits aber auch große Unterschiede zwischen den Situationen, in den sich die Ärzte befinden: Einige der Antworten thematisieren durchaus, dass es kaum zu Verlegungen Sterbender kommt, während andere Nennungen als weitere Gründe vor allem Stürze sowie Blutungen nennen sowie eine wahrgenommene Überforderung von Angehörigen und Pflegepersonal – letzteres hat eigentlich nichts mit der hier abgefragten Thematik der Symptome zu tun, ist aber vielen Ärzten offensichtlich so wichtig, dass das Thema hier schon benannt wurde.

4. Gründe für Verlegungen II: weitere Begründungen für Verlegungen

In diesem Fragenblock ging es in erster Linie darum herauszufinden, ob Angehörige oder/und Ärzte die Treiber für Verlegungen sind oder fehlende personelle oder andere Ressourcen im Heim.

Tab. 7 zeigt, dass alle genannten Gründe im mittleren bis hohen Maß wichtig sind als Treiber für Verlegungen, insbesondere aber die Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen und die Angehörigen. Aber auch der Patientenwille, Notärzte, Betreuer sowie Personalmangel in den Heimen sind in mittlerem Maße wichtig als Treiber für Verlegungen aus Sicht der Ärzte.

Tab. 7: Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig; alle N=88 bis 93)

	Mittelwert
Geringe Personalbesetzung zu bestimmten Zeiten aufgrund von Urlaub oder Krankheit	3,2
Grundsätzlich zu wenig Personal	3,3
Unerfahrenheit der Mitarbeiter in der Einrichtung	3,8
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der Mitarbeiter beim Umgang mit Sterbenden	3,8
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	3,6

Patient wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	3,2
Rechtlich bestellter Betreuer wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	3,3
Hinzugezogener Notarzt hat bereits Verlegung eingeleitet	3,4

Auf die Frage, wie häufig es vorkam, dass ein hinzugerufener Notarzt Krankenhauseinweisungen anordnete, antworteten 40 Personen (43,5 % der gültigen Antworten) mit „weniger als 10 %“. Auf der anderen Seite gab es auch relativ viele Ärzte, die häufige Einweisungen durch Notärzte berichteten (Tab. 8).

Tab. 8: Wie häufig kam es im Jahr 2017 bei den von Ihnen in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten vor, dass ein hinzugerufener Notarzt die Krankenhauseinweisungen anordnet?

		Häufigkeit	Gültige Prozenste
Gültig	weniger als 10%	40	43,5
	10-19%	12	13,0
	20-30%	13	14,1
	31-50%	11	12,0
	51-75%	9	9,8
	mehr als 75%	7	7,6
	Gesamt	92	100
keine Antwort		9	
Gesamt		79	

Ein weiterer Fragenblock konkretisierte die mögliche Rolle verschiedener Akteure bei Verlegungen. Die Ärzte sehen, dass Sterbende durchaus auch gegen ihren Wunsch noch verlegt werden und sehen auch viel Potential, Verlegungen zu vermeiden: Der Aussage, dass Sterbende häufig verlegt werden, obwohl dies nicht notwendig ist aus medizinischer Sicht, stimmen sie eher zu. Als Treiber für Verlegungen werden in diesem Fragenblock eine nicht ausreichende Betreuungssituation im Heim genannt, vor allem aber wieder die Rolle der Angehörigen. Auch rechtliche Risiken spielen eine sehr große Rolle – anders hingegen finanzielle Aspekte, die nicht als Treiber genannt werden. (Tab. 9)

Tab. 9: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ... (1=stimme gar nicht zu bis 5=stimme voll und ganz zu, alle N=68 bis 71)

	Mittelwert
...obwohl sie dies nicht wünschen	3,0
...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	3,5
...weil haftungsrechtliche Risiken gescheut werden	3,7
...weil die personelle Situation nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist	3,7
...weil die Angehörigen sich überfordert fühlen	3,9
...weil die ambulante Betreuung noch nicht ausreichend gut ist	3,1
...weil finanzielle Aspekte im Vordergrund stehen	1,9

5. Weitere Rahmenbedingungen für Verlegungen

In einem weiteren Fragenblock wurde abgefragt, wie die Zusammenarbeit der Ärzte mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) eingeschätzt wird, nach der Rolle von Patientenverfügungen, nach der Kommunikation zwischen den Ärzten und ihren Patienten, ein

absehbares Lebensende betreffend, sowie nach Kenntnis des Advance Care Planning (ACP) Verfahrens.

Die Zusammenarbeit mit der SAPV wird von den meisten Ärzten als sehr gut (52 %) oder gut (23 %) bezeichnet, knapp 6 % bezeichnen sie als mangelhaft oder ungenügend.

Die Frage danach, wie viele der in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten über eine Bewohner- bzw. Patientenverfügung verfügen, wird sehr heterogen beantwortet, während nur 7 Personenangaben, darüber keine Informationen zu besitzen (Tab. 10).

Tab. 10: Wie viele der von Ihnen in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	0-10%	2	2,2
	11-20%	5	5,4
	21-30%	15	16,1
	31-40%	11	11,8
	41-50%	18	19,4
	51-60%	7	7,5
	61-70%	9	9,7
	mehr als 70%	19	20,4
	weiß ich nicht	7	7,5
	Gesamt	93	100,0
keine Antwort	10		
Gesamt	103		

Immerhin sehen die befragten Ärzte die Wirkung der Verfügungen als sehr deutlich an: 77 der Befragten (79 %) berichten eine sehr große oder große Auswirkung der Verfügungen, falls diese vorliegen.

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten in Bezug auf ein bevorstehendes Lebensende wird überwiegend als offen bezeichnet: Auf die Frage, wie häufig die Antwortenden die von ihnen in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten auf deren absehbares Lebensende ansprechen, antworten 59 (61 %) mit „oft“ oder „immer“, weitere 25 Personen (26 %) mit „manchmal“, nur 13 (13 %) mit „selten“ oder „nie“.

Das Advance Care Planning Verfahren ist nur bei 29 (30,5 %) der Befragten bekannt, 66 (69,5 %) gaben an, es nicht zu kennen.

6. Potential für Verbesserungen

Die Befragten äußerten sich zu verschiedenen Aspekten, die auf eine Verbesserung der Versorgung Sterbender abzielten. Es ist auffällig, wie viel Potential die Ärzte hier sehen: Alle Mittelwerte auf die 12 Fragen liegen im positiven Bereich deutlich über dem theoretischen Mittel der Antwortskala von 3. Besonders werden Ausbildung des Pflegepersonals sowie die generelle Personalausstattung in den Pflegeheimen herausgestellt, aber auch eine Definition eines „Notfallregimes“ wird von fast allen Befragten als sehr hilfreich beschrieben.

Tab. 11: Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden? (1=trifft gar nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu, alle N=70 bis 72)

	Mittelwert
Intensivierung der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen	4,3
Verbesserung der Informations- und Kommunikationswege von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen	4,3
Benennung von eindeutigen Ansprechpartnern in den Einrichtungen	4,3
Mehr Personal in den Einrichtungen	4,4
Besser ausgebildetes Personal in den Einrichtungen	4,6
Festlegung eines „Notfallplans/Notfallregimes“, in welchem bestmöglich-vorausschauend definiert wurde was in der Einrichtung zu tun ist und welche Rolle der Hausarzt hierbei übernimmt	4,5
Mehr Bewohner besitzen eine gültige Verfügung	4,1
Stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	3,8
Intensivere Zusammenarbeit mit den Angehörigen	3,9
Intensivere Zusammenarbeit mit SAPV	3,7
Intensivere Zusammenarbeit mit ambulanter Hospizarbeit	3,5
Verbesserte Vergütung der investierten Zeit der niedergelassenen Ärzte	4,1

7. Weitere Bemerkungen

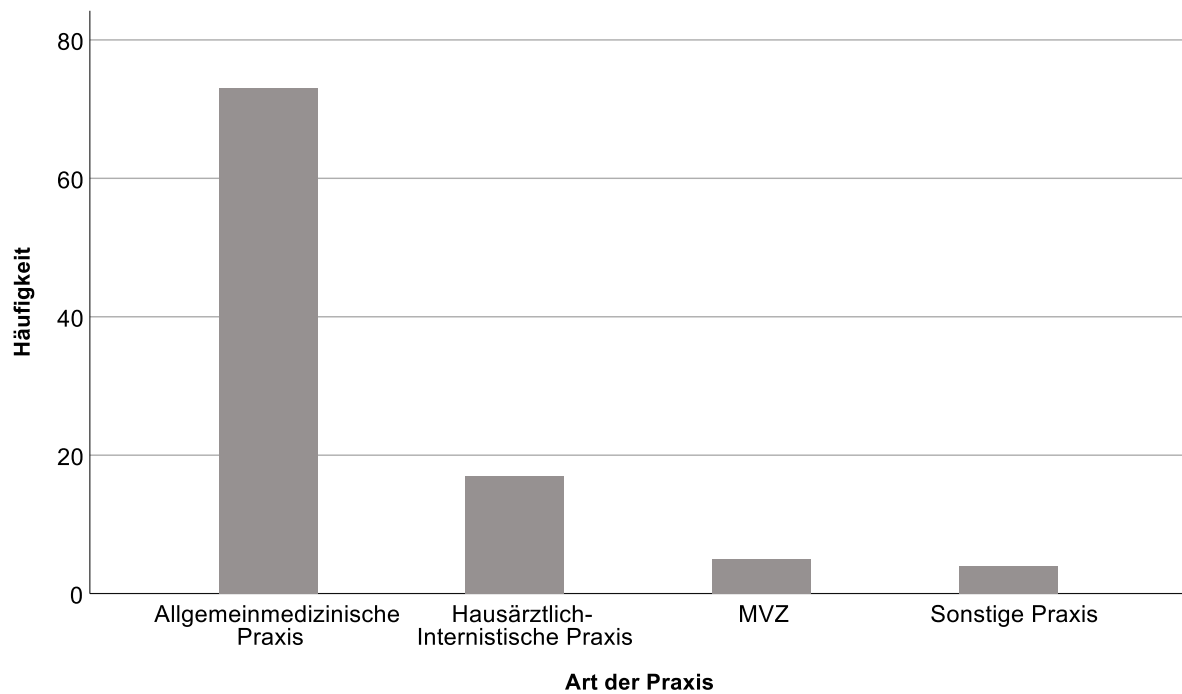
In zwei abschließenden offenen Fragen hatten die Ärzte Gelegenheit, ausführlicher zum Thema Stellung zu nehmen, was intensiv genutzt wurde. Auch hier wird immer wieder die wahrgenommene fachliche und personelle Überforderung des Pflegepersonals herausgestellt, aber auch die SAPV wird hier wiederholt sehr kritisch beschrieben. (vgl. dazu die Antworten im Anhang)

Anhang

(Häufigkeitstabellen und Balkendiagramme)

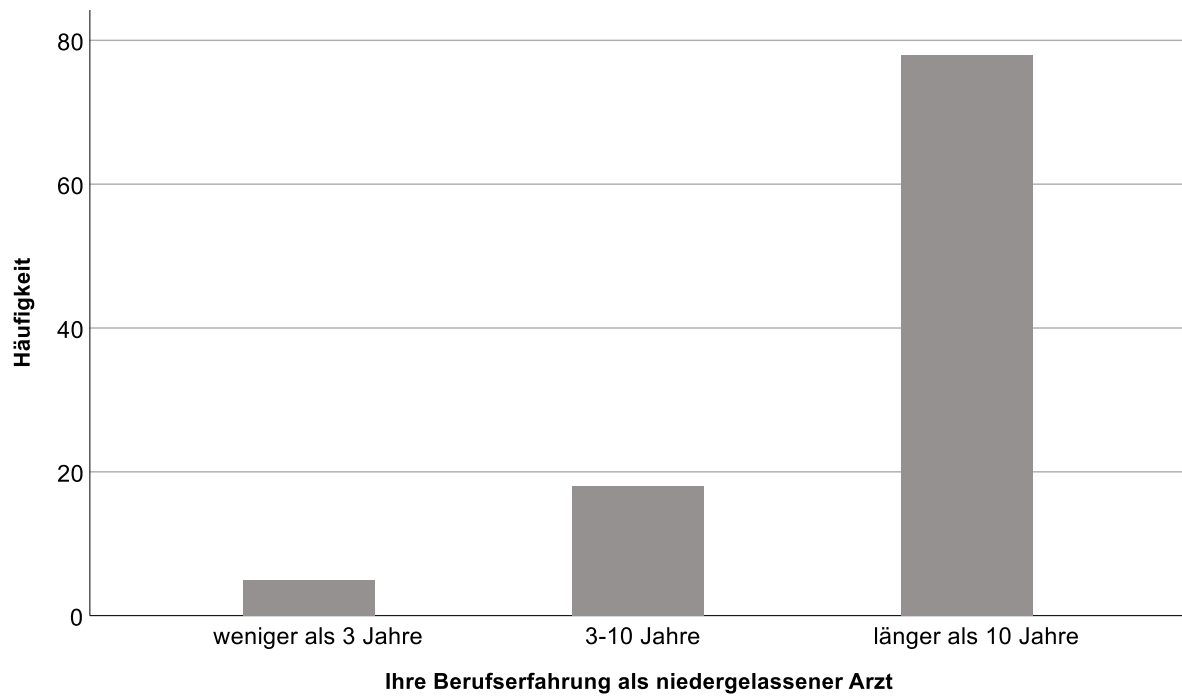
Art der Praxis

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Allgemeinmedizinische Praxis	73	73,7
	Hausärztlich-Internistische Praxis	17	17,2
	MVZ	5	5,1
	Sonstige Praxis	4	4,0
	Gesamt	99	100,0
Fehlend		4	
Gesamt		103	



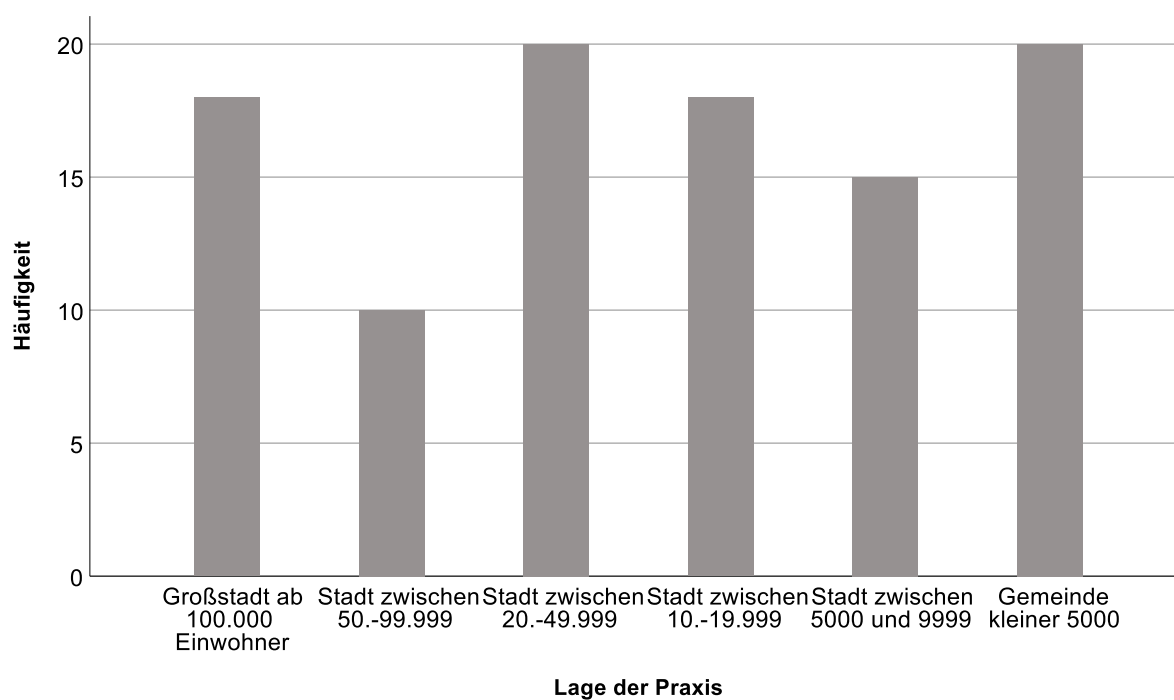
Ihre Berufserfahrung als niedergelassener Arzt

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	weniger als 3 Jahre	5	5,0
	3-10 Jahre	18	17,8
	länger als 10 Jahre	78	77,2
	Gesamt	101	100,0
Fehlend		2	
Gesamt		103	



Lage der Praxis

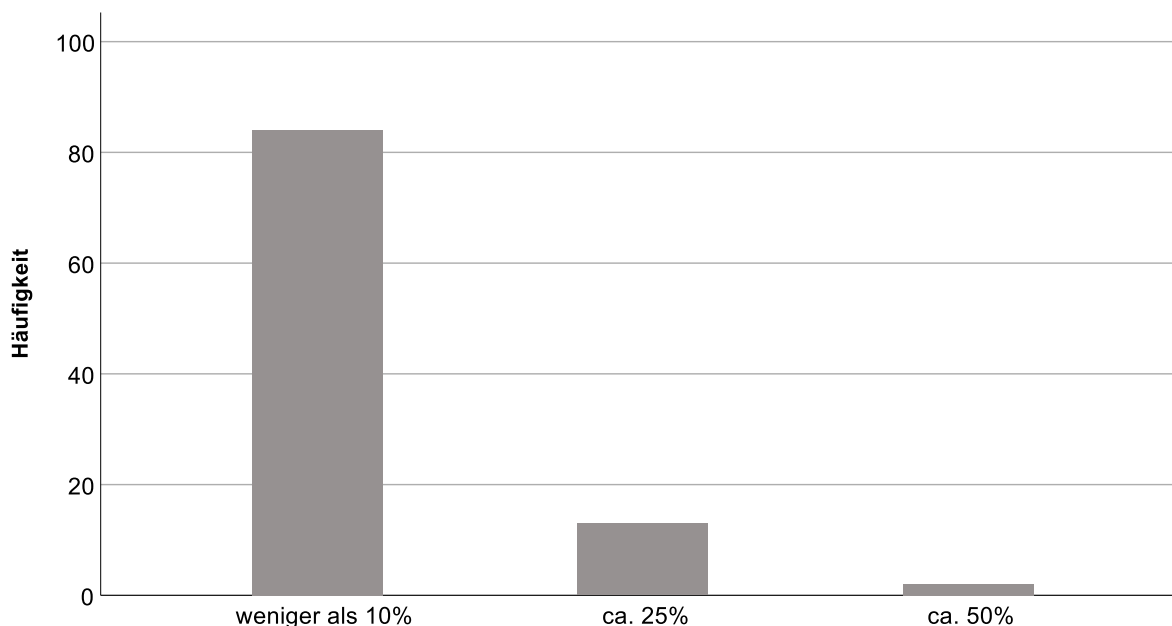
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Großstadt ab 100.000 Einwohner	18	17,8
	Stadt zwischen 50.-99.999	10	9,9
	Stadt zwischen 20.-49.999	20	19,8
	Stadt zwischen 10.-19.999	18	17,8
	Stadt zwischen 5000 und 9999	15	14,9
	Gemeinde kleiner 5000	20	19,8
	Gesamt	101	100,0
Fehlend		2	
Gesamt		103	



		Wie viele Patienten hat Ihre Praxis im Jahr 2017 in Pflegeeinrichtungen betreut? (ggfs. realitätsnahe Schätzung)	In wie vielen Pflegeeinrichtungen haben Sie im Jahr 2017 Patienten betreut?	Wie viele Patienten sind im Jahr 2017 verstorben, die in Pflegeeinrichtungen von Ihnen betreut wurden?
N	Gültig	100	101	101
	Fehlend	3	2	2
Perzentile	25	20,0	2,5	4,0
	50 (Median)	50,0	4,0	8,0
	75	117,5	6,0	14,5

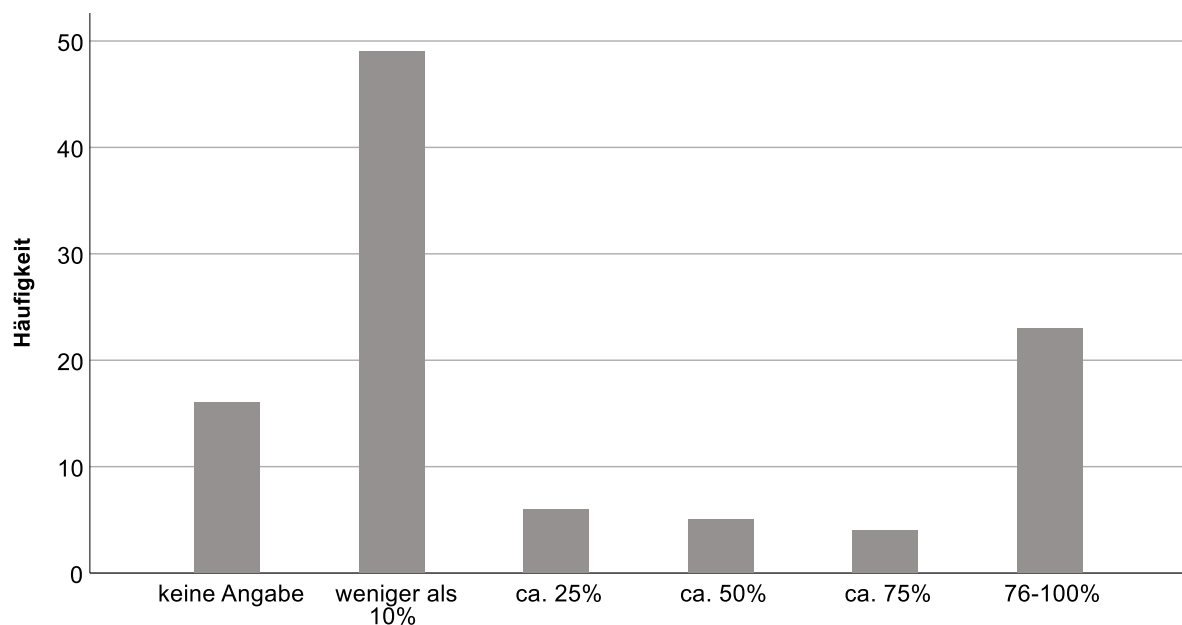
Bei wie viel Prozent dieser im Jahr 2017 verstorbenen Patienten, bei denen Sie in der Sterbephase eingebunden waren, haben Sie in der Sterbephase eine Verlegung eingeleitet?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	weniger als 10%	84	84,8
	ca. 25%	13	13,1
	ca. 50%	2	2,0
	Gesamt	99	100,0
Fehlend		4	
Gesamt		103	

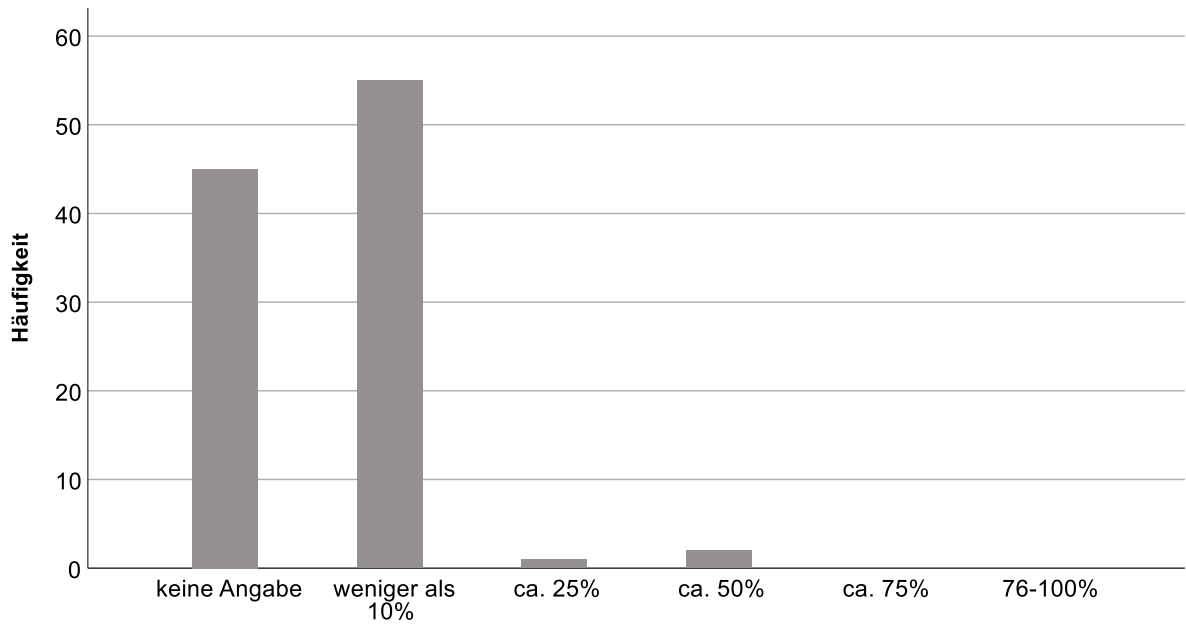


Bei wie viel Prozent dieser im Jahr 2017 verstorbenen Patienten, bei denen Sie in der Sterbephase eingebunden waren, haben Sie in der Sterbephase eine Verlegung eingeleitet?

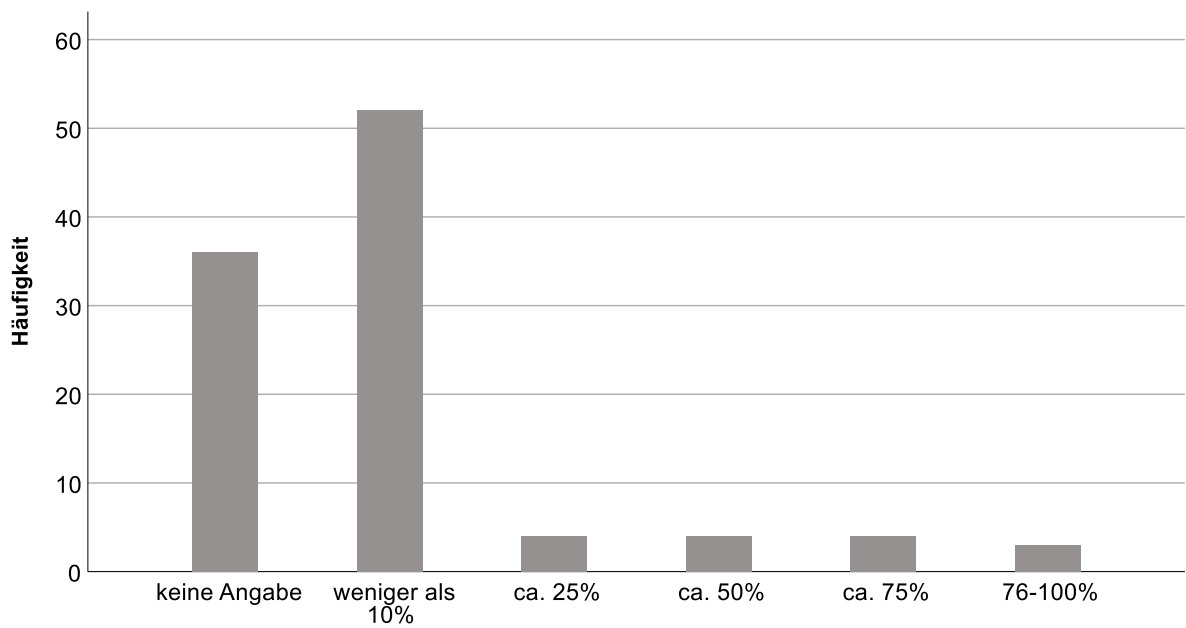
	[Krankenhaus] Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)		[nach Hause] Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)		[Hospiz] Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)	
	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)
keine Angabe	16	15,5%	45	43,7%	36	35,0%
weniger als 10%	49	47,6%	55	53,4%	52	50,5%
ca. 25%	6	5,8%	1	1,0%	4	3,9%
ca. 50%	5	4,9%	2	1,9%	4	3,9%
ca. 75%	4	3,9%	0	0,0%	4	3,9%
76-100%	23	22,3%	0	0,0%	3	2,9%



[Krankenhaus] Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)



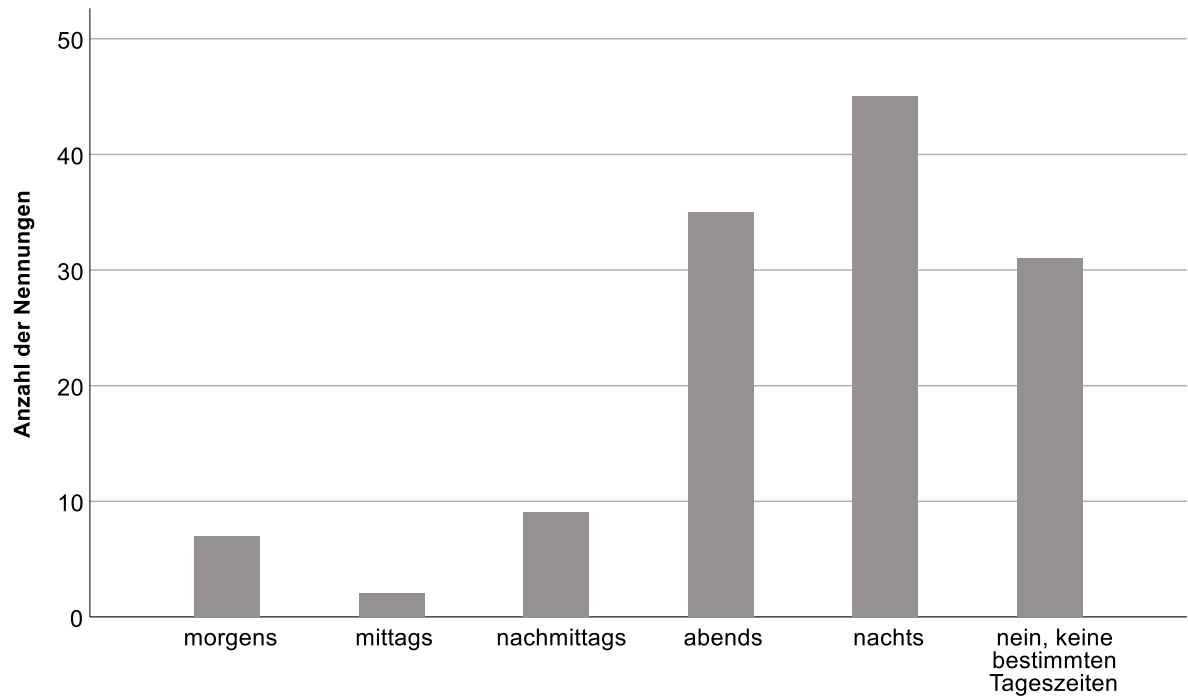
[nach Hause] Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)



[Hospiz] Wohin wurden die Verlegungen aus den Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase vollzogen? (ggf. realitätsnahe Schätzung)

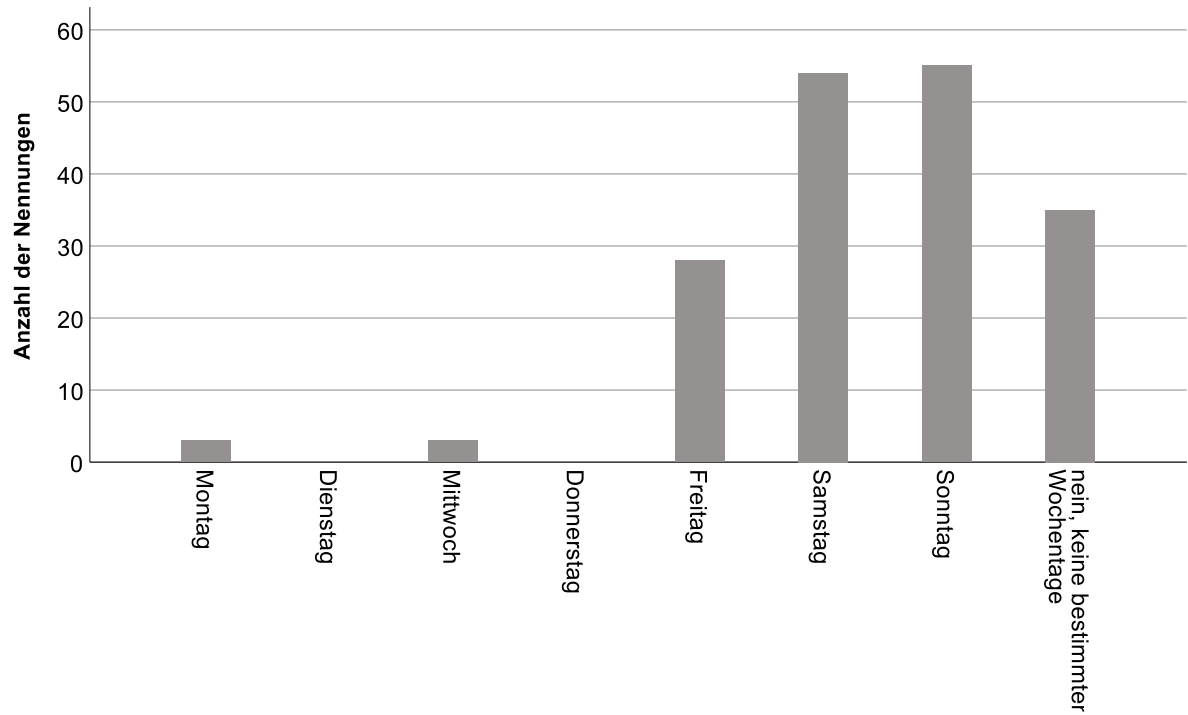
Gibt es bestimmte Tageszeiten, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt? (Anzahl der Nennungen)

	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts	nein, keine bestimmten Tageszeiten
Nicht Gewählt	94	99	92	66	56	70
Ja	7	2	9	35	45	31



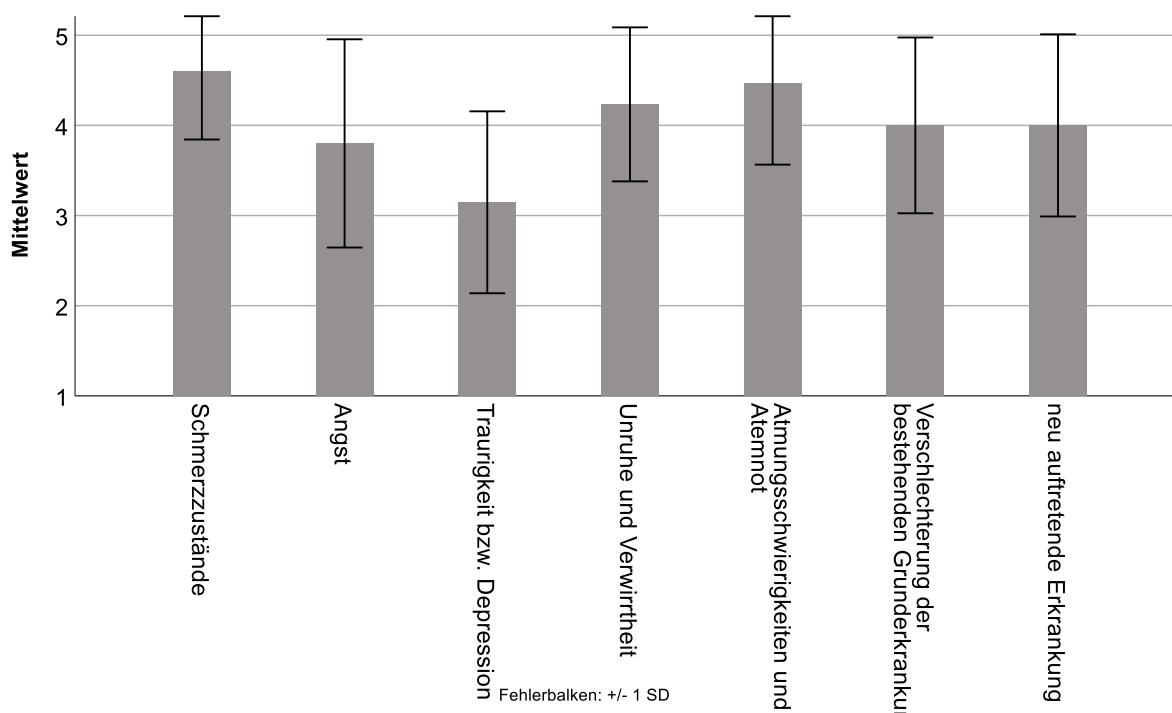
Gibt es bestimmte Wochentage, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt? (Anzahl der Nennungen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	nein, keine bestimmten Wochentage
Nicht Gewählt	99	102	99	102	74	48	47	67
Ja	3	0	3	0	28	54	55	35



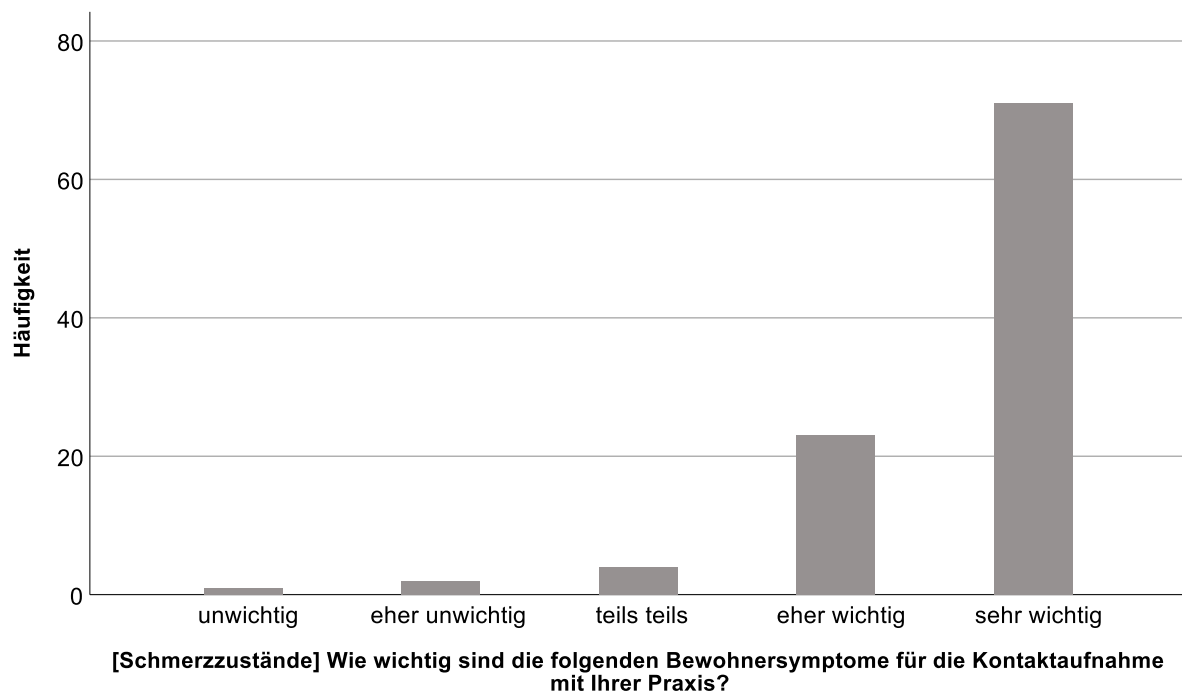
Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

	N		Mittelwert	Std.-Abweichung
	Gültig	Fehlend		
Schmerzzustände	101	2	4,6	0,8
Angst	100	3	3,8	1,2
Traurigkeit bzw. Depression	102	1	3,1	1,0
Unruhe und Verwirrtheit	102	1	4,3	0,8
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	100	3	4,5	0,8
Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung	101	2	4,0	0,9
neu auftretende Erkrankung	99	4	4,0	1,0



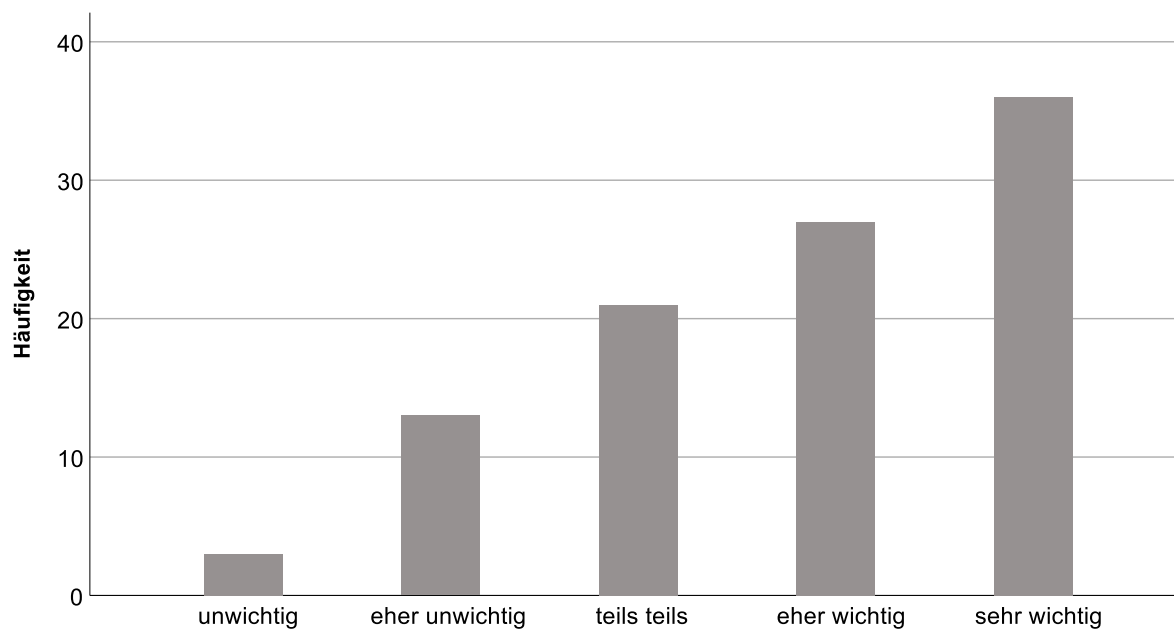
*[Schmerzzustände] Wie wichtig sind die folgenden
Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?*

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	1	1,0
	eher unwichtig	2	2,0
	teils teils	4	4,0
	eher wichtig	23	22,8
	sehr wichtig	71	70,3
	Gesamt	101	100,0
Fehlend		2	
Gesamt		103	



[Angst] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

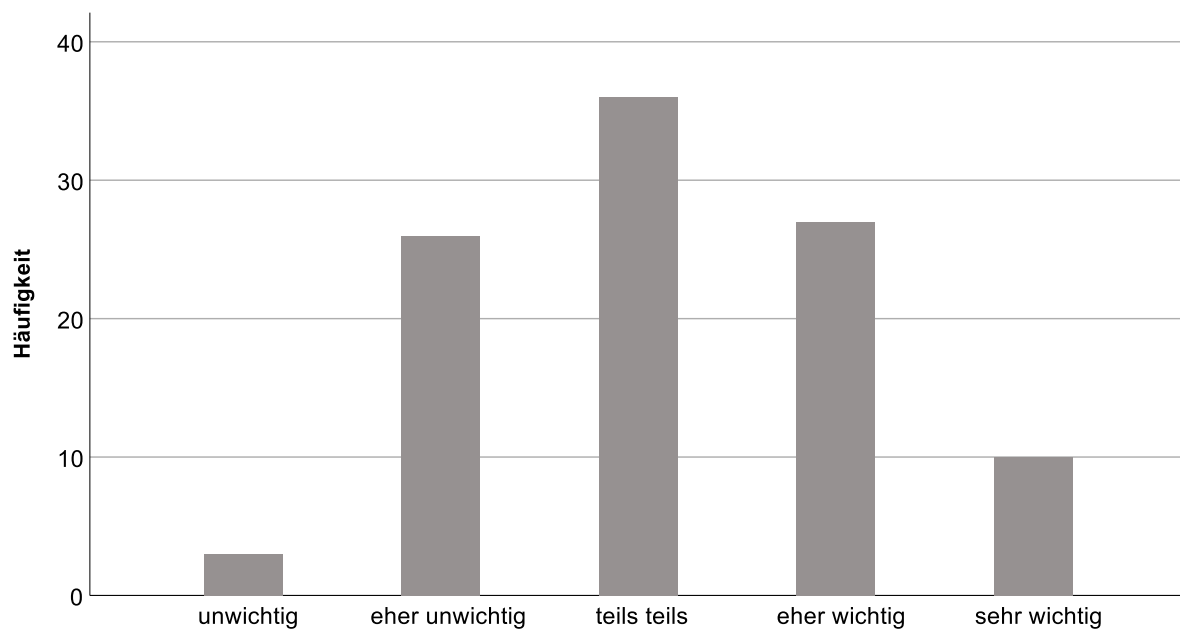
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	3	3,0
	eher unwichtig	13	13,0
	teils teils	21	21,0
	eher wichtig	27	27,0
	sehr wichtig	36	36,0
	Gesamt	100	100,0
Fehlend		3	
Gesamt		103	



[Angst] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

[Traurigkeit bzw. Depression] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

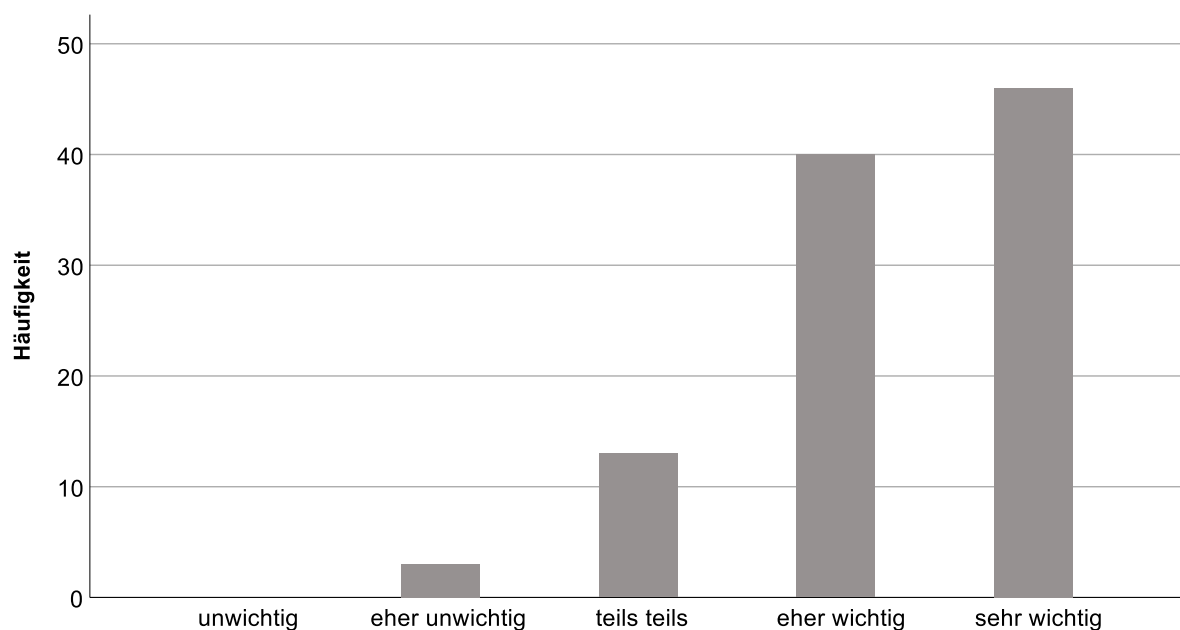
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	3	2,9
	eher unwichtig	26	25,5
	teils teils	36	35,3
	eher wichtig	27	26,5
	sehr wichtig	10	9,8
	Gesamt	102	100,0
Fehlend		1	
Gesamt		103	



[Traurigkeit bzw. Depression] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

*[Unruhe und Verwirrtheit] Wie wichtig sind die folgenden
Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?*

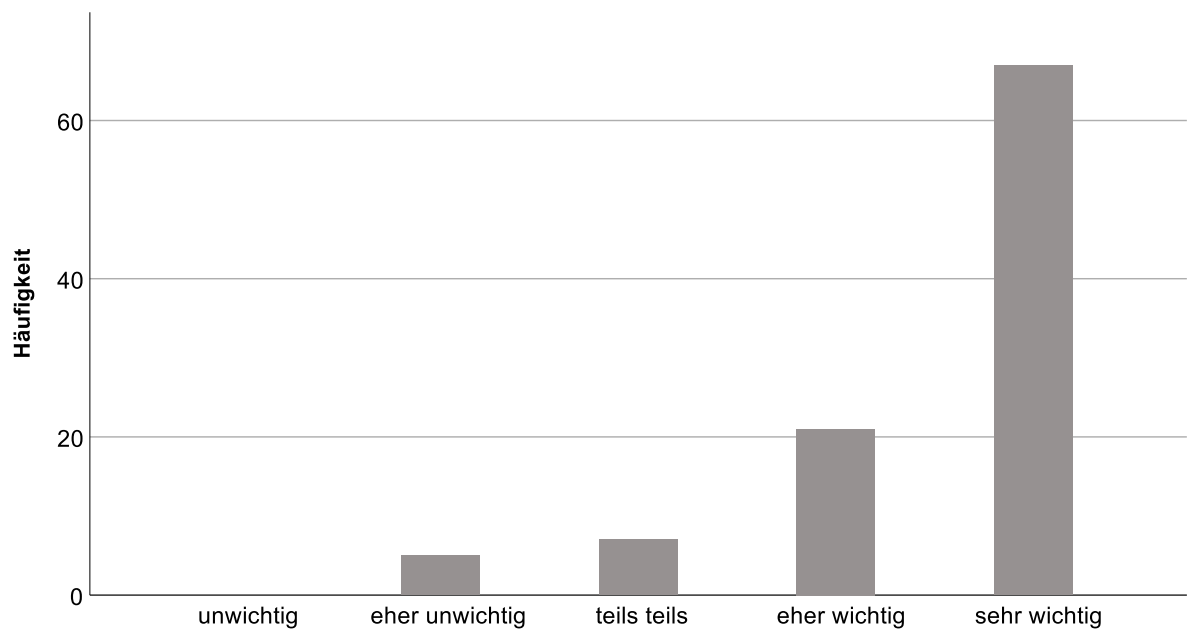
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	eher unwichtig	3	2,9
	teils teils	13	12,7
	eher wichtig	40	39,2
	sehr wichtig	46	45,1
	Gesamt	102	100,0
Fehlend		1	
Gesamt		103	



[Unruhe und Verwirrtheit] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

[Atmungsschwierigkeiten und Atemnot] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

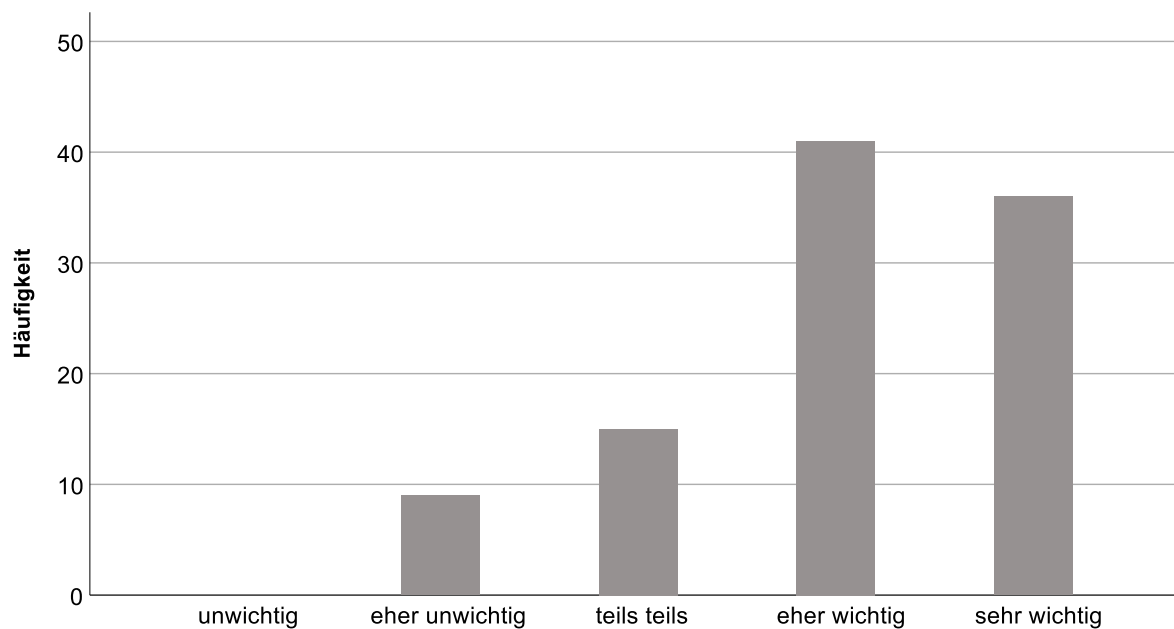
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	eher unwichtig	5	5,0
	teils teils	7	7,0
	eher wichtig	21	21,0
	sehr wichtig	67	67,0
	Gesamt	100	100,0
Fehlend		3	
Gesamt		103	



[Atmungsschwierigkeiten und Atemnot] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

[Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

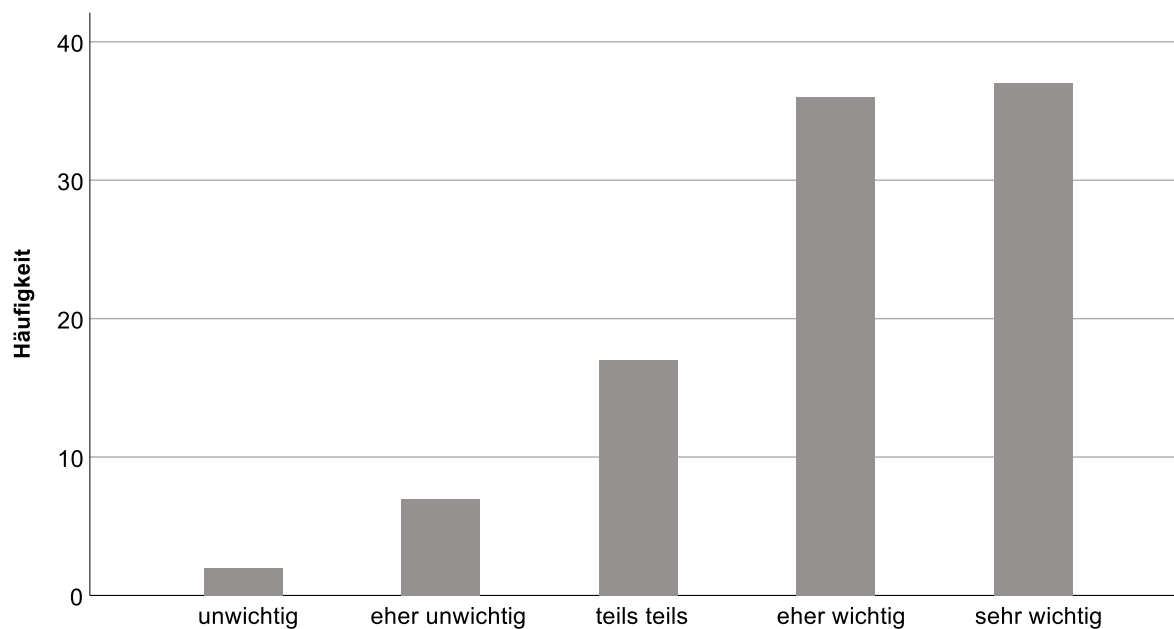
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	eher unwichtig	9	8,9
	teils teils	15	14,9
	eher wichtig	41	40,6
	sehr wichtig	36	35,6
	Gesamt	101	100,0
Fehlend		2	
Gesamt		103	



[Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

[neu auftretende Erkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	2	2,0
	eher unwichtig	7	7,1
	teils teils	17	17,2
	eher wichtig	36	36,4
	sehr wichtig	37	37,4
	Gesamt	99	100,0
Fehlend		4	
Gesamt		103	



[neu auftretende Erkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Praxis?

Andere Symptome führen zum Kontakt mit der Praxis

"Neue besserwisserische "Angehörige, die sich meist nie um die Patienten gekümmert haben

Angehörige

Blutungen

Blutungen,

Blutungen, akute Infektionen

Deathrattle

Fieber, Harnverhalt

Führen regelmäßig Visite durch 1/woche und bei Bedarf, zudem meist Infekte: Diarrhö, HWI, Bronchitis, Grippe und Exsikkose

Gewichtsabnahmen, Stürze, Verletzungen, akute Erkrankungen

Harnverhalt, Apoplexähnliche Symptomatik, Blutzuckerentgleisungen, Stürze, Verletzungen, Blutungen, Dekubitalulcera mit Verschlimmerung

Mangelnde Nahrungsaufnahme, Obatipation & Diarrhoe, Angehörige, Sturz

Medikamentennebenwirkungen

medizinisch. Krampfanfälle. Ansonsten: Unsicherheit des Pflegepersonals, Gewichtsverlust, Dehydratation, Hautwunden, mangelnde Kommunikation des Pflegepersonals untereinander, mangelnde Kommunikation zwischen Einrichtung und Angehörigen.

nein

offene Wunden, Durchfall, fehlende Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

Pflegekräfte überfordert, Angehörige brauchen Aufklärung

Pflegepersonal, das die Situation der letzten Tage nicht gut kennt/ frtisch aus dem urlaub, Vertretungen Angehörige, die zwr früher immer gesagt haben Pat soll zu hause sterben, dann aber finden es muss etwas geschehen

Probleme in der Dokumentation des Pflegeheims

Sorge der Angehörigen

Streit mit Angehörigen

Stürze !!! Unsicherheit des Pflegepersonals mit bestehenden Erkankungen und Symptomen - obwohl diese im Vorfeld mit den MitarbeiterInnen besprochen wurden

Stürze / Prellungen / Trauma-Verdacht/Infektzeichen/Device-Probleme

Stürze im Pflegeheim

Stürze, Nahrungsverweigerung

Therapiezieländerung bei ungewollter PEG Sonderernährung

Thrombose, Hämatome und Gelenkschmerzen nach Stürzen

Überforderung mit der Betreuungssituation. Drängen der Angehörigen

Unsicherheit Angehörige

Unsicherheit der Pflegenden, Pflegeaufwand, Angehörigen drängen auf Verlegung, Angst vor Betreuer=RA

Unsicherheit des Pflegepersonals

Unterschrift unter ärztliche Anordnungen

Wochenendbesuche der Angehörigen

wunden stürze

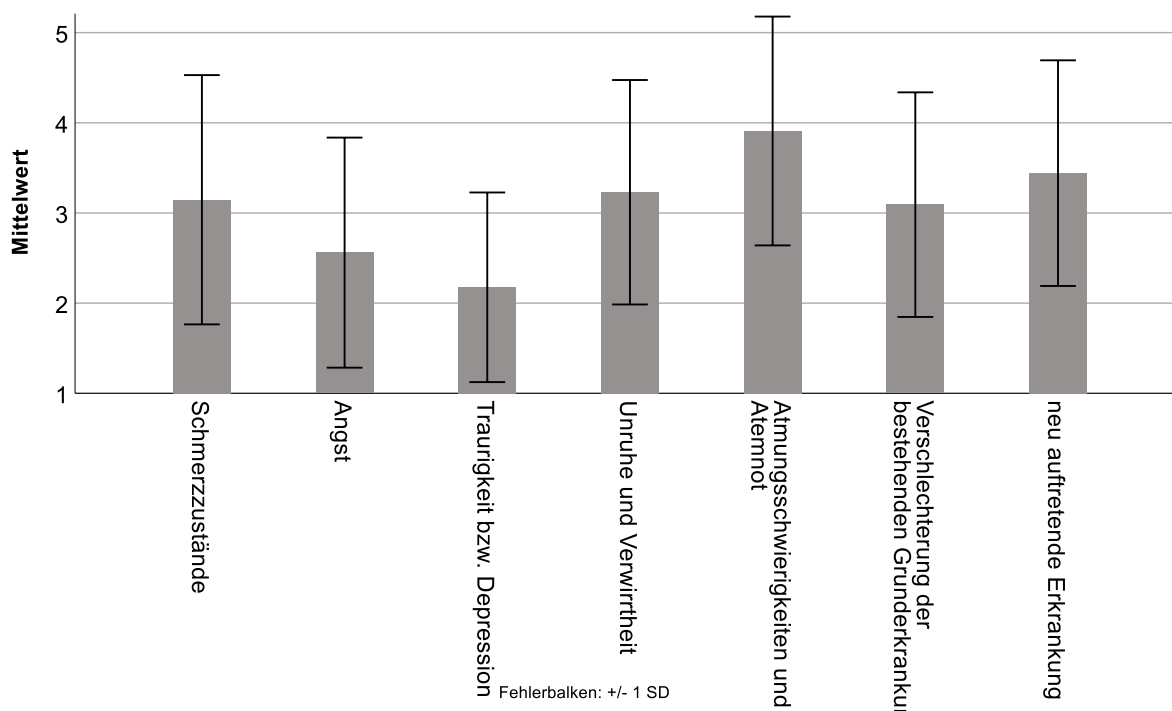
Wunden, Blutungen akut

Wunden, Stürze

Wünsch des Patienten oder der Familie

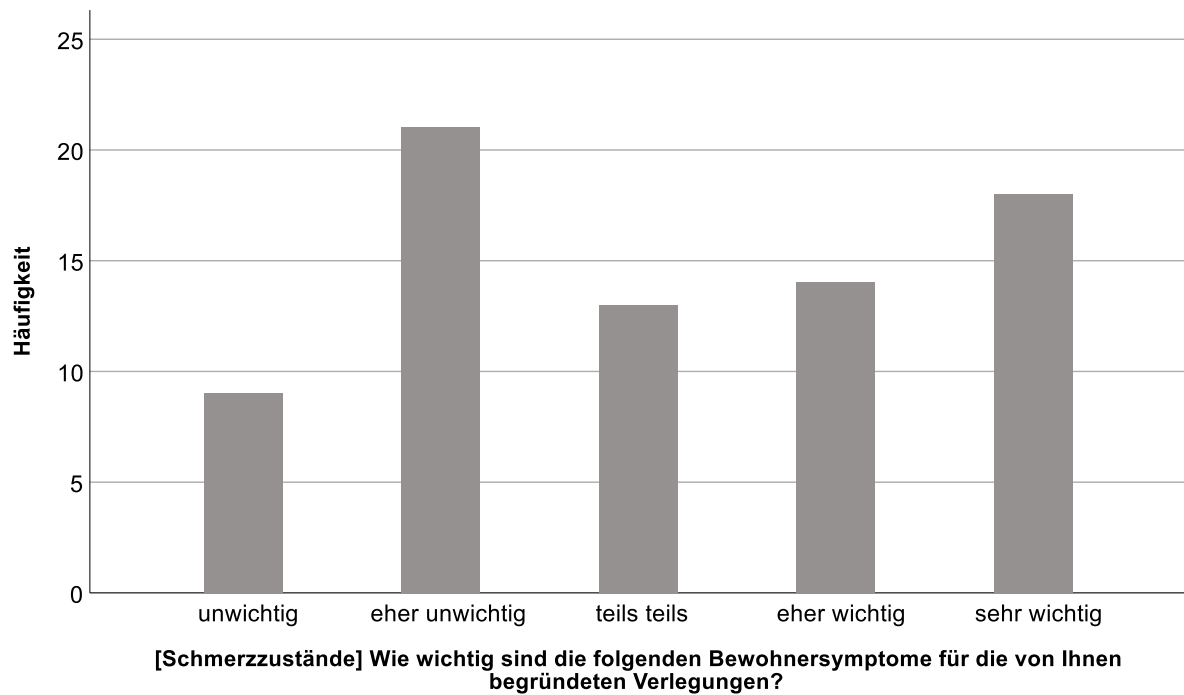
Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

	N		Mittelwert	Std.-Abweichung
	Gültig	Fehlend		
Schmerzzustände	75	28	3,1	1,4
Angst	75	28	2,6	1,3
Traurigkeit bzw. Depression	74	29	2,2	1,1
Unruhe und Verwirrtheit	74	29	3,2	1,2
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	77	26	3,9	1,3
Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung	76	27	3,1	1,2
neu auftretende Erkrankung	77	26	3,4	1,3



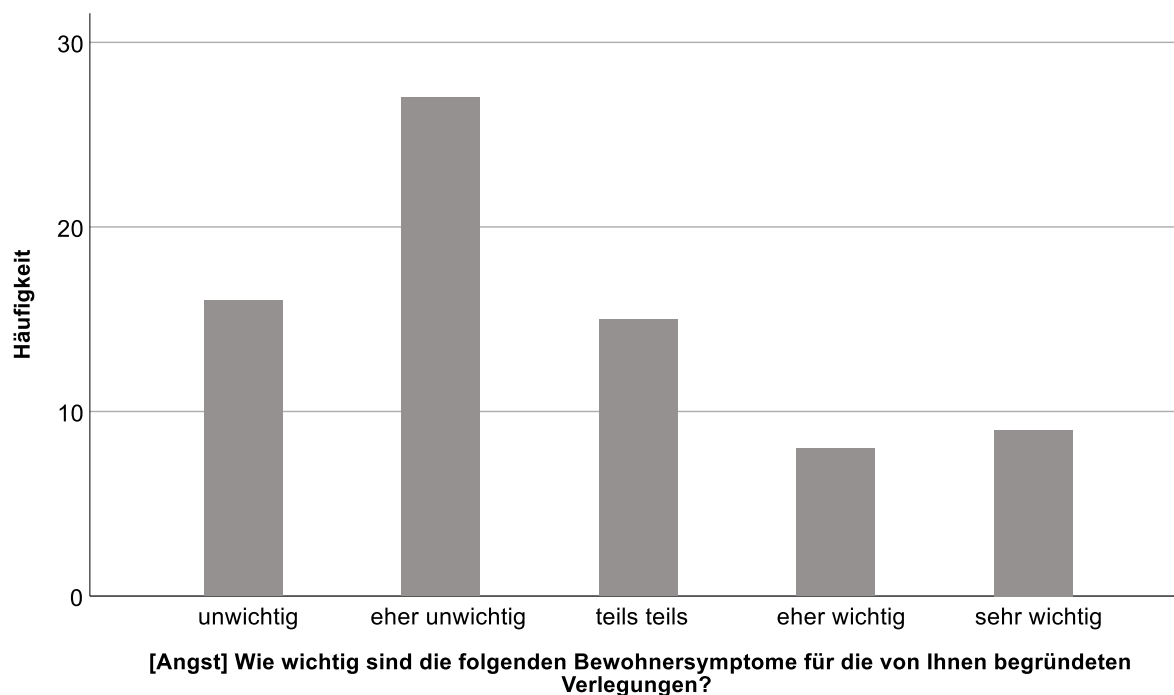
[Schmerzzustände] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	9	12,0
	eher unwichtig	21	28,0
	teils teils	13	17,3
	eher wichtig	14	18,7
	sehr wichtig	18	24,0
	Gesamt	75	100,0
Fehlend		28	
Gesamt		103	



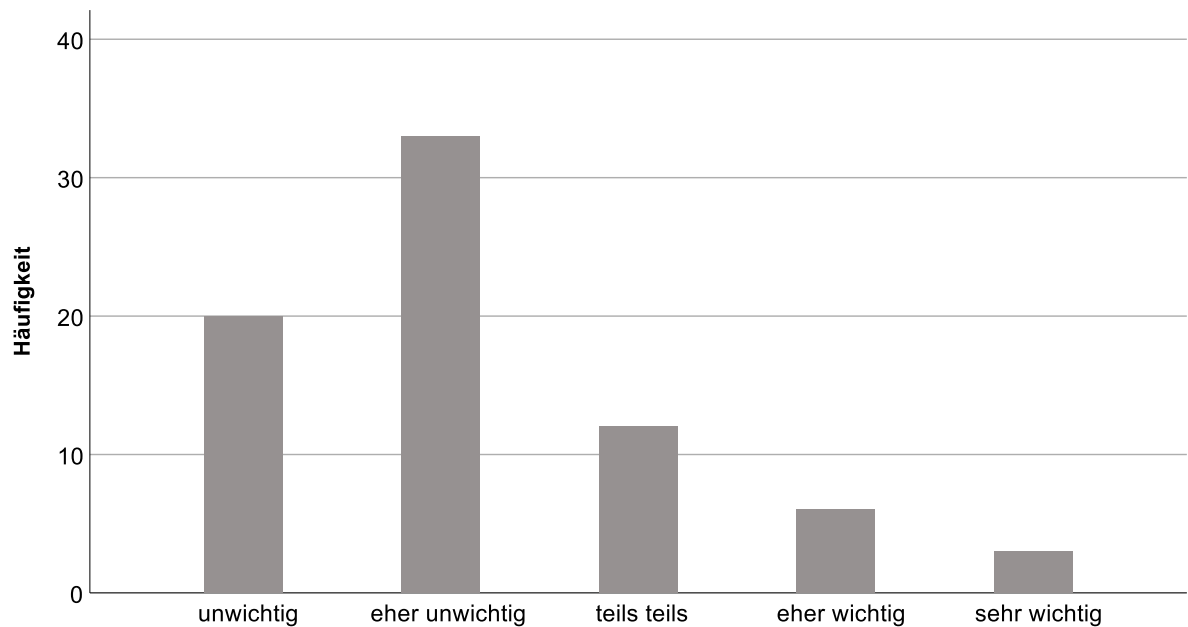
[Angst] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
unwichtig	16	21,3
eher unwichtig	27	36,0
teils teils	15	20,0
eher wichtig	8	10,7
sehr wichtig	9	12,0
Gesamt	75	100,0
Fehlend	28	
Gesamt	103	



[Traurigkeit bzw. Depression] Wie wichtig sind die folgenden
 Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten
 Verlegungen?

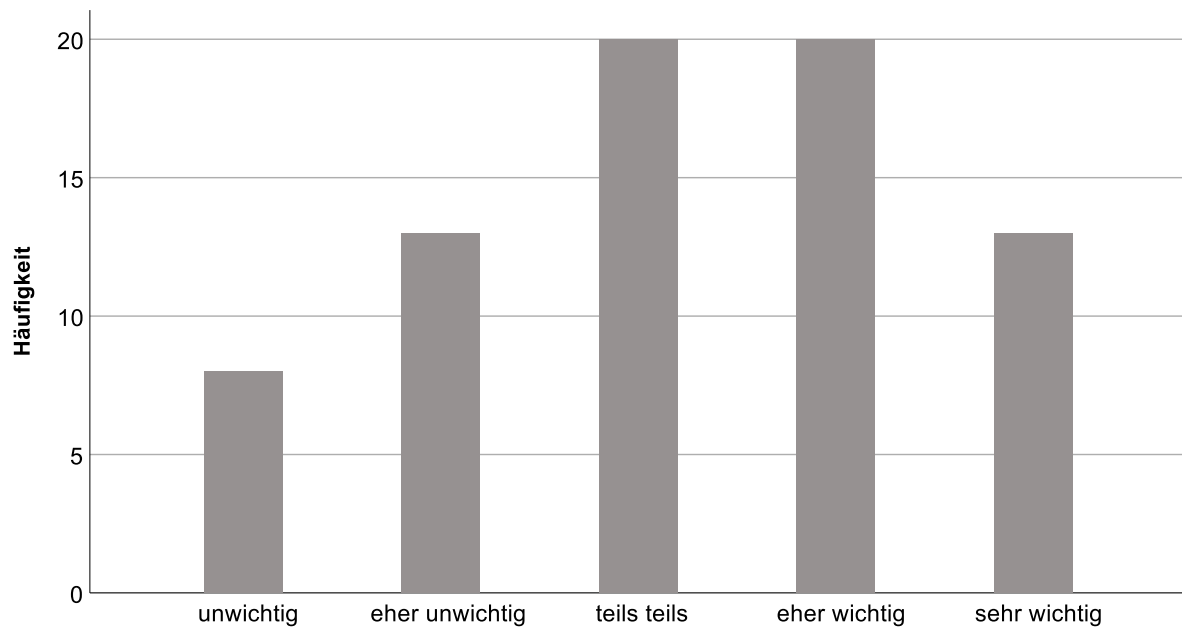
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	20	27,0
	eher unwichtig	33	44,6
	teils teils	12	16,2
	eher wichtig	6	8,1
	sehr wichtig	3	4,1
	Gesamt	74	100,0
Fehlend		29	
Gesamt		103	



[Traurigkeit bzw. Depression] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

*[Unruhe und Verwirrtheit] Wie wichtig sind die folgenden
Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten
Verlegungen?*

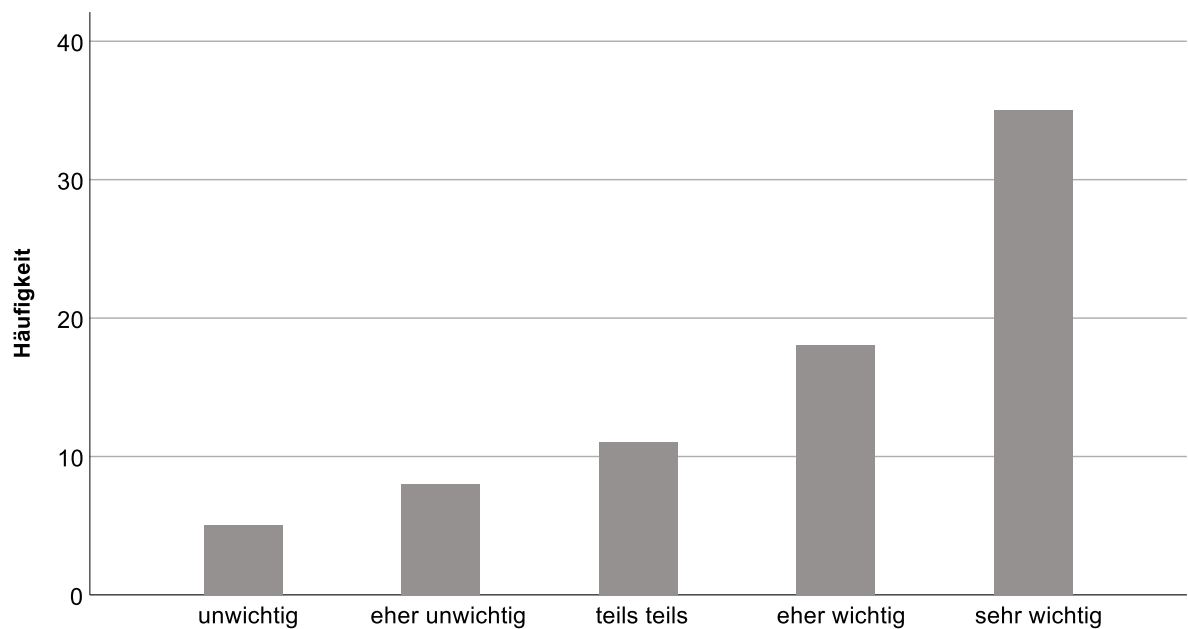
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	8	10,8
	eher unwichtig	13	17,6
	teils teils	20	27,0
	eher wichtig	20	27,0
	sehr wichtig	13	17,6
	Gesamt	74	100,0
Fehlend		29	
Gesamt		103	



[Unruhe und Verwirrtheit] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

[Atmungsschwierigkeiten und Atemnot] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

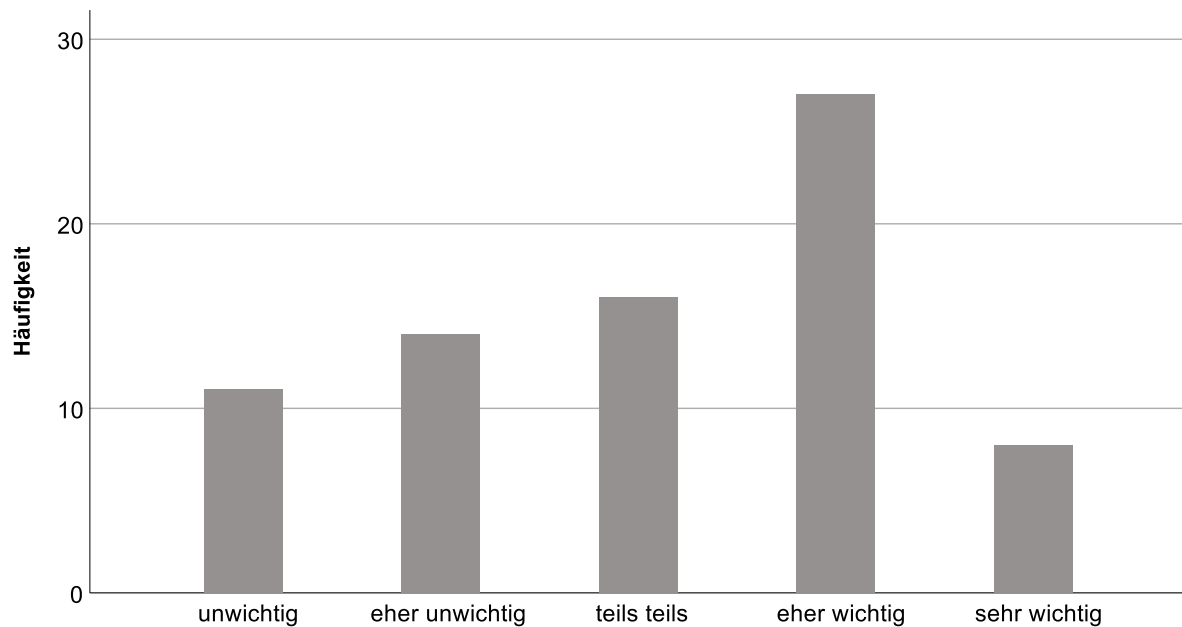
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	5	6,5
	eher unwichtig	8	10,4
	teils teils	11	14,3
	eher wichtig	18	23,4
	sehr wichtig	35	45,5
	Gesamt	77	100,0
Fehlend		26	
Gesamt		103	



[Atmungsschwierigkeiten und Atemnot] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

[Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

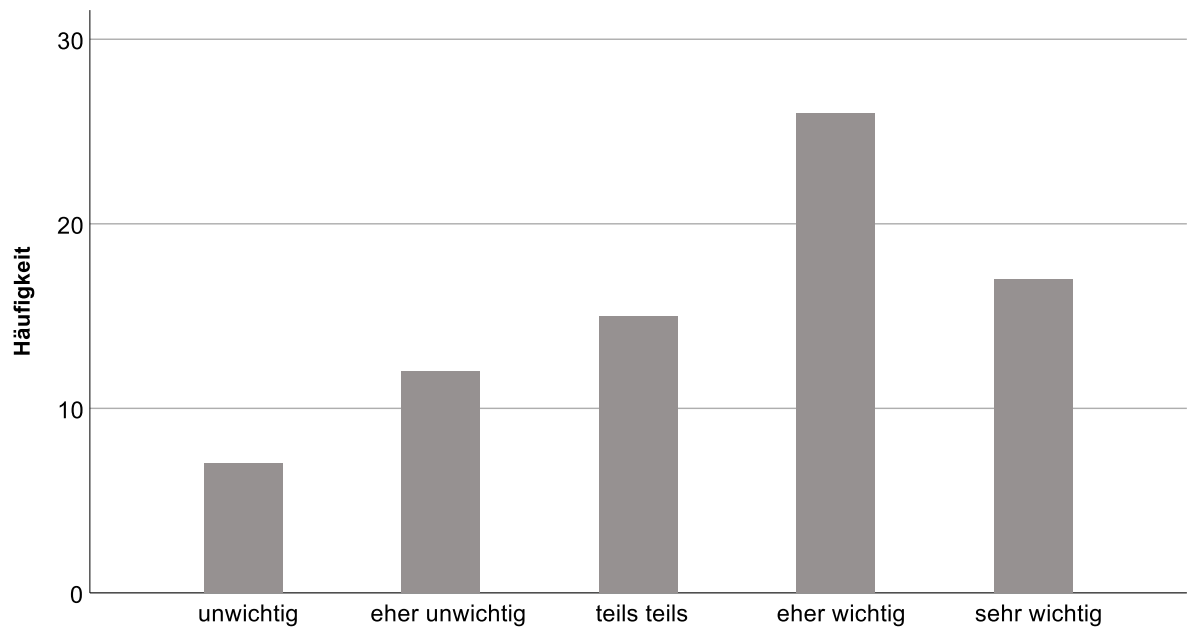
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	11	14,5
	eher unwichtig	14	18,4
	teils teils	16	21,1
	eher wichtig	27	35,5
	sehr wichtig	8	10,5
	Gesamt	76	100,0
Fehlend		27	
Gesamt		103	



[Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

*[neu auftretende Erkrankung] Wie wichtig sind die folgenden
Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten
Verlegungen?*

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	7	9,1
	eher unwichtig	12	15,6
	teils teils	15	19,5
	eher wichtig	26	33,8
	sehr wichtig	17	22,1
	Gesamt	77	100,0
Fehlend		26	
Gesamt		103	



[neu auftretende Erkrankung] Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für die von Ihnen begründeten Verlegungen?

Andere Symptome führen zu Verlegungen

Akute Probleme

Akute Symptomatik, die ambulant nicht zu beheben ist, aber nicht unmittelbar zu beheben ist

Angehörige wünschen entgegen vorheriger Absprache doch weitere Abklärung

bei den in Pflegeeinrichtung betreuten Patienten keine Verlegung in der Sterbephase

Drängen von Angehörigen und Pflegepersonal. Ist in aufklärenden Gesprächen kein Konsens darüber erriechbar, dass der Patient besser in seiner Einrichtung bleibt, so geschieht es häufig, dass via notärztlicher Vertretung die Einweisung erwirkt wird,

Drängen von Angehörigen. Unsicherheit des Pflegepersonals wg. juristischer Fragen.

Eine Verlegung erfolgt nur in seltenen Ausnahmefällen

Elektrolytentgleisung bei Exsikkose

Fachpflegerische / medizinische Betreuungsnotwendigkeit

Falls Verlegungen erfolgen dann meist in der Nacht oder am Wochenende durch überlastetes Pflegepersonal und Notärzte, bei Patienten die im Sterben sind und schwerwiegende von uns nicht therapiebare Symptome haben ist das Palliativteam eingebunden insofern ist die Frage fast unsinnig!

fehlende Fachpflege, Aktivismus der Pflegekräfte oder der Angehörigen

Harnverhalt, Ileusverdacht

Hinweise auf Trauma

kaum, alle o.a. Symptome sind in der Regel vor Ort zu handeln

Medizinisch. aktive Suizidalität des Bewohners. Misstrauen der Angehörigen, Unsicherheiten des Pflegepersonals, unzureichende pflegerische Versorgung beispielsweise bei Wundversorgung, bei Bedienen von Spacern etc., - Trauer und Verzweiflung der Angehörigen.

nein

Ödeme, Cardiale Symptome, Pneumonie, Blutungen

Sturz mit Oberschenkelhalsbruch

Stürze, akute Blutung, PEG

Überforderung des Pflegepersonals

Überforderung Pflege, Angehörige

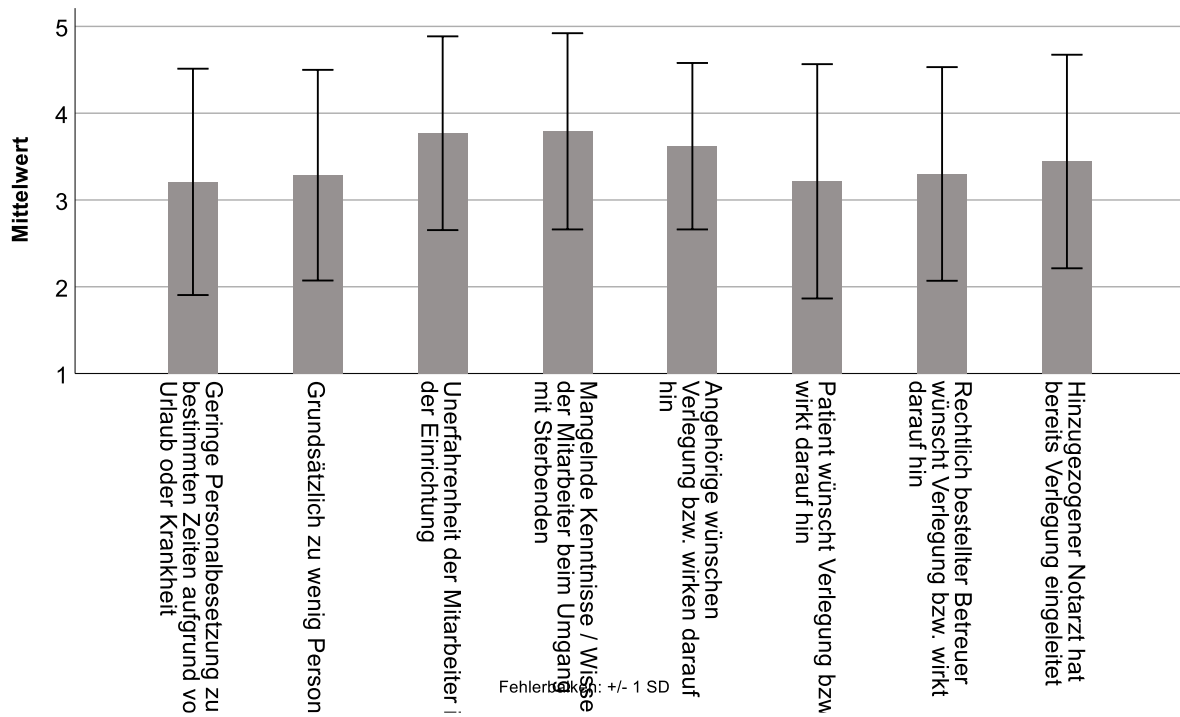
Verletzungen durch Sturz

wenn trotz aller palliativen Maßnahmen nicht tolerable Probleme weiter bestehen, Sturz mit Fraktur

Wunsch der Angehörigen oder des Personals

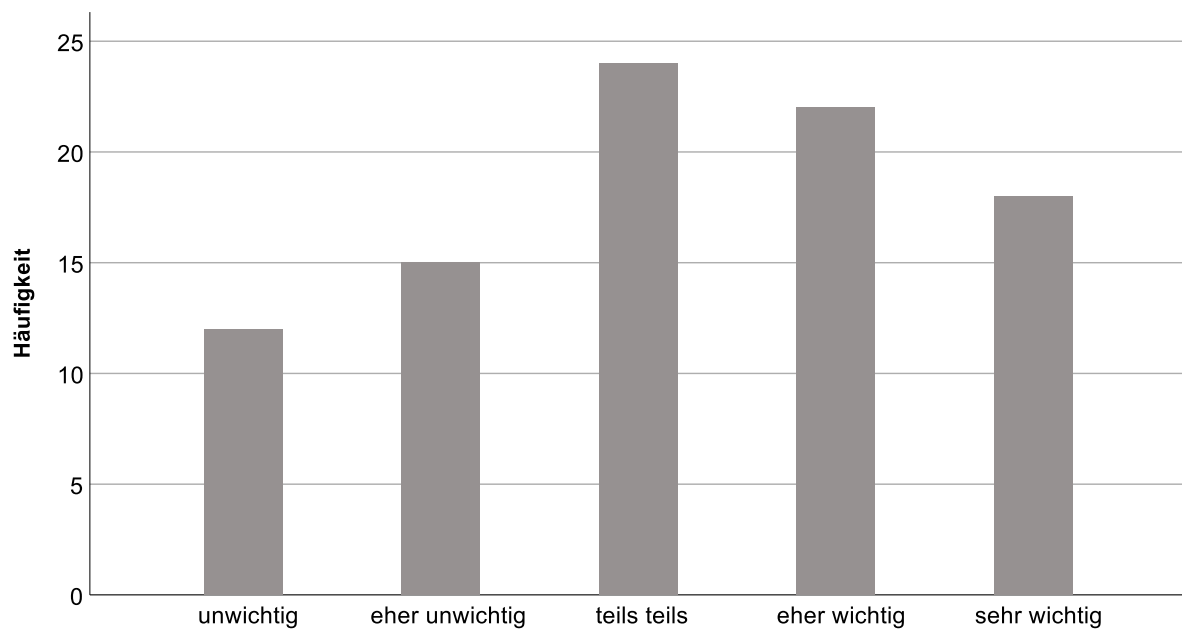
Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

	N		Mittelwert	Std.-Abw.
	Gültig	Fehlend		
Geringe Personalbesetzung zu bestimmten Zeiten aufgrund von Urlaub oder Krankheit	91	12	3,2	1,3
Grundsätzlich zu wenig Personal	91	12	3,3	1,2
Unerfahrenheit der Mitarbeiter in der Einrichtung	91	12	3,8	1,1
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der Mitarbeiter beim Umgang mit Sterbenden	91	12	3,8	1,1
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	92	11	3,6	1,0
Patient wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	93	10	3,2	1,4
Rechtlich bestellter Betreuer wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	90	13	3,3	1,2
Hinzugezogener Notarzt hat bereits Verlegung eingeleitet	88	15	3,4	1,2



[Geringe Personalbesetzung zu bestimmten Zeiten aufgrund von Urlaub oder Krankheit] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

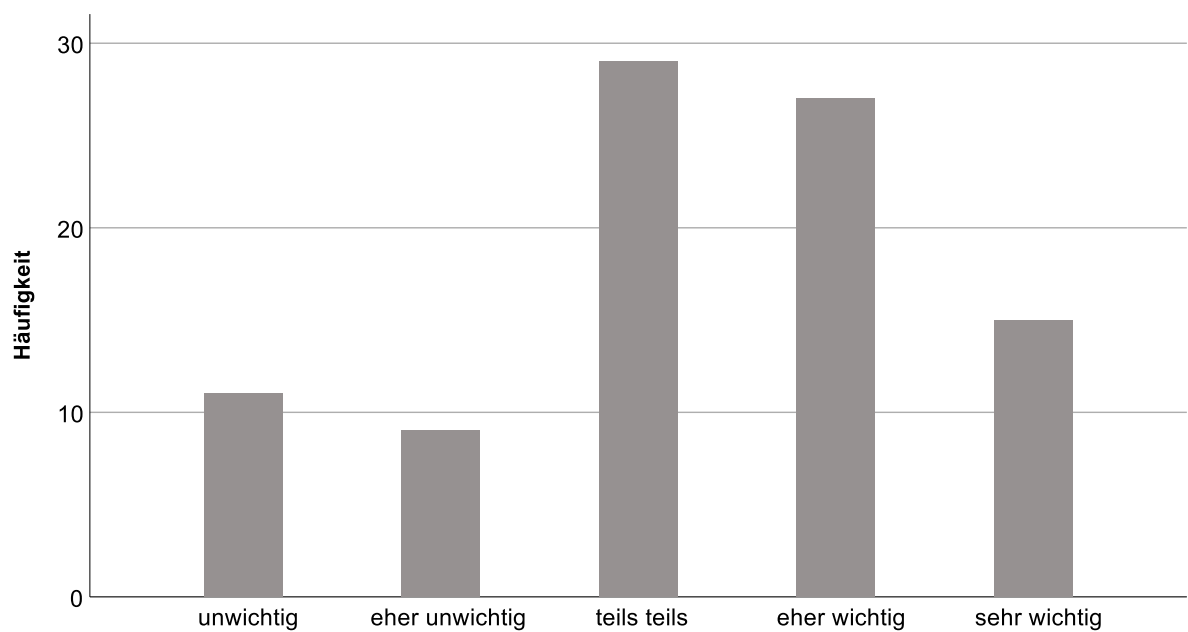
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	12	13,2
	eher unwichtig	15	16,5
	teils teils	24	26,4
	eher wichtig	22	24,2
	sehr wichtig	18	19,8
	Gesamt	91	100,0
Fehlend		12	
Gesamt		103	



[Geringe Personalbesetzung zu bestimmten Zeiten aufgrund von Urlaub oder Krankheit] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Grundsätzlich zu wenig Personal] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

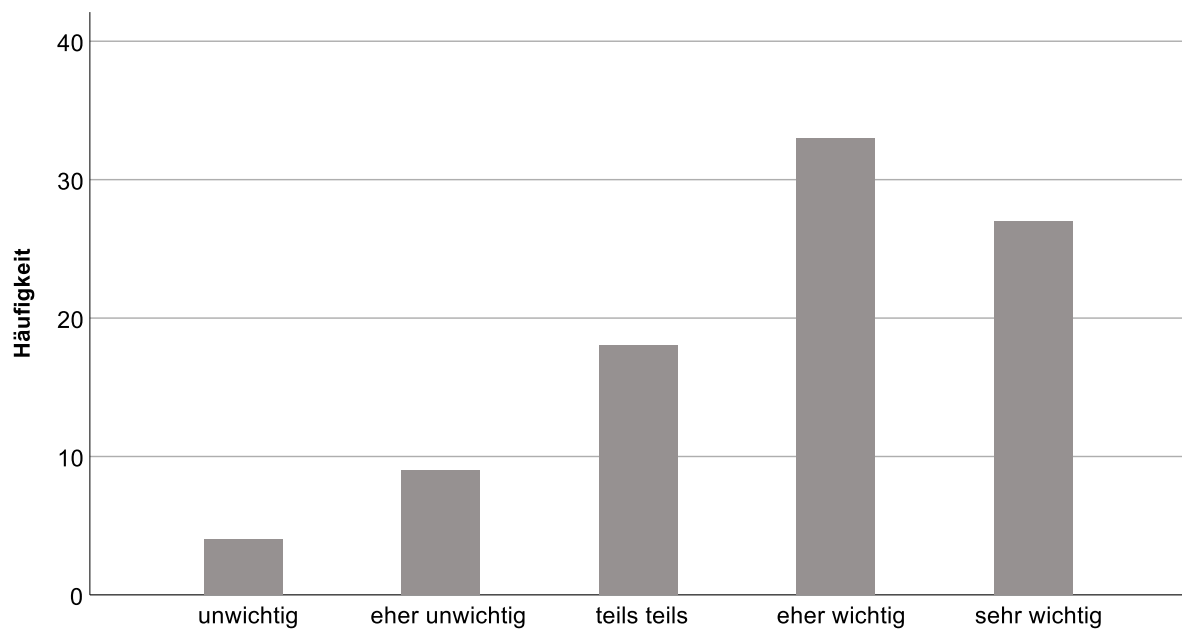
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	11	12,1
	eher unwichtig	9	9,9
	teils teils	29	31,9
	eher wichtig	27	29,7
	sehr wichtig	15	16,5
	Gesamt	91	100,0
Fehlend		12	
Gesamt		103	



[Grundsätzlich zu wenig Personal] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Unerfahrenheit der Mitarbeiter in der Einrichtung] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

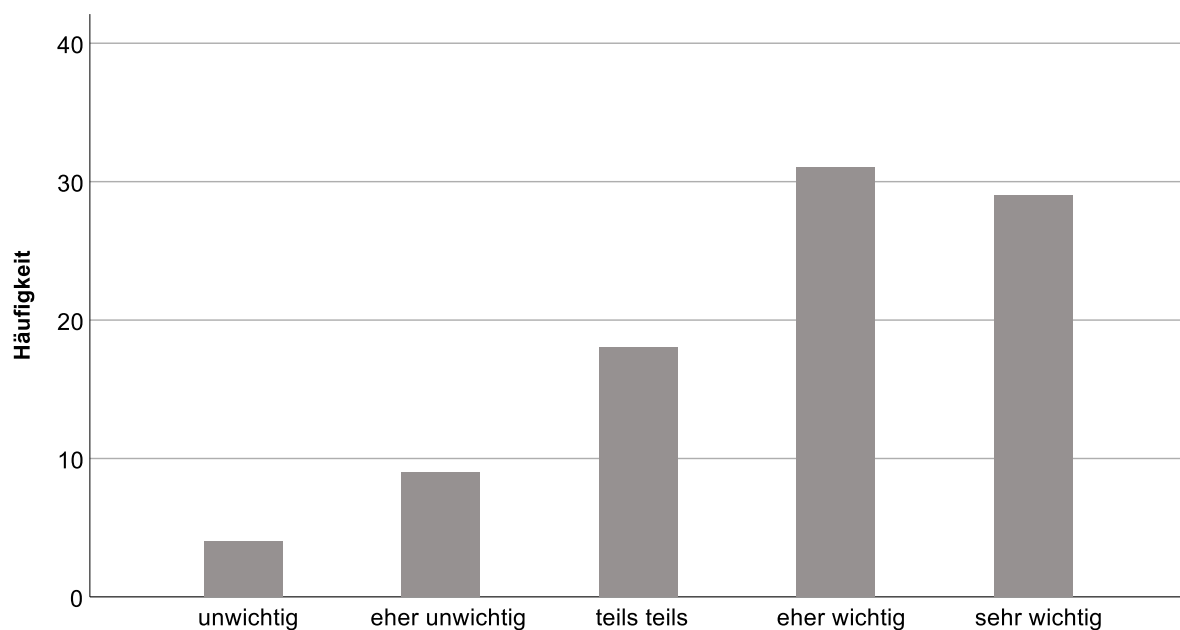
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	4	4,4
	eher unwichtig	9	9,9
	teils teils	18	19,8
	eher wichtig	33	36,3
	sehr wichtig	27	29,7
	Gesamt	91	100,0
Fehlend		12	
Gesamt		103	



[Unerfahrenheit der Mitarbeiter in der Einrichtung] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Mangelnde Kenntnisse / Wissen der Mitarbeiter beim Umgang mit Sterbenden] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

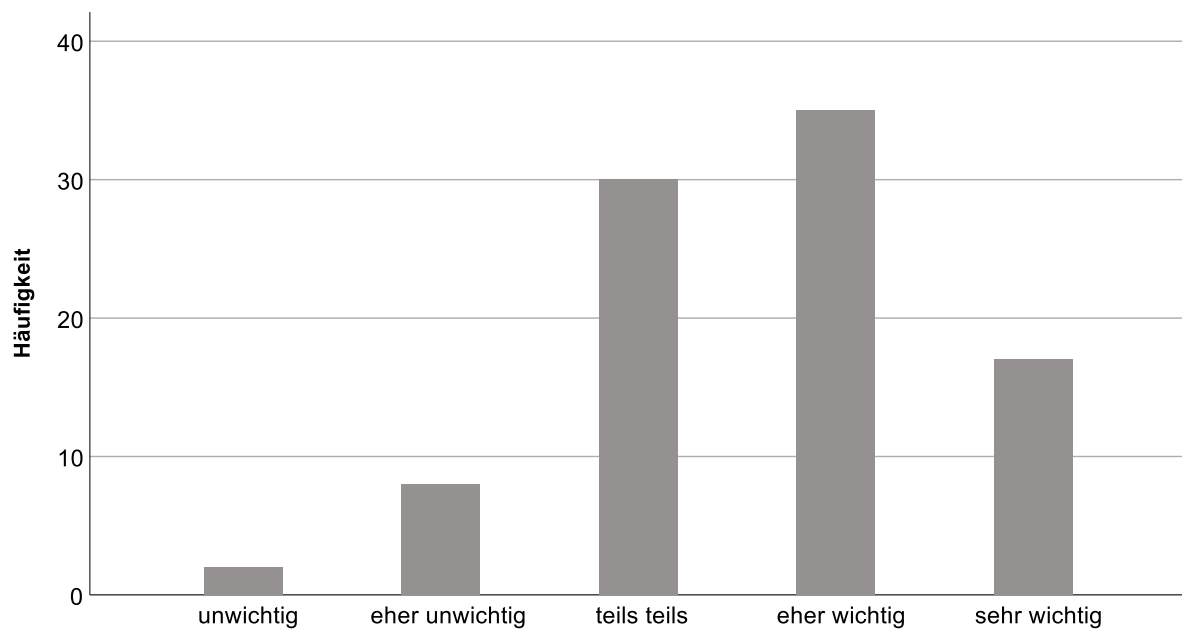
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	4	4,4
	eher unwichtig	9	9,9
	teils teils	18	19,8
	eher wichtig	31	34,1
	sehr wichtig	29	31,9
	Gesamt	91	100,0
Fehlend		12	
Gesamt		103	



[Mangelnde Kenntnisse / Wissen der Mitarbeiter beim Umgang mit Sterbenden] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

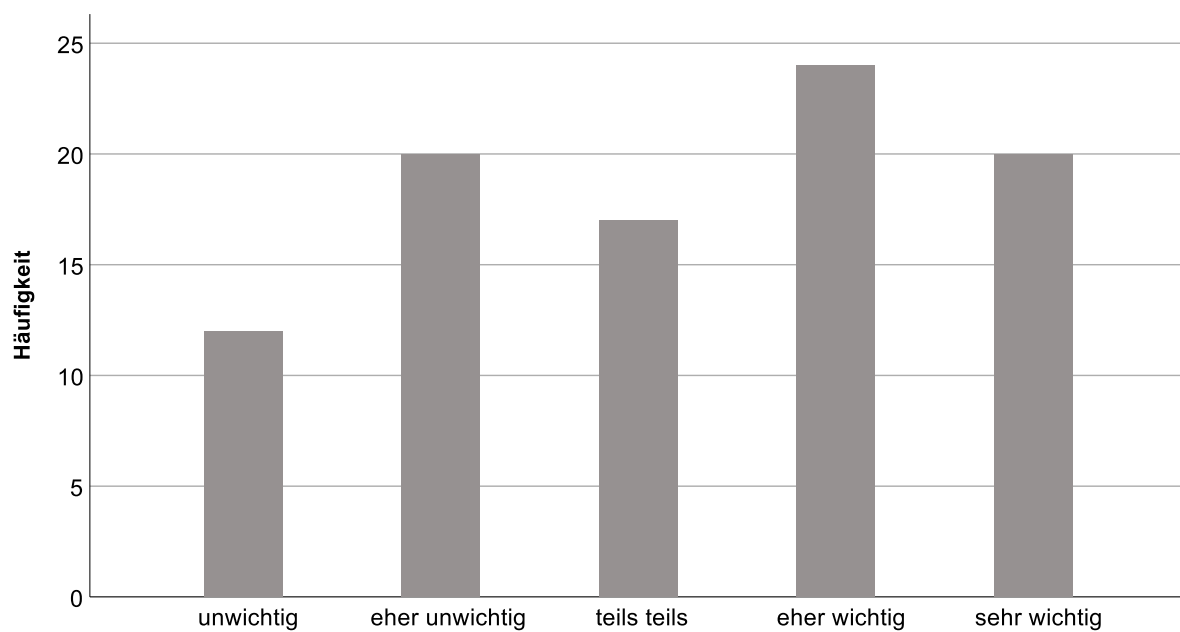
	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
unwichtig	2	2,2
eher unwichtig	8	8,7
teils teils	30	32,6
eher wichtig	35	38,0
sehr wichtig	17	18,5
Gesamt	92	100,0
Fehlend	11	
Gesamt	103	



[Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Patient wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

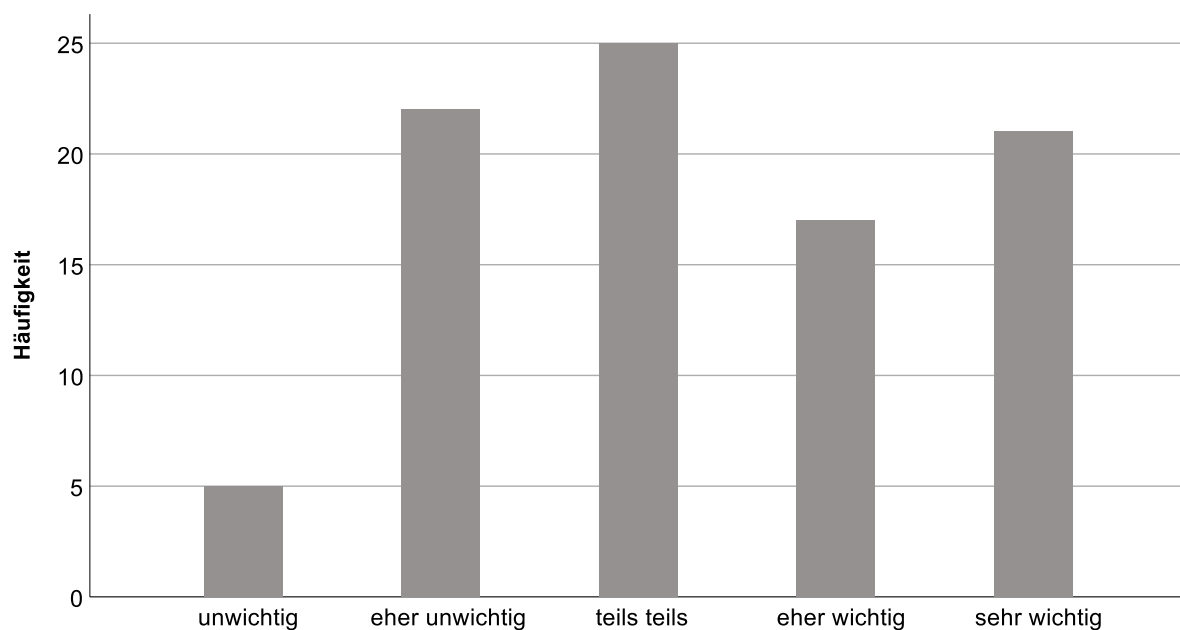
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	12	12,9
	eher unwichtig	20	21,5
	teils teils	17	18,3
	eher wichtig	24	25,8
	sehr wichtig	20	21,5
	Gesamt	93	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		103	



[Patient wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Rechtlich bestellter Betreuer wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

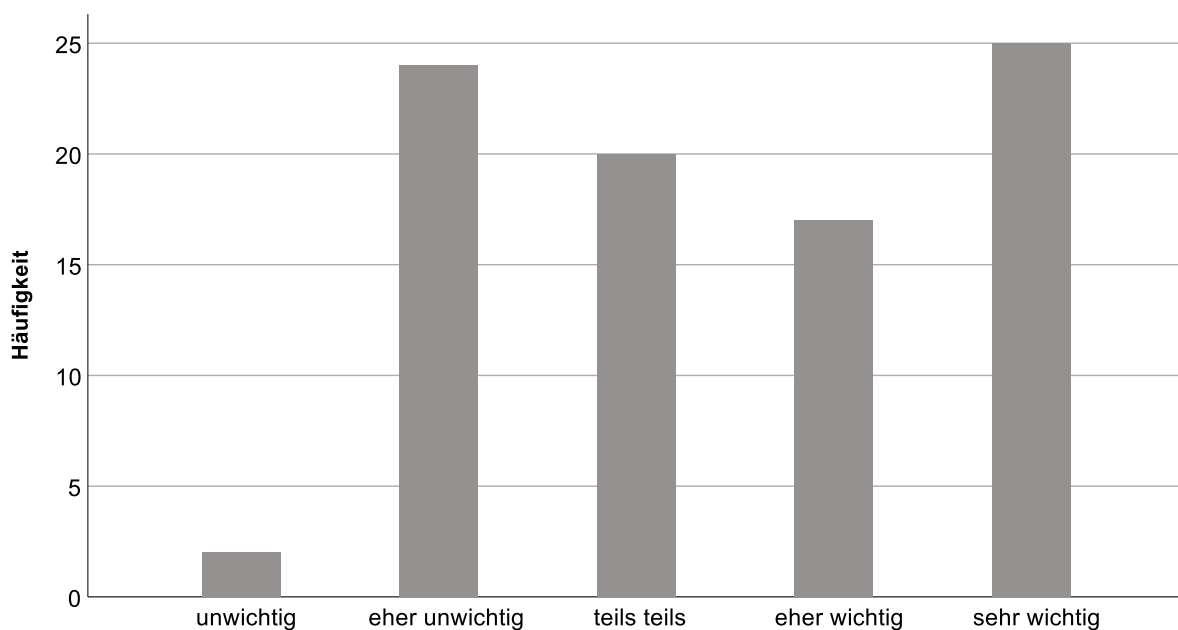
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unwichtig	5	5,6
	eher unwichtig	22	24,4
	teils teils	25	27,8
	eher wichtig	17	18,9
	sehr wichtig	21	23,3
	Gesamt	90	100,0
Fehlend		13	
Gesamt		103	



[Rechtlich bestellter Betreuer wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

[Hinzugezogener Notarzt hat bereits Verlegung eingeleitet] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
unwichtig	2	2,3
eher unwichtig	24	27,3
teils teils	20	22,7
eher wichtig	17	19,3
sehr wichtig	25	28,4
Gesamt	88	100,0
Fehlend	15	
Gesamt	103	



[Hinzugezogener Notarzt hat bereits Verlegung eingeleitet] Wie wichtig sind andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

Andere Begründungen führen zur Verlegung Sterbender:

Alle Gründe genannt.

Ängste der Pflegenden, Ängste der Angehörigen

Blutungschwere Luftnot, Angst und Verunsicherung der Betreuer/Pflegenden/Angehörigen

Der Patient hat hohen Pflege- / Zuwendungsaufwand, der bei dünner Personaldecke nicht aufgefangen werden kann. Bei Palliativpatienten besteht 24 Std. Rufbereitschaft, Bei unvorhersehbarer Problematik kann es zu Lücken in der Betreuung kommen, die dann den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Notarzt auf den Plan rufen. der übernimmt keine Entscheidung sondern weist lieber ein.

Eine möglich „ gute Sterbestatistik“ in dem Heim

keine

nein

Nicht Erreichbarkeiten (auch HA)

Pflegepersonen ruft Rettungswagen, Arzt bei Verlegung oft initial nicht beteiligt

Rechtsunsicherheit bei PDL

Schlechte Informationen über Zustand

selten auch eigene Grenzen der zeitlichen und emotionalen Belastbarkeit.... Am schwierigsten ist dabei der Umgang mit den angehörigen

Symptome nicht beherrschbar

Traumata, akute Blutungen

Überforderung der Einrichtung

Unsicherheit, die gefassten Vorsätze können nicht gelebt werden

Verlegung auf Palliativstation zur Verbesserung der Lebensqualität

Wir (mein Kollege und ich) sind Geriater und verlegen so gut wie nie! Patienten

Wie häufig kam es im Jahr 2017 bei den von Ihnen in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten vor, dass ein hinzugerufener Notarzt die Krankenhauseinweisungen anordnet?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	weniger als 10%	40	43,5
	10-19%	12	13,0
	20-30%	13	14,1
	31-50%	11	12,0
	51-75%	9	9,8
	mehr als 75%	7	7,6
	Gesamt	92	100,0
Fehlend		11	
Gesamt		103	

Die Zusammenarbeit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) verläuft Ihrer Erfahrung nach:

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	sehr gut	49	52,1
	gut	22	23,4
	befriedigend	11	11,7
	ausreichend	5	5,3
	mangelhaft	3	3,2
	ungenügend	2	2,1
	keine Erfahrungen	2	2,1
	Gesamt	94	100,0
Fehlend		9	
Gesamt		103	

Wie viele der von Ihnen in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	0-10%	2	2,2
	11-20%	5	5,4
	21-30%	15	16,1
	31-40%	11	11,8
	41-50%	18	19,4
	51-60%	7	7,5
	61-70%	9	9,7
	mehr als 70%	19	20,4
	weiß ich nicht	7	7,5
Gesamt	93	100,0	
Fehlend		10	
Gesamt		103	

Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	sehr große Auswirkung	31	32,0
	große Auswirkung	46	47,4
	mittlere Auswirkung	15	15,5
	schwache Auswirkung	5	5,2
	Gesamt	97	100,0
Fehlend		6	
Gesamt		103	

Wie häufig sprechen Sie die von Ihnen in Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten auf deren absehbares Lebensende an?

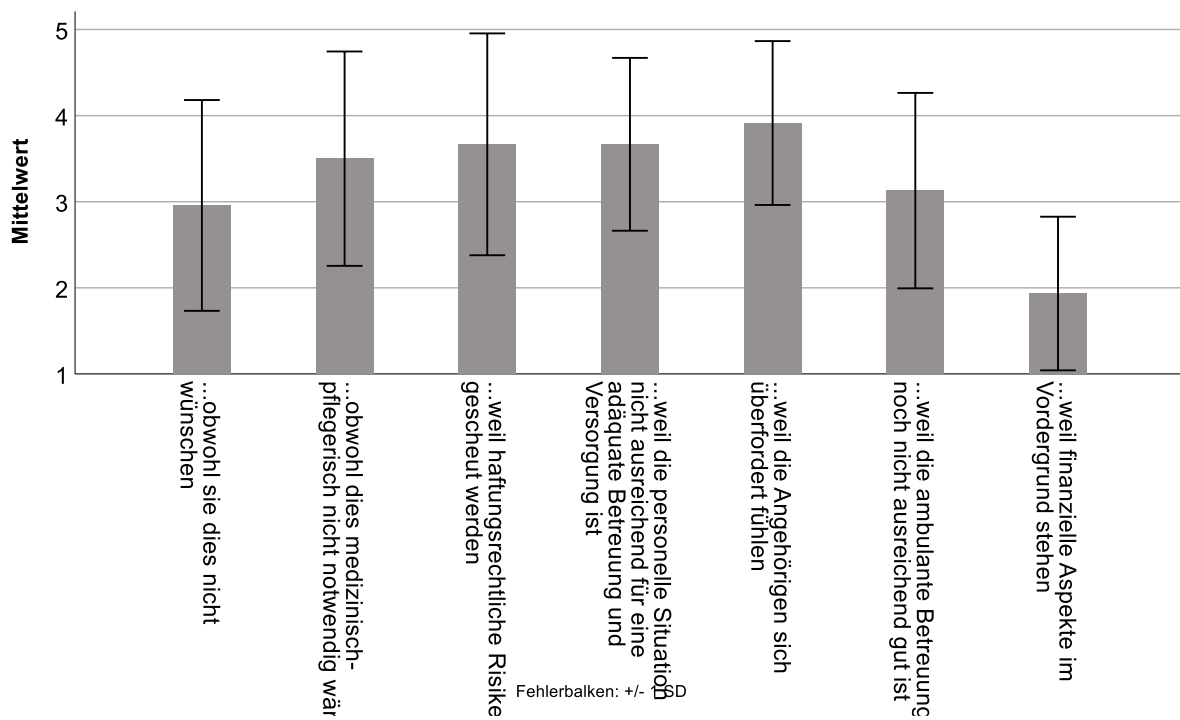
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	nie	2	2,1
	selten	11	11,3
	manchmal	25	25,8
	oft	40	41,2
	immer	19	19,6
	Gesamt	97	100,0
Fehlend		6	
Gesamt		103	

Kennen Sie das Advance Care Planning (ACP) Verfahren?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	ja	29	30,5
	nein	66	69,5
	Gesamt	95	100,0
Fehlend		8	
Gesamt		103	

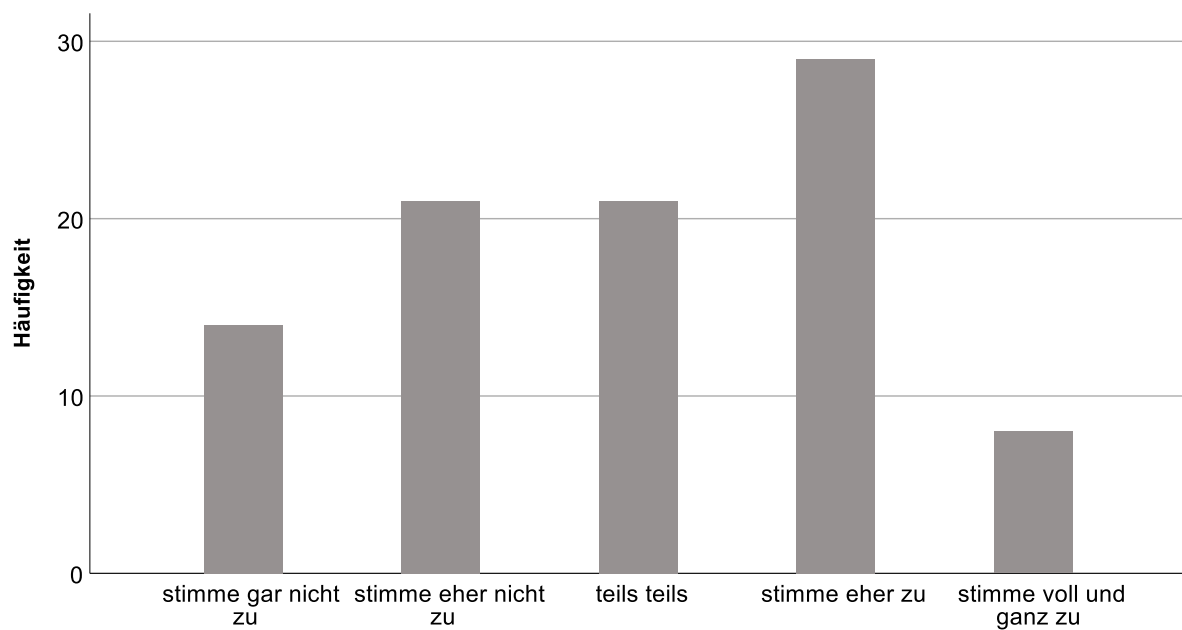
Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

	N		Mittelwert	Std.-Abw.
	Gültig	Fehlend		
...obwohl sie dies nicht wünschen	93	10	3,0	1,2
...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	92	11	3,5	1,2
...weil haftungsrechtliche Risiken gescheut werden	93	10	3,7	1,3
...weil die personelle Situation nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist	93	10	3,7	1,0
...weil die Angehörigen sich überfordert fühlen	93	10	3,9	1,0
...weil die ambulante Betreuung noch nicht ausreichend gut ist	93	10	3,1	1,1
...weil finanzielle Aspekte im Vordergrund stehen	90	13	1,9	0,8



[...obwohl sie dies nicht wünschen] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

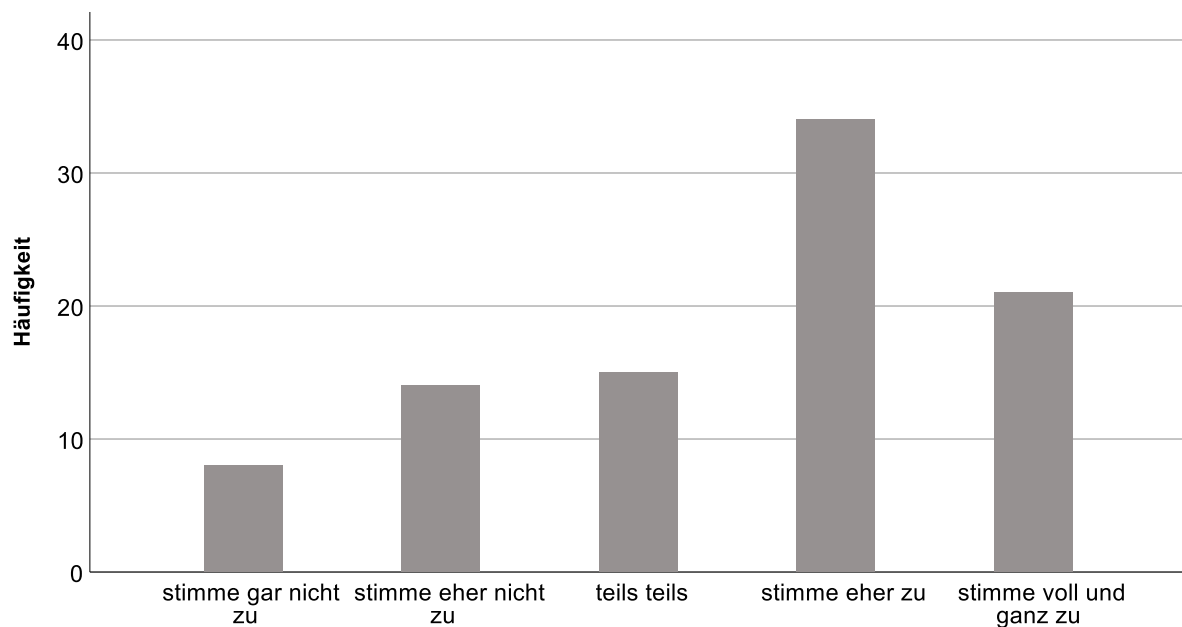
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	14	15,1
	stimme eher nicht zu	21	22,6
	teils teils	21	22,6
	stimme eher zu	29	31,2
	stimme voll und ganz zu	8	8,6
	Gesamt	93	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		103	



[...obwohl sie dies nicht wünschen] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

*[...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre]
Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden
häufig verlegt, ...*

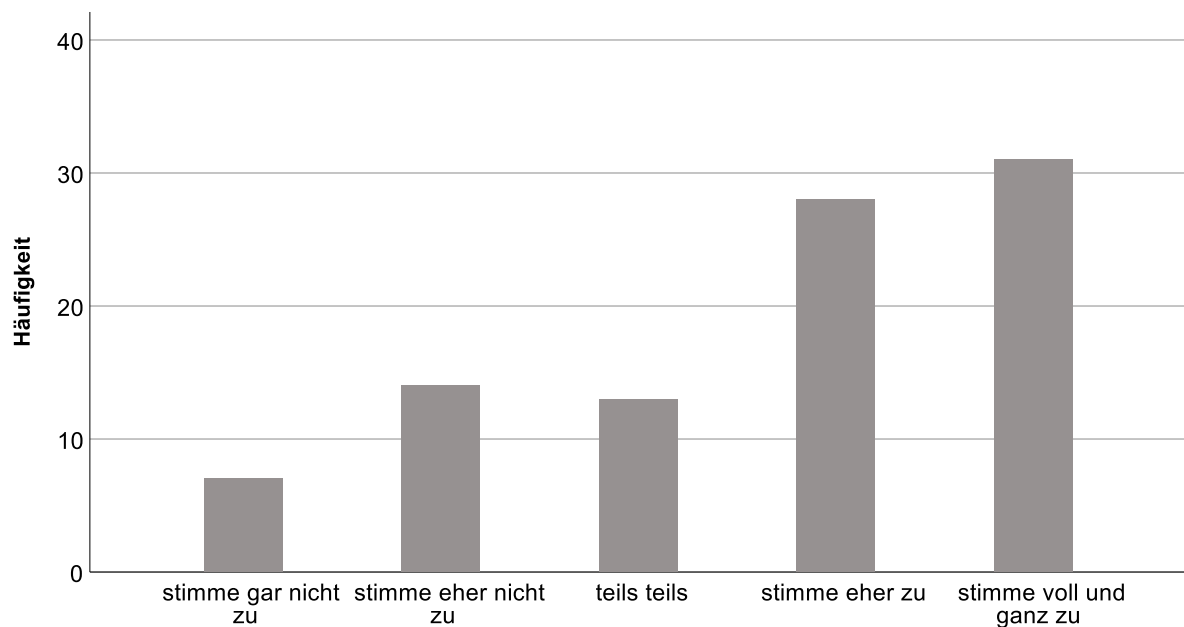
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	8	8,7
	stimme eher nicht zu	14	15,2
	teils teils	15	16,3
	stimme eher zu	34	37,0
	stimme voll und ganz zu	21	22,8
	Gesamt	92	100,0
Fehlend		11	
Gesamt		103	



[...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

[...weil haftungsrechtliche Risiken gescheut werden] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verletzt, ...

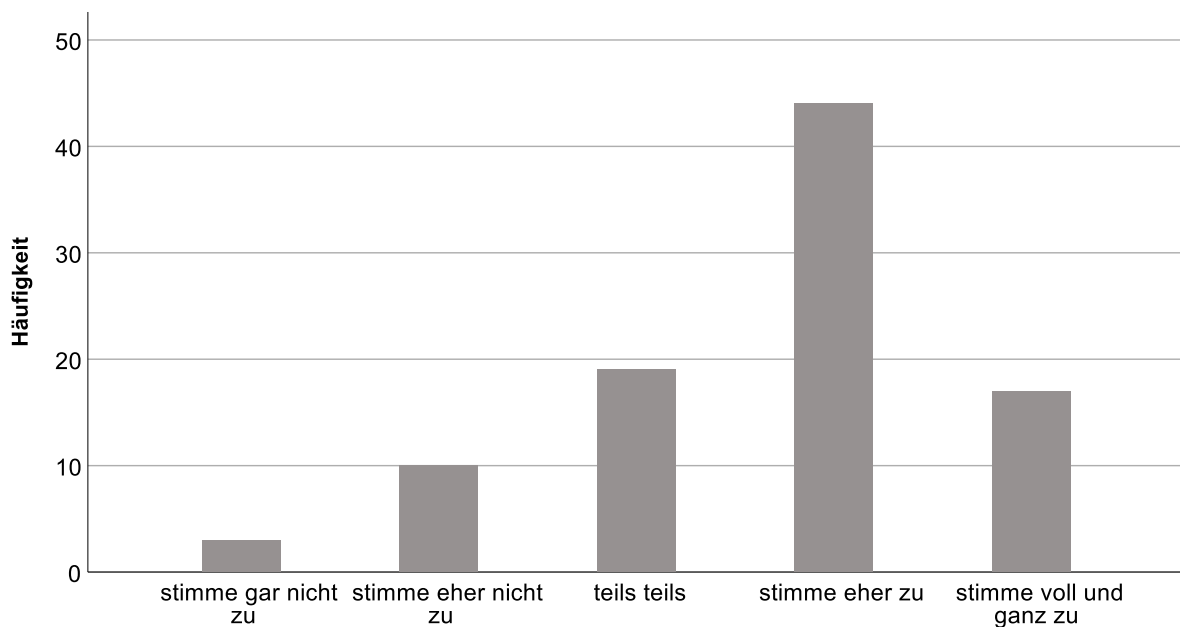
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	7	7,5
	stimme eher nicht zu	14	15,1
	teils teils	13	14,0
	stimme eher zu	28	30,1
	stimme voll und ganz zu	31	33,3
	Gesamt	93	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		103	



[...weil haftungsrechtliche Risiken gescheut werden] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verletzt, ...

[...weil die personelle Situation nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

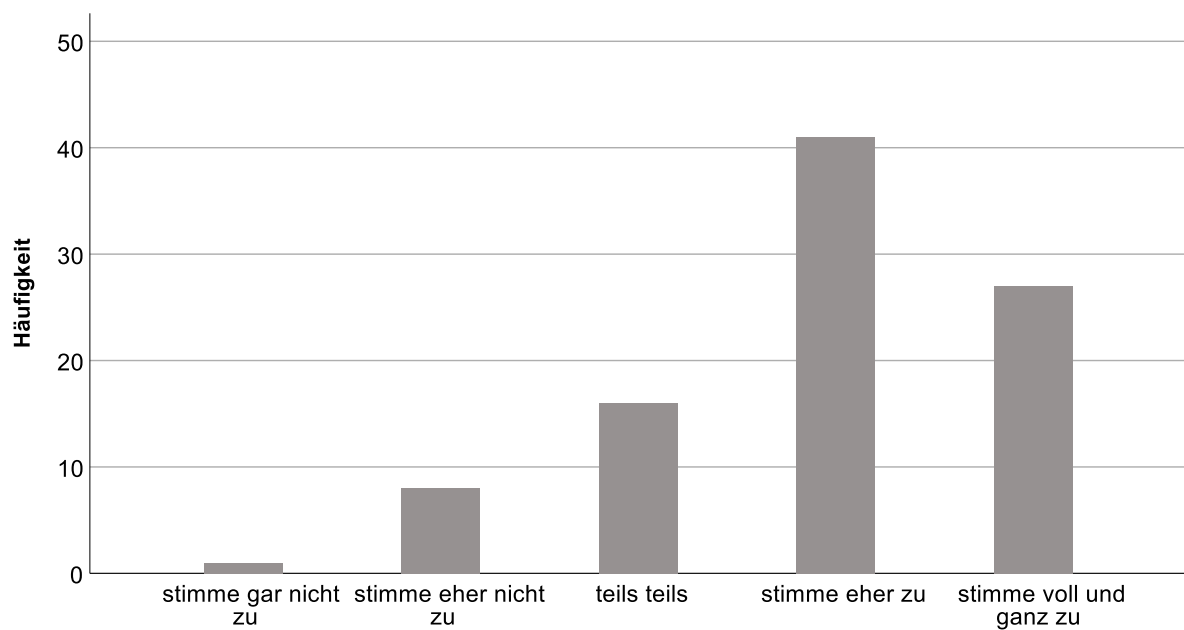
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	3	3,2
	stimme eher nicht zu	10	10,8
	teils teils	19	20,4
	stimme eher zu	44	47,3
	stimme voll und ganz zu	17	18,3
	Gesamt	93	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		103	



[...weil die personelle Situation nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

[...weil die Angehörigen sich überfordert fühlen] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

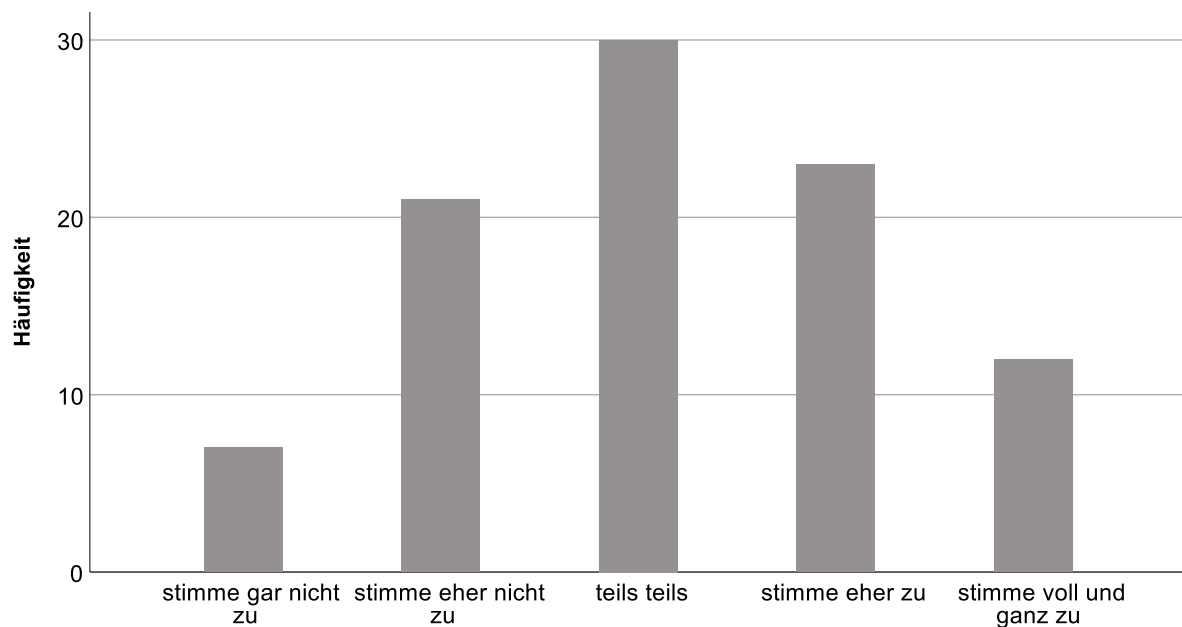
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	1	1,1
	stimme eher nicht zu	8	8,6
	teils teils	16	17,2
	stimme eher zu	41	44,1
	stimme voll und ganz zu	27	29,0
	Gesamt	93	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		103	



**[...weil die Angehörigen sich überfordert fühlen] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?
Sterbende werden häufig verlegt, ...**

*[...weil die ambulante Betreuung noch nicht ausreichend gut ist]
Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden
häufig verlegt, ...*

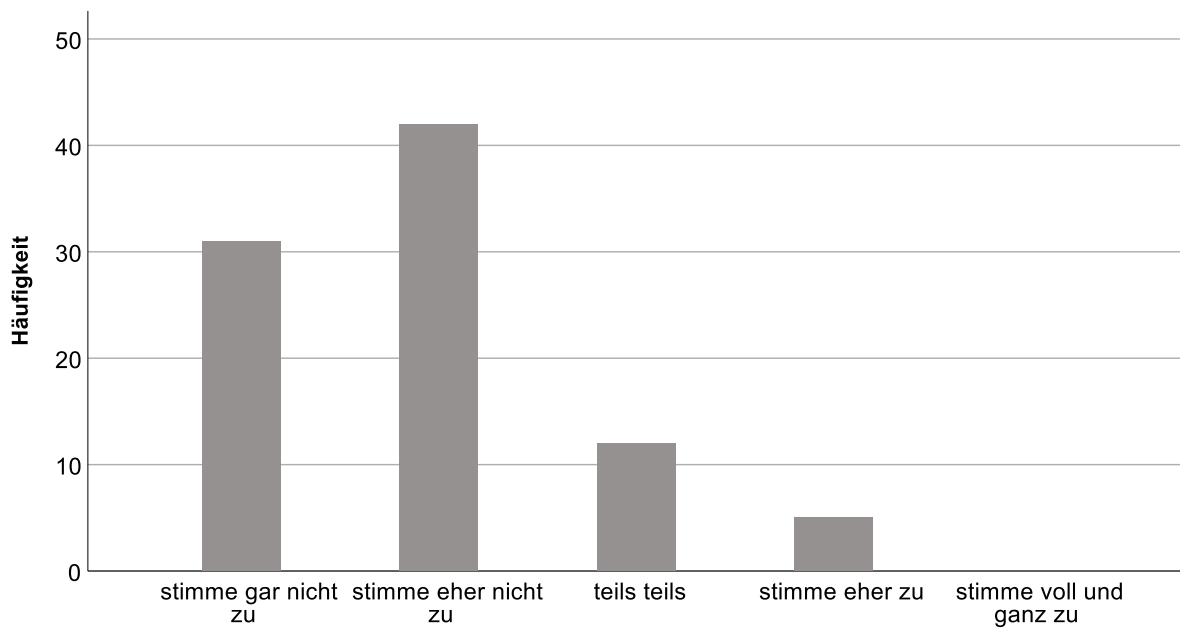
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	7	7,5
	stimme eher nicht zu	21	22,6
	teils teils	30	32,3
	stimme eher zu	23	24,7
	stimme voll und ganz zu	12	12,9
	Gesamt	93	100,0
Fehlend		10	
Gesamt		103	



[...weil die ambulante Betreuung noch nicht ausreichend gut ist] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

[...weil finanzielle Aspekte im Vordergrund stehen] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Sterbende werden häufig verlegt, ...

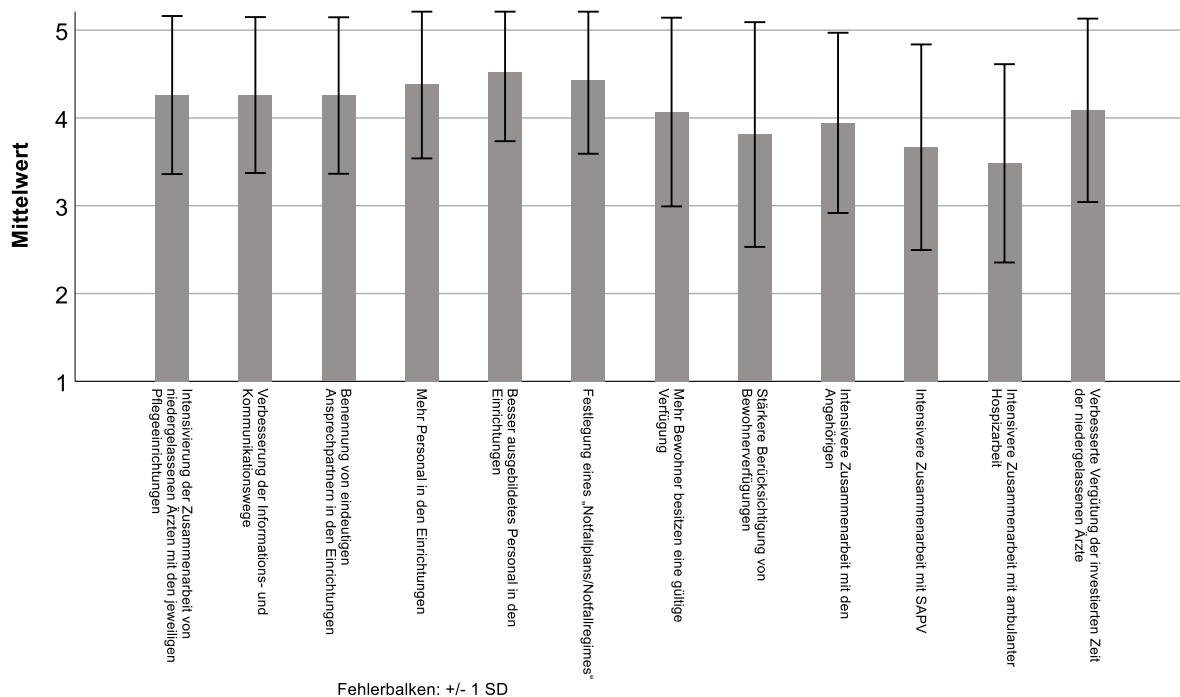
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	stimme gar nicht zu	31	34,4
	stimme eher nicht zu	42	46,7
	teils teils	12	13,3
	stimme eher zu	5	5,6
	Gesamt	90	100,0
Fehlend		13	
Gesamt		103	



[...weil finanzielle Aspekte im Vordergrund stehen] Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?
Sterbende werden häufig verlegt, ...

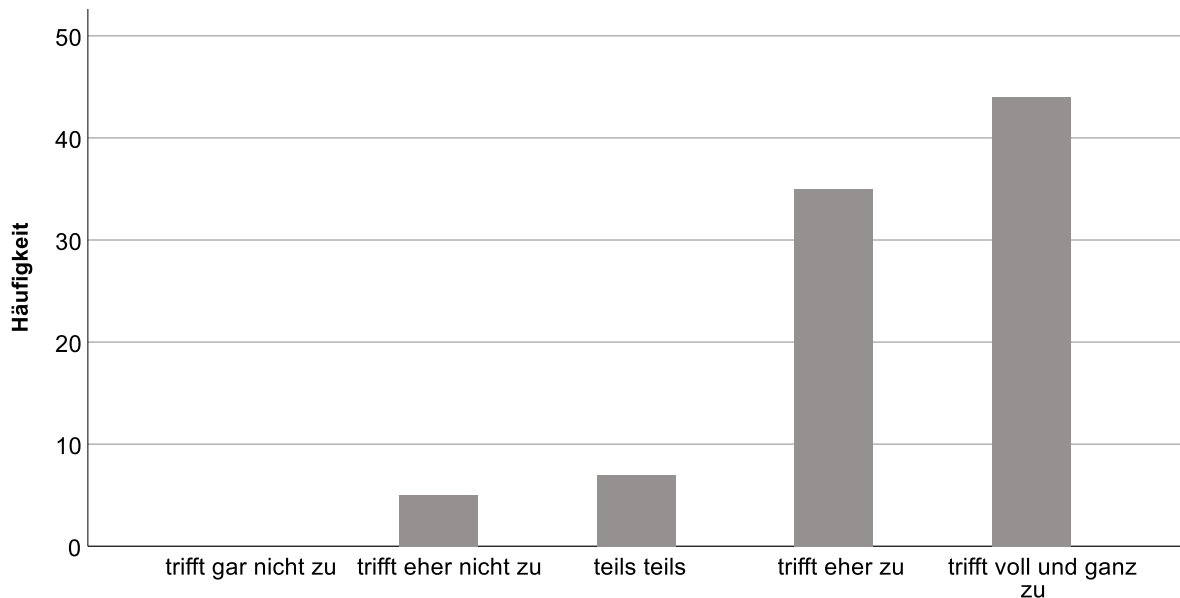
Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

	N		Mittelwert	SD
	Gültig	Fehlend		
Intensivierung der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen	91	12	4,3	0,8
Verbesserung der Informations- und Kommunikationswege von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen	92	11	4,3	0,9
Benennung von eindeutigen Ansprechpartnern in den Einrichtungen	92	11	4,3	0,8
Mehr Personal in den Einrichtungen	92	11	4,4	0,7
Besser ausgebildetes Personal in den Einrichtungen	92	11	4,6	0,6
Festlegung eines „Notfallplans/Notfallregimes“, in welchem bestmöglich-vorausschauend definiert wurde was in der Einrichtung zu tun ist und welche Rolle der Hausarzt hierbei übernimmt] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Ver	90	13	4,5	0,7
Mehr Bewohner besitzen eine gültige Verfügung	89	14	4,1	1,1
Stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	90	13	3,8	1,3
Intensivere Zusammenarbeit mit den Angehörigen	89	14	3,9	1,0
Intensivere Zusammenarbeit mit SAPV	90	13	3,7	1,2
Intensivere Zusammenarbeit mit ambulanter Hospizarbeit	89	14	3,5	1,1
Verbesserte Vergütung der investierten Zeit der niedergelassenen Ärzte	92	11	4,1	1,0



[Intensivierung der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

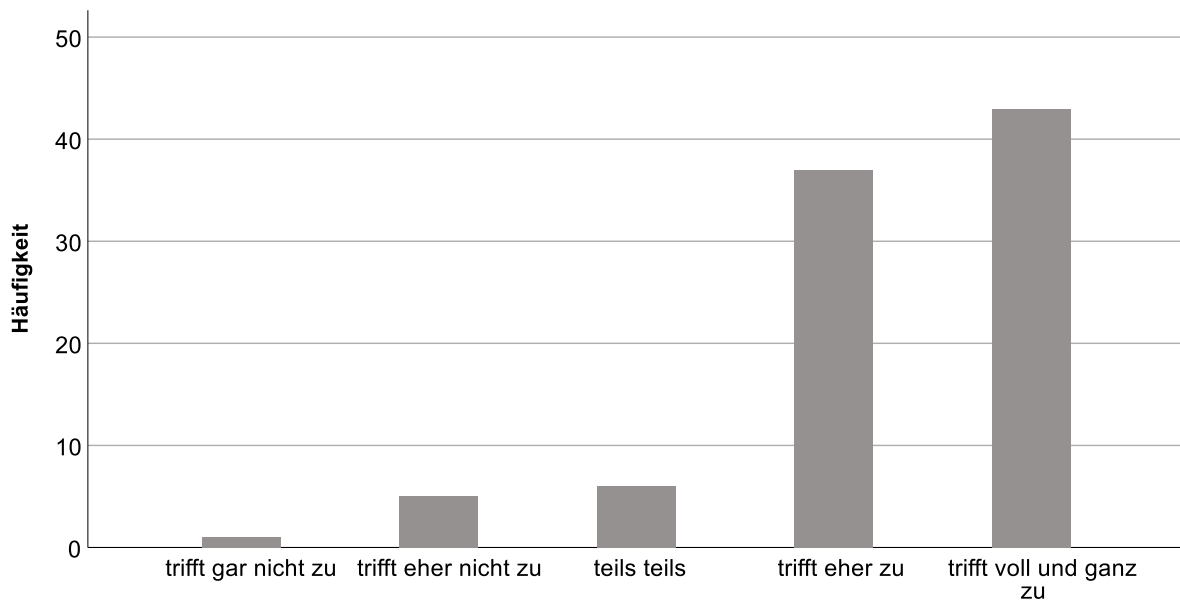
	Häufigkeit	Gültige Prozenste
Gültig		
trifft gar nicht zu	0	0,0
trifft eher nicht zu	5	5,5
teils teils	7	7,7
trifft eher zu	35	38,5
trifft voll und ganz zu	44	48,4
Gesamt	91	100,0
Fehlend	12	
Gesamt	103	



[Intensivierung der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

*[Verbesserung der Informations- und Kommunikationswege von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen]
Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?*

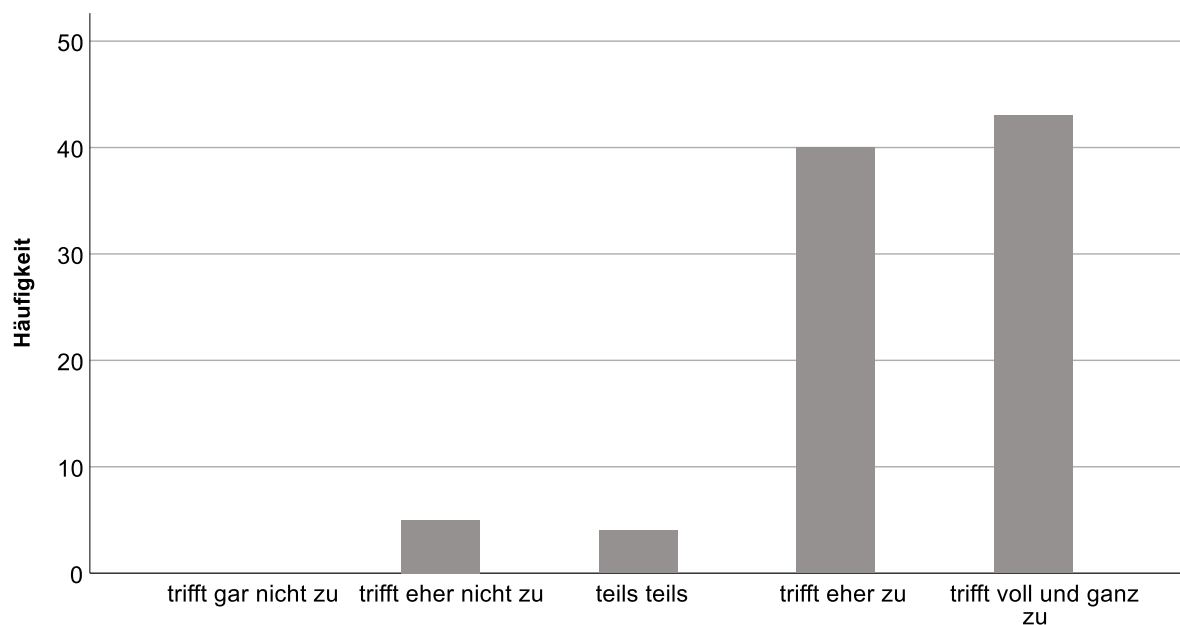
	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
trifft gar nicht zu	1	1,1
trifft eher nicht zu	5	5,4
teils teils	6	6,5
trifft eher zu	37	40,2
trifft voll und ganz zu	43	46,7
Gesamt	92	100,0
Fehlend	11	
Gesamt	103	



[Verbesserung der Informations- und Kommunikationswege von niedergelassenen Ärzten mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Benennung von eindeutigen Ansprechpartnern in den Einrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

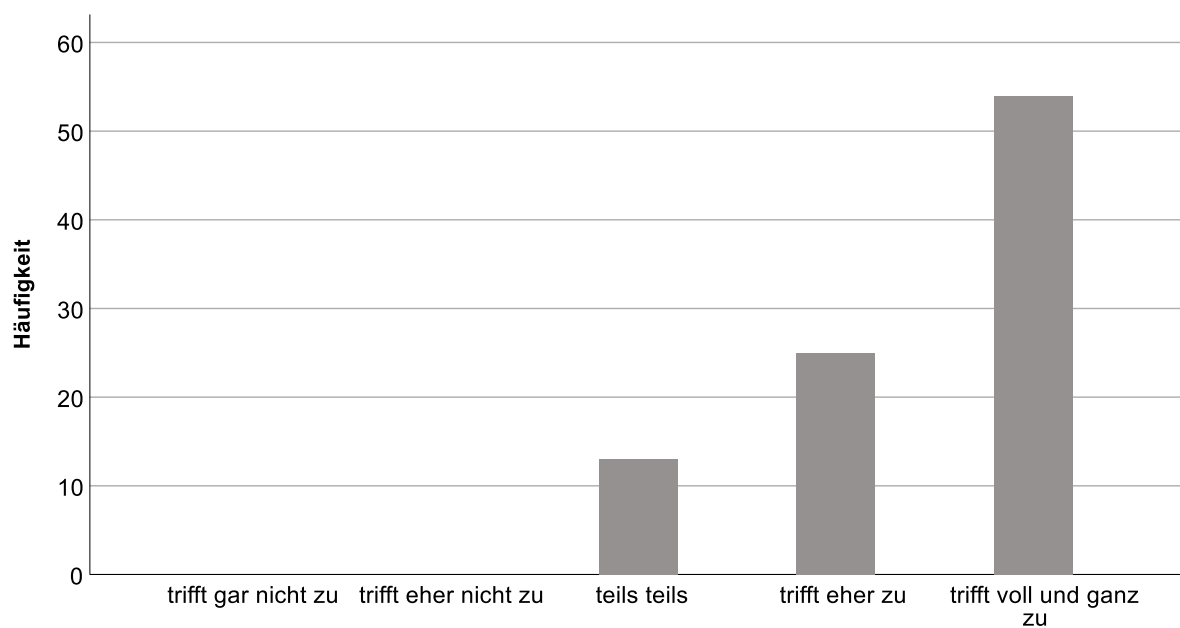
	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
trifft gar nicht zu	0	0,0
trifft eher nicht zu	5	5,4
teils teils	4	4,3
trifft eher zu	40	43,5
trifft voll und ganz zu	43	46,7
Gesamt	92	100,0
Fehlend	11	
Gesamt	103	



[Benennung von eindeutigen Ansprechpartnern in den Einrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Mehr Personal in den Einrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

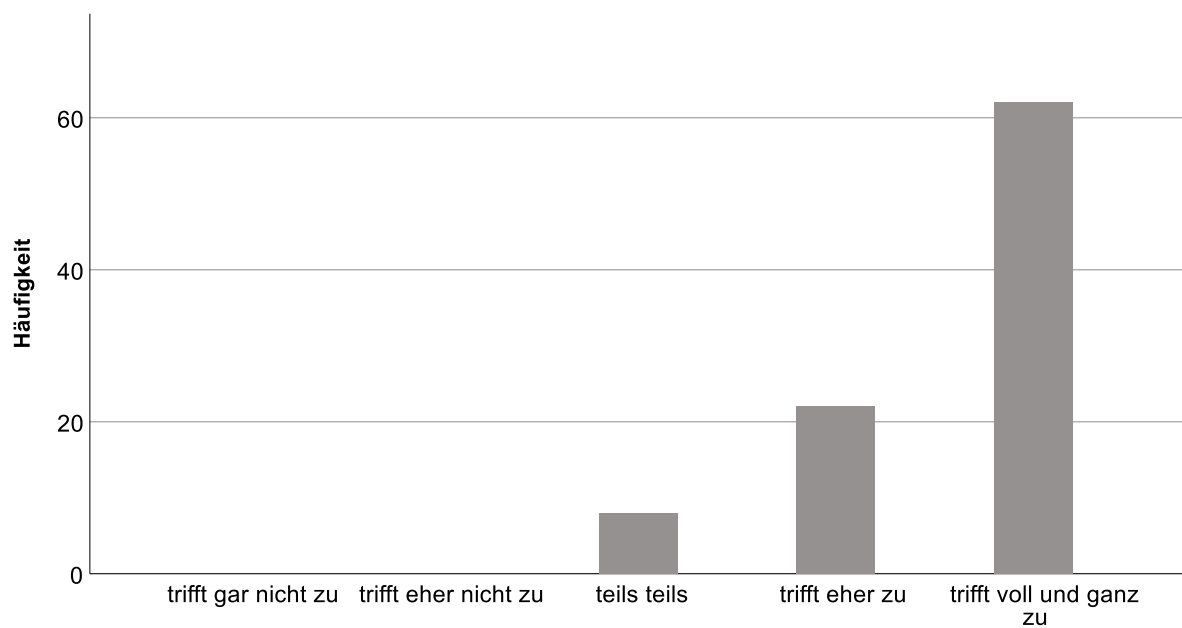
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	trifft gar nicht zu	0	0,0
	trifft eher nicht zu	0	0,0
	teils teils	13	14,1
	trifft eher zu	25	27,2
	trifft voll und ganz zu	54	58,7
	Gesamt	92	100,0
Fehlend		11	
Gesamt		103	



[Mehr Personal in den Einrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Besser ausgebildetes Personal in den Einrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

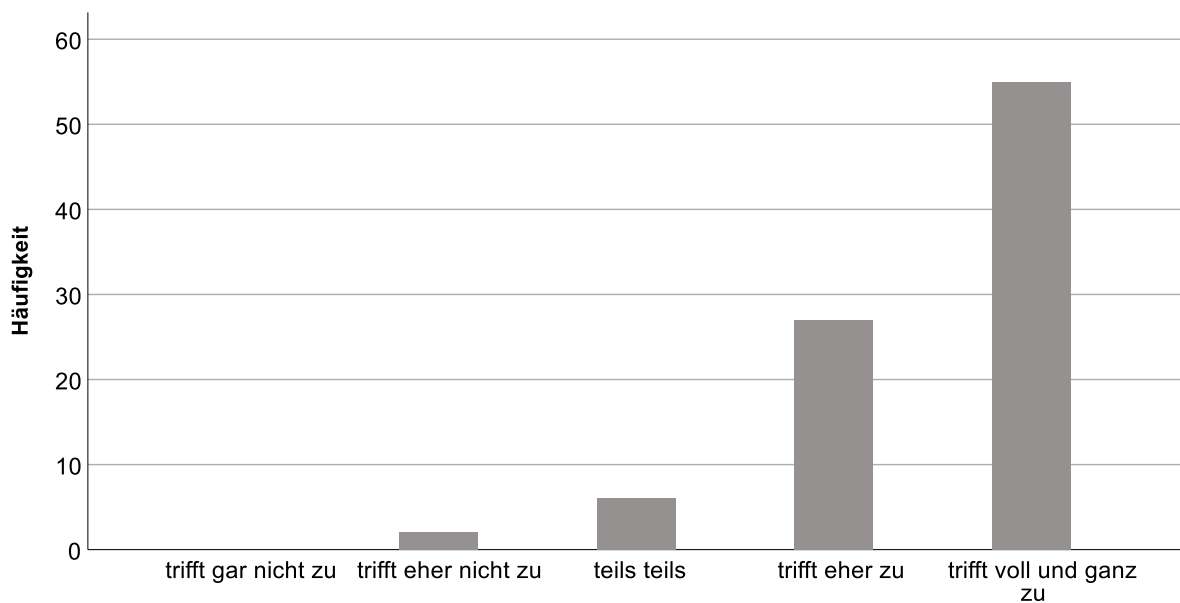
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	trifft gar nicht zu	0	0,0
	trifft eher nicht zu	0	0,0
	teils teils	8	8,7
	trifft eher zu	22	23,9
	trifft voll und ganz zu	62	67,4
	Gesamt	92	100,0
Fehlend		11	
Gesamt		103	



[Besser ausgebildetes Personal in den Einrichtungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

*[Festlegung eines „Notfallplans/Notfallregimes“, in welchem bestmöglich-vorausschauend definiert wurde was in der Einrichtung zu tun ist und welche Rolle der Hausarzt hierbei übernimmt]
Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Ver*

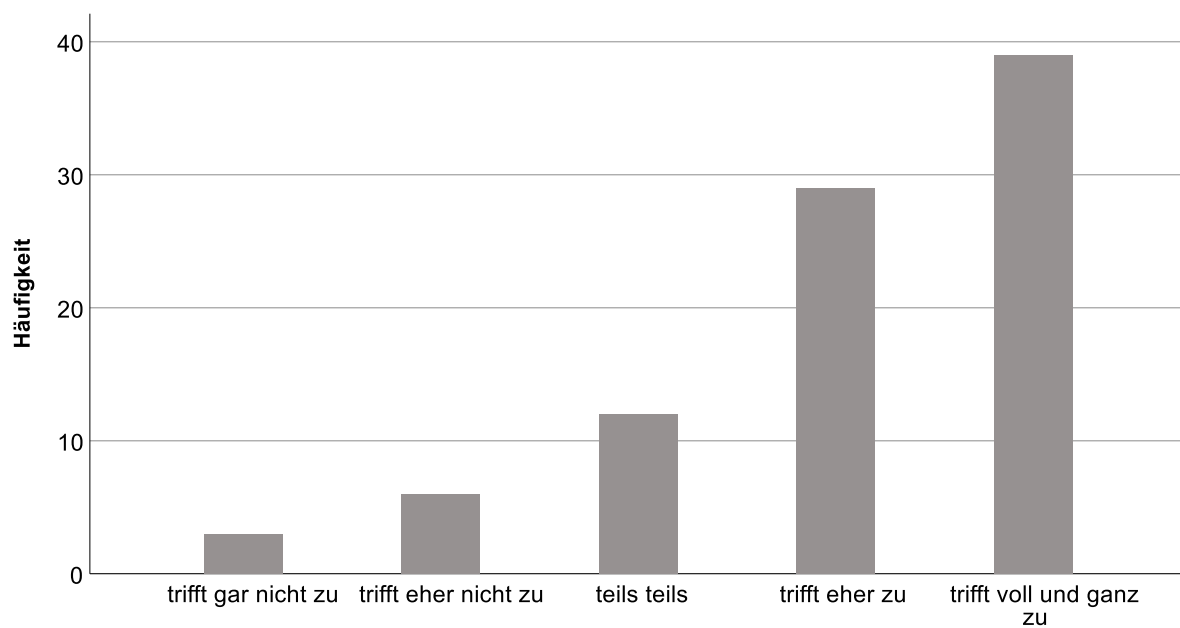
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	trifft gar nicht zu	0	0,0
	trifft eher nicht zu	2	2,2
	teils teils	6	6,7
	trifft eher zu	27	30,0
	trifft voll und ganz zu	55	61,1
	Gesamt	90	100,0
Fehlend		13	
Gesamt		103	



[Festlegung eines „Notfallplans/Notfallregimes“, in welchem bestmöglich-vorausschauend definiert wurde was in der Einrichtung zu tun ist und welche Rolle der Hausarzt hierbei übernimmt] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Ver

[Mehr Bewohner besitzen eine gültige Verfügung] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

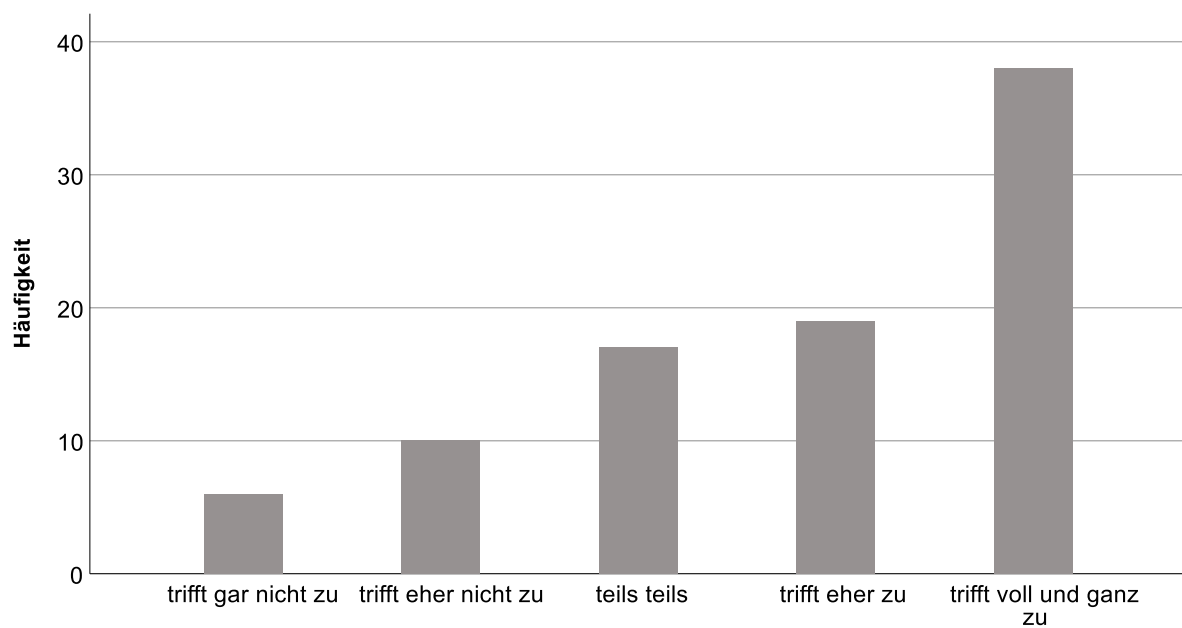
	Häufigkeit	Gültige Prozenste	
Gültig	trifft gar nicht zu	3	3,4
	trifft eher nicht zu	6	6,7
	teils teils	12	13,5
	trifft eher zu	29	32,6
	trifft voll und ganz zu	39	43,8
	Gesamt	89	100,0
Fehlend	14		
Gesamt	103		



[Mehr Bewohner besitzen eine gültige Verfügung] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

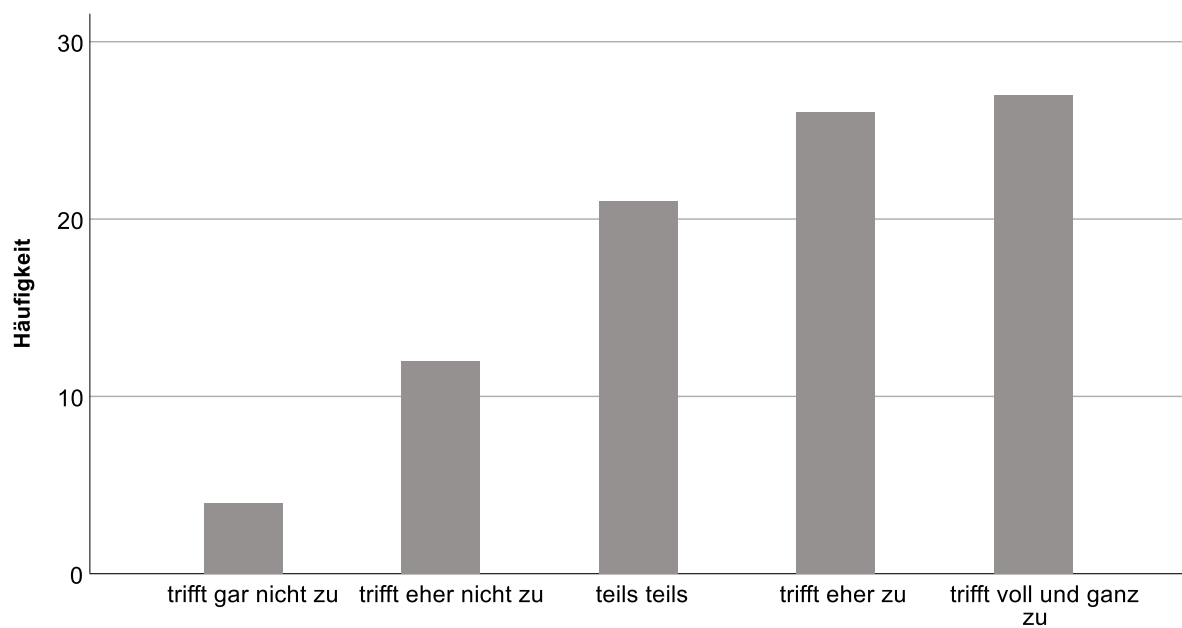
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	trifft gar nicht zu	6	6,7
	trifft eher nicht zu	10	11,1
	teils teils	17	18,9
	trifft eher zu	19	21,1
	trifft voll und ganz zu	38	42,2
	Gesamt	90	100,0
Fehlend		13	
Gesamt		103	



[Stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Intensivere Zusammenarbeit mit den Angehörigen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

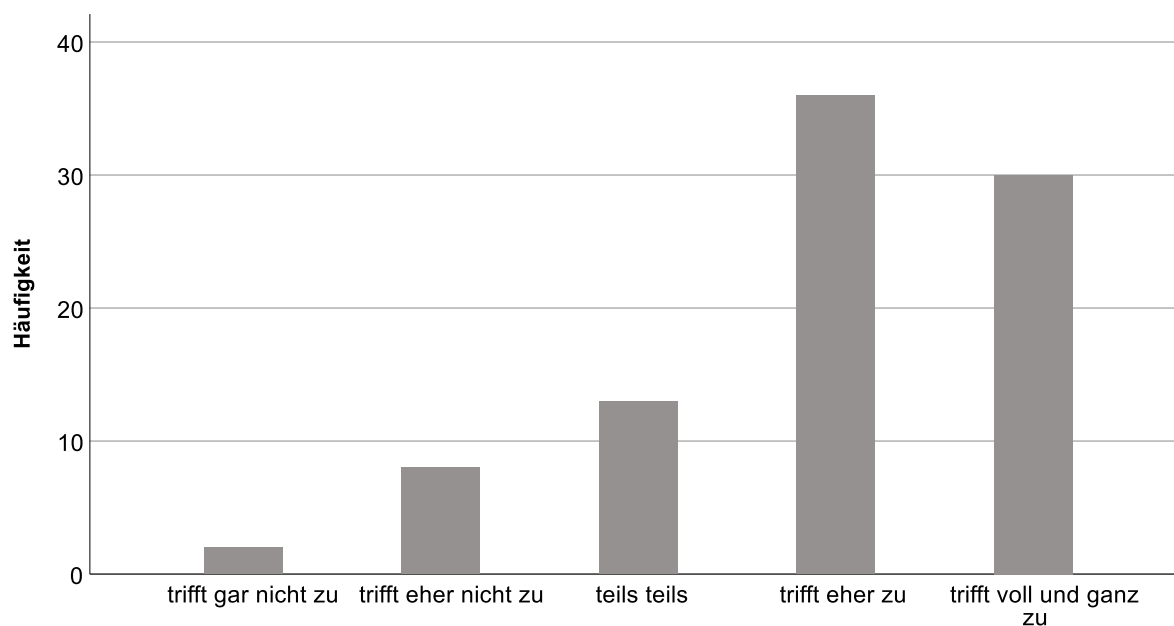
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	trifft gar nicht zu	2	2,2
	trifft eher nicht zu	8	9,0
	teils teils	13	14,6
	trifft eher zu	36	40,4
	trifft voll und ganz zu	30	33,7
	Gesamt	89	100,0
Fehlend		14	
Gesamt		103	



[Intensivere Zusammenarbeit mit SAPV] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Intensivere Zusammenarbeit mit SAPV] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

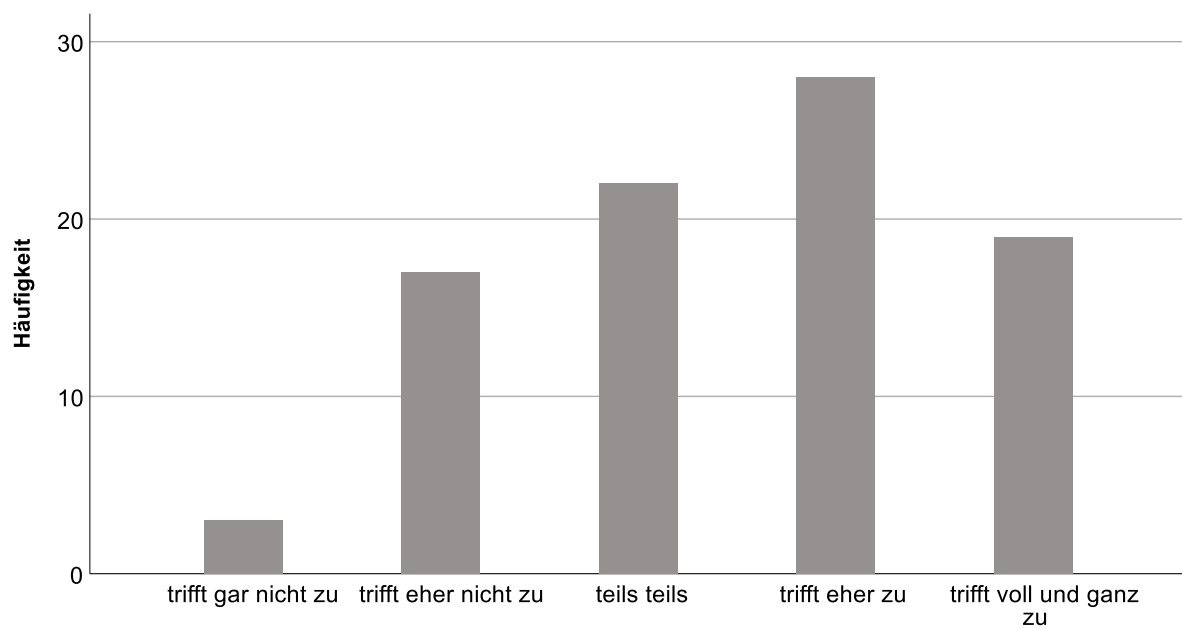
	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
trifft gar nicht zu	4	4,4
trifft eher nicht zu	12	13,3
teils teils	21	23,3
trifft eher zu	26	28,9
trifft voll und ganz zu	27	30,0
Gesamt	90	100,0
Fehlend	13	
Gesamt	103	



[Intensivere Zusammenarbeit mit den Angehörigen] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

*[Intensivere Zusammenarbeit mit ambulanter Hospizarbeit]
Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der
Versorgung von Sterbenden?*

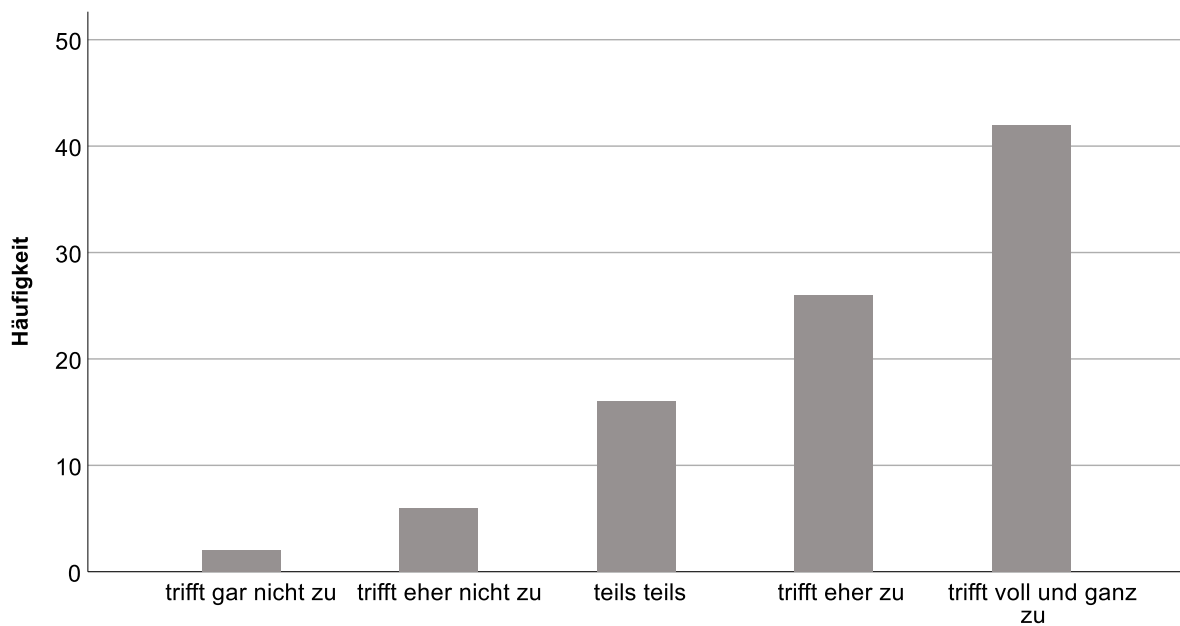
	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
trifft gar nicht zu	3	3,4
trifft eher nicht zu	17	19,1
teils teils	22	24,7
trifft eher zu	28	31,5
trifft voll und ganz zu	19	21,3
Gesamt	89	100,0
Fehlend	14	
Gesamt	103	



[Intensivere Zusammenarbeit mit ambulanter Hospizarbeit] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

[Verbesserte Vergütung der investierten Zeit der niedergelassenen Ärzte] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	trifft gar nicht zu	2	2,2
	trifft eher nicht zu	6	6,5
	teils teils	16	17,4
	trifft eher zu	26	28,3
	trifft voll und ganz zu	42	45,7
	Gesamt	92	100,0
Fehlend		11	
Gesamt		103	



[Verbesserte Vergütung der investierten Zeit der niedergelassenen Ärzte] Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?

Andere Verbesserungsvorschläge

1. die SAPV Teams sind überlastet, 2. das Pflegepersonal ist unqualifiziert

Auf erfahrenes Personal setzen-mit " Herz und Verstand"und nicht unbedingt auf junge Kräfte mit Z B: bachelor -Abschluss

Aus einer Hand Versorgung im Heim

Bei palliativen Patienten tel Rücksprache des Personals oder auch Ärzte, speziell auch Krankenhaus- außerhalb Sprechzeiten, falls aus deren Sicht Verlegung, statt Aufnahme erforderlich

Die normale Arbeitsbelastung in der Praxis liegt oft schon über 100 %. Für Palliativpatienten existiert eine Vergütung für 24 Stunden Bereitschaft. Hier kann man planen. Notfall Verfügungen bestehen. Manchmal kommt es dann trotzdem zu Notfalleinweisungen.

es sollte eine klare Regelung getroffen werden dss Palliativ-Teams nur auf Überweisung tätig werden dürfen, und nicht durch das Pflegepersonal oder angehörige veranlasst werden können

Kurse über symptomorientierte Therapie in der Sterbe/Palliativphase für Nicht- Palliativärzte, Gesprächsführungsschulung für Nicht- Palliativärzte und Pflegende, Teamsupervision bei Langzeitpalliativpatienten (>2 Wochen), Entlastung pflegender Angehöriger großzügiger von KK Seite

mit den SAPV Teams erlebe ich stets ein großes Desaster: nach meiner Meinung wird fast nie gefragt obwohl ich die Patienten und deren Umfeld oft viel besser kenne. Außer "Pflaster kleben" und dem übrigen Standard (Midazolam/Fentanyl Nasenspray für jeden, Scopoderm...) läuft oft nicht viel. Es ärgert mich auch sehr dass die SAPV Teams alles auf Kasse aufschreiben können und der wirtschaftliche Druck den wir Niedergelassene haben dort keine Rolle zu spielen scheint. Nur selten habe ich die Betreuung durch ein SAPV Team als hilfreich erlebt. Sehr oft kommen die Patienten direkt mit SAPV Team vom Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung und ich erfahre davon manchmal auch gar nichts.

Notfallplanung / vorausschauend, Teambesprechung / regelmäßig / interprofessionell / möglichst inkl. SAPV- Vertreter, Bedarfstherapie / Anordnung / Organisation, Heim-Hintergrunddienst (PDL / Fortgebildete)aktuelle / aktualisierte Verfügungen

Pressearbeit/Mit dem Tod zu Lebzeiten auseinandersetzen

SAPV Therapie erscheint in den meisten bisher dokumentierten Fällen deutlich übertherapiert, Vitamin D und Fettsenker stehen da sicher nicht mehr im Vordegrund, wir wünschen uns da eine sinnvolle Therapie auf das Wesentliche begrenzt.

Schulung des Personals in den Einrichtungen-Angebote Supervision

Verordnungen müssen einzeln persönlich vom Ärztin / Arzt unterschrieben autorisiert werden. Das ist nicht durchführbar. Telefonische Anweisungen dürfen nicht befolgt werden.

Wenn ein neuer Bewohner eingewiesen wird, muss unter Einbeziehung der Angehörigen über patientenverfügung, sapv und Hospiz gesprochen werden. Plan für sterbesituation muss besprochen werden.

Zu häufig unqualifiziertes Hilfspersonal,Überforderte Angehörige, Sprachmissverständnisse (fremdsp. Personal), Mehr Empathie in zahlreichen PH

Weitere Bemerkungen

bessere Information der behandelten Ärzten über die konsequente Abrechnung der Palliativziffern im EBM

Das Pflegepersonal in den Heimen ist fast immer das größte Problem, fehlende Kenntnisse, fehlende Zeit, fehlendes Personal. Das verunsichert auch die Angehörigen und Patienten.

Die digitale justiziable Kommunikation mit den Einrichtungen ist für die Sicherheit der Schutzbefohlenen unerlässlich, existiert aber nicht. Der MDK bemängelt alles. Deshalb wird lieber nichts gemacht, solange keine Arztunterschrift da ist.

Einrichtungen unterscheiden sich sehr stark, wie objektiv gleichen Ausgangsbedingungen. Viele Kollegen kümmern sich nicht ausreichend

es werden von seiten der KV immer mehr bürokratische Hürden zur hausärztlichen Palliativversorgung geschaffen so dass am ende nur ein SAPV-Team übrig bleibt, obwohl wir vieles auch hausärztlich richten könnten. Es ist aber zum einen unattraktiv und zum anderen wird den Angehörigen und Patienten vermittelt dass nur SAPV-Teams das können. schade!

Hauptprobleme: 1. unqualifiziertes Pflegepersonal, 2. ängstliches Pflegepersonal und Angehörige, 3. Kriminelle und geldgierige Angehörige und Rechtsanwälte, 4. Fachgesellschaften, Professoren und evidenzbasierte Medizin, siehe Punkt 3.

Hospiz bzw. SAPV erst Ende 2017 in unserer Region verfügbar, zu wenige Patienten bei zu großer Fläche. Keine Palliativpflege.

Ich musste wegen guter Vernetzung zu SAPV und Pflegeheim niemand stationär einweisen oder ins Hospiz verlegen

Leider ist das Studienziel und die erwarteten Antworten aus der Fragestellung bereits zu ersehen, was die Beantwortung schwieriger macht. Patientenverfügungen kommen nach meiner Erfahrung im Pflegeheim selten zum Einsatz, weil sie meist nicht benötigt werden, die Situation klärt sich durch langjährige Kenntnis der Patienten im hausärztlichen Bereich ohne ein Rückgriff auf die Patientenverfügung. Dennoch ist bei verlegten Patienten die Existenz einer Patientenverfügung wichtig.

Mein Hauptproblem (und das der Patienten) ist, dass viel zu wenig Pflegepersonal in den Heimen vorhanden ist, die allesamt vollkommen überfordert sind. Trotz MDK-Begehungen werden keine höheren Personalschlüssel gefordert. Akten, Pläne, "Zahlen" werden kontrolliert - wie es den Pflegenden und den Patienten dabei geht, interessiert leider keinen.

meiner Meinung nach sollten SAPV Teams in den Altersheimen nur in seltenen Ausnahmefällen tätig sein dürfen.

Personal ist inzwischen recht gut geschult im Umgang mit Sterbenden und um Lebensqualität anstelle - erhaltung bemüht

Weniger Bürokratie = Mehr Zeit für Sterbende. Mehr Zeit = weniger Schmerzmittel und Angstmedikamente. Mehr Zeit = Mehr Menschenwürde. Entscheider sollten mal beantworten müssen, wie sie es für sich im konkreten Fall geregelt haben würden.

Wichtiges Thema, das über die SAPV nicht ausreichend abzubilden ist. "ureigene Kompetenz der Hausärzte"

Wir haben in unserer Praxis eine Entscheidungshilfe für den Notfall im Sinne des advance care planning etabliert, derzeit sind ca 10 Prozent im allgemeinen palliativen setting, z.B. aufgrund wiederholter Krankenhausaufenthalte z.B. Aspirationen infolge Schluckstörung bei Demenz, die Crux ist, dass es nicht selten durch geeignete Maßnahmen wie Anleitung der Pflege durch die Logopädie zu einer Stabilisierung der Situation kommt und die bereitgestellten Palliativen Medikamente unter Umständen verfallen. Meiner Ansicht nach ist das größte Problem bei der Pflegeheimversorgung, dass Palliative Medikamente u.a. BTM pflichtete nur Personenbezogen verordnet werden dürfen und die Installation eines "allg. medikamentösen Notfalldepots" im Pflegeheim rechtlich nicht möglich ist.

Wir können sicher nur Leitlinien und Empfehlungen erarbeiten und aussprechen. Sehr gute ärztliche - besonders hausärztliche Begleitung mit "lernfähigem" Personal wird immer von zentraler Bedeutung für den Sterbenden sein. Die entscheidende Diktion muss für das TEAM immer sein: SCHMERZEN lindern (möglichst beseitigen) und ANGST nehmen. Dies kann und wird durch einen sachlichen Medikamentenplan mit Dosierung und vor allem mit der Option im Bedarfsfall SOFORT --ohne lang Rücksprache-- zu erhöhen. So wird sich der Patient gut versorgt fühlen und auch die Angehörigen spüren unsere Kompetenz. -----herget-----

wir sind Geriater und Palliativmediziner und versuchen die Patienten sofern gewünscht in Ihrem Umfeld zu belassen. Leider torpediert der Träger der Einrichtung dieses Vorgehen (er möchte kein Sterben in seiner Einrichtung) zudem torpediert er auch Patientenverfügung, wir werden teilweise für jede noch so unsinnige Reanimation gerufen

AvenuePal: Analyse der Bestandsdaten Pflegeheime und Krankenhäuser

2.8.2019

Beschreibung der Stichprobe

Die Daten wurden 2016 erhoben. Aufgrund von Selbstselektion kann nicht von Repräsentativität der Antworten ausgegangen werden, die Ergebnisse sind als explorativ anzusehen. Ziel der Studie war es, explorativ Hypothesen zu generieren, die Aufschluss über die Gründe für Verlegungen am Lebensende geben können. Die geschlossenen Fragen wurden in qualitativen Vorstudien entwickelt. Zusätzlich wurden offene Fragen gestellt um mögliche weitere Verlegungsgründe zu erfahren.

Die Antworten stammen aus allen Bundesländern außer Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.

Verlegungen am Lebensende unterscheiden sich möglicherweise stark zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern. Während es sich bei Verlegungen aus Heimen typischerweise um Verlegungen in Krankenhäuser handelt, die ggfs. als problematisch zu sehen sind, geht es bei Verlegungen aus Krankenhäusern oftmals um Verlegungen nach Hause, um ein wenschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Beim Vergleich und der Interpretation der Antworten aus den Heimen und aus den Krankenhäusern muss dies bedacht werden.

a. Pflegeheime

Es liegen 61 Datensätze vor, 48 davon wurden in einem online-Fragebogensystem eingegeben, 13 wurden in einer Papierversion des Fragebogens ausgefüllt. Tests ergaben keine systematischen Unterschiede in den Antworten zwischen den Erhebungsmethoden, so dass die Daten gepoolt ausgewertet werden.

Von den 61 Antworten stammen 6 aus der Mitarbeiterebene, 5 aus der mittleren Führungsebene und 50 aus der gehobenen Führungsebene (PDL, Heimleitung, Geschäftsführung). 43 Antworten stammen aus frei-gemeinnützigen oder konfessionellen Heimen, 11 aus privaten Heimen und 7 aus öffentlich-kommunalen Heimen.

Die Größe der Heime ist unterschiedlich: Fünf Antworten kommen aus kleinen Heimen bis 49 Plätze, 31 bzw. 21 aus mittelgroßen Heimen mit 50 bis 100 bzw. 101 bis 200 Plätzen, vier Antworten stammen aus großen Heimen mit mehr als 200 Plätzen.

b. Krankenhäuser

Aus den Krankenhäusern liegen 66 Datensätze vor, von denen 40 im Onlinesystem und 26 auf Papier erhoben wurden. Auch für die Krankenhausdaten liegen keine Effekte der Erhebungsmethode vor.

Die Antworten stammen zu jeweils ungefähr einem Drittel aus der Mitarbeiterebene, der Ebene der mittleren Führungskräfte und der Leitungsebene. Was die Trägerart angeht, dominieren die öffentlich-kommunal geführten Einrichtungen mit 35 Antworten. 23 Antworten kommen aus frei-gemeinnützig/konfessionellen Einrichtungen, während acht Datensätze aus privat geführten Kliniken stammen. Mit 53 Antworten (80 %) kommen die meisten Informationen aus den Kliniken mit über 200 Betten.

Ergebnisse

1. Verlegungshäufigkeit und Ziel der Verlegung

1.a Pflegeheime

Eine erste Übersicht zeigt, dass es in den allermeisten Heimen vorkommt, dass Schwerstkranke und Sterbende in der letzten Lebensphase verlegt werden. Fast alle (93 %) geben an, dass dies in bis zu 30 % der Fälle geschieht. Die Antworten auf die Frage, wohin die Verlegungen erfolgen, zeigen deutlich, dass die weit überwiegende Anzahl der Verlegungen ins Krankenhaus erfolgen (Tab. 1a).

Tab. 1a: Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

	ins Krankenhaus	nach Hause	in ein Hospiz
	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen
keine Angabe	0	12	10
nie	3	40	29
selten	33	9	19
oft	25	0	3

1.b Krankenhäuser

Auch fast alle Kliniken geben an, dass in der letzten Lebensphase verlegt wird, wobei die Verlegungsraten hier höher sind als in den Heimen: 49 Antworten (74 %) geben an, dass in 10-30 % der Fälle verlegt wird, zusätzlich bei zwölf Kliniken (18 %) in ca. 30-50 % der Fälle und bei drei Kliniken (4,5 %) in mehr als 50 % der Fälle. Das Verlegungsziel ist naturgemäß völlig anders als bei den Pflegeheimen: Überwiegend wird in Hospize oder nach Hause verlegt (Tab. 1b).

Tab. 1b: Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

	ins Krankenhaus	nach Hause	in ein Hospiz
	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen
keine Angabe	18	5	5
nie	22	4	4
selten	16	37	35
oft	10	20	22

2. Tageszeiten und Wochentage für Verlegungen

2.a Pflegeheime

Die meisten Antwortenden gaben an, dass es weder bestimmte Tageszeiten noch Wochentage gibt, zu denen es vermehrt zu Verlegungen kommt (83,6 bzw. 91,8 %). Die Nennungen der Tageszeiten verteilen sich relativ gleichmäßig mit einer leichten Spitze bei „abends“; die Nennungen der Wochentage dagegen konzentrieren sich ausschließlich auf freitags (n=2), samstags (n=4) und sonntags (n=3) (Mehrfachnennungen waren möglich).

2.b Krankenhäuser

Auch in Bezug auf Verlegungszeiten sind die Antworten aus den Krankenhäusern sehr unterschiedlich zu denen aus den Pflegeheimen: 56,1 % bzw. 78,8 % der Antwortenden berichteten, dass es keine bestimmten Tageszeiten oder Wochentagen mit vermehrten Verlegungen gibt. Vermehrte Verlegungen werden berichtet tagsüber, nur jeweils in einem Fall abends/nachts, sowie gleichmäßig unterhalb der Woche, nur jeweils in einem Fall samstags/sonntags.

3. Gründe für Verlegungen I: Symptome und Verlaufsentwicklung

Aufgrund der qualitativen Vorstudien wurden sieben unterschiedliche Symptome und Verlaufsentwicklungen abgefragt, die typischerweise zu Verlegungen am Lebensende führen können: Schmerzzustände; Angst; Traurigkeit bzw. Depression; Unruhe und Verwirrtheit; Atmungsschwierigkeiten und Atemnot; bestehende Grunderkrankung; akut auftretende Erkrankung. Die Gründe wurden auf einer Skala von 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig abgefragt.

3.a Pflegeheime

Es zeigen sich sehr deutliche Unterschiede in Bezug auf die verschiedenen Symptome: Während Traurigkeit/Depression, Angst sowie Unruhe/Verwirrtheit eher selten zu Verlegungen beitragen, werden die bestehende Grunderkrankung sowie Schmerzzustände als im mittleren Bereich wichtig genannt. Atmungsschwierigkeiten sowie insbesondere akut auftretende Erkrankungen sind die mit Abstand wichtigsten Gründe für Verlegungen (Tab. 2a).

Tab. 2a: Welche Symptome und Verlaufsentwicklungen führen zur Verlegung? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig)

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Beste- hende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
Mittelwert	3,1	1,9	1,5	1,8	4,0	2,7	4,5

In der offenen Antwort zu dieser Fragen wurden 8 Antworten gegeben. Hier wurde fünf Mal wieder auf eine akut auftretene Erkrankung abgestellt, zusätzlich wurden hier drei Mal die Angehörigen als treibende Kraft für Verlegungen genannt. Einmal wurde Aggressivität als Verlegungsgrund genannt.

3.b Krankenhäuser

In den Antworten der Krankenhäuser sind die mittleren Unterschiede zwischen den Symptomen viel weniger stark ausgeprägt. Alle Antworten bewegen sich im mittleren Bereich der Antwortskala zwischen 2,5 und 3,5 (Tab. 2b).

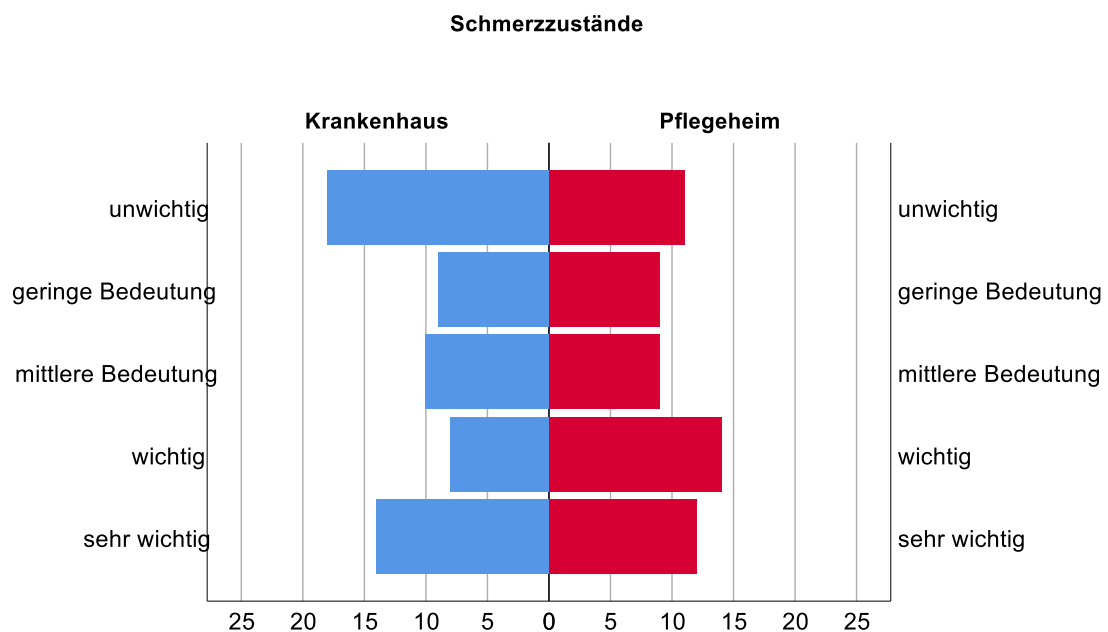
Tab. 2b: Welche Symptome und Verlaufsentwicklungen führen zur Verlegung? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig)

	Schmerz- zustände	Angst	Traurigkeit bzw. Depression	Unruhe und Verwirrtheit	Atmungs- schwierig- keiten und Atemnot	Beste- hende Grund- erkrankung	Akut auftretende Erkrankung
Mittelwert	2,8	2,9	2,6	2,5	3,0	3,5	3,0

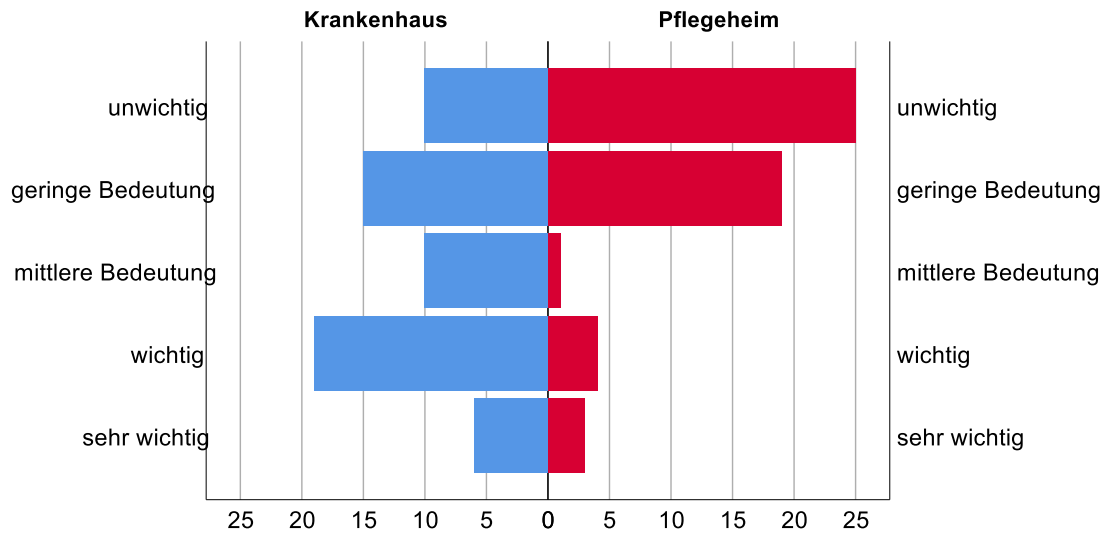
In der offenen Frage zu den Symptomen wurden 17 Antworten gegeben, die zu überwiegender Teil den Wunsch der Patienten, vereinzelt auch den Wunsch Angehöriger, auf Verlegung nach Hause oder in ein Hospiz thematisierten.

3.c Detaillierte, vergleichende Darstellung

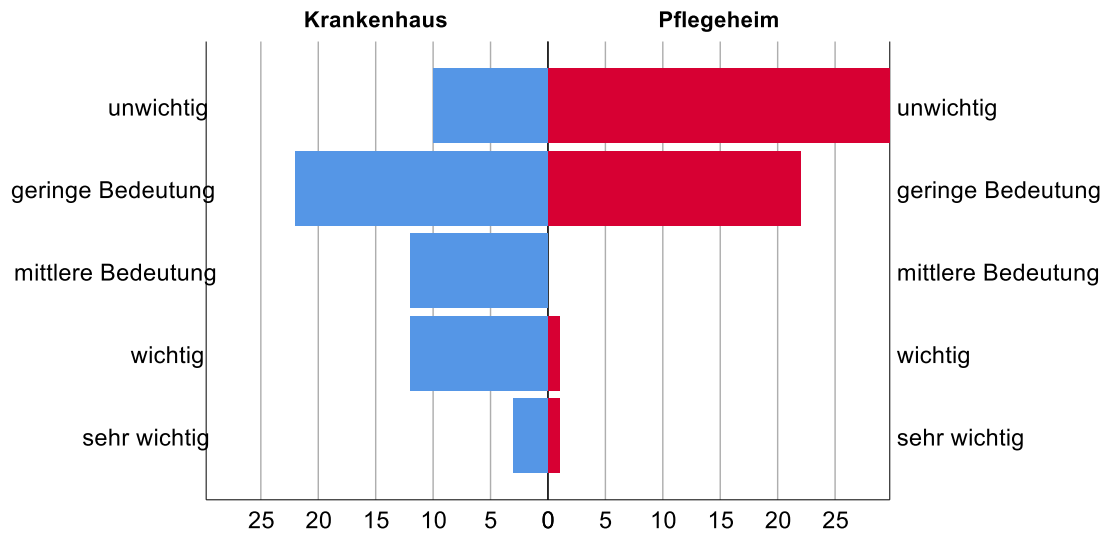
Die folgenden Grafiken zeigen das detaillierte Antwortverhalten für die sieben Variablen der Skala. Dargestellt sind die Anzahlen der Antworten nach Variable und Herkunft der Daten (Heim versus Klinik), getrennt für alle Antwortoptionen.



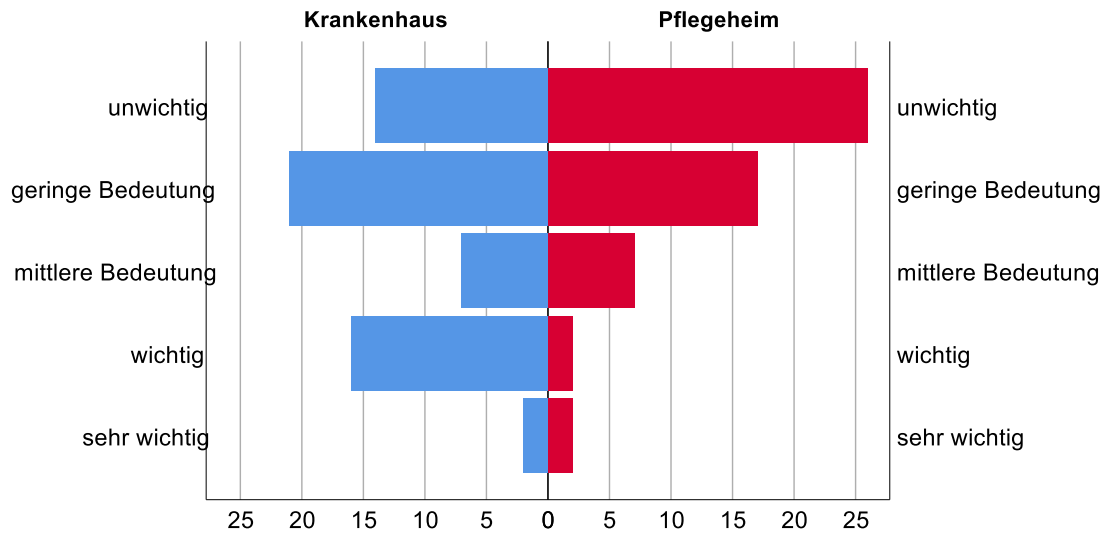
Angst



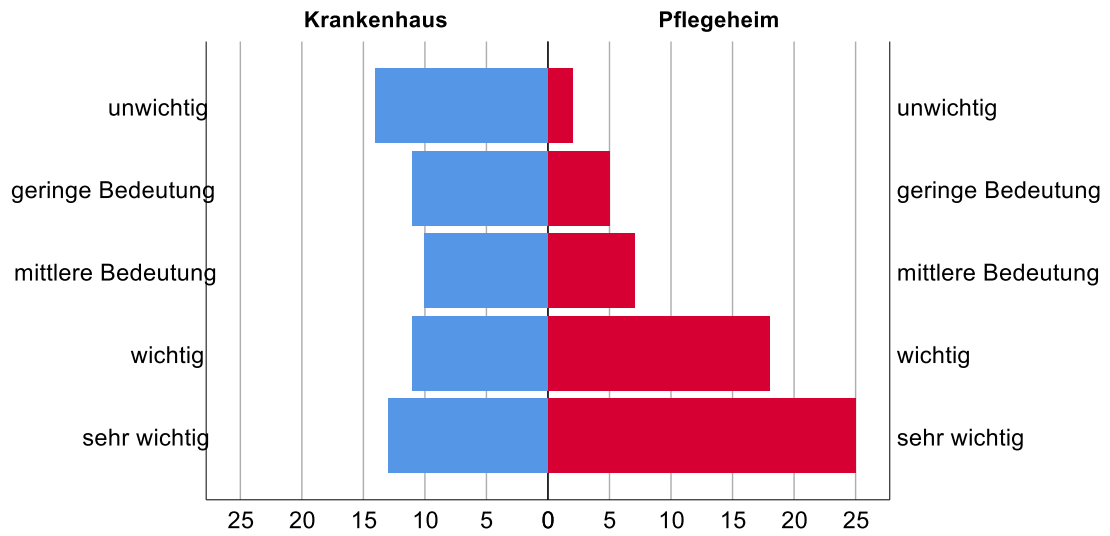
Traurigkeit bzw. Depression



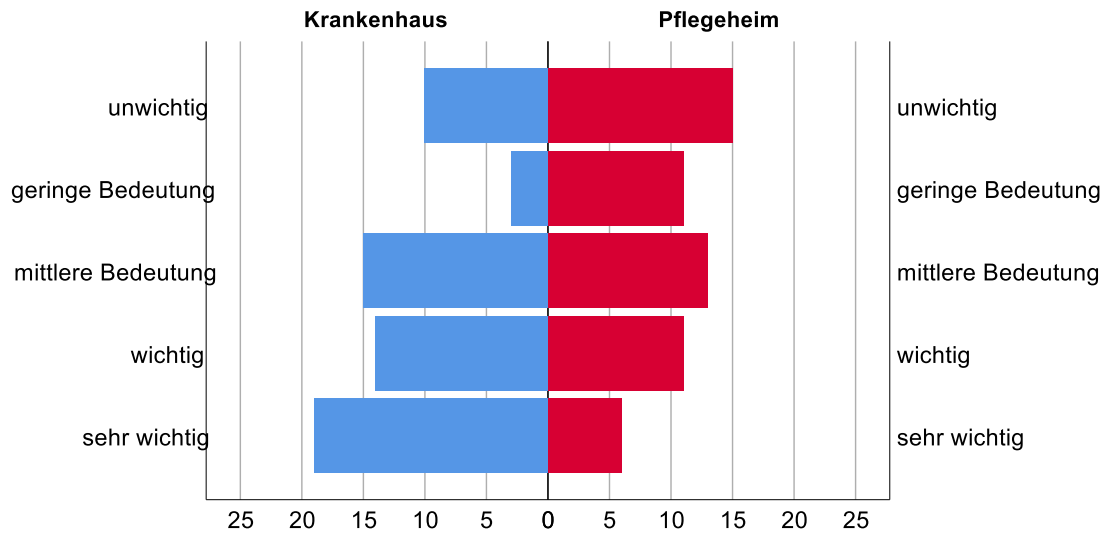
Unruhe und Verwirrtheit



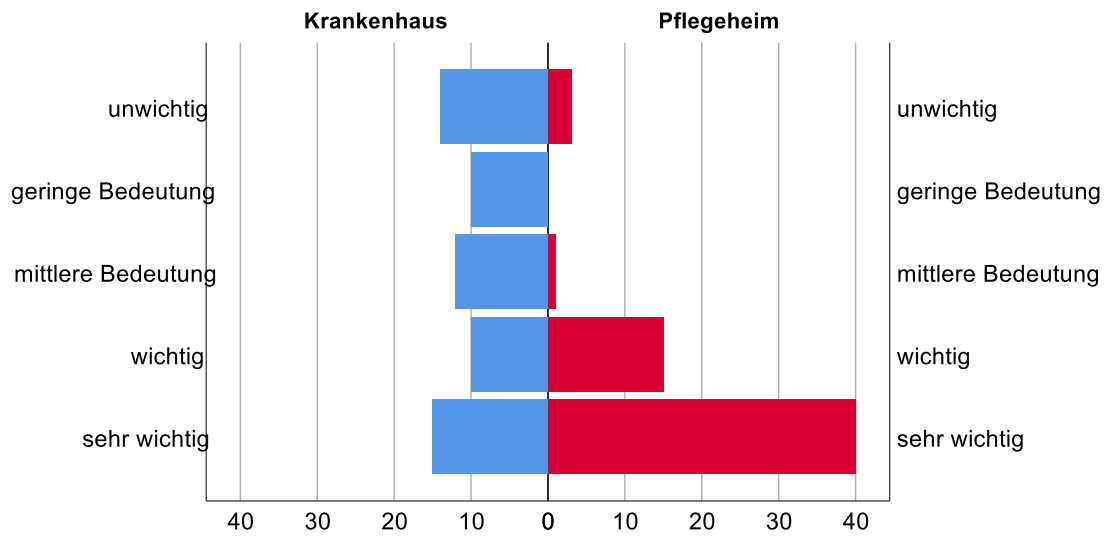
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot



Bestehende Grunderkrankung



Akut auftretende Erkrankung



4. Gründe für Verlegungen II: weitere Begründungen für Verlegungen

In diesem Fragenblock ging es in erster Linie darum herauszufinden, ob Angehörige oder/und Ärzte die Treiber für Verlegungen sind oder fehlende personelle oder andere Ressourcen in der befragten Einrichtung.

4.a Pflegeheime

Tab. 3a zeigt, dass es weniger die personelle Situation im Heim oder andere fehlende Ressourcen im Heim sind als vielmehr Angehörige und Ärzte gleichermaßen, die auf Verlegungen hinwirken.

Tab. 3a: Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig)

	Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen	Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen
Mittelwert	3,7	3,9	1,3	1,9

Auf die offene Frage zu fehlenden Ressourcen wurden 19 Angaben gemacht, drei davon gaben an, dass alle benötigten Ressourcen vorhanden seien. In den übrigen Angaben wurde sechs Mal die ärztliche Betreuung thematisiert: fehlende Koordination zwischen Ärzten; Ärzte nicht erreichbar bzw. nicht vor Ort; ärztl. Notdienst veranlasst schon telefonisch die Verlegung (wurde zweimal genannt). Fünf Mal wurde die Sauerstoffversorgung als Verlegungsgrund genannt, die im Heim nicht oder nicht zufriedenstellend erfolgen könne. Drei weitere Antworten thematisierten allgemein Intensivmaßnahmen, zwei die intravenöse Therapie und jeweils eine fehlende Zeit sowie Schmerzmedikamente.

4.b Krankenhäuser

Die Mittelwerte der Antworten aus den Krankenhäusern weisen in eine ähnliche Richtung wie die aus den Pflegeheimen. Meist sind es die Angehörigen, die als Treiber fungieren, Personalmangel oder andere fehlende Ressourcen spielen eine eher untergeordnete Rolle (Tab. 3b).

Tab. 3b: Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig)

	Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen	Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen
Mittelwert	4,1	3,3	1,8	2,1

In den insgesamt 19 Freitextantworten finden sich wiederholt Verlegungsgründe, die die räumliche Situation betreffen: Sterbende werden aus Mehrbettzimmern verlegt. Darüber hinaus werden quantitative und qualitative Personalprobleme genannt sowie wieder der Patientenwunsch, zum Sterben in ein Hospiz verlegt zu werden.

5. Gründe für Verlegungen III: weitere Treiber für Verlegungen

In einem weiteren Fragenblock wurde danach gefragt, inwieweit die (fehlende) Zusammenarbeit mit Hausärzten, Angehörigen, SAPV und Hospizgruppe sowie Personalausstattung und Qualifikation des Pflegepersonals zu Verlegungen führen. Weiterhin wurde hier nach der Rolle der Patientenverfügungen gefragt.

5.a Pflegeheime

Die Antworten machen deutlich, dass keiner der abgefragten Aspekte eine sehr geringe Bedeutung besitzt. Besonders stark beeinflussen die Hausärzte, die Angehörigen sowie das Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung, ob es in der letzten Lebensphase zu Verlegungen kommt (Tab. 4a).

Tab. 4a: Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig)

	Zusammenarbeit mit Hausärzten	Zusammenarbeit mit den Angehörigen	Zusammenarbeit mit SAPV	Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	Personalausstattung	Qualifikation des Personals	Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung
Mittelwert	4,6	4,3	3,4	3,3	2,7	3,0	4,5

Auf eine offene Frage nach weiteren Verbesserungsvorschlägen in Bezug auf die bestehende Verlegungspraxis wurden sechs Antworten gegeben. Drei der Antworten thematisierten das ärztliche Umfeld: Während zwei Antworten sich darauf bezogen, dass Haus- und Klinikärzte entweder selbst schlecht informiert seien oder/und den Angehörigen schlechten Rat geben würden („Umfangreichere Aufklärung von Ärzten im KH, welche immer wieder den Satz zu den Angehörigen sagen 'wollen sie Vater oder Mutter verhungern oder verdursten lassen'“), problematisierte eine andere Antwort, dass auf dem Land qualifizierte Palliativ-Fachärzte fehlten. Zwei weitere Antworten nannten fehlende Patientenverfügungen als Problem. Zusätzlich wurde einmal die Einschätzung genannt, dass im hohen Alter unnötigerweise PEG Sonden gelegt werden.

5.b Krankenhäuser

Auch in den Krankenhäusern wird keiner der genannten Aspekte als unwichtig bewertet. Die Angehörigen werden auch in diesem Fragenblock als wichtigster Treiber für Verlegungen genannt, aber auch Patientenverfügungen spielen eine wichtige Rolle. Eine gute Zusammenarbeit mit SAPV und Hospizgruppe sind wichtige Voraussetzungen um Verlegungen zu ermöglichen (Tab. 4b).

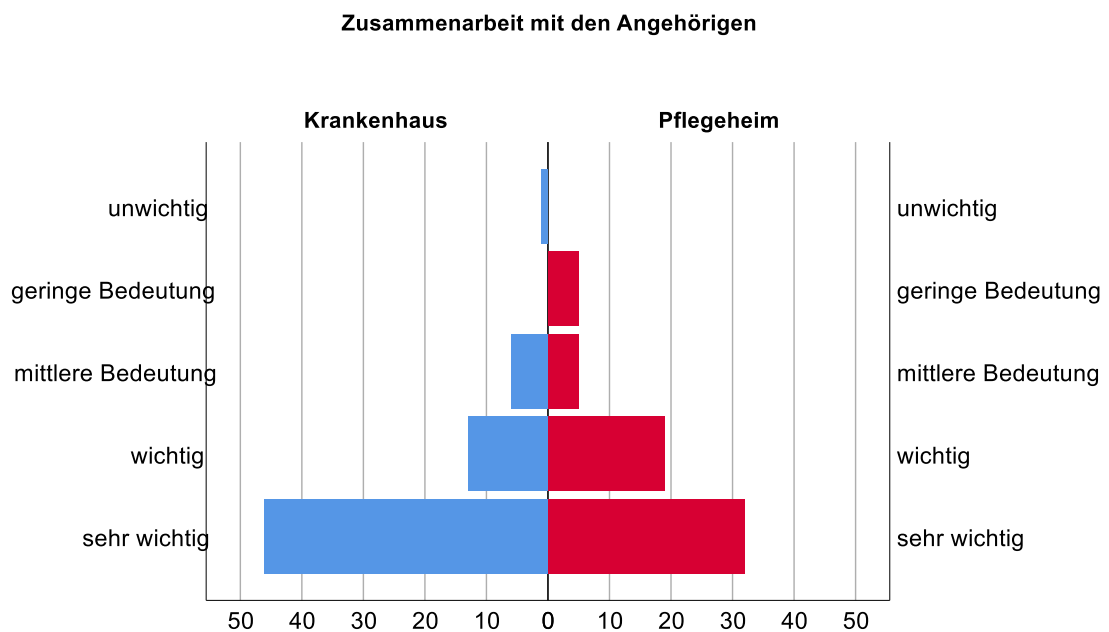
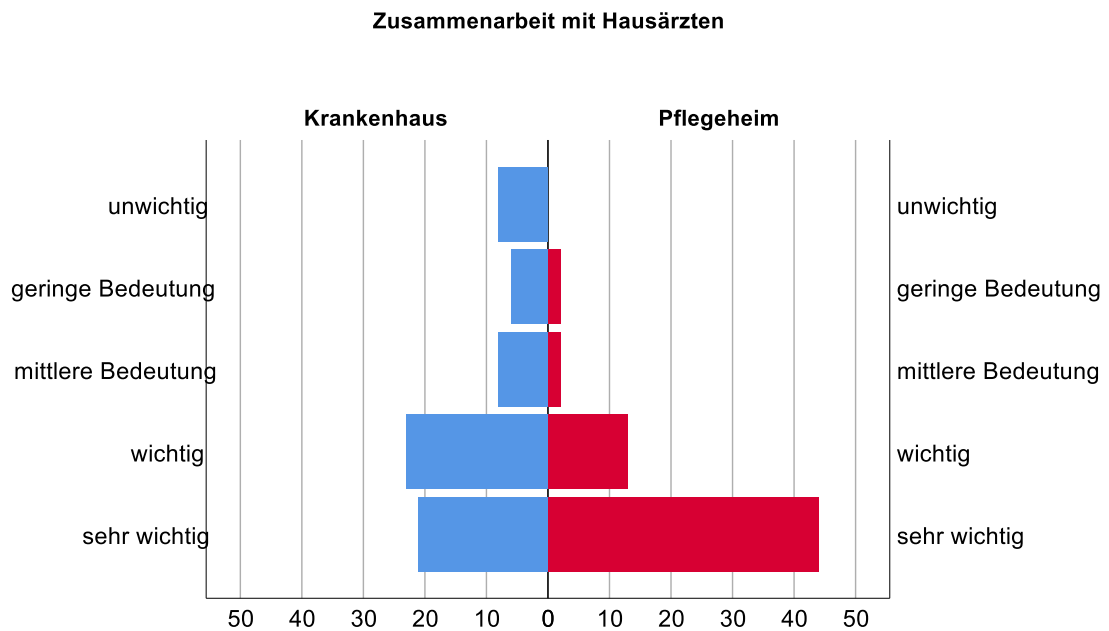
Tab. 4b: Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus? (Mittelwerte; 1=unwichtig bis 5=sehr wichtig)

	Zusammenarbeit mit Hausärzten	Zusammenarbeit mit den Angehörigen	Zusammenarbeit mit SAPV	Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	Personalausstattung	Qualifikation des Personals	Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung
Mittelwert	3,7	4,6	4,0	3,8	3,2	3,6	4,0

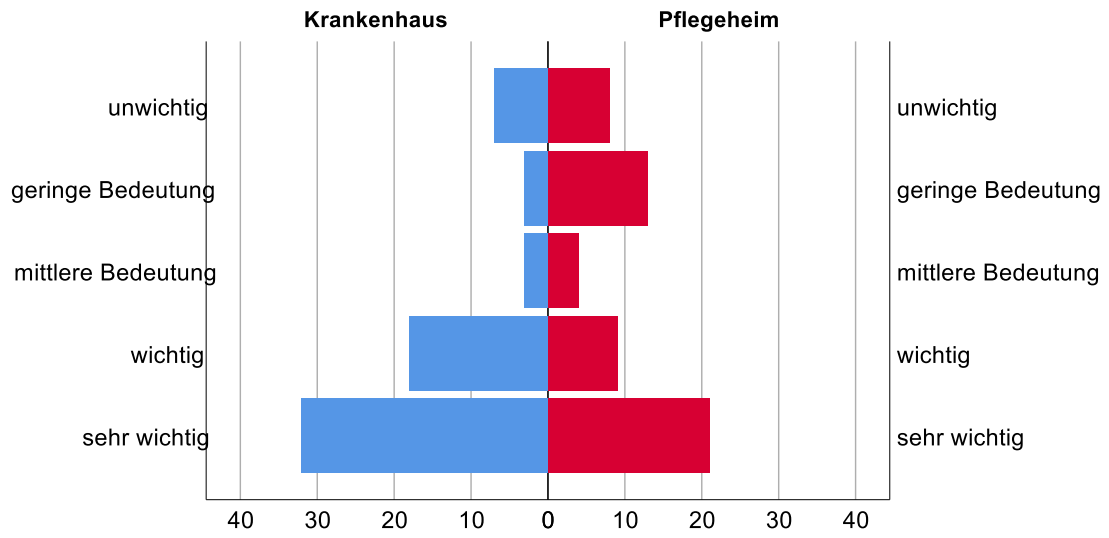
In den acht Freitextantworten zu diesem Frageblock wurden als zusätzliche Aspekte palliative Verlegungen aus Krankenhäuser in Pflegeheime genannt, weiterhin wurde die Notwendigkeit einer vorausschauenen Planung angesprochen.

5.c Detaillierte, vergleiche Darstellung

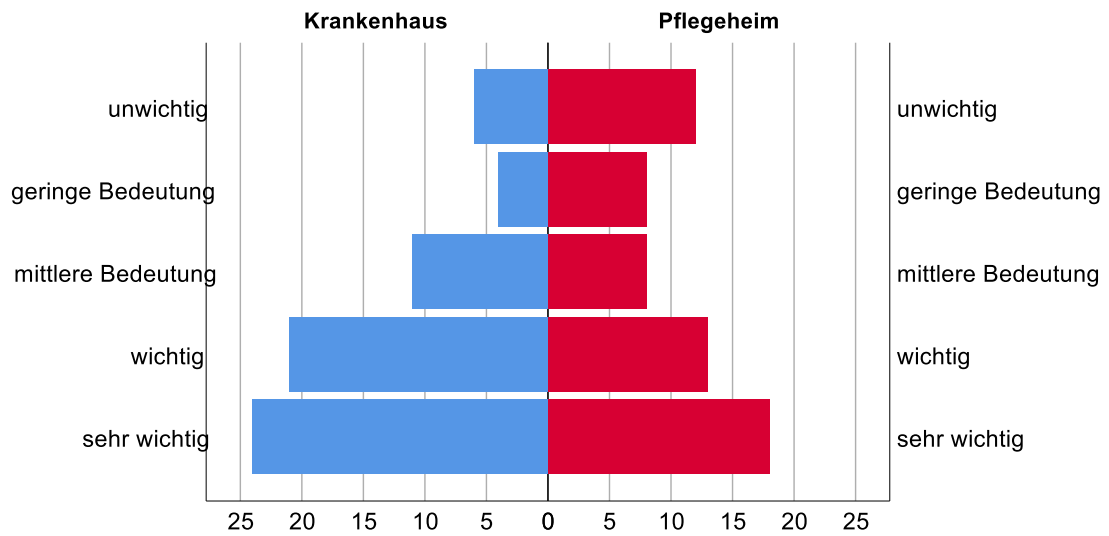
Die folgenden Grafiken zeigen das detaillierte Antwortverhalten für die sieben Variablen der Skala. Dargestellt sind die Anzahlen der Antworten nach Variable und Herkunft der Daten (Heim versus Klinik), getrennt für alle Antwortoptionen.



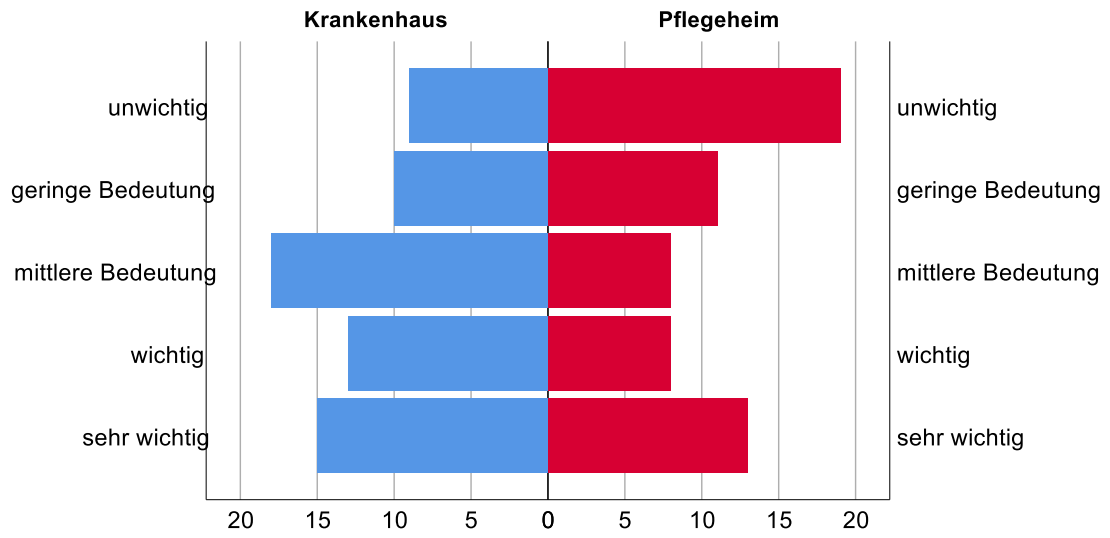
Zusammenarbeit mit SAPV



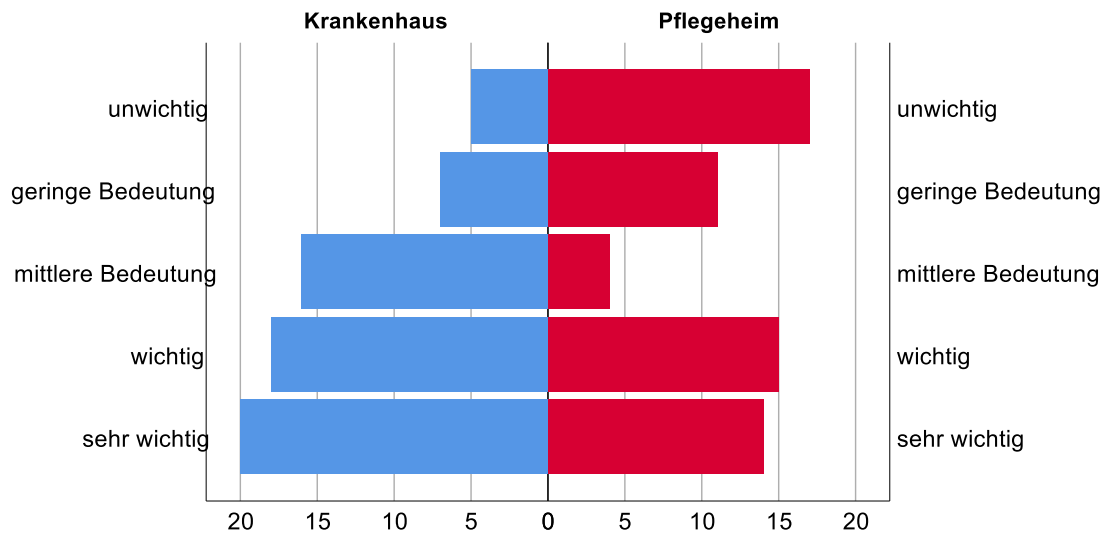
Zusammenarbeit mit Hospizgruppe



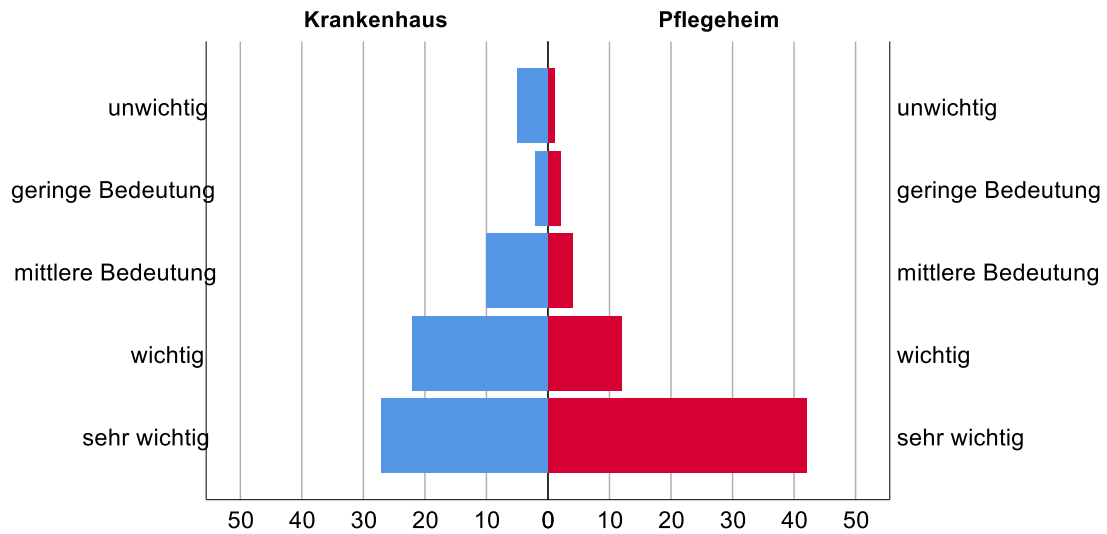
Personalausstattung



Qualifikation des Personals



Vorliegen einer Patientenverfügung



Zusammenfassung

Zusammenfassend ergibt sich für die Pflegeheime das Bild, dass es insbesondere vier typische Gründe sind, die zu Verlegungen in der letzten Lebensphase, die meist in ein Krankenhaus erfolgen, führen:

- das Auftreten von gesundheitlichen Problemen, die im Heim nicht behandelt werden können;
- der Hausarzt wirkt auf eine Verlegung hin;
- Angehörige wirken auf eine Verlegung hin;
- das Fehlen einer Patientenverfügung.

Die vier Gründe scheinen eng miteinander verwoben zu sein: Gerade dann, wenn gesundheitliche Probleme auftreten, die im Krankenhaus besser behandelt werden können als im Heim, wirken Hausärzte, aber auch Angehörige, auf Verlegungen hin. Wenn absehbar ist, dass es sich um die allerletzte Lebensphase handelt, kann eine Patientenverfügung hemmend auf diesen Verlegungsprozess wirken – oder umgekehrt formuliert: Das Fehlen einer Patientenverfügung könnte den identifizierten typischen Mechanismus unterstützen.

Die Annahme des inhaltlichen Zusammenhangs der vier Gründe und die Identifikation eines typischen Verlegungsmusters kann mit den vorliegenden Daten jedoch nicht überprüft werden und ist Gegenstand weiterer Forschung.

Für die Krankenhäuser ergibt sich inhaltlich ein etwas anderes Bild: Auch hier sind zwar die Angehörigen sowie der Patientenwille ein erheblicher Motivator für Verlegungen in der letzten Lebensphase, die Verlegungen erfolgen jedoch zum großen Teil nicht innerhalb des Krankenhauses, sondern nach Hause. Medizinische Gründe sind im Vergleich zu den Heimen deutlich weniger stark ausgeprägte Gründe für Verlegungen.

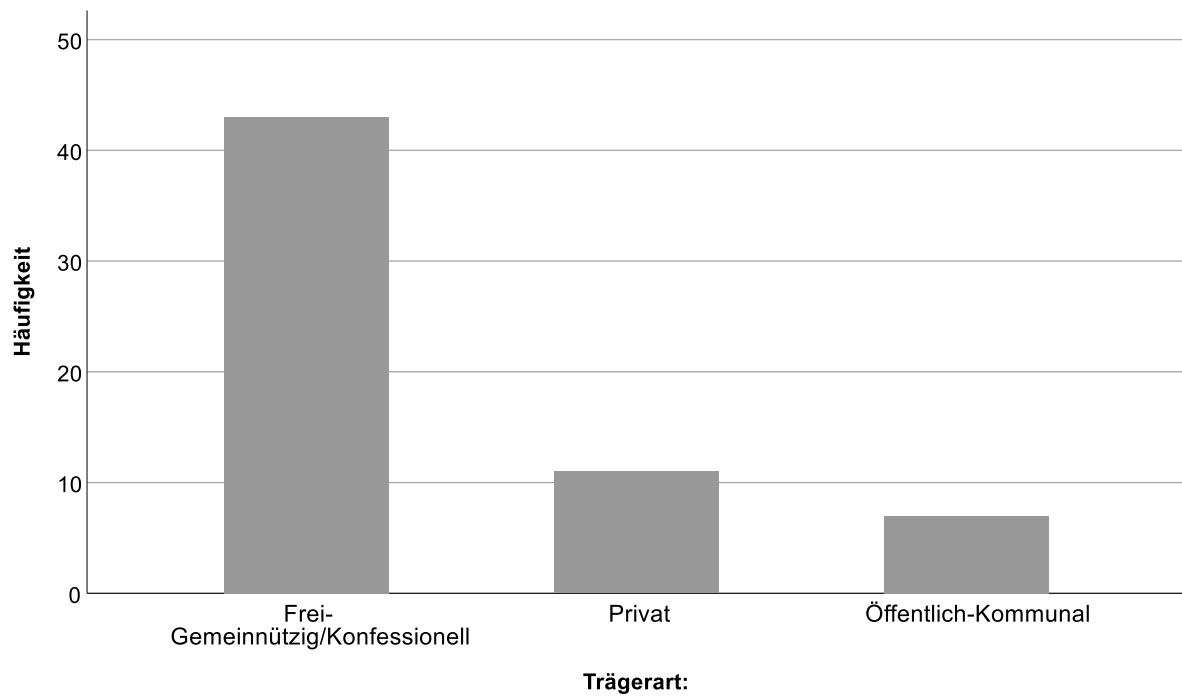
Anhang

(alle Items mit Häufigkeitstabellen und Balkendiagrammen)

A. Pflegeheime

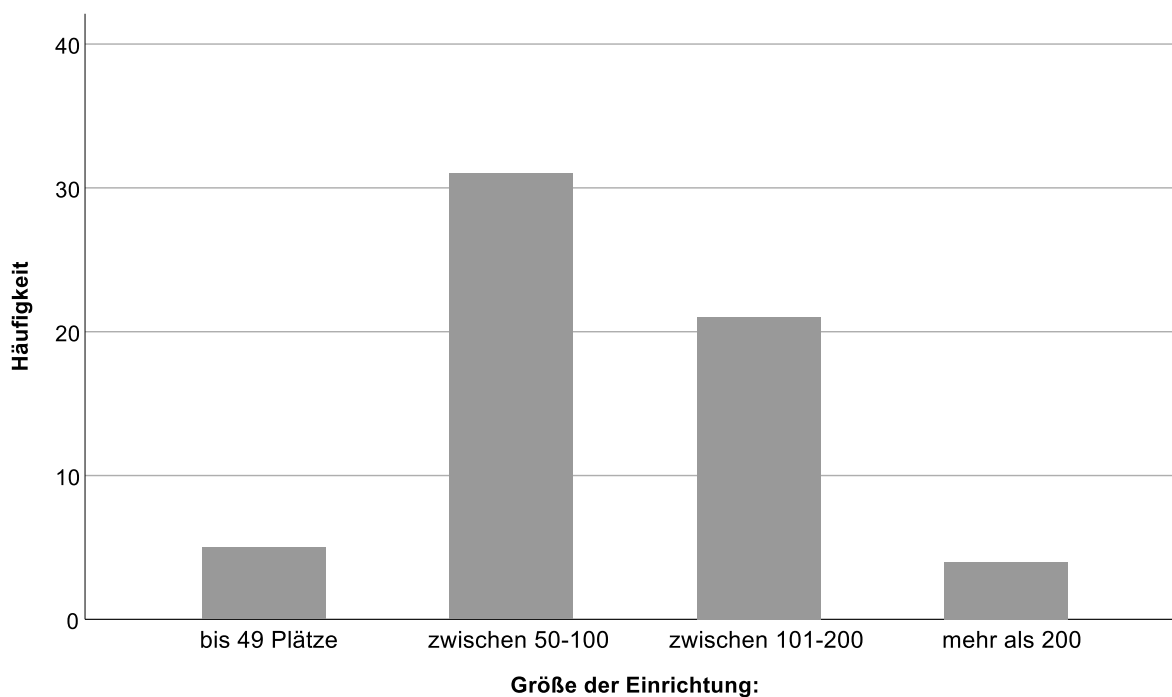
F12 Trägerart:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Frei- Gemeinnützig/Konfessionell	43	70,5	70,5	70,5
	2 Privat	11	18,0	18,0	88,5
	3 Öffentlich-Kommunal	7	11,5	11,5	100,0
	Gesamt	61	100,0	100,0	



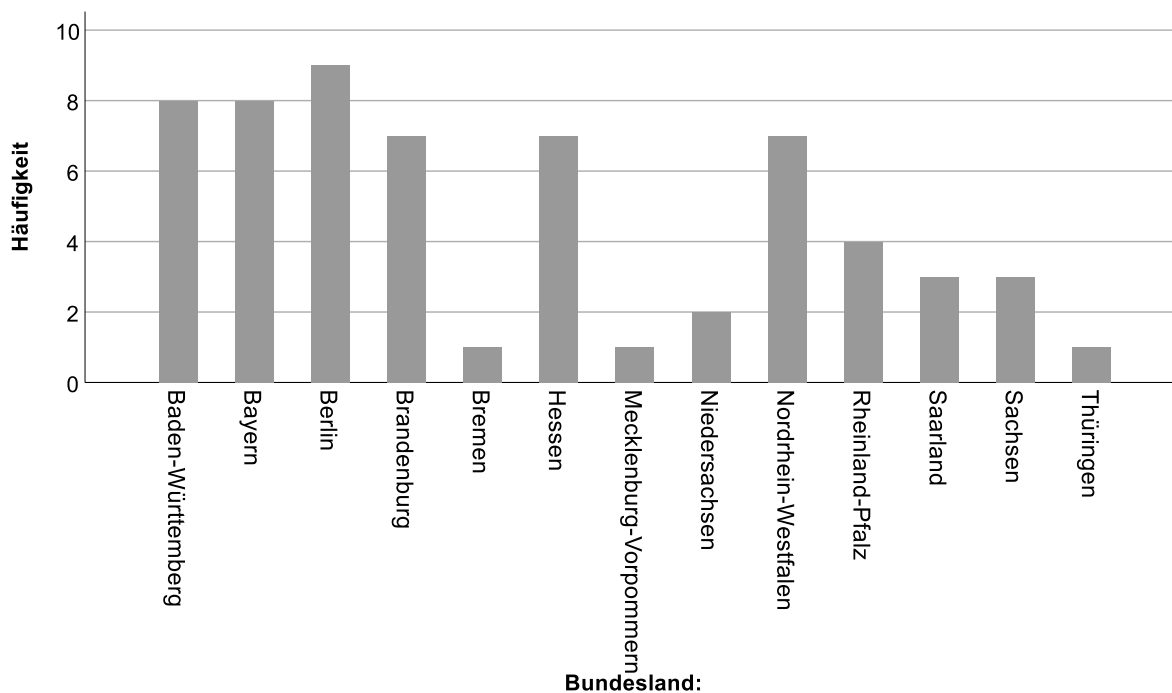
F13 Größe der Einrichtung:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 bis 49 Plätze	5	8,2	8,2	8,2
	2 zwischen 50-100	31	50,8	50,8	59,0
	3 zwischen 101-200	21	34,4	34,4	93,4
	4 mehr als 200	4	6,6	6,6	100,0
	Gesamt	61	100,0	100,0	



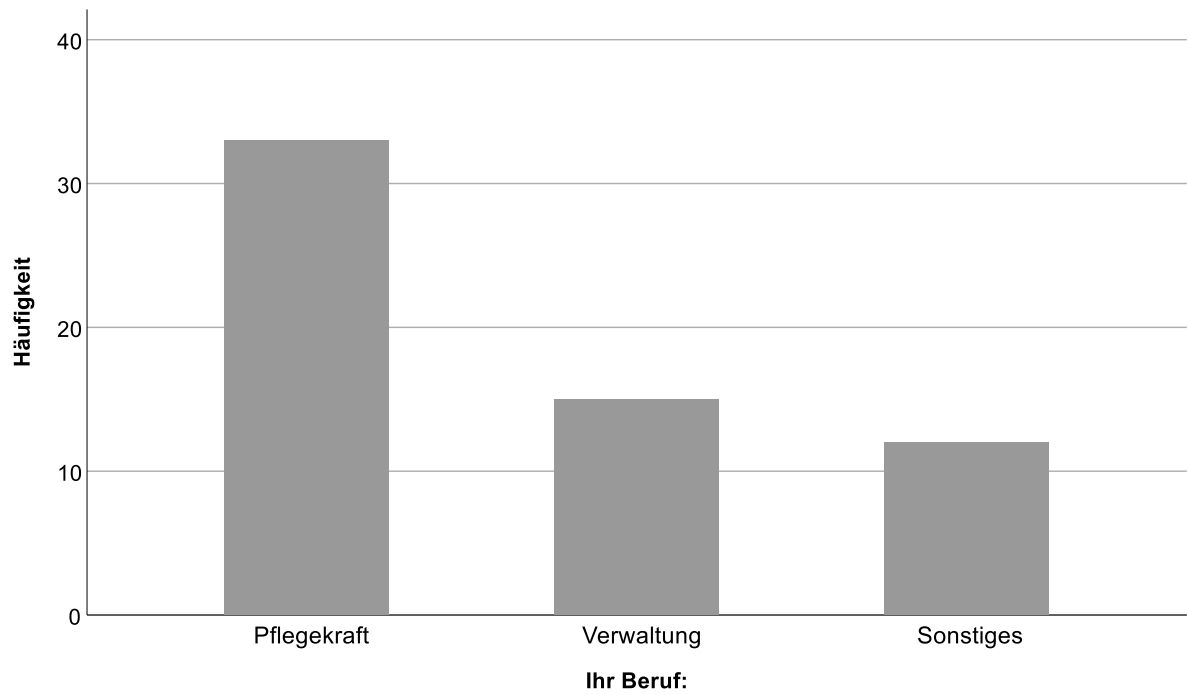
F14 Bundesland:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Baden-Württemberg	8	13,1	13,1	13,1
	2 Bayern	8	13,1	13,1	26,2
	3 Berlin	9	14,8	14,8	41,0
	4 Brandenburg	7	11,5	11,5	52,5
	5 Bremen	1	1,6	1,6	54,1
	7 Hessen	7	11,5	11,5	65,6
	8 Mecklenburg-Vorpommern	1	1,6	1,6	67,2
	9 Niedersachsen	2	3,3	3,3	70,5
	10 Nordrhein-Westfalen	7	11,5	11,5	82,0
	11 Rheinland-Pfalz	4	6,6	6,6	88,5
	12 Saarland	3	4,9	4,9	93,4
	13 Sachsen	3	4,9	4,9	98,4
	16 Thüringen	1	1,6	1,6	100,0
Gesamt		61	100,0	100,0	



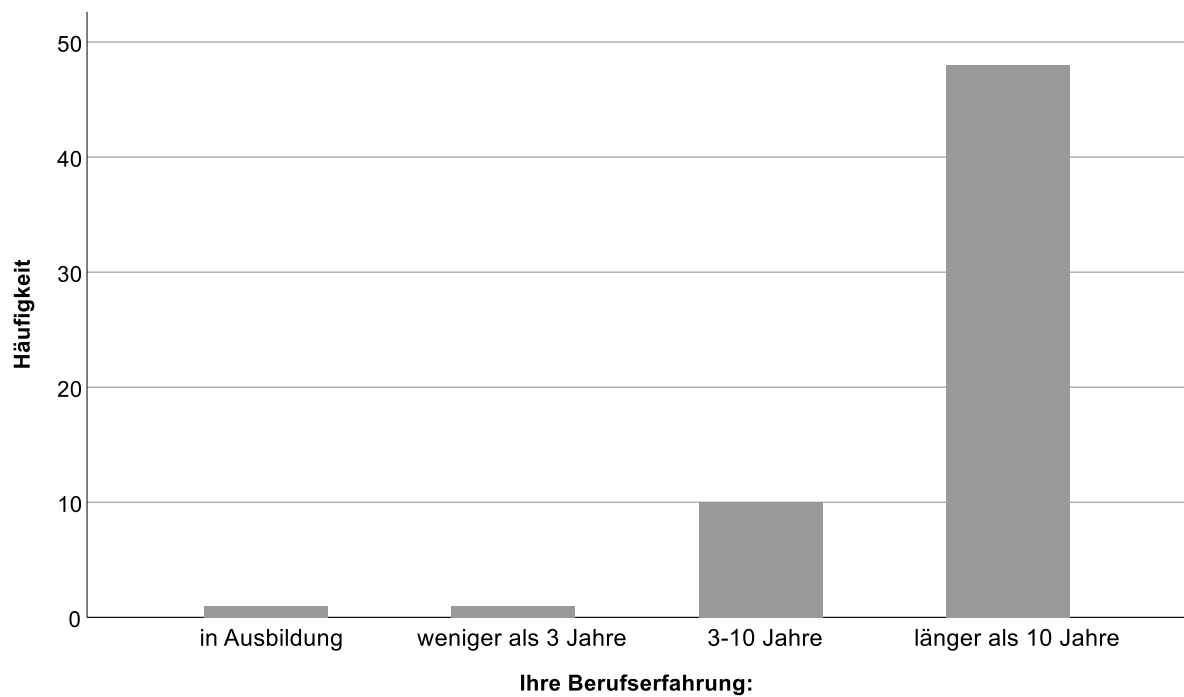
F21 Ihr Beruf:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Pflegekraft	33	54,1	55,0	55,0
	3 Verwaltung	15	24,6	25,0	80,0
	5 Sonstiges	12	19,7	20,0	100,0
	Gesamt	60	98,4	100,0	
Fehlend	System	1	1,6		
Gesamt		61	100,0		



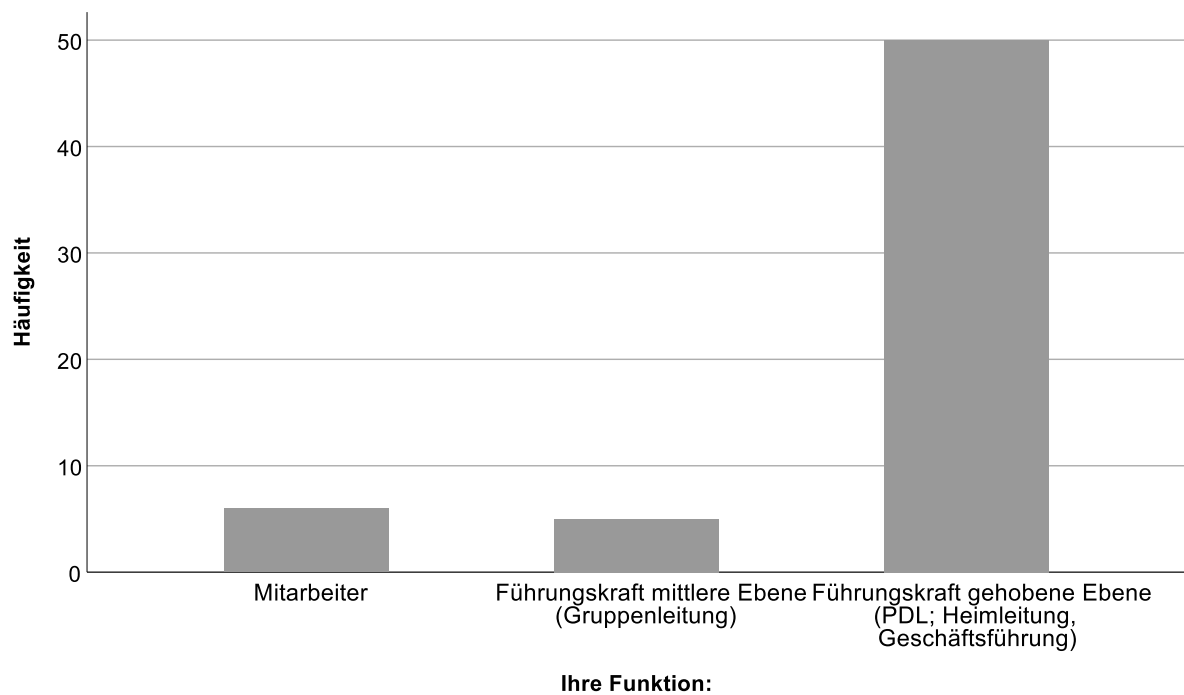
F22 Ihre Berufserfahrung:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 in Ausbildung	1	1,6	1,7	1,7
	2 weniger als 3 Jahre	1	1,6	1,7	3,3
	3 3-10 Jahre	10	16,4	16,7	20,0
	4 länger als 10 Jahre	48	78,7	80,0	100,0
	Gesamt	60	98,4	100,0	
Fehlend	System	1	1,6		
Gesamt		61	100,0		



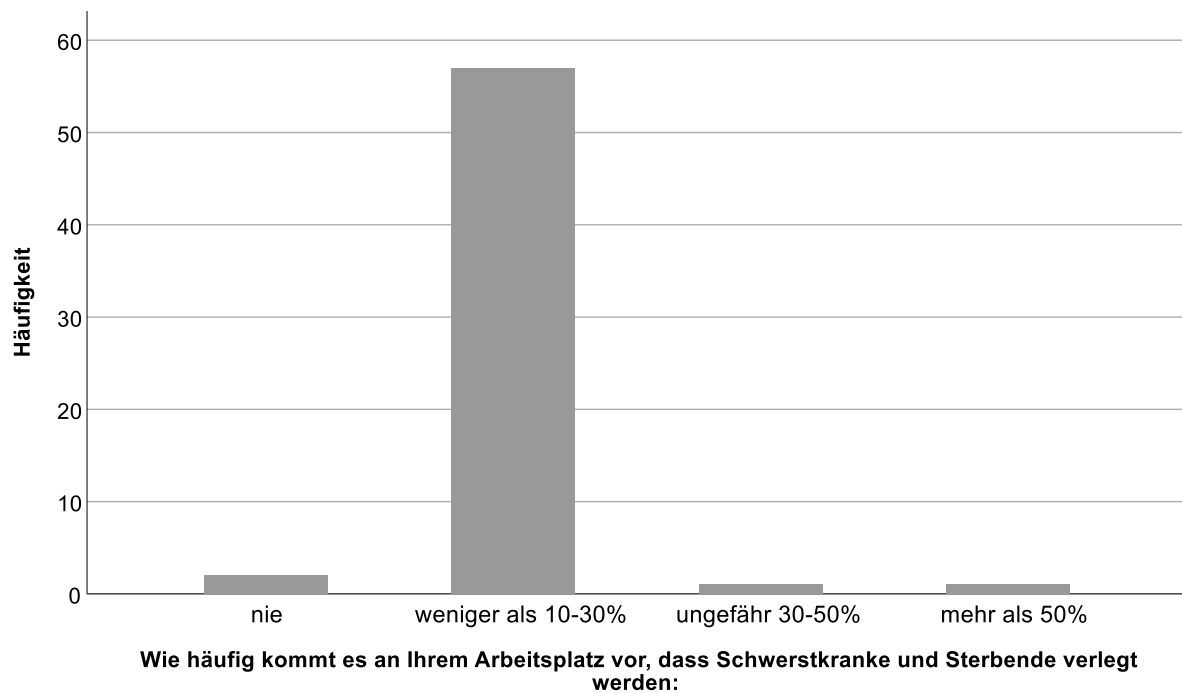
F23 Ihre Funktion:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Mitarbeiter	6	9,8	9,8	9,8
	2 Führungskraft mittlere Ebene (Gruppenleitung)	5	8,2	8,2	18,0
	3 Führungskraft gehobene Ebene (PDL; Heimleitung, Geschäftsführung)	50	82,0	82,0	100,0
Gesamt		61	100,0	100,0	



F31 Wie häufig kommt es an Ihrem Arbeitsplatz vor, dass Schwerstkranke und Sterbende verlegt werden:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 nie	2	3,3	3,3	3,3
	2 weniger als 10-30%	57	93,4	93,4	96,7
	3 ungefähr 30-50%	1	1,6	1,6	98,4
	4 mehr als 50%	1	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	61	100,0	100,0	



F32_1 [Krankenhaus] Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

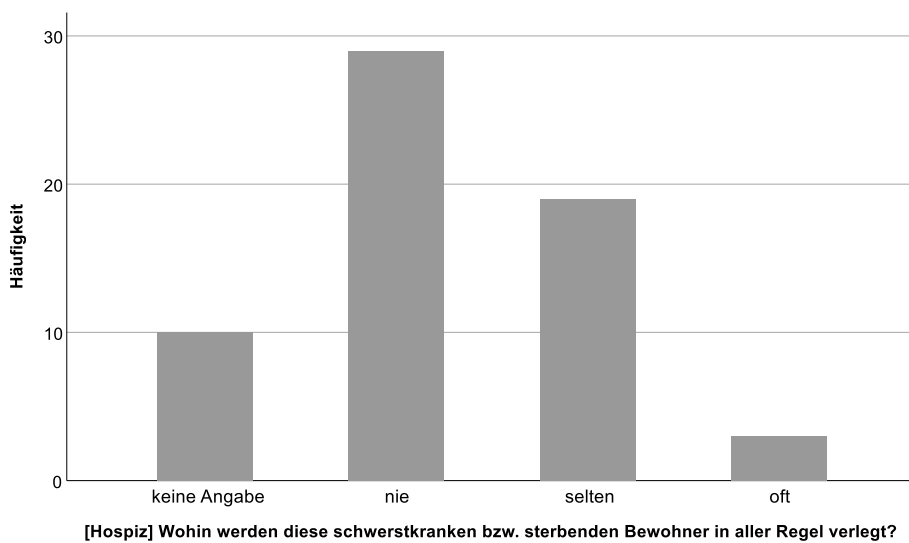
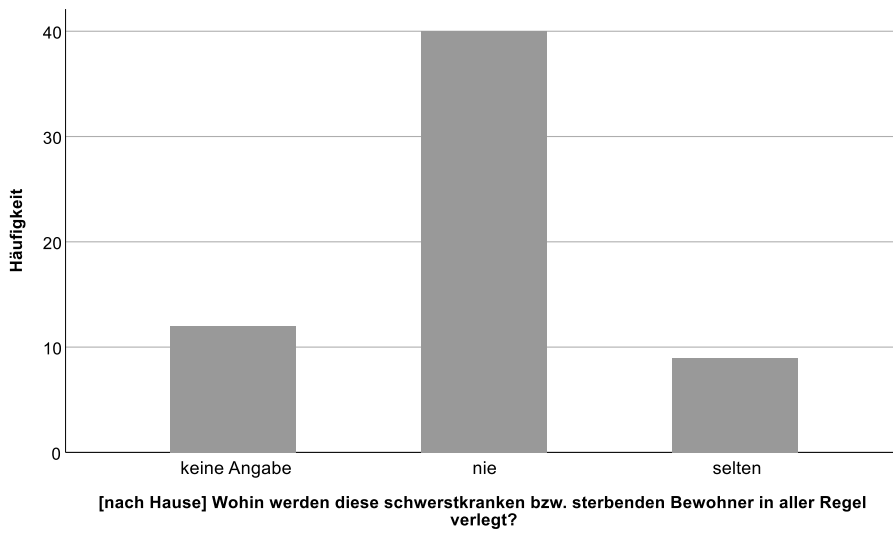
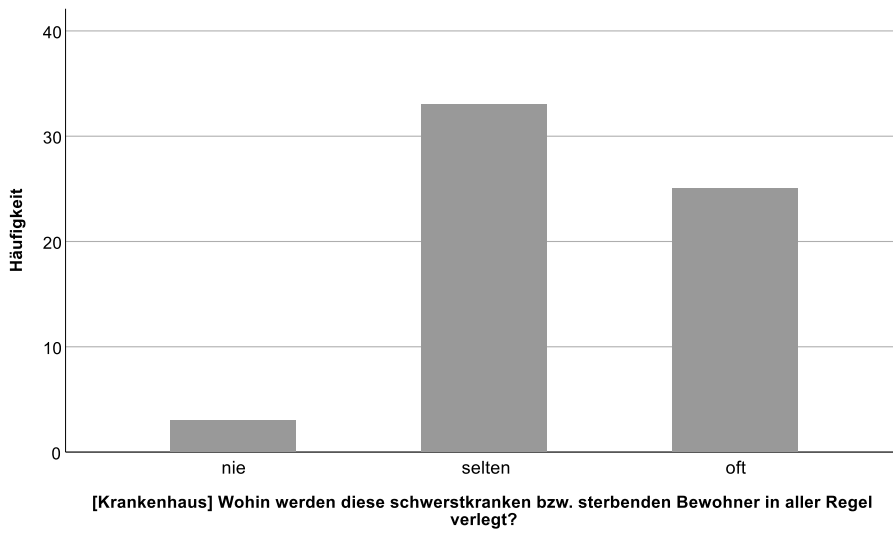
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 nie	3	4,9	4,9
	2 selten	33	54,1	59,0
	3 oft	25	41,0	100,0
	Gesamt	61	100,0	100,0

F32_2 [nach Hause] Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-9 keine Angabe	12	19,7	19,7
	1 nie	40	65,6	85,2
	2 selten	9	14,8	100,0
	Gesamt	61	100,0	100,0

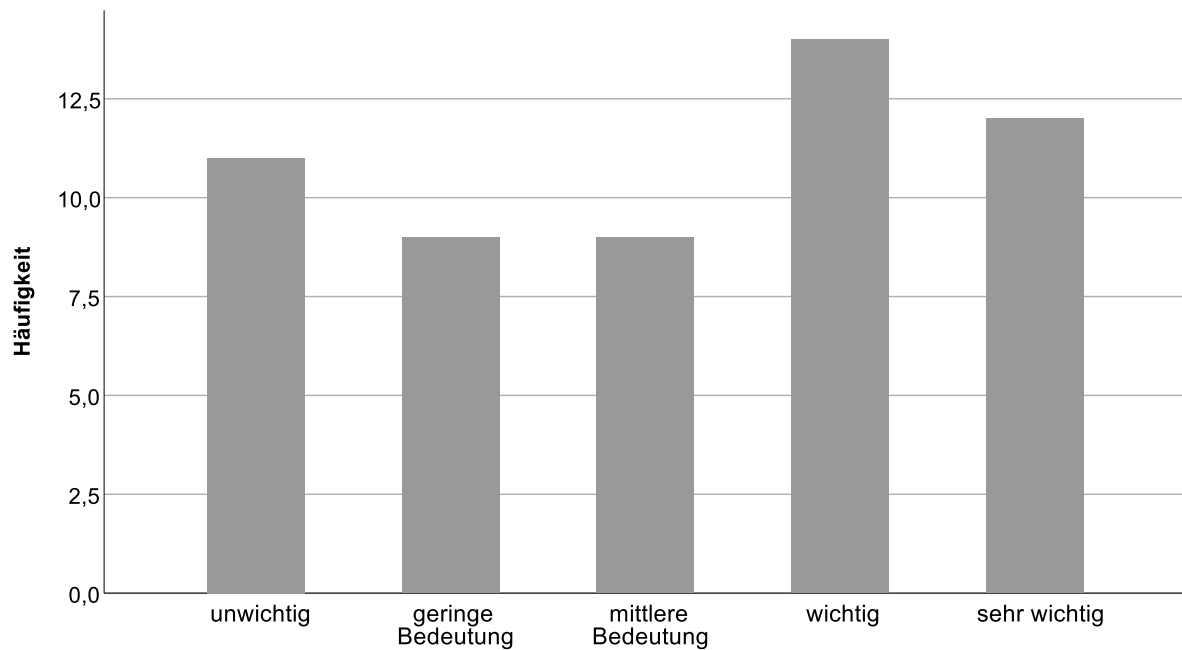
F32_3 [Hospiz] Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-9 keine Angabe	10	16,4	16,4
	1 nie	29	47,5	63,9
	2 selten	19	31,1	95,1
	3 oft	3	4,9	100,0
	Gesamt	61	100,0	100,0

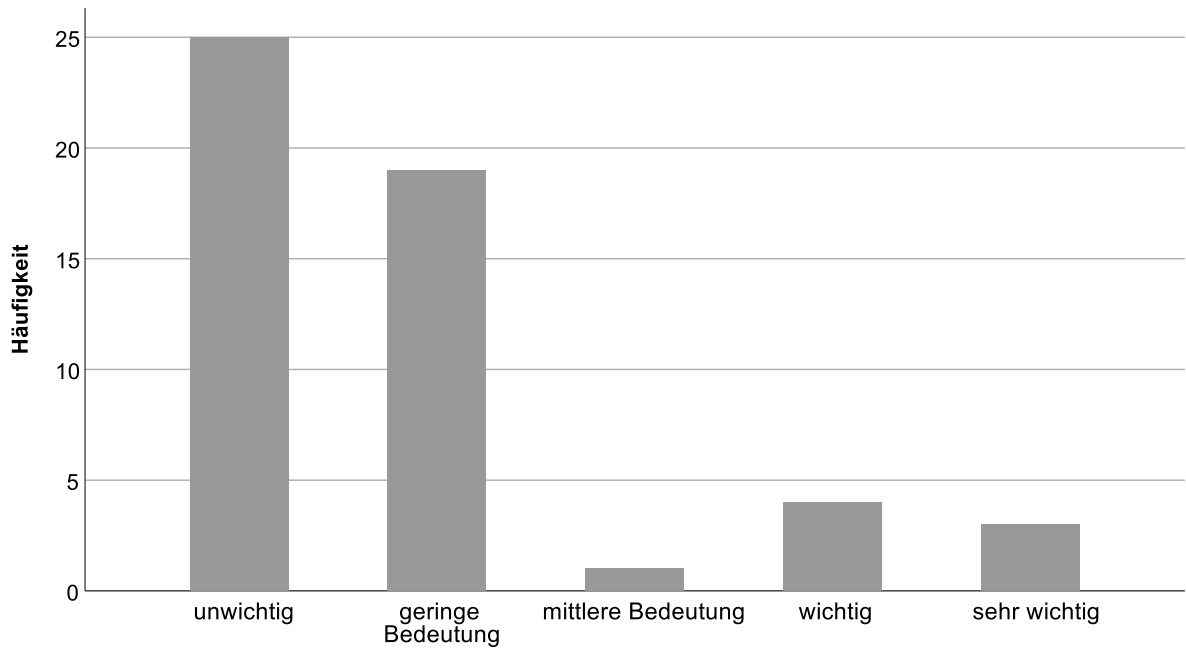


Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?

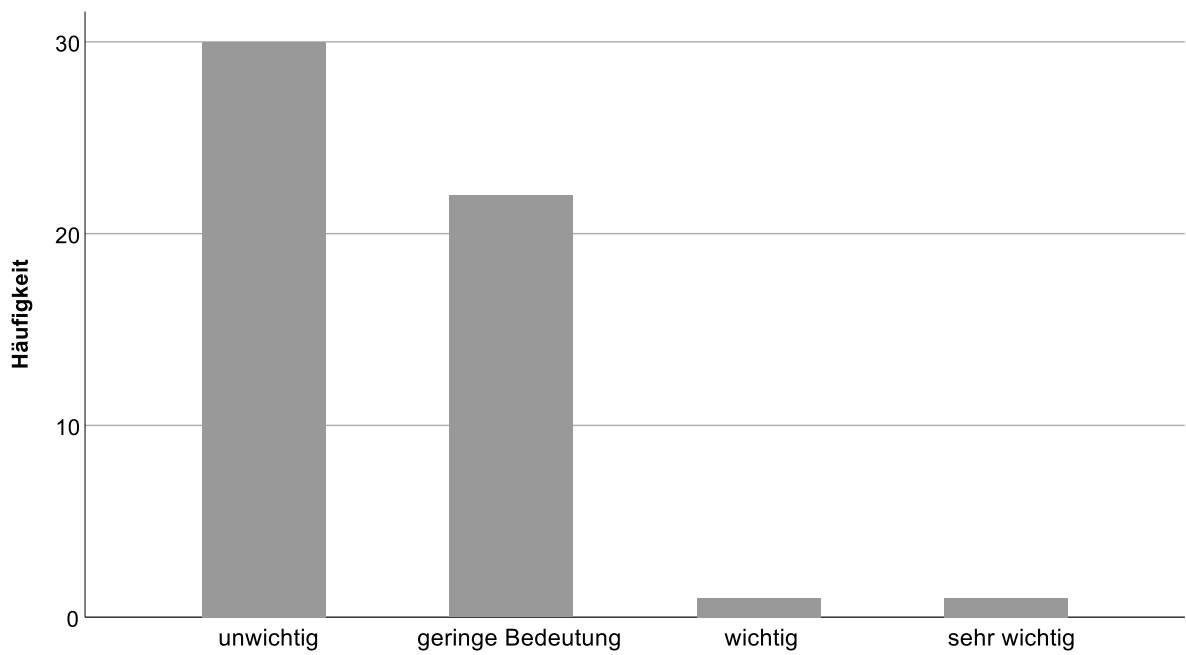
	1 unwichtig	2 geringe Bedeutung	3 mittlere Bedeutung	4 wichtig	5 sehr wichtig
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
[Schmerzzustände]	11	9	9	14	12
[Angst]	25	19	1	4	3
[Traurigkeit bzw. Depression]	30	22	0	1	1
[Unruhe und Verwirrtheit]	26	17	7	2	2
[Atemungsschwierigkeiten und Atemnot]	2	5	7	18	25
[Bestehende Grunderkrankung]	15	11	13	11	6
[Akut auftretende Erkrankung]	3	0	1	15	40



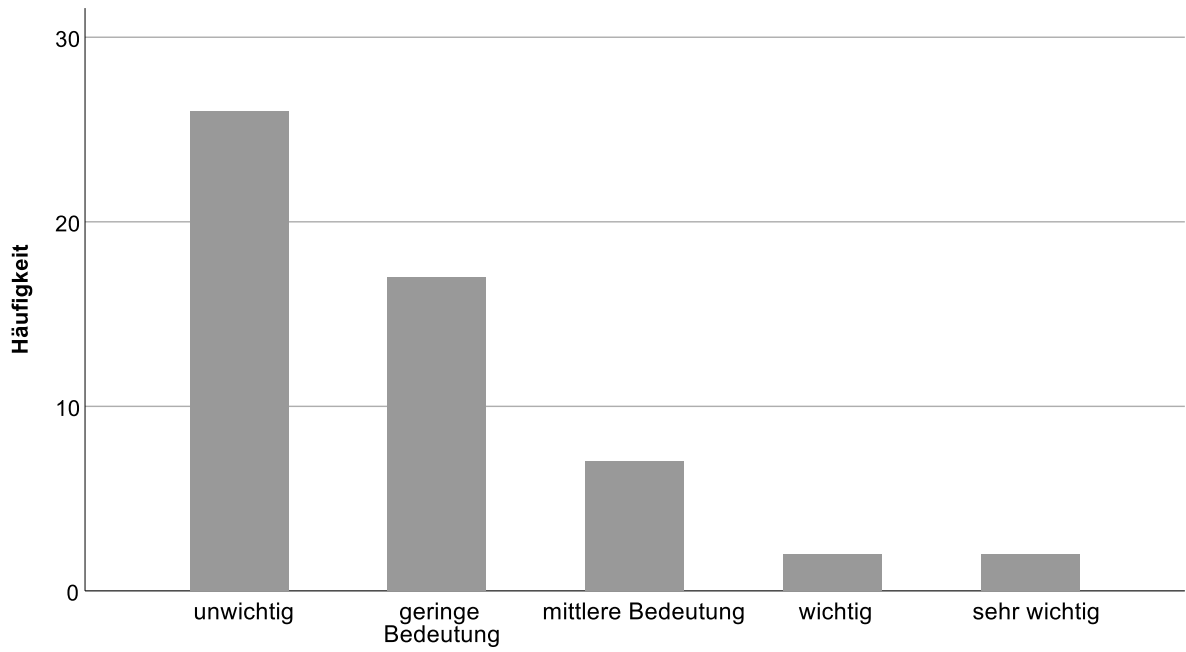
[Schmerzzustände] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



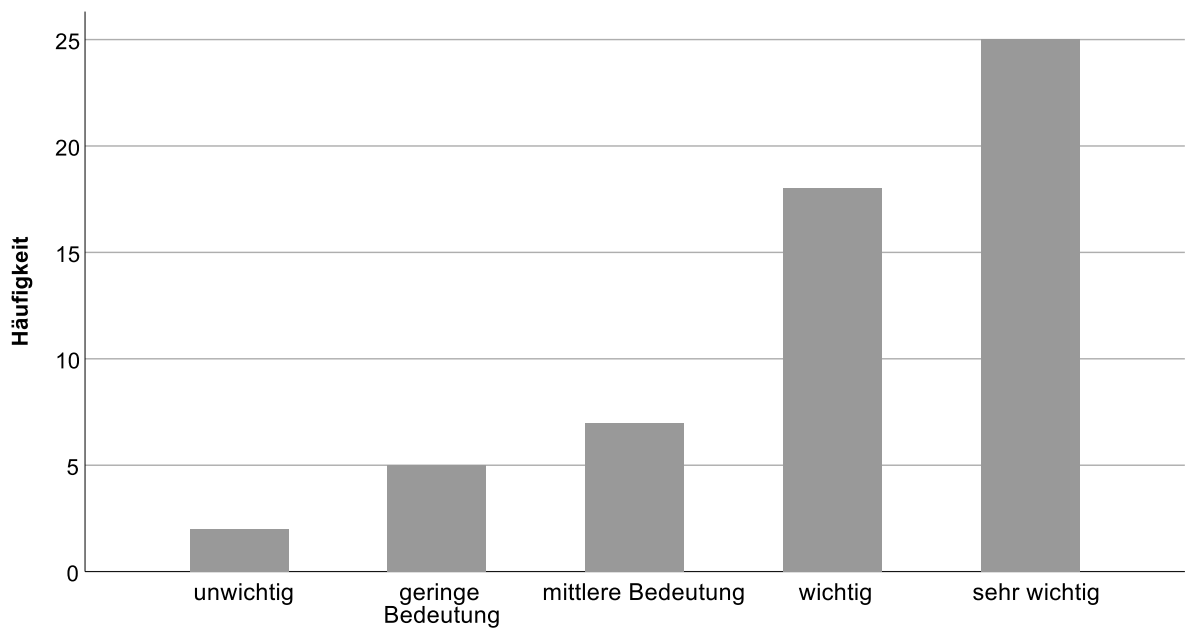
[Angst] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



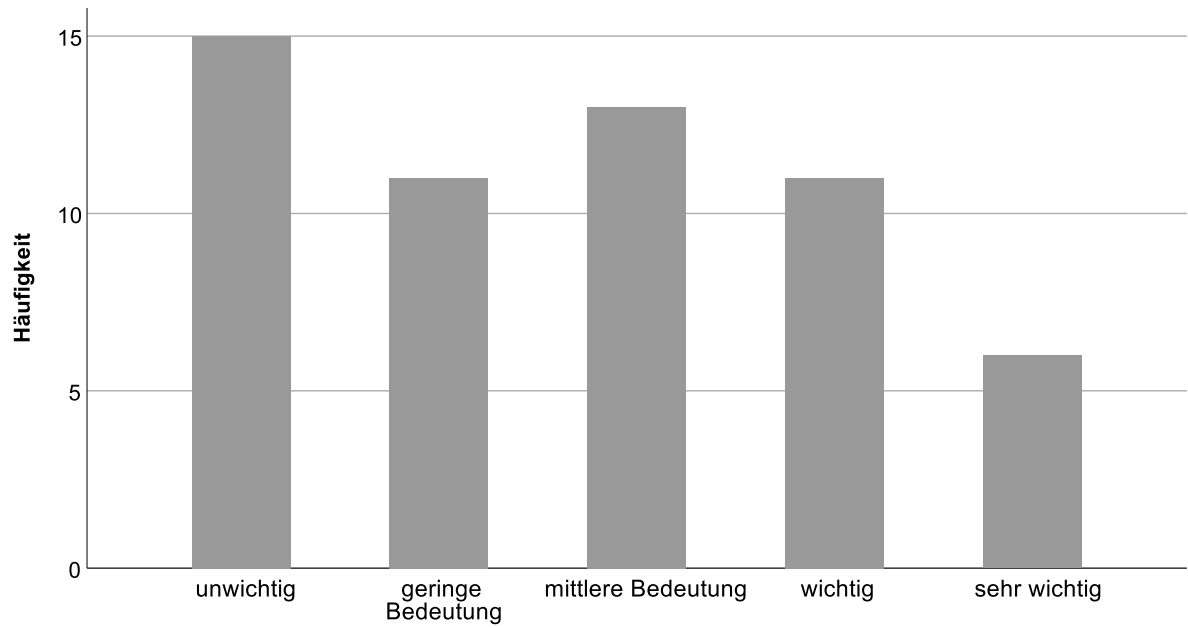
[Traurigkeit bzw. Depression] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



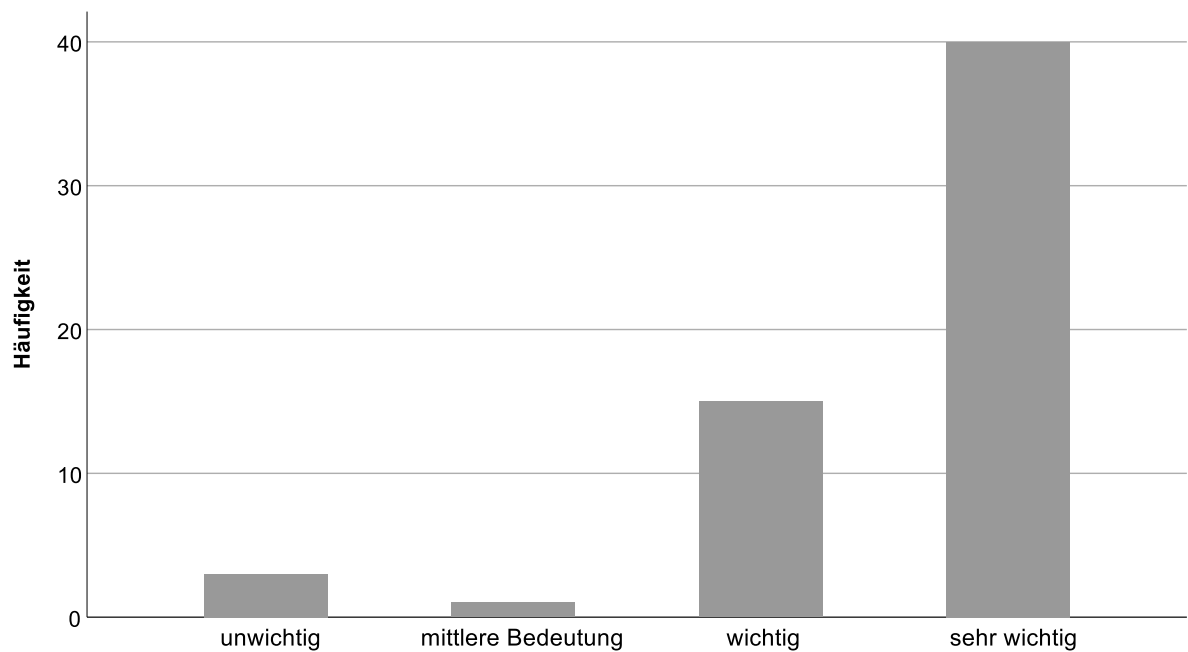
[Unruhe und Verwirrtheit] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



[Atemungsschwierigkeiten und Atemnot] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



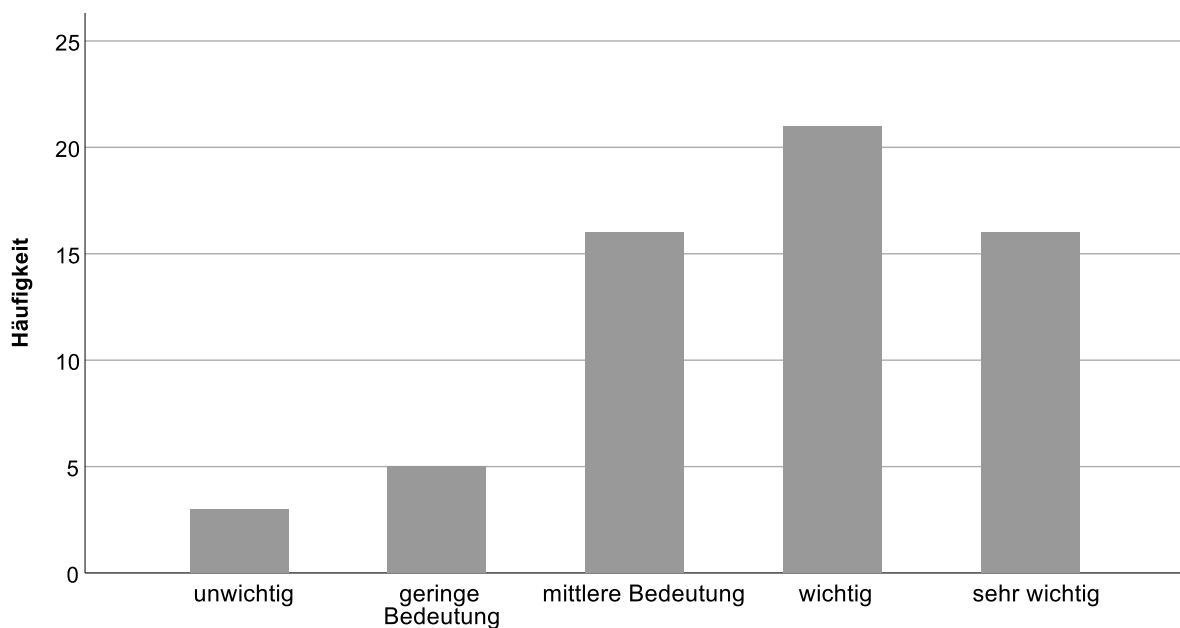
[Bestehende Grunderkrankung] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



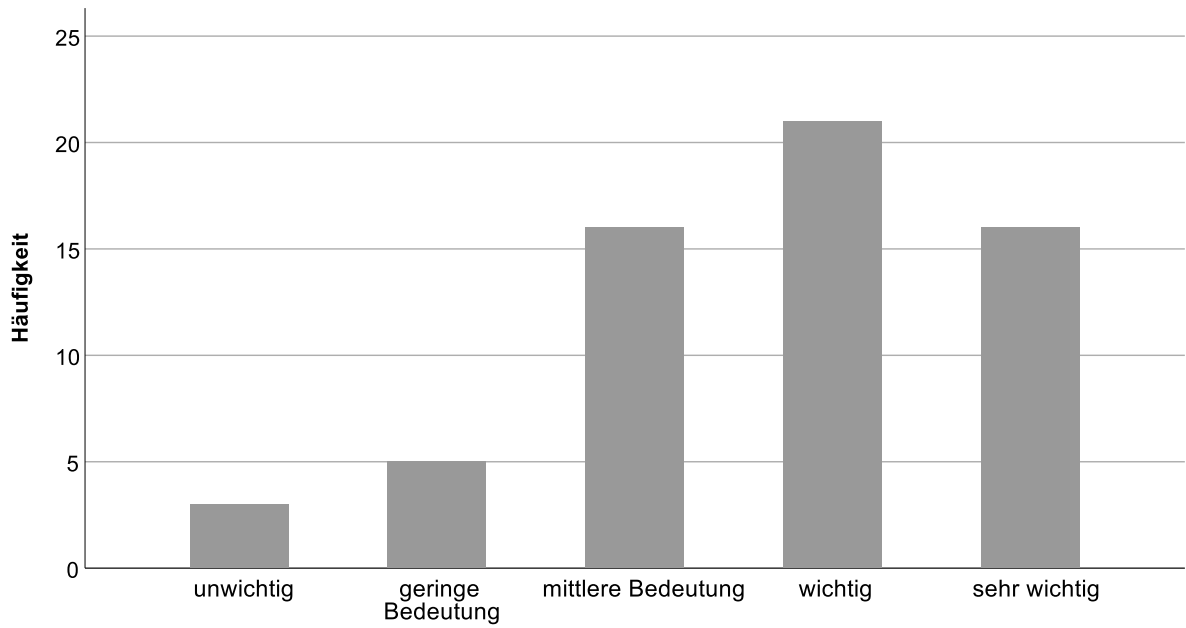
[Akut auftretende Erkrankung] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?

Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?

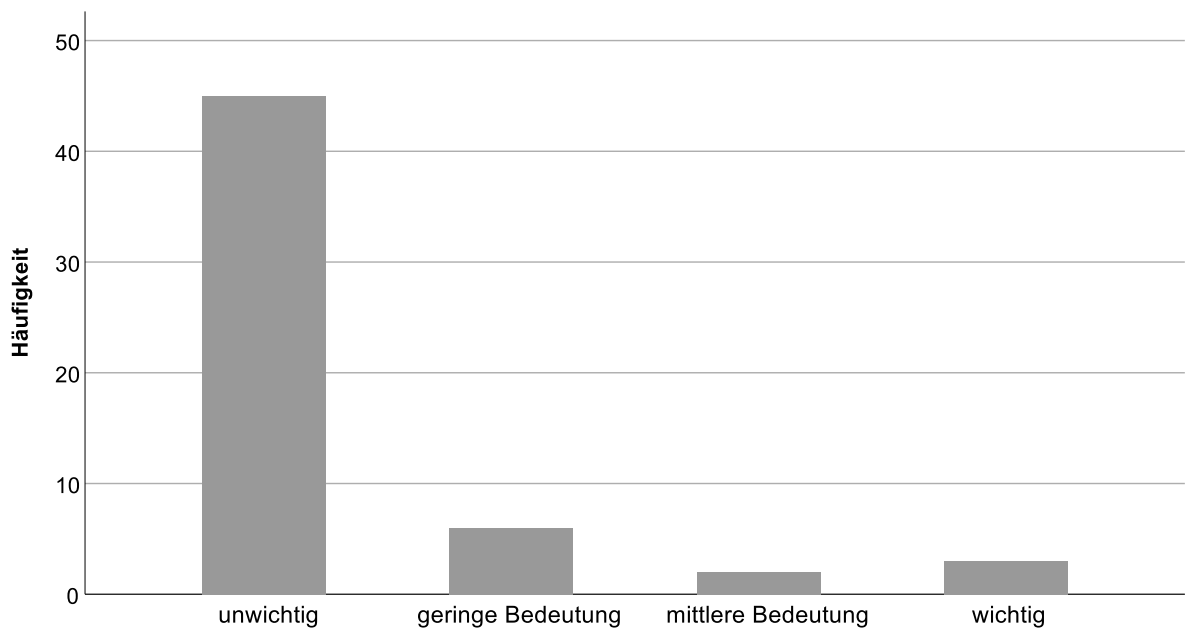
	1 unwichtig	2 geringe Bedeutung	3 mittlere Bedeutung	4 wichtig	5 sehr wichtig
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	3	5	16	21	16
Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	2	5	14	17	23
Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen	45	6	2	3	0
Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen	31	13	6	7	1



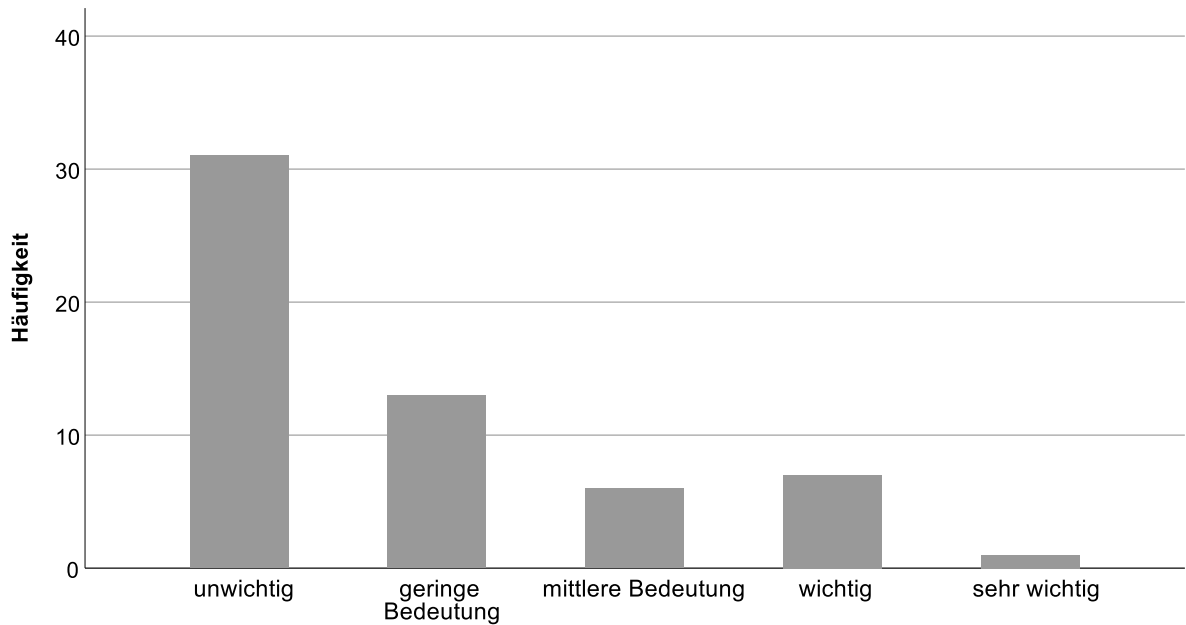
[Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?



[Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?



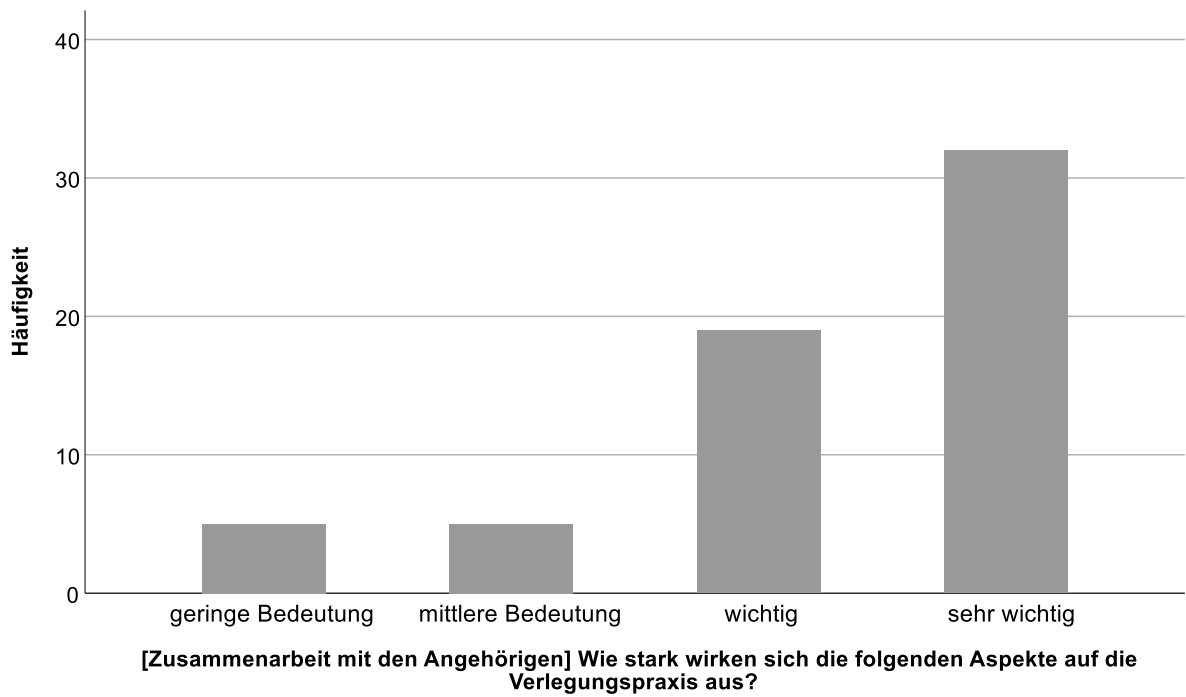
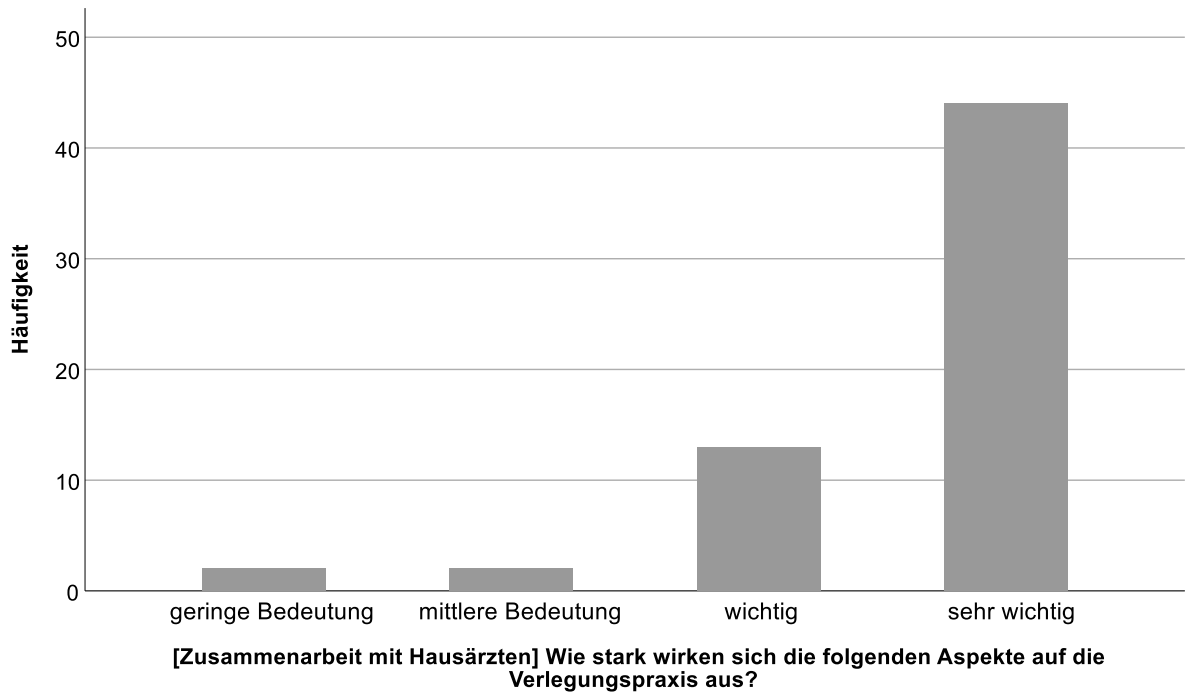
[Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?

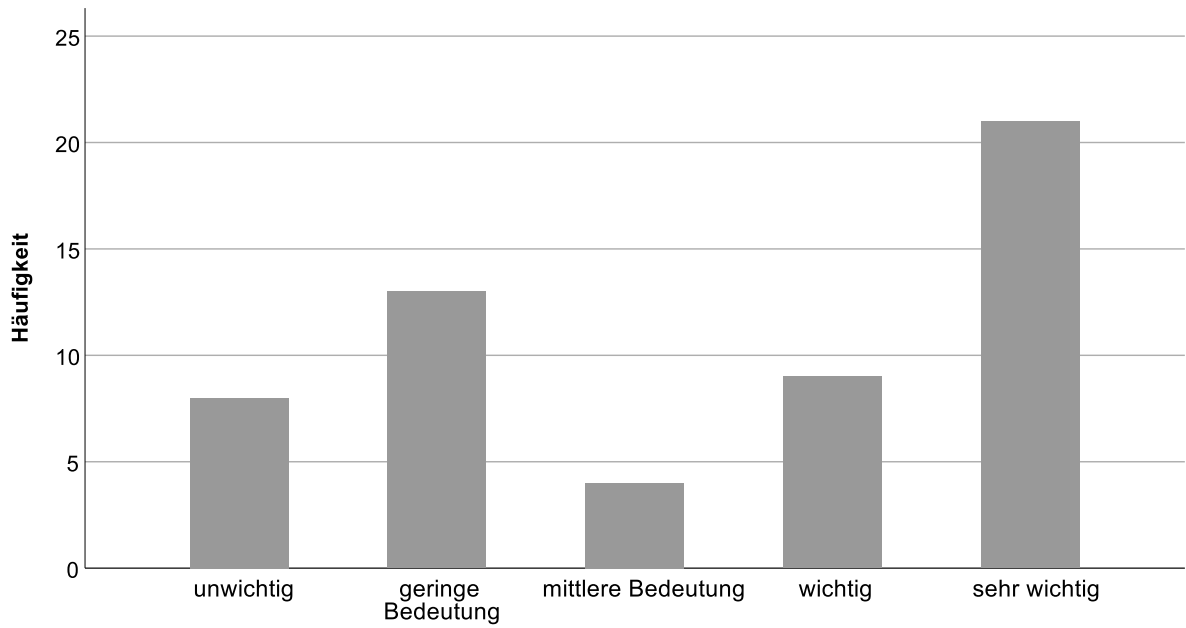


[Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerkranken und Sterbenden gibt es?

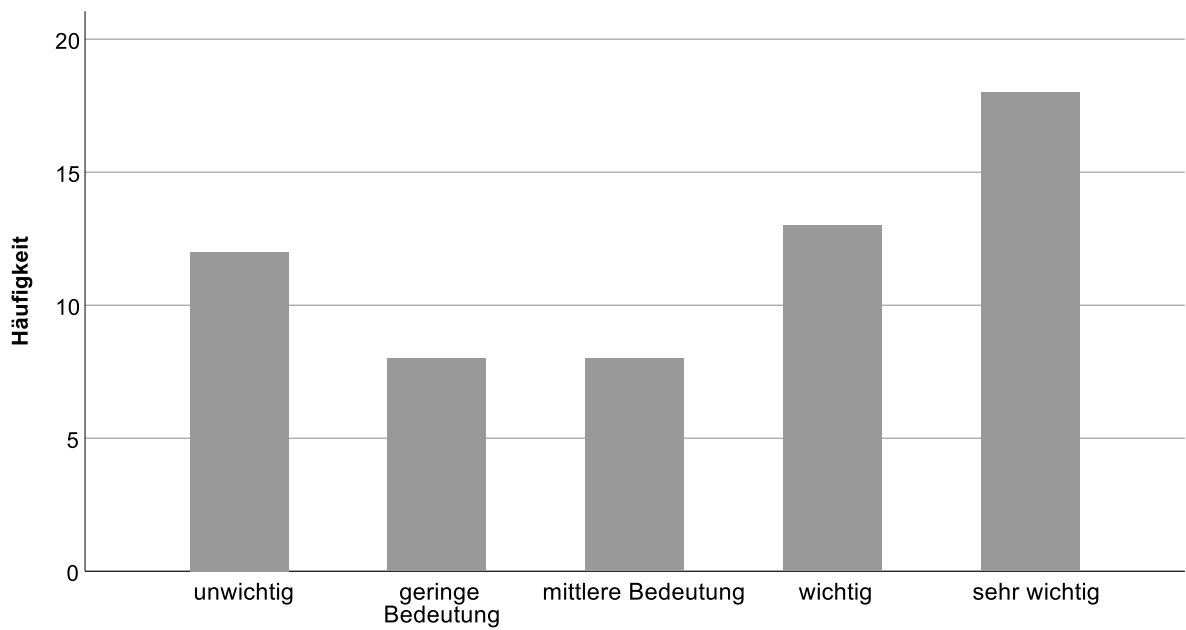
Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?

	1 unwichtig	2 geringe Bedeutung	3 mittlere Bedeutung	4 wichtig	5 sehr wichtig
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Zusammenarbeit mit Hausärzten	0	2	2	13	44
Zusammenarbeit mit den Angehörigen	0	5	5	19	32
Zusammenarbeit mit SAPV	8	13	4	9	21
Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	12	8	8	13	18
Personalausstattung	19	11	8	8	13
Qualifikation des Personals	17	11	4	15	14
Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung	1	2	4	12	42

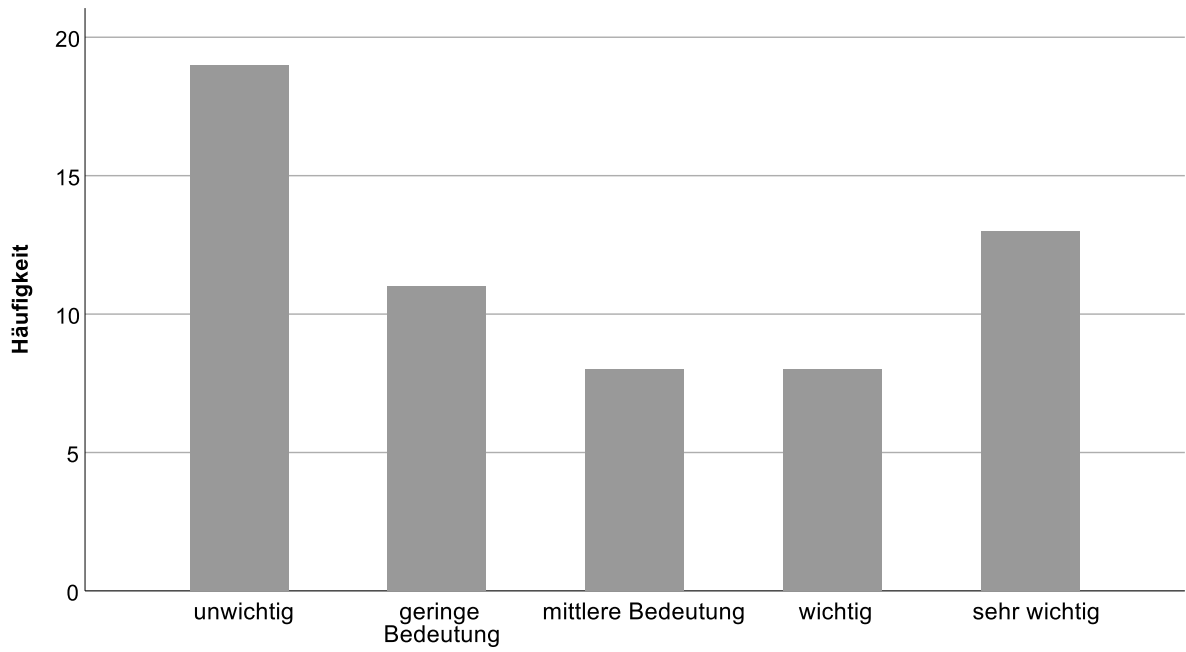




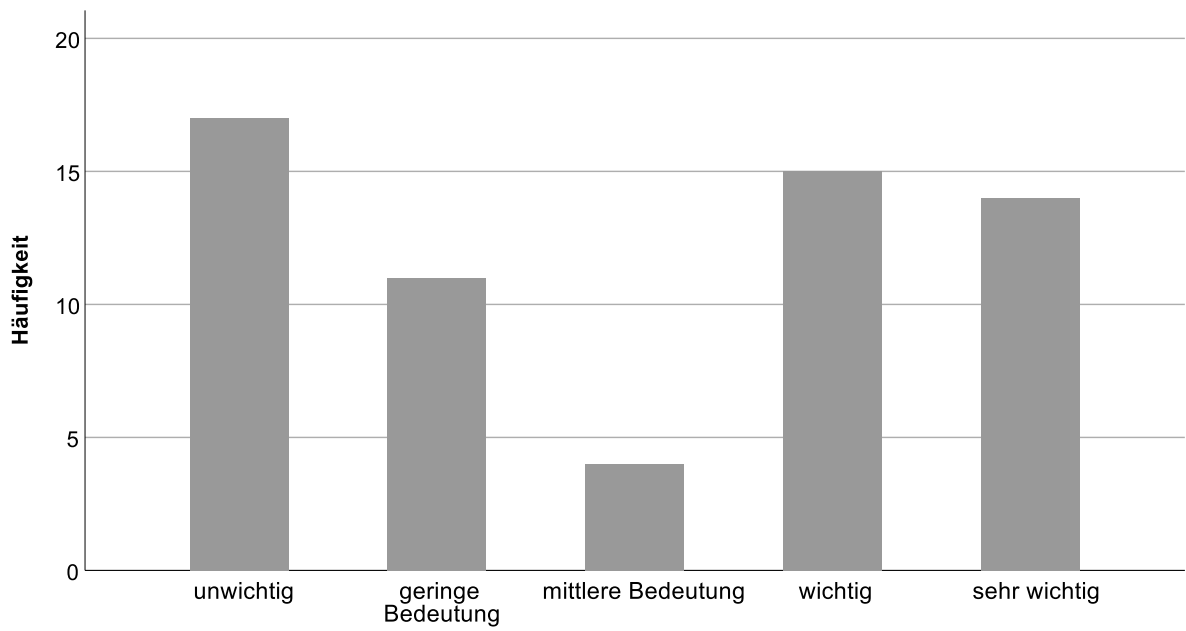
[Zusammenarbeit mit SAPV] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



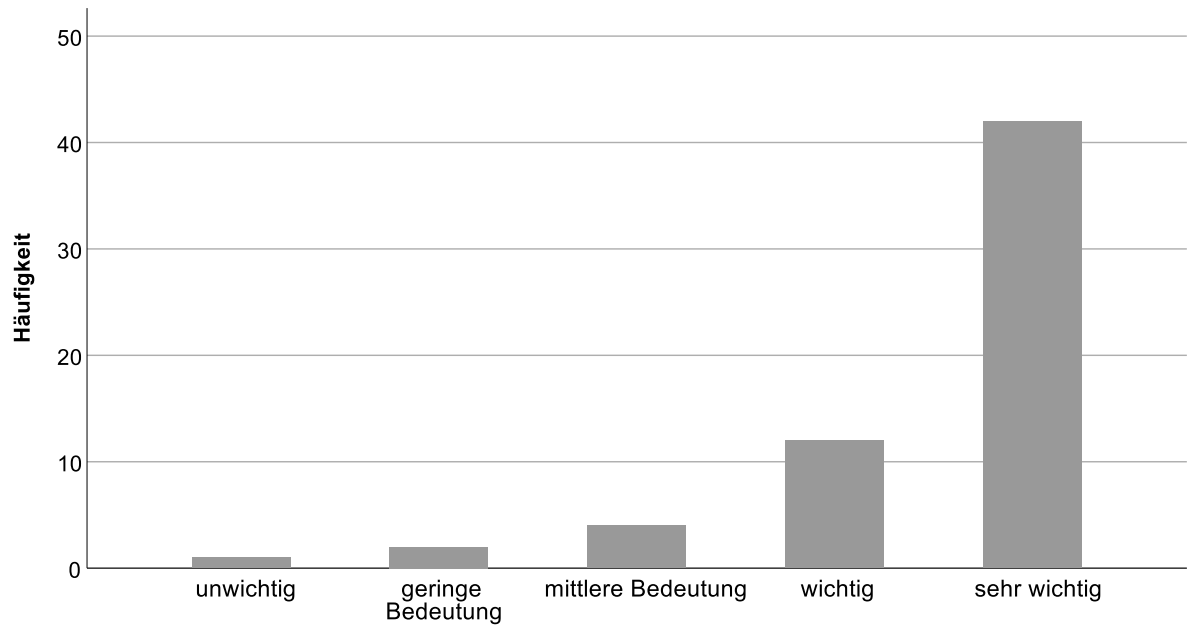
[Zusammenarbeit mit Hospizgruppe] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



[Personalausstattung] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



[Qualifikation des Personals] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?

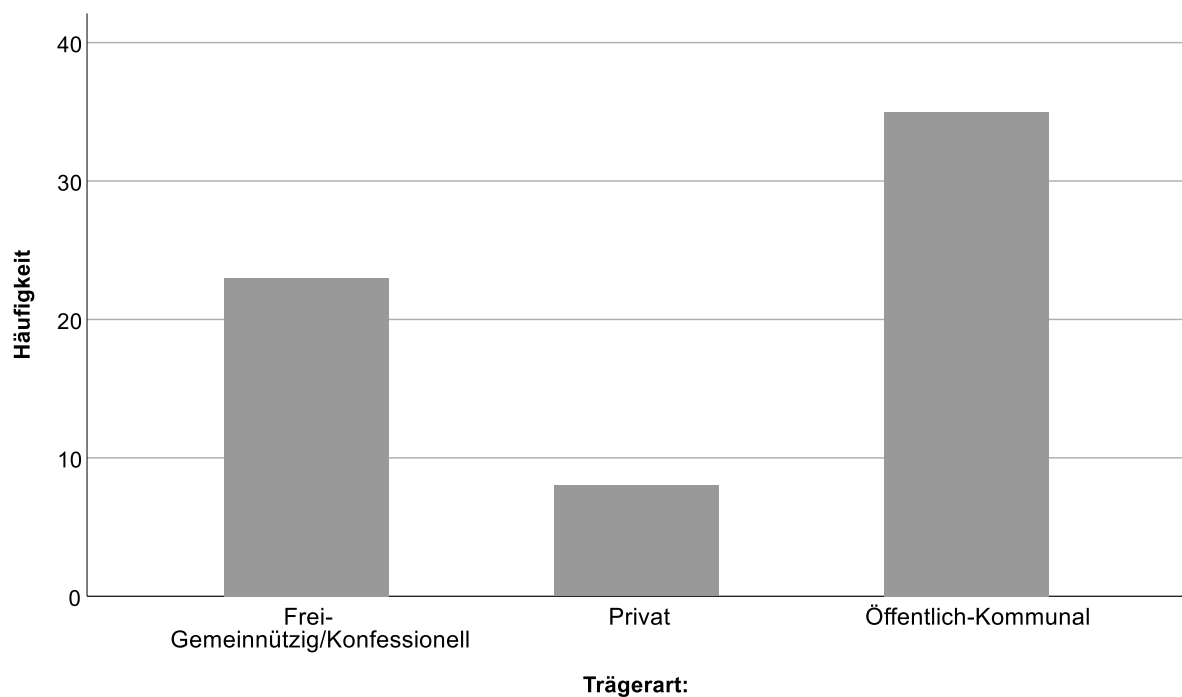


[Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?

B. Krankenhäuser

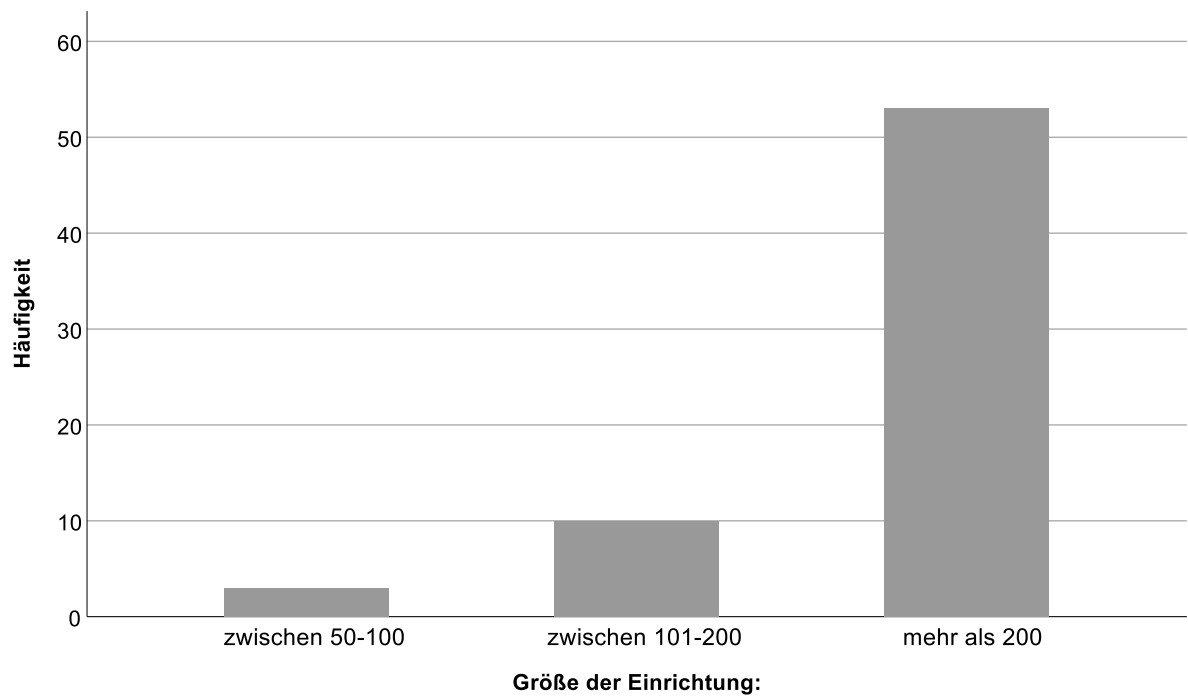
F12 Trägerart:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Frei- Gemeinnützig/Konfessionell	23	34,8	34,8	34,8
	2 Privat	8	12,1	12,1	47,0
	3 Öffentlich-Kommunal	35	53,0	53,0	100,0
	Gesamt	66	100,0	100,0	



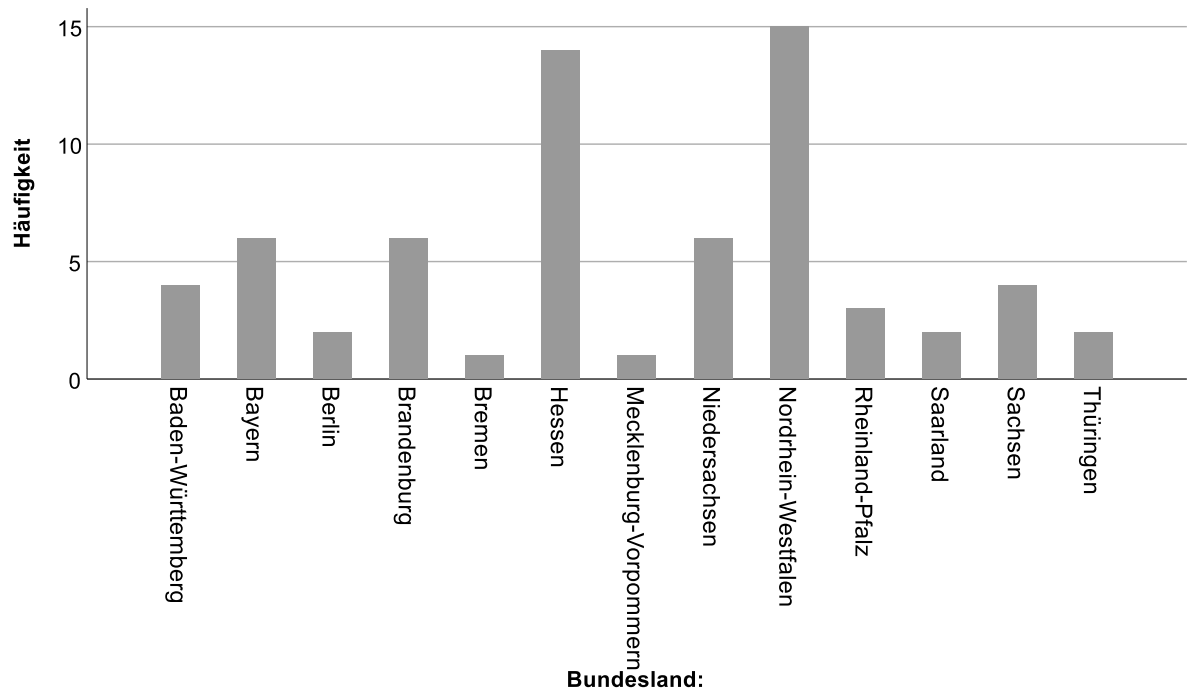
F13 Größe der Einrichtung:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2 zwischen 50-100	3	4,5	4,5	4,5
	3 zwischen 101-200	10	15,2	15,2	19,7
	4 mehr als 200	53	80,3	80,3	100,0
Gesamt		66	100,0	100,0	



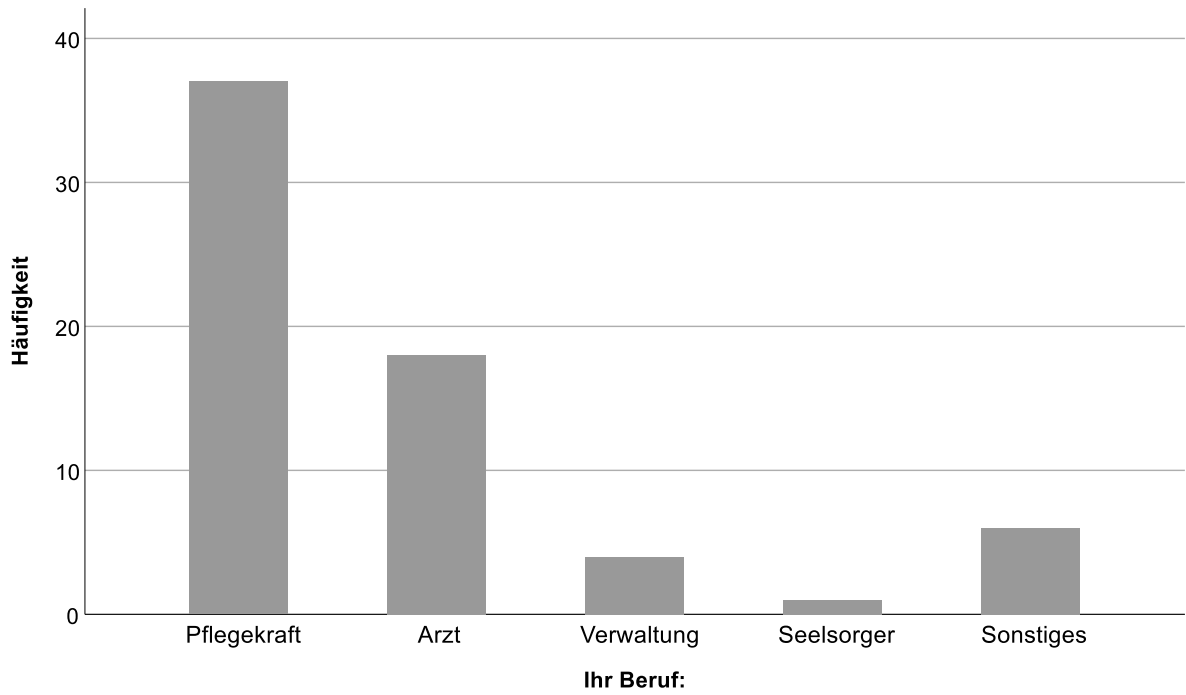
F14 Bundesland:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Baden-Württemberg	4	6,1	6,1	6,1
	2 Bayern	6	9,1	9,1	15,2
	3 Berlin	2	3,0	3,0	18,2
	4 Brandenburg	6	9,1	9,1	27,3
	5 Bremen	1	1,5	1,5	28,8
	7 Hessen	14	21,2	21,2	50,0
	8 Mecklenburg-Vorpommern	1	1,5	1,5	51,5
	9 Niedersachsen	6	9,1	9,1	60,6
	10 Nordrhein-Westfalen	15	22,7	22,7	83,3
	11 Rheinland-Pfalz	3	4,5	4,5	87,9
	12 Saarland	2	3,0	3,0	90,9
	13 Sachsen	4	6,1	6,1	97,0
	16 Thüringen	2	3,0	3,0	100,0
	Gesamt	66	100,0	100,0	



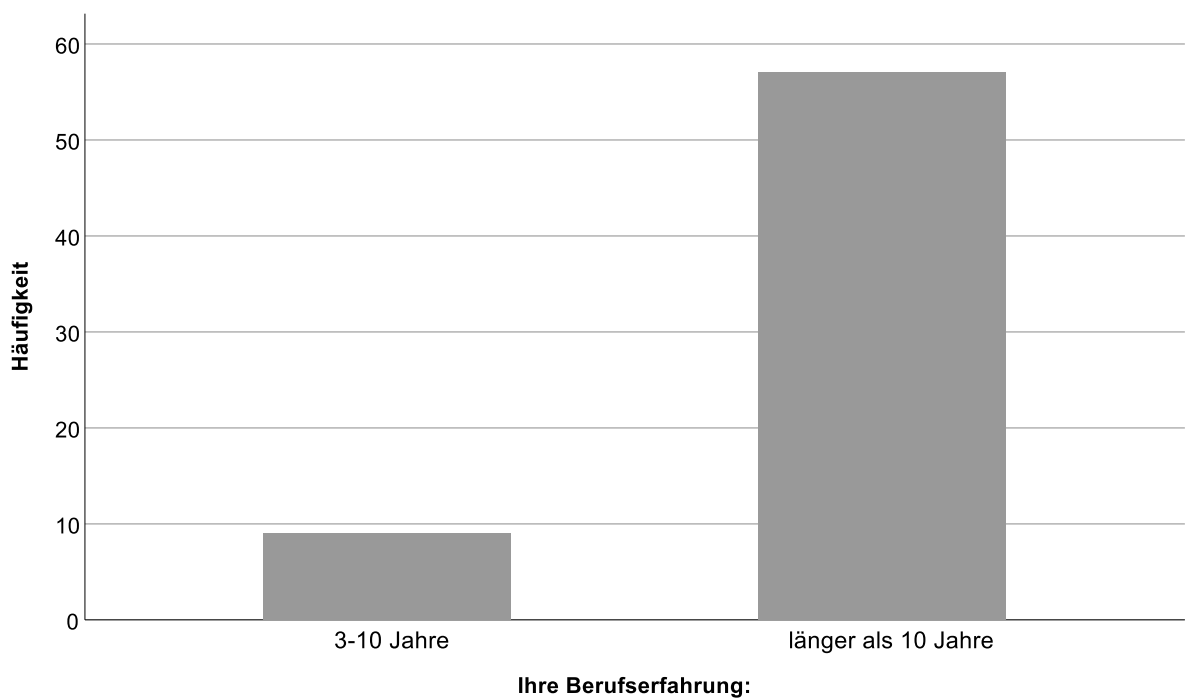
F21 Ihr Beruf:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Pflegekraft	37	56,1	56,1	56,1
	2 Arzt	18	27,3	27,3	83,3
	3 Verwaltung	4	6,1	6,1	89,4
	4 Seelsorger	1	1,5	1,5	90,9
	5 Sonstiges	6	9,1	9,1	100,0
Gesamt		66	100,0	100,0	



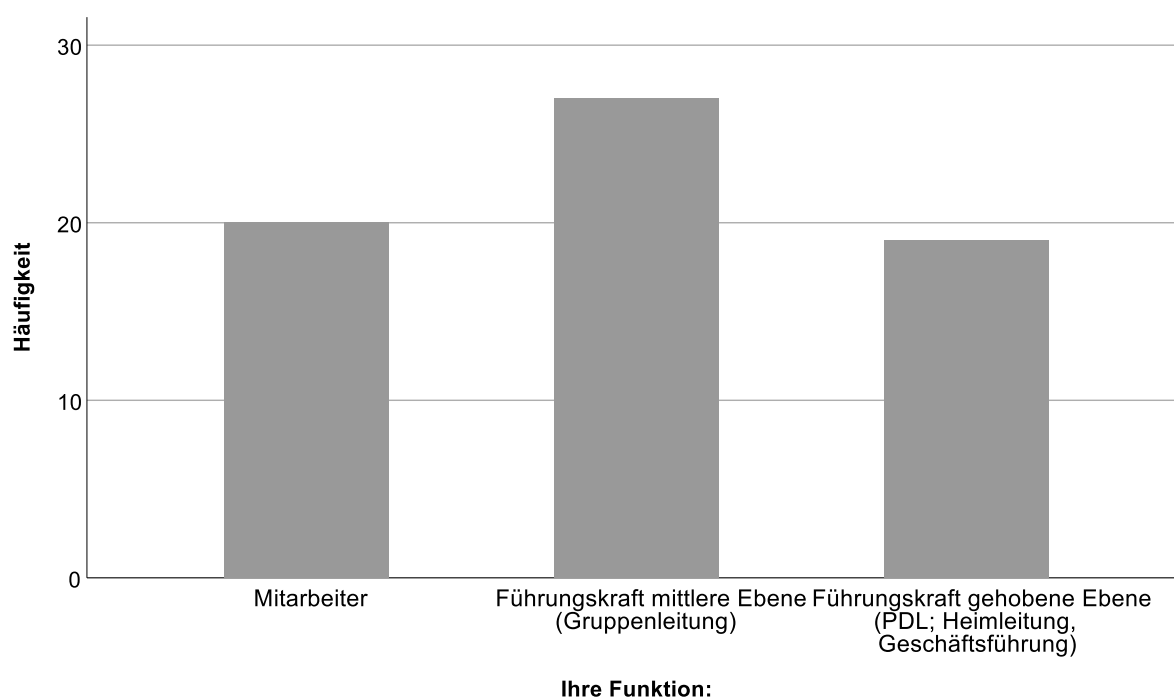
F22 Ihre Berufserfahrung:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	3 3-10 Jahre	9	13,6	13,6	13,6
	4 länger als 10 Jahre	57	86,4	86,4	100,0
Gesamt		66	100,0	100,0	



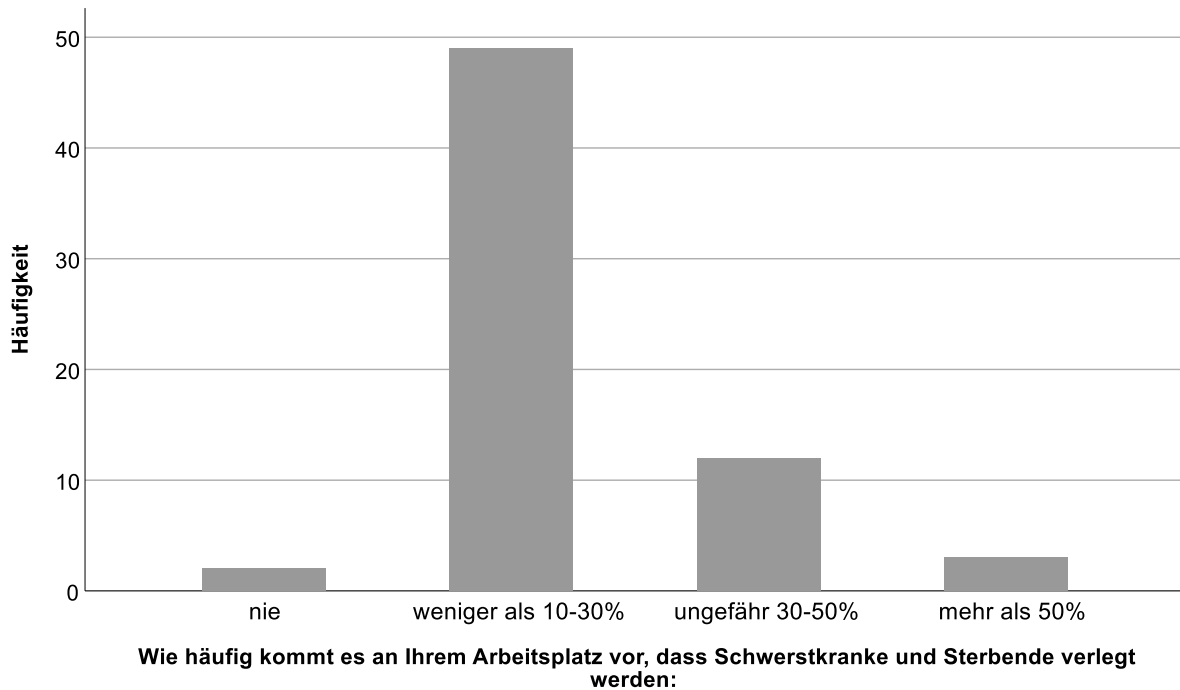
F23 Ihre Funktion:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Mitarbeiter	20	30,3	30,3	30,3
	2 Führungskraft mittlere Ebene (Gruppenleitung)	27	40,9	40,9	71,2
	3 Führungskraft gehobene Ebene (PDL; Heimleitung, Geschäftsführung)	19	28,8	28,8	100,0
	Gesamt	66	100,0	100,0	



F31 Wie häufig kommt es an Ihrem Arbeitsplatz vor, dass Schwerstkranke und Sterbende verlegt werden:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 nie	2	3,0	3,0	3,0
	2 weniger als 10-30%	49	74,2	74,2	77,3
	3 ungefähr 30-50%	12	18,2	18,2	95,5
	4 mehr als 50%	3	4,5	4,5	100,0
Gesamt		66	100,0	100,0	



F32_1 [Krankenhaus] Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

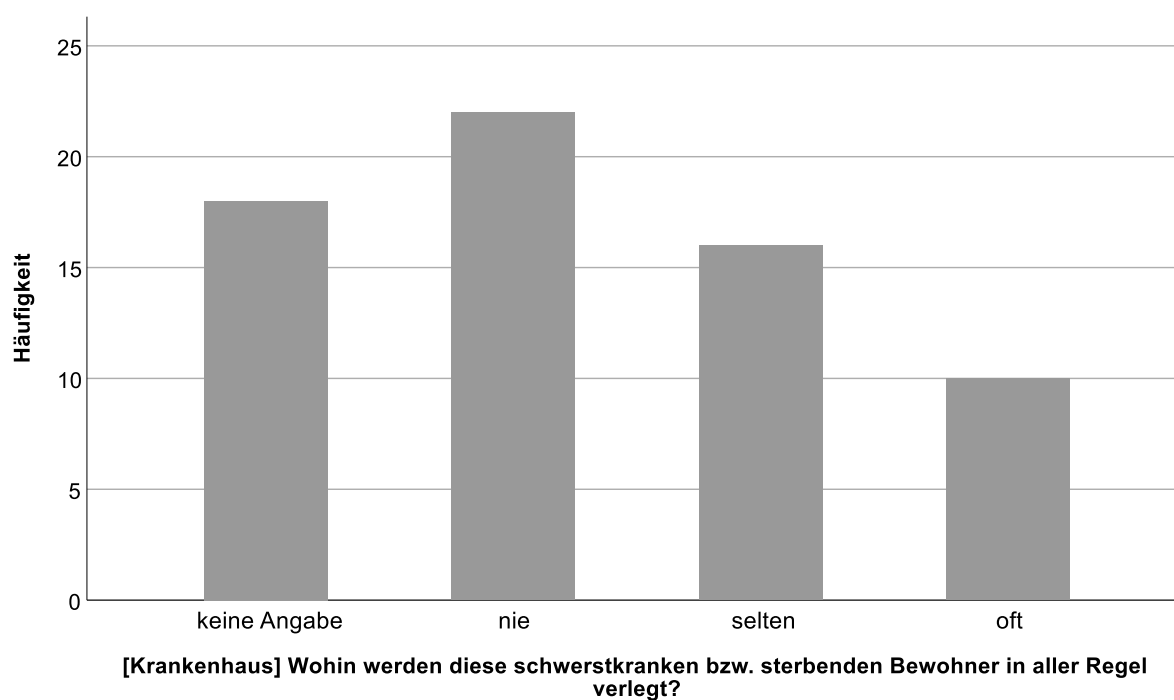
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-9 keine Angabe	18	27,3	27,3	27,3
	1 nie	22	33,3	33,3	60,6
	2 selten	16	24,2	24,2	84,8
	3 oft	10	15,2	15,2	100,0
	Gesamt	66	100,0	100,0	

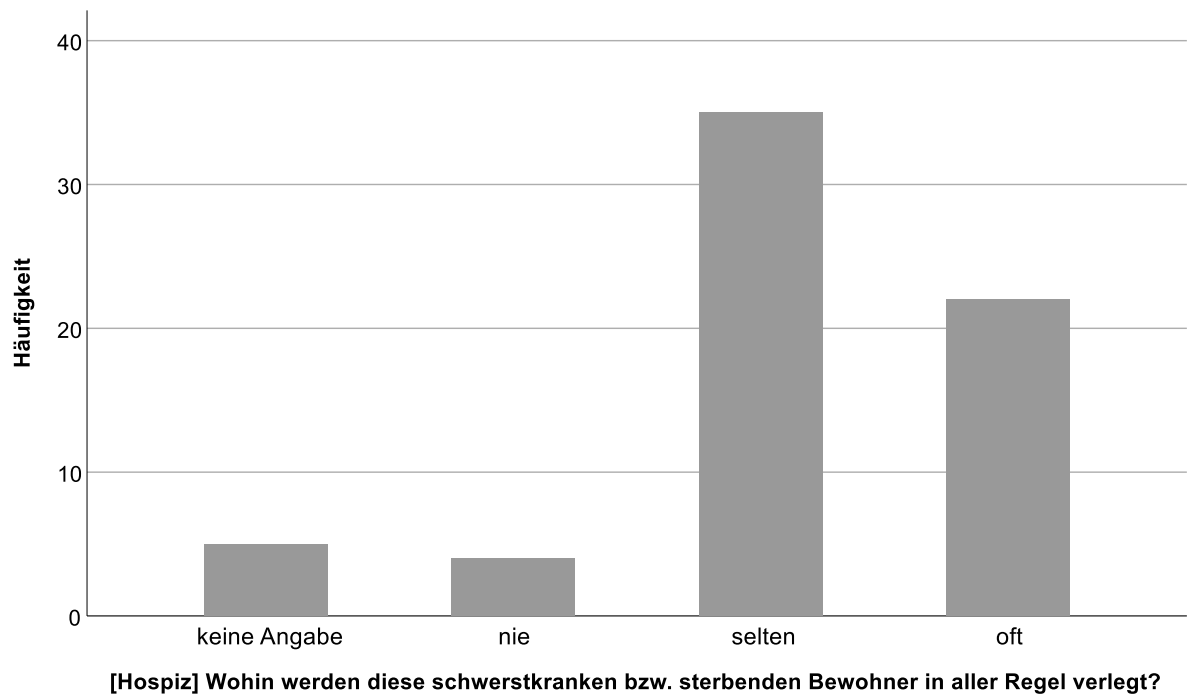
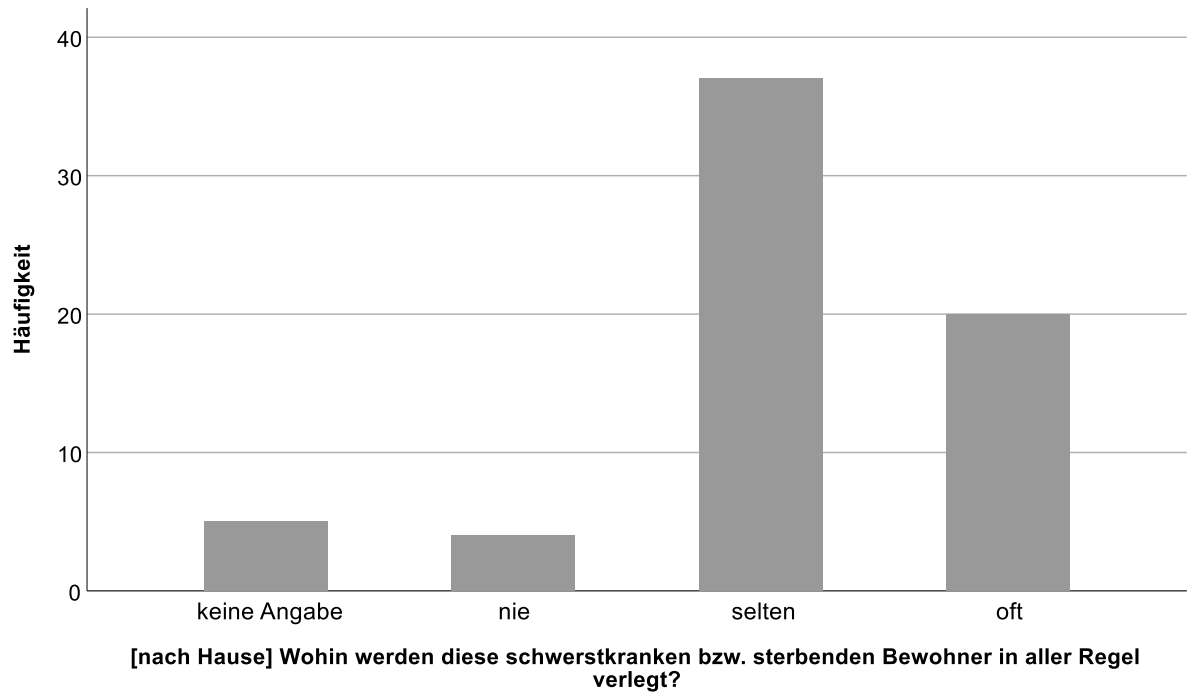
F32_2 [nach Hause] Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-9 keine Angabe	5	7,6	7,6	7,6
	1 nie	4	6,1	6,1	13,6
	2 selten	37	56,1	56,1	69,7
	3 oft	20	30,3	30,3	100,0
	Gesamt	66	100,0	100,0	

F32_3 [Hospiz] Wohin werden diese schwerstkranken bzw. sterbenden Bewohner in aller Regel verlegt?

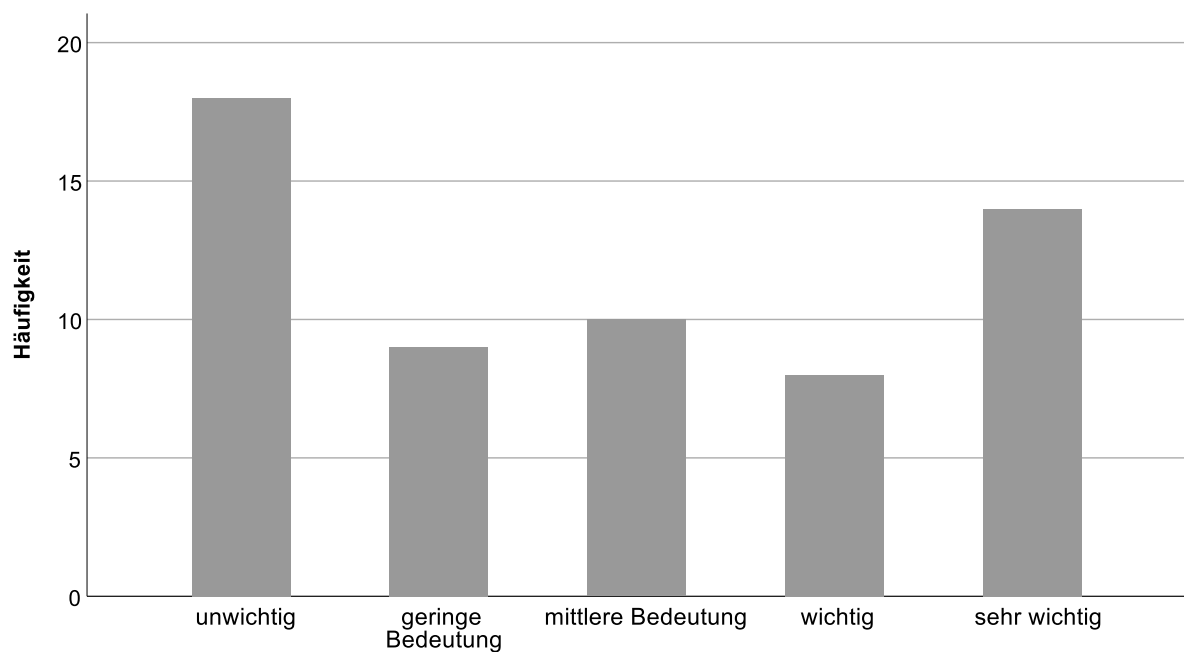
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-9 keine Angabe	5	7,6	7,6	7,6
	1 nie	4	6,1	6,1	13,6
	2 selten	35	53,0	53,0	66,7
	3 oft	22	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	66	100,0	100,0	



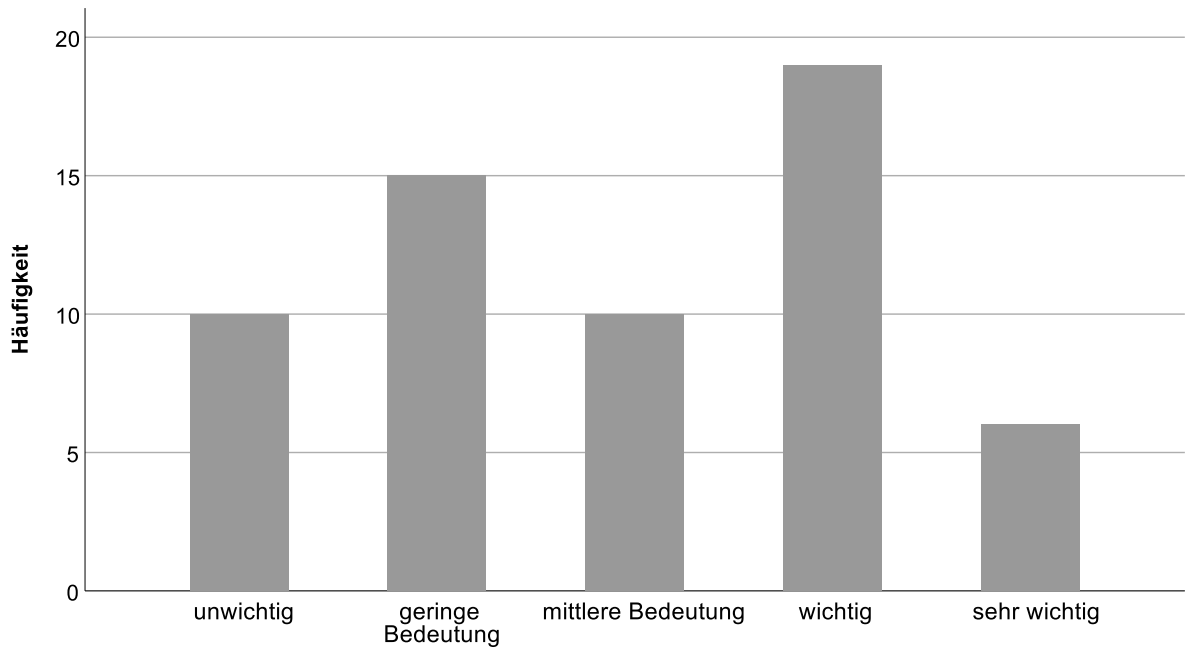


Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?

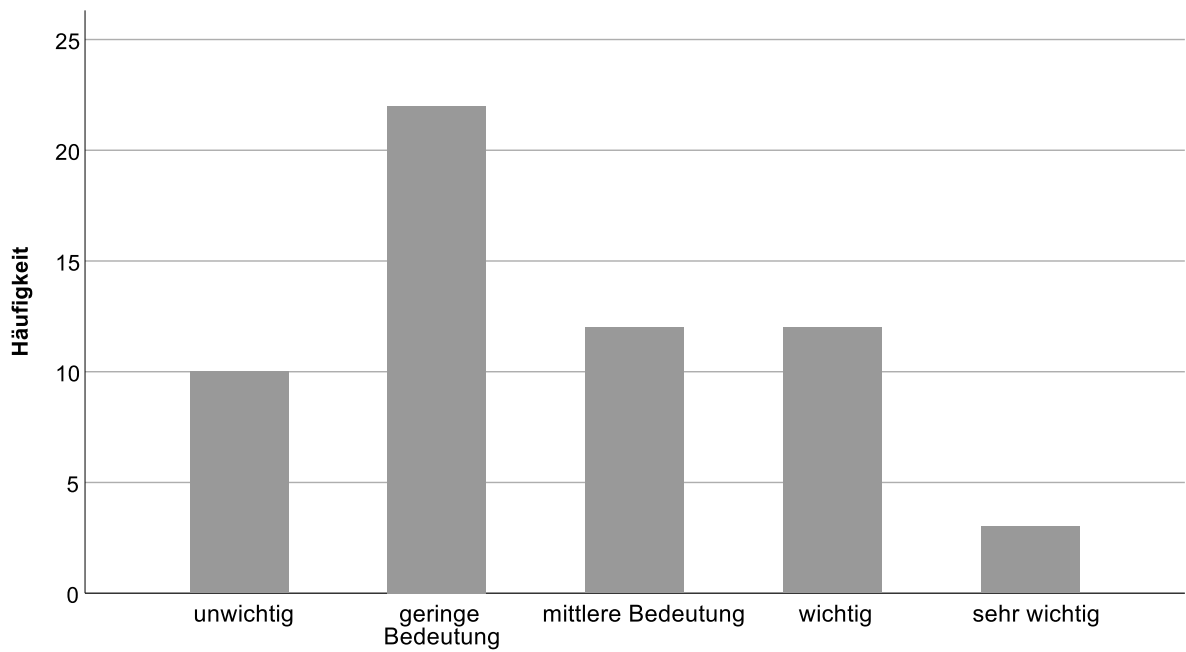
	1 unwichtig	2 geringe Bedeutung	3 mittlere Bedeutung	4 wichtig	5 sehr wichtig
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Schmerzzustände	18	9	10	8	14
Angst	10	15	10	19	6
Traurigkeit bzw. Depression	10	22	12	12	3
Unruhe und Verwirrtheit	14	21	7	16	2
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	14	11	10	11	13
Bestehende Grunderkrankung	10	3	15	14	19
Akut auftretende Erkrankung	14	10	12	10	15



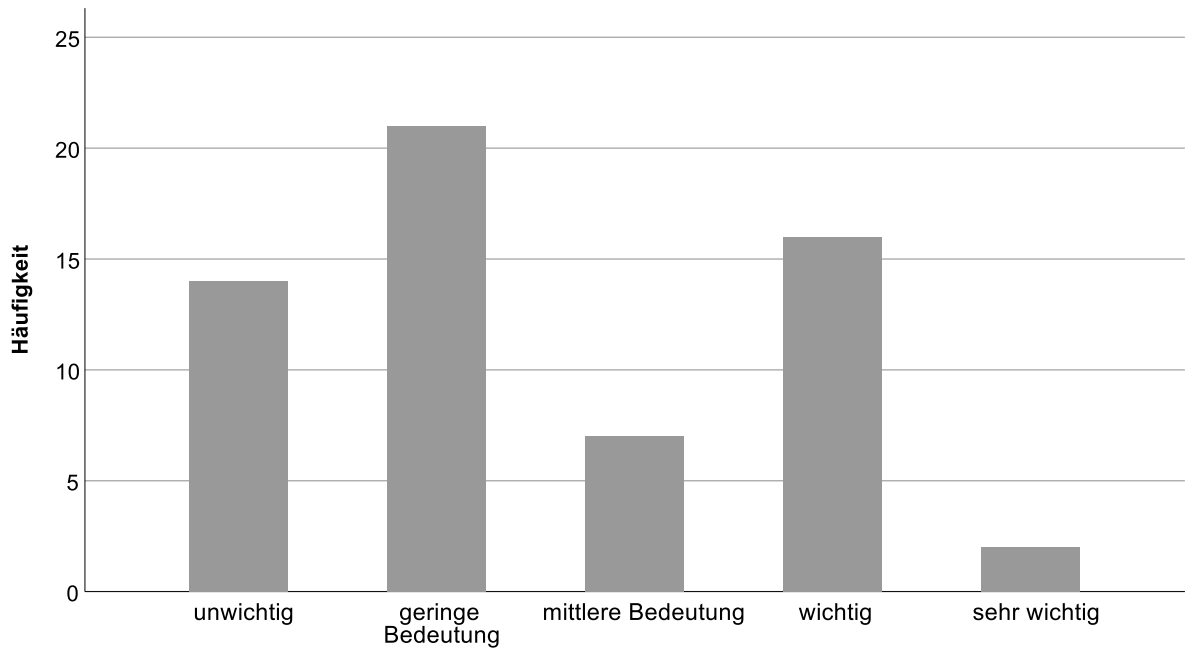
[Schmerzzustände] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



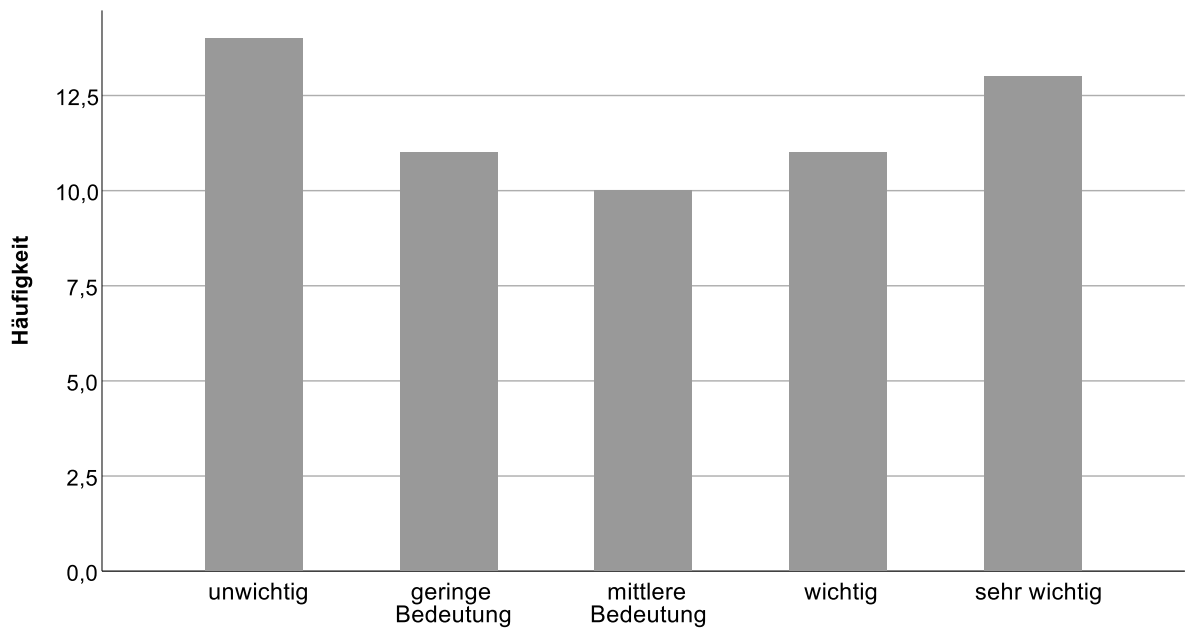
[Angst] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



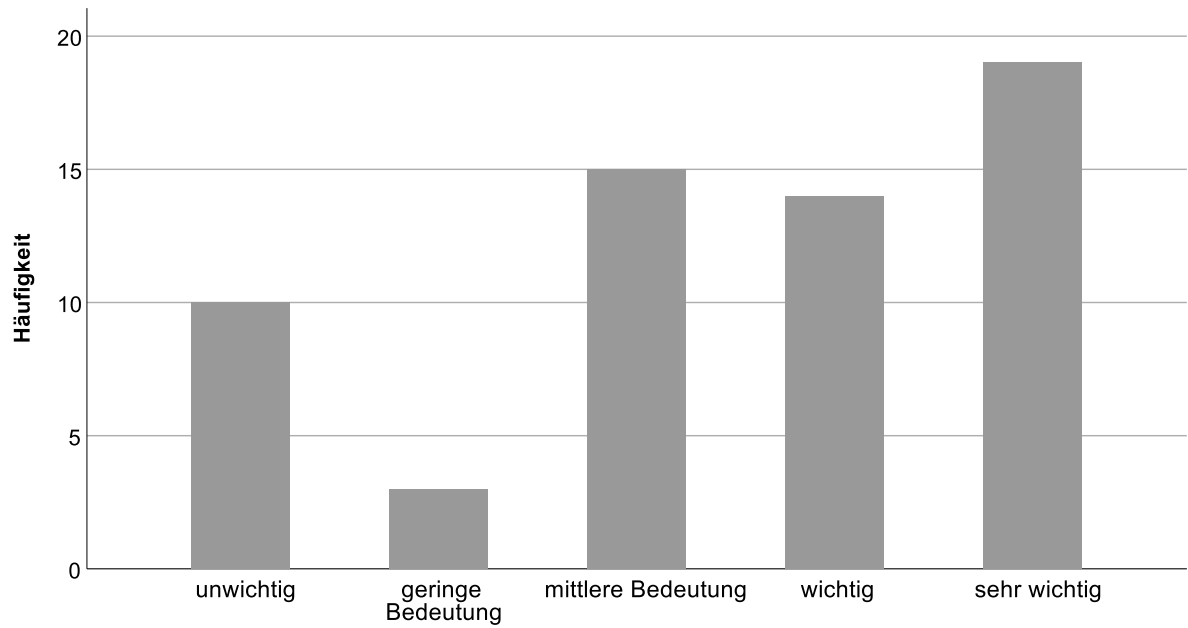
[Traurigkeit bzw. Depression] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



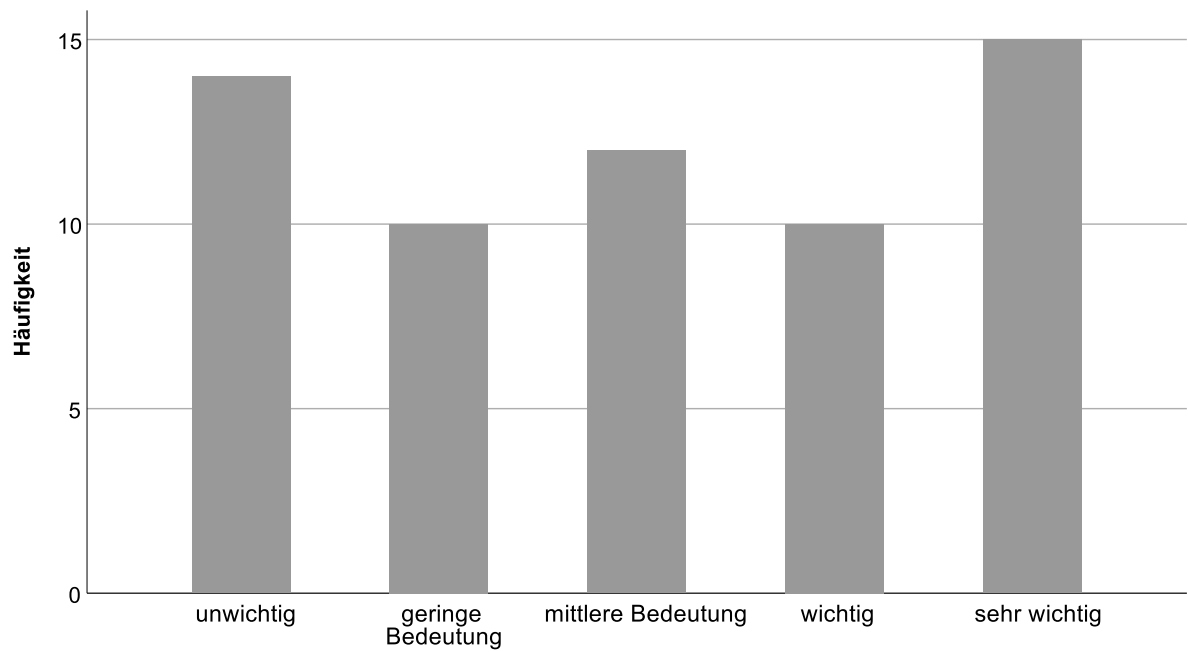
[Unruhe und Verwirrtheit] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



[Atemungsschwierigkeiten und Atemnot] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



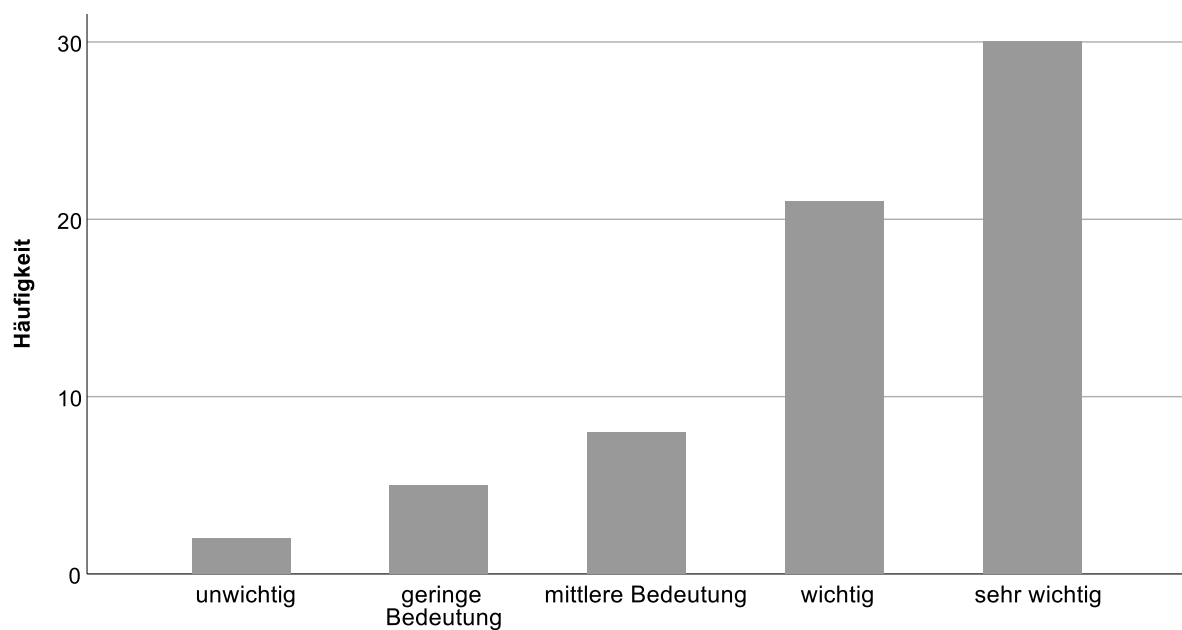
[Bestehende Grunderkrankung] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?



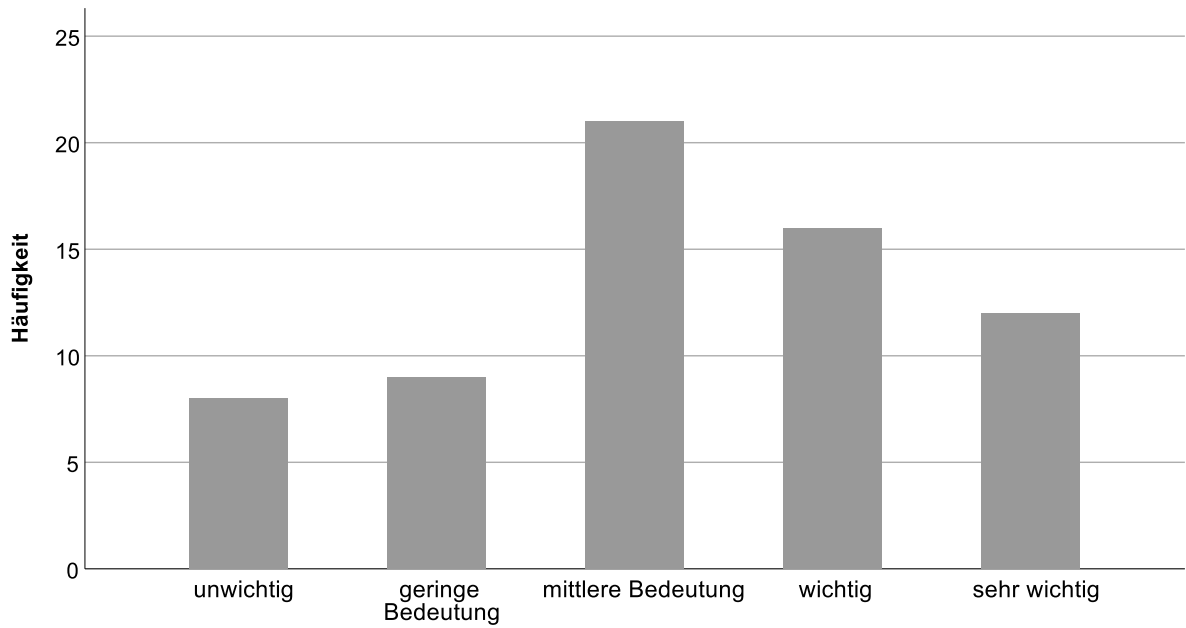
[Akut auftretende Erkrankung] Welche Symptome und Verlaufsentwicklung führen zur Verlegung?

Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?

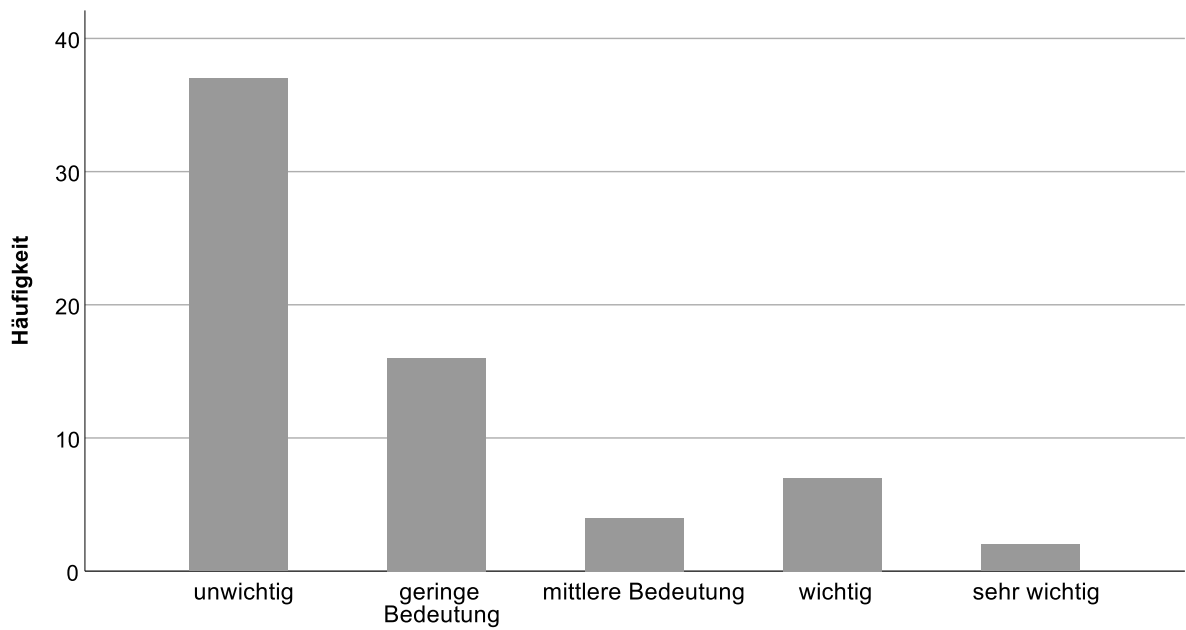
	1 unwichtig	2 geringe Bedeutung	3 mittlere Bedeutung	4 wichtig	5 sehr wichtig
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	2	5	8	21	30
Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	8	9	21	16	12
Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen	37	16	4	7	2
Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen	32	16	5	8	5



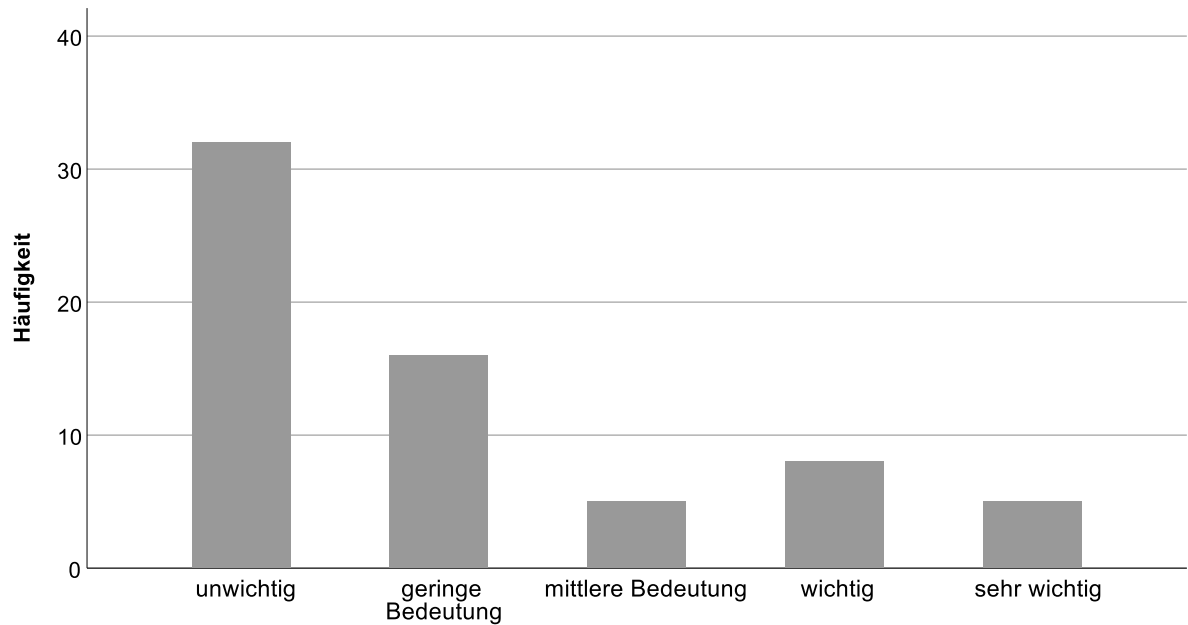
[Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?



[Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?



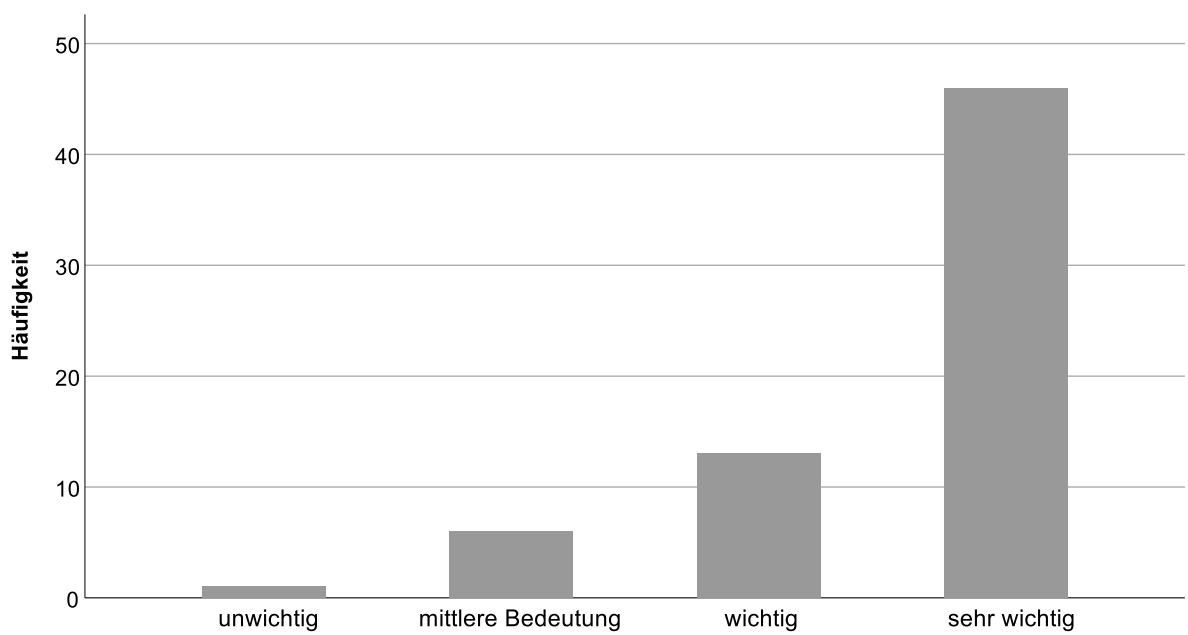
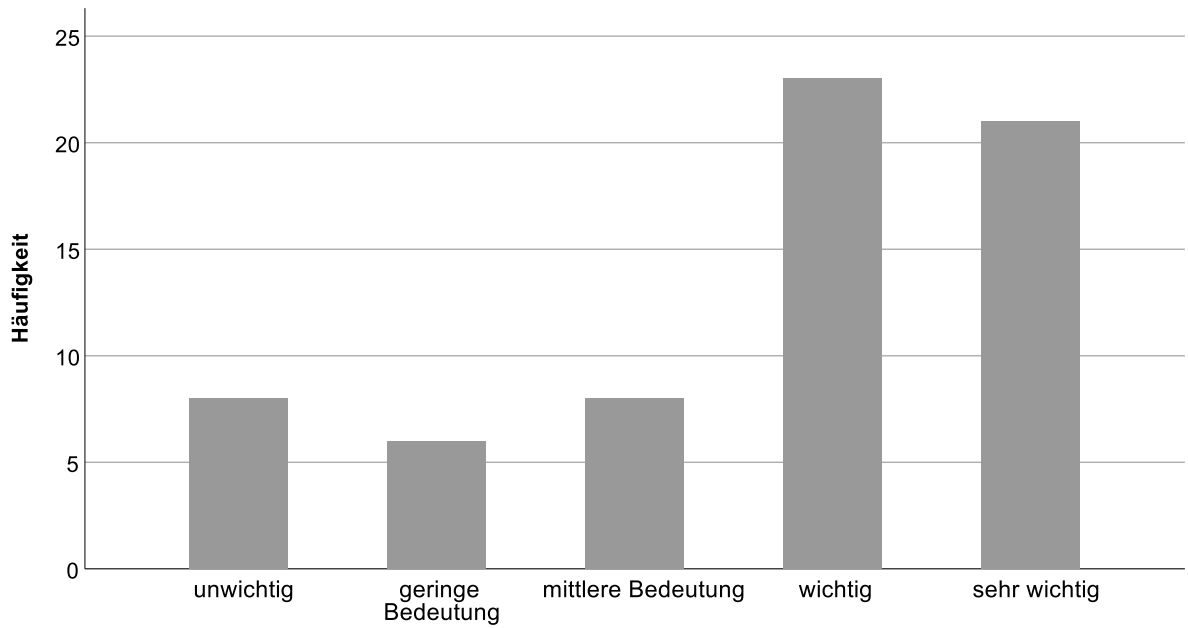
[Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?

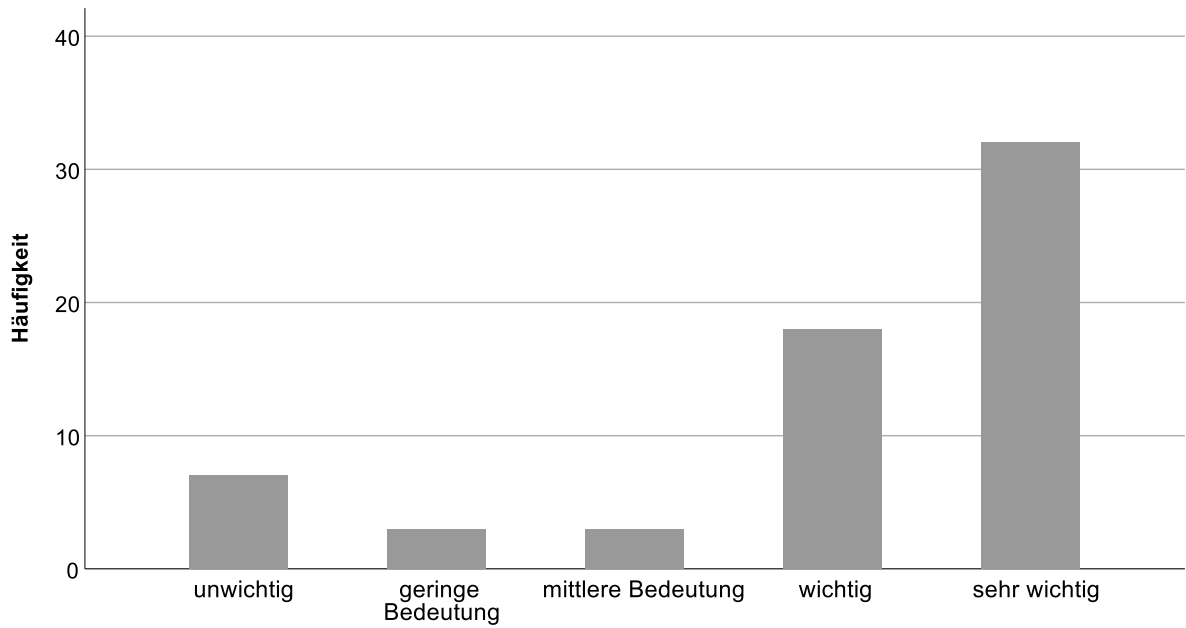


[Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen] Welche weiteren Begründungen für Verlegungen von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es?

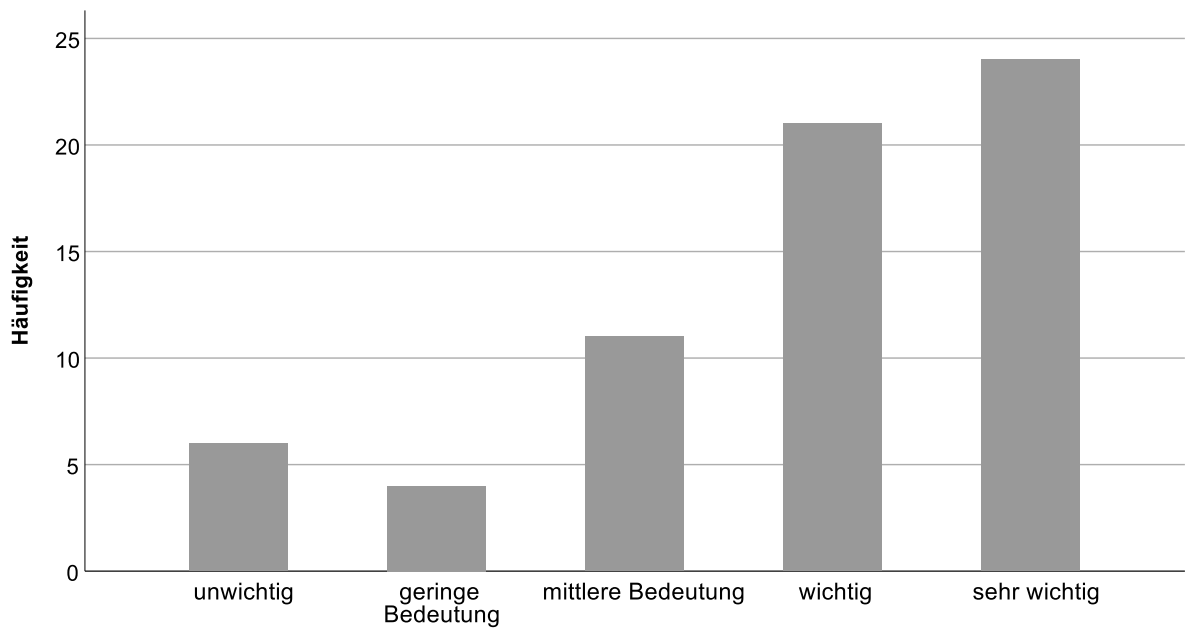
Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?

	1 unwichtig	2 geringe Bedeutung	3 mittlere Bedeutung	4 wichtig	5 sehr wichtig
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Zusammenarbeit mit Hausärzten	8	6	8	23	21
Zusammenarbeit mit den Angehörigen	1	0	6	13	46
Zusammenarbeit mit SAPV	7	3	3	18	32
Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	6	4	11	21	24
Personalausstattung	9	10	18	13	15
Qualifikation des Personals	5	7	16	18	20
Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung	5	2	10	22	27

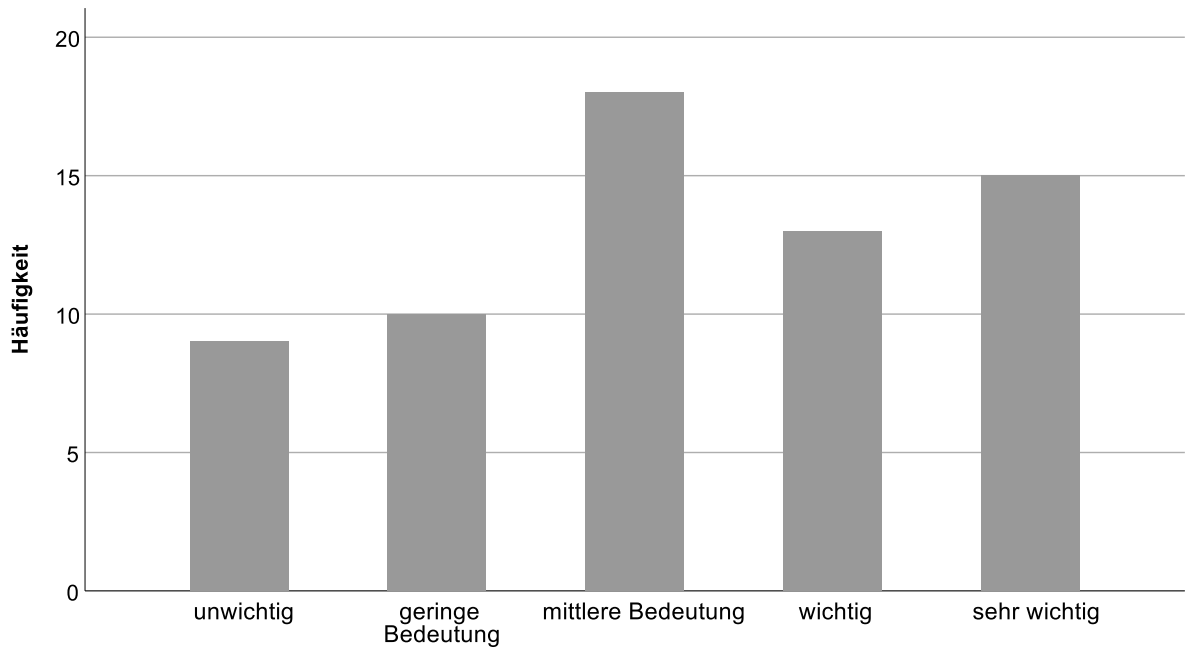




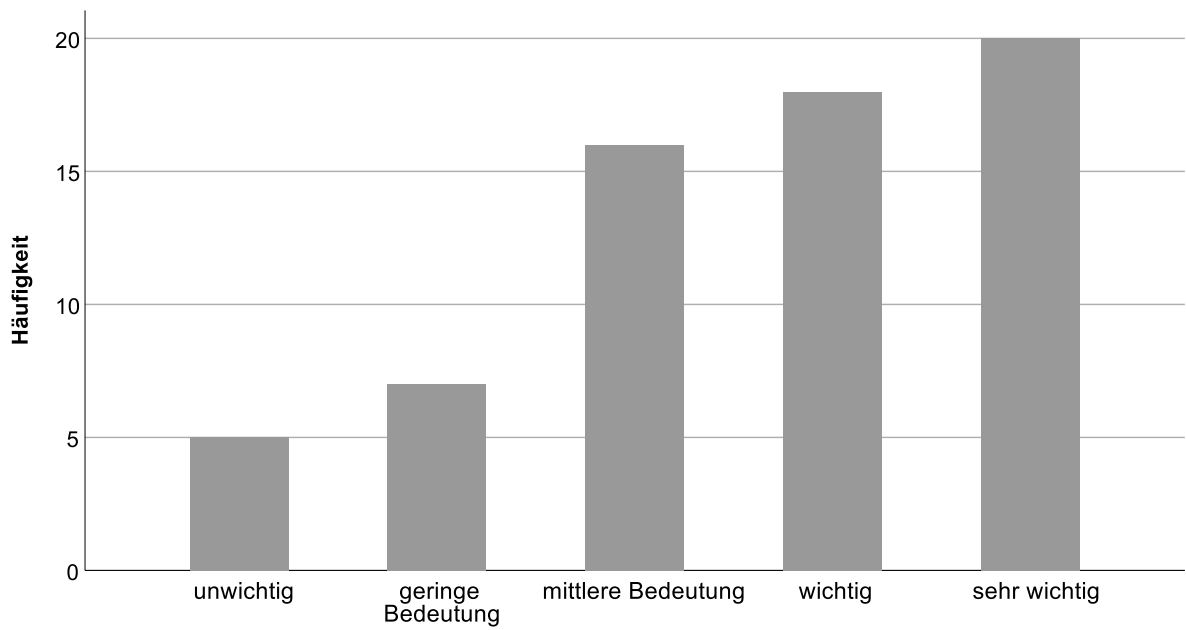
[Zusammenarbeit mit SAPV] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



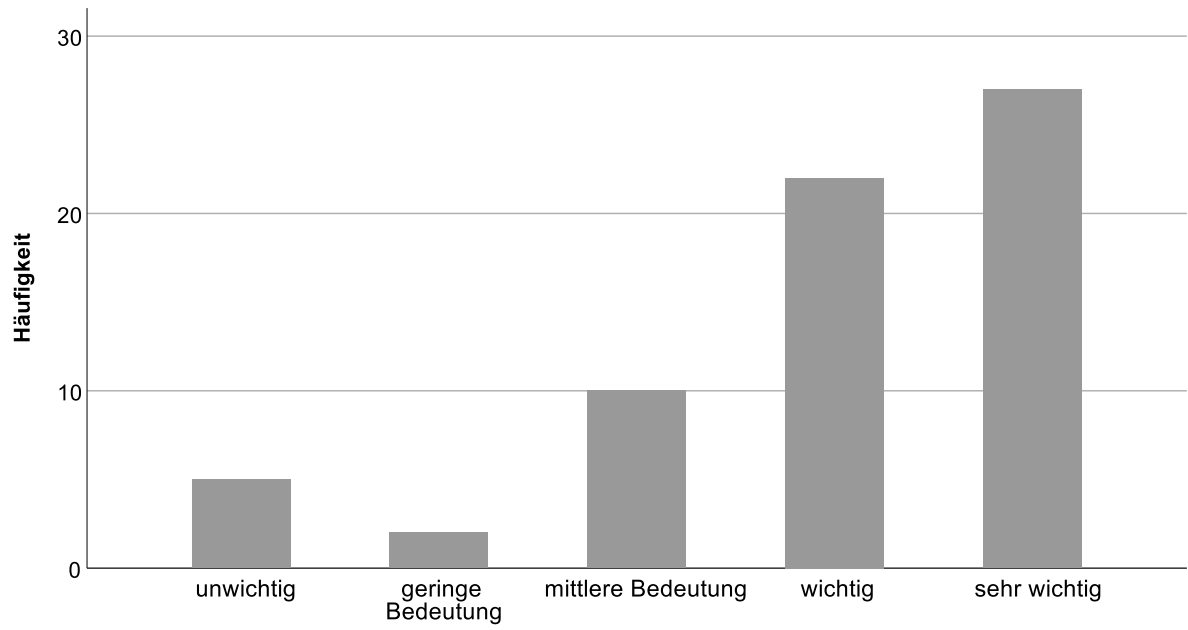
[Zusammenarbeit mit Hospizgruppe] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



[Personalausstattung] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



[Qualifikation des Personals] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



[Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung] Wie stark wirken sich die folgenden Aspekte auf die Verlegungspraxis aus?



Sekundärdatenauswertung

Risikofaktoren und Behandlungspfade bei
der Versorgung schwerkranker und
sterbender Patienten

Analyse und Verbesserung des sektoren- und
bereichsübergreifenden Schnittstellen- und
Verlegungsmanagement in der
Palliativversorgung (Avenue-Pal)

Innovationsfonds-Projekt des Gemeinsamen
Bundesausschusses (FKZ: 01VSF17044))

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Ansprechpartner:

Dr. Petra Steffen, Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut GmbH

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 55 / 17

E-Mail: petra.steffen@dki.de, karl.blum@dki.de

Datum: November 2019

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
1.1	ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN	4
1.2	DATENBASIS	4
1.3	DEFINITIONEN	5
1.3.1	Im Krankenhaus verstorbene Patienten	5
1.3.2	Patienten, die in der Palliativmedizin gelegen haben:	6
1.4	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	6
2	REGIONALE DATEN	7
2.1	BUNDESLÄNDER	7
2.2	REGIONSTYP	9
3	SOZIODEMOGRAPHIE	11
3.1	GESCHLECHT	11
3.2	ALTER	11
4	AUFNAHMEANLASS	15
5	FACHABTEILUNGEN	17
6	DIAGNOSE	22
6.1	ICD-CODES	22
7	BEHANDLUNG UND PROZEDUREN	26
7.1	OPERATION	26
7.2	BEATMUNG	27
7.3	VERWEILDAUER	31
8	ENTLASSUNGSGRUND	39
9	ANHANG	40

1 Einleitung

1.1 Ziele und Fragestellungen

Ziel der Sekundärdatenanalyse war eine umfassende Bestandsaufnahme der Situation Sterbender bzw. von Palliativpatienten in den Krankenhäusern allgemein sowie der Verlegungspraxis. Konkret war folgendes von Forschungsinteresse:

- Häufigkeit von im Krankenhaus verstorbenen Patienten bzw. von Patienten in der Palliativmedizin (hier unabhängig vom Versterben im Krankenhaus)
 - Auftreten in Abhängigkeit von ausgewählten Strukturmerkmalen wie regionsspezifischen Aspekten, Behandlung in Fachabteilungen, Hauptdiagnosen, Behandlungsparametern
- Verlegungshäufigkeit bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten bzw. von Patienten in der Palliativmedizin
 - Auftreten in Abhängigkeit von ausgewählten Strukturmerkmalen wie regionsspezifischen Aspekten, Behandlung in Fachabteilungen, Hauptdiagnosen, Behandlungsparametern

1.2 Datenbasis

Den Auswertungen liegen die Daten der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016 des Statistischen Bundesamtes zugrunde. Die Daten wurden über die kontrollierte Datenfernverarbeitung ausgewertet. D.h. die Auswertungen sind anhand einer Auswertungssyntax des DKI durch das Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes (FDZ) erfolgt. Folgende Variablen wurden in die Auswertung eingebzogen:

- Bundesland des Krankenhauses (kh_land)
- Regionstyp des Krankenhauses (kh_typ_gem3)
- Geschlecht (sex)
- Alter (Alter in Jahren (typ_alter), Alter gruppiert (typ_alter))
- Aufnahmeanlass (aufn_an)
- Beatmungszeit in Stunden (beatm)
- Entlassungsgrund (entl_grd)
- ICD-Code 3 Steller Hauptdiagnose (icd_hd3)
- Operation (typ_op)
- Fachabteilung (fab1 – fab20)
- Fachabteilung mit längster Verweildauer (fab_max)

- Verweildauer Fachabteilung (tage_fa1 – tage_fa20)
- Längste Verweildauer (tage_max)
- Verweildauer (tage)
- Typ Verweildauer (typ_vwd)

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Dazu wurden neben bestehenden Variablen neue Variablen gebildet. So wurden bei einem Teil der Variablen Antwortkategorien neu zusammengefasst oder modifiziert (z.B. Aufnahmeanlass). Andere Variablen wurden von Text- zu numerischen Variablen recodiert (z.B. Fachabteilungen). Für die Erfassung der Fachabteilungen stehen den Krankenhäusern 100 Variablen zur Verfügung. Diese müssen und werden nicht chronologisch genutzt, so dass keine Aussagen über konkrete Verlegungspfade im Krankenhaus möglich sind. Gleichwohl werden vor allem die ersten Fachabteilungsvariablen genutzt, während bei den höheren Fachabteilungsnummern kaum noch Angaben gemacht wurden. Aus diesem Grund und aufgrund des hohen Umkodierungsaufwandes wurden nur die ersten 20 (von 100) Fachabteilungen herangezogen. Berichtet werden aufgrund der Aussagerelevanz nur die Ergebnisse für Fachabteilung 1, Fachabteilung 2 und die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Zudem wurde das DKI vom FDZ in einigen Fällen gebeten, die Anzahl der Fälle wegen des hohen Aufwandes der Datenschutzprüfungen zu reduzieren. So erfolgte beispielsweise bei dem ICD-Code 3 Steller Hauptdiagnose eine Begrenzung auf die 20 häufigsten Nennungen. Dies hat aufgrund der hohen Abdeckung keine Erkenntnisverluste zur Folge.

Das FDZ hat bei den Auswertungen den Datenschutzbestimmungen Rechnung getragen und einen Teil der Ergebnisse daher nicht zurückgemeldet.

1.3 Definitionen

1.3.1 Im Krankenhaus verstorbene Patienten

Alle Patienten bei denen bei Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus „Tod“ angegeben war. Dies waren in dem Datensatz der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016 416.379 aller im Krankenhaus behandelten Patienten.

Gemäß der Krankenhausgrunddaten des Statistischen Bundesamtes sind im Jahr 2016 427.413 aller Patientenabgänge verstorben. Dies entspricht 2,3 % aller Aufnahmen zur vollstationären Behandlung.

1.3.2 Patienten, die in der Palliativmedizin gelegen haben:

Alle Patienten bei denen bei einer Fachabteilung – genutzt wurden hier die ersten zehn Variablen „Fachabteilung“ - „Palliativmedizin“ angegeben war. Dies waren in dem Datensatz der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016 36.703 aller im Krankenhaus behandelten Patienten.

Ein Teil der Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen hat, ist eine Teilgruppe der im Krankenhaus verstorbenen Patienten (vgl. Abb. 25).

1.4 Darstellung der Ergebnisse

Die Auswertungen werden – vielfach im direkten Vergleich – für im Krankenhaus verstorbene Patienten und für Patienten, für die während des Aufenthaltes die Fachabteilung „Palliativmedizin“ angegeben war, dargestellt.

Daran schließen sich, aufgrund einer zentralen Projektfragestellung der Verlegungspfade, immer die Ergebnisse für die beiden Patientengruppen differenziert nach Verlegungen an.

Zur Erleichterung der Interpretation der Ergebnisse vorab die Zusammenfassung, wie häufig es zu Verlegungen innerhalb der Patientengruppen gekommen ist: 71 % der im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurden während ihres Aufenthaltes nicht verlegt, 19% wurden einmal und ein Zehntel zwei oder mehrfach im Krankenhaus verlegt. Von den Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, sind zwei Drittel nicht verlegt worden, knapp ein Viertel ist einmal und ein Zehntel mehr als einmal verlegt worden (vgl. Abb. 8).

Bei der Darstellung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass vom FDZ aus Datenschutzgründen nicht immer für alle Subgruppen Werte übermittelt wurden. Dies kann zur Folge haben, dass sich die Werte nicht zu 100 % aufsummieren. Bei einer zu großen Anzahl fehlender Daten werden die Ergebnisse nicht berichtet.

2 Regionale Daten

2.1 Bundesländer

Die prozentuale Verteilung der im Krankenhaus verstorbenen Patienten nach Bundesländern entspricht in etwa der prozentualen Verteilung der Krankenhausfälle der Bundesländer. Hiervon etwas abweichend stellen sich die Anteile der Patienten der Palliativmedizin dar: In Bayern wurde ein überdurchschnittlicher Anteil der behandelten Personen auf Palliativabteilungen versorgt, während es in Niedersachsen und Baden-Württemberg vergleichsweise weniger waren (Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht über die Bundesländer in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Bundesland	Im Krankenhaus verstorbene Patienten in %	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben in %
Schleswig-Holstein	3,1	1,7
Hamburg	2,5	2,0
Niedersachsen	9,3	1,7
Bremen	1,2	1,1
Nordrhein-Westfalen	23,7	20,5
Hessen	6,7	8,6
Rheinland-Pfalz	4,9	7,4
Baden-Württemberg	10,8	3,4
Bayern	14,6	32,5
Saarland	1,5	3,7
Berlin	4,3	1,9
Brandenburg	3,1	2,8
Mecklenburg-Vorpommern	2,2	1,1
Sachsen	5,7	9,9
Sachsen-Anhalt	3,3	,7
Thüringen	3,1	1,1

In den meisten Bundesländern variieren die Prozentwerte der im Krankenhaus verstorbenen Patienten nicht deutlich nach Verlegungshäufigkeit. In Nordrhein-Westfalen ist der Anteil, der

im Krankenhaus mehr als einmal verlegten und verstorbenen Patienten jedoch deutlich geringer als die durchschnittliche Fallzahl (Tab. 2).

Tab. 2: Übersicht über Bundesländer für im Krankenhaus verstorbenen Patienten in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

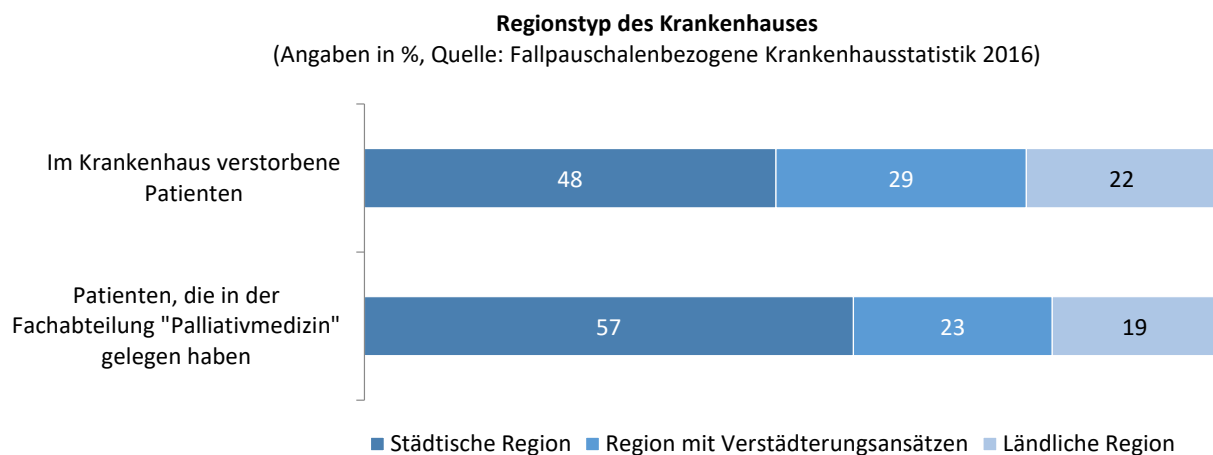
Im Krankenhaus verstorbene Patienten				
Bundesland	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %	Insgesamt in %
Schleswig-Holstein	3,1	3,1	2,4	3,1
Hamburg	2,5	2,6	2,6	2,5
Niedersachsen	10,3	8,3	5,1	9,3
Bremen	1,2	1,4	1,5	1,2
Nordrhein-Westfalen	25,8	21,3	17,3	23,7
Hessen	6,7	6,5	6,2	6,7
Rheinland-Pfalz	4,5	4,6	5,5	4,9
Baden-Württemberg	9,9	12,2	13,4	10,8
Bayern	14,2	14,7	15,6	14,6
Saarland	1,3	1,8	2,5	1,5
Berlin	3,6	4,7	8,4	4,3
Brandenburg	3,1	3,1	3,5	3,1
Mecklenburg-Vorpommern	2,3	2,3	2,1	2,2
Sachsen	5,4	6,4	6,8	5,7
Sachsen-Anhalt	3,5	3,2	2,7	3,3
Thüringen	2,7	3,8	4,4	3,1

Aus Datenschutz- und Geheimhaltungsgründen wurden vom FDZ für die Patienten der Palliativmedizin nach Verlegungshäufigkeit keine Ergebnisse zu den Bundesländern übermittelt.

2.2 Regionstyp

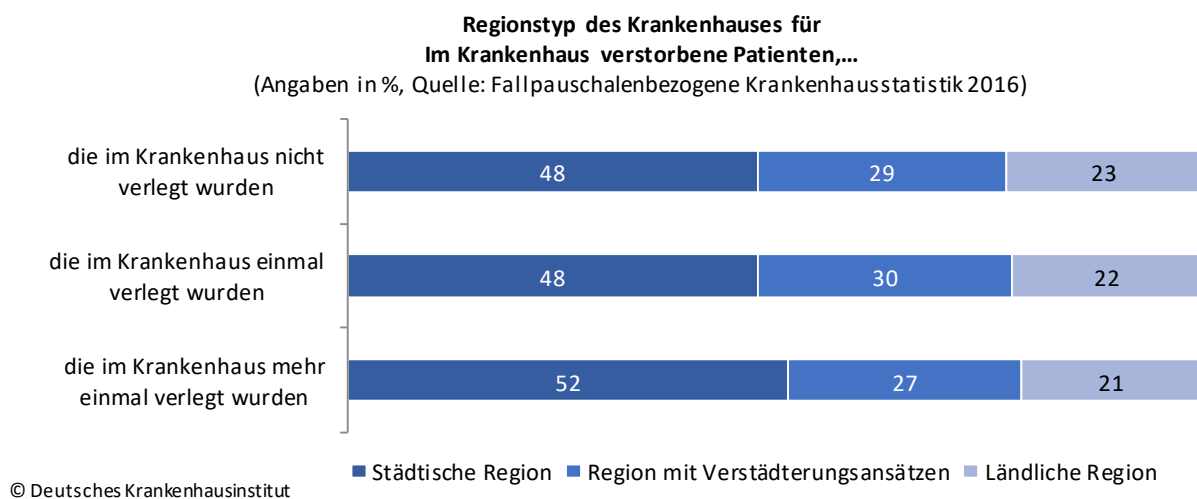
Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind bzw. in der Palliativmedizin behandelt wurden, wurden in erster Linie in städtischen Regionen, am zweithäufigsten in Regionen mit Verstärkeransätzen und am seltensten in ländlichen Regionen versorgt. Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden deutlich häufiger in städtischen Regionen behandelt als Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind (Abb. 1).

Es zeigen sich keine deutlichen Unterschiede nach Verlegungshäufigkeiten (Abb. 2, Abb. 3).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Regionstyp des Krankenhauses in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Regionstyp des Krankenhauses für im Krankenhaus verstorbene Patienten in %

**Regionstyp des Krankenhauses für
Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben,...**
(Angaben in %, Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

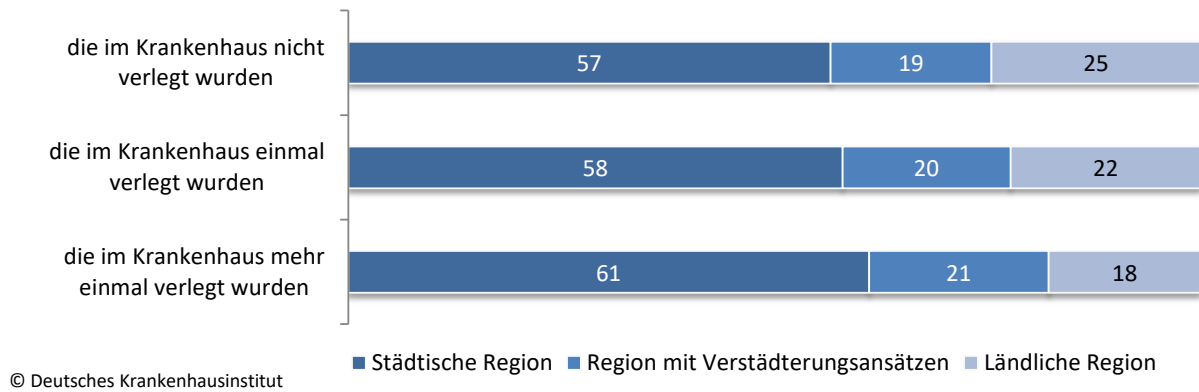
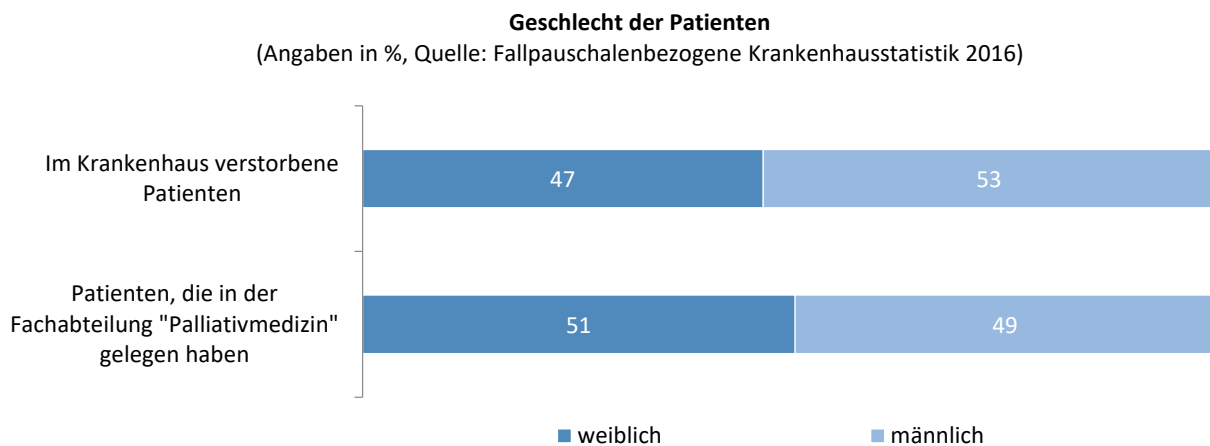


Abb. 3: Regionstyp des Krankenhauses für Patienten der Palliativmedizin in %

3 Soziodemographie

3.1 Geschlecht

Jeweils etwas mehr als die Hälfte der Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, waren Frauen. Dies entspricht in etwa der bundesweiten Geschlechterverteilung wie auch der Krankenhaushäufigkeit im Jahr 2015. Hiervon abweichend waren etwas mehr als die Hälfte der im Krankenhaus verstorbenen Patienten Männer (Abb. 4).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Geschlecht der Patienten in %

Eine Differenzierung nach Geschlecht und Verlegungshäufigkeit, der im Krankenhaus verstorbenen Patienten bzw. Patienten der Palliativmedizin erfolgt nicht, da für eine Teilgruppe aufgrund des Datenschutzes keine Angaben vom FDZ vorliegen.

3.2 Alter

Die Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, sind im Schnitt 76 Jahre alt. Gut ein Drittel aller Patienten ist zwischen 80 und 89 Jahre alt, knapp die Hälfte ist 80 Jahre und älter (Tab. 3, Tab. 4). Im Krankenhaus verstorbene Patienten, die verlegt wurden, sind im Schnitt etwas (75 bzw. 76 Jahre) jünger als diejenigen, die nicht verlegt wurden (77 Jahre). Dies spiegelt sich auch in den Altersgruppen wieder: Sind etwa die Hälfte der im Krankenhaus verstorbenen, nicht verlegten Patienten 80 Jahre und älter, sind es in der Gruppe der mehr als einmal verlegten im Krankenhaus verstorbenen Patienten nur 42,5% (Tab. 5, Tab. 6).

Knapp ein Drittel der Patienten der Palliativmedizin ist zwischen 70 und 79 Jahren alt. 80 Jahre und älter sind 27,3% der Patienten der Palliativmedizin. Anders als bei den im Krankenhaus

verstorbenen Patienten zeigen sich beim Alter der Patienten der Palliativmedizin keine wesentlichen Unterschiede nach Verlegungen (Tab. 7, Tab. 8).

Tab. 3: Alter in Gruppen (eigene Zusammenfassung) in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Alter in Gruppen	Im Krankenhaus verstorbene Patienten in %	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben in %
Bis 39 Jahre	1,7	1,5
40 bis 59 Jahre	9,1	17,7
60 bis 69 Jahre	13,9	21,4
70 bis 79 Jahre	27,8	32,0
80 bis 89 Jahre	35,4	22,7
90 Jahre und älter	12,2	4,6

Tab. 4: Alterskennwerte (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Alter	Im Krankenhaus verstorbene Patienten	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben
Mittelwert	76	71
Median	79	73
Unterer Quartilswert	70	62
Oberer Quartilswert	86	80

Tab. 5: Alter in Gruppen für im Krankenhaus verstorbenen Patienten (eigene Zusammenfassung) in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Im Krankenhaus verstorbene Patienten			
Alter	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Bis 39 Jahre	1,7	1,8	1,4
40 bis 59 Jahre	8,9	9,2	9,7
60 bis 69 Jahre	13,4	14,5	15,8
70 bis 79 Jahre	26,8	29,3	31,6
80 bis 89 Jahre	35,9	35,1	33,4
90 Jahre und älter	13,4	10,0	8,1

Tab. 6: Alterskennwerte für im Krankenhaus verstorbenen Patienten (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Im Krankenhaus verstorbene Patienten			
Alterskennwerte	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Mittelwert	77	76	75
Median	79	78	77
Unterer Quartilswert	70	69	68
Oberer Quartilswert	86	85	84

Tab. 7: Alter in Gruppen für Patienten der Fachabteilung Palliativmedizin (eigene Zusammenfassung) in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben			
Alter	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Bis 39 Jahre	1,5*	1,4	1,8*
40 bis 59 Jahre	18,0	16,5	18,6
60 bis 69 Jahre	21,4	21,4	21,5
70 bis 79 Jahre	32,3	31,4	31,3
80 bis 89 Jahre	22,4	23,6	22,6
90 Jahre und älter	4,3	5,7	4,0

* Bei einem Teil der Altersgruppen bis 39 Jahre wurden aus Datenschutzgründen keine Werte übermittelt. Die Summe ergibt aus diesem Grund nicht 100 %

Tab. 8: Alterskennwerte für Patienten der Fachabteilung Palliativmedizin (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben			
Alterskennwerte	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Mittelwert	71	72	71
Median	73	74	73
Unterer Quartilswert	62	63	62
Oberer Quartilswert	80	81	80

4 Aufnahmeanlass

Gut zwei Drittel der im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurden als Notfall aufgenommen. Ein Fünftel wurde durch einen (Zahn-)Arzt eingewiesen und 11 % waren aufgrund der Aufnahme oder Verlegung aus einem anderen Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationseinrichtung im Krankenhaus. Bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten zeigen sich nach Verlegungshäufigkeit keine deutlichen Unterschiede beim Aufnahmeanlass (Abb. 5, Abb. 6).

Auch bei den Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, war ein Notfall der häufigste Aufnahmeanlass. Gleichwohl war dieser Anteil mit 41 % deutlich geringer als bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten. Demgegenüber wurden Patienten der Palliativmedizin häufiger als im Krankenhaus verstorbene Patienten durch (Zahn-)Ärzte eingewiesen und aus anderen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen bzw. verlegt (Abb. 5).

Bei den Patienten der Palliativmedizin zeigen sich deutliche Unterschiede beim Aufnahmeanlass, wenn man die Verlegungshäufigkeit berücksichtigt: Patienten der Palliativmedizin, die nicht verlegt wurden (30 %), sind deutlich seltener als Notfall im Krankenhaus aufgenommen worden als im Krankenhaus verlegte Patienten der Palliativmedizin (je 62 %). Patienten der Palliativmedizin, die nicht verlegt wurden, sind häufiger aufgrund einer Aufnahme oder Verlegung aus einem anderen Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationseinrichtung (35 %) sowie aufgrund der Einweisung eines (Zahn-)Arztes im Krankenhaus aufgenommen (34 %) worden (Abb. 7).

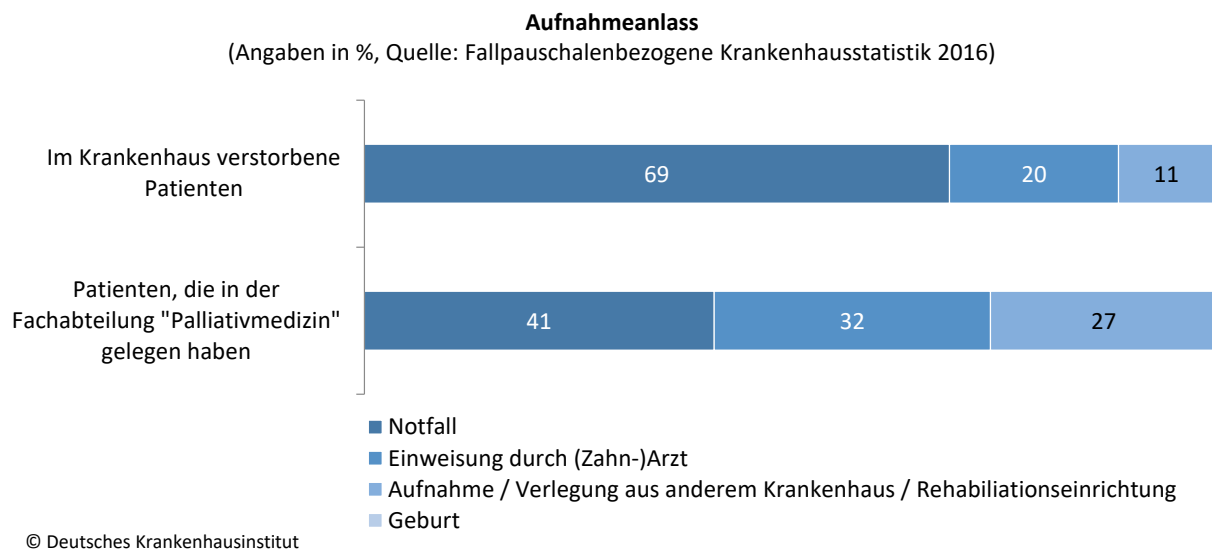


Abb. 5: Aufnahmeanlass 2016 in %

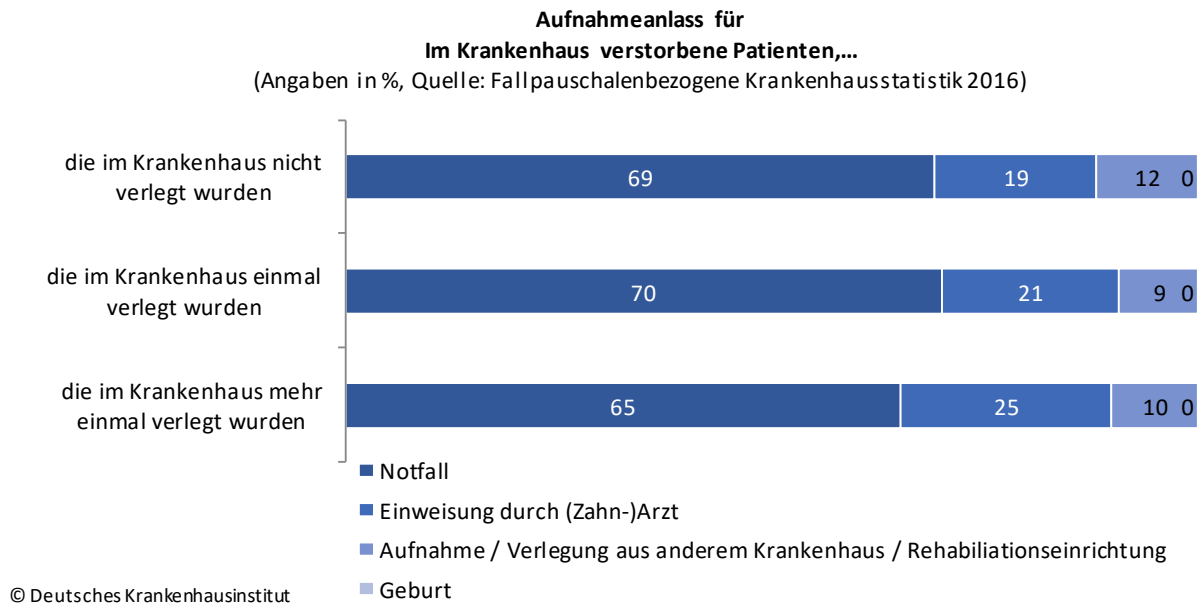


Abb. 6: Aufnahmeanlass 2016 für im Krankenhaus verstorbene Patienten in %

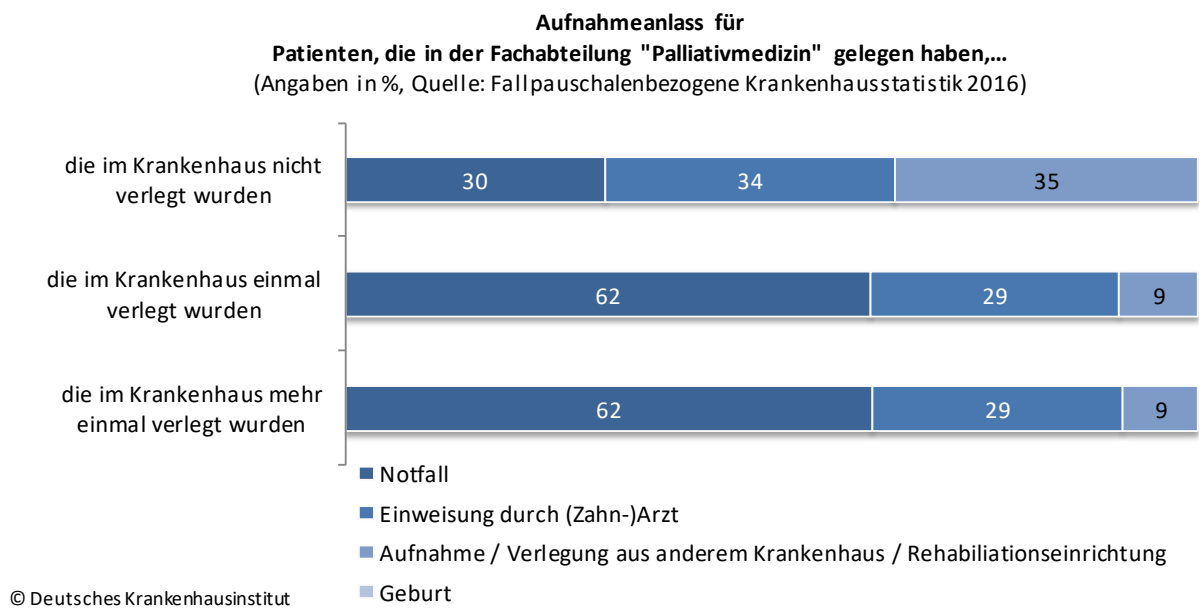


Abb. 7: Aufnahmeanlass 2016 für Patienten der Palliativmedizin in %

5 Fachabteilungen

Vorbemerkung: Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich aus Kodierung der Fachabteilungen keine Verlegungsrichtung bzw. kein Sterbeort identifizieren lässt (vgl. Kap. 1.1). Die Fachabteilungsnummer (1, 2 etc.) sagt nichts darüber aus, wann der Patient auf welcher Fachabteilung gelegen hat. Es kann sein, dass bei einem Patienten, der nicht verlegt wurde, bei dem also nur eine Fachabteilung kodiert wurde, nicht die Fachabteilung 1, sondern eine andere kodiert wurde.

Betrachtet man alle Fachabteilungsrichtungen, so wurde der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten in der Fachabteilung Innere Medizin behandelt. So wurde bei Fachabteilung 1 und Fachabteilung 2 jeweils am häufigsten die Innere Medizin angegeben. Auch ist die Fachabteilung Innere Medizin die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer der im Krankenhaus verstorbenen Patienten. Im Krankenhaus verstorbene Patienten wurden zudem häufig auf der Intensivmedizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Kardiologie versorgt. Die im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurden auf diesen Fachabteilungen jedoch deutlich seltener behandelt als in der Inneren Medizin (Tab. 9, Tab. 23).

Differenziert man die im Krankenhaus verstorbenen Patienten nach Verlegungshäufigkeit, so zeigt sich, dass die Patienten, die nicht verlegt wurden, überwiegend auf der Inneren Medizin gelegen haben. Diese Anteilswerte nehmen bei den einmal verlegten Patienten ab und sind bei den mehr als einmal verlegten Patienten am geringsten. Gleichwohl ist bei allen im Krankenhaus verstorbenen Patienten, unabhängig von der Verlegungshäufigkeit, die Innere Medizin die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer. Patienten, die mehr als einmal verlegt wurden, haben deutlich häufiger auf der Intensivmedizin gelegen als die anderen Gruppen der im Krankenhaus verstorbenen Patienten. Im Krankenhaus verstorbene und mehr als einmal verlegte Patienten wurden vergleichsweise seltener in der Palliativmedizin versorgt als die anderen beiden Gruppen (Tab. 10).

Tab. 9: Die 10 häufigsten Fachabteilungen, auf denen im Krankenhaus verstorbene Patienten gelegen haben in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Fachabteilung	1 in %	2 in %	Mit längster Verweildauer in %
Innere Medizin	50,7	29,4	48,6
Geriatrie	2,7	3,7	3,2
Kardiologie	5,7	4,9	5,6
Hämatologie und internistische Onkologie	2,6	2,8	2,8
Gastroenterologie	2,6	2,7	2,6
Allgemeine Chirurgie	8,1	10,8	8,1
Unfallchirurgie	2,4	1,5	2,0
Neurologie	5,0	4,5	4,8
Intensivmedizin	6,0	25,3	8,3
Palliativmedizin	3,1	4,1	3,6

Tab. 10: Die 10 häufigsten Fachabteilungen, auf denen im Krankenhaus verstorbene Patienten gelegen haben in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Im Krankenhaus verstorbene Patienten							
Fachabteilung	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %			die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %		
	1	1	2	LV*	1	2	LV*
Innere Medizin	54,3	44,0	31,9	37,6	38,3	24,6	30,9
Geriatrie	3,0	1,8	4,4	3,7	2,0	2,7	3,6
Kardiologie	5,8	5,6	4,6	5,0	5,1	5,2	4,8
Hämatologie und internistische Onkologie	2,6	2,4	3,3	3,2	2,7	2,1	3,4
Gastroenterologie	2,4	2,9	2,5	2,9	3,1	2,6	3,0
Allgemeine Chirurgie	6,5	11,0	10,6	11,3	13,6	11,5	13,4
Unfallchirurgie	1,7	4,0	1,0	2,4	4,6	2,3	3,3
Neurologie	4,7	5,7	4,4	5,0	5,9	4,6	4,8
Intensivmedizin	5,4	7,3	22,0	14,1	7,2	32,4	17,1
Palliativmedizin	4,2	0,6	6,3	2,8	0,3	0,5	1,4

*LV=mit längster Verweildauer

Patienten, die auf der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden vergleichsweise häufig auch in der Inneren Medizin versorgt. Dies war die Fachabteilung mit der zweitlängsten Verweildauer. Gleichwohl waren die prozentualen Anteile sehr viel geringer als die der Palliativmedizin. Patienten, bei denen mehr als eine Fachabteilung codiert wurde, wurden im Vergleich häufig auf der Intensivstation behandelt (Tab. 11, Tab. 24).

Patienten, der Palliativmedizin, die mehr als einmal verlegt wurden, wurden häufig auch in der Inneren Medizin versorgt. Dies ist die Fachabteilung mit der zweitlängsten Verweildauer. Darüber hinaus wurden mehr als einmal verlegte Patienten der Palliativmedizin in der Allgemeinen Chirurgie, der Intensivmedizin und der Hämatologie und internistischen Onkologie versorgt. Die entsprechenden Anteilswerte liegen jedoch mit zwischen 5,0 und 6,9 % deutlich unter denen der Palliativ- und Inneren Medizin (Tab. 13).

Tab. 11: Fachabteilungen mit mindestens 1%-Angaben , auf denen Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben, auch gelegen haben in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

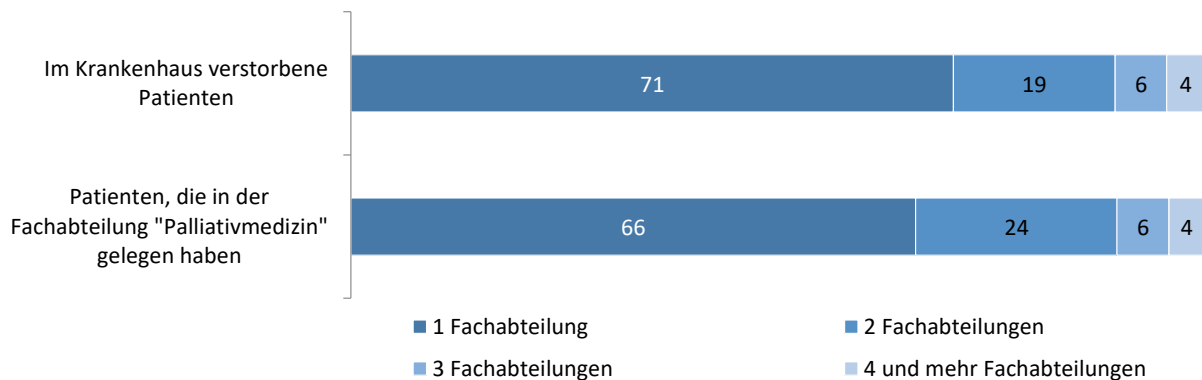
Fachabteilung	1 in %	2 in %	Mit längster Verweildauer in %
Innere Medizin	14,2	8,1	6,3
Hämatologie und internistische Onkologie	3,2	3,2	1,6
Gastroenterologie	1,2	1,0	0,7
Allgemeine Chirurgie	1,7	2,6	1,2
Urologie	1,0	0,6	0,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,3	0,7	0,6
Neurologie	1,1	1,1	0,6
Strahlenheilkunde	0,6	1,4	0,6
Intensivmedizin	1,0	5,0	0,8
Palliativmedizin	70,1	71,7	84,6

Tab. 12: Die 15 häufigsten Fachabteilungen, auf denen Patienten der Palliativmedizin gelegen haben, die mehr als 1x verlegt wurden in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Fachabteilung der Patienten der Palliativmedizin, die mehr als einmal verlegt wurden	1 in %	2 in %	Mit längster Verweildauer in %
Innere Medizin	37,2	24,1	18,3
Palliativmedizin	10,5	14,7	40,6
Allgemeine Chirurgie	7,1	8,0	6,9
Intensivmedizin	5,7	17,0	5,6
Hämatologie und internistische Onkologie	5,0	7,5	5,0
Neurologie	4,8	3,4	2,2
Unfallchirurgie	3,7	1,8	1,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,5	2,1	2,2
Gastroenterologie	3,1	2,9	2,3
Urologie	3,1	1,8	1,7
Kardiologie	2,7	2,6	1,7
Sonstige	2,3	0,5	0,4
Strahlenheilkunde	1,7	3,9	3,2
Nephrologie	2,3	2,9	1,7
Neurochirurgie		2,7	2,0

Der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten (71 %) bzw. der Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben (66 %), wurde nicht verlegt. Knapp ein Fünftel der verstorbenen und etwas weniger als ein Viertel der Palliativpatienten wurde im Krankenhaus einmal verlegt. Je ein Zehntel wurde mehr als einmal verlegt (Abb. 8).

Anzahl Fachabteilungen (begrenzt auf die ersten 10)
(Angaben in %, Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Anzahl der Fachabteilungen, auf denen die im Patienten gelegen haben, gruppiert und in %

Im Schnitt haben Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind bzw. Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin versorgt wurden, auf knapp zwei Fachabteilungen gelegen. Der Median betrug 1. Patienten, die im Krankenhaus verstorben bzw. auf der Palliativmedizin betreut wurden und mehr als einmal verlegt wurden, haben im Durchschnitt auf rund vier Fachabteilungen gelegen. Der Median lag bei 3 (Tab. 13).

Tab. 13: Summe der Fachabteilungen auf denen die Patienten gelegen haben (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Summe der Fachabteilungen, auf der die Patienten gelegen haben (10 recodiert)	Im Krankenhaus verstorbene Patienten - gesamt	Im Krankenhaus verstorbene Patienten – die mehr als 1x verlegt wurden	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben - gesamt	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben - die mehr als 1x verlegt wurden
Mittelwert	1,5	3,8	1,5	3,8
Median	1	3	1	3
Unterer Quartilswert	1	3	1	3
Oberer Quartilswert	2	4	2	4

6 Diagnose

6.1 ICD-Codes

Die 20 häufigsten genannten ICD-Codes¹ umfassen knapp 60 % der Hauptdiagnosen (ICD-Codes, 3 Steller) bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten. Knapp ein Viertel der verstorbenen Patienten wurde wegen einer Erkrankung des Kreislaufsystems, gut ein Zehntel aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems im Krankenhaus behandelt (Abb. 9).

Betrachtet man die verschiedenen Gruppen der verstorbenen Patienten nach Verlegungshäufigkeit, so zeigt sich, dass die Anteile bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Atmungssystems abnehmen, wenn diese verlegt wurden. Demgegenüber nimmt die Häufigkeit von Neubildungen und Verletzungen, Vergiftungen mit der Verlegungshäufigkeit zu (Abb. 10).

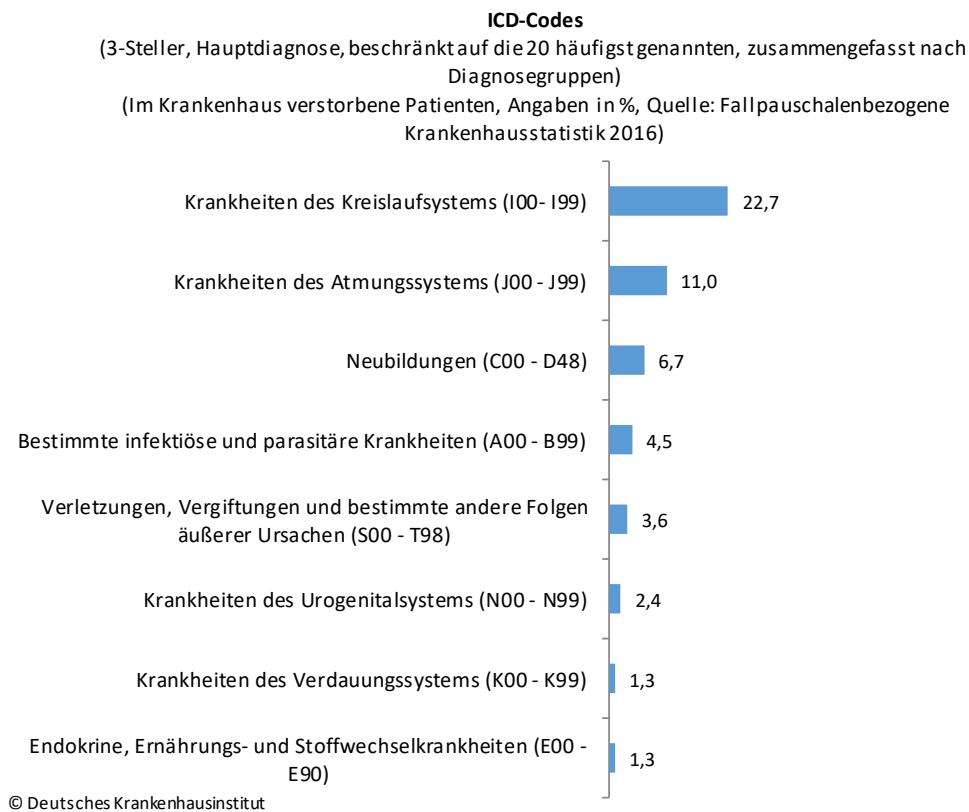


Abb. 9: Häufigsten ICD-Codes (3-Steller, Hauptdiagnose) bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten in %

¹ Aufgrund der Fülle von Daten wurde das DKI vom FDZ gebeten, die Anzahl zu beschränken.

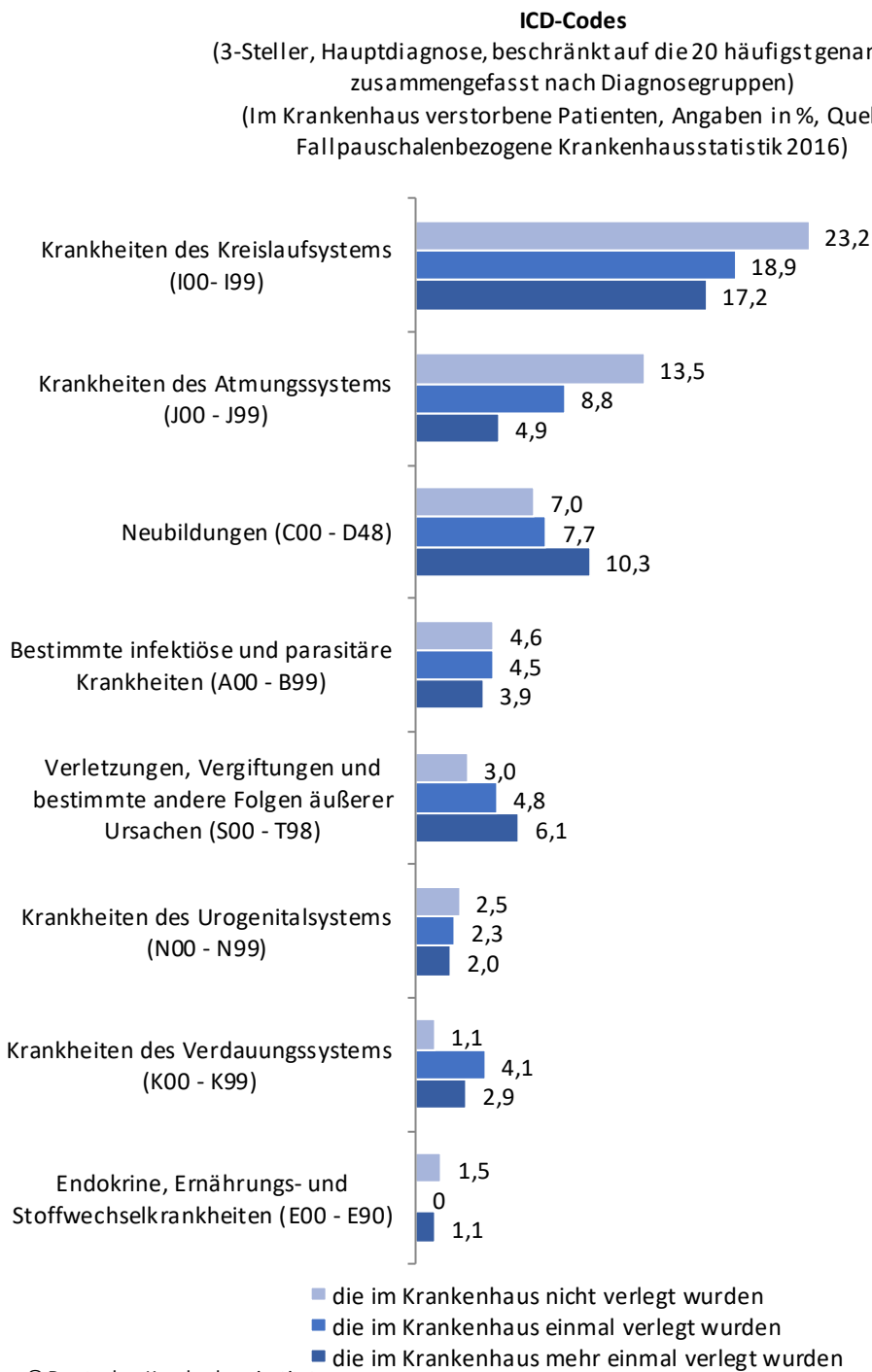


Abb. 10: Die häufigsten ICD-Codes (3-Steller, Hauptdiagnose) bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten (nach Verlegungshäufigkeit) in %

Bei Patienten der Palliativmedizin zeigt sich ein deutlich anderes Diagnosespektrum als bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten: Waren bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten knapp 7 % von Neubildungen betroffen, fielen bei den Palliativpatienten 58,5 % der 20 häufigsten ICD-Hauptdiagnosen in den Bereich Neubildungen. Die Palliativpatienten wurden am häufigsten aufgrund bösartiger Neubildungen der Verdauungsorgane (20 %) und

der Atmungsorgane (12,7 %) im Krankenhaus behandelt (Abb. 11). Das Auftreten dieser Behandlungsanlässe nimmt mit der Verlegungshäufigkeit ebenso ab wie bösartige Neubildungen der Brustdrüse. Demgegenüber nimmt die Anzahl der Palliativpatienten mit der Diagnose einer Neubildung mit ungenau oder nicht näher bezeichneter Lokalisation mit zunehmender Verlegungshäufigkeit etwas zu (Abb. 12)

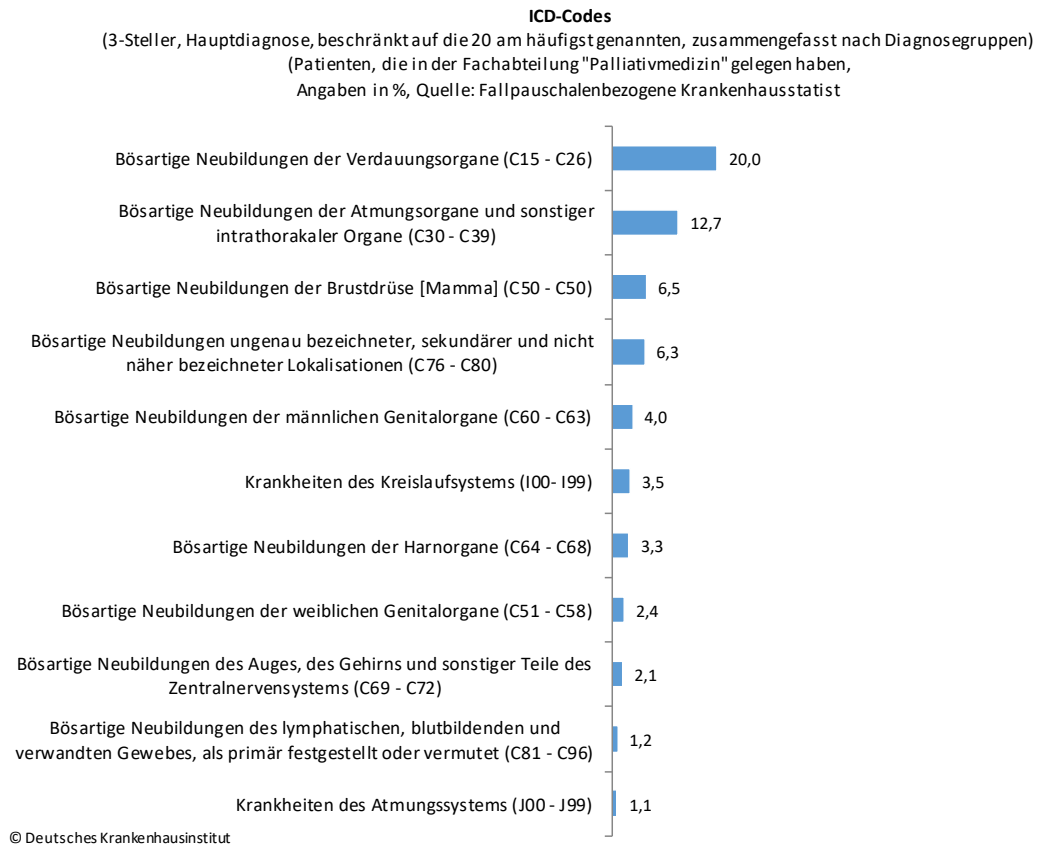
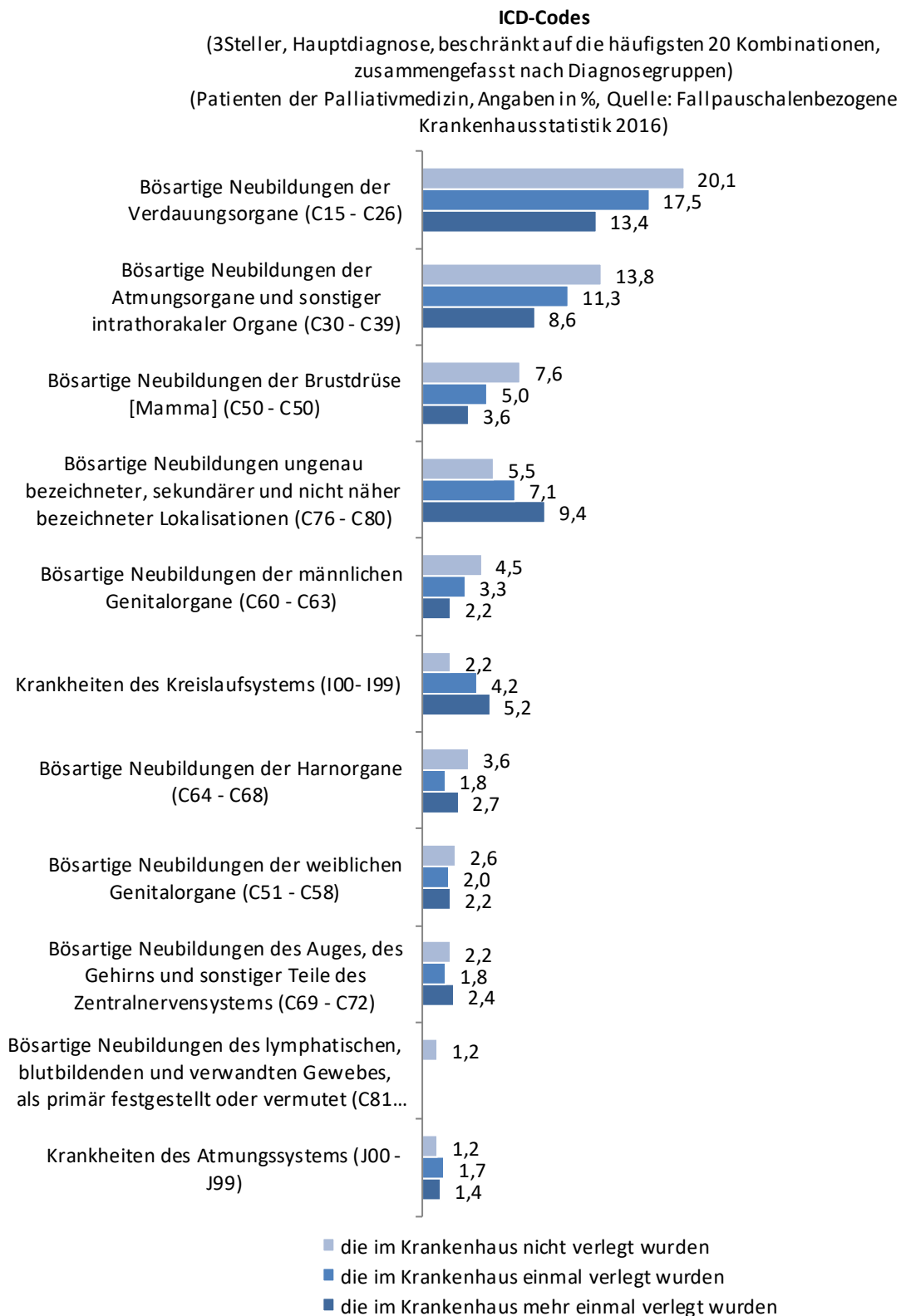


Abb. 11: Die häufigsten ICD-Codes (3-Steller, Hauptdiagnose) bei Patienten, die auf der Palliativmedizin gelegen haben in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Die häufigsten ICD-Codes (3-Steller, Hauptdiagnose) bei Patienten, die auf der Palliativmedizin gelegen haben (nach Verlegungshäufigkeit) in %

7 Behandlung und Prozeduren

7.1 Operation

Knapp ein Viertel der im Krankenhaus verstorbenen und gut ein Zehntel der Patienten der Palliativmedizin wurde während des Aufenthaltes operiert (Abb. 13). Sowohl bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten als auch bei Patienten in der Palliativmedizin besteht ein Zusammenhang zwischen Verlegungshäufigkeit und Operation. Bei beiden Patientengruppen nimmt der Anteil der Operationen mit höherer Verlegungsfrequenz zu. Der Zusammenhang ist bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten größer ausgeprägt als bei Patienten der Palliativmedizin (Abb. 14, Abb. 15).

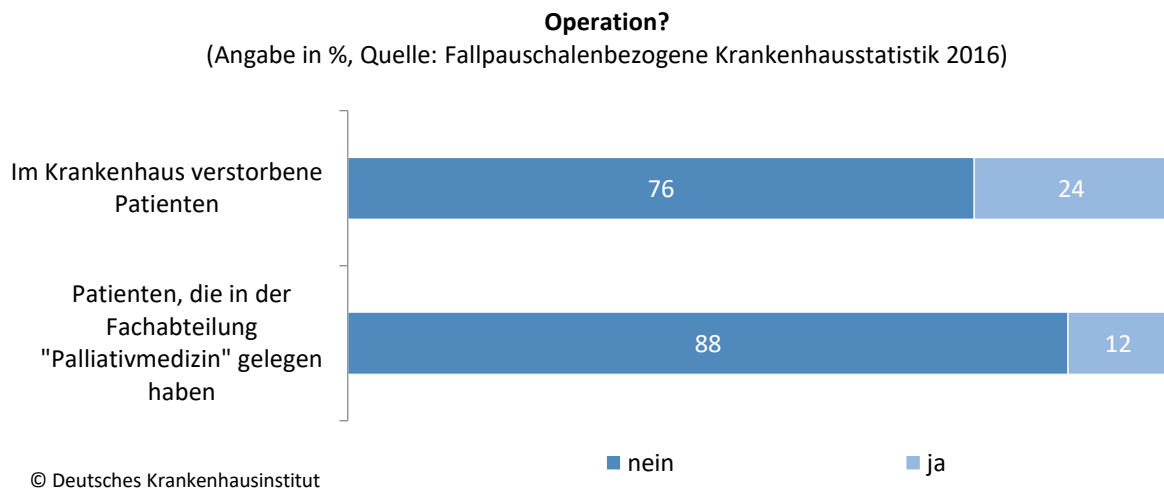


Abb. 13: Anteil operierter Patienten in %

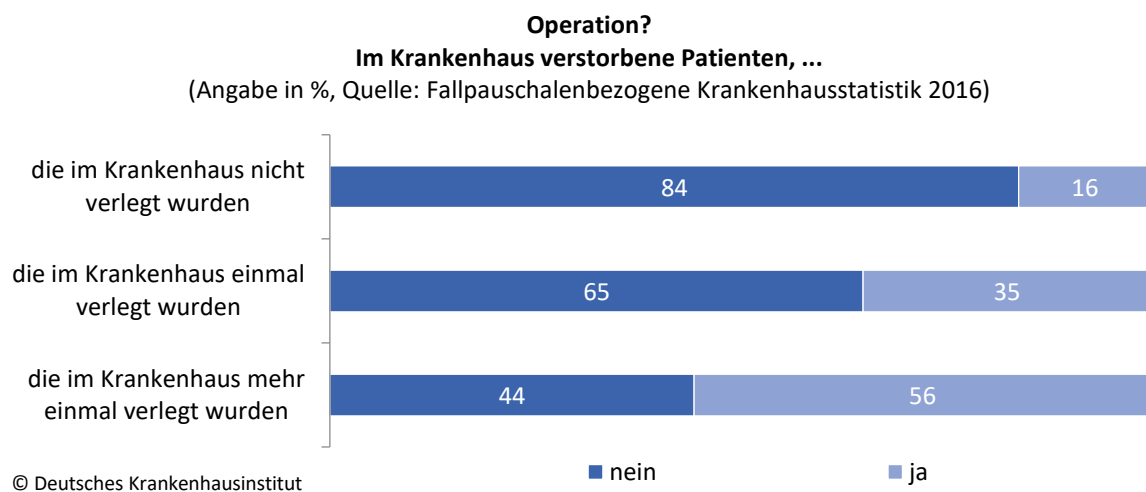


Abb. 14: Anteil operierter Patienten unter im Krankenhaus verstorbenen Patienten nach Verlegungshäufigkeit in %

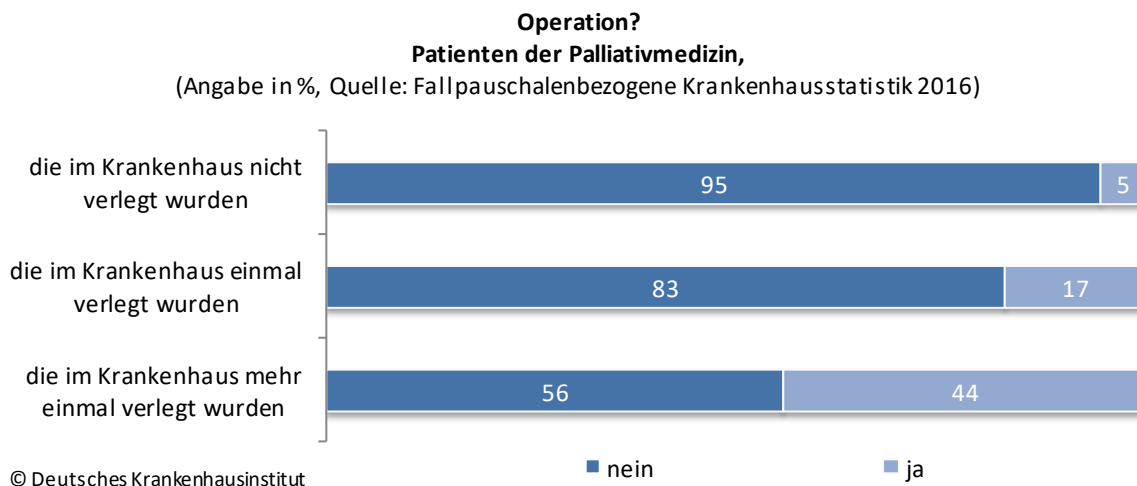
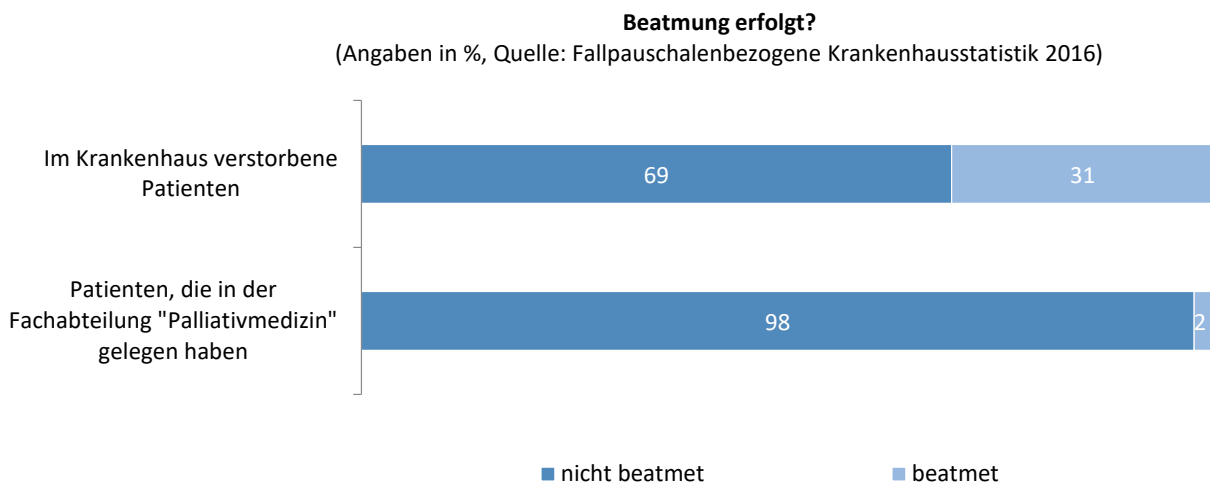


Abb. 15: Anteil operierter Patienten unter Patienten der Palliativmedizin nach Verlegungshäufigkeit in %

7.2 Beatmung

Der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen (69 %) und nahezu alle Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben (98 %), wurden während ihres Aufenthaltes nicht beatmet (Abb. 16). Der Anteil der beatmeten Patienten steigt mit der Verlegungshäufigkeit, wobei dieser Zusammenhang bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten deutlich stärker ausgeprägt ist als bei Patienten der Palliativmedizin (Abb. 17, Abb. 18).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Anteil der Patienten, die beatmet wurden in %

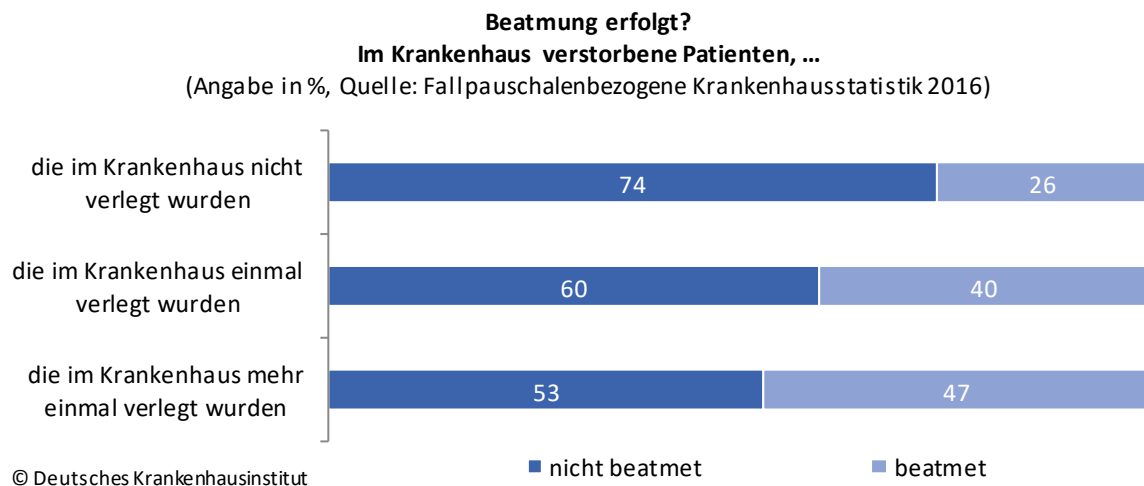


Abb. 17: Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten, die beatmet wurden in %

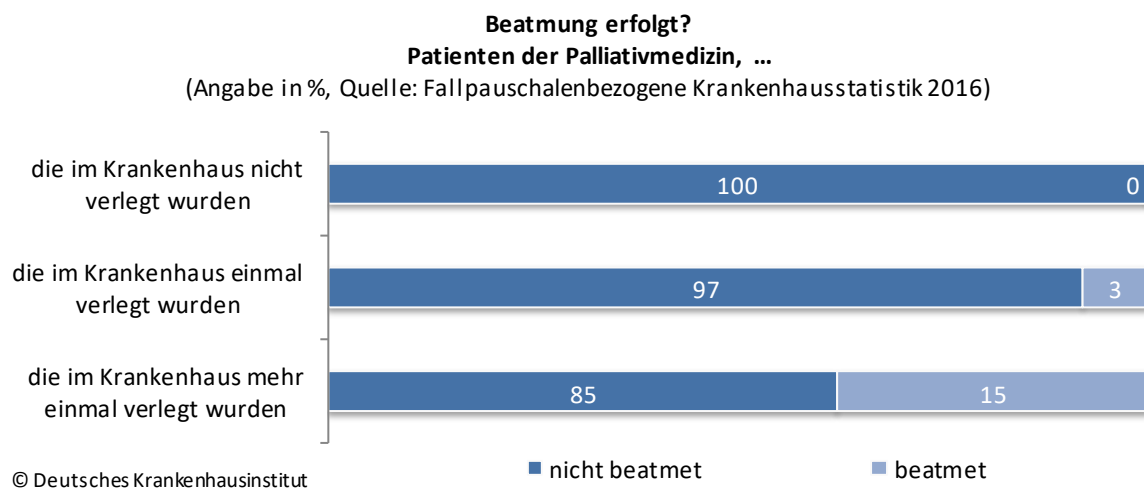


Abb. 18: Anteil der Patienten der Palliativmedizin, die beatmet wurden in %

Im Krankenhaus verstorbene Patienten, die während des Aufenthaltes beatmet wurden, wurden im Schnitt knapp 156 Stunden beatmet. Der Median betrug 50 Stunden. Beatmete Patienten der Palliativmedizin wurden im Mittel etwas mehr als 150 Stunden beatmet (Median: 53 Stunden) (Tab. 14).

Die Beatmungszeit nimmt bei Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, mit der Verlegungshäufigkeit zu. Nicht verlegte, im Krankenhaus verstorbene Patienten wurden im Durchschnitt knapp 138 Stunden (Median: 43) beatmet, mehr als einmal verlegte und im Krankenhaus verstorbene Patienten wurden etwas mehr als 203 Stunden (Median: 73) beatmet (Tab. 15). Die Ergebnisse bei den Patienten der Palliativmedizin sind etwas

inkonsistent, was mit vereinzelt Ausreißerwerten und der insgesamt geringen Anzahl zu erklären ist (Tab. 16).

Tab. 14: Beatmungszeit in Stunden von Krankenhauspatienten 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Beatmungszeit in Stunden (nur Patienten mit Beatmung)	Im Krankenhaus verstorbene Patienten	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben
Mittelwert	155,74	150,39
Median	50,00	53,00
Unterer Quartilswert	12,00	13,00
Oberer Quartilswert	183,00	201,50

Tab. 15: Beatmungszeit in Stunden von im Krankenhaus verstorbenen Patienten 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

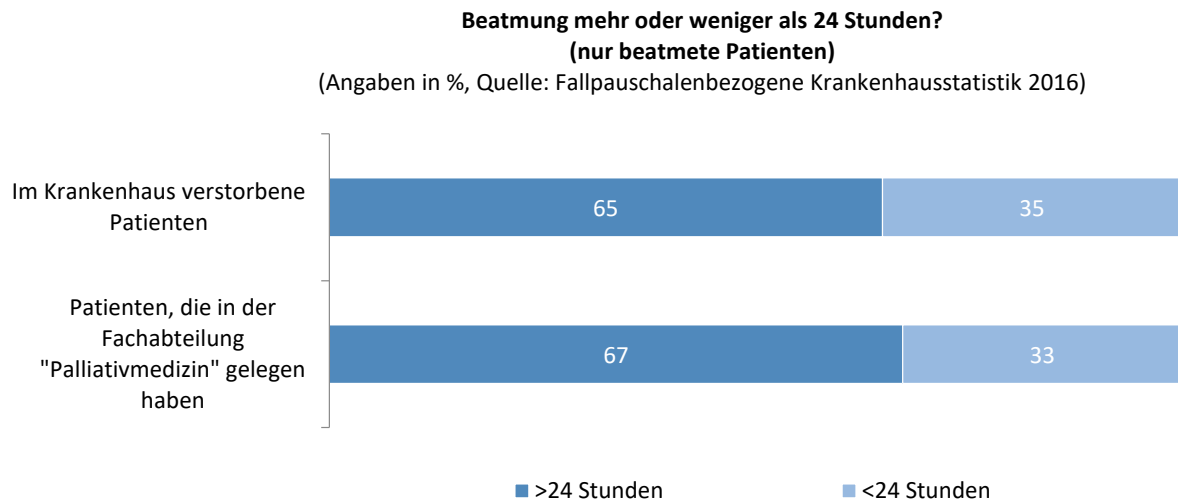
Im Krankenhaus verstorbene Patienten			
Beatmungszeit in Stunden	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Mittelwert	137,6	167,5	203,2
Median	43	61	73
Unterer Quartilswert	8	16	20
Oberer Quartilswert	163	210	238

Tab. 16: Beatmungszeit in Stunden von Patienten der Palliativmedizin 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben			
Beatmungszeit in Stunden	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Mittelwert	*	144,7	152,4
Median	*	68	51
Unterer Quartilswert	*	15,8	13
Oberer Quartilswert	*	199,3	201,8

* Werte nicht ausgewiesen, da es nur einen marginalen Teil der Patienten betrifft

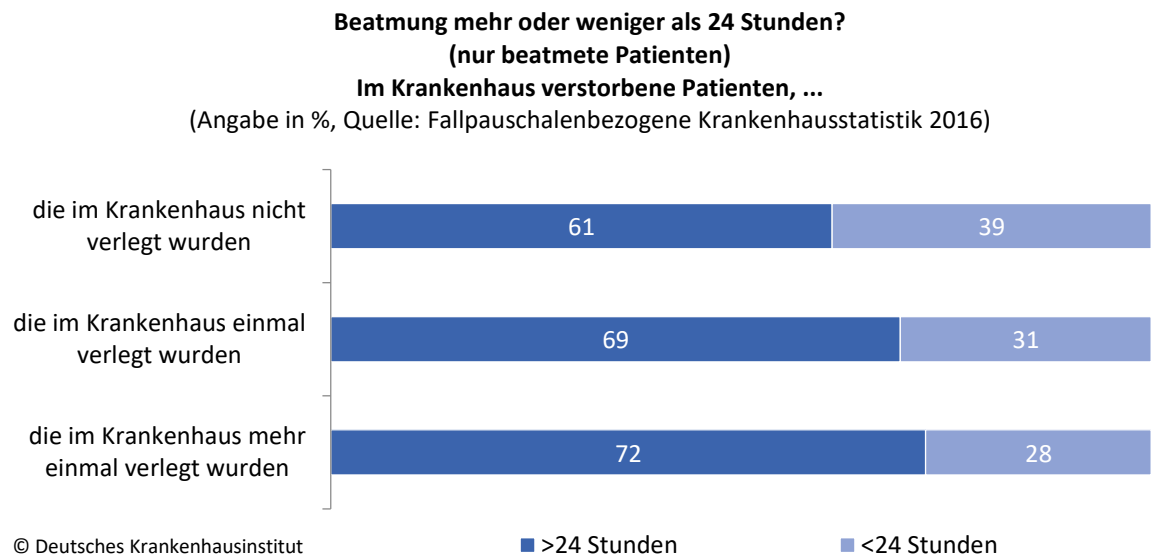
Der größte Teil der Patienten, die beatmet wurden, wurde mehr als 24 Stunden beatmet. Es zeigen sich keine relevanten Unterschiede zwischen im Krankenhaus verstorbenen Patienten (65 %) und Patienten der Palliativmedizin (67 %) (Abb. 19).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Dauer der Beatmung in %

Der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten, die mehr als 24 Stunden beatmet wurden, nimmt mit Verlegungshäufigkeit leicht zu (Abb. 20).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Dauer der Beatmung von im Krankenhaus verstorbenen Patienten in %

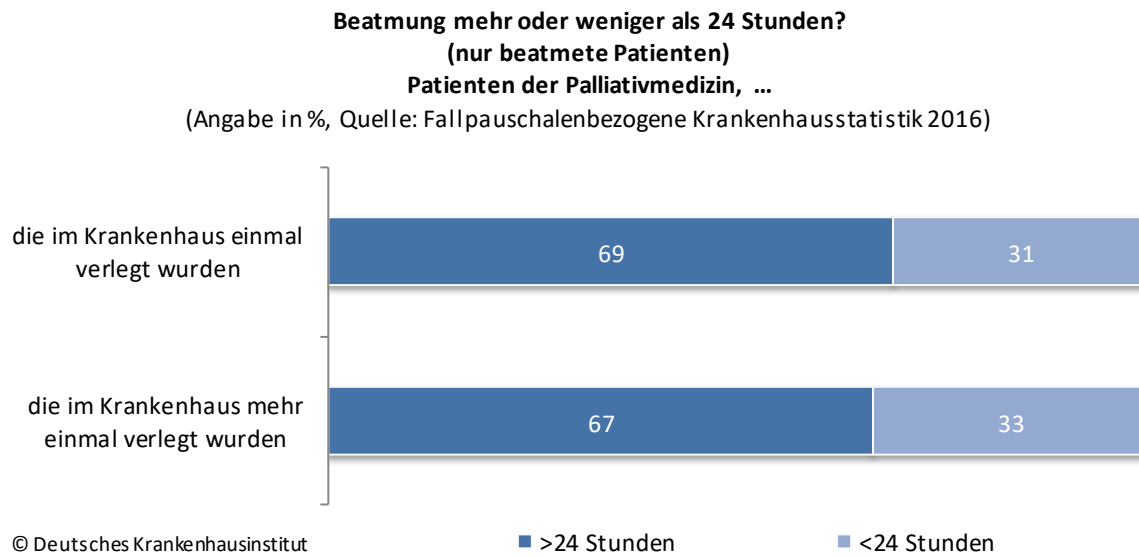


Abb. 21: Dauer der Beatmung von Patienten der Palliativmedizin in %

7.3 Verweildauer

Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, waren im Schnitt knapp elf Tage dort (Median: 6). Patienten der Palliativmedizin waren etwas länger im Krankenhaus (Mittelwert: 12,89, Median: 10) (Tab. 17). Die Verweildauern nehmen bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten sowie Patienten der Palliativmedizin mit Verlegungshäufigkeit zu. Patienten, die nicht verlegt wurden, waren mit acht bzw. zehn Tagen (Median: 5 bzw. 8) deutlich kürzer im Krankenhaus aufgenommen als mehr als einmal verlegte Patienten, die 23 bzw. 27 Tage im Krankenhaus verbracht haben (Median: 17 bzw. 23) (Tab. 18, Tab. 19Tab. 1).

Tab. 17: Verweildauer in Tagen von Krankenhauspatienten 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Verweildauer in Tagen (Stundenfälle werden als 1 Tag berechnet)	Im Krankenhaus verstorbene Patienten	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben
Mittelwert	10,60	12,89
Median	6,00	10,00
Unterer Quartilswert	2,00	5,00
Oberer Quartilswert	14,00	17,00

Tab. 18: Verweildauer in Tagen von im Krankenhaus verstorbenen Patienten 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Im Krankenhaus verstorbene Patienten			
Verweildauer in Tagen (Stundenfälle werden als 1 Tag berechnet)	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Mittelwert	8,11	13,31	22,86
Median	5,00	9,00	17,00
Unterer Quartilswert	1,00	4,00	9,00
Oberer Quartilswert	11,00	18,00	29,00

Tab. 19: Verweildauer in Tagen von Patienten der Palliativmedizin 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Im Krankenhaus verstorbene Patienten			
Verweildauer in Tagen (Stundenfälle werden als 1 Tag berechnet)	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Mittelwert	9,56	16,16	26,92
Median	8,00	14,00	23,00
Unterer Quartilswert	4,00	8,00	14,00
Oberer Quartilswert	13,00	22,00	35,00

Die etwas längere Verweildauer der Palliativpatienten spiegelt sich entsprechend auch in der nach Tagen gruppierten Verweildauer wieder: Während etwas mehr als die Hälfte der im Krankenhaus verstorbenen bis maximal sieben Tage im Krankenhaus war, traf dies auf gut zwei Drittel der Palliativpatienten zu. Im Krankenhaus verstorbene Patienten waren am häufigsten einen Tag im Krankenhaus, Patienten der Palliativmedizin zwischen 21 und 27 Tagen (Abb. 22).

Nach Verlegungshäufigkeit spiegelt sich dies auch wider: die im Krankenhaus verstorbenen Patienten ohne Verlegung sind am häufigsten bis zu sieben Tage stationär behandelt worden, während die mehr als einmal verlegten Patienten mit einer Verweildauer ab 14 Tagen die größte Gruppe ausmachen (Abb. 23). Bei den Patienten der Palliativmedizin hatte der größte Anteil der Patienten ohne Verlegung eine stationäre Verweildauer von bis zu zwölf Tagen,

während die Palliativpatienten mit mehr als einer Verlegung mit 28 und mehr Tagen die größte Gruppe darstellen (Abb. 24).

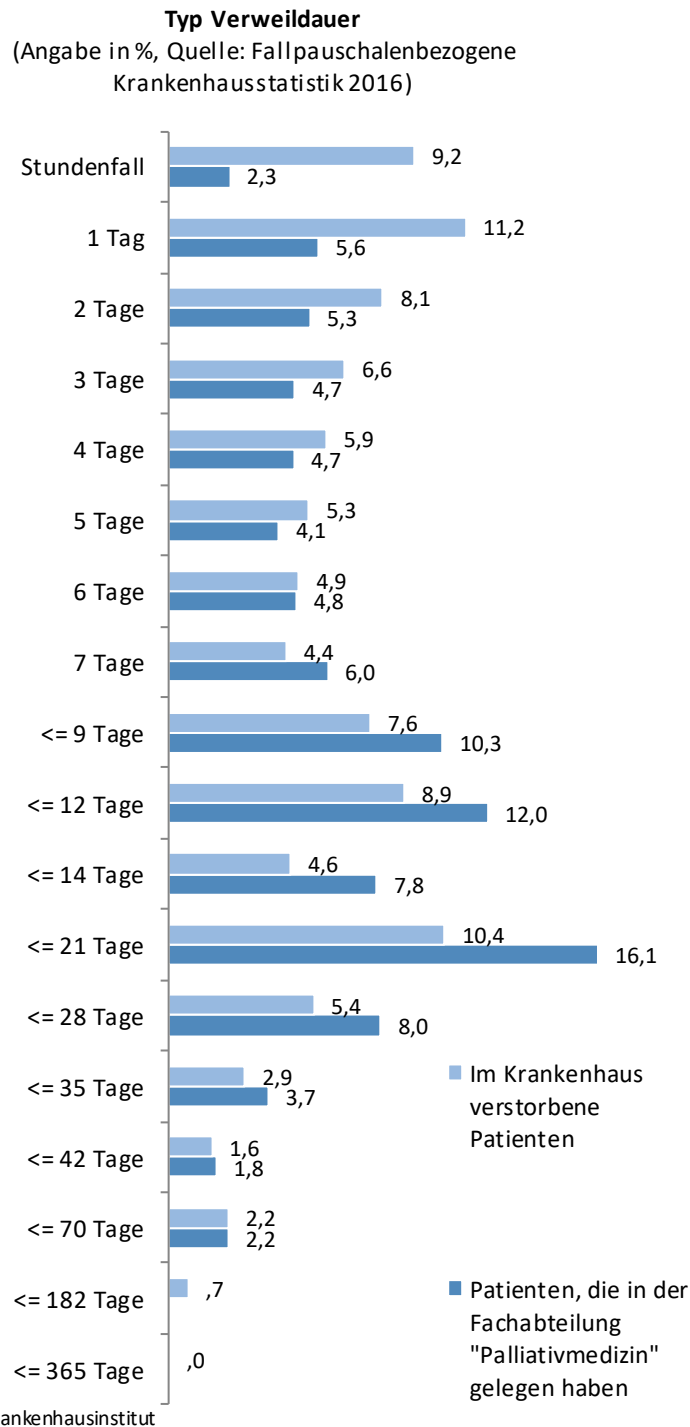


Abb. 22: Typ Verweildauer von Krankenhauspatienten 2016 in %

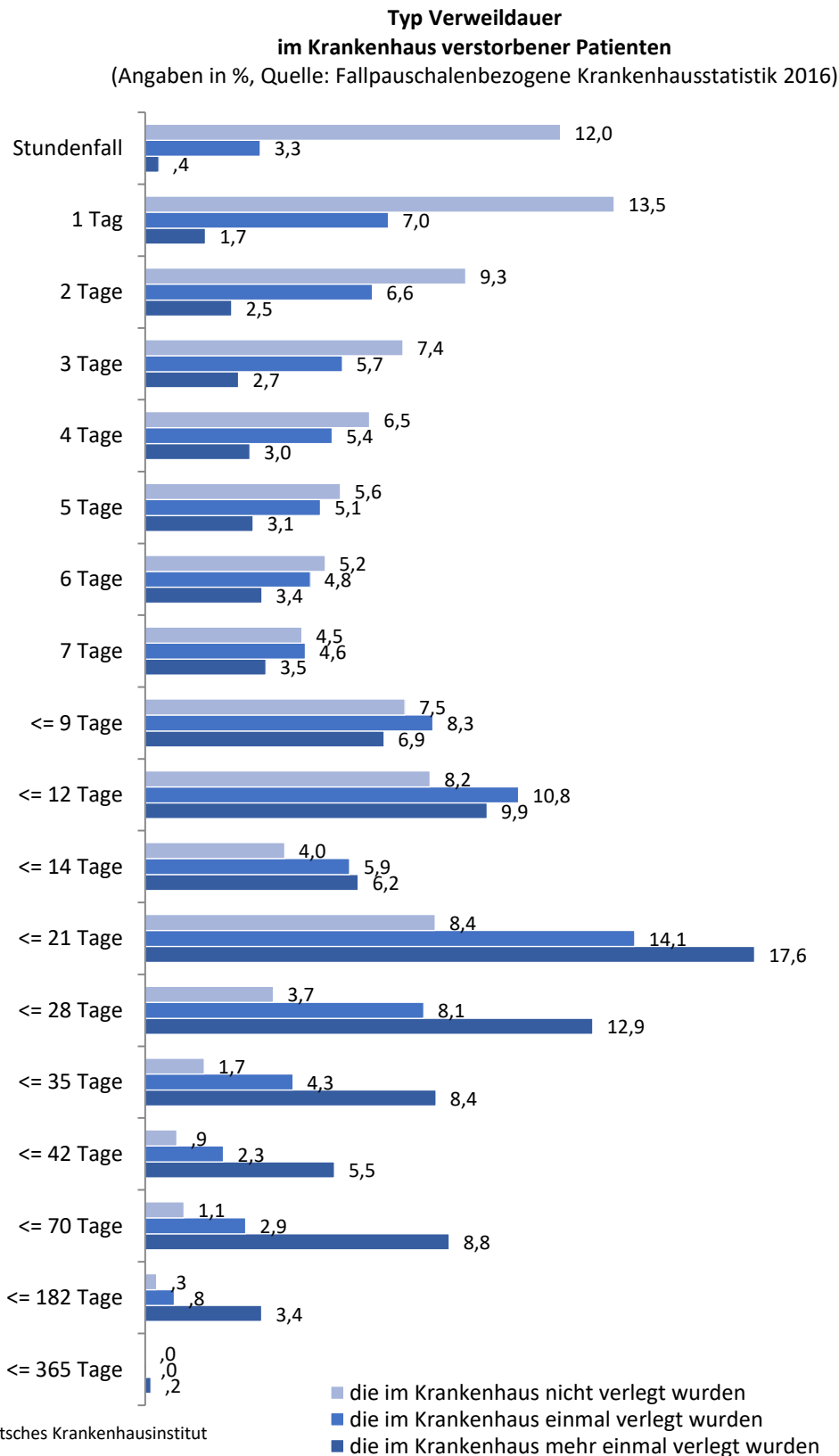


Abb. 23: Typ Verweildauer im Krankenhaus verstorbener Patienten 2016 in %

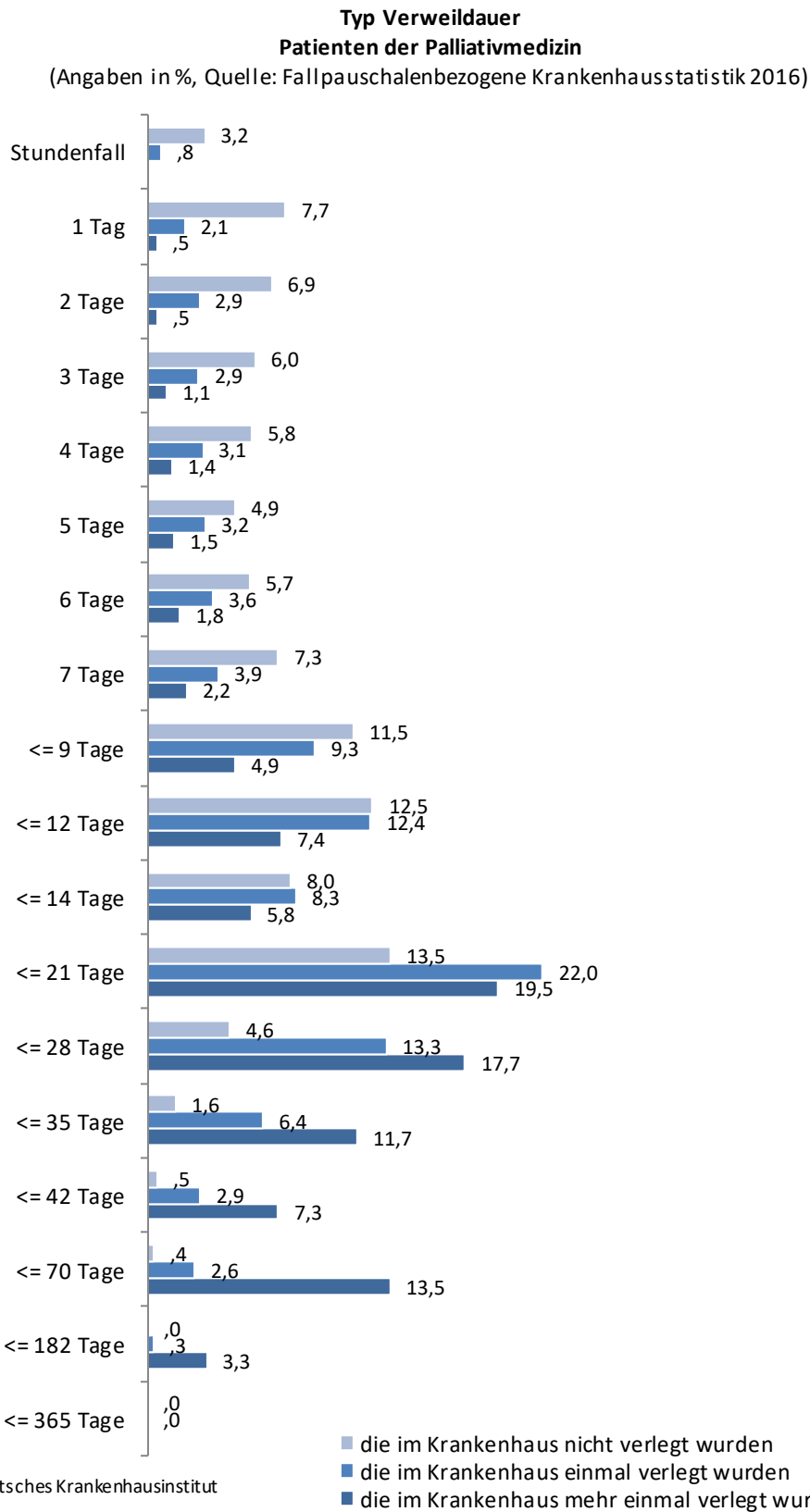


Abb. 24: Typ Verweildauer Patienten der Palliativmedizin 2016 in %

Im Krankenhaus verstorbene Patienten haben im Schnitt jeweils etwas mehr als sieben Tage in der Fachabteilung 1 und Fachabteilung 2 gelegen (Median: je 4). Die Verweildauer in der Fachabteilung mit längster Verweildauer betrug knapp zehn Tage (Median: 6).

Patienten der Palliativmedizin haben mit im Schnitt knapp neun Tagen etwa zwei Tage länger als im Krankenhaus Verstorbene jeweils auf den Fachabteilungen 1 und 2 gelegen (Median: je 7). Im Mittel waren Patienten, die auch in der Fachabteilung Palliativmedizin aufgenommen waren, elf Tage auf der Fachabteilung mit längster Verweildauer untergebracht (Median: 9) (Tab. 20).

Tab. 20: Verweildauer nach Fachabteilungen 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Verweildauer in Tagen	Im Krankenhaus verstorbene Patienten	Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben
Fachabteilung 1		
Mittelwert	7,17	8,58
Median	4,00	7,00
Unterer Quartilswert	1,00	2,00
Oberer Quartilswert	9,00	12,00
Fachabteilung 2		
Mittelwert	7,09	8,55
Median	4,00	7,00
Unterer Quartilswert	1,00	3,00
Oberer Quartilswert	9,00	12,00
Fachabteilung mit längster Verweildauer		
Mittelwert	9,61	11,01
Median	6,00	9,00
Unterer Quartilswert	2,00	5,00
Oberer Quartilswert	13,00	15,00

Tab. 21: Verweildauer in Tagen auf Fachabteilungen von im Krankenhaus verstorbenen Patienten 2016 (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Im Krankenhaus verstorbene Patienten			
Verweildauer in Tagen	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Fachabteilung 1			
Mittelwert	7,95	5,27	5,15
Median	5,00	2,00	2,00
Unterer Quartilswert	1,00	1,00	1,00
Oberer Quartilswert	10,00	7,00	6,00
Fachabteilung 2			
Mittelwert		7,89	5,57
Median		4,00	3,00
Unterer Quartilswert		1,00	1,00
Oberer Quartilswert		10,00	7,00
Fachabteilung mit längster Verweildauer			
Mittelwert		11,22	17,23
Median		8,00	12,00
Unterer Quartilswert		3,00	7,00
Oberer Quartilswert		15,00	22,00

Tab. 22: Verweildauer in Tagen auf Fachabteilungen von Patienten der Palliativmedizin 2016
(Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben			
Verweildauer in Tagen	die im KH nicht verlegt wurden in %	die im KH einmal verlegt wurden in %	die im KH mehr als einmal verlegt wurden in %
Fachabteilung 1			
Mittelwert	9,53	7,26	5,47
Median	8,00	4,00	2,00
Unterer Quartilswert	4,00	1,00	1,00
Oberer Quartilswert	13,00	10,00	7,00
Fachabteilung 2			
Mittelwert		9,05	7,43
Median		8,00	5,00
Unterer Quartilswert		3,00	1,00
Oberer Quartilswert		13,00	10,00
Fachabteilung mit längster Verweildauer			
Mittelwert		12,37	17,48
Median		10,00	14,00
Unterer Quartilswert		6,00	9,00
Oberer Quartilswert		16,00	22,00

8 Entlassungsgrund

Bei ungefähr die Hälfte der Patienten, die auch auf der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen hat, wurde der Tod als Entlassungsgrund genannt. Bei gut einem Drittel war das Behandlungsende der Grund für die Entlassung (Abb. 25).

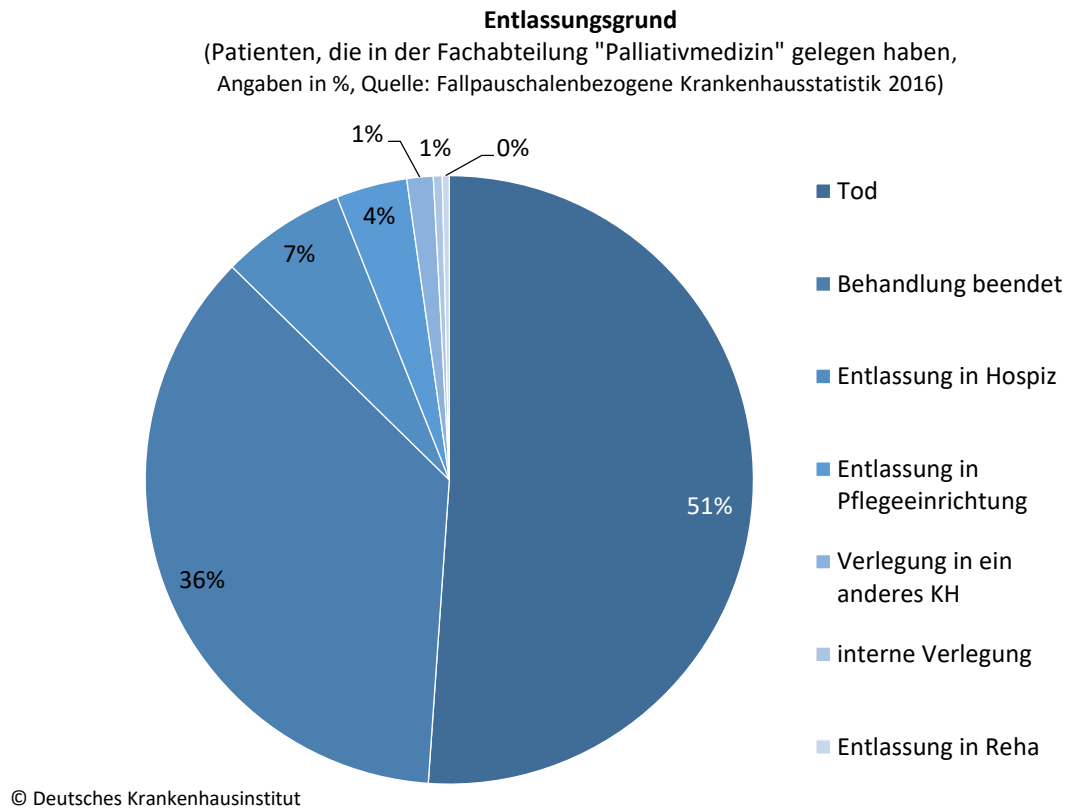


Abb. 25: Entlassungsgrund der Patienten, die in der Palliativmedizin gelegen haben in %

9 Anhang

Tab. 23: Fachabteilungen, auf denen im Krankenhaus verstorbene Patienten gelegen haben in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Fachabteilung	1	2*	Mit längster Verweildauer (N=403.644)
	(N=400.670)	(N=113.734)	
	in %	in %	in %
Innere Medizin	50,7	29,4	48,6
Geriatrie	2,7	3,7	3,2
Kardiologie	5,7	4,9	5,6
Nephrologie	0,7	1,2	0,8
Hämatologie und internistische Onkologie	2,6	2,8	2,8
Endokrinologie	0,1		0,1
Gastroenterologie	2,6	2,7	2,6
Pneumologie	1,2		1,2
Rheumatologie	0		0
Pädiatrie	0,2		0,3
Kinderkardiologie	0		0
Neonatologie	0,1		0,1
Kinderchirurgie	0		0
Lungen- und Bronchialheilkunde	0,5		0,5
Allgemeine Chirurgie	8,1	10,8	8,1
Unfallchirurgie	2,4	1,5	2,0
Neurochirurgie	1,2	1,6	1,2
Gefäßchirurgie	0,9		0,9
Plastische Chirurgie	0,1		0
Thoraxchirurgie	0,2		0,2
Herzchirurgie	0,9	1,2	0,9
Urologie	1,4		1,2
Orthopädie	0,6		0,5

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,9		0,7
Geburtshilfe	0,1		0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,3		0,2
Augenheilkunde	0		0
Neurologie	5,0	4,5	4,8
Allgemeine Psychiatrie			
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Psychosomatik/Psychotherapie			
Nuklearmedizin	0		0
Strahlenheilkunde	0,4		0,5
Dermatologie	0,2		0
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	0,1		0,1
Intensivmedizin	6,0	25,3	8,3
Sonstige Fachabteilung	0,8		0,4
Palliativmedizin	3,1	4,1	3,6

*Angaben nur noch, wenn %-Werte über 1% liegen

Tab. 24: Fachabteilungen, auf denen Patienten, die in der Fachabteilung "Palliativmedizin" gelegen haben, auch gelegen haben in % (Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2016)

Fachabteilung	1	2*	Mit längster Verweildauer
	(N= 36.518) in %	(N= 12.037) in %	(N= 36.630) in %
Innere Medizin	14,2	8,1	6,3
Geriatric	0,7	0,4	0,5
Kardiologie	0,7	0,8	0,4
Nephrologie	0,3	0,9	0,3
Hämatologie und internistische Onkologie	3,2	3,2	1,6
Endokrinologie	0	0	0
Gastroenterologie	1,2	1,0	0,7
Pneumologie	0,2	0,1	0,1
Rheumatologie	0	0	0
Pädiatrie	0		0
Kinderkardiologie			
Neonatologie			
Kinderchirurgie		0	
Lungen- und Bronchialheilkunde	0,2	0,1	
Allgemeine Chirurgie	1,7	2,6	1,2
Unfallchirurgie	0,6	0,6	0,3
Neurochirurgie	0,5	0,9	0,3
Gefäßchirurgie	0,2	0,1	0,1
Plastische Chirurgie	0	0	
Thoraxchirurgie	0	0,1	0
Herzchirurgie	0	0	0
Urologie	1,0	0,6	0,4
Orthopädie	0,2	0,1	0,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,3	0,7	0,6

Geburtshilfe			
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,3	0,1	0,1
Augenheilkunde	0		0
Neurologie	1,1	1,1	0,6
Allgemeine Psychiatrie			
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Psychosomatik/Psychotherapie			
Nuklearmedizin	0	0	
Strahlenheilkunde	0,6	1,4	0,6
Dermatologie	0,1	0,1	0,1
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	0,1	0,1	0
Intensivmedizin	1,0	5,0	0,8
Sonstige Fachabteilung	0,3	0,2	0,1
Palliativmedizin	70,1	71,7	84,6

Risikofaktoren und Behandlungspfade bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten

**Strukturdaten und Ergebnisse der Auswertung aus Krankenkassenroutinedaten der
BIG direkt gesund**

im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts

„Avenue-Pal“ (FKZ: 01VSF17044)

März 2020

Beschreibung der BIG

Allgemeines

Die BIG ist die „BundesInnungskrankenkasse Gesundheit“ und wurde 1996 durch die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker als erste gesetzliche Direktkrankenkasse gegründet. Die BIG betreibt eine konsequente Online-Ausrichtung und verzichtet dabei weitestgehend auf Filialen. Stattdessen werden moderne Wege genutzt, die eine schnelle, effiziente und kundenorientierte Kundenkommunikation ermöglichen. Über 400.000 Versicherte sind aktuell bei der BIG versichert. Das Durchschnittsalter der BIG-Versicherten ist generell niedriger als das Durchschnittsalter in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Altersdurchschnitt in der GKV liegt momentan bei 44 Jahren, das der BIG bei 39 Jahren. Die BIG hat ihren Versichertenschwerpunkt in Nordrhein-Westfalen, 43% der Versicherten haben ihren Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen. Die restlichen Versicherten verteilen sich auf alle anderen Bundesländer (9% in Bayern, je 7% in Berlin und Baden-Württemberg, etc.).

Beschreibung der Daten

Versichertendaten

Im Rahmen dieser Analyse wurden diejenigen Versicherten aus dem BIG-Versichertenbestand selektiert, die ein Todesdatum zwischen dem 1.1.2015 und dem 31.12.2017 im Versichertenkonto vermerkt haben und vor ihrem Tod mindestens 365 Tage durchgehend versichert waren. Es handelt sich dabei um insgesamt 2929 Versicherte.

Auch bei den Verstorbenen zeigt sich bei den BIG-Versicherten ein relativ niedriges Durchschnittsalter.

Eine Betrachtung der BIG-Daten nach Bundesländern ist nicht zielführend. Aufgrund der sehr geringen Versichertenzahlen in allen Bundesländern außerhalb Nordrhein-Westfalens, sind Vergleiche der Daten zwischen den Bundesländern statistisch nicht valide.

Tab. 1: Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Wert	Anteil
Anzahl Versicherte	2929	100 %
Weibliche Versicherte	1125	38 %
Männliche Versicherte	1804	62 %
Durchschnittsalter bei Tod	64	

Datenbasis: Versichertenstamm der BIG direkt gesund

Krankenhausdaten

Die Krankenhausdaten werden aus den TP4a-Daten laut Technischen Anlagen der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V (<https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>) in das Krankenkassen-Basissystem „ISKV-21C“ importiert. Von dort werden Sie ins Datawarehouse geladen. Die Analyse erfolgte auf diesen Daten. Jede Entlassung bzw. Verlegung innerhalb eines Krankenhausfalles ergibt dabei einen eigenen Datensatz. Pro Krankenhausfall wurde ermittelt, ob ein OPS Schlüssel aus dem Palliativbereich abgerechnet wurde (OPS 8-982 oder 8-98e oder 8-98h).

Pflegedaten

Die Daten zu Pflegeleistungen werden direkt in das Krankenkassen-Basissystem „ISKV-21C“ eingepflegt, genehmigt und bearbeitet. Von dort werden Sie ins Datawarehouse geladen. Die Analyse erfolgte auf diesen Daten. Die Krankenhausdaten wurden durch das Merkmal einer stationären Pflegeleistung angereichert. Betrachtet wurden im Anschluss nur diejenigen Versicherten, für die eine stationäre Pflegeleistung durch die Pflegekasse BIG direkt gesund genehmigt wurde.

Hierbei handelt es sich um 460 Versicherte bzw. knapp 16% der insgesamt 2929 Verstorbenen. Von diesen 460 Versicherten erhielten insgesamt 431 Versicherte, also knapp 94%, stationäre Krankenhausleistungen innerhalb der letzten 365 Tage vor ihrem Tod.

Tab. 2: Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Wert	Anteil
Anzahl Versicherte	460	100%
Weibliche Versicherte	245	53%
Männliche Versicherte	215	47%
Durchschnittsalter bei Tod	70	

Auswertung der Daten

Auswertung Krankenhaus-Abrechnungsdaten

Im System finden sich insgesamt 4297 Krankenhausfälle bei den zuvor selektierten 460 Versicherten. Davon lag bei 2389 Krankenhausfällen das Entlass- bzw. Verlegungsdatum im Zeitraum von 365 Tagen vor dem Tod.

Aus Datensicht ist es notwendig, hier den Begriff der Verlegung bzw. Entlassung in Bezug auf den Krankenhausfall zu definieren. Die kleinste granulare Einheit, auf die zugegriffen wird und die als Krankenhausfall definiert wird, ist die des Aufenthaltszeitraumes. Hier sind die Zeiträume abgebildet, in denen sich ein Patient in einer Fachabteilung innerhalb eines Krankenhausfalles aufgehalten hat. Es existieren ein Schlüssel für die Fachabteilung sowie ein Grund für das Ende des Aufenthaltes. Der Grund kann daher die Verlegung oder aber die Entlassung sein. Jeder Krankenhausfall besitzt daher mindestens eine Verlegung bzw. wenn der Versicherte nur innerhalb einer Fachabteilung behandelt wurde, eine Entlassung.

Die hohe Anzahl an Krankenhausfällen ist also durch Mehrfachverlegungen innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes zu erklären. Wir verzeichnen bei 1496 Krankenhausaufenthalten durchschnittlich 1,5 Verlegungen (maximaler Wert: 18 Verlegungen, minimaler Wert: 1 Verlegung).

Anzahl Verlegungen	Wert	Anteil
1	1036	69%
2	254	17%
3	107	7%
4	56	4%
5 und mehr	43	3%

Im Folgenden stellen wir die Krankenhausfälle einmal gesamt nach den Gründen (Verlegung oder Entlassung) und den Top 5 Fachabteilungen sowie einzeln nach dem Grund mit den jeweiligen Top 10 Fachabteilungen dar. Insgesamt handelt es sich um 787 Fälle, die mit den folgenden Gründen kodiert wurden:

- a. 07 Tod
- b. 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- c. 11 Entlassung in ein Hospiz
- d. 12 Interne Verlegung,
16 Externe Verlegung mit Rückverlegung,
17 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen DRG-BPflV,
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus i. R. einer Zusammenarbeit.

Tab. 3: Übersicht über die Gründe (Verlegung oder Entlassung)

Entlassgründe	Anzahl Fälle	Anteil
Interne Verlegung (12)	435	55%
Entlassung in Pflegeeinrichtung (10)	130	17%
Tod (07)	100	13%
Entlassung in Hospiz (11)	78	10%

Externe Verlegung Rückverlegung (16)	25	3%
Interne Verlegung DRG Wechsel (17)	13	2%
Verlegung in anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (08)	6	1%
Gesamtergebnis	787	100%

Der Mittelwert für die internen Verlegungen (Gründe 12 und 17) beträgt 1,87 Verlegungen je Krankenhausaufenthalt. Es gab durchschnittlich 2,16 Krankenhausaufenthalte je Versicherten.

Abb. 1: TOP 5 Fachabteilungen mit den genannten Gründen (Verlegung oder Entlassung)

Fachabteilung	Anzahl Fälle	Anteil
Innere Medizin	294	57%
Intensivmedizin	78	15%
Allgemeine Chirurgie	55	11%
Neurologie	48	9%
Unfallchirurgie	39	8%
Gesamtergebnis	514	100%

Tab. 4: Grund 07 Tod nach TOP 10 Fachabteilungen

Fachabteilung	Anzahl von Verlegungen/Entlassungen	Anteil
Innere Medizin	30	30%
Palliativmedizin	20	20%
Hämatologie und internistische Onkologie	12	12%

Neurologie	3	3%
Geriatric	2	2%
Pneumologie	2	2%
Urologie	2	2%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	2%
Allgemeine Chirurgie	2	2%
Sonstige	5	5%
Gesamtergebnis	100	100%

Insgesamt sind 100 Versicherte der betrachteten 460 Versicherten mit stationären Pflegeleistungen) im Krankenhaus verstorben. Am häufigsten verstarben diese Versicherten in den Fachabteilungen Innere Medizin (30) sowie Palliativmedizin (20).

Tab. 5: Grund 11 Entlassung in Hospiz nach TOP 10 Fachabteilungen

Fachabteilung	Anzahl von Verlegungen/Entlassungen	Anteil
Innere Medizin	28	36%
Palliativmedizin	20	26%
Hämatologie und internistische Onkologie	11	14%
Neurologie	3	4%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	3%
Pneumologie	2	3%
Geriatric	2	3%
Urologie	2	3%
Unfallchirurgie	1	1%
Sonstige	7	9%

Gesamtergebnis	78	100%
-----------------------	-----------	-------------

Insgesamt wurden 78 Versicherte in ein Hospiz entlassen. Die Fachabteilungen Innere Medizin (28) und Palliativmedizin (20) haben diese Entlassungen am häufigsten veranlasst.

Tab. 6: Grund 10 Entlassung in Pflegeeinrichtung nach TOP 10 Fachabteilungen

Fachabteilung	Anzahl von Verlegungen/Entlassungen	Anteil
Innere Medizin	53	41%
Geriatric	16	12%
Allgemeine Chirurgie	12	9%
Neurologie	8	6%
Unfallchirurgie	7	5%
Kardiologie	7	5%
Palliativmedizin	5	4%
Hämatologie und internistische Onkologie	4	3%
Allgemeine Psychiatrie	4	3%
Strahlenheilkunde	4	3%
Sonstige	10	8%
Gesamtergebnis	130	100%

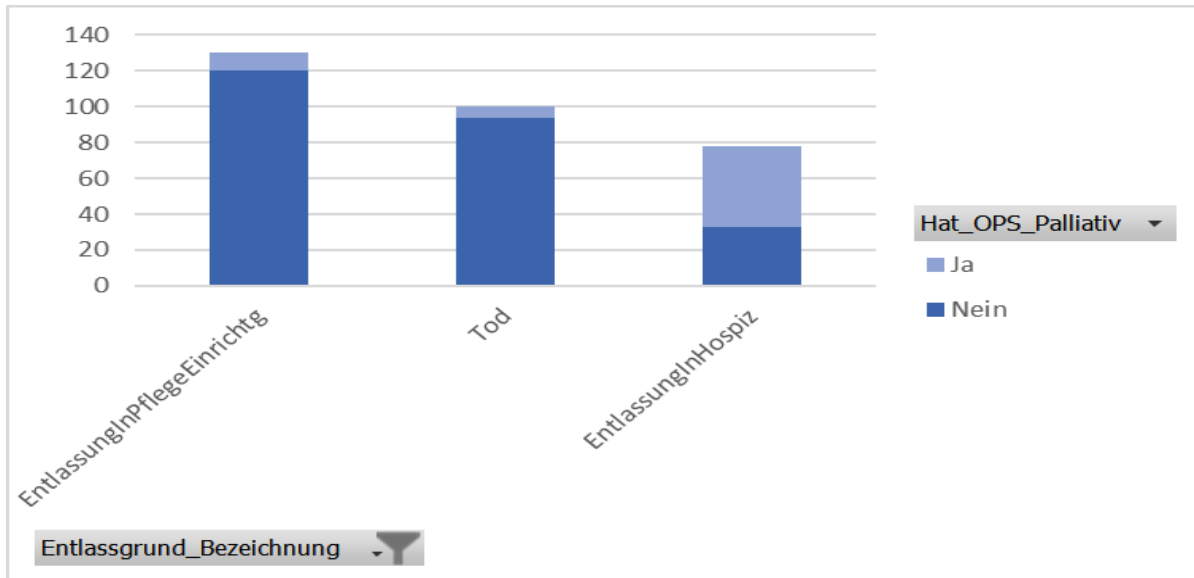
Insgesamt fanden 130 Entlassungen in eine Pflegeeinrichtung statt. Am häufigsten wurden diese aus den Fachabteilungen Innere Medizin (53) und Geriatric (16) veranlasst.

Tab. 7: Gründe 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus i. R. einer Zusammenarbeit, 12 interne Verlegung, 16 externe Verlegung mit Rückverlegung, 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen DRG-BPflV nach TOP 10 Fachabteilungen

Fachabteilung	Anzahl von Verlegungen/Entlassungen	Anteil
Innere Medizin	142	35%
Intensivmedizin	73	18%
Allgemeine Chirurgie	39	10%
Neurologie	32	8%
Unfallchirurgie	30	7%
Neurochirurgie	21	5%
Kardiologie	19	5%
Hämatologie und internistische Onkologie	17	4%
Urologie	16	4%
Orthopädie	13	3%
Sonstige	77	19%
Gesamtergebnis	402	100%

Insgesamt fanden 402 Verlegungen mit den Gründen 08, 12, 16 bzw. 17 statt. Diese wurden durch die Fachabteilungen Innere Medizin (142) und Intensivmedizin (73) am häufigsten initiiert.

Abb. 3: Vorkommen der Palliativ-OPS-Schlüssel bei den folgenden Entlassgründen: 07 Tod, 10 Pflegeeinrichtung, 11 Hospiz



Bei einer Entlassung in ein Hospiz, wurde in über 50% der Krankenhausfälle eine der Palliativ-OPS (8-982, 8-98e oder 8-98h) kodiert.

Bei einer Entlassung in eine Pflegeeinrichtung bzw. bei im Krankenhaus verstorbenen Versicherten, existiert nur ein geringer Anteil von kodierten Palliativ-OPS.

Entlassungsgrund	Für die Kodierung verantwortliche Fachabteilung
07 Tod	Palliativmedizin 35%
	Innere Medizin 35%
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	Palliativmedizin 25%
	Innere Medizin 42%
11 Entlassung in ein Hospiz	Palliativmedizin 36%
	Innere Medizin 32%

AvenuePal: Analyse der Mitarbeiterbefragung AWO Gießen – deskriptive Statistik

3.4.2021

Die Mitarbeiter der AWO Gießen wurden gebeten, ihre Einschätzungen in Bezug auf unnötige Verlegungen, aber auch auf ihre eigene berufliche Belastung abzugeben. Die Befragung fand zweimal statt: Zum ersten Mal zwischen Dezember 2018 und Januar 2019, die zweite Erhebung fand zwischen Ende Januar 2021 und März 2021 statt.

Die Befragung fand online sowie mit Papierfragebögen statt. Zwischen beiden Fragebogenversionen gab es keine wesentlichen Unterschiede der gegebenen Antworten, so dass die Antworten gepoolt ausgewertet werden.

In beiden Wellen wurde nach einem persönlichen Code gefragt, der es ermöglichen sollte, die mögliche individuelle Messwiederholung angemessen beschreiben und analysieren zu können. Aufgrund von sehr kleinen Fallzahlen war jedoch nur die Zuordnung von fünf Personen möglich, so dass die Analyse der Entwicklungen nur deskriptiv und nicht als Messwiederholungsanova oder Panelregression sinnvoll ist.

Der Rücklauf ist mit 35 (erste Welle) bzw. 14 (zweite Welle) bei ca. 120 Mitarbeitern so gering, dass die Ergebnisse nur explorativ verstanden werden sollten.

Beschreibung der Stichprobe

Welle 1

Aus Welle 1 liegen 38 auswertbare Datensätze vor. 33 Personen gaben an, in Gießen-Stadt zu arbeiten, 2 in Gießen-Land, 3 machten hierzu keine Angabe. (Eine Mehrfachnennung war möglich, wurde aber nicht genutzt.)

Auf die Frage nach Beruf und Funktion in der Einrichtung gab es keine fehlenden Werte. Eine Mehrfachnennung war möglich. 31 Personen haben eine Antwortmöglichkeit ausgewählt und sieben Personen zwei Möglichkeiten. Es zeigt sich, dass die Mitarbeiter in der Pflege die Antworten deutlich dominieren (Tab. 1).

Tab. 1: Angaben zu „Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung“ (Anzahl der Nennungen), Welle 1

Ehrenamtlich	0
Pflegedienstleitung (PDL)	2
Wohnbereichsleitung (WBL)	7
Palliativfachkraft	2
Pain Nurse	3
Qualitätsmanagement / Qualitätsbeauftragte	0
Mitarbeiter in der Pflege	28
Mitarbeiter Advance Care Planning	1
Sonstiges (eine Nennung: Alltagsbetreuung; eine Nennung soziale Betreuung)	2

Während nur eine Person angab eine Berufserfahrung von unter drei Jahren zu haben, war das Verhältnis von Mitarbeitern, die mit 3-10 Jahren eine mittellange Erfahrung aufweisen können (19

Antworten) und denen, die eine lange Erfahrung von über 10 Jahren haben (16 Personen), relativ ausgeglichen.

Welle 2

Aus Welle 2 liegen 14 verwertbare Datensätze vor. Die Befragung richtete sich nur an die Mitarbeiter von AWO Stadt.

Auf die Frage nach Beruf und Funktion in der Einrichtung gab es einen fehlenden Werte. Eine Mehrfachnennung war möglich. Zehn Personen haben eine Antwortmöglichkeit ausgewählt, zwei Personen zwei Möglichkeiten und eine Person drei Möglichkeiten. Im Vergleich zu Welle 1 haben deutlich weniger Mitarbeiter in der Pflege teilgenommen (Tab. 2).

Tab. 2: Angaben zu „Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung“ (Anzahl der Nennungen), Welle 2

Ehrenamtlich	0
Pflegedienstleitung (PDL)	4
Wohnbereichsleitung (WBL)	3
Palliativfachkraft	1
Pain Nurse	1
Qualitätsmanagement / Qualitätsbeauftragte	1
Mitarbeiter in der Pflege	5
Mitarbeiter Advance Care Planning	1
Sonstiges (eine Nennung soziale Betreuung)	1

Eine Person gab an, eine Berufserfahrung unter drei Jahren zu haben, zwei Personen, eine Erfahrung zwischen 3 und 10 Jahren und zwölf Antwortende gaben an, eine Berufserfahrung von über zehn Jahren zu besitzen.

Im Vergleich zwischen Welle 1 und Welle 2 zeigt sich, dass in Welle 1 die Mitarbeiter in der Pflege deutlich dominieren, während in Welle 2 diese sogar in der Unterzahl sind. Aus diesem Grund ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Befragungswellen nur sehr eingeschränkt gegeben. Um die Belastbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen werden die vergleiche zwischen den beiden Ergebnungswellen dreimal durchgeführt: Einmal mit allen vorhandenen Daten, einmal nur mit den Werten der fünf Personen, die Angaben zu beiden Messzeitpunkten gemacht hatten sowie einmal nur für die Antwortenden, die angaben, in der Pflege tätig zu sein.

Ergebnisse – Welle 1

Die Befragten wurden gebeten, ihre Einschätzungen in Bezug auf ihre Belastungen in der Betreuung Pflegender abzugeben sowie die Situation für die Betreuten, insbesondere auch in Hinblick auf Verlegungen in der letzten Lebensphase.

Zwei Fragen thematisierten direkt die Belastungen der Mitarbeiter.

Auf die Frage nach der Belastung, die sich daraus ergibt, weil eine Sterbebetreuung nicht so verläuft, wie sie verlaufen sollte, gaben 35 Prozent der Befragten an, dass dies häufig oder immer der Fall sei. Zusätzlich machten 46 Prozent die Angabe, dass dies manchmal geschehe. 19 Prozent berichteten Belastungen aus diesem Grund „nie“ oder „selten“. Insgesamt zeigt sich hier ein deutliches Problembewusstsein der Befragten.

Auch auf die Frage, wie häufig es vorkommt, dass die Befragten im Umgang mit Sterbenden entgegen ihren eigenen moralischen Überzeugungen handeln müssen, gab jeder Dritte an, dies geschehe häufig oder sogar immer. Ein weiteres Drittel der Befragten gab jeweils an, dies geschehe manchmal bzw. nie oder selten.

Problematische Verlegungen Sterbender in ein Krankenhaus thematisierten nur 5 der 38 Antwortenden (13 % „häufig“ oder „immer“), allerdings gaben 34 % der Befragten an, dies geschehe manchmal. Etwas über die Hälfte der Befragten sagten, dass dies nie oder nur selten geschehe.

Auf die Frage danach wie häufig es vorkommt, dass die Einschätzung der Befragten, ob ein schwerstkranker Bewohner verlegt wird, zu wenig berücksichtigt wird, antwortete jeweils ungefähr ein Drittel zustimmend („häufig“, „immer“), ablehnend („nie“ oder „selten“) oder mit „manchmal“.

Eine weitere Einschätzung wurde erbeten zur Frage, ob es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt. Diese Frage wurde nur von 3 von 36 Antwortenden (8 %) mit „häufig“ bejaht, allerdings antworteten 44 % mit „manchmal“, während die verbleibenden 39 % hier kaum Verbesserungsmöglichkeiten sehen und mit „nie“ oder „selten“ antworteten.

Die Befragten wurden nach ihrer Einschätzung zu möglichen Treibern für unnötige Verlegungen gefragt. Insbesondere nach der Rolle der Hausärzte, der Angehörigen sowie nach Schmerzen, Atemschwierigkeiten und Stürzen als Gründe für Verlegungen wurde gefragt.

a) Hausärzte

Zwei Fragen bezogen sich explizit auf die Rolle der Hausärzte.

Die Frage, wie oft es vorkommt, dass Hausärzte die Bewohner nicht gut während der letzten Lebensphase betreuen, so dass eine Verlegung ins Krankenhaus erfolgen muss, beantworten 21 % der Antwortenden zustimmend („häufig“), fast die Hälfte mit „manchmal“, während 32 % angaben, dass dies selten oder nie geschehe.

In Bezug auf das Miss- oder Gelingen der Zusammenarbeit mit den Hausärzten ergibt sich ein ähnliches Bild: 21 % der Antwortenden gaben an, dass die Zusammenarbeit häufig misslingt, 70 %, dass sie manchmal und 9 %, dass sie nur selten misslingt.

b) Angehörige

Sechs Fragen thematisierten die Rolle der Angehörigen.

Angehörige werden relativ häufig als Quelle für Konflikte mit dem betreuenden Team genannt: Neun von 34 Antwortenden (26,5 %) gaben an, dass es „häufig“ vorkommt, dass Angehörige dem Team dauerhafte Probleme und Konflikte verursachen. 44 % sagten, dass dies „manchmal“ geschehe, während 29 % hier keine besonderen Probleme sahen und mit „nie“ oder „selten“ antworteten.

Auffallend in diesem Zusammenhang ist eine hohe Korrelation der beiden Variablen „Angehörige Quelle für Konflikt“ und der oben beschriebenen „Zusammenarbeit mit Hausärzten misslingt“ ($r=0,6$): Die Antwortenden, die eher keine Probleme mit den Angehörigen beschreiben, empfinden auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzten als gelungener.

Die Mitarbeiter wurden explizit danach gefragt, ob die Angehörigen als Treiber für unnötige Verlegungen ausgemacht werden können: Zehn von 34 (29 %) antworteten auf die Frage, wie häufig es vorkomme, dass Angehörige zu häufig auf die Verlegung Sterbender in Krankenhäuser hinwirken, mit „häufig“ und 14 von 34 (41 %) mit „manchmal“. Die verbleibenden zehn Antwortenden gaben an, dass dies „selten“ oder sogar „nie“ geschehe. Dementsprechend fielen auch die Antworten auf die Frage aus, wie häufig es vorkommt, dass die Angehörigen über eine Verlegung ins Krankenhaus unglücklich sind: Die Hälfte antwortete „manchmal“ und 28 % und 22 % antworteten mit „häufig/immer“ bzw. „selten/nie“.

Verbesserungspotential sehen viele Befragte in Bezug auf den Informationsfluss: Auf die Frage, wie häufig es vorkommt, dass Angehörige nicht über alle notwendigen Informationen verfügen, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender in ein Krankenhaus zu entscheiden, antwortete jeweils ca. ein Drittel der Befragten mit „häufig/immer“, „manchmal“ und „selten/nie“. Etwas günstiger fallen die Antworten aus, die auf die Frage gegeben wurde, die gezielt die Information über den bevorstehenden Tod der Angehörigen abzielte: 19 % gaben an, dass „häufig“ oder „immer“ Angehörige besser über den Umstand, dass der Bewohner im Heim versterben wird, informiert werden müssten. 38 % gaben an, dass dies „manchmal“ nötig sei, 43 % antworteten mit „selten/nie“. Sehr ähnlich, tendenziell noch etwas günstiger, fallen die Antworten auf die Frage nach der Einbeziehung der Angehörigen aus: Sechs von 33 Antwortenden (18 %) schätzen ein, dass Angehörige häufig nicht ausreichend einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung einer Verlegung Sterbender ins Krankenhaus geht, 36 % sehen hier „manchmal“ Verbesserungsbedarf, 46 % „selten“ oder „nie“.

c) Schmerzen, Atmenschwierigkeiten, Stürze

In Bezug auf die Frage, wie häufig es vorkommt, dass die Kontrolle von Schmerzen bei Sterbenden nicht gelingt sowie auf die Frage nach einer nicht wirkungsvollen Bekämpfung von Atmenschwierigkeiten antworteten die Befragten übereinstimmend zu ca. 14 %, dass dies „häufig“ oder sogar „immer“ nicht gelinge, um 30 %, dass dies „manchmal“ nicht gelingt und zu ca. 55 %, dass dies meistens gut gelingt.

Dagegen zeigt sich ein etwas anderes Bild bei den Antworten auf die Frage, wie häufig es vorkommt, dass Stürze zu Verlegungen in Krankenhäuser führen: Mit 13 von 33 Antworten sagen 39 %, dass dies „häufig“ geschehe. Ein Drittel der Antwortenden gibt an, dass dies „manchmal“ passiert, während 27 % der Befragten dies als „nie“ oder „selten“ häufig einschätzen.

Die Befragung schloss mit zwei offenen Fragen, in die die Mitarbeiter frei formulieren konnten. Die erste Frage bezog sich auf die Unterstützung für Angehörige („Was sollte Ihre Einrichtung für Angehörige noch auf den Weg bringen, dass diese den Sterbenden besser begleiten könnten?“), während die zweite Frage speziell auf Möglichkeiten abzielte, unnötige Verlegungen Sterbender zu vermeiden („Was sollte Ihre Einrichtung Ihren Überlegungen nach auf den Weg bringen, damit unnötige Verlegungen vermieden werden?“). Mit um 50 % sind die Antwortzahlen auf diese Fragen erfreulich hoch.

Die Antworten auf die erste Frage nach einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen werden durch zwei Themen dominiert: Die Hälfte der Antwortenden nannte explizit eine Verbesserung der Information der Angehörigen, wobei hier unterschiedliche Details genannt wurden. Der zweite Antwortkomplex thematisierte, dass den Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden sollte, auch nachts bei den Bewohnern zu bleiben. Hier sehen die Mitarbeiter erhebliches Verbesserungspotential in der Infrastruktur der Einrichtung.

Auch in Bezug auf die Frage nach Möglichkeiten, unnötige Verlegungen zu vermeiden, dominierte das Thema „Informationen“, wobei es hier oft um eine engere Abstimmung mit den Hausärzten ging. Weiterhin wurde wiederholt benannt, dass die Mitarbeiter zu wenig Zeit haben um sich angemessen um Sterbende zu kümmern. Schließlich wurde auch das Thema Patientenverfügungen mehrfach angesprochen – hier sehen einige Antwortende die Möglichkeit, dass die Einrichtung durch die Schaffung von entsprechenden Verfahren die Situation Sterbender verbessern kann.

Ergebnisse – Vergleich Welle 1 und Welle 2

Tab. 3: Vergleich der beiden Erhebungen (alle Fälle)

„Wie oft kommt es vor, dass ...“	MZP 1			MZP 2		
	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD	N
Sie belastet sind, weil eine Sterbebetreuung nicht so verlaufen ist, wie Sie wissen, dass diese verlaufen sollte.	3,14	1,06	37	2,62	0,87	13
Sie im Umgang mit Sterbenden entgegen Ihren eigenen moralischen Überzeugungen handeln müssen.	2,95	1,04	38	2,43	0,85	14
die Einrichtung Bewohner zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt und Sie damit unzufrieden sind.	2,47	0,98	38	2,36	0,93	14
Ihre Einschätzung zu wenig berücksichtigt wird, ob ein schwerstkranker Bewohner verlegt wird.	2,92	1,00	36	2,29	0,83	14
Hausärzte die von Ihnen betreuten Bewohner nicht gut im Sterben versorgen, so dass diese in ein Krankenhaus verlegt werden müssen.	2,76	0,92	34	2,50	0,85	14
es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	2,53	0,77	36	2,50	0,65	14
Sie den Eindruck haben, dass die Angehörigen über eine Verlegung in ein Krankenhaus unglücklich sind.	3,06	0,83	36	2,57	0,85	14
Angehörige unserer Bewohner durch unsere Pflegeeinrichtung besser über den Umstand, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird, informiert werden müssten.	2,73	0,99	37	2,29	0,83	14
Sie die Einschätzung haben, dass es die Angehörigen sind, die zu häufig auf die Verlegung Sterbender in Krankenhäuser hinwirken.	2,97	0,83	34	2,62	0,96	13
Angehörige unserer Bewohner nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender in ein Krankenhaus zu entscheiden.	2,94	1,03	35	2,62	0,96	13
Angehörige unserer Bewohner nicht ausreichend einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung einer Verlegung Sterbender ins Krankenhaus geht.	2,55	1,00	33	2,31	0,75	13
die Kontrolle von Schmerzen bei Sterbenden Bewohnern im Heim nicht gelingt.	2,46	0,92	35	2,08	0,64	13
entstehende Atemschwierigkeiten / Luftnot im Heim nicht wirkungsvoll bekämpft werden können.	2,51	0,92	35	2,15	0,69	13
Angehörige Ihrem Team dauerhafte Probleme und Konflikte verursachen.	2,91	0,87	34	2,38	0,65	13
die Zusammenarbeit mit einzelnen Hausärzten misslingt.	3,12	0,55	33	2,23	0,73	13
Stürze zu Verlegungen in Krankenhäuser führen.	3,09	0,88	33	3,38	0,87	13

Antwortoptionen: 1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=häufig, 5=immer

MZP = Messzeitpunkt

SD=Standardabweichung

In Tabelle 3 zeigt sich, dass die Antwortenden in fast allen Items eine deutliche Verbesserung der Situation konstatieren. Nur in Bezug auf die Stürze zeigt sich eine Verschlechterung, wobei dies eine Frage war, die sich in der Itemformulierung nicht explizit auf die Sterbenden bezog. Aus diesem Grund sollte der Befund nicht überinterpretiert werden.

Tab. 4: Vergleich der beiden Erhebungen (nur die Personen, die Angaben zu allen Erhebungszeitpunkten gemacht hatten)

„Wie oft kommt es vor, dass ...“	MZP 1			MZP 2		
	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD	N
Sie belastet sind, weil eine Sterbebetreuung nicht so verlaufen ist, wie Sie wissen, dass diese verlaufen sollte.	3,40	0,55	5	2,20	0,84	5
Sie im Umgang mit Sterbenden entgegen Ihren eigenen moralischen Überzeugungen handeln müssen.	3,00	1,00	5	2,00	0,71	5
die Einrichtung Bewohner zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt und Sie damit unzufrieden sind.	2,60	0,89	5	1,80	0,84	5
Ihre Einschätzung zu wenig berücksichtigt wird, ob ein schwerstkranker Bewohner verlegt wird.	3,20	0,84	5	1,80	0,84	5
Hausärzte die von Ihnen betreuten Bewohner nicht gut im Sterben versorgen, so dass diese in ein Krankenhaus verlegt werden müssen.	2,80	0,84	5	2,20	0,45	5
es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	2,60	0,55	5	2,40	0,89	5
Sie den Eindruck haben, dass die Angehörigen über eine Verlegung in ein Krankenhaus unglücklich sind.	3,00	0,71	5	2,40	0,89	5
Angehörige unserer Bewohner durch unsere Pflegeeinrichtung besser über den Umstand, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird, informiert werden müssten.	3,00	0,71	5	2,20	1,10	5
Sie die Einschätzung haben, dass es die Angehörigen sind, die zu häufig auf die Verlegung Sterbender in Krankenhäuser hinwirken.	3,20	0,45	5	2,20	1,10	5
Angehörige unserer Bewohner nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender in ein Krankenhaus zu entscheiden.	3,20	1,30	5	2,20	1,10	5
Angehörige unserer Bewohner nicht ausreichend einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung einer Verlegung Sterbender ins Krankenhaus geht.	2,60	1,14	5	2,20	1,10	5
die Kontrolle von Schmerzen bei Sterbenden Bewohnern im Heim nicht gelingt.	2,80	0,84	5	2,20	1,10	5
entstehende Atemschwierigkeiten / Luftnot im Heim nicht wirkungsvoll bekämpft werden können.	2,80	0,84	5	2,20	1,10	5
Angehörige Ihrem Team dauerhafte Probleme und Konflikte verursachen.	3,00	0,71	5	2,20	0,84	5
die Zusammenarbeit mit einzelnen Hausärzten misslingt.	3,00	0,00	5	1,80	0,45	5
Stürze zu Verlegungen in Krankenhäuser führen.	3,60	0,55	5	3,40	0,89	5

Antwortoptionen: 1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=häufig, 5=immer

MZP = Messzeitpunkt

SD=Standardabweichung

In Tabelle 4 (Analyse nur der fünf Personen, die nachvollziehbar zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben) zeigt sich ein sehr vergleichbares Muster mit dem, das sich unter Berücksichtigung aller Daten in Tabelle 3 gezeigt hat.

Tab. 5: Vergleich der beiden Erhebungen (nur die Personen, die angegeben haben, in der Pflege tätig zu sein)

„Wie oft kommt es vor, dass ...“	MZP 1			MZP 2		
	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD	N
Sie belastet sind, weil eine Sterbebetreuung nicht so verlaufen ist, wie Sie wissen, dass diese verlaufen sollte.	3,21	1,10	28	3,40	0,55	5
Sie im Umgang mit Sterbenden entgegen Ihren eigenen moralischen Überzeugungen handeln müssen.	3,11	0,99	28	3,20	0,84	5
die Einrichtung Bewohner zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt und Sie damit unzufrieden sind.	2,50	0,96	28	3,20	0,84	5
Ihre Einschätzung zu wenig berücksichtigt wird, ob ein schwerstkranker Bewohner verlegt wird.	2,89	1,01	27	2,80	0,84	5
Hausärzte die von Ihnen betreuten Bewohner nicht gut im Sterben versorgen, so dass diese in ein Krankenhaus verlegt werden müssen.	2,80	0,91	25	2,80	0,84	5
es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	2,56	0,80	27	2,40	0,55	5
Sie den Eindruck haben, dass die Angehörigen über eine Verlegung in ein Krankenhaus unglücklich sind.	3,11	0,89	27	3,00	0,71	5
Angehörige unserer Bewohner durch unsere Pflegeeinrichtung besser über den Umstand, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird, informiert werden müssten.	2,68	1,06	28	2,40	0,55	5
Sie die Einschätzung haben, dass es die Angehörigen sind, die zu häufig auf die Verlegung Sterbender in Krankenhäuser hinwirken.	3,00	0,80	26	2,80	0,84	5
Angehörige unserer Bewohner nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender in ein Krankenhaus zu entscheiden.	2,89	1,01	27	2,80	0,84	5
Angehörige unserer Bewohner nicht ausreichend einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung einer Verlegung Sterbender ins Krankenhaus geht.	2,48	1,00	25	2,40	0,55	5
die Kontrolle von Schmerzen bei Sterbenden Bewohnern im Heim nicht gelingt.	2,46	0,90	26	2,00	0,00	5
entstehende Atemschwierigkeiten / Luftnot im Heim nicht wirkungsvoll bekämpft werden können.	2,50	0,95	26	2,20	0,45	5
Angehörige Ihrem Team dauerhafte Probleme und Konflikte verursachen.	2,88	0,95	26	2,60	0,55	5
die Zusammenarbeit mit einzelnen Hausärzten misslingt.	3,12	0,60	25	2,20	0,45	5
Stürze zu Verlegungen in Krankenhäuser führen.	2,96	0,89	25	3,80	0,84	5

Antwortoptionen: 1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=häufig, 5=immer

MZP = Messzeitpunkt

SD=Standardabweichung

Tabelle 5 (Analyse nur der Personen, die angaben, in der Pflege tätig zu sein) weicht deutlich von Tabelle 3 und 4 ab. Die Verbesserungen, die insgesamt auch in Tabelle 5 insgesamt zu sehen sind, werden deutlich weniger stark angegeben. Im Einzelnen zeigen sich auch starke Verschlechterungen, insbesondere in Bezug auf die Frage wie häufig es vorkommt, dass die Einrichtung Sterbende ins Krankenhaus verlegt und die antwortende Person damit unzufrieden ist.

Diese Antworttendenz muss interpretiert werden. In Angesicht des Umstandes, dass die absoluten Zahlen der Verlegungen Sterbender nicht, wie es der Vergleich der Antworten nahelegt, gestiegen ist, sondern gefallen, drängen sich hier zwei mögliche Erklärungen für den deutlichen Befund auf: (1) Es könnte sein, dass die Personen, die zu beiden Zeitpunkten befragt wurden, sich systematisch in Bezug auf diese Frage unterscheiden. Diese Interpretation erscheint angesichts der sonstigen Antworten unwahrscheinlich. (2) Die begleitende Fokusgruppenbefragung der Leitungsebene der AWO hat als zentrale Aussage ergeben, dass insbesondere die Stärkung des Bewusstseins der Mitarbeiter zum Thema unnötige Verlegungen Sterbender erfolgreich war. In diesem Sinne könnte der Befund interpretiert werden: Obwohl eine Abnahme der unnötigen Verlegungen Sterbender an sich erfolgt ist, ist die Unzufriedenheit mit den unnötigen Verlegungen unter den Personen, die direkt in der Pflege beschäftigt sind, deutlich gestiegen. Dies wäre als sehr positives Ergebnis der zwischen beiden Messzeitpunkten getätigten Maßnahmen zu sehen.

Aber von dieser Interpretation abgesehen kann nicht übersehen werden, dass die Einschätzungen der Pflegenden von den Einschätzungen der anderen Befragten deutlich abweichen.

Um diesen Befund genauer zu analysieren wurde ein multivariates Modell über alle 16 Items gerechnet. Als Faktoren wurden modelliert: Messzeitpunkt, Item, Mitarbeiter in Pflege ja/nein. Als Zufallsfaktor wurde die Antwortende Person modelliert, die sich aus dem Messzeitpunkt ergebende Varianzheterogenität wurde im Modell zugelassen. Die Modellierung erfolgte in IBM SPSS Statistics Version 26.0.0.1, Prozedur MIXED. Im Modell wurden alle Zweifachinteraktionen zugelassen.¹

Aus diesem Modell ergibt sich, dass der geschätzte Mittelwert über alle Items der Personen, die nicht angaben in der Pflege tätig zu sein, sich von den Mitarbeitern in der Pflege zu Messzeitpunkt 1 so gut wie nicht unterschieden. Zu Zeitpunkt zwei ergibt sich eine deutliche Änderung der geschätzten Mittelwerte für die Personen, die nicht in der Pflege tätig sind, während sich die mittleren Antworten der Pflegenden nur sehr wenig verbesserte. Dieser Befund wurde einer Robustheitsanalyse unterzogen indem einzelne, möglicherweise besondere Items ausgeschlossen wurden, und erwies sich als sehr stabil. Der Befund liegt im Zufallsbereich (Interaktion MZP*Pflegetätigkeit $p=0,207$), wobei jedoch die sehr geringe Fallzahl beachtet werden muss. Der deskriptiv deutliche Unterschied

¹ SPSS Syntax:

```
MIXED Bewertung BY MZP f05_7 Item  
/FIXED=MZP f05_7 Item MZP*f05_7 MZP*Item f05_7*Item  
/RANDOM=INTERCEPT | SUBJECT(id2) COVTYPE(VC)  
/REPEATED=MZP | SUBJECT(zeilennummer*id2) COVTYPE(DIAG)  
/EMMEANS=TABLES(MZP*f05_7) .
```

zwischen Pflegenden und Nicht-Pflegenden in Bezug auf die Entwicklung ihrer mittleren Antwortenden über alle Items kann explorativ durchaus interpretiert werden.

Tabelle 5: Geschätzte Randmittel (margins) für die Interaktion MZP*Pflegend aus dem multivariaten Modell

[Mitarbeiter in der Pflege] Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in			
MZP	der Einrichtung:	Mittelwert	Standardfehler
1	Nicht Mitarbeiter in der Pflege	2.82	.17
	Mitarbeiter in der Pflege	2.81	.10
2	Nicht Mitarbeiter in der Pflege	2.31	.18
	Mitarbeiter in der Pflege	2.75	.22

Dokumentation der Antworten auf die Freitextfragen

Was sollte Ihre Einrichtung für Angehörige noch auf den Weg bringen, dass diese den Sterbenden besser begleiten könnten?

Welle 1:

-die Ängste Nehmen; -wenn die Nahrungsaufnahme verweigert wird, das keiner verhungert!; -wenn die Flüssigkeitsaufnahme verweigert wird, das keiner verdurstet!; wenn der Sterbende seine Ruhe haben möchte, auch mal zu gehen!

-Noch ausführlichere persönliche Aufklärung über den Zustand bzw. Verlauf des Bewohners bzw. des Sterbens. -Regelmäßige Gespräche mit Angehörigen.

-Rituale -LED-Kerzen etc. auch auf/für WB -hilfreiche Lotionen/Düfte Lavendel etc. - Verabschiedungs-Kondolenz-Buch

Aufklärung im Umgang mit dem Tod; Beratung

Aufklärung, evtl. Möglichkeit schaffen "Hospizbegleitung" anzuregen

Bei Aufnahme direkt fragen, ob bei Verschlechterung des AZ oder im Todesfall die Angehörigen (Wer?) auch in der Nacht informiert werden wollen.

Bett zur Übernachtung der Angehörigen

Das Angehörige die Möglichkeit haben, auch die Nacht beim Gast zu verbringen. Mehr Zeit für Angehörigengespräche.

Der Hausarzt müßte die Angehörigen richtig informieren, denn in der Regel wird der Sterbeprozess nur verlängert. z.B. jeder Sterbende muß keine Schmerzen haben.

Die Möglichkeit gewähren auf Wunsch oder nach Bedarf, auch Nachts beim Angehörigen bleiben zu können

Ein Bett für die Angehörigen in dem Zimmer, wenn Übernachtungen erwünscht sind.

Gästebett,

Individuelle Beratung -> ACP wird zur Zeit implementiert. Darin sehe ich eine große Bereicherung + Fortschritt

Info und Beratung; professionelle Begleitung

Mehr Aufklärung über den Sterbeprozess.

Mehr Ehrenamtliche die sich um die Sterbenden kümmern, eine angenehmere Atmosphäre während der Sterbephase treffen,

Sie sollten sich im Gespräch mehr Zeit nehmen

verbesserte Sitzwachen (dauerhafte, emotionale Betreuung bei solchen Bewohnern); bedeutet: verstärktes Ehrenamt oder vermehrte Mittel für solche Tätigkeiten

Vielleicht ein Raum wo sich Angehörige zurück ziehen können, wenn sie Tag und Nacht da sein wollen wenn sie von weiter weg her kommen.

Zu den Angehörige erklären das wir AWO Pflegepersonal für eine Sterbe Prozess gut geschult sind

Welle 2:

Zugang

Zur Palliativbetreuung gehört auch die Beratung des Bewohner und der Angehörigen über die letzte Lebensphase. Hierzu ist ein angemessener Raum in einer angenehmen, neutralen Umgebung erforderlich.

Angebot bisher gut. Coronabedingt jedoch schwierig im Moment.

Mehr auf Klärung der Angehörige in Situationen des Sterbendes ihre Zugehörigen

Unsere Einrichtung ermöglicht eine sehr gute Sterbebegleitung für Angehörige!

Es ist schon viel von Einrichtung gemacht

Ansprechpartner auch an WE, Feiertagen etc. Sterben richtig sich nicht nach "Bürozeiten im ACP"

Schulungen um falsche Vorstellungen oder fehlendes Wissen über den Sterbeprozess

Was sollte Ihre Einrichtung Ihren Überlegungen nach auf den Weg bringen, damit unnötige Verlegungen vermieden werden?

Welle 1:

-ehrliche Gespräche Arzt/Betreuer/Angehörige; -Patienten-Verfügungen; -Unterlagen kompatibel

-Personal mehr schulen; Ängste nehmen; mehr Informieren; vielleicht Gespräche unterstützen, zwischen Ärzten und Personal

Absprache mit Ärzten

Absprachen mit den Ärzten führen.

Angehörige müssen klar und deutlich sagen ob noch ein Krankenhausaufenthalt sein soll!

Aufklärung d. Situation durch Hausärzte (oft zählt das Wort des PP bei den Angehörigen nicht!)

Aufklärung, Sicherheit für MA → Unsicherheiten besprechen. Wenn ein Bewohner verstirbt, sich bzw. im Team fragen, „was ist gut gelaufen?“, „was hätte besser laufen können?“

bessere Absprachen mit Hausärzten

Bessere Kommunikation

Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten fördern, Schulungen für alle Beteiligte anbieten

Doku im PC hinterlegen, sichtbar machen (Pat.-Verfügung) bei Aufnahme besser abklären was im Falle der Palliativ-Phase passieren soll. Bei Einzug Vorlage von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (Pflicht-Dokument).

Es müsste mehr Zeit dem Personal zur Verfügung stehen um sich intensiver um den Gast zu kümmern.

Es vielleicht für die Angehörige ein Zimmer zusammen mte dem Bewohner gibt.

Evtl. eine Informationsbroschüre den Angehörigen frühzeitig aushändigen und noch ausführlichere persönliche Aufklärung

Ich würde es befürworten, wenn in unserer Einrichtung immer ein Arzt da wäre, den man zu jeder Zeit rufen könnte und man nicht immer den Rettungsdienst rufen müsste. Da es für den Sterbenden angenehmer ist wenn nur ein Arzt bei ihm ist und nicht ein ganzes Notfallteam, was für den

Sterbenden bestimmt sehr viel Stress bedeutet.

Mehr Pat.-Verfügungen!!! sicher sicher umsetzen → Stärkung Pflegepersonal; mehr Zeit für palliative Pflege

Mehr Zeit vom Personal zur Verfügung stellen, mehr Handlungsspielraum in Bezug auf Schmerzmedikation, den Angehörigen den Wechsel in ein Hospitz in der Sterbephase umstimmen, Eine angenehmere Atmosphäre schaffen , Mehr Kontakt Arzt – Angehörige. Schulungen für das Fachpersonal.

Zeigen zu den Angehörigen das wir AWO haben sensible und verantwortungsvolle Aufgabe.

Welle 2:

Fachlichkeit

Kontinuierliche Schulungen aller Pflegemitarbeiter um Sicherheit mit dem Thema Sterben zu vermitteln

Neue Führungskräfte noch mehr abholen zu den Thema und frühzeitig zum Palliativ Konzept abholen.

Öffentlichkeit Arbeit schon beim Aufnahme Gespräch

Unsere Einrichtung führt keine unnötigen Verlegungen durch, Wünsche der Angehörigen werden beachtet, Pflege -> ACP-Berater -> Angehörige stehen immer im engen Kontakt!

Infoweitergabe an alle Beteiligten (Betreuung, Nachtdienst) verbessern

Viel mehr sollte SAPV eingeschaltet werden, da Betreuung intensiver ist, als von HA

Schulung, Zusätzliches Personal in Sterbephasen um eine Begleitung der Personen und deren Angeh. ermöglicht werden kann. Z.B. Durch Rufbereitschaften

Bessere Versorgung durch Hausärzte; frühere Patientenverfügung



Ergebnisse

Befragungen

UKGM – Standort Gießen

Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung (Avenue-Pal)

Innovationsfonds-Projekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (FKZ: 01VSF17044)

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Ansprechpartner:

Dr. Petra Steffen, Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut GmbH

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 55 / 17

E-Mail: petra.steffen@dki.de, karl.blum@dki.de

Datum: Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

1	HINTERGRUNDINFORMATIONEN	5
1.1	FORSCHUNGSSTAND	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
1.2	PALLIATIVDIENST UND LEITLINIENUMSETZUNG	5
1.3	BEFRAGUNGEN: KONZEPTION UND ZIELSETZUNG	6
1.4	ZUGRUNDELIEGENDE ANNAHMEN	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
1.5	DURCHFÜHRUNG DER QUANTITATIVEN MITARBEITERBEFRAGUNGEN	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
1.6	EINGEGANGENE FRAGEBOGEN	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
1.7	METHODIK UND AUSWERTUNG	9
2	QUANTITATIVE BEFRAGUNGEN: ERGEBNISSE	11
2.1	ALLGEMEINE ANGABEN	11
2.1.1	Soziodemografische Angaben der Befragten	11
2.1.2	Berufsbezogene Informationen der Befragten	11
2.1.3	Gesundheitszustand	12
2.2	ZUM UMGANG MIT DEN PATIENTEN IN DER LETZTEN LEBENSPHASE	13
2.2.1	Verlegungshäufigkeit	13
2.2.2	Betreuungsfrequenz und -sicherheit	14
2.2.3	Informationsstand	15
2.2.4	Versorgungsaspekte	17
2.2.5	Mitarbeiterempfindungen	18
2.3	ARBEITSBEDINGUNGEN UND STRESSERLEBEN	22
2.3.1	Bewertung der Arbeitsbedingungen	22
2.3.2	Soziale Beziehungen	24
2.3.3	Beschwerden	25
2.3.4	Zufriedenheit	27
2.4	EINSCHÄTZUNG UND BEWERTUNG DES PALLIATIVDIENSTES	30
2.4.1	Inanspruchnahme des Palliativdienstes	30
2.4.2	Aufgaben des Palliativdienstes	32
2.4.3	Veränderungen durch den Palliativdienst	35
2.4.4	Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Verlegungsgeschehen	39
2.4.5	Abschließende Beurteilung	41
3	QUALITATIVE BEFRAGUNGEN: ERGEBNISSE	44
3.1	ANFORDERUNGSHINTERGRÜNDE	44
3.2	ERFAHRUNGEN UND EINSCHÄTZUNGEN	45
3.2.1	Zusammenarbeit mit dem Palliativteam	45
3.2.2	Unterstützung und Entlastung für Mitarbeiter	47
3.2.3	Organisation der ambulanten (Weiter-)Versorgung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
3.2.4	Sonstige Erfahrungen und Veränderungen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
3.3	DAS PALLIATIVTEAM	50

3.4.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.	
3.5	VERÄNDERUNGEN BEIM VERLEGUNGSMANAGEMENT.....	50
3.6	KOSTEN	51
3.7	ÄNDERUNGSWÜNSCHE	52
3.8	FAZIT	53
4	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	53

1 Hintergrundinformationen

In Deutschland haben sich in den Krankenhäusern verschiedene Strukturen der Palliativversorgung entwickelt. Kliniken mit ausgewiesener Palliativstruktur halten häufig entweder Palliativstationen, die oftmals in anderen Abteilungen integriert sind, oder palliativmedizinische Konsiliardienste vor. Beide Strukturen existieren teilweise auch parallel. In der Krankenhausbefragung im Rahmen von Avenue-Pal gaben knapp zwei Drittel der Kliniken Palliativbetten und / oder Palliativzimmer vorzuhalten. Rund die Hälfte der Kliniken mit Angaben, gibt an einen Palliativdienst vorzuhalten¹.

Palliativdienste oder palliativmedizinische Konsiliardienste, so die eigenen Studienergebnisse, übernehmen sehr oft die konsiliarische Mitbetreuung der Patienten sowie die (Fach)Beratung des Krankenhausteams, z. B. im Rahmen der Schmerzkontrolle. Auch eine Unterstützung und Begleitung der Patienten sowie Angehörigen liegt häufig im Aufgabenbereich des Palliativ- bzw. Konsiliardienstes. Dem Dienst obliegen zudem häufig Aufgaben im Bereich der Behandlungskoordination und –organisation, der Administration und Dokumentation sowie der Fort- und Weiterbildung. Gut die Hälfte der Häuser überträgt dem Palliativ- und Konsiliardienst die Unterstützung und Beratung von Personen oder Institutionen außerhalb des eigenen Hauses.

1.1 Palliativdienst und Leitlinienumsetzung

Am UKGM, Standort Gießen, wurde die im Rahmen des Projekts „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung (Avenue-Pal)“ (FKZ: 01VSF17044) ein Palliativdienst etabliert.

Der Palliativdienst hat verschiedene Aufgaben. Im Wesentlichen unterstützt dieser die Mitarbeiter ausgewählter Stationen im Umgang mit sterbenden oder schwerkranken Patienten im Sinne eines interdisziplinären Konsildienstes. Die Mitarbeiter der verschiedenen Stationen können ein palliativmedizinisches Konsil über MEONA, das UKGM interne KIS-System, anfordern, wenn sie Unterstützungsbedarf haben beispielsweise bei Fragen zur Therapie, zum Schmerzmanagement, zur Verlegung oder organisierten Entlassung. Der Palliativdienst visitiert den Patienten, legt einzuleitende Maßnahmen fest und koordiniert die Kommunikation zwischen den Akteuren. Im Fokus steht bei allen Maßnahmen und Entscheidungen die aktive Unterstützung und Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten und dessen Angehörigen.

¹ Ein Drittel der Häuser hat keine Angaben bei den drei erfragten Möglichkeiten eines Palliativdienstes oder –teams gemacht und hält nichts entsprechendes vor.

Um die Mitarbeiter aller einbezogenen Stationen über die Einführung des Palliativdienstes zu informieren, hat das Team u.a. Informationsveranstaltungen durchgeführt. Im Fokus stand auch die Umsetzung des im Rahmen der Leitlinie² entwickelten spezifischen Risikomanagements, das Verlegungen, die im o.g. Sinne nicht im Patientensinne und / oder – willen sind, entgegenwirken soll.

Konkret werden u.a. folgende Ziele mit der Etablierung des Palliativdienstes sowie der Leitlinienumsetzung im UKGM verfolgt:

- Positive Beeinflussung auf die Anzahl der patientenorientierten Verlegung (über Reduktion der Anzahl von Verlegungen, die aus medizinischen, pflegerischen und / oder juristischen Erwägungen nicht im Sinne des Patientenwohls oder nicht im Sinne des (mutmaßlichen) Patientenwillens stattfinden)
- Entlastung der betroffenen Berufsgruppen bzw. Prozessbeteiligten (v.a. von unnötigen zum Teil krisenhaften Aktivitäten bzw. durch Konzentration auf zentrale Versorgungsziele)
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit aller betroffenen Berufsgruppen
- Steigerung der Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen
- Umverteilung oder Reduktion von Kosten zugunsten einer palliativmedizinisch indizierten Versorgung

1.2 Befragungen: Konzeption, Zielsetzung und Umsetzung

Die Umsetzung der Leitlinie bzw. die Einführung des Palliativdienstes zielt entsprechend darauf ab, das Tätigkeitsumfeld der Mitarbeiter der einbezogenen Stationen, z.B. durch Entlastung oder Steigerung der beruflichen Zufriedenheit, zu verbessern. Zudem sollen die Zufriedenheit und die Versorgungsqualität der Patienten und Angehörigen optimiert werden.

Mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Befragungen der Anspruchsgruppen wird überprüft, ob die intendierten Ziele erreicht werden. Ebenso wird ermittelt, ob über die Veränderungen des Berufsalltags ggf. andere nicht-intendierte Effekte, wie z.B. stärkere berufliche Belastung, initiiert werden.

² Ein Projektziel war die Entwicklung einer Leitlinie für die Krankenhausversorgung.

1.2.1 Quantitative Mitarbeiterbefragungen

1.2.1.1 Erhebungsdesign und Fragebogen

Um die Effekte, die mit Einführung des Palliativdienstes einhergingen, zu messen und beurteilen zu können, wurden die Mitarbeiter der Stationen des UKGM mit Bedarf bzw. Erfahrungen mit dem Palliativdienst vor (t1) und nach der Einführung des Palliativdienstes (t2) schriftlich befragt. Für die Mitarbeiterbefragungen wurde je ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen umfasste jeweils gemäß der intendierten Ziele, z.B. Aspekte der Arbeitsbelastung sowie möglicher Folgen, der Arbeitszufriedenheit etc. Auch die Information und Kommunikation, die Zusammenarbeit mit Kollegen, die Erwartungen an die Umsetzung der Leitlinie bzw. das Palliativteam sowie deren Erfüllung und auch mögliche Wünsche waren Gegenstand der Befragungen. Die Fragebögen enthielten sowohl allgemeine als auch spezifische auf die Versorgung von sterbenden Patienten und den Umgang mit Angehörigen fokussierte Aspekte. Angaben zur Person wurden nur erfragt, wenn diese für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse von Relevanz sind, z.B. die Berufsgruppe und die Berufserfahrung. Die Fragebögen umfassten somit sowohl Items zur Überprüfung der Projektziele als auch mögliche Einflussfaktoren.

Bei der Entwicklung und Zusammenstellung des **Fragebogens** wurde, soweit möglich, auf bereits bestehende, validierte Instrumente etwa zur Ermittlung der Arbeitsbelastung und -zufriedenheit (z.B. COPSOQ) zurückgegriffen. Ergänzend wurden Fragen für die spezifische Situation im Umgang mit sterbenden Patienten formuliert.

Bei der zweiten Mitarbeiterbefragung wurde der Fragebogen dahingehend modifiziert, dass Items, die aufgrund der Ergebnisse bei T1 keine Effekte³ im Hinblick auf die Forschungsfragen und -ziele erwarten ließen, gestrichen wurden. Dies war z.B. der Fall, wenn sich im Vergleich einzelne Items als aussagekräftiger mit Blick auf die Belastungen oder zu erwartenden Entlastungen zeigten. Ergänzt wurden Fragen, die sich auf die explizite Erfahrung mit dem Palliativdienst beziehen.

Vor der Umsetzung der Mitarbeiterbefragung wurde ein positives Votum von Betriebsrat und Datenschutzbeauftragtem eingeholt.

Zielgruppe der Mitarbeiterbefragung bildeten die Kliniken mit hoher Mortalität, da hier auf Mitarbeiterseite ein entsprechender Bedarf zu erwarten war (vgl. auch Konsilbericht):

- Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie
- Neurochirurgische Klinik

³ Zugrunde gelegt wurden hier die Ausprägungen der Einzelitems sowie die Zusammenhänge einzelner Items mit den Zielgrößen.

- Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie – Operative Notaufnahme
- Kardiologie-Angiologie
- Pneumologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Nephrologie
- Hämatologie und Viszeralmedizin – Interdisziplinäre Notaufnahme
- Internistische Onkologie und Palliativmedizin
- Neurologische Klinik
- Intermediate Care Station

Ergänzend wurde in der zweiten Befragung noch die Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie einbezogen, da hier in der Implementierungsphase häufiger palliativmedizinische Konsile angefordert wurden.

Die Mitarbeiterfragebogen wurden in der ersten Befragungsrunde den Mitarbeitern der beteiligten Stationen, die an Informationsveranstaltungen zur Einführung des Palliativdienstes teilgenommen haben, von Projektmitarbeitern des UKGM, Standort Gießen, persönlich überreicht. Dieses Verfahren war in der zweiten Befragungsrunde aufgrund der fehlenden Informationsveranstaltungen nicht möglich. Daher wurden bei T2 die Fragebogen über die Poststelle des UKGM in die Postfächer der Mitarbeiter sortiert.

Die Mitarbeiter wurden in beiden Befragungen gebeten, den Fragebogen auszufüllen und in dem beiliegenden Rückumschlag an das DKI zurückzusenden.

Die Fragebogen für T1 wurden bei von Juli bis Ende Oktober 2019 verteilt. Die Auswertung erfolgte ab Mitte November 2019.

Die Fragebogen für T2 wurden Anfang Februar 2021 an das UKGM geliefert und in die Postfächer verteilt. Die Auswertung erfolgte ab Mitte März 2021.

Es sind im Befragungszeitraum 150 (T1) bzw. 91 (T2) ausgefüllte Fragebögen beim DKI eingegangen.

Tab. 1: Übersicht über Rückläufer

	Anzahl eingegangener Fragebögen	
	T1	T2
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie	<6*	<6*
Neurochirurgische Klinik	8	7
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie – Operative Notaufnahme	16	<6*
Kardiologie-Angiologie	27	13

Pneumologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Nephrologie	36	24
Hämatologie und Viszeralmedizin – Interdisziplinäre Notaufnahme	<6*	<6*
Internistische Onkologie und Palliativmedizin	18	13
Neurologische Klinik	17	<6*
Intermediate Care Station	20	<6*
Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie	**	11
Mehrere Kliniken angegeben	--	12

* Aus Datenschutzgründen werden die konkreten Zahlen nicht genannt

**nicht involviert / befragt

-- in T1 aufgrund anderer Zuordnung nicht möglich

1.2.1.2 Methodik und Auswertung

Die Daten der beiden Mitarbeiterbefragungen werden jeweils mittels deskriptiver Kennwerte ausgewertet. Da nur 16 Mitarbeitende bei beiden Befragungen teilgenommen haben (identifiziert durch den persönlichen Code), wird auf eine vergleichende Darstellung auf persönlicher Ebene verzichtet. Ebenso war auf eine Auswertung auf Klinikebene aufgrund der stark variierenden und teilweise sehr geringen Fallzahlen nicht zielführend.

Die Einzelitems der beiden Befragungen werden deskriptiv, z.B. mit Häufigkeiten, Mittelwerten, ausgewertet. Bivariate Zusammenhänge werden mithilfe von Korrelationen analysiert.

1.2.2 Qualitative Befragungen

Ergänzend zur quantitativen Befragung der Mitarbeiter wurden Mitarbeiter sowie Angehörige im Rahmen von leitfadengestützten Telefoninterviews befragt (n=9). Hier wurden vor allem Mitarbeiter der Leitungsebene, aber auch Mitarbeiter verschiedener Stationen sowie mit Kenntnissen ökonomischer Auswirkungen befragt.

Alle 30-60-minütigen Telefoninterviews wurden protokolliert. Die Protokolle wurden unter Nutzung gängiger Tools⁴ sowie der etablierten sozialwissenschaftlichen Methoden ausgewertet, um überindividuell-gemeinsame Wissensbestände herauszuarbeiten. Konkret

⁴ Es wurde in Anlehnung an Mayring (2000) und Flick (1995) vor allem die Methode des thematischen Kodierens angewandt. Aufgrund des Untersuchungsziels haben wir uns auf den Fall- und Gruppenvergleich und damit auf das Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Befragten fokussiert. Ziel war es Aspekte zu identifizieren, die überindividuell auftraten. Zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen war es aber auch sinnvoll, Aspekte zu fokussieren, die ggf. nur von einzelnen oder wenigen genannt wurden.

wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Befragten identifiziert und anschließend verallgemeinert. Hierbei haben wir uns an thematischen Einheiten, also an Aspekten, die inhaltlich zusammengehören, orientiert – unabhängig davon, an welcher Stelle im Interview oder Workshop sie genannt wurden. Wesentlich für die Auswertung war die Identifikation von praxisrelevantem Wissen und Input für die Praktikerinnen und Praktiker. Die Inhaltsanalyse orientierte sich an diesen Prämissen.

Das Datenmaterial wurde im Sinne der Fragestellungen sortiert, strukturiert und ausgewertet. Aus diesem Grund stand am Beginn der strukturierten, qualitativen inhaltsanalytischen Auswertung die Entwicklung eines Kategorienrasters, das sich an ergebnisrelevanten Aspekten mit Blick auf Umsetzung des Palliativdienstes orientiert hat. Es wurde festgelegt, anhand welcher Kategorien die Transkripte analysiert werden.

Bei der Verschriftlichung wurden die Inhalte nach den wesentlichen Aspekten dargestellt. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den gewählten Kategorien erfolgte. Im Text werden Beispiele mittels Zitaten wiedergegeben, um die Inhalte nachvollziehbar und erlebbar zu machen. Selbstverständlich sind die Zitate vollständig anonymisiert und lassen weder Rückschlüsse auf die beteiligten Personen noch Fachabteilungen zu.

Wir möchten uns an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich für die Unterstützung des UKGMs bedanken.

2 Quantitative Befragungen: Ergebnisse

2.1 Allgemeine Angaben

2.1.1 Soziodemografische Angaben der Befragten

Es haben sich in beiden Befragungen etwas mehr Frauen als Männer beteiligt (Abb. 1).

In der zweiten Befragung sind die Mitarbeiter etwas jünger als bei T1: Der größte Teil der antwortenden Mitarbeiter ist zum Befragungszeitpunkt in T2 zwischen 25 und 35 Jahren alt (44 %), während bei T1 die meisten im Alter zwischen 35 und 45 Jahren waren. Je knapp 30 % der Mitarbeiter sind älter als 45 Jahre (Abb. 2).

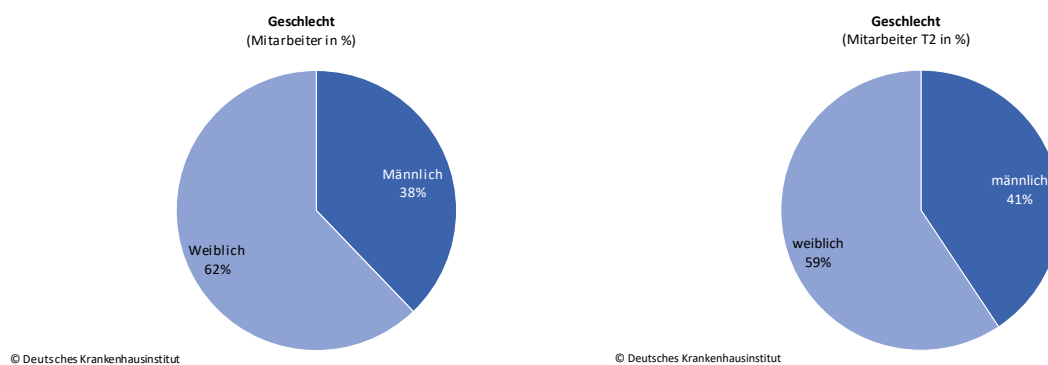


Abb. 1: Geschlecht in %

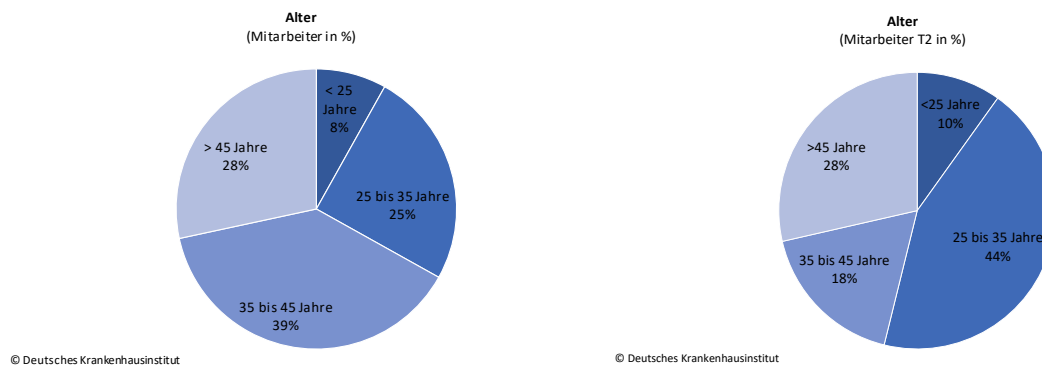
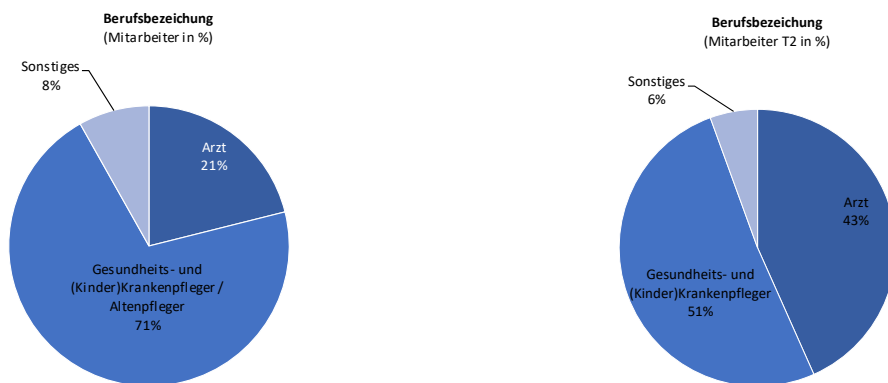


Abb. 2: Alter in Gruppen in %

2.1.2 Berufsbezogene Informationen der Befragten

Der überwiegende Teil der antwortenden Mitarbeiter ist im Pflegedienst (71 % bzw. 51 %) tätig. In der zweiten Mitarbeiterbefragung haben deutlich mehr Ärzte an der Befragung teilgenommen als in T1 (Abb. 3).



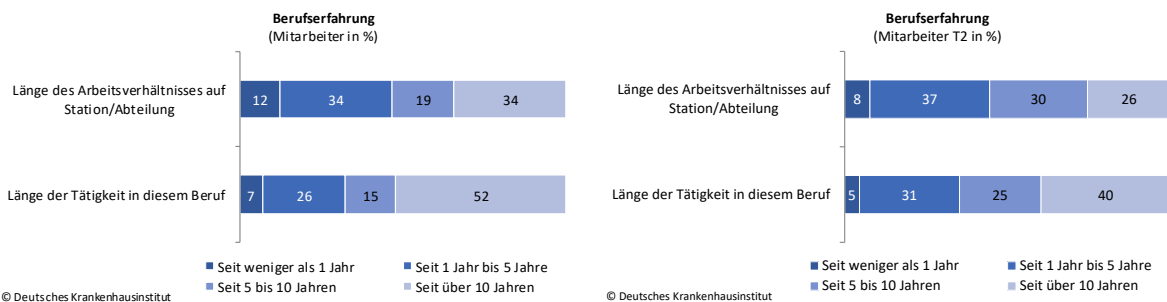
© Deutsches Krankenhausinstitut

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Berufsbezeichnung in %

Knapp die Hälfte der Befragten arbeitet bis zu fünf Jahren auf der Station bzw. der Abteilung, davon sind 12 % bzw. 8 % seit weniger als einem Jahr dort beschäftigt. Im Vergleich zur ersten Befragung sind bei der Zweitbefragung etwas weniger Mitarbeiter seit über zehn Jahren im Klinikum tätig.

Im Beruf ist je mehr als die Hälfte der antwortenden Mitarbeiter seit über fünf Jahren tätig, wobei der Anteil derjenigen mit zehn und mehr Jahren Tätigkeitserfahrung in T2 deutlich geringer ist als bei T1. Etwa jeweils ein Drittel hat eine Berufserfahrung von bis zu fünf Jahren (Abb. 4).



© Deutsches Krankenhausinstitut

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Dauer des Arbeitsverhältnisses in %

2.1.3 Gesundheitszustand

Die Mitarbeiter bewerten ihren Gesundheitszustand zu den jeweiligen Befragungszeitpunkten überwiegend als gut. Mehr als zwei Drittel schätzt die eigene Gesundheit auf einer Skala von 0 bis 10 mit dem Wert acht und besser ein (Abb. 5). Im Schnitt bewerten die Mitarbeiter ihren Gesundheitszustand mit „8“ (je Median: 8)

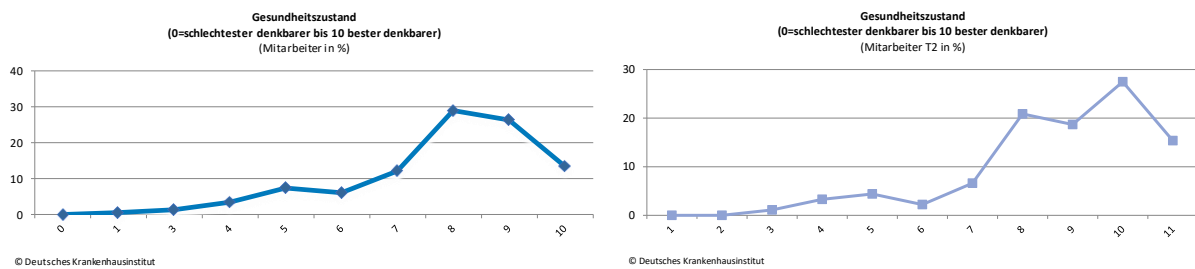


Abb. 5: Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt in %

2.2 Zum Umgang mit den Patienten in der letzten Lebensphase

2.2.1 Verlegungshäufigkeit

Die Mitarbeiter wurden danach gefragt, wie häufig ihrer Erinnerung nach in den letzten sechs Monaten Patienten in der letzten Lebensphase innerhalb des Krankenhauses von der eigenen Station auf andere Stationen verlegt wurden. Zudem wurden sie um die Einschätzung gebeten, inwieweit diese Verlegungen aus ihrer Sicht „nicht ganz stimmig“ waren.

Bei der Erstbefragung gaben knapp 12 % der Befragten an, dass es in den letzten sechs Monaten bei Patienten in der letzten Lebensphase zu keinen Verlegungen von der eigenen auf andere Stationen gekommen ist. In der Zweitbefragung lag dieser Anteil mit etwa 23 % aller Stationspatienten deutlich höher.

Bezogen auf alle Angaben (inklusive der Nicht-Verlegungen) wurden aus Sicht der Mitarbeiter im Durchschnitt knapp 24 % bzw. 22 % aller sterbenden Patienten verlegt. Der Median lag in beiden Befragungen bei 10 %, das 5 % getrimmte Mittel bei rund 20 % (

Tab. 2).

Knapp ein Drittel der Mitarbeiter, die Verlegungen von sterbenden Patienten wahrgenommen haben, gab bei der T1-Befragung an, dass keine dieser Verlegungen unstimmig war (30,8 %). Bei der T2-Befragung lag dieser Anteil bei 52 %.

Im Mittel bewerteten die Mitarbeiter bei T1 gut 21 % aller Verlegungen von sterbenden Patienten als nicht ganz stimmig. Bei der zweiten Mitarbeiterbefragung war dieser Anteil mit im Mittel 16 % etwas niedriger.

Auch der Median liegt mit 5 % unter dem Niveau der Erstbefragung (Median: 10 %), ebenso wie das 5 % getrimmte Mittel (T1: 19 %, T2: 12 %) (

Tab. 2).

Tab. 2: Anteil sterbender Patienten und Verlegungen

	Anteil aller sterbenden Patienten, die verlegt wurden in %		Anteil dieser Verlegungen, die „nicht ganz stimmig“ waren in %	
	T1 (n=138)	T2 (n=88)	T1 (n=121, nur MA, die Verlegungen angegeben haben)	T2 (n=68, nur MA, die Verlegungen angegeben haben)
Mittelwert	23	22	22	16
Median	10	10	10	5
5% getrimmter Mittelwert	21	19	19	12
Unterer Quartilswert	5	2	0	0
Oberer Quartilswert	40	29	40	20

2.2.2 Betreuungsfrequenz und -sicherheit

Um etwaigen Handlungsbedarf des Palliativdienstes und die folgenden Antworten ggf. besser einschätzen zu können, wurden die Mitarbeiter zunächst nach ihren Erfahrungen im Umgang mit Patienten in der letzten Lebensphase gefragt. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Betreuungshäufigkeit und der Beurteilungssicherheit, ob ein Patient in die letzte Lebensphase eingetreten ist (Pearson-Korrelationskoeffizient: T1: .54**, T2: .39**).

Der Großteil der Mitarbeiter hat in beiden Befragungen Erfahrungen bei der Einschätzung des Gesundheitszustands und der Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase. So gibt je gut die Hälfte der Mitarbeiter an, bei der täglichen Arbeit (sehr) häufig Patienten in der letzten Lebensphase zu versorgen. Rund drei Viertel der Mitarbeiter fühlten sich jeweils bei der Einschätzung (sehr) sicher, ob der Eintritt in die letzte Lebensphase erfolgt ist. Deutliche Unsicherheiten empfinden weniger als 5 % der Mitarbeiter, „manchmal“ treten bei T1 bei knapp

einem Viertel der Mitarbeiter Zweifel auf. Bei T2 sind 17 % der Mitarbeiter „manchmal“ unsicher bei der Einschätzung, ob die Patienten in der letzten Lebensphase sind (Abb. 6).

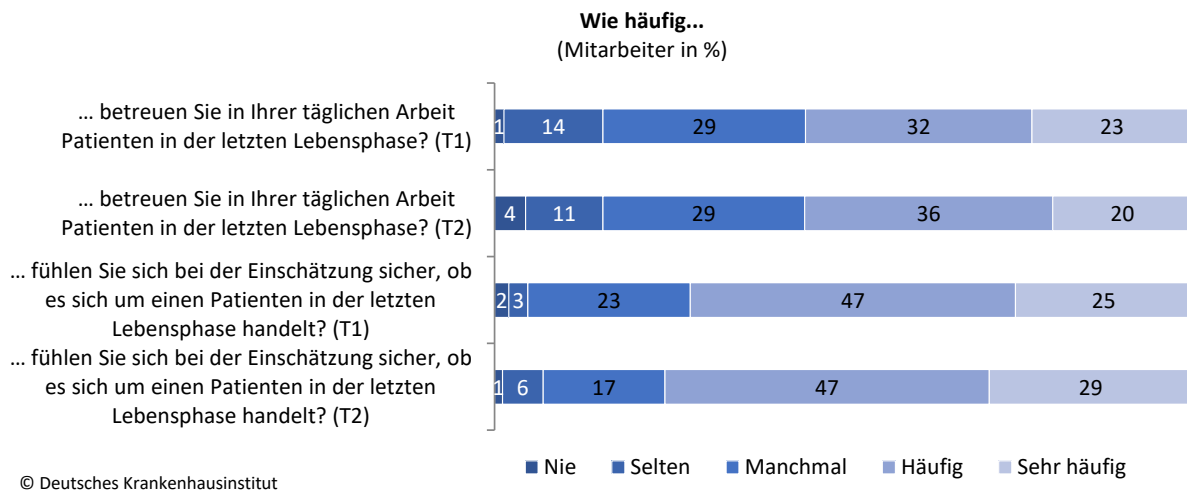


Abb. 6: Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase in %

2.2.3 Informationsstand

Ein Großteil der Mitarbeiter fühlt sich insgesamt gut über die Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase informiert. Gut zwei Drittel der Mitarbeiter erkannte bei T1, ob es sich um entsprechende Patienten handelt. Mehr als die Hälfte wusste, wie sie diese Patienten adäquat versorgen und bei wem sie sich Unterstützung holen können. Zwischen 35 und 41 % der Mitarbeiter schätzen ihren eigenen Kenntnisstand mit „teils/teils“ ein. Diese Fragen wurden bei T2 nicht mehr gestellt.

Bei der Frage, wen man im Team bzw. im Krankenhaus um Hilfe bitten könnte, geben die Mitarbeiter bei T1 am häufigsten „nein“ an. Knapp die Hälfte weiß bei der Erstbefragung, wen man im Krankenhaus anrufen könnte. Bei T2 zeigt sich ein positiveres Bild: Knapp drei Viertel wissen, bei wem sie Hilfe im Krankenhaus erbitten können, gut ein Zehntel fehlt diese Information weiterhin.

Der Anteil der Mitarbeiter, die wissen, wie sie sich selber helfen können, liegt bei T2 bei 60 % (T1: 50 %). Von allen erfragten Aspekten herrscht in beiden Befragungen beim Umgang mit den Angehörigen die im Vergleich größte Verunsicherung: Während bei T1 gut ein Drittel der Mitarbeiter bejahte, adäquat mit den Angehörigen umgehen zu können, liegt der Anteil bei T2 bei etwas mehr als der Hälfte der Beschäftigten (Abb. 6).

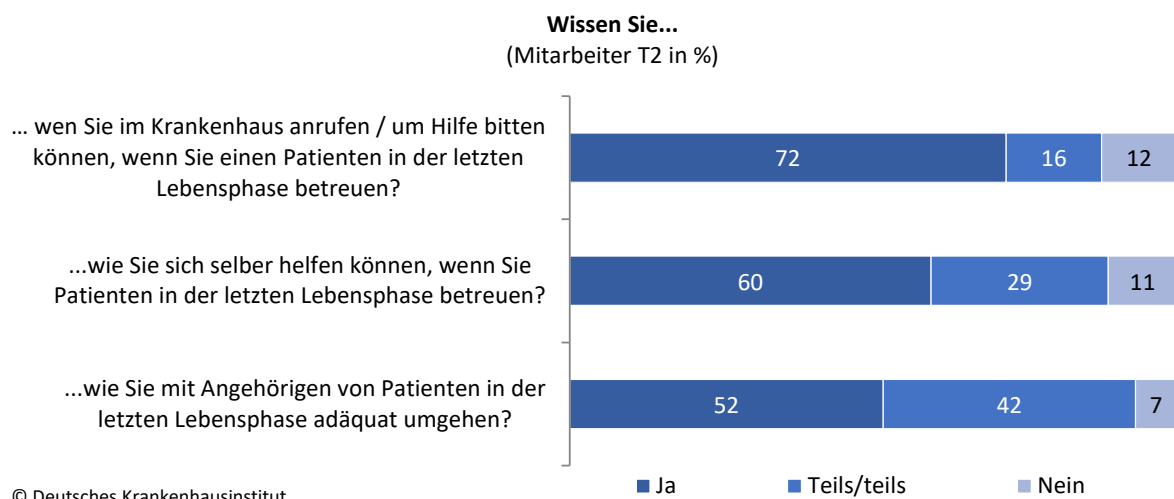
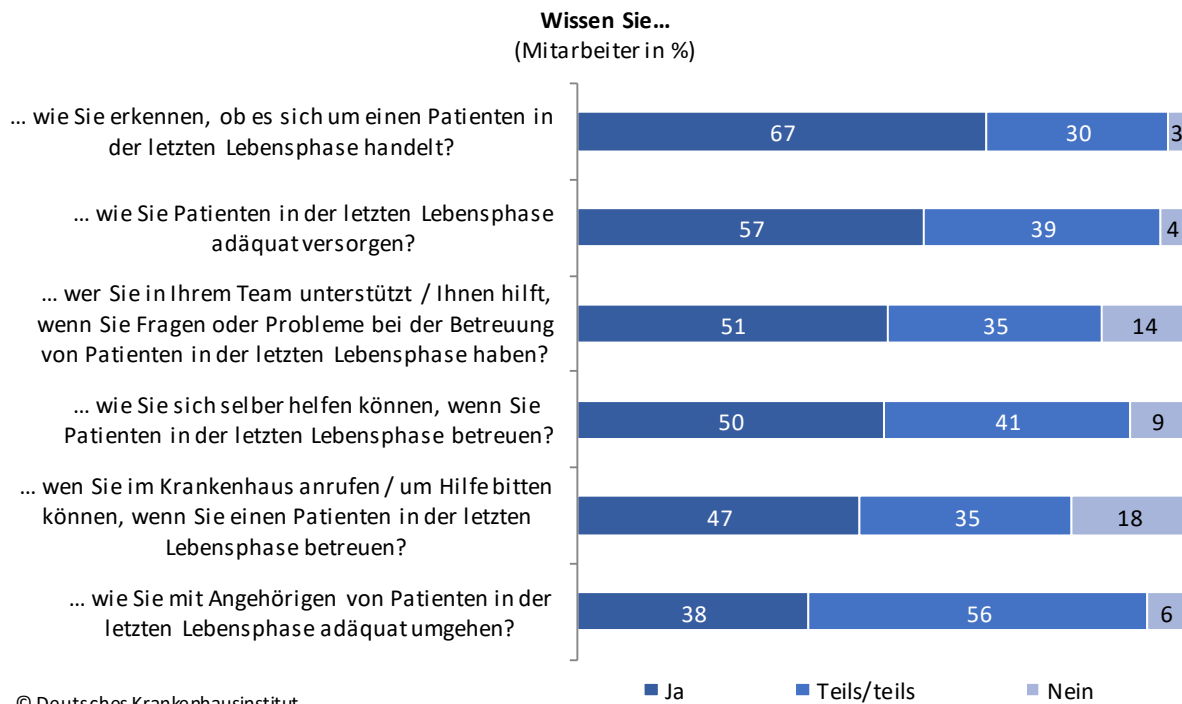


Abb. 7: Kenntnisstand im Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase

Des Weiteren wurden die Mitarbeiter danach gefragt, wie häufig ihnen bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase Ansprechpartner aus verschiedenen Bereichen fehlen. Insgesamt zeigt sich bei T2 ein deutlich positiveres Bild als bei T1, so dass davon ausgegangen werden kann, dass mit Einführung des Palliativdienstes diesbezügliche Verunsicherungen oder Fragen geklärt werden konnten.

Bei beiden Befragungen zeigt sich, dass es primär an Ansprechpartnern bei psychologischen Fragen mangelt: Während bei T1 über die Hälfte (59 %) der Befragten angibt, dass (sehr) häufig entsprechende Kontakte oder Personen fehlen, sind es bei T2 26 % der Mitarbeiter.

Jeweils etwa ein Drittel der Mitarbeiter hat bei T1 (sehr) häufig bei sozialarbeiterischen bzw. sozialmedizinischen sowie spirituuell-religiösen Fragen keinen Ansprechpartner. In T2 ist dies jeweils bei knapp einem Viertel der Beschäftigten der Fall.

Ansprechpartner bei medizinischen Fragen fehlen bei T1 am seltensten: knapp ein Viertel der Befragten nimmt hier (sehr) häufig einen Mangel wahr, während es bei T2 9 % sind.

Eine deutliche Veränderung ist bei der Ansprechbarkeit der Pflegekräfte zwischen den Befragungszeitpunkten zu konstatieren: Während bei T1 gut ein Drittel der Mitarbeiter unwissend waren, wen sie im Pflegebereich kontaktieren könnten, waren es bei T2 nur 6 % (Abb. 8).

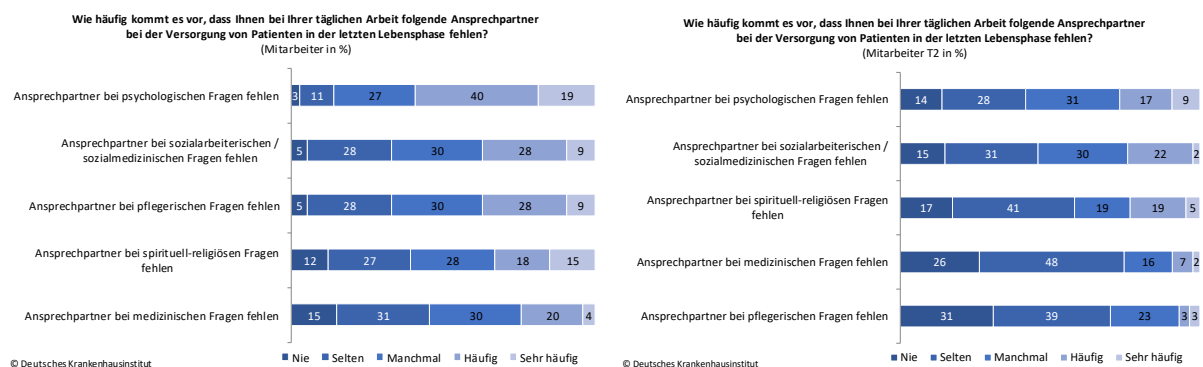


Abb. 8: Fehlende Ansprechpartner bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase

2.2.4 Versorgungsaspekte

Gefragt nach möglichen Schwierigkeiten bzw. Optimierungsoptionen bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase, geben die Mitarbeiter bei beiden Befragungen vor allem an, zu wenig Zeit für die Angehörigen und Patienten zu haben. Diese Einschätzung zeigt sich jedoch in T2 deutlich geringer ausgeprägt als in der Erstbefragung. So haben je mehr als drei Viertel bei T1 den Eindruck, dass es (sehr) häufig an Zeit für Angehörige und Patienten mangelt, während dies bei T2 etwa die Hälfte der Mitarbeiter sind. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei dem Item „Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können“. So hat bei T1 eher als die Hälfte der Mitarbeiter (sehr) häufig ein entsprechendes Gefühl, während bei T2 nur gut ein Drittel der Beschäftigten den Eindruck hat, den Wünschen der Patienten (sehr) häufig nicht gerecht zu werden.

Auch bei den weiteren Items ist der Gesamteindruck bei T2 deutlich positiver: so haben bei T1 43 % der Mitarbeiter (sehr) häufig den Eindruck, zu wenig von den Kollegen anderer Stationen unterstützt zu werden, während dies bei T2 18 % sind. Gut ein Drittel gibt bei T1 an, keinen Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung zu haben. Bei T2 sind dies 16 %.

Zu wenig Unterstützung durch die direkten Kollegen wird von allen Aspekten bei beiden Befragungen am seltensten angegeben. Dennoch nimmt dies bei T1 etwa die Hälfte der Befragten wahr, für gut ein Fünftel ist dies (sehr) häufig der Fall. Bei T2 geben 12 % der Mitarbeiter an, (sehr) häufig zu wenig von ihren direkten Kollegen unterstützt zu werden (Abb. 9).

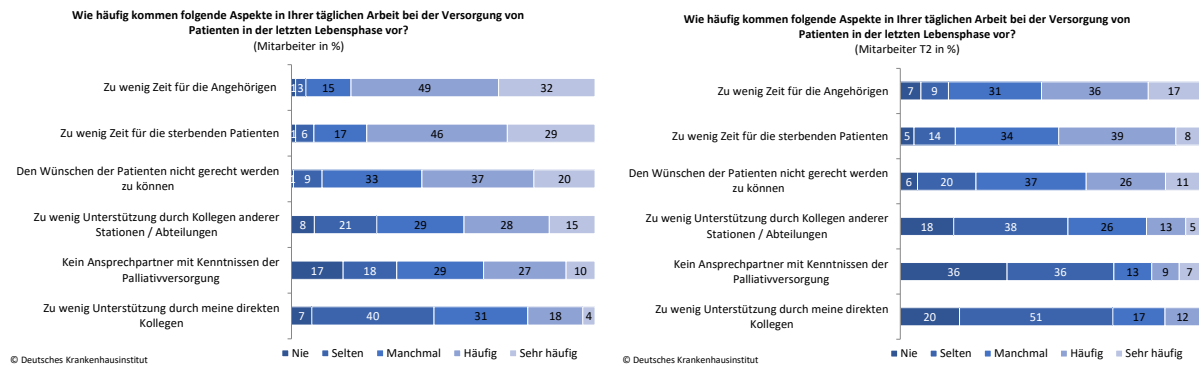


Abb. 9: Versorgungsaspekte bei Patienten in der letzten Lebensphase

2.2.5 Mitarbeiterempfindungen

Die Betreuung und Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten kann für die Mitarbeiter eine sehr belastende Situation darstellen. Die Mitarbeiter wurden danach gefragt, wie häufig sie verschiedene mögliche belastende Situationen bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten erleben. Hier wurde explizit darum gebeten, die persönlichen Empfindungen wiederzugeben. Als Ergebnis von Faktoren- und Reliabilitätsanalysen lassen sich die Items zwei Faktoren zuordnen. Der erste Faktor umfasst eher allgemeine Empfindungen, die als Belastungen durch die Versorgung sterbender Patienten zusammengefasst werden können (Mittelwert T1: 2,6). Bei T2 wurden bei diesem Faktor drei Items aufgrund der Befragungsökonomie für Mitarbeiter nicht mehr erfragt (Mittelwert der reduzierten Skala: T1: 2,8, T2: 2,4).

Der zweite Faktor bezieht sich auf verlegungsrelevante Aspekte und kann als Belastungen durch Belegungen zusammengefasst werden (Mittelwert T1: 2,6, T2: 2,2).

Es zeigen sich bei dem ersten Faktor „Belastungen durch die Versorgung sterbender Patienten“ bei T2 weniger Belastungen als bei T1. Bei T1 waren es insbesondere zwei Aspekte, die mitarbeiterseitig die größten Belastungen anzeigen: Knapp die Hälfte der Mitarbeiter gibt bei T1 an, sich (sehr) häufig belastet zu fühlen, weil sie zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten hatten. Hier zeigt sich bei T2 ein abweichendes Bild: Knapp 10 % der Befragten geben an, sich (sehr) häufig aufgrund des Zeitmangels für die sterbenden Patienten belastet zu fühlen. Gleichwohl geben 41 % an, dass dies „manchmal“ der Fall ist.

Gut ein Drittel fühlte sich bei T1 aufgrund einer Sterbebegleitung, die nicht wunschgemäß verlaufen, ist (sehr) häufig belastet. Der Anteil der Mitarbeiter, der dies mit (sehr) häufig angibt liegt bei T2 bei 17 % und damit deutlich niedriger.

Gut ein Fünftel der Befragten denkt bei T1 (sehr) häufig auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten, während dies bei T2 17 % sind. Gleichwohl trifft dies auch bei beiden Befragungen auf etwa die Hälfte der Mitarbeiter selten oder nie zu.

Gut ein Drittel der Mitarbeiter gibt bei T1 an, manchmal nach der Arbeit nicht abschalten zu können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist, während dies bei T2 27 % angeben. Bei der Zeitbefragung ist der Anteil mit knapp zwei Drittel auf die dies selten oder nie zutrifft höher als bei T1, wo dies etwas weniger als die Hälfte war.

55 % (T1) bzw. 60 % (T2) der Befragten fühlen sich selten oder nie emotional belastet, weil ein Patient gestorben ist, ein Drittel bzw. 9 % gibt an, dass sie manchmal Belastungen nach dem Versterben der Patienten empfinden.

Folgende Items wurden nur bei T1 erfragt: Jeweils knapp zwei Drittel der Mitarbeiter haben selten oder nie aufgrund der Unkenntnis wie schlecht es dem Patienten ging, ein schlechtes Gewissen bzw. fühlte sich aus Unwissen, an wen er sich wenden könnte, wenn es dem Patienten schlechter ging, überfordert. Die meisten Mitarbeiter können im Urlaub gut abschalten. So geben 79 % an, im Urlaub selten oder nie an die Situationen sterbender Patienten zu denken (Abb. 10).

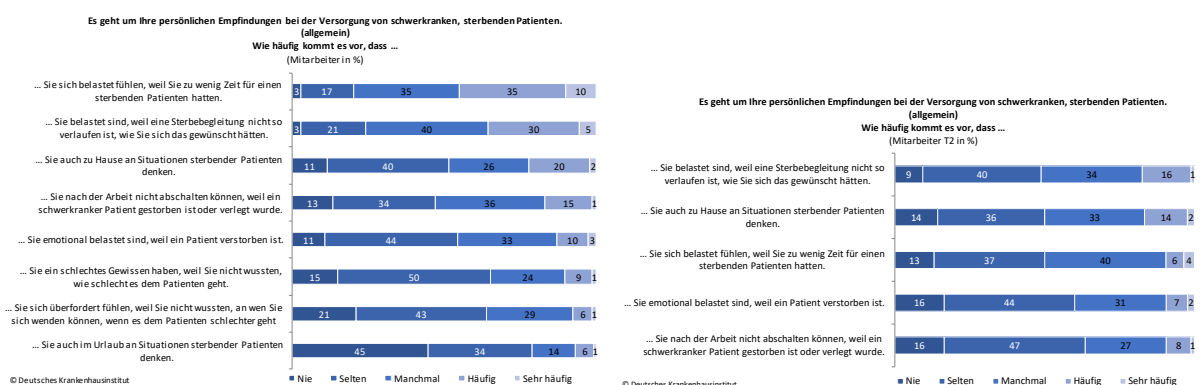


Abb. 10: Belastungen durch Versorgung sterbender Patienten

Gefragt nach den persönlichen Empfindungen bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten, die verlegt wurden, zeigt sich ebenfalls, dass bei T2 von den Mitarbeitern insgesamt weniger Belastungen angegeben werden als bei T1.

Während bei T1 gut ein Fünftel der Mitarbeiter (sehr) häufig unzufrieden ist, weil ein Patient innerhalb des Hauses verlegt wurde, obwohl dies ihrer Auffassung nach nicht in dessen Sinne war, war dies bei T2 bei 16 % der Fall. Ebenfalls knapp ein Fünftel hat den Eindruck, dass die

eigene Meinung bei den Verlegungen (sehr) häufig nicht berücksichtigt wird. In der zweiten Befragung geben 10 % der Mitarbeiter dies an.

Etwas weniger als drei Viertel der befragten Mitarbeiter sind zu beiden Zeitpunkten nie oder selten unzufrieden, weil ein Patient entgegen seines Wunsches nach Hause verlegt wurde (Abb. 11).

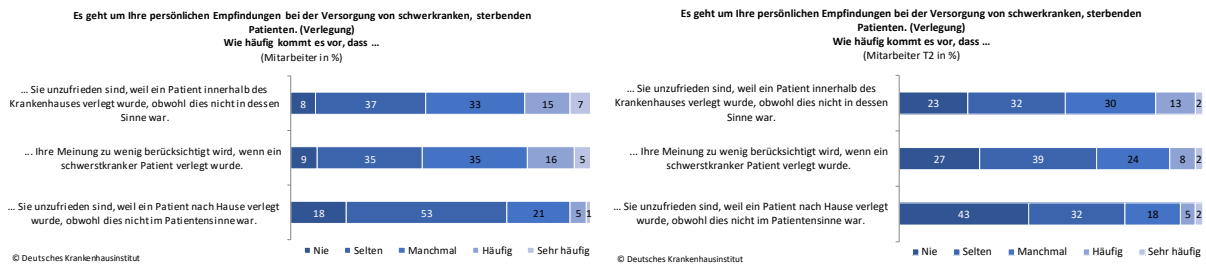


Abb. 11: Mitarbeiterempfindungen bei Verlegungen von schwerkranken Patienten

Bei der Einschätzung der aktuellen Verlegungspraxis von Patienten der letzten Lebensphase können die Items nach Faktoren- und Reliabilitätsanalysen auch zwei Faktoren zugeordnet werden: behandler- und patientenbezogenen Aspekten.

Betrachtet man die behandlerbezogenen Aspekte, die zu Verlegungen von Patienten in der letzten Lebensphase führen können, so zeigen sich zwischen den Erhebungszeitpunkten keine großen Abweichungen: So geht je etwa gut ein Fünftel der Mitarbeiter davon aus, dass es (sehr) häufig aufgrund schlechter Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten bzw. Angehörigen zu unnötigen Verlegungen kommt. Für je 18 % der Befragten ist die schlechte Kommunikation zwischen Behandlern (sehr) häufig der Grund unnötiger Verlegungen. Gut ein Zehntel sieht die Ursache unnötiger Verlegungen jeweils (sehr) häufig in dem Fehlen von Informationen. Gleichwohl schätzt die Hälfte dies als nie oder selten vorkommend ein (Abb. 12).

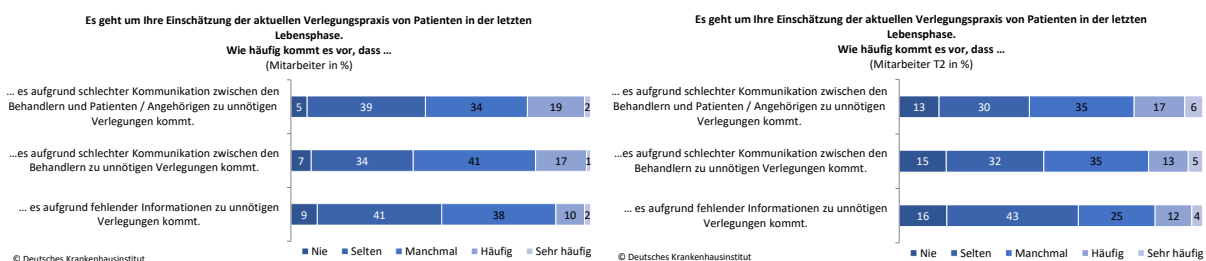


Abb. 12: Einschätzung der Verlegungspraxis – behandlerbezogene Aspekte

Bei den patientenbezogenen Aspekten gibt es zwischen den beiden Befragungen leichte Abweichungen. Während bei T1 57 % der Mitarbeiter davon ausgehen, dass die Patienten

(sehr) häufig besser über den Umstand informiert werden müssten, dass sie versterben werden, sind es bei T2 38 % die diese Meinung teilen. Gut die Hälfte nimmt bei T1 (sehr) häufig wahr, dass die Angehörigen nicht alle Informationen erhalten haben, um sich für oder gegen eine Verlegung zu entscheiden sowie dass die Angehörigen (sehr) häufig besser darüber informiert werden müssten, dass ihr Angehöriger im Krankenhaus versterben wird. Bei T2 bewegen sich diese Werte je um die 41 %. Rund die Hälfte der Mitarbeiter schätzt bei T1, dass die Patienten (sehr) häufig nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung im Krankenhaus zu entscheiden. Bei T2 sind dies 39 % (Abb. 13).

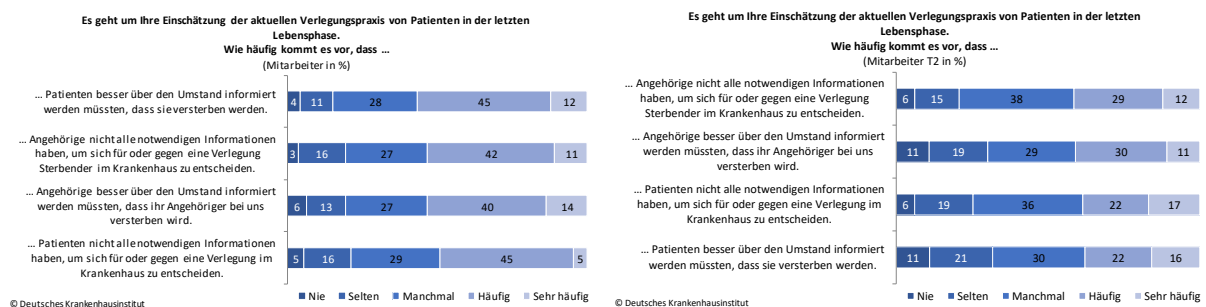


Abb. 13: Einschätzung der Verlegungspraxis – patientenbezogene Aspekte

Die Mitarbeiter wurden nach den Gründen gefragt, warum sich Verlegungsentscheidungen bei Patienten in der letzten Lebensphase nicht ganz stimmig für sie angefühlt haben. Insgesamt zeigt sich im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte, dass die vorgegebenen Gründe etwas seltener zutreffen. Während bei T1 39 % der Befragten angaben, dass sich die Verlegungsentscheidung (sehr) häufig aufgrund des nicht bekannten oder nicht sorgfältig ermittelten Patientenwillens unstimmig anfühle, war dies bei T2 bei 31 % der Mitarbeiter der Fall. Bei einem weiteren guten (T1) bzw. knappen (T2) Drittel traf dies „manchmal“ zu.

Knapp ein Viertel der Mitarbeiter sieht bei T1 die Ursache (sehr) häufig in der nicht ganz eindeutigen medizinischen Indikation, bei 44 % ist die manchmal so. Bei T2 ist dies bei etwas mehr als der Hälfte nie oder selten der Fall. Eine strittige medizinische Indikation bewerten 19 % (sehr) häufig als Ursache für eine unstimmgige Verlegung.

Für 22 % (T1) bzw. 14 % (T2) der Mitarbeiter fühlten sich Verlegungsentscheidungen (sehr) häufig nicht ganz stimmig an, weil die Perspektive der Mitarbeiter nicht ausreichend berücksichtigt wurde, weitere 41 % (T1) bzw. 30 % (T2) haben dies manchmal so empfunden.

Eine unstimmgige Verlegungsentscheidung aufgrund der Bevorzugung oder Benachteiligung anderer Patienten nimmt 71 % der Befragten nie oder selten wahr (Abb. 14).

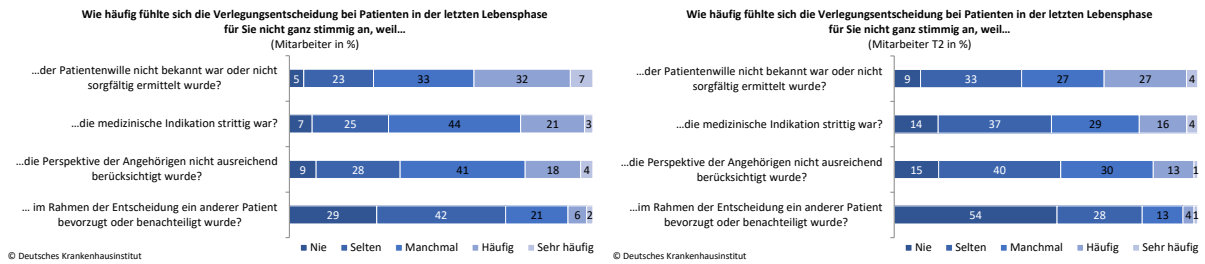


Abb. 14: Gründe für unstimmige Verlegungsentscheidungen

2.3 Arbeitsbedingungen und Stresserleben

2.3.1 Bewertung der Arbeitsbedingungen

Die Bewertung der „Arbeitsaufgabe“ wurde in Anlehnung an Felfe und Liepmann (2008) operationalisiert. Die drei Items zeigen sich in der Faktorenanalyse eindimensional. Cronbachs Alpha beträgt .61. Der Gesamtmittelwert der Skala⁵ beträgt 1,9, der Median liegt bei 2. Die „Arbeitsaufgabe“ wurde nur in T1 erhoben.

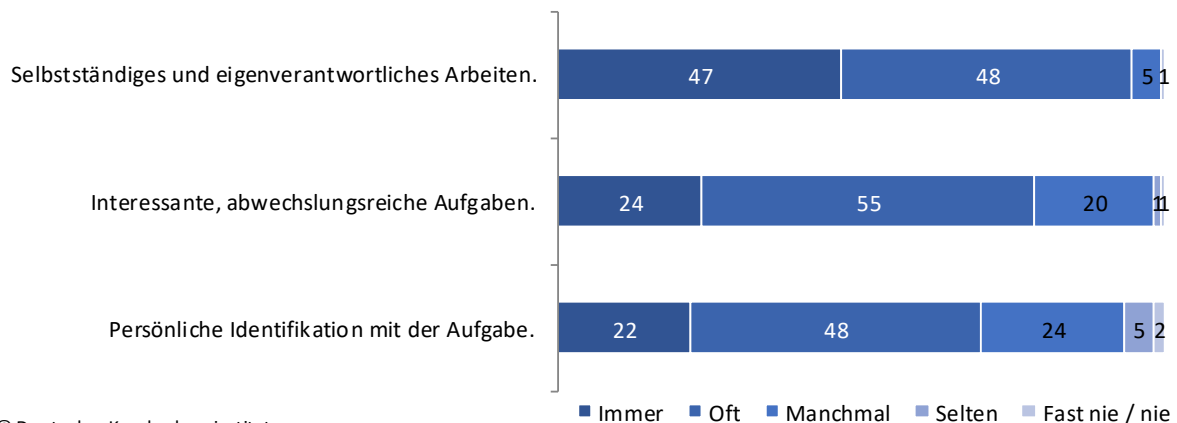
Die Mitarbeiter bewerten ihre Arbeitsaufgabe somit insgesamt zufriedenstellend. Nahezu alle Befragten geben an, dass sie selbständig und eigenverantwortlich arbeiten: Für knapp die Hälfte trifft dies immer, für etwas weniger als die Hälfte oft zu.

Ihre Aufgaben bewerten gut drei Viertel als interessant und abwechslungsreich: Knapp ein Viertel der Befragten stuft die Aufgaben immer, etwas mehr als die Hälfte oft entsprechend ein.

Gut zwei Drittel der Mitarbeiter identifizieren sich mit der Aufgabe: Bei gut einem Fünftel ist dies immer, bei knapp der Hälfte oft der Fall (Abb. 15)

⁵ Die Items der Skala wurden, wie auch bei den folgenden Skalen aufsummiert und durch die Anzahl der Items geteilt. Der Wertebereich ist immer im Sinne der dazugehörigen Grafik von links nach rechts aufsteigend festgelegt. D.h. „immer“ wurde mit 1 und „fast nie/ nie“ mit 5 codiert.

Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?
(Mitarbeiter in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Arbeitsaufgabe

Das „Arbeitsengagement“ wurde mit einer Skala des COPSOQ ermittelt. Die eindimensionale Faktorenstruktur bestätigte sich. Cronbachs Alpha beträgt .89 (T1) bzw. .85 (T2). Der Mittelwert der Gesamtskala beträgt 2,5 (T1) bzw. 2,2 (T2) (Median: 2,3 (T1) bzw. 2,0 (T2)), was einem zufriedenstellenden Arbeitsengagement entspricht. Insgesamt ist das Arbeitsengagement in der zweiten Befragung etwas größer ausgeprägt als in der ersten.

Etwa zwei Drittel der Mitarbeiter sind bei der Arbeit voller Energie: Dies trifft auf gut die Hälfte oft und auf 13 % immer zu. Die Arbeit vermag bei T1 mehr als die Hälfte der Mitarbeiter zu begeistern, während dies bei T2 auf etwa drei Viertel der Befragten zutrifft. Knapp die Hälfte (T1) bzw. gut drei Viertel (T2) der Befragten geht völlig in der Arbeit auf. (Abb. 16).

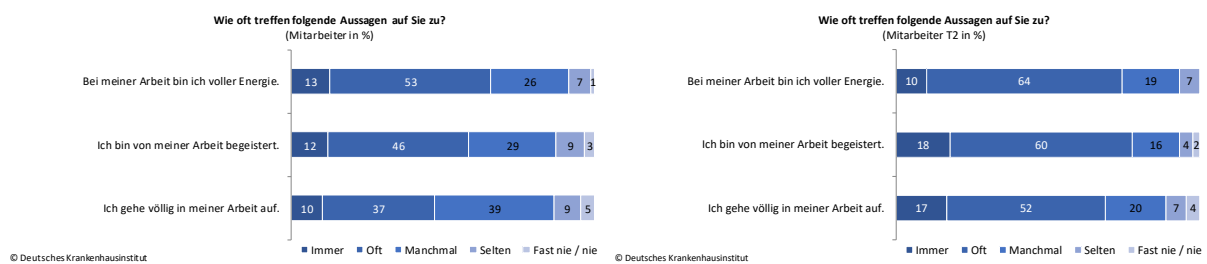


Abb. 16: Arbeitsengagement

Die Vorhersehbarkeit der Arbeit wurde entsprechend dem COPSOQ mit zwei Items operationalisiert, die auch Auskunft über den Informationsgrad gibt (Cronbachs Alpha: .77 (T1) bzw. .79 (T2)).

Die Mitarbeiter schätzen die Vorhersehbarkeit der Arbeit bei beiden Jahren vergleichbar und insgesamt eher im mittleren Bereich ein. Der Mittelwert der Skala beträgt bei beiden Befragungen je 2,9 (Median: je 3).

Rund die Hälfte der Mitarbeiter erhält aus eigener Sicht in (sehr) hohem Maße die Informationen, um ihre Arbeit zu erledigen. Je gut 40 % geben an, dass dies teilweise der Fall ist.

Über Veränderungen am Arbeitsplatz fühlt sich etwa je ein Viertel in (sehr) hohem Maße im Voraus informiert. 45 % (T1) bzw. 38 (T2) nimmt dies zum Teil wahr, gut ein Viertel (T1) bzw. 39 % (T2) stuft dies als in (sehr) geringem Maße zutreffend ein (Abb. 17).

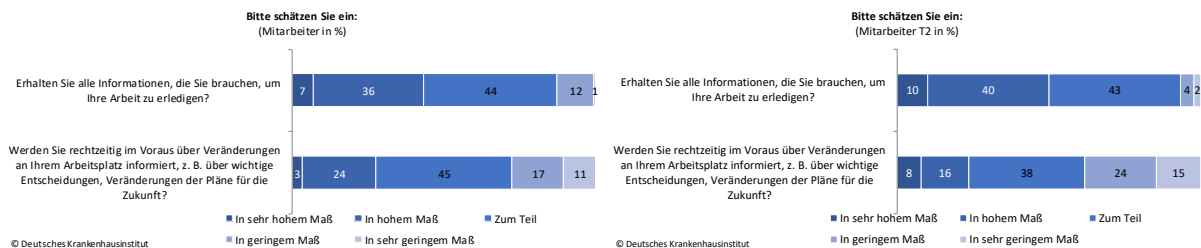


Abb. 17: Vorhersehbarkeit der Arbeit

2.3.2 Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen wurden über die Skala „Unterstützung bei der Arbeit“ und die „Skala Gemeinschaftsgefühl“ ermittelt. Die Faktoren der COPSOQ-Skalen bestätigten sich. Cronbachs Alpha betrug .83 bzw. .90. Beide Skalen wurden nur in der Ersterhebung eingesetzt.

Die Mitarbeiter fühlen sich insgesamt oft bei ihrer Arbeit unterstützt. Der Mittelwert der Skala „Unterstützung bei der Arbeit“ beträgt 2,3 (Median: 2,3). Die Befragten bewerteten vor allem die Hilfe und Unterstützung von ihren Kollegen gut. So bewertet etwas mehr als die Hälfte dies mit oft und 30 % mit immer. Gut drei Viertel schätzen die Kollegen so ein, dass diese sich Arbeitsprobleme bei Bedarf oft oder immer anhören.

Die Unterstützung der unmittelbaren Vorgesetzten wird etwas schlechter eingestuft als die der direkten Kollegen. So gibt jeweils etwas mehr als die Hälfte der Mitarbeiter an, dass die Vorgesetzten sie unterstützen oder sich Arbeitsprobleme anhören (Abb. 18).

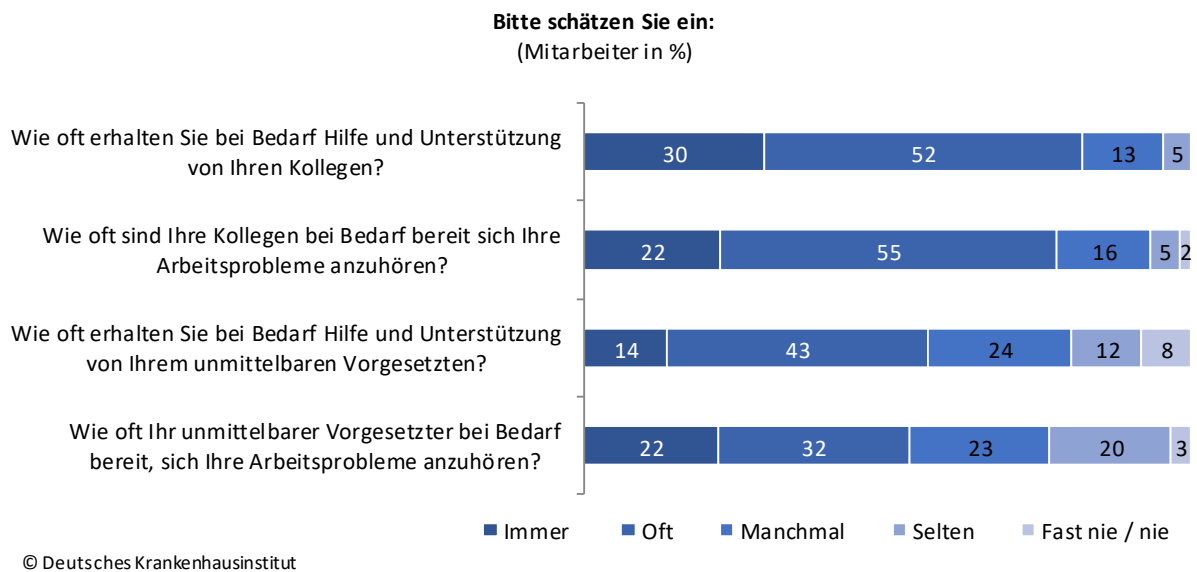


Abb. 18: Unterstützung bei der Arbeit

Das „Gemeinschaftsgefühl“ wird insgesamt gut eingestuft (Mittelwert: 1,9, Median: 2). Je knapp ein Viertel der Mitarbeiter bewerten die Atmosphäre und Zusammenarbeit mit den Arbeitskollegen immer gut. Etwa 60 % stufen dies jeweils oft als gut ein (Abb. 19).

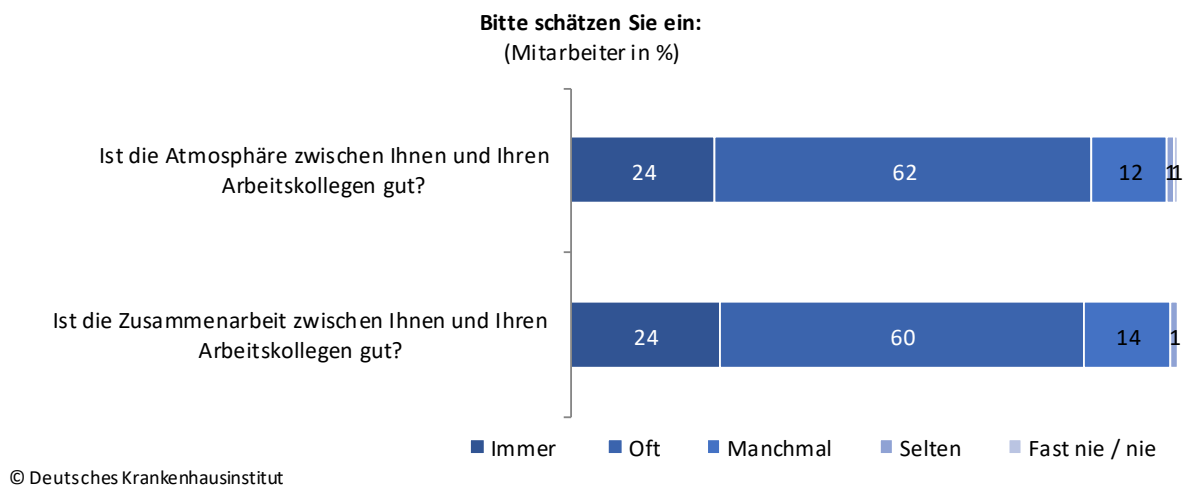


Abb. 19: Gemeinschaftsgefühl

2.3.3 Beschwerden

Beschwerden lassen ebenfalls konkrete Schlüsse über die Arbeitssituation zu. Die Beschwerden wurden in Anlehnung an Mohr operationalisiert. Ergänzt wurde aufgrund der Fokussierung auf die Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase folgendes Item: „Ich leide häufig darunter, wenn Patienten versterben“. Die sechs Items sind eindimensional

und weisen mit .82 (T1) bzw. .72 (T2) einen guten bzw. akzeptablen Wert für Cronbach's Alpha auf. Der Gesamt-Mittelwert der Beschwerden beträgt 2,5 (T1) bzw. 2,4 (T2), der Median liegt in beiden Jahren je bei 2,3. Dies bedeutet, dass die Mitarbeiter zu beiden Erhebungszeitpunkten eher nicht oder hin und wieder unter Beschwerden leiden. Betrachtet man die einzelnen Beschwerden, so zeigt sich folgendes Bild.

Die Mitarbeiter leiden bei beiden Erhebungen am häufigsten unter Kopfschmerzen, Verspannungen oder Rückenschmerzen. Auf rund 40 % der Befragten trifft dies jeweils eher oder voll und ganz zu. Bei je gut einem Drittel treten diese Beschwerden selten oder nie auf.

Bei gut einem Drittel der Mitarbeiter treten bei beiden Befragungen häufig Schlafstörungen, Müdigkeit oder Zerschlagenheit auf. Etwa je ein Drittel ist von diesen Beschwerden nicht betroffen.

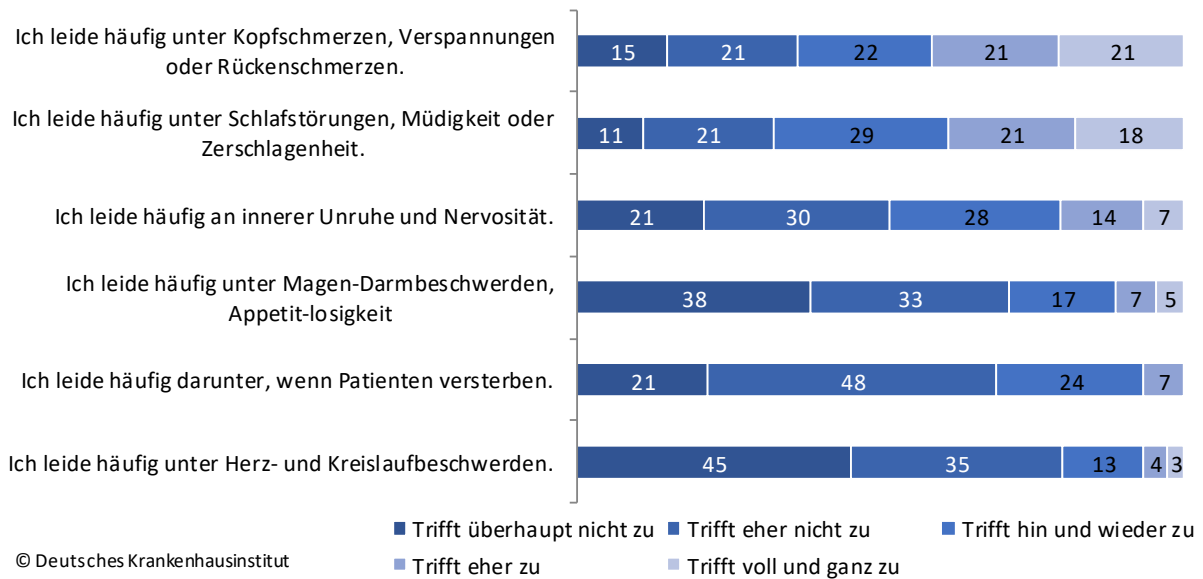
Etwa ein Fünftel der Befragten leidet bei T1, 15 % bei T2 häufig unter innerer Unruhe oder Nervosität. Gleichwohl trifft dies je auf gut die Hälfte eher nicht oder gar nicht zu.

Unter Magen-Darmbeschwerden oder Appetitlosigkeit leiden rund 70 % der Mitarbeiter eher nicht oder gar nicht. Für gut ein Zehntel (T1) bzw. 15 % (T2) sind dies aber relevante Beschwerden.

7 % der Befragten leiden bei T1 eher darunter, wenn Patienten versterben. Bei T2 trifft dies auf 1 % zu. Der Großteil der Mitarbeiter gibt an, dass eher oder überhaupt nicht darunter zu leiden, wenn Patienten versterben (T1: 69 %, T2: 74 %)).

Herz-Kreislauberbeschwerden treten ebenfalls selten auf. So gibt bei T1 knapp die Hälfte an, dass die überhaupt nicht und gut ein Drittel, dass dies eher nicht auf sie zutrifft. Bei T2 ist der Anteil derjenigen, die keine diesbezüglichen Beschwerden hat noch größer (87 %) (Abb. 20).

Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die einzelnen Aussagen für Sie sind.
(Mitarbeiter in %)



Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die einzelnen Aussagen für Sie sind.
(Mitarbeiter T2 in %)

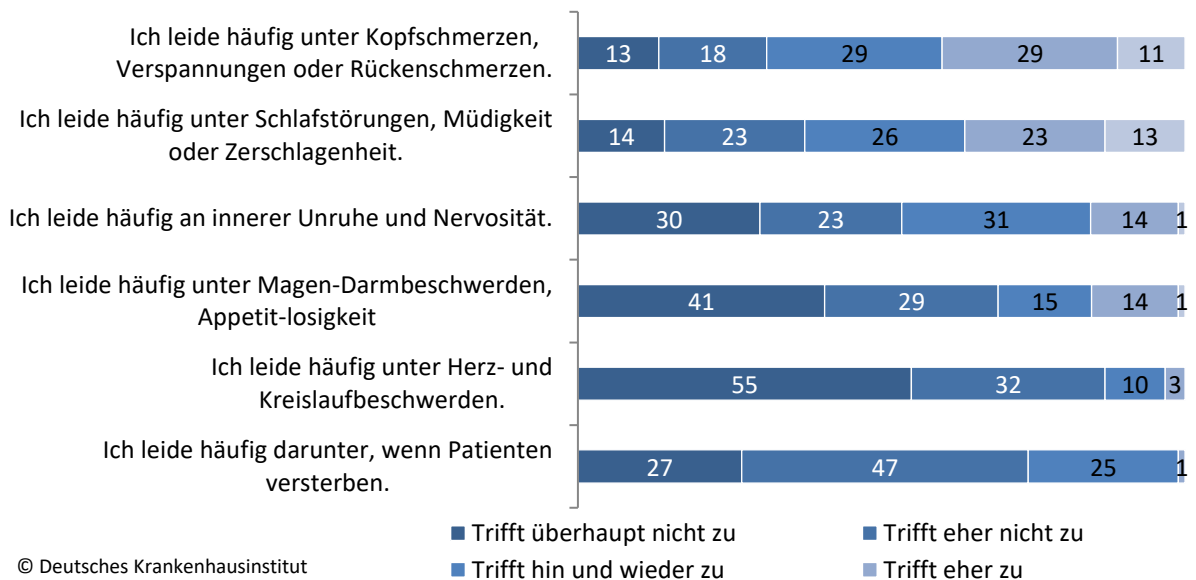


Abb. 20: Beschwerden

2.3.4 Zufriedenheit

Die Zufriedenheit wurde mit acht Items in Anlehnung an den COPSOQ operationalisiert. Es wurden Items mit Fokus auf die Versorgung sterbender Patienten ergänzt, die für die Fragestellung relevant waren. Mittels der Faktorenanalyse lassen sich zwei Faktoren

identifizieren: die Zufriedenheit mit körperlich-psychischen Anforderungen (Cronbachs Alpha: .82 (T1) bzw. .81 (T2)) und die allgemeine Zufriedenheit (.81(T1) bzw. .71 (T2)).

Die Mitarbeiter schätzen ihre allgemeine Zufriedenheit im Mittel mit 2,7 (T1) bzw. 2,4 (T2) (Median: 2,7 bzw. 2,5) ein, was ungefähr einem „teils, teils“ mit Tendenz zu „zufrieden“ entspricht. In der zweiten Erhebungsphase waren die Mitarbeiter etwas zufriedener als bei T1.

Betrachtet man die Einzelitems zeigt sich ein sehr differenziertes Bild: Am zufriedensten sind die Mitarbeiter mit den Kollegen. Die Leute, mit denen jeweils zusammengearbeitet wird, bewertet mehr als die Hälfte (T1) bzw. 42 % (T2) mit „zufriedenstellend“, knapp ein Fünftel bzw. ein Drittel ist mit den Kollegen „sehr zufrieden“. Dies ist auch der Bereich, in dem mit Abstand der höchste Wert bei „sehr zufrieden“ erreicht wird.

Mit der Art und Weise, wie die eigenen Fähigkeiten genutzt werden sowie der Gesamt-Arbeitssituation ist bei T1 jeweils knapp die Hälfte der Befragten (sehr) zufrieden. Bei T2 ist der Anteil der Zufriedenen 57 bzw. 68 % noch etwas höher. Bei T1 ist fast ein Fünftel hiermit jedoch (sehr) unzufrieden, während dieser Anteil bei T2 sehr gering ist.

42 % (T1) bzw. 54 % (T2) der Mitarbeiter sind mit den eigenen Berufsperspektiven (sehr) zufrieden. Gleichwohl sind 28 % (T1) bzw. 14 % (T2) auch (sehr) unzufrieden.

Rund je 40 % der Befragten sind mit der Art und Weise, wie die Abteilung geführt wird, (sehr) zufrieden. Bei T1 sind 15 % der Mitarbeiter hiermit jedoch sehr unzufrieden, weitere 13 % stufen dies als „unzufriedenstellend“ ein. Bei T2 sind 28 % der Mitarbeiter nicht zufrieden damit, wobei der Anteil der sehr Unzufriedenen jedoch geringer ist. Die Abteilungsführung ist somit der Bereich, womit die Befragten zu beiden Erhebungszeitpunkten am häufigsten „sehr unzufrieden“ sind.

Mit der Versorgung schwerkranker Menschen in der eigenen Abteilung ist gut ein Drittel der Mitarbeiter in T1 (sehr) zufrieden. Bei T2 sind es knapp die Hälfte der Befragten. Knapp 30 % bewerten dies bei T1 jedoch als (sehr) unzufriedenstellend. Demgegenüber stehen 15 % der Mitarbeiter, die mit der Versorgung schwerkranker sterbender Menschen in ihrer Abteilung nicht zufrieden sind (Abb. 21).

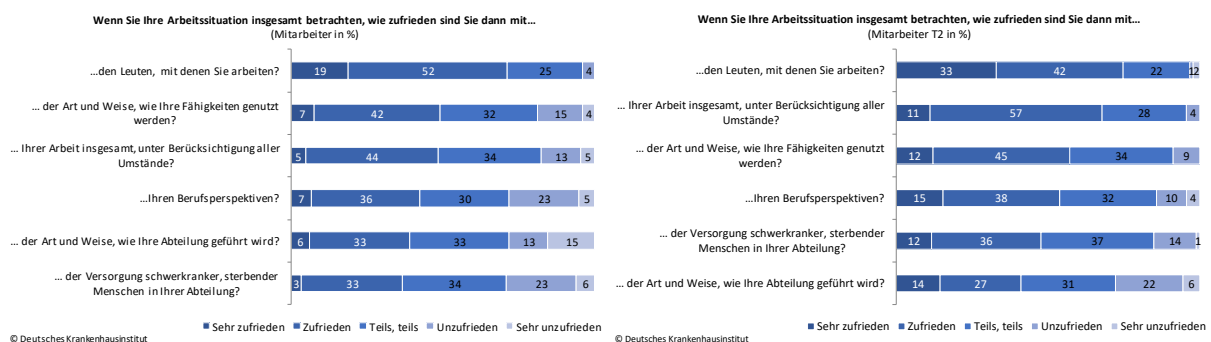


Abb. 21: Allgemeine Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit körperlichen und psychischen Anforderungen stufen die Mitarbeiter im Mittel mit 2,9 (T1) bzw. 2,5 (T2) (Median: 3 bzw. 2,5) ein, was wiederum einem „teils, teils“ mit Tendenz zur Zufriedenheit entspricht. Bei T1 sind je 42 % (sehr) zufrieden mit den körperlichen und psychischen Anforderungen. Je ca. ein Viertel ist bei T1 mit den körperlichen und psychischen Anforderungen (sehr) unzufrieden. Bei T2 sind 44 % bzw. 57 % der Mitarbeiter mit den psychischen bzw. körperlichen Anforderungen zufrieden, während zwischen 16 und 12 % nicht zufrieden sind. In T2 ist somit auch die Zufriedenheit mit den körperlichen und psychischen Anforderungen etwas positiver ausgeprägt als bei T1 (Abb. 22)

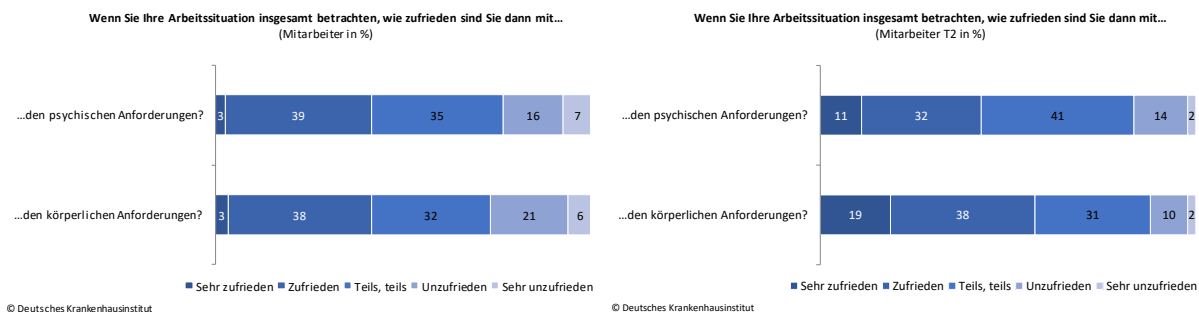


Abb. 22: Zufriedenheit mit körperlich-psychischen Anforderungen

Eng mit der Zufriedenheit sind in der Regel Gedanken an den Berufs- und Stellenwechsel geknüpft. Beides wurde im Rahmen der Mitarbeiterbefragung in T1 erfragt, wobei die Items des COPSOQ genutzt wurden.

Etwa ein Fünftel der Mitarbeiter hat in den letzten zwölf Monaten einige Male in der Woche (13 %) bzw. täglich (7 %) darüber nachgedacht, die Arbeitsstelle zu wechseln. Auf gut die Hälfte traf dies einige Male im Monat (19 %) bzw. im Jahr (34 %) zu. Gut ein Viertel hat im vergangenen Jahr keinen Wechsel der Arbeitsstelle in Erwägung gezogen.

43 % der Befragten haben in den letzten zwölf Monaten nicht daran gedacht, ihren Beruf aufzugeben. Gleichwohl traf dies auf 45 % der Mitarbeiter einige Male im Jahr bzw. Monat zu. Mehrmals in der Woche haben 6 % und 7 % der Befragten im Laufe des letzten Jahres täglich über einen Berufswechsel nachgedacht (Abb. 23).

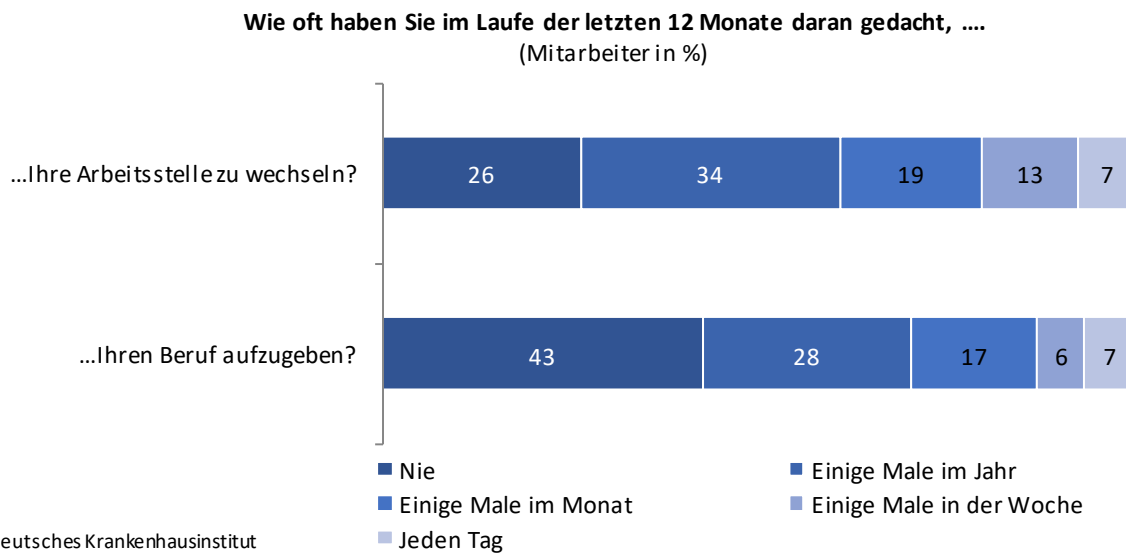


Abb. 23: Gedanke an Berufs- und Stellenwechsel

2.4 Einschätzung und Bewertung des Palliativdienstes

2.4.1 Inanspruchnahme des Palliativdienstes

Die Mitarbeiter wurden bei T2 danach gefragt, ob sie selbst oder Kollegen in den letzten sechs Monaten ein palliativmedizinisches Konsil angefordert haben. 43 % der Befragten haben selbst den Palliativdienst angefordert. Etwas häufiger, mehr als die Hälfte, gibt an, dass Kollegen das Palliativteam in Anspruch genommen haben (Abb. 24).

Im Mittel haben die Mitarbeiter, die den Palliativdienst angefordert haben, sechs Mal ein Konsil ausgelöst (Median: 3). Für die Kollegen schätzen die Befragten eine höhere Inanspruchnahme von im Durchschnitt zehn Anforderungen ein (Median: 8).

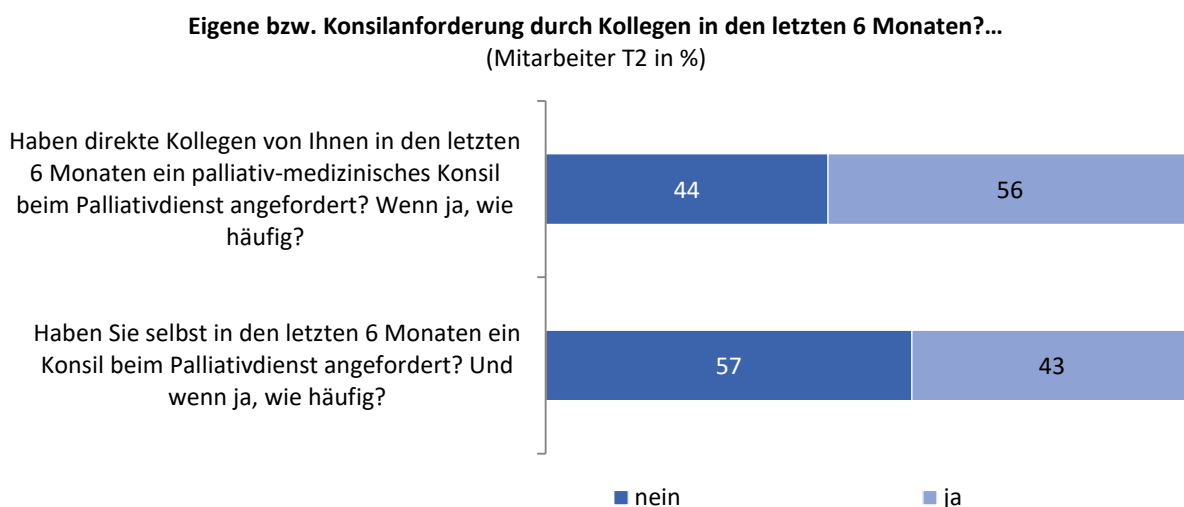
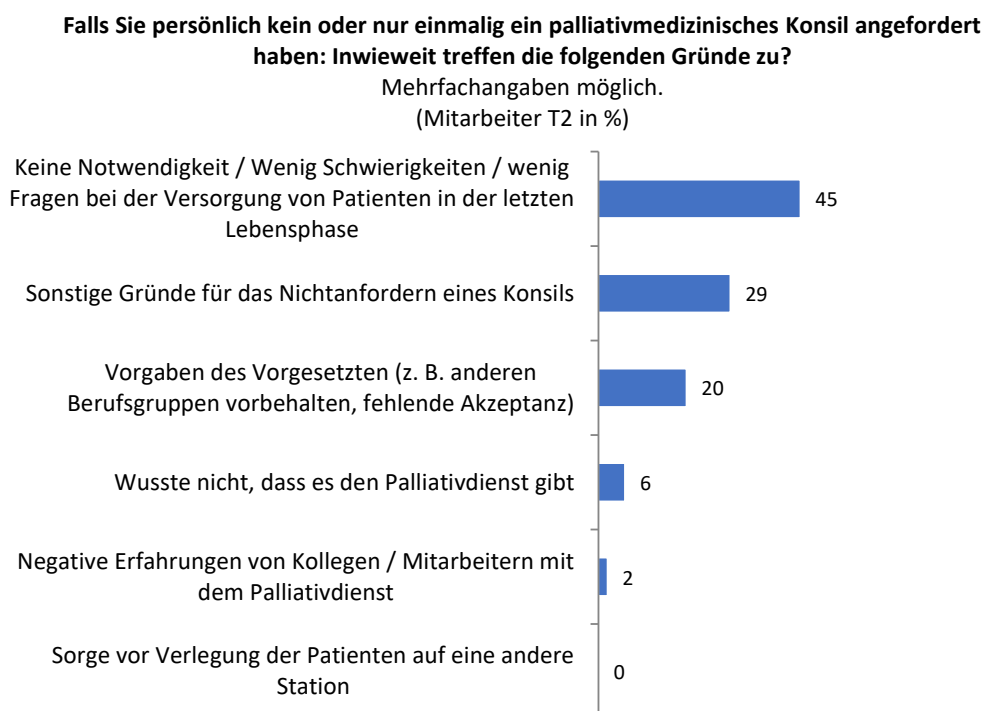


Abb. 24: Konsilanforderungen in den letzten sechs Monaten

Die Mitarbeiter, die in den letzten sechs Monaten kein oder nur ein palliativmedizinisches Konsil angefordert haben, wurden nach den Gründen gefragt. Nur 6 % der Befragten gaben hier eine fehlende Kenntnis des Palliativdienstes an. Hauptgrund war vielmehr die fehlende Notwendigkeit für die Inanspruchnahme des Konsils. Knapp die Hälfte hatte wenige Schwierigkeiten oder Fragen bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase.

Etwas weniger ein Drittel der Befragten hat das Antwortfeld „sonstige Gründe“ gewählt. Im Freitextfeld wurde dies vor allem damit begründet, dass die palliativmedizinischen Anforderungen nicht selbst, sondern von anderen ausgelöst wurden oder dass es auf der Station nicht gewünscht sei.

Ein Fünftel benennt die Vorgaben der Vorgesetzten als Grund den Palliativdienst nicht kontaktiert zu haben.

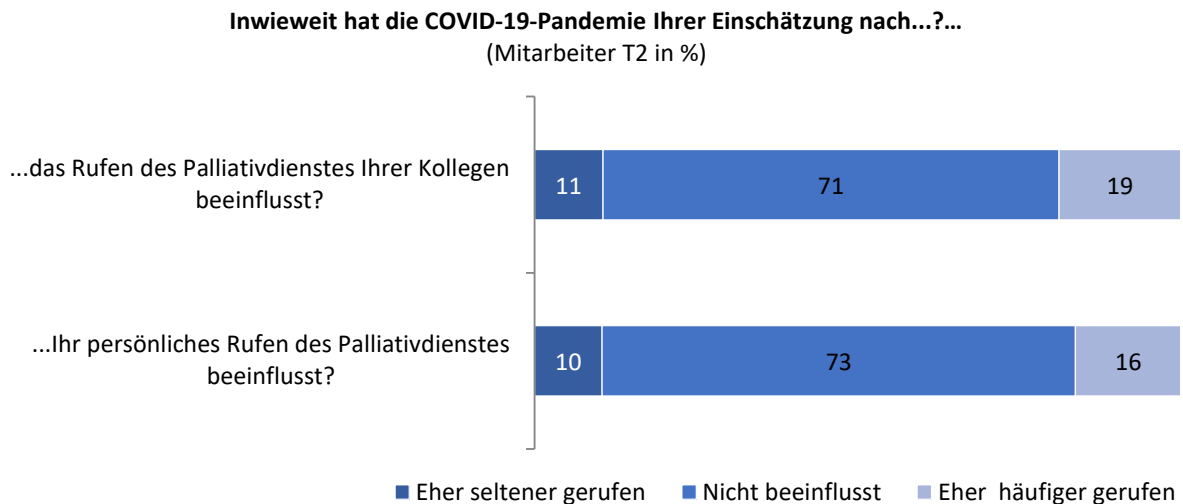


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme des Palliativdienstes

Die Einführung des Palliativdienstes fiel genau in die Zeit der COVID-19-Pandemie, die nicht nur im Krankenhaus große Veränderungen mit sich gebracht hat. Aus diesem Grund wurden die Mitarbeiter bei T2 dazu befragt, ob die Pandemie einen Einfluss auf die palliativmedizinischen Anforderungen hatte. Die Mitarbeiter geben mehrheitlich an, dass die COVID-19-Pandemie weder sie selbst (73 %) noch die Kollegen (71 %) bei der Anforderung

des Palliativdienstes beeinflusst hätte. Etwas mehr Mitarbeiter gehen davon aus, dass durch diese Situation das Palliativteam eher häufiger (16-19 %) als eher seltener von ihnen bzw. den Kollegen gerufen wurde (10-11 %) (Abb. 26).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Auswirkungen der Corona-Pandemie

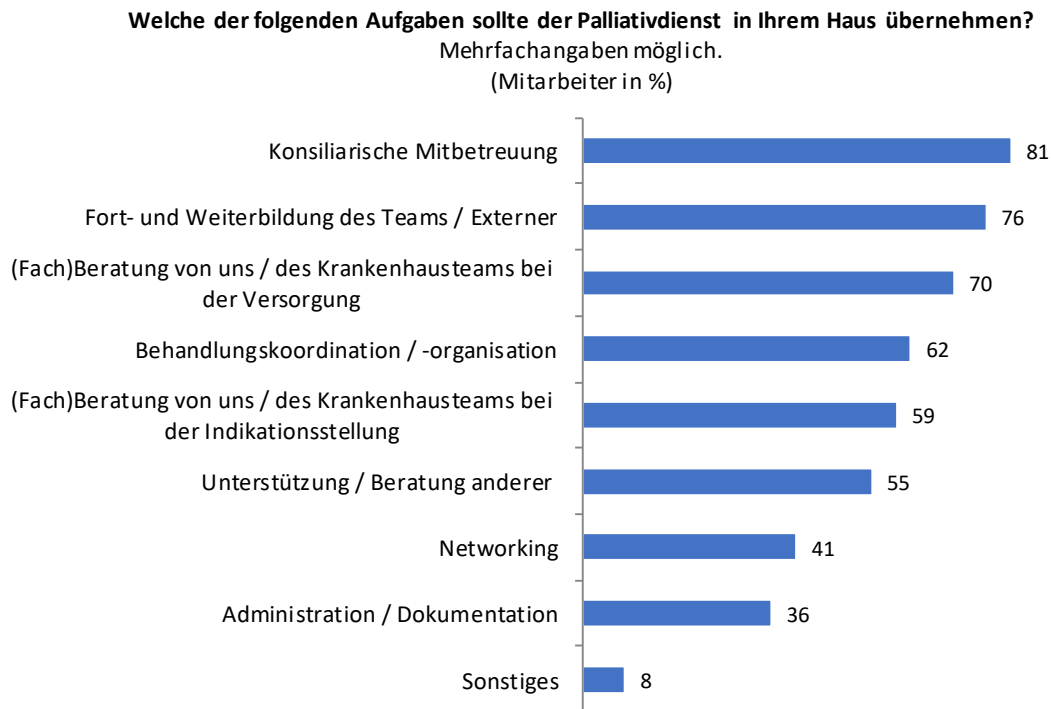
2.4.2 Aufgaben des Palliativdienstes

Um die Arbeit des Palliativdienstes bzw. des Palliativteams ggf. noch besser an den Anforderungen der Mitarbeiter ausrichten zu können, wurde bei der Erstbefragung zunächst gefragt, welche Aufgaben der Palliativdienst übernehmen sollte. Im Schnitt kreuzten die Mitarbeiter 4,9 (Median: 5) der neun vorgegebenen Antworten an.

Aus Sicht der Befragten sollte der Palliativdienst vor allem die konsiliarische Mitbetreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten übernehmen (81 %). Etwa drei Viertel sehen vor allem eine Fort- und Weiterbildung des Teams bzw. von Externen als Aufgabe des Palliativdienstes an. Eine (Fach)Beratung des Krankenhausteams bei der Versorgung der Patienten, z. B. der Schmerzkontrolle, wünschen sich 70 % der Mitarbeiter. Einer Übernahme der Behandlungskoordination und -organisation sowie der (Fach)Beratung des Krankenhausteams bei der Indikationsstellung stimmten zwischen 62 und 59 % der Befragten zu. Etwas mehr als die Hälfte der Mitarbeiter sieht die Unterstützung und Beratung anderer, z. B. anderer Krankenhäuser oder niedergelassener Ärzte, als Aufgabe des Palliativdienstes an. Networking oder Administration und Dokumentation sollte nach Meinung von 41 bzw. 36 % der Befragten eine Aufgabe des Palliativdienstes sein.

8 % haben über die vorgegebenen Antworten hinaus weitere Aufgaben benannt (Abb. 27). Dazu zählen die Aufklärung, Betreuung und Kommunikation mit Angehörigen, eine feste

(Palliativ)Visite unabhängig von der Anforderung des Palliativdienstes und die Einbeziehung des Palliativdienstes in das Verlegungsgeschehen, z. B. nach Hause oder ins Hospiz. Des Weiteren gaben die Mitarbeiter eine direkte Zusammenarbeit mit den Stationen vor Ort, die Kommunikation mit den Ärzten sowie eine psychologische Betreuung im Bedarfsfall an.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Wünschenswerte Aufgaben des Palliativdienstes

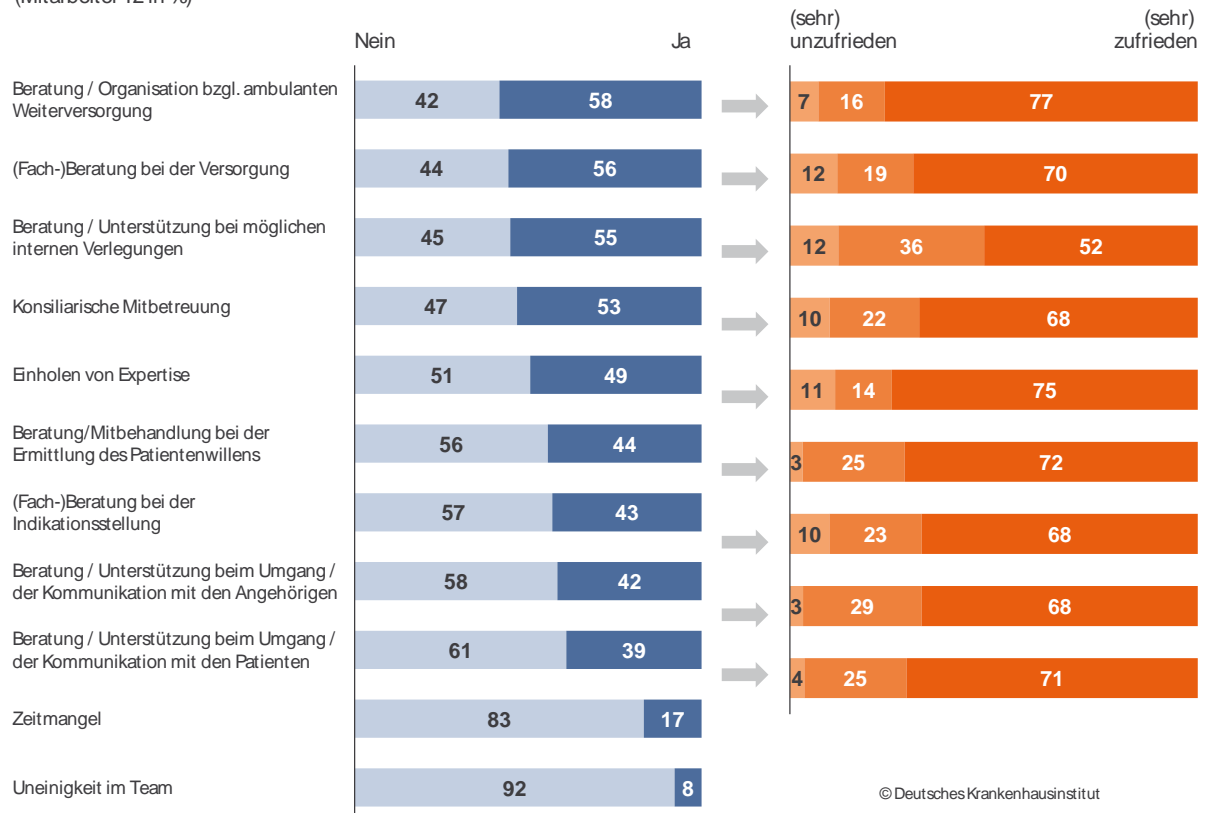
Bei der zweiten Mitarbeiterbefragung wurde differenzierter als in der Erstbefragung erhoben, aus welchen Gründen ein palliativmedizinisches Konsil angefordert wurde und wie zufrieden die Befragten mit der Umsetzung waren. Der Palliativdienst wurde jeweils von über der Hälfte der Mitarbeiter zur Organisation und Beratung bei der ambulanten Weiterversorgung (z.B. SAPV), zur (Fach-)Beratung bei der Versorgung (z.B. Schmerzkontrolle), zur Beratung und Unterstützung bei möglichen internen Verlegungen sowie der konsiliarischen Mitbetreuung gerufen. Der überwiegende Teil der Mitarbeiter war jeweils (sehr) zufrieden mit der Umsetzung (68-77 %). Etwas weniger zufrieden waren die Befragten mit der Beratung oder Unterstützung bei internen Verlegungsentscheidungen, mit der nur gut die Hälfte (sehr) zufrieden und gut ein Drittel „teils, teils“ zufrieden war.

Das Einholen von Expertise, die Beratung oder Mitbehandlung bei der Ermittlung des Patientenwillens, die (Fach-)Beratung bei der Indikationsstellung, die Beratung oder Unterstützung beim Umgang bzw. der Kommunikation mit Patienten sowie Angehörigen wurden von den Mitarbeitern auch noch häufig (39-49 %) als Anlässe des

palliativmedizinischen Konsils benannt. Auch hier war der überwiegende Teil der Befragten (sehr) zufrieden mit der Unterstützung des Palliativteams (68-75 %).

Lediglich Zeitmangel und Uneinigkeit im Team zählen kaum zu den Gründen, ein palliativmedizinisches Konsil anzufordern (Abb. 28).

Haben Sie aus folgenden Gründen ein palliativmedizinisches Konsil beim Palliativdienst angefordert?
 Falls ja, wie zufrieden waren Sie dann insgesamt mit der Umsetzung?
 (Mitarbeiter T2 in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Gründe palliativmedizinischer Konsile und Zufriedenheit

Neben den Gründen für die Anforderung des Palliativdienstes wurde noch nach der Qualität der Leistungserbringung gefragt. Insgesamt attestieren die Befragten dem Palliativdienst eine hohe Leistungsqualität.

Neben der Schnelligkeit der Kontaktaufnahme mit den Mitarbeitern wurde vor allem die fachliche Unterstützung durch den Palliativdienst als (sehr) gut eingestuft (90-91 %).

Aber auch die Problemlösung bzw. die Erfüllung der (Hilfs-)Erwartungen und die Schnelligkeit der Kontaktaufnahme des Palliativteams mit den Angehörigen oder Patienten bewerten die Befragten sehr häufig mit (sehr) gut (87-88 %).

Darüber hinaus werden auch die eigene Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter sowie die Art der palliativmedizinischen Konsilanforderung über MEONA (sehr) gut bewertet (75-77 %) (Abb. 29).

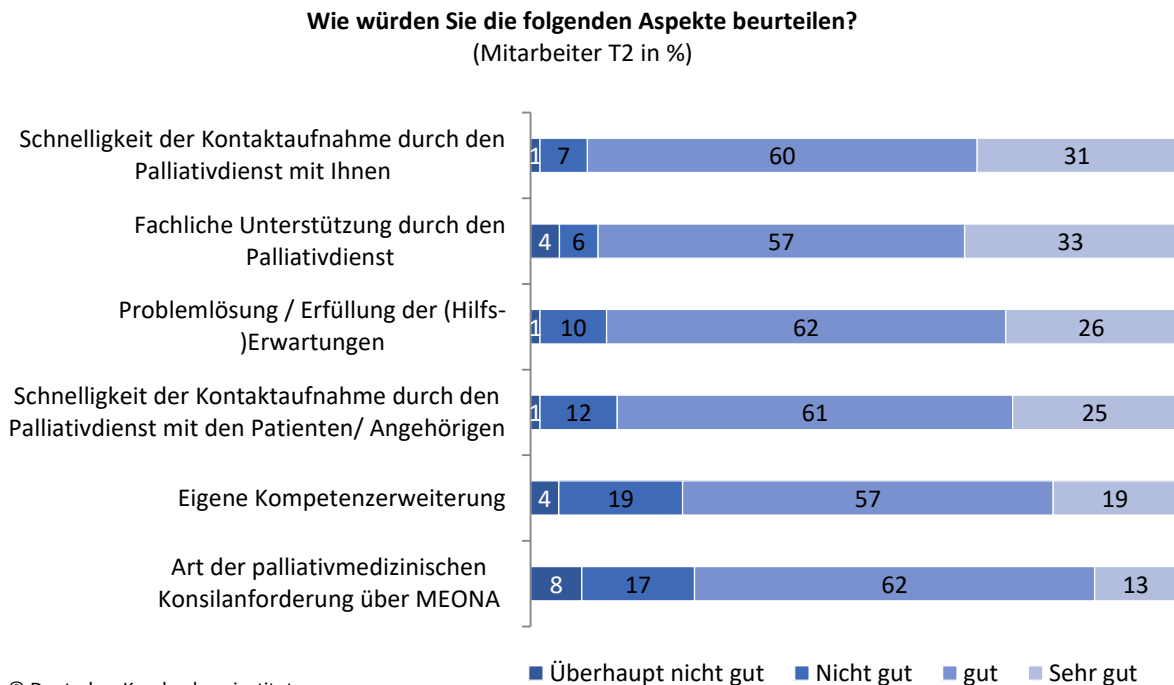


Abb. 29: Beurteilung von organisatorisch-strukturellen Aspekten

2.4.3 Veränderungen durch den Palliativdienst

Ohne bisherige konkrete Erfahrung mit dem Palliativdienst wurden die Mitarbeiter in der Erstbefragung danach gefragt, welche Veränderungen sie durch den Einsatz des Palliativdienstes erwarten. Die Befragten erwarteten mehrheitlich deutliche Verbesserungen durch das Palliativteam. Verschlechterungen wurden bei den verschiedenen Aspekten nur von wenigen Befragten befürchtet.

Die größten Verbesserungen erwarteten die Mitarbeiter bei dem palliativmedizinischen Verständnis im Krankenhaus sowie dem Umgang mit sterbenden Patienten allgemein. 77 % bzw. 71 % gingen davon aus, dass dies durch den Einsatz des Palliativdienstes besser würde, etwa 15 % sahen eine deutliche Verbesserung.

Gut drei Viertel der Mitarbeiter erwarteten (deutliche) Verbesserungen bei der Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich, dem Umgang mit psychosozialen Fragen sowie dem Entlassmanagement. In gleicher Weise wurden positive Veränderungen bei der Schmerzkontrolle und -medikation, den Therapieentscheidungen und der Ermittlung des Patientenwillens antizipiert, die mehr als ein Fünftel als deutliche Verbesserungen

einschätzten. Das interne Verlegungsmanagement würde sich nach Meinung von 72 % der Mitarbeiter durch den Palliativdienst positiv verändern.

Mehr als die Hälfte erwartete einen positiven Einfluss des Palliativdienstes auf das Zeitkontingent für die sterbenden Patienten und die Angehörigen sowie den Austausch mit den Kollegen und dem Team. Gleichwohl waren zwischen 38 und 44 % der Befragten der Ansicht, dass sich hier nichts verändern wird (Abb. 30).

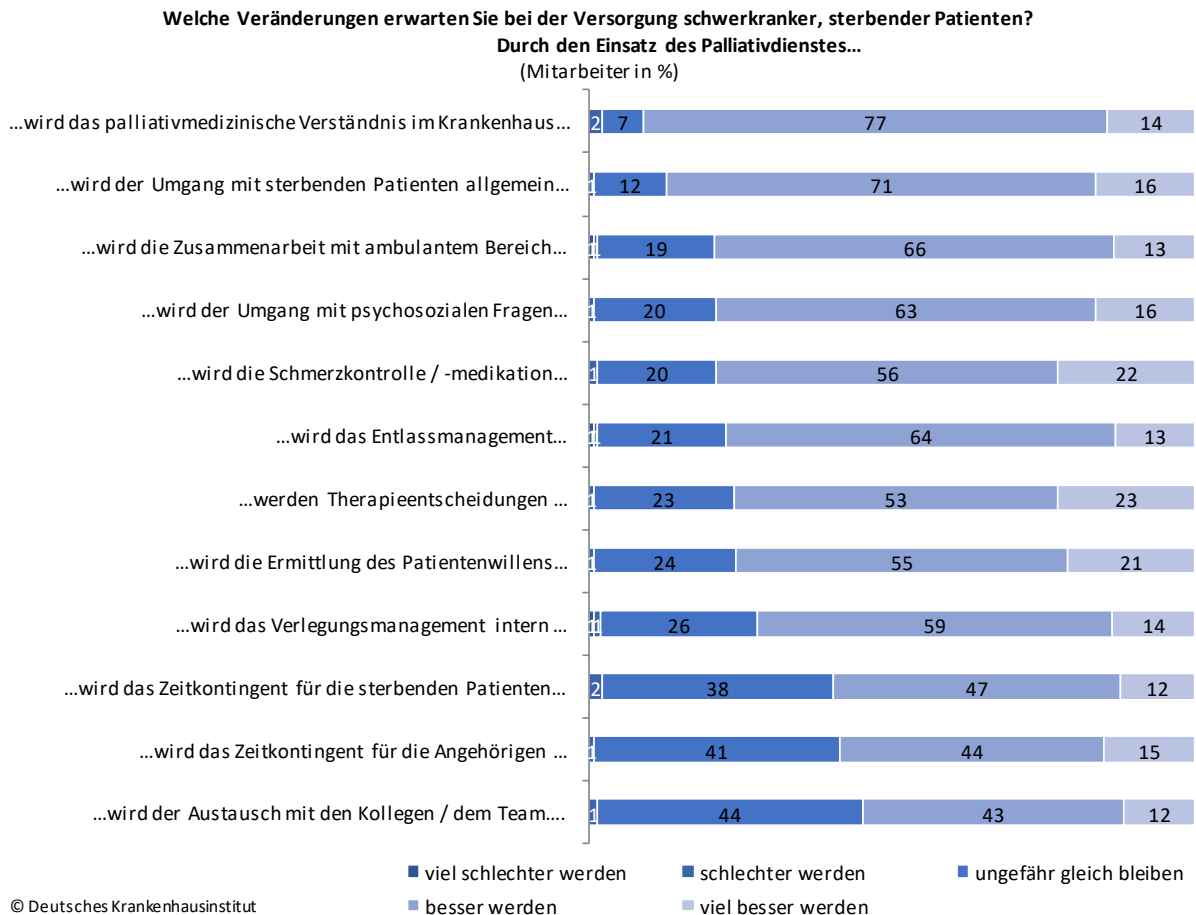


Abb. 30: Erwartete allgemeine Veränderungen durch den Einsatz des Palliativdienstes

Bei der zweiten Befragung wurde für die meisten Aspekte die erlebte Veränderung nach Einführung des Palliativteams erfragt, wobei sich in dieser Zeit nahezu keine Verschlechterungen ergeben haben.

Verbesserungen durch den Einsatz des Palliativdienstes bei der Versorgung von sterbenden Patienten werden vor allem beim Umgang mit sterbenden Patienten auf der eigenen Station/ Fachabteilung, bei der Schmerzkontrolle bzw. -medikation, den Therapieentscheidungen sowie dem internen Verlegungsmanagement erlebt (51-59 % Verbesserungen).

Ebenso sind beim Entlassmanagement, dem Umgang mit psychosozialen Fragen, der Zusammenarbeit mit ambulanten Bereichen, der Ermittlung des Patientenwillens sowie dem palliativmedizinischen Verständnis auf der Station / Abteilung Verbesserungen wahrgenommen worden (46-48 % Verbesserungen), auch wenn mehrheitlich keine Veränderungen konstatiert wurden.

Die Bereiche, die sich aus Sicht der Mitarbeiter nach Einführung des Palliativdienstes am wenigsten verändert haben, sind die Zeitkontingente für Patienten und Angehörige sowie der Austausch mit den Kollegen bzw. dem Team (31-43 %) (Abb. 31).

Somit hat sich ein Großteil der Erwartungen der Mitarbeiter mit Bezug auf den Einsatz des Palliativdienstes erfüllt.

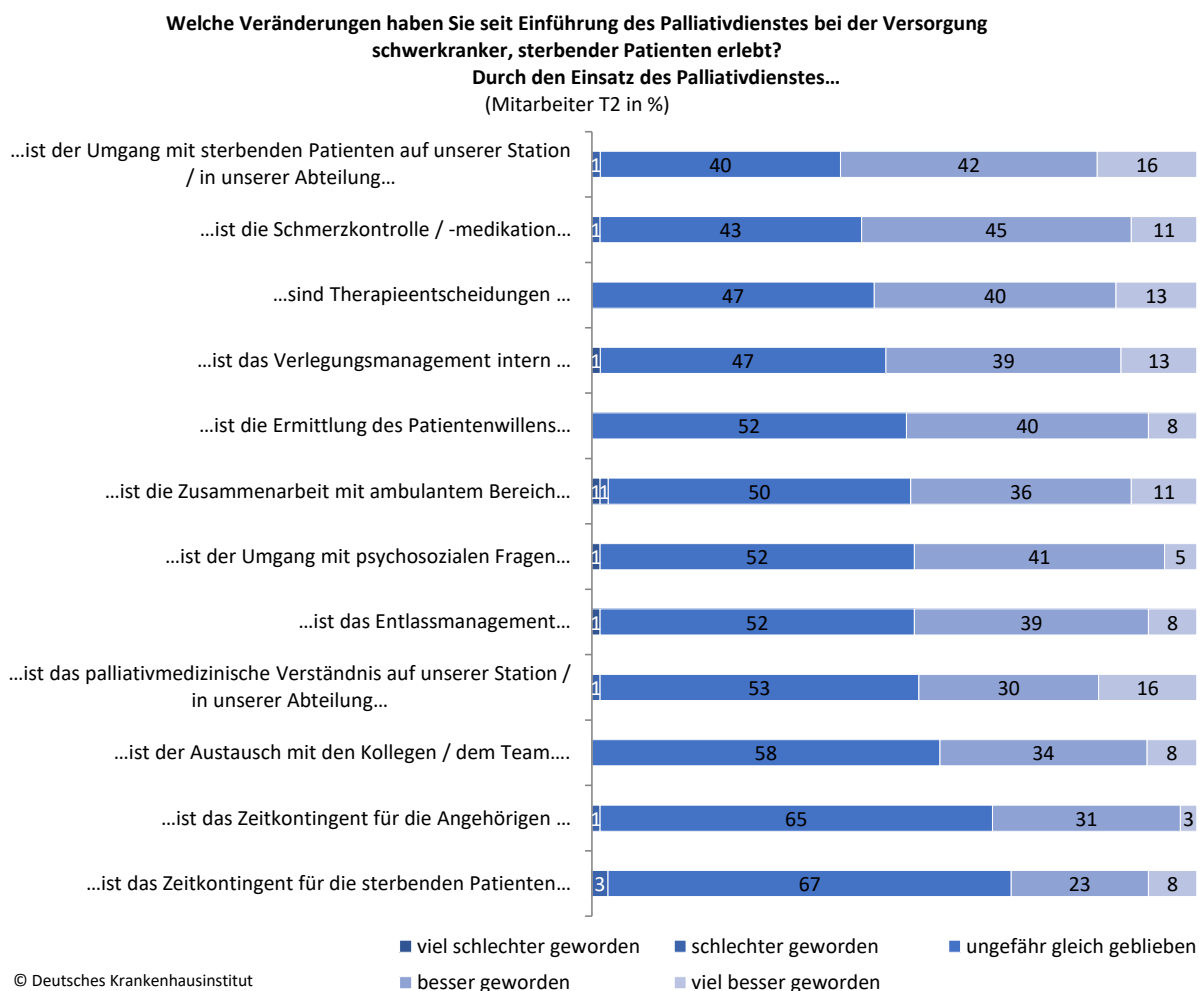


Abb. 31: Allgemein erlebte Veränderungen durch den Palliativdienst

Abschließend wurden die Mitarbeiter in T1 nach persönlichen Auswirkungen durch den Einsatz des Palliativdienstes gefragt. Auch hier erwarteten die Befragten (sehr) positive Veränderungen. Dies betraf insbesondere das Wissen, wen man anrufen kann, sowie klarere

Strukturen und Prozesse. Über die Hälfte der Mitarbeiter stimmte hier eher zu, zwischen 37 und 30 % waren voll und ganz dieser Meinung.

67 % der Befragten nahmen an, dass sie durch den Palliativdienst bei der Versorgung sterbender Patienten (teilweise) (emotional) entlastet werden. Knapp zwei Drittel nahm an, sich mit Einsatz den Palliativdienstes (eher) weniger überfordert zu fühlen.

Die Mitarbeiter gingen mehrheitlich nicht davon aus, dass sich der eigene Dokumentationsaufwand durch das Palliativteam erhöhen würde (65 %). Gut ein Drittel sah dies jedoch kritischer und stimmte zumindest (eher) zu, dass sie mehr dokumentieren müssten (Abb. 32).

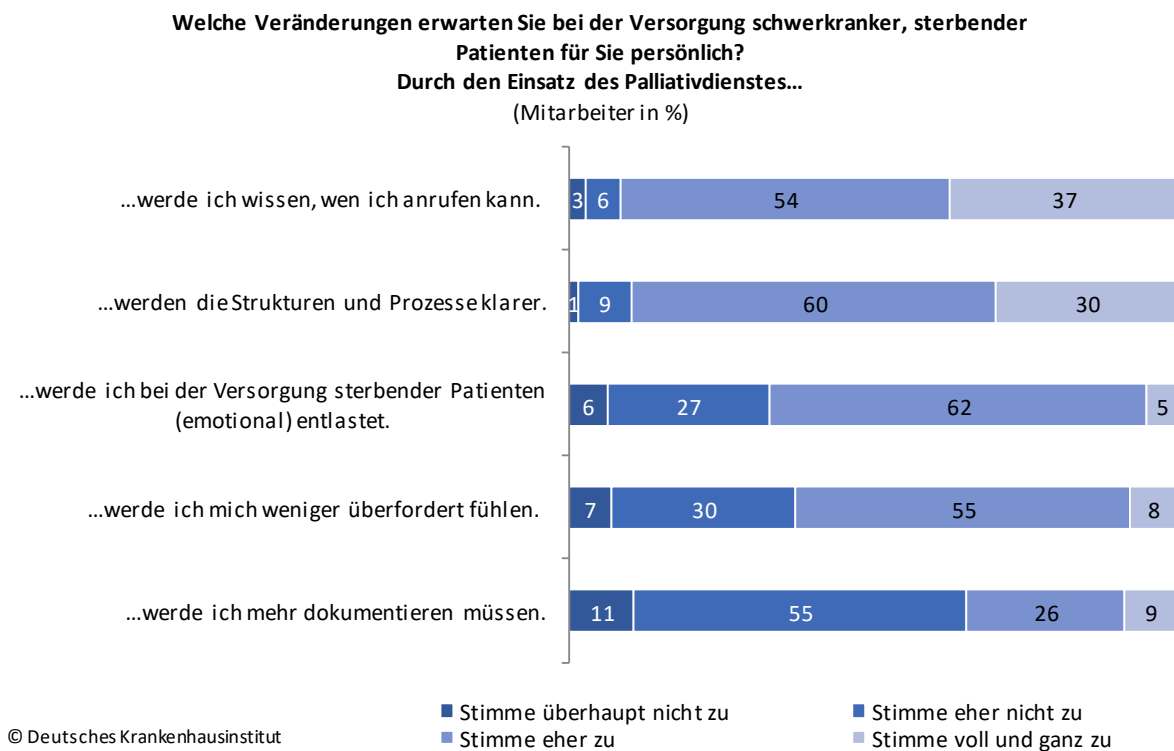


Abb. 32: Erwartete persönliche Veränderungen durch Einsatz des Palliativdienstes

Die Erwartungen der Mitarbeiter, die sie an die persönlichen Veränderungen durch den Einsatz des Palliativdienstes hatten, haben sich bei T2 größtenteils erfüllt. Die Mitarbeiter wissen nun vor allem, wen sie anrufen können, wenn sie sterbende Patienten versorgen. Zudem nehmen sie klarere Strukturen und Prozesse wahr (75-83 % Zustimmung).

Das palliativmedizinische Verständnis der Mitarbeiter hat nach deren Ansicht mit Einführung des Palliativdienstes zugenommen. Ebenso fühlen sich die Befragten weniger überfordert und bei der Versorgung sterbender Patienten (emotional) entlastet (53-60 % Zustimmung).

Die Einführung des Palliativteams ist ohne einen nennenswerten Mehraufwand an Dokumentation für die Mitarbeiter realisiert worden (Abb. 33).

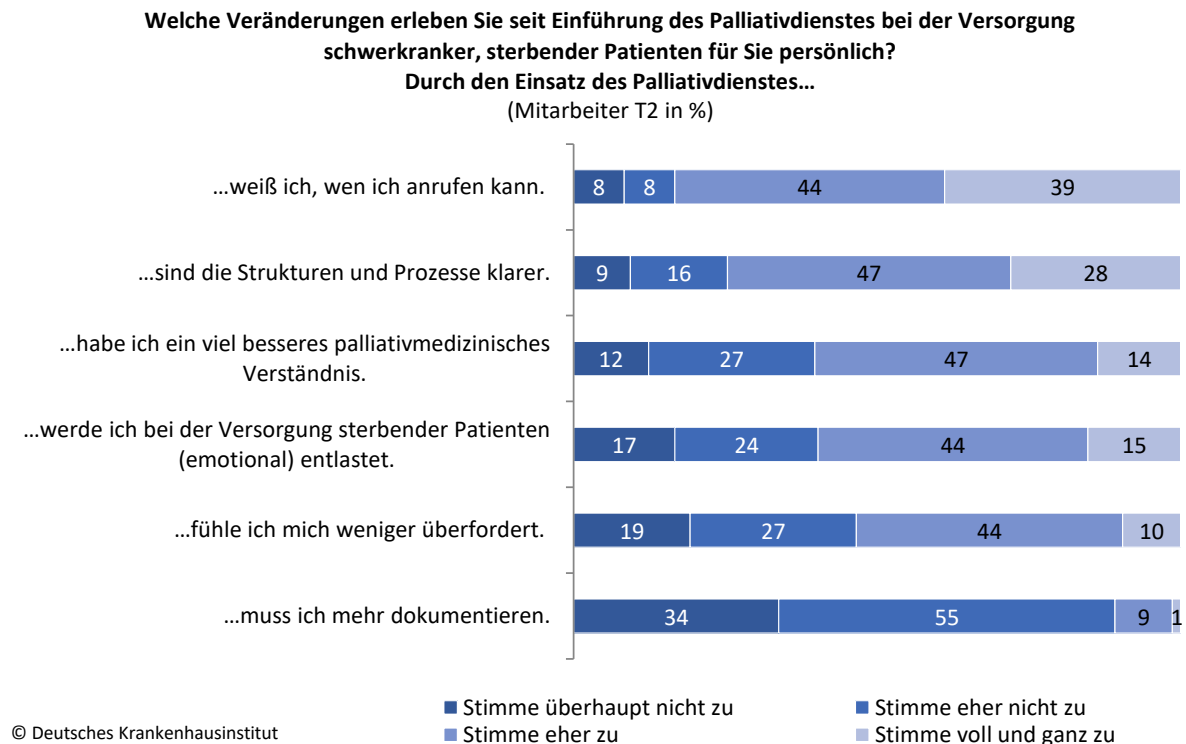


Abb. 33: Erlebte persönliche Veränderungen durch Einsatz des Palliativdienstes

2.4.4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Verlegungsgeschehen

Die Mitarbeiter wurden über die erlebten persönlichen und allgemeinen Veränderungen hinaus noch nach den Auswirkungen des Palliativdienstes für Patienten und Angehörige gefragt.

Ein Großteil der Befragten nimmt vor allem eine verbesserte Versorgungsqualität sowie eine optimierte ambulante Weiterversorgung der Patienten in der letzten Lebensphase wahr (82-85 % Zustimmung). Darüber hinaus empfinden die Mitarbeiter, dass die Patienten in der letzten Lebensphase und deren Angehörige besser über ihre Situation informiert und etwaige Verlegungsentscheidungen in der letzten Lebensphase in größerem Einvernehmen aller Beteiligten getroffen werden (76-79 %).

Drei Viertel der Mitarbeiter stimmen zudem (voll und ganz) zu, dass Verlegungsentscheidungen getroffen werden, die sich für den Mitarbeiter stimmiger angefühlt haben. Auch ist aus Sicht der Befragten durch den Palliativdienst jemand mit mehr Zeit für die Patienten in der letzten Lebensphase sowie deren Angehörige da (71 % Zustimmung). Die Mitarbeiter gehen zudem davon aus, dass sich die Zufriedenheit der Angehörigen von

Patienten in der letzten Lebensphase durch den Einsatz des Palliativteams deutlich verbessert hat (71 % Zustimmung).

Aus Sicht von über der Hälfte der Mitarbeiter hat der Palliativdienst zudem dazu beigetragen, dass mehr Patienten in der letzten Lebensphase auf eigenen Wunsch zum Sterben entlassen werden konnten (59 % Zustimmung). Knapp 50 % der Befragten stimmt zu, dass nach Einführung des Palliativdienstes Patienten der letzten Lebensphase weniger von der eigenen Station auf andere Stationen verlegt wurden.

40 % der Befragten sind der Ansicht, dass mehr Patienten in der letzten Lebensphase bis zuletzt auf ihrer Station versorgt werden, seitdem die Möglichkeit eines palliativmedizinischen Konsils besteht (Abb. 34).



Abb. 34: Auswirkungen aufs Verlegungsgeschehen

2.4.5 Abschließende Beurteilung

Die abschließende Bewertung des Palliativdienstes durch die Mitarbeiter fällt sehr positiv aus. 94 % der Antwortenden würden anderen Krankenhäusern die Einführung eines Palliativdienstes empfehlen, knapp 60 % davon antworten sogar mit „ganz bestimmt“. Auch die Bereitschaft, den direkten Kollegen die Anforderung eines palliativmedizinischen Konsils zu empfehlen, ist groß: 44 % der Mitarbeiter würden dies ganz bestimmt, 39 % wahrscheinlich machen.

Zwei Drittel der Mitarbeiter bejahen, dass sie selbst in den nächsten sechs Monaten wahrscheinlich oder bestimmt ein palliativmedizinisches Konsil anfordern werden. (Abb. 35).

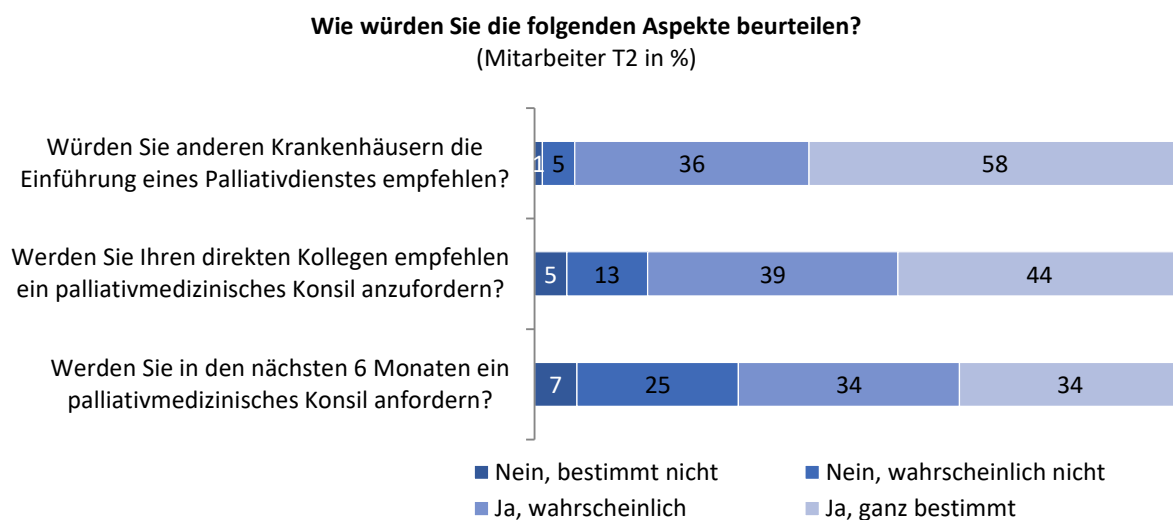


Abb. 35: Weiterempfehlungsbereitschaft

2.5 Zusammenhangsanalysen

Nachfolgend werden die Ergebnisse Zusammenhangsanalysen für die zweite Mitarbeiterbefragung mit Fokus auf die Projektziele dargestellt. Die Analysen zielten darauf ab, Wirk- und Einflussfaktoren der Zielgrößen zu identifizieren.

Die Zusammenhangsanalysen der ersten Mitarbeiterbefragung, die teilweise die Basis für die Beibehaltung oder Streichung von Items darstellte, finden sich im Anhang.

Um den linearen Zusammenhang zwischen zwei Variablen zu bestimmen, wurde Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet.

Zunächst werden die Korrelationen für die Entlastung der betroffenen Mitarbeiter bzw. den dazu beitragenden Faktoren dargestellt. Anschließend die Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit bzw. die Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patienten und

Angehörigen. Aufgrund der Komplexitätsreduktion werden nur die Items ausgewiesen, die einen deutlichen bzw. hohen Zusammenhang mit den Zielvariablen zeigen.

Die (emotionale) Entlastung bei der Versorgung sterbender Patienten sowie die Reduktion der Überforderung durch den Einsatz des Palliativdienstes hängen stark zusammen. Beide korrelieren jeweils am stärksten mit dem besseren palliativmedizinischen Verständnis: Je mehr die Mitarbeiter zustimmen, dass sie durch den Einsatz des Palliativdienstes ein besseres palliativmedizinisches Verständnis haben, desto eher geben sie auch an (emotional) entlastet zu sein und sich weniger überfordert zu fühlen. Je mehr die Mitarbeiter zustimmen, Strukturen und Prozesse sowie Ansprechpartner zu kennen, desto weniger belastet fühlen sie sich. Das Gefühl der Überforderung ist geringer, wenn die Befragten angeben, dass durch den Palliativdienst jemand mit Zeit für die Patienten und Angehörigen da ist, stimmigere Verlegungsentscheidungen getroffen und die ambulante Weiterversorgung besser organisiert ist (Tab. 3).

Tab. 3: Korrelationen mit Entlastungen und Einflussfaktoren

Entastung	Durch den Einsatz des Palliativdienstes	
	...werde ich bei der Versorgung sterbender Patienten (emotional) entlastet.	...fühle ich mich weniger überfordert.
...werde ich bei der Versorgung sterbender Patienten (emotional) entlastet.		.64**
...fühle ich mich weniger überfordert.	.64**	
...weiß ich, wen ich anrufen kann.	.58**	.52**
...sind die Strukturen und Prozesse klarer.	.54**	.54**
...habe ich ein viel besseres palliativmedizinisches Verständnis.	.70**	.72**
...ist jemand mit mehr Zeit für die Patienten in der letzten Lebensphase und deren Angehörige da.	.45**	.57**
...wurden Verlegungsentscheidungen getroffen, die sich für mich stimmiger angefühlt haben.	.43**	.56**
...ist die ambulante Weiterversorgung von Patienten in der letzten Lebensphase besser organisiert.	.41**	.56**

Antwortkategorien: stimme überhaupt nicht zu (1), stimme eher nicht zu (2), stimme eher zu (3), stimme voll und ganz zu (4)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit hängt stark mit der Zufriedenheit der Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen in der Abteilung zusammen: Je zufriedener die Mitarbeiter mit der Versorgung palliativer Patienten sind, desto besser schätzen sie auch ihre Arbeitszufriedenheit insgesamt ein. Auch die bessere Kenntnis von Ansprechpartnern sowie die patientenorientiertere Versorgung durch Einbindung des Palliativdienstes wirken sich positiv auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten aus. Je weniger die Befragten wissen, wer ein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung, bei medizinischen bzw. sozialarbeiterischen oder sozialmedizinischen Fragen haben, desto unzufriedener sind sie mit der Betreuung von Palliativpatienten. Eine negative Einschätzung des eigenen Zeitkontingents oder einer patientenorientierten Versorgung führen zu einer größeren Unzufriedenheit (Tab. 4)

Tab. 4: Korrelationen mit Zufriedenheit und Einflussfaktoren

	Zufriedenheit mit Versorgung schwerkranker sterbender Menschen in Abteilung+
Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten++	-.50**
Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung++	-.59**
Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können++	-.59**
Ansprechpartner bei medizinischen Fragen fehlen++	-.51**
Ansprechpartner bei sozialarbeiterischen / sozialmedizinischen Fragen fehlen++	-.54**
... Angehörige nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender im Krankenhaus zu entscheiden.++	.56**
Allgemeine Zufriedenheit (Skala)+	.67**

+ Antwortkategorien: sehr zufrieden (1), zufrieden (2), teils, teils (3), unzufrieden (4) sehr unzufrieden (5)

++ Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4) sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Steigerung der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit durch die Einbindung des Palliativdienstes hängen stark zusammen. Zudem haben die gleichen Einflussfaktoren einen Effekt. Je mehr die Mitarbeiter zustimmen, dass durch den Einsatz des Palliativdienstes die ambulante Weiterversorgung besser organisiert sind oder mehr Patienten wunschgemäß entlassen werden, desto eher

schätzen sie auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Angehörigen und Patienten ein. Deutliche Effekte zeigen sich auch bei der Bewertung, dass mit dem Palliativteam jemand mit mehr Zeit für die Patienten und Angehörigen da ist sowie, dass diese besser über ihre Situation informiert sind. (Tab. 5).

Tab. 5: Korrelationen Versorgungsqualität und Zufriedenheit Angehöriger und Patienten mit Einflussfaktoren

Angehörige und Patienten	Durch den Einsatz des Palliativdienstes	
	...hat sich die Versorgungsqualität der Patienten in der letzten Lebensphase sehr verbessert.	...hat sich die Zufriedenheit der Angehörigen von Patienten in der letzten Lebensphase deutlich verbessert.
...hat sich die Zufriedenheit der Angehörigen von Patienten in der letzten Lebensphase deutlich verbessert.	.81**	
...hat sich die Versorgungsqualität der Patienten in der letzten Lebensphase sehr verbessert.		.81**
...ist jemand mit mehr Zeit für die Patienten in der letzten Lebensphase und deren Angehörige da.	.82**	.76**
...sind die Patienten in der letzten Lebensphase und deren Angehörige besser über ihre Situation informiert.	.83**	.83**
...werden Verlegungsentscheidungen in der letzten Lebensphase in größerem Einvernehmen aller Beteiligten getroffen.	.52**	.50**
...werden auf Wunsch mehr Patienten in der letzten Lebensphase zum Sterben entlassen	.60**	.70**
...ist die ambulante Weiterversorgung von Patienten in der letzten Lebensphase besser organisiert.	.86**	.84**

Antwortkategorien: stimme überhaupt nicht zu (1), stimme eher nicht zu (2), stimme eher zu (3), stimme voll und ganz zu (4)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

3 Qualitative Befragungen: Ergebnisse

3.1 Anforderungshintergründe

Die **Umsetzung des palliativmedizinischen Konsildienstes** ist aus Sicht der Mitarbeiter gut und strukturiert organisiert. Die Anforderung der palliativmedizinischen Konsile über MEONA ist bedarfsorientiert, funktioniert nach Ansicht der Befragten (sehr) gut, sehr einfach, ohne

Probleme, intuitiv und selbsterklärend. In dringlichen Fällen erfolgt ergänzend noch ein Anruf, wobei die Erreichbarkeit des Palliativdienstes sehr gut eingeschätzt wird.

Die Mitarbeiter bewerten die **Schnelligkeit der Kontaktaufnahme** durch den Palliativdienst nach angefordertem Konsil trotz der kleinen Teamgröße als sehr gut („exzellent“). Der Palliativdienst reagiert meist sehr schnell, teilweise innerhalb einer Stunde, aber immer innerhalb von 24 Stunden. In der Regel nimmt das Palliativteam zunächst telefonisch Kontakt mit dem Anfordernden bzw. der anfordernden Station auf, um die Situation und die Hilfestellungen zu besprechen.

Die **Dokumentation zum palliativmedizinischen Konsil** wird auch sehr positiv bewertet. Die Mitarbeiter bewerten den eigenen Dokumentationsaufwand als gering und auf das Notwendigste beschränkt. Sie erleben eher eine Entlastung, da manche Formulare, z.B. SAPV, nicht mehr selbst ausgefüllt werden müssten.

Die **Dokumentation des Palliativdienstes** über die Konsile beurteilen die Befragten als zeitnah, sehr gut, zielführend und hilfreich. Hier wird insbesondere die Hilfestellung für junge Ärzte hervorgehoben, die sich beispielsweise bei der Schmerztherapie am Stufenplan des Palliativteams orientieren können.

Die angeforderten Konsile bewerten die Mitarbeiter größtenteils als **(zeitlich) angemessen** und **dringlich**. In manchen Fällen, so das häufige Fazit, hätte der Palliativdienst aber auch früher kontaktiert werden können, um beispielsweise den Patienten früher zu verlegen. Es kam nach Wahrnehmung der Befragten nicht vor, dass der Palliativdienst zu früh gerufen wurde. In einzelnen Fällen waren Patienten oder Angehörigen durch die Einbindung des Palliativdienstes irritiert, wobei dies immer im Gespräch geklärt werden konnte („Paar Mal mit Angehörigen das Gespräch, dass Angehörige sich wegen palliativ vor Kopf gestoßen gefühlt hatten, aber nach Aufklärung war das ok“).

3.2 Erfahrungen und Einschätzungen

3.2.1 Konsilumsetzung

Die Stationsmitarbeiter sprechen in der Regel das **Hinzuziehen des Palliativdienstes** mit den Patienten und Angehörigen ab, sofern dies möglich ist. Der Impuls, das Palliativteam hinzuzuziehen, erfolgt mehrheitlich von den Ärzten und Pflegekräften der Station. Teilweise sind es aber auch andere Bereiche, wie z.B. das Casemanagement, die den Anstoß geben.

Meist führen die behandelnden Ärzte oder Pflegekräfte zusammen mit dem Palliativdienst das **Erstgespräch**, teilweise sucht das Palliativteam die Patienten aber auch nach dem

angeforderten Konsil alleine auf. Immer werden die Gesprächsergebnisse dokumentiert und in der Regel erfolgt auch eine mündliche Rückmeldung zu den Vereinbarungen.

Die **Kommunikation** mit und durch das Palliativteam wird insgesamt als sehr gut („super“) und zielführend beschrieben. Dabei werden vom Palliativdienst die bestehenden Rollen, Kompetenzen und Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppen respektiert und nicht in Frage gestellt („Man darf auch Behandler sein und bleiben, nie übergriffig“) sondern adäquat ergänzt. Die Mitarbeiter betonen, dass der Palliativdienst viel Rücksprache mit ihnen hält, sich gut über den Fall und das geplante Vorgehen informiert.

Die Befragten geben an, dass durch das Hinzuziehen des Palliativdienstes oftmals eine bessere **berufs- und stationsübergreifende Zusammenarbeit** im Sinne des Patienten gelingt („Vernetzung des Teams für eine optimale Patientenbetreuung“). Es arbeiten Berufsgruppen und Fachabteilungen zusammen, bei denen dies vorher nicht ohne weiteres möglich war („Sind Katalysator dafür, verschiedene Teams zusammen zu bringen, z.B. in einen Fall mit Gastro, Gyn, Psy und mit Palliativdienst“). Das Palliativteam trägt somit zu einer verbesserten internen Vernetzung im Patientensinne bei.

Die **Zusammenarbeit** mit dem **Palliativteam** wird von den Befragten als sehr gut und kollegial bewertet. Der Kontakt wird als eng und gut beschrieben. Positiv hervorgehoben wird auch die Eigeninitiative des Palliativteams, der auch proaktiv auf die Mitarbeiter zugeht und erfragt, ob Hilfe oder Rat benötigt werden.

Die Mitarbeiter ziehen den Palliativdienst vor allem für die **Gespräche** mit den **Patienten** und **Angehörigen**, Hilfestellungen bei **Schmerztherapie** sowie der **Planung** der weiteren **internen Versorgung** auf der Palliativstation oder zur **Vorbereitung** der **Entlassung** hinzu.

Insbesondere bei der Planung der weiteren internen oder ambulanten Versorgung der Patienten wird die Einbeziehung des Palliativdienstes als sehr hilfreich und unterstützend erlebt. Dies wird vor allem darauf zurückgeführt, dass das Palliativteam durch die bereits bestehenden Kontakte andere Ressourcen und Möglichkeiten hat als die Stationsmitarbeiter. Mit der Etablierung des Palliativdienstes sind für die Mitarbeiter somit **bessere interne Strukturen** mit klar definierten Ansprechpartnern geschaffen worden, die sich für die Mitarbeiter in Zeitersparnis und für Patienten in einer schnelleren, besser geplanten Entlassung bemerkbar machen („Durch den Palliativdienst haben wir direkt einen Ansprechpartner, wo man sonst 5x auf verschiedenen Abteilungen angerufen hätte“). Dies wird vor allem für die Assistenzärzte als Entlastung dargestellt. Insgesamt wird eine deutliche Beschleunigung der Prozesse, vor allem bei Entlassung bzw. der Organisation der ambulanten (Weiter)Versorgung sowie eine zeitliche Entlastung der Mitarbeiter betont. Insgesamt wird alles als unproblematischer und schneller erlebt („Vorher mussten wir das alles alleine

organisieren, je nachdem wer involviert war, die kennen SAPV nicht, da wurde das eher stümperhaft gemacht, jetzt kümmern sich welche, die sich auskennen und wissen, was sie machen müssen“).

3.2.2 Unterstützung und Entlastung für Mitarbeiter

Die befragten Mitarbeiter bewerten den Palliativdienst für sich und auch für ihre Kollegen als eine **Unterstützung** und **Entlastung**, die sich letztlich auch die persönliche **Arbeitszufriedenheit** steigert.

Dies wird vor allem dadurch erreicht, dass der Palliativdienst die Stationsmitarbeiter bei der **Kommunikation** mit den Patienten und Angehörigen unterstützt. So wird beispielsweise von einem Befragten geschildert, dass das Palliativteam vor allem hilfreich bei Patienten ist, die die eigene Situation nicht wahrhaben wollen („Erleichterung für mich, ich hätte mich im Gespräch verzettelt, das war gut, dass jemand klar sagen, konnte, das es keinen Sinn macht“). Gemeinsame Gespräche mit dem Patienten sind dann zielführend und helfen, patientenorientierte Entscheidungen zu treffen. Dies wird insbesondere von jüngeren Mitarbeitern als „große Erleichterung“ erlebt. Ebenso wird als entlastend hervorgehoben, dass die Befragten Unterstützung bei Entscheidungen haben. Hiervon profitieren nicht nur die jüngeren, sondern auch die schon etablierten, erfahrenen Ärzte („Entlastend, dass man nicht Allein-Entscheider ist, dass man es mit Kollegen bespricht, der sich auskennt, man bespricht es mit Kollegen, das ist nicht nur auf meiner Schulter“).

Ebenso ist es für die Mitarbeiter **entlastend** zu wissen, dass die Angehörigen und Patienten in der **schwierigen Situation** durch das Palliativteam „**aufgefangen**“ und adäquat begleitet werden. Dies sind Aspekte, die die Mitarbeiter im Krankenhausalltag nicht zur eigenen und Patientenzufriedenheit gewährleisten können. Somit trägt der Palliativdienst durch seine entlastende Funktion auch zur **Arbeitszufriedenheit** der Mitarbeiter bei („ummantelnd“) („Sind selbst zufriedener wegen des Zeitfaktors, man kann viel organisieren, aber wenn man keine Zeit hat, um sich mal 30 Minuten mit Patienten und Angehörige hinzusetzen, ohne das Telefon klingelt, und jemand das übernimmt, das ist viel wert“).

Die Mitarbeiter nehmen durch die Einbindung des Palliativdienstes auch Veränderungen bei der internen Zusammenarbeit wahr. So werden positive Effekte auf die Gespräche mit den ärztlichen Leitungen festgestellt, bei denen durch die entsprechende Zweitmeinung ein Umdenken hin zu palliativmedizinischen Ansätzen erfolgt sei.

Als positiven Nebeneffekt heben die Mitarbeiter die **Zeitersparnis** durch den Palliativdienst hervor. Diese wird durch die Delegation von Gesprächen mit Patienten und Angehörigen,

durch die Klarheit der Strukturen und Prozesse sowie durch die Übernahme der Weiterversorgung der Patienten durch den Palliativdienst erreicht. Die gute Vorbereitung der ambulanten Weiterversorgung hat für die Mitarbeiter auch entlastenden Charakter („gibt mir besseres Gefühl“).

Beispiel:

„Patient, der in die Notaufnahme kam, war fast präfinal, mussten direkt Bett organisieren, und er hat die angerufen, die haben sofort da Bett organisiert, das hätten wir nie hingekriegt; haben Telefonnummern von Palliativstation, aber die kennen uns nicht, bis man da was organisiert hätte, kostet Zeit und Aufwand, kostet viele Telefonate, Palliativdienst kennt alle und weiß direkt, an wen man sich wendet und die glauben ihnen auch sofort“.

3.2.3 Unterstützung von Patienten und Angehörigen

Die befragten **Angehörigen** waren mit der Umsetzung des Palliativdienstes sehr zufrieden und haben ihn als große Unterstützung in der schwierigen Situation und in dem zeit- und ressourcenknappen Krankenhausalltag beschrieben. Auch die Mitarbeiter konnten für Patienten und Angehörige nur positive Aspekte benennen.

Der Nutzen und die **Unterstützung** durch das Palliativteam wurde auf verschiedenen Ebenen erlebt und beschrieben, die sich jeweils direkt positiv auf die **Zufriedenheit** der Patienten und Angehörigen sowie die **Versorgungsqualität** ausgewirkt haben.

Der Palliativdienst wurde abweichend vom ärztlichen und pflegerischen Stationspersonal, das Leben retten will als „**Begleiter für Sterbende**“ beschrieben. Der sterbende Mensch wird so begleitet, dass ihm Ängste und Sorgen genommen werden, Mut gemacht wird oder er in seiner beunruhigenden, hilflosen, psychisch angeschlagenen Situation beruhigt wurde („Nehmen den Sterbenden die Angst vorm Sterben, das ist das Schöne, dass man weiß, dass man dort Hilfe bekommt, wenn man keine Hoffnung auf Heilung hat“, „gerade in diesen Situationen ist es unheimlich wichtig, dass es diese Menschen gibt“). Die Wichtigkeit und Bedeutung, in dieser Ausnahmesituation adäquat unterstützt und aufgefangen zu werden, wurde auch als **Lotsenfunktion** beschrieben („Haben uns gut durch diese Zwischenwelt gelotst, man ist in einer Parallelwelt, einem eigenen Kosmos mit eigenen Ängsten, hat nix mit Alltag zu tun, Palliativdienst hatte da eine Lotsenfunktion“).

Gelungen ist dies vor allem durch viel Information und Kommunikation, aber auch durch die größeren Zeitressourcen. Positiv hervorgehoben wurde in den Interviews, dass der Palliativdienst **viel Zeit** für die Patienten und Angehörigen mitgebracht hat und so die zeitlich eingeschränkten Möglichkeiten des Stationspersonals adäquat kompensiert wurden. Dies wird

von den Mitarbeitern als eine „Rückkehr“ zu dem originären Auftrag der Patientenversorgung wahrgenommen, der aufgrund von erweiterten Zeitressourcen in kritischen Situationen für die Patienten einen nachweislichen Qualitätsunterschied habe („Patienten wird mehr Zeit gewidmet in kritischen Situationen, mehr Zeit für einzelnen, mehr Zeit, Bedürfnisse besser zu erkennen und denen gerecht zu werden“). Der Palliativdienst wird u.a. genutzt, um offene Fragen zu klären, viele Gespräche zu führen, Patienten und Angehörige über die Situation zu informieren. Der Einsatz des Palliativteams war für die Angehörigen und Patienten zudem zeitsparend und entlastend, da der Dienst den Angehörigen Dinge, Wege, Fragen abgenommen hat („würde es sie nicht geben, müsste der Patient über den normalen Arzt und die normale Station 1000 Infos holen, das hätte Zeit und Wege gekostet und das wurde mir und uns erspart, weil Palliativdienst das gemacht hat“). Somit konnten die Angehörigen sich auf die Betreuung der Patienten konzentrieren.

Vielfach wurde betont, dass das Palliativteam „immer da“ („sofort greifbar“) oder **sofort da** war, wenn man es brauchte, dass es „immer ein offenes Ohr“ hatte. Eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit wurde attestiert, die nicht nur auf „Abruf“ erfolgte und nicht nur rein versorgerische Aspekte oder nur den Patienten im Blick hatte, sondern auch darüber hinausging. So wurde z.B. beschrieben, dass der Palliativdienst von sich aus auf Angehörige zugeht, sie zu einem Spaziergang auf dem Klinikgelände abholte („sie sind auf mich zu gekommen, ich wurde mit so viel Liebe und Zeit behandelt, was ich diesen Menschen in dieser Zeit so danke, haben mir Tee gebracht, haben mich zum Spaziergang abgeholt“). Die Angehörigen wertschätzen dies als besondere Leistung („hätten die nicht machen müssen, die haben mich besucht, mir als Begleitung Zeit geschenkt“) Der Palliativdienst war somit auch ein **Begleiter für Angehörige**.

Diese umsorgende Begleitung der Angehörigen half diesen auch bei **multidisziplinären** oder ärztlichen **Besprechungen**. So hat der Palliativdienst hier z.B. die Informationen für Angehörige oder Patienten „übersetzt“, die Angehörigen gefragt, ob alles verstanden wurde, oder die Ärzte gebeten, etwas noch einmal zu erklären. Die Unterstützung und Hilfe durch das Palliativteam umfasste auch, die Angehörigen vor den Terminen auf dem Zimmer bzw. der Station abzuholen und gemeinsam zu den Besprechungsräumen zu gehen. Diese Begleitung haben die Angehörigen als sehr wertvoll, hilfreich und Sicherheit gebend beschrieben.

Das **Informations- und Wissensmanagement** durch die Palliativkräfte beinhaltet auch die Übergabe von Mappen mit den wichtigen Informationen, z.B. Ansprechpartner für die häusliche Versorgung, sowie das **Schmerzmanagement**. Die adäquate Schmerztherapie und das Wissen, dass der Patient keine unnötigen Schmerzen erleiden muss, wurden von den Angehörigen als weitere sie entlastende Faktoren beschrieben.

3.3 Einschätzung des Palliativteams

Das Palliativteam bzw. die Mitarbeiter des Palliativteams wurden von Angehörigen und Mitarbeitern jeweils sehr positiv beschrieben. Das „hervorragende Team“ bringt „Ruhe“ und Menschlichkeit in angstausslösende, belastende Situationen. Die Interviewpartner beschreiben das Palliativteam als „wunderbare Menschen“ mit einer „liebvollen Art“ und viel Empathie, „unglaublich herzlich“, die „Herzenswärme“ ausstrahlen. Die Angehörigen erleben eine „menschliche Rundumunterstützung“ von Menschen, die ihren „Job lieben“. Dem Palliativteam gelingt es, mit „liebvollen Antworten“ Menschen die Angst vor dem Sterben zu nehmen.

Das Palliativteam wird als hoch-professionell und kompetent für Fragen der letzten Lebensphase, z.B. dem Schmerzmanagement, den Therapie- oder Beendigungsmöglichkeiten, beschrieben. Der Palliativdienst kann gut und sehr einfühlsam erklären, wobei es immer objektiv und sachlich, aber auch menschlich ist. Eine gute, laienverständliche „Aufklärung der Dinge“ wurde dem Palliativdienst bescheinigt.

Das Team wurde vielfach als „unersetzlich“ beschrieben.

„Absolut wunderbare Menschen, die haben Raum betreten und man merkt, die haben unglaubliche Herzenswärme, liebevolle Ausstrahlung, Ruhe, einfach nur da, Lächeln im Gesicht, trotz der traurigen Situation haben sie Herzlichkeit, einfache, liebevolle Art, haben in 30 Sekunden, die Angst genommen, man merkt, dass sie Job lieben, sie sind in Arbeit glücklich, die haben es einfach gehabt, verstanden Menschen, Zeit und offenes Ohr zu schenken, nur da zu sein, wenn Mensch Angst hatte zu sterben“

3.4 Veränderungen beim Verlegungsmanagement

Die Etablierung des Palliativteams hat aus Sicht der Mitarbeiter Veränderungen beim internen Verlegungsmanagement in dem schon beschriebenen Sinne initiiert: eine patientenorientierte Verlegung auf die Palliativstation. Häufig wird die Verlegung auf die Palliativstation genutzt, um die Zeit für die notwendige Organisation einer Entlassung aus dem Krankenhaus, in ein Hospiz oder nach Hause, zu überbrücken.

Eine Verlegung auf die Palliativstation ist aus Sicht der Befragten auch dann die patientenorientierte Lösung, wenn eine Entlassung nicht möglich ist. Vorteilhaft werden von den Mitarbeitern das bessere, persönlichere Ambiente auf der Palliativstation mit mehr Ruhe, die besseren Möglichkeiten für Angehörige hervorgehoben („Weil Patient die letzten Tage nicht bei uns, sondern vielleicht zuhause oder auf Palliativ verbringen kann, das ist Gewinn an

Lebensqualität, die sind zufriedener, sie können dort zur Ruhe kommen“).

3.5 Auswirkungen auf die Kostensituation

Die Mitarbeiter sind meist der Ansicht, die Auswirkungen des Palliativdienstes auf die Kostensituation nicht adäquat beurteilen zu können. Verschiedene Szenarien sind aus ihrer Sicht denkbar. So werden Kosteneinsparungen aufgrund der früheren und besser organisierten Entlassung aus dem Krankenhaus mit einer verkürzten Liegedauer assoziiert und ebenso diskutiert wie Einsparungen aufgrund der früher frei werdenden Intensivbetten. Auch kürzere Liegezeiten im Akutbereich, die durch die Einbindung des Palliativdienstes erzielt werden, werden als Zugewinn betrachtet. Ebenso wird die Zeitersparnis der Mitarbeiter als relevanter Aspekt betrachtet, der durch die Ressourcenverteilung möglich ist.

Gleichwohl wird auch diskutiert, dass die Zeit, die der Palliativdienst aufwertet, gegenfinanziert werden muss und dass auch die Kosten auf der Palliativstation gegengerechnet werden müssten.

Aus Sicht der Befragten würden unnötige Kosten durch nicht-indizierte Verlegungen oder Therapien vermieden, wenn die die Wünsche und Erwartungen der Patienten frühzeitig, z.B. über den Palliativdienst, ermittelt würden („Am teuersten ist, wenn viel rumgedoktert wird, ohne zu gucken, was Patient will und was Patienten etwas bringt, wenn es noch mal unters Messer geht, viele Kosten, aber für Patienten unnötig“).

Nach Selbsteinschätzung des Palliativdienstes ist es ihm bei einer frühzeitigen Einbindung gelungen, über ausführliche Patienten- und Angehörigengespräche sowie Gespräche mit den Ärzten unnötige Eingriffe zu verhindern. Zugleich wird somit ein Beitrag zur Erhöhung der Lebensqualität der Patienten geleistet, die keine unnötigen Operationsrisiken und –auswirkungen eingehen.

Als wirkungsvoll wird hier auch noch mal das frühzeitige Aufsetzen von Patientenverfügungen thematisiert. Idealerweise sollten diese mit dem Hausarzt aufgesetzt sein. Der Palliativdienst unterstützt die Patienten vor Ort, die oftmals keine Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten haben, die Entscheidungen abzuwägen und entsprechende Dokumente aufzusetzen.

Der Palliativdienst weist auch auf die bessere Einbindung von Patientenverfügungen ins Krankenhausinformationssystem MEONA hin. Idealerweise wäre die Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht in der Patientenakte direkt auf dem Titelbild integriert, so dass das

Pflegepersonal auf einen Blick alle notwendigen Informationen hätte. Vorteilhaft wäre dies vor allem in personalkritischeren Zeiten, wie im Nachtdienst.

3.6 Änderungswünsche an die Umsetzung des Palliativdienstes

Die befragten Mitarbeiter sind mehrheitlich sehr zufrieden mit der Umsetzung des Palliativdienstes und haben keine großen Änderungswünsche. Die genannten Ideen beziehen sich eher auf eine Ausweitung des palliativmedizinischen Konsils im UGKM oder auf andere Kliniken.

Die Ausweitung des Palliativdienstes ist sowohl personell als auch im Sinne der früheren Einbindung angedacht. Eine personelle Aufstockung wäre ebenso wünschenswert wie eine noch frühere Integration des Palliativdienstes oder –gedankens in den Prozess („Zeitnah am Geschehen“). Eine Idee war die frühere Identifizierung der Patienten, z.B. in der Notaufnahme, sowie die Integration des „Palliativstatus“ bei schon behandelten Patienten in die klinikinterne Patientenakte, um so eine vom Patienten nicht gewünschte Aufnahme auf der Intensivstation zu verhindern („In der Notaufnahme die Möglichkeit zu haben, das man es erkennt, dass Patient schon in Palliativversorgung ist, dass es systemisch direkt auftaucht, z.B. schon in MEONA hinterlegt, dass alles schon dort festgelegt ist und Patient dann auf richtige Station kommt“). Weiterhin wurde überlegt, dass der Palliativdienst auch bei Patienten, die zur ambulanten Sprechstunde kommen, eingebunden wird, um beispielsweise die Möglichkeiten der SAPV vorzustellen. Auch wurde vorgeschlagen, dass der Palliativdienst bei „Patienten ohne Hoffnung“ schon im Aufwachraum integriert werden solle, um den Patienten die Ängste zu nehmen sowie auch die Angehörigen frühzeitig zu unterstützen.

Eine weitere Optimierungsidee des palliativmedizinischen Konsilangebotes stellen standardmäßige, proaktive Besuche des Palliativdienstes auf Station dar, ggf. als Visitenbegleitung einmal wöchentlich. Regelmäßige Besuche bei Patienten mit schweren Diagnosen würden Personal und Patienten noch zusätzlich unterstützen.

Auch ein Ausbau des palliativmedizinischen Bettenangebots ist für die Befragten ebenso zielführend wie systematische Schulungen der Stationsmitarbeiter zur palliativmedizinischen Schmerztherapie oder Versorgung durch den Palliativdienst.

Ergänzend sollten Informationsmaterialien den Palliativdienst noch besser bei den Mitarbeitern und Patienten sowie Angehörigen bekannt machen und verankern. Genannt wurden Flyer für Patienten und Angehörige, die verschiedene Begrifflichkeiten, wie „palliativ“ oder SAPV, erklären und auch Ansprechpartner mit Telefonnummern benennen. Kurze

Übersichten mit den relevanten Fakten für die Whiteboards wurden für die Mitarbeiter als hilfreich bewertet.

3.7 Fazit

Die Mitarbeiter heben hervor, dass durch den Einsatz des Palliativteams der Palliativgedanke eine andere, bessere Stellung im Klinikalltag erhält. Die Auseinandersetzung mit dem Tod bzw. dem Sterben konnte durch die Einbindung des Palliativdienstes im UKGM optimiert und patientenorientierter ausgerichtet werden. Dies wird auch von den Mitarbeitern begrüßt und als Entlastung bewertet.

Folgende Zitate fassen die Sicht der Angehörigen und Mitarbeiter zusammen:

„Großes Lob“, „Tolle Sache“ „Sensationelle Verbesserung für Behandler und Patienten“

„Bin unglaublich froh, dass es so etwas gibt und das ich das so erlebt habe, Segen für alle Menschen, die im Sterbeprozess sind, haben mich sehr, sehr berührt über lange Zeit, Mann wurden Schmerzen, Sorgen, genommen, hatte absolute Ruhe, haben alles getan“, „Für mich waren es die Engel, Herzensmenschen“

„Sehr dankbar, dass es das Palliativteam gab“

„Muss unbedingt weiter geführt werden, wäre eine Katastrophe wenn es wegfallen würde, da sind wir uns alle einig“

4 Zusammenfassung und Ausblick

Die Einführung des Palliativdienstes am UKGM, Standort Gießen, im Rahmen des Projekts „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung (Avenue-Pal)“ (FKZ: 01VSF17044) wird insgesamt als zielführende patienten- und mitarbeiterorientierte Neuerung und als Erfolg bewertet. Eine Übernahme des Palliativdienstes in den Regelbetrieb über die Projektlaufzeit hinaus ist indiziert.

Dies sind die zentralen Ergebnisse der Mitarbeiter- und Angehörigenbefragungen. Um die Interventionseffekte bewerten zu können, wurden die Mitarbeiter ausgewählter Stationen des UKGMs vor und nach Einführung des Palliativdienstes standardisiert schriftlich befragt. Die

Teilnehmer bilden die Beschäftigtenstruktur des UKGM gut ab und haben sowohl Erfahrungen bei der Betreuung sterbender Patienten als auch mit dem Palliativdienst, so dass die gewonnenen Resultate als aussagekräftig bewertet werden können. Um spezifische Aspekte noch dezidierter zu hinterfragen als dies in standardisierten Settings möglich ist, wurden ergänzend qualitative Telefoninterviews mit Mitarbeitern und Angehörigen geführt, die Erfahrungen mit dem Palliativdienst gesammelt haben. Der gewählte methodische Ansatz, der durch die Auswertung der Konsildaten ergänzt wird (vgl. Bericht), ermöglicht eine umfassende Beurteilung der intendierten Ziele und der nutzerorientierten Etablierung des Palliativdienstes. Konkret wurden mit der Etablierung des Palliativdienstes sowie der Leitlinienumsetzung im UKGM vor allem folgende Ziele verfolgt:

- Positive Beeinflussung der Anzahl der patientenorientierten Verlegungen
- Entlastung der betroffenen Berufsgruppen bzw. Prozessbeteiligten durch Etablierung des Palliativdienstes bzw. der Leitlinienumsetzung
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit aller betroffenen Berufsgruppen bei der Versorgung sterbende Patienten durch Einführung des Palliativdienstes bzw. der Leitlinienumsetzung
- Steigerung der Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen
- Umverteilung oder Reduktion von Kosten zugunsten einer palliativmedizinisch indizierten Versorgung

Positive Beeinflussung der Anzahl der patientenorientierten Verlegungen

Nach der Einführung des Palliativdienstes geben die befragten Mitarbeiter insgesamt häufiger an, dass keine der Verlegungen von sterbenden Patienten unstimmig war (T1: 30,8 %, T2: 52 %). Betrachtet man nur die Mitarbeiter, die unstimmmige Verlegungen bei sterbenden Patienten wahrgenommen haben, so reduziert sich dieser Wert von im Mittel 21% aller Verlegungen bei T1 auf durchschnittlich 16 % bei T2.

Ergänzend gibt über die Hälfte der befragten Mitarbeiter bei T2 an, dass das interne Verlegungsmanagement durch den Einsatz des Palliativdienstes (viel) besser geworden ist. Durch den Einsatz des Palliativdienstes werden Verlegungsentscheidungen in der letzten Lebensphase nach Meinung der Mitarbeiter in größerem Einvernehmen aller Beteiligten getroffen (76 % Zustimmung). So geben die Mitarbeiter bei T2 häufiger an, dass ihre Meinung bei Verlegungsentscheidungen berücksichtigt wird (T1: 21 %, T2: 16 % (sehr) häufig wird Meinung nicht berücksichtigt). Nach der Etablierung des Palliativdienstes werden zudem öfter Verlegungsentscheidungen getroffen, die sich für den Großteil der Mitarbeiter stimmiger angefühlt hat (75 %). Diese beiden Aspekte hängen sehr stark zusammen (Korrelation: .72**)

und bestimmen somit stark die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Versorgung der sterbenden Patienten.

Krankenhausinterne Verlegungen, so das Ergebnis, erfolgen nach Einbindung des Palliativdienstes häufiger auf die Palliativstation, wobei diese Verlegungen aufgrund der Atmosphäre und besseren Einbindungsmöglichkeiten der Angehörigen als patientenorientiert bewertet werden. Ebenso erfolgt seit Etablierung des Palliativdienstes häufiger eine gute bzw. besser organisierte Entlassung nach Hause. Das Palliativteam übernimmt hier die Aufgabe, die unterstützenden Maßnahmen vorzubereiten und zu organisieren, so dass einer Überforderung von Patienten und Angehörige aktiv entgegen gewirkt wird.

Insgesamt wurde das Ziel erreicht, mit der Implementierung des Palliativdienstes zu einer Reduktion von Verlegungen beizutragen, die aus medizinischen, pflegerischen und / oder juristischen Erwägungen nicht im Sinne des Patientenwohls oder nicht im Sinne des (mutmaßlichen) Patientenwillens stattfinden.

Entlastung der betroffenen Berufsgruppen bzw. Prozessbeteiligten durch Etablierung des Palliativdienstes bzw. der Leitlinienumsetzung

Das Ziel, die Mitarbeiter durch die Einbindung des Palliativdienstes bei der Versorgung sterbender Patienten zu entlasten bzw. bestehende Belastungen zu reduzieren, ist erreicht. Dies gilt gleichwohl für allgemeine Belastungen (Skalen-Mittelwert: T1: 2,8, T2: 2,4), beispielsweise durch nicht zufriedenstellende Sterbebegleitungen, als auch für Belastungen, die durch Verlegungen entstehen (Skalen-Mittelwert T1: 2,6, T2: 2,2).

Der deutlichste Effekt durch die Einführung des Palliativdienstes ist bei der Belastung der Mitarbeiter durch zu geringe Zeitressourcen für die sterbenden Patienten zu sehen (T1: 45 %, T2: 10 % (sehr) häufig belastend). Der Palliativdienst kompensiert den Zeitmangel der Klinikmitarbeiter.

Zudem kann durch die qualitativen und quantitativen Befragungsergebnisse gezeigt werden, dass sich die Mitarbeiter durch den Einsatz des Palliativdienstes bei der Versorgung sterbender Patienten weniger überfordert und (emotional) entlastet fühlen. Die (emotionale) Entlastung ist insbesondere auf den Wissenszuwachs zurückzuführen. Hier sind vor allem das eigene bessere palliativmedizinische Verständnis, die Kenntnis, wen man anrufen kann, und die klareren Strukturen und Prozesse zu nennen sowie das reduzierte Überforderungsgefühl.

Das Gefühl, bei der Versorgung sterbender Patienten durch den Einsatz des Palliativdienstes weniger überfordert zu sein, resultiert vor allem aus einem besseren palliativmedizinischen Verständnis auf der Station sowie konkreten organisatorischen bzw. behandlungsrelevanten

Aspekten. Das Wissen, dass jemand mit Zeit für die sterbenden Patienten da ist und die ambulante Weiterversorgung gut organisiert wird, unterstützt und entlastet die Mitarbeiter. Auch die Einschätzung, dass für die Mitarbeiter weniger unstimmige Verlegungsentscheidungen und bessere Therapieentscheidungen getroffen werden, reduziert das Gefühl der Überforderung.

Steigerung der Arbeitszufriedenheit aller betroffenen Berufsgruppen bei der Versorgung sterbende Patienten durch Einführung des Palliativdienstes bzw. der Leitlinienumsetzung

Die allgemeine Zufriedenheit (Skalen-Mittelwert: T1: 2,7, T2: 2,4 (sehr zufrieden=1)) als auch die Zufriedenheit mit den körperlichen und psychischen Anforderungen (Skalen-Mittelwert: T1: 2,9, T2: 2,5 (sehr zufrieden=1)) ist bei der Befragung nach Einführung des Palliativdienstes jeweils höher als davor. Die deutlichsten Effekte zeigen sich hierbei bei der Besserbewertung der körperlichen Anforderungen sowie der Einschätzung der Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände.

Die Zufriedenheit mit der Versorgung schwerkranker Menschen in der eigenen Abteilung ist nach Etablierung des Palliativdienstes höher (48 %) (sehr) zufrieden) als in der Zeit davor (37 %). Die Steigerung der Zufriedenheit kann vor allem auf die Entlastung durch den Palliativdienst, hier vor allem dessen zeitliche Möglichkeiten, die Ermittlung des Patientenwillens und die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zurück geführt werden.

Auch die bessere Kenntnis möglicher Ansprechpartner vor allem in palliativmedizinischen bzw. pflegerischen oder psychologischen Fragen trägt zur Entlastung und Zufriedenheit der Mitarbeiter bei. Dies gilt sowohl Klinikintern als auch bei der Organisation der weiteren Versorgung.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter bei der Versorgung schwerkranker sterbender Menschen in der Abteilung wird zudem durch die Zeitkontingente für die Patienten sowie die bessere Kommunikation mit Patienten und Angehörigen durch Einbindung des Palliativdienstes gesteigert. Die Unterstützung des Palliativdienstes ermöglicht eine bessere Ermittlung des Patientenwillens und eine patientenorientiertere Versorgung, welche die Zufriedenheit der Mitarbeiter erhöht.

Da Projektziel, mit der Einführung des Palliativdienstes die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter vor allem bei der Versorgung sterbender Patienten zu erhöhen, konnte erreicht werden.

Steigerung der Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen

Die Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen konnte seit Einführung des Palliativdienstes deutlich gesteigert werden, wobei sich dies wechselseitig beeinflusst. Dies wird vor allem durch die bessere Organisation der ambulanten Weiterversorgung, die bessere Information und Aufklärung über die Situation sowie das neu entstandene Zeitkontingent durch den Palliativdienst erreicht. Auch die zunehmenden, besser organisierten Entlassungen nach Hause sowie die häufiger im Einvernehmen getroffenen Verlegungsentscheidungen wirken sich positiv auf die Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen aus.

Letztlich wirkt sich die unterstützende Einbindung und Begleitung des Palliativdienst sicherheitsstiftend in einer die Angehörigen und Patienten sehr verunsichernden Situation aus. Das Projektziel, die Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen zu steigern, wurde erreicht.

Umverteilung oder Reduktion von Kosten zugunsten einer palliativmedizinisch indizierten Versorgung

Mangels verfügbarer Kostendaten bzw. belastbarer Kostenrechnungen können zu diesem Projektziel keine eindeutigen Aussagen getroffen werden. Laut Aussagen in den Mitarbeiterinterviews können Kostenreduktionen im Krankenhaus durch Vermeidung medizinischer Eingriffe oder der Verlegung auf die Intensivstation sowie die Reduktion der Verweildauern durch frühere Entlassungen aus dem Krankenhaus entstehen. Dem stehen zusätzliche Kosten durch die Verlegung auf die Palliativstation des Krankenhauses oder in die nachversorgenden Bereiche gegenüber. Sofern die entsprechenden Maßnahmen im oder außerhalb des Krankenhauses palliativmedizinisch indiziert sind, dürfte es sich im Grundsatz um eine sinnvolle Umverteilung von Kosten handeln.

Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die mit der Einführung des Palliativdienstes intendierten Ziele aus Sicht der Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen erreicht wurden. Die Etablierung des Palliativdienstes hat zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen geführt, die vor allem durch das erhöhte Zeitkontingent, die verbesserte Kommunikation, die auch mit stimmigeren Verlegungsentscheidungen einhergeht sowie die deutlich verbesserte organisierte Weiterversorgung im ambulanten Umfeld, erlebbar sind. Mitarbeiterseitig konnte neben der

Erhöhung der Zufriedenheit mit der Versorgung sterbender Patienten vor allem auch eine Entlastung und Reduktion des Überforderungsgefühls erreicht werden, die im Wesentlichen von den gleichen Einflussfaktoren beeinflusst sind, wie bei den Patienten und Angehörigen. Unstimmige oder unnötige Verlegungen können durch den Palliativdienst wirksam verringert und indizierte Verlegungen, z.B. auf die Palliativstation, bzw. im Sinne von Entlassungen patientenorientiert gefördert werden.

Insgesamt wird die Etablierung des Palliativdienstes über die genannten Zielerreichungsfaktoren sehr positiv bewertet. Die im Projekt geförderte Intervention sollte auch im Regelbetrieb weiter Bestand haben.

5 Anhang

Tab. 6: Korrelationen fehlende Ansprechpartner T1 (F2E)

Fehlende Ansprechpartner	Ansprechpartner bei med. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei pfleger. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei psycholog. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei sozialarb. / sozialmed. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei spirituuell-religiösen Fragen fehlen
Ansprechpartner bei medizinischen Fragen fehlen		.51**	.44**	.29**	.17*
Ansprechpartner bei pflegerischen Fragen fehlen	.51**		.42**	.44**	.31**
Ansprechpartner bei psychologischen Fragen fehlen	.44**	.42**		.58**	.44**
Ansprechpartner bei sozialarbeiterischen / sozialmedizinischen Fragen fehlen	.29**	.44**	.58**		.56**
Ansprechpartner bei spirituuell-religiösen Fragen fehlen	.17*	.31**	.44**	.56**	

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 7: Korrelationen fehlende Ansprechpartner (F2E) und Versorgungsaspekten (T1)

Fehlende Ansprechpartner	Ansprechpartner bei med. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei pfleger. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei psycholog. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei sozialarb. / sozialmed. Fragen fehlen	Ansprechpartner bei spirituuell-religiösen Fragen fehlen
Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	.29**	n.s.	.37**	.28**	.24**

Zu wenig Zeit für die Angehörigen	.29**	.21*	.36**	.26**	.18*
Zu wenig Unterstützung durch meine direkten Kollegen	.32**	.31**	.17*	.18*	n.s.
Zu wenig Unterstützung durch Kollegen anderer Stationen / Abteilungen	.26**	.26**	.33**	.28**	.23**
Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	.33**	.45**	.43**	.48**	.39**
Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können	.41**	.33**	.47**	.31**	.24**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 8: Korrelationen zwischen Versorgungsaspekten (F2D) (T1)

Versorgungsaspekte	Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	Zu wenig Zeit für die Angehörigen	Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können
Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten		.84**	.28**	.58**
Zu wenig Zeit für die Angehörigen	.84**		.27**	.61**
Zu wenig Unterstützung durch meine direkten Kollegen	.44**	.43**	.31**	.31**
Zu wenig Unterstützung durch Kollegen anderer Stationen / Abteilungen	.29**	.33**	.35**	.36**
Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	.28**	.27**		.43**
Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können	.58**	.61**	.43**	

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 9: Korrelationen zwischen ausgewählten Versorgungsaspekten (F2D) Mitarbeiterempfindungen (F2F) (T1)

Versorgungsaspekte	Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	Zu wenig Zeit für die Angehörigen	Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können

... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.	.47**	.42**	.38**	.51**
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.	.29**	.32**	.23**	.30**
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	.28**	.27**	.25**	.25**
... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.	.37**	.34**	.31**	.35**
... Sie sich überfordert fühlen, weil Sie nicht wussten, an wen Sie sich wenden können, wenn es dem Patienten schlechter geht (z. B. zunehmende Schmerzen).	.24**	.20*	.37**	.29**
... Sie ein schlechtes Gewissen haben, weil Sie nicht wussten, wie schlecht es dem Patienten geht.	.24**	.21*	.30**	.28**
... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	.19*	.18*	n.s.	.17*
... Sie sich belastet fühlen, weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	.62**	.59**	.26**	.58**
... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verlegt wurde.	.34**	.29**	.26**	.32**
... Sie auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten denken.	.26**	.21**	.22**	.27**
... Sie auch im Urlaub an Situationen sterbender Patienten denken.	.25**	.26**	n.s.	.24**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 10: Korrelationen zwischen Versorgungsaspekten (F2D) ausgewählten Items (T1)

Versorgungsaspekte	Ich leide häufig darunter, wenn Patienten versterben.	Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie dann mit der Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen in Ihrer Abteilung?
Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	.20*	.50**
Zu wenig Zeit für die Angehörigen	n.s.	.46**
Zu wenig Unterstützung durch meine direkten Kollegen	.16*	.30**
Zu wenig Unterstützung durch Kollegen anderer Stationen / Abteilungen	n.s.	.18*
Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	n.s.	.35**

Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können	.17*	.42**
---	------	-------

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 11: Korrelationen zwischen ausgewählten Versorgungsaspekten (F2D) und Skalen (T1)

Versorgungsaspekte	Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	Zu wenig Zeit für die Angehörigen	Kein Kontakt mit Kennnissen der Palliativversorgung	Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können
Arbeitsaufgabe	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Arbeitsengagement	.17*	n.s.	n.s.	.18*
Vorhersehbarkeit der Arbeit	.23**	.20*	n.s.	.24**
Unterstützung bei der Arbeit	n.s.	n.s.	.17*	n.s.
Gemeinschaftsgefühl	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Beschwerden	.30**	.23**	.24**	.41**
Allgemeine Zufriedenheit	.48**	.42**	.22**	.38**
Zufriedenheit mit körperlich-psychischen Anforderungen	.38**	.28**	.17**	.44**

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 12: Korrelationen zwischen Mitarbeiterempfindungen (F2F) mit Fokus auf allgemeine (T1)

Mitarbeiterempfindungen	... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.	... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	... Sie sich belastet fühlen, weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verlegt wurde.
... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.		.39**	.59**	.55**
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.	.34**	n.s.	.18*	.19*

... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	.38**	.30**	.22**	.37**
... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.	.36**	n.s.	.28**	.19*
... Sie sich überfordert fühlen, weil Sie nicht wussten, an wen Sie sich wenden können, wenn es dem Patienten schlechter geht (z. B. zunehmende Schmerzen).	.28**	.34**	.35**	.33**
... Sie ein schlechtes Gewissen haben, weil Sie nicht wussten, wie schlecht es dem Patienten geht.	.31**	.46**	.32**	.41**
... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	.39**		.41**	.66**
... Sie sich belastet fühlen, weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	.59**	.41**		.57**
... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verlegt wurde.	.55**	.66**	.57**	
... Sie auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten denken.	.51**	.57**	.47**	.75**
... Sie auch im Urlaub an Situationen sterbender Patienten denken.	.35**	.50**	.38**	.62**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 13: Korrelationen zwischen Mitarbeiterempfindungen (F2F) mit Fokus auf Verlegungen (T1)

Mitarbeiterempfindungen	... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.	... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.
... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.	.34**	.38**	.36**
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.		.50**	.48**
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	.50**		.43**
... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.	.48**	.43**	

... Sie sich überfordert fühlen, weil Sie nicht wussten, an wen Sie sich wenden können, wenn es dem Patienten schlechter geht (z. B. zunehmende Schmerzen).	n.s.	.25**	.28**
... Sie ein schlechtes Gewissen haben, weil Sie nicht wussten, wie schlecht es dem Patienten geht.	.25**	.32**	n.s.
... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	n.s.	.30**	n.s.
... Sie sich belastet fühlen, weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	.18*	.22**	.28**
... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verlegt wurde.	.19*	.37**	.19*
... Sie auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten denken.	n.s.	.28**	n.s.
... Sie auch im Urlaub an Situationen sterbender Patienten denken.	n.s.	.21**	n.s.

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 14: Korrelationen zwischen Mitarbeiterempfindungen (F2F) und ausgewählten Skalen (T1)

Mitarbeiterempfindungen	Beschwerden	Allgemeine Zufriedenheit	Zufriedenheit mit körperlich-psychischen Anforderungen
... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.	.44**	.31**	.39**
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.	n.s.	n.s.	n.s.
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	n.s.	n.s.	n.s.
... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.	.18*	.17*	n.s.
... Sie sich überfordert fühlen, weil Sie nicht wussten, an wen Sie sich wenden können, wenn es dem Patienten schlechter geht (z. B. zunehmende Schmerzen).	.32**	.20*	.19*
... Sie ein schlechtes Gewissen haben, weil Sie nicht wussten, wie schlecht es dem Patienten geht.	.20*	n.s.	n.s.
... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	.44**	n.s.	.26**
... Sie sich belastet fühlen, weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	.43**	.30**	.38**

... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verlegt wurde.	.46**	.20*	.32**
... Sie auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten denken.	.44**	.24**	.24**
... Sie auch im Urlaub an Situationen sterbender Patienten denken.	.40**	.30**	.27**

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 15: Korrelationen zwischen den Items der Einschätzung der Verlegungspraxis (F2G) mit Fokus auf behandlerbezogene Aspekte T1

Einschätzung Verlegungspraxis	... es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	...es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern zu unnötigen Verlegungen kommt.	... es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern und Patienten / Angehörigen zu unnötigen Verlegungen kommt.
... es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.		.77**	.65**
...es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern zu unnötigen Verlegungen kommt.	.77**		.74**
... es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern und Patienten / Angehörigen zu unnötigen Verlegungen kommt.	.65**	.74**	
... Patienten besser über den Umstand informiert werden müssten, dass sie versterben werden.	.43**	.48**	.46**
... Patienten nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung im Krankenhaus zu entscheiden.	.49**	.53**	.48**
... Angehörige besser über den Umstand informiert werden müssten, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird.	.43**	.41**	.45**
... Angehörige nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender im Krankenhaus zu entscheiden.	.46**	.39**	.42**

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 16: Korrelationen Einschätzung der Verlegungspraxis (F2G) mit Fokus auf patientenbezogene Aspekte (T1)

Einschätzung Verlegungspraxis	... Patienten besser über den Umstand informiert werden müssten, dass sie versterben werden.	... Patienten nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung im Krankenhaus zu entscheiden.	... Angehörige besser über den Umstand informiert werden müssten, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird.	... Angehörige nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender im Krankenhaus zu entscheiden.
... es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	.43**	.49**	.43**	.46**
... es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern zu unnötigen Verlegungen kommt.	.47**	.53**	.41**	.39**
... es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern und Patienten / Angehörigen zu unnötigen Verlegungen kommt.	.46**	.48**	.45**	.42**
... Patienten besser über den Umstand informiert werden müssten, dass sie versterben werden.		.65**	.69**	.66**
... Patienten nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung im Krankenhaus zu entscheiden.	.65**		.61**	.66**
... Angehörige besser über den Umstand informiert werden müssten, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird.	.69**	.61**		.78**
... Angehörige nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender im Krankenhaus zu entscheiden.	.66**	.66**	.78**	

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 17: Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gründen unstimmiger Verlegungsentscheidungen (T1)

Gründe für unstimmige Verlegungsentscheidungen	Nicht bekannter oder nicht sorgfältig ermittelter Patientenwille	Strittige medizinische Indikation	Nicht ausreichende Berücksichtigung der Angehörigenperspektive	Bevorzugung oder Benachteiligung anderer Patienten
Nicht bekannter oder nicht sorgfältig ermittelter Patientenwille		.58**	.58**	.53**
Strittige medizinische Indikation	.58**		.54**	.56**

Nicht ausreichende Berücksichtigung der Angehörigenperspektive	.58**	.64**		.46**
Bevorzugung oder Benachteiligung anderer Patienten	.53**	.56**	.46**	

Antwortkategorien: nie (1), selten (2), manchmal (3), häufig (4), sehr häufig (5)

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Tab. 18: Korrelationen zwischen den Skalen (T1)

Skalen	Auf	Eng	Vor	Unt	Gem	Besch	Allg_Zuf	Zuf_Anf
Arbeitsaufgabe (Auf)		.44**	.18*	n.s.	.24**	n.s.	n.s.	n.s.
Arbeitsengagement (Eng)	.44**		.42**	.46**	.44**	.37**	.60**	.39**
Vorhersehbarkeit der Arbeit (Vor)	.18*	.42**		.43**	.34**	.19*	.57**	.21**
Unterstützung bei der Arbeit (Unt)	n.s.	.46**	.43**		.55**	.19*	.46**	.24**
Gemeinschaftsgefühl (Gem)	.24**	.44**	.34**	.55**		.21**	.56**	n.s.
Beschwerden (Besch)	n.s.	.37**	.19*	.19*	.21**		.47**	.55**
Allgemeine Zufriedenheit (Allg_Zuf)	n.s.	.60**	.57**	.46**	.47**	.47**		.51**
Zufriedenheit mit körperlich-psychischen Anforderungen (Zuf_Anf)	n.s.	.39**	.21**	n.s.	n.s.	.55**	.51**	

** : Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig), * : Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig), n.s.: nicht signifikant

Bericht zur Fokusgruppe zum Thema „Verlegungen am Lebensende“

Ergebnisse aus der Fokusgruppe am 02.03.2021, AWO Gießen

Inhaltsverzeichnis

1 Daten zur Befragung.....	2
2 Einführung und Vorgehensweise	2
3 Unnötige Verlegungen am Lebensende	3
4 Auslöser für eine Verlegung am Lebensende	3
5 Maßnahmen des vergangenen Jahres	5
6 Lerneffekt für andere Einrichtungen.....	6

1 Daten zur Befragung

Methode: Fokusgruppe

Teilnehmende: 5 Mitarbeiter¹ der AWO Gießen; Protokoll: Melina Fraizer, Sitzungsleitung: Dr. Ralf Schultheiß (beide: Gutbefragen, Gießen); Dr. Johannes Herrmann (Statistikberatung Gießen)

Datum: 02.03.2021

Dauer: ca. 45 Minuten (14:15 Uhr – 15:00 Uhr) per Videokonferenz

2 Einführung und Vorgehensweise

Im Rahmen des Projektes AvenuePal wurde eine Fokusgruppe zum Thema „Verlegungen am Lebensende“ in Zusammenarbeit mit der AWO Gießen durchgeführt. Die Fokusgruppe sollte, beziehend auf die vorherige Fokusgruppe im vergangenen Jahr, den aktuellen Zustand und wesentliche Faktoren identifizieren, welche Verlegungen am Lebensende verursachen. Zudem wurden die bisher umgesetzten Maßnahmen evaluiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit thematisiert.

Die Methode der Fokusgruppe zielt auf die Erhebung von Gruppenmeinungen im offenen Gespräch ab und bietet damit die Möglichkeiten, vertiefende und ergänzende Aspekte durch eine geführte Gruppendiskussion zu erheben, und verlässliche Ergebnisse zu erlangen. Basierend auf einem teilstandardisierten Interviewleitfaden wurden die insgesamt 5 Teilnehmer – bestehend aus der Pflegedienstleitung und dessen Stellvertreter, dem Fachbereichsleiter, einem ACP-Berater und einem QM-Beauftragten – am 02.03.2021 befragt.

Das Gespräch dauerte ca. 45 Minuten. Zur Wahrung der Anonymität fand keine Tonaufnahme der Gruppendiskussion statt. Stattdessen wurden Mitschriften angefertigt. Die auf dieser Basis dokumentierten Daten werden in diesem Kurzbericht dargestellt.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer die weibliche Form mitgemeint.

3 Unnötige Verlegungen am Lebensende

Die Teilnehmer berichteten, dass im vergangenen Jahr lediglich drei Verlegungen am Lebensende von Bewohnern stattfanden, welche hätten verhindert werden können. Damit wurde die Anzahl an unnötigen Verlegungen am Lebensende um ungefähr die Hälfte reduziert im Vergleich zum Vorjahr. Bei einzelnen weiteren Fällen traten unvorhergesehene Komplikationen im Krankenhaus auf, wodurch der Tod der Bewohner unerwartet eintrat und diese nicht wie vorgesehen im Pflegeheim starben. Bei einem Fall waren fehlende Erfahrungen einer Mitarbeiterin verantwortlich dafür, dass der Bewohner unnötigerweise nochmals verlegt wurde und im Krankenhaus starb. Insgesamt zeigt sich, dass die Zahl der unnötigen Verlegungen von einem ohnehin sehr niedrigen Niveau weiter zurückgegangen. Die bereits vor zwei Jahren implementierte Stelle des Advance Care Planning-Beraters (kurz ACP-Berater) stellt in diesem Bezug eine wichtige Instanz dar, wie im Verlauf des Berichtes näher erläutert wird.

4 Auslöser für eine Verlegung am Lebensende

Als Auslöser für eine Verlegung am Lebensende von Bewohnern wurden von den Teilnehmern der Fokusgruppe in erster Linie unerfahrene Notärzte und Mitarbeiter thematisiert. Das Fehlen von Erfahrungen mit Personen am Lebensende und kritischen Situationen führt nach Aussagen der Teilnehmer zu Handlungen, die dem Patientenwillen widersprechen können und eine unnötige Verlegung am Lebensende zur Folge haben können. Vor allem junge Notärzte würden mitunter gemäß ihrem Standardverfahren den Transport des Bewohners in einem Notfall in ein Krankenhaus veranlassen, ohne nach der Patientenverfügung oder dem Patientenwillen zu fragen. Hier fehle teils die Sensibilität für das Thema der palliativen Betreuung und die Entscheidungssicherheit.

Auch bei Mitarbeitern sei vor allem die fehlende Erfahrung im Umgang mit Notsituationen ein wesentlicher Auslöser für die mögliche Veranlassung einer Verlegung am Lebensende entgegen dem Patientenwillen, insbesondere dann, wenn etwa nachts oder am Wochenende die Stationen schwach besetzt sind. Hierbei wird vor allem junges Personal von den Teilnehmern genannt, welches frisch von der Schule komme und dementsprechend wenige bis gar keine Erfahrungen mit dem Thema sammeln konnte. Die Sicherheit im Umgang mit

dem Sterbeprozess werde erst durch mehrfache Erfahrungen gewonnen, wodurch Fehlentscheidungen möglich seien. Um diesem Problem entgegenzuwirken, setzt die AWO inzwischen auf eine frühe Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema. Hierzu im weiteren Verlauf mehr.

Weitere Ursachen für eine unnötige Verlegung am Lebensende, welche in der vergangenen Fokusgruppe vor einem Jahr (21.01.20) genannt wurden, wurden von den Teilnehmern der aktuellen Fokusgruppe entkräftet. Weitere Gründe waren: Kurzzeitpflege und die fehlende Erreichbarkeit von Angehörigen, das Fehlen von Patientenverfügungen, sowie die Verlegung auf Wunsch von Angehörigen.

Die Problematik der Kurzzeitpflege trat aufgrund der COVID-19-Pandemie in den Hintergrund. Da sich die Belegung von Bewohnern in Kurzzeitpflege halbierte, traten keine Situationen ein, in welchen die Angehörigen hätten verständigt werden müssen, um Entscheidungen zum Lebensende zu treffen.

Patientenverfügungen sind nach Aussagen der Teilnehmer inzwischen flächendeckend vorhanden, auch weil bei der Aufnahme eines Bewohners die Thematik explizit angesprochen wird. Teilweise dauere die Umsetzung einer Patientenverfügung allerdings zu lange, wodurch es in der Zwischenzeit zu kritischen Situationen kommen könne, in denen der Wille des Patienten übergangen wird. Unklarheiten bei der Ausübung von Patientenverfügungen treten nach Aussagen der Teilnehmer nicht mehr auf, sodass keine Fehlentscheidungen aufgrund unpräziser Verfügungen getroffen würden.

In der Vergangenheit stellten nach Aussagen der Teilnehmer Hausärzte teilweise eine Herausforderung beim Sterbeprozess dar, weil diese Verlegungen veranlasst hätten oder ihre Patienten unzureichend aufklärten. Inzwischen gehe eine Unterstützung bei der Erstellung der Patientenverfügung von den Hausärzten aus, und es werde zunehmend eine Zusammenarbeit mit dem Wohnheim angestrebt. Hier stellten die Teilnehmer fest, dass vor allem jüngere Hausärzte sensibler für das Thema der Palliativversorgung seien, während ältere Hausärzte zunehmend wegfielen, welche sich wenig mit dem Thema auseinandersetzten.

Dass Bewohner auf Wunsch von Angehörigen am Lebensende nochmals verlegt werden, stellt nach Aussagen der Bewohner keine besondere Herausforderung mehr dar. Durch die Thematisierung der Sterbebegleitung im Aufnahmegespräch sei auch bei den Angehörigen

klar, was der Patientenwille sei und diesem würde im Notfall entsprochen. Das offensive Umgehen mit dem Thema Sterben, insbesondere die Möglichkeit, eine durch den ACP-Berater moderierte Befassung mit dem Thema zwischen Angehörigen und Bewohnern zu begleiten, stärkt grundlegend die Vertrauensbasis zwischen Mitarbeitern, Angehörigen und Bewohnern.

5 Maßnahmen des vergangenen Jahres

Während der Fokusgruppe wurde durchgehend deutlich, dass implementierte Maßnahmen Erfolg zeigten und essentiell für die positiven Entwicklungen im Bezug auf unnötige Verlegungen seien. Insgesamt ist festzuhalten, dass das Vorantreiben der Leitlinien und des Konzeptes zur Advance Care Planning enorme positive Auswirkungen für alle Bereiche eines Wohnheimes habe. Die Teilnehmer heben dabei die Stärkung der Kommunikation, die jährlichen Schulungen und die Errichtung von Standards hervor, welche maßgeblich für die erfolgreiche Optimierung des Prozesses waren.

Das Team werde durch die Schulungen gut qualifiziert und für das Thema sensibilisiert. Vor allem junge, unerfahrene Mitarbeiter könnten dadurch ihre fehlenden Erfahrungen kompensieren und im entscheidenden Moment korrekt handeln. Insgesamt nehmen die Mitarbeiter eine Entlastung durch die Umsetzung des Konzeptes wahr, da schwierige Entscheidungen im Sterbeprozess erleichtert würden und der Wille des Bewohners klar definiert sei. Die Achtung und der Respekt vor dem Patientenwillen schaffe eine starke Vertrauensbasis zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern, was sich auf die gesamte Betreuung der Patienten auswirke. In diesem Zusammenhang wurde von den Teilnehmern zudem die Wichtigkeit des ACP-Beraters betont, welcher vor allem beim Aufnahmegespräch eine wichtige Rolle einnehme, aber auch grundsätzlich die Sichtbarkeit des Themas in der Einrichtung erhöhe und somit eine nachhaltige Wirkung des Themas schaffe. Hierbei würden direkt zu Beginn alle Beteiligten für das Thema sensibilisiert und der Wunsch des Patienten klar formuliert. Dies verhindere Unstimmigkeiten in Notsituationen. Auch Angehörige meldeten hierzu positive Rückmeldungen, da sie sich in ihrer Aufgabe entlastet fühlten, am Lebensende für die Bewohner Entscheidungen zu treffen.

Auch die Strukturierung und Dokumentation des Prozesses erleichtere den Arbeitsalltag und die Umsetzung der Patientenwünsche. Hierbei wird die Relevanz des Arbeitskreises Palliativ

von den Teilnehmern hervorgehoben. Durch die Implementierung von Standards seien Arbeitsschritte klar abzuarbeiten und es entstünden kaum Unklarheiten. Die Formulare und Standards vermittelten den Mitarbeitern Sicherheit und klare Strukturen, wodurch diese sich wiederum entlastet fühlten.

Auf die Frage nach der Wirksamkeit der Maßnahmen gaben die Befragten an, dass diese objektiv zwar schwer zu messen sei, allerdings subjektiv von allen Beteiligten wahrgenommen werde. Dies seien Rückmeldungen von Angehörigen oder Mitarbeitern, sowie der Rückgang von Verlegungen in der Statistik und das Fehlen von Ablehnung und Hürden im Prozess.

6 Lerneffekt für andere Einrichtungen

Den Abschluss der Fokusgruppe bildete der Ausblick auf die Übertragbarkeit des Prozesses auf andere Einrichtungen. Die Teilnehmer sollten darstellen, was sie anderen Einrichtungen raten würden und was diese von der AWO lernen könnten. Dazu gaben die Teilnehmer verschieden Aspekte an, waren sich jedoch insgesamt einig, dass die Auswirkungen der Implementierung des Prozesses sich auf alle Bereiche eines Wohnheimes auswirken, auch wenn diese nicht in direkter Verbindung damit stünden. Insbesondere werden durch den Prozess die Mitarbeiter in der Pflege nachhaltig und umfassend sensibilisiert und gestärkt. Die positiven Effekte würden insgesamt deutlich über dem Aufwand der Einführung überwiegen, weshalb sie prinzipiell die Umsetzung des Konzeptes für weitere Einrichtungen empfehlen. Strenggenommen werde kein neuer Prozess eingeführt, sondern das bestehende Konzept einer Einrichtung grundlegend optimiert und ergänzt durch das Advance Care Planning.

Für die erfolgreiche Implementierung sei neben der Schaffung einer klaren Struktur vor allem ein Team notwendig, welches hinter der Einführung stehe und die Entscheidungen mittrage. Beide Bedingungen müssten erfüllt sein, da das Unternehmen nur gemeinsam zum Erfolg komme und an einem Strang ziehen müsse, um alle Bereiche entsprechend des Konzeptes anzupassen. Nur durch die Schaffung der Strukturen werde noch keine Veränderung erreicht. Die Erleichterungen und Entlastungen für die Mitarbeiter seien neben den positiven Auswirkungen für die Bewohner ein wesentliches Argument für jede Einrichtung, das Konzept des Advance Care Planning in Betracht zu ziehen und die Einführung des Konzeptes voranzutreiben. Die Teilnehmer wiederholten nochmals, dass die positiven Auswirkungen des Konzeptes in allen Bereichen des Wohnheims spürbar seien und vor allem die gestärkte

Beziehung zu den Bewohnern Grund genug sei, dem Prozess eine Chance zu geben, um den Aufenthalt der Bewohner so schön wie möglich zu gestalten.

Ergebnisbericht der ethischen Evaluation im Projekt Avenue-Pal

U. Scorna, K. Weber

Zielsetzung

Ziel der ethischen Begleitstudie des Projektes Avenue-Pal ist es, die Ablaufprozesse der Sterbephase, das heißt deren Gestaltungsmöglichkeiten sowie potenziellen situationsimmanenten Belastungen für die Sterbenden, deren Angehörige und das professionell pflegende medizinische Personal aus ethischer Sicht zu untersuchen. Der Fokus liegt dabei einerseits auf der Identifikation der Faktoren, die eine optimale Betreuung Sterbender und ein würdevolles Sterben bedingen können und andererseits auf ethischen und sozialen Problemen, die im Rahmen der Sterbebegleitung zu medizinisch nicht notwendigen Verlegungen führen und daher normativ kritische Punkte darstellen können.

Methode

Die Analyse der Faktoren einer optimalen Betreuung Sterbender und eines würdevollen Sterbens basiert dabei vorrangig auf einer Stichwortgeleiteten Literaturrecherche (wie bspw. „ethische Bedingungen“ + „Sterben“) in gängigen Suchmaschinen wie Google Scholar und SpringerLink und der Teilnahme an einem projektinternen Fokusgruppengespräch mit Vertreter*innen hausärztlicher Praxen, Krankenkassen, Kliniken und Pflegeheimen, beziehungsweise mit Ärzt*innen, Pflegeberater*innen sowie ambulanten und stationären Pflegefachkräften. Die Evaluation ethischer und sozialer Probleme, die im Rahmen der Sterbebegleitung zu medizinisch nicht notwendigen Verlegungen führen können, erfolgte mittels einer modifizierten MEESTAR-Befragung, wobei die Ergebnisse der Literatursichtung und der Fokusgruppengespräche bei der inhaltlichen Gestaltung der modifizierten MEESTAR-Befragung Berücksichtigung fanden.

Während bei der klassischen MEESTAR-Befragung (Akronym für „Modell zur ethischen Evaluierung sozio-technischer Arrangements“), einer partizipativen, diskursethischen Erhebungsmethode, die Teilnehmer*innen sich in Fokusgruppengesprächen interaktiv ihre Wertehaltungen, moralischen Überzeugungen, Praxiswissen, Erwartungen und Befürchtungen vermitteln und gemeinsam Lösungsansätze für unterschiedliche Szenarien erarbeiten (vgl. Weber 2019), wurde bei der ethischen Begleitstudie des Avenue-Pal-Projektes aufgrund von Schwierigkeiten bei der Terminfindung für die Fokusgruppengespräche sowie der Schwierigkeit, die diversen ethischen Aspekte in wenigen, diskussionswürdigen Szenarien abzudecken, eine modifizierte Form der MEESTAR-Befragung entwickelt, welche sich gezielt an das Personal aus Pflege und medizinischer Versorgung wendet.

In Form von Action Sheets (vgl. Kunz et al. 2016), einer schriftlichen, diskursethischen Befragungsmethode, sollen die Positionen der verschiedenen Teilnehmer*innen bei bestimmten thematischen Clustern verglichen, Problempunkte identifiziert und diese in Bewertungsdimensionen überführt werden. Die Bewertungsdimensionen der Action Sheets orientieren sich dabei an den MEESTAR-Bewertungsdimensionen Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe und Selbstverständnis, die ihrerseits an den vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (Respekt vor Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit) angelehnt sind (vgl. Weber 2017).

In eine Tabelle überführt, schließt sich jeder Bewertungsdimension des Action Sheets (Selbstverständnis / persönliche Erfordernisse, Selbstbestimmung, Fürsorge, Entscheidungen im Rahmen ökonomischer, juristischer und strukturell bedingter Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit), Privatheit und Teilhabe) ein Fragenkomplex (thematisches Cluster) an. Zur Beantwortung der einzelnen Fragen stehen den Teilnehmer*innen vier Spalten zur Verfügung, in

denen die angesprochene Thematik kommentiert (Spalte „Kommentar“), kritisch hinterfragt (Spalte „Mögliche Probleme / Gefahren / Schwierigkeiten“), mögliche Alternativen genannt (Spalte „Alternative Vorgehensweisen“) oder sonstige Anmerkungen hinterlassen (Spalte „Sonstige Anmerkungen / Hinweise“) werden können. (siehe Abbildung 1).

	Kommentar	Mögliche Probleme/ Gefahren/ Herausforderungen/ Schwierigkeiten	Alternative Vorgehensweise/ Vorschläge	Sonstige Anmerkungen/ Hinweise
PRIVATHEIT				
Welche Möglichkeiten haben Sie, den Sterbenden und gegebenenfalls deren Angehörigen in Ihrer Einrichtung ein Umfeld zur Verfügung zu stellen, welches die Privatsphäre während des Sterbeprozesses sicherstellt?				

Abbildung 1: Auszug aus der um MEESTAR-Dimensionen erweiterten Action Sheet-Befragung

Die inhaltliche Ausgestaltung der sechs Fragenkomplexe der Action Sheet-Befragung zu den ethischen Dimensionen der Begleitung und Betreuung Sterbender sowie die Identifikation jener Faktoren, die eine optimale Betreuung Sterbender und ein würdevolles Sterben bedingen können, basiert auf der vorangegangenen Literatursichtung sowie der Teilnahme an einem projektinternen Fokusgruppengespräch.

Die ethische Evaluation fand unter Mitarbeiter*innen der AWO Gießen und des Universitätsklinikums Gießen / Marburg (UKGM) an zwei verschiedenen Zeitpunkten statt: einmal im Rahmen der Entwicklung der Leitlinien (t1-Messung, Dezember 2019 bis März 2020), wobei die Ergebnisse der Befragung in die Entwicklung der Leitlinien einfließen und ein zweites Mal nach dem Praxistest des Leitlinienentwurfs (t2-Messung, November 2020 bis Februar 2021). An der ersten Befragung nahmen 11 Proband*innen teil, an der zweiten 19. Es ist dabei nicht auszuschließen, dass Teilnehmer*innen der ersten Befragung auch an der zweiten Befragung teilnahmen.

Im Vergleich zur ersten ethischen Befragung fokussiert die zweite Befragung ethische Aspekte im Rahmen des Sterbeprozesses nach der Implementierung der Leitlinien beziehungsweise nach Etablierung des palliativen Konsildienstes. Ziel ist es durch einen Vergleich der Situation vor der Implementierung mit der Situation während und nach der Implementierung der Leitlinien beziehungsweise der Etablierung eines palliativen Konsildienstes die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu überprüfen, um gegebenenfalls weitere ethische Handlungsrichtlinien für das sektoren- und bereichsübergreifende Schnittstellen- und Verlegungsmanagement zu entwickeln. Für die t2-Messung wurde daher der Fragebogen entsprechend angepasst, das heißt, die aus der t1-Messung als wesentlich identifizierten Faktoren wurden noch einmal erhoben, andere Items weggelassen und neue, die speziell auf die Implementierung der Leitlinien und Etablierung des Konsildienstes Bezug nehmen, ergänzt.

Ergebnisse der Literaturrecherche und Fokusgruppengespräche – Grundlage für die Erarbeitung der modifizierten MEESTAR-Befragung

Ausgehend von der Literaturrecherche sowie den Fokusgruppengesprächen erweist sich der Sterbeprozess in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als ein multifaktorielles Ereignis (siehe Abbildung 2). Aufgrund der akuten Zustandsverschlechterung der Patient*innen¹ wandelt sich der auf

¹ Im vorliegenden Text wird um der Lesbarkeit willen einheitlich von „Patient*innen“ gesprochen; damit sind die Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen mit adressiert.

Kuration und Rehabilitation fokussierte medizinische Handlungsrahmen in ein palliativmedizinisches Setting, welches nun auf den Erhalt der Lebensqualität und die Begleitung der Sterbephase und nicht mehr auf Lebenserhaltung und Lebensverlängerung ausgerichtet ist (Nauck 2011, S. 138).

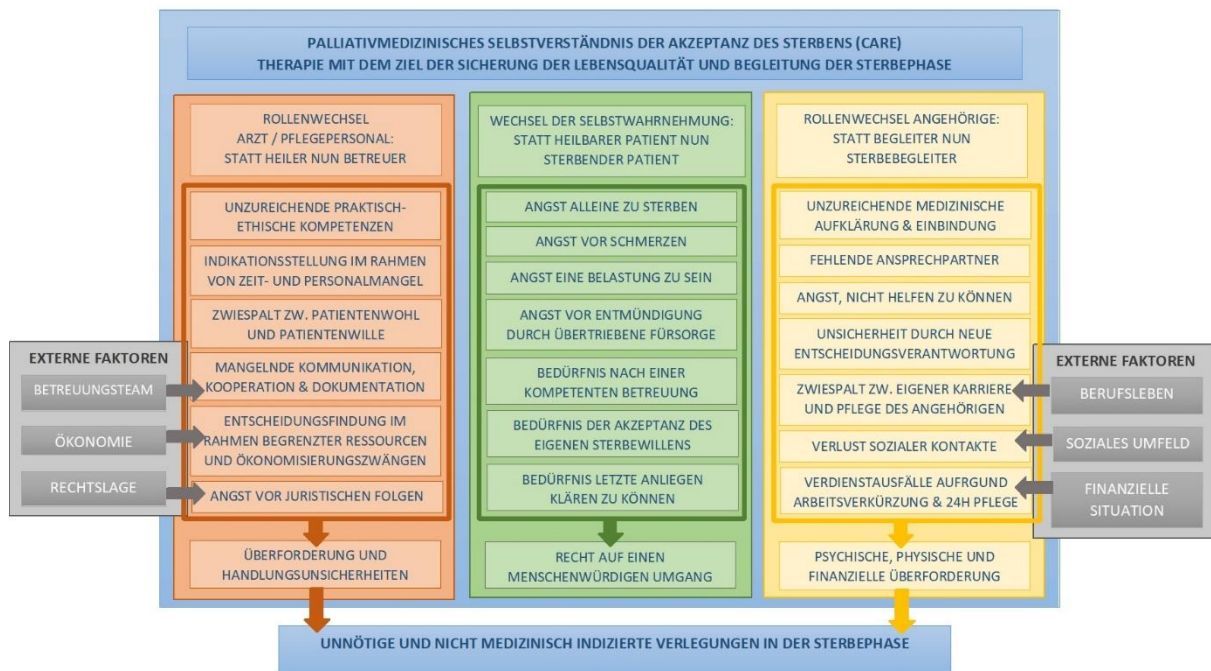


Abbildung 2: Normativ kritische Punkte im Rahmen der Sterbebegleitung (eigene Darstellung)

Mit dem Therapiewechsel von Cure zu Care² wandelt sich zugleich das Rollenverständnis der involvierten Akteur*innengruppen. So werden Ärzt*innen und Pfleger*innen von Heiler*innen zu Betreuer*innen (Schmeling-Kludas 2006, S. 1113), die begleitenden Angehörigen zu Sterbebegleiter*innen und die einst heilbaren Patient*innen zu sterbenden Patient*innen. Die fokussierte Literaturrecherche ergab, dass mit dem Wechsel des Handlungsrahmens verschiedene Faktoren zum Tragen kommen, die in der finalen Phase nicht nur als belastend empfunden werden, sondern potenziell zu medizinisch nicht indizierten Verlegungen führen können.

Allein die Therapiezieländerung stellt gerade für das medizinische Personal im Krankenhaus eine kritische Situation dar, da sowohl das Erkennen der Notwendigkeit eines Therapiewechsels, als auch die Entscheidung zur Aufgabe der Behandlung durch Unsicherheiten infolge unzureichender praktisch-ethischer Kompetenzen gekennzeichnet ist und als emotionale Belastung empfunden wird – widerspricht doch der Behandlungsverzicht dem auf Lebenserhalt ausgerichteten intensivmedizinischen Selbstverständnis (Marckmann/Feichtner/Kränzle 2018, S. 88; Nauck 2011, S. 138-141; Schmeling-Kludas 2006, 1113; Schuster 1999, S. 263). Auch der den Pflegenden innewohnende Zwiespalt, einerseits dem Patient*innenwillen zu entsprechen und andererseits das Patient*innenwohl nicht zu gefährden, führt zu Handlungsunsicherheiten, vor allem da in einem Großteil der Fälle die betreffende Person nicht mehr aussagefähig ist und die Entscheidung nun stellvertretend von dem medizinisch-pflegerischen Personal getroffen werden muss, ohne dass eindeutig geklärt werden kann, ob das gewählte Vorgehen dem Willen des Sterbenden entspricht (Marckmann/Feichtner/Kränzle 2018, S. 87; Schmeling-Kludas 2006, S. 1114). Schuster (1999) verweist

² Der Wechsel von Cure zu Care wird seit geraumer Zeit einschlägig diskutiert; dabei wird auch thematisiert, dass dieser Wandel nicht zuletzt dadurch geprägt ist, dass Interessen der Stakeholder von diesem Wandel betroffen sein können (bspw. Hall et al. 2009; Meeker, McGinley & Jezewski 2019; Warren & Addison 2020).

in diesem Zusammenhang darauf, dass zwar vorhandene Patient*innenverfügungen verbindlich sind, deren Formulierungen aber meist aus Zeiten stammen, in denen die Patient*innen gesund waren und es daher unklar ist, ob die getroffenen Regelungen überhaupt noch Aktualität besitzen (Schuster 1999, S. 265). Auch kann das Gebot zur Einhaltung des Patient*innenwillens beziehungsweise der Respekt der Patient*innenautonomie zu Gewissenskonflikten führen, da der Wille mit dem medizinischen Ethos in Widerspruch stehen kann, vor allem wenn die Patient*innen empfohlene Therapien verweigern oder auf Maßnahmen bestehen, die nach medizinischer Ansicht unnötig oder schädlich sind (Marckmann/Feichtner/Kränzle 2018, S. 87 f.; Nauck 2011, S. 141; Schuster 1999, S. 265). Die Angst vor juristischen Konsequenzen, besonders durch eine potenzielle Fehlinterpretation des vermeintlichen Patient*innenwillens ist groß (Schmelting-Kludas 2006, S. 1116).

Verstärkt wird die Handlungsunsicherheit der professionell Pflegenden zusätzlich durch die unzureichende und teilweise gänzlich fehlende praktisch-ethische Aus- und Fortbildung im Umgang mit Sterbenden (vgl. Beutel 2004; Reiter-Theil/Hiddemann 2000, S. 193 f.), hinsichtlich der persönlichen Verarbeitung der Erlebnisse durch die fehlende praktische und emotionale Unterstützung durch Vorgesetzte (Schmelting-Kludas 2006, S. 1116), durch die mangelnde Kommunikation der an der Pflege beteiligten Akteur*innen sowie durch eine mangelnde Pflegedokumentation und interne Kompetenzstreitigkeiten (Fokusgruppengespräch Gießen 2018).

Ein weiterer Faktor, der unnötige Verlegungen von Sterbenden verursachen kann, sind die in den Einrichtungen vorherrschenden begrenzten Ressourcen, wie dem Zeit- und Personalmangel (Fokusgruppengespräch 2018, Schmelting-Kludas 2006, S. 1116). Schuster (1999) und Nauck (2011) konstatieren, dass in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zunehmend ökonomische Überlegungen das professionelle Handeln beeinflussen würden, besonders, wenn Therapieentscheidungen nicht mehr individuell, sondern in Relation zu anderen Patient*innen vor dem Hintergrund geringer Bettenkapazitäten, begrenzter Verfügbarkeit von Apparaten und eines limitierten Arzneimittelbudgets getroffen werden (Nauck 2011, S. 140; Schuster 1999, S. 266).

Auch aufseiten der Angehörigen können im Rahmen der Sterbebegleitung verschiedene Faktoren dazu führen, dass Verlegungen in der finalen Phase veranlasst werden. Besonders die fehlende medizinische Aufklärung beziehungsweise die mangelnde Angehörigenschulung hinsichtlich Krankheitsverlauf, Perspektiven und Unterstützungsangeboten können vor dem Hintergrund der aktiven Sterbebegleitung, der (neu) übertragenen Entscheidungsverantwortung und dem damit verbundenen Gefühl dem Sterbenden nicht helfen zu können, zu psychischen Überforderungen führen (Göth et al. 2018, S. 38; Knipping 2006, S. 1104 ff.; Schuster 1999, S. 265; Wiese et al. 2011, S. 161, Fokusgruppengespräch 2018). Die intensive 24-stündige Rundumbetreuung erschwert zusätzlich die soziale Teilhabe, sodass vielen pflegenden Angehörigen der Verlust sozialer Kontakte und damit verbunden die soziale Isolation („social death“) droht (Fokusgruppengespräch 2018; Göth et al. 2018, 38). Die mit der intensiven Pflege verbundene Mehrarbeit, da die Pflege teilweise neben dem eigentlichen Beruf stattfindet, kann ihrerseits zu einer körperlichen Belastung werden (Fokusgruppengespräch 2018; Göth et al. 2018, S. 38). Ein Ausweg bieten die Arbeitszeitverkürzung und/oder Berufsaufgabe, womit aber finanzielle Einbußen und eine Unterbrechung der eigenen Karrierepläne verbunden sind (Göth et al. 2018, S. 38).

Für den Sterbenden selbst ist die letzte Phase durch vielseitige Ängste gekennzeichnet, wie die, alleine sterben zu müssen und Schmerzen zu erleiden (Kränzle/May 2018, S. 27; Seeger 2018, S. 19) oder anderen Personen zur Last zu fallen (Schmelting-Kludas 2006, S. 1116). Aber auch das Bedürfnis nach einer kompetenten Betreuung und die Hoffnung letzte Anliegen klären zu können (Kränzle/May 2018, S. 27; Seeger 2018, S. 19) sowie der Wunsch nach Akzeptanz des *Sterben-dürfens* (Göth et al. 2018, S. 39) prägen die Sterbephase.

Ausgehend von diesen Ergebnissen lassen sich Bedingungen für eine optimale Betreuung Sterbender (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) ableiten. Diese betreffen neben der effektiven Einbindung der Angehörigen in Form von Shared Decision Making (Nauck 2011, S. 138), Patienten- und Angehörigenedukation (Knipping 2006, S. 1104, 1107, 1111) und einer gemeinsamen Kommunikation (Schmeling-Kludas 2006, S. 1119) auch die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, in der alle beteiligten Akteur*innengruppen in den Sterbeprozess gleichermaßen einbezogen werden sollen, um einen gegenseitigen Informationsaustausch zu ermöglichen (Seeger 2018, S. 20; Wiese et al. 2011, S. 164). Im Fall des Sterbeprozesses im Pflegeheim ist die enge Einbindung der Hausärzt*innen Dreh- und Angelpunkt, so dass deren Einbindung in entsprechende Teams zentrale Bedeutung hat. Zudem soll die multiprofessionelle Zusammenarbeit gewährleisten, dass die Therapie durch die gemeinsame Pflegedokumentation und ein implementiertes, interdisziplinäres Re-Assessment stets an den aktuellen Bedürfnissen der Patient*innen angepasst werden kann (Knipping 2006, S. 1104). Gerade auch in der ambulanten Pflege soll die frühzeitige Einbindung von spezialisierten ambulanten Palliativversorgungs-Teams (SAPV-Teams) sowie die Nutzung von Synergieeffekten speziell zwischen SAPV-Team und Rettungsdienst unnötige Verlegungen verhindern (Alt-Epping/Nauck 2015, S. 431). Beispielsweise schlagen Wiese et al. (2011) vor, Notfallpläne, -medikamentenboxen und -bögen (eine Art verkürzte Patient*innenverfügung wie „Do not attempt resuscitation order“, „allow-natural-death“-Verfügung) bereitzustellen, damit im Notfall die Informationen für den eintreffenden und behandelnden Rettungsdienst schneller greifbar sind (Wiese et al. 2011, S. 164).

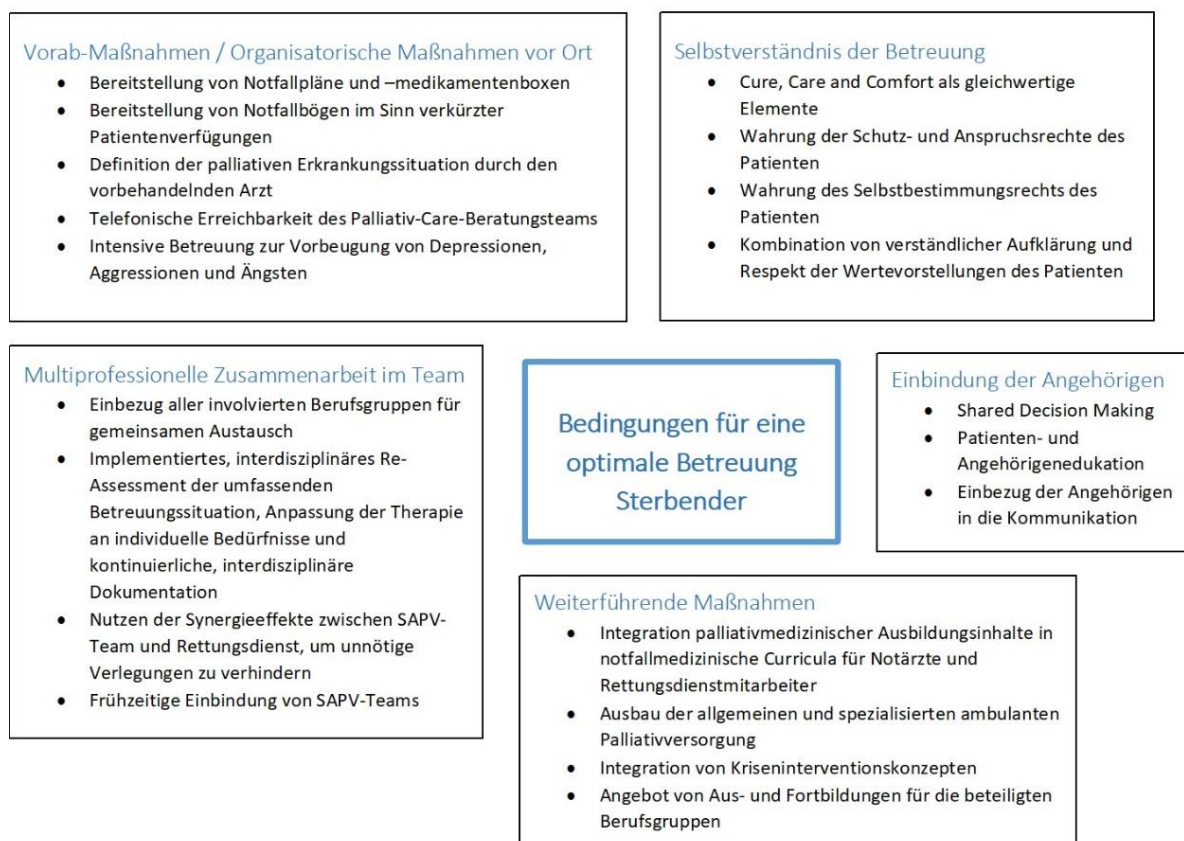


Abbildung 3: Bedingungen für eine optimale Betreuung Sterbender (eigene Darstellung)

Eine intensive Betreuung der Sterbenden und ihrer pflegenden Angehörigen durch Palliativ-Care-Beratungsteams kann ebenfalls Sicherheit besonders bei Entscheidungssituationen geben und Depressionen sowie Ängsten entgegenwirken (Kränzle/May 2018, S. 27; Seeger 2018, S. 19). Unabhängig von solchen Vorab- beziehungsweise Vorortmaßnahmen ist es entsprechend Wiese et al.

(2011) und Schmeling-Kludas (2006) entscheidend, dass die allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie Kriseninterventionskonzepte weiter ausgebaut werden und palliativmedizinisches Wissen verstärkt in der notfallmedizinischen Aus- und Weiterbildung gelehrt wird (Schmeling-Kludas 2006, S. 1120; Wiese et al. 2011, S. 162 ff.). Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Schutz- und Anspruchs- und Selbstbestimmungsrechte der Patient*innen gewahrt werden (Nauck 2011, S. 140) und ein würdevolles Sterben (siehe Abbildung 4) möglich ist, bei dem das Selbstbestimmungsrecht beziehungsweise die Patientenautonomie respektiert wird (vgl. Blumenthal-Barby 1998, S. 256; Kränzle/May 2018, S. 27; Reiter-Theil/Hiddemann 2000, S. 195; Schmeling-Kludas 2006, S. 1116 f.), Leiden gelindert beziehungsweise weitere Schäden vermieden werden (Kränzle/May 2018, S. 27), das Patientenwohl Berücksichtigung findet (vgl. Blumenthal-Barby 1998, S. 256; Knipping 2006, S. 1105-1111; Kränzle/May 2018, S. 27; Reiter-Theil/Hiddemann 2000, S. 194; Seeger 2018, S. 20), die Sterbenden Beistand erhalten kann können (vgl. Blumenthal-Barby 1998, S. 256; Kränzle/May 2018, S. 27; Schmeling-Kludas 2006, S. 1116) und sie weiterhin soziale Teilhabe erfahren und nicht durch unnötige Verlegungen isoliert werden (Blumenthal-Barby 1998, S. 256).



Abbildung 4: Bedingungen für ein würdevolles Sterben (eigene Darstellung)

Ergebnisse der modifizierten MEESTAR-Befragung

Basierend auf dieser Literaturrecherche wurde die ethische Befragung mittels Actions Sheets entwickelt, die zentrale ethische Dimensionen der Begleitung und Betreuung Sterbender thematisiert, wie Selbstverständnis und Selbstbestimmung, Fürsorge, Entscheidungen im Rahmen von ökonomischen, juristischen und strukturell bedingten Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit), Privatheit und Teilhabe. Die Ergebnisse aus der Befragung vor der Implementierung der Leitlinien beziehungsweise der Etablierung des Palliativdienstes (erste Befragung) und die Ergebnisse der Befragung während beziehungsweise nach deren Implementierung werden im Folgenden präsentiert.

Selbstverständnis und Selbstbestimmung

Entsprechend der Aussagen der 11 Proband*innen aus der ersten Befragung zählt es zu den wichtigsten Aufgaben im Rahmen der Betreuung Sterbender Zeit zu haben (4/11), Schmerzen zu lindern (3/11), auf die Wünsche des Sterbenden eingehen zu können (3/11) und ihm Aufmerksamkeit

zu schenken (2/11). Alle Befragten sind der Meinung, dass die Pflegenden für die Sterbenden auch bei nicht medizinischen Themen sehr wichtige Ansprechpersonen sind, allerdings berichten 5 der Befragten, dass die Möglichkeit auch tatsächlich Ansprechpartner*in sein zu können durch die zur Verfügung stehende Zeit, den Umfang der Aufgabe und die jeweilige Thematik beschränkt ist, da beispielweise es den Pflegenden oft an Hintergrundwissen zu den jeweiligen Themen fehle (2/11). Der Wechsel der Therapie von Lebensverlängerung zur Sicherung der Lebensqualität wird von den Pflegenden gut verarbeitet, kann jedoch je nach Intensität der zuvor aufgebauten Behandlungsbeziehung, Dauer der Therapie und allgemeinem Zustand der Patient*innen durchaus auch eine Belastung für das betreuende Personal darstellen (3/11). Schwierigkeiten sehen die Befragten auch dabei, die Angehörigen effektiv unterstützen zu können (2/11). Allen Befragten ist es sehr wichtig, selbst praktische und emotionale Unterstützung durch Mitarbeiter*innen und Vorgesetzte zu erhalten. 8 der 11 Befragten gaben an, dass sie im Rahmen ihrer medizinisch-pflegerischen Tätigkeit die Möglichkeit zur fachgerechten Aufklärung der Patient*innen haben, wobei der Umfang der Aufklärung vom Zustand der Patient*innen (2/11), vom vorhandenen Personal (1/11) und vom thematischen Bezug (1/11) abhängig ist. 5 der 11 Befragten gaben zudem an, dass sie stark durch nicht eindeutige Patient*innenverfügungen beeinflusst werden, wodurch es ihnen schwer fallen würde entsprechend der Wünsche der Sterbenden zu handeln. Hinsichtlich des mit der medizinischen Meinung nicht korrespondierenden Patient*innenwillens gaben 8 der Befragten an, die betreffenden Patient*innen erneut aufzuklären und den Wunsch zu besprechen, 7 gaben demgegenüber an, den Wunsch letztendlich zu akzeptieren und 3 betonten diejenigen Maßnahmen abzulehnen, die von den Patient*innen gewünscht werden, aber von denen zu erwarten sei, dass diese schaden würden.

Wie die zweite Befragung ergeben hat, sind 15 der 19 Befragten der Meinung, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst ihre Handlungssicherheit stärken und praktische Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln. Hinsichtlich der Art der Hilfestellung durch die Leitlinien beziehungsweise den Palliativdienst sind ebenfalls 15 Befragte der Meinung, dass diese ihnen praktische Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln. In Bezug auf die Etablierung des palliativen Konsildiensts am UKGM wird angemerkt, dass dieser Unterstützung auf verschiedenen Stationen bietet (1/19) und vor allem die regelmäßigen Visiten bei der Wahl der Behandlung helfen würden (1/19). Als negativ wird jedoch angemerkt, dass die Absprachen und Startgespräche mit dem Palliativdienst durch die Ärzt*innen stattfinden und die Pflegekräfte den „(potenziellen) Patientenkontakt nur am Rande“ (UKGM_2_04) mitbekommen, weshalb der Informationsfluss verbesserungswürdig sei. Als Verbesserungsvorschlag werden daher interdisziplinäre Patient*innenbesprechungen mit Palliativdienst, Stationsärzt*in und Pflege (1/19) vorgeschlagen. Hinsichtlich der Frage, ob die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst auch emotionale Hilfestellungen bei der Begleitung Sterbender vermitteln, bejahen dies 8 der Befragten, 8 verneinen es, 2 haben „keine Angabe“ gewählt und einer hat sich enthalten. Die Unterstützung erfolgt dabei in der Pflegeeinrichtung vor allem durch die Advance Care Planning (ACP) Berater*innen, im Krankenhaus durch die Palliativ Care und Pain Nurse sowie durch die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch und die Kooperation zum Hospiz. Gerade letzteres sei auch eine gute emotionale Beratung für die Patient*innen (1/19). 2 der Befragten gaben an, dass auch der Palliativdienst eine emotionale Unterstützung durch den kollegialen Austausch biete.

12 der 19 Befragten sind der Meinung, dass durch die Leitlinien bzw. den Konsildienst die Unterstützung von Mitarbeiter*innen und Vorgesetzten zugenommen habe. Als Gründe für die verbesserte Unterstützung wird die gute Zusammenarbeit und der rege Austausch (2/19) genannt, wodurch leichter gemeinsame Therapie- und Behandlungsentscheidungen getroffen werden können (1/19). Angemerkt wurde jedoch auch, dass die Leitlinien Mehrarbeit mit sich brächten (1/19).

Hinsichtlich der multiprofessionellen Zusammenarbeit sind 14 der 19 Befragten der Auffassung, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst die Qualität der Zusammenarbeit aller in der Pflege beteiligten Akteur*innengruppen verbessert hätten, unter anderem dadurch, dass Kompetenzstreitigkeiten minimiert werden konnten (9/19). Gründe, die hierfür angebracht werden, sind, dass öfter miteinander kommuniziert wird (1/19), Situationen wie Schmerz oder Stress besser erkannt und behandelt werden (1/19) sowie die Vergegenwärtigung des Prozederes verhindere, dass jede/r nach „individuellem Gutdünken“ handeln würde (1/19). In diesem Zusammenhang wird von einer/einem Befragten angemerkt, dass weitere Schulungen sinnvoll wären und dass mehr interdisziplinäre Kommunikation oder Dokumentation auf gemeinsamer Basis diesen Effekt steigern würde (1/19).

Fürsorge

Hinsichtlich der Möglichkeit auf die Ängste der Sterbenden eingehen zu können, bewerten nur 2 der 11 Befragten diese als gut. Der Großteil der Befragten gibt an, dass es ihnen nicht immer möglich ist darauf eingehen zu können, da Zeit fehle oder der Patient sich nicht richtig öffne. Die Verlegung während des Sterbeprozesses wird von 7 Befragten als schlecht oder unzureichend bezeichnet, da es für den Sterbenden Stress und Unruhe bedeute und sein Zustand sich dadurch meist verschlimmere. Hier wünschen sich die Befragten eine intensivere Zusammenarbeit mit dem SAPV-Teams sowie frühzeitige Absprachen mit den Angehörigen.

Die zweite Befragung hat ergeben, dass 10 der 19 Befragten der Meinung sind, dass die Leitlinien beziehungsweise der palliative Konsildienst Hilfestellungen bieten, um auf die Ängste und Sorgen der Sterbenden eingehen zu können, wobei von einer/einem Befragten ergänzt wurde, dass das Eingehen auf Ängste und Sorgen schon vorher möglich gewesen sei, aber durch ACP verstärkt und verbessert werde. Hilfestellungen erfolgten durch regelmäßige Visiten und/oder durch Hilfestellungen im Dialog (1/19). Es wird jedoch angemerkt, dass eine, wenn auch nur „kurze“ Fortbildung begrüßenswert wäre, da die Sterbebegleitung nicht beziehungsweise unqualifiziert und uninformiert stattfände (1/19).

Die Mehrheit der Befragten (15/19) ist der Meinung, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst die Qualität der Aufklärung der Sterbenden hinsichtlich ihrer aktuellen Lage und ihrer potenziellen Therapieoptionen verbessert habe, da es einen offeneren Umgang mit dem Thema Tod und Sterben gäbe (4/19), die ACP Berater*innen diesbezüglich viel leisteten (1/19) und die Qualität der Wissensvermittlung beziehungsweise Aufklärung der Patient*innen durch das gemeinsam angelegte palliative Protokoll/Formular gestiegen sei (3/19). Angemerkt wird in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Protokolle „gut ausgefüllt“ sein müssten und dies immer wieder evaluiert und angesprochen werden müsse (1/19). In Bezug auf nicht eindeutige Formulierungen in den Patient*innenverfügungen gaben 10 der 19 Befragten an, dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst auch diesbezüglich Hilfestellungen böten, da beispielsweise klärende Patient*innen- und Angehörigengespräche geführt (2/19) und die Themen durch die ACP-Berater*innen offen kommuniziert und besprochen würden (1/19). 7 Befragte sind der Meinung, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst einen positiven Einfluss auf die Pflegenden/Gepflegten-Beziehung hätten, da die Gespräche zwischen Pflegepersonal und Patient*innen offen seien (1/19), auf Verständnis und Vertrauen beruhten (1/19) und für die Patient*innen Klarheit brächten (1/19). Außerdem könne dem Patient*innenwillen besser entsprochen werden, da jederzeit noch einmal im palliativen Protokoll nachgelesen werden könne, wie dieser versorgt werden möchte (1/19).

Entscheidungen im Rahmen ökonomisch, juristisch und strukturell bedingter Gegebenheiten (Gerechtigkeit)

Wie die erste Befragung ergeben hat, sind 8 der 11 Befragten der Meinung, dass die Therapieentscheidungen für eine Patientin oder einen Patienten nicht von der Therapieentscheidung

für andere Patient*innen abhängig seien. 3 der Befragten werden in ihrem Handeln durch die Angst vor möglichen juristischen Konsequenzen beeinflusst, weshalb eine transparente Dokumentation zur rechtlichen Absicherung gewünscht wird (1/11). Als Problem innerhalb der Betreuung Sterbender werden von fast allen Befragten der Zeit- (10/11) und Personalmangel beziehungsweise die hohe Personalfuktuation (7/11) genannt.

Dass die Leitlinien beziehungsweise der Palliativdienst auch bei juristischen Fragen Hilfestellungen bieten, wird in der zweiten Befragung von 9 der 19 Befragten befürwortet, da ungenau formulierten Patient*innenverfügungen mithilfe des Palliativdienstes ausgelegt werden (1/19) und mit dem Palliativdienst erarbeitete Patient*innenverfügungen oft eine wichtige Grundlage für die weitere Therapie sind, an der sich die Pflege orientiere (1/19). Demgegenüber wird jedoch von einer/einem Befragten angebracht, dass es immer Unsicherheiten oder fehlendes Wissen gäbe, weshalb die Leitlinien bzw. der Palliativdienst bei juristischen Fragen nicht hilfreich seien.

Hinsichtlich des vorherrschenden Zeit- und Personalmangels sind nur 2 der Befragten der Auffassung, dass durch die Leitlinien bzw. den Palliativdienst mehr Zeit für die Betreuung und Begleitung Sterbender zur Verfügung stünde und nur 3 der Befragten geben an, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst Hilfestellungen hinsichtlich personeller Engpässe böten. Der Großteil der Befragten vertritt demnach die Ansicht, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst weder einen Einfluss auf zeitliche oder personale Ressourcen hätten, unter anderem, weil die Leitlinien keine (fehlenden) Pflegekräfte ersetzen könnten (1/19), auch wenn sie prinzipiell eine Unterstützung im Berufsalltag darstellten (1/19).

Privatheit

Fast alle der Befragten geben in der ersten Befragung an, dass es generell gute Möglichkeiten gäbe, den Sterbenden Privatsphäre zu ermöglichen (10/11), ohne dass diese zu einer Vereinsamung oder Isolation der/des Sterbenden führe. Im Vorfeld würden daher die Angehörigen eingebunden (5/11), eine persönliche Sterbebegleitung angeboten (3/11) und Gespräche mit den Patient*innen zu ihren Wünschen in der letzten Phase geführt (2/11). Im Falle einer Verlegung gaben 5 der Befragten an, keinen Einfluss mehr darauf zu haben, ob die Privatsphäre weiterhin gewahrt werde.

Einbindung der Angehörigen (Teilhabe)

Entsprechend der Aussagen der ersten Befragung gibt es gute Möglichkeiten, die Angehörigen in die Sterbebegleitung einzubinden (7/11) beziehungsweise sie bei dabei zu unterstützen (9/11), beispielsweise durch gemeinsame Gespräche (6/11), Aufklärung und praktische Anleitung (6/11). 5 der Befragten verspüren hingegen gelegentlich Druck durch die Angehörigen, da diese mit der Sterbesituation nicht richtig umgehen könnten und versuchen würden die Pflegenden zu instrumentalisieren.

Der Großteil der Befragten (14/19) ist in der zweiten Befragung der Meinung, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst Hilfestellungen und/oder praktische Hinweise für den Umgang mit den Angehörigen böten. Durch eine offene Kommunikation mit den Angehörigen (1/19) und deren Einbindung in Prozesse (2/19) könne ihnen der Wille der Patient*innen verdeutlicht werden (1/19). Vonseiten der Pflege wird angemerkt, dass es schön wäre, wenn diese über potenzielle Angehörigenkontakte bspw. in Form eines kleinen Akteneintrags (elektronisch) informiert wären (1/19).

Gründe, die zu medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen führen sowie Maßnahmen, diese zu verhindern: der Effekt der Leitlinien bzw. des Palliativdienstes auf Verlegungen in der Sterbephase

In der ersten Befragung geben die Befragten an, dass Unsicherheiten (4/11), mangelndes Wissen zu palliativmedizinischem Vorgehen (3/11), ungeschultes Personal (2/11), Kommunikationsdefizite

(2/11), Betten- (2/11) und Personalmangel (1/11) sowie die fehlende Empathie mit den Patient*innen zu medizinisch nicht indizierten Verlegungen in der Sterbephase geführt haben. Maßnahmen zur Vorbeugung dieser Verlegungen bestehen in gemeinsamen Gesprächen unter anderem auch mit den Angehörigen bezüglich der Wünsche der Patient*innen, der Unterstützung des Personals (2/11), Aufklärungs- (2/11) und Schulungsangeboten (3/11) sowie dem Vorhandensein aussagefähiger Patient*innenverfügungen (2/11).

Die zweite Befragung hat demgegenüber ergeben, dass der überwiegende Teil der Befragten (16/19) der Meinung ist, dass die Leitlinien bzw. der Palliativdienst medizinisch nicht notwendige Verlegungen reduziert hätten durch eine bessere Aufklärung und/oder konkretere Angaben (2/19) sowie die potenzielle Stärkung der fachlichen Kompetenz (1/19), vor allem, weil auf die Patient*innenwünsche besser eingegangen werden könne (1/19).

Literatur

- Alt-Epping, B. & Nauck, F. (2015): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 4-5, 58:430-435. DOI: 10.1007/s00103-015-2125-6.
- Beutel, M. E. (2004). Psychotherapeutischer Umgang mit Todkranken und Sterbenden im Konsiliardienst. In: Arolt, V., Diefenbacher, A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Heidelberg: Springer, S. 122-140.
- Blumenthal-Barby, K. (1998): Sterbeaufklärung in Deutschland. Ein Beitrag zum Entwurf der Richtlinie der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Der Urologe [B] 3, 38:255-257.
- Göth, M., Silberzahn-Jandt, G., Roser, T., Gratz, M., Jaun, C. & Nau, H. (2018): Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 35-64.
- Knipping, C. (2006): Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49:1104-1112. DOI 10.1007/s00103-006-0071-z.
- Kränzle, S. & May, C. A. (2018): Wenn nichts mehr zu machen ist. Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliative Care. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 25-33.
- Kunz, A., Pohlmann, S., Heinze, O., Brandner, A., Reiß, C., Kamradt, M., Szecsenyi, J., Ose, D. (2016): Strengthening interprofessional requirements engineering through Action Sheets: A pilot study. JMIR Human Factors, 3(2): e25. DOI: 10.2196/humanfactors.5364.
- Marckmann, G., Feichtner, A. & Känzle, S. (2018): Ethische Entscheidungen am Lebensende. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 85-98.
- Nauck, F. (2011): Ethische Aspekte in der Therapie am Lebensende. In: Med Klin Intensivmed. 106:137-148. DOI: 10.1007/s00063-011-0057-y.
- Reiter-Theil & Hiddemann, W. (2000): Patientenautonomie statt Paternalismus. Ein Paradigmenwechsel in der klinischen Ethik? In: Der Onkologe 3, 6:190-197.
- Schmeling-Kludas, C. (2006): Die Rolle des Arztes und die Kommunikation mit Sterbenden. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 49:1113-1121. DOI: 10.1007/s00103-006-0072-y.
- Schuster, H.P. (1999): Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. In: Internist, 40:260-269.
- Seeger, C. (2018): Grundsätze von Palliative Care. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6. Auflage. Berlin: Springer, S. 17-21.
- WEBER, K. (2017): Demografie, Technik, Ethik: Methoden der normativen Gestaltung technisch gestützter Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, 22 (4), S. 338-352.

- Weber, K. (2019): Methoden der ethischen Evaluation von IT. In: Draude, Claude; Lange, Martin; Sick, Berhard (Hrsg.): INFORMATIK 2019: 50 Jahre Gesellschaft für Informatik. Informatik für Gesellschaft (Workshop-Beiträge), Gesellschaft für Informatik eV, S. 431-444.
- Wiese, C.H.R., Vagts, D.A., Kampa, U., Pfeiffer, G., Grom, I.-U., Gerth, M.A., Graf, B.M., Zausig, Y.A. (2011): Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. In: Anaesthesist 60:161-171. DOI 10.1007/s00101-010-1831-6.

Literatur

- geordnet nach Themen/Schlüsselbegriffen -

Angehörige

Glajchen M: The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. J Support Oncol, 2004. 2(2): p. 145-55.

McLean LM et al.: A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study. Psychooncology, 2008. 17(11): p. 1152-6.

Kern MG, D, Ostgathe E: Was brauchen Menschen, die ihre schwerstkranken und sterbenden Angehörigen zu Hause versorgen?, 2009.

Cohen MZ et al.: The meaning of parenteral hydration to family caregivers and patients with advanced cancer

Angehörige, strukturelle Voraussetzungen, Steuerung der letzte Lebensphase

Schulz C: Interventionen bei Kernsymptomen - Angst, in Psychologie und Palliative Care, M. Fegg, J. Gramm, and M. Pestinger, Editors. 2012, Kohlhammer Verlag: Stuttgart. p. 191-197.

Angehörige, Sterbeort, Steuerung der letzte Lebensphase, strukturelle Voraussetzungen

Escobar Pinzon LC et al.: Preference for place of death in Germany. J Palliat Med. 2011. 14(10): p. 1097-103.

Angehörige, Steuerung der letzte Lebensphase

Liverpool Care Pathway (LCP) - Unterstützung und Begleitung des sterbenden Patienten in den letzten Tagen und Stunden seines Lebens. Informationsblatt für Angehörige. 2012; Available from: http://palliativzentrum.uk-koeln.de/zentrum-palliativmedizin/dateien/lcp-version-12-deutschsprachige-mutterversion_092012_hochformat_mitinfo_safe.pdf

Entscheidungshilfen

Lenz M, Buhse S, Kasper J, Kupfer R, Richter T, Mühlhauser I: Decision aids for patients. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(22-23): 401-8. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0401

receiving hospice care. J Pain Symptom Manage, 2012. 43(5): p. 855-65.

Scheibler F, Moren B, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln: Der praktische Einsatz von Entscheidungshilfen für Patienten Reine Informationsvermittlung reicht nicht aus, kliniker, 2007; 36 (1): 27-31

Kosten, Steuerung der letzte Lebensphase

Zhang B. et al.: Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Arch Intern Med, 2009. 169(5): p. 480-8.

Leitlinienprogramm

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff am: 15.07.2018)

Patientenverfügung

Günther H: Patientenverfügungen: Drei Rahmenbedingungen, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/treffer?mode=s&wo=1008&typ=16&aid=54519&s=Palliativ&s=Sterben&s=Verlegung>

Pflegefallzahlen

Kochskämper S, Institut der deutschen Wirtschaft: IW-Report 33/18, Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern, Eine Simulation bis 2035, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2018/IW-Report_33_2018_Pflegefallzahlen.pdf

Schnittstellenmanagement und Kommunikation

Warum viele sterben, wo sie nicht sterben wollen, <https://www.welt.de/204152876>

Sozialgesetzbuch

§ 132g SGB V, Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Sterben, Sterbeort, Angehörige

Keller M.: Krebspatienten im Sterbeprozess - Perspektiven und Erfahrungen in der Psychoonkologie, in Handbuch Sterben und Menschenwürde, M.A.W. Eckart, Editor 2013, De Gruyter: Berlin. p. 765-799.

Sterbeort allgemein

Ahlner-Elmqvist M et al.: Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med*, 2004. 18(7): p. 585-93.

Escobar Pinzon LC et al.: Factors influencing place of death in Germany. *J Pain Symptom Manage*, 2011. 41(5): p. 893-903.

Gomes B et al.: Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncol*, 2012. 23(8): p. 2006-15.

Poulose JV et al.: Association between referral-to-death interval and location of death of patients referred to a hospital-based specialist palliative care service. *J Pain Symptom Manage*, 2013. 46(2): p. 173-81.

Gome B et al.: Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*, 2013. 12(1): p. 7.

Costa V: The Determinants of Place of Death: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 2014. 1;14(16): p. 1-78.

Dasch B; Blum K, Gude P; Bausewein C: Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. *Deutsches Ärzteblatt*, 2015. 112(29-30): p. 496-504.

Kalseth J, Theisen OM (2017): Trends in place of death: The role of demographic and epidemiological shifts in end-of-life care policy, in: *Palliat Med*. 2017 Dec;31(10):964-974. doi: 10.1177/0269216317691259. Epub 2017 Feb 13.

Statista (2018): An welchem Ort möchten sie am liebsten sterben, wenn es einmal soweit ist?, in: Statista - Das Statistik-Portal. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/227365/umfrage/bevorzugte-sterbeorte/> (letzter Besuch 30. Oktober 2018).

Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C: Place of death: trends over the course of a decade—a population-based study of death certificates from the years 2001 and 2011., *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 496-504. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0496

Sterbeort zu Hause

Kjellstadli C, Husebø BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S (2018): Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study, in: *BMC Palliat Care*. 2018 May 2;17(1):69. doi: 10.1186/s12904-018-0323-3.

Sterbeort, häusliche Pflege

Gomes B et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 6: p. CD007760.

Sterbeort, Intensivstation

Fleischmann-Struzek C, Mikolajetz A, Reinhart K, Curtis JR, Haase U, Thomas-Rüddel D, Dennler U, Hartog CS: Hospitalization and intensive therapy at the end of life—a national analysis of DRG statistics from 2007-2015, *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 653-60. DOI:10.3238/arztebl.2019.0653

Sterbeort, Kinder und Jugendliche

Gao W, Verne J, Peacock J, Stiller C, Wells C, Greenough A, Higginson IJ (2016): Place of death in children and young people with cancer and implications for end of life care: a population-based study in England, 1993-2014, in: *BMC Cancer*. 2016 Sep 19;16(1):727. doi: 10.1186/s12885-016-2695-1.

Sterbeort, Kosten

Bloom BS and Kissick PD: Home and hospital cost of terminal illness. *Med Care*, 1980. 18(5): p. 560-4.

Sterbeort, Steuerung der letzte Lebensphase

Mulligan J: Dying at home: An evaluation of a specialist home care service, 1989, University of Wales, College of Cardiff.

Viney LL et al.: Dying in palliative care units and in hospital: a comparison of the quality of life of terminal cancer patients. *J Consult Clin Psychol*, 1994. 62(1): p. 157-64.

Sterbeort, Steuerung der letzte Lebensphase, strukturelle Voraussetzungen

Grande GE et al.: Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial. *BMJ*, 1999. 319(7223): p. 1472-5.

Jordhoy MS et al.: A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised, trial. *Lancet*, 2000. 356(9233): p. 888-93., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11036893>

Sterbeort, strukturelle Voraussetzungen

Ahlner-Elmqvist M et al.: Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med*, 2004. 18(7): p. 585-93.

Zich K, Sydow H.: Faktencheck Palliativversorgung -Modul 1-, Sterbeort Krankenhaus - Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. 2015.

Costa V et al.: The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*, 2016. 20;15: 8.

Sterbephase

Kantonsspital St.Gallen and Z.f.P. Palliativzentrum CH und Uniklinik Köln. Liverpool Care Pathway (LCP) – Unterstützung und Begleitung des sterbenden Patienten in den letzten Tagen und Stunden seines Lebens Available from: https://www.kssg.ch/sites/default/files/2016-06/Handlungsempfehlung%20Sterbephase_deutschsprachige%20Version.pdf

Steuerung der letzten Lebensphase

Reed PG: Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. Res Nurs Health, 1987. 10(5): p. 335-44.

Ventafridda V et al.: Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients. Tumori, 1989. 75(6): p. 619-25.

Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med, 2000. 132(3): p. 209-18.

Nauck F, Klaschik E, and Ostgathe C: Symptom control during the last three days of life. Eur J Pall Care, 2000. 7(3): p. 81-84.

Steinhauser KE et al.: Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA, 2000. 284(19): p. 2476-82.

Mercadante SF, Fulfaro and Casuccio A: The impact of home palliative care on symptoms in advanced cancer patients. Support Care Cancer, 2000. 8(4): p. 307-10.

Jordhoy MS et al.: Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. J Clin Oncol, 01. 19(18): p. 3884-94.

Steinhauser KE et al.: Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. J Pain Symptom Manage, 2001. 22(3): p. 727-37.

Block SD: Perspectives on care at the close of life. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. JAMA, 2001. 285(22): p. 2898-905.

The Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP),
http://www.palliativzentrum.kssg.ch/content/dam/dokument_library/container_palliativzentrum/palliativzentrum/Dokumente/Handlungsempfehlung%20Sterbephase_deutschsprachige%20Version.pdf
http://www.palliativzentrum.kssg.ch/content/dam/dokument_library/container_palliativzentrum/palliativzentrum/Dokumente/Handlungsempfehlung%20Sterbephase_deutschsprachige%20Version.pdf

Chochinov HM and Cann BJ: Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. J Palliat Med, 2005. 8 Suppl 1: p. S103-15.

Hudson PL et al.: Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. Palliat Med, 2006. 20(7): p. 693-701.

Thomas RE, Wilson D, and Sheps S, A literature review of randomized controlled trials of the organization of care at the end of life. Canadian Journal on Aging, 2006. 25(3): p. 271-93. "

Skauk K., Eide GE and Gulsvik A: Prevalence and predictors of symptoms in the terminal stage of lung cancer: A community study. Chest, 2007. 131(2): p. 389-94.

Balboni TA et al.: Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol, 2007. 25(5): p. 555-60.

Parker SM et al.: A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. J Pain Symptom Manage, 2007. 34(1): p. 81-93.

Prönneke R: Sterbekultur im Krankenhaus: Ein würdevoller Abschied, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/62492>

Lübbe AS: Die Unterbringung Alter und Sterbender: Der Wunsch und Wille des Patienten, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/treffer?mode=s&wo=1008&typ=16&aid=62332&s=Palliativ&s=Sterben&s=Verlegung>

Radbruch L et al.: Das Lebensende gestalten. Z Palliativmedizin, 2008. 9(1): p. 27-31.

Wright AA et al.: Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA, 2008. 300(14): p. 1665-73.

Breitbart W and Alici Y: Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". JAMA, 2008. 300(24): p. 2898-910, E1.

Bee PE, Barnes P and Luker KA: A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing, 2009. 18(10): p. 1379-93.

Currow DC et al.: Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study. J Pain Symptom Manage, 2010. 39(4): p. 680-90.

Chochinov HM et al.: Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet Oncol, 2011. 12(8): p. 753-62.

Domeisen Benedetti F et al.: International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life. Support Care Cancer, 2012.

Carlsson J et al.: The deactivation of implantable cardioverter-defibrillators: medical, ethical, practical, and legal considerations. Dtsch Arztebl Int, 2012. 109(33-34): p. 535-41.

Del Rio MI et al.: Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. Psychooncology, 2012. 21(9): p. 913-21.

Eychmüller S et al.: "Diagnosing dying" in cancer patients - a systematic literature review. European Journal of Palliative Care, 2013. 20(6): p. 292-296.

Ellershaw JE, Lakhani M: Best care for the dying patient. BMJ, 2013. 347.

Stein RA et al.: Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of-life decision making in patients with advanced cancer. J Clin Oncol, 2013. 31(27): p. 3403-10.

Perrar M, Eisenmann Y and Frerich G: Suizidalität in der Palliativmedizin. Psychotherapie im Alter, 2014. 11(1): p. 27-42.

Papavasiliou EE, Payne S and Brearley S: Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. Support Care Cancer, 2014.

Alt-Epping B (2016): KLUG ENTSCHEIDEN . . . in der Palliativmedizin, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 42, 21. Oktober 2016

Alt-Epping B (2017): Klug entscheiden am Lebensende, Der Internist, Band 58, Heft 6, Juni 2017

Choosing wisely: Five Things Physicians and Patients Should Question, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, www.choosingwisely.org

Casarett D (2016): The Science of Choosing Wisely – Overcoming the Therapeutic Illusion, The New England Journal of Medicine, nejm.org, March 31

Strech D et al.: When Choosing Wisely meets clinical practice guidelines. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.10.014>

Nehls W, Siegle A, Spahn B, Schütt A: Kommunikation in der Lungenklinik: Perspektiven aus vier Professionen Pflege, Ärzte, Psychologie, Hospizdienst, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Bausewein C, Barchfeld T, Delis S: Behandlung von Luftnot in Klinik und Praxis – von der Atemnotambulanz bis zum terminalen Weaning, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Delis S, Kern M, Gasper A: Herausforderungen durch nicht maligne Lungenerkrankungen in der spezialisierten Palliativversorgung, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Letsch A, Nehls W: Personalisierte Therapien bei Lungenkarzinom – Herausforderungen und Optionen für Onkologen – für Pneumologen – für Palliativmediziner, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Nehls W, Gärtner J: Implementierung von Palliativmedizin in den onkologischen Alltag – zwischen Leitlinienanspruch und Wirklichkeit, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Karpf-Wissel R, Gebhardt A: Palliative endoskopische Verfahren – State of the Art, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Schönfeld N, Otto-Knapp R, Häcker B, Krieger D und Bauer TT: Palliative Care in der pneumologischen Infektiologie, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 46, Nr. 7/2020, S. 365-366

Steuerung der letzten Lebensphase, strukturelle Voraussetzungen

Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt, 2011. 108(7): p. A 346-A348.

StMUG, Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern - Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2011, www.stmug.bayern.de.

Steuerung der letzten Lebensphase, Angehörige

Lysaght S, Ersek M: Settings of Care within Hospice: New Options and Questions about Dying “At Home”. J Hosp Palliat Nurs, 2013. 15(3): 171-176.

Steuerung der letzten Lebensphase, Medikation

Lindqvist O et al.: Four essential drugs needed for quality care of the dying: a Delphi-study based international expert consensus opinion. J Palliat Med, 2013. 16(1): p. 38-43.

Steuerung der letzten Lebensphase, Sterbeort

Ahlner-Elmqvist M et al: Characteristics and quality of life of patients who choose home care at the end of life. J Pain Symptom Manage, 2008. 36(3): p. 217-27.

Sato K et al.: Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. Support Care Cancer, 2008. 16(2): p. 113-22.

Steuerung der letzten Lebensphase, strukturelle Voraussetzungen

Parkes CM: Terminal care: evaluation of an advisory domiciliary service at St Christopher's Hospice. Postgrad Med J, 1980. 56(660): p. 685-9.

Zimmer JG, Groth-Juncker A and McCusker J: Effects of a physician-led home care team on terminal care. J Am Geriatr Soc, 1984. 32(4): p. 288-92.

Ventafridda V et al.: The importance of a home care program for patients with advanced cancer pain. Tumori, 1985. 71(5): p. 449-54.

Greer DS et al.: An alternative in terminal care: results of the National Hospice Study. J Chronic Dis, 1986. 39(1): p. 9-26.

McCusker J and Stoddard AM: Effects of an expanding home care program for the terminally ill. Med Care, 1987. 25(5): p. 373-85.

Gross R, Hoffmann A: Schwerkranke, Lebensqualität und finanzielle Engpässe, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/treffer?mode=s&wo=1008&typ=16&aid=112898&s=Palliativ&s=Sterben&s=Verlegung>

Axelsson B and Sjoden PO: Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. Palliat Med, 1998. 12(1): p. 29-39. "

Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundes-ärzte-kammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt, 2011. 108(7): p. A-346 / B-278 / C-278.

WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014, Worldwide Palliative Care Alliance: London.

Steuerung der letzten Lebensphase, Symptommanagement

Higginson I and McCarthy M: Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? J R Soc Med, 1989. 82(5): p. 264-7.

Rayner L et al.: The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up. Palliat Med, 2011. 25(3): p. 229-41.

Strukturelle Voraussetzungen

Parkes CM: Terminal care: evaluation of in-patient service at St Christopher's Hospice. Part I. Views of surviving spouse on effects of the service on the patient. Postgrad Med J, 1979. 55(646): p. 517-22.

Zimmer JG, Groth-Juncker A and McCusker J: A randomized controlled study of a home health care team. Am J Public Health, 1985. 75(2): p. 134-41.

Ward AW: Home care services - an alternative to hospices? Community Med, 1987. 9(1): p. 47-54.

Seale C: A comparison of hospice and conventional care. Soc Sci Med, 1991. 32(2): p. 147-52.

Higginson IJ, Wade AM and McCarthy M: Effectiveness of two palliative support teams. J Public Health Med, 1992. 14(1): p. 50-6.

Bennett M and Corcoran G: The impact on community palliative care services of a hospital palliative care team. Palliat Med, 1994. 8(3): p. 237-44.

SUPPORT, A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA, 1995. 274(20): p. 1591-8.

Ellershaw JE, Peat SJ and Boys LC: Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med*, 1995. 9(2): p. 145-52.

Meier DE, Back AL, and Morrison RS: The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA*, 2001. 286(23): p. 3007-14.

Lee SJ et al.: Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2002: p. 464-83.

Hanks GW et al.: The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer*, 2002. 87(7): p. 733-9.

Miccinesi G et al.: Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy. *Cancer Causes Control*, 2003. 14(10): p. 971-7.
<https://link.springer.com/article/10.1023/B:CACO.0000007964.16319.98> "

Arora NK: Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*, 2003. 57(5): p. 791-806.

Zachariae R et al.: Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*, 2003. 88(5): p. 658-65.

Shanafelt T, Adjei A and Meyskens FL: When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *J Clin Oncol*, 2003. 21(13): p. 2616-9.

Costantini M et al.: Effect of a palliative home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. *Palliat Med*, 2003. 17(4): p. 315-21.

Miccinesi G et al.: Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy. *Cancer Causes Control*, 2003. 14(10): p. 971-7.

NICE, Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer, 2004, National Institute for Health and Clinical Excellence: London.

Loh A et al.: Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung. *Germ J of Evid Qual in Health Care*, 2004. 98(2): p. 101-107.

Schindler T and Jaspers B: Gutachten - Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“, 2004. "

Ilkilic I: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Vol. 160. 2005, Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik e.V.

Toscani F. et al.: How people die in hospital general wards: a descriptive study. *J Pain Symptom Manage*, 2005. 30(1): p. 33-40.

Back AL, Li YF, and Sales AE: Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. *J Palliat Med*, 2005. 8(1): p. 26-35.

Palliativmedizinischer Konsiliardienst in Nordrhein-Westfalen. In: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, D. Bundestag, Editor 2005.

Davies E and Higginson IJ: Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2005. 13(8): p. 607-27.

Dreßke S.: Sterben im Hospiz - Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung, 2005, Frankfurt: Campus.

Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW - kooperatives integratives Versorgungskonzept, in https://www.kvno.de/downloads/vertraege/palliativversorgung/rahmenprogramm_palliativ_NRW.pdf, S. Ministerium für Gesundheit, Frauen und Familie, NRW, Editor.

Gronemeyer R: Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Palliativversorgung von Tumorpatienten - Eine Studie zur Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung onkologisch Kranker. Eine Studie im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums., H. Sozialministerium, Editor 2007. "

Brumley R et al.: Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc, 2007. 55(7): p. 993-1000.

Stiefel F: Support of the supporters. Support Care Cancer, 2008. 16(2): p. 123-6.

Gade G et al.: Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. J Palliat Med, 2008. 11(2): p. 180-90.

Schwarz R: Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Palliativversorgung von Tumorpatienten - Eine Studie zur Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung onkologisch Kranker. Abschlussbericht, 2009.

Venetis MK et al.: An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient Educ Couns, 2009. 77(3): p. 379-83.

Zolnieriek KB and Dimatteo MR: Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care, 2009. 47(8): p. 826-34.

ICSI, Health care guidelines: palliative care- 3d edition, 2009, Institute for Clinical Systems Improvement.

Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, 2009, SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bundestag-Drucksache 16/13770.

Garcia-Perez L et al.: A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? Palliat Med, 2009. 23(1): p. 17-22. "

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Trägerschaft der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, [https://www.dgpalliativ](https://www.dgpalliativmedizin.de/)

[medizin.de/](https://www.dgpalliativmedizin.de/)), des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV, <http://www.dhpv.de/>) und der Bundesärztekammer (BÄK), <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>

Schulz C: Diversitätskompetenz am Lebensende, in Diversity - Transkulturelle Kompetenz in klinische und sozialen Arbeitsfeldern, K. Verlag, Editor 2010, van Keuk, E.; Ghaderi, C.; Joksimovic, L.: Stuttgart. p. 242-256.

Higginson IJ et al.: Does a social model of hospice day care affect advanced cancer patients' use of other health and social services? A prospective quasi-experimental trial. Supportive Care in Cancer, 2010. 18(5): p. 627-37.

Allert R: Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung 2010, Ludwigsburg: HospizVerlag.

Booth S et al.: Developing a breathlessness intervention service for patients with palliative and supportive care needs, irrespective of diagnosis. *J Palliat Care*, 2011. 27(1): p. 28-36.

Stiel S et al.: Validation of the Symptom and Problem Checklist of the German Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE). *J Pain Symptom Manage*, 2012. 43(3): p. 593-605.

Brandstätter M FE: Angehörige in der Palliativversorgung: Erwachsene, Kinder und Jugendliche, in *Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen.*, G.J. Fegg M, Pestinger M., Editor 2012, Kohlhammer. p. 38-47.

Alt-Epping B, Nauck F and Schneider N: Leben bis zuletzt. Hausärztliche und spezialisierte Palliativversorgung bei schwerstkranken Patienten. *Der Hausarzt* 2012. 11: p. 43-46.

Gaertner J et al.: Palliative care consultation service and palliative care unit: why do we need both? *Oncologist*, 2012. 17(3): p. 428-35.

Müller M and Pfister D: Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Vol. 2. 2013, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

George, W. (Herausgeber) et al. (Herausgeber): Regionales Zukunftsmanagement: Existenzgründung im ländlichen Raum, <http://wolfgang-george.de/allgemein/existenzgruendung-im-laendlichen-raum.html>, https://www.researchgate.net/publication/325202954_Existenzgruendung_im_landlichen_Raum

Leitlinienprogramm Onkologie, Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, in <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> 2014, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF: AWMF-Registernummer: 032/051OL. "

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung. [cited 01.07.2014; Available from: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/8-98e.pdf>.

Zimmermann C et al.: Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2014.

George W (2014a): Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege. In: George, W. (Hrsg.): *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen.* Gießen: Psychosozial-Verlag, S.153-202. "

Weihrauch B (2014): Fachliche und politische Voraussetzungen zur Organisation eines guten Sterbens in stationären Pflegeeinrichtungen. In: George, W. (Hrsg.): *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibungen, Zusammenhänge, Empfehlungen.* Gießen: Psychosozial-Verlag, 43-52.

Bundesministerium für Gesundheit, Hospiz und Palliativgesetz (HPG) (gilt seit dem 8. Dezember 2015), <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html>

Rieser S: Hospiz- und Palliativgesetz: Es ginge noch besser als geplant. *Deutsches Ärzteblatt*, 2015. 112(40): A-1611 / B-1338 / C-1310.

Shepperd S et al.: „Hospital at home“ Versorgungsangebote zur Vermeidung einer Krankenhauseinweisung. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016.

George W, Herrmann J, Banat AG, Richter MJ (2017): Erfahrungen und Belastungen in der Begleitung Sterbender, in: *Das Krankenhaus*, Heft 12 / S.1088-1101

Hendrysiak K (Pressesprecherin), BKK-Untersuchung zur Pflege in NRW: Pflegedefizite führen zu oftmaligen Krankenhausaufenthalten, <https://www.bkk-nordwest.de/pressemitteilungen/bkk-untersuchung-zur-pflege-in-nrw-pflegedefizite-fuehren-zu-oftmaligen-krankenhausaufenthalten/>

Kochskämper S, Institut der deutschen Wirtschaft, Geld allein reicht nicht mehr, <https://www.iwkoeln.de/presse/pressemitteilungen/beitrag/susanna-kochskaemper-geld-allein-reicht-nicht-mehr.html>

Petri S, in der Schmitt J, Marckmann G: Patientenverfügungen in Pflegeeinrichtungen: Bis zu Ende denken. Dtsch Arztebl 2018; 115(10): A-427 / B-373 / C-373

Strukturelle Voraussetzungen, Personal

George W (2018): Sterbebegleitung: Eigene Werte als wichtigste Ressource, Pflegezeitschrift 71 (8), 54-60 DOI 10.1007/s41906-018-0648-9.

George W (2018): Berufsbiographische Entwicklungen bei der Betreuung Sterbender, Intensiv 172-180, 4/26 DOI: 10.1055/s-00000027.

Strukturelle Voraussetzungen, häusliche Pflege

Riolfi M et al.: Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. Palliat Med, 2014. 28(5): p. 403-11.

Strukturelle Voraussetzungen, Angehörige

Parkes CM: Terminal care: evaluation of in-patient service at St Christopher's Hospice. Part II. Self assessments of effects of the service on surviving spouses. Postgrad Med J, 1979. 55(646): p. 523-7.

Maguire P, Weiner J: Communication with terminally ill patients and their families, in Psychiatry in Palliative Medicine, H.B.W. Chochinov, Editor 2009, Oxford University Press: Oxford. p. 157-71.

Strukturelle Voraussetzungen, äußere Faktoren

Wiese C, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf BM, Hanekop GG: Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten - Die „Gelbe Karte für den Rettungsdienst“. Deutsches medizinisches Wochenschriften, 2008: p. 972-976.

In der Schmitt J, Rothärmel S, Rixen S, Marckmann G: Patientenverfügung im Rettungsdienst (Teil 2). Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die Hausärztliche Anordnung für den Notfall. Notfall Rettungsmed., 2011. 6: p. 10.

Strukturelle Voraussetzungen, Kosten

Dunt DR: The cost-effectiveness of the Citymission Hospice Programme, Melbourne. Palliat Med 1989. 3(2): p. 125-34.

Smith TJ et al.: A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. J Palliat Med, 2003. 6(5): p. 699-705.

Strukturelle Voraussetzungen, Schnittstellenmanagement und Kommunikation

Götz K: Mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus: Keiner wollte Verantwortung übernehmen, <http://idw-online.de/de/news725002>

Strukturelle Voraussetzungen, Sterbeort

Hinton J: Comparison of places and policies for terminal care. Lancet, 1979. 1(8106): p. 29-32.

Beerheide R: Hospiz- und Palliativmedizin: Bessere Versorgung für Sterbende. Deutsches Ärzteblatt, 2016. 113(43): A-1906 / B-1607 / C-1595.

Strukturelle Voraussetzungen, Steuerung der letzte Lebensphase

Radbruch L and Payne S: White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 European Journal of Palliative Care, 2010. 17(1): p. 22-33.

"Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Dokumentation, Versorgung und Verlegung sterbender und schwerstkranker Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. 2016. WD 9-3000 - 027/16."

Strukturelle Voraussetzungen, Symptommanagement

Oldenmenger WH et al.; A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. Eur J Cancer, 2009. 45(8): p. 1370-80.

Follwell M et al.: Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. J Clin Oncol, 2009. 27(2): p. 206-13.

Temel JS et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med, 2010. 363(8): p. 733-42.

Strukturelle Voraussetzungen, Verlegung

Manion PS, Rantz MJ: Relocation stress syndrome: A comprehensive plan for long-term care admissions. Geriatric Nursing, 1995. Volume 16, Issue 3, Pages 108-112.
[https://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(05\)80039-4/abstract#](https://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(05)80039-4/abstract#)

George W, Herrmann J, Banat AG, Richter MJ (2017): Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender Article in MMW Fortschritte der Medizin 159(S6):6-14 Octob 2017 DOI: 10.1007/s15006-017-0080-

Strukturelle Voraussetzungen, Perspektiven und Handlungsoptionen"

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung. 2015; Available from:
www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf;
www.leopoldina.org.

Symptommanagement

Ventafridda V et al.: A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer, 1987. 59(4): p. 850-6.

Swanson G et al.: Patient-controlled analgesia for chronic cancer pain in the ambulatory setting: a report of 117 patients. J Clin Oncol, 1989. 7(12): p. 1903-8.

Heyse-Moore LHR, V, Mullee MA: How much of a problem is dyspnoea in advanced cancer? Palliat Med, 1991. 5(1): p. 20-16.

Zech DF et al.: Transdermal fentanyl and initial dose-finding with patient-controlled analgesia in cancer pain. A pilot study with 20 terminally ill cancer patients. Pain, 1992. 50(3): p. 293-301. "

Inouye SK: The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med*, 1994. 97(3): p. 278-88. "

McDaniel JS et al.: Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 1995. 52(2): p. 89-99.

Smoller JW et al.: Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations. *Am J Respir Crit Care Med*, 1996. 154(1): p. 6-17.

Davis CL: ABC of palliative care. Breathlessness, cough, and other respiratory problems. *BMJ*, 1997. 315(7113): p. 931-934.

Higginson I.J. and Hearn J: A multicenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. *Journal of Pain & Symptom Management*, 1997. 14(1): p. 29-35. "

Edmonds PM et al.: Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med*, 1998. 12(5): p. 345-51.

Sykes NP: The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. *Palliat Med*, 1998. 12(5): p. 375-82.

Allard P et al.: How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *Journal of Pain & Symptom Management*, 1999. 17(4): p. 256-65.

Radbruch L et al.: Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. *Journal of Pain & Symptom Management*, 1999. 18(3): p. 180-7.

Walsh D, Donnelly S, and Rybicki L: The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*, 2000. 8(3): p. 175-9.

Jennings AL et al.: Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(4): p. CD002066.

Caraceni A et al.: Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 2002. 23(3): p. 239-55.

Booth S, Silvester S and Todd C: Breathlessness in cancer and chronic obstructive pulmonary disease: using a qualitative approach to describe the experience of patients and carers. *Palliat Support Care*, 2003. 1(4): p. 337-44.

Abernethy AP et al.: Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *British Medical Journal*, 2003. 327(7414): p. 523-526.

Meyer HA, Sinnott C and Seed PT: Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat Med*, 2003. 17(7): p. 604-7.

Goodwin DM et al.: Effectiveness of palliative day care in improving pain, symptom control, and quality of life. *J Pain Symptom Manage*, 2003. 25(3): p. 202-12.

Anderson SL and Shreve ST: Continuous subcutaneous infusion of opiates at end-of-life. *Ann Pharmacother*, 2004. 38(6): p. 1015-23. "

O'Mahony S et al.: Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage*, 2005. 29(5): p. 446-57. "

Morita T et al.: Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol*, 2005. 16(4): p. 640-7.

Navigante AH et al.: Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *Journal of Pain & Symptom Management*, 2006. 31(1): p. 38-47.

Solano JP, Gomes B and Higginson IJ: A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*, 2006. 31(1): p. 58-69. "

Miles CL et al.: Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(4): p. CD003448.

von Leupoldt A et al.: Verbal descriptors of dyspnea in patients with COPD at different intensity levels of dyspnea. *Chest*, 2007. 132(1): p. 141-7.

Booth S, Moosavi SH and Higginson IJ: The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. *Nat Clin Pract Oncol*, 2008. 5(2): p. 90-100.

Deandrea S et al.: Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*, 2008. 19(12): p. 1985-91.

Larkin PJ. et al.: The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med*, 2008. 22(7): p. 796-807.

Wirz SB, D: Obstipation in der Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 2008. 9(1): p. 13-26.

Dy, SM et al.: Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. *J Clin Oncol*, 2008. 26(23): p. 3886-95.

NICE, Depression in Adults with a Chronic Health Problem: Treatment and Management., 2009, National Institute for Health and Clinical Excellence: London.

Reddy SK et al.: Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*, 2009. 12(1): p. 29-36.

AkdÄ, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Lebensbedrohliche hypotensive Reaktionen nach Metamizol, in *Deutsches Ärzteblatt* 2009. p. 846-47.

Davies AN et al.: The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain*, 2009. 13(4): p. 331-8. "

Leonard M et al.: Symptoms of depression and delirium assessed serially in palliative-care inpatients. *Psychosomatics*, 2009. 50(5): p. 506-14.

Rayner L et al.: The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. 2010.

Simon, S.T., C. Muller-Busch, and C. Bausewein, [Symptom management of pain and breathlessness]. *Internist (Berl)*, 2011. 52(1): p. 28, 30-5.

Lutz S et al.: Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2011. 79(4): p. 965-76.

Dale O, Moksnes K and Kaasa S: European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliat Med*, 2011. 25(5): p. 494-503.

Stone P and Minton O: European Palliative Care Research collaborative pain guidelines. Central side-effects management: what is the evidence to support best practice in the management of sedation, cognitive impairment and myoclonus? *Palliat Med*, 2011. 25(5): p. 431-41. "

Allcroft P et al.: The role of benzodiazepines in breathlessness: a single site, open label pilot of sustained release morphine together with clonazepam. *J Palliat Med*, 2013. 16(7): p. 741-4.

Yennurajalingam S et al.: Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*, 2013. 31(25): p. 3076-82.

DGNM and DGVS S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. 2013.

Cheng CW et al.: A cross-sectional study of constipation and laxative use in advanced cancer patients: insights for revision of current practice. *Support Care Cancer*, 2013. 21(1): p. 149-56.

Perrar KM, Golla H, and Voltz R: Medikamentöse Behandlung des Delirs bei Palliativpatienten. Eine systematische Literaturübersicht. *Der Schmerz*, 2013.

Symptommanagement, Steuerung der letzte Lebensphase

Higginson I and McCarthy M: A prospective study of symptom control by a terminal care support team, in 1986 International Symposium on Pain Control, D. Doyle, Editor 1987, Royal Society of Medicine: London. p. 81-85. "

Conill C et al.: Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*, 1997. 14(6): p. 328-31.

Symptommanagement, strukturelle Voraussetzungen

Gysels MH and Higginson IJ: Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: threats and resources. *Palliat Support Care*, 2009. 7(2): p. 153-62.

Verlegung, Sterbeort

Pease NJ, Finlay IF (2008): Death during transfer of a palliative care patient, in: *Palliat Med*. 2008 Jul;22(5):671-2. doi: 10.1177/0269216308089306.

George W (2017): Betreuung Sterbender: Risikofaktor Verlegung, *Onkologische Pflege*, Heft 3 S.64-66

Schlingensiepen I: Verlegungen am Lebensende vermeiden - wie geht das?, https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/969114/projekt-des-innovationsfonds-verlegungen-lebensende-vermeiden-geht.html

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Bundesärztekammer, Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 2013. 33-34(110): p. A 1580-A 1585.



Ergebnisse

Konsilbewertungen

November 2019 – Januar 2021

Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung (Avenue-Pal)

Innovationsfonds-Projekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (FKZ: 01VSF17044)

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Ansprechpartner:

Dr. Petra Steffen, Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut GmbH

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 55 / 17

E-Mail: petra.steffen@dki.de, karl.blum@dki.de

Datum: März 2021

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
1.1	HINTERGRUND	4
1.2	DATENBASIS UND METHODIK	5
1.3	VERSTORBENE NACH FACHABTEILUNGEN	7
2	PALLIATIVMEDIZINISCHE KONSILANFORDERUNGEN	10
2.1	ANGEFORDERTE PALLIATIVMEDIZINISCHE KONSILE	10
2.2	SOZIODEMOGRAPHIE UND KRANKHEITSSPEZIFISCHE INFORMATIONEN FÜR DIE PALLIATIVMEDIZINISCHEN KONSILANFORDERUNGEN	10
2.3	VERWEILDauer UND (ANFORDERNDE) FACHABTEILUNGEN	11
2.4	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE GRÜNDE FÜR PALLIATIVMEDIZINISCHE KONSILANFORDERUNGEN.....	13
2.5	EXTERNE GRÜNDE FÜR PALLIATIVMEDIZINISCHE KONSILANFORDERUNGEN	14
2.6	ERWARTETE HILFE BEI PALLIATIVMEDIZINISCHEN KONSILANFORDERUNGEN	16
3	PALLIATIVMEDIZINISCHE KONSILE DURCH DAS PALLIATIVTEAM	17
3.1	ERST- UND FOLGEBESUCHE	17
3.2	ANFORDERUNGSGRÜNDE AUS SICHT DES PALLIATIVDIENSTES.....	19
3.2.1	Medizinisch-pflegerische Gründe.....	20
3.2.2	Weitere Anforderungsgründe.....	21
3.3	INTERVENTIONEN DURCH DAS PALLIATIVTEAM	22
4	BEWERTUNG DURCH DEN PALLIATIVDIENST	25
5	AUSWIRKUNGEN AUF DAS VERLEGUNGSGESCHEHEN	27
6	ENTLASSUNG	28
7	ZUSAMMENFASSUNG	30

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Projekt zielt darauf ab, eine Verlegung von Menschen in der letzten Lebensphase zu verhindern, die aus medizinischen, pflegerischen und / oder juristischen Erwägungen nicht im Sinne des Patientenwohls oder nicht im Sinne des (mutmaßlichen) Patientenwillens stattfindet. Um das Projektziel zu erreichen, wird je eine evidenzbasierte Versorgungsleitlinie für die stationäre Krankenhaus- und Pflegeversorgung entwickelt, implementiert und evaluiert.

Am UKGM, Standort Gießen werden die entwickelte Versorgungsleitlinie für Krankenhäuser umgesetzt und deren Zielerreichung und Auswirkungen evaluiert. Zur Umsetzung der Versorgungsleitlinie wurde ein Palliativdienst eingesetzt. Der Palliativdienst hat verschiedene Aufgaben. In einem ersten Schritt hat er die für Krankenhäuser entwickelte Leitlinie auf die Situation am UKGM angepasst. In diesem Zusammenhang wurde auch ermittelt, auf welchen Stationen sterbende Patienten betreut werden und inwieweit es dort zu ggf. nicht indizierten Verlegungen kommt (vgl. Kap. 1.2). Auf diesen Stationen wurde in der Umsetzungs- und Implementierungsphase die auf das UKGM angepasste Leitlinie in einem ersten Schritt eingeführt. Im Zeitverlauf hat sich die Arbeit des palliativen Konsildienstes auf weitere Stationen und Fachabteilungen ausgedehnt.

Seit der Umsetzungs- und Implementierungsphase unterstützt der Palliativdienst die Mitarbeiter der ausgewählten Stationen im Umgang mit sterbenden oder schwerkranken Patienten im Sinne eines interdisziplinären Konsildienstes. Die Mitarbeiter der verschiedenen Stationen können über MEONA ein palliativmedizinisches Konsil des Palliativdienstes anfordern, wenn z.B. Menschen in der letzten Lebensphase verlegt werden sollen und die Indikation hierfür fraglich ist. Der Palliativdienst prüft die Situation, legt zusammen mit den beteiligten Akteuren einzuleitende Maßnahmen fest und koordiniert die Kommunikation zwischen den Akteuren. Im Fokus steht bei allen Maßnahmen und Entscheidungen die aktive Unterstützung und Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten und dessen Angehörigen.

Um die Mitarbeiter aller relevanten Stationen über die Neuerung zu informieren, hat das Palliativteam vor Beginn der Implementierungsphase Mitarbeiter informiert, geschult und trainiert. Dies betrifft vor allem die Umsetzung des im Rahmen der Leitlinie entwickelten spezifischen Risikomanagements, das Verlegungen, die im o.g. Sinne nicht im Patientensinne und / oder –willens sind, entgegenwirken soll. Durch die Corona-Pandemie wurden die fortwährende Information und Schulung der Mitarbeiter erschwert, da zum einen Treffen in größeren Gruppen nicht mehr ohne weiteres möglich waren. Zum anderen waren die Mitarbeiter durch die Pandemie teilweise mit neuen, zusätzlichen Aufgaben konfrontiert.

Zudem ist es aufgrund von Erkrankungen oder Quarantäne-Fällen zu einer Verschärfung von Personalengpässen gekommen.

Zusammenfassend sollen mit der Umsetzung der Leitlinie bzw. des Risikomanagements vor allem folgende Ziele verfolgt werden:

- Reduktion der Anzahl von Verlegungen, die aus medizinischen, pflegerischen und / oder juristischen Erwägungen nicht im Sinne des Patientenwohls oder nicht im Sinne des (mutmaßlichen) Patientenwillens stattfinden
- Entlastung der betroffenen Berufsgruppen bzw. Prozessbeteiligten (v.a. von unnötigen z.T. krisenhaften Aktivitäten bzw. durch Konzentration auf zentrale Versorgungsziele)
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit aller betroffenen Berufsgruppen
- Steigerung der Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen

Diese Ziele werden fokussiert mit der Mitarbeiterbefragung sowie im Rahmen der Interviews evaluiert (vgl. Bericht zu Befragungen).

Der vorliegende Bericht untersucht die Inanspruchnahme des Palliativdienstes nach:

- Anforderungen und Anforderungshintergründe
- Intervention
- Ergebnis.

Ziel der Darstellung ist es, zum einen die Inanspruchnahme des Palliativdienstes im zeitlichen Verlauf darzustellen sowie zum anderen die Relevanz der in der Leitlinie entwickelten Risikofaktoren im UKGM zu analysieren und zu evaluieren.

1.2 Datenbasis und Methodik

Den Auswertungen liegen verschiedene Daten zugrunde, die das Uniklinikum Gießen dem DKI zur Verfügung gestellt hat:

- Zahlen des Leistungscontrollings zu Fallzahlen und Sterbefällen nach Fachabteilungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020 (bis einschließlich November)
- Monatliches **Monitoring** der palliativmedizinischen Konsilanforderungen durch die IT des UKGM von Januar 2020 bis einschließlich Januar 2021
 - Anzahl der Konsilanforderungen des Palliativdienstes (N=486)
 - Anzahl der durchgeführten Erstkontakte des Palliativdienstes (N=466)
 - Anzahl der Anforderungen des Palliativdienstes getrennt für Stationen

- Anzahl der dauerhaften bzw. längerfristigen Betreuungen / Begleitungen durch den Palliativdienst (d. h. Anzahl der Patienten mit mehr als zwei Palliativdienst-Kontakten) (Folgebesuche)
- Häufigkeit des Hinzuziehens anderer Dienste des UKGMs (u.a. Zentralen Patientenüberleitung/des Entlassmanagements und der Seelsorge)
- Anzahl der durch den Palliativdienst veranlassten indizierten Verlegungen
- **Zusätzliche Daten des Patientenmanagements** für Patienten mit durchgeführtem palliativmedizinischen Konsil von November 2019 bis Januar 2021 (N=426)
 - Aufnahmedatum
 - Entlassdatum
 - Entlass_FA
 - HauptEntlassDiag
 - Diagnosen
 - FA_Aufenthalt (alphabetisch, nicht chronologisch, mit jeweiliger Verweildauer)
 - Beatmet
 - erstes_Konsil
 - Entlassungsgrund
 - Einzelne Aufenthalte nach FA
- **Konsildaten** der IT des UKGM für Patienten mit einem angeforderten Palliativdienstlichen Konsil zwischen (11.2019 und 31.01.2021) (N=517)
 - Geschlecht
 - Alter
 - Fragestellung / rechtfertigende Indikation
 - Wunschtermin der Anforderung
 - Durchgeführtes Datum der Anforderung
 - Definition des Formulars (Erstbesuch, Folgebesuch)
 - Anforderungsgrund
 - Intervention
 - Ergebnis aus Sicht des Palliativdienstes (z.B. Zeitpunkt der Anforderung, fachliche Zuständigkeit)

Die übermittelten Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Zudem wurden neue Variablen gebildet (u.a. Verweildauer, Anzahl Fachabteilungen, Verweildauer bis erstes Konsil).

1.3 Verstorbene nach Fachabteilungen

Tab. 1 und Tab. 2 stellen die Anzahl bzw. die Anteile der Verstorbenen an den Behandlungsfällen nach Fachabteilungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020 (bis einschließlich November) dar.

Diese Daten dienen dazu, die wesentlichen Sterbeorte im UKGM und somit die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Konsilanforderungen vorgenommen hat.

Die Kliniken oder Fachabteilungen mit den höchsten prozentualen Anteilen Verstorbener sind die Neurochirurgische Klinik und die Neurologische Klinik (zwischen 5 und 7 % der behandelten Fälle). Zu den weiteren Kliniken zählen insbesondere:

- Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie
- Innere Medizin - Pneumologie
- Innere Medizin – Kardiologie
- Innere Medizin - Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin - Internistische Onkologie und Allergologie
- Klinik für Allgemeinchirurgie

Entsprechend hat das Palliativdienst die Ansprache der Kliniken organisiert. Die weiteren Fachabteilungen und Kliniken wurden im weiteren Verlauf entsprechend informiert und geschult.

Tab. 1: Übersicht über die Anzahl Verstorbenen im UKGM 2018-2020 nach Fachabteilungen

Verstorbene (Fallzahl)	2018	2019	2020*
Klinik für Allgemeinchirurgie	77	70	63
Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin	11	15	12
Innere Medizin - Endokrinologie	4	1	1
Geburtshilfe und Gynäkologie	2		1
Klinische Dermatologie		1	1
Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	14	14	12
Innere Medizin - Hämatologie und Onkologie	44	38	23
Innere Medizin - Internistische Onkologie und Allergologie	296	354	326
Innere Medizin - Kardiologie	158	141	135
Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie	21	22	20
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie	2	1	
Kinderkardiologie	22	24	13
Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie	1		
Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie	60	69	62
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1	2	2
Neurochirurgische Klinik	101	79	88
Neurologische Klinik	123	126	111
Orthopädische Klinik	3	1	
Innere Medizin - Pneumologie	263	262	230
Psychiatrische Klinik		3	
Klinik für Unfallchirurgie	26	20	27
Urologische Klinik	13	13	20

*bis einschließlich November

Tab. 2: Übersicht über den Anteil der Verstorbene an den behandelten Fällen im UKGM 2018-2020 nach Fachabteilungen

Verstorbene (Anteil an Behandlungsfällen)	2018	2019	2020*
Klinik für Allgemeinchirurgie	2,0	1,9	2,0
Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin	0,4	0,6	0,6
Innere Medizin - Endokrinologie	0,6	0,1	0,2
Geburtshilfe und Gynäkologie	0,0	0,0	0,0
Klinische Dermatologie	0,0	0,1	0,1
Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	0,4	0,4	0,5
Innere Medizin - Hämatologie und Onkologie	4,1	3,5	2,7
Innere Medizin - Internistische Onkologie und Allergologie	2,4	2,7	2,9
Innere Medizin - Kardiologie	4,0	3,4	4,1
Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie	0,5	0,5	0,6
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie	0,3	0,1	0,0
Kinderkardiologie	2,0	2,2	1,3
Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie	0,1	0,0	0,0
Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie	3,8	4,7	4,8
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,1	0,2	0,2
Neurochirurgische Klinik	6,6	5,0	5,9
Neurologische Klinik	5,4	5,2	4,9
Orthopädische Klinik	0,2	0,1	0,0
Innere Medizin - Pneumologie	4,3	4,3	4,1
Psychiatrische Klinik	0,0	0,4	0,0
Klinik für Unfallchirurgie	1,0	0,8	1,2
Urologische Klinik	0,5	0,5	0,8

*bis einschließlich November

2 Palliativmedizinische Konsilanforderungen

2.1 Angeforderte palliativmedizinische Konsile

Der Palliativdienst hat zum Jahresende 2019 seinen Dienst aufgenommen und die ersten Patienten visitiert. Zunächst war ausschließlich eine Palliativmedizinerin tätig. Im Zeitverlauf wurden noch zwei palliative Pflegekräfte hinzugewonnen. Im vorliegenden Dokument werden entsprechend die Inanspruchnahmen seit November 2019 bis einschließlich Januar 2021 dargestellt. Da im Jahr 2019 nur wenige Konsile angefordert wurden, werden die Zeitreihen von Januar 2020 bis einschließlich Januar 2021 dargestellt.

Von Januar 2020 bis Januar 2021 wurde insgesamt 486 mal von verschiedenen Stationen ein palliativmedizinisches Konsil angefordert. Wie Abb. 1 zu entnehmen ist, wurden im Januar 2020 20 palliativmedizinische Konsile initiiert. Bis März 2020 nahm die Anzahl der angeforderten Konsile zu, bevor sich diese Zahl bis Dezember 2020 zwischen 26 und 37 Konsile pro Monat bewegte. Der Rückgang der angeforderten palliativmedizinischen Konsile ab März 2020 bzw. deren Stagnation lässt sich mit der Corona-Pandemie begründen, die massive Auswirkungen auf den Klinikalltag hatte. Die Höchstzahl der Konsilanforderungen lag im Dezember bei 71. Im Mittel wurden 38 Konsile in den 13 Monaten bestellt.

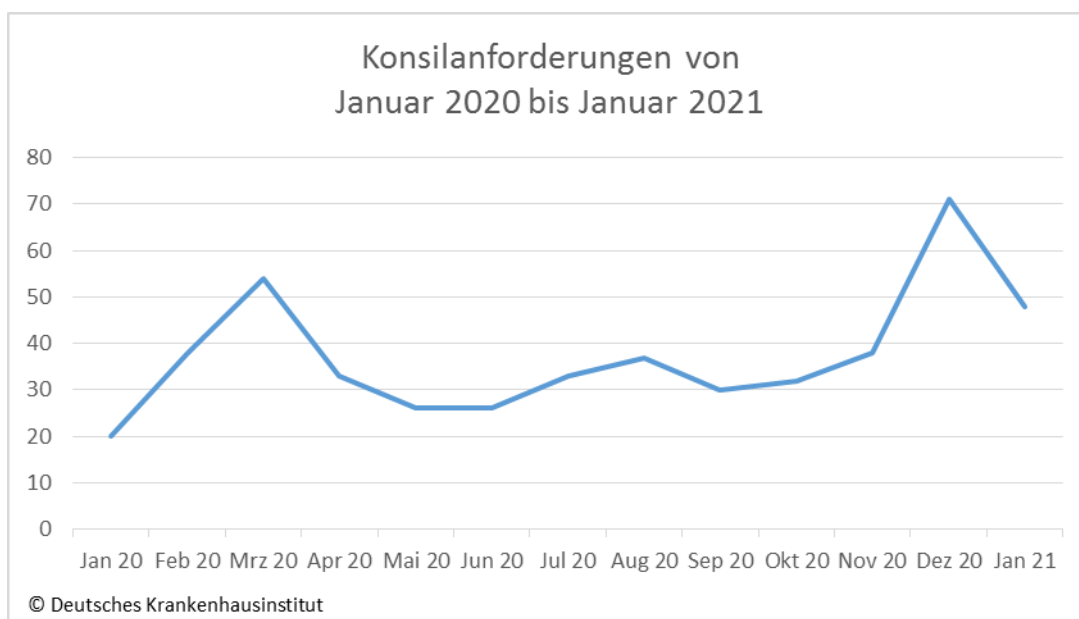


Abb. 1: Übersicht über die Konsilanforderungen

2.2 Soziodemographie und krankheitsspezifische Informationen für die palliativmedizinischen Konsilanforderungen

Die Patienten für die ein palliativmedizinisches Konsil angefordert wurde, waren im Schnitt 74 Jahre alt. Der jüngste Patient war 18 und der älteste 98 Jahre alt.

Die Patienten waren ungefähr zur Hälfte weiblich (48 %) bzw. männlich (52 %).

Für den größten Anteil dieser Patienten (40 %) wurde eine Hauptentlassdiagnose aus dem ICD-Kapitel „Neubildungen“ (ICD 10, C00-D48) angegeben. Darüber hinaus fanden sich unter den Hauptentlassdiagnosen noch häufig Diagnosen aus dem Bereich „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (ICD 10, I00-I99) (18 %) und „Krankheiten des Atmungssystems“ (ICD 10, J00-J99) (14 %). 18 % der Patienten, die ein palliativmedizinisches Konsil erhalten haben, wurden während ihres Krankenhausaufenthaltes beatmet.

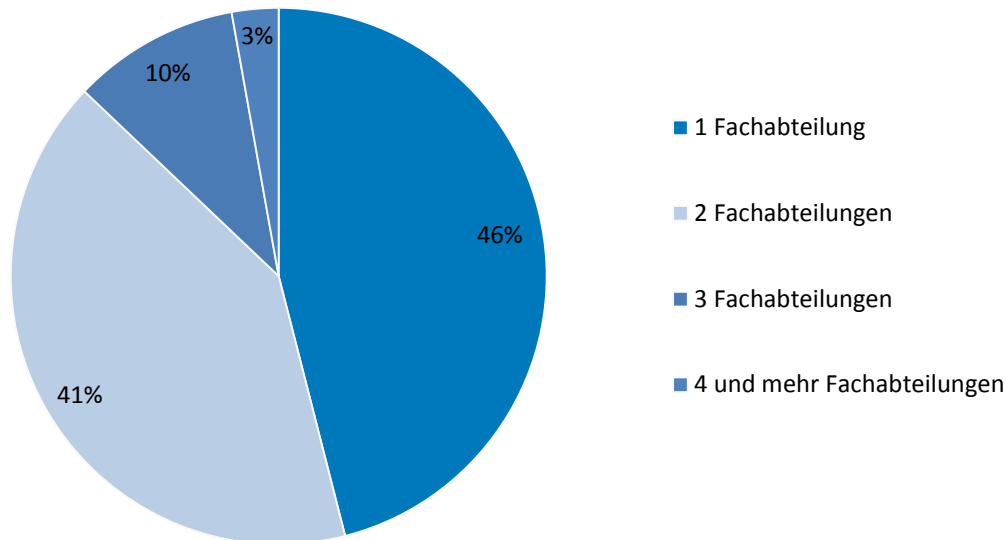
Der palliativmedizinische Konsildienst hat in 164 bzw. 74 Fällen Angaben dazu gemacht, ob für die Patienten eine Patientenverfügung bzw. eine Vorsorgevollmacht vorlagen. Dies war jeweils bei etwa der Hälfte dieser Patienten der Fall.

2.3 Verweildauer und (anfordernde) Fachabteilungen

Die Patienten, die während ihres Aufenthaltes zumindest einmal vom Palliativdienst visitiert wurden, lagen im Schnitt 21 Tage im UKGM. Die Verweildauer variierte zwischen einem und 159 Tagen.

Die Patienten, für die ein palliativmedizinisches Konsil durchgeführt wurde, lagen während ihres Aufenthaltes mehrheitlich auf einer (46 %) oder zwei Fachabteilungen (41 %). Selten (3 %) wurden die Patienten auf vier oder mehr Fachabteilungen versorgt (Abb. 2). Ein Patient lag auf sechs verschiedenen Fachabteilungen. Im Schnitt wurden die Patienten auf 1,7 Fachabteilungen betreut.

Anzahl Fachabteilungen
(Patienten mit palliativmedizinischem Konsil in %, Daten Patientenmanagement)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Anzahl der Fachabteilungen

Internistische Stationen haben im Betrachtungszeitraum im Stationsvergleich am häufigsten palliativmedizinische Konsile angefordert. Bei den internistischen Stationen hat die Pneumologie die meisten Konsile ausgelöst. In der Pneumologie ist seit November 2020 (11 Anforderungen) ein deutlicher Anstieg der palliativmedizinischen Konsile zu verzeichnen. So wurden im Dezember 2020 34 und im Januar 29 Konsile registriert. Dies ist, nach Meinung des Palliativteams, durch die zweite Welle der Corona-Pandemie zu erklären. Der Palliativdienst führt dies auf die gute und sich etablierende Zusammenarbeit mit den Ärzten auf der Corona-Station zurück.

Die allgemeinchirurgischen Stationen haben insgesamt am zweihäufigsten palliativmedizinische Konsile angefordert. Zudem wurden palliativmedizinische Konsile von neurologischen bzw. neurochirurgischen Stationen, der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, der Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin und der Klinik für Urologie ausgelöst (Abb. 3).

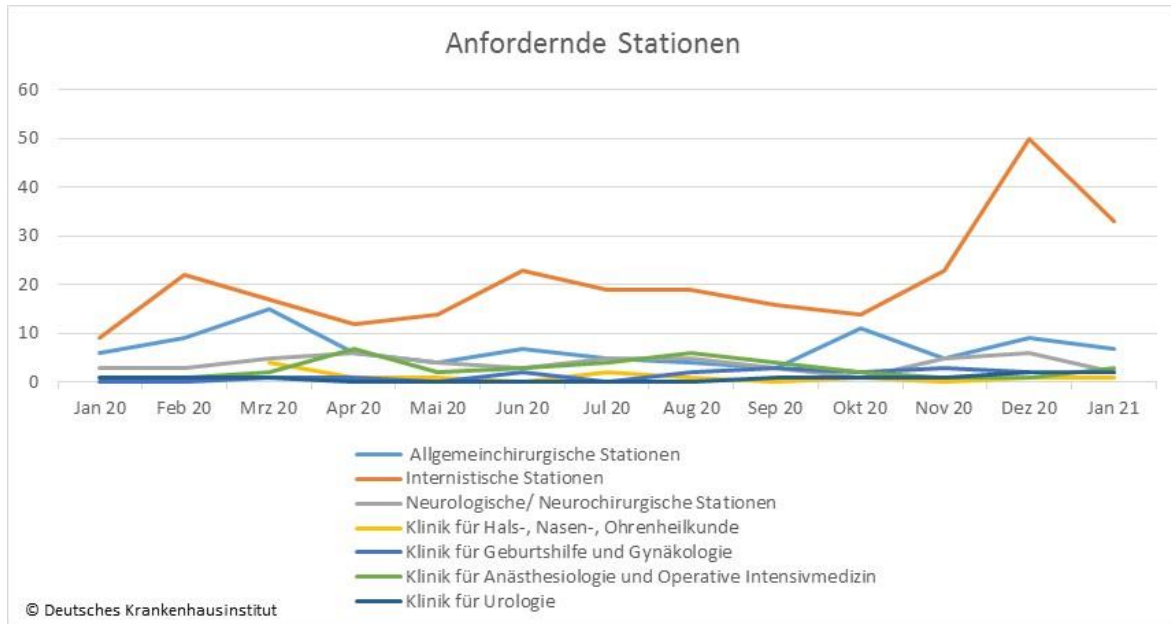
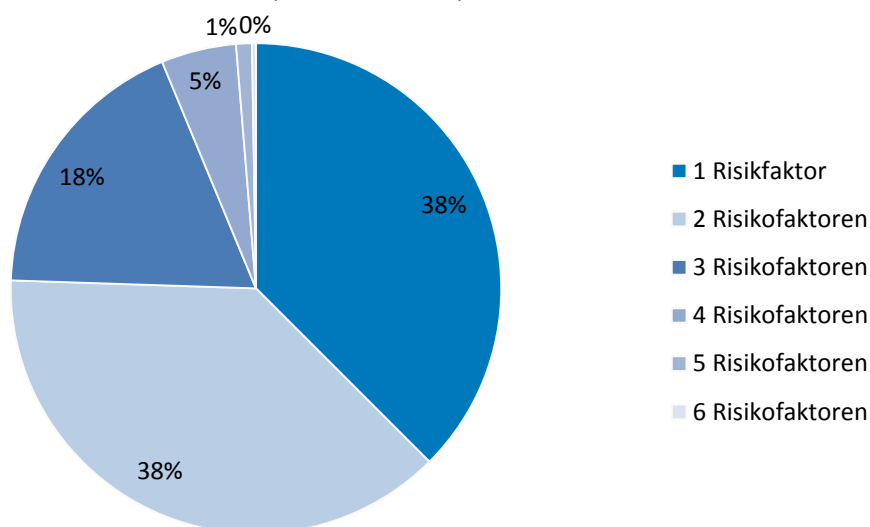


Abb. 3: Übersicht über die anfordernden Stationen

2.4 Medizinisch-pflegerische Gründe für palliativmedizinische Konsilanforderungen

Für 482 Fälle wurden die medizinisch-pflegerischen Gründe zur Anforderung des Palliativdienstes angegeben. Bei jeweils gut einem Drittel der Anforderungen waren ein bzw. zwei medizinisch-pflegerische Risikofaktoren der Anlass des palliativmedizinischen Konsils. In 18 % waren drei medizinisch-pflegerische Risikofaktoren dokumentiert (Abb. 4).

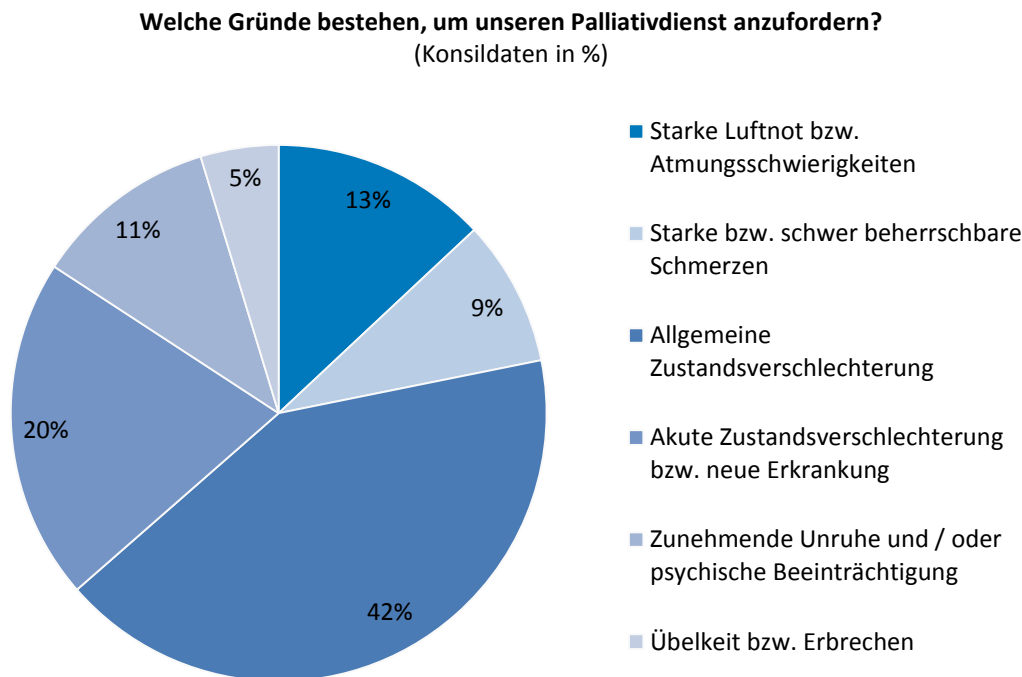
Medizinisch-pflegerische Risikofaktoren bei Anforderung pro Patient?
(Konsildaten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Anzahl medizinisch-pflegerische Risikofaktoren bei Anforderung

Hauptanlass, das palliativmedizinische Konsil anzufordern, war vor allem eine allgemeine Zustandsverschlechterung (42 %), In einem Viertel der Anforderungen war eine akute Verschlechterung des Zustands bzw. eine neue Erkrankung (20 %) der Grund, Kontakt mit dem Palliativdienst aufzunehmen. Starke Luftnot bzw. eine zunehmende Unruhe waren bei jedem zehnten Patienten der Anlass, ein palliativmedizinisches Konsil auszulösen (Abb. 5).



© Deutsches Krankenhausinstitut

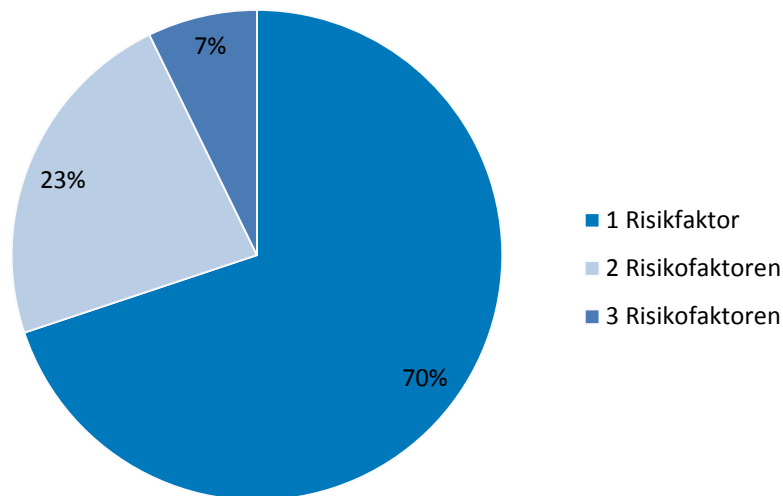
Abb. 5: Medizinisch-pflegerische Risikofaktoren bei Anforderung

In 60 Fällen wurden im Freitext weitere als die vorgegebenen medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren angegeben. Häufige Nennungen fielen auf den Bereich der Nahrungsaufnahme und Probleme in diesem Zusammenhang (n=7) sowie auf psychische Erkrankungen und Belastungen (n=5).

2.5 Externe Gründe für palliativmedizinische Konsilanforderungen

Bei 249 Patienten waren externe Gründe angegeben, die Anlass waren, den Palliativdienst anzufordern. In den meisten Fällen war ein externer Grund angeklickt (Abb. 6).

Anzahl externe Gründe
(Konsildaten in %)

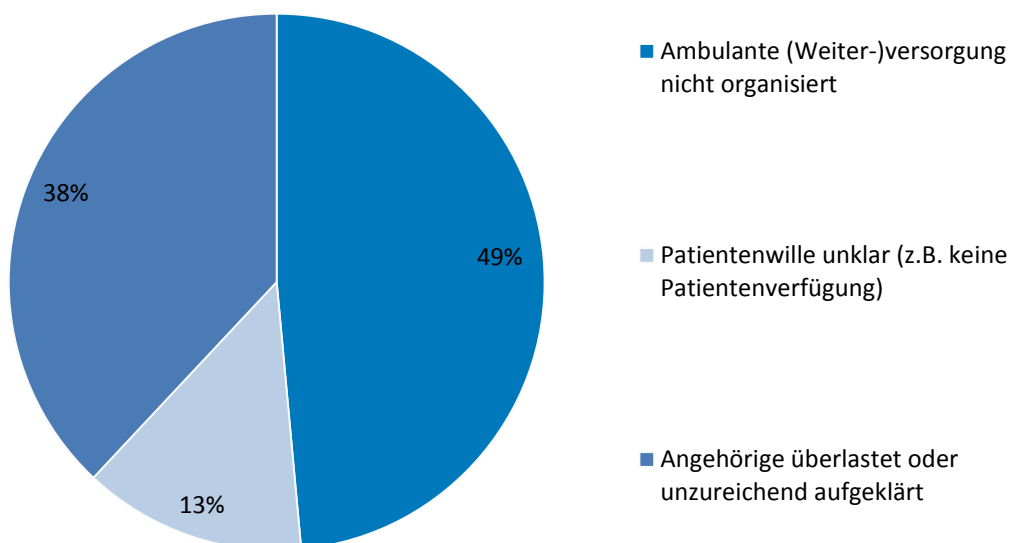


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Anzahl externe Gründe bei Anforderung

Bei etwa der Hälfte der Konsilanforderungen war die nicht organisierte ambulante (Weiter-)Versorgung der Grund, den Palliativdienst zu kontaktieren. Bei gut einem Drittel der Patienten waren überlastete oder unzureichend aufgeklärte Angehörige die Ursache, ein palliativmedizinisches Konsil anzufordern (Abb. 7).

Externe Gründe:
(Konsildaten in %)



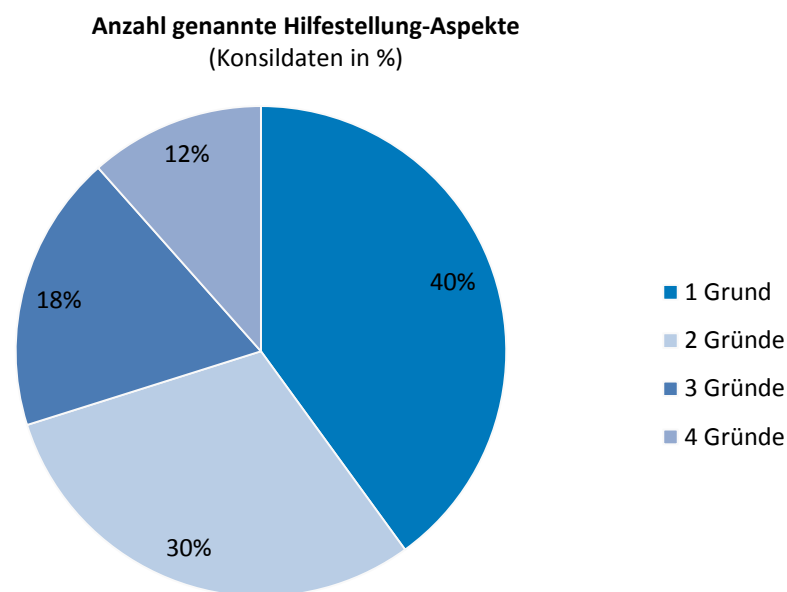
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Externe Risikofaktoren bei Anforderung

In 23 Fällen waren weitere externe Gründe benannt. Hier wurden z.B. Verlegungen nach Hause, zu führende Patientengespräche oder die SAPV-Aufnahme benannt.

2.6 Erwartete Hilfe bei palliativmedizinischen Konsilanforderungen

Bei 355 Patienten wurde angegeben, welche Hilfestellung vom Personal bei Anforderung vom Palliativdienst erwartet wird. Am häufigsten wurde ein Aspekt genannt (40%), bei knapp einem Drittel waren zwei Hilfestellung-Gründe der Anlass, ein palliativmedizinisches Konsil auszulösen (Abb. 8).

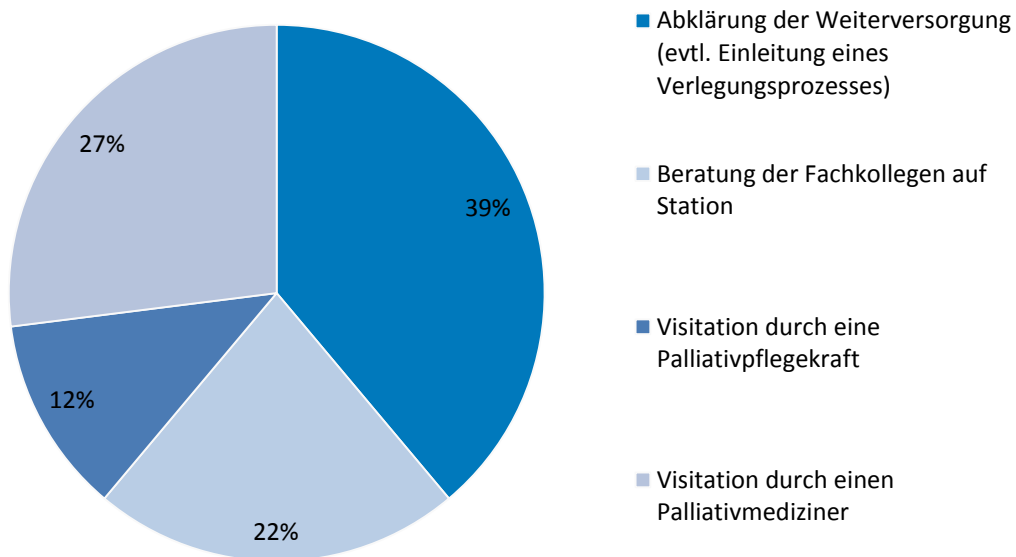


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Anzahl Hilfestellung bei Anforderung

Die anfordernden Stationen haben sich bei Konsilanforderungen vor allem eine Abklärung der Weiterversorgung, hier ggf. auch die Einleitung eines Verlegungsprozesses, erwartet (39 %). Bei je ungefähr einem Viertel der Patienten waren auch eine Beratung der Fachkollegen auf Station bzw. eine Visitation durch einen Palliativmediziner der Anlass, ein Konsil anzufordern (Abb. 9).

Welche Hilfestellung wird von unserem Palliativdienst erwartet?
(Konsildaten in %, Mehrfachnennungen möglich)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Erwartete Hilfestellung bei Anforderung

3 Palliativmedizinische Konsile durch das Palliativteam

3.1 Erst- und Folgebesuche

Von Januar 2020 bis Januar 2021 wurden insgesamt 466 **Erstkontakte** durch den Palliativdienst realisiert (Abb. 10). Hier zeigt sich ein mit den Konsilanforderungen vergleichbarer zeitlicher Verlauf. Der Palliativdienst hat im Dezember 2020 und Januar 2021 mit 63 bzw. 60 Erstbesuchen die meisten ersten Kontakte mit den Patienten umgesetzt. Im Mittel wurden 36 Erstkontakte pro Monat vom Palliativdienst wahrgenommen.

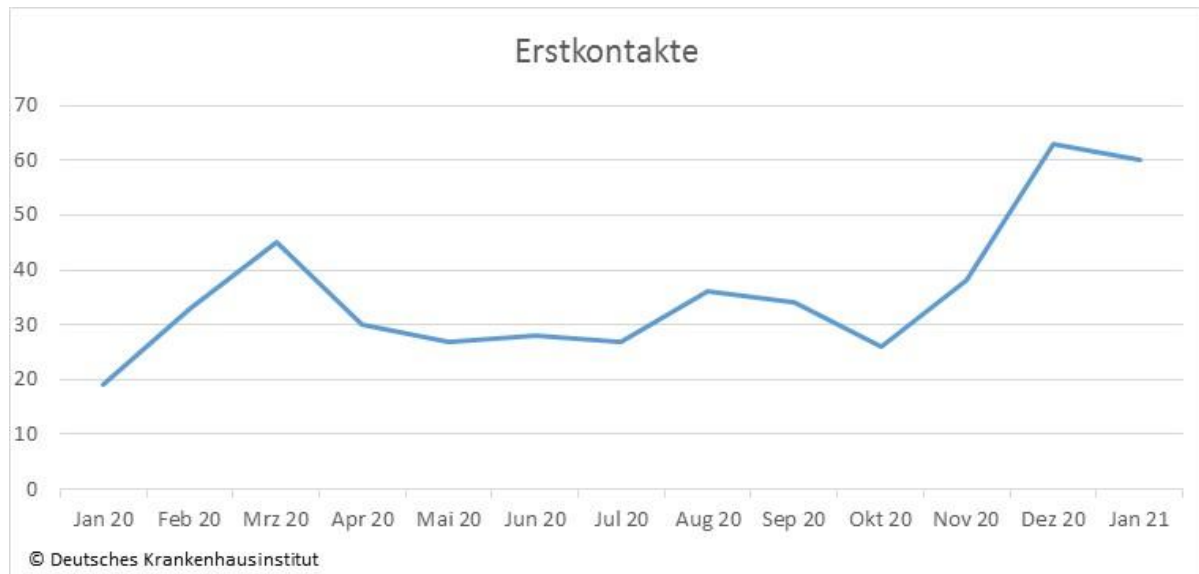


Abb. 10: Übersicht über die Erstbesuche

Der **erste Konsilbesuch** durch das Palliativteam erfolgte im Durchschnitt zwölf Tage nach Krankenhausaufnahme. Bei einigen Patienten erfolgte der Besuch des Palliativdienstes direkt am Aufnahmetag, bei einem Patienten hat das Palliativteam den Besuch nach ca. 5-monatiger Aufenthaltsdauer realisiert (Daten des Patientenmanagements, nicht grafisch dargestellt).

In MEONA können sowohl ein „Wunschtermin der Anforderung“ als auch das Datum der durchgeführten Anforderung angegeben werden. Berechnet man die Übereinstimmung zwischen diesen beiden Daten, so zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Patienten am Wunschtermin bzw. am Tag der Anforderung aufgesucht wird (72%). Ein Zehntel der Patienten wurde am Folgetag aufgesucht und 6 % der Patienten besuchte der Palliativdienst nach zwei und mehr Tagen. Ein Teil der Patienten wurde vom Palliativteam auch vor dem eigentlichen Wunschtermin aufgesucht (12 %).

Der Palliativdienst hat im Betrachtungszeitraum insgesamt 633 **Folgebesuche** bei 242 Patienten durchgeführt. Im Schnitt wurden pro Monat 49 Folgebesuche realisiert. Diese Patienten wurden im Schnitt 2,6 mal aufgesucht. Die Varianz lag zwischen einem und sieben Besuchen pro Patienten. Im Zeitverlauf nahm die Anzahl der Folgebesuche des Palliativdienstes pro Patienten seit September 2020 zu (Abb. 11).

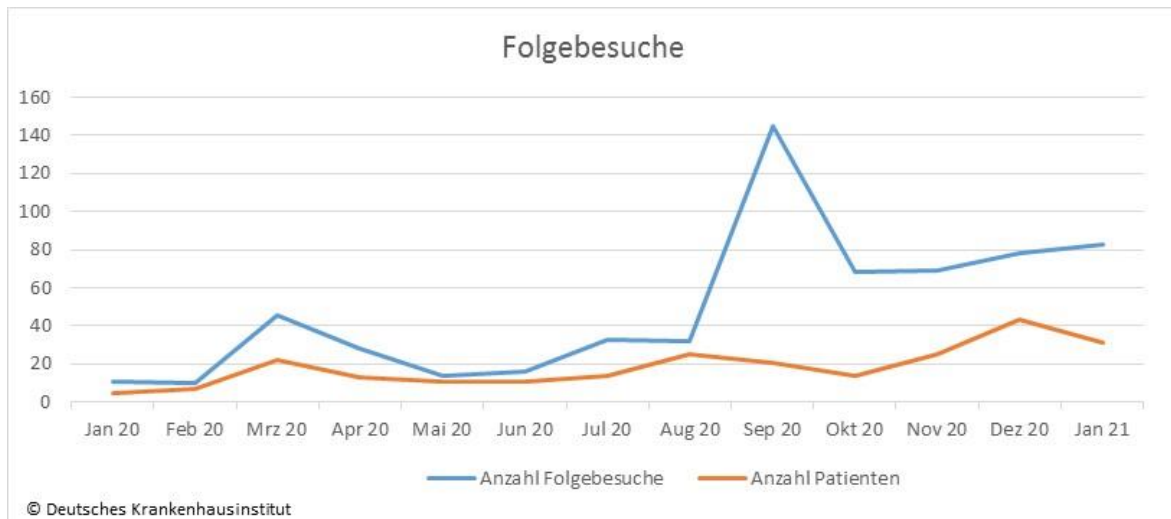


Abb. 11: Übersicht über die Folgebesuche

Bei 315 Fällen hat Palliativdienst angegeben, ob nach dem Erst- oder Folgebesuch ein weiterer Besuch vereinbart wurde. In knapp zwei Drittel dieser Fälle (64 %) wurde ein weiterer Besuch avisiert.

In 26 Fällen wurde der **Erstbesuch** telefonisch realisiert, in 61 Fällen wurde der Folgebesuch telefonisch umgesetzt. Im Mittel lag der Aufwand für einen Erstbesuch bei 36 Minuten. Der kürzeste Aufwand betrug 5 und der längste 120 Minuten. In 258 Fällen wurde vom Palliativteam der zeitliche Aufwand im Rahmen von **Folgebesuchen** eingeschätzt. Im Durchschnitt hat der Palliativdienst hier 28 Minuten, bei einer Spannweite von 5 bis 120 Minuten, aufgewendet.

3.2 Anforderungsgründe aus Sicht des Palliativdienstes

In 123 Fällen wurde das offene Textfeld des Anforderungsgrundes vom Palliativdienst ausgefüllt. Teilweise wurden mehrere Angaben in einem Textfeld gemacht. Folgende Aspekte wurden benannt (codiert):

- Besprechung des weiteren Prozederes / Mitbeurteilung / palliatives Kozept (n=46)
- Allgemeinzustandsverschlechterung (n=32)
- Verlegung auf die Palliativstation (n=31)
- Anbindung SAPV (n=27)
- Entlassungsmitebegleitung (n=14)

3.2.1 Medizinisch-pflegerische Gründe

Bei 334 Konsilanforderungen wurden vom Palliativdienst medizinisch-pflegerische Risikofaktoren angegeben. Bei gut der Hälfte der Patienten waren zwei medizinisch-pflegerische Risikofaktoren der Anlass des palliativmedizinischen Konsils. Bei gut einem Drittel der Fälle wurden drei medizinisch-pflegerische Risikofaktoren bei der Konsilanforderung dokumentiert (Abb. 12).

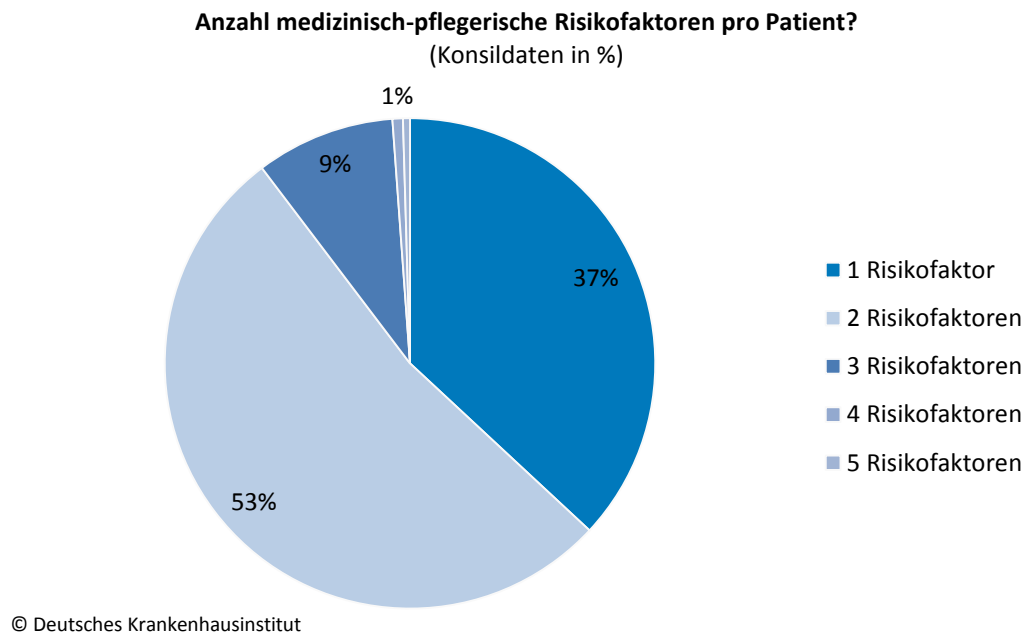
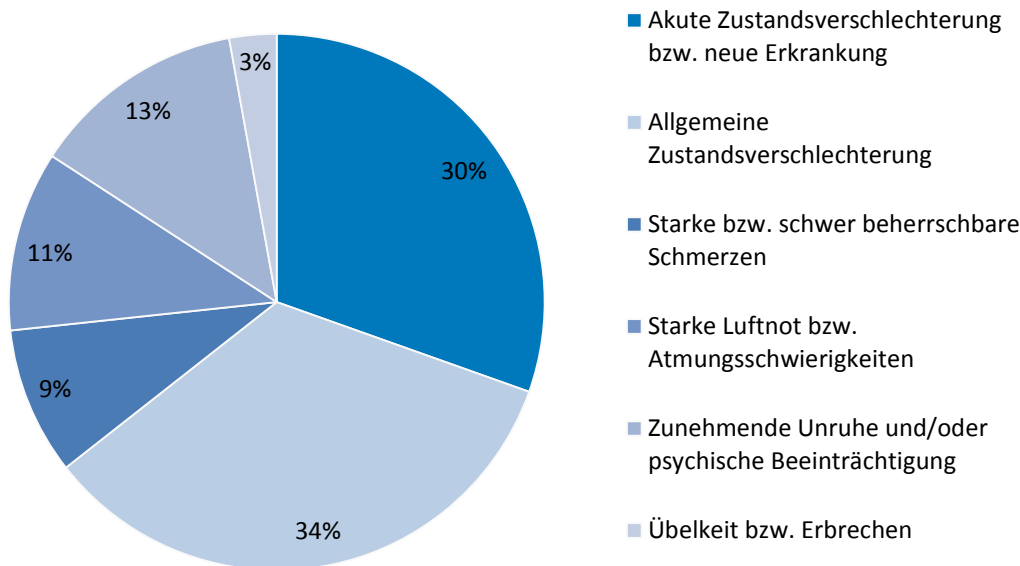


Abb. 12: Anzahl der medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren pro Patient

Hauptanlässe, das palliativmedizinische Konsil anzufordern, waren vor allem eine allgemeine Zustandsverschlechterung (34 %) und eine akute Verschlechterung des Zustands bzw. eine neue Erkrankung (30 %). Die anderen medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren, wie starke Luftnot oder starke Schmerzen, waren deutlich seltener der Grund, ein palliativmedizinisches Konsil zu initiieren (Abb. 13).

In 20 Fällen wurden im Freitext weitere als die vorgegebenen medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren angegeben. Häufige Nennungen fielen auf den Bereich der Nahrungsaufnahme und Probleme in diesem Zusammenhang (n=7) sowie auf psychische Erkrankungen und Belastungen (n=5).

Aufgrund welcher Symptome wurde der Palliativdienst angefordert ?
(Konsildaten in %, Mehrfachnennungen möglich)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Medizinisch-pflegerische Risikofaktoren

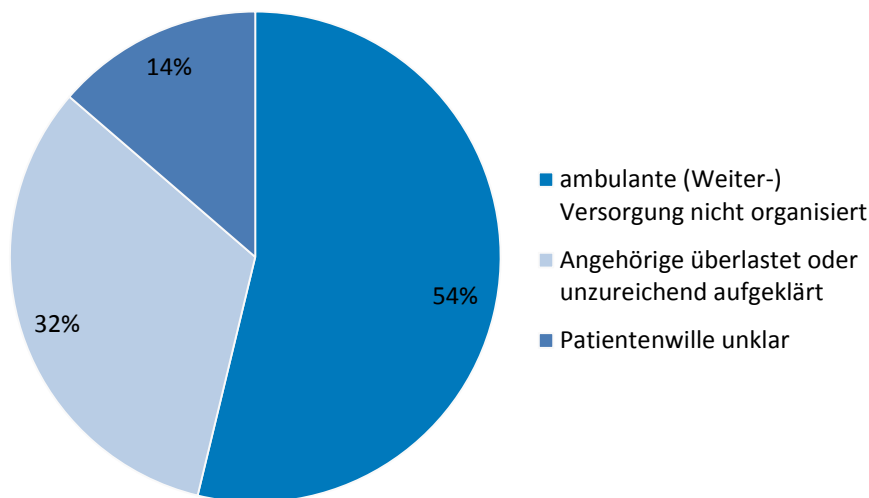
3.2.2 Weitere Anforderungsgründe

In 169 Konsilen wurden über die genannten medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren hinaus weitere Gründe für die Anforderung des Palliativdienstes angegeben. Hier wurde überwiegend ein Indikator (76 %) angekreuzt. Bei etwa einem Fünftel (21 %) wurden zwei Indikatoren benannt.

Bei etwas mehr als der Hälfte der Konsilanforderungen war aus Sicht des Palliativteams die nicht organisierte ambulante (Weiter-)Versorgung der Grund, den Palliativdienst zu kontaktieren. Bei gut einem Drittel der Patienten wurde ein palliativmedizinisches Konsil aufgrund von überlasteten oder unzureichend aufgeklärten Angehörigen angefordert (Abb. 14)

Welche weiteren Gründe bestehen für die Anforderung des Palliativdienstes?

(Konsildaten in %, Mehrfachnennungen möglich)



© Deutsches Krankenhausinstitut

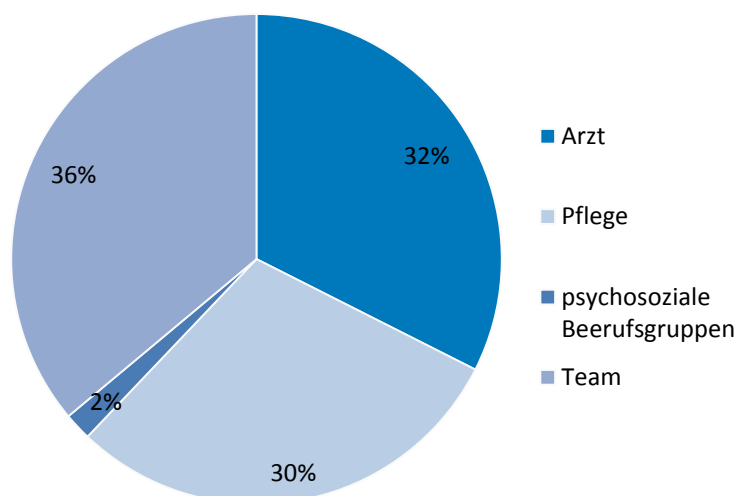
Abb. 14: Weitere Gründe für die Anforderung des Palliativdienstes

3.3 Interventionen durch das Palliativteam

Bei 715 Fällen wurde durch den Palliativdienst angegeben, wie die Intervention erfolgen sollte. In 36 % der Anforderungen wurde die Intervention durch das Team realisiert. Etwas seltener wurden die Interventionen vom Arzt auf Station, in 30 % durch die Pflege auf Station initiiert (Abb. 15).

Welche Intervention wurde vor Ort (unmittelbar) veranlasst bzw. durchgeführt?

Intervention durch...
(Konsildaten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Intervention

Die **Interventionen** durch die verschiedenen Berufsgruppen bzw. das Team wurden im **Textfeld** ausführlich wie folgt dokumentiert:

- Intervention durch Arzt: bei 198 Fällen, diese wurden exemplarisch ausgewertet
- Intervention durch Pflege: bei 193 Fällen
- Intervention durch psychosoziale Berufsgruppen: bei 6 Fällen
- Intervention durch Team: bei 297 Fällen

Bei der **Intervention durch Arzt** wurden folgende Aspekte wiederholt in den Textfeldern dokumentiert, Mehrfachnennungen waren möglich:

- Patientengespräch / -visite/ Patientenwünsche ermittelt (n=85)
- Angehörigen-Gespräch (n=78)
- Gespräch mit Kollegen anderer Stationen / Fachbereiche (n=56)
- Entlassung mit organisierter Unterstützung (z.B. SAPV) (n=47)
- Verlegung Palliativstation (n =47)
- Schmerzmanagement (n=38)
- Palliative Situation besprochen (n=30)
- Keine weitere Therapie / OP / intensivmedizinische Versorgung erwünscht (n=24)
- Kein Gespräch mit Patient möglich/ Patient nicht ansprechbar (n=11)
- Keine Entlassung nach Hause möglich (n=11)
- Entlassung ins Hospiz geplant (n=10)
- Wunsch Patient nach weiterer Therapie (n=9)
- Vermeidung von weiteren Krankenhaus-Aufenthalten (n=6)
- keine Verlegung (n=6)

Im Fokus der Interventionen durch den Arzt standen Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Kollegen. Im Kontext des Verlegungsmanagements waren vor allem die Organisation und Vorbereitung der Entlassung ins häusliche bzw. ambulante Umfeld sowie die Verlegung auf die Palliativstation eine zentrale Aufgabe der Palliativmediziner. In den Textfeldern wurde die Verlegung auf die Palliativstation teilweise als Maßnahme dokumentiert, um die Wartezeit auf den Hospizplatz oder die Organisation der ambulanten unterstützenden Versorgung (z.B. SAPV) zu überbrücken. Auch wurde eine Verlegung auf die Palliativstation in Fällen vorgeschlagen, wenn eine Entlassung nach Hause nicht möglich war.

In 128 Fällen wurde vom Palliativdienst dokumentiert, welche **nächsten Schritte** vereinbart wurden. Hier ist vor allem die Terminierung eines Folgebesuchs hervorzuheben:

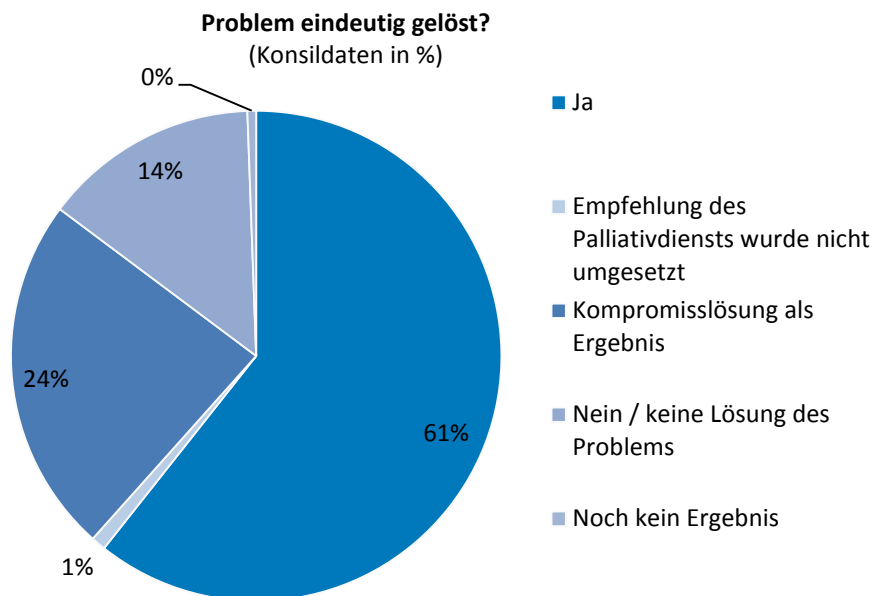
Nächster Schritt	Angabe Nennung
Folgebesuch/ Re-Konsil (terminiert)	70
Rücksprache mit Angehörigen	18
Verlegung	13
SAPV (Anbindung, Antrag)	10
Therapie / Therapiezieländerung / best supportive care	9
Rücksprache mit Kollegen	8
Entlassung nach Hause (vorbereiten)	6
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht (Verfassung, Erstellung)	5
interdisziplinäre Besprechung / multiprofessionelle Besprechung	5
Anmeldung Hospiz	3
Verbleib auf Station	2
Psychologisches Konsil	2

In 47 Fällen wurden dokumentiert, welche **Entscheidungen** getroffen wurden:

Entscheidung	Angabe Nennung
Abwarten	9
SAPV	8
Verbleib auf Station	8
Verlegung auf Palliativstation	8
Re-Konsil	8
Multiprofessionelle Besprechung	5
Angehörigen-Treffen	4
Entlassung nach Hause	3
Keine weitere Therapie	3

4 Bewertung durch den Palliativdienst

In 521 Fällen wurde vom Palliativdienst dokumentiert, ob das Problem eindeutig gelöst werden konnte. Bei der überwiegenden Mehrheit (61 %) der Konsile schätzt der Palliativdienst mit „ja“ eine zufriedenstellende Lösung ein. In 14% der Konsile gibt er an, dass das Problem nicht gelöst werden konnte, bei 24 % wurde ein Kompromiss gefunden (Abb. 16).

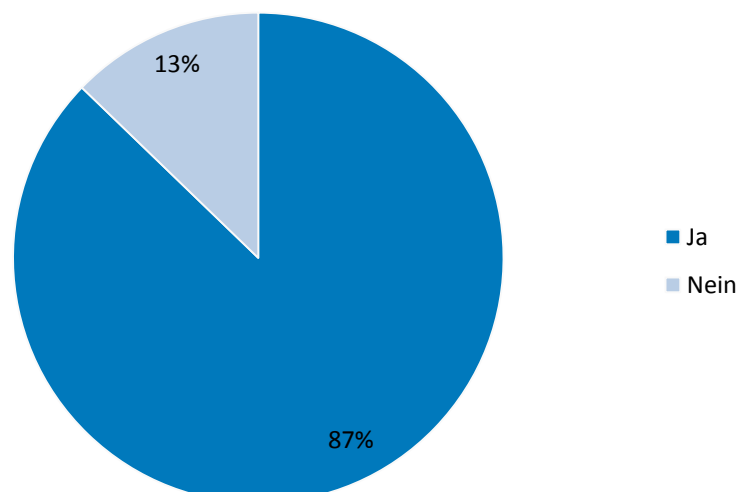


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Einschätzung der Problemlösung durch das Palliativteam

In 314 Fällen hat der Palliativdienst die eigene Zufriedenheit mit dem Konsil eingeschätzt. Mit einem Großteil der Beratung oder Intervention war der Palliativdienst zufrieden (Abb. 17).

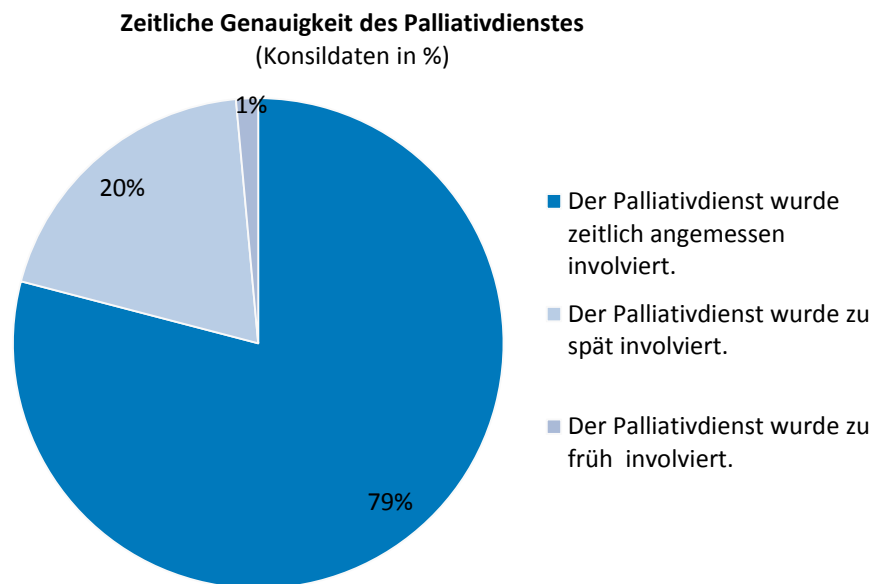
Ist der Palliativdienst mit dem Ergebnis seiner Beratung oder Intervention zufrieden?
(Konsildaten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Zufriedenheit des Palliativdienstes mit der Intervention

Für 341 Konsilanforderungen, hier häufiger für Erst- als Folgebesuche, hat der Palliativdienst die zeitliche Angemessenheit taxiert. In gut drei Viertel der bewerteten Konsilanforderungen hält der Palliativdienst die Einbeziehung für zeitlich angemessen. Für ein Fünftel gibt er an, zu spät involviert zu sein (Abb. 18).

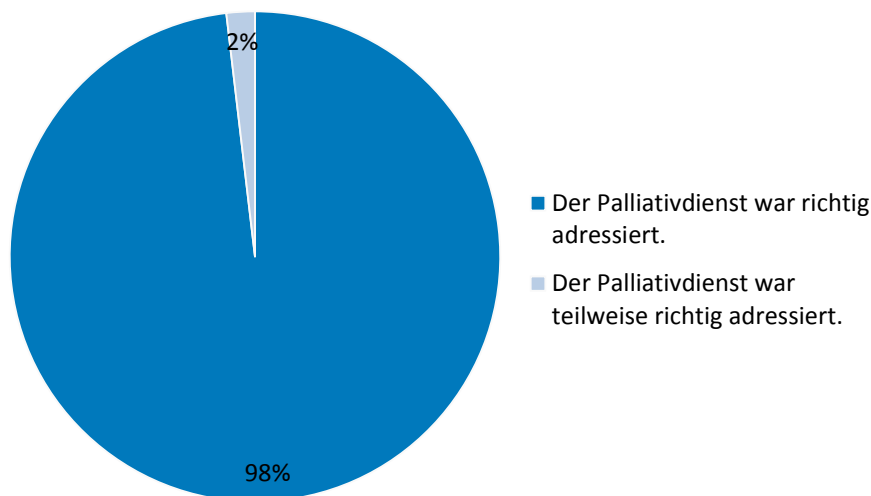


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Zeitliche Genauigkeit

Für 321 Konsilanforderungen hat der Palliativdienst die Angemessenheit der fachlichen Zuständigkeit des Palliativdienstes eingeschätzt. Bei diesen Anforderungen war der Palliativdienst nahezu immer richtig adressiert (Abb. 19).

Genauigkeit der fachlichen Zuständigkeit des Palliativdienstes
(Konsildaten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

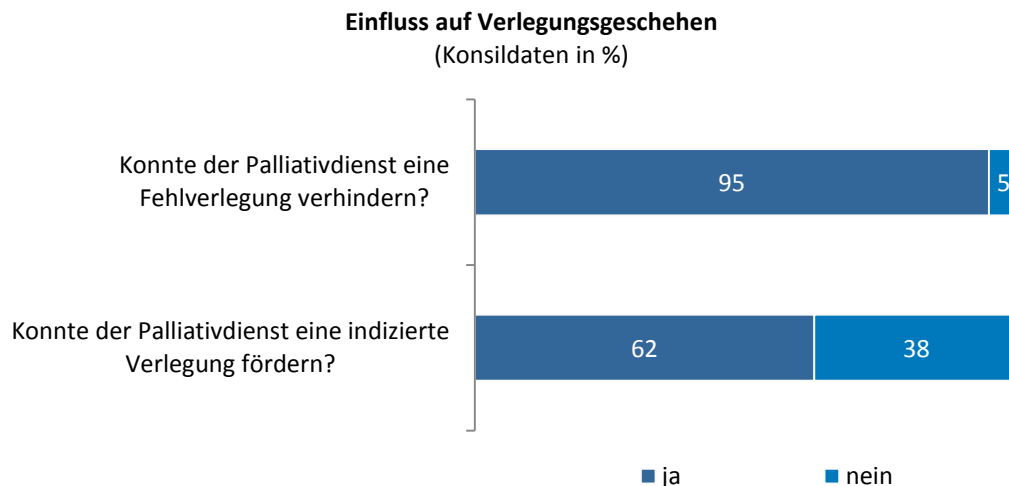
Abb. 19: Genauigkeit der fachlichen Zuständigkeit des Palliativdienstes

Der Palliativdienst hat 232 mal angegeben, weitere Dienste, wie z.B. das Entlassmanagement oder die Seelsorge hinzugezogen zu haben. Im Schnitt wurden 18 Dienste pro Monat hinzugezogen. Die Varianz variierte im Monat zwischen keinem und 38 hinzugezogenen Diensten.

5 Auswirkungen auf das Verlegungsgeschehen

In 330 Fällen hat der Palliativdienst eingeschätzt, ob durch dessen Intervention eine Fehlverlegung verhindert werden konnte. Dies trifft auf nahezu alle visitierten Patienten zu. Lediglich in 5 % der Anforderungen konnte eine Fehlverlegung nicht verhindert werden.

Für 347 Konsilanforderungen hat der Palliativdienst taxiert, ob eine indizierte Verlegung gefördert wurde. In knapp zwei Drittel der Fälle geht der palliative Konsildienst davon aus, dass eine indizierte Verlegung gefördert werden konnte (Abb. 20).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Einfluss auf Verlegungsgeschehen

Auf die offene Frage, wohin die Patientin / der Patient verlegt werden soll, wurde in 239 Fällen eine Antwort gegeben. Die Angaben lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Palliativstation: bei 152 Fällen
- Nach Hause (ggf. inkl. SAPV): bei 58 Fällen
- Pflegeheim (ggf. inkl. SAPV): bei 13 Fällen
- Hospiz: bei 11 Fällen
- Andere Stationen des Krankenhauses (z.B. Onkologie, Normalstation): bei 5 Fällen
- Noch nicht bekannt: bei 3 Fällen
- Reha: bei 3 Fällen

Vielfach wurde beschrieben, dass die Patienten erst auf die Palliativstation verlegt werden, bis die ambulante Versorgung zuhause oder im Pflegeheim, z.B. durch SAPV-Anbindung abgesichert bzw. ein Hospizplatz frei ist.

6 Entlassung

Der Großteil der Patienten (n=426), die im Betrachtungszeitraum ein palliativmedizinisches Konsil erhalten haben, ist im Krankenhaus verstorben. Knapp ein Drittel der Patienten mit Kontakt zum Palliativdienst wurde aus dem Krankenhaus entlassen, da die Behandlung regulär beendet wurde. Bei 11 % der Patienten mit palliativmedizinischem Konsil war die Entlassung in eine Pflegeeinrichtung der Grund für die Beendigung des Krankenhausaufenthaltes (Abb. 21).

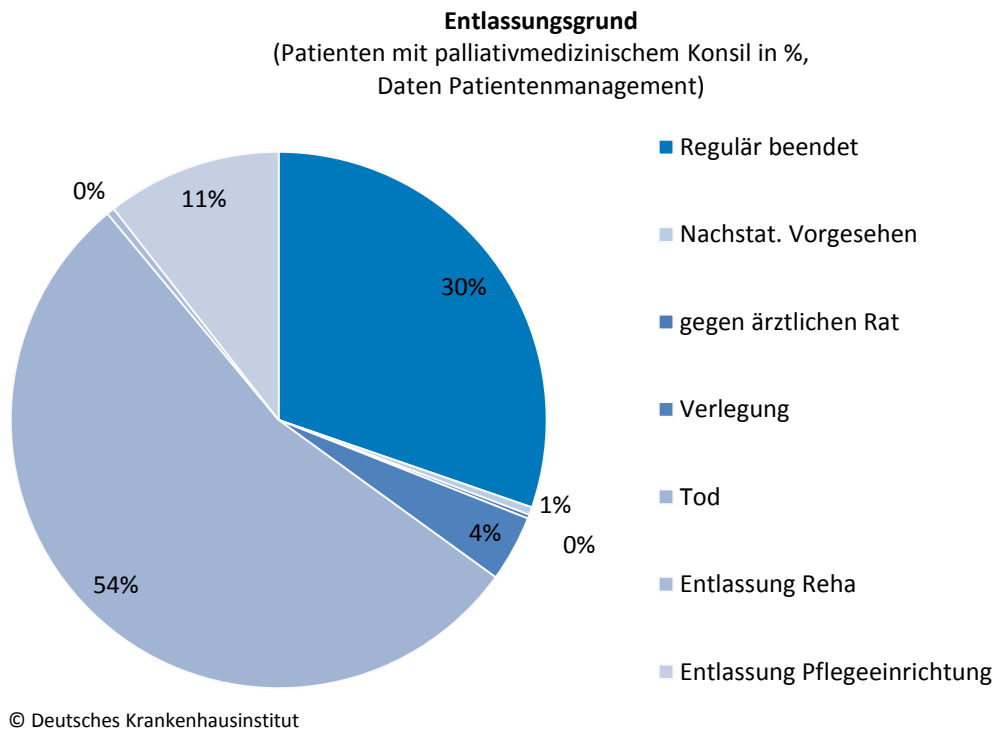
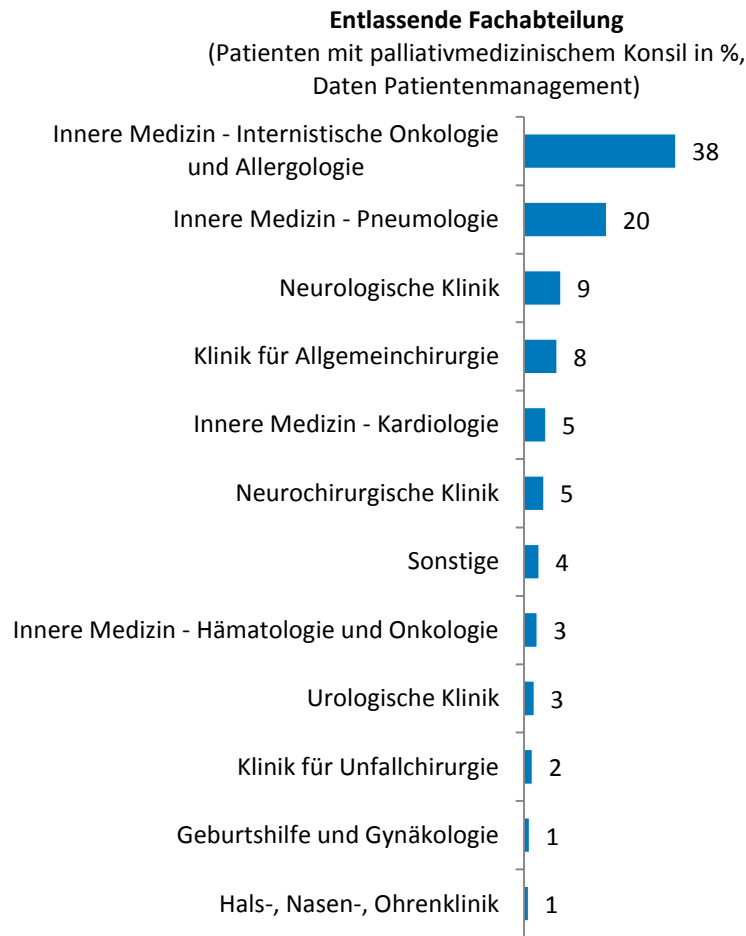


Abb. 21: Entlassungsgrund

Gut ein Drittel der Patienten (38 %), die im Betrachtungszeitraum vom Palliativdienst betreut wurden, wurden von der Fachabteilung Internistische Onkologie und Allergologie der Inneren Medizin entlassen (Abb. 22). Etwas mehr als die Hälfte dieser Patienten wurde mit dem Entlassungsgrund Tod (59 %), knapp ein Fünftel aufgrund der regulär beendeten Versorgung und 16 % in Pflegeeinrichtungen entlassen.

Bei 20 % der Patienten mit palliativmedizinischem Konsil war die Fachabteilung Pneumologie der Inneren Medizin die entlassende Abteilung (Abb. 22). Auch hier wurden die Patienten überwiegend aufgrund des Todes (62 %), des regulär beendeten Krankenhausaufenthaltes (28 %) und in Pflegeeinrichtungen entlassen (7 %).

Patienten, die vom Palliativdienst visitiert wurden, wurden zudem noch aus der Neurologischen Klinik (9 %), der Klinik für Allgemeinchirurgie (8 %), der Kardiologie (5 %) und der Neurochirurgischen Klinik (5 %) entlassen (Abb. 22).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Entlassende Fachabteilungen

7 Zusammenfassung

Der Palliativdienst wurde von den Kliniken und Fachabteilungen des UKGM im Interventionszeitraum gut angenommen. Dies zeigen die konstanten Zahlen an Anforderungen, die auch im Zuge der Corona-Pandemie und den dadurch erschwerten Bedingungen weitgehend unverändert blieben. Das Palliativteam hat die Patienten häufig mehrfach besucht.

Nach Art der anfordernden Fachabteilungen und den Anteilen an sterbenden Patienten der Palliativdienst in den Kliniken der Inneren Medizin gut etabliert. Zu prüfen wäre, ob in den neurologischen und neurochirurgischen Kliniken mit einer relativ hohen Mortalität ggf. mehr Patienten von einem palliativmedizinischen Konsil profitieren könnten.

Die Kliniken haben den palliativmedizinischen Konsildienst vor allem aufgrund einer allgemeinen bzw. einer akuten Zustandsverschlechterung angefordert, wobei häufig zwei

Risikofaktoren zutrafen. Die weiteren medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren der Leitlinie, wie starke Luftnot oder starke Schmerzen, waren etwas weniger relevant.

Bei den externen Anforderungsgründen der Leitlinie sind es vor allem die Angehörigen, die Anlass eines palliativmedizinischen Konsils sind. Die Kollegen auf Station fordern Unterstützung bei der Ansprache und Kommunikation mit den Angehörigen an. Patientenverfügungen lagen bei der Hälfte der dokumentierten Fälle vor. Beim Fehlen einer Verfügung hat der Palliativdienst hier häufig die Patienten bei der Formulierung einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht unterstützt.

Ein wesentlicher Grund für die Anforderung eines palliativmedizinischen Konsils war vor allem die nicht organisierte ambulante (Weiter)Versorgung. Neben den Gesprächen mit den Patienten, Angehörigen und Kollegen war dies eine zentrale Aufgabe des Palliativdienstes. Die Organisation der ambulanten Unterstützung, etwa durch SAPV-Anbindung, und die damit erst mögliche Entlassung nach Hause wurde als eine zentrale Hilfestellung durch den Palliativdienst benannt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass eine nicht-organisierte oder unzureichend organisierte ambulante Weiterversorgung einen Risikofaktor für eine Fehlverlegung bzw. für die Verhinderung einer indizierten Verlegung darstellt.

Insgesamt schätzt der Palliativdienst das Anfordern der Konsile zeitlich wie fachlich als angemessen ein. Das Palliativteam ist mit der Umsetzung der Empfehlungen gemäß Leitlinie und dem Gesamtprozess des palliativmedizinischen Konsils zufrieden.

Der Palliativdienst hat nach eigener Ansicht ein wesentliches Projektziel erreicht: Sehr häufig konnten nach Einschätzung des Palliativdienstes Fehlverlegungen verhindert werden. Zudem gelang es häufig, indizierte Verlegungen etwa auf die Palliativstation zu fördern. Auch wurde oftmals angegeben, dass eine Verlegung auf die Palliativstation erfolgte, bis die ambulante (Weiter)Versorgung organisiert war.

Die meisten Patienten, die der Palliativdienst betreut hat, verstarben im Krankenhaus. Viele betreute Patienten wurde aber auch nach Hause entlassen. Hier konnte durch den Palliativdienst mit der Organisation der Weiterversorgung eine zentrale Entlastung der Angehörigen und eine den Wünschen der Patienten entsprechende Entlassung realisiert werden.

Forschungsfragentableau

Akteur	Zu bearbeitende Fragestellung / Forschung	Beginn und Ende der Bearbeitung	Ergebnis	Auswirkungen für das Projekt bzw. Interpretation
<p>TransMit</p>	<p>Analyse Bestandsdaten Pflegeheime und Krankenhäuser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Erhebung • Pflegeheime: N=61 • Krankenhäuser: N=66 • Ziele: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommt es häufig zu Verlegungen am Lebensende? Wohin erfolgen die Verlegungen? 2. Gründe für Verlegungen am Lebensende 	<p>Datenerhebung: 2016 Sekundärauswertung: August 2019</p>	<p>1. Häufigkeit und Ziele von Verlegungen</p> <p>a) Pflegeheime: Fast alle Pflegeheime (PH) berichten von Verlegungen, meist ins Krankenhaus, fast nie nach Hause und sehr selten in ein Hospiz. 54% der PH berichten eine Verlegung ins Krankenhaus eher selten, 41% oft.</p> <p>b) Krankenhaus: Auch fast alle Krankenhäuser (KH) gaben an, dass in der letzten Lebensphase verlegt wird, wobei die Ziele sich von denen der PH deutlich unterscheiden: Verlegungen innerhalb des KH finden auch relativ häufig statt, aber weniger häufig als Verlegungen nach Hause oder in ein Hospiz.</p> <p>2. Gründe für Verlegungen</p> <p>a) Pflegeheime: In den PH lassen sich starke Treiber für Verlegungen am Lebensende auf drei unterschiedlichen Ebenen identifizieren: (i) Zustand der</p>	

			<p>Bewohner, hier insbesondere akut auftretende neue Erkrankungen, Probleme mit der Atmung sowie Schmerzzustände; (ii) externe Akteure, insbesondere die Angehörigen sowie die Ärzte; (iii) als Rahmenbedingung fehlende Patienten- oder Bewohnerverfügungen.</p> <p>b) Krankenhäuser: Wie in den Pflegeheimen spielen auch in den KH die Angehörigen eine sehr große Rolle bei der Entscheidung für eine Verlegung, darüber hinaus auch der Patientenwille. Auch hier sind Verfügungen sehr wichtig, darüber hinaus die Zusammenarbeit des KH mit SAPV-Team, Hausärzten und Hospizgruppe.</p> <p>Zu beachten sind die unterschiedlichen Ziele der Verlegungen: Vom PH meist in eine Krankenhaus; vom KH sehr oft nach Hause oder in ein Hospiz.</p>	
	<p>Befragung der Hausärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Befragung • N = 103 • Ziel: <p>(1) Hinweise auf die Rolle der Hausärzte bei Verlegungsentscheidungen;</p>	<p>Befragung: Sept. 2018 bis Mai 2019</p> <p>Auswertung: Juli 2019</p>	<p>1. Die Hausärzte geben an, im Schnitt selten, aber doch regelmäßig Verlegungen aus dem Heim einzuleiten. Sie sehen, dass viele Sterbende durchaus noch gegen ihren Wunsch verlegt werden und obwohl eine</p>	

(2) Gründe für Verlegungen;
(3) Verbesserungspotenzial.

Verlegung eigentlich nicht notwendig wäre.

2. Gründe für Verlegungen

2.1 Symptome

Als herausragende medizinische Gründe für Verlegungen werden genannt: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot sowie akut auftretende neue Erkrankungen.

2.2 Akteure

Als Treiber für Verlegungen werden von den Hausärzten insbesondere die Angehörigen, aber auch das Personal in Pflegeheimen wahrgenommen. Beim Personal spielt aus Sicht der Ärzte vor allem Unerfahrenheit und mangelndes Wissen eine Rolle.

3. Verbesserungsmöglichkeiten

Die Ärzte formulieren insbesondere im Bereich Kommunikation Verbesserungsmöglichkeiten. Dies betrifft die Ausbildung des Personals, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure sowie die Angehörigen. Auch der Festlegung eines Notfallplans wird eine große Rolle zugeschrieben sowie den Patientenverfügungen.

Befragung der Pflegeheime

- Quantitative Befragung
- N = 411
- Ziel:
 - (1) Hinweise auf die Häufigkeit und die Ziele von Verlegungen;
 - (2) Gründe für Verlegungen;
 - (3) Verbesserungspotenzial.

Befragung: Sept. 2018 bis März 2019

Auswertung: Mai 2019

1. Die meisten der Pflegeheime geben an, Verlegungen zum Lebensende durchzuführen. Eine Statistik dazu wird meist nicht geführt, die Antwortenden schätzen, dass im Schnitt (Median) ca. 5 % der Sterbenden in ein Krankenhaus verlegt werden.

Eine leichte Häufung von Verlegungen nachts und an Wochenenden wird in ca. 10 % der Einrichtungen verzeichnet.

2. Gründe für Verlegungen

2.1 Symptome

Die wichtigsten Symptome für Verlegungen sind Atemungsschwierigkeiten bzw. Atemnot sowie akut auftretende Erkrankungen.

2.2 Akteure

Sowohl Angehörige als auch Hausärzte als auch Notärzte werden fast gleichermaßen als wichtige Treiber für Verlegungen genannt. Die Unerfahrenheit oder mangelnde Kenntnisse des Pflegepersonals wird eher nicht als Treiber angesehen.

3. Verbesserungspotenzial

In vielen Heimen besitzen viele der Bewohner keine

			<p>Patientenverfügung. Gleichzeitig werden diese jedoch als wichtiger Baustein zur Verhinderung unnötiger Verlegungen angesehen.</p> <p>Weiterhin spielt die Verbesserung von Kommunikation mit den unterschiedlichen Akteuren eine wichtige Rolle für eine Verbesserung der Situation.</p>	
DKI	<p><i>Datenquelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG Statistik) 2016 (Antrag gestellt, genehmigt: Januar 2019)</i></p>	<p><i>Start: Januar / Februar 2019</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertungsdauer voraussichtlich 4-6 Monate <p><i>Stand: 7.10.2019</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertungen und Aufbereitung erfolgt, derzeit DKI-interne Kontrolle • Syntax geschrieben, derzeit Datenauswertungen im FDZ 		
	<p>Beschreibung der analysierten Patienten(gruppen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auswertungen und Ergebnisse im Vergleich für Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind und für Patienten, die in der Fachabteilung „Palliativmedizin“ gelegen haben 		<p>Im Krankenhaus verstorbene Patienten:</p> <p>Alle Patienten bei denen bei Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus „Tod“ angegeben war. Dies waren in dem Datensatz</p>	

			der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016 416.379 aller im Krankenhaus behandelten Patienten.	
	2. Auswertungen für Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, <ul style="list-style-type: none"> ○ die nicht verlegt wurden ○ die einmal verlegt wurden ○ die mehr als einmal verlegt wurden 		71 % der im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurden während ihres Aufenthaltes nicht verlegt, 19% wurden einmal und ein Zehntel zwei oder mehrfach im Krankenhaus verlegt.	
	3. Auswertungen für Patienten, die in der Fachabteilung „Palliativmedizin“ gelegen haben, <ul style="list-style-type: none"> ○ die nicht verlegt wurden ○ die einmal verlegt wurden ○ die mehr als einmal verlegt wurden 		<p>Patienten, die in der Palliativmedizin gelegen haben:</p> <p>Alle Patienten bei denen bei einer Fachabteilung – genutzt wurden hier die ersten zehn Variablen „Fachabteilung“ - „Palliativmedizin“ angegeben war. Dies waren in dem Datensatz der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016 36.703 aller im Krankenhaus behandelten Patienten.</p> <p>Von den Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, sind zwei Drittel nicht verlegt worden, knapp ein Viertel ist einmal und ein Zehntel mehr als einmal verlegt worden.</p>	
	Auswertungen für die Patienten(gruppen):			

1. Regionale Daten: vergleichende Darstellung der o.g.

Patientengruppen nach

- Bundesländern

- Regionstypen

Die prozentuale Verteilung der im Krankenhaus verstorbenen Patienten nach Bundesländern entspricht in etwa der prozentualen Verteilung der Krankenhaufälle der Bundesländer.

In den meisten Bundesländern variieren die Prozentwerte der im Krankenhaus verstorbenen Patienten nicht deutlich nach Verlegungshäufigkeit.

Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind bzw. in der Palliativmedizin behandelt wurden, wurden in erster Linie in städtischen Regionen, am zweithäufigsten in Regionen mit Verstärkeransätzen und am seltensten in ländlichen Regionen versorgt.

Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden deutlich häufiger in städtischen Regionen behandelt als Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind.

			<p>der Patienten der Palliativmedizin keine wesentlichen Unterschiede nach Verlegungen.</p>	
	<p>3. Aufnahmeanlass: vergleichende Darstellung der o.g. Patientengruppen</p>		<p>Gut zwei Drittel der im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurde als Notfall aufgenommen.</p> <p>Bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten zeigen sich nach Verlegungshäufigkeit keine deutlichen Unterschiede beim Aufnahmeanlass.</p> <p>Auch bei den Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, war ein Notfall der häufigste Aufnahmeanlass. Gleichwohl war dieser Anteil mit 41 % deutlich geringer als bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten.</p> <p>Bei den Patienten der Palliativmedizin zeigen sich deutliche Unterschiede beim Aufnahmeanlass, wenn man die Verlegungshäufigkeit berücksichtigt: Patienten der Palliativmedizin, die nicht verlegt wurden (30 %), sind deutlich seltener als Notfall im Krankenhaus aufgenommen worden als im Krankenhaus verletzte Patienten der</p>	

			<p>Palliativmedizin (je 62 %). Patienten der Palliativmedizin, die nicht verlegt wurden, sind häufiger aufgrund einer Aufnahme oder Verlegung aus einem anderen Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationseinrichtung (35 %) sowie aufgrund der Einweisung eines (Zahn-)Arztes im Krankenhaus aufgenommen (34 %) worden aufgrund eines Notfalls (30 %).</p>	
	<p>4. Fachabteilungen: vergleichende Darstellung der o.g. Patientengruppen nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die 10 häufigsten genannten Fachabteilungen unter Fachabteilung 1, Fachabteilung 2 und mit längster Verweildauer ○ Die Nennungen der Fachabteilungen unter Fachabteilung 1, Fachabteilung 2 und mit längster Verweildauer ○ Summe der Fachabteilungen 		<p>Betrachtet man alle Fachabteilungsrichtungen, so wurde der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten in der Fachabteilung Innere Medizin behandelt. Dies gilt für Fachabteilung 1 und Fachabteilung 2. Auch ist die Fachabteilung Innere Medizin die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.</p> <p>Im Krankenhaus verstorbene Patienten wurden zudem häufig auf der Intensivmedizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Kardiologie versorgt. Die im Krankenhaus verstorbenen Patienten wurden auf diesen Fachabteilungen jedoch deutlich</p>	

seltener behandelt als in der Inneren Medizin.

Bei allen im Krankenhaus verstorbenen Patienten, unabhängig von der Verlegungshäufigkeit, die Innere Medizin, die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer. Patienten, die mehr als einmal verlegt wurden, haben deutlich häufiger auf der Intensivmedizin gelegen als die anderen Gruppen der im Krankenhaus verstorbenen Patienten.

Patienten, die auf der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben, wurden vergleichsweise häufig auch in der Inneren Medizin versorgt. Dies war die Fachabteilung mit der zweitlängsten Verweildauer.

Patienten, der Palliativmedizin, die mehr als einmal verlegt wurden, wurden häufig auch in der Inneren Medizin versorgt. Darüber hinaus wurden mehr als einmal verletzte Patienten der Palliativmedizin in der Allgemeinen Chirurgie, der Intensivmedizin und der Hämatologie und internistischen Onkologie versorgt.

			<p>Der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten (71 %) bzw. der Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben (66 %), wurden nicht verlegt. Knapp ein Fünftel der verstorbenen und etwas weniger als ein Viertel der Palliativpatienten wurde im Krankenhaus einmal verlegt. Je ein Zehntel wurde mehr als einmal verlegt.</p> <p>Im Schnitt haben Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind bzw. Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin versorgt wurden, auf knapp zwei Fachabteilungen gelegen. Der Median betrug eins. Patienten, die im Krankenhaus verstorben bzw. auf der Palliativmedizin betreut wurden und mehr als einmal verlegt wurden, haben im Durchschnitt auf rund vier Fachabteilungen gelegen.</p>	
	<p>5. Diagnose: vergleichende Darstellung der o.g. Patientengruppen nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ICD-Codes (häufigsten 20 Kombinationen) 		<p>Die 20 häufigsten Kombinationen der ICD-Codes umfassen knapp 60 % der Hauptdiagnosen (ICD-Codes, 3 Steller) bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten.</p>	

Knapp ein Viertel der verstorbenen Patienten wurde wegen einer Erkrankung des Kreislaufsystems, gut ein Zehntel aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems im Krankenhaus behandelt.

Betrachtet man die verschiedenen Gruppen der verstorbenen Patienten nach Verlegungshäufigkeit, so zeigt sich, dass die Anteile bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Atmungssystems abnehmen, wenn diese verlegt wurden. Demgegenüber nimmt die Häufigkeit von Neubildungen und Verletzungen, Vergiftungen marginal mit der Verlegungshäufigkeit zu.

Bei Patienten der Palliativmedizin zeigt sich ein deutlich anderes Diagnosespektrum als bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten: Waren bei den im Krankenhaus verstorbenen Patienten knapp 7 % von Neubildungen betroffen, fielen bei den Palliativpatienten 58,5 % der 20 häufigsten ICD-Hauptdiagnosen in den Bereich Neubildungen. Die Palliativpatienten wurden am häufigsten aufgrund bösartiger

			<p>Neubildungen der Verdauungsorgane (20 %) und der Atmungsorgane (12,7 %) im Krankenhaus behandelt.</p> <p>Das Auftreten dieser Behandlungsanlässe nimmt mit Verlegungshäufigkeit ebenso ab wie bösartige Neubildungen der Brustdrüse. Demgegenüber nimmt die Anzahl der Palliativpatienten mit der Diagnose einer Neubildung mit ungenau oder nicht näher bezeichneter Lokalisation mit zunehmender Verlegungshäufigkeit etwas zu.</p>	
	<p>6. Behandlung und Prozeduren: vergleichende Darstellung der o.g. Patientengruppen nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Operation (ja/nein) 		<p>Knapp ein Viertel der im Krankenhaus verstorbenen und gut ein Zehntel der Patienten der Palliativmedizin wurde während des Aufenthaltes operiert.</p> <p>Bei beiden Patientengruppen nimmt der Anteil der Operationen mit höherer Verlegungsfrequenz zu. Der Zusammenhang ist bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten größer ausgeprägt als bei Patienten der Palliativmedizin.</p> <p>Der größte Teil der im Krankenhaus verstorbenen (69 %)</p>	

- Beatmung (beatmet/nicht beatmet; Beatmungszeit in Stunden)

und nahezu alle Patienten, die in der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen haben (98 %) wurden während ihres Aufenthaltes nicht beatmet.

Der Anteil der beatmeten Patienten steigt mit Verlegungshäufigkeit, wobei dieser Zusammenhang bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten deutlich stärker ausgeprägt ist als bei Patienten der Palliativmedizin.

Im Krankenhaus verstorbene Patienten, die während des Aufenthaltes beatmet wurden, wurden im Schnitt knapp 156 Stunden beatmet. Der Median betrug 50 Stunden.

Beatmete Patienten der Palliativmedizin wurden im Mittel etwas mehr als 150 Stunden beatmet (Median: 53 Stunden). Insgesamt war dies aber nur ein geringer Anteil.

Die Beatmungszeit nimmt bei Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, mit Verlegungshäufigkeit zu. Nicht verlegte, im Krankenhaus verstorbene Patienten wurden im Durchschnitt knapp 138 Stunden

- Verweildauer (in Tagen, nach Fachabteilung 1, Fachabteilung 2, Fachabteilung mit längster Verweildauer)

(Median: 43) beatmet, mehr als einmal verlegte und im Krankenhaus verstorbene Patienten wurden etwas mehr als 203 Stunden (Median: 73) beatmet.

Der größte Teil der Patienten, die beatmet wurden, wurde mehr als 24 Stunden beatmet. Es zeigen sich keine relevanten Unterschiede zwischen im Krankenhaus verstorbenen Patienten (65 %) und Patienten der Palliativmedizin (67 %).

Der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Patienten, die mehr als 24 Stunden beatmet wurden, nimmt mit Verlegungshäufigkeit leicht zu.

Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, waren im Schnitt knapp elf Tage aufgenommen (Median: 6).

Patienten der Palliativmedizin waren etwas länger im Krankenhaus (Mittelwert: 12,89, Median: 10).

Die Verweildauern nehmen bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten sowie Patienten der Palliativmedizin mit Verlegungshäufigkeit zu.

Die etwas längere Verweildauer der Palliativpatienten spiegelt sich entsprechend auch in der nach Tagen gruppierten Verweildauer wieder.

Nach Verlegungshäufigkeit spiegelt sich dies auch wieder: die im Krankenhaus verstorbenen Patienten ohne Verlegung sind am häufigsten bis zu sieben Tage stationär aufgenommen gewesen, während ab 14 Tagen die mehr als einmal verlegten Patienten die größte Gruppe ausmachen.

Bei den Patienten der Palliativmedizin ist der größte Anteil der Patienten ohne Verlegung bis zu zwölf Tagen im Krankenhaus gewesen, während ab 28 Tagen die Palliativpatienten mit mehr als einer Verlegung die größte Gruppe darstellen.

Im Krankenhaus verstorbene Patienten haben im Schnitt jeweils etwas mehr als sieben Tage in der Fachabteilung 1 und Fachabteilung 2 gelegen.

Die Verweildauer in der Fachabteilung mit längster Verweildauer betrug knapp zehn Tage (Median: 6).

			<p>Patienten der Palliativmedizin haben mit im Schnitt knapp neun Tagen etwa zwei Tage länger als im Krankenhaus Verstorbene jeweils auf den Fachabteilungen 1 und 2 gelegen (Median: je7). Im Mittel waren Patienten, die auch in der Fachabteilung Palliativmedizin aufgenommen waren, elf Tage auf der Fachabteilung mit längster Verweildauer untergebracht (Median: 9).</p>	
	<p>7. Entlassungsgrund der Patienten, die auf der Fachabteilung „Palliativmedizin“ gelegen haben)</p>		<p>Ungefähr die Hälfte der Patienten, die auch auf der Fachabteilung Palliativmedizin gelegen hat, wurde aufgrund des Todes aus dem Krankenhaus entlassen. Bei gut einem Drittel war das Behandlungsende der Grund für die Entlassung.</p>	
BIG	<p>1. Betrachtung Verlegungs- und Überleitungsgeschehen von Verstorbenen der BIG direkt gesund aus den Kalenderjahren 2015 – 2017 und mit Eingrenzung auf Versicherte mit dokumentierten stationären Pflegeleistungen (Pflegeheimbewohner)</p>	<p>17.10.2018 – 29.07.2020</p>	<p>1. Verstorbene im Zeitraum vom 1.1.2015 bis 31.12.2017, die vor ihrem Tod mindestens 365 Tage durchgehend bei der BIG versichert waren: 2929 Versicherte → davon mit stationären Pflegeleistungen (Pflegeheimbewohner): 460 Versicherte</p>	<p>Die Grundgesamtheit der für eine Auswertung zur Verfügung stehenden Versichertenpopulation ist gering.</p>

<p>2. Auswertung und Analyse der unter 1. genannten Versichertenpopulation in Bezug auf Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen innerhalb der letzten 365 Tagen vor dem Tod:</p> <p>2.1 Anzahl Krankenhaufälle</p> <p>2.2 Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen</p> <p>2.3 Anzahl der Entlassungen einschl. der Entlassungsgründe und der entlassenden Fachabteilungen</p> <p>2.4 Anzahl der Verlegungen einschl. der Verlegungsgründe und der verlegenden Fachabteilungen</p>		<p>2. Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten 365 Tage wurden bei 431 Versicherten dokumentiert.</p> <p>2.1. Insgesamt sind 1496 Krankenhaufälle über die Abrechnungsdaten im Kassensystem erfasst.</p> <p>2.2. Aus den Daten ist ersichtlich, dass bei 100 Krankenhaufällen der Entlassungsgrund „Tod“ kodiert wurde.</p> <p>2.3 Der häufigste Entlassungsgrund innerhalb der betrachteten Versichertenpopulation ist die Entlassung zurück in die Pflegeeinrichtung. Insgesamt versterben 24% der Versicherten im Krankenhaus, überwiegend auf der Station Innere Medizin (30%), gefolgt von der Station Palliativmedizin (20%).</p> <p>2.4 Relativ häufig finden innerhalb eines Krankenhausaufenthalts interne Verlegungen statt (435-mal innerhalb der betrachteten</p>	<p>Ein hoher Anteil der betrachteten Versicherten ist innerhalb der letzten 365 Tage vor dem Tod noch mindestens 1-mal in stationärer Krankenhausbehandlung (ca. 94%).</p>
--	--	---	--

	2.5 Überprüfung von Verlegungspfaden		Krankenhausfälle), dabei ist die Innere Medizin mit mehr als 50% die für die Verlegung hauptverantwortliche Fachabteilung.	Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen wurde im Anhang lediglich eine Tendenz beschrieben.
--	--------------------------------------	--	--	--

Anhang 14: Fragebögen

gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss



Gesellschaft für
Technologietransfer mbH
Projektbereich für
Versorgungsforschung
und Beratung



TECHNISCHE HOCHSCHULE MITTELHESSEN



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

IST

INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG
UND TECHNIKFOLGENABSCHÄTZUNG



in Gießen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wollen Sie bzw. Ihre Einrichtung zur Teilnahme an einer Studie zur Ermittlung der Verlegungspraxis von Schwerstkranken und Sterbenden in stationären Pflegeeinrichtungen gewinnen.

Wer führt diese Studie durch?

Durchgeführt wird die Untersuchung durch den TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung in Gießen im Rahmen einer durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Studie.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Wenn Sie den Fragebogen beantworten, werden Sie rasch erkennen, dass die näheren Umstände, die zur Verlegung von Sterbenden führen, erfasst werden. Die so gewonnenen Ergebnisse dienen als eine Grundlage dafür, zukünftig einen Versorgungsprozess zu identifizieren, der geeignet ist, die Verlegung sterbender Bewohner auf das allergrößte Maß zu reduzieren.

Wer soll den Fragebogen ausfüllen?

Es soll nur ein Fragebogen pro Heim beantwortet werden. Die ausfüllende Person sollte die Einrichtungsleitung bzw. eine durch diese beauftragte Person – etwa die Pflegedienstleitung – sein. Einfach teilnehmen können Sie in einem anonymen Online-Verfahren unter der Webadresse www.sterbestudie.de/ph. Alternativ ist der Fragebogen auch als pdf-Dokument hier angehängt, den Sie nach dem Ausfüllen an unten benannte Anschrift per Post zurücksenden können. Die Bearbeitung nimmt jeweils ca. 15 Minuten in Anspruch.

Was haben Sie / Ihre Einrichtung von einer Teilnahme an der Studie?

Die anonymisierten Auswertungsergebnisse werden an die beteiligten und sich hierfür interessierenden Pflegeheime in Form eines Ergebnisberichts rückvermittelt. Auch werden wir einen Kongress zu den Ergebnissen und Konsequenzen des Projektes durchführen. Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. Personen, die eine Teilnahme ablehnen, entstehen daraus keine Nachteile.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, das wichtige Anliegen zu unterstützen.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. phil. Wolfgang George

TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
Prof. Dr. phil. Wolfgang George
Jahnstraße 14
D-35394 Gießen
Tel.: +49 (6 41) 9 48 21 11
e-mail: george@transmit.de

Bitte wählen Sie jeweils eine der Antwortoptionen aus:

Trägerart Ihrer Einrichtung:	
Frei-Gemeinnützig, Konfessionell	<input type="checkbox"/>
Privat	<input type="checkbox"/>
Öffentlich-Kommunal	<input type="checkbox"/>

wenn Frei-Gemeinnützig: Ist Ihre Einrichtung ein Heim der Arbeiterwohlfahrt (AWO)?	
ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung:	
Einrichtungsleitung	<input type="checkbox"/>
Pflegedienstleitung (PDL)	<input type="checkbox"/>
Palliativfachkraft	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter in der Pflege	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	

Ihre Berufserfahrung:	
weniger als 3 Jahre	<input type="checkbox"/>
3-10 Jahre	<input type="checkbox"/>
länger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>

Größe der Einrichtung:	
bis 50 Plätze	<input type="checkbox"/>
51-100 Plätze	<input type="checkbox"/>
101-200 Plätze	<input type="checkbox"/>
mehr als 200 Plätze	<input type="checkbox"/>

Bundesland:	
Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/>
Bayern	<input type="checkbox"/>
Berlin	<input type="checkbox"/>
Brandenburg	<input type="checkbox"/>
Bremen	<input type="checkbox"/>
Hamburg	<input type="checkbox"/>
Hessen	<input type="checkbox"/>
Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/>
Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/>
Saarland	<input type="checkbox"/>
Sachsen	<input type="checkbox"/>
Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/>
Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/>
Thüringen	<input type="checkbox"/>

Wie häufig kommt es an Ihrer Einrichtung vor, dass Bewohner/-innen, die schwerstkrank bzw. sterbend sind, in ein Krankenhaus verlegt werden?

Führt Ihre Einrichtung hierzu eine (Jahres-)Statistik?

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Der Prozentwert lag im Jahr 2017 in unserer Einrichtung bei

_____ % der Sterbefälle

Falls Sie den genauen Prozentwert nicht ermitteln können, sind wir auf Ihre Schätzung angewiesen:

nie	<input type="checkbox"/>
bis 10 %	<input type="checkbox"/>
ungefähr 11-20 %	<input type="checkbox"/>
ungefähr 21-30 %	<input type="checkbox"/>
ungefähr 31-40 %	<input type="checkbox"/>
mehr, ungefähr (%): _____	

Wohin werden schwerstkranke bzw. sterbende Bewohner noch verlegt?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
nach Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es bestimmte Tageszeiten, zu denen es in den Pflegeeinrichtungen vermehrt zu Verlegungen kommt? Wenn ja, wann?

(Mehrfachnennung möglich)

morgens	<input type="checkbox"/>
mittags	<input type="checkbox"/>
nachmittags	<input type="checkbox"/>
abends	<input type="checkbox"/>
nachts	<input type="checkbox"/>
nein, keine bestimmten Tageszeiten	<input type="checkbox"/>

Gibt es bestimmte Wochentage, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt?

(Mehrfachnennung möglich)

Montag	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>
Samstag	<input type="checkbox"/>
Sonntag	<input type="checkbox"/>
nein, keine bestimmten Wochentage	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig sind die folgenden Bewohnersymptome für Verlegungen?	unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
Schmerzzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit bzw. Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe und Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlechterung der bestehenden Grunderkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neu auftretende Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Symptome führen zu Verlegungen:

Wie wichtig sind folgende sozialen Einflüsse für Verlegungen?	unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzugezogener Notarzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Partner wirken auf Verlegungen hin:

Wie wichtig sind folgende strukturellen bzw. personellen Problemlagen für Verlegungen?	unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundsätzlich zu wenig Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerfahrenheit der eigenen Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der eigenen Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelndes Engagement der eigenen Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Begründungen:

Wieviele Ihrer Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?	
0-10 %	<input type="checkbox"/>
11-20 %	<input type="checkbox"/>
21-30 %	<input type="checkbox"/>
31-40 %	<input type="checkbox"/>
41-50 %	<input type="checkbox"/>
51-60 %	<input type="checkbox"/>
61-70 %	<input type="checkbox"/>
mehr als 70 %	<input type="checkbox"/>

Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus?	
sehr große Auswirkung	<input type="checkbox"/>
große Auswirkung	<input type="checkbox"/>
mittlere Auswirkung	<input type="checkbox"/>
schwache Auswirkung	<input type="checkbox"/>
keine Auswirkung	<input type="checkbox"/>

Wird das Thema Sterben in der Pflegeanamnese als Teil der Pflegeplanung angesprochen? In wieviel Prozent der Fälle?	
0-10 %	<input type="checkbox"/>
11-20 %	<input type="checkbox"/>
21-30 %	<input type="checkbox"/>
31-40 %	<input type="checkbox"/>
41-50 %	<input type="checkbox"/>
51-60 %	<input type="checkbox"/>
61-70 %	<input type="checkbox"/>
mehr als 70 %	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie das Advance Care Planning (ACP) Verfahren?	
ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Inwieweit führen folgende Aspekte zu einer Verbesserung der Versorgung von Sterbenden?	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hausärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit SAPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besser ausgebildetes Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkere Berücksichtigung von Bewohnerverfügungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Verbesserungsvorschläge:

Gibt es andere Bedingungen bzw. Umstände als die hier benannten, die Ihrer Erfahrung nach zur Verlegung von schwerstkranken und sterbenden Bewohnern/-innen führen?

Herzlichen Dank für Ihre Antworten! Sie haben uns damit sehr geholfen!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen zurück an

TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
Prof. Dr. phil. Wolfgang George
Jahnstraße 14
D-35394 Gießen

Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten

Projekt des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Avenue-Pal“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) führt derzeit zusammen mit verschiedenen Projektpartnern das Projekt „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung (**Avenue-Pal**)“ durch. Das Projekt wird vom **Innovationsfonds** des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF17044). Teil des Projektes ist eine Repräsentativbefragung der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland.

Ziel der Befragung ist es, die derzeitige **Versorgungssituation** von **schwerkranken, sterbenden** bzw. **Palliativpatienten** in den Krankenhäusern zu beschreiben, um damit die Palliativversorgung **sektorenübergreifend zu verbessern**.

Der Fragenbogen bezieht sich auf die Versorgung von Patienten, die schwerstkrank und sterbend bzw. in der Sterbephase sind. Bei der zeitlichen Einordnung orientieren wir uns an der **S3-Leitlinie Palliativmedizin**, in der die **Sterbephase als die letzten drei bis sieben Tage des Lebens** definiert wird. Im Fokus stehen keine Unfälle etc.

Wir möchten Sie bitten, den beiliegenden **Fragebogen** entweder **selbst auszufüllen** oder an **Personen weiterzuleiten**, die in Ihrem Hause maßgeblich für die **Versorgung** von schwerkranken, **sterbenden Patienten** bzw. Patienten in der letzten Lebensphase **zuständig** sind oder die entsprechenden Informationen haben, z. B. Mitarbeiter im Qualitätsmanagement oder von Palliativstationen. Es können selbstverständlich auch **mehrere Personen** den Bogen **ausfüllen**.

Der Erhebungsbogen enthält eine laufende Nummer einzig zur Projektsteuerung. Ihre Angaben werden **streng vertraulich** behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in **anonymisierter** Form dargestellt werden. Jedwede **Rückschlüsse** auf einzelne Krankenhäuser sind **ausgeschlossen**.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Petra Steffen, Tel.: 0211 / 47 051-55
Fax: 0211 / 47 051-67
E-Mail: forschung@dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

1 Allgemeine Angaben

1A Strukturdaten Ihres Krankenhauses im Jahr 2017.

Bitte geben Sie eine „0“ an, falls Sie etwas **nicht** vorhalten.

Planbetten am 31.12.2017:	Anzahl Standorte:
Vollstationäre Fallzahl 2017:	Anzahl Intensivbetten:
Anzahl Palliativbetten zur Palliativversorgung:	Anzahl Palliativzimmer:

1B Wie viele Patienten sind im Jahr 2017 in Ihrem Krankenhaus verstorben?

Fallzahl verstorbener Patienten 2017: _____

1C Wie viele Patienten sind im Jahr 2017 in Ihrem Haus auf den folgenden Stationen verstorben?

Bitte geben Sie den **prozentualen Anteil** an. Falls Ihnen diese nicht vorliegen, schätzen Sie diese bitte realitätsnah ein. Bitte geben Sie eine „0“ an, falls etwas **nicht** zutrifft.

	Station nicht vorhanden
Normalstationen / Allgemeinstationen _____ Verstorbene Patienten 2017 in %	<input type="checkbox"/>
Palliativstation _____ Verstorbene Patienten 2017 in %	<input type="checkbox"/>
Station mit hämatologischem-onkologischem Schwerpunkt _____ Verstorbene Patienten 2017 in %	<input type="checkbox"/>
Intensivstationen _____ Verstorbene Patienten 2017 in %	<input type="checkbox"/>

1D Wie viele der im Jahr 2017 in Ihrem Haus verstorbenen Patienten hatten eine Patientenverfügung?

Bitte geben Sie den prozentualen Anteil an (ggf. realitätsnahe Schätzung).

	Keine Antwort möglich / weiß nicht
Patientenverfügungen _____ Verstorbene Patienten 2017 in %	<input type="checkbox"/>

1E Wie ist die Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten bzw. Palliativpatienten in Ihrem Haus organisiert?

Nur eine Antwort ist möglich.

Als eigenständige Hauptabteilung im Sinne einer Palliativstation	<input type="checkbox"/>	Als Palliativstation innerhalb einer anderen eigenständigen Hauptabteilung	<input type="checkbox"/>
Als Palliativstation innerhalb mehrerer anderer eigenständiger Hauptabteilungen	<input type="checkbox"/>	Als Palliativbetten innerhalb einer anderen eigenständigen Hauptabteilung	<input type="checkbox"/>
Als Palliativbetten innerhalb mehrerer anderer eigenständiger Hauptabteilungen	<input type="checkbox"/>	Haben keine eigenständige Palliativstation / -Abteilung / -Einheit oder ausgewiesene -Betten	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

1F Ist oder war Ihre Palliativ-Station oder -Einheit gemäß §17b Abs. 1 KHG als „besondere Einheit“ aus dem DRG-Finanzierungssystem ausgenommen?			
Ja, derzeit	<input type="checkbox"/>	Nein derzeit nicht, aber zu einem früheren Zeitpunkt	<input type="checkbox"/>
Nein, aber Antrag läuft / geplant	<input type="checkbox"/>	Nein, auch kein Antrag geplant	<input type="checkbox"/>
Haben keine Palliativ-Station / -Abteilung / -Einheit	<input type="checkbox"/>		

1G Haben Sie im Jahr 2017 folgende OPS-Codes abgerechnet? Wenn ja , wie häufig?	OPS-Code 2017 abgerechnet?		Anzahl abgerechneter Codes 2017
	Nein	Ja →	
OPS 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
OPS 8-98e (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
OPS 8-98h (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____

1H Welche der folgenden Aspekte zur Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung ?	Ja, umgesetzt	Ja, konkret in Planung	Nein, aber Zukunftsthema	Nein, auch nicht angedacht
Integration des Hospiz- und Palliativgedankens ins Leitbild des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung von Zielen der Betreuung von schwerkranken, sterbenden (Palliativ)Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Standards zur Versorgung schwerkranker, sterbender (Palliativ)Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definition der Entscheidungsprozesse zur Verlegung schwerkranker, sterbender (Palliativ)Patienten innerhalb des Krankenhauses (z. B. wer die Entscheidung trifft, wann bzw. nach welchen Kriterien Patienten verlegt werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definition der Entscheidungsprozesse zur Verlegung schwerkranker sterbender (Palliativ)Patienten aus dem Krankenhaus (z. B. wer die Entscheidung trifft, wann bzw. nach welchen Kriterien Patienten verlegt werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung klarer Zuständigkeiten bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden (Palliativ)Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung eines standardisierten Dokumentationsbogens / Screening-Instrumentes, um den palliativmedizinischen Bedarf abzuschätzen (z. B. Hospiz- und Palliativverhebung (HOPE))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Team- oder Fallbesprechungen zur Versorgung schwerkranker, sterbender (Palliativ)Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fort- und Weiterbildungskonzept für Mitarbeiter , die schwerkranke, sterbende (Palliativ)Patienten versorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am Nationalen Hospiz- und Palliativregister der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1H (Fortsetzung) Welche der folgenden Aspekte zur Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung ?	Ja, umgesetzt	Ja, konkret in Planung	Nein, aber Zukunftsthema	Nein, auch nicht angedacht
Fragelisten mit Inhalten des Advance Care Plannings für Arztgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungs- und Informationsangebote zur Palliativversorgung für Patienten und Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial zur Palliativversorgung für Patienten und Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Krankenhausaufnahmen schwerkranker und sterbender Patienten

2A Wie häufig wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 aus folgenden Umgebungen / Einrichtungen in Ihr Krankenhaus verlegt ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Aus dem häuslichen Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus einem anderen Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus Hospizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B Wie häufig haben im Jahr 2017 folgende Personen / Einrichtungen die Krankenhauseinweisungen schwerkranker und sterbender (Palliativ)Patienten in Ihr Krankenhaus veranlasst ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
SAPV-Team (in Rücksprache mit Hausarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt /Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Krankenhaus (Verlegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2C Wie oft wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 auch aufgrund folgender Symptome oder Beschwerden in Ihr Krankenhaus verlegt ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Schmerzen / Schmerzzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit / Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Verlegung schwerkranker und sterbender Patienten durch das Krankenhaus

3A Wie häufig wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 von Ihrem Krankenhaus in folgende Umgebungen / Einrichtungen entlassen bzw. verlegt ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Innerhalb des Krankenhauses (z. B. auf eine andere Station)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Palliativstationen eines anderen Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Hospize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3B Wie oft wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 aufgrund folgender Gründe aus Ihrem Krankenhaus entlassen bzw. verlegt ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Wunsch des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Versorgung organisiert (z. B. Einschreibung in SAPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Versorgung organisiert (z. B. Hospiz, Pflegeheim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Indikation für Weiterbehandlung im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3C Wie oft wurden schwerkranke und sterbende (Palliativ)Patienten im Jahr 2017 aufgrund folgender Symptome oder Beschwerden innerhalb Ihres Krankenhauses verlegt?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Schmerzen / Schmerzzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Starke) Luftnot / Atmungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Permanente) Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit / Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3D Wie oft wurden schwerkranke und sterbende Patienten im Jahr 2017 aufgrund folgender Gründe innerhalb Ihres Krankenhauses verlegt ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Wunsch des Patienten / der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Gründe (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustands)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinisch-technische Gründe (z. B. bessere medizinisch-technische Ausstattung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinisch-pflegerische Gründe (z. B. speziell qualifiziertes Personal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethische Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3E Wie häufig kam es im Jahr 2017 bei schwerkranken und sterbenden Patienten in der Sterbephase innerhalb Ihres Krankenhauses zu folgenden Verlegungen ?	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Station nicht vorhanden
Von Normalstationen / Allgeminstationen auf die Palliativstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Normalstationen / Allgeminstationen auf Intensivstationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Normalstationen / Allgeminstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Normalstationen / Allgeminstationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Palliativstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt auf Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Intensivstationen auf Normalstationen / Allgeminstationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Intensivstationen auf Station mit Palliativstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Intensivstationen auf Station mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Verlegungen und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Versorgungssituation sterbender Patienten

4A Welche der folgenden Aspekte treffen auf die Unterbringung schwerkranker und sterbender Patienten in Ihrem Krankenhaus zu? Mehrfachangaben möglich.			
Besonders persönliches Ambiente / freundlich gestaltete Zimmer	<input type="checkbox"/>	Zimmer / Unterbringung abseits des Krankenhausbetriebs	<input type="checkbox"/>
Eigenes Bad pro Zimmer	<input type="checkbox"/>	Rollstuhlgerechtes / geräumiges Bad	<input type="checkbox"/>

4A (Fortsetzung) Welche der folgenden Aspekte treffen auf die **Unterbringung schwerkranker** und **sterbender Patienten** in Ihrem Krankenhaus zu? Mehrfachangaben möglich.

Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige	<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>
Gar nichts / keine spezielle Unterbringung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

4B Wie wichtig sind in Ihrem Krankenhaus bei der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten folgende Aspekte ?	Gar nicht wichtig	Weniger Wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
Entlassung nach Hause (wenn dies möglich ist und Wunsch des Patienten ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterben in selbst gewählter Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmung realistischer Therapieziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmung realistischer Pflegeziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umfassende Information der Patienten / Angehörigen über ihre Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung der Patienten / Angehörigen in die Therapieplanung / Berücksichtigung der Patientenpräferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung der Patienten / Angehörigen in die Pflegeplanung / Berücksichtigung der Patientenpräferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebensqualität der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz wenig belastender Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle und Linderung belastender Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethische Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellungen bei psychischen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung psychosozialer Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhaltung der Prinzipien der Palliative Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenes Palliativteam / Palliativ-Konsiliardienst / Multiprofessionelle Palliativdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsübergreifende / Interdisziplinäre Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4C Welche Angebote halten Sie in Ihrem Krankenhaus standardmäßig für Angehörige schwerkranker, sterbender (Palliativ) Patienten vor?

Informationen über Angebote zur Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/>	Raum zum Abschied nehmen	<input type="checkbox"/>
Frühzeitige Trauerberatung und -begleitung in Einzelgesprächen oder Gruppen	<input type="checkbox"/>	Nach dem Versterben des Patienten: Trauerberatung und -begleitung in Einzelgesprächen oder Gruppen	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeutische Trauertherapie in Einzelgesprächen oder Gruppensetting	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

5 Personelle Situation bei der Versorgung schwerkranker, sterbender (Palliativ)Patienten

5A Halten Sie in Ihrem Krankenhaus **speziell qualifiziertes Personal zur Versorgung von schwerkranken und sterbenden (Palliativ)Patienten** vor?
Wenn ja: Wie viele Mitarbeiter (in Köpfen) waren zum Stichtag **31.12.2017** in Ihrem Krankenhaus beschäftigt? (ggf. realitätsnahe Schätzung).

	Nein	Ja	Anzahl in Köpfen
Fest angestellte Ärzte mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
Fest angestellte Ärzte in Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
Pflegepersonal mit Palliative-Care-Ausbildung / Fachkraft Palliativ Pflege/ Palliativfachpflegekraft / Fachkraft für Palliative Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
Pflegehelfer mit Palliative Care-Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____

5B Sind in Ihrem Krankenhaus die folgenden Berufsgruppen **maßgeblich in die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten involviert?**

Psychologen / Psychoonkologen / Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	Altenpfleger	<input type="checkbox"/>
Soziale Beratung / Sozialdienst / Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>	Seelsorger	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>	(Palliativ ausgebildete) Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>
Musik-, Kunsttherapeuten	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapeuten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

5C Hält Ihr Krankenhaus **folgende** Personalstrukturen vor?

	Nein, auch nicht angedacht	Nein, aber Zukunftsthema	Ja
Eigenes, spezialisiertes Palliativteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 5E
Eigenen Palliativdienst / palliativmedizinischer / palliativer Konsiliardienst (Gruppe von Krankenhausmitarbeitern, die allen Stationen beratend zur Verfügung stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 5D
Der Palliativstation fest zugeordnetes Kernteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 5E

5D Welche der folgenden Aufgaben **übernimmt** der **Palliativdienst** / palliativmedizinische / **palliative Konsiliardienst** Ihres Krankenhauses? Mehrfachangaben möglich.

(Fach)Beratung des Krankenhausteams (z. B. zur Schmerzkontrolle)	<input type="checkbox"/>	Unterstützung / Beratung (z. B. andere Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte)	<input type="checkbox"/>
Konsiliarische Mitbetreuung	<input type="checkbox"/>	Behandlungskoordination / -organisation	<input type="checkbox"/>
Administration / Dokumentation	<input type="checkbox"/>	Unterstützung / Begleitung der Patienten	<input type="checkbox"/>
Unterstützung / Begleitung von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	Networking	<input type="checkbox"/>
Fort- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

5E Welche **Unterstützungsangebote** erhalten Ihre **Mitarbeiter**, die primär **schwerkranke, sterbende Patienten** versorgen, **regelmäßig**? Mehrfachantworten möglich.

Schulungen in Gesprächsführung mit Schwerkranken, Sterbenden oder deren Angehörigen	<input type="checkbox"/>	Schulungen zum Umgang mit existentiellen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen	<input type="checkbox"/>
Schulungen zum Umgang mit Patientenverfügungen	<input type="checkbox"/>	Schulungen zum eigenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer	<input type="checkbox"/>
Kulturspezifische Schulungen zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer	<input type="checkbox"/>	Trauerberatung und -begleitung für Mitarbeiter in Einzelgesprächen oder Gruppen	<input type="checkbox"/>
Supervisionen	<input type="checkbox"/>	Angebote / Kurse zur Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
Informationen zur palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteltherapie	<input type="checkbox"/>	Informationen über Betreuungsmöglichkeiten in der Region / im Umfeld	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

6 Kooperationen und Netzwerk

6A Welche **(Zusatz-)Angebote** hält Ihr **Krankenhaus eigenständig** oder als **Trägerleistung** im **Umfeld** Ihres **Hauses** vor? Mehrfachantworten möglich.

Palliativmedizinische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	Tagesklinische Angebote für Palliativpatienten	<input type="checkbox"/>
MVZ mit Spezialisierung auf Palliativpatienten	<input type="checkbox"/>	Ambulanter Hospizdienst	<input type="checkbox"/>
Ambulantes Palliative Care Team (SAPV)	<input type="checkbox"/>	Stationäres Hospiz	<input type="checkbox"/>
Gar keine	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

6B Wie häufig kooperiert Ihr Krankenhaus bei der Versorgung und Betreuung schwerkranker, sterbender (Palliativ-)Patienten mit den folgenden Berufsgruppen oder Institutionen ?	Ja regel- mäßig	Ja, aber eher selten	Nein, aber Zukunfts- thema	Nein, auch nicht geplant
Palliativstationen anderer Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliativ- / Konsiliardienste anderer Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Hospizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte / niedergelassene (Fach)Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Hospizdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regionale SAPV-Teams / Palliative Care Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeindeseelsorgern / Pfarrern (außerhalb des Krankenhauses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgungszentren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassene Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Abschließende Bewertung

7A Wie häufig gibt es, auch vor dem Hintergrund Ihrer eigenen Erfahrungen , folgende Verlegungen von schwerkranken und sterbenden Patienten / Palliativpatienten, die medizinisch-pflegerisch nicht indiziert sind?	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
Aus dem häuslichen Umfeld ins Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus Pflegeeinrichtungen ins Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerhalb des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus dem Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus dem Krankenhaus ins häusliche Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7B Inwieweit stimmen Sie , auch vor dem Hintergrund Ihrer eigenen Erfahrungen , folgenden Aussagen zu? Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig ins Krankenhaus verlegt , ...	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...obwohl sie lieber zuhause / in Pflegeheimen betreut werden würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil die personelle Situation bei ambulanten Pflegediensten nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil die personelle Situation in Pflegeheimen nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil in Pflegeheimen Notfallkonzepte fehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil die personelle Situation in der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend für eine adäquate Betreuung und Versorgung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil finanzielle Aspekte eine Rolle spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil Angehörige sich überfordert fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil Angehörige nicht ausreichend aufgeklärt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil zu wenig Patienten in die SAPV eingeschrieben sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil zu wenig Hospizplätze verfügbar sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil die Patienten / Angehörige dies wünschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil die verschiedenen Akteure / Leistungserbringer zu wenig kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil außerklinisch am Wochenende / in der Nacht die erforderlichen Ressourcen nicht verfügbar sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil sonstige Gründe zutreffen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7C Inwieweit stimmen Sie , auch vor dem Hintergrund Ihrer eigenen Erfahrungen , folgenden Aussagen zu? Schwerkranke und sterbende Patienten werden häufig innerhalb des Krankenhauses verlegt ,...	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...obwohl dies medizinisch-pflegerisch nicht notwendig wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil haftungsrechtliche Risiken befürchtet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil dies dem Wunsch des Patienten / der Angehörigen entspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil der Patient auf der aufnehmenden Station besser versorgt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil es an palliativmedizinischem/-pflegerischem Know-how mangelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weil sonstige Gründe zutreffen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Teilnahme!



Teil A: G1

A1. Art der Praxis:

- Allgemeinmedizinische Praxis
- Hausärztlich-Internistische Praxis
- MVZ
- Sonstige Praxis

A2. Ihre Berufserfahrung:

- weniger als 3 Jahre
- 3-10 Jahre
- länger als 10 Jahre

A3. Lage der Praxis:

- Großstadt ab 100.000 Einwohner
- Stadt zwischen 50.-99.999
- Stadt zwischen 20.-49.999
- Stadt 10.-19.999
- Stadt zwischen 5000 und 9999
- Gemeinde kleiner 5000



A4. Bundesland:

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

Teil B: G2

Zahl der betreuten Patienten, Ausmaß der Eingebundenheit, Ort der Verlegung

B1. Wieviele Patienten in Pflegeeinrichtungen betreut Ihre Praxis?

- weniger als 10
- 10 bis 30
- 31-50
- 51-80
- 81-100
- mehr als 100



B2. Wieviele der Patienten versterben ungefähr im Verlauf eines Jahres (z.B. 2016)?

- weniger als 5
- 5-10
- 11-20
- 21-40
- 39-50
- mehr als 50

B3. In wie vielen Fällen sind Sie eingebunden?

- weniger als 10%
- ca. 25%
- ca. 50%
- ca. 75%
- 76-100%

B4. Wie oft leiten Sie eine Verlegung ein?

- weniger als 10%
- ca. 25%
- ca. 50%
- ca. 75%
- 76-100%

B5. Wohin werden die Verlegungen vollzogen?

	weniger als 10%	ca. 25%	ca. 50%	ca. 75%	76-10 0%
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Teil C: G3

C1. Gibt es bestimmte Tageszeiten, zu denen Sie aus den Pflegeeinrichtungen vermehrt angesprochen werden? Wenn ja, wann?

Morgen

Mittag

Nachmittag

Abend

Nachts

nein, keine bestimmten Tageszeiten

C2. Gibt es bestimmte Wochentage, an denen es vermehrt zu Verlegungen Sterbender kommt?

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

nein, keine bestimmten Wochentage



Teil D: G4

D1. Welche Bedeutung haben folgende Bewohnersymptome, die zum Kontakt mit der Praxis führen?

	unwic htig	geringe Bedeutun g	mittlere Bedeutun g	wichti g	sehr wichtig
Schmerzzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit bzw. Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe und Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Grunderkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. Andere Symptome führen zum Kontakt mit der Praxis:



Teil E: G5

E1. Welche Bedeutung haben folgende Bewohnersymptome, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen?

	unwic htig	geringe Bedeutun g	mittlere Bedeutun g	wichti g	sehr wichtig
Schmerzzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit bzw. Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe und Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Grunderkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. Andere Symptome führen zu Verlegungen:



Teil F: G6

F1. Die Zusammenarbeit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) verläuft Ihrer Erfahrung nach:

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

F2. Andere Problemlagen, die zu von Ihnen begründeten Verlegungen führen:

	unwic htig	geringe Bedeutun g	mittlere Bedeutun g	wichti g	sehr wichtig
Personelle Überforderung aufgrund von Krankenstand in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Überforderung aufgrund von Urlaubszeit in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundsätzlich zu wenig Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerfahrenheit der Mitarbeiter in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Kenntnisse / Wissen der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtlich bestellter Betreuer wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinzugezogener Notarzt hat bereits Verlegung eingeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



F3. Andere Begründungen führen zur Verlegung Sterbender:

F4. Wie häufig kommt es vor, dass ein hinzugerufener Notarzt die Krankenhauseinweisungen anordnet?

- weniger als 10%
- 10-19%
- 20-30%
- 31-50%
- 51-75%
- mehr als 75%

Teil G: G7

G1. Wieviele der Bewohner verfügen über eine (Bewohner-) Patientenverfügung?

- 0-10%
- 11-20%
- 21-30%
- 31-40%
- 41-50%
- 51-60%
- 61-70%
- mehr als 70%



G2. Wenn eine Verfügung vorliegt, wie wirkt sich diese aus?

- sehr große Auswirkung
- große Auswirkung
- mittlere Auswirkung
- schwache Auswirkung
- keine Auswirkung

G3. Sprechen Sie die von Ihnen betreuten Patienten auf deren absehbares Lebensende an?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- immer

G4. Kennen Sie das Advance Care Planning (ACP) Verfahren?

- ja
- nein



Teil H: G8

H1. Wie kann die bestehende Praxis der Verlegung Sterbender verbessert werden?

	unwic htig	geringe Bedeutun g	mittlere Bedeutun g	wichti g	sehr wichtig
Intensivierung der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Informations- und Kommunikationswege mit den jeweiligen Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eindeutige Ansprechpartner in den Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Personal in den Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besser ausgebildetes Personal in den Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung eines „Notfallplans/Notfallregimes“, in welchem bestmöglich-vorausschauend definiert wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewohner sollten alle eine gültige Verfügung besitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Bewohnerverfügungen müssen stärker berücksichtigt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Zusammenarbeit mit SAPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Zusammenarbeit mit ambulanter Hospizarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserte Vergütung der investierten Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



H2. Andere Verbesserungsvorschläge:

Teil I: G9

I1. Weitere Bemerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Antworten! Sie haben uns damit sehr geholfen!

Dokumentationsbogen Fokusgespräche 1 (Teilnehmerbogen)

Ihre Berufsausbildung:

Ihre Funktion:

Frage und Themenkomplex 1: Die Verlegungssituation

Welches sind die Faktoren die eine Verlegung sterbender Bewohner/-innen in den Pflegeheimen in ein Krankenhaus auslösen bzw. welche näheren Umstände führen zu dieser?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Wie verläuft der Prozess Ihren Erfahrungen nach?

- *Wer trifft die Verlegungsentscheidung (Personen bzw. Funktion)*
- *Wie fließen die Informationen: von wem gehen diese aus (a), wer wird eingebunden (b) wer nach einer erfolgten Verlegung informiert (c)*
- *Welche Zeiträume vergehen dabei Erfahrungsgemäß?*
- *Gibt es durch die Ihnen bekannte Verlegungspraxis Risiken für den Bewohner/-in? Wenn ja, welche sind dies?*

Gibt es Bewohner/-innen die - Ihrer Beobachtung nach - besonders für eine nochmalige Verlegung in das Krankenhaus gefährdet sind? Wenn ja, was kennzeichnet diese „Risikogruppe(n)“ aus?

- 1.
- 2.
- 3.

Frage und Themenkomplex 2: Mögliche Risiken von Avenue-Pal

Welche Risiken erkennen Sie - aufgrund Ihrer Perspektive - für das Avenue-Pal Projekt, dessen Ziel es ist, (als nicht indiziert erfasste) Verlegungen Sterbender aus den Pflegeeinrichtungen in die Krankenhäuser zu reduzieren?

Risiken die auf Seiten der Organisation der Pflegeeinrichtungen liegen (z.B. unzureichender Informationsfluss, zu geringe vorausschauende Planung)

1.

2.

3.

Risiken die auf Seiten des betroffenen Personals liegen

- *Pflege + Altenpflegekräfte*
- *Hausärzte*
- *Notärztliche Versorgung*
- *Andere Berufsgruppen*

gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Gesellschaft für
Technologietransfer mbH
Projektbereich für
Versorgungsforschung
und Beratung



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AWO Gießen werden häufig mit der Situation Sterbender konfrontiert und wissen, wie prekär oft die Situation in dieser wichtigen Lebensphase ist. Uns als Projektbereich Versorgungsforschung in Gießen liegt dieses Thema seit langem am Herzen. Gemeinsam mit anderen Projektpartnern untersuchen wir zur Zeit Möglichkeiten, die Bedingungen in der letzten Lebensphase sowohl für die Sterbenden als auch für die Pflegenden zu verbessern. Dazu wollen wir konkrete Handlungsempfehlungen entwickeln. Zu diesem Zweck sind wir auf Ihre Erfahrungen und Einschätzungen angewiesen und würden uns sehr freuen, wenn Sie an unserer Befragung teilnehmen. Die Beantwortung der Fragen nimmt nur wenige Minuten in Anspruch.

Sie können den Bogen auch einfach online ausfüllen unter → www.sterbestudie.de/awo

Selbstverständlich ist die Befragung anonym. Der Code, der in den ersten Fragen erstellt wird, wird ausschließlich von einem externen Dienstleister, der die Datenerhebung durchführt, ausgewertet und wird weder der Heimleitung noch anderen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der AWO kenntlich gemacht. Eine Nicht-Teilnahme hat keine negativen Konsequenzen für Sie, die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, das wichtige Anliegen zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Wolfgang George

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an:

TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
Prof. Dr. phil. Wolfgang George
Jahnstraße 14
35394 Gießen

Tel.: +49 (6 41) 9 48 21 11
e-mail: george@transmit.de

Die Befragung ist so konzipiert, dass wir Sie gerne zweimal befragen möchten, um die Stabilität der Antworten über die Zeit sowie mögliche Veränderungen erfassen zu können. Zu diesem Zweck ist es nötig, Ihre Angaben zu beiden Zeitpunkten einander zuordnen zu können. Um eine Zuordnung der Antworten zu beiden Zeitpunkten zu ermöglichen bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrem persönlichen Code auszufüllen. Die Antworten auf diese Fragen werden ausschließlich zur Generierung des anonymen Codes verwendet. Ihre Antworten werden vollständig anonym ausgewertet, Rückschlüsse auf Ihre Person erfolgen nicht.

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter: ____ ____
 (Beispiel: Helga → HE)

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Großmutter mütterlicherseits: ____ ____
 (Beispiel: Sigrid Martha → SI)

Tag des Geburtsdatums Ihrer Mutter: ____ ____
 (Beispiel: 1. Juli 1950 → 01)

Die ersten beiden Buchstaben Ihres Geburtsortes: ____ ____
 (Beispiel: Bad Hersfeld → BA)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren beruflichen Hintergrund:

Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung: (Bitte wählen Sie eine oder mehrere der Antwortoptionen aus)	
Ehrenamtlich	<input type="checkbox"/>
Pflegedienstleitung (PDL)	<input type="checkbox"/>
Wohnbereichsleitung (WBL)	<input type="checkbox"/>
Palliativfachkraft	<input type="checkbox"/>
Pain Nurse	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement / Qualitätsbeauftragte	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter in der Pflege	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter Advance Care Planning	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	

Arbeiten Sie in der AWO Gießen Stadt oder in der AWO Gießen Land?	
AWO Gießen Stadt	<input type="checkbox"/>
AWO Gießen Land	<input type="checkbox"/>

Ihre Berufserfahrung in der Pflege: (Bitte wählen Sie eine Antwortoption aus)	
weniger als 3 Jahre	<input type="checkbox"/>
3-10 Jahre	<input type="checkbox"/>
länger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>

Nun möchten wir Sie bitten, zu Ihren Belastungen und Einschätzungen in Bezug auf die Betreuung Sterbender Stellung zu nehmen. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet.

Wie oft kommt es vor, dass ...	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Sie belastet sind, weil eine Sterbebetreuung nicht so verlaufen ist, wie Sie wissen, dass diese verlaufen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie im Umgang mit Sterbenden entgegen Ihren eigenen moralischen Überzeugungen handeln müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Einrichtung Bewohner zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt und Sie damit unzufrieden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Einschätzung zu wenig berücksichtigt wird, ob ein schwerstkranker Bewohner verlegt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte die von Ihnen betreuten Bewohner nicht gut im Sterben versorgen, so dass diese in ein Krankenhaus verlegt werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie den Eindruck haben, dass die Angehörigen über eine Verlegung in ein Krankenhaus unglücklich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige unserer Bewohner durch unsere Pflegeeinrichtung besser über den Umstand, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird, informiert werden müssten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft kommt es vor, dass ...	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Sie die Einschätzung haben, dass es die Angehörigen sind, die zu häufig auf die Verlegung Sterbender in Krankenhäuser hinwirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige unserer Bewohner nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender in ein Krankenhaus zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige unserer Bewohner nicht ausreichend einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung einer Verlegung Sterbender ins Krankenhaus geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Kontrolle von Schmerzen bei Sterbenden Bewohnern im Heim nicht gelingt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entstehende Atemschwierigkeiten / Luftnot im Heim nicht wirkungsvoll bekämpft werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige Ihrem Team dauerhafte Probleme und Konflikte verursachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit mit einzelnen Hausärzten misslingt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze zu Verlegungen in Krankenhäuser führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonders interessant für uns sind auch Ihre Angaben zu den folgenden, offen formulierten Fragen:

Was sollte Ihre Einrichtung für Angehörige noch auf den Weg bringen, dass diese den Sterbenden besser begleiten könnten?

Was sollte Ihre Einrichtung Ihren Überlegungen nach auf den Weg bringen, damit unnötige Verlegungen vermieden werden?

Herzlichen Dank für Ihre Antworten! Wir sind zuversichtlich, dass Ihre Antworten dazu beitragen können, die Situation von Sterbenden zu verbessern.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an

Prof. Dr. Wolfgang George * Jahnstr. 14 * 35394 Gießen

gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



TransMIT
Gesellschaft für
Technologietransfer mbH
Projektbereich für
Versorgungsforschung
und Beratung



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AWO Gießen werden häufig mit der Situation Sterbender konfrontiert und wissen, wie prekär oft die Situation in dieser wichtigen Lebensphase ist. Uns als Projektbereich Versorgungsforschung in Gießen liegt dieses Thema seit langem am Herzen. Gemeinsam mit anderen Projektpartnern untersuchen wir zur Zeit Möglichkeiten, die Bedingungen in der letzten Lebensphase sowohl für die Sterbenden als auch für die Pflegenden zu verbessern. Dazu wollen wir konkrete Handlungsempfehlungen entwickeln. Zu diesem Zweck sind wir auf Ihre Erfahrungen und Einschätzungen angewiesen und würden uns sehr freuen, wenn Sie an unserer Befragung teilnehmen. Die Beantwortung der Fragen nimmt nur wenige Minuten in Anspruch.

Bitte nehmen Sie auch (und gerade) dann an der Befragung teil, wenn Sie vor einigen Monaten schon einmal unsere Fragen beantwortet haben: Wir sind in dieser Befragung insbesondere an Veränderungen in Ihren Einstellungen und Wahrnehmungen interessiert.

Sie können den Bogen auch einfach online ausfüllen unter → www.sterbestudie.de/awo

Selbstverständlich ist die Befragung anonym. Der Code, der in den ersten Fragen erstellt wird, wird ausschließlich von einem externen Dienstleister, der die Datenerhebung durchführt, ausgewertet und wird weder der Heimleitung noch anderen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der AWO kenntlich gemacht. Eine Nicht-Teilnahme hat keine negativen Konsequenzen für Sie, die Teilnahme ist freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, das wichtige Anliegen zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Wolfgang George

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an:

TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
Prof. Dr. phil. Wolfgang George
Jahnstraße 14
35394 Gießen

Tel.: +49 (6 41) 9 48 21 11
e-mail: george@transmit.de

Die Befragung ist so konzipiert, dass wir Sie dieses Mal ein zweites Mal befragen, um die Stabilität der Antworten über die Zeit sowie mögliche Veränderungen erfassen zu können. Zu diesem Zweck ist es nötig, Ihre Angaben zu beiden Zeitpunkten einander zuordnen zu können. Um eine Zuordnung der Antworten zu beiden Zeitpunkten zu ermöglichen bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrem persönlichen Code auszufüllen. Die Antworten auf diese Fragen werden ausschließlich zur Generierung des anonymen Codes verwendet. Ihre Antworten werden vollständig anonym ausgewertet, Rückschlüsse auf Ihre Person erfolgen nicht.

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter: ____ ____
 (Beispiel: Helga → HE)

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Großmutter mütterlicherseits: ____ ____
 (Beispiel: Sigrid Martha → SI)

Tag des Geburtsdatums Ihrer Mutter: ____ ____
 (Beispiel: 1. Juli 1950 → 01)

Die ersten beiden Buchstaben Ihres Geburtsortes: ____ ____
 (Beispiel: Bad Hersfeld → BA)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren beruflichen Hintergrund:

Ihr Beruf bzw. Ihre Funktion in der Einrichtung: (Bitte wählen Sie eine oder mehrere der Antwortoptionen aus)	
Ehrenamtlich	<input type="checkbox"/>
Pflegedienstleitung (PDL)	<input type="checkbox"/>
Wohnbereichsleitung (WBL)	<input type="checkbox"/>
Palliativfachkraft	<input type="checkbox"/>
Pain Nurse	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement / Qualitätsbeauftragte	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter in der Pflege	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter Advance Care Planning	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	

Ihre Berufserfahrung in der Pflege: (Bitte wählen Sie eine Antwortoption aus)	
weniger als 3 Jahre	<input type="checkbox"/>
3-10 Jahre	<input type="checkbox"/>
länger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>

Nun möchten wir Sie bitten, zu Ihren Belastungen und Einschätzungen in Bezug auf die Betreuung Sterbender Stellung zu nehmen. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Gegebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet.

Wie oft kommt es vor, dass ...	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Sie belastet sind, weil eine Sterbebetreuung nicht so verlaufen ist, wie Sie wissen, dass diese verlaufen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie im Umgang mit Sterbenden entgegen Ihren eigenen moralischen Überzeugungen handeln müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Einrichtung Bewohner zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt und Sie damit unzufrieden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Einschätzung zu wenig berücksichtigt wird, ob ein schwerstkranker Bewohner verlegt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte die von Ihnen betreuten Bewohner nicht gut im Sterben versorgen, so dass diese in ein Krankenhaus verlegt werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie den Eindruck haben, dass die Angehörigen über eine Verlegung in ein Krankenhaus unglücklich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige unserer Bewohner durch unsere Pflegeeinrichtung besser über den Umstand, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird, informiert werden müssten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft kommt es vor, dass ...	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Sie die Einschätzung haben, dass es die Angehörigen sind, die zu häufig auf die Verlegung Sterbender in Krankenhäuser hinwirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige unserer Bewohner nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender in ein Krankenhaus zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige unserer Bewohner nicht ausreichend einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung einer Verlegung Sterbender ins Krankenhaus geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Kontrolle von Schmerzen bei Sterbenden Bewohnern im Heim nicht gelingt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entstehende Atemschwierigkeiten / Luftnot im Heim nicht wirkungsvoll bekämpft werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige Ihrem Team dauerhafte Probleme und Konflikte verursachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Zusammenarbeit mit einzelnen Hausärzten misslingt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze zu Verlegungen in Krankenhäuser führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonders interessant für uns sind auch Ihre Angaben zu den folgenden, offen formulierten Fragen:

Was sollte Ihre Einrichtung für Angehörige noch auf den Weg bringen, dass diese den Sterbenden besser begleiten könnten?

Was sollte Ihre Einrichtung Ihren Überlegungen nach auf den Weg bringen, damit unnötige Verlegungen vermieden werden?

Herzlichen Dank für Ihre Antworten! Wir sind zuversichtlich, dass Ihre Antworten dazu beitragen können, die Situation von Sterbenden zu verbessern.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an

Prof. Dr. Wolfgang George * Jahnstr. 14 * 35394 Gießen

Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten

Erstbefragung

Mitarbeiterbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Avenue-Pal“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) führt derzeit zusammen mit verschiedenen Projektpartnern das Projekt „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung (**Avenue-Pal**)“ durch. Das Projekt wird vom **Innovationsfonds** des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF17044). Ihr Krankenhaus nimmt an dem Projekt teil und wird in diesem Rahmen eine eigens entwickelte **Leitlinie** einführen sowie einen **Palliativdienst** etablieren. Bei dem Palliativdienst handelt es sich um ein multiprofessionelles Team mit palliativer Expertise. Es wird Sie als Ansprechpartner vor Ort bei allen Fragen zur Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten, insbesondere bei Verlegungen unterstützen. Die Umsetzung und die Auswirkungen werden vom Deutschen Krankenhausinstitut im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung evaluiert.

Aus diesem Grund bitten wir Sie um Ihre Unterstützung: Nur Sie können uns darüber Auskünfte geben, inwieweit die Neuausrichtung der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase über Leitlinie und Palliativdienst in Ihrem Haus die gewünschten Ziele erreicht und in Ihrem Sinne ist. Mit Hilfe der Befragung möchten wir dies ermitteln. Daher sind die Schwerpunkte der Befragung neben Ihren Erfahrungen bei der Versorgung von sterbenden Patienten Ihre persönliche **Zufriedenheit** und Ihre **Zusammenarbeit mit anderen**.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile. Dennoch ist **jede Antwort** in diesem Projekt besonders **wichtig**, da nur Sie als direkt betroffene Mitarbeiter uns Einblick in Ihre alltägliche Arbeitssituation gewähren können. Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die **Ergebnisse** der Untersuchung **ausschließlich** in **anonymisierter Form** dargestellt werden. Die auf dem Fragebogen enthaltene Nummer dient einzig der Projektsteuerung und lässt keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Ihre **Angaben** werden **streng vertraulich** behandelt und **nicht** an **Dritte weitergeleitet**.

Wir möchten Sie bitten, den beiliegenden Erhebungsbogen in dem portofreien und adressierten Rückumschlag an das Deutsche Krankenhausinstitut zurückzusenden.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Petra Steffen
Tel.: 0211 / 47 051-55
Fax: 0211 / 47 051-67
E-Mail: forschung@dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

Persönlicher Code

Das Ausfüllen des persönlichen Codes ist freiwillig. Der persönliche Code unterstützt uns, das DKI, bei der Auswertung der Daten und der Ergebnisinterpretation. Denn nur Ihr persönlicher Code ermöglicht es, bei der geplanten zweiten Befragung einen Vergleich durchzuführen. Nur so können wir Veränderungen, die sich aufgrund der Projektumsetzung ergeben, erfassen und zeigen. Die Wahrung Ihrer persönlichen Daten ist geschützt. Nur Sie kennen diesen Code. Alle Antworten werden vertraulich durch die Projektmitarbeiter behandelt. Keine andere Person hat Zugriff auf die Daten.

Bitte fügen Sie Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel gezeigten Schema ein:

	Bitte erstellen Sie Ihren persönlichen Code:	Beispiel:	Beispiel-Code:
Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter		Mutter heißt Katrin	K
Der Monat, in dem Ihre Mutter Geburtstag hat		Mutter hat im August Geburtstag	08
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters		Vater heißt Heinz	H
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat		Vater hat im Oktober Geburtstag	10

1 Allgemeine Angaben

1A Bitte geben Sie Ihr **Geschlecht** an:

Männlich	<input type="checkbox"/>	Weiblich	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:			<input type="checkbox"/>

1B Bitte geben Sie Ihr **Alter** an:

< 25 Jahre	<input type="checkbox"/>	35 – 45 Jahre	<input type="checkbox"/>
25 – 35 Jahre	<input type="checkbox"/>	> 45 Jahre	<input type="checkbox"/>

1C Wie lange **arbeiten** Sie schon auf der **Station / in der Abteilung**?

Seit weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	Seit 1 Jahr – 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
Seit 5 – 10 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit über 10 Jahren	<input type="checkbox"/>

1D Ihre **Berufsbezeichnung**:

Arzt	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>
Altenpfleger	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

1E Wie lange **arbeiten** Sie schon in diesem **Beruf**? (ohne Ausbildung)

Seit weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	Seit 1 Jahr – 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
Seit 5 – 10 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit über 10 Jahren	<input type="checkbox"/>

1F Ihr Gesundheitszustand:
 Wenn Sie den **besten denkbaren Gesundheitszustand** mit **10 Punkten** bewerten und den **schlechtesten denkbaren** mit **0 Punkten**: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren **derzeitigen Gesundheitszustand**? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtester denkbare Gesundheitszustand					bester denkbare Gesundheitszustand					

2 Zum Umgang mit Patienten in der letzten Lebensphase

2A Wie häufig...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... betreuen Sie in Ihrer täglichen Arbeit Patienten in der letzten Lebensphase ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlen Sie sich bei der Einschätzung sicher , ob es sich um einen Patienten in der letzten Lebensphase handelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B Bitte denken Sie nun an Verlegungen von Patienten in der letzten Lebensphase von Ihrer Station auf andere Stationen innerhalb des Krankenhauses in den letzten 6 Monaten. (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Wie hoch schätzen Sie den Anteil aller sterbenden Patienten ein, die verlegt wurden? (Bitte geben Sie eine „0“ ein, falls gar nicht zutreffend.)	_____ %
Wenn Sie an diese Verlegungen denken, dann haben Sie vielleicht hin und wieder Verlegungsentscheidungen erlebt, die sich für Sie „nicht ganz stimmig“ angefühlt haben. Wie viel Prozent obiger Verlegungsentscheidungen fühlten sich für Sie nicht ganz stimmig an? (Bitte geben Sie eine „0“ ein, falls gar nicht zutreffend.)	_____ %

2C Wissen Sie, ...	Ja	Teils/teils	Nein
... wen Sie im Krankenhaus anrufen / um Hilfe bitten können, wenn Sie einen Patienten in der letzten Lebensphase betreuen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Sie erkennen , ob es sich um einen Patienten in der letzten Lebensphase handelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Sie Patienten in der letzten Lebensphase adäquat versorgen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Sie mit Angehörigen von Patienten in der letzten Lebensphase adäquat umgehen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Sie sich selber helfen können , wenn Sie Patienten in der letzten Lebensphase betreuen (z. B. bei Belastungen durch die Sterbesituation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wer Sie in Ihrem Team unterstützt / Ihnen hilft , wenn Sie Fragen oder Probleme bei der Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2D Wie häufig kommen folgende Aspekte in Ihrer täglichen Arbeit bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase vor?	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Zeit für die Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Unterstützung durch meine direkten Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Unterstützung durch Kollegen anderer Stationen / Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige belastende Aspekte, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2E Wie häufig kommt es vor, dass Ihnen bei Ihrer täglichen Arbeit folgende Ansprechpartner bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase fehlen?	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
Ansprechpartner bei medizinischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei pflegerischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei psychologischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei sozialarbeiterischen / sozialmedizinischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei spirituell-religiösen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2F Es geht um Ihre persönlichen Empfindungen bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten. Wie häufig kommt es vor, dass ...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie sich überfordert fühlen, weil Sie nicht wussten, an wen Sie sich wenden können, wenn es dem Patienten schlechter geht (z. B. zunehmende Schmerzen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie ein schlechtes Gewissen haben, weil Sie nicht wussten, wie schlecht es dem Patienten geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2F (Fortsetzung) Es geht um Ihre persönlichen Empfindungen bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten. Wie häufig kommt es vor, dass ...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... Sie sich belastet fühlen , weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verlegt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie auch im Urlaub an Situationen sterbender Patienten denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2G Es geht um Ihre Einschätzung der aktuellen Verlegungspraxis von Patienten in der letzten Lebensphase. Wie häufig kommt es vor, dass ...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern und Patienten / Angehörigen zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Patienten besser über den Umstand informiert werden müssten, dass sie versterben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Patienten nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung im Krankenhaus zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angehörige besser über den Umstand informiert werden müssten, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angehörige nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender im Krankenhaus zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2H Wie häufig fühlte sich die Verlegungsentscheidung bei Patienten in der letzten Lebensphase für Sie nicht ganz stimmig an, weil...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
...der Patientenwille nicht bekannt war oder nicht sorgfältig ermittelt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die medizinische Indikation strittig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Perspektive der Angehörigen nicht ausreichend berücksichtigt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im Rahmen der Entscheidung ein anderer Patient bevorzugt oder benachteiligt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sonstige Gründe zutrafen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Arbeitsbedingungen und Stresserleben

3A Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Fast nie / nie	
Persönliche Identifikation mit der Aufgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstständiges und eigenverantwortliches Arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interessante, abwechslungsreiche Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3C Bitte schätzen Sie ein:	In sehr hohem Maß	In hohem Maß	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß	
Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen der Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3D Bitte schätzen Sie ein:	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Fast nie / nie	Habe keinen Vorgesetzten/ Kollegen
Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Ihre Kollegen bei Bedarf bereit sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3E Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die einzelnen Aussagen für Sie sind:	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft hin und wieder zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen, Verspannungen oder Rückenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich leide häufig an innerer Unruhe und Nervosität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich leide häufig unter Magen-Darbeschwerden, Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3E (Fortsetzung) Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die einzelnen Aussagen für Sie sind.	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft hin und wieder zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich leide häufig unter Herz- und Kreislaufbeschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Schlafstörungen, Müdigkeit oder Zerschlagenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig darunter, wenn Patienten versterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Zufriedenheit

4A Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie dann mit...	Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
...Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den körperlichen Anforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den psychischen Anforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen in Ihrer Abteilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4B Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht,	Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag
...Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Palliativdienst

5A Bei dem Palliativdienst handelt es sich um ein multiprofessionelles Team mit palliativer Expertise. Es wird Sie als Ansprechpartner vor Ort bei allen Fragen zur Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten, insbesondere bei Verlegungen, unterstützen.

Welche der folgenden Aufgaben sollte der Palliativdienst in Ihrem Haus übernehmen?
Mehrfachangaben möglich.

(Fach)Beratung von uns / des Krankenhaus-teams bei der Indikationsstellung	<input type="checkbox"/>	(Fach)Beratung von uns / des Krankenhaus-teams bei der Versorgung (z. B. zur Schmerzkontrolle)	<input type="checkbox"/>
Konsiliarische Mitbetreuung	<input type="checkbox"/>	Unterstützung / Beratung anderer (z. B. andere Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte)	<input type="checkbox"/>
Behandlungskoordination / -organisation	<input type="checkbox"/>	Administration / Dokumentation	<input type="checkbox"/>

5A (Fortsetzung) Welche der folgenden Aufgaben sollte der Palliativdienst in Ihrem Haus übernehmen? Mehrfachangaben möglich.

Networking	<input type="checkbox"/>	Fort- und Weiterbildung des Teams / Externer	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>		

5B Welche Veränderungen erwarten Sie bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten? Durch den Einsatz des Palliativdienstes...	viel schlechter werden	schlechter werden	ungefähr gleich bleiben	besser werden	viel besser werden
...wird der Umgang mit sterbenden Patienten allgemein...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird das palliativmedizinische Verständnis im Krankenhaus...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird das Zeitkontingent für die sterbenden Patienten...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird das Zeitkontingent für die Angehörigen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird die Schmerzkontrolle / -medikation ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden Therapieentscheidungen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird der Umgang mit psychosozialen Fragen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird die Ermittlung des Patientenwillens ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird der Austausch mit den Kollegen / dem Team....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird das Verlegungsmanagement intern ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird das Entlassmanagement ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird die Zusammenarbeit mit ambulantem Bereich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5C Welche Veränderungen erwarten Sie bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten für Sie persönlich? Durch den Einsatz des Palliativdienstes...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...werde ich mehr dokumentieren müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werde ich bei der Versorgung sterbender Patienten (emotional) entlastet .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werde ich mich weniger überfordert fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werde ich wissen, wen ich anrufen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden die Strukturen und Prozesse klarer .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Teilnahme!

Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten am Lebensende

Zweitbefragung

Mitarbeiterbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Avenue-Pal“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) führt derzeit zusammen mit verschiedenen Projektpartnern das Projekt „Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung (**Avenue-Pal**)“ durch. Das Projekt wird vom **Innovationsfonds** des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF17044). Ihr Krankenhaus nimmt an dem Projekt teil und hat in diesem Rahmen eine eigens entwickelte **Leitlinie** eingeführt sowie einen **Palliativdienst** etabliert.

Der Palliativdienst des UKGM, ein multiprofessionelles Team mit palliativer Expertise, unterstützt Sie seit Ende 2019 als Ansprechpartner vor Ort bei allen Fragen zur Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten, insbesondere bei Verlegungen. Wir vom Deutschen Krankenhausinstitut möchten erfahren, ob die Umsetzung in Ihrem Sinne ist.

Aus diesem Grund bitten wir Sie erneut um Ihre Unterstützung: Nur Sie können uns darüber Auskünfte geben, inwieweit die Neuausrichtung der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase mit Einführung des Palliativdienstes in Ihrem Haus die gewünschten Ziele erreicht. Mit Hilfe der Befragung möchten wir dies ermitteln. Daher sind die Schwerpunkte der Befragung neben Ihren Erfahrungen bei der Versorgung von sterbenden Patienten Ihre persönliche **Zufriedenheit** und Ihre **Zusammenarbeit mit dem Palliativdienst**. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch aus, wenn Sie bisher wenig oder keine Erfahrung mit dem Palliativdienst haben.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile. Dennoch ist **jede Antwort** in diesem Projekt besonders **wichtig**, da nur Sie als direkt betroffene Mitarbeiter uns Einblick in Ihre alltägliche Arbeitssituation gewähren können. Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die **Ergebnisse** der Untersuchung **ausschließlich** in **anonymisierter Form** dargestellt werden. Ihre **Angaben** werden **streng vertraulich** behandelt und **nicht an Dritte weitergeleitet**.

Wir möchten Sie bitten, den beiliegenden Erhebungsbogen in dem portofreien und adressierten Rückumschlag an das Deutsche Krankenhausinstitut zurückzusenden.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Petra Steffen
Tel.: 0211 / 47 051-55
Fax: 0211 / 47 051-67
E-Mail: forschung@dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

Persönlicher Code

Das Ausfüllen des persönlichen Codes ist freiwillig. Der persönliche Code unterstützt uns, das DKI, bei der Auswertung der Daten und der Ergebnisinterpretation. Denn nur Ihr persönlicher Code ermöglicht es, bei der geplanten zweiten Befragung einen Vergleich durchzuführen. Nur so können wir Veränderungen, die sich aufgrund der Projektumsetzung ergeben, erfassen und zeigen. Die Wahrung Ihrer persönlichen Daten ist geschützt. Nur Sie kennen diesen Code. Alle Antworten werden vertraulich durch die Projektmitarbeiter behandelt. Keine andere Person hat Zugriff auf die Daten.

Bitte fügen Sie Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel gezeigten Schema ein:

	Bitte erstellen Sie Ihren persönlichen Code:	Beispiel:	Beispiel-Code:
Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter		Mutter heißt Katrin	K
Der Monat, in dem Ihre Mutter Geburtstag hat		Mutter hat im August Geburtstag	08
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters		Vater heißt Heinz	H
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat		Vater hat im Oktober Geburtstag	10

1 Allgemeine Angaben

1A Bitte geben Sie Ihr **Geschlecht** an:

Männlich	<input type="checkbox"/>	Weiblich	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>	Kann / möchte ich nicht angeben	<input type="checkbox"/>

1B Bitte geben Sie Ihr **Alter** an:

< 25 Jahre	<input type="checkbox"/>	35 – 45 Jahre	<input type="checkbox"/>
25 – 35 Jahre	<input type="checkbox"/>	> 45 Jahre	<input type="checkbox"/>

1C Wie lange **arbeiten** Sie schon auf der **Station** / in der **Abteilung**?

Seit weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	Seit 1 Jahr – 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
Seit 5 – 10 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit über 10 Jahren	<input type="checkbox"/>

1D Ihre **Berufsbezeichnung**:

Arzt	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>
Altenpfleger	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

1E Wie lange **arbeiten** Sie schon in diesem **Beruf**? (ohne Ausbildung)

Seit weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	Seit 1 Jahr – 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
Seit 5 – 10 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit über 10 Jahren	<input type="checkbox"/>

1F In welcher Klinik / auf welcher Station sind Sie angestellt?			
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgische Klinik	<input type="checkbox"/>
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie – Operative Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	Kardiologie-Angiologie	<input type="checkbox"/>
Pneumologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Nephrologie	<input type="checkbox"/>	Hämatologie und Viszeralmedizin – Interdisziplinäre Notaufnahme	<input type="checkbox"/>
Internistische Onkologie und Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>	Neurologische Klinik	<input type="checkbox"/>
Intermediate Care Station	<input type="checkbox"/>	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin	<input type="checkbox"/>
Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

1G Ihr Gesundheitszustand:
 Wenn Sie den **besten denkbaren Gesundheitszustand** mit **10 Punkten** bewerten und den **schlechtesten denkbaren** mit **0 Punkten**: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren **derzeitigen Gesundheitszustand**? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

schlechtester denkbarer Gesundheitszustand **best**er denkbarer Gesundheitszustand

2 Zum Umgang mit Patienten in der letzten Lebensphase

2A Wie häufig...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... betreuen Sie in Ihrer täglichen Arbeit Patienten in der letzten Lebensphase ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlen Sie sich bei der Einschätzung sicher , ob es sich um einen Patienten in der letzten Lebensphase handelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B Bitte denken Sie nun an **Verlegungen** von **Patienten** in der **letzten Lebensphase** von Ihrer **Station** auf andere **Stationen innerhalb** des **Krankenhauses** in den letzten 6 Monaten. (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Wie hoch schätzen Sie den Anteil aller sterbenden Patienten ein, die verlegt wurden? (Bitte geben Sie eine „0“ ein, falls gar nicht zutreffend.)	_____ %
Wenn Sie an diese Verlegungen denken, dann haben Sie vielleicht hin und wieder Verlegungsentscheidungen erlebt, die sich für Sie „nicht ganz stimmig“ angefühlt haben. Wie viel Prozent obiger Verlegungsentscheidungen fühlten sich für Sie nicht ganz stimmig an? (Bitte geben Sie eine „0“ ein, falls gar nicht zutreffend.)	_____ %

2C Wissen Sie, ...	Ja	Teils/ teils	Nein		
... wen Sie im Krankenhaus anrufen / um Hilfe bitten können, wenn Sie einen Patienten in der letzten Lebensphase betreuen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... wie Sie mit Angehörigen von Patienten in der letzten Lebensphase adäquat umgehen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... wie Sie sich selber helfen können , wenn Sie Patienten in der letzten Lebensphase betreuen (z. B. bei Belastungen durch die Sterbesituation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2D Wie häufig kommen folgende Aspekte in Ihrer täglichen Arbeit bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase vor?	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Sehr häufig
Zu wenig Zeit für die sterbenden Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Zeit für die Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Unterstützung durch meine direkten Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Ansprechpartner mit Kenntnissen der Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Unterstützung durch Kollegen anderer Stationen / Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Wünschen der Patienten nicht gerecht werden zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2E Wie häufig kommt es vor, dass Ihnen bei Ihrer täglichen Arbeit folgende Ansprechpartner bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase fehlen?	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Sehr häufig
Ansprechpartner bei medizinischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei pflegerischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei psychologischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei sozialarbeiterischen / sozialmedizinischen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei spirituell-religiösen Fragen fehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2F Es geht um Ihre persönlichen Empfindungen bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten . Wie häufig kommt es vor, dass ...	Nie	Selten	Manch- mal	Häufig	Sehr häufig
... Sie belastet sind, weil eine Sterbebegleitung nicht so verlaufen ist, wie Sie sich das gewünscht hätten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wurde, obwohl dies nicht in dessen Sinne war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie unzufrieden sind, weil ein Patient nach Hause verlegt wurde, obwohl dies nicht im Patientensinne war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Meinung zu wenig berücksichtigt wird, wenn ein schwerstkranker Patient verlegt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie emotional belastet sind, weil ein Patient verstorben ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2F (Fortsetzung) Es geht um Ihre persönlichen Empfindungen bei der Versorgung von schwerkranken, sterbenden Patienten . Wie häufig kommt es vor, dass ...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... Sie nach der Arbeit nicht abschalten können, weil ein schwerkranker Patient gestorben ist oder verletzt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie sich belastet fühlen , weil Sie zu wenig Zeit für einen sterbenden Patienten hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie auch zu Hause an Situationen sterbender Patienten denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2G Es geht um Ihre Einschätzung der aktuellen Verlegungspraxis von Patienten in der letzten Lebensphase . Wie häufig kommt es vor, dass ...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
... es aufgrund fehlender Informationen zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es aufgrund schlechter Kommunikation zwischen den Behandlern und Patienten / Angehörigen zu unnötigen Verlegungen kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Patienten besser über den Umstand informiert werden müssten, dass sie versterben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Patienten nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung im Krankenhaus zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angehörige besser über den Umstand informiert werden müssten, dass ihr Angehöriger bei uns versterben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angehörige nicht alle notwendigen Informationen haben, um sich für oder gegen eine Verlegung Sterbender im Krankenhaus zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2H Denken Sie an Verlegungsentscheidungen bei Patienten am Lebensende, die Sie in den letzten 6 Monaten erlebt haben! Wie häufig fühlte sich die Verlegungsentscheidung für Sie nicht ganz stimmig an, weil...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
...der Patientenwille nicht bekannt war oder nicht sorgfältig ermittelt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die medizinische Indikation strittig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Perspektive der Angehörigen nicht ausreichend berücksichtigt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...im Rahmen der Entscheidung ein anderer Patient bevorzugt oder benachteiligt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2I Wie häufig fühlte sich eine Versorgungs- und Behandlungsentscheidung bei Patienten am Lebensende für Sie nicht ganz stimmig an, weil...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
...der Patientenwille nicht bekannt war oder nicht sorgfältig ermittelt worden war?					
Wie häufig war das der Fall in den letzten sechs Monaten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig war das der Fall im ersten Halbjahr 2019 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...die medizinische Indikation strittig war bezüglich der Behandlung oder Versorgung des Patienten?					
Wie häufig war das der Fall in den letzten sechs Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig war das der Fall im ersten Halbjahr 2019?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es zu Bevorzugung oder Benachteiligung kam bei der Behandlung oder Versorgung des Patienten?					
Wie häufig war das der Fall in den letzten sechs Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig war das der Fall im ersten Halbjahr 2019?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Arbeitsbedingungen, Stresserleben und Zufriedenheit

3A Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Fast nie / nie
Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3B Bitte schätzen Sie ein :	In sehr hohem Maß	In hohem Maß	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß
Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert , z. B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen der Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie alle Informationen , die Sie brauchen, um Ihre Arbeit zu erledigen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3C Schätzen Sie bitte ein , wie zutreffend die einzelnen Aussagen für Sie sind:	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft hin und wieder zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen, Verspannungen oder Rückenschmerzen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an innerer Unruhe und Nervosität .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Magen-Darmbeschwerden, Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Herz- und Kreislaufbeschwerden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Schlafstörungen, Müdigkeit oder Zerschlagenheit .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig darunter, wenn Patienten versterben .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3D Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie dann mit...	Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
...Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den körperlichen Anforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den psychischen Anforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen in Ihrer Abteilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Umsetzung des Palliativdienstes

4A	Nein	Ja	Häufigkeit, in den letzten 6 Monaten
Haben Sie selbst in den letzten 6 Monaten ein Konsil beim Palliativdienst angefordert? Und wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ca. ____ mal
Haben direkte Kollegen von Ihnen in den letzten 6 Monaten ein palliativmedizinisches Konsil beim Palliativdienst angefordert? Wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ca. ____ mal

4B Falls Sie persönlich **kein** oder nur einmalig ein palliativmedizinisches Konsil angefordert haben: Inwieweit treffen die folgenden Gründe zu?

Keine Notwendigkeit / Wenig Schwierigkeiten / wenig Fragen bei der Versorgung von Patienten in der letzten Lebensphase	<input type="checkbox"/>	Wusste nicht, dass es den Palliativdienst gibt	<input type="checkbox"/>
Negative Erfahrungen von Kollegen / Mitarbeitern mit dem Palliativdienst	<input type="checkbox"/>	Vorgaben des Vorgesetzten (z.B. anderen Berufsgruppen vorbehalten, fehlende Akzeptanz)	<input type="checkbox"/>
Sorge vor Verlegung der Patienten auf eine andere Station	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

4C	Eher seltener gerufen	Nicht beeinflusst	Eher häufiger gerufen
Inwieweit hat die COVID-19-Pandemie Ihrer Einschätzung nach Ihr persönliches Rufen des Palliativdienstes beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit hat die COVID-19-Pandemie Ihrer Einschätzung nach das Rufen des Palliativdienstes Ihrer Kollegen beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4D Haben Sie aus folgenden Gründen ein palliativmedizinisches Konsil beim Palliativdienst angefordert? Falls ja, wie zufrieden waren Sie dann insgesamt mit der Umsetzung? (Mehrfachnennungen möglich!)	Nein	Ja →	(sehr) unzufrieden	Teils/teils	(sehr) zufrieden
Einholen von Expertise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung/Mitbehandlung bei der Ermittlung des Patientenwillens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Fach)Beratung bei der Indikationsstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Fach)Beratung bei der Versorgung (z. B. zur Schmerzkontrolle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung / Unterstützung bei möglichen internen Verlegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsiliarische Mitbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung / Organisation bzgl. ambulanten Weiterversorgung (z. B. SAPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung / Unterstützung beim Umgang / der Kommunikation mit den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung / Unterstützung beim Umgang / der Kommunikation mit den Angehörigen (z. B. überforderte Angehörige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uneinigkeit im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4E Wie würden Sie folgende Aspekte beurteilen?	Überhaupt nicht gut	Nicht gut	gut	Sehr gut	
Art der palliativmedizinischen Konsilanforderung über MEONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnelligkeit der Kontaktaufnahme durch den Palliativdienst mit Ihnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnelligkeit der Kontaktaufnahme durch den Palliativdienst mit den Patienten/ Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemlösung / Erfüllung der (Hilfs-)Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fachliche Unterstützung durch den Palliativdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Kompetenzerweiterung (z.B. durch neue Informationen bei der Schmerzbehandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4F Welche Veränderungen haben Sie seit Einführung des Palliativdienstes bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten erlebt? Durch den Einsatz des Palliativdienstes ...	viel schlechter geworden	schlechter geworden	ungefähr gleich geblieben	besser geworden	viel besser geworden
...ist der Umgang mit sterbenden Patienten auf unserer Station / in unserer Abteilung...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das palliativmedizinische Verständnis auf unserer Station / in unserer Abteilung...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Zeitkontingent für die sterbenden Patienten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4F (Fortsetzung) Welche Veränderungen haben Sie seit Einführung des Palliativdienstes bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten erlebt? Durch den Einsatz des Palliativdienstes...	viel schlechter geworden	schlechter geworden	ungefähr gleich geblieben	besser geworden	viel besser geworden
...ist das Zeitkontingent für die Angehörigen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Schmerzkontrolle / -medikation ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sind Therapieentscheidungen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist der Umgang mit psychosozialen Fragen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Ermittlung des Patientenwillens ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist der Austausch mit den Kollegen / dem Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Verlegungsmanagement intern ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist das Entlassmanagement ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die Zusammenarbeit mit ambulantem Bereich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4G Welche Veränderungen erleben Sie seit Einführung des Palliativdienstes bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten persönlich ? Durch den Einsatz des Palliativdienstes...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	
...muss ich mehr dokumentieren .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...werde ich bei der Versorgung sterbender Patienten (emotional) entlastet .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...fühle ich mich weniger überfordert .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...weiß ich, wen ich anrufen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...sind die Strukturen und Prozesse klarer .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...habe ich ein viel besseres palliativmedizinisches Verständnis .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4H Welche Veränderungen erleben Sie seit Einführung des Palliativdienstes bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten mit Blick auf Verlegungen ? Durch den Einsatz des Palliativdienstes...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	
...wurden Verlegungsentscheidungen getroffen, die sich für mich stimmiger angefühlt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... sind Patienten in der letzten Lebensphase unserer Station weniger auf andere Stationen verlegt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...werden Verlegungsentscheidungen in der letzten Lebensphase in größerem Einvernehmen aller Beteiligten getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...werden mehr Patienten in der letzten Lebensphase bis zuletzt auf unserer Station versorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4H (Fortsetzung) Welche Veränderungen erleben Sie seit Einführung des Palliativdienstes bei der Versorgung schwerkranker, sterbender Patienten mit Blick auf Verlegungen? Durch den Einsatz des Palliativdienstes...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
...werden auf Wunsch mehr Patienten in der letzten Lebensphase zum Sterben entlassen (z.B. nach Hause, ins Pflegeheim).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist die ambulante Weiterversorgung von Patienten in der letzten Lebensphase besser organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat sich die Zufriedenheit der Angehörigen von Patienten in der letzten Lebensphase deutlich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat sich die Versorgungsqualität der Patienten in der letzten Lebensphase sehr verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist jemand mit mehr Zeit für die Patienten in der letzten Lebensphase und deren Angehörige da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sind die Patienten in der letzten Lebensphase und deren Angehörige besser über ihre Situation informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4I	Nein, bestimmt nicht	Nein, wahrscheinlich nicht	Ja, wahrscheinlich	Ja, ganz bestimmt
Werden Sie in den nächsten 6 Monaten ein palliativmedizinisches Konsil anfordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie Ihren direkten Kollegen empfehlen ein palliativmedizinisches Konsil anzufordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie anderen Krankenhäusern die Einführung eines Palliativdienstes empfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4J Gibt es darüber hinaus etwas, was Sie uns über den Palliativdienst mitteilen möchten?				

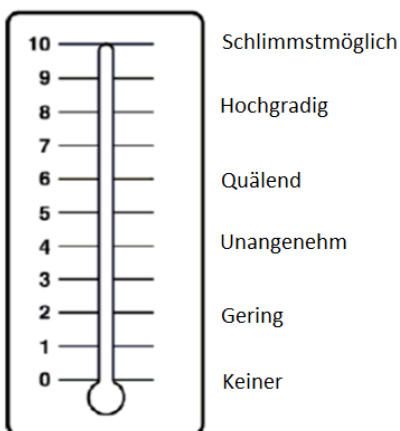
5 Moralischer Stress

5A **Moralischer Stress** ist eine Form der Belastung, die auftritt, wenn Sie glauben, dass Sie wissen, was die ethisch korrekte Sache wäre, die zu tun wäre, aber etwas oder jemand behindert Sie in Ihrer Fähigkeit, das Richtige zu tun.

Moralischer Stress im ersten Halbjahr 2019:

Bitte denken Sie an Ihre Arbeit mit Patienten am Lebensende **im ersten Halbjahr 2019!** Bitte kreisen Sie die Zahl (0–10) auf dem Thermometer ein, die am besten beschreibt, **wie viel moralischen Stress Sie in diesem Zeitraum erlebt haben bezogen auf diese Arbeit!**

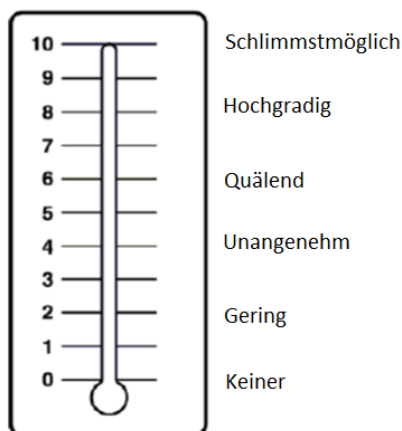
Moralischer Stress - Thermometer



Moralischer Stress im letzten halben Jahr:

Bitte denken Sie an Ihre Arbeit mit Patienten am Lebensende **im letzten halben Jahr!** Bitte kreisen Sie die Zahl (0–10) auf dem Thermometer ein, die am besten beschreibt, **wie viel moralischen Stress Sie in diesem Zeitraum erlebt haben bezogen auf diese Arbeit!**

Moralischer Stress - Thermometer



5B Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die folgenden Aussagen bei Ihrer Arbeit mit **Patienten am Lebensende** für Sie waren!

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft hin und wieder zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
---------------------------	----------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

Manchmal verhalte ich mich meinen Patienten gegenüber wie ein Roboter.

... im letzten halben Jahr!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... im ersten Halbjahr 2019!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich fühle mich im Umgang mit Patienten manchmal schwingungsarm.

... im letzten halben Jahr!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... im ersten Halbjahr 2019!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich habe nicht mehr so viel Mitgefühl mit den Patienten.

... im letzten halben Jahr!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... im ersten Halbjahr 2019!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5B (Fortsetzung) Schätzen Sie bitte ein, wie zutreffend die folgenden Aussagen bei Ihrer Arbeit mit Patienten am Lebensende für Sie waren!	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft hin und wieder zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Das Schicksal der Patienten ist mir manchmal fast egal.					
... im letzten halben Jahr!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im ersten Halbjahr 2019!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle keine „Verbindung“ mehr zu meinen Patienten.					
... im letzten halben Jahr!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im ersten Halbjahr 2019!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die seelischen Belastungen meiner Patienten beschäftigen mich gedanklich kaum.					
... im letzten halben Jahr!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im ersten Halbjahr 2019!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, die Gefühle meiner Patienten wirklich nachzuempfinden.					
... im letzten halben Jahr!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... im ersten Halbjahr 2019!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Teilnahme!



**ANALYSE UND VERBESSERUNG
DES SEKTOREN- UND BEREICHSÜBERGREIFENDEN SCHNITTSTELLEN- UND VERLEGUNGSMANAGEMENTS IN DER PALLIATIVVERSORGUNG
(AVENUE-PAL)**

- Eine papiergestützte experten-zentrierte MEESTAR-Evaluation -

Sehr geehrte Mitglieder der Steuerungsgruppe,

das Ziel des Projekts *Avenue-Pal* ist, durch eine evidenzbasierte Entwicklung und exemplarische Implementierung geeigneter Interventionen medizinisch-pflegerisch nicht indizierte Verlegungen Sterbender in andere Versorgungsettings signifikant zu reduzieren und damit die Versorgungsqualität in der letzten Lebensphase deutlich zu verbessern.

Wir bitten Sie als Mitglieder der Steuerungsgruppe herzlich, an der Evaluation der **ethischen** Aspekte im Rahmen der Begleitung und Betreuung Sterbender teilzunehmen, damit Ihr Expertenwissen in die ethische Gestaltung der neuen Handlungsrichtlinien für das sektoren- und bereichsübergreifende Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung mit einfließen kann.

Wir möchten Sie bitten, die experten-zentrierten Anforderungserhebung in **elektronischer Form (Word)** bis zum **22.12.2019** an Ulrike Scorna (ulrike.scorna@oth-regensburg.de) zurückzusenden. Alle Angaben werden anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist.

Ihre Teilnahme ist für den Erfolg des Forschungsprojektes von großer Wichtigkeit!

Im Folgenden finden Sie – in Tabellenform aufbereitet – eine Reihe von Fragen zur Begleitung und Betreuung Sterbender, die wir Ihnen aus unterschiedlichen Perspektiven stellen möchten. Bitte geben Sie jeweils kurz dazu Auskunft. Die Einträge können auch stichwortartig sein. Für Ihre spezifische Einschätzung und Meinung stehen Ihnen insgesamt 4 Spalten zur Verfügung:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Spalte „Kommentar“• Spalte „Mögliche Probleme/Gefahren/Herausforderungen/Schwierigkeiten“• Spalte „Alternative Vorgehensweisen/Vorschläge“• Spalte „Sonstige Anmerkungen/Hinweise“ | <p>Kurze Stellungnahme, Erläuterungen oder Anmerkungen bzgl. der jeweiligen Frage</p> <p>Kritische Einschätzung, inwiefern bei der jeweiligen Frage Probleme/Gefahren drohen bzw. was aus Ihrer Sicht diesbezüglich schwierig/herausfordernd sein könnte</p> <p>Vorschlag möglicher Alternativen zu dem in Spalte 1 thematisierten Anliegen</p> <p>Möglichkeit für weitere Anmerkungen, Hinweise oder Kommentare</p> |
|---|--|

Wir danken Ihnen vorab herzlich für Ihre Zeit und Teilnahme!

Actionsheet-Befragung zur Verlegung Sterbender

Fragen	Kommentar	Mögliche Probleme / Gefahren / Schwierigkeiten	Alternative Vorgehensweisen / Vorschläge	Sonstige Anmerkungen / Hinweise
<i>Selbstverständnis / Persönliche Erfordernisse</i>				
Was motiviert / treibt Sie bei der Pflege Sterbender an?				
Was ist Ihrer Meinung nach die wichtigste Aufgabe im Rahmen der Betreuung Sterbender?				
Wie wichtig ist es Ihnen, für den Sterbenden ein Ansprechpartner auch für nicht-medizinische Themen zu sein?				
Inwieweit ist es Ihnen möglich, für den Sterbenden ein Ansprechpartner auch für nicht-medizinische Themen zu sein?				
Wie gehen Sie persönlich mit der Situation um, wenn die Therapie nicht mehr auf Lebensverlängerung sondern auf die Begleitung der Sterbephase des Patienten und der Sicherung seiner Lebensqualität ausgerichtet ist?				

Inwieweit belastet Sie persönlich der Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie bei einem Ihrer Patienten? Welche Möglichkeiten der Verarbeitung nutzen Sie?				
Wie wichtig ist es Ihnen, praktische und emotionale Unterstützung von Ihren Mitarbeitern und Vorgesetzten zu erhalten?				
Inwieweit erhalten Sie praktische und emotionale Unterstützung von Ihren Mitarbeitern und Vorgesetzten?				
<i>Selbstbestimmung</i>				
Inwieweit ist es Ihnen bei Ihrer medizinisch-pflegerischen Tätigkeit möglich, die Patienten fachgerecht aufzuklären, sodass diese in der Lage sind, über die vorgenommenen Therapien und Behandlungen selbst entscheiden zu können.				
Inwieweit beeinflussen Sie nicht eindeutige Patientenverfügungen sowie deren verschiedene Auslegungen bei der pflegerischen Tätigkeit?				
Wie gehen Sie persönlich mit der Situation um, wenn der Patient eine nach Ihrem medizinischen				

<p>Ermessen nützliche Maßnahme ablehnt oder auf einer Maßnahme besteht, die nach ärztlicher Einschätzung für den Patienten keinen Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen bietet?</p>				
<p>Inwieweit belasten Sie persönlich Patientenverfügungen, die Ihrer medizinischen Expertise widersprechen?</p>				
<p><i>Fürsorge</i></p>				
<p>Was sind Ihrer Meinung nach vorherrschende Ängste/ Sorgen Sterbender und inwieweit ist es Ihnen möglich, auf diese eingehen zu können?</p>				
<p>Wie bewerten Sie die ärztliche Aufklärungspflicht hinsichtlich der Auswirkungen auf den psychischen Zustand der Patienten?</p>				
<p>Wie bewerten Sie das Recht auf Nichtwissen, also das Recht des Patienten auf einen Informationsverzicht, hinsichtlich der Auswirkungen auf den psychischen Zustand des Patienten und auf Ihre pflegerische Tätigkeit?</p>				
<p>Wie würden Sie den Fall bewerten, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu einer Überforderung oder</p>				

Vernachlässigung des Patienten führt und damit Ihre Fürsorgepflicht verletzt wird?				
Wie bewerten Sie den Verlegungsprozess eines sterbenden Patienten hinsichtlich der psychischen und physischen Folgen für den Patienten?				
<i>Entscheidungen im Rahmen von ökonomisch, juristisch und strukturell bedingten Gegebenheiten (Prinzip der Gerechtigkeit)</i>				
Inwieweit machen Sie die Wahl einer Therapie / Behandlung abhängig von Therapieentscheidungen, die bei anderen Patienten getroffen wurden?				
Wird die Wahl der Behandlung und Therapie des Patienten durch ökonomische Entscheidungen / Überlegungen (z.B. im Rahmen von Ressourcenknappheit) beeinflusst und wenn ja, inwieweit?				
Inwieweit beeinflusst Sie die Angst vor möglichen juristischen Konsequenzen bei Ihrer Arbeit?				
Inwieweit begegnet Ihnen bei Ihrer Arbeit das Problem des Zeitmangels?				
Inwieweit haben mögliche personelle Engpässe, Personalfluktuationen und die arbeitsteilige Struktur einen Einfluss auf Ihre Arbeit?				

Inwieweit beeinflusst Sie die arbeitsteilige Struktur und die Personalfuktuation bei dem Aufbau und der Pflege einer kontinuierlichen Arzt-Patienten-Beziehung?				
<i>Privatheit</i>				
Welche Möglichkeiten haben Sie, den Sterbenden und gegebenenfalls deren Angehörigen in Ihrer Einrichtung ein Umfeld zur Verfügung zu stellen, welches die Privatsphäre während des Sterbeprozesses sicherstellt?				
Wie können Sie sicherstellen, dass das Gebot nach Privatsphäre nicht zu einer Vereinsamung des Sterbenden führt?				
Inwieweit können Sie im Fall einer Verlegung sicherstellen, dass die Privatsphäre der Sterbenden gewahrt und nicht auf unangemessene Weise der Sichtbarkeit ausgesetzt wird?				
Inwieweit sind Ihnen im Fall einer Verlegung die Bedingungen der aufnehmenden Einrichtung hinsichtlich der Wahrung der Privatsphäre der Sterbenden und deren Angehörigen bekannt? Ist es Ihnen möglich darauf Einfluss zu nehmen?				

<i>Einbindung der Angehörigen (Teilhabe)</i>				
Inwieweit ist es Ihnen möglich, die (pflegenden) Angehörigen in die Therapie einzubinden?				
Welche Möglichkeiten haben Sie die (pflegenden) Angehörigen zu unterstützen?				
Verspüren Sie Druck, der durch die (pflegenden) Angehörigen auf Sie ausgeübt wird? Wenn ja, inwieweit und wie gehen Sie damit um?				
<i>Abschließend</i>				
Welche Faktoren führen Ihrer Meinung nach zu medizinisch-pflegerisch nicht indizierten Verlegungen? Und welche Maßnahmen könnten solche Verlegungen verhindern?				

Anhang 15: Prozesskostenanalyse

Tätigkeit	Basiswerte in Minute	Bemerkung	Ressource	Entgelt lt. TVöD-P-2021	Arbeitgeberkosten pro Stunde	Kosten pro Minute	Fixkosten	Kosten pro Einheit (Basiswert)
Anordnung Verlegung								
Verlegungsbericht (PC oder manuell) ausfüllen	8 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		4,28 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		3,63 €
Angehörige/Betreuer und Hausarzt verständigen	5 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		2,67 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		2,27 €
Mitgabe von Bekleidung, Waschutensilien, evtl. Medikamente und andere Hilfsmittel	5 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		2,67 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		2,27 €
Mitgabe von Dokumenten	5 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		2,67 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		2,27 €
Transport veranlassen	8 Min.	MR Abklärung Zeitfenster, freie Möglichkeiten, Transportschein	Transportkosten					0,00 €
			Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		4,28 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		3,63 €
Ggf. Kanülenwechsel	5 Min.		Materialkosten (Kanüle, Utensilien,...)					0,00 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		2,27 €
Abholung des Heimbewohners durch Krankentransport	8 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		4,28 €
Erfassung des Pflegeverlegungsstatus	3 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		1,60 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		1,36 €
Nachfrage des Einlieferungsstandortes des Heimbewohners	3 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		1,60 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		1,36 €
Änderungsmeldung an Küche und Verwaltung	2 Min.		Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		1,07 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		0,91 €
Bei längerem Aufenthalt: Klärung der Wäscheversorgung mit Transport	5 Min.		Personalkosten sozialer Dienst	3304,35	27,07 €	0,45 €		2,26 €
			Personalkosten BFD		0,00 €	0,00 €		0,00 €
			Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		2,67 €
			Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		2,27 €
Dokumentation	8 Min.	MR Situationsabhängig	Personalkosten Pflegekraft	3.319,54 €	27,19 €	0,45 €		3,63 €
			Personalkosten Wohnbereichsleitung	3.914,93 €	32,07 €	0,53 €		4,28 €
Prozesssummen	65 Min.							60,16 €
Betriebskostenpauschale								2,50 €
Gesamtkosten								62,66 €

Hinweis:

Prozesskostenanalyse ohne Berücksichtigung der durch einen Prozessschritt auslösenden Folge- und Ergänzungsprozesse, z.B. in Küche und Verwaltung

Anhang 16: Projektkosten

Beschreibung der Kalkulation (Vorgehensweise)

Teilprojektziel:	Einrichtungsspezifische Prozesskostenkalkulation auf Basis eines Implementierungskonzeptes.
Implementierungskonzept:	Das Implementierungskonzept führt die Einrichtung zur Implementierung der Leitlinie. Die Leitlinie dient in erster Linie als Checkliste innerhalb des Konzeptes. Damit wird erreicht, dass eine statische Anlehnung an die Phasen der Leitlinie vermieden wird. Beispiel: sollte der Risikofaktor in der Einrichtung nicht ausreichend abgebildet sein, wäre eine unmittelbare und konsequente Lösung (zum Beispiel Erstellung eines Standards) auch in einer frühen Phase möglich.
Kalkulationsbasis: (einrichtungsspezifische Umsetzung)	Die Erfahrung im Projekt hat gezeigt, dass ein erheblicher zeitlicher Aufwand für die Information der Mitarbeitenden aus allen Bereichen und speziell in der Pflege und Betreuung besteht. Dies ist je nach Größe der Einrichtung unterschiedlich (Anzahl Mitarbeiter, Anzahl der Wohnbereiche, Anzahl der Kunden etc.). Die Kalkulation soll diese Zusammenhänge abbilden. Die Einrichtung soll in die Lage versetzt werden, den Projektaufwand selbst zu kalkulieren.
Kalkulationsbasis: (Projektleitung)	Es wird eine Projektleitung bestimmt. Die Projektleitung ist für die Steuerung des Projektes verantwortlich.
Kalkulationsbasis: (Fachteam)	Das Projekt wird von einem Fachteam inhaltlich begleitet und umgesetzt. Die Anzahl und die Profession der Fachteammittglieder wird durch die Einrichtung bestimmt. Empfohlen wird die Anzahl der Wohnbereich + 1 (Leitung Fachteam, z. B. PDL).
Kalkulationsbasis: (Infoveranstaltungen intern)	Der Zeitaufwand für Informationsveranstaltungen wird auf Basis der Anzahl aller Mitarbeitenden ("Köpfe") innerhalb der Einrichtung ermittelt.
Kalkulationsbasis: (Schulungen)	Der Zeitaufwand für Schulungen wird auf Basis der Anzahl aller Mitarbeitenden ("Köpfe") innerhalb der Einrichtung ermittelt.
Kalkulationsbasis: (Infoquote):	Auf Basis der Anzahl der Mitarbeiter ermittelt die "Infoquote" die Anzahl der Teilnehmenden der Infoveranstaltungen und Schulungen
Kalkulationsbasis: (Infoveranstaltungen Angehörige)	Infoveranstaltungen für Angehörige pauschal kalkuliert. Zwei Infoveranstaltungen (Projektbeginn, kurz vor Projektabschluss) werden geplant.
Kalkulationsbasis: (Infoveranstaltungen Hausärzte)	Infoveranstaltungen für Hausärzte werden pauschal kalkuliert. Eine Infoveranstaltung (Projektbeginn) werden geplant. Zusätzliche Kommunikation wird hier erforderlich sein ("Newsletter")
Kalkulation auf Basis der Items (Maßnahmen je Zeitraum und Risikofaktoren).	Die ursprüngliche Kalkulation ist auf einem Zeitwert je Item erstellt worden. Die Werte wurden in Arbeitspakete zusammengefasst und mit einem Zeitwert hinterlegt.
Selbsteinschätzung und Gewichtung:	Es ist eine Selbsteinschätzung zum Status vor Projektbeginn vorgesehen. Diese ist noch auf Erfordernis und Inhalt (Fragen müssen formuliert werden, Plan: eine Frage pro Risikofaktor) abzustimmen. Die Selbsteinschätzung (Skala von 1 bis 10) führt zu einem individuellen Faktor, der Auswirkung auf die Kalkulation des Zeitaufwandes hat. (Aktuell maximal 20%, muss abgestimmt werden).
Teamsitzungen Fachteam	monatlich à 2 Stunden

Struktur zur Ermittlung des Projektaufwandes und der Projektkosten

Stammdaten	Wert
Bewohner	100
Wohnbereiche	4
Anzahl Mitarbeiter Pflege	60
Anzahl Mitarbeiter Verwaltung	4
Anzahl Mitarbeiter Mitarbeiter Hauswirtschaft	16
Ø PersKosten Projekt-MA pro Std.	35,00 €
Ø PersKosten aller MA pro Std.	31,00 €

Einträge sollen durch den Nutzer erfolgen, Anzahl der Mitarbeiter, nicht VZÄ)

Kalkulationswerte	Wert
Anzahl Mitarbeiter gesamt	80
Infoquote	90%
Mitglieder im Fachteam	5
max Teilnehmer pro Infoveranstaltung	10%
TN pro Infoveranstaltung	8
Berechnung Anz. Infoveranstaltungen	10
max Teilnehmer pro Fortbildung	10%
Anz. TN pro Fortbildung	6
Anz. Fortbildungen je Status	10
Dauer Infoveranstaltung	2,00 Std.
Dauer Fortbildung	2,00 Std.
Dauer Fachteamsitzung	2,00 Std.

Summe der Einträge aus Tabelle 1 dient zur Ermittlung der Anzahl der Infoveranstaltungen entspricht Anzahl der Wohnbereiche + 1

Vorgabewert

Berechnet sich aus Anz MA * Infoquote / TN pro Info

Schätzung der effektiven Verfügbarkeit der MA unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der MA

Vorgabewert, Alternativ könnte die doppelte Anzahl der Wohnbereiche angenommen werden (2 MA pro WB)

Berechnet sich aus Anz MAPflege * Infoquote / TN pro Schulung

Individuelle Einschätzung zum einrichtungsspezifischen Status auf einer Skala von 1 bis 10 ein.

Maximaler Zeitzuschlag (Vorgabe)

20%

13 Fragen zur Selbsteinschätzung

Frage	Skalenwert	Formel	Zeitfaktor
Frage zu Risikofaktor 1	8	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,04
Frage zu Risikofaktor 2	8	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,04
Frage zu Risikofaktor 3	5	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,10
Frage zu Risikofaktor 4	6	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,08
Frage zu Risikofaktor 5	9	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,02
Frage zu Risikofaktor 6	10	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,00
Frage zu Risikofaktor 7	4	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,12
Frage zu Risikofaktor 8	3	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,14
Frage zu Risikofaktor 9	2	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,16
Frage zu Risikofaktor 10	1	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,18
Frage zu Risikofaktor 11	7	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,06
Frage zu Risikofaktor 12	8	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,04
Frage zu Risikofaktor 13	5	$= 1 + [(1 - (\text{Skalenwert} / 10)) * \text{ZeitzuschlagMax}]$	1,10

Kostengruppe	Gruppe	Kategorie	Projektphase	Monat	Zeitfaktor	Basiswert	Zeitbedarf Gesamt	PersKosten RF
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	01 Projektset-Up	Monat 01	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 02	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	01 Projektset-Up	Monat 02	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 03	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 04	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 05	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 06	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 07	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 08	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 09	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 10	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
01 Projekt Leitung	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 11 ff	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 01	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 02	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 02	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 03	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 04	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 05	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 06	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 07	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 08	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 09	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
02 Fachteam	01 Projektorganisation	Steuerung	06 Projektsteuerung	Monat 10	1,00	20,00 Std.	20,00 Std.	700,00 €
03 Kommunikation Info MA	01 Projektorganisation	Information	02 Kommunikation/Schulug	Monat 03	1,00	80,00 Std.	80,00 Std.	2.480,00 €
03 Kommunikation Info MA	01 Projektorganisation	Information	02 Kommunikation/Schulug	Monat 04	1,00	80,00 Std.	80,00 Std.	2.480,00 €
03 Kommunikation Info MA	01 Projektorganisation	Information	02 Kommunikation/Schulug	Monat 11 ff	1,00	80,00 Std.	80,00 Std.	2.480,00 €
04 Schulung MA Pflege	01 Projektorganisation	Transfer/Schulung	02 Kommunikation/Schulug	Monat 09	1,00	60,00 Std.	60,00 Std.	1.860,00 €
04 Schulung MA Pflege	01 Projektorganisation	Transfer/Schulung	02 Kommunikation/Schulug	Monat 10	1,00	60,00 Std.	60,00 Std.	1.860,00 €
04 Schulung MA Pflege	01 Projektorganisation	Transfer/Schulung	02 Kommunikation/Schulug	Monat 11 ff	1,00	60,00 Std.	60,00 Std.	1.860,00 €
05 Info Angehörige	01 Projektorganisation	Information	03 Info Externe	Monat 03	1,00	10,00 Std.	10,00 Std.	350,00 €
05 Info Angehörige	01 Projektorganisation	Information	03 Info Externe	Monat 09	1,00	10,00 Std.	10,00 Std.	350,00 €
05 Info Angehörige	01 Projektorganisation	Information	03 Info Externe	Monat 11 ff	1,00	10,00 Std.	10,00 Std.	350,00 €
06 Info Ärzte	01 Projektorganisation	Information	03 Info Externe	Monat 06	1,00	10,00 Std.	10,00 Std.	350,00 €
RF 1 Atemnot (Dyspnoe)	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 03	1,04	2,00 Std.	2,08 Std.	72,80 €
RF 1 Atemnot (Dyspnoe)	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 06	1,04	32,00 Std.	33,28 Std.	1.164,80 €
RF 1 Atemnot (Dyspnoe)	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
RF 10 Unsichere und destabilisierte Angehörige	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 03	1,18	3,50 Std.	4,13 Std.	144,55 €
RF 10 Unsichere und destabilisierte Angehörige	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 05	1,18	44,00 Std.	51,92 Std.	1.817,20 €
RF 10 Unsichere und destabilisierte Angehörige	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €

RF 11 Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 03	1,06	2,50 Std.	2,65 Std.	92,75 €
RF 11 Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 06	1,06	32,00 Std.	33,92 Std.	1.187,20 €
RF 11 Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	4,00 Std.	4,00 Std.	140,00 €
RF 12 Unzureichend eingebundene bzw. informierte Notärzte	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 04	1,04	3,00 Std.	3,12 Std.	109,20 €
RF 12 Unzureichend eingebundene bzw. informierte Notärzte	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 07	1,04	36,00 Std.	37,44 Std.	1.310,40 €
RF 12 Unzureichend eingebundene bzw. informierte Notärzte	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	5,00 Std.	5,00 Std.	175,00 €
RF 13 Keine Verfügung, Testament, ACP	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 04	1,10	3,75 Std.	4,13 Std.	144,38 €
RF 13 Keine Verfügung, Testament, ACP	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 08	1,10	48,00 Std.	52,80 Std.	1.848,00 €
RF 13 Keine Verfügung, Testament, ACP	04 Externe Risikofaktoren	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	7,00 Std.	7,00 Std.	245,00 €
RF 2 Schmerzen	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 03	1,04	3,50 Std.	3,64 Std.	127,40 €
RF 2 Schmerzen	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 07	1,04	40,00 Std.	41,60 Std.	1.456,00 €
RF 2 Schmerzen	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
RF 3 Verschlechterung Grunderkrankung / Erschöpfung	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 04	1,10	2,50 Std.	2,75 Std.	96,25 €
RF 3 Verschlechterung Grunderkrankung / Erschöpfung	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 08	1,10	20,00 Std.	22,00 Std.	770,00 €
RF 3 Verschlechterung Grunderkrankung / Erschöpfung	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	3,50 Std.	3,50 Std.	122,50 €
RF 4 Akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. ä.)	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 04	1,08	2,00 Std.	2,16 Std.	75,60 €
RF 4 Akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. ä.)	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 09	1,08	28,00 Std.	30,24 Std.	1.058,40 €
RF 4 Akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. ä.)	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	3,50 Std.	3,50 Std.	122,50 €
RF 5 Psychische Beeinträchtigung / Unruhe	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 05	1,02	6,00 Std.	6,12 Std.	214,20 €
RF 5 Psychische Beeinträchtigung / Unruhe	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 10	1,02	40,00 Std.	40,80 Std.	1.428,00 €
RF 5 Psychische Beeinträchtigung / Unruhe	02 Medizinische und pflegerische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	6,00 Std.	6,00 Std.	210,00 €
RF 6 Personal (Anzahl)	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 03	1,00	5,00 Std.	5,00 Std.	175,00 €
RF 6 Personal (Anzahl)	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 05	1,00	60,00 Std.	60,00 Std.	2.100,00 €
RF 6 Personal (Anzahl)	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	8,00 Std.	8,00 Std.	280,00 €
RF 7 Personal (Qualifikation)	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 03	1,12	3,00 Std.	3,36 Std.	117,60 €
RF 7 Personal (Qualifikation)	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 06	1,12	40,00 Std.	44,80 Std.	1.568,00 €
RF 7 Personal (Qualifikation)	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	2,00 Std.	2,00 Std.	70,00 €
RF 8 Kooperation	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 04	1,14	8,00 Std.	9,12 Std.	319,20 €
RF 8 Kooperation	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 07	1,14	32,00 Std.	36,48 Std.	1.276,80 €
RF 8 Kooperation	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	9,00 Std.	9,00 Std.	315,00 €
RF 9 „Notfallplanung“	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	03 Analyse	Monat 04	1,16	4,25 Std.	4,93 Std.	172,55 €
RF 9 „Notfallplanung“	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	04 Implementierung und Umsetzung	Monat 08	1,16	52,00 Std.	60,32 Std.	2.111,20 €
RF 9 „Notfallplanung“	03 Personale und organisatorische Risiken	Organsiatorisch strukturell	05 Evaluation und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Monat 11 ff	1,00	2,50 Std.	2,50 Std.	87,50 €

Summe von Zeitbedarf Gesamt												
Zeilenbeschriftungen	Monat 01	Monat 02	Monat 03	Monat 04	Monat 05	Monat 06	Monat 07	Monat 08	Monat 09	Monat 10	Monat 11 ff	Gesamtergebnis
01 Projektorganisation	28,00 Std.	56,00 Std.	118,00 Std.	108,00 Std.	28,00 Std.	38,00 Std.	28,00 Std.	28,00 Std.	98,00 Std.	88,00 Std.	158,00 Std.	776,00 Std.
02 Medizinische und pflegerische Risiken			5,72 Std.	4,91 Std.	6,12 Std.	33,28 Std.	41,60 Std.	22,00 Std.	30,24 Std.	40,80 Std.	29,00 Std.	213,67 Std.
03 Personale und organisatorische Risiken			8,36 Std.	14,05 Std.	60,00 Std.	44,80 Std.	36,48 Std.	60,32 Std.			21,50 Std.	245,51 Std.
04 Externe Risikofaktoren			6,78 Std.	7,25 Std.	51,92 Std.	33,92 Std.	37,44 Std.	52,80 Std.			24,00 Std.	214,11 Std.
Gesamtergebnis	28,00 Std.	56,00 Std.	138,86 Std.	134,21 Std.	146,04 Std.	150,00 Std.	143,52 Std.	163,12 Std.	128,24 Std.	128,80 Std.	232,50 Std.	1449,29 Std.

Summe von PersKosten RF Zeilenbeschriftungen	Monate												
	Monat 01	Monat 02	Monat 03	Monat 04	Monat 05	Monat 06	Monat 07	Monat 08	Monat 09	Monat 10	Monat 11 ff	Gesamtergebnis	
01 Projektorganisation	980,00 €	1.960,00 €	3.810,00 €	3.460,00 €	980,00 €	1.330,00 €	980,00 €	980,00 €	3.190,00 €	2.840,00 €	4.970,00 €	25.480,00 €	
01 Projekt Leitung	280,00 €	560,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	280,00 €	3.360,00 €	
02 Fachteam	700,00 €	1.400,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €		7.700,00 €	
03 Kommunikation Info MA			2.480,00 €	2.480,00 €								2.480,00 €	7.440,00 €
04 Schulung MA Pflege									1.860,00 €	1.860,00 €	1.860,00 €	5.580,00 €	
05 Info Angehörige			350,00 €						350,00 €		350,00 €	1.050,00 €	
06 Info Ärzte						350,00 €						350,00 €	
02 Medizinische und pflegerische Risiken			200,20 €	171,85 €	214,20 €	1.164,80 €	1.456,00 €	770,00 €	1.058,40 €	1.428,00 €	1.015,00 €	7.478,45 €	
RF 1 Atemnot (Dyspnoe)			72,80 €			1.164,80 €					280,00 €	1.517,60 €	
RF 2 Schmerzen			127,40 €				1.456,00 €				280,00 €	1.863,40 €	
RF 3 Verschlechterung Grunderkrankung / Erschöpfung				96,25 €				770,00 €			122,50 €	988,75 €	
RF 4 Akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. ä.)				75,60 €					1.058,40 €		122,50 €	1.256,50 €	
RF 5 Psychische Beeinträchtigung / Unruhe					214,20 €					1.428,00 €	210,00 €	1.852,20 €	
03 Personale und organisatorische Risiken			292,60 €	491,75 €	2.100,00 €	1.568,00 €	1.276,80 €	2.111,20 €			752,50 €	8.592,85 €	
RF 6 Personal (Anzahl)			175,00 €		2.100,00 €						280,00 €	2.555,00 €	
RF 7 Personal (Qualifikation)			117,60 €			1.568,00 €					70,00 €	1.755,60 €	
RF 8 Kooperation				319,20 €			1.276,80 €				315,00 €	1.911,00 €	
RF 9 „Notfallplanung“				172,55 €				2.111,20 €			87,50 €	2.371,25 €	
04 Externe Risikofaktoren			237,30 €	253,58 €	1.817,20 €	1.187,20 €	1.310,40 €	1.848,00 €			840,00 €	7.493,68 €	
RF 10 Unsichere und destabilisierte Angehörige			144,55 €		1.817,20 €						280,00 €	2.241,75 €	
RF 11 Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte,			92,75 €			1.187,20 €					140,00 €	1.419,95 €	
RF 12 Unzureichend eingebundene bzw. informierte Notärzte,				109,20 €			1.310,40 €				175,00 €	1.594,60 €	
RF 13 Keine Verfügung, Testament, ACP				144,38 €				1.848,00 €			245,00 €	2.237,38 €	
Gesamtergebnis	980,00 €	1.960,00 €	4.540,10 €	4.377,18 €	5.111,40 €	5.250,00 €	5.023,20 €	5.709,20 €	4.248,40 €	4.268,00 €	7.577,50 €	49.044,98 €	

Anhang 17: IBST (Informations-, Beratungs- und Schulungstableau)

G-BA Avenue-Pal: *Schulungs- und Beratungsbedarf¹* bei Implementierung der Leitlinien zur Eingrenzung der Verlegung Sterbender in den Versorgungseinrichtungen

Ziel ist es einen Plan notwendig Schulungen und Beratungen für die Pflegeheime als auch die Krankenhäuser zu erarbeiten. Dabei sollte dem Realitätsprinzip Folge geleistet werden. So ist etwa zu prüfen welche bereits bestehenden Schulungen/Beratungen für das spezifische Anliegen genutzt werden sollten.

Vor Beginn des Projektes (*längerfristig bzw. Erstinformationen*)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT / DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER (Min.)
Träger / Management / Leitung: <ul style="list-style-type: none"> • Ärztl. Klinikleitung • Kfm. Klinikleitung, inkl. Personalleitung 	Kennen des Projektes und des Vorgehens Vorsensibilisierung auf das Thema (Überzeugungsarbeit) und Projektgenehmigung	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie Rolle und Zielsetzung des Palliativfachteams; Präsentation und Gespräch	60
Mitarbeiter in der Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> • Chefärzte und PDL 	Kennen des Projektes und des Vorgehens Vorsensibilisierung auf das Thema (Überzeugungsarbeit) und erstes Feedback/ Stimmungsbild; Identifizierung Ansprechpartner	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie Rolle und Zielsetzung des Palliativfachteams; Präsentation (Vorteile aus Sicht der Fachabteilung) und Gespräch	60 je Fachstation
Stabsstellen <ul style="list-style-type: none"> • QM • Personal- Unternehmensentwicklung • IT • Marketing • Case-Management 	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild; Vorsensibilisierung der Erwartungen an die einzelnen Stabsstellen	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie Rolle und Zielsetzung der Stabsstellen im Projekt; Präsentation und Gespräch	60 je Stabsstelle
Pflegeschule	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild; Vorsensibilisierung der Erwartungen an Pflegeschule	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie Rolle und Zielsetzung der Pflegeschule im Projekt; Präsentation und Gespräch	60
Identifizierte Ansprechpartner in Fachabteilung	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild;	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie Rolle und Zielsetzung der Ansprechpartner im	30

¹ Beratungen = bis 1,5 Stunden mehr als 1, 5 Stunden = Schulung

	Vorsensibilisierung der Erwartungen an Ansprechpartner	Projekt; Präsentation und Gespräch	
Angehörige / Betroffenenvertreter	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie der Vorgehensweise	45
Hausärzte /AAPV	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild	Info-Abend mit Präsentation und Austausch	60
Notärzte / Notdienste	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild	Info-Abend mit Präsentation und Austausch	60
SAPV	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild; Vorsensibilisierung der Erwartungen an SAPV	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie Rolle und Zielsetzung der Ansprechpartner im Projekt; Präsentation und Gespräch	60
Hospiz	Kennen des Projektes und des Vorgehens und erstes Feedback/ Stimmungsbild	Info-Abend mit Präsentation und Austausch	60
Andere Partner: <ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppe Zusammenstellung (intern): <ul style="list-style-type: none"> • Vertreter PE/OE • Vertreter Palliativdienst • Vertreter relevanten Fachabteilungen • PDL Zusammenstellung (extern): <ul style="list-style-type: none"> • Hospiz • Pflegeheim • Hausarztverband • Notarztverband • (SAPV) • Patientenvertretung 	Rekrutierung der Steuergruppe Information über Projekt und Vorgehen sowie erstes gegenseitiges Kennenlernen Vorsensibilisierung der Erwartungen an Steuergruppe	Rekrutierung: Persönliche Ansprache der einzelnen potentiellen Mitglieder Erstes gemeinsames Infotreffen: Kurze Vorstellung des Projekts und dessen Zielsetzung, Ankündigung der Einführung des Palliativfachteams, Definition und Aufgaben eines Palliativdienstes, wann kann der Palliativdienst gerufen werden? Kurzvortrag mit PowerPoint-Präsentation; Laptop	90

Unmittelbar vor Beginn des Projektes (kurzfristig)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT / DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER
Träger / Management / Leitung			
Mitarbeiter in der Versorgung: • Pflegekräfte und Ärzte	1. Genauere Information über Palliativdienst in Fortbildungsveranstaltungen	Definition Palliativdienst, Aufgaben eines Palliativdiensts, wann kann der Palliativdienst gerufen werden? Kurzvortrag mit PowerPoint-Präsentation, getrennt für Pflege und Ärzte; Laptop und Beamer	30
	2. Mitarbeiter wissen genau, wie und wann Sie den Palliativdienst rufen können	Schaubild: Ablauf der Konsilanforderung für den Palliativdienst, Beispielhafte Präsentation, wie ein Konsil im KIS für den Palliativdienst angefordert werden kann, Vorstellung von Beispielen: Was sind Tätigkeiten des Palliativdiensts?; Kurzvortrag mit 2 Plakaten, Präsentation des Ablaufs der Konsilanforderung im KIS, getrennt für Pflege und Ärzte; Plakate und Laptop	30
Stabsstellen (QM, Personal- Unternehmensentwicklung, Marketing)	Vermittlung der Ziele und Inhalte der Leitlinien sowie strategisches Vorgehen	PowerPoint-Präsentation, Gespräch	60
Identifizierte Ansprechpartner in Fachabteilung	Vorstellung der Ziele und Inhalte der Leitlinie und der Auswirkungen auf die Versorgung	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Angehörige / Betroffenenvertreter	Vorstellung der Ziele und Inhalte der Leitlinie und der Auswirkungen auf die Versorgung	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Hausärzte /AAPV	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie,	persönliches Gespräch	30

	Erwartungen an die Zusammenarbeit		
SAPV	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Hospiz	Erläuterung der Projektinhalte, -ziele und der Vorgehensweise	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	90
Andere Partner: • Steuergruppe	Vorstellung der Ziele und Inhalte Leitlinie und Erörterung der Umsetzung sowie der damit verbundenen Prozesse	PowerPoint-Präsentation, Gespräch	90
Notärzte / Notdienste	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (60 min.; IV, PP)	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	30

Während der Einführung (*mittelfristig*)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT/ DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER
Träger / Management / Leitung	Abteilungsleitersitzung: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase	PowerPoint-Präsentation	60
Mitarbeiter in der Versorgung: • Pflegekräfte und Ärzte	1. bei Bedarf: Mitarbeiter wissen genau, wie und wann Sie den Palliativdienst rufen können	Schaubild: Ablauf der Konsilanforderung für den Palliativdienst, Beispielhafte Präsentation, wie ein Konsil im KIS für den Palliativdienst angefordert werden kann, Vorstellung von Beispielen: Was sind Tätigkeiten des Palliativdienstes? Kurzvortrag mit 2 Plakaten, Präsentation des Ablaufs der Konsilanforderung im KIS, getrennt für Pflege und Ärzte; Plakate und Laptop	30
	2. Transfer der (Zwischen-)	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60

<ul style="list-style-type: none"> Fachteam 	<p>Ergebnisse der Projektphase</p> <p>Sammeln und Dokumentation von Informationen zum Projektstatus</p>	Projektsitzung	90
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			
Identifizierte Ansprechpartner in Fachabteilung	Information zu zielgruppen-relevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen	PowerPoint-Präsentation, Gespräch	60
Angehörige / Betroffenenvertreter	Information zu zielgruppen-relevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen	PowerPoint-Präsentation, Gespräch	60
Hausärzte /AAPV	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	90
SAPV	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	90
Hospiz	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	90

Andere Partner: • Steuergruppe	Information zum Projektstatus, Prüfen der Projektkonformität	Projektsitzung	90
Notärzte / Notdienste	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	90

Während der Einführung (*langfristig*)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT/ DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER
Träger / Management / Leitung	Abteilungsleitersitzung: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase	PowerPoint-Präsentation	45
Mitarbeiter in der Versorgung: • Pflegekräfte und Ärzte, bei Bedarf	1. Bei Bedarf: Mitarbeiter wissen genau, wie und wann Sie den Palliativdienst rufen können	Schaubild: Ablauf der Konsilanforderung für den Palliativdienst, Beispielhafte Präsentation, wie ein Konsil im KIS für den Palliativdienst angefordert werden kann, Vorstellung von Beispielen: Was sind Tätigkeiten des Palliativdienstes?; Kurzvortrag mit 2 Plakaten, Präsentation des Ablaufs der Konsilanforderung im KIS, getrennt für Pflege und Ärzte; Plakate und Laptop	30
• Fachteam	2. Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
	Sammeln und Dokumentation von Informationen zum Projektstatus	Projektsitzung	90
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			

Identifizierte Ansprechpartner in Fachabteilung	Information zu zielgruppen-relevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Angehörige / Betroffenenvertreter	Information zu zielgruppen-relevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Hausärzte /AAPV	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
SAPV	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Hospiz	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Andere Partner: • Steuergruppe	Information zum Projektstatus, Prüfen der Projektkonformität	Projektsitzung	90
Notärzte / Notdienste	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60

Konsolidierungsphase

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT	DAUER
Träger / Management / Leitung	Abteilungsleitersitzung: Transfer der Projekt-Ergebnisse	PowerPoint-Präsentation	45
Mitarbeiter in der Versorgung: • Fachteam	Sammeln und Dokumentation wichtiger Informationen zum Projektstatus, Abschlussdokumentation	Projektsitzung	90
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			
Identifizierte Ansprechpartner	Information zu zielgruppen-relevanten Projektergebnissen	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Angehörige / Betroffenenvertreter	Information zu zielgruppen-relevanten Projektergebnissen	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Hausärzte /AAPV	Transfer der Projektergebnisse	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60

SAPV	Transfer der Projektergebnisse	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Hospiz	Transfer der Projektergebnisse	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60
Andere Partner: • Steuergruppe	Evaluation des Projekts	Projektsitzung	90
Notärzte / Notdienste	Transfer der Projektergebnisse	PowerPoint-Präsentation, Informationsveranstaltung	60

G-BA Avenue-Pal: Schulungs- und Beratungsbedarf¹ bei Implementierung der Leitlinien zur Eingrenzung der Verlegung Sterbender in den Versorgungseinrichtungen

Ziel ist es einen Plan notwendig Schulungen und Beratungen für die Pflegeheime als auch die Krankenhäuser zu erarbeiten. Dabei sollte dem Realitätsprinzip Folge geleistet werden. So ist etwa zu prüfen welche bereits bestehenden Schulungen/Beratungen für das spezifische Anliegen genutzt werden sollten.

Vor Beginn des Projektes (längerfristig bzw. Erstinformationen)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT / DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER (Min.)
Träger / Management / Leitung: <ul style="list-style-type: none"> • Leitung 	Leitungskräfte kennen das Projekt	Projekthalte, Projektziele und Vorgehensweise werden erläutert; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	90
<ul style="list-style-type: none"> • Aufsichtsrat und Vorstand 	Aufsichtsrat und Vorstand kennen das Projekt	Inhalte der Projektphase[n] werden vermittelt; Aufsichtsratssitzung; PowerPoint-Präsentation	30
Mitarbeiter in der Versorgung	Mitarbeiter kennen das Projekt, erstes Feedback/Stimmungsbild, Identifizierung der Projekt-Ansprechpartner	Projekthalte, Projektziele und Vorgehensweise werden erläutert; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	45 pro Meeting
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)	Mitarbeiter kennen das Projekt, erstes Feedback/Stimmungsbild	Projekthalte, Projektziele und Vorgehensweise werden erläutert; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	30
Identifizierte Ansprechpartner	Vorklärung der Rolle und Aufgaben	Informationen zu Rolle und Aufgaben, persönliches Gespräch	30
Angehörige / Betroffenenvertreter	Angehörige / Betroffenenvertreter kennen das Projekt, erstes Feedback/Stimmungsbild	Projekthalte, Projektziele und Vorgehensweise werden erläutert; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	45
Hausärzte /AAPV	Eingebundene Ärzte kennen das Projekt, erstes Feedback/Stimmungsbild	1. Schriftliche Erstinformation zum leitlinienbasierten Vorgehen mit Einladung zu einem persönlichen Gespräch; Flyer 2. Persönliches Gespräch; Gesprächsleitfaden	

¹ Beratungen = bis 1,5 Stunden mehr als 1, 5 Stunden = Schulung

SAPV	Eingebundenes SAPV-Team kennen das Projekt		
Hospiz			
Andere Partner <ul style="list-style-type: none"> Steuergruppe 	Die Steuergruppe (ext. Teilnehmer) kennt das Projekt und die Projektziele	Es wird das Projektziel, die Vorgehensweise und die Aufgaben der Steuergruppe (Projektkonformität) vorgestellt; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	60
Notärzte / Notdienste			

Unmittelbar vor Beginn des Projektes (kurzfristig)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT / DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER
Träger / Management / Leitung <ul style="list-style-type: none"> Leitung 	Leitungskräfte kennen die Leitlinie	Vermittlung der Ziele und Inhalte der Leitlinien als auch das strategische Vorgehen [...]	60
Mitarbeiter in der Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> Fachkräfte im Wohnbereich 	Fachkräfte kennt die Leitlinie und die Aufgaben [...]	Es wird das Projektziel, die Vorgehensweise und die Aufgaben des Fachteams vorgestellt; Schulung; PowerPoint-Präsentation	90
<ul style="list-style-type: none"> Fachteam im Haus 	1. Das Fachteam kennt und versteht die Leitlinie	Die Leitlinie wird vorgestellt und erörtert. Die Implementierung in die beschriebenen Prozesse und Zusammenhänge wird vereinbart.; Schulung; PowerPoint-Präsentation	90
<ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiter in der Versorgung 	2. Das Fachteam verständigt sich auf die Verfahren zur Umsetzung des Projektes Mitarbeiter*innen kennen die Ziele und die Vorgehensweise [...]	Es werden das Projektziel, die Vorgehensweise und die Aufgaben des Fachteams vorgestellt; Schulung; PowerPoint-Präsentation Es werden die Leitlinien vorgestellt. Die Umsetzung im Wohnbereich wird erörtert. Die Implementierung des Prozesses in die bereits geübten Prozesse wird dargestellt.	90
		1. Informationsveranstaltung, PowerPoint-Präsentation	90

		2. Teamsitzungen im Wohnbereich	-
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			
Identifizierte Ansprechpartner			
Angehörige / Betroffenenvertreter	Zielgruppe lernt das Ziel des Projektes kennen	Es werden die Ziele und Inhalte der Leitlinie und die Auswirkungen auf die Versorgung vorgestellt.; Informationsveranstaltung, PowerPoint-Präsentation	60
Hausärzte /AAPV	Hausärzte kennen die Ziele, Inhalte und die Umsetzung des Projektes	Projekt und Leitlinie wird vorgestellt, Erwartungen an Entwicklung der Zusammenarbeit wird formuliert.; Information; schriftliche Kontaktaufnahme, Flyer, Kooperation [...]	-
SAPV	SAPV-Team kennt die Ziele, Inhalte und die Umsetzung des Projektes	Projekt und Leitlinie wird vorgestellt, Erwartungen an Entwicklung der Zusammenarbeit wird formuliert.; Information; schriftliche Kontaktaufnahme, Flyer, Kooperation [...]	-
Hospiz	Kooperationspartner kennt das Projekt und das Ziel	Projekthinhalte, Projektziele und Vorgehensweise wird erläutert. Umsetzung in regelmäßig stattfindenden Besprechungen; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	90
Andere Partner			
Notärzte / Notdienste	Notärzte kennen die Ziele, Inhalte und die Umsetzung des Projektes	Projekt und Leitlinie wird vorgestellt, Erwartungen an Entwicklung der Zusammenarbeit wird formuliert.; Information; schriftliche Kontaktaufnahme, Flyer, Kooperation [...]	

Während der Einführung (*mittelfristig*)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT/ DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER
Träger / Management / Leitung			

<ul style="list-style-type: none"> Leitung 	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Abteilungsleitersitzung; PowerPoint-Präsentation	60
Mitarbeiter in der Versorgung <ul style="list-style-type: none"> Fachteam im Haus 	Fachteam reflektiert den Projektstatus	Wichtige Informationen zum Projektstatus werden gesammelt und dokumentiert; Projektsitzung	90
<ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiter in der Versorgung 	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation	60
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			
Identifizierte Ansprechpartner			
Angehörige / Betroffenenvertreter			
Hausärzte /AAPV	1. Zielgruppe kennt den Status des Projektes 2. [Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Inhalte des Projektes werden vermittelt, Erfahrungen werden ausgetauscht, offene Fragen werden ausgetauscht, gemeinsame Lösungen werden erarbeitet.; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	90 -
SAPV	1. Zielgruppe kennt den Status des Projektes 2. [Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Inhalte des Projektes werden vermittelt, Erfahrungen werden ausgetauscht, offene Fragen werden ausgetauscht, gemeinsame Lösungen werden erarbeitet.; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	90 -
Hospiz	1. Zielgruppe kennt den Status des Projektes	Inhalte des Projektes werden vermittelt, Erfahrungen werden ausgetauscht, offene Fragen werden ausgetauscht, gemeinsame Lösungen werden erarbeitet.;	90

	2. [Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	-
Andere Partner • Steuergruppe	Steuergruppe kennt den Projektstand	Steuergruppe wird zum Projektstatus informiert, prüft Projektkonformität; Projekt-sitzung	90
Notärzte / Notdienste	1. Zielgruppe kennt den Status des Projektes 2. [Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Inhalte des Projektes werden vermittelt, Erfahrungen werden ausgetauscht, offene Fragen werden ausgetauscht, gemeinsame Lösungen werden erarbeitet.; Informationsveranstaltung; PowerPoint-Präsentation Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	90 -

Während der Einführung (*langfristig*)

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT/ DIDAKTIK / MEDIEN	DAUER
Träger / Management / Leitung • Leitung	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Einrichtungsleitersitzung; PowerPoint-Präsentation	45
Mitarbeiter in der Versorgung			
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			
Identifizierte Ansprechpartner			
Angehörige / Betroffenenvertreter			
Hausärzte /AAPV	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	-
SAPV	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	-

Hospiz	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	-
Andere Partner <ul style="list-style-type: none"> Steuergruppe 	Steuergruppe kennt den Projektstand	Steuergruppe wird zum Projektstatus informiert, prüft Projektkonformität; Projektsitzung	90
Notärzte / Notdienste	[Zwischen-]Ergebnis der Projektphase [...] ist bekannt	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase [...]; Information; Infobrief, Mail	-

Konsolidierungsphase

ZIELGRUPPE	ZIEL	INHALT	DAUER
Träger / Management / Leitung			
Mitarbeiter in der Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> Fachteam im Haus 	Fachteam reflektiert den Projektstatus	Wichtige Informationen zum Projektstatus werden gesammelt und dokumentiert, Abschlussdokumentation [...]	90
Stabsstellen (QM, Personal-Unternehmensentwicklung, Marketing)			
Identifizierte Ansprechpartner			
Angehörige / Betroffenenvertreter			
Hausärzte /AAPV			
SAPV			
Hospiz			
Andere Partner			
Notärzte / Notdienste			

Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen.



© New Africa - stock.adobe.com

Regionale Versorgungsleitlinie
Pflegeheim*



**Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden
Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung / Avenue-Pal**



Gliederung

An der Erstellung der Leitlinie beteiligte Organisationen

1. Einleitung

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie Pflegeheim*

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie Pflegeheim*

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ermittlung der Risikofaktoren

Steuerung der Risikofaktoren

Risikofaktorenübersicht

6. Anwendungshilfen

Risikofaktoren und deren Steuerung

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Risikofaktor 2: Schmerzen

Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung

Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz

Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe

Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal

Risikofaktor 7: Zu wenig hinreichend qualifiziertes Personal

Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern

Risikofaktor 9: Notfallregime

Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration

Risikofaktor 11: Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte

Risikofaktor 12: Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte

Risikofaktor 13: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

* Im Folgenden der Leitlinie wird in aller Regel dem rechtlichen und sprachlichen Gebrauch folgend von „Pflegeheimen“ gesprochen als den eigentlich zu verwendenden Begriff „stationäre Pflegeeinrichtungen“.

An der Erstellung der Leitlinie beteiligte Organisationen

Auftraggeber:

- Innovationsfonds und Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Auftragnehmer:

- TransMIT
- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung

Projektteam:

- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
- AWO Stadtkreis Gießen
- Justus-Liebig-Universität Gießen
- Deutsches Krankenhausinstitut
- AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Projektassistenz:

- TransMIT GmbH

Projektbeirat:

- | | |
|------------------------------|---|
| • Prof. Dr. Rochus Allert | <i>Caritas-Akademie Köln-Hohelind GmbH</i> |
| • Dr. Christian Arndt | <i>UKGM Standort Marburg</i> |
| • Uwe Brömmer | <i>Altenzentrum Heilsberg GfDE</i> |
| • Gesine Dannenmaier | <i>Qualitäts- und Pflegeberaterin</i> |
| • Sabine Freudenberger | <i>Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises)</i> |
| • Dr. med. Thorsten Fritz | <i>Gesundheitszentrum Wetterau</i> |
| • Sandy Genge | <i>Ketteler Krankenhaus gGmbH</i> |
| • Dr. Holger Hauch | <i>Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH</i> |
| • Andrea Hinz | <i>Santa Isabella Pflegeeinrichtung</i> |
| • Astrid Hochschild | <i>Pflegeberaterin</i> |
| • Manuela Karl | <i>Zum Schönbachtal GmbH & Co. KG - Senioren- und Pflegeheim</i> |
| • Prof. Dr. Ina B. Kopp | <i>AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement</i> |
| • Edna Künne | <i>Hanse-Zentrum Alten- und Pflegeheim</i> |
| • Christian Lanz | <i>Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf</i> |
| • Susanne Lind | <i>Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises)</i> |
| • Hardy Müller | <i>Aktionsbündnis Patientensicherheit</i> |
| • Ronald Neubauer | <i>KTQ GmbH</i> |
| • Thomas Nöllen | <i>spectrumK GmbH</i> |
| • Prof. Dr. med. Jens Papke | <i>Internistische Praxis u. Tagesklinik</i> |
| • Dr. med. Egbert Reichwein | <i>Hausärzterverband Hessen</i> |
| • Dr. Mia Richter | <i>Praxis-Hausärztin</i> |
| • Prof. Dr. Werner Schneider | <i>Universität Augsburg</i> |
| • Susette Schumann | <i>Ev. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e. V.</i> |
| • Dr. med. Stefan Steidl | <i>St. Josefs Krankenhaus gGmbH</i> |
| • Stephan Wach | <i>Asklepios Klinik Lich GmbH</i> |
| • Prof. Dr. Christoph Wiese | <i>Stiftung Herzogin Elisabethen Hospital Braunschweig</i> |

1. Einleitung

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 wurden verschiedene Impulse für den weiteren Ausbau der Versorgung Sterbender in den stationären Pflegeeinrichtungen formuliert. Die Sterbebegleitung ist dabei ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtend aufgefordert, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abzuschließen. Außerdem werden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten künftig transparent machen. Darüber hinaus werden die stationären Pflegeeinrichtungen ermutigt, ihren Bewohnern eine vorausschauende Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anzubieten.

Ziel ist es, die Versorgungsqualität der Betreuung sterbender Menschen durch Stärkung der Kompetenzen vor Ort zu stärken. Praktisch bedeutet dies u. a., dass sterbende Bewohner nicht unnötig in andere stationäre Versorgungsbereiche (insbesondere Krankenhäuser) verlegt werden.

Wie soll dies erreicht werden?

Leitlinien dienen dem Zweck, Betreuungs- und Qualitätskriterien zu definieren und durch ihre Einführung eine individuelle und bedürfnisorientierte Versorgung der Betroffenen (Bewohner und Angehörige) auf qualitativ hohem Niveau zu ermöglichen.

Anschluss genommen wird an die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ aus dem Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH); AWMF-Registernummer 128-001OL (verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>).

Auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse des Istzustands der aktuellen regionalen Verlegungspraxis (Avenue-Pal Projektphase 1) werden aus den Empfehlungen der nationalen Leitlinie prioritäre Interventionen für die regionale Implementierung identifiziert, hinderliche und förderliche Faktoren für deren Umsetzung ermittelt und im Konsens der regionalen Akteure und Interessengruppen ergänzende Umsetzungsempfehlungen im Sinne eines systematischen Local Tailorings erarbeitet. Die Umsetzung orientiert sich am AWMF-Regelwerk Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Die regionale Leitlinie wird aus 2 Modulen bestehen: 1. Pflegeheim, 2. Krankenhaus.

Das Ziel zur Veröffentlichung der Leitlinienempfehlungen durch das Avenue-Pal-Projekt liegt darin begründet, eine in der Expertengruppe abgestimmte pflegerische Handlungsleitlinie vorzulegen, die für Pflegenden in der stationären Pflegeversorgung nachvollziehbar und handlungsleitend ist.

Die Formulierung der Leitlinie erfolgt dabei aus der Sicht der betroffenen Menschen und bezieht sich explizit auf die Versorgung sterbender Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen. Intention der Leitlinie ist es, alle beteiligten Partner und unterschiedlichen Verantwortlichkeitsstufen durch einen kontinuierlichen/formativen Entwicklungsprozess zu adressieren.

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie Pflegeheim

Die Leitlinie richtet sich an jene stationäre Versorgung anbietende Pflegeeinrichtungen, in denen auch sterbende Menschen betreut werden. Prinzipiell betrifft sie damit alle der über 13.000 Anbieter. Nach eigenen Vorarbeiten kommt es in zahlreichen Fällen zu Verlegungen von Bewohnern in deren allerletztem Lebensabschnitt. Dies kann in einzelnen Einrichtungen über 20 % der Bewohner betreffen und betrifft somit mehr als 50.0000 Bewohner. Dabei stehen die Verlegungen in Krankenhäuser eindeutig im Vordergrund. Nur in sehr seltenen Fällen findet eine Verlegung nach Hause oder in ein Hospiz statt. Alle Studien zeigen, dass Verlegungen grundsätzlich mit Risiken der Gewährleistung der Versorgungsqualität einhergehen. Dies betrifft insbesondere die Verlegung älterer, umfassend unterstützungsbedürftiger Menschen. Dass die Verlegung sterbender Bewohner die Problemlagen bzw. Anforderungen auf allen Seiten nochmals steigert, ist offensichtlich. Gezeigt werden kann, dass Verlegungen Sterbender häufig im Szenario der Krisenintervention durchgeführt werden. Dabei erweisen sich bestimmte Bewohnergruppen als besonders vulnerabel für nicht indizierte Verlegungen: Bewohner ohne Bewohnerverfügung und ohne bzw. mit unzureichender Angehörigeneinbindung sowie verwirrte bzw. desorientierte Bewohner, aber auch Angehörige sozial stigmatisierter Gruppen.

Der vorliegende Leitlinienentwurf dient dem Ziel, nicht notwendige Verlegungen sterbender Bewohner in Pflegeheimen durch ein hierfür geeignetes geplantes und systematisches Vorgehen zu verhindern. Dabei schließen die Leitlinie und die darin beschriebenen Risikofaktoren an die bestehende S3-Leitlinie an und übersetzen diese für die Handlungswelt der stationären Pflegeeinrichtungen.

Auch wenn zahlreiche der empfohlenen Interventionen und das mit diesen verbundene präventive und kurative Vorgehen über den Gegenstand der Verlegung allein hinausführen, da sie in einer Gesamtsicht anders nicht erreicht werden können, wird in dieser Leitlinie auf den Verlegungsprozess fokussiert.

Einzelne der Risikofaktoren stehen in einer wechselseitigen Beziehung (Korrelation) bzw. sind in einem anderen Handlungsbereich angesiedelt (medizinisch-pflegerische, organisatorisch-personelle und externe Faktoren). Dies unterscheidet die vorliegende Leitlinie von anderen. Auch durch die kurz-, mittel- und langfristige Interventionsperspektive zur Reduktion der Risikofaktorenwirkung entsteht eine stärkere - in der Praxis wirksame - umsetzungsbezogene Vorgehensweise.

Deutlicher herausgearbeitet wird auch die Verantwortlichkeit der Trägereinrichtung und des Einrichtungsmanagements, ohne deren verpflichtende Einbindung die Umsetzung der Leitlinie nicht möglich ist.

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie¹

- stationäre Pflegeanbieter

¹ Die Erfahrungen in der Umsetzung der Leitlinie ab September 2019 werden begleitend evaluiert bzw. angepasst. In der abschließenden Projektphase 4 (2. Quartal 2021) wird der Beirat erneut eingebunden, um die Leitlinienform bei Bedarf anzupassen.

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

Ein unzureichend beschriebenes Problem in der Versorgung Sterbender ist, dass ein großer Teil dieser Patienten und Heimbewohner in deren letzten Lebenstagen noch in ein anderes Versorgungsumfeld verlegt wird.

Solche späten Verlegungen werden häufig als Notfall- bzw. Kriseninterventionen vollzogen. Aus dieser bis heute weitgehend unreflektierten Praxis ergeben sich nicht nur erhebliche wirtschaftliche Kosten und rechtliche Unsicherheiten, sondern insbesondere auch erhebliche Beeinträchtigungen in der Versorgungs- und Lebensqualität der Sterbenden. Den betroffenen Angehörigen und betreuenden Helfern verursachen Verlegungen schwerstkranker, sterbender Menschen in aller Regel Stress, auch durch spätere, ethische Reflexionen begründet. In vielen Fällen bleibt offen, inwieweit die durchgeführten Verlegungen medizinisch, pflegerisch oder psychosozial tatsächlich indiziert waren. Unklar bleibt auch, ob die Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen. So kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei einem großen Teil der in den letzten Lebenstagen oder Wochen der Bewohner durchgeführten Verlegungen um nicht indizierte „Fehlverlegungen“ handelt.

Ziel der Leitlinie ist es, einen fachlich sowie organisations- und personalentwickelnden Prozess zu identifizieren, der durch eine prospektive Risikosteuerung geeignet ist, die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen, indem Verlegungsrisiken ermittelt und durch geeignete Interventionen substantiell gemindert werden.

Somit sollen **durch diese Leitlinie drei Ziele erreicht werden:**

1. Verhinderung von aus medizinisch, pflegerisch, psychosozial und anderen Gründen nicht indizierten Verlegungen sterbender Bewohner in Pflegeeinrichtungen
2. menschenwürdige, fachlich, technisch-organisatorisch und sozial ausreichende Betreuung sterbender Menschen unabhängig vom Sterbeort
3. Sicherung des Bewohnerwillens bei bestmöglicher Einbindung der Angehörigen

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ziel war es, Ursachen bzw. Begründungen zu identifizieren, die zu nicht notwendigen Verlegungen führen (Istanalyse). Hierzu wurden folgende quantitativ und qualitativ erhobene Informationen verwendet:

- eigene empirische Vorarbeiten
- erneute Befragung in Pflegeheimen
- Befragung von Hausärzten
- Befragung in Krankenhäusern
- Experteninterviews
- Fokusgruppengespräche
- Literaturanalyse

Als Resultat wurden 13 Risikofaktoren identifiziert, die 3 Kategorien zuordenbar sind. Dabei bilden die 3 Kategorien keine Rangfolge der Bedeutung/Wichtigkeit, sondern eine inhaltliche Zuordnung ab.

Kategorie 1: Medizinische und pflegerische Risiken:

1. Atemnot (Dyspnoe)
2. Schmerzen
3. Verschlechterung Grunderkrankung/Erschöpfung
4. akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. Ä.)
5. psychische Beeinträchtigung/Unruhe

Kategorie 2: Personale und organisatorische Risiken:

1. Personal (Anzahl)
2. Personal (Qualifikation)
3. Kooperation
4. „Notfallplanung“

Kategorie 3: Externe Risikofaktoren:

1. unsichere und destabilisierte Angehörige
2. unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte
3. unzureichend eingebundene bzw. informierte Notärzte
4. keine Verfügung/kein Testament/ACP

Ferner wurde eine Ziel- bzw. Sollanalyse erstellt. Hierzu wurden zusätzliche Informationen erhoben:

- S3-Leitlinie zur Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
- Beispiel: Best Practice Einrichtung

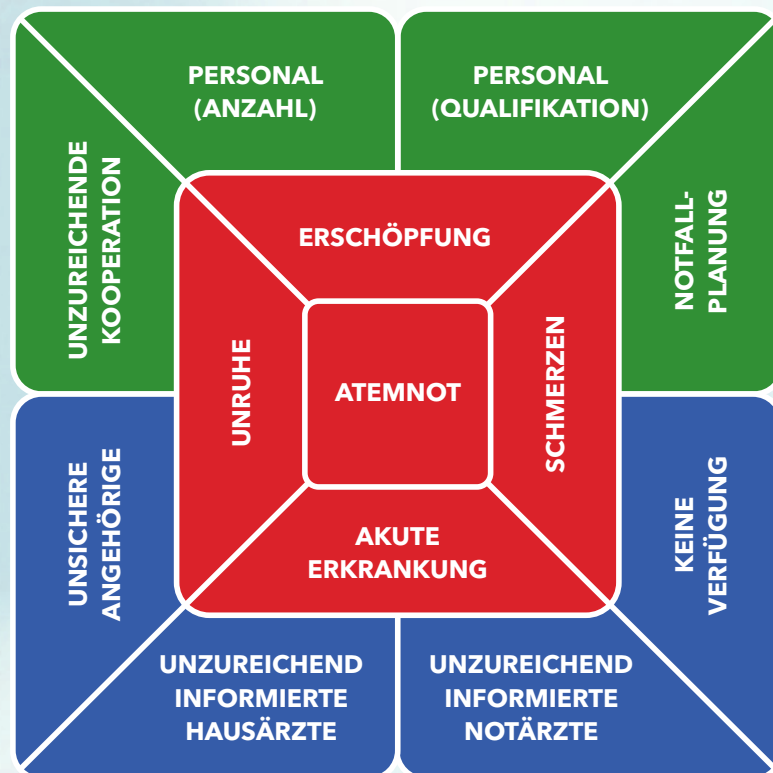
Ermittlung der Risikofaktoren

Obwohl sich ein Teil der Risikofaktoren erst im Verlauf der Betreuung bzw. des Aufenthaltes entwickelt und damit eines beständigen Monitorings kritischer auf den Eintritt des Risikos hinweisender Parameter bedarf, weisen alle ermittelten Informationen auf die große Bedeutung der (sozial-)pflegerischen Aufnahme des Bewohners und der in diesem Zusammenhang erhobenen Informationen bzw. verwendeten Methoden hin.

Steuerung der Risikofaktoren

Das Vorgehen orientiert sich am 4-stufigen Plan-Do-Check-Act-Prozess (PDCA-Zyklus). Dieser deckt sich weitestgehend mit dem Modell der Strukturierten Informationssammlung (SIS). Dabei findet auch eine Risikodetektion statt, d.h. eine Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen im Kontext der Themenfelder.

Risikofaktorenübersicht



6. Anwendungshilfen Risikofaktoren und deren Steuerung

Risikofaktor 1:	Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	S. 12
Risikofaktor 2:	Schmerzen	S. 14
Risikofaktor 3:	Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung	S. 16
Risikofaktor 4:	Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz	S. 18
Risikofaktor 5:	Psychische und motorische Unruhe	S. 20
Risikofaktor 6:	Quantitativ wenig Personal	S. 22
Risikofaktor 7:	Zu wenig hinreichend qualifiziertes Personal	S. 24
Risikofaktor 8:	Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern	S. 26
Risikofaktor 9:	Notfallregime	S. 28
Risikofaktor 10:	Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration	S. 30
Risikofaktor 11:	Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte	S. 32
Risikofaktor 12:	Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte	S. 34
Risikofaktor 13:	Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.	S. 36

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von eintretender Dyspnoe, Atmungsschwierigkeiten und/oder Atmungsgeräuschen (Rasselatmung) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese (Aufnahmesituation) zu erkennen und dies in der Pflegeplanung bzw. bei der Evaluation des Pflegeprozesses sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Fall einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Herr L., 86 J., alleinstehend, seit 5 Monaten Bewohner, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, entwickelt binnen 24 Stunden zunehmende Atemnot, die spät erkannt (Pflegedokumentation) wird und durch entsprechende Pflege-technik und bessere Pflegeinterventionen nicht beherrschbar ist. Der informierte Hausarzt kann erst gegen Abend kommen, ein notfallmäßig - da der Bewohner zunehmend Atemgeräusche und damit verbundene Unruhe entwickelt - hinzugezogener Notarzt ordnet die Einweisung in das benachbarte Krankenhaus an. Es fand keine sedierende Therapie statt.

Schlüsselbegriffe

Schwierigkeiten Einatmung, Atmungsgeräusche, zunehmende Zyanose, Hypo-, Hyperventilation, Angst, Überforderung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung (AG Atemnot) z. B. S. 56-57, Sterbephase S. 148-171

Leitlinie der DGP-Sektion Pflege: Atemnot in der letzten Lebensphase <https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Überprüfung der bisherigen Vorgehensweise bezüglich RF 1 in der Einrichtung Sichtung evtl. vorhandener SOPs Klärung der bisherigen Umgangsweise mit diesem RF Explizite Einbeziehung des RF 1 in die Schichtübergaben 	Istanalyse Erste Maßnahmen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Identifizierung von bereits palliativmedizinisch geschultem Personal und nicht geschultem Personal Überprüfung der Kooperationspartner (Palliativmediziner, Hausärzte, ...) sowie deren Einsatzmöglichkeiten/Erreichbarkeiten und Finden von Lücken Dem Personal ist der Handlungsplan zu RF 1 bekannt, es kann handlungssicher agieren. 	Istanalyse Erste Maßnahmen
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der expliziten Einschätzung der Sterbephase im Team Information und Einbindung der Angehörigen Handlungsabläufe, ggf. in aktueller Änderung, werden allen an der Pflege Beteiligten und Behandelnden zeitnah kommuniziert. 	Istanalyse Erste Maßnahmen

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der strukturierten Erfassung des RF 1 (Einschätzung Patient/Bewohner/Angehörige und Pflegepersonal) Etablierung der strukturierten Einschätzung der Ursache des RF 1 Nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien werden strukturiert angewandt, insbesondere Bedarfsmedikation. 	Aktivitäten konsolidieren Berichts- und Dokumentationswesen anpassen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Organisation von regelmäßigen Schulungen für Personal am sinnvollsten im Team mit den Kooperationspartnern Ausreichend qualifizierte Kooperationspartner werden gesucht, Lücken in der Versorgung werden geschlossen. Sicherstellung der Besetzung mit geschulten Mitarbeitern 	Schulungen konsolidieren
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Bewohnerrisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	Neue Formate etablieren

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — — — — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Konsequente Umsetzung der S3-Leitlinie Palliativmedizin und der DGP-Leitlinie Atemnot Regelmäßige Assessments (pflegefachliche Erhebung und Bewertung) des RF 1 Atemnot sowie die Einschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit sind etabliert und werden durchgeführt. Diese sind mittels SOP hinterlegt. 	Konsolidieren Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ausreichend auf die RF geschultes Personal in den Einrichtungen ist vorhanden. Kooperationen mit Palliativmedizinern sind vorhanden und werden gelebt. Palliativmedizinische Fachauskünfte können durch kooperierende Spezialisten auch kurzfristig erbracht werden. Insbesondere in der Sterbephase engmaschige Kooperation mit behandelndem ärztlichem Personal Regelmäßige Schulungen sind etabliert. Kommunikation / Informationsübergabe ist zu allen Beteiligten adäquat, individuell, zeitnah und routinemäßig regelmäßig. 	Kontinuierliche Personalentwicklung
Informationell/informationsbezogen	<p>Klarer Ablauf etabliert für:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokumentation des Bewohnerwillens und der Edukation der Angehörigen Regelmäßige Atemnot-Assessments (pflegefachliche Erhebung und Einordnung) werden klar dokumentiert. Eingeleitete Maßnahmen werden erfasst und bewertet. Etablierung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) Personal kann gut und präzise im Rahmen des RF 1 kommunizieren. 	Systemische Verfahren der stetigen Verbesserung

Risikofaktor 2: Schmerzen

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von akuten, aber auch chronischen Schmerzzuständen und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Bewohner (Schmerzpatienten) durch eine geeignete Identifikation und Monitoring (Schmerzskala) bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Frau M. entwickelt binnen Tagesfrist aus einem eher diffusen und un stetigen Schmerzgeschehen einen starken Schmerzzustand im Oberkörper. Der hinzugezogene Hausarzt verordnet nach einer Untersuchung Analgetika, deren Einnahme die Beschwerden nicht mildern. Eine entferntere, sich allein kümmernde Angehörige von Frau M. wirkt auf eine Einweisung in das Krankenhaus hin, die nach einem belastenden Wochenende vollzogen wird. In der Nachbetrachtung wird deutlich, dass kein Schmerzprotokoll/keine Schmerzskala geführt wurde.

Schlüsselbegriffe

Akuter Schmerz, chronischer Schmerz, psychosoziale Dimension von Schmerz, fehlerhafte Medikation und Schmerzprotokoll/Dokumentation, notwendiges Medikament liegt nicht vor

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung Schmerzen S. 58-92 (trotz Konzentration auf Tumorschmerz sind die Ausarbeitungen zielführend), Sterbephase S. 148-171

Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-001.html>

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_chronischen_Schmerzen/Schmerz-chron_Auszug.pdf

Die Gesamtausgabe inkl. Literatur etc. ist beim DNQP zu beziehen.

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bestimmung der Istsituation in der Einrichtung (gibt es Standard, wie gelingt die medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerzlinderung, Pfleganamnese, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) In der (Pflege-)Anamnese Ermittlung des bewohnerbezogenen Risikos bzw. Pflegeziels und Maßnahmenplanung Identifizieren/Festlegen eines Standards Einbindung von Hausarzt und Apotheke, (Auswirkungen Medikamentengabe) sowie SAPV und Angehörigen in das operative und prinzipielle Vorgehen der Schmerzprävention und die Behandlung Betroffene auf Bewohnerverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) Fallbesprechungen im Team zum Thema „Istanalyse von Verlegungen von Patienten mit starken Schmerzen“. Ebensolche Besprechung mit Betrachtung von Fällen mit „Beinahe-Verlegung“ und Diskussion, welches Vorgehen die Verlegung letztendlich nicht mehr notwendig machte. Diese „Verlegungs-Vermeidungsprozesse“ erfassen und im Sinne von Handlungsempfehlungen optimieren. 	<p>Bestimmung der Ausgangssituation in der Einrichtung</p> <p>Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung</p> <p>Etablierung zeitnah möglicher Interventionen</p> <p>Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbindung des leitenden Managements und QM-Verantwortlichen Konsequente standardisierte Schmerzerfassung in der Pflegeanamnese schulen und einführen Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren Transfer auf die Wohnbereiche erstellen, d. h. Gruppenleitungen anleiten/beraten Einführende Pflichtfortbildung mit aktiver Bearbeitung/Workshops mit Fallbeispielen zum Thema „Schmerz - Verlegung vermeiden“ zur Problemverdeutlichung Nonverbale Schmerzsignale können erkannt, bewertet und behandelt sowie an die zuständige Stelle kommuniziert werden 	<p>Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden</p> <p>Personalentwicklung ergänzen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation in der Pflegeplanung identifizieren/Formulieren eines geeigneten Risikofeldes, falls notwendig Anpassung des bisherigen Einrichtungsstandards sowie bisheriger Checklisten, Entscheidungshilfen möglichst durch eigene Mitarbeiter Alarmplan und Notfallregime in Einrichtung als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste für jeden Bewohner bzw. Angehörigen/Hausarzt Alternativbegriff für „Notfall“ finden 	<p>IuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen bei Bedarf anpassen</p> <p>Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsstandards (Expertenstandard) durch Kurzfeedback in den Teambesprechungen RF wird (auch) mit QM der Einrichtung gesichert. Festlegung eines anerkannten multimodalen Schmerzprotokolls Komplementäre Verfahren über Pflegeberatung (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik) Übergaben insbesondere zum Thema „Verlegungen wegen Schmerzen“ besprechen, auch ob die bisherigen Maßnahmen ein verbessertes Problembewusstsein schaffen konnten Schaffung einer erreichbaren Notfallstruktur „Schmerz“ ggf. auch mit Ansprechpartner als Experten auch in externen Einrichtungen (Schmerzambulanz etc.) 	<p>Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen</p> <p>Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung getan werden kann</p> <p>Kooperationen nutzen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Bezugspersonen schulen Einbindung des (Experten-)Wissens der Mitarbeiter, welche die speziellen Bedingungen schmerzbeeinträchtigter Bewohner kennen (z. B. Pain Nurse) Grundsätzliche Abstimmung des Vorgehens mit dem Bewohner sowie mit Angehörigen, Hausarzt, SAPV, Apotheker z. B. in Fallkonferenzen, Visiten, Ethikboard 	<p>Ausbau der Handlungskompetenzen</p> <p>Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein Protokoll wird geführt. Etablierung eines schnell wirksamen Prozesses bei akuten Schmerzen (informationelle Alarmkette) Der RF ist ein mögliches/regelmäßiges Themenfeld bei der Übergabe/bei Pflegevisiten etc. Informationen zum Thema „Schmerz“ in der Einrichtung aktuell halten z. B. über Fachzeitschriften („Schmerz- und Schmerzmanagement“ o. ä.) und den Mitarbeitern niederschwellig zur Verfügung stellen Übermittlung der laufenden Anpassungen des Hausstandards über Rundmail, Flyer o. Ä. Etablierung von Patienten- und Angehörigenschulungen, um die Akzeptanz einer Nichtverlegung zu schaffen 	<p>Inhalte und Strukturen für Informationen und zur Einbindung schaffen/ausbauen</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bewohnerverfügungen bzw. ACP bzw. Pflegeanamnestik funktionieren bestmöglich und berücksichtigen RF Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. Die Betreuung Sterbender - und damit das Management von RF 2 - ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. Der RF kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. Transfer auf andere Verlegungskontexte Erfassung aller „Notfallverlegungen“ am Lebensende mit Analyse der Verlegungsgründe trotz Schaffung vorgenannter Strukturen Fallanalyse mit Beschreibung des „Versagensgrundes“ Kontinuierliche Verbesserung: Bei einer „Beinahe-Verlegung“ für das gesamte Team klar und nachvollziehbar dokumentieren, welche Vermeidungsstrategie erfolgreich war. Permanente Anpassung der Pflegedokumentation und des Hausstandards an die Aktualisierungen des Expertenstandards. Verantwortlichkeiten für den KVP-Prozess bestehen. Schaffung eines Feedbacksystems zur Erfassung der Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und externen Partnern (z. B. Hausärzten) mit dem Schmerzmanagement in der Einrichtung 	<p>Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen</p> <p>Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Schmerzkompetenz bei Mitarbeitern selbst aus-, fort- und weiterbilden (algesiologische Fachkompetenz) Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF ist etabliert. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Personalentwicklung und Kooperation als Kennzeichen der Einrichtung</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. Der RF ist (auch) Gegenstand eines Ethikkreises oder einer anderen Aussprachemöglichkeit. Transfer auf andere Verlegungskontexte Etablierung einer regelmäßigen Fortbildung zum Themenkomplex „Palliativversorgung“, in der das Thema „Schmerz“ ein fester Bestandteil ist. Dadurch werden die Schnittmengen zwischen der Problematik „Schmerz am Lebensende“ und anderen relevanten Palliativthemen (z. B. Patientenverfügung etc.) deutlich. 	<p>Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)</p>

Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von allgemeiner Zustandsverschlechterung und Erschöpfung und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Der Zustand von Herrn K. verschlechtert sich in den letzten Wochen zusehend und wird sukzessive kritisch. In dieser Situation kommt es zu einer Verlegung, die durch die Bezugspflegekraft - nach deren Urlaub - maßgeblich begründet wird. Nachträglich kann festgestellt werden, dass die finale Sterbephase nicht erkannt bzw. dokumentiert war und entsprechend steuernd gehandelt wurde.

Schlüsselbegriffe

Allgemeine Verschlechterung (Vitalwerte und Bewusstseinszustand), Nchterkennen terminaler Sterbephase, Verantwortungsübernahme

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung Sterbephase S. 148-173,
Bedürfnisse der Patienten S. 179-183,
Grundsätze Palliativversorgung S. 32-37

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Nach Wahrnehmung des Eintritts der Finalphase muss die pflegerische Versorgung nachjustiert werden (Information der/des Zimmernachbarn, vermehrte Zuwendung, intensivere Pflege, ggf. Sitzwache, engmaschigere Zustandskontrolle, ggf. Einbindung des SAPV-Teams, Evaluation des Positionswechsels, der Essensangebote, Gestaltung von Ruhephasen und aktiven Phasen, komplementäre Angebote). Hierzu besteht ein höherer personeller Bedarf (Einbindung einer qualifizierten Palliative-Care-Fachkraft). Erklärtes Ziel der Einrichtung muss die Vermeidung von Verlegungen in dieser Phase sein (Leitbild). Sollte es dennoch zu Verlegungen in der Finalphase kommen, ist eine anschließende Analyse der dazu führenden Umstände in der Teambesprechung wünschenswert. Information bzw. Einbindung der nächsten Angehörigen und des betreuenden Hausarztes durch die Pflegenden, wenn es zur Finalphase kommt. Angebot an die Angehörigen, sich an Pflege zu beteiligen. To-do-Liste: Tätigkeiten bei Zustandsverschlechterung (Info an Angehörige, Hausarzt, Neustrukturierung der Pflegekonzeption ...) Abgleichen der ggf. vorhandenen ACP-Festlegungen, die vorab mit dem Sterbenden getroffen wurden 	<p>Optimierung der pflegerischen Versorgung</p> <p>Vermeidung unbedachter Verlegungen</p> <p>Einbindung von An- und Zugehörigen</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Das Hauptproblem ist die Identifizierung der wahrgenommenen Zustandsverschlechterung als Beginn der Finalphase. Da die Betreuung in der Finalphase essenzieller Bestandteil der Versorgung im Heim ist, muss das Pflegepersonal soweit qualifiziert/erfahren sein, dass es den Übergang in die Finalphase als solchen erkennt und dann die Betreuung entsprechend modifiziert (Kontrolle ACP/Patientenverfügung; intensivierte Symptomkontrolle, Reduzierung der oralen Medikation, Verständigung der Angehörigen etc.). Entsprechende Qualifizierung der betreuenden Pflegenden ist essenziell. Absicherung des erhöhten Betreuungsaufwandes in der Finalphase durch Einbindung einer „mobilen“ (= nicht an eine Abteilung oder einen Wohnbereich gebundenen) Palliative-Care-Pflegekraft der Einrichtung. Strukturierte Fortbildungen und Sensibilisierung der Pflegenden (ACP, Erkennung der Finalphase, Vorgehen...) 	<p>Verbleiben des sterbenden Menschen in der Einrichtung (= in der Häuslichkeit)</p> <p>Einbindung externer Kompetenz</p> <p>Umsetzung des Betroffenenwunsches</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Information und Reflexion im Pflgeteam (bei Dienstübergabe Information der folgenden Schicht), ggf. Einbindung einer palliativpflegerisch erfahrenen Pflegekraft Information und Einbindung der Angehörigen bei Zustandsverschlechterungen (Angebot zur Übernahme pflegerischer Handlungen, Verbleiben beim Sterbenden, Übernachtung im Heim) Information und Reflexion an und mit den betreuenden Ärzten / Hausärzten (zumal diese immer nur eine punktuelle Wahrnehmung haben), z.B. Fallbesprechung Information und Beratung zu jeder Zeit. 	<p>Permanent abrufbare pflegerische Kompetenz und Expertise</p>

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung von Fallbesprechungen zur Selbstanalyse und Ursachensuche nach stattgehabten Verlegungen in der Finalphase (Ursachen: nicht beherrschbare Symptomlast bei Angst, Atemnot, Unruhe ..., Dekompensation der Pflege, Druck seitens der Angehörigen ...) Prospektive Erfassung der Verlegungen in der Finalphase mit dem Ziel, diese pro Zeitraum unter einem zu definierenden Prozentsatz aller Verstorbenen zu halten (=> je weniger Patienten verlegt, desto bessere eigene palliative Versorgung vor Ort). Wahrscheinlich sollte dieser Anteil unter 20 % liegen (vergleichbar mit der Sterberate zu Hause in der ambulanten Palliativversorgung). Feste Anbindung des örtlichen SAPV-Teams an die Einrichtung mit gemeinsamen Teambesprechungen/ Fortbildungen, Präsenz einer Teamvertretung bei Fallbesprechungen 	<p>Optimierung der Qualifikation der Pflege</p> <p>Ursachenanalyse für Verlegungen</p> <p>Netzwerkgestaltung mit externen Partnern</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Sensibilisierung des Pflegepersonals für die Wahrnehmung der Betreuung des Patienten in der Finalphase als Herausforderung und essenzielle eigene Aufgabe, Stärkung des Selbstbewusstseins der Pflegenden. Ein Patient, der verstirbt, darf nicht fallengelassen werden, sondern seine Betreuung stellt eine besondere Herausforderung an die pflegerische Versorgung dar. Eine gute Patientenversorgung im Sterben stellt eine gute Grundlage für die Trauerarbeit der Hinterbliebenen dar, ist ein positives Außenmerkmal für die Einrichtung und erleichtert den Pflegenden die eigene Verarbeitung der Konfrontation mit dem Sterben. Laufende Qualifikation des Personals in Palliative Care, Patientenbeobachtung 	<p>Schaffung von Selbstverständnis der Pflege für deren originäre Aufgaben und Kompetenz</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Signale der Verschlechterung werden erkannt und kommuniziert, auch zu den Angehörigen. Team ist informiert und kann reflektieren Team kommuniziert; bei Überforderung sofort, um Hilfe zu involvieren 	

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung belastbarer Versorgungsstrukturen in der Einrichtung zur Vermeidung von finalen Verlegungen Selbstverständnis der Heimversorgung als Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende. Damit ist Palliativversorgung essenzieller Bestandteil der Heimbetreuung. Palliativsiegel für Pflegeheime 	<p>Allgemein: Vermeidung finaler Verlegungen, da dies dem Wunsch des Patienten nicht entspricht; im Gegenzug Schaffung optimaler Versorgungsbedingungen in der Einrichtung</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Strukturierte (Pflicht-)Fortbildung in Palliative Care, Patientenbeobachtung, ACP etc. für die Pflegenden der Einrichtung Etablierung eines belastbaren Personalschlüssels, der die bedarfsweise Freisetzung von Pflegepersonal für pflegeaufwendigere Patienten zulässt 	<p>Personelle Kapazitäten (quantitativ, qualitativ)</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbringung der Einrichtung in das Projekt Pflege 2020 zur Etablierung von anerkannten pflegerischen Betreuungsstandards Entwicklung der Standards der Einrichtung mit dem Ziel der Erlangung des Deutschen Palliativsiegels 	

Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund eines akuten Krankheitsereignisses (z. B. eines Infektes, aber auch eines Sturzes) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verletzt werden.

Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Die Nachtwache findet die sturzgefährdete hochaltrige Frau L. vor dem prophylaktisch tiefer gestellten Bett liegend vor. Die Bewohnerin ist weitestgehend orientiert. Die Nachtwache kontaktiert den Hausarzt. Dieser wiederum ruft den Notarzt hinzu, der die Bewohnerin aufgrund des Drängens einer anwesenden Angehörigen entgegen seiner Empfehlung einweist.

Schlüsselbegriffe

Fehlende Planung, fehlende Notfallplanung bzw. fehlendes Notfallregime, fehlende bzw. unklare Bewohnerverfügung/fehlendes bzw. unklares Testament

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

(eher indirekt) Sterbephase S. 149-151, vorausschauende Lebensplanung (ACP) S. 144-147/179, kurzzeitige Prognose S. 122
Leitlinie: Ältere Sturzpatienten https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/_Alte%20Inhalte%20Archiv/Sturz/LL-4_Langfassung-sturz001.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßig, z. B. immer dienstags, Leitungsbesprechung (Schichtleitung, PDL und GF) über bereits erfolgte Verlegungen (Einweisungsgrund, Einweiser, Follow-up, OP?, verstorben?, Symptome im Verlauf bekannt, z. B. akutes Delir entwickelt, Sturzneigung, Infektionen, Fieber o. Ä.?). Das betriebswirtschaftliche Interesse des Heims sollte darin bestehen, dass die Betten auch belegt sind. 2. Bei „besonderen“ Verlegungen (z. B. Patient verstirbt nach einem Sturz mit Oberschenkelhalsbruch an Komplikationen einer Endoprothese-OP) sollten die betroffenen Pflegekräfte zumindest ein Feedback bekommen. Hier könnte ein Mitglied des Teams als Feedbackverantwortlicher benannt werden. 3. In der Hoffnung, dass die Punkte 1 und 2 zu einer Sensibilisierung und zu einem Problembewusstsein führen, könnte man nach 3-9 Monaten eine kurze Zwischenanalyse in der Leitungsbesprechung (Punkt 1) diskutieren und überlegen, ob der RF 4 als wichtig genug angesehen wird, um diesen weiter zu bearbeiten. 	<p>Istanalyse</p> <p>Überblick</p> <p>Erste Ergebnisse erzielen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Man könnte einen externen Vortragenden (z. B. ein Mitarbeiter der Avenue-Pal-Studie) in die Einrichtung einladen und einen Impulsvortrag organisieren. Aufbau: 1. kurze Einführung die Thematik „Tod und Sterben im Krankenhaus“, 2. Fallbeispiel „Der Schocker“ zur Sensibilisierung (Patient mit akuter Pneumonie stirbt auf dem Weg ins Krankenhaus, erstickt mit unkontrollierten, leidvollen Symptomen), 3. Würde des Menschen und Selbstbestimmtheit als wichtiges gesellschaftliches und individuelles Gut, 4. kurze Darstellung der Grundzüge von ACP und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung. 2. Regelmäßige Workshops zum Thema „Pflegeanamnese und Pflegeplanung“ anbieten. Hier könnte man auch die Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen vorstellen. 	<p>Stand der Dinge</p> <p>Erste naheliegende Maßnahmen ergreifen</p> <p>Fortbildungen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Übermittlung der Zusammenfassungen von Feedbacks, „besonderen Verlegungen“ und personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter oder als Beilage zu den Gehaltsabrechnungen) 2. Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen juristischen Rahmenbedingungen zu Patientenverfügung, DNR-Order, freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um ggf. Ängsten des Pflegepersonals vor Strafe oder anderen Sanktionen vorzubeugen 	<p>Überblick zu Abläufen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine gemeinsame Sitzung der Mitarbeiter einer Station und Vermittlung eines Feedbacks über die Ereignisse der letzten 12 Monate: Verlegungen, besondere Fälle, kurze Wiederholung der wichtigsten Erkenntnisse der Fortbildungen bei RF 4 2. Feedback der Gruppe der Pflegenden, ob sich an der Einstellung bezüglich Verlegungen etwas geändert hat. Wenn ja, wäre es gut, einen Leitsatz, ein Motto oder eine Grundhaltung für das weitere Vorgehen zum Ausdruck zu bringen. Dieser Satz sollte eingängig sein, auf den Punkt bringen, was man den Pflegenden als Kernbotschaft sagen will, und sich zur Redundanz ohne geistige Abnutzung eignen: Erste Beispiele: „Hier bestimmt der Bewohner“, „Würde ist wichtig - für alle“, „Ich bin vorbereitet und stark“. Dies könnten die Mitarbeiter mit ihren Namensschildern tragen. 3. Fortführung der Leitungsbesprechungen und Feedbacks 	<p>Praxislernen ermöglichen</p> <p>Verbesserungen vor Ort</p> <p>Einbindung der Leitung</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung und Durchführung einer konsequenten ACP-Pflichtschulung für alle Mitarbeiter 2. Einführung des Wettbewerbes „Mitarbeiter des Monats“. Dies kann ein Mitarbeiter sein, der eine besonders gute Pflegeanamnese gemacht und auch so gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 	<p>Verbindlichkeiten des Wissens und Kompetenzen erhöhen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weiterhin Übermittlung der Zusammenfassungen von den Feedbacks, den „besonderen Verlegungen“ und den personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter oder als Beilage zu den Gehaltsabrechnungen). Die Redundanz ist wahrscheinlich sehr wichtig, um eine dauerhafte Verhaltens- und Haltungsänderung zu bewirken. 2. Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen Themen der Palliativversorgung, z. B. Ernährung am Lebensende. Ziel ist es, durch konsequentes Fortführen von Informationsweitergaben auf die Thematik „Tod und Sterben in Würde“ als wichtiges Thema für alle hinzuwirken. Der Tod eines Heimbewohners sollte in allen Dimensionen wahrgenommen werden (biologisch, psychologisch, sozial und spirituell). 	<p>Effektive und effiziente Informationen entwickeln</p> <p>Wissen wertorientiert ausweiten</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da die ersten ACP-Schulungen abgeschlossen sind, wird in der Pflegeanamnese ein konsequentes Assessment durchgeführt, was bei RF 4 zu tun ist. Sollte dies bei Aufnahme in das Heim noch nicht entschieden werden können, z. B. weil der mutmaßliche Wille des Patienten nicht bekannt ist oder Angehörige noch Zeit für eine Entscheidung brauchen, muss in regelmäßigen Abständen an die erforderlichen Absprachen erinnert werden. 2. Ziel könnte sein, im Rahmen der Einführung einer digitalen Akte in regelmäßigen Abständen von der Software an fällige ACP-Absprachen hingewiesen zu werden. 3. Ein Berichtswesen wird eingeführt. Da alle Mitarbeiter nun auf dem Stand sein sollten, dass Verlegungen am Lebensende nicht Routine, sondern Ausnahmen darstellen sollten, muss die verantwortliche Person Verlegungen, die im weiterhin stattfindenden Feedback als solche identifiziert werden, begründen. Falls die Verlegung durch einen Arzt angeordnet wurde, ist eine Begründung einzuholen, warum der Arzt informiert wurde oder es nicht zu einem konstruktiven Dialog kam, der darin mündete, dass der Bewohner „zu Hause“ bleiben konnte. 	<p>Konsolidierung</p> <p>Regelmäßigkeiten etablieren</p> <p>Berichtswesen etablieren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortführung des Wettbewerbes „Mitarbeiter des Monats“. Dies kann ein Mitarbeiter sein, der eine Pflegesituation besonders wahrgenommen und bewertet sowie gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 2. In der Hoffnung, dass palliative Themen im Pflege-team als wichtig, bereichernd und zur Stärkung des eigenen Berufsbildes empfunden werden, sollte regelmäßig eine gewisse Zahl an Pflegekräften in Palliative Care geschult werden. 	<p>Persönliche und Teamwürdigungen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durch die konsequente Vorarbeit wäre die Einführung von halbjährlichen Informationsveranstaltungen aus dem Themenbereich „Tod und Sterben“ anzustreben. 2. Beispiele könnten sein: Letzte-Hilfe-Kurs, spirituelle Aspekte in der Palliativversorgung, soziokulturelle Unterschiede zum Thema „Tod und Sterben“ (Muslime, Freikirchen ...) 	<p>Informationen konsolidieren und ausweiten</p>

Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund psychischer (mentaler) und motorischer Unruhe bzw. unzureichender Orientierung sowie des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Frau M., 88 J., vor einem Monat in das Pflegeheim eingezogen und zuletzt zunehmend motorisch unruhig und schwer ansprechbar. Die Situation wird durch eine Schwerhörigkeit akzentuiert. Die Unruhe überträgt sich in Bettflüchtigkeit, und dies bei bestehender Sturzgefahr. Ein durch die Bewohnerin mitgebrachtes und verabreichtes Sedativum und die interne Verlegung auf einen anderen Wohnbereich lassen die Situation eskalieren, sodass es zu einer Einweisung bzw. Verlegung der Bewohnerin kommt.

Schlüsselbegriffe

Altersgerechte Medikation, demenzielle Symptome, psychiatrische Störung, Orientierungsverlust, soziale Verarmung, Delir, Schmerzen, mangelhafte Flüssigkeitsversorgung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Sterbephase S. 148-171, Medikation S. 47-49, Patientenbedürfnisse S. 179-182
Vorgehen bei akuter Verwirrtheit <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-verwirrtheit.htm>

Prävention von Unruhe- und Verwirrheitszuständen, siehe auch Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz 2018, erhältlich beim DNQP

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bestimmung der Istsituation in der Einrichtung (sind dementiell-verwirrte oder auch psychiatrisch Kranke eine besondere Risikogruppe, wie ist die Flüssigkeitsversorgung organisiert, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) In der (Pflege-)Anamnese Ermittlung des bewohnerbezogenen Risikos bzw. Pflegeziels und Maßnahmenplanung Identifizieren/Festlegen eines Standards Einbindung des Hausarztes (Auswirkungen Medikamentengabe z. B. Diuretika, Sedativa prüfen) sowie des SAPV und Angehöriger in das operative und prinzipielle Vorgehen (Achtung: Kein Bewohner wird zum Trinken gezwungen, zugleich darf kein Bewohner weniger Flüssigkeit erhalten, als er möchte!) Betroffene auf Bewohnerverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) In der Sterbephase: (unruhige) Bewohner nicht alleinlassen Personal im Ehrenamt ist vorhanden. 	<p>Bestimmung der Ausgangssituation in der Einrichtung</p> <p>Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung</p> <p>Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen</p> <p>Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbindung des leitenden Managements und QM-Verantwortlichen Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren Sitzwachenpool aufbauen Transfer auf die Wohnbereiche erstellen d.h. Gruppenleitungen anleiten / beraten Beratung und Information von Angehörigen 	<p>Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden</p> <p>Personalentwicklung ergänzen</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation in der Pflegeplanung, Identifizieren/Formulieren eines geeigneten Risikofeldes falls notwendig Geeignete Checklisten, Entscheidungshilfen erstellen bzw. bestehende für RF 5 anpassen Alarmplan und Notfallregime in Einrichtung als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste jedes Bewohners 	<p>LuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen und bei Bedarf anpassen</p> <p>Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsstandards RF 5 wird (auch) mit QM der Einrichtung gesichert. Dezentrale Getränkeversorgung Komplementäre Verfahren über Pflegetherapie (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik) 	<p>Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen</p> <p>Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung getan werden kann</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Bezugspersonen schulen, z. B. zu Delir im Sterbeprozess Einbindung des (Experten-)Wissens der Mitarbeiter, welche die speziellen Bedingungen von demenziell beeinträchtigten Bewohnern kennen Grundsätzliche Abstimmung des Vorgehens mit dem Bewohner sowie Angehörigen, Hausarzt, SAPV z. B. in Fallkonferenzen, Visiten (Belastbaren) Pool von Laien, Studenten etc. als Sitzwache aufbauen 	<p>Ausbau der Handlungskompetenzen</p> <p>Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Bewohner, die eine negative Flüssigkeitsbilanz aufzeigen, werden als solche erkannt. Nebenwirkungen von Medikamenten und Ess- und Trinkverhalten werden erkannt. Der RF 5 ist ein mögliches/regelmäßiges Themenfeld bei der Übergabe/bei Pflegevisiten etc. 	

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bewohnerverfügungen bzw. ACP bzw. Pflegeanamnestik funktionieren bestmöglich. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. Die Betreuung Sterbender - und damit das Management von RF 5 - ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. Der RF 5 kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen</p> <p>Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Palliativfachkräfte selbst ausbilden bzw. einstellen Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Ein internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF 5 ist etabliert. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Personalentwicklung und Kooperation als Kennzeichen der Einrichtung</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflege, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. Der RF 5 ist (auch) Gegenstand eines Ethikkreises oder anderer Aussprachemöglichkeit. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)</p>

Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichender Personalanzahl insbesondere in der Nacht oder an Wochenenden zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.

Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für die Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen.

Ziel ist es, durch den Einsatz von Personen unterstützender Partner (z. B. Hospizgruppe, Ehrenamtliche, Kirchengemeinde) Entlastungen beispielsweise in Form von Sitzwachen zu schaffen.

Fallbeispiel

Es ist Ferienzeit und die Personalsituation in Pflegeheim G insgesamt angespannt. Die allgemeine Hitze erhöht den Pflegebedarf der Bewohner erheblich. In diesem Kontext kommt es vermehrt zu Verlegungen, insbesondere bei Bewohnern, die darüber hinaus noch speziellen Risikogruppen angehören (Verwirrt-Unruhige, Patienten mit Kommunikationsstörungen etc).

Schlüsselbegriffe

Personalmangel, Pflegenotstand, Krankenstand, Risiko Nacht, Urlaubszeit

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Grundsätze S. 32-37, Versorgungsstrukturen S. 173-226, ACP S. 144-148
Schneider H: Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Die Dienste sind werktags sowie an Wochenenden und Feiertagen personell gleich besetzt organisiert. Die Unterstützung durch den Träger ist gegeben. Ein Qualitätszirkel zur Entwicklung und Implementierung des Verfahrens eigenverantwortlicher Organisation von Diensten durch die Mitarbeiter ist eingerichtet. Ein Qualitätszirkel zur Erarbeitung von Dienst- und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht ist eingerichtet. Teambesprechungen und Schulungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht sind festgelegter regelmäßiger Bestandteil der Kommunikationsstruktur. Das Verfahren zur regelhaften Evaluation der Ablauforganisation der Dienste durch die Pflegedienstleitung liegt vor und wird umgesetzt. Die (erste) Analyse für den Einsatz digitaler Technik liegt vor. Einrichtung durch einrichtungsinternen Konsiliardienst 	<p>Die Versorgungsqualität wird durch die individuell auf die Erfordernisse der Bewohner abgestimmte Dienstplanung optimiert.</p> <p>Die Qualitätssicherung in der Versorgung der Bewohner ist durch die regelhafte Überprüfung und Anpassung der Ablauforganisation optimiert.</p> <p>Die Möglichkeiten moderner Technologien werden in Betracht gezogen.</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Mitarbeiter in der Pflege und im Sozialen Dienst haben ihre Schnittstellen definiert und ein Verfahren für die Zusammenarbeit in Bezug auf individuell erforderliche Betreuungsmaßnahmen festgelegt. Die Mitarbeiter der Pflege und des Sozialdienstes kommunizieren und haben das Ziel als Team zu funktionieren. 	Die Zusammenarbeit von Pflege und Sozialen Dienst ist vernetzt und koordiniert.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Das Verfahren im Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall und einem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist den Mitarbeitern bekannt. Die Mitarbeiter wissen, an wen sie sich an den Wochenenden, Feiertagen und nachts wenden können, um Verlegungen zu thematisieren bzw. zu vermeiden. 	Die Vorgehensweise zur Vermeidung unnötiger Verlegung an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist bekannt und wird umgesetzt.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Der „Runde Tisch Pflege“ ist installiert und hat die Arbeit aufgenommen. Die Stand-by-Dienste für die Haupturlaubszeiten sind eingerichtet. (Erste) unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden und werden erfolgreich eingesetzt. Die Einsatzplanung wird regelmäßig evaluiert und den Erfordernissen entsprechend angepasst. Die organisatorischen und personalbezogenen Risiken für die Einleitung von Sofort- und Gegenmaßnahmen sind regelhaft identifiziert und weitestgehend beseitigt. 	<p>Interne und externe Vernetzung</p> <p>Nutzung moderner Technologien (Digitalisierung)</p> <p>Risikomanagement und Identifizierung von Frühwarnindikatoren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit von Pflege und Sozialen Dienst ist eingespielt. Die Mitarbeiter planen die Dienste zur Versorgung der Bewohner an den aktuellen Bedarfen eigenverantwortlich. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch ein hohes Maß an verlässlichen Diensten Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch die enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Bereiche an den Wochenenden, Feiertagen und ggf. auch nachts Kein Einsatz von Leihpersonal an den Wochenenden, an Feiertagen und nachts 	Stärkung von Verantwortung und Kompetenzen, auch zur Aufwertung des Pflegeberufs und der damit verbundenen Mitarbeiterzufriedenheit
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Positives Feedback der Angehörigen über die Verlegungspraxis sowie die interne und externe Zusammenarbeit Positives Feedback der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser zur Verlegungspraxis und zur Zusammenarbeit Die erforderlichen Schulungen zu Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie im Umgang mit Notfällen finden regelmäßig statt. Das Ergebnis des Mitarbeiterfeedbacks aus den Schulungen ist positiv. Die Auswertung der Verlegungen ins Krankenhaus weist eine deutliche Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß auf. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und der Angehörigen in Bezug auf die Verlegungspraxis und die Notfallversorgung werden nachweislich berücksichtigt. 	Optimierung des Informationstransfers

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umfassende unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden. Die Dienste an den Wochenenden, Feiertagen und nachts können zur Zufriedenheit aller Beteiligten abgedeckt werden. Interne und externe Vernetzung und Zusammenarbeit sind beim „Runden Tisch Pflege“ nachhaltig gestärkt und weiterentwickelt. Mit jeder Heimaufnahme wird das ACP-Planning angeboten. Mit jeder Heimaufnahme erfolgt die Besprechung eines sensiblen Worst-Case-Szenarios mit den Betroffenen und/oder Angehörigen/ Betreuern. 	<p>Umfassendes ACP-Planning</p> <p>Regionale und überregionale Vernetzung zur Vermeidung unnötiger Verlegungen</p> <p>Bestmögliche Vernetzung und Kommunikation durch Digitalisierung</p> <p>Vorhandensein eines individuellen Worst-Case-Szenarios und der damit verbundenen gewünschten Maßnahmen</p> <p>Gleiche Personalbesetzung an allen Tagen ist Standard.</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch Stärkung der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen - auch bei Diensten an den Wochenenden, an Feiertagen und nachts Hohe Kompetenz im Umgang mit Notfällen Große Bereitschaft zur Beteiligung an der eigenverantwortlichen Dienstplangestaltung Die Pflegefachkräfte sind als Palliative-Care-Fachkräfte weitergebildet. Die Mindestanforderung, dass pro Schicht eine Palliative-Care-Fachkraft im Dienst ist, ist erfüllt Die Fachkräfte des Sozialen Dienstes haben eine Fachweiterbildung „Palliative Care für Soziale Dienste“. Die nicht examinierten Kräfte sind in der Palliative Care geschult, ebenso die Betreuungskräfte gemäß § 43b 	<p>Hoher Bildungsgrad in der Palliative Care ist realisiert.</p> <p>Die Dienstleistungsplanung durch die Mitarbeiter selbst ist Standard.</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Auswertung der Verlegungen ins Krankenhaus dokumentiert eine Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß. Die Verlegungspraxis berücksichtigt eine Reduzierung auf das absolut unumgängliche bzw. das von den Betroffenen gewünschte Ausmaß. Die Kommunikation ermöglicht ärztliche 24-Stunden-Beratung, z. B. per Televisite. Die Angehörigen/Betreuer sind mit der Einrichtung vernetzt. Wenn vonseiten der Angehörigen/Betreuer gewünscht, ist ein Austausch rund um die Uhr möglich. Die Einrichtung ist mit den Ärzten über den persönlichen Kontakt und auch digital vernetzt. 	<p>24-Stunden-Visite ist Standard.</p> <p>Eine Verlegung in ein Krankenhaus erfolgt ausschließlich auf Wunsch und ist auf das absolut unumgängliche Maß reduziert.</p> <p>Einsatz von Robotik und Digitalisierung gehört zum Standard in der Einrichtung.</p>

Risikofaktor 7: Zu wenig hinreichend qualifiziertes Personal

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichend qualifizierten Personals insbesondere in Akutsituationen zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden.

Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen.

Ziel ist es, die Versorgungsprozesse durch den Einsatz verbesserter Informationsabläufe und eines virtuellen Expertensystems zu konsolidieren.

Fallbeispiel

Im Wohnbereich L des Pflegeheims K arbeiten 10 Nationalitäten. Dieser kulturelle Reichtum ist sowohl in der sprachlichen Abstimmung der Mitarbeiter als auch in der Arbeit mit den Bewohnern ein tägliches Problem, besonders in krisenhaft verlaufenden Situationen. Als sich der Gesamtzustand der Bewohnerin L verschlechtert, übersetzt der Pflegenden die sprachlichen (häufig durch den Hausarzt telefonisch) abzustimmenden zeitig zu beachtenden Anordnungen (Blasenkatheter entfernen) fehler- bzw. lückenhaft. Der Hausarzt ist verunsichert und verlegt die Bewohnerin in das benachbarte Krankenhaus.

Schlüsselbegriffe

Personalentwicklung, Stress durch Überforderung, sprachliche Barrieren, Zusatzqualifikationen, Schulungen

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung nicht hinreichend qualifiziertes Personal
Schneider H: Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Die Kontaktdaten der betreuenden Hausärzte (evtl. Vertretungen), Angehörigen, Betreuer etc. sind bekannt und können jederzeit erreicht werden („Notfallnummer“), klare Absprachen zur Erreichbarkeit liegen vor. Regelmäßige Aktualisierung der Bewohnerwünsche Mögliche Entscheider bei Akutsituationen sind bekannt und verfügen über Entscheidungsbefugnis. Berater der letzten Lebensphase führten das Gespräch beim Einzug. Der ausgefüllte Fragenkatalog liegt vor, ist allen bekannt und in der Pflegedokumentation hinterlegt. Das Buch „Pflegetipps in der Palliative Care“ liegt auf Rumänisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Portugiesisch, Italienisch, Türkisch und Englisch (Chinesisch ist in Arbeit) vor und wird von ausländischen Mitarbeitern verpflichtend gelesen. Für Rückfragen auf Hinblick das Verständnis steht ein Mentor zur Verfügung 	Zu jeder Zeit sind behandelnde Ärzte, betreuende Personen und Mitarbeiter erreichbar.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein Mitarbeiterpool besteht, der bei Akutsituationen genutzt werden kann (auch aus Ehrenamtlichen, Hospizdiensten etc.). Keine Alleineinsätze von nicht deutschsprechenden oder nicht eingearbeiteten Mitarbeitern 	Bei Akutsituationen können jederzeit Mitarbeiter gerufen werden.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation/Erhebung aller Bewohnerwünsche (Patientenverfügungen) Legende/Übersicht, auf der auf kurzen Blick der Patienten-/Bewohnerwunsch wiedergegeben wird Aktualisierte hausinterne Standards Erarbeiteter Fragenkatalog (siehe Pkt. Organisatorisches) 	Jeder an der Behandlung Beteiligte kennt den Inhalt der Verfügung.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Stationen/Wohnbereiche verfügen über eine festgelegte Anzahl von Fachkräften (Palliative Care). Etablieren und Fördern eines Ethikrats Arztwechsel (wenn man in den Monaten bemerkt, dass nicht kooperiert wird) Kooperationen eingehen (SAPV, Hospiz, Ethiknetz, Wünsche am Horizont) Haus- und Führungsphilosophie zu dieser Thematik festschreiben 	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Personalentwicklung: Pflegekräfte, Ärzte, Betreuungskräfte weiterbilden Partnerschaften zwischen Bewohnern und nicht gut Deutsch sprechendem Personal zur Sprachentwicklung herstellen (Erfahrungen sind hier sehr positiv, denn B2 reicht nicht aus) Die Institution als Ganzes sehen und nicht nur bereichsbezogen. Das fördert Sicherheit unter den Mitarbeitern. 	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Über Patientenverfügungen, deren Umsetzung und Handhabung informieren (in der Institution, Stadt, Gemeinde etc.), um flächendeckende Kenntnis zu haben Von Anfang an alle am Prozess Beteiligten einbeziehen und informieren 	Anzahl der Patientenverfügungen steigt. Angehörige sind über die Wünsche informiert.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Finanzielle Förderung von Weiterbildungen durch Kostenträger Finanzielle Förderung/Unterstützung beim Einstellen von qualifiziertem Personal durch Kostenträger 	Sicherstellung der palliativen Versorgung in stationären Einrichtungen
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Keine ungeeigneten Personaleinstellungen aus der Not heraus, um hohe Kosten und Überlastung des Personals durch Doppelbelastung zu vermeiden 	Kompetente fachliche Versorgung in der Palliativpflege
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein ständig evaluiertes und auf dem neuesten Stand implementiertes QM 	Alle am Prozess Beteiligten sind informiert.

Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund fehlender bzw. nicht hinreichend ausgestalteter interner (i) und externer (e) Kooperationen mit relevanten Partnern (intern: Palliativkräften, QM, Seelsorge, Sozialarbeit etc.; extern: Palliativstationen oder -dienste anderer Häuser, SAPV, AAPV, Hospizgruppen, Bürgerschaft etc.) zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen (fehlenden Entlastungen) auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, ein Kooperationsnetzwerk zu etablieren bzw. das bestehende dahingehend zu erweitern, dass die Einrichtung sowohl strategisch (Leitungsebene) als auch operativ (Ebene der Patientenversorgung) profitiert.

Fallbeispiel

Auch wenn eine offizielle Zusammenarbeit mit dem Palliativdienst des Hauses besteht, kommt es in der praktischen Ausgestaltung und beim Kontinuitäts-erhalt auf der Station C regelmäßig zu fachlichen und personellen Überforderungen, in deren Folge auch Verlegungen entstehen.

Schlüsselbegriffe

Kooperationsverträge, integrierte Versorgung, Bürgerschaft, Marketing, Netzwerk, Öffentlichkeitsarbeit, Letter of Intent (LoI)

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Versorgungsstrukturen S. 173-226 (ein großer Teil der fachlichen Kooperationspartner wird sichtbar)

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung, welche Kooperationen mit welchen Zielsetzungen und erreichten Ergebnissen zu internen (z. B. Palliativstation, Palliativdienst, QM, Seelsorge, Hauswirtschaft, etc.) und externen Partnern (z. B. Palliativstation, Palliativdienst anderer Häuser, ambulantes Hospiz, SAPV, Hausärzte, Gemeinde etc.) vollzogen werden 2. Klärung, ob und wie oft es zu Krisensituationen mit der Konsequenz einer Verlegung aufgrund fehlender Kompetenzen im Haus/auf der Station kommt, die durch geeignete und organisierbare Partner hätten verhindert bzw. gesteuert werden können 3. Identifizieren eines Arbeitsbereiches (Station), in welchem die Kooperationen am besten gelingen können 4. Prüfung der Voraussetzungen und Strukturen durch Krankenhausleitung, Ermittlung der Handlungsbedarfe und Möglichkeiten für Verbesserungen 5. Sicherstellen, dass Patientenverfügung stets erreichbar ist (auch am Wochenende und bei Aushilfskräften) 6. Sicherstellen der Möglichkeit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung im Haus 	Istanalyse erstellen, Schaffung erster Voraussetzungen für Verbesserungen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablierung von Arbeitsgruppen (z. B. zur Erarbeitung von Leitlinien, Standards, Behandlungspfaden, auch zu Verlegung bzw. Nichtverlegung) 2. Identifizieren von Ansprechpartnern (ergänzend zu Leitungsebene), Case-Managern, Sozialarbeitern 3. Einbindung des QM 4. Einbindung von Unternehmenskommunikation/Marketing 5. Feststellen von internem Qualifizierungsbedarf (z. B. Palliative-Care-Fachkräfte) auf allen Stationen, z. B. Normalstationen im Krankenhaus 6. Vermeidung von Verlegung sterbender Menschen innerhalb und aus dem Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit der Rückverlegung oder des Sterbens (Vermeidung Drehtüreffekt, Verlegung in Sterbephase) 	Projektmanagement vorbereiten Personalentwicklung initiieren Bestehende Zuständigkeiten einbinden
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizieren der Kontaktmedien und informationellen Abläufe zwischen dem Haus/der Station und den externen und internen Partnern 2. Ermitteln der Arbeits-/Unternehmensbereiche, in denen die Kooperationen gut funktionieren (welche Zuständigkeiten, Ansprechpartner, Medien etc.?) 3. Einrichtungsinterne Informationen zu internen und externen Angeboten von internen Palliativdiensten im Krankenhaus, ambulanten Hospizdiensten, „Grünen Damen“, SAPV usw. 4. Informationen eventuell mit den ersten Vorgaben zur Nutzung dieser Angebote verbinden 	Ermitteln der informationellen Abläufe, erste Informationen und Vorgaben

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ermittlung einer ABC-Liste der Wichtigkeit der Partner 2. Ermittlung und Festlegung der genaueren Leistungserwartungen mit den Partnern 3. Prüfen und Erstellen geeigneter Kooperationsstrukturen durch Träger/Management etwa Entwicklung eines Standard-Lols 4. Unterstützung der AG 5. In-Kraft-Setzen verschiedener Vorschläge der Arbeitsgruppen 6. Prüfen, Entscheiden und baldmöglichst Realisieren als Lösungsmodell, ob bestimmte Leistungen bei unzulänglicher Kooperation wegen fehlender Bereitschaft oder fehlender Existenz eines Kooperationspartners (z. B. ambulanter Hospizdienst) eigenständig erbracht werden können 	Wichtigkeit und Dringlichkeit identifizieren Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten Erste operative positive Ergebnisse
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Bedarf und Möglichkeit: Ergänzung der laufenden Aus-, Fort und Weiterbildungen um Gegenstand 2. Identifizieren und Schulen relevanter Mitarbeiter und Führungskräfte 3. QM-Aufgaben sind gesichert und bekannt. 4. Öffentlichkeitsarbeit wird gelebt. 	Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten Erste operative positive Ergebnisse
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizierung eines LuK-Standards der Kontaktaufnahme bzw. Zusammenarbeit mit den als relevant identifizierten Partnern 	

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es existiert ein eindeutiges Kooperationsverhältnis zu den unterschiedlichen internen und externen Partnern, das sich aufgrund systematisch (z. B. durch Befragung) erhobener Informationen im Sinne eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses vollzieht. 2. Die Unternehmensleitung bzw. Trägerschaft partizipiert und befördert das Kooperationsmanagement und bezieht hierbei die Bereiche und Mitarbeiter ein. 3. Zu den einzelnen Kooperationspartnern bestehen schriftliche Verträge in Form von Lols, die es erlauben, die wechselseitigen Ziel- und Leistungserwartungen zu präzisieren. 4. Es existiert ein Jahres-, Monats- und Wochenprogramm der (partnerbezogenen) Aktivitäten der Einrichtung. 5. Im Krankenhaus bedeutet dies im Bedarfsfall die gesicherte Einbeziehung interner Dienste (Konsile, Palliativdienste) wie externer ambulanter Hospizdienste (anstelle z. B. einer Verlegung von der Normalstation auf die Intensivstation) sowie quantitativ und qualitativ ausreichende personelle Ausstattung mit u. a. Palliative-Care-Fachkräften. 6. Im Heimbereich bedeutet dies verlässliche Kooperationen insbesondere mit ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Teams zur bestmöglichen Versorgung am Lebensende, im Bedarfsfall auch rund um die Uhr und am Wochenende. 7. Bessere finanzielle Ausstattung der eigenen Einrichtung: Vermeidung unnötiger Verlegung spart (volkswirtschaftlich) Geld. Leistungen einer anderen Einrichtung müssen nicht finanziert werden, dafür aber höhere Kosten in der eigenen Einrichtung. 8. Vielfach als Alternative zur Lösung unzureichender Kooperation: Leistungen werden eigenständig erbracht. 9. Bessere Bevorratung von Medikamenten, auch BTM 	Die Konsolidierung und systematische Verbesserung (d. h. Ausbau in Qualität und Quantität) der Kooperationen sowohl zu den zur Vermeidung von Verlegungen relevanten Partnern als auch zu allgemeineren Kooperationspartnern gelingt.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner der einzelnen Kooperationspartner existieren. 2. Schulungen und Beratungen zum Gegenstand werden befördert und finden regelmäßig statt. 3. Qualitativ und quantitativ ausreichende personelle Ausstattung an Palliativmedizinern und Palliative-Care-Fachkräften im Haus, um die Versorgung auch am Wochenende und nachts eigenständig sicherstellen zu können und nur im Bedarfsfall mit externer Unterstützung Verlegungen von der Normal- auf die Intensivstation zu vermeiden 4. Die Kompetenzbereiche sind klar geregelt und lassen im Bedarfsfall Spielraum zu, wenn eine Handlung gesichert ist und eine Verlegung vermieden werden kann. 	Alle Mitarbeiterebenen sind sich der Bedeutung gelungener interner und externer Kooperationen bewusst. Die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten sind definiert. Verlegungen vom Heimbereich in das Krankenhaus sind deutlich reduziert, Verlegungen im Krankenhaus von der Normal- auf die Intensivstation sind deutlich reduziert, auch nachts und am Wochenende.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Austauschsituationen (Treffen, Telkos, Newsletter etc.) mit den Kooperationspartnern finden statt. 2. Systematische Außenkommunikation mit den Partnern (Veranstaltungen, Website) 3. Es gibt einen Kooperationsmasterplan/Marketingplan. 4. Es existiert ein LuK-Standard zwischen Unternehmen und Partnern, der ausdrücklich die Situation in den Versorgungsbereichen berücksichtigt. 5. Es wird angestrebt, dass nahezu von allen Patienten qualifizierte Patientenverfügungen vorliegen und für alle Patienten, die dies wünschen, Beratungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung stattgefunden haben. 	Weitreichende Medienintegration ist erreicht. Qualifizierte Dokumente zur Vermeidung unnötiger Verlegungen sind vorhanden.

Risikofaktor 9: Notfallregime

Welches Ziel besteht?

Durch einen Lösungsprozess (zumeist in einem hierfür qualifizierten Team abgebildet) gilt es, bereits eingetretene bzw. sich unmittelbar abzeichnende „Notfälle“ deeskalierend (Verlegung) zu steuern. Dabei können sich die „Notfälle“ aus unterschiedlichen Kontexten bzw. Ursachen ergeben. Diese „Notfälle“ sind entweder medizinischer, pflegerischer, sozialer oder organisatorischer Art bzw. ergeben sich aus externen (Umwelt-)Bezügen. Dabei gilt in der Versorgung sterbender Bewohner vielfach, dass es sich bei den „Notfällen“ um vermeintliche Notfälle handelt.

Fallbeispiel

In dem stationären Pflegeheim L mit 65 Bewohnern, die in 3 Wohnbereichen leben, wird versucht, echte und vermeintliche Notfälle im Ad-hoc-Verfahren zu lösen. Es wird auf die Ausbildungsqualität und die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten und externen Partnern vertraut. In einer kritischen Betrachtung der vollzogenen Verlegungen wird deutlich, dass dies nicht hinreichend ist.

Schlüsselbegriffe

Alarmplan, Überforderung, Eingreifteam, vorausschauende Planung/Anamnese, Informationsfluss

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Sterbephase S. 148-171, Patientenbedürfnisse S. 179-183

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entsprechende Medikamente stehen zur Verfügung, insbesondere Bedarfsmedikamente. 2. Konkretes Medikationenschema liegt vor und beschreibt die Spielräume in der Dosierung. 3. Falls der Bewohner ein Doppelzimmer bewohnt, ist die Möglichkeit des Umzugs in ein Einzelzimmer möglich. 4. Medizinprodukte wie Sauerstoff etc. stehen immer zur Verfügung. 5. Die Dokumentation der SAPV (wenn sie beteiligt ist) ist für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung einsehbar. 6. Angehörige können auf Wunsch in der Einrichtung übernachten, wenn sie den Sterbenden längerfristig begleiten möchten. 	<p>Sicherheit bei der Medikation</p> <p>Wohnumfeld kann individuell angepasst werden.</p> <p>Dokumentation anderer Spezialisten liegt vor.</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beteiligten des therapeutischen Teams für die palliative Versorgung sind den Mitarbeitern und Bewohnern/Angehörigen bekannt (Arzt, Seelsorge, Bezugspflege, Therapeuten, Apotheke etc.). 2. Die Zuständigkeiten für die verschiedenen Pflege- und medizinischen Angebote sind im Rahmen einer Teambesprechung geklärt. 3. Die Kompetenzen bzw. Entscheidungsbefugnisse für die Pflegenden sind geklärt. Sie stimmen ggf. nicht mit den Regelungen der Heimaufsicht oder MDK überein (mit Pflegedienstleitung etc.). 4. Es wurde geklärt, wer die Fallsteuerung übernimmt (z. B. Pflege, da sie 24 h anwesend ist und den Verlauf oder den Arzt kennt, der für die überwiegend medizinischen Belange Entscheidungsbefugnisse hat). 5. Die Mitarbeiter kennen spezielle Versorgungsangebote für die palliative Versorgung, z. B. Aromatherapie, Wunschessen. 	<p>Therapeutisches Team ist vorhanden.</p> <p>Zuständigkeiten im therapeutischen Team sind geklärt.</p> <p>Teambesprechungen finden regelmäßig statt.</p> <p>Spezielle pflegerische Angebote sind bekannt.</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung des Begriffes „Notfall“ im Zusammenhang mit einer palliativen Versorgung. Rekurs des Begriffs auf die Anforderungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Diskussionen des Themas im Kontext der Patientensicherheit. Patientensicherheit wird hier als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse verstanden. 2. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall, einer medizinisch-pflegerischen Komplikation oder dem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist bekannt. 3. Die Bedürfnisse der Bewohner sind den Mitarbeitern bekannt und es ist ihnen möglich, diese zu erfüllen (z. B. Realisierung bestimmter sozialer Kontakte, Wunschmobil etc.). 4. Die Mitarbeiter verfügen über Informationsstrategien, um die Bedürfnisse von Bewohnern herauszufinden, die nicht mehr verbal kommunizieren können (z. B. Menschen mit einer Demenz). 5. Korrekte und aktuelle Kontaktdaten und Dokumente liegen vor (z. B. Urlaubsanschriften von Angehörigen, Patientenverfügung etc.). 6. Die Erreichbarkeit von Angehörigen und Ansprechpartnern des therapeutischen Teams ist gegeben (auch außerhalb von Öffnungszeiten etc.). 	<p>Finden einer neuen Bezeichnung für unvorhergesehene Behandlungs- und Pflegeerfordernisse in der Sterbesituation</p> <p>Definition unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer Sterbesituation</p> <p>Nötige Informationen sind rund um die Uhr verfügbar.</p> <p>Ansprechpartner des therapeutischen Teams sind rund um die Uhr ansprechbar.</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Für die palliative Versorgung von Bewohnern stehen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung. 2. Die Zimmer für die Palliativversorgung verfügen über einen Balkon oder Gartennutzung ist möglich. 3. Erweiterung der Fallbesprechungen um ethische Gesichtspunkte (u. a. „Primum non nocere“). 4. Betreuung von Angehörigen während einer palliativen Versorgung und die Integration ihrer Perspektive in die palliative Versorgung 5. Die Vorgaben zu Pflegevisiten und Fallbesprechungen werden an die besondere palliative Situation angepasst. 6. Mitarbeitern ist es ggf. möglich, an der Bestattung verstorbener Bewohner teilzunehmen, um sich nach einer intensiven Betreuung und Beziehung zu verabschieden. 	<p>Anpassung des Wohnumfelds an die Bedürfnisse Sterbender</p> <p>Etablierung einer Fallbesprechung mit ethischen Aspekten</p> <p>Die Qualitätsinstrumente sind an die Besonderheiten der Sterbesituation angepasst.</p> <p>Bezugspersonen und Pflegenden haben die Möglichkeit, sich von Bewohnern zu verabschieden/zu trauern.</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Beteiligten des therapeutischen Teams haben die Möglichkeit, bei Bedarf Supervisionsangebote oder eine Auszeit in Anspruch zu nehmen. 2. Wenn möglich, sollten Mitarbeiter mit einer mehrjährigen Berufserfahrung eingesetzt werden. Dies ermöglicht ihnen eine reflektierte Situationseinschätzung. 3. Mitarbeiter sind in der Lage, eine strukturierte Teambesprechung zu moderieren und mit ihren Beiträgen zu unterstützen. 4. Mitarbeiter sind in der Lage, am Bedürfnis der Bewohnerin orientiert Prioritäten zu setzen. D. h., professionelle Anforderungen müssen an die Bedürfnisse angepasst werden. 5. Die Nutzung individueller Entscheidungsspielräume für pflegerische Entscheidungen könnte trotz standardisierter Verfahrensanweisungen begründet genutzt werden. 	<p>Professionelle Entlastungsangebote sind etabliert und zugänglich.</p> <p>Die Mitarbeiterauswahl orientiert sich auch an persönlichen/sozialen Kompetenzen.</p> <p>Die flexible individuelle Anpassung von Verfahrensanweisungen ist möglich.</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACP-Pläne stehen zur Verfügung. In der gesamten Einrichtung gibt es ein ACP-Angebot für alle Bewohner. 2. Teambesprechungen für das gesamte therapeutische Team sind in den Wochenablauf integriert. Ihre Ergebnisse sind den Beteiligten als Bestandteil der Sicherheitskultur bekannt 	<p>Die Informationsgrundlagen sind für die meisten Bewohner vorhanden und einsehbar.</p> <p>Teambesprechungen sind regelmäßiger Bestandteil der Versorgung Sterbender.</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung eines speziellen Bereiches für die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen 2. Sterben in Pflegeeinrichtungen wird offensiv diskutiert und als Bestandteil der Unternehmenskultur angesehen. 3. An- oder Zugehörige können auch nach dem Tod des Angehörigen die Pflegeeinrichtung aufsuchen. 	<p>Einrichtung eines segregativen Bereichs für die Versorgung Sterbender</p> <p>Integration von Sterben in die Unternehmens-/Sicherheitskultur</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Mitarbeiter sind in der Lage, den palliativen Prozess zu steuern. Sie müssen nicht mehr auf jede unvorhergesehene Situation reagieren, sondern vorausschauend agieren. 2. Die Mitarbeiter benötigen den Rückhalt der Leitung bezüglich ihrer getroffenen Entscheidungen, die ggf. von standardisierten Verfahrensanweisungen abweichen. 	<p>Steuerungskompetenz des pflegerischen Prozesses durch Pflegefachkräfte bringt Sicherheit für alle Beteiligten.</p> <p>Umgang mit Sterbenden ist Anforderung an Leitungspersonen.</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informationsfluss ist reibungslos im Netzwerk. 2. Auch fehlende Mitglieder in den Teambesprechungen bekommen Information in Form von Protokollen der Teambesprechung. 3. Kurz- und Mittelfristige Interventionen finden problemlose Umsetzung. 	<p>Teamarbeit im Notfallregime ist gefestigt und reibungslos im Ablauf sowie der Kommunikation.</p>

Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigen- integration

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, beratene, geschulte und in die Entscheidungen einbezogene oder am Willen des Bewohners und der Expertise der Helfer orientierte Angehörige Verlegungen auf den Weg bringen. Ziel ist es, Angehörige (Care-Giver, rechtliche Vertreter) deren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend bestmöglich d. h. aktiv zu integrieren.
Fallbeispiel	Herr G., 87 J., nach Reanimation im Pflegeheim bei Kammerflimmern und hypoxischem Schaden, keine Kontaktaufnahme, Hintergrund Lungenentzündung, wird entgegen den Rat des Notarztes und des Teams auf massiven Wunsch der Schwiegertochter in das Krankenhaus verlegt („Ihr könnt ihn nicht sterben lassen“).
Schlüsselbegriffe	Angst der Angehörigen, nicht präsente Angehörige, Angehörigenintegration, Schulung, Edukation
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Grundsätze Palliativversorgung S. 32-37, Kommunikation mit Angehörigen S. 141-144, Versorgungsstrukturen S. 174-175, Angehörige S. 223-226

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellung eines aktuellen Status zur Situation (Anzahl Angehörige/gesetzliche Betreuer, Besuchsverhalten, Verfügungen, Krisen/Konflikte, Heimbeirat, Schulungen etc.) 2. Klärung der Rolle des Angehörigen im Sterbeprozess bzw. der Situation in den Wohnbereichen 3. Kontaktaufnahme mit relevanten Partnern (Freiwilligen, Hausärzten, Kooperationspartnern u. a.) 4. Auftrag der Einrichtungsleitung zur Erstellung eines Standards zum Umgang mit Angehörigen von Sterbenden 	<p>Verschaffen eines qualifizierten Überblicks über Personal, Organisation und Informationsabläufe</p> <p>Aufbau einer Struktur für den Umgang mit Angehörigen von Sterbenden</p> <p>Leitfaden/Standard entwickeln</p> <p>Best-Practice-Lösungen identifizieren und Transfer herstellen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Berufsgruppen sind konfrontiert und kooperieren diese (Meeting)? Beteiligte des therapeutischen Teams benennen. 2. Identifizieren des „besten Wohnbereichs“ bzw. der mit diesem verbundenen modellhaft arbeitenden Mitarbeiter 3. Versuch der Herstellung eines kurzfristigen Transfers der 3 wichtigsten dort geübten Praxen, Modelle, Lösungen für die anderen Wohnbereiche durch Unterstützung der Kompetenzträger 4. Informieren von Personal und Führungskräften 	Mitarbeiter identifizieren und früh einbinden
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung des aktuellen Informationsverhaltens der Einrichtung (a) bzw. der Kontaktaufnahme von Angehörigen/Care-Givern in Krisensituationen (b) 2. Bestehendes Informationsmaterial prüfen und ergänzen 3. Auch hier: Wie sieht die beste Informationskette in der Einrichtung aus (welche Medien, Inhalte, Akteure etc.?) 4. Probelauf: Telefonhotline für Angehörige 5. Meeting zum Thema in allen Wohnbereichen 6. Schulungsangebote vorstellen und platzieren 	Identifizieren einer gültigen Informations-(Alarm-)Kette bzw. bestmöglicher Abläufe

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfergeschehen gezielt ausbauen 2. Pflegestandards, SOPs und andere QM-Tools (Pflegevisite, Zirkelarbeit u. Ä.) für die Verlegungsthematik nutzen 3. Angehörigenintegration in der Sterbephase auch in der Managementebene/Trägergesellschaft zum Gegenstand machen (Leitbild, normatives Modell) 4. Bewohner- bzw. Patientenverfügungen zum kontinuierlichen Ziel bereits in der Aufnahmesituation/Anamnese 5. Erstes Treffen mit Betroffenen 	<p>Bestehende Systeme/Tools besser verwenden</p> <p>Ergänzende Systeme/Werkzeuge implementieren</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner in den Wohnbereichen identifizieren und zusammenführen 2. Schulungs- und Beratungsprogramm mit Wohnbereich (d. h. Mitarbeitern s. o.) erarbeiten 3. Schulungs- und Informationsmaterial für die Angehörigen für den speziellen Zweck (Begleitung letzte Lebensphase) ausarbeiten und gezielt an Angehörige führen 4. Sterbeberater bzw. -beratung qualifizieren 	<p>Zuständigkeiten klären und Befähigungen gezielt weiterentwickeln</p> <p>Wünsche und Vorsorge sind von Bewohnern erfasst.</p> <p>Themen sind transparent.</p> <p>Ablauforganisation ist gefestigt.</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACP-System bekannt machen, Angehörige aktiv in diesen Prozess einbeziehen (etwa auch über Heimbeirat u. Ä.) 2. Informationskette für Krisenfälle identifizieren bzw. so ausgestalten, dass Deeskalation der Regelfall ist. 	<p>Grundsätzliche Verfahren (auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben) ausgestalten</p> <p>„Krisensituationen“ erkennen und beherrschen lernen</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Angehörigenprechstunden 2. Verankerung der Thematik in Pflegeleitbild/Leitbild der Einrichtung 3. Thema ist Teil des systematischen QM der Einrichtung. 4. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess durch QM 5. Verstetigung des Themas im Heimbeirat u. a. Gremien (Ethikbeirat) 6. ACP ist eingeführt. 7. Gültige Bewohner- bzw. Patientenverfügungen sind Regelfall. 	<p>Organisatorische Verstetigung durch kontinuierliche Verbesserung</p> <p>Einbindung in QM</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. (Selektives) Schulungskonzept für Mitarbeiter 2. (Selektives) Schulungs- und Beratungskonzept für Angehörige/Betroffene 3. Regelmäßige Abstimmung mit Kooperationspartnern 4. Pflichtfortbildungen werden vom Personal sehr gerne angenommen und motivieren zur Umsetzung. 5. Das Personal hat sehr gute Grundlagen in Auskunft und Beratung. 6. Das Personal hat guten Umgang mit schwierigen Angehörigen sowie gutes Situationsverständnis in herausfordernden Situationen. 7. Das Personal kann gut mit Stress umgehen und hat ein gutes Selbstpflegemanagement. 	<p>Verstetigung der Befähigung</p> <p>Gut geschultes, motiviertes und freundliches Personal in allen Versorgungssituationen</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Informations- und Benachrichtungssystem für „Krisenfälle“ bzw. die Sterbephase wird in den Wohnbereichen verwendet. Informationsunterlagen liegen schriftlich und auch auf der Website der Einrichtung vor. 2. Es existieren Kooperationspartner, welche über die Angehörigenarbeit der Einrichtung berichten. 	<p>Allgemeine und individuelle (fallbezogene) Informations- und Edukationsverfahren dienen der Verstetigung.</p> <p>Positive Kommunikation gibt Transparenz der Einrichtungsarbeit in der Öffentlichkeit.</p>

Risikofaktor 11: Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, eingebundene und zielführend in die Entscheidungen einbezogene Hausärzte Verlegungen veranlassen, die nicht indiziert sind.

Ziel ist es, die Hausärzte bestmöglich zu integrieren, aktiv und verantwortlich einzubinden und zugleich bestmöglich aktiv zu entlasten.

Fallbeispiel

Aus der Perspektive des Hausarztes Dr. K. ist die Qualität der Versorgung in dem Pflegeheim S problematisch. Gleichwohl betreut er dort immer wieder Bewohner, die er als Patienten viele Jahre betreut hat. Praktisch führt dies dazu, dass Dr. K. die Bewohner in das Krankenhaus einweist, wenn auch deren Angehörige mit der Situation in der Pflegeeinrichtung in der absehbaren Situation des Sterbens nicht zufrieden sind.

Schlüsselbegriffe

Versorgungsnotstand, Zeitnot, Erreichbarkeit, Einbindung, Visitenbegleitung, ACP

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung unzureichend eingebundene, informierte und fehlende hausärztliche Einbindung

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <i>Bestimmung der Ist-Situation:</i> <ul style="list-style-type: none"> Wie viele Hausärzte (ABC), wie viele Bewohner erhalten Besuch, welche Rolle spielen die Hausärzte bei den Verlegungen, Identifizieren möglicher Schwierigkeiten und Kennzeichen einer „guten Kooperation“ (d.h. Zielbestimmung) Wie verläuft die logistische Kette (z.B. Rezepte) Perspektive Hausarzt: <i>Bestimmung der Dinge / Aktivitäten, die unmittelbar realisiert werden können</i> <ul style="list-style-type: none"> Entwicklung eines Prototypen für einen Letter of Intend 	Beschreibung der aktuellen Abläufe und wie diese organisiert sind
	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Hausarzt: <i>Bestimmung der Ist-Situation:</i> <ul style="list-style-type: none"> Wie viele Heime, wie viele Patienten, wieviel Zeit. Identifizieren möglicher Schwierigkeiten, Identifizieren der Kennzeichen einer „guten Kooperation“ d.h. Zielbestimmung Kennzeichen einer „guten Kooperation“ (d.h. Zielbestimmung) <i>Bestimmung der Dinge / Aktivitäten die unmittelbar realisiert werden können:</i> <ul style="list-style-type: none"> Eindeutige und aktuelle Kontaktinformationen in eigener Zuordnung (Telefonnummer / E-Mail Adressen) 	

Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <i>Bestimmung der Ist-Situation:</i> <ul style="list-style-type: none"> Identifizieren und Zusammenführen von Mitarbeitern (Pflege, Sozialarbeit, Therapeuten, Seelsorge, Hauswirtschaft, Verwaltung (Marketing), Heimbeirat) - bei Bedarf auch externer Partner z.B. Apotheker - die besonders mit Hausärzten konfrontiert werden. Perspektive Hausarzt: <i>Bestimmung der Ist-Situation:</i> <ul style="list-style-type: none"> Welche der Arzthelferinnen sind insbesondere in die Abstimmung mit den PH einbezogen und wie sind deren Erfahrungen. Prüfen, ob ein Ansprechpartnersystem in den Heimen möglich bzw. zielführend ist 	Beschreibung des aktuell einbezogenen Personals bzw. der Anforderungen des Personals und auf welche Ziele hin diese entwickelt werden sollten
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <i>Bestimmung der Ist-Situation:</i> <ul style="list-style-type: none"> Klären der Kommunikations- bzw. Informationswege „Heim - Hausarzt“. Welche Medien (Telefon, E-Mail, Fax) und auch Ansprechpartner werden genutzt. Gibt es ein Notfall- Alarmsystem d.h. Dringlichkeitsabstufungen in der Ansprache der Ärzte. Prüfen, ob die Etablierung eines gestuften Medieneinsatzes je nach Dringlichkeit - am besten zeitnahe - möglich ist Perspektive Hausarzt: <i>Bestimmung der Ist-Situation:</i> <ul style="list-style-type: none"> Wie wird unsere Praxis angesprochen und wie sollte dies geschehen? Festlegung: Wann (a) benötigt unsere Praxis welche (b) Informationen wie aufbereitet (c) über welche Medien (d) an unsere Praxis adressiert. 	Beschreibung der genaueren Informationsabläufe (Wer informiert wann, wen, mit welchen Medien vor welchen Zielen bzw. Ausgangslagen?)

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <ul style="list-style-type: none"> Einbindung der HÄ in das zu entwickelnde ACP bzw. in ein „Bewohnerverfügungsmanagement“ Entwicklung einer Art „Notfallbox“ Einbeziehen der Angehörigen (Beratung und Schulung) Entwicklung des Lol hin zu einem Kooperationsvertrag Perspektive Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> Abstimmung und Koordination mit SAPV u.a. Expertensystemen (Hospiz etc.) Aufbau von regelmäßigen Visiten und Aufbau eines Notfallregimes Etablierung eines Fehler- oder Beschwerdemanagements oder besser: Gemeinsamer Qualitätszirkel Ausgestaltung des Kooperationsvertrages 	Ausbau der Dienstleistungsgestaltungen zwischen Hausärzten und Pflegeheim
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <ul style="list-style-type: none"> Identifizierung und erste Teilnahmen an Mitarbeiterschulungen z.B.: ACP, Verfügung Identifizieren von „Service-Leistungen an die Hausärzte“ Perspektive Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> Unterstützung durch die KV / Fachgruppe der KV oder anderer HÄ-Verband bei Ausgestaltung eines Kooperationsvertrages 	Ausbau der eigenen Kompetenzen auch durch Kooperationen
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <ul style="list-style-type: none"> Entwickeln von Entscheidungshilfen (Broschüre, Internet) für Angehörige Entwickeln von Kommunikations- und Informationsmaterial für Notärzte (eventuell App o.a. Programm) Perspektive Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> Ausbau der strukturierten Ansprechbarkeit, also welche Information (Wichtigkeit, Dringlichkeit) über welche Medien 	Auf- und Ausbau der Informationsinfrastruktur bzw. Anpassung und Ergänzung des bestehenden Systems

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <ul style="list-style-type: none"> Es liegt ein Standard / Prozessbeschreibung / Verfahrensanweisung o.ä. je nach QM vor, in welchem die Interaktionen zu den Hausärzten niedergelegt sind und die kontinuierlich weiterentwickelt wird Regelmäßiges Forum/Arbeitskreis (z.B. jährlich) zwischen Hausärzten und PH zugunsten der Kooperationsziele Alarmliste liegt prinzipiell und für jeden Bewohner_in vor Alle Bewohner_innen haben eine mit den Hausärzten und Angehörigen entwickelte Verfügung Integrierte bzw. vertraglich geregelte Versorgung Perspektive Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> Klare Ansprechpartnerstruktur und damit verbundener Ablauf sowohl für Routine als auch Notfall liegt (im Heim) vor Es liegt ein Standard / Prozessbeschreibung / Verfahrensanweisung o.ä. je nach Hausärzte-QM vor, in welchem die Interaktionen zu den Pflegeheimen niedergelegt sind und die kontinuierlich weiterentwickelt wird Prävention reduziert Krisen und Notfälle 	Konsolidierung und Weiterentwicklung der Kooperation
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <ul style="list-style-type: none"> Integrierende Schulungen für die Mitarbeiter, in welchen die Prozesse der Zusammenarbeit vermittelt werden Integrierende Schulungen für Mitarbeiter und Angehörige Perspektive Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> Ansprechpartnersystem Etablierte Kooperationen, z.B. SAPV und Dritten, zugunsten der Betreuungsqualität in den PH 	Konsolidierung und Weiterentwicklung der Kooperation
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Perspektive Heim: <ul style="list-style-type: none"> Hotline für Hausärzte ist 24/365 ansprechbar Perspektive Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> Regelmäßiges Forum/Arbeitskreis (z.B. jährlich) zwischen Hausärzten und Pflegeheimen zugunsten der Kooperationsziele Einmal jährlich erscheinende NEWS für die Hausärzte, Einbindung in allgemeines QM Smartphone o.ä. mobile Lösung als Endgerät zur Steuerung der Kooperation mit Pflegeheimen einsetzbar 	Konsolidierung und Weiterentwicklung der Kooperation

Risikofaktor 12: Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte und in relevante Entscheidungen einbezogene Notärzte (Wochenenddienste) Verlegungen veranlassen, die nicht indiziert sind.

Ziel ist es, Not-, Wochenend- und Nachtdienste bestmöglich zu informieren und durch möglichst klare Festlegungen zu entlasten.

Fallbeispiel

Frau O., 86 J., befindet sich in schlechtem Allgemeinzustand, zu dem auch eine zunehmende Körpertemperatur und Zeichen einer Infektion gehören. Der Hausarzt ist nicht erreichbar. Die Bezugspflegekraft wendet sich an die Bereichsleitung, welche den ärztlichen Notdienst informiert. In einem damit verbundenen Gespräch ordnet der Notarzt die Einweisung in das benachbarte Krankenhaus an.

Schlüsselbegriffe

Unsicherheiten, fehlende Verfügung, unzureichende Informationsabläufe, Unerfahrenheit zumeist jüngerer Ärzte, Überlastung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Allgemein Versorgungsstrukturen S. 173-183

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ermittlung der Relevanz in Einrichtung (Umfang, welche Bereiche, welche Zeiten, Tage, Begründungen/ Krisen?) 2. Identifizieren des organisatorischen Worst-Case-Szenarios 3. Ermittlung der relevanten betroffenen Dienstleister, z B. (Haus-)Ärztlicher Notdienst, Rettungsdienste 4. Prüfen, ob und wie der RF 12 Gegenstand des QM ist bzw. werden sollte 	<p>Istanalyse</p> <p>Einbindung in bzw. Ergänzung von bereits etablierten Verfahren</p> <p>Quick Win ermöglichen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner bzw. Festlegung einer interdisziplinären AG, welche das Risikoumfeld ausleuchtet (eigene Einrichtung) 2. Identifizieren des personellen Worst-Case-Szenarios 3. Identifizieren von Ansprechpartnern aufseiten notärztlicher und ähnlicher Dienste (besonders wichtig: SAPV/AAPV) 4. Prüfen, ob es für diese Situation geeignete Schulungen gibt 	<p>Identifizieren von Lernfeldern (gute und problematische Muster)</p> <p>Quick Win ermöglichen</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Feststellen, wer die Kontaktaufnahme (aus der eigenen Einrichtung heraus) wie veranlasst 2. Identifizieren des informationellen Worst-Case-Szenarios 3. Gibt es bevorzugt verwendete Medien? Welche Rolle spielt das Telefon bzw. wer ruft wen an? 4. Identifizieren einer bestmöglichen Informationskette 	<p>Informationsanalyse</p> <p>Quick Win ermöglichen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstimmung mit QM bzw. anderen organisationsentwickelnden Maßnahmen (Standards, aber auch Qualitätszirkel, Visiten etc) 2. Notfallregime entwickeln (in den hierfür geeigneten Bereichen), um Lernen am Modell zu ermöglichen 3. Problemfeld und mögliche Lösungen in Unternehmensleitung thematisieren 	<p>Konsolidierung der ersten Effekte und Transfer der Interventionen</p> <p>Erste strategische Ziele erreichen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thema für Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen (eigene Mitarbeiter) - etwa zu ACP/Bewohner- bzw. Patientenverfügung - prüfen bzw. integrieren 2. Einbindung von SAPV, Hausärzten, Angehörigen, Heimbeirat etc. zugunsten der Entwicklung des Risikofeldes 3. Besonders risikobehaftete Zeiträume werden durch personale Prävention (vorausschauende Planung) bzw. Rückgriffmöglichkeiten (Hospizdienst, Laienhelfer etc.) bestmöglich kompensiert. 4. Schulung und Qualifizierung der Mitarbeiter in der Versorgung/Bezugspflegekräfte 	<p>Personalentwicklung forcieren</p> <p>Kooperationspartner bestärken und verpflichten</p> <p>Erste strategische Ziele erreichen</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durchführung eines Treffens mit betroffenen Akteuren mit ersten Festlegungen bzw. aktives Aufsuchen der (ärztlichen) Notdienste, um Informationswege und Vorgehen festzulegen 2. Liste der Ansprechpartner für den Krisenfall liegt vor (diese führt nicht zwangsläufig auf einen externen ärztlichen Notdienst, sondern zu SAPV). 	<p>Informations- und Kommunikationskette festlegen und anwenden</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausführlich gestalteter Lol zu Notfallorganisationen 2. Es besteht ein explizites Notfallregime, in welchem auch der RF 12 abgebildet ist. 3. Handlungsfeld ist Gegenstand des QM der Einrichtung und sollte mit dem Leitbild (CI) verbunden sein. 	<p>Konsolidierung bzw. stetige Verbesserung und Anpassung der mit RF 12 verbundenen Prozesse und Strukturen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige interdisziplinäre Beratungen/Abstimmungen mit allen betroffenen internen und externen Akteuren 2. Es existiert ein verlässliches (internes und externes) Ansprechpartnersystem. 3. Alle Bezugspflegekräfte (vergleichbare Helfer) sind geschult und werden weiter stabilisiert. 4. Eine enge Abstimmung mit Hausärzten und SAPV ist erreicht. 	<p>Stabile Kooperationen</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gültige Patienten-/Bewohnerverfügungen sind der Regelfall. 2. Ein abgestufter „Notfall“- (Regime-) Informationsplan wird eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt. 3. Advanced Care Planning (vorausschauende Lebensplanung) gelingt weitestgehend. 	<p>Vorausschauende Information, Vereinbarung und Planung verhindert/reduziert „Notfallsituationen“</p>

Risikofaktor 13: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

Welches Ziel besteht?

Ziel ist es, Verlegungen zu verhindern, welche nicht dem Willen des Bewohners entsprechen (a) und aufgrund unzureichender Anamnese (b) oder fehlender Bewohnerverfügungen (BV) (c) zustande kommen.

Ziel ist es, einen möglichst hohen Anteil (über 90 %) von Bewohnern zu versorgen, die eine BV oder ein Bewohner testament besitzen (a), hierfür die Pflegeanamnese bestmöglich einzusetzen (b) und das ACP in der Einrichtung umzusetzen (c).

Fallbeispiel

Frau M., 85 J., seit Jahren an einer Leukämie erkrankt, ist seit Tagen bettlägerig und seit dieser Zeit auch zusehend desorientiert und somnolent. Sie hat ein vor Jahren gezeichnetes Patiententestament. Es sind keine Angehörigen in der Nähe verfügbar. Die einzige Tochter lebt im Ausland und kümmert sich kaum um ihre Mutter. Der Willen von Frau M. kann nicht mehr klar erfragt werden. Eine junge Hausärztin gibt dem Drängen der Bezugspflegekraft/des Wohnbereichs nach und bringt die Bewohnerin zur Verlegung.

Schlüsselbegriffe

Bewohner-(Patienten-)Willen, fehlende oder unvollständige Verfügung, Anamnese, Aufnahme, ACP-Verfahren, Aufklärung, Unsicherheit, Regress, Haftung, unterlassene Hilfeleistung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Kommunikation S. 132-144,
Patiententestament, Willen S. 179-183,
Anamnese und ACP S. 144

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auftrag von GF zur Entwicklung einer Leitlinie (LL) und Hausregel „Verlegung Sterbender“ bei Beachtung von BV und Indikation (a), falls keine BV-Indikation und mutmaßlicher Wille (b), an z. B. Klinisches Ethikkomitee (KEK) oder Projektgruppe 2. Genehmigung GF und Implementierung QM 3. Qualitätszirkelarbeit wird zur Begleitung der Einführung und der Evaluation erhoben. 4. Ablaufanalyse durch alle Beteiligten, um Abläufe transparent zu machen, z. B. durch die 3-tägige Ablaufanalyse 5. Die Pflegeorganisation bekommt Klarheit und Zuverlässigkeit, nimmt Stress. 	Strukturelle Verankerung der Verlegepraxis Sterbender durch LL und Hausregel
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildungsangebote zur Einführung der LL und Hausregel. 2. Infos an Personal, z. B. Ärzterunden, Stationsleitungskonferenzen, Sozialdienst 3. Qualitätszirkelarbeit auf freiwilliger Basis, personelle Zusammensetzung aus allen mitwirkenden Ebenen 4. Das Personal bekommt Unterweisung in der Ablaufanalyse. 5. Das Personal erhält Kompetenzen zur Selbstorganisation. 	Multiplikatoren zur Bekanntmachung der LL und Hausregel
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über LL und Hausregel in Kommunikationsmedien der Einrichtung, z. B. Intranet, Ethikordner, Standards 2. Zur Verankerung der Hausregel Pathway zur Eruerung des Patientenwillens und Dokumentation in Patientenanakte, Pflegebogen etc. 3. ACP-Entwicklung im Behandlungsteam, z. B. Beratung über Angebote der Versorgung in letzter Lebensphase in Form von Versorgungsmappen o. Ä. 4. Die Qualitätszirkelarbeit sowie die Ablaufanalysen sind dem Personal bekannt. 5. Die Angehörigen bekommen regelmäßig Informationen über die Weiterentwicklung und sind somit Kommunikationsinstrument zur Umwelt. Das Beschwerdemanagement erhält wieder mehr Bedeutung. 	Standards für Behandlung und Betreuung Sterbender implementieren. Schaffung entsprechender Kommunikationsstrukturen.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. LL und Hausregel sind im QM-Handbuch oder in vergleichbaren verbindlichen Medien dokumentiert. 2. Überprüfung der Realisierung von LL und Hausregel durch z. B. KEK oder „Projektgruppe“ etc., z. B. pro- und retrospektive Fallbesprechungen 3. Qualitätszirkelarbeit 4. Erste Analysen stehen zur Verfügung. 5. Pflegeorganisation 	Die Ausrichtung der Einrichtung in Fragen der Verlegung Sterbender ist allen bekannt.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das gesamte Personal hat an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema teilgenommen. 2. ACP im Behandlungs- und Pflegeteam unter Einbezug Sozialdienst und anderer Dienste, formal kommuniziert z. B. in „Kitteltaschenpocket“ 3. Qualitätszirkelarbeit mit ausreichender personeller Besetzung 4. Das Personal erkennt Problemstellungen und evaluiert Situationen in Eigenregie. 	Das Personal kennt die Vorgehensweise zum Umgang mit der Verlegung Sterbender. Dokumentation von Beratung Dritter, z. B. Angehöriger, Betreuer etc.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über den Umgang mit der Verlegung Sterbender sind abrufbar, z. B. in QM-Handbuch, Leitlinien des KEK, Pathways etc. 2. Informationen und Beratung über Betreuungsangebote in der letzten Lebensphase sind verfügbar, z. B. „Vorsorgepuzzle“, Flyer etc. 3. Die Qualitätszirkelarbeit ist transparent. 4. Die Angehörigen bekommen einen Ansprechpartner/Beauftragten. 	Vorgehensweisen zur Beratung und Beachtung des Willens Sterbender bzw. der Versorgung in der letzten Lebensphase sind implementiert

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. LL und Hausregel sind implementiert und Bestandteil von Einarbeitungskonzepten. 2. Die Qualitätszirkelarbeit ist flüssig. 3. Ablaufanalysen erfolgen regelmäßig. 4. Pflegeorganisation ist zuverlässig. 	Die Beachtung des Patientenwillens und die Indikation bei der Verlegung Sterbender sind normiert.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Standards des Umgangs mit der Verlegung Sterbender sind bekannt und werden selbstverständlich beachtet. 2. Die Weitergabe der Standards ist Bestandteil von Einarbeitungskonzepten, z. B. allg. Einführung Pflege, allg. Einführung medizinische Disziplinen, allg. Einführung KEK o. Ä. 3. Der Qualitätszirkel ist fachlich und qualitativ hochwertig. 4. Das Personal hat fachliche Kompetenzen inkl. der Beratungskompetenz entwickelt und ist bereit zur Weiterentwicklung. 5. Selbstorganisation innerhalb der Evaluation 	Verankerung und Implementierung als Hausstandard
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über Standards, LL und Hausregel in allen Informations- und Kommunikationsmedien der Einrichtung 2. Beratungsangebote für Bewohner zur Erstellung eines Versorgungsplans/einer Verfügung etc. sind Bestandteil der Behandlung/Betreuung. 3. Kooperationen mit vorstationären Einrichtungen, Bereichen, Partnern sind vorhanden (z. B. Hausärzten, Pflegediensten, Angehörigen und weiteren relevanten Personen). 4. Beratungsangebote und Informationen zum Versorgungsplan/einer Verfügung sind ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit 5. Angehörigenschulungen 	Netzwerk bei der Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase.

Literatur und weitere Informationen

Eine die Leitlinie mitbegründende, umfassende Literaturliste ist auf der Website www.avenue-pal.de hinterlegt. Auf dieser Website erhalten Sie auch weitere Informationen zu den Leitlinien, entwickelten Tools, Veröffentlichungen und dem Projekt Avenue-Pal.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen.



© utah51 - stock.adobe.com

Regionale Versorgungsleitlinie
Krankenhaus



**Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden
Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung / Avenue-Pal**



Gliederung

An der Erstellung der Versorgungsleitlinie beteiligte Organisationen

1. Einleitung

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie Krankenhaus

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ermittlung der Risikofaktoren

Steuerung der Risikofaktoren

Risikofaktorenübersicht

6. Anwendungshilfen

Risikofaktoren und deren Steuerung

- Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot
- Risikofaktor 2: Starke bzw. schwer beherrschbare Schmerzen
- Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung, Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung
- Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz/Akutsituation/akute Verschlechterung des physiologischen Zustands
- Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe
- Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal
- Risikofaktor 7: Zu wenig qualifiziertes Personal/fehlender Palliativdienst/ fehlende palliative Kompetenz
- Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern
- Risikofaktor 9: Notfallregime/fehlende definierte Entscheidungsprozesse, Standards etc.
- Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration
- Risikofaktor 11: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

An der Erstellung der Versorgungsleitlinie beteiligte Organisationen

Auftraggeber:

- Innovationsfonds und Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Auftragnehmer:

- TransMIT
- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung

Projektteam:

- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
- AWO Stadtkreis Gießen
- Justus-Liebig-Universität Gießen
- Deutsches Krankenhausinstitut
- AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Projektassistenz:

- TransMIT GmbH

Projektbeirat:

- | | |
|------------------------------|--|
| • Prof. Dr. Rochus Allert | Caritas-Akademie Köln-Hohelind GmbH |
| • Dr. Christian Arndt | UKGM Standort Marburg |
| • Uwe Brömmer | Altenzentrum Heilsberg GfDE |
| • Gesine Dannenmaier | Qualitäts- und Pflegeberaterin |
| • Sabine Freudenberger | Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises) |
| • Dr. med. Thorsten Fritz | Gesundheitszentrum Wetterau |
| • Sandy Genge | Ketteler Krankenhaus gGmbH |
| • Dr. Holger Hauch | Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH |
| • Andrea Hinz | Santa Isabella Pflegeeinrichtung |
| • Astrid Hochschild | Pflegeberaterin |
| • Manuela Karl | Zum Schönbachtal GmbH & Co. KG - Senioren- und Pflegeheim |
| • Prof. Dr. Ina B. Kopp | AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement |
| • Edna Künne | Hanse-Zentrum Alten- und Pflegeheim |
| • Christian Lanz | Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf |
| • Susanne Lind | Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises) |
| • Hardy Müller | Aktionsbündnis Patientensicherheit |
| • Ronald Neubauer | KTQ GmbH |
| • Thomas Nöllen | spectrumK GmbH |
| • Prof. Dr. med. Jens Papke | Internistische Praxis u. Tagesklinik |
| • Dr. med. Egbert Reichwein | Hausärzterverband Hessen |
| • Dr. Mia Richter | Praxis-Hausärztin |
| • Prof. Dr. Werner Schneider | Universität Augsburg |
| • Susette Schumann | Ev. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e. V. |
| • Dr. med. Stefan Steidl | St. Josefs Krankenhaus gGmbH |
| • Stephan Wach | Asklepios Klinik Lich GmbH |
| • Prof. Dr. Christoph Wiese | Stiftung Herzogin Elisabethen Hospital Braunschweig |

1. Einleitung

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 wurden verschiedene Impulse für den weiteren Ausbau der Versorgung Sterbender in den stationären Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus formuliert. Ziel ist es, die Versorgungsqualität sterbender Menschen unabhängig des Sterbeortes weiter zu verbessern. In den Krankenhäusern soll dies durch den Aufbau von Palliativstationen und durch palliative Versorgungsteams gelingen:

„Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern können für eigenständige Palliativstationen krankenhausspezifische Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Aber auch in Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt: Krankenhäuser können krankenhausspezifische Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.“¹

In eigenen Studien und Metaanalysen von Versorgungsdaten konnte aufgezeigt werden, dass es in ungefähr 20-25 % aller Versorgungsfälle Sterbender zu nochmaligen Verlegungen innerhalb des Krankenhauses kommt, obwohl der überwiegende Teil nicht hätte verlegt werden sollen. Auch kommt es zu sehr späten Verlegungen in Pflegeeinrichtungen. In einigen Fällen kommt es auch zu Verlegungen nach Hause. Die vorliegende Leitlinie richtet sich auf Verlegungen innerhalb des Krankenhauses. Ziel ist es, dort Verlegungen, die pflegerisch, sozial oder medizinisch nicht berechtigt sind, zu verhindern bzw. signifikant zu reduzieren.

Wie soll dies erreicht werden?

Leitlinien dienen dem Zweck, Betreuungs- und Qualitätskriterien zu definieren und durch ihre Einführung eine individuelle und bedürfnisorientierte Versorgung der Betroffenen (Patienten und Angehörige) auf qualitativ hohem Niveau zu ermöglichen.

Anschluss genommen wird an die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ aus dem Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH); AWMF-Registernummer 128-001OL (verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>).

Auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse des Istzustands der aktuellen regionalen Verlegungspraxis (Avenue-Pal Projektphase 1) werden aus den Empfehlungen der nationalen Leitlinie prioritäre Interventionen für die regionale Implementierung identifiziert sowie hinderliche und förderliche Faktoren für deren Umsetzung ermittelt und im Konsens der regionalen Akteure und Interessengruppen ergänzende Umsetzungsempfehlungen im Sinne eines systematischen Local Tailorings erarbeitet. Die Umsetzung orientiert sich am AWMF-Regelwerk Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Die regionale Leitlinie wird aus 2 Modulen bestehen: 1. PH, 2. KH.

¹ Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz

Das Ziel zur Veröffentlichung der Leitlinienempfehlungen durch das Avenue-Pal-Projekt liegt darin begründet, eine in der Expertengruppe abgestimmte Handlungsleitlinie vorzulegen, die für Mitarbeitende in der stationären Krankenhausversorgung nachvollziehbar und handlungsleitend ist.

Die Formulierung der Leitlinie erfolgt dabei aus der Sicht der Betroffenen und bezieht sich explizit auf die Versorgung sterbender Patienten in der stationären Krankenhausversorgung. Intention der Leitlinie ist es, alle beteiligten Partner und unterschiedlichen Verantwortlichkeitsstufen durch einen kontinuierlichen/formativen Entwicklungsprozess zu adressieren.

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie

Die Leitlinie richtet sich an die stationäre Krankenhausversorgung, wo auch sterbende Menschen behandelt werden. Prinzipiell betrifft sie damit alle knapp 2.000 Krankenhäuser, auch wenn sterbende Patienten in deutlich weniger Einrichtungen regelmäßig betreut werden. Jedoch – so auch das Ergebnis der Krankenhausbefragung – sind es eher die nicht spezialisierten Allgemeinkrankenhäuser und Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, in denen sterbende Patienten versorgt werden. Eigene Vorarbeiten zeigen, dass es zu Verlegungen in der letzten Lebensphase kommt. Dies betrifft vor allem Einweisungen ins Krankenhaus. Aber auch im Krankenhaus gibt es Verlegungen. So liegt laut den Daten der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik 2016 der Großteil der im Krankenhaus verstorbenen bzw. der Palliativpatienten nur auf einer Fachabteilung. Knapp ein Fünftel der verstorbenen und knapp ein Viertel der Patienten, die auf einer Palliativstation behandelt wurden, wurden auf 2 Fachabteilungen betreut. Ungefähr 10 % der Patienten wurden auf 3 und mehr Fachabteilungen versorgt. Verlegungen gehen grundsätzlich mit Risiken der Gewährleistung der Versorgungsqualität einher. Dies betrifft insbesondere die Verlegung älterer, umfassend unterstützungsbedürftiger Menschen. Dass die Verlegung sterbender Patienten die Problemlagen bzw. Anforderungen auf allen Seiten nochmals steigert, wurde vielfach nachgewiesen. Zudem kann gezeigt werden, dass Verlegungen Sterbender häufig im Szenario der Krisenintervention durchgeführt werden. Dabei erweisen sich bestimmte Patientengruppen als besonders vulnerabel für nicht indizierte Verlegungen: Patienten, die sich nicht (mehr) verständlich machen können und keine Patientenverfügung verfasst haben, sowie Patienten ohne bzw. mit unzureichender Angehörigeneinbindung und verwirrte bzw. desorientierte Patienten, aber auch Angehörige sozial stigmatisierter Gruppen.

Der vorliegende Leitlinienentwurf dient dem Ziel, nicht notwendige durch das Krankenhaus veranlasste interne und externe Verlegungen sterbender Patienten durch ein geeignetes geplantes und systematisches Vorgehen zu verhindern. Dabei schließen die Leitlinie und die darin beschriebenen Risikofaktoren an die bestehende S3-Leitlinie an und übersetzen diese für die Handlungswelt der stationären Krankenhausversorgung.

Auch wenn zahlreiche der empfohlenen Interventionen und das mit diesen verbundene präventive und kurative Vorgehen über den Gegenstand der Verlegung allein hinausführen, da sie in einer Gesamtsicht anders nicht erreicht werden können, wird in dieser Leitlinie auf den Verlegungsprozess fokussiert.

Einzelne der Risikofaktoren stehen in einer wechselseitigen Beziehung (Korrelation) bzw. sind in einem anderen Handlungsbereich angesiedelt (medizinisch-pflegerische, organisatorisch-personelle, externe Faktoren). Dies zeichnet Leitlinien in einem komplexen Versorgungsumfeld aus. Durch die kurz-, mittel- und langfristige Interventionsperspektive zur Reduktion der Risikofaktorenwirkung entsteht eine – auf unterschiedliche Praxen bezogene – umsetzungsbezogene Vorgehensweise.

Deutlicher herausgearbeitet wird auch die Verantwortlichkeit der Trägereinrichtung und des Einrichtungsmanagements. Ohne deren verpflichtende Einbindung ist die Umsetzung der Leitlinie nicht möglich.

In der organisatorischen Umsetzung der Leitlinie im Krankenhaus besitzt der Aufbau eines palliativen Konsildienstes zentrale Bedeutung. Auf diese Weise gelingt es nicht nur, schwerst- bzw. sterbenskranke Patienten in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen frühzeitig zu erreichen. Die beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter des palliativen Konsildienstes ermöglichen es auch, die notwendigen Kompetenzen und mit diesen einhergehenden Interventionen zugunsten einer bestmöglichen Betreuung auf den Stationen sicherzustellen. Ein großer Teil der identifizierten Risikofaktoren und deren Steuerung sind diesen Mitarbeitern aufgrund ihrer Erfahrungen und Ausbildungen bekannt.

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie Krankenhaus²

- Krankenhäuser

² Die Erfahrungen in der Umsetzung der Leitlinie ab September 2019 sollen begleitend evaluiert bzw. angepasst werden. In der abschließenden Projektphase 4 (2. Quartal 2021) wird der Beirat erneut eingebunden, um z. B. die Leitlinienform anzupassen.

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

Ein unzureichend beschriebenes Problem in der Versorgung Sterbender ist, dass ein großer Teil dieser Patienten in deren letzten Lebenstagen noch in ein anderes Versorgungsumfeld verlegt wird. Solche späten Verlegungen werden häufig als Notfall-Kriseninterventionen vollzogen. Aus dieser bis heute weitgehend unreflektierten Praxis ergeben sich nicht nur erhebliche wirtschaftliche Kosten und rechtliche Unsicherheiten, sondern auch erhebliche Beeinträchtigungen in der Versorgungs- und Lebensqualität der Sterbenden. Den betroffenen Angehörigen und betreuenden Helfern bereiten Verlegungen schwerstkranker, sterbender Menschen in aller Regel Stress, auch durch spätere ethische Reflexionen begründet. In vielen Fällen bleibt offen, inwieweit die durchgeführten Verlegungen medizinisch, pflegerisch oder psychosozial tatsächlich indiziert waren. Unklar bleibt auch, ob die Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen. So kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei einem großen Teil der in den letzten Lebenstagen oder -wochen der Patienten durchgeführten Verlegungen um nicht indizierte „Fehlverlegungen“ handelt.

Ziel der Leitlinie ist es, einen fachlich sowie organisations- und personalentwickelnden Prozess zu identifizieren, der durch eine prospektive Risikosteuerung geeignet ist, die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen, indem Verlegungsrisiken ermittelt und durch geeignete Interventionen substanziell gemindert werden. Gelingen kann dies durch den Aufbau und die Einbindung eines palliativen Konsildienstes.

Somit sollen **durch diese Leitlinie drei Ziele erreicht werden:**

1. Verhinderung von aus medizinisch, pflegerisch, psychosozial und anderen Gründen nicht indizierten Verlegungen sterbender Patienten in Krankenhäusern
2. menschenwürdige Betreuung sterbender Menschen auf allen Stationen
3. Sicherung des Patientenwillens bei bestmöglicher Einbindung der Angehörigen

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ziel war es, Ursachen bzw. Begründungen zu identifizieren, die zu nicht notwendigen Verlegungen führen (Istanalyse). Hierzu wurden folgende quantitativ und qualitativ erhobene Informationen verwendet:

- eigene empirische Vorarbeiten der Projektpartner
- Befragungen in Pflegeheimen
- Befragungen von Hausärzten
- Befragungen in Krankenhäusern
- Experteninterviews
- Fokusgruppengespräche
- Literaturanalyse

Als Resultat wurden 11 Risikofaktoren identifiziert, die 3 Kategorien zuordenbar sind. Dabei bilden die 3 Kategorien keine Rangfolge der Bedeutung/Wichtigkeit, sondern eine inhaltliche Zuordnung ab.

Kategorie 1:

Medizinische und pflegerische Risiken:

1. Atemnot (Dyspnoe)
2. Schmerzen
3. Verschlechterung Grunderkrankung/Erschöpfung
4. akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. Ä.)
5. psychische Beeinträchtigung/Unruhe

Kategorie 2:

Personale und organisatorische Risiken:

1. Personal (Anzahl)
2. kein Palliativteam
3. Kooperation
4. fehlende palliative „Notfallplanung“

Kategorie 3:

Externe Risikofaktoren:

1. unsichere und destabilisierte Angehörige
2. keine Verfügung/kein Testament/ACP

Ferner wurde eine Ziel- bzw. Sollanalyse erstellt. Hierzu wurden zusätzliche Informationen erhoben:

- S3-Leitlinie zur Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
- Beispiel: Best Practice Einrichtung

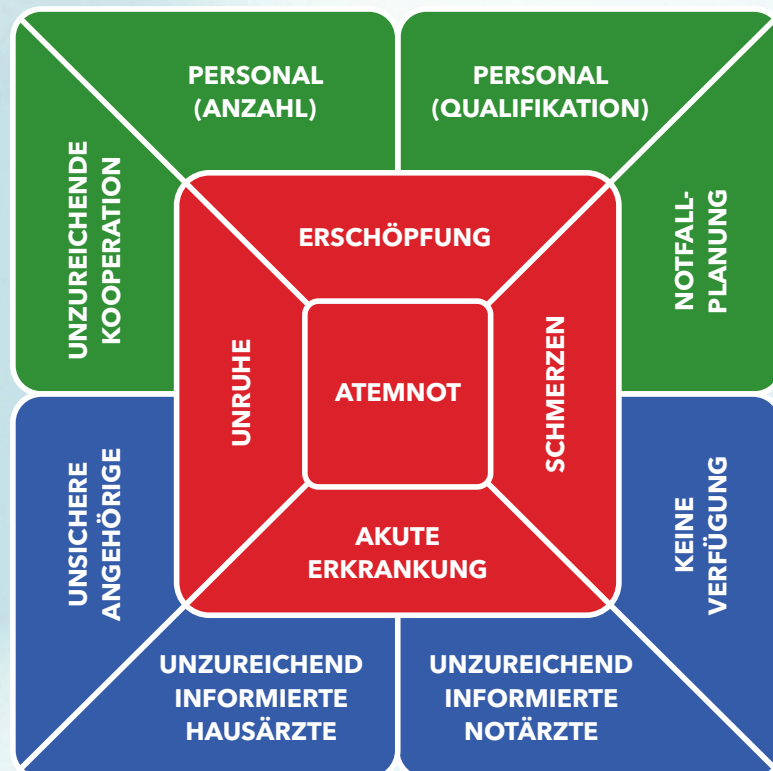
Ermittlung der Risikofaktoren

Obwohl sich ein Teil der Risikofaktoren erst im Verlauf des Aufenthaltes bzw. der Betreuung entwickelt und damit eines beständigen Monitorings kritischer auf den Eintritt des Risikos hinweisender Parameter bedarf, weisen alle ermittelten Informationen auf die große Bedeutung der (sozial-)pflegerischen Patientenaufnahme und der in diesem Zusammenhang erhobenen Informationen bzw. verwendeten Methoden hin.

Steuerung der Risikofaktoren

Das Vorgehen orientiert sich am 4-stufigen Plan-Do-Check-Act-Prozess (PDCA-Zyklus). Dieser deckt sich weitestgehend mit dem Modell der Strukturierten Informationssammlung (SIS). In diesem Prozess bzw. bei den dabei verwendeten Verfahren findet auch eine Risikodetektion statt, d.h. eine Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen im Kontext der Themenfelder.

Risikofaktorenübersicht



6. Anwendungshilfen Risikofaktoren und deren Steuerung

Risikofaktor 1:	Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	S. 12
Risikofaktor 2:	Starke bzw. schwer beherrschbare Schmerzen	S. 14
Risikofaktor 3:	Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung, Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	S. 16
Risikofaktor 4:	Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz/Akutsituation/akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	S. 18
Risikofaktor 5:	Psychische und motorische Unruhe	S. 20
Risikofaktor 6:	Quantitativ wenig Personal	S. 22
Risikofaktor 7:	Zu wenig qualifiziertes Personal/fehlender Palliativdienst/fehlende palliative Kompetenz	S. 24
Risikofaktor 8:	Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern	S. 26
Risikofaktor 9:	Notfallregime/fehlende definierte Entscheidungsprozesse, Standards etc.	S. 28
Risikofaktor 10:	Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration	S. 30
Risikofaktor 11:	Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.	S. 32

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von (starker) Luftnot, Atmungsschwierigkeiten, eintretender Dyspnoe, Atmungsschwierigkeiten und/oder Atmungsgeräuschen (Rasselatmung) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten auf eine andere Station verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese (Aufnahmesituation) oder im Rahmen von akuten Vorfällen im Krankenhaus zu erkennen und dies in der Behandlung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Fall einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Herr L., 86 J., alleinstehend, seit 3 Tagen Patient im Krankenhaus, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, entwickelt binnen 24 Stunden zunehmende Atemnot. Da der Patient zunehmend Atemgeräusche und damit verbundene Unruhe entwickelt, ordnet der in der Nacht hinzugezogene Arzt eine Verlegung auf die Intensivstation mit besserer Überwachung an. Es fand keine sedierende Therapie statt.

Schlüsselbegriffe

Schwierigkeiten Einatmung, Atmungsgeräusche, zunehmende Zyanose, Hypo-, Hyperventilation, Angst, Überforderung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie Palliativmedizin (Soll)

Ausführliche Beschreibung (AG Atemnot) z. B. S. 56-57, Sterbephase S. 148-171
Leitlinie der DGP-Sektion Pflege: Atemnot in der letzten Lebensphase
<https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Überprüfung der bisherigen Vorgehensweise bezüglich RF 1 im Krankenhaus/auf den Stationen. Sichtung evtl. vorhandener SOPs Klärung der bisherigen Umgangsweise mit diesem RF Explizite Einbeziehung des RF 1 in die Schichtübergaben 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Identifizierung von bereits palliativ geschultem Personal und nicht geschultem Personal im Hause Insbesondere bei fehlender palliativer Kompetenz im Hause: Überprüfung der möglichen externen Kooperationspartner (Palliativmediziner anderer Krankenhäuser, Hausärzte ...) sowie deren Einsatzmöglichkeiten/Erreichbarkeiten und Finden von Lücken Dem Personal ist der Handlungsplan zu RF1 bekannt. Es kann handlungssicher agieren. 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der expliziten Einschätzung der Sterbephasen im Team Information und Einbindung der Angehörigen Handlungsabläufe ggf. in aktueller Änderung werden allen an der Versorgung Beteiligten und Behandelnden zeitnah mitgeteilt. 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der strukturierten Erfassung des RF 1 (Einschätzung Patient/Angehörige und medizinisch-pflegerisches Personal) Etablierung der strukturierten Einschätzung der Ursache des RF 1 Nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien werden strukturiert angewandt, insbesondere Bedarfsmedikation. 	<p>Aktivitäten konsolidieren</p> <p>Berichts- und Dokumentationswesen anpassen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Organisation von regelmäßigen Schulungen für Personal am sinnvollsten im Team durch die Mitarbeiter mit palliativer Kompetenz bzw. mit den Kooperationspartnern Ausreichend qualifizierte Ansprech-/Kooperationspartner werden gesucht, Lücken in der Versorgung werden geschlossen. Sicherstellung der Besetzung mit geschulten Mitarbeitern 	<p>Schulungen konsolidieren</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Patientenrisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	<p>Neue Formate etablieren</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Konsequente Umsetzung der S3-Leitlinie Palliativmedizin und der DGP-Leitlinie Atemnot Regelmäßige Assessments (pflegerische Erhebung und Bewertung) des RF 1 sowie die Einschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit sind etabliert und werden durchgeführt. Diese sind mittels SOP hinterlegt. 	<p>Konsolidieren</p> <p>Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ausreichend auf die RF geschultes Personal in den Häusern/auf Stationen ist vorhanden. Stationsübergreifende Kooperationen mit Palliativmedizinern (auch extern) sind vorhanden und werden gelebt. Palliativmedizinische Fachauskünfte können durch Kenntnis der Ansprechpartner im Haus oder bei kooperierenden Spezialisten auch kurzfristig erbracht werden. Insbesondere in der Sterbephase engmaschige Kooperation mit behandelndem ärztlichem Personal Regelmäßige Schulungen sind etabliert. Kommunikation/Informationsübergabe zu allen Beteiligten ist adäquat, individuell, zeitnah und routinemäßig. 	<p>Kontinuierliche Personalentwicklung</p>
Informationell/informationsbezogen	<p>Klarer Ablauf etabliert für:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokumentation des Patientenwillens und der Edukation der Angehörigen Regelmäßige Atemnot-Assessments (pflegefachliche Erhebung und Einordnung) werden klar dokumentiert. Eingeleitete Maßnahmen werden erfasst und bewertet. Etablierung bzw. Verwendung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) Personal kann gut und präzise im Rahmen des RF 1 kommunizieren. 	<p>Systemische Verfahren der stetigen Verbesserung</p>

Risikofaktor 2: Starke bzw. schwer beherrschbare Schmerzen

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von akuten, aber auch chronischen Schmerzzuständen und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten (Schmerzpatienten) durch eine geeignete Identifikation und Monitoring (Schmerzskala) bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlung und Versorgung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Frau M. entwickelt binnen Tagesfrist aus einem eher diffusen und unstetigen Schmerzgeschehen einen starken Schmerzzustand im Oberkörper. Der hinzugezogene Arzt verordnet nach einer Untersuchung Analgetika, deren Einnahme die Beschwerden nicht mildern. Eine entferntere, sich allein kümmernde Angehörige von Frau M. wirkt auf eine Verlegung, die nach einem belastenden Wochenende vollzogen wird. In der Nachbetrachtung wird deutlich, dass kein Schmerzprotokoll/keine Schmerzskala geführt wurde.

Schlüsselbegriffe

Akuter Schmerz, chronischer Schmerz, psychosoziale Dimension von Schmerz, fehlerhafte Medikation und Dokumentation/fehlerhaftes Schmerzprotokoll, notwendiges Medikament liegt nicht vor

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung Schmerzen S. 58-92 (trotz Konzentration auf Tumorschmerz sind die Ausarbeitungen zielführend), Sterbephase S. 148-171

Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-001.html>

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_chronischen_Schmerzen/Schmerz-chron_Auszug.pdf

Die Gesamtausgabe inkl. Literatur etc. ist beim DNQP zu beziehen.

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bestimmung der Istsituation auf der Station/im Krankenhaus (gibt es Standard, wie gelingt die medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerzlinderung, Anamnese, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) In der Anamnese Ermittlung des patientenbezogenen Risikos bzw. Pflegeziels und Maßnahmenplanung Identifizieren/Festlegen eines Standards Einbindung von Arzt und Apotheke (Auswirkungen Medikamentengabe) sowie Angehörigen in das operative und prinzipielle Vorgehen der Schmerzprävention und Behandlung Betroffene auf Patientenverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) Fallbesprechungen im Team zum Thema „Istanalyse von Verlegungen von Patienten mit starken Schmerzen“. Ebensolche Besprechung mit Betrachtung von Fällen mit Situationen, die zu nicht notwendigen Verlegungen hätten führen können, und Diskussion, welches Vorgehen die Verlegung letztendlich nicht mehr notwendig machte. Diese „Verlegungs-Vermeidungsprozesse“ erfassen und im Sinne von Handlungsempfehlungen optimieren. 	<p>Bestimmung der Ausgangssituation auf der Station/im Haus</p> <p>Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung</p> <p>Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen</p> <p>Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbindung des leitenden Managements und QM-Verantwortlichen Konsequente standardisierte Schmerzerfassung in der Anamnese schulen sowie ein- und durchführen Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren Transfer auf die Stationen/in andere Krankenhäuser fokussieren d. h. Stationsleitungen anleiten/beraten Einführende Pflichtfortbildung mit aktiver Bearbeitung/Workshops mit Fallbeispielen zum Thema „Schmerz - Verlegung vermeiden“ zur Problemverdeutlichung Nonverbale Schmerzsignale können erkannt, bewertet und behandelt sowie an die zuständige Stelle kommuniziert werden. 	<p>Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden</p> <p>Personalentwicklung ergänzen</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation in der Versorgung/Behandlung identifizieren; Formulieren eines geeigneten Risikofeldes, falls notwendig Anpassung des bisherigen Einrichtungsstandards sowie bisheriger Checklisten und Entscheidungshilfen, möglichst durch eigene Mitarbeiter Alarmplan und Notfallregime in Häusern als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste für jeden Patienten bzw. Angehörigen/Hausarzt. 	<p>IuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen bei Bedarf anpassen</p> <p>Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen</p>

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsstandards (Expertenstandard) durch Kurzfeedback in den Teambesprechungen RF wird (auch) mit QM des Hauses gesichert. Festlegung eines anerkannten multimodalen Schmerzprotokolls Komplementäre Verfahren über Pflegetherapie (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik) Übergaben insbesondere zum Thema „Verlegungen wegen Schmerzen“ besprechen, auch ob die bisherigen Maßnahmen ein verbessertes Problembewusstsein schaffen konnten Schaffung einer erreichbaren Notfallstruktur „Schmerz“ ggf. auch mit Ansprechpartner als Experten, auch in externen Einrichtungen (Schmerzambulanz etc.) 	<p>Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen</p> <p>Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung genutzt werden kann</p> <p>Expertise/Kooperationen nutzen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein Schmerzprotokoll wird geführt. Etablierung eines schnell wirksamen Prozesses bei akuten Schmerzen (informationelle Alarmkette) Der RF ist ein mögliches/regelmäßiges Thema bei der Übergabe/bei Pflegevisiten. Informationen zum Thema „Schmerz“ im Haus aktuell halten z. B. über Fachzeitschriften („Schmerz- und Schmerzmanagement“ o. ä.) und den Mitarbeitern niederschwellig zur Verfügung stellen Übermittlung der laufenden Anpassungen des Hausstandards über Rundmail, Flyer o. Ä. Etablierung von Patienten- und Angehörigenschulungen, um die Akzeptanz einer Nichtverlegung zu schaffen 	<p>Ausbau der Handlungskompetenzen</p> <p>Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Patientenrisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	<p>Inhalte und Strukturen für Informationen und zur Einbindung schaffen/ausbauen</p>

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Patientenverfügungen bzw. ACP sowie Anamnese funktionieren bestmöglich und berücksichtigen RF 2. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. Die Betreuung Sterbender - und damit das Management von RF 2 - ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. Der RF kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. Transfer auf andere Verlegungskontexte Erfassung aller „Notfallverlegungen“ am Lebensende mit Analyse der Verlegungsgründe trotz Schaffung vorgenannter Strukturen Fallanalyse mit Beschreibung problematischer Situationen Kontinuierliche Verbesserung: Bei einer problematischen Verlegung für das gesamte Team klar und nachvollziehbar dokumentieren, welche Vermeidungsstrategie erfolgreich war. Permanente Anpassung der Pflegedokumentation und des Hausstandards an die Aktualisierungen des Expertenstandards. Verantwortlichkeiten für den KVP-Prozess bestehen. Schaffung eines Feedbacksystems zur Erfassung der Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und externen Partnern (z. B. Einweisern) mit dem Schmerzmanagement im Haus 	<p>Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen</p> <p>Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Schmerzkompetenz bei Mitarbeitern selbst aus-, fort- und weiterbilden (algesiologische Fachkompetenz) Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF ist etabliert. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Personalentwicklung und Kooperation als ein Kennzeichen des Hauses</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. Der RF ist (auch) Gegenstand eines Ethikreises oder einer anderen Aussprachemöglichkeit. Transfer auf andere Verlegungskontexte Etablierung einer regelmäßigen Fortbildung zum Themenkomplex „Palliativversorgung“, in der das Thema „Schmerz“ ein fester Bestandteil ist. Dadurch werden die Schnittmengen zwischen der Problematik „Schmerz am Lebensende“ und anderen relevanten Palliativthemen (z. B. Patientenverfügung etc.) deutlich. 	<p>Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)</p>

Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung, Verschlechterung einer bestehenden Grund- erkrankung

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von allgemeiner Zustandsverschlechterung bzw. der Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlungsplanung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Der Zustand von Herrn K. verschlechtert sich in den letzten Wochen zusehend und wird sukzessive kritisch. In dieser Situation kommt es zu einer Verlegung. Nachträglich kann festgestellt werden, dass die finale Sterbephase nicht erkannt bzw. dokumentiert war und entsprechend steuernd gehandelt wurde.

Schlüsselbegriffe

Allgemeine Verschlechterung (Vitalwerte und Bewusstseinszustand), Nichterkennen terminaler Sterbephase, Verantwortungsübernahme

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung Sterbephase S. 148-173, Bedürfnisse der Patienten S. 179-183, Grundsätze Palliativversorgung S. 32-37

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Nach Wahrnehmung des Eintritts der Finalphase muss die medizinisch-pflegerische Versorgung nachjustiert werden (Information der/des Zimmernachbarn, vermehrte Zuwendung, intensivere Pflege, ggf. Sitzwache, engmaschigere Zustandskontrolle, ggf. Einbindung eines Palliativteams, Evaluation des Positionswechsels, der Essensangebote, der Gestaltung von Ruhephasen und aktiven Phasen, komplementäre Angebote). Hierzu besteht ein höherer personeller Bedarf (Einbindung einer qualifizierten Palliative-Care-Fachkraft). Erklärtes Ziel des Hauses muss die Vermeidung von Verlegungen in dieser Phase sein (Leitbild). Sollte es dennoch zu Verlegungen in der Finalphase kommen, ist eine anschließende Analyse der dazu führenden Umstände in der Teambesprechung wünschenswert. Information bzw. Einbindung der nächsten Angehörigen und des betreuenden Hausarztes durch die Pflegenden und Ärzte, wenn es zur Finalphase kommt. Angebot an die Angehörigen, sich an der Pflege zu beteiligen. Möglichst regelmäßige Informationen zum Istzustand. To-do-Liste: Tätigkeiten bei Zustandsverschlechterung (Info an Angehörige, Hausarzt, Neustrukturierung der Pflegekonzeption ...) Abgleichen der ggf. vorhandenen ACP-Festlegungen, die vorab mit dem Sterbenden getroffen wurden 	<p>Optimierung der medizinisch-pflegerischen Versorgung</p> <p>Vermeidung unbedachter Verlegungen Einbindung von An- und Zugehörigen</p> <p>Vermeidung von unruhigen, sorgelosen Angehörigen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Das Hauptproblem ist die Identifizierung der wahrgenommenen Zustandsverschlechterung als Beginn der Finalphase. Da die Betreuung in der Finalphase essenzieller Bestandteil der Versorgung im Heim ist, muss das Pflegepersonal so weit qualifiziert/erfahren sein, dass es den Übergang in die Finalphase als solchen erkennt und dann die Betreuung entsprechend modifiziert (Kontrolle ACP/Patientenverfügung, intensivierete Symptomkontrolle, Reduzierung der oralen Medikation, Verständigung der Angehörigen etc.). Entsprechende Qualifizierung der betreuenden Pflegenden ist essenziell. Absicherung des erhöhten Betreuungsaufwandes in der Finalphase durch Einbindung einer „mobilen“ (= nicht an eine Abteilung oder einen Wohnbereich gebundenen) Palliative-Care-Pflegekraft der Einrichtung Strukturierte Fortbildungen und Sensibilisierung der Pflegenden (ACP, Erkennung der Finalphase, Vorgehen ...) 	<p>Verbleiben des sterbenden Menschen auf der betreuenden Station</p> <p>Einbindung externer Kompetenz</p> <p>Umsetzung des Betroffenenwunsches</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Information und Reflexion im Pflege team (bei Dienstübergabe Information der folgenden Schicht), ggf. Einbindung eines palliativpflegerisch erfahrenen Pflegenden/Palliativmediziners Information und Einbindung der Angehörigen bei Zustandsverschlechterungen (Angebot zur Übernahme pflegerischer Handlungen, Verbleiben beim Sterbenden, Übernachtung im Heim) Information und Beratung zu jeder Zeit 	<p>Permanent abrufbare medizinisch-pflegerische Kompetenz und Expertise</p> <p>Gesicherte Kommunikation mit allen Beteiligten der individuellen Situation</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung von Fallbesprechungen zur Selbstanalyse und Ursachensuche nach stattgehabten Verlegungen in der Finalphase (Ursachen: nicht beherrschbare Symptomlast bei Angst, Atemnot, Unruhe etc., Dekompensation der Mitarbeiter, Druck seitens der Angehörigen ...) Prospektive Erfassung der Verlegungen in der Finalphase mit dem Ziel, diese pro Zeitraum unter einem zu definierenden Prozentsatz aller Verstorbenen zu halten (=> je weniger Patienten verlegt, desto bessere eigene palliative Versorgung vor Ort). Wahrscheinlich sollte dieser Anteil unter 20 % liegen (vergleichbar mit der Sterberate zu Hause in der ambulanten Palliativversorgung). Feste Anbindung des örtlichen SAPV-Teams in die Einrichtung mit gemeinsamen Teambesprechungen/Fortbildungen, Präsenz einer Teamvertretung bei Fallbesprechungen 	<p>Optimierung der Teamqualifikation</p> <p>Ursachenanalyse für Verlegungen</p> <p>Netzwerkgestaltung mit externen Partnern</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Sensibilisierung des (Pflege-)Personals für die Wahrnehmung der Betreuung des Patienten in der Finalphase als Herausforderung und essenzielle eigene Aufgabe, Stärkung des Selbstbewusstseins der Pflegenden. Eine gute Patientenversorgung im Sterben ist eine gute Grundlage für die Trauerarbeit der Hinterbliebenen sowie ein positives Außenmerkmal für das Haus und erleichtert den Pflegenden die eigene Verarbeitung der Konfrontation mit dem Sterben. Laufende Qualifikation des Personals in Palliative Care, Patientenbeobachtung 	<p>Schaffung einer angemessenen Betreuungskultur und eines angemessenen Selbstverständnisses</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Signale der Verschlechterung werden erkannt und kommuniziert, auch zu den Angehörigen. Das Team ist informiert und kann reflektieren. Das Team kommuniziert Überforderung sofort, um Hilfe zu involvieren. 	<p>Das Team arbeitet gut zusammen. Das Team kommuniziert und fällt nicht in die unteren Teambildungsphasen zurück.</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung belastbarer Versorgungsstrukturen im Haus zur Vermeidung von finalen Verlegungen Selbstverständnis der Krankenhausversorgung als Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende. Damit ist Palliativversorgung essenzieller Bestandteil der Krankenhausversorgung. Palliativsiegel für Krankenhäuser 	<p>Allgemein: Vermeidung finaler Verlegungen, da dies dem Wunsch des Patienten nicht entspricht; im Gegenzug Schaffung optimaler Versorgungsbedingungen im Haus</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Strukturierte (Pflicht-)Fortbildung in Palliative Care, Patientenbeobachtung, ACP etc. für die Mitarbeiter des Hauses Etablierung eines belastbaren Personalschlüssels, der die bedarfsweise Freisetzung von Pflegepersonal für pflegeaufwendigere Patienten zulässt 	<p>Personelle Kapazitäten (quantitativ, qualitativ)</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbringung des Hauses in das Projekt Pflege 2020 zur Etablierung von anerkannten pflegerischen Betreuungsstandards 	<p>Standards bestehen und werden im Haus von allen Beteiligten gelebt.</p>

Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz/Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund eines akuten Krankheitsereignisses (z. B. eines Infektes) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Der Nachtdienst findet die sturzgefährdete hochaltrige Frau L. vor dem prophylaktisch tiefer gestellten Bett liegend vor. Die Patientin ist weitestgehend orientiert. Der Nachtdienst ruft den Arzt hinzu, der die Patientin verlegt.

Schlüsselbegriffe

Fehlende Planung, fehlende Notfallplanung bzw. fehlendes Notfallregime, fehlende bzw. unklare Patientenverfügung/fehlendes bzw. unklares Testament

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

(eher indirekt) Sterbephase S. 149-151, vorausschauende Lebensplanung (ACP) S. 144-147/179, kurzzeitige Prognose S. 122

Leitlinie: Ältere Sturzpatienten https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/_Alte%20Inhalte%20Archiv/Sturz/LL-4_Langfassung-sturz001.pdf

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßig, z. B. immer dienstags, Leitungsbesprechung (Schichtleitung, PDL und GF) über bereits erfolgte Verlegungen (Grund, Follow-up, OP?, verstorben?, Symptome im Verlauf bekannt, z. B. akutes Delir entwickelt, Sturzneigung, Infektionen, Fieber o. Ä.). Das betriebswirtschaftliche Interesse des Hauses sollte darin bestehen, dass die Betten auch belegt sind. 2. Bei „besonderen“ Verlegungen (z. B. Patient verstirbt nach einem Sturz mit Oberschenkelhalsbruch an Komplikationen einer Endoprothese-OP) sollten die betroffenen Pflegekräfte zumindest ein Feedback bekommen. Hier könnte ein Mitglied des Teams als Feedbackverantwortlicher benannt werden. 3. In der Hoffnung, dass Punkte 1 und 2 zu einer Sensibilisierung und zu einem Problembewusstsein führen, könnte man nach 3-9 Monaten eine kurze Zwischenanalyse in der Leitungsbesprechung (Punkt 1) diskutieren und überlegen, ob der RF 4 als wichtig genug angesehen wird, um diesen weiter zu bearbeiten. 	<p>Istanalyse</p> <p>Überblick</p> <p>Erste Ergebnisse erzielen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Man könnte einen (externen) Vortragenden (z. B. einen Mitarbeiter der Avenue-Pal-Studie) in die Einrichtung einladen und einen Impulsvortrag organisieren. Aufbau: 1. kurze Einführung die Thematik Tod und Sterben im Krankenhaus, 2. Fallbeispiel „Der Schocker“ zur Sensibilisierung (Patient mit akuter Pneumonie stirbt auf dem Weg ins Krankenhaus, erstickt mit unkontrollierten, leidvollen Symptomen), 3. Würde des Menschen und Selbstbestimmtheit als wichtiges gesellschaftliches und individuelles Gut, 4. kurze Darstellung der Grundzüge von ACP und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung. 2. Regelmäßige Workshops zum Thema „Anamnese und Behandlungsplanung“ anbieten. Hier könnte man auch die Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen vorstellen. 	<p>Stand der Dinge</p> <p>Erste naheliegende Maßnahmen ergreifen</p> <p>Fortbildungen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Übermittlung der Zusammenfassungen von Feedbacks, „besonderen Verlegungen“ und personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter), Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen juristischen Rahmenbedingungen zur Patientenverfügung, DNR-Order, freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um ggf. Ängsten des Personals vor Strafe oder anderen Sanktionen vorzubeugen 	<p>Überblick zu Abläufen</p>

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine gemeinsame Sitzung der Mitarbeiter einer Station mit Feedback über die Ereignisse der letzten 12 Monate: Verlegungen, besondere Fälle, kurze Wiederholung der wichtigsten Erkenntnisse der Fortbildungen zu RF 4 2. Feedback der Mitarbeitergruppe, ob sich an der Einstellung bezüglich Verlegungen etwas geändert hat. Wenn ja, wäre es gut, einen Leitsatz, ein Motto oder eine Grundhaltung für das weitere Vorgehen zum Ausdruck zu bringen. Dieser Satz sollte eingängig sein, auf den Punkt bringen, was man den Pflegenden als Kernbotschaft sagen will, und sich zur Redundanz ohne geistige Abnutzung eignen: Erste Beispiele: „Hier bestimmt der Patient“, „Würde ist wichtig - für alle“, „Ich bin vorbereitet und stark“. Dies könnten die Mitarbeiter mit ihren Namensschildern tragen. 3. Fortführung der Leitungsbesprechungen und Feedbacks 	<p>Praxislernen ermöglichen</p> <p>Verbesserungen vor Ort</p> <p>Einbindung der Leitung</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung des Wettbewerbes „Team des Monats“. Dies kann ein Team sein, das eine besonders gute Pflegeanamnese gemacht und diese auch so gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 	<p>Verbindlichkeiten des Wissens und Kompetenzen erhöhen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weiterhin Übermittlung der Zusammenfassungen von den Feedbacks, den „besonderen Verlegungen“ und den personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter). Die Redundanz ist wahrscheinlich sehr wichtig, um eine dauerhafte Verhaltens- und Haltungsänderung zu bewirken. 2. Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen Themen der Palliativversorgung, z. B. Ernährung am Lebensende. Ziel ist es, durch konsequentes Fortführen von Informationsweitergaben auf die Thematik „Tod und Sterben in Würde“ als wichtiges Thema für alle hinzuwirken. Der Tod eines Heimpatienten sollte in allen Dimensionen wahrgenommen werden (biologisch, psychologisch, sozial und spirituell). 	<p>Effektive und effiziente Informationen entwickeln</p> <p>Wissen wertorientiert ausweiten</p>

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da die ersten ACP-Schulungen abgeschlossen sind, wird in der Anamnese ein konsequentes Assessment darüber durchgeführt, was bei RF 4 zu tun ist. Sollte dies bei Aufnahme auf der Station noch nicht entschieden werden können, z. B. weil der mutmaßliche Wille des Patienten nicht bekannt ist oder Angehörige noch Zeit für eine Entscheidung brauchen, dann muss in regelmäßigen Abständen an die erforderlichen Absprachen erinnert werden. 2. Ziel könnte sein, im Rahmen der Einführung einer digitalen Akte in regelmäßigen Abständen von der Software auf fällige ACP-Absprachen hingewiesen zu werden. 3. Ein Berichtswesen wird eingeführt. Da alle Mitarbeiter nun auf dem Stand sein sollten, dass Verlegungen am Lebensende nicht Routine, sondern Ausnahmen darstellen sollen, muss die verantwortliche Person Verlegungen, die im weiterhin stattfindenden Feedback als solche identifiziert werden, begründen. 	<p>Konsolidierung</p> <p>Regelmäßigkeiten etablieren</p> <p>Berichtswesen etablieren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortführung des Wettbewerbes „Teams des Monats“. Dies kann ein Mitarbeiter sein, der eine Pflegesituation besonders wahrgenommen und bewertet sowie gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 2. In der Hoffnung, dass palliative Themen im Team als wichtig, bereichernd und zur Stärkung des eigenen Berufsbildes empfunden werden, sollte regelmäßig eine gewisse Zahl an Mitarbeitern in Palliative Care geschult werden. 	<p>Persönliche und Teamwürdigungen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durch die konsequente Vorarbeit ist die Einführung von halbjährlichen Informationsveranstaltungen zum Thema „Tod und Sterben“ anzustreben. 2. Beispiele könnten sein: Letzte-Hilfe-Kurs Spirituelle Aspekte in der Palliativversorgung Soziokulturelle Unterschiede zum Thema „Tod und Sterben“ (Muslime, Freikirchen ...) 	<p>Informationen konsolidieren und ausweiten</p>

Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund psychischer (mentaler) und motorischer Unruhe bzw. unzureichender Orientierung und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlung und Versorgung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Frau M., 88 J., wurde vor ein paar Tagen auf der Station aufgenommen und war zuletzt zunehmend motorisch unruhig und schwer ansprechbar. Die Situation wird durch eine Schwerhörigkeit akzentuiert. Die Unruhe überträgt sich in Bettflüchtigkeit, und dies bei bestehender Sturzgefahr. Ein mitgebrachtes und unbemerkt weiter genommenes Sedativum lässt die Situation eskalieren, so dass die Patientin verlegt wird.

Schlüsselbegriffe

Altersgerechte Medikation, demenzielle Symptome, psychiatrische Störung, Orientierungsverlust, soziale Verarmung, Delir, Schmerzen, mangelhafte Flüssigkeitsversorgung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Sterbephase S. 148-171, Medikation S. 47-49, Patientenbedürfnisse S. 179-182
Vorgehen bei akuter Verwirrtheit <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-verwirrtheit.htm>

Prävention von Unruhe- und Verwirrheitszuständen, siehe auch Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz 2018, erhältlich beim DNQP

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bestimmung der Istsituation im Haus/auf der behandelnden Station (sind demenziell-verwirrte oder auch psychiatrisch Kranke eine besondere Risikogruppe, wie ist die Flüssigkeitsversorgung organisiert, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) In der Anamnese Ermittlung des patientenbezogenen Risikos bzw. Behandlungsziels und Maßnahmenplanung Identifizieren/Festlegen eines Standards Einbindung der Apotheker/Ärzte (Auswirkungen der Medikamentengabe z. B. Diuretika, Sedativa prüfen) sowie des SAPV und Angehöriger in das operative und prinzipielle Vorgehen (Achtung: Kein Patient wird zum Trinken gezwungen, zugleich darf kein Patient weniger Flüssigkeit erhalten, als er möchte!) Betroffene auf Patientenverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) In der Sterbephase: (unruhige) Patienten nicht alleinlassen Personal im Ehrenamt ist vorhanden. 	<p>Bestimmung der Ausgangssituation im Haus</p> <p>Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung</p> <p>Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen</p> <p>Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbindung des leitenden Managements und der QM-Abteilung Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren Transfer auf die Stationen herstellen d. h. Stationsleitungen anleiten/beraten Sitzwachenpool aufbauen (Verfügbarkeit und Einbindemöglichkeiten von Ehrenamtlichen prüfen) Beratung und Information von Angehörigen 	<p>Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden</p> <p>Personalentwicklung ergänzen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation in der Behandlung, Identifizieren/Formulieren eines geeigneten Risikofeldes, falls notwendig Geeignete Checklisten, Entscheidungshilfen erstellen bzw. bestehende für RF 5 anpassen Alarmplan und Notfallregime in Einrichtung als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste jedes Patienten 	<p>LuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen und bei Bedarf anpassen</p> <p>Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungs- und Versorgungsstandards RF 5 wird (auch) mit QM der Einrichtung gesichert. Dezentrale Getränkeversorgung Komplementäre Verfahren über Pflgetherapie (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik, basale Stimulation) 	<p>Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen</p> <p>Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung getan werden kann</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Bezugspersonen schulen, z. B. zu Delir im Sterbeprozess Einbindung des (Experten-)Wissens der Mitarbeiter, welche die speziellen Bedingungen von demenziell beeinträchtigten Patienten kennen Grundsätzliche Abstimmung des Vorgehens mit dem Patienten sowie Angehörigen, Hausarzt, SAPV z. B. in Fallkonferenzen, Visiten (Belastbaren) Pool von Laien, Studenten etc. als Sitzwache aufbauen 	<p>Ausbau der Handlungskompetenzen</p> <p>Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Patienten, die eine negative Flüssigkeitsbilanz aufzeigen, werden als solche erkannt. Nebenwirkungen von Medikamenten und Ess- und Trinkverhalten werden erkannt. Der RF 5 ist ein mögliches/regelmäßiges Themenfeld bei der Übergabe/bei Pflegevisiten. 	

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Patientenverfügungen bzw. ACP sowie Anamnese funktionieren bestmöglich. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. Die Betreuung Sterbender - und damit das Management von RF 5 - ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. Der RF 5 kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen</p> <p>Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Palliativfachkräfte selbst ausbilden bzw. einstellen Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Ein internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF 5 ist etabliert. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Personalentwicklung und Kooperation als Kennzeichen der Einrichtung</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. Der RF 5 ist (auch) Gegenstand eines Ethikkreises oder einer anderen Aussprachemöglichkeit. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)</p>

Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichender Personalanzahl insbesondere in der Nacht oder an Wochenenden zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuten Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen.

Ziel ist es, durch den Einsatz von Personen unterstützender Partner (z. B. Hospizgruppe, Ehrenamtliche, Kirchengemeinde) Entlastungen beispielsweise in Form von Sitzwachen zu schaffen.

Fallbeispiel

Es ist Ferienzeit und die Personalsituation auf Station G insgesamt angespannt. Die Hitze erhöht den Pflegebedarf der Patienten erheblich. In diesem Kontext kommt es vermehrt zu Verlegungen, insbesondere bei Patienten, die darüber hinaus noch speziellen Risikogruppen angehören (Verwirrt-Unruhige, Patienten mit Kommunikationsstörungen etc.).

Schlüsselbegriffe

Personalmangel, Pflegenotstand, Krankenstand, Risiko Nacht, Urlaubszeit

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Grundsätze S. 32-37, Versorgungsstrukturen S. 173-226, ACP S. 144-148
Schneider H: Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Die Dienste sind werktags sowie an Wochenenden und Feiertagen personell gleich besetzt organisiert. Die Unterstützung durch den Träger ist gegeben. Ein Qualitätszirkel zur Entwicklung und Implementierung des Verfahrens eigenverantwortlicher Organisation von Diensten durch die Mitarbeiter ist eingerichtet. Ein Qualitätszirkel zur Erarbeitung von Dienst- und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht ist eingerichtet. Teambesprechungen und Schulungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht sind regelhafter Bestandteil der Kommunikationsstruktur. Das Verfahren zur regelhaften Evaluation der Ablauforganisation der Dienste durch die Stationsleitung liegt vor und wird umgesetzt. Die (erste) Analyse für den Einsatz digitaler Technik liegt vor. Einrichtung durch einrichtungsinternen Konsiliardienst 	<p>Die Versorgungsqualität wird durch die individuell auf die Erfordernisse der Patienten abgestimmte Dienstplanung optimiert.</p> <p>Die Qualitätssicherung in der Versorgung der Patienten ist durch die regelhafte Überprüfung und Anpassung der Ablauforganisation optimiert.</p> <p>Die Möglichkeiten moderner Technologien werden in Betracht gezogen.</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Mitarbeiter aller integrierten Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Sozialer Dienst etc.) haben ihre Schnittstellen definiert und ein Verfahren für die Zusammenarbeit in Bezug auf individuell erforderliche Betreuungsmaßnahmen festgelegt. Die Mitarbeiter aller Berufsgruppen kommunizieren und haben das Ziel, als Team zu funktionieren. 	Die Zusammenarbeit von allen integrierten Berufsgruppen ist vernetzt und koordiniert.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Das Verfahren im Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall und einem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist den Mitarbeitern bekannt. Die Mitarbeiter wissen, an wen sie sich an den Wochenenden, Feiertagen und nachts wenden können, um Verlegungen zu thematisieren bzw. zu vermeiden. 	Die Vorgehensweise zur Vermeidung unnötiger Verlegung an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist bekannt und wird umgesetzt.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Der „Runde Tisch Pflege“ ist installiert und hat die Arbeit aufgenommen. Die Stand-by-Dienste für die Haupturlaubszeiten sind eingerichtet. (Erste) unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden und werden erfolgreich eingesetzt. Die Einsatzplanung wird regelmäßig evaluiert und den Erfordernissen entsprechend angepasst. Die organisatorischen und personalbezogenen Risiken für die Einleitung von Sofort- und Gegenmaßnahmen sind regelhaft identifiziert/weitestgehend beseitigt. 	<p>Interne und externe Vernetzung</p> <p>Nutzung moderner Technologien (Digitalisierung)</p> <p>Risikomanagement und Identifizierung von Frühwarnindikatoren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist eingespielt. Die Mitarbeiter planen die Dienste zur Versorgung der Patienten an den aktuellen Bedarfen eigenverantwortlich. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch ein hohes Maß an verlässlichen Diensten Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch die enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Bereiche an den Wochenenden, Feiertagen und ggf. auch nachts Kein Einsatz von Leihpersonal an den Wochenenden, Feiertagen und nachts 	Stärkung von Verantwortung und Kompetenzen, auch zur Aufwertung (vor allem) des Pflegeberufs und der damit verbundenen Mitarbeiterzufriedenheit
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Positives Feedback der Angehörigen über die Verlegungspraxis sowie die interne und externe Zusammenarbeit Positives Feedback des Personals zur Verlegungspraxis und Zusammenarbeit Die erforderlichen Schulungen zu Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie im Umgang mit Notfällen finden regelmäßig statt. Das Ergebnis des Mitarbeiterfeedbacks aus den Schulungen ist positiv. Die Auswertung der internen und externen Verlegungen weist eine deutliche Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß auf. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und der Angehörigen in Bezug auf die Verlegungspraxis und die Notfallversorgung werden nachweislich berücksichtigt. 	Optimierung des Informationstransfers

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umfassende unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden. Die Dienste an den Wochenenden, Feiertagen und nachts können zur Zufriedenheit aller Beteiligten abgedeckt werden. Interne und externe Vernetzung und Zusammenarbeit sind beim „Runden Tisch“ nachhaltig gestärkt und weiterentwickelt. Mit jeder Krankenhausaufnahme wird das ACP-Planning angeboten. Mit jeder Krankenhausaufnahme erfolgt die Besprechung eines sensiblen Worst-Case-Szenarios mit den Betroffenen und/oder den Angehörigen/Betreuern. 	<p>Umfassendes ACP-Planning</p> <p>Regionale und überregionale Vernetzung zur Vermeidung unnötiger Verlegungen</p> <p>Bestmögliche Vernetzung und Kommunikation durch Digitalisierung</p> <p>Vorhandensein eines individuellen Worst-Case-Szenarios und der damit verbundenen gewünschten Maßnahmen</p> <p>Gleiche Personalbesetzung an allen Tagen ist Standard.</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch Stärkung der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen - auch bei Diensten an den Wochenenden, Feiertagen und nachts Hohe Kompetenz im Umgang mit Notfällen Große Bereitschaft zur Beteiligung an der eigenverantwortlichen Dienstplangestaltung Ärzte auf der Station oder im Krankenhaus haben eine abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin; übergreifende Kenntnis der Ansprechpartner mit entsprechender Weiterbildung Die Pflegefachkräfte sind als Palliative-Care-Fachkräfte weitergebildet. Die Mindestanforderung, dass eine Palliative-Care-Fachkraft pro Schicht im Dienst ist, ist erfüllt. Die Fachkräfte des Sozialen Dienstes haben eine Fachweiterbildung „Palliative Care für Soziale Dienste“. Die nicht examinierten Kräfte sind in Palliative Care geschult; ebenso die Betreuungskräfte gemäß § 43b. 	<p>Hoher Weiterbildungsgrad in der Palliativmedizin und Palliative Care ist realisiert.</p> <p>Die Dienstleistungsplanung durch die Mitarbeiter selbst ist Standard.</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Auswertung der Verlegungen dokumentiert eine Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß. Die Verlegungspraxis berücksichtigt eine Reduzierung auf das absolut unumgängliche bzw. von den Betroffenen gewünschte Ausmaß. Die Kommunikation ermöglicht ärztliche 24-Stunden-Beratung z. B. per Televisite. Die Angehörigen/Betreuer sind mit dem Haus vernetzt; wenn vonseiten der Angehörigen/Betreuer gewünscht, ist ein Austausch rund um die Uhr möglich. Falls keine Palliativmediziner im Haus: Das Haus ist über persönlichen Kontakt und auch digital mit Ärzten vernetzt. 	<p>24-Stunden-Visite ist Standard.</p> <p>Eine Verlegung erfolgt ausschließlich auf Wunsch und ist auf das absolut unumgängliche Maß reduziert.</p> <p>Einsatz von Robotik und Digitalisierung gehört zum Standard im Haus.</p>

Risikofaktor 7: Zu wenig qualifiziertes Personal/fehlender Palliativdienst/fehlende palliative Kompetenz

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichend qualifizierten Personals insbesondere in Akutsituationen zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen.

Ziel ist es, die Versorgungsprozesse durch den Einsatz verbesserter Informationsabläufe und eines virtuellen Expertensystems zu konsolidieren.

Fallbeispiel

Auf der Station L des Krankenhauses K arbeiten 10 Nationalitäten. Dieser kulturelle Reichtum ist sowohl in der sprachlichen Abstimmung der Mitarbeiter als auch in der Arbeit mit den Patienten ein tägliches Problem, besonders in krisenhaft verlaufenden Situationen. Als sich der Gesamtzustand der Patientin L verschlechtert, übersetzt der Pflegenden die sprachlich abzustimmenden zeitig zu beachtenden Anordnungen (Blasenkatheter entfernen) fehler- bzw. lückenhaft. Eine Verlegung wegen Verunsicherung wird initiiert.

Schlüsselbegriffe

Personalentwicklung, Stress durch Überforderung, sprachliche Barrieren, Zusatzqualifikationen, Schulungen

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung nicht hinreichend qualifiziertes Personal
Schneider H: Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Die Kontaktdaten der versorgenden Ärzte (evtl. Vertretungen) oder Ärzte mit Palliativexpertise, Angehörigen, Betreuer etc. sind bekannt und können jederzeit erreicht werden („Notfallnummer“). Klare Absprachen zur Erreichbarkeit liegen vor. Regelmäßige Aktualisierung der Patientenwünsche, auch Übernahme und Integration der Dokumente aus Pflegeeinrichtungen Mögliche Entscheider bei Akutsituationen sind bekannt und verfügen über Entscheidungsbefugnis. Berater/Experten der letzten Lebensphase führten das Gespräch bei Aufnahme. Der ausgefüllte Fragenkatalog liegt vor, ist allen bekannt und in der Dokumentation hinterlegt. Bücher zur palliativen Expertise (z. B. „Pflegetipps in der Palliative Care“) liegen auf Rumänisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Portugiesisch, Italienisch, Türkisch und Englisch vor und werden von ausländischen Mitarbeitern verpflichtend gelesen. Für Rückfragen hinsichtlich des Verständnis steht ein Mentor zur Verfügung. 	Zu jeder Zeit sind behandelnde Ärzte, Mitarbeiter und betreuende Personen erreichbar.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein Mitarbeiterpool besteht, der bei Akutsituationen genutzt werden kann (auch Externe aus Ehrenamtlichen, Hospizdiensten, etc.). Keine Alleineinsätze von nicht deutsch sprechenden oder nicht eingearbeiteten Mitarbeitern 	Zu jeder Zeit können bei Akutsituationen Mitarbeiter gerufen werden.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation/Erhebung aller Patientenwünsche (Patientenverfügungen) Legende/Übersicht, auf der Patientenwunsch auf kurzen Blick wiedergegeben wird Aktualisierte hausinterne Standards Erarbeiteter Fragenkatalog (siehe Punkt Organisatorisches) 	Jeder an der Behandlung Beteiligte kennt den Inhalt der Verfügung.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Haus/Stationen verfügen über eine festgelegte Anzahl von Fachkräften (Palliative Care). Etablieren und Fördern eines Ethikrats Wechsel von externen Experten, falls diese nicht kooperieren Kooperationen eingehen (SAPV, Hospiz, Ethiknetz, Wünsche am Horizont ...) Haus- und Führungsphilosophie zu dieser Thematik festschreiben 	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Personalentwicklung: Pflegekräfte, Ärzte, Betreuungskräfte weiterbilden Die Institution als Ganzes sehen und nicht nur bereichsbezogen. Das fördert Sicherheit unter den Mitarbeitern. 	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Über Patientenverfügungen, deren Umsetzung und Handhabung informieren (in der Institution, Stadt, Gemeinde etc.), um flächendeckende Kenntnis zu haben Von Anfang an alle am Prozess Beteiligten einbeziehen und informieren 	Anzahl der Patientenverfügungen steigt.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Finanzielle Förderung von Weiterbildungen durch Kostenträger Finanzielle Förderung/Unterstützung beim Einstellen von qualifiziertem Personal durch Kostenträger 	Sicherstellung der palliativen Versorgung in stationären Einrichtungen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Keine ungeeigneten Personaleinstellungen aus der Not heraus, hohe Kosten und Überlastung des Personals durch Doppelbelastung vermeiden 	Kompetente fachliche Versorgung in der Palliativmedizin und Palliativpflege
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein ständig evaluiertes und auf dem neuesten Stand implementiertes QM 	Alle am Prozess Beteiligten sind informiert.

Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund fehlender bzw. nicht hinreichend ausgestalteter interner (i) und externer (e) Kooperationen mit relevanten Partnern (intern: Palliativkräften, QM, Seelsorge, Sozialarbeit etc.; extern: Palliativstationen oder -dienste anderer Häuser, SAPV, AAPV, Hospizgruppen, Bürgerschaft etc.) zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen (fehlenden Entlastungen) auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, ein Kooperationsnetzwerk zu etablieren bzw. das bestehende dahingehend zu erweitern, dass die Einrichtung sowohl strategisch (Leitungsebene) als auch operativ (Ebene der Patientenversorgung) profitiert.

Fallbeispiel

Auch wenn eine offizielle Zusammenarbeit mit dem Palliativdienst des Hauses besteht, kommt es in der praktischen Ausgestaltung und beim Kontinuitäts-erhalt auf der Station C regelmäßig zu fachlichen und personellen Überforderungen, in deren Folge auch Verlegungen entstehen.

Schlüsselbegriffe

Kooperationsverträge, integrierte Versorgung, Bürgerschaft, Marketing, Netzwerk, Öffentlichkeitsarbeit, Letter of Intent (LoI)

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Versorgungsstrukturen S. 173-226 (ein großer Teil der fachlichen Kooperationspartner wird sichtbar)

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung, welche Kooperationen mit welchen Zielsetzungen und erreichten Ergebnissen zu internen (z. B. Palliativstation, Palliativdienst, QM, Seelsorge, Hauswirtschaft, etc.) und externen Partnern (z. B. Palliativstation, Palliativdienst anderer Häuser, ambulantes Hospiz, SAPV, Hausärzte, Gemeinde etc.) vollzogen werden 2. Klärung, ob und wie oft es zu Krisensituationen mit der Konsequenz einer Verlegung aufgrund fehlender Kompetenzen im Haus/auf der Station kommt, die durch geeignete und organisierbare Partner hätten verhindert bzw. gesteuert werden können 3. Identifizieren eines Arbeitsbereiches (Station), in welchem die Kooperationen am besten gelingen können 4. Prüfung der Voraussetzungen und Strukturen durch Krankenhausleitung, Ermittlung der Handlungsbedarfe und Möglichkeiten für Verbesserungen 5. Sicherstellen, dass Patientenverfügung stets erreichbar ist (auch am Wochenende und bei Aushilfskräften) 6. Sicherstellen der Möglichkeit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung im Haus 	Istanalyse erstellen, Schaffung erster Voraussetzungen für Verbesserungen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablierung von Arbeitsgruppen (z. B. zur Erarbeitung von Leitlinien, Standards, Behandlungspfaden, auch zu Verlegung bzw. Nichtverlegung) 2. Identifizieren von Ansprechpartnern (ergänzend zu Leitungsebene), Case-Managern, Sozialarbeitern 3. Einbindung des QM 4. Einbindung von Unternehmenskommunikation/Marketing 5. Feststellen von internem Qualifizierungsbedarf (z. B. Palliative-Care-Fachkräfte) auf allen Stationen, z. B. Normalstationen im Krankenhaus 6. Vermeidung von Verlegung sterbender Menschen innerhalb und aus dem Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit der Rückverlegung oder des Sterbens (Vermeidung Drehtüreffekt, Verlegung in Sterbephase) 	<p>Projektmanagement vorbereiten</p> <p>Personalentwicklung initiieren</p> <p>Bestehende Zuständigkeiten einbinden</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizieren der Kontaktmedien und informationellen Abläufe zwischen dem Haus/der Station und den externen und internen Partnern 2. Ermitteln der Arbeits-/Unternehmensbereiche, in denen die Kooperationen gut funktionieren (welche Zuständigkeiten, Ansprechpartner, Medien etc.?) 3. Einrichtungsinterne Informationen zu internen und externen Angeboten von internen Palliativdiensten im Krankenhaus, ambulanten Hospizdiensten, „Grünen Damen“, SAPV usw. 4. Informationen eventuell mit den ersten Vorgaben zur Nutzung dieser Angebote verbinden 	Ermitteln der informationellen Abläufe, erste Informationen und Vorgaben

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ermittlung einer ABC-Liste der Wichtigkeit der Partner 2. Ermittlung und Festlegung der genaueren Leistungserwartungen mit den Partnern 3. Prüfen und Erstellen geeigneter Kooperationsstrukturen durch Träger/Management etwa Entwicklung eines Standard-Lols 4. Unterstützung der AG 5. In-Kraft-Setzen verschiedener Vorschläge der Arbeitsgruppen 6. Prüfen, Entscheiden und baldmöglichst Realisieren als Lösungsmodell, ob bestimmte Leistungen bei unzulänglicher Kooperation wegen fehlender Bereitschaft oder fehlender Existenz eines Kooperationspartners (z. B. ambulanter Hospizdienst) eigenständig erbracht werden können 	<p>Wichtigkeit und Dringlichkeit identifizieren</p> <p>Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten</p> <p>Erste operative positive Ergebnisse</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Bedarf und Möglichkeit: Ergänzung der laufenden Aus-, Fort und Weiterbildungen um Gegenstand 2. Identifizieren und Schulen relevanter Mitarbeiter und Führungskräfte 3. QM-Aufgaben sind gesichert und bekannt. 4. Öffentlichkeitsarbeit wird gelebt. 	<p>Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten</p> <p>Erste operative positive Ergebnisse</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizierung eines IuK-Standards der Kontaktaufnahme bzw. Zusammenarbeit mit den als relevant identifizierten Partnern 	

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es existiert ein eindeutiges Kooperationsverhältnis zu den unterschiedlichen internen und externen Partnern, das sich aufgrund systematisch (z. B. durch Befragung) erhobener Informationen im Sinne eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses vollzieht. 2. Die Unternehmensleitung bzw. Trägerschaft partizipiert und befördert das Kooperationsmanagement und bezieht hierbei die Bereiche und Mitarbeiter ein. 3. Zu den einzelnen Kooperationspartnern bestehen schriftliche Verträge in Form von Lols, die es erlauben, die wechselseitigen Ziel- und Leistungserwartungen zu präzisieren. 4. Es existiert ein Jahres-, Monats- und Wochenprogramm der (partnerbezogenen) Aktivitäten der Einrichtung. 5. Im Krankenhaus bedeutet dies im Bedarfsfall die gesicherte Einbeziehung interner Dienste (Konsile, Palliativdienste) wie externer ambulanter Hospizdienste (anstelle z. B. einer Verlegung von der Normalstation auf die Intensivstation) sowie quantitativ und qualitativ ausreichende personelle Ausstattung mit u. a. Palliative-Care-Fachkräften. 6. Im Heimbereich bedeutet dies verlässliche Kooperationen insbesondere mit ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Teams zur bestmöglichen Versorgung am Lebensende, im Bedarfsfall auch rund um die Uhr und am Wochenende. 7. Bessere finanzielle Ausstattung der eigenen Einrichtung: Vermeidung unnötiger Verlegung spart (volkswirtschaftlich) Geld. Leistungen einer anderen Einrichtung müssen nicht finanziert werden, dafür aber höhere Kosten in der eigenen Einrichtung. 8. Vielfach als Alternative zur Lösung unzureichender Kooperation: Leistungen werden eigenständig erbracht. 9. Bessere Bevorratung von Medikamenten, auch BTM 	Die Konsolidierung und systematische Verbesserung (d. h. Ausbau in Qualität und Quantität) der Kooperationen sowohl zu den zur Vermeidung von Verlegungen relevanten Partnern als auch zu allgemeineren Kooperationspartnern gelingt.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner der einzelnen Kooperationspartner existieren. 2. Schulungen und Beratungen zum Gegenstand werden befördert und finden regelmäßig statt. 3. Qualitativ und quantitativ ausreichende personelle Ausstattung an Palliativmedizinern und Palliative-Care-Fachkräften im Haus, um die Versorgung auch am Wochenende und nachts eigenständig sicherstellen zu können und nur im Bedarfsfall mit externer Unterstützung Verlegungen von der Normal- auf die Intensivstation zu vermeiden 4. Die Kompetenzbereiche sind klar geregelt und lassen im Bedarfsfall Spielraum zu, wenn eine Handlung gesichert ist und eine Verlegung vermieden werden kann. 	Alle Mitarbeiter sind sich der Bedeutung gelungener interner und externer Kooperationen bewusst. Die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten sind definiert. Verlegungen vom Heimbereich in das Krankenhaus sind deutlich reduziert, Verlegungen im Krankenhaus von der Normal- auf die Intensivstation sind deutlich reduziert, auch nachts und am Wochenende.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Austauschsituationen (Treffen, Telkos, Newsletter etc.) mit den Kooperationspartnern finden statt. 2. Systematische Außenkommunikation mit den Partnern (Veranstaltungen, Website) 3. Es gibt einen Kooperationsmasterplan/Marketingplan. 4. Es existiert ein IuK-Standard zwischen Unternehmen und Partnern, der ausdrücklich die Situation in den Versorgungsbereichen berücksichtigt. 5. Es wird angestrebt, dass nahezu von allen Patienten qualifizierte Patientenverfügungen vorliegen und für alle Patienten, die dies wünschen, Beratungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung stattgefunden haben. 	<p>Weitreichende Medienintegration ist erreicht.</p> <p>Qualifizierte Dokumente zur Vermeidung unnötiger Verlegungen sind vorhanden.</p>

Risikofaktor 9: Notfallregime/fehlende definierte Entscheidungs- prozesse, Standards etc.

Welche Ziele bestehen?

Durch einen Lösungsprozess (zumeist in Standards und Entscheidungsprozessen und mit personeller Zuständigkeit hinterlegt) gilt es, bereits eingetretene bzw. sich unmittelbar abzeichnende „Notfälle“ deeskalierend (Verlegung) zu steuern. Diese „Notfälle“ sind entweder medizinischer, pflegerischer, sozialer oder organisatorischer Art bzw. ergeben sich aus externen (Umwelt-)Bezügen. Dabei gilt in der Versorgung sterbender Patienten vielfach, dass es sich bei den „Notfällen“ um vermeintliche Notfälle handelt.

Fallbeispiel

In dem Krankenhaus L wird versucht, echte und vermeintliche Notfälle im Ad-hoc-Verfahren zu lösen. Es wird auf die Ausbildungsqualität und die gute Zusammenarbeit mit den spezialisierten Stationen bzw. externen Partnern vertraut. In einer kritischen Betrachtung der vollzogenen Verlegungen wird deutlich, dass dies nicht hinreichend ist.

Schlüsselbegriffe

Alarmplan, Überforderung, Eingreifteam, vorausschauende Planung/Anamnese, Informationsfluss

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Sterbephase S. 148-171, Patientenbedürfnisse S. 179-183

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entsprechende Medikamente stehen zur Verfügung, insbesondere Bedarfsmedikamente. 2. Ein konkretes Medikationsschema liegt vor und beschreibt die Spielräume in der Dosierung. 3. Falls die Patienten auf einem Mehrbettzimmer liegen, ist die Möglichkeit der Verlegung in ein Einzelzimmer möglich. 4. Medizinprodukte wie Sauerstoff etc. stehen immer zur Verfügung. 5. Angehörige können auf Wunsch auf Station übernachten, wenn sie den Sterbenden längerfristig begleiten möchten. 	Sicherheit bei der Medikation Dokumentation anderer Spezialisten liegt vor.
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beteiligten des therapeutischen Teams für die palliative Versorgung sind allen Mitarbeitern und Patienten/Angehörigen bekannt (Arzt, Seelsorge, Bezugspflege, Therapeuten, Apotheke etc.). 2. Die Zuständigkeiten für die verschiedenen Pflege- und medizinischen Angebote wurden im Rahmen einer Teambesprechung geklärt. 3. Die Kompetenzen bzw. Entscheidungsbefugnisse für die Mitarbeiter sind geklärt. 4. Es wurde geklärt, wer die Fallsteuerung übernimmt (z. B. Pflege, da sie 24 h anwesend ist und den Verlauf oder den Arzt kennt, der für die überwiegend medizinischen Belange Entscheidungsbefugnisse hat). 5. Die Mitarbeiter kennen spezielle Versorgungsangebote für die palliative Versorgung, z. B. Aromatherapie, Wunschessen. 	Therapeutisches Team ist vorhanden. Die Zuständigkeiten im therapeutischen Team sind geklärt. Teambesprechungen finden regelmäßig statt. Spezielle pflegerische Angebote sind bekannt.
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung des Begriffes „Notfall“ im Zusammenhang mit einer palliativen Versorgung. Rekurs des Begriffes auf die Anforderungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Diskussion des Themas im Kontext der Patientensicherheit. Patientensicherheit wird hier verstanden als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. 2. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall, einer medizinisch-pflegerischen Komplikation oder dem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist bekannt. 3. Die Bedürfnisse der Patienten sind den Mitarbeitern bekannt und es ist ihnen möglich, diese zu erfüllen (z. B. Realisierung bestimmter sozialer Kontakte, Wunschmobil etc.). 4. Die Mitarbeiter verfügen über Informationsstrategien, um die Bedürfnisse von Patienten herauszufinden, die nicht mehr verbal kommunizieren können (z. B. Menschen mit einer Demenz). 5. Korrekte und aktuelle Kontaktdaten sowie Dokumente liegen vor (z. B. Urlaubsanschriften Angehöriger, Patientenverfügung etc.). 6. Die Erreichbarkeit von Angehörigen, Ansprechpartnern seitens des therapeutischen Teams ist gegeben (vor allem bei externen Kooperationen, auch außerhalb von Öffnungszeiten etc.). 	Finden einer neuen Bezeichnung für unvorhergesehene Behandlungs- und Pflegeanforderungen in der Sterbesituation Definition unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer Sterbesituation Nötige Informationen sind rund um die Uhr verfügbar. Ansprechpartner des therapeutischen Teams sind rund um die Uhr ansprechbar.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Für die palliative Versorgung von Patienten stehen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung. 2. Die Zimmer für die Palliativversorgung verfügen über einen Balkon oder Gartennutzung ist möglich. 3. Erweiterung der Fallbesprechungen um ethische Gesichtspunkte (u. a. „Primum non nocere“) 4. Betreuung von Angehörigen während einer palliativen Versorgung und die Integration ihrer Perspektive in die palliative Versorgung 5. Vorgaben zu Visiten und Fallbesprechungen werden an die besondere palliative Situation angepasst. 6. Mitarbeitern ist es ggf. möglich, an der Bestattung verstorbener Patienten teilzunehmen, um sich nach einer intensiven Betreuung und Beziehung zu verabschieden. 	Anpassung des Wohnumfelds an die Bedürfnisse Sterbender Etablierung einer Fallbesprechung mit ethischen Aspekten Die Qualitätsinstrumente sind an die Besonderheiten der Sterbesituation angepasst. Bezugspersonen und Pflegenden haben die Möglichkeit, sich von Patienten zu verabschieden/zu trauern.
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Beteiligten des therapeutischen Teams haben die Möglichkeit, bei Bedarf Supervisionsangebote oder eine Auszeit in Anspruch zu nehmen. 2. Wenn möglich sollten Mitarbeiter mit einer mehrjährigen Berufserfahrung eingesetzt werden. Dies ermöglicht ihnen eine reflektierte Situationseinschätzung. 3. Mitarbeiter sind in der Lage, eine strukturierte Teambesprechung zu moderieren und mit ihren Beiträgen zu unterstützen. 4. Mitarbeiter sind in der Lage, am Bedürfnis der Patienten orientiert Prioritäten zu setzen. D. h., professionelle Anforderungen müssen an die Bedürfnisse angepasst werden. 5. Individuelle Entscheidungsspielräume für pflegerische Entscheidungen könnten trotz standardisierter Verfahrensweisen begründet genutzt werden. 	Professionelle Entlastungsangebote sind etabliert und zugänglich. Die Mitarbeiterauswahl orientiert sich auch an persönlichen/sozialen Kompetenzen. Die flexible individuelle Anpassung von Verfahrensweisen ist möglich.
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACP-Pläne stehen zur Verfügung. Im gesamten Haus gibt es ein ACP-Angebot für alle Patienten. 2. Teambesprechungen für das gesamte therapeutische Team sind in den Wochenablauf integriert. Ihre Ergebnisse sind den Beteiligten als Bestandteil der Sicherheitskultur bekannt. 	Die Informationsgrundlagen für die meisten Patienten sind vorhanden und einsehbar. Teambesprechungen sind regelmäßiger Bestandteil der Versorgung Sterbender.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung eines speziellen Bereiches für die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen 2. Sterben in Krankenhäusern wird offensiv diskutiert und als Bestandteil der Unternehmenskultur angesehen. 3. An- oder Zugehörige können auch nach dem Tod des Angehörigen die Station aufsuchen. 	Einrichtung eines segregativen Bereichs für die Versorgung Sterbender Integration von Sterben in die Unternehmens-/Sicherheitskultur
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Mitarbeiter sind in der Lage, den palliativen Prozess zu steuern. Sie müssen nicht mehr auf jede unvorhergesehene Situation reagieren, sondern können vorausschauend agieren. 2. Die Mitarbeiter benötigen den Rückhalt der Leitung bezüglich ihrer getroffenen Entscheidungen, die ggf. von standardisierten Verfahrensweisen abweichen. 	Die Steuerungskompetenz des pflegerischen Prozesses durch Pflegefachkräfte bringt Sicherheit für alle Beteiligten. Der Umgang mit Sterbenden ist Anforderung an Leitungspersonen.
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Informationsfluss im Netzwerk ist reibungslos. 2. Auch in den Teambesprechungen fehlende Mitglieder bekommen Informationen in Form von Besprechungsprotokollen. 3. Kurz- und mittelfristige Interventionen werden problemlos umgesetzt. 	Die Teamarbeit im Notfallregime ist im Ablauf sowie in der Kommunikation gefestigt und reibungslos.

Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigen- integration

Welche Ziele bestehen? Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, beratene, geschulte und in die Entscheidungen einbezogene oder am Willen des Patienten und Expertise der Helfer orientierte Angehörige Verlegungen auf den Weg bringen.
Ziel ist es, Angehörige (Care-Giver, rechtliche Vertreter) deren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend bestmöglich d. h. aktiv zu integrieren.

Fallbeispiel Herr G., 87 J., nach Reanimation auf Normalstation bei Kammerflimmern und hypoxischem Schaden, keine Kontaktaufnahme, Hintergrund Lungenentzündung, wird entgegen den Rat des Arztes und des Teams auf massiven Wunsch der Schwiegertochter auf die Intensivstation verlegt („Ihr könnt ihn nicht sterben lassen“).

Schlüsselbegriffe Angst der Angehörigen, nicht präsente Angehörige, Angehörigenintegration, Schulung, Edukation

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll) Grundsätze Palliativversorgung S. 32-37, Kommunikation mit Angehörigen S. 141-144, Versorgungsstrukturen S. 174-175, Angehörige S. 223-226

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellung eines aktuellen Status zur Situation (Anzahl Angehörige/gesetzliche Betreuer, Besuchsverhalten, Verfügungen, Krisen/Konflikte, Schulungen etc.) 2. Klärung der Rolle des Angehörigen im Sterbeprozess bzw. der Situation auf den Stationen 3. Kontaktaufnahme mit relevanten internen und externen Partnern (u. a. Palliativexperten im Haus oder in anderen Häusern, Freiwilligen, Hausärzten, Kooperationspartnern) 4. Auftrag der Unternehmensleitung zur Erstellung eines Standards zum Umgang mit Angehörigen von Sterbenden 	<p>Verschaffen eines qualifizierten Überblicks über Personal, Organisation und Informationsabläufe</p> <p>Aufbau einer Struktur für den Umgang mit Angehörigen von Sterbenden</p> <p>Leitfaden/Standard entwickeln</p> <p>Best-Practice-Lösungen identifizieren und Transfer herstellen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Berufsgruppen sind konfrontiert und kooperieren? Diese Beteiligten des therapeutischen Teams benennen. 2. Falls keine Palliativstation vorhanden: Identifizieren der „besten Station“ bzw. der mit diesen verbundenen modellhaft arbeitenden Mitarbeitern 3. Versuch der Herstellung eines kurzfristigen Transfers der 3 wichtigsten dort bzw. auf der Palliativstation geübten Praxen, Modelle, Lösungen für die anderen Stationen durch Unterstützung der Kompetenzträger 4. Informieren von Personal und Führungskräften 	Mitarbeiter identifizieren und früh einbinden
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung des aktuellen Informationsverhaltens des Hauses/der Station (a) bzw. Kontaktaufnahme von Angehörigen/Care Givern in Krisensituationen (b) 2. Bestehendes Informationsmaterial prüfen und ergänzen 3. Auch hier: Wie sieht die beste Informationskette im Haus aus (welche Medien, welche Inhalte, welche Akteure etc.)? 4. Probelauf: Telefonhotline für Angehörige 5. Meeting zum Thema mit allen Stationen 6. Schulungsangebote vorstellen und platzieren 	Identifizieren einer gültigen Informations-(Alarm-)Kette bzw. bestmöglicher Abläufe

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfersgeschehen gezielt ausbauen 2. Standards, SOPs und andere QM-Tools (Zirkelarbeit u. Ä.) für die Verlegungsthematik nutzen 3. Angehörigenintegration in der Sterbephase auch in der Managementebene/Trägergesellschaft zum Gegenstand machen (Leitbild, normatives Modell) 4. Patientenverfügungen zum kontinuierlichen Ziel bereits in der Aufnahmesituation/Anamnese 5. Erstes Treffen mit Betroffenen 	<p>Bestehende Systeme/Tools besser verwenden</p> <p>Ergänzende Systeme/Werkzeuge implementieren</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner auf den Stationen identifizieren und zusammenführen 2. Schulungs- und Beratungsprogramm mit Stationen (d. h. Mitarbeitern s. o.) erarbeiten 3. Schulungs- und Informationsmaterial für die Angehörigen für den speziellen Zweck (Begleitung letzte Lebensphase) ausarbeiten und gezielt an Angehörige führen 4. Sterbeberater bzw. -beratung qualifizieren 	<p>Zuständigkeiten klären und Befähigungen gezielt weiterentwickeln</p> <p>Wünsche und Vorsorge von Patienten sind erfasst.</p> <p>Die Themen sind transparent.</p> <p>Die Ablauforganisation ist gefestigt.</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. AACP-System bekannt machen, Angehörige aktiv in diesen Prozess einbeziehen (etwa auch über Beirat u. Ä.) 2. Informationskette für Krisenfälle identifizieren bzw. so gestalten, dass Deeskalation der Regelfall ist 	<p>Grundsätzliche Verfahren (auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben) ausgestalten</p> <p>„Krisensituationen“ erkennen und beherrschen lernen</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Angehörigenprechstunden 2. Verankerung des Themas in Krankenhausleitbild 3. Thema ist Teil des systematischen QM des Krankenhauses. 4. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess durch QM 5. Verstetigung des Themas in Gremien (Ethikbeirat) 6. ACP ist eingeführt. 7. Gültige Patientenverfügungen sind Regelfall. 	<p>Organisatorische Verstetigung durch kontinuierliche Verbesserung</p> <p>Einbindung in QM</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. (Selektives) Schulungskonzept für Mitarbeiter 2. (Selektives) Schulungs- und Beratungskonzept für Angehörige/Betroffene 3. Regelmäßige Abstimmung mit Kooperationspartnern 4. Pflichtfortbildungen werden vom Personal sehr gerne angenommen und motivieren zur Umsetzung. 5. Das Personal hat sehr gute Grundlagen in Auskunft und Beratung. 6. Das Personal hat guten Umgang mit schwierigen Angehörigen sowie gutes Situationsverständnis in herausfordernden Situationen. 7. Das Personal kann gut mit Stress umgehen und hat ein gutes Selbstpflegemanagement. 	Verstetigung der Befähigung Gut geschultes, motiviertes und freundliches Personal in allen Versorgungssituationen
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Informations- und Benachrichtungssystem für „Krisenfälle“ bzw. die Sterbephase wird auf den Stationen verwendet. Informationsunterlagen liegen schriftlich und auch auf der Website der Einrichtung vor. 2. Es existieren Kooperationspartner, welche über die Angehörigenarbeit der Einrichtung berichten. 	<p>Allgemeine und individuelle (fallbezogene) Informations- und Edukationsverfahren dienen der Verstetigung.</p> <p>Positive Kommunikation gibt Transparenz der Einrichtungsarbeit in der Öffentlichkeit.</p>

Risikofaktor 11: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es, Verlegungen zu verhindern, welche nicht dem Willen des Patienten entsprechen (a), aufgrund unzureichender Anamnese (b) oder fehlender Patientenverfügungen (c) zustande kommen.

Ziel ist es, einen möglichst hohen Anteil (über 90 %) von Patienten zu versorgen, die eine Patientenverfügung (PV) oder ein Testament besitzen (a), hierfür die Anamnese bestmöglich einzusetzen und (b) das ACP im Haus umzusetzen (c).

Fallbeispiel

Frau M., 85 J., seit Jahren an einer Leukämie erkrankt, ist seit Tagen bettlägerig und seit dieser Zeit auch zusehend desorientiert und somnolent. Sie hat ein vor Jahren gezeichnetes Patiententestament. Es sind keine Angehörigen in der Nähe verfügbar. Die einzige Tochter lebt im Ausland und kümmert sich kaum um ihre Mutter. Der Willen von Frau M. kann nicht mehr klar erfragt werden. Eine junge Ärztin verlegt die Patientin von der Normal- auf die Intensivstation.

Schlüsselbegriffe

Patientenwillen, fehlende oder unvollständige Verfügung, Anamnese, Aufnahme, ACP-Verfahren, Aufklärung, Unsicherheit, Regress, Haftung, unterlassene Hilfeleistung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Kommunikation S. 132-144, Patiententestament, Willen S. 179-183, Anamnese und ACP S. 144

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auftrag von GF zur Entwicklung einer Leitlinie (LL) und Hausregel „Verlegung Sterbender“ bei Beachtung PV und Indikation (a), falls keine PV-Indikation und mutmaßlicher Wille (b) an z. B. Klinisches Ethikkomitee (KEK) oder Projektgruppe 2. Genehmigung GF und Implementierung QM 3. Qualitätszirkelarbeit wird zur Begleitung der Einführung und der Evaluation erhoben. 4. Ablaufanalyse durch alle Beteiligten, um Abläufe transparent zu machen, z. B. durch die 3-tägige Ablaufanalyse 5. Die Pflegeorganisation bekommt Klarheit und Zuverlässigkeit, nimmt Stress. 	Strukturelle Verankerung der Verlegepraxis Sterbender durch LL und Hausregel
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildungsangebote zur Einführung der LL und Hausregel 2. Infos an Personal, z. B. Ärzterunden, Stationsleitungskonferenzen, Sozialdienst 3. Qualitätszirkelarbeit auf freiwilliger Basis, personelle Zusammensetzung aus allen mitwirkenden Ebenen 4. Das Personal bekommt Unterweisung in der Ablaufanalyse. 5. Das Personal erhält Kompetenzen zur Selbstorganisation. 	Multiplikatoren zur Bekanntmachung der LL und Hausregel
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über LL und Hausregel in Kommunikationsmedien der Einrichtung, z. B. Intranet, Ethikordner, Standards 2. Zur Verankerung der Hausregel Pathway zur Eruerung des Patientenwillens und Dokumentation in Patientenakte, Pflegebogen etc. 3. ACP-Entwicklung im Behandlungsteam, z. B. Beratung über Angebote der Versorgung in letzter Lebensphase in Form von Versorgungsmappen o. Ä. 4. Die Qualitätszirkelarbeit sowie die Ablaufanalysen sind dem Personal bekannt. 5. Die Angehörigen bekommen regelmäßig Informationen über die Weiterentwicklung und sind somit Kommunikationsinstrument zur Umwelt. Das Beschwerdemanagement erhält wieder mehr Bedeutung. 	Standards für Behandlung und Betreuung Sterbender implementieren. Schaffung entsprechender Kommunikationsstrukturen.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. LL und Hausregel sind im QM-Handbuch oder in vergleichbaren verbindlichen Medien dokumentiert. 2. Überprüfung der Realisierung von LL und Hausregel durch z. B. KEK oder „Projektgruppe“ etc., z. B. pro- und retrospektive Fallbesprechungen 3. Qualitätszirkelarbeit 4. Erste Analysen stehen zur Verfügung. 5. Pflegeorganisation 	Die Ausrichtung der Einrichtung in Fragen der Verlegung Sterbender ist allen bekannt.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das gesamte Personal hat an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema teilgenommen. 2. ACP im Behandlungs- und Pflegeteam unter Einbezug des Sozialdienstes und anderer Dienste, formal kommuniziert z. B. in „Kitteltaschenpocket“ 3. Qualitätszirkelarbeit mit ausreichender personeller Besetzung 4. Das Personal erkennt Problemstellungen und evaluiert Situationen in Eigenregie. 	Das Personal kennt die Vorgehensweise zum Umgang mit der Verlegung Sterbender. Dokumentation von Beratung Dritter, z. B. Angehöriger, Betreuer etc.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informationen über den Umgang mit der Verlegung Sterbender sind abrufbar, z. B. in QM-Handbuch, Leitlinien des KEK, Pathways etc. 2. Informationen und Beratung über Betreuungsangebote in der letzten Lebensphase sind verfügbar, z. B. Flyer etc. 3. Die Qualitätszirkelarbeit ist transparent. 4. Die Angehörigen bekommen einen Ansprechpartner/Beauftragten. 	Vorgehensweisen zur Beratung und Beachtung des Willens Sterbender bzw. der Versorgung in der letzten Lebensphase sind implementiert.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. LL und Hausregel sind implementiert und Bestandteil von Einarbeitungskonzepten. 2. Die Qualitätszirkelarbeit ist flüssig. 3. Ablaufanalysen erfolgen regelmäßig. 4. Die Pflegeorganisation ist zuverlässig. 	Die Beachtung des Patientenwillens und die Indikation bei der Verlegung Sterbender sind normiert.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Standards des Umgangs mit der Verlegung Sterbender sind bekannt und werden selbstverständlich beachtet. 2. Die Weitergabe der Standards ist Bestandteil von Einarbeitungskonzepten, z. B. allg. Einführung Pflege, allg. Einführung medizinische Disziplinen, allg. Einführung KEK o. Ä. 3. Der Qualitätszirkel ist fachlich und qualitativ hochwertig. 4. Das Personal hat fachliche Kompetenzen entwickelt. Die Beratungskompetenz wurde erhoben und ist bereit zur Weiterentwicklung. 5. Selbstorganisation innerhalb der Evaluation 	Verankerung und Implementierung als Hausstandard
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über Standards, LL und Hausregel in allen Informations- und Kommunikationsmedien des Hauses 2. Beratungsangebote für Patienten zur Erstellung eines Versorgungsplans/einer Verfügung etc. sind Bestandteil der Behandlung/Betreuung. 3. Kooperationen mit vorstationären Einrichtungen, Bereichen, Partnern sind vorhanden (z. B. Hausärzten, Pflegedienste, Angehörige und weitere relevante Personen). 4. Beratungsangebote/Informationen für Patienten zur Erstellung eines Versorgungsplans/einer Verfügung sind ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit 5. Angehörigenschulungen 	Netzwerk bei der Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase

Literatur und weitere Informationen

Eine die Leitlinie mitbegründende, umfassende Literaturliste ist auf der Website www.avenue-pal.de hinterlegt. Auf dieser Website erhalten Sie auch weitere Informationen zu den Leitlinien, entwickelten Tools, Veröffentlichungen und dem Projekt Avenue-Pal.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

N



1

Entscheidungshilfen und Informationen für durch die Avenue-Pal LL-Implementierung betroffenen Partner

Wolfgang George
Stand 17.08.2020

Allgemeine Einführung

Entscheidungshilfen sind im Bereich des Konsums weit verbreitete Instrumente. Organisationen des Verbraucherschutzes oder berufsständische Vertretungen stellen solche Angebote etwa zur Vorbereitung für individuelle Kaufentscheidungen oder zu Entscheidungen vor medizinischen Behandlungen zur Verfügung. Entscheidungshilfen unterstützen dabei, die Zielsetzung, den Willen und die Präferenzen von Verbrauchern zu formulieren und zu verwirklichen. Um dies zu ermöglichen, werden schrittweise möglichst objektivierbare Kriterien, wie z.B. voraussichtliche Art, Dauer und Umfang, Haltbarkeit des Produkts, Funktionalitäten, Rücktrittsrechte, Garantie etc., eines Produktes oder Dienstleistung identifiziert (1), deren Ausprägung bezüglich des Nutzens oder Auswirkungen auf die Gesundheit für die jeweilige Entscheidung bewertet (2), häufig auch als Gesamtwert- oder Nutzen addiert (3), in medizinischen Entscheidungsprozessen frühzeitig auch alternative Möglichkeiten, Risiken oder Prognosen gegenübergestellt (4). Auf diese Weise entsteht eine möglichst wissensbasierte und zugleich individuelle Entscheidung. Gehen Verbraucher alleine oder auch mit Unterstützung professioneller Unterstützung so vor, können sie Impuls- oder Spontanentscheidungen vermeiden. Stattdessen bereiten sie eine Entscheidung vor, die im Vorfeld abgewogen und bedacht wurde.

Entscheidungshilfen, die in der Regel durch eine ethische Bewertung ergänzt werden, finden auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung Anwendung. Auch hier existieren bereits verschiedene Entscheidungshilfen, wie z.B. Informationsbroschüren, Leitlinien als Therapeuten- und/oder Patientenversionen, Handlungsalgorithmen, öffentliche und private Beratungsstellen. Sie werden von ganz unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen angeboten, wie z.B. von Krankenhäusern, Ärzteverbänden, Apotheken, Pflegediensten, Pflegekassen, Verbraucherberatungen, Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens, Patientenschutzbündnisse.

Entscheidungshilfen für das Gesundheitswesen verfolgen das Ziel, einen nachvollziehbaren, objektiven und ergebnisoffenen Entscheidungsprozess zu begleiten. Nachvollziehbare Informationen über Chancen und Risiken, wissensbasierte Prognosen und die Einbeziehung aller betroffenen Akteure unterstützen den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess, der als gemeinsam entwickelte Entscheidung in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung integriert werden kann. Abschließend erstellte Dokumente mit handlungsleitenden Vorgaben stehen allen am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung und können auf ihre Initiative hin evaluiert und an neuen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Folgende Verfahren kommen in diesem Zusammenhang zur Anwendung:

Evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI): Diese stehen inzwischen in hoher Zahl zur Verfügung und sind inhaltlich verbraucherfreundlich aufbereitet. Sie bilden den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum typischen Krankheitsverlauf, zur derzeit empfohlenen Diagnostik, zu wirksamen Interventionen, zum Erfolg von Therapien, möglichen Risiken und Nebenwirkungen ab (vgl. Patientenleitlinien AWMF).

Die Empfehlungen der Leitlinien können auf subjektive Patientenziele abgestimmt werden, da medizinische Endpunkte, wie z.B. die Lebensqualität, berücksichtigt werden können. Ihre Entwicklung ist zeitaufwändig, da in der Regel eine professionelle Leitlinie in eine laienverständliche Sprache „übersetzt“ wird.

Shared-Decision-Making (SDM): Hierbei handelt es sich um eine Methode, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu gesundheitlichen und pflegerischen Fragen zwischen Patienten, seinen Angehörigen und professionellen Personen zu gestalten. Alle in eine Entscheidungsfindung involvierten Personen bekommen die Gelegenheit, relevante Informationen auszutauschen, zu bewerten, um im Anschluss eine gemeinsam zu tragende Entscheidung zu treffen. In der Regel bietet hierzu der professionelle Experte, z.B. der behandelnde Arzt, alle relevanten und evidenzbasierten Empfehlungen zu einem geplanten therapeutischen oder diagnostischen Vorgehen an, stellt hierzu mögliche Alternativen vor oder empfiehlt die Einholung einer Zweitmeinung. Bei Entscheidungen zu komplexen Krankheitsbildern oder zu lebensbedrohlichen Lebenssituationen können die Vertrauenspersonen der Patienten hinzugezogen werden. Der Patient nutzt vor der endgültigen Entscheidung eine Bedenkzeit.

Entscheidungshilfen (EH): Bei medizinischen Entscheidungshilfen handelt es sich um Erläuterungen zum Krankheitsbild und dessen Verlauf, z.B. mit verbraucherfreundlich gestalteten Printmedien, Filmen, Erfahrungsberichten etc. Sie sollen dabei sowohl die Kognition als auch die Emotionen des Patienten ansprechen und können dabei helfen, zukünftige Diagnostik und Interventionen begründeter zu befürworten oder abzulehnen. In der Auseinandersetzung mit Entscheidungshilfen hat der Patient die Gelegenheit, sich in Details der Erkrankung etc. zu vertiefen, um eine Informationsbasis zu erlangen, die eine persönliche Sicherheit vermitteln kann. Ihr wird eine positive Auswirkung auf die spätere Krankheitsbewältigung oder einer positiv empfundenen Lebensqualität zugesprochen. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen für spezifische Versorgungssituationen ist aufwendig, denn sie sollte auf ihre Wirkung bei Patienten und ihren Vertrauenspersonen geprüft werden.

Von den medizinischen Fachgesellschaften wird häufig kritisiert, dass die derzeit im Umfeld der Patienten- und Pflegeversorgung eingesetzten Entscheidungshilfen, wie z.B. Informations- und Beratungsmaterialien für die Patienten und Angehörigen, nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen, nicht hinreichend laienverständlich sind und damit in ihrer Wirkung unzuverlässig sind, was zu Unsicherheiten bei den Patienten führen kann.

In der praktischen Umsetzung der in Avenue-Pal entwickelten Leitlinien zur Reduktion unzulässiger und vermeidbarer Verlegungen Sterbender werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen, deren gelungene Einbindung und Kooperation von hervorragender Bedeutung für das Erreichen der formulierten Projektziele ist. Es ist klar, je komplexer der Zielanspruch, umso mehr Akteure aus unterschiedlichen

Handlungsbereichen mit unterschiedlichen Aufträgen sollten erfolgreich und zielführend angesprochen und eingebunden werden. Für fünf ausgewählte Zielgruppen wurden EH's formuliert:

1. die Angehörigen, Verwandte, Freunde, Caregiver,
2. der Hausarzt,
3. der Krankenhausarzt,
4. der Notarzt,
5. die Gemeinde, Organisationen und Akteure, die das das Quartier einer Gemeinde konstituieren (Kirche, Bürgerschaft, Vereine, etc.).

Diese heterogene Gruppe mit ihren zahlreichen Akteuren eint das Avenue-Pal-Ziel, die Versorgung eines sterbenden Menschen vor Ort zu konsolidieren, um so dazu beizutragen, dass schwerkranke, hochaltrige, sterbende Patienten, Bewohner und Bürger keinen unnötigen Verlegungen ausgesetzt sind. Dazu muss die Situation dieser fünf relevanten Akteure in Bezug auf die Projektziele genauer erfasst werden (siehe etwa die Ergebnisse der Ärztebefragung in Phase 1) und durch geeignete Ansprache und Informationen bestmöglich unterstützt werden. Auch wenn diese Herausforderung nicht allein durch Entscheidungshilfen bearbeitet werden kann, stellen diese doch eine wichtige Hilfestellung in der Klärung der Rolle und Aufgaben der Angehörigen, Hausärzte, Krankenhausärzte, Notärztliche Versorger und der Gemeinde dar.

Handlungsempfehlungen: Diese werden z.T. sinngleich mit oben beschriebenen EH's verwendet. In allgemeineren und abgeschwächten Sinn resultieren diese häufig als verhaltensorientierte Empfehlung aufgrund der Ergebnisse substanzieller Ausarbeitungen bzw. Berichterstattungen.

Übersicht der Entscheidungshilfen:

Zielgruppe	Genauere Zielbestimmung der EH	Anschluss	Prinzipieller Aufbau	Mögliche Medien Papier / Online / ...
Angehörige	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	
	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung,	Print, Help-Desk

Hausärzte ¹	zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.		handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	
Krankenhausarzt	Der „normale“ Krankenhausarzt auf Allgemein- aber auch auf Intensivstation ist von großer Bedeutung für die Versorgung in der letzten Lebensphase. Auch wenn er einen palliativen Konsildienst einbindet, sind dessen Kompetenzen begrenzt und seine Empfehlungen bedürfen der Koordination im gesamten Stationsteam.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Notarzt	Not-, Nacht- und Wochenenddienste werden in Krisensituationen hinzugezogen. Sie sind auf die zur Verfügung gestellten Informationen und ihre Erfahrungen angewiesen. Häufig wird sehr frühzeitig auf eine Verlegung / Einweisung hingewirkt. Es gilt, die geeigneten Informationen strukturiert vorzuhalten.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Gemeinde	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese vermieden werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, Anhänge	

Tabelle: Übersicht der Entscheidungshilfen

¹ Fokus liegt auf der Situation Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

1. Entscheidungshilfen für die An- und Zugehörigen (Verwandte, Freunde, Caregiver)

- Ausgangssituation:

Besonders Schwerkranke, Menschen in deren letzten Lebensabschnitt und deren Angehörige sind - nicht nur in den Informations- und Beratungsgesprächen - oft emotional aufgeregt und verunsichert. Wichtig ist, Gesprächsbereitschaft für alle Fragen und Anliegen der Betroffenen zu signalisieren, unabhängig davon, wie oft und bei welchem Anlass sie von dem Gesprächsangebot Gebrauch machen. Sehr hilfreich kann auch eine „Angehörigen- und Patientensprechstunde“ sein, d.h. die Betroffenen können jederzeit kommen, auch ohne vorherige Terminabsprache. Berufstätigen Angehörigen sollen ohnehin Termine außerhalb der Bürozeiten oder an den Wochenenden angeboten werden. Neben einer umsichtig-fachlichen Beratung sollte grundsätzlich auch Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden bzw. auf geeignete Informations- (Medien) verwiesen werden. Angehörige sollten bestmöglich darauf vorbereitet werden, welche körperlichen, sozialen und psychologischen Veränderungen bei ihrem Familienmitglied in der letzten Lebensphase absehbar sind. Auch sollten die Angehörigen ermutigt werden, sich aktiv in den Betreuungsprozess einzubringen. Wichtig ist es, die Angehörigen dahingehend zu ermutigen und anzuleiten, sich in der Gegenwart des Patienten immer so zu verhalten, dass dieser alles wahrnehmen und hören kann, was gesprochen und entschieden wird. Auch für diese Situationen ist es hilfreich, auf geeignete Informationen zu verweisen, z.B. auf die Broschüre „Palliative Care in der letzten Lebensphase“. Die Angehörigen werden grundsätzlich zu nichts überredet, was sie nicht leisten können oder möchten. Angehörigen, die „rund um die Uhr“ bei ihrem sterbenden Verwandten bleiben wollen, wird dies ermöglicht. Auf eine Übernachtungs- und Verpflegungsmöglichkeit sollte hingewiesen werden. Aber auch wenn sich Angehörige zurückziehen bzw. passiv bleiben, ist dies zu tolerieren und sollte nicht zu ablehnenden Bewertungen durch das Team führen. Die Integration und Beratung der Angehörigen hat u.a. auch das Ziel, sie darin zu unterstützen, die Situation zu bewältigen. Hierfür ist es hilfreich, dass die Angehörigen lernen, den „Sterbenden“ gehen zu lassen. Dies kann für den Sterbenden selbst eine Erleichterung sein. Die Angehörigen werden im Sterbeprozess immer wieder ermutigt, Kontakt - etwa in der Verrichtung kleinerer Entlastungen - zu ihren sterbenden Verwandten aufzunehmen und diesen mit zu versorgen. Für die Bewältigung der Situation durch den Angehörigen ist es wichtig, dass diesem frühzeitig Unterstützung - etwa durch einen psychologischen oder seelsorgerischen Dienst - angeboten wird bzw. dieser selber die Ansprache sucht. Die den Sterbenden betreuende Pflegekraft besitzt eine wichtige, koordinative Funktion, die soziale Teilhabe des Patienten, aber auch des Angehörigen im Blick zu haben. Studien belegen, dass die Begleitung eines Sterbenden für viele Familien hilfreich verlaufen kann. Wichtig für die

Helfer ist es, um die Trauer der Angehörigen zu wissen, die bereits vor dem eigentlichen Tod mit starken Gefühlen einsetzen kann. Es ist sehr wichtig für den Verlauf der Trauer, dass Angehörigen – für den Fall, dass diese anwesend sind - in der Stunde des Todes sich begleitet wissen und dass sie (und die Familie) sich von dem Verstorbenen verabschieden können. Hierfür ist ein Rahmen zu schaffen, der dies ermöglicht. Angehörige sollten grundsätzlich auch über die Möglichkeiten einer Trauerberatung informiert werden.

- Ziele der EH:

Ziel dieser EH ist es, Angehörige - deren Motivation, Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend - bestmöglich in die Betreuung der letzten Lebensphase, d.h. aktiv, einzubinden. Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, beratene, geschulte und in die Entscheidungen miteinbezogene Angehörige nicht notwendige Verlegungen ursächlich mit auf den Weg bringen. Ziel ist es auch, denjenigen Angehörigen, die sich nicht am erkennbaren Willen des Bewohners orientieren und/oder den Erfahrungen der Helfer nicht folgen, Argumente und Reflexionshilfen anzubieten, dass diese "kluge Entscheidungen" treffen können. Für alle Interaktionen mit den Angehörigen gilt, sprachlich, inhaltlich und didaktisch so vorzugehen, dass diese die zu vermittelnden Zielstellungen und Vorgehensschritte verstehen und hierbei - mit ihren Einschätzungen und Empfehlungen - eingebunden werden. In den Pflegeeinrichtungen ist der ACP Prozess (vorausschauende Planung des Lebensendes), wenn vorhanden, die Metastruktur. Diese ermöglicht bzw. bindet einen großen Anteil der Handlungen zwischen Bewohner (Patienten), Angehörigen und der Einrichtung mit ein.

Wichtig ist, dass die formulierten Empfehlungen mit der LL- Implementierung einhergehen. Das Projektmanagement wird durch die Pflegeheime (bzw. Krankenhäuser) vorgetragen und übernommen. Die definierte Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist wichtiger Bestandteil der LL. Hierzu wird auch eine App entwickelt. So gelingt es die Angehörigen frühzeitig zu informieren, einzubeziehen und zu befähigen, die letzte Lebensphase zu begleiten.









	Farbe	Piktogramm	Schrifttyp	Zeitlogik (kurz-, mittel-, langfristig)		Hierarchie
Information			Zuhören oder / und Lesen Wissenserwerb			
Beratung			Zwei oder der Personen im Gespräch			
Schulung (intellektuell und praktisch)			Training bzw. Lehrdarstellung			
Unterstützung (Support) durch eigenes Netzwerk (Familie u.a.)			Zusammenarbeit Familie			
Unterstützung (Support) durch professionelle Helfer / Netzwerk			Zusammenarbeit mit Experten			
Kooperation			Netzwerk			
Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Tabelle oder Liste			
App Leistungen			App-Symbol			






Tabelle 1: Übersicht der Interventionen (Maßnahmen), Piktogramm und Verdeutlichung

Risiko: Es besteht kein geeigneter Informations-, Kommunikations- und Handlungsprozess zwischen Einrichtung und Angehörigen.



Positivempfehlung:

Ziel ist es einen klaren Informationsprozess zwischen den Angehörigen (Familie) und der stationären Pflegeeinrichtung/Krankenhaus zu etablieren. Bleibt dieser unverbindlich, wird sich dieser in einer Krisensituation als nicht belastbar erweisen und die Situation zusätzlich destabilisieren. Dabei geht es durchaus, aber nicht nur um die Vermittlung von Informationen, sondern um deren Übersetzung in subjektiv relevantes orientierungs- und handlungsleitendes Wissen durch Deutung, Bewertung und In-Bezug-Setzen von Informationen vor dem Hintergrund der je eigenen Situation.

Angehörigentext:

	<i>Es ist wichtig, dass Sie einen möglichst klaren und kontinuierlichen Informationsprozess zwischen sich und der Einrichtung herstellen. Ein Ablaufplan kann dabei unterstützen.</i>	<i>K²</i>	<i>Dies wird durch App teilweise vermutlich in der späteren Entwicklungsphase abgedeckt.</i>
	<i>Die meisten Einrichtungen bieten einen Ansprechpartner bzw. eine entsprechende Telefonnummer an, die Sie nutzen können.</i>	<i>K</i>	<i>Die App bietet die Möglichkeit, eine Kontaktliste zu speichern.</i>
	<i>Sie sollten Ihre persönlichen Kontakte vor Ort auch dazu verwenden, Ihren Ansprechpartner tatsächlich „anzusprechen“, auch, um eine persönliche Beziehung aufzubauen.</i>	<i>M</i>	<i>Die App bietet die Möglichkeit, eine Kontaktliste zu speichern.</i>
	<i>Es ist wichtig, dass Sie den Informationsprozess zwischen sich und der Einrichtung auch durch eine (kurz gehaltene) Informationsbroschüre, die die wichtigsten Basis-Informationen zum Umgang mit Krisensituationen u.a. beinhaltet, ergänzen.</i>		<i>Die App weist auf die Broschüre hin und bietet die Möglichkeit, die Broschüre auch Online anzusehen und ggf. zu bestellen.</i>
	<i>Erstellen Sie eine Liste von relevanten Personen in der Einrichtung (Bereichsleitung, Verwaltung, Seelsorger, Küche etc.) Ihres Angehörigen. Erstellen Sie eine Liste der Familienmitglieder, wichtigen Bekannten und formellen Dienstleistern (Ämter, Bank, Hausarzt,</i>	<i>M-L</i>	<i>In der App sind die Kontaktpersonen in den Pflegeeinrichtungen hinzufügbare. Zusätzlich sind die Kontaktdaten mehrerer Personen hinterlegbar, für</i>

² K = kurzfristig (innerhalb von drei Monaten), M = mittelfristig (innerhalb eines Jahres), L = langfristig (innerhalb von drei bis fünf Jahren)


	<p><i>Pflegekasse etc.). Am besten legen Sie einen Ordner an (Telefon, Mobiltelefon oder e-mail).</i></p> <p><i>Formulieren Sie einen Alarmplan (Wen rufen Sie wann an? etc.)</i></p> <p><i>Fragen Sie in der Einrichtung nach, ob diese über einen Notfallplan für Ihren Angehörigen verfügen.</i></p> <p><i>Legen Sie telefonische Anrufketten fest.</i></p>		<p><i>besonders große Familien mindestens sechs.</i></p>
	<p><i>Überlegen Sie sich eine Person/Verwandten, die Sie im Falle ihrer Verhinderung und Abwesenheit ersetzen kann. Dies kann, muss aber kein Familienmitglied sein. Stimmen Sie sich ab.</i></p>	K	<p><i>Weitere Angehörige mit den notwendigen Daten sind in App abgebildet.</i></p>
	<p><i>Es ist hilfreich, eine Person zu identifizieren, die sich „mit dem Internet auskennt“.</i></p>	M	<p><i>Der/die Nutzer/in ist diese Person.</i></p>







Risiko: **Zu viele Dinge, die den Sterbenden betreffen, sind ungeklärt.**

Positivempfehlung:

Häufig besteht Klärungsbedarf in unterschiedliche Richtungen: familiäre und testamentarische Klärungen (im Sinne eines Regelns der letzten Dinge) aber auch was den Sterbevorgang betrifft, die Gestaltung des Abschiednehmens und der Trauer. Somit ist es wichtig, dass die Angehörigen frühzeitig in die „vorausschauende Lebensplangestaltung bzw. Gestaltung des Lebensendes“ (ACP) einbezogen werden, dass diese das Verfahren verstehen und dessen Anwendung als wichtig für den betroffenen Bewohner/Patienten, aber auch für die zurückbleibende Familie erkennen. Ergänzend ist immer auch die Erstellung eines Patiententestaments zu prüfen, wenn dieses noch nicht vorhanden sein sollte.

Angehörigentext:

	<p><i>Machen Sie sich mit dem ACP-Verfahren vertraut. Es wird in allen Pflegeeinrichtungen zur Anwendung gebracht. (Welches sind die Ziele, welche Vereinbarungen werden beschlossen und wen betreffen diese in der letzten Lebensphase ihres sterbenden Angehörigen?)</i></p>	M	<p><i>Die App bietet Informationen über ACP-Verfahren, schlägt Schulungen zu ACP vor und bietet Kontakte mit den</i></p>
---	--	---	--






			<i>Partnern an, die ACP-Verfahren klug durchführen können.</i>
	<i>Es ist zusätzlich wichtig zu wissen, welches die Ziele und Inhalte eines Patienten- bzw. Bewohnertestamentes / einer Bewohner- bzw. Patientenverfügung sind. Machen Sie sich mit den Inhalten vertraut bzw. sprechen Sie ein geeignetes Familienmitglied hierfür an.</i>	M-L	<i>Die App hilft bei der Erstellung einer Bewohner- bzw. Patientenverfügung (modulare Zusammensetzung).</i>
	<i>Die Informationen hierzu sind am einfachsten aus dem Internet aber auch von Pflegestützpunkten, Pflegeberatern, BeKos (Beratungs- und Koordinierungsstellen) oder auch der Kranken- und Pflegekasse zu erhalten. Der Besuch einer BeKo ist zu empfehlen. Die christlichen Kirchen verfügen über die Vorlage eines Patiententestaments.</i>	M	<i>Die App bietet Informationen sowohl über Verfügungen und Testamente, als auch eine Kontaktliste und Auszüge aus den Broschüren der Pflegestützpunkten, BeKos etc.</i>
	<i>Stimmen Sie sich, wenn immer möglich, und sinnvoll kontinuierlich mit Ihrer Familie ab.</i>	M-L	<i>Die App wird vermutlich in einer späteren Entwicklungsphase die Funktion „Family Sharing“ besitzen.</i>
	<i>Wenn ein offizielles Testament vorliegt, sind häufig die mit diesen beauftragten Juristen geeignete ergänzende Ansprechpartner. Klären Sie mit der Familie und dem Betroffenen, wie die Beerdigung verlaufen soll u.ä.</i>	M-L	<i>Die App bietet hilfreiche Partner an, basierend auf der Geoposition.</i>
	<i>Gerade die Gespräche, die sich aufgrund des ACP-Vorgehens ergeben, sind gut geeignet, mit ihrem Angehörigen auch über schwere Themen in das Gespräch zu kommen.</i>	M	<i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung.</i>
	<i>Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Möglichkeiten einer Beisetzung, versuchen Sie sich mit Ihren Angehörigen und der Familie abzustimmen. Lassen Sie sich frühzeitig von einem Bestatter beraten bzw. informieren Sie sich über das Bestattungswesen und die finanziellen Aufwendungen dazu.</i>		<i>Die App bietet hilfreiche Partner an, basierend auf der Geoposition.</i>




Risiko: Der Angehörige ist überfordert.

Positivempfehlung:

Es gibt unterschiedliche Begründungen, die zu physischen oder psychischen Überlastungen der Angehörigen führen. Ein dauerhaft überlasteter Angehöriger wird aller Wahrscheinlichkeit nach häufig Fehler machen, sich und andere überfordern. Demnach gilt es, dasjenige zu unternehmen, das eine Risikominimierung bewirken kann.

Angehörigentext:

	<p><i>Es ist wichtig, die eigene Rolle / die eigene Verantwortung für den erkrankten/sterbenden Angehörigen eher als Koordinator zwischen Experten- und Familienwelt wahrzunehmen, anstelle des professionellen Gestalters und pflegenden Angehörigen. Verteilen Sie Aufgaben auf mehrere Schultern, um die persönliche Belastung geringer zu halten und sich nicht zu überfordern. Das hilft, um in schwierigen Situationen stabil zu sein.</i></p>	<p><i>K-M</i></p>	<p><i>Die App bietet Informationsartikel zu diesem Thema.</i></p>
	<p><i>Die Erfahrung zeigt, dass die Situation des Sterbens eines Angehörigen für Familien eine Möglichkeit darstellt, gestärkt daraus hervorzugehen. Es ist zu prüfen, wie darauf hingewirkt werden kann.</i></p>	<p><i>L</i></p>	<p><i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung.</i></p>
	<p><i>Häufig stellt sich die letzte Lebensphase als ein längerer Weg da. Es ist wichtig, sich zeitig „Aus- und Erholungszeiten“ einzuräumen. Es ist umsichtig, zeitig weitere Familienmitglieder und Freunde einzubeziehen.</i></p>	<p><i>M-L</i></p>	<p><i>Die App bietet Informationen über die „Selbsthilfe“ für Angehörige.</i></p>
	<p><i>Prüfen Sie auch, welche Freunde, Bekannte, Kollegen etc. Sie informieren und ermutigen können, sich zu engagieren.</i></p>	<p><i>K-M</i></p>	<p><i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung.</i></p>
	<p><i>(Offen) ausgetragene Problemstellungen zwischen Angehörigen wirken sich am Sterbebett belastend auf den Sterbenden aus.</i></p>		<p><i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung. Stellen Sie u.U. ein individuelles Gesprächsangebot und</i></p>


			<i>nehmen Sie ggf. eine Pflegeberatung in Anspruch.</i>
	<i>(Offen) ausgetragene Problemstellungen zwischen Angehörigen wirken sich am Sterbebett belastend auf den Sterbenden aus.</i>		<i>Die App bietet Listen von Hilfsangeboten.</i>
	<i>Prüfen Sie immer auch, ob Sie auch durch professionelle Akteure / Hilfsangebote entlastet bzw. beraten werden können. Fordern Sie ggf. eine Pflegeberatung über die Pflegeversicherung ein.</i>	<i>K-M</i>	<i>Die App bietet Listen von Hilfsangeboten, Schulungen etc. für pflegende Angehörige.</i>
	<i>Es sind die kleinen täglichen „Verstärkungen“, die wichtig sind. Versuchen Sie unbedingt, die Ihnen wichtigen Rituale und Programmpunkte, die für ihre Gesundheit und Wohlbefinden wichtig sind, durchzuhalten.</i>		<i>Die App bietet Terminplanungen und Erinnerungen für das Besuchen von Angehörigen an.</i>





Risiko: **Der Angehörige weiß zu wenig über „das Sterben“.**

Positivempfehlung

Zahlreiche Befunde als auch die Erfahrungen von Praktikern weisen darauf hin, dass sich die Angehörigen (als auch die von diesen begleiteten sterbenden Menschen, die in aller Regel Eltern oder Ehepartner sind) nur unzureichend über das Sterben und die letzte Lebensphase informiert oder gar gemeinsam abstimmt haben. Diese Defizite holen die Betroffenen ein. Selbst wenn die Betroffenen sich „gut informiert“ wännen, zeigen sich nun – bei vielen der Betroffenen - die Unterschiede zwischen theoretischem Wissen und praktischem Erfahren.

Angehörigentext:

	<i>Es ist hilfreich, sich über die letzte Lebensphase und das Sterben zu informieren. Das Gespräch sollte in unterschiedliche Richtungen hergestellt werden, z.B. im Kreis der Familie, der wichtigsten Freunde und Bekannten. Zahlreiche Organisationen bieten gute Unterstützungs- und Informationsangebote an, u.a. die Kirchengemeinden, Hausärzte</i>	<i>M-L</i>	<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an.</i>
---	--	------------	--




	<i>und Hospizgruppen. Zusätzlich ist dies auch Teil der Pflegeberatung durch die Pflegeversicherung.</i>		
	<i>Im Umfeld der Palliativversorgung existieren Broschüren und Gesprächsangebote, die Ängste und Einschätzungen, wie etwa vor nicht kontrollierbaren Schmerzen während der letzten Lebensstage, reflektieren. Die Vermittlung des Wissens beispielsweise über die Schmerzlinderung führt zur Beruhigung und Gelassenheit.</i>	M	<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an. Durch ein Schmerzprotokoll in der App ist die Situation etwas besser kontrollierbar.</i>
	<i>Erneut ist es wichtig, sich möglichst frühzeitig über den Sterbeprozess zu informieren, zugleich ist es nie zu spät, damit zu beginnen.</i>	M	<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an.</i>
	<i>Von der bekannten Forscherin Kübler-Ross stammt der Leitsatz, „den Sterbenden in der Erledigung der letzten Dinge zu unterstützen“. Dieser Satz ist in unterschiedlicher Intention bis heute gültig. Sie können sich hierbei sehr hilfreich einbringen.</i>	K-M	<i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung. Versuchen Sie, mit Ihrem Angehörigen darüber ins Gespräch zu kommen.</i>
	<i>Die meisten Menschen blicken auf ein reiches und insgesamt glückliches Leben zurück. Das sollte Ihnen erleichtern, „den Sterbenden loszulassen“. Ein Sterbebegleiter kann zwischen Ihnen vermitteln.</i>	L	<i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung.</i>
	<i>Die Angehörigen sind mit dem Sinn des Lebens und der eignen Endlichkeit konfrontiert und suchen eigene Antworten, auch für ihr eigenes Leben.</i>		<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an. Die App bietet Informationen zu den örtlichen Gemeindepfarrern an. Die App bietet Informationen zu Trauergesprächskreisen an.</i>

Risiko: **Der Angehörige glaubt er könne nicht hilfreich sein bzw. wähnt sich an der Peripherie des Geschehens.**

Negativempfehlung

Angehörige dürfen/sollen sich selber als wichtigste Partner für den sterbenden Menschen wahrnehmen. Auch wenn – etwa durch die Familiengeschichte begründet - unüberwindlich (erscheinende), aber auch durch räumliche Distanz Limitierungen bestehen, sollte so gearbeitet werden, dass sich die Angehörigen – auf durchaus unterschiedliche Weise – als hilfreich für den Verlauf der Situation bzw. den Sterbenden begreifen.

Angehörigentext:







	<p><i>Oftmals sind Angehörige räumlich weit entfernt oder auch sozial und emotional „weit entfernt“. Gleichwohl können beide Situationen genutzt werden, dem Sterbenden zur Seite zu stehen, seine soziale Teilhabe mit zu ermöglichen.</i></p>		<p><i>Die App bietet Terminplanungen und Erinnerungen für das Besuchen Ihres Angehörigen an.</i></p>
	<p><i>Gerade wenn sich Sie sich mehr als „Kordinator“ oder „Mit-Organisator“ verstehen, kommt Ihnen eine zentrale Rolle zu. Sie brauchen nicht unbedingt präsent zu sein, um nützliche Aktivitäten auf den Weg zu bringen. Über eine solche Rolle kann man sich auch mit der Pflegeeinrichtung abstimmen.</i></p>		<p><i>Die App ist Zentrum der Organisation und unterstützt Sie dabei den auf mehreren Ebenen.</i></p>
	<p><i>(Nicht nur) für weit entfernt lebende Angehörige ist es u.U. wichtig, die Bezugspersonen des Sterbenden nicht nur telefonisch zu sprechen, sondern diese auch zu sehen. Es sollten Möglichkeiten des z.B. Skypens vorgehalten werden.</i></p>		<p><i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an.</i></p>

Risiko: **Der Angehörige wirkt auf eine Verlegung in ein Krankenhaus hin.**

In einem nicht unerheblichen Teil der Sterbeverläufe kommt es zu nochmaligen Verlegungen der Sterbenden in einen anderen Betreuungsbereich bzw. Betreuungsdienstleister z.B. aus einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus. Zum größten Teil sind diese Verlegungen nicht begründet.



Angehörigentext:

	<i>Es ist hilfreich, sich über die letzte Lebensphase zu informieren.</i>	<i>M-L</i>	<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an.</i>
	<i>Im Umfeld der Palliativversorgung existieren Broschüren und Gesprächsangebote, die Ängste und Einschätzungen, wie etwa vor nicht kontrollierbaren Schmerzen, während der letzten Lebenstage reflektieren. Die Vermittlung des Wissens beispielsweise über die Schmerzlinderung führt zur Beruhigung und Gelassenheit. In diesem Punkt können auch Ärzte mit eingebunden werden.</i>	<i>M</i>	<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an. Durch Schmerzprotokoll in der App ist die Situation etwas besser kontrollierbar.</i>
	<i>Erneut ist es wichtig, sich möglichst frühzeitig über den Sterbeprozess zu informieren, zugleich ist es nie zu spät, damit zu beginnen.</i>	<i>M</i>	<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an.</i>
	<i>Sie benötigen spirituelle Unterstützung.</i>		<i>Die App bietet Informationen zu dem Thema an. Die App bietet Informationen zu den örtlichen Gemeindepfarrern an. Die App bietet Informationen zu Gesprächsmöglichkeiten an.</i>
	<i>Von der bekannten Forscherin Kübler-Ross stammt der Leitsatz, „den Sterbenden in der Erledigung der letzten Dinge zu unterstützen“. Dieser Satz ist in unterschiedlicher Intention bis heute gültig. Angehörige können sich hierbei sehr hilfreich einbringen.</i>	<i>K-M</i>	<i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung.</i>
	<i>Die meisten Menschen blicken auf ein reiches und insgesamt glückliches Leben zurück. Das sollte es Ihnen erleichtern, „den Sterbenden loszulassen“.</i>	<i>L</i>	<i>Die App leistet hierfür keine Unterstützung.</i>
	<i>Sie benötigen Unterstützung.</i>	<i>M-L</i>	<i>Die App bietet hilfreiche Partner an, basierend auf der Geoposition</i>



„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ (C. Saunders)

Als Angehöriger oder nahestehende Person einem Menschen im letzten Lebensabschnitt beizustehen ist nicht nur emotional eine enorme Herausforderung. Sie stehen vor vielen Fragen und wichtigen Entscheidungen, die Sie bestmöglich für Ihr Familienmitglied und seinem Willen und Vorstellungen entsprechend treffen möchten, damit sie /er ihre/seine letzten Tage möglichst angenehm und erfüllt erleben kann.

Mit unserem Projekt möchten wir Sie dabei unterstützen. In der „Entscheidungshilfe für Angehörige“ finden Sie Empfehlungen, wie Sie die Betreuungssituation Ihres Angehörigen verbessern, „kluge“ Entscheidungen treffen und Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch unnötige Verlegungen vermeiden können.

In diesem Flyer enthalten ist eine Kurzform dieser Entscheidungshilfe mit Ratschlägen zu notwendigen Informationen und hilfreichen Beratungen und Schulungen. Zudem bietet sie Empfehlungen, wie Sie Unterstützung durch ein eigenes Netzwerk sowie professionelle Helfer finden können.

Help Desk

Die Entscheidungshilfen basieren auf Leitlinien, die im Projekt Avenue-Pal gemäß den Anforderungen der AWMF entwickelt wurden. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist daher, die in den Entscheidungshilfen formulierten Empfehlungen in Zusammenhang mit den Leitlinien zu betrachten. Zur Implementierung der Leitlinien in Ihrer Praxis wird Ihnen ein Help Desk zur Verfügung stehen, der Sie, angepasst an Ihre Ausgangssituation, mit Informationen über erforderliche Maßnahmen bis hin zu einem individuellen Projektmanagement unterstützt.

Der Help Desk ist zurzeit in Entwicklung begriffen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf unserer Projekt-Website www.avenue-pal.de.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

www.avenue-pal.de

Entscheidungshilfe für Angehörige

(Verwandte, Freunde, Caregiver)





► **Information**



► **Beratung**



► **Schulung**



► **Unterstützung
(eigenes Netzwerk)**



► **Unterstützung
(professionelle Helfer)**



► **Kooperation**



► **Dokumentation**



► App
Leistungen
verfügbar

Situation 1: Es besteht kein geeigneter Informations-, Kommunikations- und Handlungsprozess zwischen mir und den Einrichtungen.

► Wichtig ist, dass Sie den Informationsprozess durch eine Informationsbroschüre mit den wichtigsten Basis-Informationen zum Umgang mit Krisensituationen ergänzen.

► Wichtig ist, dass Sie einen klaren u. kontinuierlichen Informationsprozess herstellen.
► Die meisten Einrichtungen bieten Ansprechpartner bzw. eine entsprechende Telefonnummer. Sie sollten diese persönlichen Kontakte vor Ort auch „ansprechen“.

► Überlegen Sie sich eine Person bzw. einen Verwandten, der Sie im Fall Ihrer Verhinderung und Abwesenheit vertreten kann.

► Hilfreich ist eine Person, die sich „mit dem Internet auskennt“.

► Erstellen Sie eine Liste relevanter Personen in der Einrichtung, eine Liste der Familienmitglieder, wichtigen Bekannten und formellen Dienstleister mit Kontaktdaten.
► Formulieren Sie einen Alarmplan und fragen Sie in der Einrichtung nach einem Notfallplan.



Situation 2: Zu viele Dinge, die den Sterbenden betreffen, sind ungeklärt.

► Machen Sie sich mit dem Verfahren der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (ACP) sowie mit Patienten- bzw. Bewohner- testament und Patienten- bzw. Bewohnerverfügung vertraut.

► Stimmen Sie sich sinnvoll mit Ihrer Familie ab.
► Über das ACP-Verfahren können Sie mit Ihrem Angehörigen auch über schwere Themen ins Gespräch kommen.

► Der geeignete Ansprechpartner bei offiziellem Testament ist häufig der beauftragte Jurist.
► Klären Sie die Beerdigung mit Ihrer Familie bzw. Ihrem Angehörigen.

► Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Möglichkeiten der Beisetzung und das Bestattungswesen. Lassen Sie sich frühzeitig beraten und stimmen Sie sich mit Ihrem Angehörigen bzw. der Familie ab.



Situation 3: Ich bin überfordert.

► (Offen) ausgetragene Problemstellungen zwischen Angehörigen am Sterbebett wirken sich belastend auf den Sterbenden aus.

► Wichtig sind kleine tägliche „Verstärkungen“: Versuchen Sie, wichtige Rituale und Programmpunkte für ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden durchzuhalten.

► Prüfen Sie, wie die Situation Ihre Familie stärken kann.
► Räumen Sie sich „Aus- und Erholungszeiten“ ein und beziehen Sie Familienmitglieder, Freunde und Bekannte mit ein.

► Prüfen Sie immer, ob Sie auch durch professionelle Akteure bzw. Hilfsangebote entlastet bzw. beraten werden können.

► Wichtig ist, die eigene Rolle bzw. die eigene Verantwortung gegenüber dem Sterbenden als Koordinator zwischen Experten- und Familienwelt wahrzunehmen.



Situation 4: Ich weiß zu wenig über „das Sterben“.

► Es ist hilfreich, sich über die letzte Lebensphase und das Sterben in unterschiedlichen Richtungen und möglichst früh zu informieren. Zugleich ist es dafür nie zu spät.

► Im Umfeld der Palliativversorgung existieren Broschüren und Gesprächsangebote, die Ängste und Einschätzungen reflektieren u. Wissen vermitteln, das Sie beruhigen kann.

► Von der bekannten Forscherin Kübler-Ross stammt der Leitsatz „den Sterbenden in der Erledigung der letzten Dinge zu unterstützen“. Angehörige können sich hierbei sehr hilfreich einbringen.

► Die meisten Menschen blicken auf ein reiches und insgesamt glückliches Leben zurück. Das sollte es Angehörigen erleichtern, „den Sterbenden loszulassen“.

► Angehörige sind mit dem Sinn des Lebens und der eignen Endlichkeit konfrontiert. Sie können für sich selbst und auch Ihr Leben Antworten suchen.



Situation 5: Ich glaube, ich kann nicht hilfreich sein bzw. befinde mich an der Peripherie des Geschehens.

► Auch bei räumlicher oder sozialer und emotionaler „weiter“ Entfernung können beide Situationen genutzt werden, dem Sterbenden zur Seite zu stehen, seine soziale Teilhabe mit zu ermöglichen.
► Im Verständnis als „Kordinator“ braucht man nicht präsent zu sein, um nützliche Aktivitäten auf den Weg zu bringen. Über eine solche Rolle kann man sich auch mit der Pflegeeinrichtung abstimmen.



Situation 6: Ich wirke auf eine Verlegung hin.

► Es ist hilfreich, sich über die letzte Lebensphase und das Sterben möglichst früh zu informieren. Zugleich ist es dafür nie zu spät.

► Im Umfeld der Palliativversorgung existieren Broschüren und Gesprächsangebote, die nicht notwendigen Ängsten und Einschätzungen Wissen entgegenstellt.

► Von der bekannten Forscherin Kübler-Ross stammt der Leitsatz „den Sterbenden in der Erledigung der letzten Dinge zu unterstützen“. Angehörige können sich hierbei sehr hilfreich einbringen.

► Die meisten Menschen blicken auf ein reiches und insgesamt glückliches Leben zurück. Das sollte es Angehörigen erleichtern, „den Sterbenden loszulassen“.

► Benötigen Angehörige spirituelle Unterstützung, bietet die App Informationen und, basierend auf der Geoposition, hilfreiche Partner an.





Entscheidungshilfen und Informationen für durch die Avenue-Pal LL-Implementierung betroffenen Partner

Wolfgang George
Dr. Mia Richter
Stand 20.08.2020

Allgemeine Einführung

Entscheidungshilfen sind im Bereich des Konsums weit verbreitete Instrumente. Organisationen des Verbraucherschutzes oder berufsständische Vertretungen stellen solche Angebote etwa zur Vorbereitung für individuelle Kaufentscheidungen oder zu Entscheidungen vor medizinischen Behandlungen zur Verfügung. Entscheidungshilfen unterstützen dabei, die Zielsetzung, den Willen und die Präferenzen von Verbrauchern zu formulieren und zu verwirklichen. Um dies zu ermöglichen, werden schrittweise möglichst objektivierbare Kriterien, wie z.B. voraussichtliche Art, Dauer und Umfang, Haltbarkeit des Produkts, Funktionalitäten, Rücktrittsrechte, Garantie etc., eines Produktes oder Dienstleistung identifiziert (1), deren Ausprägung bezüglich des Nutzens oder Auswirkungen auf die Gesundheit für die jeweilige Entscheidung bewertet (2), häufig auch als Gesamtwert- oder Nutzen addiert (3), in medizinischen Entscheidungsprozessen frühzeitig auch alternative Möglichkeiten, Risiken oder Prognosen gegenübergestellt (4). Auf diese Weise entsteht eine möglichst wissensbasierte und zugleich individuelle Entscheidung. Gehen Verbraucher alleine oder auch mit Unterstützung professioneller Unterstützung so vor, können sie Impuls- oder Spontanentscheidungen vermeiden. Stattdessen bereiten sie eine Entscheidung vor, die im Vorfeld abgewogen und bedacht wurde.

Entscheidungshilfen, die in der Regel durch eine ethische Bewertung ergänzt werden, finden auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung Anwendung. Auch hier existieren bereits verschiedene Entscheidungshilfen, wie z.B. Informationsbroschüren, Leitlinien als Therapeuten- und/oder Patientenversionen, Handlungsalgorithmen, öffentliche und private Beratungsstellen. Sie werden von ganz unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen angeboten, wie z.B. von Krankenhäusern, Ärztenverbänden, Apotheken, Pflegediensten, Pflegekassen, Verbraucherberatungen, Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens, Patientenschutzbündnisse.

Entscheidungshilfen für das Gesundheitswesen verfolgen das Ziel, einen nachvollziehbaren, objektiven und ergebnisoffenen Entscheidungsprozess zu begleiten. Nachvollziehbare Informationen über Chancen und Risiken, wissensbasierte Prognosen und die Einbeziehung aller betroffenen Akteure unterstützen den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess, der als gemeinsam entwickelte Entscheidung in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung integriert werden kann. Abschließend erstellte Dokumente mit handlungsleitenden Vorgaben stehen allen am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung und können auf ihre Initiative hin evaluiert und an neuen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Folgende Verfahren kommen in diesem Zusammenhang zur Anwendung:

Evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI): Diese stehen inzwischen in hoher Zahl zur Verfügung und sind inhaltlich verbraucherfreundlich aufbereitet. Sie bilden den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum typischen Krankheitsverlauf, zur derzeit empfohlenen Diagnostik, zu wirksamen Interventionen, zum Erfolg von Therapien, möglichen Risiken und Nebenwirkungen ab (vgl. Patientenleitlinien AWMF). Die Empfehlungen der Leitlinien können auf subjektive Patientenziele abgestimmt werden, da medizinische Endpunkte, wie z.B. die

Lebensqualität, berücksichtigt werden können. Ihre Entwicklung ist zeitaufwändig, da in der Regel eine professionelle Leitlinie in eine laienverständliche Sprache „übersetzt“ wird.

Shared-Decision-Making (SDM): Hierbei handelt es sich um eine Methode, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu gesundheitlichen und pflegerischen Fragen zwischen Patienten, seinen Angehörigen und professionellen Personen zu gestalten. Alle in eine Entscheidungsfindung involvierten Personen bekommen die Gelegenheit, relevante Informationen auszutauschen, zu bewerten, um im Anschluss eine gemeinsam zu tragende Entscheidung zu treffen. In der Regel bietet hierzu der professionelle Experte, z.B. der behandelnde Arzt, alle relevanten und evidenzbasierten Empfehlungen zu einem geplanten therapeutischen oder diagnostischen Vorgehen an, stellt hierzu mögliche Alternativen vor oder empfiehlt die Einholung einer Zweitmeinung. Bei Entscheidungen zu komplexen Krankheitsbildern oder zu lebensbedrohlichen Lebenssituationen können die Vertrauenspersonen der Patienten hinzugezogen werden. Der Patient nutzt vor der endgültigen Entscheidung eine Bedenkzeit.

Entscheidungshilfen (EH): Bei medizinischen Entscheidungshilfen handelt es sich um Erläuterungen zum Krankheitsbild und dessen Verlauf, z.B. mit verbraucherfreundlich gestalteten Printmedien, Filmen, Erfahrungsberichten etc. Sie sollen dabei sowohl die Kognition als auch die Emotionen des Patienten ansprechen und können dabei helfen, zukünftige Diagnostik und Interventionen begründeter zu befürworten oder abzulehnen. In der Auseinandersetzung mit Entscheidungshilfen hat der Patient die Gelegenheit, sich in Details der Erkrankung etc. zu vertiefen, um eine Informationsbasis zu erlangen, die eine persönliche Sicherheit vermitteln kann. Ihr wird eine positive Auswirkung auf die spätere Krankheitsbewältigung oder einer positiv empfundenen Lebensqualität zugesprochen. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen für spezifische Versorgungssituationen ist aufwendig, denn sie sollte auf ihre Wirkung bei Patienten und ihren Vertrauenspersonen geprüft werden.

Von den medizinischen Fachgesellschaften wird häufig kritisiert, dass die derzeit im Umfeld der Patienten- und Pflegeversorgung eingesetzten Entscheidungshilfen, wie z.B. Informations- und Beratungsmaterialien für die Patienten und Angehörigen, nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen, nicht hinreichend laienverständlich sind und damit in ihrer Wirkung unzuverlässig sind, was zu Unsicherheiten bei den Patienten führen kann.

In der praktischen Umsetzung der in Avenue-Pal entwickelten Leitlinien zur Reduktion unzulässiger und vermeidbarer Verlegungen Sterbender werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen, deren gelungene Einbindung und Kooperation von hervorragender Bedeutung für das Erreichen der formulierten Projektziele ist. Es ist klar, je komplexer der Zielanspruch, umso mehr Akteure aus unterschiedlichen Handlungsbereichen mit unterschiedlichen Aufträgen sollten erfolgreich und zielführend angesprochen und eingebunden werden. Für fünf ausgewählte Zielgruppen wurden EH's formuliert:

1. die Angehörigen, Verwandte, Freunde, Caregiver,
2. der Hausarzt,
3. der Krankenhausarzt,
4. der Notarzt,
5. die Gemeinde, Organisationen und Akteure, die das das Quartier einer Gemeinde konstituieren (Kirche, Bürgerschaft, Vereine, etc.).

Diese heterogene Gruppe mit ihren zahlreichen Akteuren eint das Avenue-Pal-Ziel, die Versorgung eines sterbenden Menschen vor Ort zu konsolidieren, um so dazu beizutragen, dass schwerkranke, hochaltrige, sterbende Patienten, Bewohner und Bürger keinen unnötigen Verlegungen ausgesetzt sind. Dazu muss die Situation dieser fünf relevanten Akteure in Bezug auf die Projektziele genauer erfasst werden (siehe etwa die Ergebnisse der Ärztebefragung in Phase 1) und durch geeignete Ansprache und Informationen bestmöglich unterstützt werden. Auch wenn diese Herausforderung nicht allein durch Entscheidungshilfen bearbeitet werden kann, stellen diese doch eine wichtige Hilfestellung in der Klärung der Rolle und Aufgaben der Angehörigen, Hausärzte, Krankenhausärzte, Notärztliche Versorger und der Gemeinde dar.

Handlungsempfehlungen: Diese werden z.T. sinngleich mit oben beschriebenen EH's verwendet. In allgemeineren und abgeschwächten Sinn resultieren diese häufig als verhaltensorientierte Empfehlung aufgrund der Ergebnisse substanzieller Ausarbeitungen bzw. Berichterstattungen.

Übersicht der Entscheidungshilfen:

Zielgruppe	Genauere Zielbestimmung der EH	Anschluss	Prinzipieller Aufbau	Mögliche Medien Papier / Online / ...
Angehörige	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	
Hausärzte ¹	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen,	Print, Help-Desk

¹ Fokus liegt auf der Situation Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

	zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.		Anhänge	
Krankenhausarzt	Der „normale“ Krankenhausarzt auf Allgemein- aber auch auf Intensivstation ist von großer Bedeutung für die Versorgung in der letzten Lebensphase. Auch wenn er einen palliativen Konsildienst einbindet, sind dessen Kompetenzen begrenzt und seine Empfehlungen bedürfen der Koordination im gesamten Stationsteam.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Notarzt	Not-, Nacht- und Wochenenddienste werden in Krisensituationen hinzugezogen. Sie sind auf die zur Verfügung gestellten Informationen und ihre Erfahrungen angewiesen. Häufig wird sehr frühzeitig auf eine Verlegung / Einweisung hingewirkt. Es gilt, die geeigneten Informationen strukturiert vorzuhalten.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Gemeinde	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese vermieden werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, Anhänge	

Tabelle: Übersicht der Entscheidungshilfen

2. Entscheidungshilfe für den Hausarzt

- Ausgangssituation:

Der Hausarzt (HA) ist von herausragender Bedeutung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen². Seit Jahren steht die erreichte Ergebnisqualität der hausärztlichen Versorgung in der Kritik: zu wenige HA würden ihre Patienten situationsgerecht im Heim begleiten, viele HA seien dazu nicht motiviert, zu niedrig deren Finanzierung und hoch der Aufwand, zu weit die Anfahrtswege, die Prozesse in den Pflegeheimen in Bezug auf die Anforderungen des HA nicht hinreichend organisiert. Die Bewältigung von Nacht-, Wochenend- und in Notsituationen wird durch nicht angemessen informierte und eingebundene HA häufig zur ultimativen Herausforderung für alle Beteiligten. Die vorliegende unklare und unübersichtliche Situation geht häufig zu Lasten der Bewohner. Klar ist, dass die insgesamt als „schwierig“ zu charakterisierende Situation für Bewohner in der letzten Phase ihres Lebens als besonders risikobehaftet zu bezeichnen ist. Eigene Studien belegen dies (vgl. ???). Demnach kommt es etwa zu vermehrten Verlegungen sterbender Bewohner in Krankenhäuser. Ist diese Analyse gültig, so ist es dringend geboten, möglichst effektiven Formen der Organisationen der Zusammenarbeit zu identifizieren und zu realisieren.

- Ziele der EH:

Eine vorrausschauende Analyse der vorliegenden Situation bei einem sterbenden Bewohner bildet die Basis für eine präventiv wirksame und bestmögliche Planung der letzten Lebensphase. Hierbei kommt dem HA eine zentrale Rolle durch seine Steuerungs- und Lotsenfunktion im Gesundheitswesen zu. Es gilt, die für die Situation typischen und auch individuellen Risiken zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen bestmöglich zu steuern und einzuschränken. Ein typisches und individuelles Risiko, dessen Eintritt es zu verhindern gilt, ist eine unnötige Verlegung in das Krankenhaus.

² Auch wenn sich in der vorliegenden Entscheidungshilfe maßgeblich auf die Situation einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus bezogen wird, gelten die vorgestellten Reflexionshilfen auch für die Situation im Krankenhaus (auch hier kommt es zu zumeist internen Verlegungen) und auch die Einweisung eines sterbenden Menschen aus dem häuslichen Umfeld in das Krankenhaus muss grundsätzlich als problematisch bewertet werden bzw. lässt die Frage entstehen, ob das häusliche Umfeld tatsächlich bestmöglich unterstützt worden ist.

- Einführung³

Der Implementation der vorliegenden Leitlinie und der Anwendung der vorliegenden Entscheidungshilfe liegt die AWMF – Initiative „*Gemeinsam klug entscheiden*“ zu Grunde und möchte die wichtigsten Empfehlungen in Kurzform zugänglich machen mit dem Ziel, Patienten/ Bewohnern mit ihren individuellen Versorgungsaspekten zu Erkrankungen in den Mittelpunkt stellen, um in der Folge die Versorgungsqualität zu verbessern.

In Anlehnung an eine weitere Initiative der *Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)* bildet eine Positiv- und Negativ-Empfehlung den Ausgangspunkt für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Die Empfehlungen richten sich sowohl an Ärzte als auch an Patienten, denn beide Parteien sollen dahingehend sensibilisiert werden, dass nicht immer alles theoretisch Machbare auch in der Praxis durchgeführt werden sollte. Im Fokus steht dabei die Arzt-Patient-Beziehung, die im Ergebnis die Indikationsqualität verbessern kann. Durch das gemeinsame Erkennen und die gemeinsame Beantwortung von Fragen zu relevanten Entscheidungen ist dies möglich (konsensuelle Wahrheitsfindung). Die so entwickelten und veröffentlichten Empfehlungen werden von einer Konsensus-Kommission kontinuierlich überprüft. Diese erarbeitet auch neue Empfehlungen. Das Vorgehen wird auf dessen Wirksamkeit im Sinne einer externen oder lokalen Evidenz evaluiert. Die Vermeidung von Überversorgung bzw. nicht indizierter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase ist hierbei von hervorragender Bedeutung.

In Bezug auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Phase des Lebensendes wird an dieser Stelle auf verschiedene Positionen verwiesen:

„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten ... Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ (Bundes-Ärzttekammer). Ähnliche Aussagen finden sich in der Charta zur Betreuung Sterbender. Zugleich gilt es, eine Unterversorgung, insbesondere zur Behandlung belastender Symptome oder einer umfassenden psycho-sozialen Unterstützung, zu vermeiden. Die in der Charta formulierten fünf Leitsätze, die mit Unterstützung der Politik auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene entwickelt wurde, sollte systematisch so umgesetzt werden, dass jeder Betroffene

³ Ausführungen erfolgen entlang und z.t. unter wörtlicher Bezugnahme auf **Bernd Alt-Epping**, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Die Verbindung und Übernahme muss abschließend geklärt werden bzw. kann durch geeignete eigene Veröffentlichungen kompensiert werden.

unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung, Lebenslage oder des Versorgungsortes eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung erhält. Zentrale Risikofaktoren könnten die Umsetzung erschweren. Dabei handelt es sich um:

1. Unzureichende Schmerztherapie bei schwerkranken und sterbenden Bewohnern/ Patienten
2. Unzureichende Steuerung der Atemnot
3. Fehlender Einbezug palliativer Kompetenzen
4. Verbesserbarer Einbezug der Angehörigen
5. Verbesserbarer Einbezug der hausärztlichen Versorgungsperspektive

Es folgen Positiv- und Negativaussagen, sie beziehen sich auf obige Risikofaktoren und berücksichtigen dabei im allgemeinen Teil ausgewählte Empfehlungen der „Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ und in einem speziellen Teil die eigens erstellte eigene Leitlinie „Verhinderung nicht indizierter Verlegungen“.

Beruhend die Empfehlungen der S3 LL maßgeblich auf Empfehlungen, denen kontrollierte klinische Studien zugrunde liegen, gründen die spezielleren Empfehlungen auf einer Literaturrecherche, auf zu diesem Zweck durchgeführten Fokusgruppengesprächen und einem zweistufigen Konsensusverfahren.

Die folgenden Empfehlungen adressieren an die Hausärzte, obwohl es sich dabei nur um eine Arztgruppe handelt, die in die medizinische Betreuung von Bewohnern involviert sind. Sie sind aber in der Regel maßgeblich am Prozess des „gemeinsam klug entscheiden“ beteiligt. Dies gilt umso mehr und dringender, da zunehmend ältere Menschen in den Praxen zu betreuen sind.

Teilziel der neuen LL ist es deshalb, zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, eingebundene und in die Entscheidungen einbezogene Hausärzte Verlegungen veranlassen die - im oben beschriebenen Sinn - nicht indiziert sind. Es gilt die Hausärzte bestmöglich zu integrieren, diese in ihrer Verantwortung aktiv einzubinden und diese hierfür bestmöglich, d.h. insbesondere durch geeignete Planungen und Prozesse, aktiv zu entlasten.

Von besonderer Bedeutung ist, dass die hier formulierten Empfehlungen mit der LL- Implementierung zusammen bedacht und eingeführt werden. Das Projektmanagement für die Einführung wird durch die Pflegeheime (bzw. Krankenhäuser) vorgetragen. Die definierte Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist wichtiger Gegenstand der LL. So gilt es, die Hausärzte frühzeitig zu informieren und für das Vorgehen der LL-Implementierung zu gewinnen. So wird den Hausärzten empfohlen, mit den Angehörigen zu kooperieren und diese auch für das ACP-



Verfahren zu gewinnen. Obwohl für das Gelingen des ACP-Prozesses die Verantwortung auf Seiten der Pflegeheimbetreiber liegt, ist klar, dass dessen Wirksamkeit ohne die aktive-motivationale Einbindung des Hausarztes begrenzt bleiben wird.

Problematisches Fallbeispiel: Aus der Perspektive des Hausarztes Dr. K ist die Qualität der Versorgung in dem Pflegeheim S. problematisch. Gleichwohl betreut er dort immer wieder Bewohner, die er als Patienten viele Jahre betreut hat. Praktisch führt dies dazu, dass wenn auch der Angehörige mit der Situation in der Pflegeeinrichtung in der absehbaren Situation des Sterbens nicht zufrieden ist, Dr. K. die Bewohner in das Krankenhaus einweist.






Positivempfehlungen (allgemein)⁴

Bei nicht heilbaren schweren Erkrankungen sollen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation aktualisiert und erfasst werden.

Die Bedürfnisse und Belastungen von Bewohnern/Patienten können vielfältig sein und reichen von der Linderung belastender Symptome über therapieentscheidungsrelevanten Informationsbedarf hin zu psychosozialem Unterstützungsbedarf bei der Krankheitsbewältigung oder religiös-spirituellen Unterstützungsbedarf. Die Bedürfnisse der Angehörigen, Caregiver oder nahestehender Personen sind zu berücksichtigen. Es hat sich neben einer guten Informiertheit als hilfreich erwiesen, wenn diese möglichst aktiv einbezogen werden.


	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigener Informationsbedarf (eigene Ausbildung, Kenntnis S3-Leitlinie oder Informationen der DPG).		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Beratung mit Bewohner/ Angehörigen/ Mitarbeiter Pflegeeinrichtung über Aktualisierungsbedarf		







⁴ Für das Gelingen der im folgenden formulierten Entscheidungshilfen ist von zentraler Bedeutung, dass die Thematik und das Vorgehen als ein Geschehen (ein Prozess) der gesamten ärztlichen Praxisteams zu sehen ist d.h. die allermeisten erkennbar gemachten Aktivitäten werden händisch durch das Praxisteam ermöglicht. Auch wenn im Folgenden der Hausarzt adressiert und so benannt wird, ist vielfach die Arzthelferin bzw. eine angestellte andere Fachkraft des niedergelassenen Arztes angesprochen.

Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Stärkung der Kompetenzen eines Mitarbeiters zur Erfassung und Bewertung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse und Belastungen, Identifikation von Informationsbedürfnissen bei Bewohnern/ Angehörigen		
Unterstützung (Support) Familie			Identifizieren des familiären Ansprechpartners (ist in der Praxis zumeist bekannt)		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Identifikation des regionalen informellen oder professionellen Netzwerks, z.B. Kirchengemeinde, gesetzliche Betreuung, SAPV und damit interne und externe Abstimmungen zum Aktualisierungsbedarf		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Ansprechpartner kennen und Erreichbarkeit klären, z.B. Visiten und Besuche nutzen Zeitnah werden wichtige Parameter der Zustandsverschlechterung von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung aktiv an Praxis gegeben		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Monitoring der betroffenen Patienten / Bewohner (Visiten und Besuche nutzen). Eigene Patientenakte ACP bzw. Dokumentation anpassen.		

Bei Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung sollen Patienten Informationen über palliative Behandlungskonzepte und die auf ihre Bedarfe abgestimmte Unterstützung angeboten bekommen.

Palliative Handlungskompetenz wird vielfach zu spät angefordert. Ihr Nutzen als Unterstützungsangebot ist umfassend abgesichert.

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb			Eigener Informationsbedarf (eigene Ausbildung, Kenntnis S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		

Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch			Im Rahmen von Anamnese bzw. weiteren Beratungsgespräche werden gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weitergegeben		
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Alle Mitarbeiter im Team sind über palliative Behandlungskonzepte informiert und kennen die Absprachen zu einzelnen Patienten (proaktives Handeln)		
Unterstützung (Support) Familie			Angehörige oder weitere Caregiver werden in Gespräche über schwerwiegende Befunde oder der Entscheidung über ein palliatives Behandlungskonzept eingebunden		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Aufbau eines kollegialen Beratungsnetzes, um sich durch erfahrene Kollegen in AAPV- Teams bzw. SAPV- Teams, die bereits Beratungsarbeit leisten, unterstützen zu lassen		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung					
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> Liste Ansprechpart. Zustandsentwicklung To do 			Eine Auswahl von Informationsmaterial von professionellen und ehrenamtlichen Hilfen – insbesondere zu regionalen Partnern – sind zur Verteilung vorrätig		

Patienten bzw. Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhalten das Angebot der vorausschauenden Versorgungsplanung (*Advance Care Planning*). Die Gesprächsbegleitung soll frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei Veränderungen der Bewohnersituation angeboten werden. Auch in den Krankenhäusern wird das Angebot für schwerstkranken und absehbar sterbende Patienten gegenwärtig geprüft und angeboten.








Die „vorausschauende Versorgungsplanung“ (ACP) beschreibt einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Bewohner/Patienten, Angehörigen und an der Betreuung/Behandlung beteiligten Personen. Dieser Prozess dient der Identifizierung und Umsetzung individueller Ziele des Bewohners/Patienten und seiner Angehörigen (Caregiver).

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
--	-------	------------	--------	-------------------------------	--

Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb			Das Verfahren der vorausschauenden Versorgungsplanung ist bekannt oder es besteht eigener Informationsbedarf über das Verfahren		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch			Im Rahmen von Anamnese bzw. weiteren Beratungsgesprächen werden gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weitergegeben		
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Alle Mitarbeiter im Team sind über eine vorliegende vorausschauende Versorgungsplanung informiert und kennen die Absprachen zu einzelnen Patienten (proaktives Handeln)		
Unterstützung (Support) Familie			Die Familie/ Caregiver wird frühzeitig, d.h. so bald als möglich bei problematischen Krankheitsverlauf bzw. fortgeschrittenem Lebensalter, über die vorausschauende Versorgungsplanung informiert und zur Erstellung motiviert, Informationsblätter und Ansprechpartner werden weitergegeben.		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Handlungspartner vor Ort, die sich mit Patientenverfügung, vorausschauender Lebensplanung befassen, identifizieren und abstimmen z.B. Hospizgruppen, Kirchengemeinden, Kommune Interessierte Patienten und Angehörige an Ansprechpartner vermitteln, z.B. für eine vorausschauende Versorgungsplanung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Identifikation des jeweiligen Ansprechpartners, der in der Pflegeeinrichtung den ACP-Prozess verantwortet, und wer aus dem Praxisteam an einem regelmäßigen Informationsaustausch mit der Pflegeeinrichtung teilnehmen kann		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Entsprechende Ansprechpartner und Informationsabläufe für das Praxisteam dokumentieren Vorliegende vorausschauende Versorgungsplanung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten in Kopie archivieren		

Abführmittel zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation sollen routinemäßig verordnet werden.






Eine prophylaktische Laxanzienbehandlung stellt eine häufige und wichtige flankierende Maßnahme bei Patienten mit langanhaltender Opioid-Therapie dar. In der palliativen Therapie bzw. in der letzten Lebensphase sollte sie präventiv verordnet werden.



	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information liegen vor, z.B. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, 2019		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Im Rahmen von Anamnese oder Beratung wird auf die präventive Wirkung von Laxantien hingewiesen		
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple				
Unterstützung (Support) Familie	Red		Angehörige/ Caregiver sind über die Anordnung von Laxantien informiert und kennen die Gründe		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Es erfolgt eine Abstimmung mit AAPV, SAPV über die Anordnung von Laxantien zur Vermeidung von doppelten Anordnungen oder unerwünschten Wechselwirkungen mehrerer Medikamente		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung	Blue		Es erfolgt eine Abstimmung des individuellen Behandlungsprozesses. Bei einer regelhaften Anordnung von Laxantien liegt eine standardisierte Verfahrensanweisung in der Pflegeeinrichtung vor		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Liste Ansprechpartner • z.B. Monitoringabbildung 	Grey		Eigene Bevorratung mit den am häufigsten verordneten Laxantien, direkte Liefermöglichkeit über eine kooperierende Apotheke schaffen		

• Aufbau geeigneter Struktur					
------------------------------	--	--	--	--	--

In der Sterbephase auftretende Unruhe und Angst sollen regelmäßig erfasst und berücksichtigt werden. Hierbei soll neben sprachlichen Äußerungen auf klinische Hinweise - wie Unruhe (Nesteln), Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktionen - geachtet werden. Bei Unruhe in der Sterbephase sollen die im Vordergrund stehenden auslösenden Ursachen bestimmt werden, zum Beispiel Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst und/oder ein Delir.

Neben Traurigkeit können Emotionen wie Angst und Verzweiflung die Auseinandersetzung mit dem Sterben und den eigenen Tod akzentuieren, insbesondere dann, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht. Angst und Unruhe in der Sterbephase verstärken das Leid des Bewohners/Patienten, aber auch der Angehörigen. Sie sind durch geeignete Beobachtung zeitig zu identifizieren und durch Beistand u.a. supportive Unterstützung zu mildern.



	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information liegen vor, z.B. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, 2019		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Im Rahmen von Anamnese oder Beratung wird auf die Symptomatik der Unruhe und ihre Ursachen hingewiesen		
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple				
Unterstützung (Support) Familie	Red		Angehörige/ Caregiver sind über das Auftreten von Unruhe informiert und kennen die Gründe		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Es erfolgt eine Abstimmung mit AAPV, SAPV über die Anordnung von beruhigenden Medikamenten zur Vermeidung von doppelten Anordnungen oder unerwünschten Wechselwirkungen mehrerer Medikamente		






Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Informationen (Monitoring), Unterstützung und Zusammenarbeit entlang der bestehenden und auftretenden Symptome. Orientierung sollte die ACP-Planung bieten, ein vorausschauend entwickelter „palliativer Notfallplan“ ergänzt die ACP- Planung um die Behandlung akut auftretende Symptome Der Hausarzt bzw. die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung sollten das Ziel haben, das Sterben ohne Präsenz des HA zu ermöglichen. Dies verlangt eine vorausschauende Planung.		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Eigene Bevorratung mit den an den häufigsten verordneten beruhigenden Medikamenten, Liefermöglichkeit über eine kooperierende Apotheke schaffen		

Negativempfehlungen (allgemein)

Alle medizinischen, pflegerischen, physiotherapeutischen u.a. Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet.

Darunter fallen sowohl therapeutische Maßnahmen wie tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen, Beatmung, Dialyse/Hämofiltration, Intensivtherapie, die Defibrillator-/Kardioverterfunktion implantierter Devices als auch Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe, Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht.








	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Information liegen vor, z.B. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, 2019, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, 2011		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch			Im Rahmen von Anamnese oder Beratung wird auf die Möglichkeit der Beendigung von Therapien hingewiesen		

Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Schulung des eigenen Teams zum Verhalten bei Nachfragen durch Angehörige/ Caregiver in „palliativen Notfallsituationen“, einer Verschlechterung oder in der letzten Lebensphase		
Unterstützung (Support) Familie			Angehörige/ Caregiver werden in die Entscheidung zur Beendigung von Therapien einbezogen und informiert		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Es erfolgt eine Abstimmung mit AAPV, SAPV über die geplante Beendigung von Therapien		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Enge Abstimmung des Vorgehens mit den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung während Visiten		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			In der Dokumentation der Pflegeeinrichtung ist die Entscheidungsfindung sichtbar und es erfolgt ein weiteres geplant-abgestimmten Vorgehen		

Positivempfehlungen (speziell aufgrund des Avenue-Pal Projektes)

Zeichnet sich der Eintritt des Sterbeprozesses in einer Pflegeeinrichtung ab, wird ein Monitoring- und Informationsprozess zwischen hausärztlicher Praxis und Pflegeeinrichtung initiiert, der es ermöglicht, Bedürfnisse, Art und Ausmaß der benötigten Unterstützung (hierzu gehört auch die Hinzuziehung komplementärer Partner) bewohnerorientiert zu berücksichtigen. Ein gemeinsamer im Vorfeld erstellter „palliativer Notfallplan“ soll diesen Prozess sichern.

In eigenen Studien, Literatur und in der S-3 LL kann gezeigt werden, dass der Informations- und Kommunikationsprozess zwischen dem HA und der Pflegeeinrichtung in aller Regel verbesserbar ist bzw. dessen Defizit als zentrale Problemursache zu erkennen ist. Es ist wichtig, einen belastbaren Info-Prozess zwischen Pflegeeinrichtung und Praxis zu identifizieren. Bewährt haben sich das Tele-Fax, das Telefon bzw. ein e-basierter Prozess. Erst wenn dieser Prozess mit der Benennung eines Ansprechpartners in der Praxis und Pflegeheim etabliert ist, kann eine kontinuierliche Begleitung ermöglicht werden, auch ohne hausärztlich Präsenz in der Pflegeeinrichtung. Der Hausarzt kann in Abstimmung mit dem Pflegeheim auf die Einbeziehung komplementärer Partner hinwirken. Studien zeigen, dass sich ein frühzeitig erstellter „palliativer Notfallplan“, d.h. eine Planungsgrundlage zur informativen, interventionellen und sozialen Steuerung des Sterbeprozesses, hilfreich auswirkt. Auch hier gilt es eine Abstimmung mit den Empfehlungen der „vorausschauenden Lebensplanung“ bzw. einer Patientenverfügung herzustellen.





	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Informiertheit ausbauen, z.B. Kenntnis einschlägiger Leitlinien, regionale Leitlinie AVENUE PAL, Kenntnis Verfahren vorrausschauende Versorgungsplanung		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange				
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple		Abstimmung im Praxisteam über die Nutzung und die Aufbewahrung von „palliativen Notfallplänen“ Abstimmung im Praxisteam über die Rolle und Bedeutung von „palliativen Notfallplänen“ in der hausärztlichen Versorgungspraxis		
Unterstützung (Support) Familie	Red		Angehörige/ Caregiver sind über die Festlegungen im „palliativen Notfallplan“ informiert. Sie sind in die Aktualisierung eingebunden, z.B. durch die Teilnahme an einer Fallbesprechung in der Pflegeeinrichtung		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Erstellen einer Übersicht (Tabelle) relevanter regionaler Partner in Einrichtungen und in der Region (Muster siehe Anhang) Entwicklung eines „palliativen Notfallplanes“ (Muster siehe Anhang)		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung	Blue		Etablierung eines stabilen Informationsprozesses (Muster siehe Anhang) Zu einem stabilen Informationsprozess gehört immer ein Ansprechpartnersystem Entwicklung eines „palliativen Notfallplanes/ Alarmplanes (Muster siehe Anhang)		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Liste Ansprechpartner • z.B. Monitoring • Strukturen 	Grey		Hinterlegen der Protokolle / Pläne im Dokumentations- u. Planungssystem der Praxis und in der Pflegeeinrichtung Erstellen einer Übersicht (Tabelle) welche Patienten, die sich in der letzten Lebensphase befinden, in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden (Muster siehe Anhang)		






		Erstellen einer Übersicht (Tabelle) relevanter regionaler Partner in Einrichtungen und in der Region (Muster siehe Anhang)		
--	--	--	--	--

Der Hausarzt/die Praxis übernimmt proaktiv eine gestaltende Rolle bei den in den Pflegeeinrichtungen verbindlich durchgeführten Prozess der „vorausschauenden Lebensplanung“ (Advance-Care-Planning) und setzt sich darüber hinaus für die Umsetzung und den Einsatz von einschlägigen Fachgesellschaften und -Vertretern empfohlenen Patientenverfügungen ein.


Der Hausarzt/die Praxis sollte auch bei einem stationären Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung die zentrale Verantwortlichkeit auch im Sterbeprozess, der regelmäßig am Ende des Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung steht, zukommen. Auch wenn ein ambulantes SAPV oder anderer palliativer bzw. hospizlicher Dienst diesen hierbei unterstützt. Damit es zu keinen notfallähnlichen Eskalationen kommt, ist die zeitige Planung des Kommenden verbindlich. Eigentlich anamnestisch, nun aber auch durch das ACP vorgetragen, gelingt dies. Der Hausarzt/die Praxis sollte das Verfahren in dessen Prinzip kennen und welcher Ansprechpartner in der Einrichtung existiert. Im Rahmen dieses Prozesses wird regelmäßig auch eine Patientenverfügung angestrebt. Dies können aber bereits einige Zeit vor einem Pflegeaufenthalt auf den Weg gebracht werden. Der Hausarzt sollte in dieser Zeit die Möglichkeit der bestehenden Beratungsangebote aufzeigen und darauf hinwirken, dass diese Patienten diese in Anspruch nehmen. Auch hier sind Kooperationen etwa zu der Gemeinde, Hospizgruppen, den kirchlichen Gemeinden u.ä. hilfreich.

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Ergänzung der eigenen Anamnese um Informationen zur letzten Lebensphase, z.B. einer vorausschauenden Versorgungsplanung, palliativer Notfallplan		
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple		Kognitiv-intellektuelles Erarbeiten der Ziele und des Vorgehens „Was bedeutet vorausschauende Lebensplanung“ (ACP) (Zentrale Aussagen siehe Anhang) Kognitiv-intellektuelles Erarbeiten der Ziele und des Vorgehens bei Patienten- Bewohnerverfügungen und Vorsorgevollmächte) (Zentrale Aussagen siehe Anhang)		
Unterstützung (Support) Familie	Red				

Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Gestaltung von Kooperation mit Gemeinde, Hospizverein und Kirchengemeinde, z.B. durch Abfassen eines Letter of Intend bzw. Kooperationsvereinbarung Gesprächskreis mit interessierten Kooperationspartnern etablieren bzw. bestehende für eigen Praxis nutzen		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/Partnern in der Pflegeeinrichtung, die den ACP-Prozess verantwortet Letter of Intent, ähnliche Klärung des Verhältnisses zu SAPV, Hospizgruppen u.a. erstellen Akteuren (Muster siehe Anhang)		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Informationsmaterial für Patient und Angehörige bereithalten		

Der Hausarzt kennt die Praxis der Notfallversorgung vor Ort und auch die Krankenhäuser, in welche die Verlegungen stattfinden. Er wirkt in seinem Rahmen und Möglichkeiten darauf hin, dass auch diese bestmöglich informiert und in die Entscheidungsprozesse strategisch miteinbezogen sind, so dass die Wahrscheinlichkeit nicht notwendiger notärztlich verordneter Verlegungen reduziert werden bzw. die Pflegeheime diese nicht unberechtigt involvieren.






Für den Hausarzt ist es aus vielfachen Gründen wichtig, nicht nur die rechtlich-formalen, sondern auch die fachlichen und sozialen Bedingungen, unter welchen die regionale Notfallversorgung stattfindet, zu kennen. Er kennt die Dienste, die in Frage kommenden Zielgruppen bzw. Patienten. In aller Regel kennt der Hausarzt auch die aufnehmenden Krankenhäuser bzw. Notfallambulanzen und z.T. versucht er aus seinen Erfahrungen begründet den Notfalleinweisungsprozess zu steuern. Prinzipiell gilt es, die im Gepräge des Notfalls sich vollziehenden Verlegungen Sterbender einzudämmen. Das bedeutet, die diensthabenden Mitarbeiter der Not- bzw. Wochenenddienste dahingehend zu entwickeln, dass diese den Sterbenden als solchen erkennen und die Situation vor Ort konsolidieren. Ziel der Behandlung ist der Verbleib der sterbenden Menschen in der Pflegeeinrichtung. Dies ist nur mittel- bzw. längerfristig zu erreichen, indem geeignete Beratungen, Schulungen und Kommunikations- und Abstimmungsprozesse durchgeführt werden.



	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Information über die Möglichkeiten, Pflegeheimbewohner palliativ zu versorgen (eigene Ausbildung, Kenntnis der S3-Leitlinie)		

			oder Informationen der DPG, Wissen um die Kooperationspartner im näheren Umfeld)		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch					
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Es finden gemeinsame Schulungen, Fallbesprechungen statt. Teilnehmer könnten Mitarbeiter des Praxisteam, des notärztlichen Bereitschaftsdienst, der Krankenhäuser sein.		
Unterstützung (Support) Familie					
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Vorliegen eines letter of intend, inkl. der Klärung des Verhältnisses zu Mitarbeitern des notärztlichen Bereitschaftsdienstes (Muster siehe Anhang) Unterstützung bzw. Initiative eines „runden Tisches“ o.ä., der die betroffenen Helfer zusammenführt (AGNDA-Vorschlag siehe Anhang)		
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Vorliegen eines letter of intend, inkl. der Klärung des Verhältnisses der Pflegeeinrichtung zu den Krankenhäusern und den Mitarbeitern des notärztlichen Bereitschaftsdienstes (Muster siehe Anhang) Unterstützung der Pflegeeinrichtung bei der Identifizierung von Patienten/Bewohnern, die eine Verlegung in ein Krankenhaus ablehnen		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> Liste Ansprechpart. Zustandsentwicklung To do 			Alle beteiligten Parteien verfügen über die Dokumente, z.B. die letter of intends, Protokolle von Besprechungen, Protokolle von Fallbesprechungen		

In vielen Fällen weiß der Hausarzt um die familiäre Situation, kennt die wichtigsten Angehörigen und (professionellen) Bezugspartner. Er wirkt im Rahmen seiner Kontakte und Möglichkeiten (Beratung, Information, Verweis und Einbindung von dritten Akteuren wie Hospizgruppen o.ä.) darauf hin, dass diese den Sterbeprozess in der Pflegeeinrichtung so gut als möglich konsolidieren. Auch die gezielte Ausgestaltung von Patienten-/ Bewohner testamenten und dem ACP-Prozess sind hierfür sehr geeignet.

Auch wenn es in Deutschland keine ausgewiesene Familienmedizin existiert, so kennt in noch immer zahlreichen Fällen der Hausarzt/die Praxis die Familie und deren Mitglieder am ehesten (Sozialanamnese) und dies nicht nur in ländlichen Regionen. Diese Möglichkeit gilt es, zugunsten der familiären Konsolidierung auch im Falle eines Pflegeaufenthaltes und eines sich vollziehenden Sterbeprozesses zu nutzen. Nicht ohne Grund achten die SAPV-Teams sehr stark auf die Situation bzw. die Belastungen von Angehörigen und formulieren Empfehlungen zu deren Entlastung und Stärkung. Auch hier können häufig die Hausärzte/die Praxis sehr wertvolle Hinweise geben bzw. haben eine langjährige Beziehungsebene als gelungen Voraussetzung für schwierige Gespräche.




	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange				
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple				
Unterstützung (Support) Familie	Red		Der Hausarzt kennt den „wichtigsten“ Angehörigen/ Care Giver des Patienten/ Bewohners in der stationären Pflegeeinrichtung (siehe Tabelle Patienten in stationärer Einrichtung) Der Hausarzt prüft die Möglichkeit der Angehörigensprechstunde und bietet sie proaktiv an		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Zugunsten der Versorgungsqualität des sterbenden Patienten in der Pflegeeinrichtung werden alle an der Betreuung beteiligten professionelle Helfer über den aktuellsten Stand informiert		





Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung					
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> Liste Ansprechpart. Zustandsentwicklung To do 					

Negativempfehlungen (speziell aufgrund des Avenue-Pal Projektes)

Sind die letzten Tage - die Sterbephase - eines Bewohners erreicht, werden alle medizinischen, pflegerischen u.a. Aktivitäten dahingehend auch durch den Hausarzt qualifiziert, dass diese nicht dazu führen, Verlegungen an einen anderen Sterbeort zu veranlassen.

Es besteht das Risiko für eine Verlegung, wenn der durchaus erkannte Zeitpunkt, an welchem ein Bewohner seine letzten Lebenstage und Sterbephase erreicht hat, nicht oder doch nicht umfänglich genug dazu führt, dass alle Helfer hierüber gleichermaßen gut d.h. auch zeitnah informiert sind und so ihr professionelles Verhalten auf diese Situation abstimmen. Dies kann den Prozess destabilisieren.

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
Eigene Information Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		
Beratungen anderer Personen Zwei oder mehrere Personen im Gespräch					
Eigene Schulung bzw. Praxisschulung Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)					

Unterstützung (Support) Familie			Angehörige/ Caregiver sind über den möglichen Verlauf der Sterbephase informiert und können die Entscheidungen der professionellen Helfer nachvollziehen.		
Unterstützung (Support) Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team					
Unterstützung (Support) Pflegeeinrichtung			Der Hausarzt setzt sich (mit) dafür ein, dass sterbende Bewohner identifiziert und als solche auch benannt/“gekennzeichnet“ werden		
Dokumentation und Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Der palliative Notfallplan und die in diesen getroffenen Vereinbarungen / Aktivitäten werden zur Handlungsleitlinie		

Einschränkungen bzw. weitere Entwicklung

Die formulierten Gemeinsam-klug-entscheiden-Empfehlungen, insbesondere die allgemeinen Positivaussagen, greifen auf zumeist gut bis sehr gut wissenschaftlich und in der Praxis abgesichertes Wissen zurück. Zugleich ist die medizinisch-pflegerische und psychologisch-soziale Betreuung sterbender Menschen bis heute in zahlreichen Versorgungssettings durch den für unser Gesundheitssystem insgesamt gültigen Zustand einer Über-, Minder- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Die in dieser Leitlinie formulierten Empfehlungen zu Aktivitäten begründen sich vor dem ethischen Handlungsanspruch, der nicht nur die Endlichkeit menschlichen Lebens akzeptiert, unnötige belastende Prozeduren ausschließt, bestmögliche Symptomlinderung sicherstellt und soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglicht. Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz der Empfehlungen ist, inwieweit es gelingt, die Hausärzte selber in den Entwicklungs- und Anpassungsprozess mit einzubeziehen.

Die Leitlinie ist bis ???? gültig und wird dann einer Evaluation unterzogen.

In ein Krankenhaus verlegen oder nicht?

Als Hausarzt stehen Sie bei Einsätzen in Pflegeeinrichtungen sicherlich häufig vor dieser Frage. Von besonderer Bedeutung ist die Frage bei Ihren Patienten in der letzten Lebensphase bzw. im Sterbeprozess. Welche medizinischen Maßnahmen sollen noch eingeleitet werden? Inwieweit sind diese ethisch vertretbar? Was entspricht dem Willen des Patienten?

Mit unserem Projekt möchten wir Sie dabei unterstützen. In der „Entscheidungshilfe für Hausärzte“ finden Sie Empfehlungen, wie Sie dank vorausschauender Planung eine „kluge“ Entscheidung treffen, die Situation vor Ort stabilisieren und Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Patienten durch unnötige Verlegungen vermeiden können.

In diesem Flyer enthalten sind Auszüge aus dieser Entscheidungshilfe mit Ratschlägen zu notwendigen Informationen und hilfreichen Beratungen und Schulungen. Zudem bietet er Empfehlungen, wie Sie Unterstützung durch aktive Netzwerkkompetenz und dem Einbeziehen der beteiligten Akteure finden können.

Help Desk

Die Entscheidungshilfen basieren auf Leitlinien, die im Projekt Avenue-Pal gemäß den Anforderungen der AWMF entwickelt wurden. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist daher, die in den Entscheidungshilfen formulierten Empfehlungen in Zusammenhang mit den Leitlinien zu betrachten. Zur Implementierung der Leitlinien in Ihrer Praxis wird Ihnen ein Help Desk zur Verfügung stehen, der Sie, angepasst an Ihre Ausgangssituation, mit Informationen über erforderliche Maßnahmen bis hin zu einem individuellen Projektmanagement unterstützt.

Der Help Desk ist zurzeit in Entwicklung begriffen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf unserer Projekt-Website www.avenue-pal.de.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

www.avenue-pal.de

Entscheidungshilfe für Hausärzte





► **Eigene Information**



► **Beratung anderer Personen**



► **Eigene Schulung / Praxisschulung**



► **Unterstützung (Familie)**



► **Unterstützung (Eigenes Netzwerk/Team)**



► **Unterstützung (Pflegeeinrichtung)**



► **Dokumentation und Struktur**

1. Ziel: Die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen erfasse und aktualisiere ich wiederholt. Bei Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung biete ich Patienten Informationen über palliative Behandlungskonzepte und die auf ihre Bedarfe abgestimmte Unterstützung an.

► Prüfen Sie den eigenen Informationsbedarf (eigene Ausbildung, Kenntnis S3-Leitlinie oder Informationen der DGP) und frischen Sie Wissen regelmäßig auf.

► Beraten Sie sich mit Bewohnern, Angehörigen u. der Pflegeeinrichtung über Aktualisierungsbedarf. Geben Sie gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weiter.

► Stärken Sie die Kompetenzen eines Mitarbeiters zur Identifikation von Bedürfnissen und Belastungen. Mitarbeiter sollten über palliat. Behandlungskonzepte informiert sein u. Absprachen kennen.

► Identifizieren Sie den familiären Ansprechpartner und überprüfen Sie regelmäßig dessen Kontaktdaten. Es ist wichtig, Angehörige oder weitere Caregiver einzubinden.

► Identifizieren Sie das regionale informelle oder professionelle Netzwerk und stimmen Sie den Aktualisierungsbedarf ab. Bauen Sie sich ein kollegiales Beratungsnetz auf.

► Klären Sie die Ansprechpartner und deren Erreichbarkeit. Wichtige Parameter sollten zeitnah aktiv an Sie weitergegeben werden. Alle Mitarbeiter sollten den aktuellen Versorgungsstand kennen.

► Nutzen Sie Visiten und Besuche zum Monitoring. Passen Sie die eigene Patientenakte, ACP bzw. Dokumentation an. Halten Sie eine Auswahl von Informationsmaterial zur Verteilung vorrätig.

2. Ziel: Patienten bzw. Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhalten frühzeitig sowie wiederholt bei Veränderungen der Situation das Angebot der vorausschauenden Versorgungsplanung (Advance Care Planning).

► Das ACP-Verfahren sollte bekannt sein. Informieren Sie sich ggf. über das Verfahren.

► Geben gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weiter und halten Sie Infomaterial bereit.

► Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter im Team über ein vorliegendes ACP informiert sind und Absprachen kennen.

► Informieren Sie die Familie/ Caregiver frühzeitig über ACP und motivieren Sie diese zur Erstellung.

► Identifizieren Sie Handlungspartner vor Ort u. vermitteln Sie interessierte Patienten und Angehörige an Ansprechpartner.

► Identifizieren Sie den ACP-Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung und tauschen Sie regelmäßig Informationen aus.

► Dokumentieren Sie Ansprechpartner u. Informationsabläufe u. archivieren Sie relevante Dokumente in Kopie.

3. Ziel: Alle Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet. Alle medizinischen, pflegerischen u.a. Aktivitäten qualifiziere ich dahingehend, dass diese nicht zu Verlegungen an einen anderen Sterbeort führen.

► Eigene Information ist unerlässlich, (z.B. S3-Leitlinie, Informationen der DPG, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung).

► Weisen Sie auf die Möglichkeit der Beendigung von Therapien hin. Wichtig ist die Beratung zu den Sterbephasen sowie eine empathische Begleitung.

► Achten Sie auf regelm. Fortbildungen zu Palliativ- und Hospizversorgung, zu Sterbephasen und dem Umgang mit Sterbenden und Angehörigen.

► Es ist wichtig, dass Angehörige über den möglichen Verlauf der Sterbephase informiert sind u. in Entscheidungen einbezogen werden.

► Stimmen Sie sich mit AAPV, SAPV über die geplante Beendigung von Therapien ab. Das Netzwerk sollte jederzeit zur Verfügung stehen.

► Eine enge Abstimmung des Vorgehens mit der Pflegeeinrichtung ist notwendig. Sterbende Bewohner sollten identifiziert u. benannt werden.

► Die Entscheidungsfindung muss in der Dokumentation sichtbar sein. Wichtig ist, dass der palliative Notfallplan auch zur Handlungsleitlinie wird.

4. Ziel: Zeichnet sich der Eintritt des Sterbeprozesses ab, initiiere ich ein Monitoring- und Informationsprozess zwischen meiner Praxis und der Pflegeeinrichtung und erstelle einen gemeinsamen „palliativen Notfallplan“.

► Bauen Sie Ihre eigene Informiertheit aus, so dass tagesaktuelles Wissen besteht.

► Gefestigte empathische Kommunikation und Beratungskompetenzen sollten bestehen bzw. erworben werden.

► Stimmen Sie sich im Praxisteam über Nutzung, Aufbewahrung u. Bedeutung von „palliativen Notfallplänen“ ab.

► Wichtig ist, Angehörige/ Caregiver über die Festlegungen im „palliativen Notfallplan“ zu informieren.

► Erstellen Sie eine Übersicht relevanter regionaler Partner in Einrichtungen u. entwickeln Sie einen „palliativen Notfallplan“.

► Wichtig ist die Etablierung eines stabilen Informationsprozesses, dazu gehört immer ein Ansprechpartnersystem.

► Erstellen Sie eine Übersicht über Patienten in der letzten Lebensphase, die sich in stat. Pflegeeinrichtungen befinden.

5. Ziel: Ich übernehme proaktiv eine gestaltende Rolle bei den in den Pflegeeinrichtungen verbindlich durchgeführten Prozess der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (Advance-Care-Planning).

► Eigene Information ist unerlässlich (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG).

► Ergänzen Sie die eigenen Anamnesen um Informationen zur letzten Lebensphase, z.B. ACP.

► Ein kognitiv-intellektuelles Erarbeiten der Ziele und des Vorgehens sowie eine regelmäßige Evaluation sind notwendig.

► Binden Sie die Angehörigen in den ACP-Prozess ein.

► Hilfreich ist die Gestaltung von Kooperationen z.B. durch einen Letter of Intend bzw. eine Kooperationsvereinbarung.

► Wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/Partnern in der Pflegeeinrichtung, die den ACP-Prozess verantworten.

► Halten Sie Informationsmaterial für Patient und Angehörige bereit und achten Sie auf die Nachsicherung.

6. Ziel: Ich weiß um die familiäre Situation, kenne die wichtigsten Angehörigen und Bezugspartner. Ich wirke darauf hin, dass diese den Sterbeprozess in der Pflegeeinrichtung so gut als möglich konsolidieren.

► Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG) ist unerlässlich.

► Wichtig ist eine gefestigte Kommunikationskompetenz.

► Achten Sie auf eine regelmäßige und zielgerechte Teilnahme an Schulungen zur Erweiterung der Kompetenzen.

► Sie sollten den „wichtigsten“ Angehörigen/ Caregiver kennen. Bieten Sie eine Angehörigen-sprechstunde proaktiv an.

► Wichtig ist, dass in der Pflegeeinrichtung alle beteiligten professionelle Helfer über den aktuellsten Stand informiert werden.

► Die Pflegeeinrichtung bietet ggf. Gespräche mit Experten an, hält geeignete Räumlichkeiten und evtl. Sprechzeiten vor.

► Alle Beteiligten sollten die Organisations- und Ablaufpläne etc. kennen und im Umgang innerhalb des Systems gefestigt sein.



Entscheidungshilfen und Informationen für durch die Avenue-Pal LL-Implementierung betroffenen Partner

Wolfgang George
Stand 13.05.2020

Allgemeine Einführung

Entscheidungshilfen sind im Bereich des Konsums weit verbreitete Instrumente. Organisationen des Verbraucherschutzes oder berufsständische Vertretungen stellen solche Angebote etwa zur Vorbereitung für individuelle Kaufentscheidungen oder zu Entscheidungen vor medizinischen Behandlungen zur Verfügung. Entscheidungshilfen unterstützen dabei, die Zielsetzung, den Willen und die Präferenzen von Verbrauchern zu formulieren und zu verwirklichen. Um dies zu ermöglichen, werden schrittweise möglichst objektivierbare Kriterien, wie z.B. voraussichtliche Art, Dauer und Umfang, Haltbarkeit des Produkts, Funktionalitäten, Rücktrittsrechte, Garantie etc., eines Produktes oder Dienstleistung identifiziert (1), deren Ausprägung bezüglich des Nutzens oder Auswirkungen auf die Gesundheit für die jeweilige Entscheidung bewertet (2), häufig auch als Gesamtwert- oder Nutzen addiert (3), in medizinischen Entscheidungsprozessen frühzeitig auch alternative Möglichkeiten, Risiken oder Prognosen gegenübergestellt (4). Auf diese Weise entsteht eine möglichst wissensbasierte und zugleich individuelle Entscheidung. Gehen Verbraucher alleine oder auch mit Unterstützung professioneller Unterstützung so vor, können sie Impuls- oder Spontanentscheidungen vermeiden. Stattdessen bereiten sie eine Entscheidung vor, die im Vorfeld abgewogen und bedacht wurde.

Entscheidungshilfen, die in der Regel durch eine ethische Bewertung ergänzt werden, finden auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung Anwendung. Auch hier existieren bereits verschiedene Entscheidungshilfen, wie z.B. Informationsbroschüren, Leitlinien als Therapeuten- und/oder Patientenversionen, Handlungsalgorithmen, öffentliche und private Beratungsstellen. Sie werden von ganz unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen angeboten, wie z.B. von Krankenhäusern, Ärztenverbänden, Apotheken, Pflegediensten, Pflegekassen, Verbraucherberatungen, Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens, Patientenschutzbündnisse.

Entscheidungshilfen für das Gesundheitswesen verfolgen das Ziel, einen nachvollziehbaren, objektiven und ergebnisoffenen Entscheidungsprozess zu begleiten. Nachvollziehbare Informationen über Chancen und Risiken, wissensbasierte Prognosen und die Einbeziehung aller betroffenen Akteure unterstützen den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess, der als gemeinsam entwickelte Entscheidung in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung integriert werden kann. Abschließend erstellte Dokumente mit handlungsleitenden Vorgaben stehen allen am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung und können auf ihre Initiative hin evaluiert und an neuen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Folgende Verfahren kommen in diesem Zusammenhang zur Anwendung:

Evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI): Diese stehen inzwischen in hoher Zahl zur Verfügung und sind inhaltlich verbraucherfreundlich aufbereitet. Sie bilden den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum typischen Krankheitsverlauf, zur derzeit empfohlenen Diagnostik, zu wirksamen Interventionen, zum Erfolg von Therapien, möglichen Risiken und Nebenwirkungen ab (vgl. Patientenleitlinien AWMF). Die Empfehlungen der Leitlinien können auf subjektive Patientenziele abgestimmt werden, da medizinische Endpunkte, wie z.B. die

Lebensqualität, berücksichtigt werden können. Ihre Entwicklung ist zeitaufwändig, da in der Regel eine professionelle Leitlinie in eine laienverständliche Sprache „übersetzt“ wird.

Shared-Decision-Making (SDM): Hierbei handelt es sich um eine Methode, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu gesundheitlichen und pflegerischen Fragen zwischen Patienten, seinen Angehörigen und professionellen Personen zu gestalten. Alle in eine Entscheidungsfindung involvierten Personen bekommen die Gelegenheit, relevante Informationen auszutauschen, zu bewerten, um im Anschluss eine gemeinsam zu tragende Entscheidung zu treffen. In der Regel bietet hierzu der professionelle Experte, z.B. der behandelnde Arzt, alle relevanten und evidenzbasierten Empfehlungen zu einem geplanten therapeutischen oder diagnostischen Vorgehen an, stellt hierzu mögliche Alternativen vor oder empfiehlt die Einholung einer Zweitmeinung. Bei Entscheidungen zum Umgang mit komplexen Krankheitsbildern oder lebensbedrohlichen Lebenssituationen können die Vertrauenspersonen der Patienten hinzugezogen werden. Der Patient nutzt vor der endgültigen Entscheidung eine Bedenkzeit.

Entscheidungshilfen (EH): Bei medizinischen Entscheidungshilfen handelt es sich um Erläuterungen zum Krankheitsbild und dessen Verlauf, z.B. mit verbraucherfreundlich gestalteten Printmedien, Filmen, Erfahrungsberichten etc. Sie sollen dabei sowohl die Kognition als auch die Emotionen des Patienten ansprechen und können dabei helfen, zukünftige Diagnostik und Interventionen begründeter zu befürworten oder abzulehnen. In der Auseinandersetzung mit Entscheidungshilfen hat der Patient die Gelegenheit, sich in Details der Erkrankung etc. zu vertiefen, um eine Informationsbasis zu erlangen, die eine persönliche Sicherheit vermitteln kann. Ihr wird eine positive Auswirkung auf die spätere Krankheitsbewältigung oder einer positiv empfundenen Lebensqualität zugesprochen. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen für spezifische Versorgungssituationen ist aufwendig, denn sie sollte auf ihre Wirkung bei Patienten und ihren Vertrauenspersonen geprüft werden.

Von den medizinischen Fachgesellschaften wird häufig kritisiert, dass die derzeit im Umfeld der Patienten- und Pflegeversorgung eingesetzten Entscheidungshilfen, wie z.B. Informations- und Beratungsmaterialien für die Patienten und Angehörigen, nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen, nicht hinreichend laienverständlich sind und damit in ihrer Wirkung unzuverlässig sind, was zu Unsicherheiten bei den Patienten führen kann.

In der praktischen Umsetzung der in Avenue-Pal entwickelten Leitlinien zur Reduktion unzulässiger und vermeidbarer Verlegungen Sterbender werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen, deren gelungene Einbindung und Kooperation von hervorragender Bedeutung für das Erreichen der formulierten Projektziele ist. Es ist klar, je komplexer der Zielanspruch, umso mehr Akteure aus unterschiedlichen Handlungsbereichen mit unterschiedlichen Aufträgen sollten erfolgreich und zielführend angesprochen und eingebunden werden. Für fünf ausgewählte Zielgruppen wurden EH's formuliert:

1. die Angehörigen, Verwandte, Freunde, Caregiver,
2. der Hausarzt,
3. der Krankenhausarzt,
4. der Notarzt,
5. die Gemeinde, Organisationen und Akteure, die das das Quartier einer Gemeinde konstituieren (Kirche, Bürgerschaft, Vereine, etc.).

Diese heterogene Gruppe mit ihren zahlreichen Akteuren eint das Ziel von Avenue-Pal, die Versorgung eines sterbenden Menschen vor Ort zu konsolidieren, um so dazu beizutragen, dass schwerkranke, hochaltrige, sterbende Patienten, Bewohner und Bürger keinen unnötigen Verlegungen ausgesetzt sind. Dazu muss die Situation dieser fünf relevanten Akteure in Bezug auf die Projektziele genauer erfasst werden (siehe etwa die Ergebnisse der Ärztebefragung in Phase 1) und durch geeignete Ansprache und Informationen bestmöglich unterstützt werden. Auch wenn diese Herausforderung nicht allein durch Entscheidungshilfen bearbeitet werden kann, stellen diese doch eine wichtige Hilfestellung in der Klärung der Rolle und Aufgaben der Angehörigen, Hausärzte, Krankenhausärzte, Notärztliche Versorger und der Gemeinde dar.

Handlungsempfehlungen: Diese werden z.T. sinngleich mit oben beschriebenen EH's verwendet. In allgemeineren und abgeschwächten Sinn resultieren diese häufig als verhaltensorientierte Empfehlung aufgrund der Ergebnisse substanzieller Ausarbeitungen bzw. Berichterstattungen.

Übersicht der Entscheidungshilfen:

Zielgruppe	Genauere Zielbestimmung der EH	Anschluss	Prinzipieller Aufbau	Mögliche Medien Papier / Online / ...
Angehörige	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	
Hausärzte ¹	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen,	Print, Help-Desk

¹ Fokus liegt auf der Situation Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

	zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.		Anhänge	
Krankenhausarzt	Der „normale“ Krankenhausarzt auf Allgemein- aber auch auf Intensivstation ist von großer Bedeutung für die Versorgung in der letzten Lebensphase. Auch wenn er einen palliativen Konsildienst einbindet, sind dessen Kompetenzen begrenzt und seine Empfehlungen bedürfen der Koordination im gesamten Stationsteam.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Notarzt	Not-, Nacht- und Wochenenddienste werden in Krisensituationen hinzugezogen. Sie sind auf die zur Verfügung gestellten Informationen und ihre Erfahrungen angewiesen. Häufig wird sehr frühzeitig auf eine Verlegung / Einweisung hingewirkt. Es gilt, die geeigneten Informationen strukturiert vorzuhalten.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Gemeinde	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese vermieden werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, Anhänge	

Tabelle: Übersicht der Entscheidungshilfen

4. Entscheidungshilfe für den Krankenhausarzt

- Ausgangssituation und Ziel der Entscheidungshilfe:

Jeder einzelne Krankenhausarzt ist verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgung im Krankheitsfall im Krankenhaus. Dies betrifft auch Versorgungsfragen und Problemstellungen, die jenseits der eigenen, speziellen Fachausbildung liegen oder eine palliative Versorgung betreffen. Bei der Versorgung sterbender Patienten kann es hilfreich sein, Fachkollegen (ob als Konsil- / Liasondienst oder in anderem Format vorgetragen) zu fragen oder anzufordern, um mit solch einer Versorgungssituation bestmöglich umzugehen. Der auf diese Weise hinzugezogene Experte analysiert die Problemstellung und schlägt in der Regel ein für diese Problemstellung geeignetes, weiteres Vorgehen vor. Hierfür ist es wichtig, die eigenen fachlichen Grenzen zu reflektieren und den Experten rechtzeitig und vollumfänglich einzubeziehen. So zeigt die Versorgungsforschung, dass diese häufig (zu) spät angefordert werden. Es gilt also, ein kollegiales, aber auch organisatorisches Miteinander anzustreben, in dem die frühe Hilfestellung möglich ist.

Ziel der Entscheidungshilfe für den im Krankenhaus beschäftigten Arzt ist eine vorausschauend-präventive Auseinandersetzung und Planung der Situation, wenn ein auf Station betreuter Patient versterben wird. Ist diese Möglichkeit nicht frühzeitig erkannt und hinreichend geplant, entsteht häufig eine krisenhafte, alle Beteiligten belastende Situation, in der es auch zu notfallähnlichen Verlegungen kommen kann. Verhindert bzw. angemessen gesteuert werden kann diese Situation durch eine frühzeitige Einbindung palliativer Expertise. Die folgende Entscheidungshilfe gibt dem Krankenhausarzt Informationen, die ihn bei seinen Handlungen und Entscheidungen unterstützen.

- Hintergrund:

Die AWMF-Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ will die wichtigsten Empfehlungen der von Fachgesellschaften entwickelten Leitlinien in einer Form zugänglich machen, die die Versorgungsqualität des Patienten verbessert. An den Ausarbeitungen der AWMF wird sich im Folgenden ebenso angelehnt, wie an eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM). Im Mittelpunkt stehen dabei Positiv- und Negativ-Empfehlung von sowohl diagnostischen als auch therapeutischen Interventionen. Diese adressieren sich an Ärzte und Patienten gleichermaßen. Auch soll eine Sensibilisierung dafür erreicht werden, dass nicht immer alles Machbare auch durchgeführt werden muss. Die entwickelten Empfehlungen werden von einer Konsensus-Kommission überprüft und kontinuierlich fortentwickelt. Die immer wieder durch die Versorgungsforschung konstatierte Über-, Unter und Fehlversorgung soll in der speziellen Situation der letzten Lebensphase besondere Gültigkeit

besitzen. Passend dazu die Einschätzung der Bundesärztekammer: *„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten . . . Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“*, die sich ganz ähnlich auch in der Charta zur Betreuung Sterbender einfindet. Die fünf zentralen Risikofaktoren der Charta (die mit Unterstützung der Politik auf Bundes-, Länder- und Kommunalen Ebene umgesetzt wird) lauten:

1. Unzureichende Schmerztherapie bei schwerkranken und sterbenden Bewohnern/ Patienten
2. Unzureichende Steuerung der Atemnot
3. Fehlender Einbezug palliativer Kompetenzen
4. Verbessbarer Einbezug der Angehörigen
5. Verbessbarer Einbezug der hausärztlichen Versorgungsperspektive

Zugleich muss es Ziel sein, dass jeder Betroffene unabhängig der zugrundeliegenden Erkrankung, Lebenslage oder des Versorgungsortes (also auch der Station und Versorgungsbereiches im Krankenhaus) eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung erhält.

Die folgenden Positiv- und Negativaussagen beziehen sich in einem allgemeineren Teil auf die Empfehlungen der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ und in einem spezielleren Teil auf die Leitlinie „Zur Verhinderung nicht indizierter Verlegungen“.

Beruhend auf den Empfehlungen der S3 LL maßgeblich auf Empfehlungen, denen kontrollierte klinische Studien zugrunde liegen, begründen sich die spezielleren Empfehlungen für den Krankenhausarzt darüber hinaus aus einer Literaturrecherche, zu diesem Zweck durchgeführten Befragungen und einem Experten-Konsensusverfahren.

Obwohl alle klinisch versorgenden Ärzte im Blick sind, adressiert sich die Entscheidungshilfe auch an die Pflegenden und andere in der Versorgung Sterbender involvierter Berufsgruppen. Ferner existieren weitere, vergleichbar aufgebaute Entscheidungshilfen für die Angehörigen, die Hausärzte, Angehörige und das notärztliche Versorgungssystem. Tatsächlich existieren Fragestellungen bzw. Herausforderungen im klinischen Versorgungsalltag, die nur durch einen Gemeinsam-klug-entscheiden-Prozess zu beantworten sind.


Dies gilt umso mehr und dringender, da zunehmend ältere und hochaltrige Menschen in den Krankenhäusern betreut werden. Nur durch einen kontinuierlichen vorausschauend-planerischen Prozess der intersektoralen Kooperation kann es gelingen, die jeweiligen Versorgungsorte für die

Versorgung sterbender Menschen bestmöglich vorzubereiten und auszustatten, so wie es etwa auch der Advance Care Planning (Vorausschauende Lebensplanung) Prozess oder einer zeitgemäßen Patientenverfügung versucht zu ermöglichen.

Wichtig ist, dass die hier formulierten Empfehlungen eng mit der LL-Implementierung einhergehen, d.h. in dem Krankenhaus die Leitlinie umgesetzt wird. Die Kooperation mit den unterschiedlichen Stationen bzw. den auf diesen arbeitenden Ärzten ist wichtiger Gegenstand der LL. So werden diese etwa frühzeitig informiert und einbezogen. Auch um diese für das Vorgehen der LL-Implementierung zu gewinnen. Zugleich werden auch die Voraussetzungen geschaffen, wie etwa die Etablierung eines geeigneten palliativen Konsildienstes im Krankenhaus oder die Identifizierung der ausgewiesenen palliativen Expertise im Haus oder bei Kooperationspartnern, die hierfür notwendig sind.

Fallbeispiel (positiv): Aus der Perspektive des Stationsarztes entwickelt sich der Zustand eines 76-jährigen chronisch nierenkranken Patienten - der immer wieder zur stationären Betreuung eingestellt wird - zusehend problematisch. Der Stationsarzt spricht über diese Einschätzung mit seinen Kollegen und dem Team. Deutlich wird die Einschätzung, der Betroffene „hänge sehr am Leben“, eine Befassung mit dem eigenen Sterben habe nicht wirklich stattgefunden. Der Stationsarzt spricht über diese Bewertung mit dem Patienten und man kommt zu der gemeinsamen Einschätzung, den palliativen Konsildienst für einen ersten Besuch anzufordern.

Fallbeispiel (negativ): Aus der Perspektive des Stationsarztes entwickelt sich der Zustand eines 76-jährigen chronisch nierenkranken Patienten - der immer wieder zur stationären Betreuung eingestellt wird - zusehend problematisch. Der Stationsarzt spricht über diese Einschätzung mit seinen Kollegen und dem Team. Deutlich wird die Einschätzung der Betroffene „hänge sehr am Leben“, eine Befassung mit dem eigenen Sterben habe nicht wirklich stattgefunden. Der Stationsarzt spricht nicht über diese Einschätzung des Teams mit dem Patienten und konzentriert sich auf die anspruchsvollen, die Aufmerksamkeit bindenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Der palliative Konsildienst wird nicht bzw. nicht zu diesem Zeitpunkt hinzugezogen.

	Farbe		Piktogramm	Zeitlogik (kurz-, mittel-, langfristig)	
Information			Zuhören oder / und Lesen Intellektueller Wissenserwerb	KML	






Beratung			Zwei oder der Personen im Gespräch		
Schulung (intellektuell und praktisch)			Lehrveranstaltung Praktisches Verhalten (Anleitungen oder Training)		
Unterstützung (Support) durch eigenes Netzwerk (Familie u.a.)			Zusammenarbeit Familie		
Unterstützung (Support) durch professionelle Helfer / Netzwerk			Zusammenarbeit mit Experten		
Kooperation			Netzwerk		
Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do 			Tabelle oder Liste		

Positivempfehlungen (allgemein)

Bei nicht heilbaren schweren Erkrankungen sollen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse und Belastungen sowie die hiermit verbundenen Kommunikationsbedürfnisse von Patient und Angehörigen immer wieder erfasst und aktualisiert werden. Engmaschige Reevaluierungen sind besonders bei instabilem Zustand erforderlich bzw. wenn sich der Zustand des Patienten verschlechtert.

Die Bedürfnisse und Belastungen der Patienten gehen über medizinisch-pflegerische Beeinträchtigungen hinaus. So reichen diese von dem Wunsch nach Linderung belastender Symptome über therapieentscheidungsrelevanten Informationsbedarf hin zu psychosozialer Unterstützung in der Krankheitsbewältigung. Gerade bei älteren Menschen besteht auch ein Bedürfnis nach religiös-spiritueller Unterstützung. Die Bedarfe und Belastungen und die mit diesen einhergehenden Emotionen sind vielfach schwankend. Auch deshalb ist es nicht immer einfach, eine Zustandsverschlechterung zu erfassen. Viele Angehörigen leben diese Belastungen mit. Insgesamt hat sich neben deren guten Informiertheit eine aktive Einbeziehung in die Betreuung als hilfreich erwiesen.







10

	<i>Es ist wichtig, dass Sie einen möglichst klaren Informationsprozess in Bezug auf ein regelmäßiges als auch situatives Zustandserfassung etablieren.</i>	K	<i>Nutzen Sie die Übergaben, die Teamgespräche u.ä. Informationsmöglichkeiten.</i>
	<i>Von besonderer Bedeutung ist die zuständige Pflegekraft.</i>	K	<i>Stimmen Sie sich gut mit der zuständigen Pflegekraft etwa in der Visite ab.</i>
	<i>Sie sollten Ihre Beziehung zum Patienten als auch den Angehörigen nutzen, diese immer auf deren „subjektive“ Zustandsbeschreibung anzusprechen und, wann immer möglich und machbar, einbeziehen.</i>	M	<i>Bestellen Sie Angehörige gezielt ein, etablieren Sie eine Angehörigensprechstunde. Achten Sie auf das Vorliegen der aktuellen Kontaktdaten der Angehörigen.</i>
	<i>Neben medizinischen und pflegerischen Parametern, die auf eine Zustandsverschlechterung hinweisen, gilt es auch psychologische, spirituelle und soziale Verhaltensweisen zu identifizieren, die das Befinden des Patienten beschreiben.</i>	M-L	<i>Prüfen Sie, ob die verwendete Patientendokumentation geeignet ist und vielleicht sogar relevante Kriterien vorgibt.</i>
	<i>Es ist hilfreich, früh zu prüfen, wer aus dem Team und darüber hinaus entlastende Gespräche anbieten kann. Hierbei ist nicht nur an die Seelsorge zu denken.</i>	M	<i>Prüfen Sie, welche ergänzenden Dienste das Krankenhaus anbietet und welche</i>

			Mitarbeiter des Teams besonders geeignet sind.
--	--	--	--






Bei Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung sollen Patienten und auch den Angehörigen Informationen über palliative Behandlungskonzepte und deren Möglichkeiten angeboten/vermittelt werden.

Hierfür ist ein angemessenes Vorgehen zu entwickeln. Zugleich zeigt die Praxis, dass palliative Handlungskompetenz vielfach zu spät angefordert wird. Ihr Nutzen als Unterstützungsangebot ist umfassend abgesichert.

	Informieren Sie sich über die Möglichkeiten und Verfahren der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung.	K	Es gibt gute Literatur und zahlreiche Angebote im Netz.
	Eine „offene Kommunikation“ mit den Betroffenen herstellen will gelernt sein. Eine eigene Fortbildung hierfür kann ein „sich anlesen“ und auch ein „gutes Modell“ nicht ersetzen. Sie sollten sich Basiskenntnisse der palliativen Versorgung erarbeiten.	M	Suchen Sie sich eine Schulung.
	Es ist wichtig, sich mit dem Team, insbesondere mit den privaten und professionellen Bezugspersonen, abgestimmt zu verhalten.	K	Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab.
	Es gilt, das Vorwissen und die Bereitschaft, sich auseinanderzusetzen, vor dem Ziel der „offenen Kommunikation“ zu berücksichtigen. Besorgen Sie sich schriftliche Unterlagen (zum Palliativdienst o.ä), die Sie dem Patienten/Angehörigen geben können.	M	Prüfen Sie, ab wann Sie den Angehörigen früh mit einbinden.
	Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen. Versuchen Sie früh, relevante Gesprächstermine abzustimmen.	K	Dokumentieren Sie einzelne Schritte des Behandlungsverlaufs sorgfältig. Auch damit Sie den Fortschritt erkennen.
	Prüfen Sie, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert. Prüfen Sie die Einbindung des SAPV-Teams für die weitere häusliche Versorgung.	M	Wenn Sie das Vorgehen einmal erarbeitet haben (wen Sie ab wann wie einbinden), können Sie so oder doch sehr ähnlich immer vorgehen.

Patiententestament. Die hiermit verbundene Gesprächsbegleitung setzt frühzeitiger ein, als es bisher in der Praxis der Fall war. Im idealen Fall liegen eine Patientenverfügung und eine vorausschauende Versorgungsplanung bereits vor einem Krankenhausaufenthalt vor. Beide Verfahren führen zur Klärung der Abläufe der letzten Lebensphase.

Die „vorausschauende Versorgungsplanung“ (ACP) beschreibt einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Bewohner/Patienten, Angehörigen und an der Betreuung/Behandlung beteiligten Personen. Dieser Prozess dient der Identifizierung und Umsetzung individueller Ziele des Bewohners/Patienten und seiner Angehörigen (Caregiver) in der letzten Lebensplanung. Im Patiententestament drückt der Patient in Abstimmung mit seinem Hausarzt und seiner Familie seinen letzten Lebenswillen in Bezug auf medizinische und andere Behandlungen aus.

	<p>Das Anwenden des ACP-Verfahrens bedarf einer umfassenden Schulung. Informieren sollte man sich gleichwohl. Wichtig ist es auch, Ziele, Aufbau und Inhalt eines Patiententestaments zu kennen. Bei allen Einschränkungen sind beide Verfahren hilfreich für den klinisch arbeitenden Arzt, denn sie geben mehr als nur Bezugspunkte des Handelns.</p>	<p>M</p>	<p>Suchen Sie sich eine Schulung bzw. machen Sie sich selber schlau.</p>
	<p>Es ist wichtig, sich mit dem Team abgestimmt zu verhalten</p>	<p>K</p>	<p>Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab.</p>
	<p>Über die Anamnese hinausgehend werden gemeinsam Festlegungen des Patientenwillens getroffen. Es gilt, den Patienten (die Betroffenen) auf diese Angebote hinzuweisen bzw. den Kontakt zu den Experten der eigenen Einrichtung herzustellen.</p>	<p>M</p>	<p>Prüfen Sie, ab wann Sie den Angehörigen früh mit einzubinden.</p>
	<p>Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen. Versuchen Sie, früh relevante Termine abzustimmen.</p>	<p>K</p>	<p>Dokumentieren Sie sorgfältig. Auch damit Sie den Fortschritt erkennen.</p>
	<p>Prüfen Sie, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein ACP und kein Konsil-Dienst existiert, prüfen Sie die Einbindung des SAPV-Teams.</p>	<p>M</p>	<p>Wenn Sie das Vorgehen einmal erarbeitet haben (wen Sie ab wann wie einbinden), können Sie so oder doch sehr ähnlich immer vorgehen.</p>

In der Sterbephase auftretende Unruhe und Angst sollen regelmäßig erfasst und berücksichtigt werden. Hierbei soll neben sprachlichen Äußerungen auf klinische Hinweise - wie Unruhe (nesteln), Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktionen - geachtet werden. Bei Unruhe in der Sterbephase sollen die im Vordergrund stehenden auslösenden Ursachen bestimmt werden, zum Beispiel Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst und/oder ein Delir.

Neben Traurigkeit akzentuieren auch Emotionen wie Angst und Verzweiflung die Auseinandersetzung mit dem Sterben und den eigenen Tod, insbesondere dann, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht, bei jüngeren Patienten und wenn nur eine unzureichende Auseinandersetzung stattgefunden hat. Angst und Unruhe in der Sterbephase verstärken das Leid des Bewohners/Patienten, aber auch der Angehörigen. Sie sind durch geeignete Beobachtung zeitig zu identifizieren und Beistand und durch geeignete medikamentöse und soziale Unterstützung zu mildern.

			<i>Medizinische und soziale Symptome und Begleitumstände können die letzte Lebensphase stark prägen. Es ist wichtig, dass diese bestmöglich gesteuert werden können. Hierzu ist Handlungswissen zumeist über die eigene Aus- und Fortbildung hinaus notwendig. Erworben und erinnert muss auch die Fähigkeit, um fachkollegiale Hilfe frühzeitig zu ergänzen.</i>
	<i>Es ist wichtig, sich mit dem Team abgestimmt zu verhalten.</i>	K	<i>Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der Bezugspflegekraft ab.</i>
	<i>Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen. Versuchen Sie früh einen „palliativen Versorgungsplan“ mit allen Betroffenen abzustimmen.</i>	K	<i>Dokumentieren Sie sorgfältig. Auch damit Sie den Fortschritt erkennen.</i>
	<i>Prüfen Sie, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein ACP und kein Konsil-Dienst existiert. Prüfen Sie die Einbindung des SAPV-Teams für die häusliche Versorgung.</i>	M	<i>Wenn Sie das Vorgehen einmal erarbeitet haben (wen Sie ab wann wie einbinden), können Sie so oder doch sehr ähnlich immer vorgehen.</i>
	<i>Die Einbindung der Familie ist von großer Bedeutung. Unterstützen Sie deren Zugangsmöglichkeit.</i>	L	

Negativempfehlungen (Vermeiden Sie)

Alle medizinischen, pflegerischen, physiotherapeutischen u.a. Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet.

Darunter fallen therapeutische Maßnahmen wie tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen, Beatmung, Dialyse/Hämofiltration, Intensivtherapie, die Defibrillator-/Kardioverterfunktion implantierter Devices sowie Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe, Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht.






14

	<i>Therapiezieländerungen, deren Formulierung bei chronischen Erkrankungen nicht einfach zu finden sind, bedürfen u.a. einer Schulung und werden in der Praxis des klinischen Alltags häufig zu spät getroffen.</i>	M	<i>Suchen Sie sich eine Schulung bzw. machen Sie sich selber handlungskundig.</i>
	<i>Es ist wichtig, sich mit dem Team abgestimmt zu verhalten. Nutzen Sie die Fallbesprechungen u.a. Möglichkeiten, das „Teamwissen“ zusammenzuführen.</i>	K	<i>Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab. Welche Tätigkeiten erhöhen die LQ, welche beeinträchtigen diese?</i>
	<i>Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen. Versuchen Sie, früh einen „palliativen Versorgungsplan“ mit allen Betroffenen abzustimmen.</i>	K	<i>Dokumentieren Sie sorgfältig. Auch, damit Sie den Fortschritt bzw. Ziele der letzten Lebensphase für den Patienten erkennen.</i>
	<i>Prüfen Sie, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein Konsil-Dienst existiert. Prüfen Sie die Einbindung des SAPV-Teams.</i>	M	<i>Wenn Sie das Vorgehen einmal erarbeitet haben (wen Sie ab wann wie einbinden), können Sie so oder doch sehr ähnlich immer vorgehen.</i>
	<i>Machen Sie deutlich, formulieren sie Angebote, welche den Angehörigen aufzeigen, wie diese die Lebensqualität des Patienten erhöhen können.</i>	M	<i>Erarbeiten Sie ein Programm unterstützender Maßnahmen für Patienten und Angehörige.</i>

Positivempfehlungen (speziell)





Zeichnet sich der Sterbeprozess auf Station ab, wird ein Monitoring-, Informations- und Handlungsprozess zwischen den Beteiligten ermöglicht, der Art und Ausmaß der benötigten Unterstützung (hierzu gehört auch die Hinzuziehung komplementärer Partner) patientenorientiert organisiert. Ein gemeinsamer im Vorfeld erstellter „palliativer Notfallplan“ soll diesen Prozess sichern.

In eigenen Studien und Befragungen, aber auch in der Literatur und in der S-2 LL kann gezeigt werden, dass der Informationsprozess zwischen den Betroffenen verbesserbar ist bzw. dass in unzureichender Koordination eine der zentralen Ursachen zu erkennen ist, in deren Folge es zu Verlegungen Sterbender kommt. Von besonderer Wichtigkeit ist es, einen funktionierenden Informationsprozess zu identifizieren. Erst wenn dieser Prozess etabliert ist, kann die „Steuerung“ der letzten Lebensphase gelingen. Der Stationsarzt (diensthabende Arzt) leitet etwa die Einbeziehung der komplementären Partner ein. Studien zeigen, dass sich ein frühzeitig erstellter „palliativer Notfallplan“, d.h. eine Planungsgrundlage zur informativen, interventionellen und sozialen Steuerung des Sterbeprozesses, hilfreich auswirkt. Auch hier gilt es, eine Abstimmung mit den Empfehlungen der „vorausschauenden Lebensplanung“ bzw. einer Patientenverfügung herzustellen.

	Etablierung eines stabilen Informationsprozesses (Muster siehe Anhang).	K	
	Zu einem stabilen Informationsprozess gehört immer ein Ansprechpartnersystem.	K	
	Erstellen einer Übersicht (Tabelle), welche Patienten auf Station perspektivisch palliativ versorgt werden (Muster siehe Anhang).	K	
	Erstellen einer Übersicht (Tabelle) relevanter Partner im eigenen Krankenhaus und in der Region (Muster siehe Anhang).	M	
	Entwicklung eines „palliativen Notfallplanes“ (Muster siehe Anhang).	K-M	





Der Krankenhausarzt kennt das Prinzip der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (Advance-Care-Planning/ACP) und setzt sich für den Einsatz der von den meisten medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Möglichkeit der Patientenverfügung ein.

Zahlreiche der an chronischen – nicht nur bei onkologischen - Erkrankungen betroffenen Patienten versterben im Krankenhaus (ca. 50%) und ca. 1/3 von diesen auf Allgemeinstation. Somit kommt diesen eine große Bedeutung als Sterbeort zu. Auch wenn ein ambulantes SAPV oder anderer palliativer bzw. hospizlicher Dienst diese hierbei unterstützt. In ca. 20% der Krankenhäuser bestehen gegenwärtig palliative Betten bzw. eine Palliativstation mit steigender Tendenz. Damit es zu keinen notfallähnlichen Eskalationen kommt, ist die zeitige Planung des Lebensendes eigentlich verbindlich. Eigentlich anamnestisch und allgemeinem ärztlichem Selbstverständnis folgend, gegenwärtig aber auch durch den ACP-Prozess vorgetragen, gelingt dies. Der Krankenhausarzt sollte das Verfahren und dessen Prinzip kennen, welcher Ansprechpartner in der Einrichtung existiert. Im Rahmen dieses ACP-Prozesses wird regelmäßig auch eine Patientenverfügung angestrebt. Zugleich gilt die Relevanz der Patientenverfügung ganz unabhängig vom ACP-Prozess. Dieses könnte bereits einige Zeit vor einem Pflegeaufenthalt auf den Weg gebracht werden. Der Krankenhausarzt (die Kultur der ärztlichen Versorgung) sollte bei chronisch erkrankten und alten Patienten immer auf die Möglichkeit der bestehenden Beratungsangebote hinweisen und darauf hinwirken, dass diese von den Patienten in Anspruch genommen werden. Auch hier sind Kooperationen etwa zu städtisch-kommunalen Partner, Hospizgruppen, den kirchlichen Gemeinden u.ä. hilfreich.

	Informieren Sie sich über das Prinzip der vorausschauenden Versorgungsplanung und von Patientenverfügungen.	K	
	Fortbildung zum Thema der Ziele auf Station organisieren.	M	
	LoI oder ähnliche Klärung des Verhältnisses zu SAPV, Hospizgruppen u.a. Akteuren (Muster siehe Anhang).	K-M	
	Ergänzung der eigenen Anamnese um Informationen zur letzten Lebensphase bzw. einem Patiententestament.	K	


Der Krankenhausarzt weiß um die Praxis (Akteure, Vorgehen, Ansprechbarkeiten) der bestehenden Notfallversorgung vor Ort und in der Region. Er wirkt in seinem Rahmen und Möglichkeiten darauf hin, dass Patienten nicht ins Krankenhaus aufgenommen werden und an die anderen Akteure, z.B. SAPV, Hospiz, ambulante Pflegedienste, weitergeleitet werden.




Für den Arzt ist es aus vielfachen Gründen wichtig, nicht nur die rechtlich-formalen, sondern auch die fachlichen und sozialen Bedingungen, unter welchen die regionale Notfallversorgung stattfindet, zu kennen. Er kennt die Dienste, die in Frage kommenden Zielgruppen bzw. Patienten. In aller Regel kennt der Arzt auch die allgemeine und spezielle palliative Versorgung im Einzugsgebiet des Krankenhauses. Er verfügt über eine Übersicht und Kontaktdaten der Anbieter. Prinzipiell gilt es die im Gepräge des Notfalls sich vollziehenden Verlegungen Sterbender einzudämmen. Die Mitarbeiter in den Krankenhausambulanzen sind dahingehend zu entwickeln, dass diese den Sterbenden als solchen erkennen. Solche Ziele sind nur mittel- bzw. längerfristig zu erreichen, indem geeignete Beratungen, Schulungen und Abstimmungsprozesse durchgeführt werden.

	<i>LoI oder ähnliche Klärung des Verhältnisses zu ärztlichen Notfall-, Nacht- und Wochenenddienst (Muster siehe Anhang).</i>	<i>K-M</i>	
	<i>LoI oder ähnliche Klärung des Verhältnisses zu Krankenhäusern (Muster siehe Anhang).</i>	<i>M</i>	
	<i>Unterstützung der Einrichtung in der Identifizierung von Patienten/Bewohnen die nicht mehr verlegt werden wollen.</i>	<i>M</i>	
	<i>Unterstützung bzw. Initiative eines „runden Tisches“ o.ä. der die betroffenen Helfer zusammenführt (AGNDA-Vorschlag siehe Anhang).</i>	<i>L</i>	

Gerade bei chronisch z.T. schwer erkrankten Patienten, die über lange Zeit betreut werden, existiert Wissen der betreuenden Station um die familiäre Situation. Dort sind die wichtigsten Angehörigen, relevanten Bezugspartner und deren Rollen bekannt. Zahlreiche der entlassenen Patienten werden nicht zurück in die Familie, sondern in ein Pflegeheim verlegt. Der Krankenhausarzt wirkt im Rahmen seiner Kontakte und Möglichkeiten (Beratung, Information, Verweis und Einbindung von dritten Akteuren wie Hospizgruppen o.ä.) darauf hin, dass die finale Lebensphase in der Pflegeeinrichtung und auch zu Hause so gut als möglich gelingen kann.

Auch wenn es in Deutschland keine ausgewiesene Familienmedizin, keine durchgängiges Casemanagement und das Versorgungsprimat der ambulanten Versorgung existiert, so ist das Wissen und die sozialanamnestische Erfahrung der Krankenhausversorgung für die Praxis der Familie nicht nur in ländlichen Regionen groß. Diese Ressource gilt es zugunsten der familiären Konsolidierung auch im Falle eines stationären Pflegeaufenthaltes und eines sich vollziehenden Sterbeprozesses zu konsolidieren. Nicht ohne Grund achten die SAPV-Teams und auch Palliativstationen sehr stark auf die Situation bzw. die Belastungen und möglichen Empfehlungen der Angehörigen und zugleich versuchen sie, diese zu entlasten. Auch hier sollten sich die Krankenhausärzte aufgrund ihrer z.T. langjährigen Beziehungsebene als wertvolle Partner verstehen.




	<i>Es ist wichtig, sich mit dem Leitungsteam auf Station und auch der Klinik bzw. dem Krankenhaus insgesamt abzustimmen. Es müssen die Gremien / Treffen und Orte identifiziert werden, in denen interdisziplinäre und auch intersektoral kooperiert wird.</i>	<i>M</i>	<i>Intern: QM, Unternehmens-, Personalentwicklung, Sozialarbeit u.ä. nutzen. Extern: Fortbildungen, Gesundheitskonferenz der Region, Palliativnetzwerke u.ä. nutzen.</i>
---	--	----------	--

	<i>Prüfen Sie, welche Netzwerke, Zusammenschlüsse bereits in ihrer Region existieren und wie Sie, Ihre Klinik und Krankenhaus einbezogen sind.</i>	M	<i>Palliative, wohnortnahe Netzwerke bestehen in nahezu allen Regionen und Städten.</i>
	<i>Liste, Dokumentation und Abstimmungszweck der Kooperationspartner (intern und extern).</i>	K	
	<i>Fortbildung zum Thema im Krankenhaus. Teilnahme von Vertretern des Krankenhauses an regionalen Veranstaltungen.</i>	M	

Negativempfehlungen (speziell)

Sind die letzten Tage - die Sterbephase - eines Patienten erreicht, werden alle medizinische, pflegerische u.a. Aktivitäten dahingehend durch den Stationsarzt der Art qualifiziert, dass diese nicht dazu führen, dass Verlegungen an einen anderen Sterbeort des Krankenhauses begründet werden.

Es kann als Verlegungsrisiko aufgezeigt werden, dass der - durchaus erkennbare Zeitpunkt, an welchem ein Patient in seine letzten Lebenstage tritt bzw. die Sterbephase erreicht hat, nicht oder doch nicht eindeutig genug wahrgenommen und dokumentiert wird. Zu beobachten ist immer wieder auch, dass über diese Situation nicht alle Helfer gleichermaßen gut bzw. auch zeitnahe informiert worden sind, so dass diese ihr berufliches Verhalten auf diese Situation abstimmen können. Dies kann den Prozess destabilisieren.

	<i>Es ist wichtig, sich über die Entwicklung regelmäßig und zeitnahe auszutauschen, so dass alle Bezugs- und Handlungspartner zeitnahe über das Vorgehen informiert sind.</i>		
	<i>Der Stationsarzt setzt sich mit dafür ein, dass Patienten in ihrer letzten Lebensphase identifiziert und als solche auch erkannt werden können.</i>	M	
	<i>Der "palliative Notfallplan" und die in diesen getroffenen Vereinbarungen / Aktivitäten werden zur Handlungsleitlinie.</i>		

Einschränkungen bzw. weitere Entwicklung

Die formulierten Gemeinsam-klug-entscheiden-Empfehlungen, insbesondere die allgemeinen Positivaussagen, greifen auf zumeist gut bis sehr gut wissenschaftlich und in der Praxis abgesichertes Wissen zurück. Zugleich ist die medizinisch-pflegerische und psychologisch-soziale Betreuung sterbender Menschen bis heute in zahlreichen Versorgungssettings durch den für unser Gesundheitssystem insgesamt gültigen Zustand einer Über-, Minder- und Fehlversorgung ausgezeichnet. Die formulierten Empfehlungen vorgestellten Aktivitäten begründen sich vor dem ethischen Handlungsanspruch der nicht nur die Endlichkeit menschlichen Lebens akzeptiert, unnötige Prozeduren ausschließt, bestmögliche Symptomlinderung sicherstellt und soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglicht. Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz der Empfehlungen ist es inwieweit es gelingt die Hausärzte selber in den Entwicklungs- und Anpassungsprozess mit einzubeziehen.

Entscheidungshilfe für Krankenhausärzte

Wo und wie wird mein Patient bestmöglich versorgt?

Als Arzt im Krankenhaus stehen Sie sicherlich häufig vor dieser Frage. Von besonderer Bedeutung ist die Frage bei Ihren Patienten in der letzten Lebensphase bzw. im Sterbeprozess. Welche medizinischen Maßnahmen sollen noch eingeleitet werden? Inwieweit sind diese ethisch vertretbar? Was entspricht dem Willen des Patienten?

Mit unserem Projekt möchten wir Sie dabei unterstützen. In der „Entscheidungshilfe für Krankenhausärzte“ finden Sie Empfehlungen, wie Sie dank vorausschauender Planung eine „kluge“ Entscheidung treffen, die Situation vor Ort stabilisieren und Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Patienten durch unnötige Verlegungen vermeiden können.

In diesem Flyer enthalten ist eine Kurzform aus dieser Entscheidungshilfe mit Ratschlägen zu notwendigen Informationen und hilfreichen Beratungen und Schulungen. Zudem bietet sie Empfehlungen, wie Sie Unterstützung durch aktive Netzwerkcompetenz und dem Einbeziehen der beteiligten Akteure finden können.

Help Desk

Die Entscheidungshilfen basieren auf Leitlinien, die im Projekt Avenue-Pal gemäß den Anforderungen der AWMF entwickelt wurden. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist daher, die in den Entscheidungshilfen formulierten Empfehlungen in Zusammenhang mit den Leitlinien zu betrachten. Zur Implementierung der Leitlinien in Ihrer Praxis wird Ihnen ein Help Desk zur Verfügung stehen, der Sie, angepasst an Ihre Ausgangssituation, mit Informationen über erforderliche Maßnahmen bis hin zu einem individuellen Projektmanagement unterstützt.

Der Help Desk ist zurzeit in Entwicklung begriffen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf unserer Projekt-Website www.avenue-pal.de.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

www.avenue-pal.de





► **Eigene Information**



► **Beratung anderer Personen**



► **Schulung (intellektuell u. praktisch)**



► **Unterstützung (Eigenes Netzwerk)**



► **Unterstützung (prof. Helfer/Netzwerk)**



► **Kooperation**



► **Eigene Dokumentation**

1. Ziel: Bei nicht heilbaren schweren Erkrankungen erfasse und aktualisiere ich die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse und Belastungen von Patienten und Angehörigen wiederholt. Bei der Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung biete ich Patienten und auch Angehörigen Informationen über palliative Behandlungskonzepte und deren Möglichkeiten an.

► Informieren Sie sich über die Möglichkeiten und Verfahren der palliativen Versorgung.

► Wichtig ist ein möglichst klarer Informationsprozess in Bezug auf eine regelmäßige als auch situative Zustandserfassung. Nutzen Sie Übergaben, Teamgespräche u.ä. Stimmen Sie sich gut mit der zuständigen Pflegekraft ab.
► Sie sollten Patienten als auch Angehörige immer auf deren „subjektive“ Zustandsbeschreibung ansprechen und einbeziehen, empfehlenswert ist eine Angehörigensprechstunde. Binden Sie Angehörige früh mit ein und stellen Sie ihnen schriftl. Unterlagen zur Verfügung.
► Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.

► Suchen Sie sich eine Fortbildung zu Basis-kennnissen der palliativen Versorgung sowie zum Kompetenzerwerb für eine „offene Kommunikation“ mit Betroffenen.

► Es ist hilfreich, früh zu prüfen, wer aus dem Team entlastende Gespräche anbieten kann und welche ergänzenden Dienste das Krankenhaus anbietet.
► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.

► Identifizieren Sie auch psycholog. u. soziale Verhaltensweisen, die das Befinden des Patienten beschreiben. Prüfen Sie die Eignung der verwendeten Patientendokumentation.
► Dokumentieren Sie sorgfältig Ihr Vorgehen und stimmen Sie relevante Termine früh ab.

2. Ziel: Ich kenne das Prinzip der „vorausschauenden Lebensplanung“ (Advance-Care-Planning/ACP) und setze mich für den Einsatz der Möglichkeit der Patientenverfügung ein. Die Gesprächsbegleitung zum Patiententestament zur Klärung der Abläufe der letzten Lebensphase setzt dabei frühzeitig ein, im idealen Fall bereits vor einem Krankenhausaufenthalt.

► Informieren Sie sich über das Prinzip des ACP und von Patientenverfügungen.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab.
► Weisen Sie Betroffene auf diese Angebote hin und stellen Sie Kontakt zu den Experten der eigenen Einrichtung her, binden Sie die Angehörigen früh mit ein.

► Das Anwenden des ACP-Verfahrens bedarf einer Schulung. Wichtig ist auch, Ziele, Aufbau u. Inhalt eines Patiententestamentes zu kennen.
► Organisieren Sie Fortbildungen auf Station zu den Zielen des ACP.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.
► Klären Sie das Verhältnis zu SAPV, Hospizgruppen u.a. Akteuren z.B. über einen letter of interest.

► Ergänzen Sie die Anamnese um Informationen zur letzten Lebensphase bzw. ein Patiententestament.

3. Ziel: In der Sterbephase auftretende Unruhe und Angst erfasse und berücksichtige ich regelmäßig. Neben sprachlichen Äußerungen achte ich auf nonverbale und klinische Hinweise.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab.

► Handlungswissen zu medizinischen und sozialen Symptomen sowie Begleitumständen u. die Fähigkeit, fachkollegiale Hilfe einzubeziehen, sind notwendig.

► Die Einbindung der Familie ist von großer Bedeutung. Unterstützen Sie deren Zugangsmöglichkeit.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliat. Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.

► Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen u. stimmen Sie einen „palliativen Versorgungsplan“ mit allen Betroffenen ab.

4. Ziel: Alle Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet. Ich weiß um die Praxis der bestehenden Notfallversorgung vor Ort und wirke darauf hin, dass diese miteinbezogen werden, so dass nicht notwendige Verlegungen in ein Krankenhaus reduziert werden.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team u. mit der zuständigen Pflegekraft ab. Führen Sie „Teamwissen“ in Fallbesprechungen zusammen.
► Unterstützen Sie bei der Identifizierung von Patienten/Bewohnern, die nicht mehr verlegt werden wollen.

► Die Formulierung von Therapiezieländerungen bedarf einer Schulung.

► Erarbeiten Sie ein Programm unterstützender Maßnahmen für Patienten und Angehörige zur Erhöhung der Lebensqualität des Patienten.

► Klären Sie das Verhältnis zum ärztl. Notfall- Nacht- und Wochenenddienst sowie zu Krankenhäusern z.B. über einen Lol.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.
► Hilfreich ist zudem die Initiative eines „runden Tisches“ o.ä. der die betroffenen Helfer zusammenführt.

► Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen u. stimmen Sie früh einen „palliativen Versorgungsplan“ mit allen Betroffenen ab.

5. Ziel: Zeichnet sich der Eintritt des Sterbeprozesses ab, ermögliche ich ein Monitoring- und Informationsprozess zwischen den Beteiligten und erstelle einen gemeinsamen „palliativen Notfallplan“.

► Etablieren Sie einen stabilen Informationsprozesses mit einem Ansprechpartnersystem.

► Entwickeln Sie einen „palliativen Notfallplan“.

► Erstellen Sie eine Übersicht mit perspektivisch palliativ zu versorgenden Patienten
► Erstellen Sie eine Übersicht relevanter Partner im eigenen Krankenhaus und in der Region.

6. Ziel: Ich kenne die wichtigsten Angehörigen und relevanten Bezugspartner und wirke darauf hin, dass die finale Lebensphase in der Pflegeeinrichtung und auch zu Hause so gut als möglich gelingen kann.

► Es ist wichtig, sich mit dem Leitungsteam auf Station und auch der Klinik bzw. dem Krankenhaus insgesamt abzustimmen sowie Gremien / Treffen und Orte zu nutzen, um interdisziplinär und auch intersektoral zu kooperieren.

► Wichtig sind Fortbildungen zum Thema im Krankenhaus sowie die Teilnahme an regionalen Veranstaltungen.

► Prüfen Sie, welche Netzwerke, Zusammenschlüsse bereits in ihrer Region existieren und wie Sie, Ihre Klinik und Krankenhaus einbezogen sind.

► Dokumentieren Sie Kooperationspartner und Abstimmungszweck.

7. Ziel: Sind die letzten Tage eines Patienten erreicht, qualifiziere ich alle medizinische, pflegerische u.a. Aktivitäten dahingehend, dass keine Verlegungen an einen anderen Sterbeort begründet werden.

► Alle Bezugs- und Handlungspartner sollten zeitnah über die Entwicklung und das Vorgehen informiert sein.

► Setzen Sie sich (mit) dafür ein, dass sterbende Bewohner identifiziert und erkannt werden können.

► Entscheidend ist, dass der palliative Notfallplan und die in diesen getroffenen Vereinbarungen / Aktivitäten zur Handlungsleitlinie werden.

Die



1

Entscheidungshilfen und Informationen für durch die Avenue-Pal LL-Implementierung betroffenen Partner

Wolfgang George
Stand 03.06.2020

Allgemeine Einführung

Entscheidungshilfen sind im Bereich des Konsums weit verbreitete Instrumente. Organisationen des Verbraucherschutzes oder berufsständische Vertretungen stellen solche Angebote etwa zur Vorbereitung für individuelle Kaufentscheidungen oder zu Entscheidungen vor medizinischen Behandlungen zur Verfügung. Entscheidungshilfen unterstützen dabei, die Zielsetzung, den Willen und die Präferenzen von Verbrauchern zu formulieren und zu verwirklichen. Um dies zu ermöglichen, werden schrittweise möglichst objektivierbare Kriterien, wie z.B. voraussichtliche Art, Dauer und Umfang, Haltbarkeit des Produkts, Funktionalitäten, Rücktrittsrechte, Garantie etc., eines Produktes oder Dienstleistung identifiziert (1), deren Ausprägung bezüglich des Nutzens oder Auswirkungen auf die Gesundheit für die jeweilige Entscheidung bewertet (2), häufig auch als Gesamtwert- oder Nutzen addiert (3), in medizinischen Entscheidungsprozessen frühzeitig auch alternative Möglichkeiten, Risiken oder Prognosen gegenübergestellt (4). Auf diese Weise entsteht eine möglichst wissensbasierte und zugleich individuelle Entscheidung. Gehen Verbraucher alleine oder auch mit Unterstützung professioneller Unterstützung so vor, können sie Impuls- oder Spontanentscheidungen vermeiden. Stattdessen bereiten sie eine Entscheidung vor, die im Vorfeld abgewogen und bedacht wurde.

Entscheidungshilfen, die in der Regel durch eine ethische Bewertung ergänzt werden, finden auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung Anwendung. Auch hier existieren bereits verschiedene Entscheidungshilfen, wie z.B. Informationsbroschüren, Leitlinien als Therapeuten- und/oder Patientenversionen, Handlungsalgorithmen, öffentliche und private Beratungsstellen. Sie werden von ganz unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen angeboten, wie z.B. von Krankenhäusern, Ärztenverbänden, Apotheken, Pflegediensten, Pflegekassen, Verbraucherberatungen, Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens, Patientenschutzbündnisse.

Entscheidungshilfen für das Gesundheitswesen verfolgen das Ziel, einen nachvollziehbaren, objektiven und ergebnisoffenen Entscheidungsprozess zu begleiten. Nachvollziehbare Informationen über Chancen und Risiken, wissensbasierte Prognosen und die Einbeziehung aller betroffenen Akteure unterstützen den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess, der als gemeinsam entwickelte Entscheidung in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung integriert werden kann. Abschließend erstellte Dokumente mit handlungsleitenden Vorgaben stehen allen am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung und können auf ihre Initiative hin evaluiert und an neuen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Folgende Verfahren kommen in diesem Zusammenhang zur Anwendung:

Evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI): Diese stehen inzwischen in hoher Zahl zur Verfügung und sind inhaltlich verbraucherfreundlich aufbereitet. Sie bilden den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum typischen Krankheitsverlauf, zur derzeit empfohlenen Diagnostik, zu wirksamen Interventionen, zum Erfolg von Therapien, möglichen Risiken und Nebenwirkungen ab (vgl. Patientenleitlinien AWMF). Die Empfehlungen der Leitlinien können auf subjektive Patientenziele abgestimmt werden, da medizinische Endpunkte, wie z.B. die

Lebensqualität, berücksichtigt werden können. Ihre Entwicklung ist zeitaufwändig, da in der Regel eine professionelle Leitlinie in eine laienverständliche Sprache „übersetzt“ wird.

Shared-Decision-Making (SDM): Hierbei handelt es sich um eine Methode, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu gesundheitlichen und pflegerischen Fragen zwischen Patienten, seinen Angehörigen und professionellen Personen zu gestalten. Alle in eine Entscheidungsfindung involvierten Personen bekommen die Gelegenheit, relevante Informationen auszutauschen, zu bewerten, um im Anschluss eine gemeinsam zu tragende Entscheidung zu treffen. In der Regel bietet hierzu der professionelle Experte, z.B. der behandelnde Arzt, alle relevanten und evidenzbasierten Empfehlungen zu einem geplanten therapeutischen oder diagnostischen Vorgehen an, stellt hierzu mögliche Alternativen vor oder empfiehlt die Einholung einer Zweitmeinung. Bei Entscheidungen zu komplexen Krankheitsbildern oder zu lebensbedrohlichen Lebenssituationen können die Vertrauenspersonen der Patienten hinzugezogen werden. Der Patient nutzt vor der endgültigen Entscheidung eine Bedenkzeit.

Entscheidungshilfen (EH): Bei medizinischen Entscheidungshilfen handelt es sich um Erläuterungen zum Krankheitsbild und dessen Verlauf, z.B. mit verbraucherfreundlich gestalteten Printmedien, Filmen, Erfahrungsberichten etc. Sie sollen dabei sowohl die Kognition als auch die Emotionen des Patienten ansprechen und können dabei helfen, zukünftige Diagnostik und Interventionen begründeter zu befürworten oder abzulehnen. In der Auseinandersetzung mit Entscheidungshilfen hat der Patient die Gelegenheit, sich in Details der Erkrankung etc. zu vertiefen, um eine Informationsbasis zu erlangen, die eine persönliche Sicherheit vermitteln kann. Ihr wird eine positive Auswirkung auf die spätere Krankheitsbewältigung oder einer positiv empfundenen Lebensqualität zugesprochen. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen für spezifische Versorgungssituationen ist aufwendig, denn sie sollte auf ihre Wirkung bei Patienten und ihren Vertrauenspersonen geprüft werden.

Von den medizinischen Fachgesellschaften wird häufig kritisiert, dass die derzeit im Umfeld der Patienten- und Pflegeversorgung eingesetzten Entscheidungshilfen, wie z.B. Informations- und Beratungsmaterialien für die Patienten und Angehörigen, nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen, nicht hinreichend laienverständlich sind und damit in ihrer Wirkung unzuverlässig sind, was zu Unsicherheiten bei den Patienten führen kann.

In der praktischen Umsetzung der in Avenue-Pal entwickelten Leitlinien zur Reduktion unzulässiger und vermeidbarer Verlegungen Sterbender werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen, deren gelungene Einbindung und Kooperation von hervorragender Bedeutung für das Erreichen der formulierten Projektziele ist. Es ist klar, je komplexer der Zielanspruch, umso mehr Akteure aus unterschiedlichen Handlungsbereichen mit unterschiedlichen Aufträgen sollten erfolgreich und zielführend angesprochen und eingebunden werden. Für fünf ausgewählte Zielgruppen wurden EH's formuliert:

1. die Angehörigen, Verwandte, Freunde, Caregiver,
2. der Hausarzt,
3. der Krankenhausarzt,
4. der Notarzt,
5. die Gemeinde, Organisationen und Akteure, die das das Quartier einer Gemeinde konstituieren (Kirche, Bürgerschaft, Vereine, etc.).

Diese heterogene Gruppe mit ihren zahlreichen Akteuren eint das Avenue-Pal-Ziel, die Versorgung eines sterbenden Menschen vor Ort zu konsolidieren, um so dazu beizutragen, dass schwerkranke, hochaltrige, sterbende Patienten, Bewohner und Bürger keinen unnötigen Verlegungen ausgesetzt sind. Dazu muss die Situation dieser fünf relevanten Akteure in Bezug auf die Projektziele genauer erfasst werden (siehe etwa die Ergebnisse der Ärztebefragung in Phase 1) und durch geeignete Ansprache und Informationen bestmöglich unterstützt werden. Auch wenn diese Herausforderung nicht allein durch Entscheidungshilfen bearbeitet werden kann, stellen diese doch eine wichtige Hilfestellung in der Klärung der Rolle und Aufgaben der Angehörigen, Hausärzte, Krankenhausärzte, Notärztliche Versorger und der Gemeinde dar.

Handlungsempfehlungen: Diese werden z.T. sinngleich mit oben beschriebenen EH's verwendet. In allgemeineren und abgeschwächten Sinn resultieren diese häufig als verhaltensorientierte Empfehlung aufgrund der Ergebnisse substanzieller Ausarbeitungen bzw. Berichterstattungen.

Übersicht der Entscheidungshilfen:

Zielgruppe	Genauere Zielbestimmung der EH	Anschluss	Prinzipieller Aufbau	Mögliche Medien Papier / Online / ...
Angehörige	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	
Hausärzte ¹	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen,	Print, Help-Desk

¹ Fokus liegt auf der Situation Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

	zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.		Anhänge	
Krankenhausarzt	Der „normale“ Krankenhausarzt auf Allgemein- aber auch auf Intensivstation ist von großer Bedeutung für die Versorgung in der letzten Lebensphase. Auch wenn er einen palliativen Konsildienst einbindet, sind dessen Kompetenzen begrenzt und seine Empfehlungen bedürfen der Koordination im gesamten Stationsteam.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Notarzt	Not-, Nacht- und Wochenenddienste werden in Krisensituationen hinzugezogen. Sie sind auf die zur Verfügung gestellten Informationen und ihre Erfahrungen angewiesen. Häufig wird sehr frühzeitig auf eine Verlegung / Einweisung hingewirkt. Es gilt, die geeigneten Informationen strukturiert vorzuhalten.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Gemeinde	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese vermieden werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, Anhänge	

Tabelle: Übersicht der Entscheidungshilfen

2. Entscheidungshilfe für Notarzt und Rettungsdienst²

- Einführung

Die AWMF-Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ möchte die wichtigsten Empfehlungen von Leitlinien in Kurzform zugänglich machen, mit dem Ziel, Patienten und Versorgungsaspekte zu Erkrankungen in den Mittelpunkt zu stellen, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

Im Weiteren angeschlossen wird an eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM). Ihr Ausgangspunkt bildet eine Positiv- und Negativ-Empfehlung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Empfehlungen sind sowohl an Ärzte als auch an Patienten gerichtet. Es geht um die Sensibilisierung, dass nicht immer alles Machbare durchgeführt werden sollte, stattdessen sollte die Indikationsqualität verbessert und dadurch die Arzt-Patient-Beziehung unterstützt werden. Durch die Identifizierung relevanter Prozessbedingungen der Patientenbegleitung ist dies möglich. Um zugleich eine hohe Qualität und Umsetzbarkeit zu gewährleisten, werden veröffentlichte Empfehlungen diesbezüglich von einer Konsensus-Kommission kontinuierlich überprüft. Diese Kommission erarbeitet auch eigene Empfehlungen. Die Vermeidung von Überversorgung bzw. nicht mehr indizierter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ist in der letzten Lebensphase von besonderer Bedeutung.

„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten . . . Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ (Bundesärztekammer). Ähnliche Aussagen finden sich in der Charta zur Betreuung Sterbender. Zugleich gilt es, eine Unterversorgung insbesondere zur Behandlung belastender Symptome oder der psycho-sozialen Unterstützung und Teilhabe zu vermeiden. In allen Versorgungssektoren und bei allen Verantwortlichen muss es Ziel sein, dass jedem Betroffenen unabhängig der zugrundeliegenden Erkrankung, Lebenslage oder Versorgungsort eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung ermöglicht wird. Als zentrale Risikofaktoren sind zu benennen:

1. Unzureichende Schmerztherapie bei schwerkranken und sterbenden Bewohnern/ Patienten

² Notarzt wird an dieser Stelle im Sinne einer akut notwendigen ärztlichen (auch rettungsdienstlich vorgetragen) Betreuung verstanden. Dies umfasst auch eine notwendig werdende medizinische Betreuung am Wochenende und in der Nacht.

2. Unzureichende Steuerung der Atemnot
3. Fehlender Einbezug palliativer Kompetenzen
4. Verbesserbarer Einbezug der Angehörigen
5. Verbesserbarer Einbezug der notärztlichen Versorgungsperspektive

Die folgenden Positiv- und Negativaussagen beziehen sich in einem allgemeineren Teil auf die Empfehlungen der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ und in einem spezielleren Teil auf die eigene Leitlinie „Zur Verhinderung nicht indizierter Verlegungen“ und fokussieren hierbei auf die Notfall- und Rettungsmedizin.

Beruhen die Empfehlungen der S3-LL maßgeblich auf Empfehlungen, denen kontrollierte klinische Studien zugrunde liegen, begründen sich die spezielleren Empfehlungen aus einer Literaturrecherche, zu diesem Zweck durchgeführten Befragungen und einem Konsensusverfahren als Beteiligung von Experten.

Obwohl alle versorgenden Ärzte im Blick sind, adressieren die Empfehlungen aus dem *Gemeinsam klug entscheiden - Prozess* an die notärztliche Perspektive. Dies ist auch insofern berechtigt, als dass immer mehr Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden und dort versterben. Teilziel der neuen LL ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, eingebundene und in die Entscheidungen einbezogene Notärzte Verlegungen einleiten bzw. durchführen, die - im oben dargestellten Sinn - nicht indiziert sind. Es gilt, die notärztliche Versorgung bestmöglich einzubeziehen, d.h. diese insbesondere durch vorausschauende Planung zu entlasten.

Wichtig ist, dass die formulierten Empfehlungen mit der LL- Implementierung einhergehen. Das Projektmanagement wird durch die stationären Pflegeeinrichtungen vorgetragen. Eine abgestimmte Zusammenarbeit mit den notärztlichen Versorgungsstrukturen herzustellen ergibt sich nicht zuletzt aufgrund eigener empirischer Befunde, die erkennbar machten, dass die NÄ häufig die Verlegungen veranlassen bzw. diese vollziehen. Obwohl für das Gelingen des ACP-Prozesses die Verantwortung auf Seiten der Pflegeheimbetreiber liegt, ist klar, dass dessen Wirksamkeit ohne eine vorausschauende, aktive-motivationale Einbindung der Systempartner und Angehörigen - und hierzu gehört ausdrücklich auch das notärztliche Versorgungssystem - begrenzt bleibt.

- Ziel der Entscheidungshilfe für Notarzt und Rettungsdienst:

...ist es, den Notarzt / notärztlichen Rettungsdienst in die Lage zu versetzen, einen Einsatz in einer Pflegeeinrichtung auch dann fachlich korrekt und verantwortungsvoll durchzuführen, wenn es sich um einen sterbenden Bewohner/-in bzw. palliativen Patienten handelt, dessen gesundheitlicher Zustand den Einsatz auslöst. Dies gelingt aufgrund fachlicher und sozialer Befähigung und ergänzender Unterstützung durch eine vorausschauende und präventive Befassung mit den zu erwartenden Situationen in der Pflegeeinrichtung. Praktisch führt dies dazu, dass im Regelfall der/die Bewohner/-in vor Ort in seiner/ihrer Situation sowie auch die Situation – das verunsicherte/überforderte Pflegeteam - stabilisiert wird.

- Ausgangssituation:

Der Notarzt ist in seiner Funktion der erweiterten Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen von besonderer Bedeutung. Immer dann, wenn akuter medizinischer Handlungsbedarf besteht und auf den hausärztlichen Not-Dienst (Telefon 116117) bzw. den zuständigen Hausarzt nicht bzw. nicht zeitnahe zurückgegriffen werden kann, wird der Rettungsdienst verständigt. Ungefähr jeder 6. notärztliche Einsatz führt in eine Pflegeeinrichtung. Gerade in ländlichen Regionen mit einer lückenhaften hausärztlichen Versorgung ist mit einer weiteren Zunahme der Inanspruchnahme mobiler notärztlicher Versorgung auszugehen.

Die Besonderheit der notärztlichen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen besteht einerseits in der therapeutischen Herausforderung des Settings und andererseits in einer gut antizipierenden Planung der jeweiligen Situationen. So gilt es etwa, palliative Notfallsituationen früh zu erkennen. Der Einsatz wird nötig, da die niedergelassenen Ärzte (bzw. AAPV) nicht rund um die Uhr und an allen Tagen ansprechbar sind, so dass Versorgungslücken entstehen, die dann eine notärztliche Therapie mit nachfolgender Klinikeinweisung nach sich ziehen können. Auch die seit vielen Jahren den Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen gesetzlich zustehende SAPV erfasst nicht alle Heime bzw. alle Bewohner. Trotz guter Planung der Versorgung von Palliativpatienten können Notfallsituationen nicht vollständig vermieden werden. Jedoch ist es möglich, die weitere Versorgung in der Pflegeeinrichtung ohne weitergehende notfallmedizinische Unterstützung oder gar einer Verlegung in eine Klinik vorzunehmen.

Ein großes Risiko ist (dies konnte in eigenen empirischen Studien aufgezeigt werden), dass der hinzugezogene Rettungsdienst und Notarzt die palliative Versorgungssituation nicht erkennt bzw. auch keine zeitnahen Informationen erhält, dass es sich um einen palliativen Notfall bzw. um

einen Patienten im palliativen Erkrankungsstadium handelt. Diese Informationen oder etwa eine vorliegende Patienten-/ Bewohnerverfügung sind indes von größter Bedeutung für den weiteren Verlauf der Krisenintervention.

Dort, wo die SAPV modellhaft entwickelt ist, gewinnt auch die AAPV an Bedeutung bzw. es gibt eine/ existiert eine gelungene wechselseitige Unterstützung, von der dann auch der u.U. notärztliche Einsatz profitiert. Die notwendigen Klärungen und Festlegungen, wie etwa durch *Advance Care Planning* können so in Ruhe und Verlässlichkeit zwischen den betroffenen Akteuren getroffen werden. Hierbei kommt dem Hausarzt die entscheidende Rolle zu. ER ermöglicht maßgeblich die verschiedenen Verfahren zur Stärkung der Patientenautonomie – auch in dem er die Angehörigen einbindet – und hat damit in möglichen Notfallsituationen eine zentrale Bedeutung. Im idealen Fall erarbeitet er mit der stationären Pflegeeinrichtung und den Betroffenen die notwendigen Dokumente.

Aber auch die praktische Sicherstellung und Koordination etwa eines dauerhaft erreichbaren Ansprechpartners (24/7/365 Erreichbarkeit) ermöglicht solch eine vorausschauende Planung. Als Ergebnis entsteht, dass der Rettungsdienst bzw. der Notarzt nicht mehr alarmiert werden muss. Wird er dennoch angefordert – hierfür kann es gute Gründe geben – dann ist es hilfreich, wenn er bestmöglich vorab informiert ist, dass vorhandene Dokumente bzgl. des Bewohnerwillens vorliegen und auch, dass eventuelles Handeln / ein Notfallplan / Notfallmedikamente bestmöglich vorbereitet sind. Wichtig ist ferner ein guter Aus- und Fortbildungsstand in der „palliativen Notfallversorgung“ sowohl auf der Seite des Pflegepersonals in der Pflegeeinrichtung als auch des Rettungsdienstpersonals.








Problematisches Fallbeispiel 1: Aus der Perspektive des am Wochenende hinzugerufenen Notarztes Dr. K. ist die Qualität der Versorgung in dem Pflegeheim S. problematisch. Dem Patienten (Bewohner) geht es schlecht, das Pflegepersonal steht unter hohem Stress. Dr. K. veranlasst die Verlegung in das benachbarte Krankenhaus.

Positivempfehlungen (allgemein)


Identifizieren der letzte Lebensphase/ Sterbephase: Der Notarzt / Rettungsdienst erkennt beim Eintreffen in den zur Verfügung gestellten Informationen zeitnahe und eindeutig, dass er einen Bewohner in der letzten Lebensphase bzw. im Sterbeprozess vorfindet.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über einen – zumeist mit den notärztlichen und hausärztlichen Versorgern entwickelten – Informationsprozess, der dem eintreffenden Notarzt eine umfassende und zeitnahe Orientierung erlaubt, so dass dessen Interventionen sich auf die Stabilisierung der Situation vor Ort konzentrieren können. Unmittelbar nach seinem Eintreffen muss diese Information geklärt werden. Anzustreben ist, dass diese Information bereits vor dem Eintreffen vorliegt.

Aktivitäten:

Information (Kognitive Kompetenz)		Sie sollten möglichst viele der verwendete Informations- und Dokumentationssysteme der stationären Pflegeeinrichtungen kennen.	kurz – mittel - längerfristig ³	
Beratung (Kognitive Kompetenz)		Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / mit dem ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes / mit Vorgesetzten ab.	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz)		Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen, z.B. in Form von Fallbesprechungen mit den betroffenen Akteuren, sind notwendig.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz)		Anfänger im notärztlichen Team sollten hierfür gezielt angeleitet werden bzw. sollten erfahrene Kollegen aktiv anleiten.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz)		Kein Aktionismus und voreilige Entscheidungen, stattdessen vorliegende Informationen des Patientenwillens wohlwollend würdigen.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig).	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen		Aktive Netzwerkkompetenz kann jederzeit gestartet werden.	kurz – mittel - längerfristig	




³ kurzfristig = innerhalb von drei Monaten; mittelfristig = innerhalb eines Jahres; langfristig = innerhalb von drei bis fünf Jahren

(Strategisch-reflexive Kompetenzen)				
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		Sie können das vorhandene System anwenden bzw. einen in einer Pflegeeinrichtung nicht vorhandenen Prozessstandard (SOP) durch einen eigenen ersetzen.	kurz – mittel - längerfristig	






Den vorliegenden Behandlungsplan umsetzen können: Aufgrund eines vorliegenden palliativen Behandlungskonzeptes in der Pflegeeinrichtung o.ä. erkennt der notärztliche Dienst die Situation des Bewohners und kann Maßnahmen verordnen bzw. verabreichte Medikamente bzw. weiterführende Schritte begründen.

Immer mehr Pflegeeinrichtungen verfügen über einen palliativen Behandlungsplan, eine vorrausschauende Versorgungsplanung bzw. werden durch ein SAPV-Team betreut. Trotzdem kann ein notfallähnlicher Versorgungsbedarf entstehen. Es ist wichtig, dass der Notarzt die in diesen vorgeschlagenen bzw. festgehaltenen Medikationen verwendet bzw. Behandlungen und Interventionen berücksichtigt.

Aktivitäten:

Information (Kognitive Kompetenz)		Die in den Einrichtungen vorliegenden palliativen Behandlungsplanungen gleichen sich und sind geeignet, sich einen schnellen Überblick zu verschaffen.	kurz – mittel - längerfristig	
Beratung (Kognitive Kompetenz)		Es erfolgt eine Abstimmung im Behandlungsteam über das prinzipielle Medikamentenregime (z.B. Bundesmedikationsplan) in einem Palliativen Notfall, d.h. es sollte grundsätzlich auf die in der Einrichtung vorhandenen / bevorrateten (z.B. durch SAPV) und angeordneten zurückgegriffen werden. Danach kann der eigene Medikamentenbestand verwendet werden (SOP ⁴ , Algorithmus).	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz)		Die technische, fachliche und dokumentierende Anwendung palliativer Behandlungspläne (einschließlich „Palliativer Notfall“) sollte Gegenstand einer Fortbildung sein.	kurz – mittel - längerfristig	


⁴ SOP = Standard Operating Procedure, eine standardisierte Vorgehensweise in einem Prozess

Anleitung + Übungen <i>(Handlungskompetenz)</i>		Anfänger im notärztlichen Team sollten hierfür gezielt angeleitet werden bzw. sollten erfahrene Kollegen aktiv anleiten.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team <i>(Soziale und Handlungskompetenz)</i>		Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens (und nicht Vorgehens) im Rettungs-Team.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig). Einen Ansprechpartner in der Einrichtung zu identifizieren ist hilfreich.	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen <i>(Strategisch-reflexive Kompetenzen)</i>		Zu prüfen ist, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort Sie gezielt hinzuziehen können bzw. welche parallel durch die Einrichtung zu informieren sind.	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		Sie können das vorhandene System anwenden bzw. einen in einer Pflegeeinrichtung nicht vorhandenen Prozessstandard (SOP) durch einen eigenen ersetzen.		

Eigenes fachliches Wissen: Der Notarzt kennt die in der finalen Sterbephase auftretenden Symptome wie Atemnot, Unruhe und Angst etc. und kann dieses Wissen - der jeweiligen Situation angemessen - ergänzend zu dem vorliegenden Behandlungsplan einbringen und somit die Situation vor Ort stabilisieren.

Aufgrund der eigenen Ausbildung (palliative Medizin) Fortbildungen, Erfahrungen und Austausch im Team weiß der Notarzt / das Rettungsteam um die zentralen Symptome, kennt die prinzipiellen Behandlungsmöglichkeiten bzw. kann einen bestehenden Behandlungsplan situativ anwenden. Es ist zumeist die Stabilisierung einer Krise bzw. eines Symptoms des Patienten, dass den Notarzt herbeirufen lässt bzw. diesen leitet. Eine eingeleitete Verlegung in ein Krankenhaus sollte für einen sterbenden Patienten die letzte Lösung ausmachen.

Aktivitäten:

Information <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Information über die Möglichkeiten und Verfahren der palliativen Versorgung. Sie sollten über die Basiskenntnisse verfügen.	kurz – mittel - längerfristig	
--	---	---	-------------------------------	--







Beratung <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie stimmen sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung <i>(Kognitive- und Handlungskompetenz)</i>		Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig. Medizinische, soziale Symptome und Begleitumstände können die letzte Lebensphase stark prägen. Es ist wichtig, dass diese bestmöglich gesteuert werden. Hierzu ist Handlungswissen zumeist über die eigene Aus- und Fortbildung hinaus notwendig. Erworben und erinnert werden muss auch die Fähigkeit, ergänzende Unterstützung frühzeitig einzubinden.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen <i>(Handlungskompetenz)</i>		Anleitung und aktive Übungen sind Bestandteile der Aus-, Fort- und Weiterbildungen.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team <i>(Soziale und Handlungskompetenz)</i>		Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens (und nicht Vorgehens) im Rettungs-Team.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Sollte ein Angehöriger anwesend sein, so sollte möglichst vor dem Eintreffen geklärt sein, wer aus dem Team (Einrichtung) dessen Betreuung (anteilig) übernimmt.	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen <i>(Strategisch-reflexive Kompetenzen)</i>		Netzwerk kann bei Bedarf und Wunsch hinzugezogen werden.	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		Sie können einen in dem Heim vorhandenen Doc-Standard anwenden bzw. durch einen eigenen Doc-Standard ersetzen.	kurz – mittel - längerfristig	





Wille des Patienten identifizieren: Der Notarzt verschafft sich selber (aktiv und bestmöglich) einen Überblick zu dem Bewohnerwillen und verwendet hierfür mögliche Verfügungen (z.B. Patientenverfügung), die Ergebnisse der vorausschauenden Lebensplanung (ACP), befragt die Pflegekräfte nach relevanten Informationen und eventuell anwesende Angehörige und informiert sich zusätzlich bezüglich einer Vorsorgevollmacht bzw. Betreuung des Patienten.

Der Notarzt tritt in Pflegeeinrichtungen immer wieder in offene Situation, d.h. er weiß bis zu seinem Eintreffen nicht, was ihn erwartet. Auch vor Ort ist es nicht immer möglich, die relevanten Informationen zum Patientenwillen so zeitnah wie eigentlich notwendig – vor dem einleiten interventioneller Maßnahmen - zu erhalten. So muss der Patientenwille bestmöglich erkannt werden und durch vorhandene Dokumente untermauert werden.

Aktivitäten:



Information (Kognitive Kompetenz)		Sie erarbeiten sich gedanklich einen Prozess, wie Sie - in einer Einrichtung angekommen - zeitnah an die relevanten Informationen zu dem Patientenwillen gelangen könnten.	kurz – mittel - längerfristig	
Beratung (Kognitive Kompetenz)		Dieser Prozess sollte mit den Kollegen, die mit im Einsatz sind/ Teamkollegen besprochen werden. Besorgen Sie sich schriftliche Unterlagen (zum Palliativdienst o.ä), die Sie dem Patienten/Angehörigen geben können.	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz)		Die Organisation einer Schulung, deren Ziel es ist, dieses Vorgehen zu identifizieren und zu planen ist hilfreich. / Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den betroffenen Akteuren sind notwendig.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz)		Rollenspiele / Simulationstrainings sind hilfreich und kaum zu ersetzen. Etwa für den Umgang mit „anspruchsvollen Angehörigen“ und zur empathischen Kommunikation.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz)		Aufgabenteilung im Rettungs-Team. Es ist wichtig zu klären, wer sich auf welchen Sachverhalt konzentriert.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Einen anwesenden Angehörigen einzubinden ist wichtig. Angehörige dürfen zugleich in wichtigen Entscheidungen (etwa auch einer Verlegung) nicht allein gelassen werden, sondern benötigen	kurz – mittel - längerfristig	







		<p>fachliche und soziale Beratung und Annahme auch in einer Notfallsituation.</p> <p>Prüfen Sie vor Ort, welche Unterstützungsmöglichkeiten Sie benötigen. Hierfür ist ein früh identifizierter Ansprechpartner hilfreich.</p>		
<p>Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen)</p>		<p>Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Palliativdiensten mit möglicher „Alarmierung“ eines Palliativdienstes durch den Notarzt (z.B. Modellprojekt Fulda).</p>	kurz – mittel - längerfristig	
<p>Eigene Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		<p>Es ist wichtig, dass die entsprechende Dokumentation für den Patienten vorliegt und Sie die in den Einrichtungen verwendeten Planungs- Dokumentationssysteme anwenden können.</p>	kurz – mittel - längerfristig	

Angehörigenintegration: Im Rahmen des notärztlichen Auftrages ist das notärztliche Team in der Lage, einen Angehörigen in der Art zu informieren und zu beraten, dass die Situation vor Ort stabilisiert werden kann und nicht in einer Verlegung eines Sterbenden mündet.

Immer wieder kommt es vor, dass Angehörige des Bewohners während der notärztlichen Ankunft/Betreuung in der Einrichtung sind. In einigen Fällen haben diese auf dessen Kommen hingewirkt. Trotz eindeutiger Prioritäten wendet sich der Notarzt (Team) auch den Angehörigen zu, um diese über sein Vorgehen und Zielsetzungen zu informieren. Dazu ist es hilfreich, wenn der Notarzt über eigenes reflektiertes Wissen zum Umgang mit Angehörigen in dieser spezifischen Situation verfügt bzw. sich auf einen koordinierten Prozess mit der Einrichtung beziehen kann.

Aktivitäten:

<p>Information (Kognitive Kompetenz)</p>		<p>Sie kennen die Arbeit von Kübler-Ross (oder der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) aber auch die Ergebnisse der Krankheitsbewältigung (Coping). Diese sind gut für einen Einstieg in das Verständnis und Trauerbewältigung der Betroffenen und deren Angehörigen geeignet.</p>	kurz – mittel - längerfristig	
<p>Beratung (Kognitive Kompetenz)</p>		<p>Der Umgang mit anspruchsvollen Angehörigen kann durch kollegiale Beratung, aber auch durch Supervision vermittelt werden.</p>	kurz – mittel - längerfristig	

Schulung <i>(Kognitive- und Handlungskompetenz)</i>		Es ist wichtig, sich selber mit den Themen Trauer, Endlichkeit und Sterben zu befassen. Ohne eigene Haltung und damit verbundene (durchaus als ärztlich zu kennzeichnende) Werte ist es kaum möglich, das Verhalten und die Gefühle der Angehörigen zu erkennen und angemessen zu reagieren.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen <i>(Handlungskompetenz)</i>		Der Umgang mit anspruchsvollen Angehörigen kann durch Übungen und Trainings vermittelt werden. Empathische Kommunikation kann gelebt werden. Z.B. im Rollenspiel innerhalb Situationen mit Wut, Angst und Aggression.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team <i>(Soziale und Handlungskompetenz)</i>		Die Aufgaben- und Rollenteilung bzw. auch das Rollenverständnis im Rettungs-Team ist zu klären.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Einbindung der Kompetenzen vor Ort Planbares Netzwerk.	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen <i>(Strategisch-reflexive Kompetenzen)</i>		Wichtig ist die Einbindung der Kompetenzen vor Ort. Sie sollten ein planbares kooperatives Netzwerk herstellen.	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		Notarztprotokoll nutzen, um sowohl die Struktur, den Prozess und das Ergebnis dokumentieren zu können. Die Kausalität der Handlung muss im Ergebnis erkennbar sein.	kurz – mittel - längerfristig	









Advance-Care-Planning (ACP), Testament und Verfügung: Der Notarzt kennt das Prinzip und Verbindlichkeit der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (*Advance-Care-Planning/ACP*) in den Pflegeeinrichtungen und setzt sich für den Einsatz der von den meisten medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Patientenverfügung zzgl. Palliativnotfallbögen ein.

Der Notarzt kennt die Methode der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (ACP), welche einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Bewohner, Angehörigen, Hausarzt und an der Betreuung/Behandlung beteiligten Personen beschreibt. Dieser Prozess dient der prinzipiellen Identifizierung und Umsetzung individueller Ziele in dem letzten Lebensabschnitt. In der Patientenverfügung drückt der Patient in Abstimmung mit seinem Hausarzt und seiner



Familie seinen letzten Lebenswillen in Bezug auf medizinische und andere Behandlungen aus. Der Notarzt rückkoppelt seine Aktivitäten nach bestem Wissen und Situationsverlauf in diesen Prozess.






Aktivitäten:




Information <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie kennen durch geeignete Literatur sowie Fortbildungen die Ziele, Methode und Verbindlichkeit vorausschauenden Lebensplanung (ACP), der Patientenverfügung bzw. von Vollmachten.	kurz – mittel - längerfristig	
Beratung <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie stimmen sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung <i>(Kognitive- und Handlungskompetenz)</i>		Sie / das Team sollten in Bezug auf Durchführung und Umgang mit absehbaren Konsequenzen geschult werden. Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen <i>(Handlungskompetenz)</i>		Simulationstrainings mit Situationsanalyse sind hilfreich.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team <i>(Soziale und Handlungskompetenz)</i>		Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team ab.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Regelmäßige interdisziplinäre Sitzungen mit Fallbeispielen.	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen <i>(Strategisch-reflexive Kompetenzen)</i>		Die zielabgestimmte Zusammenarbeit mit Hausarzt / Angehörigen und Einrichtung betreffen auch den Notarzt und können nur gemeinsam vollzogen werden. Sie prüfen, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein ACP und kein anderer Dienst existiert. Sie prüfen die Einbindung des SAPV-Teams.	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		Sie können das vorhandene System anwenden.	kurz – mittel - längerfristig	

Dont's: Der Notarzt / der Rettungsdienst weiß um den Sachverhalt, dass medizinische Maßnahmen, die nicht dem Ziel der Sicherung einer bestmöglichen Lebensqualität bzw. des Wohls des sterbenden Menschen dienen, nicht eingeleitet bzw. eingestellt werden. Notwendig ist dafür die Kenntnis der medizinischen Indikation für das Handeln.

Unter dem Begriff der Übertherapie fallen therapeutische aber auch pflegerische Maßnahmen an, die für einen sterbenden Bewohner keinen Nutzen der Symptomlinderung bzw. Lebensqualität besitzen. Auch ein notärztlicher Einsatz ist unter dieser Perspektive kritisch zu prüfen. So kann eine veranlasste Intervention - zu der auch eine Verlegung gehören kann - schädlich für den betroffenen Bewohner sein.

Aktivitäten:

Information <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie kennen aufgrund von Literaturstudium und Fortbildungen das Thema der Überversorgung und auch das der Unterversorgung (z.B. mangelhafte Symptomkontrolle) sterbender Bewohner.	kurz – mittel - längerfristig	
Beratung <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie stimmen sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab. Durch gedankliche und emotionale Bearbeitung identifizieren Sie Ihre eigene Rollenbestimmung und Rollenverständnis.	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung <i>(Kognitive- und Handlungskompetenz)</i>		(Ethik-) Schulungen bzw. Abstimmungen mit den betroffenen Akteuren sind notwendig (z.B. ACP). Sie sollten zumindest phasenweise Supervisionsangebote als Reflexionshilfe in Anspruch nehmen. Therapiezieländerung, deren Formulierung bei chronischen Erkrankungen nicht einfach zu finden sind, bedürfen u.a. einer Schulung und werden in der Praxis des klinischen Alltags häufig zu spät getroffen.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen <i>(Handlungskompetenz)</i>		„Alarmismus“ und „Aktionismus“ versus „vorausschauende Planung“ und Stabilisierung vor Ort sind Gegenstand der Reflexion.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team <i>(Soziale und Handlungskompetenz)</i>		Es ist wichtig, sich mit dem Team abgestimmt zu verhalten. Sie nutzen die Fallbesprechungen u.a. Möglichkeiten, das „Teamwissen“ zusammenzuführen.	kurz – mittel - längerfristig	









Unterstützung/Support durch andere Akteure		Sie machen deutlich, formulieren Angebote, welche den Angehörigen aufzeigen, wie diese die Lebensqualität des Patienten erhöhen können. Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig).	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen <i>(Strategisch-reflexive Kompetenzen)</i>		Sie prüfen, welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein Dienst existiert. Sie prüfen die Einbindung des SAPV-Teams.	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung • To do 		Sie können das vorhandene System anwenden. Sie sind in der Lage, Verbesserungen, wenn nötig, herbeizuführen.	kurz – mittel - längerfristig	

Managementverantwortung: Der erfahrene Notarzt weiß um die Praxis (Akteure, Vorgehen, Ansprechbarkeiten) der bestehenden Notfallversorgung in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen und der Versorgungsregion. Er wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf hin, dass die notärztliche Versorgung zielorientiert durchgeführt wird. Dazu gehört auch, dass er sich in seiner Einrichtung (Organisation) dafür einsetzt, dass diese fachlich fundiert (evidenzbasiert) und strategisch mit den Einrichtungen und betroffenen Akteuren der Art agiert, dass das Patientenwohl der Sterbenden bestmöglich gesichert ist. Als Ergebnis entstehen darüber hinaus weniger - in diesem Sinn - nicht notwendige Einsätze und wenn diese doch durchgeführt werden, ist es das Ziel, die Situation zu stabilisieren.

Für den handelnden Notarzt ist es aus vielfachen Gründen wichtig, nicht nur die fachlichen und sozialen, sondern auch die ökonomischen und rechtlichen Bedingungen zu kennen, unter welchen die regionale Notfallversorgung stattfindet. Er kennt die handelnden Dienste, die in Frage kommenden Zielgruppen bzw. Patienten. In aller Regel kennt der Notarzt auch die aufnehmenden Krankenhäuser bzw. Notfallambulanzen. Ergänzend zu diesem Realitätsprinzip versuchen die meisten - gerade erfahrene - Notärzte auch aufgrund ihrer Erfahrungen, den Notfalleinweisungsprozess zu gestalten. Prinzipiell gilt es, den sich als Notfallverlegung darstellenden Transfer von sterbenden Heimbewohnern in ein Krankenhaus auf ein Minimum einzudämmen bzw. den Fokus des eigenen Handelns auf eine Stabilisierung der Situation vor Ort zu richten. Hierfür sind die Bedingungen in den Pflegeeinrichtungen dahingehend zu entwickeln, dass die handelnden Rettungsdienste den Sterbenden nicht nur als solchen leicht erkennen können, sondern dass die Stabilisierung vor Ort auch das Ziel der Einrichtung ist. Es ist klar, all diese Zielsetzungen betreffen insbesondere externes aber auch internes organisatorisches Verhalten, dass der Notarzt – sei er noch so erfahren und umsichtig - alleine und schon gar nicht in einem akuten Einsatz erreichen kann. Vielmehr sind solche Zielstellungen und mit diesen verbundenen Planungen und Prozesse nur durch die Zusammenarbeit der verantwortlichen Akteure in einem kurz- mittel- bzw. längerfristigen Rahmen zu erreichen.

Aktivitäten:



Information <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie erarbeiten eine Art von Ist- und Sollanalyse für Ihre Organisation und für die relevanten Pflegeeinrichtungen	kurz – mittel - längerfristig	.
Beratung <i>(Kognitive Kompetenz)</i>		Sie ergänzen und besprechen diese Analyse mit Ihren Kollegen.	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung <i>(Kognitive- und Handlungskompetenz)</i>		Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig.	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen <i>(Handlungskompetenz)</i>		Ein Simulationstraining ist hilfreich.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team <i>(Soziale und Handlungskompetenz)</i>		Aufgabenteilung im notfallmedizinischen Team.	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure		Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig).	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen <i>(Strategisch-reflexive Kompetenzen)</i>		Sie wirken darauf hin, dass definierte Kooperationen (Letter of Intend, Verträge) zu allen relevanten Kooperationspartnern existieren und diese sich im Verhalten des Arbeitsalltages wiederfinden. Unterstützung bzw. Initiative eines „runden Tisches“ o.ä., der die betroffenen Helfer zusammenführt (AGNDA-Vorschlag, siehe Anhang).	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpartner • Zustandsentwicklung To do		Es gibt einen, auch technologisch hinterlegten, Versorgungsprozess, auf den alle betroffenen Partner Zugriff haben, dieser wird im Sinn eines Case-Managements gepflegt. Liste von Bewohnern die aufgrund von Verfügungen, ACP oder anderen Verbindlichkeiten nicht mehr verlegt werden.	kurz – mittel - längerfristig	

Literatur



- Alt-Epping, B Klug entscheiden am Lebensende February 2018 DOI [10.1007/s00940-018-0726-5](https://doi.org/10.1007/s00940-018-0726-5)
- Wiese C, Vagts D, Kampa U et al Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen February 2011 Der Anaesthesist 60(2):161-171 DOI: [10.1007/s00101-010-1831-6](https://doi.org/10.1007/s00101-010-1831-6)

Einschränkungen bzw. weitere Entwicklung

Die formulierten „Gemeinsam Klug-entscheiden-Empfehlungen“, insbesondere die allgemeinen Positivaussagen, greifen auf zumeist gut bis sehr gut wissenschaftlich und in der Praxis abgesichertes Wissen zurück. Zugleich ist die medizinisch-pflegerische und psychologisch-soziale Betreuung sterbender Menschen bis heute in zahlreichen Versorgungssettings durch den für unser Gesundheitssystem insgesamt gültigen Zustand einer Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Die in den formulierten Empfehlungen vorgestellten Aktivitäten begründen sich vor dem ethischen Handlungsanspruch, der nicht nur die Endlichkeit menschlichen Lebens akzeptiert, sondern auch unnötige Prozeduren ausschließt, bestmögliche Symptomlinderung sicherstellt und soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglicht. Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz der Empfehlungen ist es, inwieweit es gelingt, die Hausärzte selber in den Entwicklungs- und Anpassungsprozess mit einzubeziehen.

In ein Krankenhaus verlegen oder nicht?

Als Notarzt oder Teammitglied im Rettungsdienst stehen Sie bei Einsätzen in Pflegeeinrichtungen sicherlich tagtäglich vor dieser Frage. Von besonderer Bedeutung ist die Frage bei Patienten in der letzten Lebensphase bzw. im Sterbeprozess. Welche medizinischen Maßnahmen sollen noch eingeleitet werden? Inwieweit sind diese ethisch vertretbar? Was entspricht dem Willen des Patienten?

Mit unserem Projekt möchten wir Sie dabei unterstützen. In der „Entscheidungshilfe für Notarzt und Rettungsdienst“ finden Sie Empfehlungen, wie Sie dank vorausschauender Planung eine „kluge“ Entscheidung treffen, die Situation vor Ort stabilisieren und Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Patienten durch unnötige Verlegungen vermeiden können.

In diesem Flyer enthalten ist eine Kurzform dieser Entscheidungshilfe mit Ratschlägen zu notwendigen Informationen und hilfreichen Beratungen und Schulungen. Zudem bietet sie Empfehlungen, wie Sie Unterstützung durch aktive Netzwerkkompetenz und dem Einbeziehen der beteiligten Akteure finden können.

Help Desk

Die Entscheidungshilfen basieren auf Leitlinien, die im Projekt Avenue-Pal gemäß den Anforderungen der AWMF entwickelt wurden. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist daher, die in den Entscheidungshilfen formulierten Empfehlungen in Zusammenhang mit den Leitlinien zu betrachten. Zur Implementierung der Leitlinien in Ihrer Praxis wird Ihnen ein Help Desk zur Verfügung stehen, der Sie, angepasst an Ihre Ausgangssituation, mit Informationen über erforderliche Maßnahmen bis hin zu einem individuellen Projektmanagement unterstützt.

Der Help Desk ist zurzeit in Entwicklung begriffen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf unserer Projekt-Website www.avenue-pal.de.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

www.avenue-pal.de

Entscheidungshilfe für Notärzte





► **Information**



► **Beratung**



► **Schulung, Anleitung, Übung**



► **Unterstützung (durch eigenes Team)**



► **Unterstützung (Eigenes Netzwerk/Team)**



► **Unterstützung (durch andere Akteure)**



► **Dokumentation**

1. + 2. Ziel: Auf Grundlage der zur Verfügung gestellten Informationen erkenne ich die Situation des Bewohners und kann den Behandlungsplan umsetzen.

► Sie sollten möglichst viele Informations- und Dokumentationssysteme kennen.

► Die palliativen Behandlungspläne gleichen sich und verschaffen einen schnellen Überblick.

► Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / Vorgesetzten ab.

► Stimmen Sie sich im Behandlungsteam über das prinzipielle Medikamentenregime in einem Palliativen Notfall ab.

► Schulungen u. Abstimmungen mit den betroffenen Akteuren sowie Fortbildungen zur Anwendung palliat. Behandlungspläne sind notwendig.

► Anfänger im notärztlichen Team sollten gezielt angeleitet werden.

► Kein Aktionismus und voreilige Entscheidungen, stattdessen vorliegende Informationen des Patientenwillens würdigen.

► Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens im Rettungs-Team sind wichtig.

► Wirken Sie auf Informationsbereitstellung hin (falls notwendig).

► Einen Ansprechpartner in der Einrichtung zu identifizieren ist hilfreich.

► Aktive Netzwerkkompetenz kann jederzeit gestartet werden. Prüfen Sie, welche Dienste und Unterstützung vor Ort Sie gezielt hinzuziehen können bzw. welche parallel durch die Einrichtung zu informieren sind.

► Sie können das vorhandene System anwenden bzw. einen nicht vorhandenen Prozessstandard (SOP) durch einen eigenen ersetzen.

3. Ziel: Ich kann eigenes fachliches Wissen - der jeweiligen Situation angemessen - ergänzend zu dem vorliegenden Behandlungsplan einbringen und somit die Situation vor Ort stabilisieren.

► Sie sollten über Basiskenntnisse über die Möglichkeiten und Verfahren der palliativen Versorgung verfügen.

► Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.

► Handlungswissen zu medizinischen und sozialen Symptomen sowie Begleitumständen ist notwendig.

► Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens (und nicht Vorgehens) im Rettungs-Team sind wichtig..

► Die Betreuung anwesender Angehöriger sollte möglichst vor dem Eintreffen geklärt sein.

► Ein Netzwerk kann bei Bedarf und Wunsch hinzugezogen werden.

► Sie können einen in dem Heim vorhandenen Doc-Standard anwenden bzw. durch einen eigenen Doc-Standard ersetzen.

4. + 5. Ziel: Ich verschaffe mir selber aktiv einen Überblick zum Bewohnerwillen und verwende hierfür mögliche Verfügungen und ACP. Ich befrage die Pflegekräfte und befrage und berate anwesende Angehörige.

► Erarbeiten Sie sich gedanklich einen Prozess, wie Sie zeitnah an die relevanten Informationen gelangen könnten.

► Beschäftigen Sie sich mit Arbeiten zum Verständnis und zur Trauerbewältigung der Betroffenen und deren Angehörigen.

► Besprechen Sie diesen Prozess mit Teamkollegen. Besorgen Sie sich schriftl. Unterlagen für den Patienten bzw. die Angehörigen.

► Der Umgang mit anspruchsvollen Angehörigen kann durch kollegiale Beratung und Supervision vermittelt werden.

► Die Organisation von Schulungen zur Identifikation des Vorgehens, zum Umgang mit Angehörigen sowie Rollenspielen zur empathischen Kommunikation sind hilfreich.

► Wichtig ist, sich selber mit den Themen Trauer, Endlichkeit und Sterben zu befassen.

► Die Aufgaben- und Rollenteilung bzw. auch das Rollenverständnis im Rettungs-Team ist zu klären. Es ist wichtig zu klären, wer sich auf welchen Sachverhalt konzentriert.

► Binden Sie anwesende Angehörigen mit ein. Zur Unterstützung in der fachlichen und sozialen Beratung der Angehörigen bei wichtigen Entscheidungen ist ein früh identifizierter Ansprechpartner hilfreich.

► Arbeiten Sie mit Palliativdiensten zusammen, auch mit dem Ziel einer möglicher „Alarmierung“ eines Palliativdienstes durch den Notarzt.
► Sie sollten ein planbares kooperatives Netzwerk unter Einbindung von Kompetenzen vor Ort herstellen.

► Wichtig ist, dass die entsprechende Dokumentation für den Patienten vorliegt und Sie die Dokumentationssysteme anwenden können.

► Nutzen Sie das Notarztprotokoll, um sowohl die Struktur, den Prozess und das Ergebnis dokumentieren zu können.

6. Ziel: Ich kenne das Prinzip und Verbindlichkeit der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (Advance-Care-Planning/ACP) und setze mich für deren Einsatz ein.

► Sie kennen Ziele, Methode und Verbindlichkeit der vorausschauenden Lebensplanung (ACP), Patientenverfügung bzw. von Vollmachten.

► Sie stimmen sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.

► Schulungen mit den betroffenen Akteuren, zur Durchführung und zum Umgang mit absehbaren Konsequenzen sind notwendig.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team ab.

► Führen Sie regelmäßige interdisziplinäre Sitzungen mit Fallbeispielen durch.

► Arbeiten Sie zielabgestimmt mit Hausarzt, Angehörigen und Einrichtung zusammen. Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein ACP existiert.

► Sie können das vorhandene System anwenden.

7. Ziel: Ich weiß, dass Medizin. Maßnahmen, die nicht dem Ziel der Sicherung einer bestmöglichen Lebensqualität bzw. des Wohls des sterbenden Menschen dienen, nicht eingeleitet bzw. eingestellt werden.

► Sie kennen das Thema der Überversorgung und auch das der Unterversorgung sterbender Bewohner.

► Sie stimmen sich mit Ihren Kollegen ab. Durch gedankliche und emotionale Bearbeitung identifizieren Sie Ihre eigene Rolle.

► Die Formulierung von Therapiezieländerungen bedarf einer Schulung.

► Stimmen Sie sich mit den Beteiligten ab (z.B. ACP).

► Führen Sie „Teamwissen“ z.B. in Fallbesprechungen zusammen und verhalten Sie sich im Team abgestimmt.

► Machen Sie deutlich, wie Angehörige die Lebensqualität des Patienten erhöhen können.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.

► Sie können das vorhandene System anwenden und sind in der Lage, Verbesserungen herbeizuführen.

Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen.



Ein Leitfaden für
Kommunen

Gliederung

Vorworte

1. Wie es zur Entwicklung des Leitfadens kam und an welchen Voraussetzungen dieser anschließt

2. Überblick

3. Einführung in die bestehende Versorgungssituation von Bürgern im letzten Lebensabschnitt

4. Warum ein Leitfaden?

4.1 An wen wendet sich der Leitfaden?

4.2 Welcher Nutzen ergibt sich für den einzelnen Bürger?

4.3 Welcher Nutzen ergibt sich für die Kommune?

5. Zielbestimmung des Leitfadens (Was der Leitfaden erreichen soll und was nicht)

6. Vorgehen

6.0 Die Methode der Wahl: Projektmanagement

6.1 Schritt (Meilenstein) 1: Ausgangslagenbestimmung (intern und extern)

6.2 Schritt (Meilenstein) 2: Zusammenführung der Akteure und Kompetenzen vor Ort und Formulierung einer Vision

6.3 Schritt (Meilenstein) 3: Ausarbeitung der Vision zugunsten operativer Zielsetzungen

6.4 Schritt (Meilenstein) 4: Aktivitäten, Kommunikation und Informationen

6.5 Schritt (Meilenstein) 5: Nachhaltigkeit und Entwicklung des Erreichten

Abschlussbemerkungen

Literatur und verwendete Unterlagen

Stichworte

Anhang

Vorworte



Vorwort der Oberbürgermeisterin der Universitätsstadt Gießen

Die Kommunen haben für die Lebensgestaltung der Menschen eine besondere Rolle, denn hier wird umgesetzt, was an anderer Stelle als Rahmenbedingung gestaltet und geregelt wird.

Hier findet der Alltag der Menschen statt und es ist eine wichtige Aufgabe von Kommunen, ihren Einwohner*innen in allen Lebenslagen ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Gestaltungsraum zu ermöglichen und vor Ort die dafür erforderlichen Strukturen und Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Das schließt selbstverständlich auch die letzte Lebensphase und das Sterben mit ein. Der Tod gehört zu unserem Leben, deshalb müssen wir uns auch mit ihm befassen – auch wenn es schwerfällt. Umso wichtiger finde ich es, den Menschen die Informationen und Ansprechpersonen zur Verfügung zu stellen, die sie benötigen, um für sich gute und durchdachte Entscheidungen treffen zu können.

Die Kommunen sind in der Lage, Netzwerke zu schaffen, Akteure an einen Tisch zu bringen und damit die verschiedenen Perspektiven und Fachlichkeiten zusammenzuführen.

Der vorliegende Leitfaden bietet dafür eine hervorragende Unterstützung und ich wünsche mir, dass er an vielen Orten seine Wirkung hin zu einer sozialen Teilhabe bis zuletzt entfaltet.

Gießen, den 15.12.2020

Dietlinde Grabe-Bolz

seit 2009 Oberbürgermeisterin der Stadt Gießen



Vorwort Karl-Christian Schelzke

„Von der Wiege bis zur Bahre sind es fünfzig Jahre, dann beginnt der Tod“. So lautet der Anfang des Gedichtes von Hermann Hesse mit dem Titel „Der Mann von 50 Jahren“. Hesse beschreibt hiermit die einsetzenden Altersleiden. Und dieser Anfang, wird oftmals – in der Regel wohlwollend ironisch gebrochen – in Zusammenhang mit den Aufgaben zitiert, die den Städten und Gemeinden obliegen. Die Aussage mag berechtigt sein, schließlich sind Kommunen nicht nur für das Personenstandswesen mit seinen Geburts- und Sterberegistern, sondern auch für die Kleinkinderbetreuung und die Friedhofsverwaltung zuständig. Und was liegt da näher, ihnen auch die Fürsorge für die letzten Lebensphasen ihrer Bürgerinnen und Bürger zu überantworten. Das mag sich zwar nachvollziehbar anhören, die Gemeinden können diesen sensiblen, humanitären Aufgaben aber nicht gerecht werden. Dafür sind und bleiben die ärztlichen und medizinischen Strukturen in unserem Land in der Pflicht!

Eine erfolgversprechende Zielsetzung eines behüteten Lebensendes kann neben der fachlichmedizinischen Betreuung aber auch in einem partnerschaftlichen Rahmen mit ehrenamtlich engagierten Bürger*innen erreicht werden.

In Hessen sind derzeit in über hundert Hospizvereinen und Palliativeinrichtungen zahlreiche Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren. Hier kann es und sollte es eine kommunale Aufgabe sein, koordinierend und vor allem wertschätzend tätig zu sein. Gerade für ländliche Räume können sich hierdurch zudem lohnende Perspektiven eröffnen. Weitgehend noch intakte Natur und Gemeinschaftsstrukturen sind für ältere Menschen und auch für deren Familien umso attraktiver, wenn man weiß, dass dort eine menschliche und einfühlsame Begleitung des letzten Lebensabschnittes möglich ist.

Es ist das Verdienst von Professor Dr. George und seinen Mitstreiter*innen, diese Perspektiven dem öffentlichen Diskurs zugänglich gemacht zu haben und mit dem hier vorgestellten Leitfaden vor Ort stattfindende Realisierungen zu ermöglichen.

Karl-Christian Schelzke

Geschäftsführer des Verbandes der kommunalen Wahlbeamten,
Vorsitzender der Hessischen Akademie für Forschung und Planung im ländlichen Raum,
Bürgermeister a.D., Geschäftsführender Direktor HSGB a.D.

1. Wie es zur Entwicklung des Leitfadens kam und an welchen Voraussetzungen dieser anschließt

Im Rahmen eines durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) zwischen 2018 und 2021) geförderten Versorgungsgestaltungsprojekt zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen¹ entstand als Ergebnis dieser Leitfaden erstens zur Diskussion und zweitens als Angebot einer konkreten Umsetzung der Ergebnisse in die Fläche. Zentrales Ziel des Projektes ist die Vermeidung von Überversorgung, insbesondere die nicht vom Patienten gewünschten und/oder nicht indizierten Verlegungen von sterbenden Menschen weg aus ihrer gewohnten Umgebung in eine Klinik. Eigenen Studien zufolge, könnte dies bundesweit zwischen 100.000 und 150.000 Patienten und Bewohner jährlich betreffen.

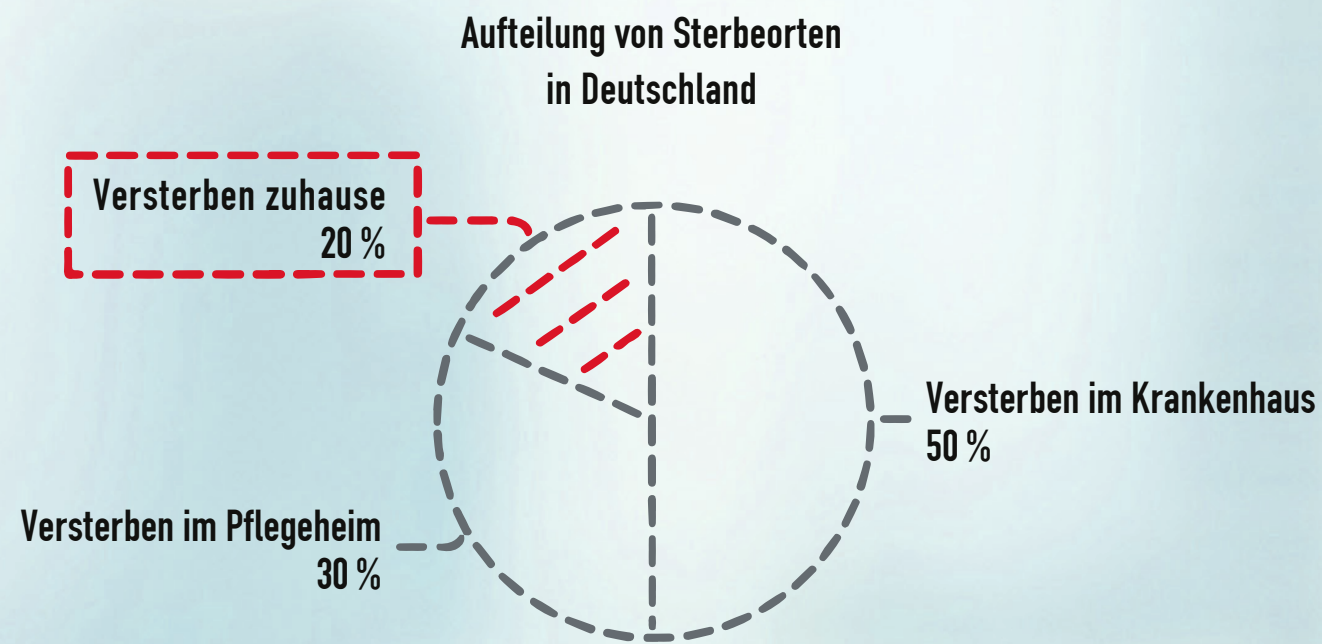


Abbildung 1: **Sterbeorte in Deutschland**

Aktuell versterben ca. 50% der Patienten im Krankenhaus, ca. 30% im Pflegeheim (davon ca.3% in Hospizen) aber nur ungefähr 20% zuhause. Es ist davon auszugehen, dass ein Fünftel der betroffenen Patienten ihren Ort des Sterbens nicht wunschgemäß wählen können.

Um den Wünschen der Patienten Nachdruck zu verleihen, wurden 2 Leitlinien entwickelt, die professionellen Helfern zahlreiche Empfehlungen zur Entscheidungsfindung zur Verfügung stellen.

Es gibt inzwischen eine Leitlinie zum Einsatz in den Krankenhäusern und eine für stationäre Pflegeeinrichtungen. Zentrales Funktionsprinzip beider Leitlinien ist es, identifizierte Risikofaktoren während der Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase – die zu Verlegungen führen können – durch geeignete Maßnahmen einer vorausschauenden Versorgungsplanung entgegen zu treten.

Ein weiteres wichtiges Werkzeug bilden sogenannte Entscheidungshilfen, die für die Betroffenen und ebenso ihre An- und Zugehörigen (insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Patienten), Hausärzte, Krankenhausärzte und den Rettungsdienst entwickelt wurden. Dabei handelt es sich um Kurzfassungen in Alltagssprache der Leitlinien. Die Entscheidungshilfen können von professionellen Helfern und von den betroffenen Patienten und ihren An- und Zugehörigen gleichermaßen genutzt werden. Ziel ist es, diese nicht nur für die Reduktion nicht indizierter oder gewünschter Einweisungen zu gewinnen, sondern auch den Weg dahin aufzuzeigen. Zunächst soll also für das Problem sensibilisiert, dann Lösungsvorschläge vorgenommen und schließlich zur Mitarbeit an der Zielerreichung motiviert werden.

Der Impuls bzw. die Initiierung der Leitlinien kann sowohl von der Kommune als auch von einem Leistungsträger der Pflege oder einem Krankenhaus ausgehen und bezieht dann Schritt für Schritt die oben genannten Akteure ein. Der im Folgenden vorgestellte Leitfaden für Kommunen „Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen“ wird also im idealen Fall im Zusammenhang solch einer Leitlinienumsetzung vollzogen. Zugleich ist der Leitfaden so abgefasst und das in diesem präzisierete Vorgehen so strukturiert, dass eine Stadt/eine Gemeinde tätig werden kann. Die hierfür zu benennenden Argumente und eine chronologische Abfolge finden sich im folgenden Abschnitt.

¹ Das Projekt wurde unter der Bezeichnung Avenue-Pal (Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung) geführt

2. Überblick

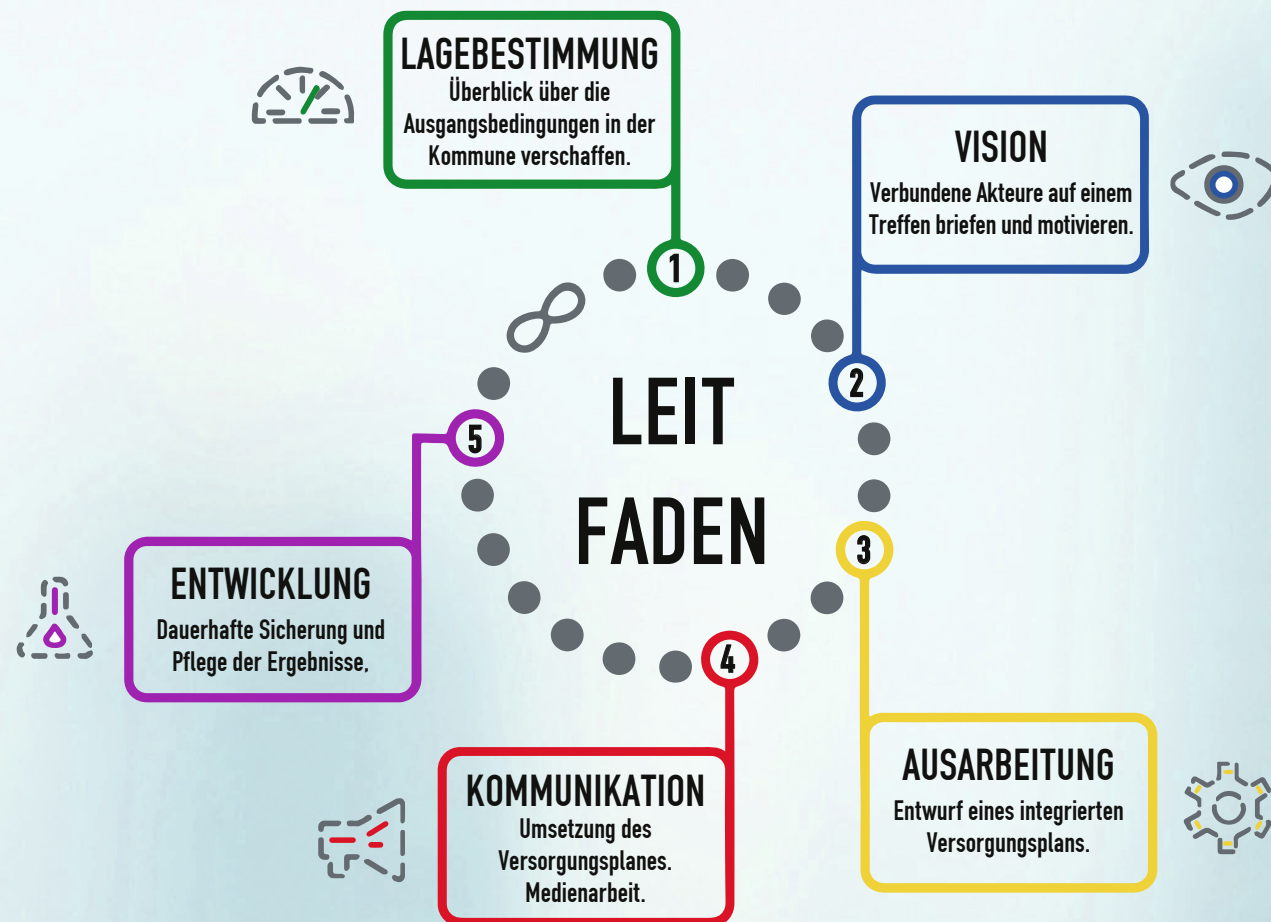


Abbildung 2: **Aufbau des Leitfadens**

(die schwarzen Punkte stellen die abgeschätzte Umsetzungsdauer in Monaten dar)

Der Leitfaden geht demnach von einer Lagebestimmung als ersten Schritt aus, der die Ausgangsbedingungen einer einzelnen Kommune analysiert. Im zweiten Schritt wird unter Beteiligung aller relevanten Akteure eine Vision entwickelt. Daraus kann im dritten Schritt der Entwurf eines integrierten Versorgungsplans als ein Prototyp für die zukünftige Versorgung der betroffenen Personen in der Kommune entwickelt werden. Dieser wird als Schritt vier in Form einer systematischen Medienarbeit den Bürgern bekannt gemacht. Nach erfolgter Umsetzung werden im fünften Schritt die erzielten Ergebnisse erhoben und evaluiert.

3. Einführung in die bestehende Versorgungssituation von Bürgern im letzten Lebensabschnitt

Durch die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland kam es durchaus zu wesentlichen Verbesserungen in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Allerdings fokussiert die SAPV ausschließlich auf jene etwa 10 % der Menschen mit der höchsten Symptomlast. Die anderen über 800.000 Menschen, die in Deutschland jährlich versterben, sind nach den bestehenden Richtlinien von der SAPV ausgenommen. Sie wären zudem im Rahmen der SAPV palliativ überversorgt und könnten am ehesten von den Angeboten der allgemeinen palliativen Versorgung profitieren.

Trotz verstärkter und durchaus gelungener Bemühungen, unterstützungs- und pflegebedürftige Menschen bis zu deren Versterben im häuslichen Umfeld zu betreuen, ist festzustellen, dass der Trend eines Versterbens im Krankenhaus weitgehend ungebrochen ist. Ungefähr die Hälfte der Menschen in Deutschland versterben im Krankenhaus, ein weiteres Drittel in den Pflegeheimen und nur jeder 5. in seinem häuslichen Umfeld. Sichere Daten hierzu wurden bislang nicht erhoben. Als erstes Bundesland hat nun Hessen im Jahre 2020 eine Sterbeortstatistik ermöglicht, in dem im Leichenschauchein der Sterbeort nach „zu Hause“, „Klinik“, „Hospiz“ und „sonstige“ differenziert wird.

Es bestehen regionale Schwankungen und auch der Umstand, ob eine Person in einer Stadt lebt (hier versterben noch mehr Personen im stationär versorgenden Umfeld) oder im ländlichen Raum (hier eher weniger), spielt eine z. T. erhebliche Rolle.

Es sollen an dieser Stelle nur die wichtigsten treibenden Kräfte dieser Entwicklung benannt werden und die mit diesen verbundenen Erkenntnissen, dass es zukünftig ohne Impulse von außen nicht zu positiven Entwicklungen kommen wird:

- Die demographische Entwicklung (die die Anzahl immer älterer und damit auch unterstützungsbedürftiger Personen wachsen lässt),
- die nicht nur in den Städten größer werdende Gefahr der sozialen Isolation von immer mehr Menschen und
- nicht zuletzt auch einer immer größer werdenden Anzahl von Einrichtungen und deren vorgehaltene Dienstleistungen.

All dies hat und wird in der Versorgung während des letzten Lebensjahres eine zunehmende Bedeutung erhalten. Das durchschnittliche Alter der Bewohner von Pflegeeinrichtungen liegt bei ungefähr 85 Jahren. Auch wenn sich zahlreiche stationären Pflegeeinrichtungen längst auf den Weg gemacht haben bzw. bereits ein gutes „Zuhause“ sind, besteht in diesen wie auch (mit Einschränkungen) besonders in Krankenhäusern die Möglichkeit der Vereinsamung und sozialen Isolation. Klar ist auch, dass die Vorstellung, zu Hause sei nun automatisch alles besser, die Gefahr des Alleinseins gebannt und die Lebensqualität der Betroffenen gesichert sei, keinen Bestand hat. In 41 % aller Haushalte lebte im bundesweiten Durchschnitt bereits 2018 nur noch eine Person, in den Städten sind dies über 50 % und auch hier ist der Trend ungebrochen.

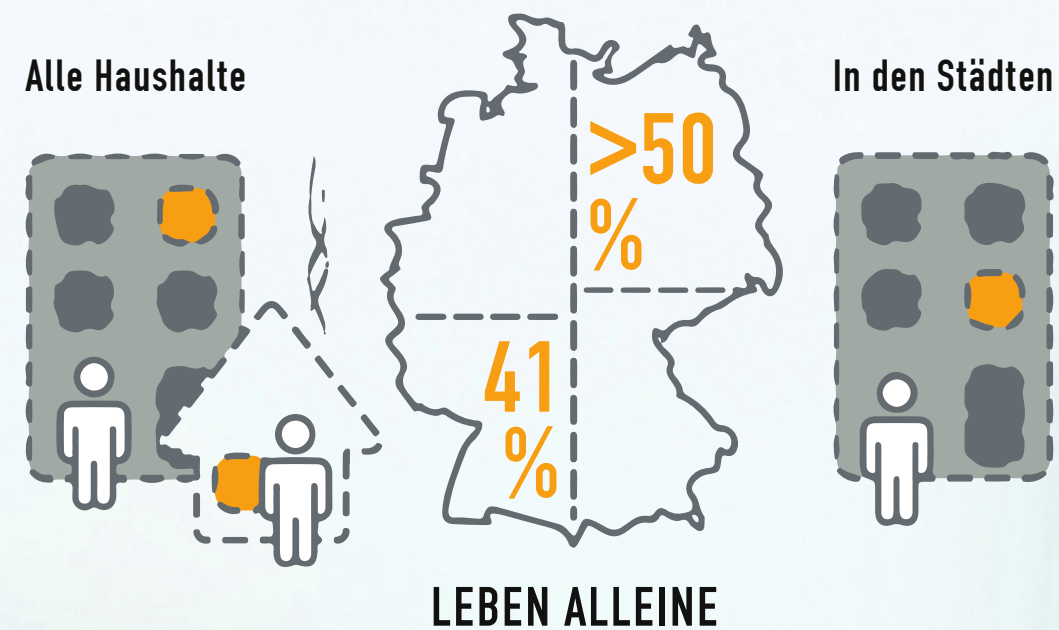


Abbildung 3: **Vereinzelung der Haushalte**

Neben den beschriebenen Problemfeldern wird zugleich aber auch deutlich, dass im positiven Sinne erhebliche Ressourcen zur Problemlösung und Kompetenzen unterschiedlicher Strukturen bestehen.

- Die Hospizbewegung gilt als ein besonderes gelungenes Beispiel bürgerschaftlichen Engagements mit breiter Durchdringung der Regionen.
- Die palliative Handlungswelt - insbesondere durch die Pflege und Medizin vorgetragen - ist sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung in Deutschland in zusehendem Ausmaß und Qualität verfügbar.
- Verschiedene z. T. noch immer als aktuell einzuschätzende gesetzgeberische und berufspolitische Entscheidungen haben maßgeblich Verbesserungen ermöglicht. Als ein Beispiel neben den Pflegestärkungsgesetzen und dem Hospiz- und Palliativgesetz, die explizit eine Förderung der hospizlichen und palliativen Versorgung (Palliative Care) fördern wollen, auch indem die verbindliche Einführung einer vorausschauenden Planung der letzten Lebensphase in den stationären Pflegeeinrichtungen empfohlen und gefördert wird.
- Inhalt und Zielsetzungen der inzwischen sieben Altenberichte einer durch die Bundesregierung beauftragten Sachverständigenkommission verdeutlichen beispielhaft die in den beiden letzten Jahrzehnten nochmals gestiegene Aufmerksamkeit für die fortgeschrittene Lebensphase und thematisieren dabei natürlich nicht nur die Rolle der Akteure der Gesundheitsversorgung, sondern auch die sozialen Aufgaben der Kommunen. Als ein gutes Beispiel kann der 6. Altenbericht der Kommission unter dem Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ aus dem Jahr 2015 angesehen werden. Auch wenn die Betreuung und Unterstützung von Menschen in deren letzten Lebensphase - als Teil der formulierten Sorgeskultur - nicht dezidiert Gegenstand dieses Berichtes ist, wird das hohe Maß der Verantwortlichkeit kommunaler Akteure dargestellt. Zugleich werden Wege aufgezeigt, wie aus einem solchen Selbstverständnis die notwendige Praxis auf kommunaler Ebene entstehen kann. Die Kommunen sind in den meisten Bundesländern die örtlichen Sozialhilfeträger und somit für die Hilfe zur Pflege (Kapitel IV des SGB XII) zuständig. Die hiermit verbundene Sicherstellung, der Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten, örtlichen, pflegerischen Versorgungsstruktur sind zentrale Zielgrößen, in welcher auch die alte Prämisse ambulant vor stationär weiterhin Gültigkeit besitzt. Pointiert formuliert haben die Kommunen im Sinne der Daseinsvorsorge die Letztverantwortung für die Versorgung der örtlichen Bevölkerung, zu der auch die letzte Lebensphase gehört.
- In den letzten Jahren haben viele Kommunen ihre Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote, BeKos sowie ihre ambulanten Hilfen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen gezielt ausgebaut.

- Die bundesweit ausgerollte Initiative „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ haben mehrere hundert deutsche Gemeinden als Unterstützer gezeichnet.

Will man die bestehende Situation zusammenfassen, so zeigen sich nicht nur die Unterschiedlichkeiten in den erreichten Ergebnissen in dieser speziellen Versorgungsaufgabe zwischen den Kommunen, sondern auch das Fehlen einer öffentlich koordinierenden Gestaltung der Versorgung von Menschen in deren letzten Lebensphase. Offen bleibt auch, wie viele der Städte und Gemeinden im Rahmen der Sozial-, Gesundheits- und Altenhilfeplanung die Versorgung Sterbender berücksichtigen bzw. wie groß der Einsatz ist, entsprechende und dringlich notwendige Strukturen zu fördern.

4. Warum ein Leitfaden?

Leitfäden sollen mehr als bloße Informationen und Orientierungshilfen bieten.

Im idealen Fall bilden Leitfäden eine fachbasierte Handlungsgrundlage, auf welche Weise aus einem bestehenden Zustand (Ist-Situation) eine definierte Zielsituation (Soll-Situation) erreicht werden kann. Hierfür werden sowohl ein zeitlicher als auch interventioneller (durch Maßnahmen) Prozess empfohlen. Je nach Komplexität und Verbindlichkeit der angestrebten Zielsituation entstehen unterschiedlich umfassende und differentielle Leitfäden. Als Beispiele für anspruchsvolle Leitfäden im kommunalen Handlungsfeld könne etwa der zur „Etablierung der kommunalen Engagementförderung“ oder der zur Schaffung von „Lebensräumen zum Älter werden“ angesehen werden. Es gibt kaum eine Fragestellung zur Daseinsvorsorge bzw. darüber hinaus gehende kommunale Herausforderungen, die nicht auch durch ein Expertengremium entwickelten Leitfaden beantwortet wird. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Gemeinden und Städte prinzipiell über Erfahrungen zu den Möglichkeiten und Grenzen dieser Methode besitzen.

4.1 An wen wendet sich der Leitfaden?

Salopp formuliert: Dorthin wo der Mensch aus seinem Küchenfenster schaut, ist seine Heimat.

Im Sinn des hier vorgestellten Leitfadens kann seine Anwendung vom kleinen Ortsteil ausgehen, die Gemeinde, das Mittel- und Oberzentrum umfassen und bis hin zur Metropole reichen. Nun sind die kommunalen Zuständigkeiten bei aller Unterschiedlichkeit im föderalen Deutschland durchaus verbindlich geregelt. So obliegt dem Kreis die Sicherstellung der Krankenhausversorgung, aber auch der Katastrophenmedizin. Eine besondere Stellung besitzen auch die staatlichen bzw. kommunalen Gesundheitsämter, welche etwa die operative Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes organisieren, wie etwa in der CoViD-19 Pandemie. Gerade die Auseinandersetzung mit dieser Krise zeigt auf, wie wichtig bei aller formeller Zuständigkeit es ist, dass in den einzelnen Gemeinden ein handlungsleitender Plan vorliegt. Dass hierbei mit auch übergeordneten Stellen und Zuständigkeiten kooperiert werden muss, ist klar. Es sind also die Bürgermeister und deren „gemeindlicher Netzwerkpartner“, die wir im Mittelpunkt, besser noch als Ausgangspunkt, der Implementierung des Leitfadens sehen. Dabei besitzt diese/r, die Gemeinde, die Funktion eines Koordinators, nicht die eines verantwortlichen Machers. Denn klar ist, die Umsetzung des Leitfadens bzw. dessen Intention kann nur als Projekt kooperativen Gemeinsinns gelingen.

4.2 Welcher Nutzen ergibt sich für den einzelnen Bürger?

Im Vordergrund steht die Ermittlung bzw. Beschreibung der Wünsche des Einzelnen. Zugleich sind diese individuellen Wünsche aber auch gut zusammenzufassen, weil zahlreiche ältere und aktuelle Studien aufzeigen, dass sich die Menschen das häusliche Umfeld als Ort des Sterbens wünschen. Es bildet also einen hohen Nutzen für die Bürger/-innen, dieses gesellschaftliche Ziel auch aus der Perspektive und Gestaltungsvermögen (hierauf wird im Leitfaden dezidiert eingegangen werden) der Kommune zu ermöglichen.

Ein Kernproblem in der Versorgung gerade älterer Menschen als besonders schützenswerte und zugleich vulnerable Patientengruppe ist es, das rechte Maß zu finden. Die auch in der modernsten Medizin immer noch gültigen Grundregeln der Behandlung lauten:

primum non nocere - als erstes nicht schaden als therapeutischer Grundsatz, also nicht zu viel tun, um nicht möglicherweise mehr zu schaden als zu nutzen.

secundum cavere - als zweites vorsichtig sein, das heißt, auf moderne Therapiemöglichkeiten übertragen, leitliniengerechtes Vorgehen im Rahmen des informed consent (informierten Einverständnis), wobei der Patient (bzw. auch der Bürger) bzw. sein Bevollmächtigter oder Betreuer soweit informiert wird, wie er es möchte, um dann zu entscheiden, ob er die Therapie annehmen will.

tertium sanare - als drittes heilen, das heißt, die Heilung ist zwar das Ziel, dem Nicht-Schaden-Wollen und der Vorsicht aber unterzuordnen.

Nur durch eine vorausschauende Versorgungsplanung unter Einbeziehung aller gut informierten Beteiligten kann dieser Dreiklang auch tatsächlich bestmöglich umgesetzt werden. Alltag ist heute Futility, d.h. die eindeutige Über- und Fehlversorgung vulnerabler Patienten, für die diese Übertherapie keinerlei Gewinn, aber oft großes Leid bedeutet und zugleich völlig unnötig stark überhöhte Kosten verursacht und einen Gutteil an nicht beliebig vermehrbaren Ressourcen bindet, wie z. B. Arbeitszeit qualifizierter Versorgender oder auch Transport- und Bettenkapazitäten im Krankentransport und Krankenhaus.

4.3 Welcher Nutzen ergibt sich für die Kommune?

Nicht nur für den Einzelnen ergibt sich ein Nutzen. Auch für die Kommune ergibt sich aus einem solchen Verhalten neben dem abstrakten Nutzen, der sich etwa durch ein verbessertes Image, tatsächlich etwas für diese Zielgruppe zu unternehmen, ausdrückt, weitere handfeste Vorteile. Es ergeben sich effektivere - weil transparente und abgestimmte - Prozesse und Abläufe mit den relevanten Handlungspartnern, welche die kommunale Administration entlasten. Durch die Vermeidung von Fehlallokation von beschränkt vorhandenen Ressourcen z. B. im ärztlichen Bereitschaftsdienst, Krankentransport, Rettungsdienst und stationärer Behandlung, wird das System nicht unwesentlich personell und finanziell entlastet.

Jenseits des Nutzens für die betroffenen Bürger, ihrer Angehörigen und der Kommune entstehen somit Vorteile für die betroffenen Handlungspartner, wie den Krankenhäusern, den Pflegeeinrichtungen, den niedergelassenen (Haus-)Ärzten, der ambulanten Pflege und den verschiedenen Therapeutengruppen, denn alle profitieren kurz- bzw. mittel- und langfristig von den Auswirkungen der zu etablierenden Koordination durch die Kommune. Zuletzt sollen auch die Wohnbezirke, Quartiere und Nachbarschaften als Orientierungspunkte bereits bestehender bzw. zukünftiger Kommunalentwicklung als Nutznießer identifiziert werden.

Mehrere Generationen übergreifende und einbeziehende Milieustrukturen sollten auch in deren Entfaltung auf die Gestaltung der letzten Lebensphase formuliert werden.

5. Zielbestimmung des Leitfadens

Ziel ist es, Kommunen einen Leitfaden zur Verfügung zu stellen, unter dessen Anwendung es möglich ist, die bestehende Situation von Menschen/Bürgern in der letzten Lebensphase qualitativ zu verbessern. Dies gilt unabhängig von der bereits erreichten Versorgungsqualität und sozialer Teilhabe der Menschen/Bürger in ihrer letzten Lebensphase. Durch die Anwendung des Leitfadens kommt es zu einer deutlich verbesserten Vernetzung der unterschiedlichen Leistungserbringer, aber auch der Bürger und Betroffenen. Durch die Anwendung des Leitfadens gelingt eine Art vorausschauender Planung und zeigt Wege auf, kommunalgesellschaftspolitisches Engagement zu operationalisieren.

6. Vorgehen

6.0 Die Methode der Wahl: Projektmanagement

Um den Leitfaden umzusetzen, ist es hilfreich, wenn die Gemeinde/Stadt bzw. einzelne Mitarbeiter bereits über Erfahrungen des Projektmanagements verfügt. So gelingt die Umsetzung - insbesondere ab Maßnahme 3 - wirkungsvoll und effizient.

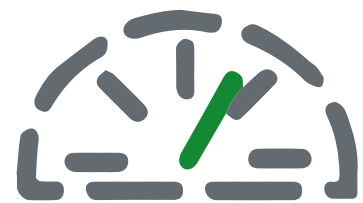


6.1

Schritt (Meilenstein) 1:

Ausgangslagenbestimmung (intern und extern)

Welcher Nutzen ergibt sich für den einzelnen Bürger?



Ziel:

Absicht dieser ersten Maßnahme ist es, sich einen Überblick über die spezifischen Ausgangsbedingungen in der Kommune zu verschaffen.

Ausgangslage und Vorgehen:

Es gibt keine Kommune, die nicht in der einen oder anderen Form über Vorerfahrungen in der unterstützenden Betreuung von Menschen in deren letzten Lebensphase verfügt. Träger dieses Wissens können sowohl in einer Gemeinde ansässige kirchliche Gemeinden, bürgerschaftlich getragene Initiativen, Selbsthilfe oder professionelle Dienstleister, als auch die Hospizbewegung sein. Nicht zuletzt die professionellen Akteure (niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken etc.) handeln in diesem Versorgungsfeld. Auch existieren in fast allen Regionen Deutschlands die Angebote spezieller ambulant-palliativer Versorgung (SAPV). Diese gilt es zu identifizieren.

Zu dieser ersten Maßnahme gehört es auch, die internen Voraussetzungen (vorhandene Strukturen, bestehende Prozesse und auch geeignete Personen bzw. Fachzuständigkeiten der kommunalen Verwaltung), die zur Umsetzung des Leitfadens notwendig sind, zu identifizieren bzw. die internen Ressourcen zu ermitteln. Hierzu gehört auch, die bestehenden Kooperationen bzw. Aufgabenteilungen (Zuständigkeiten) zum Landkreis und anderen öffentlichen Partnern und deren Aktivitäten zu erfassen Projekt einzubinden. Im Gesamtvorgehen wichtig sind auch die Themen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder Vertreterverfügung und ähnliche Festlegungen, d. h. es sollte geprüft werden, inwieweit dieses Wissen eingebunden ist und tatsächlich umgesetzt wird. In aller Regel lassen sich beratungserfahrene Organisationen bzw. deren Ansprechpartner oder auch umsichtige Juristen und andere Kompetenzträger identifizieren, die in der Praxis haben Erfahrung sammeln können.

Aktivitäten (operativ):

Erfassung und Beschreibung der genaueren Leistungen und Aktivitäten der involvierten Leistungsanbieter und Organisationen, erste Kontaktaufnahmen, Identifizieren der fachbezogenen Ansprechpartner bzw. Verantwortlichen innerhalb der Gemeinde/Stadt.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung: 3 Monate

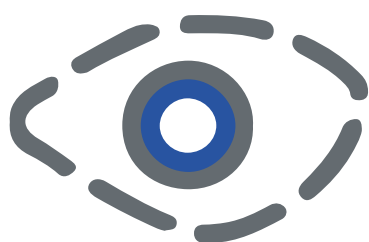
Beispiel:

Stellen wir uns eine typische Kreisstadt vor, „Hopalingen“. „Hopalingen“ liegt im „Pallikreis“ und ist auch dessen Zentrum. Es gibt ein Schwerpunkt Krankenhaus mit 650 Betten und eines der Regelversorgung mit 200 Betten etwas abseits am Rande des Landkreises. Ein Hospizdienst ist seit 25 Jahre aktiv und sehr gut etabliert und bekannt, das Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung hat seit 5 Jahren den Versorgungsauftrag und arbeitet eng mit dem Hospizdienst, der 10-Betten-Palliativstation in der Klinik und dem 8-Betten Hospiz sowie allen anderen Strukturen zusammen.

Als bei einem Treffen der Beteiligten das Gespräch auf die Informationen zur vorausschauenden Planung für das Lebensende kommt, stellen die Anwesenden fest, dass diese Konzepte kaum bekannt sind. Es wird überlegt, was man dafür tun kann, dass sich dies zeitnah ändert. Einer der Beteiligten hat ein großes Interesse am Thema und ist bereit und in der Lage, Zeit zu investieren. Im gegenseitigen Einvernehmen wird er von dieser Gruppe zum „Kümmerer“ und Hospiz- und Palliativbeauftragten benannt. Alle zusammen verschriftlichen kurz ihre Ziele und mandantisieren dann den Kümmerer, dass er sich an den Bürgermeister von „Hopalingen“ und den Landrat des „Pallikreises“ wendet, um die ersten Gedanken und Schritte vorzutragen.

Stadt und Landkreis ernennen diesen Kümmerer dann zum Hospiz- und Palliativbeauftragten für den „Pallikreis“. Seitens des Bundeslandes besteht bereits ein Konzept und eine gewisse Finanzierung für dessen Arbeit, so dass der Kümmerer nunmehr offiziell beauftragt wird. Er ist dadurch die zentrale Ansprechperson, an die sich ab jetzt jeder mit hospizlich-palliativen Fragen wenden kann. Der aber nicht die Probleme alle lösen muss, sondern auch sammeln, zusammenstellen, bewerten soll und dann natürlich auch mögliche Hilfen vermitteln soll. In drei weiteren Treffen werden die notwendigen Schritte überlegt und geplant.

Zusammenführung der Akteure und Kompetenzen vor Ort und Formulierung einer Vision



Ziel:

Es gilt, die Kompetenzträger und mit diesen verbundenen Akteure in einem ersten gemeinsamen Treffen zusammenzuführen und eine positive Motivation zugunsten der Befassung mit dem Thema entstehen zu lassen. Bei Bedarf können Folgetreffen in diesem oder Untergruppen hilfreich sein.

Vorgehen (insgesamt):

Hierzu müssen geeignete Vorbereitungen getroffen werden. Insbesondere gilt es, einen geeigneten zeitlichen Rahmen zu identifizieren. In der Vorbereitung muss geklärt werden, wer alles zu Wort kommen muss bzw. wie es gelingt, frühzeitig einen zielführenden Dialog aufzunehmen. Eine allen Teilnehmern vorliegende AGENDA ist hierfür geeignet. Auch wenn sich die verschiedenen Akteure unter einander kennen, ist diese Konstellation neu. Wichtig ist der Multi-Stakeholderansatz, d. h., nicht nur die beruflichen Helfer und deren Organisationen sind einzubinden, sondern auch Vertreter des Ehrenamtes, freiwillige Helfer, Selbst- und Laienhilfe, Vertreter der Bürgerschaft. Je breiter dieser Ansatz gelingt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine gelungene Umsetzung der mit dem Leitfaden verbundene Zielstellungen.

Aktivitäten (operativ):

Identifizieren eines geeigneten Zeitraums (2 Stunden), Wochentages und Uhrzeit (z.B. Mittwoch 18-20 Uhr) und auch ein angemessener und neutraler Ort zur Durchführung, Anschreiben zu den Zielen des Treffens und mit diesem verbunden AGENDA², Zusammenführung der Ausarbeitungen, Ergebnisprotokoll des Treffens

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

1-2 Monate

Beispiel:

In der Gemeinde Hopalingen hat sich ein im Bereich der Altenversorgung engagierter kirchlicher Verein und dessen Vorstand bereitgefunden, die „Funktion des Projektkümmers“ zu übernehmen. Er kennt die Strukturen schon seit Jahren, weil er schon für den regionalen Hospizdienst gekämpft hat und diesen mit aufgebaut hat und nun kurz vor der Rente steht. Sicher, in der Hospizarbeit und Palliativversorgung geht es den Protagonisten immer und zuerst um den Patienten, seine Familie und dass sie ihren Weg finden können. Aber es geht oft auch ein bisschen darum, dass das eigene Team es ein wenig besser macht. Nicht immer wird die Kooperation auf Augenhöhe so großgeschrieben, wie es hilfreich wäre.

Der Kümmers informiert nun alle möglichen Beteiligten. Nicht nur einmal per Mail, sondern initiiert dazu auch ein wöchentliches Mailing zur Information und zum transparenten Austausch. Dazu gibt es eine einfache Website, auf der alles nachvollziehbar dokumentiert wird. Ein berufsübergreifender Qualitätszirkel wird gegründet, in dem man sich jeden Monat treffen kann, eine feste Handynummer für alle Fragen rund um das Lebensende wird etabliert. Sie ist nicht 24/7 besetzt, aber spätestens am nächsten Arbeitstag wird ein Rückruf erfolgen. Dazu stimmt er mit den Interessenten drei Termine ab, in denen es im Wesentlichen um dasselbe Thema gehen wird: Was wollen wir alle erreichen? Und wie gelingt es am besten gemeinsam? Alle Schritte werden von Pressemitteilungen begleitet, so dass auch jeder Bürger im Landkreis gut informiert sein kann, wenn es ihn interessiert. Der Kümmers und eine Handvoll engagierte und interessierte Experten werden als Task-Force von den Beteiligten mandatiert, stimmen sich ab und koordinieren die Arbeit weiterhin.

² Folgende Gliederung könnte die AGENDA aufweisen: 1. Begrüßung und Zielstellung des Treffens (Bürgermeister) 2. Ablauf des Treffens (kommunaler Fachverantwortlicher) 3. Vorstellungsrunde 4. Vorstellungsrunde mit schriftlicher Hinterlegung (z.B. Metaplan) der eigenen Rolle/Funktion (alle) 5. Bestimmung der Ausgangslage (Ressourcen und Schwächen) (Moderation Gemeinde) 6. Zielbestimmung (Soll-Identifizierung) (Moderation Gemeinde) 7. Zusammenfassung und Ausblick für das weitere Vorgehen (Bürgermeister)

6.3

Schritt (Meilenstein) 3:

Ausarbeitung konkreter Zielsetzungen



Ziel:

Maßgeblich von den Ergebnissen des ersten Treffens ausgehend, in welchem insbesondere auch die bestehende Situation in deren Stärken (Über welche Leistungsangebote, Akteure und Prozesse verfügen wir? Wer hat noch Valenzen frei?) und Schwächen (in welchen Bereichen bestehen Defizite bzw. fehlende Akteure und zielführende Prozesse) analysiert wird, die im ersten Treffen ermittelte Zielbestimmung einer genaueren Ausarbeitung und Operationalisierung unterzogen.

Vorgehen (insgesamt):

Was bedeutet die im ersten Treffen erarbeitete Vision „Unsere Gemeinde fördert die Betreuung von Bürgern in deren letzten Lebensphase“ für die einzelnen Akteure mit deren unterschiedlichen Leistungsangeboten, Selbstverständnissen und vorausschauender Planung?

Die zusammengeführten Akteure operationalisieren diese Vision für deren eigene Zielstellungen und die mit diesen verbundenen Aktivitäten und Prozesse. Als Ergebnis entsteht eine „integrierte Versorgungsplanung“, in welcher die unterschiedlichen Leistungsprozesse bzw. das jeweilige Unterstützungsgeschehen sowohl in der häuslichen Versorgung, in stationären Pflegeeinrichtungen als auch im Krankenhaus sichtbar werden. Die verschiedenen Aktivitäten werden in eine Zeit-, Aktivitäten- und Verantwortungsplanung übersetzt (Wer macht Was bis Wann).

Aktivitäten (operativ):

Es folgen Einladungsschreiben zu den Zielen des 2. Treffens und mit diesem verbunden die AGENDA. Mithilfe der Metaplanvorbereitung können die Struktur und zukünftige Planungen des „integrierten Versorgungsplans“ dargestellt werden, ergänzt durch die Ausarbeitung schriftlicher Kommunikations- und Informationsunterlagen.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

1-2 Monate

Beispiel:

Durch die Berichterstattungen der Besprechungen können weiter alle, die angesprochen wurden, wie auch alle, die sich aufgrund der Medienarbeit für dieses Thema angesprochen fühlen, noch einmal ihre Wünsche und Möglichkeiten zusenden. Der Kümmerer erfasst diese, ordnet sie bereits vorhandenen Feldern zu oder bildet neue Cluster, damit eine gewisse Übersicht gewahrt bleibt.

Eine relativ enge Abstimmung ist und bleibt notwendig. Sie wird durch regelmäßige, kurze und übersichtliche Berichte gewährt, die wöchentlich mit den to-does auf die Website eingestellt werden. So kann JEDER, der möchte, immer informiert und auf der Höhe der Entwicklung bleiben. Niemand wird von Informationen ausgeschlossen, da sie sich jeder Interessent diese aktiv holen kann.

Die zweite Informationsveranstaltung wird als eine Mischung aus öffentlicher Veranstaltung und Expertenrunde angelegt, z. B. als auch Fish-Bowl oder (Groß)Gruppenevent. Es ist davon auszugehen, dass sich auch viele „normale“ Versorger wie auch Zugehörige angesprochen fühlen. Sie sollten unbedingt mitgenommen werden.

Aktivitäten, Kommunikation und Informationen



Ziel:

Umsetzung der „integrierten Versorgungsplanung“ und damit verbundene gelungene Ansprache und Einbindung der Bevölkerung.

Vorgehen (insgesamt):

Die verschiedenen eingebundenen (u. a. Leistungs-)Partner setzen die vereinbarten Maßnahmen innerhalb der definierten Zeiträume um. Begleitend bzw. Teil dieser Umsetzung ist die Information und Kommunikation der Bürger/-innen bzw. der benötigten und eingebundenen kooperativen Partner. Hierzu sollte ein zielgruppenge-rechter, multimedialer Ansatz verfolgt werden. Ein regionales, an die Bürgerschaft adressiertes Netzwerktreffen sollte den Höhepunkt der „Informations-Kampagne“ bilden.

Aktivitäten (operativ):

Ausarbeitung bzw. Anpassung von Kommunikations- und Informationsmaterial, Entwicklung einer Website bzw. Anpassung einer bestehenden, Social-Media-Account, Organisation von 1-2 Treffen welche u.a. den Fortschritt der Umsetzung des integrierten Versorgungsplans unterstützt, Vorbereitung und Durchführung des „Netzwerk-Bürgertreffens“.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

6 Monate

Beispiel:

Damit in „Hopalingen“ wie auch im ganzen „Pallikreis“ durch die Umsetzung der vorausschauenden Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt wirklich ermöglicht werden kann, ist viel mehr nötig als „nur“ die intensive Abstimmung der Beteiligten. Letztlich muss für eine gute Durchdringung doch ein guter Teil Bürger für einen gewissen Wissensstand erreicht werden. Wichtig ist spätestens hier auch die Einbindung des Ärztlichen Notfalldienstes, der sich sonst nicht von sich aus in solchen Entwicklungen einbringt, weil die Honorarkräfte hier regelhaft eher wenig interessiert für diesen kleinen Teilaspekt ihrer komplexen Tätigkeit sind.

Dies erfordert wesentlich mehr kleine Teilschritte. Auch braucht es mehr zeitlichen, wie finanziellen Aufwand als zuvor erwartet. Denn gerade in der weniger hospizlich-palliativ interessierten und informierten Öffentlichkeit und leider auch bei einem guten Teil der Versorgenden bestehen noch zu viele Fehlinformationen. Hierdurch bilden sich Widerstände gegen eine frühzeitige Einbindung hospizlich-palliativen Denken und Handelns, auch in die Versorgung früherer Erkrankungsstadien bei möglicherweise tödlichen Erkrankungen, besonders aber bei dementiellen Entwicklungen. „Wir wollen keine Sterbehilfe“, „so weit ist es noch nicht“, „durch Palliativmedizin wird das Sterben, aber auch das Leben verkürzt“ sind nur einige der plakativen Aussagen, die immer wieder beharrlich in einzelnen Gesprächen wie auch durch effektive, breitgestreute Sachinformationen in der Medienarbeit geradegerückt werden müssen.

Nachhaltigkeit und Sicherung des Erreichten



Ziel:

Die „Integrierte Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase“ muss dauerhaft gesichert werden und muss dazu kontinuierlich gepflegt (gekümmert) werden.

Vorgehen (insgesamt):

Es muss eine Art von „Koordinationsstelle“ mit Ansprechpartner/-innen identifiziert werden. Diese kann, muss aber nicht in kommunaler Hand liegen. Aufgabe ist u.a. die Sicherung der erreichten Ergebnisqualität. Organisatorisch muss die (Multistakeholder-)Gruppe zusammengehalten bzw. ergänzt und angepasst werden. Die Öffentlichkeitsarbeit und neue Kooperationen müssen angemessen gewährleistet und ausgebaut werden, d.h., das Thema „auf breitere Füße“ zu stellen. Zahlreiche Städte und Gemeinden betreiben das Projekt der „Sozialen Stadt“ oder Projekte der aktiven Einbindung und des Empowermentes der älteren Bevölkerungsgruppe. Hier kann die Gestaltung der letzten Lebensphase ein komplementäres Teilprojekt sein. Gerade in der Phase der Verstetigung gilt es, bestehende Strukturen (Vereine, Initiativen, AGENDA-Prozess u. ä.), Personen/Organisationen und Prozesse proaktiv zu nutzen bzw. diesen auch die „Kümmerefunktion“ des Projektes zu übertragen.

Aktivitäten (operativ):

Präzisierung der Verantwortlichkeit, Aufgaben und Prozesse der Koordinierungsstelle, Etablierung eines zyklischen Kommunikations- und Qualitätsprozesses, Verbesserungs- und Entwicklungsimpulse erarbeiten, Kooperations- und Netzausbau zugunsten nachhaltiger Konsolidierung.

Zeitdauer für Planung, Durchführung und Nachbereitung:

Kontinuierlich

Beispiel:

Weitere Veranstaltung zum Themenkomplex werden nun als jährlich wiederkehrend geplant. Hier müssen immer wieder dieselben Inhalte vermittelt werden, damit sie tatsächlich auch breit und tief im „Pallikreis“ verankert werden können und andererseits, jeweils wechselnd, einige neue Akzente gesetzt werden.

Aus dem vom „Pallikreis“ beauftragten Kümmere wird nach und nach eine Vollzeitstelle für den Hospiz- und Palliativbeauftragten (HPB) des Landkreises. Zeitgleich erreicht es die Politik, dass auch das Bundesland die Stelle eines definierten Hospiz- und Palliativbeauftragten, der entsprechend die Landkreise miteinander koordiniert, etabliert.

Durch die breite Bekanntheit werden an den HPB immer mehr Probleme aus dem Alltag der Versorgung herangetragen, so dass sehr gut daraus weitere, zwingend notwendige Maßnahmen abgeleitet werden können. Z. B. müssen kluge Möglichkeiten der Medikamentenversorgung in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, die Defizite werden bislang in der Regel (!) widerrechtlich und strafrechtlich relevant zu Lasten der Mitarbeiter kompensiert, was ein untragbarer Zustand ist.

Auch werden zunehmend Möglichkeiten der telemedizinischen 24/7-Hotline für überraschende palliative Probleme bei den Bewohnern von Pflegeeinrichtungen wie auch in der Häuslichkeit geschaffen, damit diese nicht notfällig, unerwünscht und unsinnig hospitalisiert werden müssen, weil der für diese Fragen nicht qualifizierte und auch nicht ausgestattete Ärztliche Notfall-Dienst keine andere Lösung anbieten kann.

Literatur und verwendete Unterlagen

- W. George (Hg): Regionale Gesundheitsversorgung Band 1, Publisher-Verlag, 2007
- A. Kruse (Hg): Eine neue Kultur des Alterns Altersbilder in der Gesellschaft - Erkenntnisse und Empfehlungen des 6. Altenberichts, BMFSmJ, 2010
- W. George, E Dommer, V Szymczak (Hg): Sterben im Krankenhaus Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag 2013
- W. Schneider
- www.charta-zur-betreuung-sterbender.de
- Schneider, Werner (Projektkoordinator und -leitung): Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege(SiH) 2017

Zu den Autoren des Leitfadens

- Wolfgang George (Prof. Dr. Phil) Diplompsychologe und Krankenpfleger befasst sich in unterschiedlichsten Funktionen und Projekten seit über 30 Jahren mit den Themen Tod und Sterben im deutschen Gesundheitswesen.
- Thomas Sitte (Dr. med) Arzt, Anästhesist und u.a. Palliativmediziner befasst sich in unterschiedlichsten Funktionen und Projekten seit über 30 Jahren mit den Themen Tod und Sterben im deutschen Gesundheitswesen.

Danksagung

An dieser Stelle soll dem Beirat des Avenue-Pal Projektes gedankt werden ohne dessen Hilfe die abschließende Ausarbeitung des Leitfadens für Kommunen nicht möglich gewesen wäre. Namentlich besonders erwähnt sei Frau Dr. Annette Schumann. Gedankt werden soll auch Herrn Bürgermeister (Gemeinde Mengerskirchen) Thomas Scholz für seine kritischen Anmerkungen in der Erstellung des Leitfadens.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de



Das AWMF-Regelwerk Leitlinien

Version 2.0

Herausgebende:

Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Redaktion /Kontakt:

AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi)
c/o Philipps-Universität
Karl-von-Frisch-Str. 1
35043 Marburg
E-Mail: imwi@awmf.org
Kommentare und Änderungsvorschläge bitte an diese Adresse

Ständige Kommission Leitlinien der AWMF

Spies C, Kopp I, Nothacker M, Barzel A, Beckmann M, Diel F, Follmann M, Gaebel W, Jonitz G, Klemperer D, Kreienberg R, Meerpohl J, Meyer HJ, Munz D, Nast A, Post S, Schaefer C, Schwerdtfeger K, Selbmann HK, Steinmetz H, Wagner W, Weber A, Weinbrenner S, Werdan K, Wienke A.

Verfasser*innen

Nothacker M, Blödt S, Muche-Borowski C, Selbmann HK, Müller W, Erstling S, Kopp I

Version 2.0 vom 19.11.2020

Verabschiedet vom Präsidium der AWMF am 26.11.2020

Wir bedanken uns für die Unterstützung durch die externen Begutachtenden: Gaß P, Koller M, Langer T, Pieper D, Sauerland S, Schmidt S, Skoetz N, Unverzagt S, Werner RN.

Bitte wie folgt zitieren

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-
Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 2. Auflage 2020.
Verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Zugriff am TT.MM.JJ)

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Die vorliegenden Texte dürfen für den persönlichen Gebrauch (gemäß § 53 UrhG) in einer EDV-Anlage gespeichert und (in inhaltlich unveränderter Form) ausgedruckt werden. Bitte beachten Sie, dass nur die unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> verfügbaren Dokumente zum AWMF-Regelwerk gültig sind. Verweise ("links") aus anderen Dokumenten des World Wide Web auf das Regelwerk unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> sind ohne weiteres zulässig und erwünscht, für eine entsprechende Mitteilung sind wir jedoch dankbar. Jede darüber hinausgehende, insbesondere kommerzielle, Verwertung bedarf der schriftlichen Zustimmung der angegebenen Urheber*innen und/oder Inhaber*innen von Verwertungsrechten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
Einführung: Was sind Leitlinien?	6
Ziele und Struktur des AWMF-Regelwerks	8
Planung und Organisation	9
Begründung für die Auswahl / Aktualisierung eines Leitlinienthemas.....	9
Zielorientierung der Leitlinie.....	11
Stufenklassifikation nach Systematik.....	12
Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen.....	14
Erarbeitung eines Projektablaufplans	18
Finanzierungskonzept	21
Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten	24
Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten.....	28
Anmeldung beim AWMF-Leitlinienregister.....	33
Leitlinienentwicklung	36
Konstituierende Treffen	36
Systematische Evidenzbasierung: Einführung	39
Systematische Recherche	40
Auswahl der Evidenz	44
Kritische Bewertung der Evidenz	45
Formulierung und Graduierung von Empfehlungen.....	54
Strukturierte Konsensfindung	60
Benennen von Forschungsbedarfen.....	64
Redaktion	65
Klarheit und Gestaltung	65
Externe Begutachtung	69
Gesamtverabschiedung.....	70
Formate und Verbreitung von Leitlinien	71
Formate für professionelle Nutzende (z.B. Lang- und Kurzversion, Leitlinienreport)	71
Laienverständliche Formate (z.B. Patient*innenleitlinie, Entscheidungshilfe).....	71
Digitale Leitlinienformate	72
Urheber*innen- und Verwertungsrechte von Leitlinien	78
Implementierung und Evaluierung	80
Vorbereitung der Implementierung	80
Vorbereitung der Evaluierung	83
Planung der Aktualisierung.....	86
Publikation bei der AWMF	90

Einreichung zur Publikation bei der AWMF.....	90
Leitlinien-Prädikat der AWMF	92
Anhang.....	93
Anhang 1. Musterbrief „Benennung von Mandatstragenden“	94
Anhang 2. Musterformular zur Erklärung von Interessen	97
Anhang 3. Beispielhafte Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten.....	102
Anhang 4. Ausfüllhilfe für Interessenerklärungen.....	103
Anhang 5. Anmeldeformular	104
Anhang 6. Ausfüllhilfe Anmeldeformular	105
Anhang 7. Musterevidenztabelle.....	107
Anhang 8. Musterbrief „Einladung zur Konsensuskonferenz“	108
Anhang 9. Formale Konsensfindungstechniken.....	110
Anhang 10. Leitfaden zur Erstellung eines Leitlinienreports.....	113
Anhang 11. Checkliste zur Publikation.....	116
Abkürzungsverzeichnis.....	117
Tabellenverzeichnis.....	118
Abbildungsverzeichnis.....	118

Vorwort

Das AWMF-Regelwerk ist die Leitlinie zur Erstellung und Publikation aktueller und hochwertiger Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften im AWMF-Leitlinienregister. Es besteht daher aus zwei Teilen:

Leitlinien-Entwicklung

Leitlinien-Register

Der erste Teil unterstützt mit seinen Ablaufplänen, Hilfen und Werkzeugen die Leitlinienentwickelnden. Ziel dieses Teils ist es, die Leitlinien der Fachgesellschaften nach einem reproduzierbaren Verfahren mit einem bestmöglichen wissenschaftlichen Anspruch zu erstellen und den Erstellungsprozess transparent zu machen. Dazu gehören u.a. die Regelung der Verantwortung für die Leitlinienentwicklung, die Zusammensetzung der Leitliniengruppe, das Anwenden einer adäquaten Methodik zur Evidenzbasierung und strukturierten Konsensfindung sowie die Erklärung von Interessen, Bewertung und der Umgang mit Interessenkonflikten. Er soll auch die Erfüllung der Qualitätskriterien erleichtern, die im internationalen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung („The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation“ - AGREE II) abgebildet sind. Dieser Teil dient damit der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien im AWMF-Register.

Der zweite Teil beschreibt die Verfahren, die von der AWMF im Rahmen des internen Qualitätsmanagements angewandt werden, um das AWMF-Leitlinienregister aktuell und auf einem hohen Qualitätsniveau zu halten. Dazu gehört u.a. die Überprüfung angemeldeter Leitlinienprojekte in Zusammenschau mit bereits publizierten Leitlinien sowie die Überprüfung der Stufenklassifikation, der Bewertung von und des Umgangs mit Interessenkonflikten und der Aktualität jeder einzelnen Leitlinie. Der zweite Teil dient damit der Sicherstellung der Qualität des Leitlinienregisters. Das Regelwerk insgesamt ist Gegenstand der Weiter- und Fortbildung der Leitlinienberatenden, -koordinierenden und -entwickelnden.

Das AWMF-Regelwerk wird nach Bedarf fortgeschrieben. Änderungen werden u.a. über den Newsletter und den Leitlinien-RSS-Feed der AWMF mitgeteilt (zu abonnieren unter www.awmf.org/service-navigation/rss.html). Verantwortlich für die Aktualisierung sind die Herausgebenden.

Die jeweils gültige Fassung des AWMF-Regelwerks ist im Internet zugänglich unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>.

Die farblich unterstrichenen Textteile sind aktiv im Dokument verlinkt. Durch Klicken gelangen Sie an die passende Stelle im Regelwerk. Mit „Alt“ und der „Pfeiltaste nach links“ gelangen Sie wieder zurück zum Ausgangslink.

Einführung: Was sind Leitlinien?

Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen sowie Angehörigen von weiteren Gesundheitsberufen und Patient*innen/Bürger*innen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen. Sie sollten auf einer systematischen Sichtung und Bewertung der Evidenz und einer Abwägung von Nutzen und Schaden alternativer Vorgehensweisen basieren (1, 2).

Leitlinien sind wichtige Instrumente der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (3, 4). Ihr vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Vermittlung von aktuellem Wissen, das vorzugsweise systematisch recherchiert und kritisch bewertet wird (5-7).

Leitlinien unterscheiden sich von anderen Quellen aufbereiteten Wissens (systematische Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments (HTA) mit oder ohne Metaanalysen) durch die Formulierung von klaren Handlungsempfehlungen, in die auch eine klinische Wertung der Ziele mit Relevanz für Patient*innen/Bürger*innen, Aussagekraft und Anwendbarkeit von Studienergebnissen eingeht (8-11).

Leitlinien sind als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Die Anwendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Leitlinienempfehlungen muss in der individuellen Situation geprüft werden nach dem Prinzip der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und der partizipativen Entscheidungsfindung (3, 12-16).

Literatur

1. Institute of Medicine (US). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington (DC): The National Academies Press; 2011. 290 p.
2. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, et al. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Annals of internal medicine*. 2012;156(7):525-31.
3. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6):iii-iv, 1-72.
4. Nothacker M, Muche-Borowski C, Kopp IB. 20 Jahre ärztliche Leitlinien in Deutschland - was haben sie bewirkt? [Reflections on 20 years of clinical practice guideline programmes in Germany: what is their impact?]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2014;108(10):550-9.
5. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version: AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)
6. AGREE - Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument. Verfügbar: <https://www.agreetrust.org/> (Zugriff 26.08.2020)
7. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42.
8. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383-94.
9. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726-35.
10. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):719-25.
11. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Methodenreport. 5. Auflage. Verfügbar: <https://www.leitlinien.de/methodik/methodenreport/1-ziele-grundlagen> (Zugriff 13.11.2020)
12. Kopp I. Perspektiven der Leitlinienentwicklung und - implementation aus der Sicht der AWMF. *Z Rheumatol*. 2010;69(4):298-304.
13. Wienke A. BGH: Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. *GMS Mitt AWMF*; 2008.
14. Nölling T. Es bleibt dabei: Leitlinien sind nicht rechtlich verbindlich. *GMS Mitt AWMF*; 2014.
15. SVR Gesundheit. Gutachten 2018 - Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018. Verfügbar: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> (Zugriff 09.11.2020)
16. Kühlein T, Schaefer C. Leitlinien - Die Kunst des Abweichens. *Dtsch Arztebl*. 2020;117(37):A 1696. Verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=215464> (Zugriff 04.11.2020)

Ziele und Struktur des AWMF-Regelwerks

Das AWMF-Regelwerk ist die Leitlinie zur Erstellung und Publikation aktueller und hochwertiger Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften im AWMF-Leitlinienregister. Es dient zum einen der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien und zum anderen der Qualität des AWMF-Leitlinienregisters.

Das AWMF-Regelwerk richtet sich primär an die Fachgesellschaften in der AWMF, die Leitlinien für das Gesundheitswesen entwickeln. Darüber hinaus richtet es sich an alle, die an der Methodik, Nachvollziehbarkeit der Qualität sowie an der Erstellung und Umsetzung von Leitlinien interessiert sind.

Die Grundlage des AWMF-Regelwerks bilden international akzeptierte Qualitätskriterien und methodische Standards für Leitlinien. Als praktische Anleitung basiert das AWMF-Regelwerk auf den in AGREE II festgelegten Qualitätskriterien für Leitlinien.

Die Darstellung folgt den „Lebensphasen“ einer Leitlinie, von der Planung bis zur Aktualisierung. Jede Phase wird beschrieben mit einer Einleitung, Bezug auf das AWMF-interne Qualitätsmanagement (Regeln für das Leitlinienregister), Bezug zu den Domänen und Kriterien von AGREE II sowie Hilfen und Tipps, Praxisbeispielen und Literatur. Kommentare sind ausdrücklich erwünscht und können gerichtet werden an: imwi@awmf.org.

Planung und Organisation

Begründung für die Auswahl / Aktualisierung des Leitlinienthemas
Zielorientierung der Leitlinie
Stufenklassifikation nach Systematik (S1, S2e, S2k, S3)
Zusammensetzung der Leitliniengruppe:
Beteiligung von Interessengruppen
Erarbeitung eines Projektablaufplans
Finanzierungskonzept
Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen
Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Anmeldung

Anmeldung beim AWMF-Leitlinienregister

Leitlinienentwicklung

Konstituierende Treffen
Systematische Evidenzbasierung: Einführung
Systematische Recherche
Auswahl der Evidenz
Kritische Bewertung der Evidenz
Formulierung und Graduierung von Empfehlungen
Strukturierte Konsensfindung
Benennen von Forschungsbedarfen

Redaktion

Klarheit und Gestaltung
Externe Begutachtung
Gesamtverabschiedung
Formate und Verbreitung von Leitlinien
Urheber*innen- und Verwertungsrechte von Leitlinien

Implementierung und Evaluierung

Vorbereitung der Implementierung
Vorbereitung der Evaluierung

Fortschreibung und Aktualisierung

Planung der Aktualisierung

Publikation

Einreichung zur Publikation bei der AWMF
Leitlinien-Prädikat der AWMF

Planung und Organisation

Begründung für die Auswahl / Aktualisierung eines Leitlinienthemas

Für die Auswahl des Leitlinienthemas einer neuen oder einer zu überarbeitenden Leitlinie sollte zunächst hinterfragt werden, aufgrund welcher wahrgenommener Versorgungsprobleme die Leitlinie notwendig ist. Idealerweise sollten konkrete Verbesserungspotenziale identifiziert und wissenschaftlich belegbar sein (1-6). Bei einer Aktualisierung sollte eruiert werden, was sich durch die Leitlinienanwendung bislang in der Versorgung verändert hat und welche Versorgungsprobleme weiterhin bestehen (siehe „[Planung der Aktualisierung](#)“) (7, 8).

Für die Akzeptanz einer Leitlinie in der Praxis ist es hilfreich, wenn die Themenwahl nachvollziehbar begründet wird. Dazu dienen Angaben zur Häufigkeit des Versorgungsaspekts und zu aktuellen Entwicklungen sowie zu konkreten Verbesserungspotenzialen der Versorgung. Aus diesen Angaben wird auch die [Zielorientierung der Leitlinie](#) abgeleitet.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

Kriterium 1: Das / die Gesamtziel(e) der Leitlinie ist / sind eindeutig beschrieben.

Hilfen und Tipps:

Überlegen Sie, warum Sie dieses Leitlinienthema ausgewählt haben.

Kriterien für die Auswahl eines Leitlinienthemas können z.B. sein:

- Optimierungs- und / oder Verbesserungspotential der Versorgungsqualität, dem durch eine Leitlinie begegnet werden kann
- Häufigkeit des Versorgungsaspekts (z.B. Prävalenz, Inzidenz)
- Praxisvariation (z.B. regionale Versorgungsunterschiede)
- Individuelle oder bevölkerungsbezogene Krankheitslast
- Informationsbedarf bei neuen Gesundheitstechnologien (z.B. Programme, Arzneimittel, Geräte, OP-Techniken)
- Koordinationsbedarf (z.B. interdisziplinär, interprofessionell, intersektoral)
- Ökonomische Bedeutung (aus volkswirtschaftlicher Perspektive)
- Ethische und soziale Aspekte (z.B. Versorgungsgerechtigkeit, Zugang)

Es empfiehlt sich, die Gründe für die Auswahl zu dokumentieren.

Literatur

1. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ). Priorisierung von Gesundheits- oder Versorgungsproblemen als Themen des Leitlinien-Clearingverfahrens. Z Arztl Fortbild Qualitätssich. 2002;96(5):16-24.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Methods for Setting Priorities for Guidelines Development. Setting Priorities for Clinical Practice Guidelines. Field MJ, editor. Washington (DC): National Academy Press (US); 1995.
3. McMaster University. G-I-N McMaster Guideline Development Checklist - 2. Priority Setting. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Prioritytable> (Zugriff 16.11.2020)
4. El-Harakeh A, Lotfi T, Ahmad A, Morsi RZ, Fadlallah R, Bou-Karroum L, et al. The implementation of prioritization exercises in the development and update of health practice guidelines: A scoping review. PLoS One. 2020;15(3):e0229249.
5. Oxman AD, Fretheim A, Schünemann HJ, SURE. Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. Health Res Policy Sys. (2006) 4(1):12.
6. El-Harakeh A, Morsi RZ, Fadlallah R, Bou-Karroum L, Lotfi T, Akl EA. Prioritization approaches in the development of health practice guidelines: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2019 Oct 15;19(1):692.
7. Becker M, Jaschinski T, Eikermann M, Mathes T, Bühn S, Koppert W, et al. A systematic decision-making process on the need for updating clinical practice guidelines proved to be feasible in a pilot study. J Clin Epidemiol. 2018;96:101-9.
8. Agbassi C, Messersmith H, McNair S, Brouwers M. Priority-based initiative for updating existing evidence-based clinical practice guidelines: the results of two iterations. J Clin Epidemiol. 2014;67(12):1335-42.

Zielorientierung der Leitlinie

Leitlinien sollen kein Lehrbuch ersetzen. Ihr Einsatz kann auf den Gesundheitszustand bestimmter Patient*innengruppen oder größerer Teile der Bevölkerung Einfluss nehmen. Daher sollten die Ziele einer Leitlinie präzise benannt werden vor dem Hintergrund, wer und was mit der Verbreitung und Umsetzung der Leitlinien erreicht werden soll (1).

Ausgangspunkt ist die [Begründung für die Auswahl / Aktualisierung eines Leitlinienthemas](#).

Die Orientierung an klar formulierten Zielen mit Relevanz für Patient*innen/Bürger*innen erleichtert die Eingrenzung von Themen und die [Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen](#), die in der Leitlinie behandelt werden sollen. Sie soll auch die Evaluation des Leitlinieneinflusses auf die Versorgung und Nutzung der Leitlinie als Instrument des Qualitätsmanagements unterstützen. In diesem Sinne ist es sinnvoll, möglichst spezifische Ziele zu formulieren, deren Erreichung überprüft werden kann (siehe [Vorbereitung der Evaluierung](#)).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

Kriterium 1: Das / die Gesamtziel(e) der Leitlinie ist / sind eindeutig beschrieben.

Hilfen und Tipps:

Beispiel für die Formulierung eines allgemeinen Zieles:

Verbreitung evidenzbasierter Empfehlungen, mit deren Hilfe man Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationalere Basis stellen kann. Auf diesem Weg sollen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung verbessert und die Stellung der Patient*innen gestärkt werden.

Beispiel für die Formulierung eines spezifischen Zieles:

Verringerung der Rate vaskulärer Sekundärkomplikationen bei Patient*innen nach akutem ischämischem Insult.

Literatur

1. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version: AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)

Stufenklassifikation nach Systematik

Im Rahmen der Projektplanung für die Neuerstellung oder Aktualisierung einer Leitlinie sollte frühzeitig eine Entscheidung über die geplante Stufenklassifikation („S-Klassifikation“) nach dem Regelwerk der AWMF getroffen werden (1-3). Mit dem S-Klassifikationsschema der AWMF werden die Klassen S1-Handlungsempfehlung sowie S2e-, S2k- und S3-Leitlinie unterschieden. Das „S“ steht dabei für das Ausmaß der angewandten Systematik im Entwicklungsprozess einer Leitlinie (siehe [Einführung: Was sind Leitlinien?](#) und Abbildung 1). Jede Klasse steht somit für ein bestimmtes methodisches Konzept, das für die Anwendenden nachvollziehbar dargelegt werden muss (siehe [Formate und Verbreitung von Leitlinien, Einreichung zur Publikation bei der AWMF](#)). Die Wahl der Klasse richtet sich nach der Frage, wie viel Aufwand zweckmäßig und umsetzbar ist. Dabei ist der Bedarf an Legitimation für die Umsetzung der Leitlinie (Überzeugung der Zielgruppe) zu berücksichtigen. Bei der Wahl einer höheren S-Klassifikation im Rahmen der Aktualisierung einer Leitlinie ist die Anpassung an die entsprechende Methodik zu berücksichtigen (siehe [Aktualisierung](#)).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister - Stufenklassifikation:

www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s1.html

www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s2e-und-s2k.html

www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s3.html

Bezug zum AGREE II-Instrument:

kein

Hilfen und Tipps:

Abbildung 1: Stufenklassifikation nach Systematik

S3	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren



Literatur

1. Lorenz W. 1. Richtlinienpapier: Was sind Leitlinien? Dtsch Ges Chir (Mitteilungen). 1999;4:288-90.
2. Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwartz FW. Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland - Konsens zwischen Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2000;94:330-9.
3. Muche-Borowski C, Kopp I. Wie eine Leitlinie entsteht. Z Herz- Thorax- Gefäßchir. 2011;25:217-23.

Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen

Die fachliche, inhaltliche Angemessenheit einer Leitlinie wird durch die Leitliniengruppe erzeugt, die sinnvollerweise erfahrene Anwendende (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, Angehörige weiterer Berufsgruppen) und Patienten*innen bzw. Bürger*innen repräsentiert. Durch eine ausgewogene Zusammenstellung der Leitliniengruppe werden gute Voraussetzungen für die umfassende Identifizierung möglicher Praxisprobleme und die kritische Bewertung sämtlicher relevanter Evidenz geschaffen (1-3). Dadurch sollen auch mögliche Verzerrungen durch den Einfluss von Partikularinteressen vermieden werden (4-6). Es gibt keine Mindestanzahl an zu beteiligenden Fachgesellschaften / Organisationen. Dies hängt vom Thema, der Zielorientierung der Leitlinie sowie der Zielgruppe der Leitlinie ab. Die Auswahl der Mitglieder sollte professionelle und wissenschaftliche Expertise im Themenbereich der Leitlinie repräsentieren sowie die Perspektive der Betroffenen (7). Die Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Betroffenen sollte, wann immer möglich, durch direkte Beteiligung erfolgen (8).

Zusätzlich wird empfohlen, Personen mit Erfahrung in der methodischen Vorgehensweise der Leitlinienentwicklung und Evidenzbasierten Medizin frühzeitig einzubinden. Dies können qualifizierte Mitglieder der Leitliniengruppe sein oder extern beauftragte Methodiker*innen. Für die Qualifikation von Leitlinienentwickler*innen hält die AWMF ein Fortbildungsangebot vor.

Je vollständiger die Leitliniengruppe ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Akzeptanz und Anwendung der Leitlinie steigen.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2k- ([AWMF-Regelwerk.../klassifikation-s2e-und-s2k.html](#)) oder S3-Leitlinie ([AWMF-Regelwerk.../klassifikation-s3.html](#)) ist die Leitliniengruppe repräsentativ für den Adressatenkreis und sind Vertreter*innen der entsprechend zu beteiligenden Fachgesellschaft(en) und/oder Organisation(en) inkl. der Patient*innen/Bürger*innen in die Leitlinienentwicklung frühzeitig eingebunden (siehe AGREE II-Kriterium 4+5).

Handelt es sich um eine S2e -Leitlinie ([AWMF-Regelwerk.../klassifikation-s2e-und-s2k.html](#)) werden die Sichtweise und die Präferenzen der Patient*innen/Bürger*innen ermittelt (siehe AGREE II-Kriterium 5).

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

Kriterium 3: Die Zielpopulation (z.B. Patienten, Bevölkerung) der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.

Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

Kriterium 4: Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.

Kriterium 5: Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patienten, Bevölkerung) wurden ermittelt.

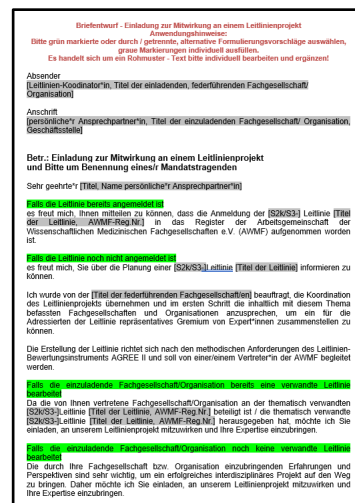
Kriterium 6: Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.

Hilfen und Tipps:

Im Allgemeinen informiert der/die Initiierende / Koordinierende / das Leitliniensekretariat des Leitlinienprojektes im Abgleich mit den Adressat*innen die relevanten Fachgesellschaften und Organisationen über das geplante Projekt und lädt diese zur Mitarbeit ein (siehe Anhang 1). Die Anzahl der federführenden Fachgesellschaften/Organisationen sollte nach Möglichkeit drei nicht übersteigen, um ein effizientes Projektmanagement zu gewährleisten. Jede Fachgesellschaft sollte für sich ein Standardprozedere zur Nominierung von Mandatstragenden festlegen.

Anhang 1: Musterbrief „Benennung von Mandatstragenden“

Tipp: Durch Klick auf die Abbildung den Musterbrief herunterladen!



Die Mandatstragenden vertreten mit ihrer fachlichen Expertise die Fachgesellschaft/Organisation. Erfahrungen mit der Erstellung und Umsetzung von Leitlinien sind wünschenswert. Mandatstragende arbeiten bei der Leitlinienerstellung mit und berichten Ergebnisse im laufenden Leitlinienprozess an die sie mandatierende Fachgesellschaft/Organisation. Die Rollen und Aufgaben von Mandatstragenden in Bezug auf aktive Mitarbeit, Berichterstattung an ihren Vorstand während des Erstellungsprozesses (inkl. etwaiger Besonderheiten, wie kurze Fristen bei „Living Guidelines“ siehe [Planung der Aktualisierung](#)) und im Rahmen der [Gesamtverabschiedung](#) durch die mandatierende

Fachgesellschaft/Organisation sollten frühzeitig, idealerweise im Rahmen der konstituierenden Treffen der Leitliniengruppe geklärt und festgelegt werden.

Im Hinblick auf die Abbildung der Betroffenenperspektive ist zunächst an die Beteiligung von Organisationen der Selbsthilfe zu denken, die sich zum Leitlinienthema engagieren und, falls solche nicht gefunden werden, an Dachverbände der Selbsthilfe wie z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG) oder die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung der Selbsthilfe (NAKOS). Wenn dies nicht möglich ist, sollte zur Ergänzung des Wissens eine orientierende Literatursuche nach Studien zur Perspektive der betroffenen Patient*innen/Bürger*innen oder eine Befragung derselben in Form eines Surveys oder einer Fokusgruppe durchgeführt werden (9).

Die Anmeldung von Leitlinienprojekten ist im AWMF-Register öffentlich zugänglich und kann über einen RSS-Feed abgerufen werden. So können sich auch bisher nicht beteiligte Fachgesellschaften/Organisationen bei den Koordinierenden zur Mitarbeit melden. Koordinierenden wird empfohlen, Möglichkeiten der Beteiligung oder Gründe für eine Nicht-Beteiligung im Dialog mit Anfragenden zu klären und das Ergebnis im Leitlinienreport zu dokumentieren.

Bei der Zusammensetzung der Leitliniengruppe sind folgende Fragen zu beantworten:

- Wer ist von den Empfehlungen betroffen und wen beziehe ich demzufolge ein?
- Wer kann wie zum Gelingen des Projektes beitragen (klinische, persönliche, methodische Expertise, Perspektive und Erfahrungen)?
- Wie kann die Perspektive von betroffenen Patient*innen/Bürger*innen einbezogen werden: direkt durch Beteiligung entsprechender Organisationen/Personen oder indirekt über eine Literatursuche, durch Befragen von Fokusgruppen oder Durchführen eines Surveys?

Literatur

1. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version: AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)
2. Pagliari C, Grimshaw J. Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development: an observational study. J Eval Clin Pract. 2002;8(2):145-53.
3. McMaster University. GIN-McMaster Guideline Development Checklist. Hamilton, Ontario 2014. Verfügbar: <http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html> (Zugriff 16.11.2020)
4. Hutchings A, Raine R. A systematic review of factors affecting the judgments produced by formal consensus development methods in health care. J Health Serv Res Policy. 2006 Jul;11(3):172-9.
5. Institute of Medicine (US). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al., editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. 290p

6. Kopp IB, Selbmann HK, Koller M. Konsensfindung in evidenzbasierten Leitlinien - vom Mythos zur rationalen Strategie [Consensus development in evidence-based guidelines: from myths to rational strategies]. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007;101(2):89-95. German.
7. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, et al. Board of Trustees of the Guidelines International Network: toward International standards for clinical practice guidelines. Ann Intern Med. 2012 Apr 3;156(7):525-31.
8. Armstrong MJ, Mullins CD, Gronseth GS, Gagliardi AR. Impact of patient involvement on clinical practice guideline development: a parallel group study. Implementation Sci. 2018 Apr 16;13(1):55.
9. Guidelines International Network. G-I-N PUBLIC Toolkit: Patient and Public Involvement in Guidelines 2015. Verfügbar: <https://g-i-n.net/working-groups/gin-public/toolkit> (Zugriff 16.11.2020)

Erarbeitung eines Projektablaufplans

Ein Projektablaufplan mit Festlegung von Zeitfenstern, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten erleichtert das Projektmanagement, die Planung der Finanzierung, die Sicherstellung der Erledigung der zur Erreichung einer bestimmten S-Klassifikation (siehe [Stufenklassifikation](#)) notwendigen Aufgaben und die Einhaltung eines angestrebten Publikationsdatums. Der Projektablaufplan sollte individuell und angepasst an die Möglichkeiten der Leitliniengruppe erstellt, regelmäßig überprüft und nach Bedarf aktualisiert werden.

Verantwortlichkeiten und Funktionen innerhalb der Leitliniengruppe sollten frühzeitig, idealerweise im Rahmen der [konstituierenden Treffen](#) - unter Berücksichtigung von Interessenkonflikten - geklärt werden (Aufgabenfestlegung für Koordinierende, Mitglieder der Steuergruppe und ggf. einzurichtender, themenspezifischer Arbeitsgruppen, Mandatstragende, Methodiker*innen, Leitlinien-Sekretariat siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Aufgaben bei der Leitlinien-Entwicklung unter Berücksichtigung der Stufenklassifikation

Umsetzung, Projekte der Klasse	Aufgaben
Planung und Organisation S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl / Aktualisierung eines Leitlinienthemas (Begründung) • Begründung und Beschreibung der Zielorientierung der Leitlinie • Festlegung der geplanten Klasse (S1, S2e, S2k, S3) • Zusammensetzung der Leitliniengruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Beteiligung der LL-Anwendenden (Adressat*innen) und der Patient*innen/Bürger*innen-Zielgruppe ○ ggf. Konstituierung einer Leitlinien-Steuergruppe (Lenkungsgrremium) ○ Klärung in Bezug auf Einbeziehung methodischer Expertise: AWMF-konforme Qualifikation innerhalb der Leitliniengruppe vorhanden oder Hinzuziehung externer Methodiker*innen erforderlich/möglich? • Einladung der Fachgesellschaften / Organisationen, mit Bitte um Benennung einer/s Mandatstragenden sowie Stellvertretung • Erstellung eines Projektablaufplans • Erstellung eines Finanzierungskonzepts • Entwurf von klinisch relevanten Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden sollen (sofern vorhanden in Zusammenarbeit mit der LL-Steuergruppe) • Einholung der Interessenerklärungen
Konstituierende Treffen S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung der Leitlinie bei der AWMF • Diskussion und Abschluss der Planungsphase • Feststellung der Vollständigkeit der Leitliniengruppe, ggf. Nachbenennungen • Vorstellung und Festlegung des methodischen Konzepts (AGREE II, Projektablaufplan) • Überarbeitung und Verabschiedung der Fragestellungen, Priorisierung der Endpunkte und Festlegung der Bearbeitungsstrategie • ggf. Konstituierung von themenspezifischen Arbeitsgruppen

Umsetzung, Projekte der Klasse	Aufgaben
	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion der Bewertung der Interessen und des Umgangs mit Interessenkonflikten
Systematische Evidenz-basierung S2e S3	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung und Aufarbeitung verfügbarer Evidenz (aggregierte Evidenz, ggf. Leitlinien, Primärstudien) <ul style="list-style-type: none"> ○ Festlegung der Suchstrategie ○ Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien ○ Kritische Bewertung der methodischen Qualität ○ Erstellung einer Leitliniensynopse (ggf.) ○ Erstellung einer Evidenzzusammenfassung in Tabellenform oder durch Anwendung von formalen Instrumenten oder Strategien ○ Feststellung des Vertrauens in die Qualität der Evidenz („Evidenzgrad“)
Erstellung erster Textentwürfe S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • inhaltliche Arbeit (ggf. in Kleingruppen) • Erarbeitung von Empfehlungen und Textentwürfen auf der Basis der eingeschlossenen, bewerteten Evidenz
Strukturierte Konsensfindung S2k S3	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung • Verfahrenswahl • Diskussion, klinische Wertung, Verabschiedung der Empfehlungen
Externe Begutachtung und Gesamtverabschiedung S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • Externe Begutachtung z.B. im Rahmen einer Konsultationsfassung • endgültige Abstimmung durch die Leitliniengruppe im E-Mail Umlaufverfahren • formale Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften / Organisationen
Leitlinien-Dokumente S1 S2 S3 S1 S2 S3 S2 S3 S2e S3	<ul style="list-style-type: none"> • Formate für professionelle Nutzende <ul style="list-style-type: none"> ○ Lang-Version (nur diese ist verpflichtend) ○ Kurz-Version / Kitteltaschenversion ○ Folien-Set ○ App-Version ○ Algorithmen und Praxishilfen ○ Ausweisung studentischer Lernziele • Laienverständliche Formate <ul style="list-style-type: none"> ○ Patient*innenversion/ Entscheidungshilfen ○ Gemeinsam Klug Entscheiden Empfehlungen <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Darlegung von Interessen aller Mitglieder der Leitliniengruppe und des Umgangs mit Interessenkonflikten (verpflichtend) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Leitlinienreport <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Falls nicht in der Leitlinie oder im Report integriert, zusätzliche Dokumente (Evidenzberichte, Evidenztabelle)
Implementierung und Evaluierung S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung möglicher organisatorischer, struktureller, personeller und finanzieller Barrieren • Beschreibung von Lösungsstrategien und angestrebten Aktivitäten zur Beförderung der Leitlinienumsetzung • ggf. Erarbeitung von Qualitätsindikatoren

Umsetzung, Projekte der Klasse	Aufgaben
Planung der Aktualisierung S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • Vermerk von Datum (Gültigkeit) und Zuständigkeiten • Festlegung eines Prozedere zur Bestands- und Bedarfsanalyse für die Identifizierung überarbeitungsbedürftiger Themenbereiche • Bei aktualisierten Leitlinien: Darlegung der wichtigsten Neuerungen zu Beginn (was gibt es Neues?) und Kennzeichnung der Empfehlungen mit "geprüft", "modifiziert" und "neu" und Angabe der Jahreszahl.
S1 S2 S3	<ul style="list-style-type: none"> • Einreichung der LL-Dokumente bei der AWMF

Finanzierungskonzept

Ein Finanzierungskonzept dient der Planung und Einschätzung der anfallenden Kosten einer Leitlinie (1). Fachgesellschaften und Mitglieder der Leitliniengruppen leisten den größten finanziellen Beitrag bei der Leitlinienerstellung. Ein Großteil der Leitlinienarbeit wird auf ehrenamtlicher Basis durch die Mitglieder der Leitliniengruppe erbracht. Je nach zu bearbeitendem Thema und geplanter Klasse einer Leitlinie können die Kosten variieren. Aus diesem Grund ist die Erarbeitung eines Finanzgerüsts im Vorfeld wichtig.

Die AWMF unterstützt die Leitliniengruppen durch eine kostenfreie Grundberatung und die Bereitstellung von Informationsmaterialien sowie Hilfen, die im AWMF-Regelwerk abgebildet sind.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten (Auszug):

Das Finanzierungskonzept einer Leitlinienentwicklung ist bei der AWMF offenzulegen. Eine Finanzierung durch Dritte mit direkter inhaltlicher Einflussnahme führt zur Ablehnung der Publikation über das AWMF-Register, so wie dies auch international empfohlen und praktiziert wird (siehe [Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten](#)).

Bezug zum AGREE II-Instrument (2):

Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Kriterium 22: Die finanzierende Organisation hat keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie genommen.

Kriterium 23: Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe der Leitlinie wurden dokumentiert und bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt.

Hilfen und Tipps:

Bei der Finanzierung zu berücksichtigen:

- Planung und Organisation
- Leitlinienentwicklung
- Redaktion und Verbreitung
- Implementierung
- Evaluierung und Planung der Aktualisierung

Variablen, die je nach spezifischer Projektplanung zur Einschätzung des zeitlichen Aufwandes und der Kosten notwendig sind

- Anzahl der Fragestellungen (siehe [Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen](#))
- Recherchen und Evidenzbewertungen
 - Datenbanken (z.T. kostenpflichtig)
 - Literaturbestellung (z.T. kostenpflichtig)
 - Ein- und Ausschlusskriterien (Sensitivität / Spezifität), Umfang des sich zu ergebenden Sichtungsbedarfs (Abstract / Volltext)
 - Textumfang / Struktur der Leitlinie
- Personalkosten (Sekretariate, LL-Infrastruktur, Moderator*innen, Beauftragung externer Methodiker*innen etc.)
- Sachkosten (Büro, Kommunikationskosten, Material)
- Reisekosten bei Konsensuskonferenzen und Arbeitssitzungen
- Raum- und TED-Kosten für Konferenzen
- Kosten für digitale Werkzeuge (z.B. digitale Konferenzplattform, Literaturverwaltungsprogramm)
- Review / Konsultationsverfahren
- Verabschiedung durch die Präsidien und/oder Beauftragte der Fachgesellschaften
- Publikation, Lay-Out, Übersetzung
- Implementierungsvorbereitung (Patient*innen-Leitlinien, Qualitätsindikatoren etc.)
- Geplantes Engagement und zeitliche Ressourcen der Koordinierenden, Expert*innen und Patient*innen/Bürger*innen

Beispiele zu Finanzierungsbeiträgen zu Leitlinienprojekten

- „Eigenbeiträge“ von Aktiven in den Leitliniengruppen
- Wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Unabhängige Fördereinrichtungen (Stiftungen)
- Leitlinienprogramme (Programm für Nationale Versorgungsleitlinien von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF - [NVL-Programm](#) -, Leitlinienprogramm Onkologie von AWMF, Deutscher Krebsgesellschaft und Deutscher Krebshilfe - [OL-Programm](#))

- Förderungsoptionen nach dem Digitale Versorgungsgesetz, Sozialgesetzbuch (SGB) V § 92a+b (Förderung ganzer Leitlinien über den Innovationsfonds) und §139 Förderung von Evidenzrecherchen zu einzelnen Fragestellungen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Andere
 - Organisationen von/mit Patient*innen (Ligen, Verbände der Selbsthilfe)
 - Themenbezogene Arbeitsgemeinschaften – Vereine
 - Fördervereine
 - Einrichtungen der Selbstverwaltung
 - Kostenträger

Literatur

1. McMaster University. GIN-McMaster Guideline Development Checklist. Hamilton, Ontario, 2014. Verfügbar: <http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html> (Zugriff 16.11.2020)
2. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version: AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)

Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten

Die Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen zu einem frühen Zeitpunkt ist für die Planung von Recherchen unerlässlich und macht die Leitlinie durch Beschränkung auf einen sinnvollen inhaltlich bearbeitbaren Rahmen attraktiv. Dabei ist im Hinblick auf die [Zielorientierung der Leitlinie](#) – auch bei Aktualisierungen – zu entscheiden, welche Fragen bzw. Empfehlungen im Mittelpunkt stehen sollen. Die Formulierung relevanter Fragestellungen beinhaltet die Festlegung und Priorisierung von Endpunkten, die für die betroffenen Patient*innen/Bürger*innen relevant sind. Diese sollten Nutzen und Schaden von Interventionen umfassen (1). Es sollte darauf geachtet werden, unmittelbar relevante Endpunkte zu verwenden. Surrogatendpunkte sollten idealerweise validiert sein – d.h. der direkte Zusammenhang zwischen Surrogat und unmittelbar relevantem Endpunkt wurde gezeigt – oder zumindest gut begründet sein (2). Über die in Betracht kommenden Endpunkte sollte frühzeitig, idealerweise im Rahmen des ersten Treffens der Leitliniengruppe, ein Konsens erzielt werden. Zur Erhebung der Relevanz von Endpunkten kann eine Befragung der Mitglieder der Leitliniengruppe sowie der Betroffenen erfolgen.

Darüber hinaus ist festzulegen, nach welcher methodischen Strategie die Fragestellungen beantwortet werden sollen. Dazu kommen in Frage:

- Systematische Evidenzbasierung der relevanten Empfehlungen (siehe [Stufenklassifikation](#) - Kriterien S2e und S3 - und [Systematische Evidenzbasierung](#))
- Strukturierte Konsensfindung (siehe [Stufenklassifikation](#) - Kriterien S2k und S3 - und [Strukturierte Konsensfindung](#)). In S3-Leitlinien sollte die Entscheidung für konsensbasierte Empfehlungen begründet werden.

Bei der Planung einer eigenen systematischen Recherche ist es hilfreich, die klinisch relevanten Fragestellungen nach dem PICO („Patient-Intervention-Comparison-Outcome“) Schema zu präzisieren (siehe Abbildung 3), um die relevante Literatur durch eine sinnvolle Auswahl und Verknüpfung von Suchbegriffen (insbesondere in Bezug auf die Population und die Intervention) aufzufinden (3, 4). Die Präzisierung dient auch der Vorbereitung der systematischen Auswahl und Bewertung der Evidenz als Basis für die Empfehlungsformulierung (5).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

Kriterium 2: Die in der Leitlinie behandelte(n) gesundheitsrelevante(n) Frage(n) ist (sind) eindeutig beschrieben.

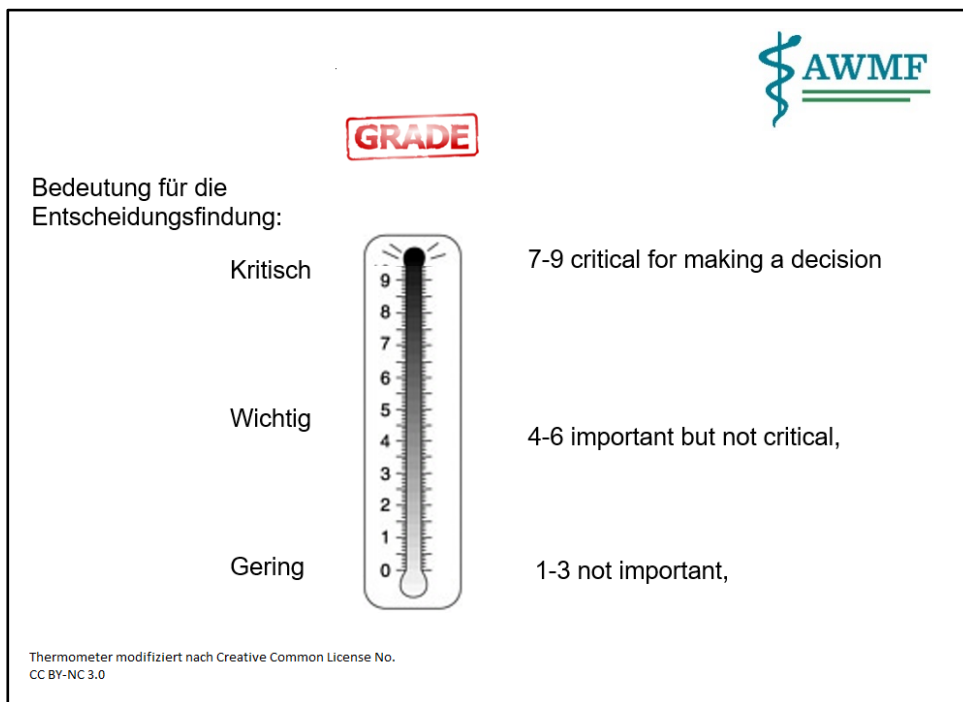
Hilfen und Tipps:

Es ist sinnvoll, die klinisch relevanten Fragestellungen im Rahmen eines ersten Konsensustreffens der gesamten Leitliniengruppe zu diskutieren und festzulegen, um den Arbeitsrahmen für die Leitliniengruppe einzugrenzen.

Bei der Festlegung der Fragestellungen ist die Festlegung der Endpunkte von zentraler Bedeutung.

Die Endpunkte können gesammelt und anhand einer Likert-Skala priorisiert werden (7-9 kritisch für die Entscheidungsfindung, 4-6 wichtig, 1-3 weniger wichtig). (siehe Abbildung 2 und [Konstituierende Treffen](#)).

Abbildung 2: Bewertung der Relevanz der Endpunkte (Outcomes)

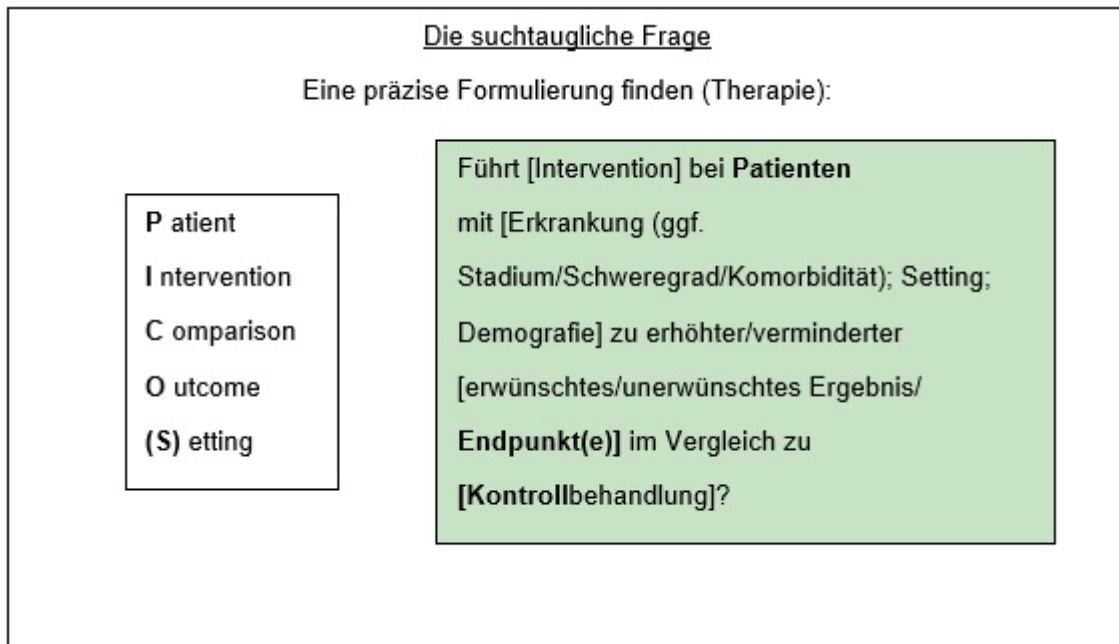


Nicht jede Fragestellung kann und muss auf eigenen systematischen Recherchen begründet werden, eine Beantwortung im Expert*innenkonsens ist in begründeten Fällen möglich bei fehlender aussagekräftiger Evidenz und Vorliegen eines Versorgungsproblems (6). Gründe für

die Priorisierung der Bearbeitungsstrategie sollten im ersten Treffen besprochen und dokumentiert werden.

Bei der Formulierung der Fragestellungen nach dem PICO Schema kann es zielführend sein, auch das jeweilige Setting festzulegen. Bei nicht-interventionellen Fragestellungen (z.B. prognostischen) sind ggf. nur einzelne Elemente des PICO-Schemas anwendbar.

Abbildung 3: PICO(S)-Schema



Beispiel einer klinisch relevanten Fragestellung:

Wie ist der Stellenwert der pharmakotherapeutischen Sekundärprävention nach akutem Schlaganfall?

Beispiel für die Präzisierung einer suchtauglichen Fragestellung nach dem PICO-Schema:

Ist bei

P = Patient*innen nach akutem Schlaganfall (ischämischer Insult)

I = das Medikament Clopidogrel

C = verglichen mit ASS (Acetylsalicylsäure)

O = wirksamer hinsichtlich der Vermeidung künftiger Schlaganfälle?

Ggf. zusätzlich:

S = in der ambulanten Versorgung.

Literatur

1. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):395-400.
2. Alonso A, Van der Elst W, Molenberghs G, Buyse M, Burzykowski T. On the relationship between the causal-inference and meta-analytic paradigms for the validation of surrogate endpoints. *Biometrics.* 2015;71(1):15-24.
3. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2007;7:16.
4. Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. *Manual Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien.* 2.1 Auflage (14.12.2020). Verfügbar: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/20201214_Manual_Recherche_Evidenzsynthesen_Leitlinien_V2.1.pdf (Zugriff am 16.12.2020)
5. McMaster University. GIN-McMaster Guideline Development Checklist. Hamilton, Ontario, 2014. Verfügbar: <http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html> (Zugriff 16.11.2020)
6. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Nothacker M, Lange S, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *J Clin Epidemiol.* 2016;80:3-7.

Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird (1-4). Interessenkonflikte sind nicht per se negativ zu bewerten. Sie manifestieren sich durch das Nebeneinander von primären Interessen (z.B. bei Leitlinienautor*innen die Formulierung evidenz- und konsensbasierter Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität) und sekundären Interessen (z.B. direkte und indirekte finanzielle, akademische, klinische, persönliche), deren Ausprägungsgrade und Bedeutungen variieren können. Interessenkonflikte sind somit oft unvermeidbar, aber nicht zwangsläufig problematisch im Hinblick auf eine Beeinflussung der Leitlinieninhalte. Entscheidend für die Legitimation und Glaubwürdigkeit von Leitlinien in der Wahrnehmung durch Öffentlichkeit und Politik sind nach internationaler Auffassung Transparenz und der faire, vernünftige Umgang mit Interessenkonflikten (siehe Positionspapier des Guidelines International Network (5), [Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Aktivitäten wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften](#), AGREE II-Kriterium 22 + 23). Die Erklärung von Interessen und Darlegung des Umgangs mit Interessenkonflikten dienen dem Schaffen von Vertrauen und dem Schutz vor Spekulation über Befangenheiten, die unter Umständen langwierige Klärungsprozesse nach sich ziehen können. Sie sind Voraussetzung einer Publikation für S1-Handlungsempfehlungen und Leitlinien der Klasse S2 und S3.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten (Auszug):

- Das Finanzierungskonzept einer Leitlinienentwicklung ist bei der AWMF offenzulegen. Eine Finanzierung durch Dritte mit direkten finanziellen Interessen führt zur Ablehnung der Publikation über das AWMF-Register, so wie dies auch international empfohlen und praktiziert wird.
- Alle an der Erstellung einer Leitlinie (S2, S3) oder Handlungsempfehlung (S1) Beteiligten sind verpflichtet, ihre Interessen schriftlich mit Hilfe eines Formblattes zu erklären (siehe [Anhang 2: Musterformular zur Erklärung von Interessen](#), Inhalte auch online ausfüllbar, siehe [AWMF-Portal Interessenerklärung Online](#)), das alle direkten, finanziellen und indirekten Interessen umfasst. Zu den indirekten Interessen gehören ggf. die mandatierende Organisation (z.B. Fachgesellschaft) und der wissenschaftliche Schwerpunkt der betroffenen Person.
- Die Erklärungen sollen bereits zu Beginn des Leitlinienprojekts erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die eingeladenen Mitglieder ihre Teilnahme am Leitlinienprojekt

gegenüber dem/der Koordinator*in bestätigen. Bei länger andauernden Projekten ist eine Erneuerung der Erklärung einmal pro Jahr bis zum Abschluss der Leitlinienentwicklung, zumindest aber vor der strukturierten Konsensfindung zu den Empfehlungen erforderlich.

- Es ist Aufgabe der ein Leitlinienprojekt anmeldenden bzw. federführenden Fachgesellschaft(en), die Erklärung des/der von ihr/ihnen eingesetzten Koordinierenden einzufordern. Es ist Aufgabe der/des Koordinierenden, die Erklärungen der Mitglieder der Leitliniengruppe einzufordern und zusammenzutragen.
- Die Erklärungen sind durch Dritte zu bewerten. Zu bewerten sind die Erklärungen aller Mitglieder der Leitliniengruppe, einschließlich der Koordinierenden. Dazu sind Verantwortliche zu wählen („Interessenkonfliktbeauftragte“), die aus dem Kreis der Leitliniengruppe oder auch aus externen Kreisen bestellt werden können. Alternativ kann die Bewertung im Rahmen einer Diskussion in der Leitliniengruppe erfolgen.
- Die Bewertung der Interessen erfolgt nach der Einschätzung, ob Interessenkonflikte vorliegen, ob ein thematischer Bezug zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen vorliegt und auf die Einschätzung der Relevanz von Interessenkonflikten in gering, moderat und hoch unter Berücksichtigung des eventuellen Ausmaßes des resultierenden Konflikts, der Funktion der betroffenen Person innerhalb der Leitliniengruppe und der protektiven Faktoren (siehe Abbildung 4).
- Die Interessenerklärungen sind in standardisierter Zusammenfassung (z.B. in tabellarischer Form, [siehe Anhang 3](#) und unter Nutzung des AWMF-Portals Interessenerklärung Online, siehe <https://interessenerklaerung-online.awmf.org/>) in der Langversion oder im Leitlinienreport der Leitlinie wiederzugeben. Darüber hinaus ist das Verfahren zur Erfassung der Interessen, der Bewertung sowie der Umgang mit Interessenkonflikten zu beschreiben.
- Fertige Leitlinien, bei denen die Finanzierung zu Interessenkonflikten führt oder bei denen Interessenkonflikte einzelner Mitwirkender oder der Umgang damit nicht transparent sind, werden nicht in das AWMF-Register aufgenommen.

Die Aufbewahrung/Speicherung der Daten erfolgt gemäß der aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Die vollständige Regel zum Umgang mit Interessenkonflikten finden Sie [hier](#) auf der AWMF-Internetseite.

Anhang 2: Musterformular zur Erklärung von Interessen

Tip: Durch Klick auf die Abbildung das Musterformular zur Erklärung von Interessen herunterladen!

Erklärung von Interessen
(Titel, AWMF-Registernummer)
zu Händen
(Leitlinienkoordinator)

Vorbemerkung
Alle Mitglieder der Leitliniengruppe sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem Leitlinienkoordinator abgegeben. Dies soll bereits zu Beginn des Leitlinienprojekts erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die Mitglieder ihre Teilnahme am Leitlinienprojekt gegenüber dem Koordinator bestätigen. Bei länger andauernden Projekten ist eine Erneuerung der Erklärung einmal pro Jahr bis zum Abschluss der Leitlinienentwicklung, zumindest aber vor der Konsensfindung, erforderlich.

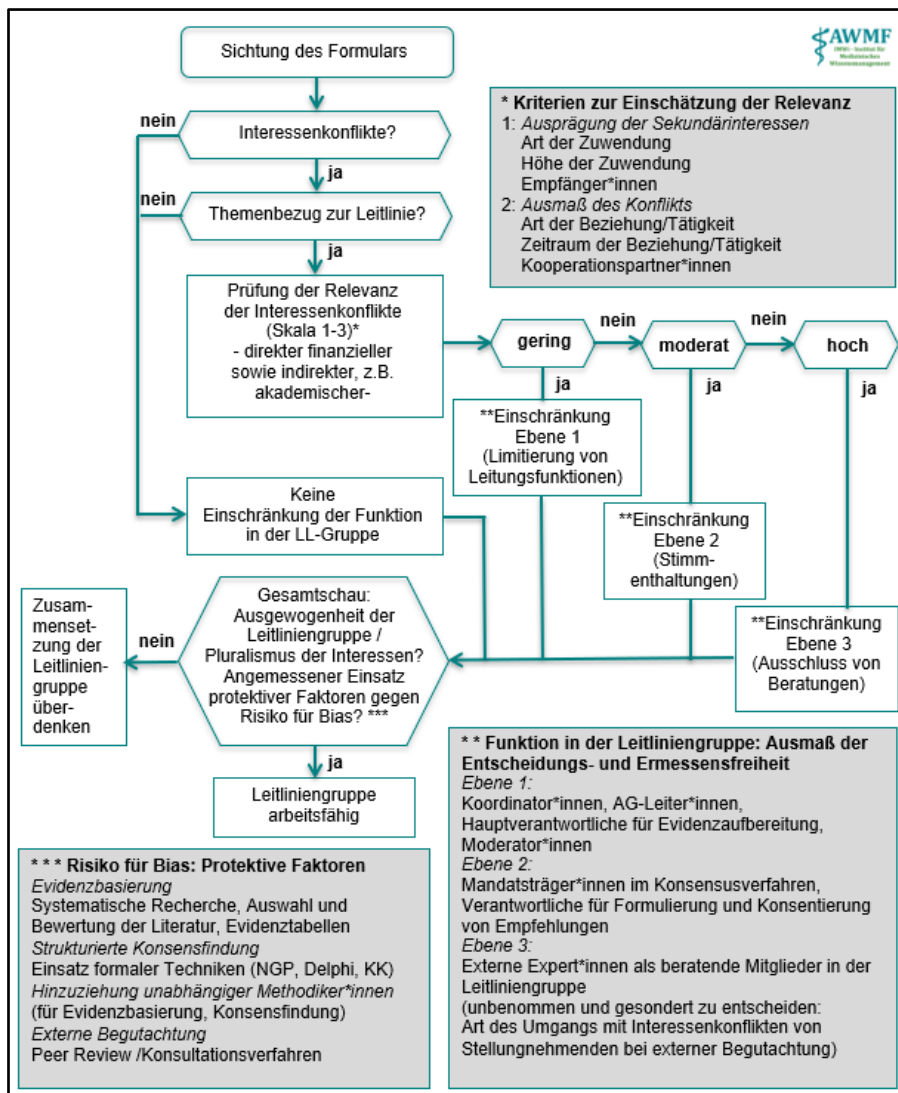
In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Leitlinie oder einen Interessenkonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage gestellt ist oder in welchen speziellen Bereichen / Fragestellungen der Leitlinie das professionelle Urteilsvermögen eines Experten durch sekundäre Interessen beeinflusst sein könnte, ist durch einen Dritten zu bewerten und in der Leitliniengruppe zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden 3 Jahre.

Die Originale der Erklärungen verbleiben vertraulich beim Leitlinienkoordinator. Die Inhalte der Erklärungen sind in der Langfassung der Leitlinie bzw. im Leitlinienreport in standardisierter Zusammenfassung offen darzulegen. Ergänzend sind die Verfahren der Sammlung und Bewertung der Erklärungen sowie die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit Interessenkonflikten darzulegen.

Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Artikel 13 DSGVO
Der Leitlinienkoordinator erhebt Ihre Daten zum Zweck des o.g. Leitlinienvorhabens sowie zur Erfüllung des Regelwerkes der AWMF. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung sind für die Durchführung des Leitlinienvorhabens erforderlich und beruhen auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nur zum Zweck der Erfüllung des Regelwerkes der AWMF statt. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Sie sind berechtigt, Auskunft über im Rahmen des Leitlinienvorhabens über Sie gespeicherte Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

AWMF-Formular zur Erklärung von Interessen im Rahmen von Leitlinienvorhaben
Stand 23.05.2018

Abbildung 4: Algorithmus zur Bewertung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten



Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Kriterium 22: Die finanzierende Organisation hat keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie genommen.

Kriterium 23: Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe der Leitlinie wurden dokumentiert und bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt.

Hilfen und Tipps:

- AWMF Web-Portal „Interessenerklärung Online“ (siehe: <https://www.awmf.org/leitlinien/interessenerklaerung-online.html>) zur Verwaltung von Interessenerklärungen und deren Bewertungen - in Kooperation mit der Clinical Guidelines Services (CGS)-GmbH. Leitlinienbeauftragte von AWMF-Mitgliedsfachgesellschaften beantragen ein Fachgesellschafts-spezifisches Passwort. Leitlinienkoordinierende legen nach Einladung durch die Leitlinienbeauftragten ihr Projekt an und ermöglichen den Leitliniengruppenmitgliedern projektbezogenen Zugang. Leitlinienautor*innen können bereits angelegte Erklärungen nach aktiver Zustimmung auch für andere Leitlinienprojekte weiterverwenden.

- Anhang 4: Ausfüllhilfe Interessenerklärung

Tipp: Durch Klick auf die Abbildung die Ausfüllhilfe Interessenerklärung herunterladen!

Ausfüllhilfe für Interessenerklärungen, Stand: 24.03.2020

Ausfüllhilfe für Interessenerklärungen – Antworten zu häufig gestellten Fragen
Bitte beachten Sie auch die erläuternden Fußnoten im Interessenerklärungsfomular!

1) Für welchen Zeitraum muss ich Angaben machen?
Die Erklärungen gelten für das laufende Jahr und die drei Jahre davor (Beispiel: Abgabe im März 2020 – dann Angaben von 1. Januar 2017-März 2020)

2) Muss ich alle Interessen angeben, auch wenn sie thematisch nichts mit dem aktuellen Leitlinienthema zu tun haben?
Ja, bitte geben Sie alle direkten, finanziellen und indirekten Interessen an, zu denen Fragen gestellt werden, unabhängig vom Themenbezug, den Sie persönlich sehen. Das ermöglicht dem Bewerter den thematischen Bezug festzustellen. Für Sie ist der Vorteil, dass Sie die Interessenerklärung auch für weitere Zwecke nutzen können.

3) Was zählt als „Institution“ im Gesundheitswesen?
Dazu zählen u.a. kommerziell orientierte Auftragstitel, Versicherungen/ Versicherungsträger, oder öffentliche Geldgeber (z.B. Kliniken, Deutsche Forschungsgemeinschaft), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, ggf. auch der Arbeitgeber.

4) Ich habe mehrere Vorträge für eine Institution/Organisation (Beispiel: Ärztekammer); muss ich diese alle angeben?
Ja, es genügt allerdings, wenn Sie zusammenfassend angeben: 2019-2019 „Vorträge für die Ärztekammer“ und die Themen nennen.

5) Ich habe mehrere Buchtitel für Verlage geschrieben – muss ich diese alle angeben?
Hier genügt es, wenn Sie angeben „Buchtitel“ und die Themen nennen.

6) Muss ich alle meine Publikationen nennen?
Nein, die Angabe Ihrer gesamten Publikationsliste/ Pubmed Liste ist nicht erforderlich. Sie können sich auf die Angabe von Themenstrangpunkten bzw. Bereiche oberrangigen Publikationen beschränken, die Ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt beschreiben.

7) An unserer Klinik werden viele Studien gemacht, muss ich diese alle angeben?
Sie brauchen nur diejenigen Studien anzugeben, für die Sie verantwortlich sind (Organisationsverantwortung)

8) Wie genau müssen die Angaben zur Höhe der Bezüge sein?
Die Gelder, die Sie erhalten haben, können Sie als Gesamtbetrag pro Kategorie und Zeitraum gründen angeben z.B. persönliches Honorar rd. 10.000€ 1/2017-3/2020

Anmeldung beim AWMF-Leitlinienregister

Die Anmeldung des Leitlinienvorhabens bei der AWMF ist die Voraussetzung einer Aufnahme in das Leitlinienregister und späteren Publikation über das Informationssystem der AWMF (siehe Anhänge 5 und 6). Dies betrifft Neuerstellungen oder Aktualisierungen von Leitlinien - als komplette oder partielle Aktualisierung oder in Form einer Living Guideline mit festgelegtem Aktualisierungszeitraum von maximal einem Jahr (siehe [Planung der Aktualisierung](#)). Die Anmeldung dient der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Leitliniengruppen und der Vermeidung ungeklärter Widersprüche oder Doppelungen in verschiedenen Leitlinien zu verwandten Themengebieten. Themenverwandte Leitlinien können Leitlinien-Nutzenden zur weiterführenden Information dienen.

Durch die frühzeitig im Netz veröffentlichte Anmeldung können sich weitere interessierte Fachgesellschaften und Organisationen informieren und sich bei den Leitlinien-Koordinierenden zur Mitarbeit melden. Im Rahmen der Pflege des Leitlinienregisters werden alle Anmeldungen durch das AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (IMWi) im Vier-Augen-Prinzip gesichtet.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Anmeldeverfahren für Leitlinien in Planung und Entwicklung (Auszug):

- Die Anmeldung soll zu Beginn des Leitlinienprojekts erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die eingeladenen Mitglieder ihre Teilnahme am Leitlinienprojekt gegenüber den Koordinierenden bestätigen.
- Für Anmeldungen von Leitlinienvorhaben ist das gültige Formblatt [„Anmeldeformular“](#) der AWMF zu verwenden.
- Den Angaben auf die Frage zu möglichen thematischen Überschneidungen oder Doppelungen im Anmeldeformular wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Verschiedene Leitlinien für dieselbe Versorgungssituation (Krankheit/Symptom oder Maßnahme) und dieselbe Anwender*innenzielgruppe (Fachgebiete etc.) werden nicht in das AWMF-Leitlinien-Register aufgenommen. Vorübergehend können in begründeten Fällen für verschiedene Anwender*innenzielgruppen verschiedene Leitlinien für dieselbe Versorgungssituation erstellt werden. Allerdings müssen diese an den Nahtstellen und in der Versorgungskontinuität widerspruchsfrei sein. Ziel sollte es sein, zu einem Thema nur eine Leitlinie zu führen.

- Für „Living Guidelines“ sind die geplanten Aktualisierungszeiträume benannt, diese betragen höchstens 12 Monate.

Ausführliche AWMF-Regel für das Anmeldeverfahren für Leitlinien in Planung und Entwicklung: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-02-anmeldeverfahren.html>

Anhang 5: Anmeldeformular

Tipp: Durch Klick auf die Abbildung das Anmeldeformular herunterladen!

The image shows a screenshot of the AWMF application form for guideline projects. The form is titled 'Anmeldeformular Leitlinienprojekt' and includes fields for project details, contact information, and checkboxes for various options like 'Living Guideline' and 'update or new guideline'. The form is in German and includes the AWMF logo at the top right.

Bezug zum AGREE II-Instrument:

kein

Hilfen und Tipps:

Die AWMF bietet allen Mitgliedsgesellschaften eine kostenfreie Erstberatung zur Planung und Anmeldung eines Leitlinienvorhabens an. Interessierte können sich an imwi@awmf.org wenden.

Die Anmeldung kann durch Einzelpersonen (z.B. Initiierende* / federführende* Autor*in / Leitlinienkoordinierende) erfolgen. Die Leitlinienbeauftragten und/oder das Leitliniensekretariat der Fachgesellschaft werden entsprechend von der anmeldenden Person informiert.

Bei Aktualisierungen, die als partiell angegeben werden, ist es für die Nutzenden hilfreich, wenn in der Anmeldung die Teile benannt werden, die aktualisiert werden. Eine Anmeldung als „Living Guideline“ kann für bis zu fünf Jahre eingereicht werden, dabei ist der jährliche Überprüfungszeitpunkt/-zeitraum zu nennen (z.B. „die Leitlinie wird jährlich bis August überprüft“) – siehe auch „[Planung der Aktualisierung](#)“. „Living Guideline“ sollte im Titel genannt werden.

Leitlinienentwicklung

Konstituierende Treffen

Das erste gemeinsame Treffen aller an der Erstellung der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen dient dem gegenseitigen Kennenlernen, der Einführung in die methodische Vorgehensweise der Leitlinienentwicklung nach dem Regelwerk der AWMF, der Diskussion und dem Abschluss der Aufgaben aus der Planungsphase sowie der Einleitung der wissenschaftlichen und inhaltlichen Leitlinienentwicklung. Das erste Treffen wird am Anfang der Leitlinienentwicklung oder – Aktualisierung organisiert und durchgeführt, in der Regel nach Anmeldung der Leitlinie. Dieses Treffen empfiehlt sich für alle Leitlinienklassen (1).

Prüfung der Vollständigkeit der Leitliniengruppe

Dabei wird festgestellt, ob die Leitliniengruppe vollständig ist, oder ob weitere Fachgesellschaften und Organisationen eingebunden werden sollen (siehe: [Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen](#)).

Die Vollständigkeit der Leitliniengruppe wird bei S2e-Leitlinien nicht unbedingt vorausgesetzt.

Festlegung der Fragestellungen und Endpunkte

Die vorformulierten klinisch relevanten Fragestellungen werden in der Leitliniengruppe diskutiert, ggf. ergänzt und konsentiert. Wesentlich dabei ist, im ersten Schritt die für die Patient*innen/Bürger*innen relevanten Endpunkte festzulegen (siehe [Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen und Priorisierung von relevanten Endpunkten](#)).

Festlegung der Strategien zur Beantwortung der Fragestellungen

Für jede klinisch relevante Fragestellung ist es hilfreich festzulegen, ob sie auf Grundlage einer systematischen Recherche nach aggregierter Evidenz, Primärstudien oder ggf. durch Leitlinienadaptation beantwortet werden soll. In begründeten Fällen ist auch eine Beantwortung im Expertenkonsens möglich (2) (siehe [Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen und Priorisierung von relevanten Endpunkten](#)). Suchstrategien sollten ebenfalls beim konstituierenden Treffen geplant werden. Die Ausarbeitung der Suchstrategien erfolgt im Anschluss mit festgelegten Verantwortlichkeiten unter Einbeziehung der bearbeitenden Leitliniengruppenmitglieder und, falls beteiligt, externer methodischer Expert*innen.

Festlegung von Organisationsstruktur, Arbeits- und Zeitplan

Beim ersten Treffen werden die Organisations-Struktur und der Zeit- und Aktivitätenplan mit Verantwortlichkeiten innerhalb der Leitliniengruppe festgelegt (siehe [Projektlaufplan](#)). Je nach geplantem Umfang der Leitlinie kann die Etablierung einer LL-Steuergruppe und themenspezifischer Arbeitsgruppen zur Bearbeitung der klinisch relevanten Fragestellungen / Problembereiche sinnvoll sein. Darüber hinaus wird entschieden, ob ein Leitliniensekretariat eingerichtet werden soll und welche Aufgaben ggf. Methodiker*innen erhalten. Am Ende dieses Treffens haben alle Teilnehmenden Informationen darüber, wie die Leitlinie inhaltlich aussehen soll und wer welche Aufgaben übernimmt (1, 3, 4).

Festlegung des Interessenkonfliktmanagements

Ein weiteres Ziel des konstituierenden Treffens ist die Besprechung der Erklärung von Interessen und des Umgangs mit Interessenkonflikten nach dem Regelwerk der AWMF (siehe [Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten](#)).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2k- oder S3-Leitlinie:

- ist die Leitliniengruppe repräsentativ für den Adressat*innenkreis und sind Vertretende der entsprechend zu beteiligenden Fachgesellschaft(en) und/oder Organisation(en) inkl. der Patient*innen/Bürger*innen in die Leitlinienentwicklung frühzeitig eingebunden (s. AGREE II-Kriterium 4+5).

Handelt es sich um eine S2e-Leitlinie:

- werden die Sichtweise und die Präferenzen der Patient*innen/Bürger*innen ermittelt (s. AGREE II-Kriterium 5).

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck

Kriterium 3: Die Zielpopulation (z. B. Patienten, Bevölkerung) der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.

Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen

Kriterium 4: Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.

Kriterium 5: Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z. B. Patienten, Bevölkerung) wurden ermittelt.

Kriterium 6: Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.

Hilfen und Tipps:

- Gewährleistung einer neutralen Moderation (z.B. AWMF-Leitlinienberater*in)
- Rechtzeitige Festlegung eines Termins (Datum, Uhrzeit, Ort)
- Überlegung, ob die Konferenz als Präsenztreffen oder als Webkonferenz stattfinden soll
- Organisation bei Präsenztreffen von Raum, Catering, Medien für die Konsensuskonferenz (z.B. Laptop, Beamer), bei Webkonferenz Festlegung des Online-Meeting-Werkzeugs, Klärung technischer Fragen für die Teilnehmenden, Möglichkeit eröffnen, auch per Telefon teilzunehmen, ggf. Bereitstellen eines TED (Teledialog)-Systems zur Abstimmung bei Präsenz- oder Webkonferenz
- Die Fachgesellschaften sollten bereits ihre Mandatstragenden benannt haben
- Rechtzeitige Einladung und Versendung von Unterlagen für das Treffen an alle Mitglieder der Leitliniengruppe und, sofern eingeplant, externe Moderator*innen sowie ggf. weitere Teilnehmende (Beobachtende, externe Expert*innen)

Literatur

1. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version: AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)
2. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Nothacker M, Lange S, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. J Clin Epidemiol. 2016;80:3-7.
3. McMaster University. G-I-N McMaster Guideline Development Checklist - 4. Establishing Guideline Group Processes. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Establishingtable> (Zugriff 16.11.2020)
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Methodenreport. 5. Auflage. Verfügbar: <https://www.leitlinien.de/methodik/methodenreport/1-ziele-grundlagen> (Zugriff 13.11.2020)

Systematische Evidenzbasierung: Einführung

Bei der systematischen Evidenzbasierung geht es um die systematische Recherche, Auswahl, Bewertung und Aufarbeitung der verfügbaren Evidenz zu festgelegten klinischen und für die betroffenen Patient*innen/Bürger*innen relevanten Fragestellungen (siehe [Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen](#)) (1). Diese werden im Vorfeld von der Leitliniengruppe erarbeitet und sollen durch Empfehlungen beantwortet werden.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2e- oder S3-Leitlinie

- ist eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenz) zu den relevanten klinischen Fragestellungen erforderlich.
- werden zur Suche nach der Evidenz systematische Methoden angewandt, d.h. die Suchstrategie ist detailliert beschrieben mit der Auflistung der verwendeten Suchbegriffe und Quellen (wie elektronische Datenbanken, Datenbanken systematischer Übersichtsarbeiten oder für Leitlinien, von Hand durchsuchte Fachzeitschriften oder Kongressberichte), Zeitraum der Literatursuche und Trefferzahlen (s. AGREE II, Kriterium 7).
- werden die Auswahlkriterien für die Evidenz explizit dargelegt. Dabei werden Gründe für den Einschluss (Zielpopulation, Studiendesign, Vergleiche, Endpunkte, Sprache, Kontext) und für den Ausschluss dargelegt (s. AGREE II, Kriterium 8).
- wird die nach a priori festgelegten Kriterien recherchierte und ausgewählte Evidenz hinsichtlich ihrer methodischen Qualität kritisch bewertet und die Ergebnisse in einer Evidenz-Zusammenfassung dargelegt. Dies kann in Tabellenform mit Kommentaren zu Qualitätsaspekten oder durch die Anwendung von formalen Instrumenten oder Strategien, z.B. Cochrane Risk-of-Bias Tool, GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-Methodik, erfolgen (s. AGREE II, Kriterium 8+9).
- führt das Ergebnis der Bewertung zur Feststellung des Vertrauens in die Qualität der Evidenz („Evidenzgrad“).
- sind die Empfehlungen mit der Beschreibung der zugrunde liegenden Evidenz in einem entsprechenden Abschnitt (Hintergrundtext) und/oder einer Evidenzzusammenfassung mit Referenzliste nachvollziehbar verknüpft (s. AGREE II, Kriterium 12).

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung

Kriterium 7: Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.

Kriterium 8: Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind eindeutig beschrieben.

Kriterium 9: Die Stärken und die Schwächen der Evidenz sind eindeutig beschrieben.

Kriterium 12: Die zugrunde liegende Evidenz kann den Empfehlungen eindeutig zugeordnet werden.

Systematische Recherche

Grundsätzlich empfiehlt sich aus pragmatischen Gründen ein iterativer hierarchischer Rechercheprozess. An erster Stelle wird die Suche nach aggregierter Evidenz im Sinne von systematischen Übersichtsarbeiten mit und ohne Metaanalysen als Grundlage für die eigene Leitlinie empfohlen (2).

Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen

Um den Aufwand bei der Recherche nach Primärstudien einzugrenzen, ist zunächst eine systematische Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten ohne und mit Metaanalysen und HTA-Berichten sinnvoll und die Prüfung, ob die Fragestellungen mit den erzielten Ergebnissen beantwortet werden können, auch im Hinblick auf die erforderliche Aktualität. Eine Prüfung, ob [Nutzenbewertungen des IQWiG](#) vorliegen, ist zusätzlich zielführend, da diese Evidenzaufbereitungen spezifisch für den deutschen Kontext erstellt werden.

Recherche nach Leitlinien

Eine gezielte Recherche im AWMF-Leitlinienregister nach thematisch verwandten Leitlinien ist im Rahmen der Anmeldung eines Leitlinienprojekts immer erforderlich, um Doppelungen und ungeklärte Widersprüche in Leitlinien zu verwandten Themengebieten zu vermeiden und ermöglicht es andererseits, für bestimmte Themen auf bereits bestehende Leitlinien zu verweisen (siehe [Anmeldung beim AWMF-Register](#)).

Um den Aufwand für eigene Recherchen einzugrenzen, ist zu überlegen, ob es zusätzlich sinnvoll ist, nach aktuellen, thematisch relevanten und methodisch hochwertigen internationalen Leitlinien zu suchen. Die Auswahl einer oder mehrerer Leitlinien als Quelleitlinie(n) richtet sich nach der inhaltlichen Angemessenheit, der Aktualität, der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem und der methodischen Qualität, die für die Leitlinien systematisch überprüft und dokumentiert wird.

Das Heranziehen von bereits vorhandenen Leitlinien entbindet die Leitliniengruppe in der Regel nicht von einer zusätzlichen (Aktualisierungs-)Recherche, um die Aktualität der eigenen Leitlinie sicherzustellen (3, 4).

Recherche nach Primärstudien

Werden Fragestellungen durch systematische Übersichtsarbeiten mit und ohne Metaanalysen oder anhand bestehender Leitlinienempfehlungen nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend aktuell beantwortet, erfolgt die Suche auf der Ebene von Primärstudien. Hier kann zumeist durch Eingrenzungen nach den Studiendesigns der ersten Wahl für die jeweilige Fragestellung der Aufwand eingegrenzt werden (z.B. randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) zur Frage der Effektivität therapeutischer und diagnostischer Interventionen oder Kohortenstudien zur Frage der Testgüte diagnostischer Verfahren).

Recherche nach laufenden oder nicht-publizierten Studien

Ein wesentlicher Teil aller Studien und Studienergebnisse wird nicht oder mit großer zeitlicher Verzögerung veröffentlicht (>50%) (5, 6). Eine Suche in Studienregistern kann daher eine wertvolle Ergänzung bei der systematischen Suche darstellen. Sie dient dazu, nicht-publizierte Studien, zusätzliche Daten zu publizierten Studien und Studienergebnisse zu finden, sowie Kenntnis über geplante, laufende und abgebrochene Studien zu erhalten.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2e- oder S3-Leitlinie

- ist eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenz) zu den relevanten klinischen Fragestellungen erforderlich.
- werden zur Suche nach der Evidenz systematische Methoden angewandt, d.h. die Suchstrategie ist detailliert beschrieben mit der Auflistung der verwendeten Suchbegriffe und Quellen (elektronische bibliographische Datenbanken, Datenbanken für systematische Übersichtsarbeiten oder für Leitlinien, von Hand durchsuchte Fachzeitschriften oder Kongressberichte), Zeitraum der Literatursuche und Trefferzahlen (s. AGREE II, Kriterium 7).

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung

Kriterium 7: Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.

Hilfen und Tipps:

Detaillierte Hilfen zu Datenbanken sowie die Planung und Durchführung der Suchstrategie finden sich im Manual „Systematische Recherchen für Evidenzsynthesen und Leitlinien“ (7).

Datenbanken für die Recherche können u.a. sein:

- Cochrane Library (mit Teildatenbanken wie z.B. CENTRAL für kontrollierte Studien)
- Medline (via PubMed oder Ovid)
- Embase (kostenpflichtig)
- Themenspezifische Datenbanken, z.B. PsycINFO der American Psychological Association (APA PsycInfo), The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Physiotherapy Evidence Database (PEDro)
- Leitlinien-Datenbanken (z.B. AWMF, Guidelines International Network (G-I-N))
- Weitere Quellen
 - IQWiG, ggf. weitere HTA Institute
 - Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
 - Homepages deutscher/weiterer Fachgesellschaften/Organisationen (z.B. The National Institute for Health and Care Excellence, NICE)
 - Studienregister, z.B. ClinicalTrials.gov der U.S. National Library of Medicine oder Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS)

Für evidenzbasierte Leitlinien empfiehlt es sich, nach der Auswahl der Datenbanken Suchbegriffe (Medical Subject Headings (MeSH), Freitextangaben), Recherchezeitraum, Studiendesign und mögliche Einschränkungen (z.B. nur Kinder oder Erwachsene) der Suche(n) in Abstimmung mit der Steuergruppe, bzw. der/den jeweiligen Arbeitsgruppe(n) oder ggf. der gesamten LL-Gruppe (z.B. im E-Mail-Umlauf) festzulegen, um sicher zu gehen, dass alle relevanten Suchbegriffe berücksichtigt wurden. Es sollte geprüft werden, ob eine Anpassung der Suchbegriffe an unterschiedliche Datenbanken erforderlich ist. Die Zusammenarbeit mit Informationsspezialist*innen (z.B. Bibliothekar*innen) ist empfehlenswert.

Entsprechend den im Vorfeld festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe [Auswahl der Evidenz](#)) kann es für die Recherche hilfreich sein, sogenannte Suchfilter (logische Verknüpfung charakteristischer Schlagworte) einzusetzen. Geprüfte Suchfilter für aggregierte Evidenz, Primärstudien und Leitlinien finden sich im Manual „Systematische Recherchen für

Evidenzsynthesen und Leitlinien“ (7). Ein Beispiel für eine sehr einfache, stark eingrenzende Suche findet sich in Abb. 5.

Bei jeder Suche: Dokumentation der Suchstrategie mit Datum nicht vergessen!

Abbildung 5: Dokumentation einer spezifischen/eingrenzenden Suchstrategie in Medline via Pubmed

History and Search Details						Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#4	...	>	Search: ((#1 AND #2)) AND ("systematic review"[Text Word] OR metaanalysis[Text Word] OR meta-analysis[Text Word]) Sort by: Most Recent	55	13:49:46		
#3	...	>	Search: ((#1 AND #2)) AND (randomised[Text Word] OR randomized[Text Word]) Sort by: Most Recent	163	13:46:53		
#2	...	>	Search: ("St. John's Wort"[Text Word]) OR (Hypericum[Text Word]) Sort by: Most Recent	3,465	13:46:01		
#1	...	>	Search: (depression[MeSH Terms]) OR (depressive disorder[MeSH Terms]) Sort by: Most Recent	219,211	13:44:59		

Literatur:

1. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version. AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)
2. McMaster University. G-I-N McMaster Guideline Development Checklist - 10. Deciding what Evidence to Include and Searching for Evidence. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Decidingtable> (Zugriff 16.11.2020)
3. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. J Clin Epidemiol. 2017;81:101-10.
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 - Kriterien 30 - 34 (2008). Verfügbar: <https://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf> (Zugriff 13.11.2020)
5. Schmucker C, Schell LK, Portalupi S, Oeller P, Cabrera L, Bassler D, et al. OPEN consortium. Extent of non-publication in cohorts of studies approved by research ethics committees or included in trial registries. PLoS One. 2014 Dec 23;9(12):e114023.
6. Scherer RW, Meerpohl JJ, Pfeifer N, Schmucker C, Schwarzer G, von Elm E. Full publication of results initially presented in abstracts. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018, Issue 11.
7. Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Manual Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien. 2.1 Auflage. (14.12.2020) Verfügbar: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/20201214_Manual_Recherche_Evidenzsynthesen_Leitlinien_V2.1.pdf (Zugriff 16.12.2020)

Auswahl der Evidenz

Mit Hilfe von im Vorfeld festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien werden die gefundenen Rechercheergebnisse aus der jeweiligen Datenquelle durchgesehen und die für die Leitlinie relevanten Arbeiten herausgefiltert. Die Selektion erfolgt klassischerweise in zwei Schritten und im besten Fall von zwei unabhängigen Personen (klinisch und methodisch Erfahrene):

1. nach Titel und Abstract
2. nach Volltext

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2e- oder S3-Leitlinie:

- werden die Auswahlkriterien für die Evidenz explizit dargelegt. Dabei werden Gründe für den Einschluss (z.B. Zielpopulation, Vergleiche, Endpunkte, Sprache, Kontext, Studiendesign) und für den Ausschluss dargelegt (s. AGREE II, Kriterium 8).

Bezug zum AGREE II-Instrument:**Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung**

Kriterium 8: Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind eindeutig beschrieben.

Hilfen und Tipps:

Zu den Ein- und Ausschlusskriterien können u.a. zählen:

- Alter, Geschlecht, Krankheitsstatus oder Komorbiditäten
- Intervention/Vergleichsgruppe
- Nachbeobachtungszeit/Setting
- Studien- oder Publikationstyp
- Sprache

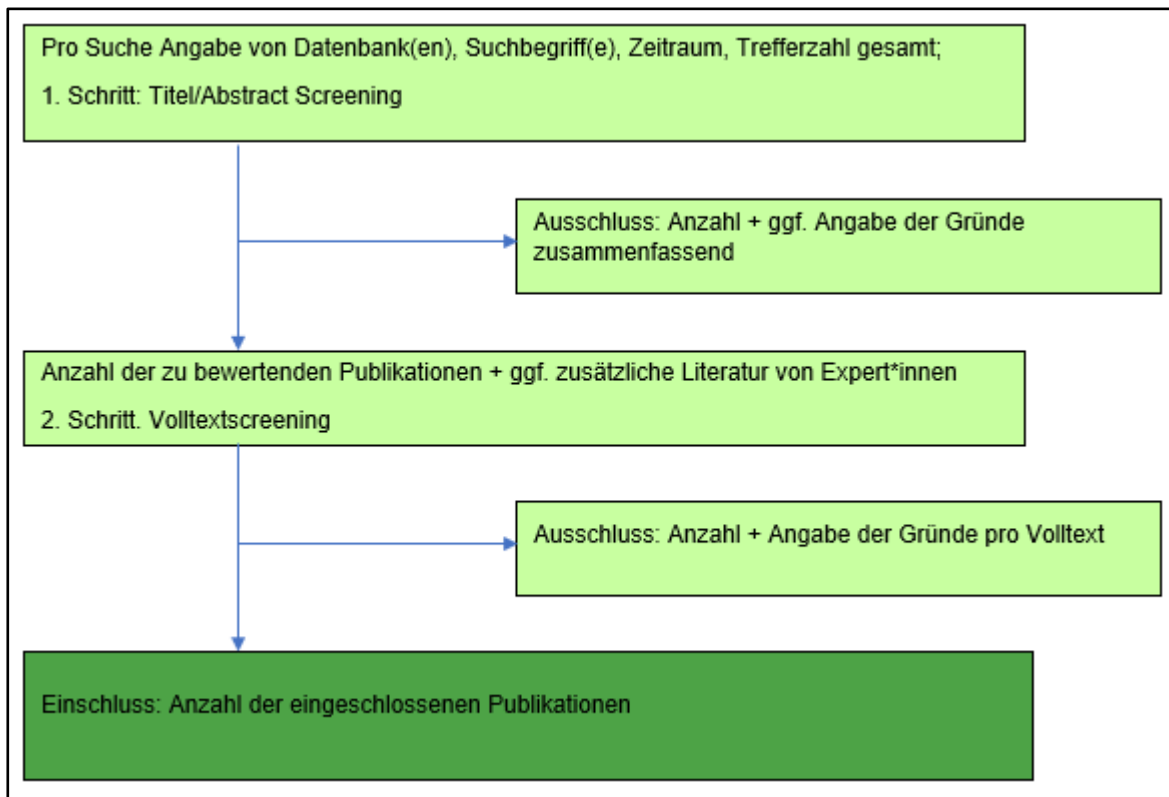
Die Ausschlussgründe können auch auf Titel/Abstract-Ebene zusammenfassend dargelegt werden. Ausschlussgründe für geprüfte Volltexte sollten pro Publikation erfasst werden (s. Abb. 6). Kongressbeiträge (z.B. Abstracts) sollten in der Regel nicht als Evidenzgrundlage akzeptiert werden.

Steuern Leitliniengruppenmitglieder zusätzliche Literatur bei, sollte auch dies angegeben werden. Für die Dokumentation des Auswahlprozesses hat sich das PRISMA-Flowchart bewährt (1).

Die Speicherung der Literatur ab dem Schritt der Volltextsichtung in einem Literaturverwaltungsprogramm, das für die gesamte Leitliniengruppe zugänglich ist, wird empfohlen.

Wichtig: Auch den Auswahlprozess bei der Dokumentation der Suche aufführen!

Abbildung 6: Beispiel-Dokumentation einer Recherche



Kritische Bewertung der Evidenz

Die für die Leitlinie als relevant eingeschlossene Evidenz sollte strukturiert nach vorgegebenen Qualitätskriterien bewertet werden (2). Die kritische Bewertung beinhaltet die Beurteilung der internen Validität der Evidenz (Bewertung systematischer Fehler bzw. des Verzerrungsrisikos (Bias)) sowie weiterer Aspekte, die zu einer Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit bzw. Aussagesicherheit und Anwendbarkeit der Evidenz notwendig sind.

Kritische Bewertung von systematischen Übersichtsarbeiten/Metaanalysen

Für systematische Übersichtsarbeiten ohne oder mit Metaanalysen wird im ersten Schritt zu einer Bewertung der Durchführungsqualität geraten (u.a. mit den Fragen: Erfolgte eine umfassende und gute dokumentierte Suche nach geeigneten Studien? Ist das Zusammenfassen der Studienergebnisse mittels Metaanalyse adäquat?). Der Einsatz einer Checkliste wird empfohlen. Davon zu trennen ist die Bewertung der Aussagesicherheit der Studien, die in den systematischen Übersichtsarbeiten (ohne oder mit Metaanalysen) eingeschlossen sind. Dabei sollten neben der formalen Bewertung des Verzerrungsrisikos

auch Aspekte, wie z.B. die Direktheit der Studien in Bezug auf Charakteristika der Studienpopulationen, Interventionen oder Endpunkten, die Konsistenz bzw. Heterogenität sowie die Präzision der Ergebnisse beurteilt werden. Abschließend wird die Qualität der Evidenz nach einem Klassifikationsschema zusammenfassend angegeben (Evidenzgrad, Level of Evidence, bzw. Qualität der Gesamtheit der Evidenz pro Endpunkt (3-5), siehe [Vergabe von Evidenzgraden](#)).

Kritische Bewertung von Leitlinien

Für die Nutzung als Evidenzgrundlage sollten auch Leitlinien in Bezug auf ihre methodische Qualität strukturiert bewertet werden (6). Als methodisch gut bewertete und thematisch geeignete Leitlinien können für die eigene Leitlinienarbeit in unterschiedlicher Weise genutzt werden:

- zur Übernahme (Adoption) bzw. Adaptation von LL-Empfehlungen aus einer oder mehreren Quell-Leitlinie(n)
- als Quelle aufgearbeiteter Evidenz (z.B. Evidenztabellen)
- als Hintergrundinformation und Feststellung des Bedarfs eigener Recherchen

Werden bestehende Leitlinien als Quelle für eigene Leitlinienempfehlungen herangezogen, sollte über die Bewertung der methodischen Gesamtqualität hinaus die Beurteilung der einzelnen Empfehlungen erfolgen. Dazu gehören die Einschätzung der Angemessenheit der in Quellleitlinie(n) angegebenen Evidenzklassen und Empfehlungsgrade und der den Empfehlungen zugrunde gelegter Literatur, der Aktualität sowie der Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (7). Bei Bedarf sollten entsprechende Aktualisierungsrecherchen durchgeführt werden.

Änderungen der Empfehlungen, z.B. aufgrund neuer Evidenz oder aufgrund einer abweichenden Einschätzung der LL-Gruppe hinsichtlich des Nutzens/des Schadens sollten begründet werden (siehe auch [Formulierung und Graduierung von Empfehlungen](#)).

Kritische Bewertung von Primärstudien

Die kritische Bewertung von Primärstudien sollte ebenfalls kriteriengestützt erfolgen, in Abhängigkeit vom zugrunde liegenden Studiendesign. Auch dabei sollten neben methodischen Aspekten der Qualität - ebenso wie bei aggregierter Evidenz - weitere, klinisch relevante Aspekte berücksichtigt werden, wie z.B. die Direktheit der Anwendbarkeit in Bezug auf Charakteristika der Studienpopulationen, Interventionen oder Endpunkte. Bestimmte Kriterien sollten bedarfsweise ergänzend bewertet werden, idealerweise gestützt auf die ausgearbeitete PICO(S)-Fragestellung z.B. Präzision der erzielten Effekte, die Länge von Nachbeobachtungszeiten oder die Angemessenheit der Vergleichsintervention.

Aufbereitung der bewerteten Evidenz

Die bewerteten Studien zu einer klinisch relevanten Fragestellung/einem Themenbereich werden anhand von Evidenztabelle(n) zusammengefasst dargestellt. Dies dient der Transparenz, der besseren Einschätzung und Nachvollziehbarkeit und damit auch der Akzeptanz und Umsetzung der Empfehlungen.

Alternativ zur Tabellenform können die Ergebnisse der kritischen Bewertung im Begleittext/Hintergrundtext beschrieben werden. In diesem Fall sollte das Ergebnis der Prüfung durch formale Instrumente bzw. die Strategien der Bewertung dokumentiert werden. Empfehlung(en) aus Quelleitlinie(n) sollten mit den angegebenen Evidenzgraden („Levels of Evidence“) und/oder Empfehlungsgraden („Grades of Recommendation“) und der in der Quelleitlinie zugrunde gelegten Literatur dargestellt werden.

Feststellung des Vertrauens in die Qualität der Evidenz - Vergabe von Evidenzgraden

Die Vergabe von Evidenzgraden erfolgt nach der kritischen Studienbewertung und dient der leichten Erfassung des Vertrauens in die Effektschätzer, die einer Empfehlung zugrunde liegen. Die Bewertung sollte bevorzugt für eine Fragestellung pro Endpunkt über alle Studien hinweg vorgenommen werden als Einschätzung der gesamten Evidenz zu einer Fragestellung (8, 9). Alternativ ist die Vergabe von Evidenzgraden für einzelne Studien möglich (10, 11).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2e- oder S3-Leitlinie:

- wird die nach a priori festgelegten Kriterien recherchierte und ausgewählte Evidenz hinsichtlich ihrer methodischen Qualität kritisch bewertet und die Ergebnisse in einer Evidenz-Zusammenfassung dargelegt. Dies kann in Tabellenform mit Kommentaren zu Qualitätsaspekten oder durch die Anwendung von formalen Instrumenten oder Strategien (z.B. Cochrane Risk of Bias Tool, GRADE Methodik) erfolgen (s. AGREE II, Kriterium 8+9).
- führt das Ergebnis der Bewertung zur Feststellung des Vertrauens in die Qualität der Evidenz (Evidenzgrad“).
- sind die Empfehlungen mit der Beschreibung der zugrunde liegenden Evidenz in einem entsprechenden Abschnitt (Hintergrundtext) und/oder einer Evidenzzusammenfassung mit Referenzliste nachvollziehbar verknüpft (AGREE II, Kriterium 12).

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung

Kriterium 9: Die Stärken und die Schwächen der Evidenz sind eindeutig beschrieben.

Kriterium 12: Die zugrunde liegende Evidenz kann den Empfehlungen eindeutig zugeordnet werden.

Hilfen und Tipps

Kritische Bewertung der Evidenz

Idealerweise führen methodisch und klinisch Erfahrene/Expert*innen in enger Absprache die Evidenzbewertung durch. Die Bewertung kann zentral oder von Arbeitsgruppenmitgliedern vorgenommen werden. Hilfreiche Hinweise für die Durchführung der kritischen Bewertung finden sich in den Manualen des Deutschen Cochrane Zentrums und des AWMF-IMWi (3, 12). Für die methodische Bewertung eignen sich folgende Checklisten/Instrumente:

- für systematischen Übersichtsarbeiten ohne und mit Metaanalysen:
die AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) - Checkliste (13). Seit 2017 überarbeitet als AMSTAR-II Checkliste mit expliziter Berücksichtigung des Einschlusses von randomisierten, aber auch nicht-randomisierten Studien (14-16).
- für Leitlinien:
das AGREE-II Instrument (6). Sind keine Ressourcen für eine ausführliche Bewertung vorhanden, kann die Bewertung auf Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und Domäne 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) eingegrenzt werden. Bei Übernahme einzelner LL-Empfehlungen sollten für die Leitlinien-Nutzenden die Vertrauenswürdigkeit der Quelleitlinie durch Übernahme der Evidenz- und Empfehlungsgrade sowie der dort zitierten Studien ersichtlich sein sowie die Bewertung etwaiger zusätzlicher Literatur aufgrund von Aktualisierungsrecherchen (7, 17).
- für Primärstudien (abhängig vom Studiendesign):
das Cochrane Risk of Bias Tool I oder II für randomisierte Studien, sowie das Instrument zur Bewertung von nicht-randomisierten Interventionsstudien (3, 12, 18-20). Checklisten mit Ausfüllhilfen stellt auch z.B. das Scottish Intercollegiates Guideline Network (SIGN) zur Verfügung (21).

Evidenzbewertungs- und -graduierungssysteme

www.gradeworkinggroup.org/

Beim GRADE Ansatz wird die verfügbare Evidenz aus der Endpunkt-

Abbildung 7: Vierstufige Evidenzbewertung nach GRADE

Tabelle 2 Bedeutung der vier Stufen von Evidenz.	
Qualitätsstufe	Aktuelle Definition
Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.
Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.
Niedrig	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.
Sehr niedrig	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.

Oxford (2011)

www.cebm.net/index.aspx?o=1025

bzw. Outcome-Perspektive betrachtet (Bewertung der Gesamtheit der Studien als „body of evidence“ für jeden relevanten Endpunkt, s. Abb. 7 und 8. Die Gesamtheit der eingeschlossenen Studien zu einer Fragestellung wird nicht nur im Hinblick auf ihr Verzerrungsrisiko aufgrund des Studiendesigns bewertet, sondern auch in Bezug auf Indirektheit, Heterogenität bzw. mangelnde Präzision der Ergebnisse sowie Publikationsbias. Eine Aufwertung ist u.a. bei großem Effekt möglich (9, 22-27).

Die Oxford-Klassifikation von 2011 beruht v.a. auf der formalen Bewertung des Studiendesigns einzelner Studien im Hinblick auf ihre interne Validität. Abwertungen z.B. bei hohem Verzerrungsrisiko oder Indirektheit sind ebenfalls möglich.

In einer evidenzbasierten Leitlinie sollte nach Möglichkeit ein einheitliches Evidenzbewertungsschema verwendet werden. Bei Aktualisierungen kann die Entscheidung für die Verwendung eines neuen Schemas zur Evidenzbewertung getroffen werden. Nicht überarbeitete Teile können im bisherigen Schema verbleiben. Bei der Auswahl ist ggf. auch zu berücksichtigen, ob in größerem Umfang vorhandene Leitlinien als Evidenzquellen herangezogen werden und welche Schemata dort verwendet werden. Die Entscheidung über die Bewertungskriterien und -klassifikation(en) sollte in der Leitliniengruppe getroffen und im Leitlinienreport dokumentiert werden.

Aufbereitung der bewerteten Evidenz

Neben der Information zur methodischen Qualität der eingeschlossenen Publikationen sind für die Nutzenden die wichtigsten klinischen Charakteristika und die Angabe der erzielten

Effektstärken wichtig. G-I-N hat hierzu eine Musterevidenztabelle mit Minimalkriterien erstellt, die von den LL-Gruppen je nach Themengebiet und Anforderungen modifiziert werden kann (28) (siehe Tab. 2 und [Anhang 7](#)).

Evidenzprofile nach GRADE bilden im Gegensatz dazu den Evidenzkörper nicht pro Studie, sondern pro Endpunkt ab (siehe Abbildung 8) (8).

Bewertungen von Leitlinien können ebenfalls tabellarisch aufgeführt werden.

Tabelle 2: Beispiel für eine Evidenztabelle mit Bewertung pro Studie

Ziel der Evidenztabelle:
Einschätzung der gegenwärtigen Evidenzlage zum Thema als Informationsgrundlage zur Formulierung und Graduierung von Empfehlungen

Beispiel für Evidenztabelle:
Wir bitten, dieses Muster einer Evidenztabelle als Beispiel zu verstehen, dass nach der jeweiligen Thematik der Leitlinie modifiziert werden sollte.

Referenz Studientyp	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Haupt- ergebnis	Bemerkung/ Evidenzgrad
	insgesamt							
Autor*in und Jahr (Ref.Nr.) ggf. Link zur Publikation Spezifikation der Studie: RCT, Kohortenstudie, Fall-Kontroll-Studie, etc.	Anzahl aller Patient*innen in der Studie (Ein- und Ausschlusskriterien, Unterschiede zwischen den Gruppen (z.B. eingeschlossene und ausgewertete Gruppe), Anzahl rekrutierter und/oder ausgewerteter Patient*innen (pro Gruppe oder ITT))		Angabe insgesamt und/ oder pro Gruppe (absolute Zahlen und/oder Prozent-angabe)	Details der Intervention für jede Gruppe (Dosis, Zeitraum, etc.)	Details der Kontrollgruppe (Dosis, Zeitraum, etc.)	Angabe der primären Zielgröße (gewöhnlich die auf die die Fallzahlkalkulation basiert) und sekundäre Zielgröße(n) (vom/von Autor*in angegeben)	Ergebnisse der <u>primären</u> und <u>sekundären</u> Zielgrößen: Effektstärke und Präzision (absolute Zahlen, Mittelwert oder Prozentangaben, p-Wert, Konfidenzintervalle) Angaben unerwünschter Ereignisse insgesamt und/oder pro Gruppe	Angaben auffälliger positiver und/oder negative Aspekte hinsichtlich Studiendesign, Durchführung und Auswertung (z.B. unangemessene Hypothese, fehlende Verblindung bei RCT, inadäquate statistische Verfahren)
	Pro Arm							
	Anzahl der Patient*innen in der Interventionsgruppe	Anzahl der Patient*innen in der Kontrollgruppe						

Modifiziert nach Guidelines International Network – Evidence Tables Working Group: englisches Original verfügbar unter: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/etwg-documents/template-evidence-summary-intervention-studies>. (Stand: 20.07.2011)

Abbildung 8: Beispiel für eine Bewertung pro Endpunkt über alle eingeschlossenen Studien (GRADE) (29)

Oral anticoagulation in people with cancer who have no therapeutic or prophylactic indication for anticoagulation (Review)
Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

3

SUMMARY OF FINDINGS

Summary of findings 1. VKA prophylaxis compared to No prophylaxis in ambulatory patients with cancer without VTE receiving systemic therapy

VKA prophylaxis compared to No prophylaxis in ambulatory patients with cancer without VTE receiving systemic therapy

Patient or population: ambulatory people with cancer without VTE receiving systemic therapy

Setting: outpatient

Intervention: VKA prophylaxis

Control: no prophylaxis

Outcomes	N ^o of participants (studies) Follow up	Certainty of the evidence (GRADE)	Relative effect (95% CI)	Anticipated absolute effects* (95% CI)	
				Risk with No prophylaxis	Risk difference with VKA prophylaxis
Mortality follow up: 12 months	1281 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE ¹	RR 0.95 (0.87 to 1.03)	Study population 574 per 1,000	29 fewer per 1,000 (75 fewer to 17 more)
PE follow up: 12 months	311 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW ^{2 3}	RR 1.05 (0.07 to 16.58)	Study population 6 per 1,000	0 fewer per 1,000 (6 fewer to 98 more)
Symptomatic DVT follow up: 12 months	311 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ LOW ^{4 5}	RR 0.08 (0.00 to 1.42)	Study population 38 per 1,000	35 fewer per 1,000 (38 fewer to 16 more)
Major bleeding follow up: 12 months	1281 (5 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE ⁶	RR 2.93 (1.86 to 4.62)	Study population 55 per 1,000	107 more per 1,000 (48 more to 201 more)
Minor bleeding follow up: 12 months	863 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ MODERATE ⁷	RR 3.14 (1.85 to 5.32)	Study population 78 per 1,000	167 more per 1,000 (66 more to 337 more)
HRQoL - not reported	-	-	-	-	-

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).
CI: confidence interval; DVT: deep vein thrombosis; HRQoL: health-related quality of life; PE: pulmonary embolism; RCT: randomized controlled trial; RR: risk ratio; VKA: vitamin K antagonist.

GRADE Working Group grades of evidence
High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different
Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

¹ Downgraded by one level due to concern about both risk of bias (lack of blinding in patients and personnel and unclear allocation concealment in 4 out of 5 studies) and imprecision (95% CI is consistent with the possibility for important benefit (75 per 1000 absolute reduction) and the possibility of important harm (17 per 1000 absolute increase), large event rate)
² Downgraded by one level due to indirectness. Levine 1994 used fixed dose of VKA instead of adjusted dose which is not representative of the current practice. This study was the only trial that reported on PE and symptomatic DVT.
³ Downgraded by two levels due to very serious imprecision. 95% CI is consistent with the possibility for important benefit (6 per 1000 absolute reduction) and the possibility of important harm (98 per 1000 absolute increase), including only 2 events.
⁴ Levine 1994 used fixed dose of VKA instead of adjusted dose which is not representative of the current practice. This study was the only trial that reported on PE and symptomatic DVT. We do not think that this indirectness has underestimated the effect on symptomatic DVT (RR 0.08)
⁵ Downgraded by two levels due to very serious imprecision. Only 6 events among 311 participants.
⁶ Downgraded by one level due to concern about risk of bias (lack of blinding in patients and personnel and unclear allocation concealment in 4 out of 5 studies)
⁷ Downgraded by one level due to concern about risk of bias (lack of blinding in patients and personnel and unclear allocation concealment in 3 out of 4 studies)

Literatur

1. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement 2009 [PMC2707599]. Verfügbar: <http://www.prisma-statement.org/statement.htm> (Zugriff 13.11.2020)
2. McMaster University. G-I-N McMaster Guideline Development Checklist - 12. Judging Quality, Strength or Certainty of a Body of Evidence. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Judgingtable> (Zugriff 16.11.2020)
3. Cochrane Deutschland, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement. Bewertung des Verzerrungsrisikos von systematischen Übersichtsarbeiten: ein Manual für die Leitlinienerstellung. 1. Auflage. 2017.
4. GRADE-Working Group. Verfügbar: gradeworkinggroup.org (Zugriff 16.11.2020)
5. Kunz R, Burnand B, Schünemann HJ. [The GRADE System. An international approach to standardize the graduation of evidence and recommendations in guidelines]. Der Internist. 2008;49(6):673-80.
6. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - AGREE II Instrument - Deutsche Version: AGREE NEXT STEPS Consortium; 2014. Verfügbar: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (Zugriff 16.11.2020)
7. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. J Clin Epidemiol. 2017;81:101-10.
8. Guyatt G, Oxman A, Akl E, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011;64:383-94.
9. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64:401-6.
10. Howick J. Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document) 2011. Verfügbar: <https://www.cebm.net/2016/05/ocebm-levels-of-evidence/> (Zugriff 13.11.2020)
11. Marx RG, Wilson SM, Swiontkowski MF. Updating the assignment of levels of evidence. J Bone Joint Surg Am. 2015;97(1):1-2.
12. Cochrane Deutschland, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement. Bewertung des Biasrisikos (Risiko systematischer Fehler) in klinischen Studien: ein Manual für die Leitlinienerstellung 1. Auflage. 2016.
13. AMSTAR II. Verfügbar: <https://amstar.ca/Amstar-2.php> (Zugriff 13.11.2020)
14. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. J Clin Epidemiol. 2009;62(10):1013-20.
15. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7:10.
16. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017 Sep 21;358:j4008.
17. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 - Kriterien 30 - 34 (2008). Verfügbar: <https://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf> (Zugriff 13.11.2020)
18. Cochrane - Methodological resources and training Verfügbar: <https://methods.cochrane.org/resources-list> (Zugriff 13.11.2020)
19. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2011 Oct 18;343:d5928.
20. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2019 Aug 28;366:l4898.
21. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) Verfügbar: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/> (Zugriff 16.11.2020)
22. Guyatt G, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence - study limitations (risk of bias). J Clin Epidemiol. 2011;64:407-15.
23. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence--publication bias. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1277-82.
24. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, et al. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence--imprecision. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1283-93.
25. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence--inconsistency. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1294-302.
26. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence--indirectness. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1303-10.

27. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(12):1311-6.
28. Mlika-Cabanne N, Harbour R, De Beer H, Laurence M, Cook R, Twaddle S. Guidelines International Network (GIN) Working Group on Evidence Tables. Sharing hard labour: developing a standard template for data summaries in guideline development. *BMJ Qual Saf.* 2011 Feb;20:141-5.
29. Kahale LA, Hakoum MB, Tsolakian IG, Matar CF, Barba M, Yosuco VED, et al. Oral anticoagulation in people with cancer who have no therapeutic or prophylactic indication for anticoagulation. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2017;12(12):Cd006466.

Formulierung und Graduierung von Empfehlungen

Formulierung von Empfehlungen

Leitlinienempfehlungen sollten eindeutig und spezifisch formuliert werden und handlungsleitend sein (1). Dazu dient die Prüfung, ob die Formulierungen einer konditionalen Logik folgen: Sind die Bedingungen für die empfohlene präventive, diagnostische oder therapeutische Intervention eindeutig dargestellt (Wenn...dann)? Sind die Formulierungen in Bezug auf die adressierten Patient*innen/Bürger*innen und die Intervention präzise?

Leitlinien-Nutzende sollen über etwaige Handlungsalternativen informiert werden (siehe auch Entscheidungshilfen im Abschnitt „Laienverständliche Formate“). Sofern diese in den Empfehlungen nicht abgebildet sind, sollten sie im begleitenden Text adressiert werden.

Geprüft werden sollte auch, ob für besondere Personengruppen eigene Empfehlungen erforderlich sind (2, 3).

Weiterhin sollten die Wortwahl für die Stärke einer Empfehlung und der angegebene Empfehlungsgrad übereinstimmen (z.B. „wir empfehlen“ oder „soll“ für eine starke Empfehlung und „wir schlagen vor“ oder „sollte“ für eine konditionale bzw. abgeschwächte Empfehlung; siehe [Graduierung von Empfehlungen](#)).

Unterscheidung Statement/Empfehlung

Eine wichtige Unterscheidung besteht zwischen Aussagen („Statements“, z.B. XY ist wirksam/unwirksam oder Definitionen) und handlungsleitenden Empfehlungen (z.B. XY soll eingesetzt/nicht eingesetzt werden). Die Formulierung von Handlungsempfehlungen, in die explizit eine klinische Wertung der Aussagekraft (Relevanz) und Anwendbarkeit von Studienergebnissen und die Abwägung potenziellen Nutzens und Schadens der Zielintervention eingehen, ist ein wichtiges Charakteristikum von Leitlinien und unterscheidet sie von anderen Quellen aufbereiteten Wissens wie Evidenzberichten, Systematischen Übersichtsarbeiten oder Health Technology Assessments. Sie gibt den Leitlinien-Nutzenden eine notwendige Orientierung, auch hinsichtlich verbleibender Unsicherheiten vor dem Hintergrund der identifizierten Studienevidenz. Empfehlungen stellen Einschätzungen der Leitliniengruppe dar (4).

Demgegenüber können Statements (=Aussagen) als Tatsachenbehauptungen verstanden werden, die potenziell justizierbar sind. Daher ist für Aussagen, sofern sie benötigt werden, die Untermauerung durch Quellenangaben (Literatur) bzw. eine gut dokumentierte Evidenzsynthese besonders unerlässlich (siehe [systematische Evidenzbasierung](#)).

Empfehlungsformulierung auf der Basis bestehender Leitlinien

Empfehlungen auf Basis von bereits existierenden Leitlinienempfehlungen können entweder unverändert übernommen werden („Adoption“) oder aber bei gesehendem Bedarf abgeändert werden, wenn die Leitliniengruppe z.B. zu einer anderen Einschätzung der Evidenzsicherheit oder der Abwägung von Nutzen und Schaden kommt (Adaptation). Dies kann den Empfehlungsgrad oder Inhalte betreffen. Die Veränderung sollte im begleitenden Text begründet werden (5) (siehe „Hilfen und Tipps“ – [„Bewertung der Evidenz“](#)).

Graduierung von Empfehlungen

Die Vergabe von Empfehlungsgraden dient der Darlegung der Einschätzung der Leitliniengruppe, inwieweit die erwünschten Konsequenzen einer Empfehlung gegenüber den negativen Konsequenzen überwiegen (6, 7) bzw. umgekehrt (8). Die Graduierung der Empfehlungen basiert auf einer Nutzen-Schaden Abwägung, dem Vertrauen in die identifizierte Evidenz- insbesondere in die Effektstärken-, den Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient*innen/Bürger*innen (9) sowie der klinischen Expertise der Leitliniengruppe und schließt damit explizit auch subjektiv wertende Elemente ein. Je sicherer der Nutzen und die breite Anwendbarkeit eingeschätzt wird, desto eher wird eine starke Empfehlung ausgesprochen werden.

Bei S3-Leitlinien werden im Rahmen der formalen Konsensfindung zur Verabschiedung der Empfehlungen die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten gewertet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Abschließend wird die Stärke der Empfehlungen festgestellt und ein Empfehlungsgrad angegeben. Bei der Diskussion und Vergabe der Empfehlungsgrade sollten in Zusammenschau mit der zugrunde liegenden Evidenz konkret die folgenden Aspekte berücksichtigt werden (in Anlehnung an (12)):

- Wie substantiell sind der erwartete Nutzen und der erwartete Schaden der Intervention?
- Wie sicher ist die zugrundeliegende Evidenz, bzw. bzw. wie vertrauenswürdig sind die Effektschätzer? Zu welchen Endpunkten oder Teilfragestellungen fehlt Evidenz?“
- Wie wichtig sind die Endpunkte?
- Wie sicher ist die Einschätzung der Ansichten und Präferenzen der betroffenen Patient*innen/Bürger*innen bzw. deren Variabilität?
- Wie sehr spricht die Abwägung von Nutzen und Schaden für die Intervention?
- Spricht die Kosten-Nutzen-Abwägung für die Intervention?
- Wie wird die Umsetzbarkeit im Alltag / in verschiedenen Versorgungsbereichen in Bezug auf Akzeptanz und Umsetzbarkeit eingeschätzt?

- Gibt es soziale, ethische, und/oder rechtliche Erwägungen, die die Empfehlungsstärke beeinflussen (10)?

Evidenzgrade und Empfehlungsgrade können somit voneinander abweichen. Eine Begründung des Empfehlungsgrades anhand der genannten Kriterien der Wertung sollte in einem Kommentar bzw. Hintergrundtext zur Empfehlung dokumentiert werden.

Die zusätzliche Angabe der Konsensstärke (Anteil der Zustimmung der Leitliniengruppe) für jede Empfehlung gibt den Leitlinien-Nutzenden einen Eindruck vom Ausmaß der Zustimmung der Beteiligten.

Bei konsensbasierten Leitlinien (S2k) erfolgt die Verabschiedung und Feststellung der Stärke der Empfehlungen im formalen Konsensusverfahren, jedoch ist die Angabe von schematischen Empfehlungsgraden oder Evidenzgraden nicht vorgesehen, da keine systematische Aufbereitung der Evidenz zugrunde liegt. Der Grad einer Empfehlung wird sprachlich ausgedrückt.

Bei evidenzbasierten Leitlinien (S2e) kann die Verabschiedung und Feststellung der Stärke der Empfehlungen im informellen Konsensusverfahren erfolgen, das Anwenden eines strukturierten Konsensusverfahrens ist optional. Bei der Diskussion und Vergabe der Empfehlungsgrade sollte neben der methodischen Bewertung der zugrunde liegenden Evidenz auch die klinische Wertung analog zum Verfahren bei S3-Leitlinien angewandt werden.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2k- oder S3-Leitlinie:

- sind die Methoden zur Formulierung der Empfehlungen klar beschrieben, dazu sind formale, strukturierte Konsensustechniken erforderlich (z.B. Konsensuskonferenz, Nominaler Gruppenprozess oder Delphi-Verfahren (s. AGREE II, Kriterium 10).
- wird jede Empfehlung im Rahmen einer strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt, deren Ziele die Lösung noch offener Entscheidungsprobleme, eine abschließende Graduierung der Empfehlungen (S2k-Leitlinie) bzw. Festlegung des Empfehlungsgrades (S3-Leitlinie) und die Messung der Konsensstärke sind.

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung

Kriterium 10: Das methodische Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen ist eindeutig beschrieben.

Kriterium 11: Der gesundheitliche Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.

Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

Kriterium 15: Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.

Kriterium 16: Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.

Hilfen und Tipps:

Es existieren verschiedene Schemata zur Graduierung von Empfehlungen. Eine Überlegenheit einer bestimmten Formulierung hat sich bisher nicht gezeigt (11). Negative Empfehlungen wurden in Untersuchungen von Leitlinien-Nutzenden und -Erstellenden verbindlicher wahrgenommen als positive (12, 13). Empfohlen wird die Verwendung des aufgeführten dreistufigen (siehe Tabelle 4) oder zweistufigen Schemas (siehe Tabelle 5 – Schema nach GRADE), es sind unterschiedliche Formulierungen gebräuchlich.

Tabelle 3: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
↑↑	A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht
↑	B	Empfehlung	sollte / sollte nicht
↔	0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden

Tabelle 4: Zweistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen (GRADE)

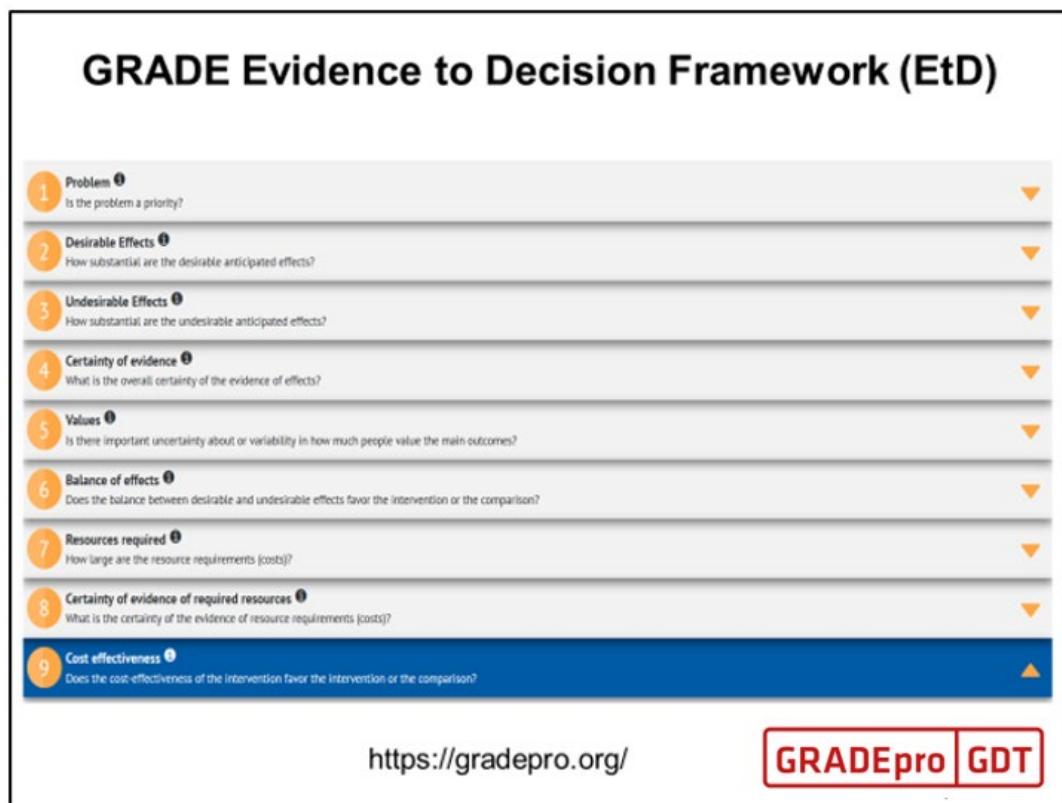
Symbol	Beschreibung	Formulierung
↑↑	Starke Empfehlung	Wir empfehlen / Wir empfehlen nicht
↑	Bedingte Empfehlung	Wir schlagen vor / Wir schlagen vor, dass ...nicht

Auch bei Nutzung des Schemas nach GRADE kann eine offene Empfehlung vergeben werden. Dies sollte im Leitlinientext begründet werden, da GRADE in Situationen der Unsicherheit des Wissens bevorzugt empfiehlt, diese zu adressieren und auf eine Empfehlung zu verzichten.

Um die Unterscheidung der Empfehlungsstärken deutlich zu machen, können ergänzend Symbole verwendet werden, dies ist auch bei konsensbasierten Empfehlungen möglich siehe Tab. 4 und 5 (14).

Damit die Entscheidung für eine bestimmte Empfehlungsstärke für alle Beteiligten und auch für die Leitlinien-Nutzenden nachvollziehbar ist, ist eine strukturierte Darlegung der Entscheidungskriterien hilfreich (15, 16). Dies ist in digitalen Leitlinienwerkzeugen einfach möglich siehe Abb. 8 (16, 17).

Abbildung 9: Beispiel für die strukturierte Darlegung von Entscheidungskriterien für eine Empfehlung: GRADE Evidence to Decision Framework (EtD) in der Ansicht der GRADEpro Software



Literatur

1. McMaster University. GIN-McMaster Guideline Development Checklist: 14. Wording of Recommendations and of Considerations of Implementation, Feasibility and Equity. Hamilton, Ontario 2014. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Wordingtable> (Zugriff 16.11.2020)
2. Nothacker M, Mueche-Borowski C, Kopp IB. Medizinische Leitlinien und Individualisierung - Expertise; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi); 2014; Verfügbar: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Leitlinien_Individualisierung_Nothacker.pdf (Zugriff 15.11.2020).
3. Welch VA, Akl EA, Guyatt G, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Ansari MT, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol.* 2017;90:59-67.
4. Wienke A. Medizinische Leitlinien sind wettbewerbsrechtlich nicht justiziabel: Oberlandesgericht Köln weist Klage eines Pharmaunternehmens ab. *GMS Mitt AWMF [Internet].* 2012; 9:Doc25. Verfügbar: <http://www.egms.de/static/en/journals/awmf/2012-9/awmf000273.shtml> (Zugriff 09.11.2020)
5. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. *J Clin Epidemiol.* 2017;81:101-10.
6. Institute of Medicine (US). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust.* Graham R, Mancher M, Miller-Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington (DC): The National Academies Press; 2011. 290p
7. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P. Board of Trustees of the Guidelines International Network. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med.* 2012 Apr 3;156(7):525-31.
8. McMaster University. GIN-McMaster Guideline Development Checklist: 13. Developing Recommendations and Determining their Strength. Hamilton, Ontario, 2014. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Developingtable> (Zugriff 16.11.2020)
9. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013 Jul;66(7):726-35.
10. Pottie K, Welch V, Morton R, Akl EA, Eslava-Schmalbach JH, Katikireddi V, et al. GRADE equity guidelines 4: considering health equity in GRADE guideline development: evidence to decision process. *J Clin Epidemiol.* 2017 Oct;90:84-91.
11. Akl EA, Guyatt GH, Irani J, Feldstein D, Wasi P, Shaw E, et al. "Might" or "suggest"? No wording approach was clearly superior in conveying the strength of recommendation. *J Clin Epidemiol.* 2012 Mar;65(3):268-75.
12. Weberschock T, Dreher A, Follmann M, Nothacker M, Kopp I, Rosumek S, et al. Verbindlichkeit von Empfehlungsförmulierungen in Leitlinien: Survey zur Wahrnehmung unter Leitlinienentwicklern [Obligation of guideline recommendations: Perception survey among guideline developers]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2016;113:1-8. German
13. Nast A, Sporbeck B, Jacobs A, Erdmann R, Roll S, Sauerland U, et al. Study of perceptions of the extent to which guideline recommendations are binding: a survey of commonly used terminology. *Dtsch Arztebl Int.* 2013 Oct;110(40):663-8.
14. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Methodenreport. 5. Auflage.* Verfügbar: <https://www.leitlinien.de/methodik/methodenreport/1-ziele-grundlagen> (Zugriff 13.11.2020)
15. Alonso-Coello P, Schünemann H, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl E, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ.* 2016 Jun 28.
16. MAGIC Foundation. MagicApp. Verfügbar: <https://app.magicapp.org> (Zugriff 16.11.2020)
17. McMaster University and Evidence Prime Inc. GRADEpro. 2019. Verfügbar: <https://grade.pro.org/> (Zugriff 16.11.2020)

Strukturierte Konsensfindung

Die strukturierte Konsensfindung dient der Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen und somit der Beantwortung der klinisch relevanten Fragestellungen (1, 2).

Bei der Leitlinienentwicklung sollten wissenschaftlich begründete formale Konsensusverfahren wie der Nominale Gruppenprozess, die Strukturierte Konsensuskonferenz und/oder die Delphi-Technik eingesetzt werden (siehe [Anhang 9](#)). Gründe für den Einsatz formaler Verfahren sind die Anfälligkeit von Entscheidungen des Einzelnen und von Gruppen für eine Vielzahl unerwünschter Einflüsse, die Überlegenheit formaler Verfahren bezüglich der Repräsentativität, Effizienz, Reproduzierbarkeit und Akzeptanz der Ergebnisse gegenüber informellen Verfahren (3). Bei der Auswahl der geeigneten Methode sollten Größe und Heterogenität der Gruppe, Komplexität des Themas und der Fragestellungen sowie vorhandene Ressourcen berücksichtigt werden (siehe [Anhang 9](#)). Oft bewährt sich eine Kombination verschiedener Methoden, z.B. der Delphi-Technik unter Nutzung von webbasierten Werkzeugen zur Einholung eines ersten Trends der Gruppeneinschätzung, des Nominalen Gruppenprozesses zur Diskussion komplexer Themen in einer Arbeitsgruppe sowie der Formulierung und Graduierung von Empfehlungen. Die strukturierte Konsensuskonferenz dient der endgültigen Verabschiedung von Empfehlungen in einem großen Gremium.

Die Ergebnisqualität hängt wesentlich von der Vorbereitung und Durchführung der Verfahren ab. Die zu verabschiedenden Empfehlungen sind mit ausreichenden Hintergrundinformationen rechtzeitig schriftlich den Teilnehmenden zur Verfügung zu stellen (siehe auch [Anhang 8](#)). In das Konsensusverfahren selbst sollte mit der Darlegung der bisher erbrachten Vorarbeiten, Ziele und noch ausstehenden Aufgaben eingeführt werden (siehe [Tabelle 5](#) und [Anhang 9](#)).

Um bei der Durchführung mögliche Quellen systematischer Verzerrung und unerwünschte Gruppenphänomene zu erkennen und zu vermeiden, wird die Hinzuziehung externer, neutraler und in den Methoden der strukturierten Konsensfindung geschulter Moderator*innen empfohlen (z.B. AWMF-Leitlinienberater*in) (3-5). Der Ablauf und die Ergebnisse werden im Leitlinienreport dokumentiert.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S2k- oder S3-Leitlinie:

- sind die Methoden zur Formulierung der Empfehlungen klar beschrieben, dazu sind formale, strukturierte Konsensustechniken erforderlich (z.B. Konsensuskonferenz, Nominaler Gruppenprozess oder Delphi-Verfahren (s. AGREE II, Kriterium 10)).

- wird jede Empfehlung im Rahmen einer strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt, deren Ziele die Lösung noch offener Entscheidungsprobleme, eine abschließende Graduierung der Empfehlungen (S2k-Leitlinie) bzw. Festlegung des Empfehlungsgrades (S3-Leitlinie) und die Messung der Konsensstärke sind.

Bezug zum AGREE-II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung

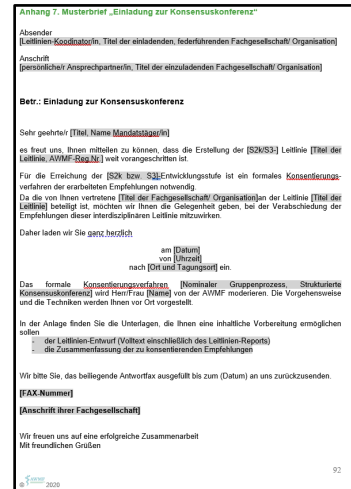
Kriterium 10: Das methodische Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen ist eindeutig beschrieben.

Hilfen und Tipps:

- Rechtzeitige Festlegung eines Termins (Datum, Uhrzeit, Ort)
- Organisation von Raum, Catering, Medien für die Konsensuskonferenz (z.B. Laptop, Beamer, ggf. TED-System bei größeren Gruppen) oder der Webkonferenz (Sicherstellen, dass alle Teilnehmenden die erforderlichen technischen Voraussetzungen erfüllen, ggf. Einwahl auch per Telefon ermöglichen)
- Rechtzeitige Einladung der Leitliniengruppe (Moderator*innen, Arbeitsgruppe, Mandatstragende, ggf. zusätzliche Teilnehmende wie Methodiker*innen oder Einzel-Expert*innen ohne Stimmrecht)
- Rechtzeitige Versendung von Unterlagen zur Vorbereitung der Konferenz und Information der Teilnehmenden
 - Entwurfsversionen von: Langversion und Leitlinienreport
 - Abstimmungsvorlage für abzustimmende Empfehlungen und Aussagen (Textverarbeitungsformat, kein Präsentationsformat verwenden)

- **Anhang 8: Musterbrief „Einladung zur Konsensuskonferenz“**

***Tip:** Durch Klick auf die Abbildung
den Musterbrief herunterladen!*



- **Anhang 9: Formale Konsensfindungstechniken**

***Tip:** Durch Klick auf die Abbildung
„Formale Konsensstechniken“ herunterladen!*

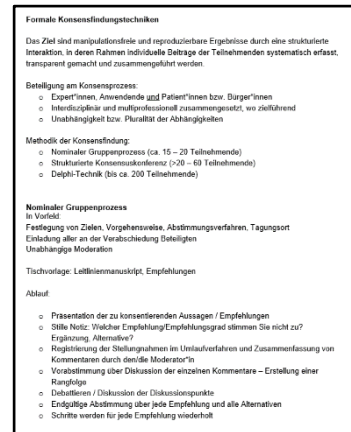


Tabelle 5: Feststellung der Konsensusstärke

starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmenden
Konsens	Zustimmung von > 75 - 95 % der Teilnehmenden
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 - 75 % der Teilnehmenden
Keine mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von ≤ 50 % der Teilnehmenden

Ein Konsens mit Annahme der Empfehlung ist bei einer Zustimmung von > 75% der abstimmenden Mandatstragenden erzielt. Enthaltungen aufgrund von Interessenkonflikten werden von der Grundgesamtheit der abstimmenden Mandatstragenden abgezogen.

Umgang mit begründetem Dissens:

Wird lediglich eine mehrheitliche Zustimmung oder kein Konsens zu einer Empfehlung erzielt oder Dissens festgestellt, wird dieses Ergebnis ebenfalls in der Leitlinie an entsprechender Stelle und im Leitlinienreport dokumentiert.

Prinzipiell bestehen folgende Möglichkeiten zur Darlegung von Dissens:

1. Die Fachgesellschaft beantragt die Aufnahme eines Sondervotums oder die Darlegung des begründeten Dissens zu den Aussagen, die nicht mitgetragen werden können. Dieses Sondervotum wird von der Fachgesellschaft selbst als konkreter Alternativvorschlag mit nachvollziehbarer Begründung formuliert und in die Leitlinie aufgenommen.
2. Die Fachgesellschaft beantragt Klarstellung im Leitlinienreport, dass sie am Entwicklungsprozess beteiligt war, jedoch den finalen Text der Leitlinie nicht mitträgt. Der Leitlinientext bleibt in diesem Fall unverändert in der Fassung, die von den Mitgliedern der Leitliniengruppe konsentiert und von den anderen Fachgesellschaften verabschiedet wurde.
3. Die Fachgesellschaft zieht ihre Beteiligung zurück und wird nicht mehr als Beteiligte genannt. Der Leitlinientext bleibt auch in diesem Fall unverändert wie unter 2.
4. Die anderen beteiligten Fachgesellschaften entscheiden über Fortführung der Verhandlungen oder Herausgabe der Leitlinie ohne Beteiligung der Fachgesellschaft, die den Konsens nicht mitträgt.

Literatur

1. Hoffmann JC, Fischer I, Höhne W, Zeitz M, Selbmann HK. Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendations]. Z Gastroenterol. 2004 Sep;42(9):984-6. German
2. Institute of Medicine (US) Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Graham R, Mancher M, Miller-Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington (DC): The National Academies Press; 2011. 290p.
3. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technol Assess. 1998;2(3):i-iv, 1-88.
4. Koller M. Beiträge der Sozialpsychologie zur Analyse und Lösung von Problemen im deutschen Gesundheitssystem. Zeitschrift für Sozialpsychologie. 2005;36:47-60.
5. Kopp I, Selbmann HK, Koller M. Konsensfindung in evidenzbasierten Leitlinien - vom Mythos zur rationalen Strategie [Consensus Development in Evidence-based Guidelines: from Myths to Rational Strategies]. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007;101:89-95.

Benennen von Forschungsbedarfen

Bei der Formulierung von Empfehlungen zeigt sich, ob zu einer Fragestellung aussagekräftige Forschungsergebnisse zur Verfügung stehen oder ob (weiterer) Forschungsbedarf im Sinne von Evidenzlücken besteht. Leitliniengruppen stellen durch ihre überwiegend interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammensetzung ideale Gremien zur Formulierung von Forschungsfragen dar. Es wird empfohlen, sich auf die Formulierung weniger, relevanter Fragestellungen zu konzentrieren, diese Kriterien-gestützt auszuwählen. Der adressierte Forschungsbedarf sollte im Hinblick auf die Umsetzungsmöglichkeiten geprüft und ggf. auch Forschungsfördernden zur Kenntnis gebracht werden (1).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister

keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

kein

Hilfen und Tipps:

Zur Priorisierung der Forschungsfragen können die Kriterien hilfreich sein, die auch für die Auswahl von Leitlinienthemen sinnvoll sind, wie z.B. Krankheitslast oder Praxisvariation in der Versorgung (siehe: [Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas](#)). Die Eingrenzung kann – bezogen auf einen Themenkomplex oder auf alle Themen einer Leitlinie - mittels Befragung der Leitliniengruppenmitglieder anhand einer Likert-Skala erfolgen.

Um bei gegebenem Bedarf Forschungsausschreibungen anzuregen, kann der Forschungsbedarf z.B. Forschungsfördernden wie dem BMG, BMBF, deutsche Krebshilfe (DKH), Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) oder dem Innovationsausschuss am G-BA zur Kenntnis gebracht werden.

Literatur

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Research Recommendations Process and Methods Guide. 2015. Verfügbar: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Research-and-development/Research-Recommendation-Process-and-Methods-Guide-2015.pdf> (Zugriff 13.11.2020)

Redaktion

Klarheit und Gestaltung

Die Formulierung der Empfehlungen und deren Einbettung in den Kontext der gesamten Leitlinie haben eine zentrale Bedeutung für die Akzeptanz und die Anwendbarkeit der Leitlinie. Die Empfehlungen sollten eindeutig formuliert, ansprechend präsentiert und für die Nutzenden der Leitlinie leicht identifizierbar sein (siehe [Formulierung von Empfehlungen](#)).

Dazu dienen unter anderem

- eindeutige und spezifische, hervorgehobene Empfehlungen mit gut begründeten Hintergrundinformationen
- die Angabe von Quellen, auf die eine Empfehlung unmittelbar gestützt ist (siehe [Kritische Bewertung der Evidenz](#))
- bei S2e- und S3-Leitlinien die Angabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgrad für evidenzbasierte Empfehlungen und die Kennzeichnung von Empfehlungen im Expertenkonsens (s. AWMF-Regel für das Leitlinienregister)
- die zusätzliche Angabe der Konsensstärke bei S2k- und S3-Leitlinien
- die Kennzeichnung von neuen Abschnitten und/oder Empfehlungen bei Aktualisierungen von Leitlinien (siehe [Planung der Aktualisierung](#))
- die strukturierte Präsentation als Voraussetzung für die Digitalisierung, bzw. die digitale Verfügbarkeit von Leitlinienwissen (siehe [Formate und Verbreitung von Leitlinien](#))
- die Orientierung am Versorgungsablauf mit Nennung der Behandlungsalternativen bzw. das Einbetten der Empfehlungen in klinische Algorithmen (1, 2)

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 4: Klarheit und Gestaltung

Kriterium 15: Die Empfehlung der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.

Kriterium 16: Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.

Kriterium 17a: Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind einfach zu finden.

Hilfen und Tipps:

- Nutzung eines Templates für eine strukturierte Präsentation der Leitlinie (siehe [Templates der AWMF für S2e-, S2k- und S3-Leitlinien](#)) für die Neuerstellung und Aktualisierung)
- Präsentation von Empfehlungen in einem strukturierten Format (siehe Abb. 9-11)

Abbildung 10: Beispiel - Präsentation von Empfehlungen in einer S3-Leitlinie mit Evidenzbewertung nach GRADE

9.1.	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Analrandkarzinome mit einem Durchmesser <2 cm ohne regionale oder Fernmetastasen (Stadium I) sollen unter Berücksichtigung eines adäquaten Sicherheitsabstands (0,5 cm) lokal exzidiert werden.
GRADE Sehr gering (⊕○○○)	Vergleich von lokaler Exzision vs. Radiochemotherapie, indirekte Evidenz aus retrospektiv verglichenen Beobachtungsstudien, überwiegend zum Analkanalkarzinom: Chai et al. 2018 [106]; Chakrabarti et al. 2019 [163]; Jelinek et al. 2015 [164]; Deshmukh et al. 2018 [107] – detaillierte Studiencharakteristika und –ergebnisse siehe Evidenzbericht Kapitel 3.2.1
Sehr gering (⊕○○○)	OS: keine statistisch signifikanten Unterschiede, HR 1,07 (95%-KI: 0,80–1,44)
Sehr gering (⊕○○○)	PFS: keine statistisch signifikanten Unterschiede, HR 0,94 (95%-KI: 0,09–9,44)
Sehr gering (⊕○○○)	Rezidiv: keine statistisch signifikanten Unterschiede, RR 1,26 (95%-KI: 0,03–45,83)
‚Kritische Endpunkte‘, zu denen keine Daten vorlagen:	QoL, CFS, Stuhlinkontinenz, CR, CSS/CSM, EFS, LC/LRC, Spätmorbidität, LF
Weitere Ergebnisse:	Keine stat. sign. Unterschiede bzgl. behandlungsassoziierte Todesfälle (GRADE: sehr gering). In einer retrospektiven, nicht-vergleichenden Kohortenstudie (Kynaston et al. 2018 [108]) wurden bei lokaler Exzision von Tumoren des Analkanals R1-Resektionen häufiger (86%) beobachtet als bei Tumoren des Analrands (48%).
Starker Konsens	

Quelle: Konsultationsfassung S3-Leitlinie Analkarzinom, AWMF-Registernummer 081-004OL (Stand: Juni 2020)

Abbildung 11: Beispiel - Vorlage für eine Empfehlung einer S3-Leitlinie mit Evidenzbewertung nach Oxford 2011 aus Template S3-Leitlinie

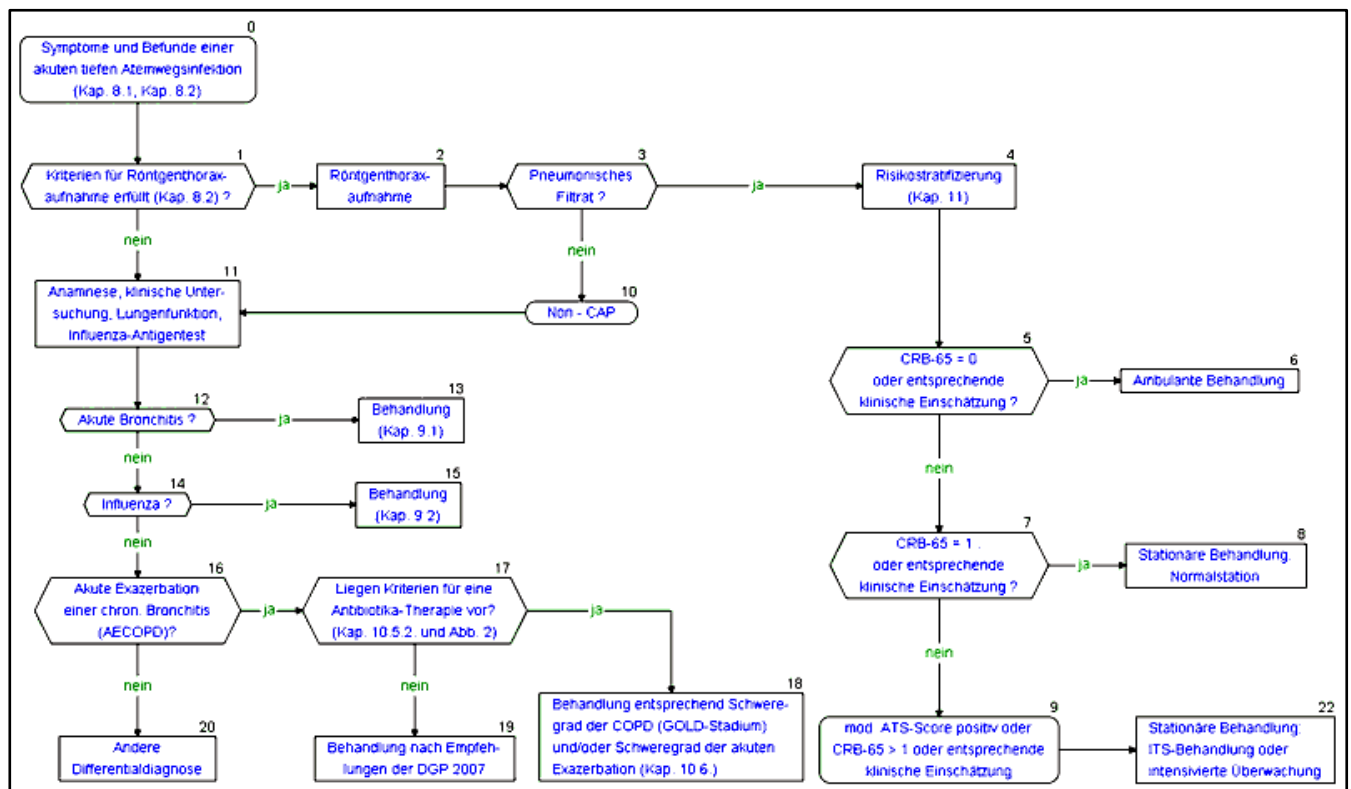
x.1	Empfehlung	Neu/Modifiziert/Geprüft Stand (Jahr)
Empfehlungsgrad z.B. A ↑↑		
Evidenzgrad 1	<i>LITERATUR: HIER DIE LITERATURZITATE NENNEN, DIE DIE EMPFEHLUNG BEGRÜNDEN.</i> [Zitat 1, Zitat 2, Zitat 3]	
Konsensstärke: z.B. 95%		

Abbildung 12: Beispiel -Vorlage für eine Empfehlung einer S2k-Leitlinie (hier Empfehlungsgrad nur mit Pfeilsymbol)

Empfehlung	Neu/Modifiziert/Geprüft Stand (Jahr)
z.B. ↑↑	
Konsensstärke: z.B. 95%	

- Darstellung eines leitliniengerechten Versorgungsablaufs in Form eines klinischen Algorithmus in konsequent konditionaler Logik: „wenn-dann“ (wenn möglich mit Angabe von Evidenz- und Empfehlungsgraden) siehe Abb. 12 als Beispiel.

Abbildung 13: Beispiel: Orientierung am Versorgungsablauf: Klinischer Algorithmus



Algorithmus zur Differenzierung einer akuten unteren Atemwegsinfektion (akute Bronchitis, akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis, Influenzainfektion, ambulant erworbene Pneumonie, S3-LL AWMF-Registernummer 082-001 (Stand: 01.07.2009)

- Nutzung digitaler Werkzeuge für die strukturierte Erstellung, Verwaltung und Verbreitung von Leitlinien. Beispiele: MAGICapp (app.magicapp.org) oder GRADEpro (<https://grade.pro/>). Beide basieren auf der GRADE-Methodik und eignen sich

demzufolge vor allem für Leitliniengruppen, die bei der Leitlinienentwicklung GRADE nutzen.

Literatur

1. Margolis CZ. Uses of clinical algorithms. JAMA. 1983;249:627-632.
2. Hadorn DC, McCormick K, Diokno A. An annotated algorithm approach to clinical guideline development. JAMA. 1992 Jun 24;267(24):3311-4.

Externe Begutachtung

Ein Begutachtungsverfahren vor der Veröffentlichung einer Leitlinie ermöglicht es, Unklarheiten oder fehlende Bereiche zu identifizieren. Externe Begutachtende sind Personen, die nicht in die Leitlinienerstellung involviert waren. Dies sollten Expert*innen des medizinischen Bereichs, Patientenvertreter*innen und ggf. auch Methodiker*innen sein.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung

Kriterium 13: Die Leitlinie wurde vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet.

Hilfen und Tipps:

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der externen Begutachtung, z.B.

- eine öffentliche Konsultationsphase: Die Leitlinie wird für eine bestimmte Zeit, z.B. 6 Wochen für die (Fach-)Öffentlichkeit zur Kommentierung bereitgestellt inkl. eines strukturierten Kommentierungsbogens. Dies kann parallel auf der Seite der federführenden Fachgesellschaft und im AWMF-Leitlinienregister erfolgen (ggf. mit Verlinkung). Die Aussendung erfolgt an alle beteiligten Organisationen mit der Bitte um Weitergabe an deren Mitglieder. Zu prüfen ist ggf. eine Ausweitung des Verteilers z.B. an einschlägige Medien oder übergeordnete Institutionen.
- eine Konsultationsphase durch Peers (z.B. im Rahmen der Verabschiedung der Fachgesellschaftsvorstände oder durch externe Experten)
- eine Publikation in einem Peer Review Journal

Nicht vergessen: Die Kommentare und den Umgang damit im Rahmen der Konsultationsphase mit der Leitliniengruppe abstimmen und im Leitlinienreport dokumentieren!

Gesamtverabschiedung

Nach Abschluss der strukturierten Konsensfindung, ggf. externer Begutachtung und redaktioneller Endüberarbeitung durch die Koordinator*innen wird die gesamte Leitlinie in der Regel im E-Mail-Umlaufverfahren durch alle Mitglieder der Leitliniengruppe verabschiedet. Eine formale Verabschiedung der Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen schließt sich an, um zu gewährleisten, dass alle an der Leitlinienerstellung beteiligten bzw. mit herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen die Inhalte der Leitlinie mittragen. Eventuelle durch die Fachgesellschaften gewünschte Änderungen an konsensuspflichtigen Passagen müssen erneut innerhalb der Leitliniengruppe abgestimmt und den Vorständen der anderen beteiligten Fachgesellschaften vorgelegt werden.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Klassifikation S1, S2- und S3-Leitlinien (Auszug):

Handelt es sich um eine S1-Handlungsempfehlung oder eine S2k-, S2e- oder S3- Leitlinie

- Wird die Leitlinie final von den Vorständen aller beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen verabschiedet.

Bezug zum AGREE II-Instrument:

kein

Hilfen und Tipps:

Der/die Mandatstragende der Fachgesellschaft unterstützt die formale Verabschiedung der Leitlinie im Vorstand der von ihm vertretenen Fachgesellschaft oder Organisation.

Im Vorfeld ist zu klären, wie die einzelnen Fachgesellschaften oder Organisationen die Verantwortlichkeit ihrer Mandatstragenden und das Verabschiedungsverfahren für sich geregelt haben. Möglichkeiten sind z.B.:

- der Vorstand der Fachgesellschaft autorisiert über die Zustimmung der Mandatstragenden hinaus selbst den Inhalt der fertig gestellten Leitlinie,
- die Fachgesellschaft hat eine Leitlinienkommission eingerichtet, die eine entsprechende Beschlussvorlage für den Vorstand erarbeitet,
- die Mandatstragenden sind von ihrer Fachgesellschaft autorisiert, im Namen des Vorstands zuzustimmen (mit ihrer Zustimmung stimmt die Fachgesellschaft quasi automatisch zu).

Es wird empfohlen, die Rückmeldung durch die Fachgesellschaft schriftlich einzuholen, dies kann formlos (z.B. per E-Mail) erfolgen.

Nicht vergessen: Umgang mit Änderungen im Leitlinienreport dokumentieren!

Formate und Verbreitung von Leitlinien

Das Bereitstellen verschiedener Versionen ist eine gute Hilfe für die Verbreitung und Unterstützung der Implementierung der Leitlinien (1). Dazu gehören sowohl Formate für professionelle Nutzende als auch laienverständliche Formate.

Formate für professionelle Nutzende (z.B. Lang- und Kurzversion, Leitlinienreport)

Dazu gehören zum einen die Langversion mit Hintergrundinformationen, sowie ggf. Evidenzzusammenfassungen und ein Leitlinienreport für die Beschreibung der Methodik, der Transparenz über den Entwicklungsprozess der Leitlinie schafft und damit die Vertrauenswürdigkeit der Leitlinie nachvollziehbar macht.

Eine einheitliche redaktionelle Aufbereitung (Einsatz von [Templates zur Erstellung und Aktualisierung von S2e-, S2k- und S3-Leitlinien](#), [Musterevidenztabelle](#) und [Leitlinienreport](#), Verlinkung der Literatur mithilfe von Literaturverwaltungsprogrammen) (2), ggf. auch fachgesellschaftsspezifisch, und das Einhalten von Berichtsstandards erleichtern den raschen Überblick (siehe: [Klarheit und Gestaltung](#)).

Zusätzlich ist eine Kurzfassung mit der Zusammenfassung der Empfehlungen und/oder übersichtlichen Flussdiagrammen zum optimalen Versorgungsablauf bzw. das Einbetten der Empfehlungen in klinische Algorithmen für die schnelle Information in der Praxis hilfreich.

In Anlehnung an die „Choosing Wisely“ Kampagne (3) wird die Hervorhebung der wichtigsten negativen und positiven Leitlinien-Empfehlungen als „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlungen empfohlen. Diese sollten idealerweise zusammen mit laienverständlichen Formaten publiziert werden (4) (siehe auch [Laienverständliche Formate](#)).

Das Ausweisen von Empfehlungen, die für studentische Lernziele geeignet sind und der Abgleich mit bestehenden Lernzielkatalogen kann für die Verbreitung von Leitlinien im Studium hilfreich sein.

Weitere Möglichkeiten der Verbreitung sind Abdrucke in Fachzeitschriften, Praxishilfen für die Umsetzung der Empfehlungen, Kitteltaschenversionen sowie Fortbildungsmaterialien wie Folien-Sets und CME-Beiträge.

Laienverständliche Formate (z.B. Patient*innenleitlinie, Entscheidungshilfe)

Sehr zu empfehlen ist die Erstellung von laienverständlichen bzw. Patient*innenversionen, denen eine immer größere Bedeutung zukommt (5, 6). Wichtig ist eine durchgängig laienverständliche Sprache und Aufbereitung im Sinne der betroffenen Patient*innen/Bürger*innen (7, 8).

An Patient*innenleitlinien, die im AWMF Register publiziert werden, werden Mindestqualitätsanforderungen in Bezug auf Angaben zu den Autor*innen und Bezug zu der zugrunde liegenden Leitlinie gestellt (s. AWMF-Regel).

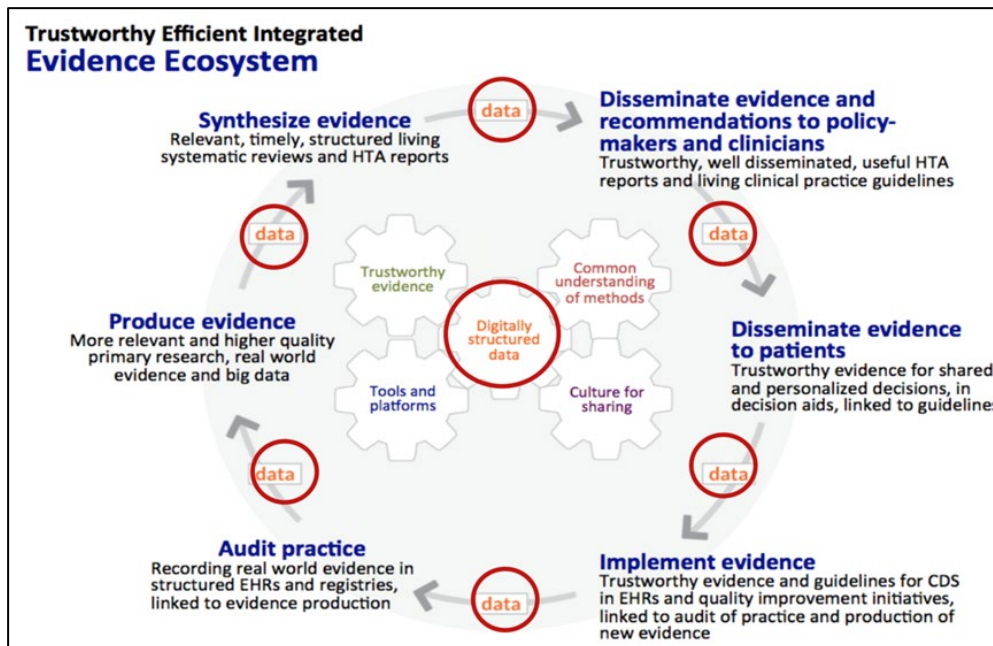
Eine weitere Möglichkeit laienverständlicher Formate sind kurze Zusammenfassungen und/oder Erläuterungen der wichtigsten Empfehlung(en) in allgemeinverständlicher Sprache, z.B. als „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlungen, die kriteriengestützt mit Betroffenen ausgewählt werden (4). Das Format „Entscheidungshilfe“ kann die Betroffenen darüber hinaus unterstützen.

Digitale Leitlinienformate

Digitale Leitlinienformate können z.B. in Form einer mobilen Webseite oder als App erarbeitet werden sowohl für Professionelle als auch für Patient*innen/Bürger*innen (z.B. Decision Aids) (9, 10). Es empfiehlt sich, bereits die Erarbeitung der Leitlinie in einem Content-Management-System (CMS) vorzunehmen, das aufgrund der Datenstrukturierung die digitale Überführung an den „Point of Care“ oder in andere Wissenssysteme anhand von Programmierschnittstellen erlaubt. Auf die Verwendung international vereinbarter Terminologien (SNOMED - Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) (11) und Spezifikationen (EBMonFHIR (The Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) Resources for Evidence-Based Medicine (EBM) Knowledge Assets project (EBMonFHIR)) (12) sollte geachtet werden. Bei Übernahme von Leitlinieninhalten in Plattformen anderer Anbietenden sind vertragliche Vereinbarungen zur Sicherung der Urheber*innenrechte wichtig (siehe [Urheber*innen- und Verwertungsrechte von Leitlinien](#)).

Ziel der Digitalisierung von Leitlinien insgesamt ist die kontinuierliche Einpassung von Leitlinienempfehlungen in einen Qualitätsverbesserungszyklus mit Austausch strukturierter Daten von der Evidenzgenerierung, Zusammenfassung, Verbreitung und Umsetzung (Evidence-Ecosystem siehe Abb. 12) (13). Dazu bietet sich das Konzept der „Living Guideline“ an (siehe [Planung der Aktualisierung](#)).

Abbildung 14: Evidence Ecosystem (Quelle: MAGIC Evidence Ecosystem Foundation)



AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Einreichung zur Publikation bei der AWMF (Auszug):

Handelt es sich um S1-Handlungsempfehlungen und S2- oder S3-Leitlinien:

- Angaben zum methodischen Vorgehen in Bezug auf die angestrebte Klassifikation S1, S2k, S2e, S3 liegen vor (siehe Regeln zur [Klassifikation S1, S2k, S2e, S3](#))
Geht aus der Beschreibung zum methodischen Vorgehen im Rahmen der Leitlinienentwicklung (Leitlinienreport) nicht hervor, dass die Kriterien für die angegebene Klassifikation erfüllt wurden, erfolgt gegebenenfalls eine Korrektur der Klassifikation
- Eingereichte Patient*innenleitlinien werden vom AWMF-IMWi im 4-Augen-Prinzip geprüft auf
 - Verweis auf die zugrunde liegende Leitlinie und Übernahme der Empfehlungen
 - Angaben zu den Autor*innen inkl. der Beteiligung von Patient*innen
 - Angaben zum Erstellungsprozess inkl. eines Interessenkonfliktmanagements
 - Abstimmung mit der Leitliniengruppe

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 4: Klarheit der Gestaltung

Kriterium 17: Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind einfach zu finden.

Hilfen und Tipps:

- Versionen einer Leitlinie auf der AWMF-Webseite:
Leitlinien-Versionen einer Leitlinie sind unter der Registernummer auf der AWMF-Webseite einzeln abrufbar (z.B. Langversion, Kurzversion, Patient*innenleitlinie, Leitlinienreport) siehe Abb. 13.
- Für das Zitieren von Leitlinien empfehlen wir folgende, übliche Zitierweise:
Federführende Fachgesellschaft(en)
Titel der Leitlinie
Version Datum
Verfügbar unter: Link zur Seite der Leitlinie bei der AWMF
Zugriff am (Datum)
- Für Publikationen zu Leitlinien, die in Datenbanken wie z.B. Medline gelistet sind, empfehlen wir, alle Mitglieder der Leitliniengruppe, z.B. als „Collaborators“ zu nennen

Abbildung 15: Beispiel für die Darstellung von Leitlinien auf der AWMF-Internetseite

Leitlinien-Detailansicht

Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma

Registernummer nvl - 002
Klassifikation S3

Stand: 07.09.2020 , gültig bis 06.09.2025

Basisdaten
Anwender- & Patientenzielgruppe
Herausgeber & Autoren
Inhalte

Verfügbare Dokumente

Langfassung der Leitlinie "Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma"	→ weiterlesen
	→ Download PDF 3,74 MB
Leitlinienreport	→ Download PDF 5,41 MB
Kurzfassung der Leitlinie "Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma"	→ weiterlesen
Foliensatz: Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma	→ weiterlesen
Flyer: Asthma - was ist wichtig?	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Haustier abgeben bei Tierallergie	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Unterschiede bei Inhaliergeräten	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Behandlung mit Kortison-Spray	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Warum Rauchstopp hilft	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Wechsel des Inhalier-Gerätes	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt	→ weiterlesen
Patient*inneninformation: Asthma - Übersicht	→ weiterlesen

Verbindung zu themenverwandten Leitlinien

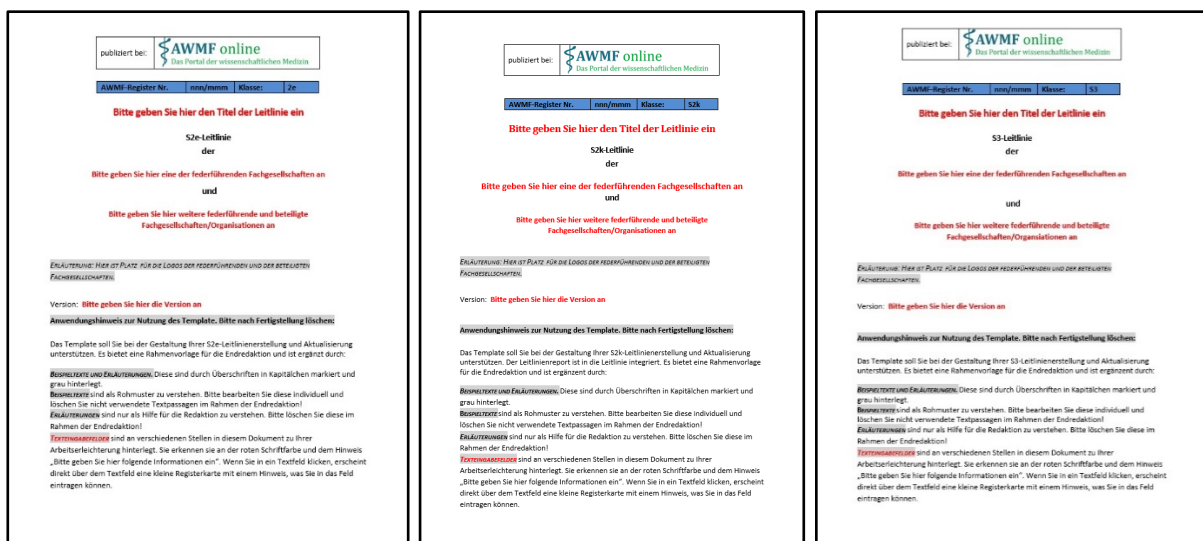
- [→ Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma](#)
- [→ Atemwegserkrankung bei Kindern - Bildgebende Diagnostik](#)

Federführende Fachgesellschaft

NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF → [Visitenkarte](#)

- Bitte beachten Sie, dass eine Verlinkung immer zur jeweiligen Leitlinien-Detailansicht und nicht direkt auf das PDF der jeweiligen Leitlinie (sog. Deep-Link) erfolgen soll. Hier ein Beispiel: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/003-001.html>
- Format-Vorlagen für die Leitlinienerstellung von S2 und S3 Leitlinien siehe Abb. 15, Vorlage für den Leitlinienreport siehe Anhang 10
- Beispiele für „Gemeinsam Klug Entscheiden-Empfehlungen siehe Abb. 16 + 17 und für eine Entscheidungshilfe Abb. 19
- Ein Beispiel für das Ausweisen studentischer Lernziele in Leitlinien siehe Abb. 18

Abbildung 16: S2e-, S2k- und S3-Template



Anhang 10:
[Leitfaden zur Erstellung eines Leitlinienreports für Autor*innen von S2k-, S2e- und S3-Leitlinien](#)

Tip: Durch Klick auf die Abbildung den Leitfaden zur Erstellung des Leitlinienreports herunterladen!

Leitfaden zur Erstellung des Leitlinienreports für Autor*innen von S2k, S2e und S3-Leitlinien

Dieser Leitfaden soll als Orientierungshilfe für die Dokumentation Ihrer methodischen Vorgehensweise bei der Erstellung Ihrer Leitlinie dienen. Bitte berücksichtigen Sie die aufgeführten Aspekte bereits bei der Planung des Leitlinienprojekts und versuchen Sie, so detailliert wie möglich zu befolgen. Dies dient der Transparenz, der Qualität und der Akzeptanz Ihrer Leitlinie. Der Leitfaden basiert vor allem auf den Kriterien des Approbation-Gütekriterien-Research-Evaluator (AGREE) (<http://www.agree-hat.org>). Aus diesem Grund wird die Nutzung der Langfassung von AGREE II (zuständig als Informationsgrundlage empfohlen. Bitte beachten Sie besonders die Kriterien, die bei Erreichung aller Leitlinien zur Publikation bei der AWMF geprüft und für die Erreichung der Klassifikation als S2e, S2k oder S3 Leitlinie herangezogen werden (siehe Markierungen). Aus der Beschreibung muss hier hervorgehen, dass die in den Regeln formulierten Anforderungen erreicht werden (www.awmf.org/leitlinien.de, Register).

Bitte geben Sie 3-5 Schlüsselwörter an, damit Ihre Leitlinie über die Suchfunktion unserer Internetseite für den Nutzer besser auffindbar wird

Schlüsselwörter (Deutsch):
Keywords (Englisch):

- Geltungsbereich und Zweck**
 - **Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas** (s. AGREE II Kriterium 1)
 - **Zielorientierung der Leitlinie** (s. AGREE II Kriterium 1)
 - **Zielpopulation (z.B. Patienten, Bevölkerung)** (s. AGREE II Kriterium 3)
 - **Versorgungsbereich** (s. AGREE II Kriterium 3)
 - **Anwendergruppe/Adressaten** (s. AGREE II Kriterium 6)
- Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen** (s. AGREE II Kriterium 5)
 - **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patient*innen/Bürger*innen)** (s. AGREE II Kriterium 5) [S2k/S2e/S3](#)
- Genauigkeit der Leitlinienentwicklung**
 - **Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Delege (Evidenzbasierung)**
 - **Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten** (s. AGREE II Kriterium 2)

Abbildung 17: Beispiel für das Ausweisen von "Gemeinsam Klug Entscheiden"-Empfehlungen für Professionelle

„TO DO“ Empfehlungen	
<p>Empfehlung 5.2.4.A. Nur Infarktgefäß- vs. Mehr-Gefäß-pPCI Beim Patienten mit koronarer Mehrgefäßerkrankung und mehreren relevanten Stenosen (>70%) soll im Rahmen der Akutrevaskularisation nur die Infarkt-verursachende Läsion („culprit lesion“) behandelt werden. *(Thiele et al 2017; Thiele et al 2018)</p>	↑↑ / 1++*
Zur Begründung siehe Kapitel 5.2.4.	
„NOT TO DO“ Empfehlungen	
<p>Empfehlung 6.3.6.A. Dopamin Dopamin soll zur Therapie des kardiogenen Schocks nicht angewendet werden. *(De Backer et al 2010; De Backer et al 2012)</p>	↓↓ / 1+*
Zur Begründung siehe Kapitel 6.3.6.	

Quelle: S3-Leitlinie: Infarkt-bedingter kardiogener Schock - Diagnose, Monitoring und Therapie, AWMF-Registernummer 019-013 (Stand: 28.02.2019) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/019-013.html>

Abbildung 18: Beispiel für eine laienverständliche "Gemeinsam Klug Entscheiden"-Empfehlung

publiziert bei: **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

Diagnose Brustkrebs:

Wann brauche ich weiterführende Untersuchungen?

**Gemeinsam
Klug
Entscheiden**

Die Diagnose Brustkrebs ist meist ein Schock. Oft aber wird er früh entdeckt. Dann hat er noch nicht gestreut und lässt sich gut behandeln. Deshalb ist es nicht immer notwendig, vor der Behandlung nach Metastasen zu suchen. Im frühen Stadium treten diese nur sehr selten auf. Gleichzeitig können weiterführende Untersuchungen Fehlalarme und unnötige Eingriffe auslösen.

Wie wird Brustkrebs festgestellt?

Bei Verdacht auf Brustkrebs erhalten Sie eine Mammografie, meistens ergänzt durch eine Ultraschall-Untersuchung der Brust. Erst mit der anschließenden Gewebeprobe lässt sich sicher nachweisen, dass Krebs vorliegt.

Welche weiteren Untersuchungen können in Frage kommen?

Mit zusätzlichen Bilduntersuchungen lässt sich feststellen, ob der Krebs sich ausgebreitet und Metastasen gebildet hat. Dazu gehören die Computertomografie von Bauch und Lunge und die Knochenszinti.



Wann brauche ich weitere Untersuchungen?

Fachleute empfehlen:

- Wenn der Krebs in einem frühen Stadium ist, die Lymphknoten in der Nähe der Brust frei von Krebszellen sind und der Krebs wenig aggressiv ist: keine weiteren Untersuchungen.
- Wenn der Krebs fortgeschritten ist, oder sich in den Lymphknoten Krebszellen finden oder der Krebs aggressiv ist: zusätzliche Bilduntersuchungen.

Warum keine Untersuchungen im frühen Stadium?

Quelle: S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, AWMF-Registernummer 032-045OL (Stand: 01.12.2017) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html>

Abbildung 19: Beispiel für das Ausweisen eines studentischen Lernziels in Leitlinien

EMPFEHLUNG II.1.

Charakteristische Symptome für Gallenblasensteine sind gut erinnerliche Schmerzattacken von mehr als 15 min Dauer im Epigastrium oder rechten Oberbauch, die auch in den Rücken und in die rechte Schulter ausstrahlen können, und nicht selten besteht zudem Übelkeit, gelegentlich auch Erbrechen; abgesehen davon können bei den ersten Symptomen bereits Komplikationen eines Gallenblasensteinleidens vorliegen (Statement, III, starker Konsens, **NKLM**).

Quelle: S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Gallensteinen, AWMF-Registernummer 021-008 (Stand 30.11.2017) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-008.html>

Abbildung 20: Beispiel für eine Entscheidungshilfe für Betroffene

gi gesundheitsinformation.de
verstehen | abwägen | entscheiden

Entscheidungshilfe

Diese Entscheidungshilfe wurde für Menschen entwickelt, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, die ihre Gesundheit oder ihr soziales Leben betreffen. Sie hilft Ihnen dabei, sich über Ihre persönlichen Bedürfnisse klar zu werden, die nächsten Schritte zu planen, Fortschritte zu dokumentieren und anderen an der Entscheidung beteiligten Menschen Ihre Sicht zu vermitteln. Die Dinge, die Sie hier lernen, können auch bei zukünftigen Entscheidungen nützlich sein. Die Entscheidungshilfe umfasst vier Schritte:

1. Um welche Entscheidung geht es?
2. Welche Möglichkeiten haben Sie? Wer kann Sie unterstützen?
3. Was benötigen Sie für die Entscheidung?
4. Was fehlt Ihnen noch für die Entscheidung? Was könnte Ihnen bei der Vorbereitung weiterhelfen?

Die Entscheidungshilfe ersetzt keine professionelle Beratung. Sie hilft Ihnen bei der Vorbereitung, bevor Sie mit Fachleuten und Angehörigen die verschiedenen Möglichkeiten besprechen.

1. Um welche Entscheidung geht es?

Vor welcher Entscheidung stehen Sie?

Warum müssen Sie diese Entscheidung treffen?

Bis wann müssen Sie sich entscheiden?

Wie weit sind Sie mit Ihrer Entscheidung?

Ich habe noch nicht über die verschiedenen Möglichkeiten nachgedacht.

Ich denke gerade über die verschiedenen Möglichkeiten nach.

Ich stehe kurz vor einer Entscheidung.

Ich habe mich bereits entschieden.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 1

Quelle: IQWiG, <https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html>

Urheber*innen- und Verwertungsrechte von Leitlinien

Die Urheber*innenrechte an einer Leitlinie stehen den Mitgliedern der Leitliniengruppe gemeinschaftlich zu (14). Deshalb sollte über die Verbreitung der Leitlinien auch gemeinschaftlich entschieden werden. Für die Nutzung der Leitlinien in verschiedenen Publikationsformen (z.B. Abdrucke, neue Verbreitungsformen wie Apps) oder für die Einräumung eines Unternutzungsrechts an Dritte (z.B. bei Kooperationen mit Verlagen) ist jeweils die Zustimmung der Urheber*innengemeinschaft erforderlich. Die Leitliniengruppe sollte die Verwertungsrechte für alle Formate regeln, durch die die Leitlinie verbreitet werden soll im Sinne der Einräumung eines umschriebenen Nutzungsrechts und nicht der beliebigen Nutzung. Es sollte jeweils eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden.

Die jeweilige Leitliniengruppen, vertreten durch die federführenden Fachgesellschaften, räumen der AWMF das Nutzungsrecht für die elektronische Publikation im Informationssystem "AWMF online" im World Wide Web (WWW) des Internet ein.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Einreichung zur Publikation bei der AWMF (Auszug):

- Das Urheber*innenrecht für die Leitlinien liegt ausschließlich bei den Autor*innen(gruppen) der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen. Darin eingeschlossen ist das Recht der Änderung, Erweiterung oder Löschung von Inhalten. Daher gilt:
Die am Leitlinienprojekt beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen haben eine schriftliche Vereinbarung zu den Verwertungsrechten der Leitlinieninhalten getroffen. Die Fachgesellschaften/Organisationen räumen der AWMF das Nutzungsrecht für die elektronische Publikation im Informationssystem "AWMF online" im World Wide Web (WWW) des Internet ein.
- Die federführende(n) Fachgesellschaft(en) klären dabei die Verwertungsrechte zur Weiterverwendung von Leitlinieninhalten durch Dritte frühzeitig für jedes Leitlinienvorhaben und dokumentieren dies schriftlich (Siehe [Mustervertrag zur Einräumung von Nutzungsrechten](#) an Leitlinien und [Erläuterungen zum Mustervertrag](#))

Literatur

1. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implement Sci.* 2011 Mar 22;6:26.
2. Chen Y, Yang K, Marusic A, Qaseem A, Meerpohl JJ, Flottorp S, et al. RIGHT (Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare) Working Group, Labonté VC, Möhler R, Kopp I, Nothacker M, Meerpohl JJ. Ein Instrument zur Erstellung von Leitlinienberichten: das RIGHT-Statement [A reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT statement]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2017 Nov;127-128:3-10. German.
3. Choosing Wisely. Verfügbar: <https://www.choosingwisely.org/> (Zugriff 16.11.2020)
4. Nothacker M, Gaebel W, Gogol M, Hasenfuß G, Klemperer D, Kreienberg R, et al. Manual - Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative "Gemeinsam Klug Entscheiden" Version 1.1 von 2016. Verfügbar: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1-1.pdf (Zugriff 16.11.2020)
5. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsportal. Verfügbar: <https://gesund.bund.de> Zugriff 13.11.2020)
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal 2018. Verfügbar: https://www.iqwig.de/download/p17-02_konzept-fuer-ein-nationales-gesundheitsportal_konzeptentwurf_v2-0.pdf?rev=117386 Zugriff 13.11.2020)
7. Guidelines International Network. G-I-N PUBLIC Toolkit: Patient and Public Involvement in Guidelines 2015. Verfügbar: <https://g-i-n.net/working-groups/gin-public/toolkit> (Zugriff 16.11.2020)
8. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Office des Leitlinienprogramms Onkologie (OL), AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi). Erstellung von Patientenleitlinien zu S3-Leitlinien/NVL im Rahmen der Leitlinienprogramme 2016; Beta-Version 2. Verfügbar: <https://www.patienten-information.de/patientenleitlinien>. (Zugriff 02.09.2020)
9. MAGIC Foundation. MagicApp. Verfügbar: <https://app.magicapp.org/> (Zugriff 16.11.2020)
10. McMaster University and Evidence Prime Inc. GRADEpro. 2019. Verfügbar: <https://gradepro.org/> (Zugriff 16.11.2020)
11. SNOMED International. Verfügbar: <https://www.snomed.org/> (Zugriff 13.11.2020)
12. HL7international, EBMonFIHR. Verfügbar: <https://wiki.hl7.org/EBMonFHIR> (Zugriff 13.11.2020)
13. Vandvik P, Clarkson J, Mavergames C. Advances in a trustworthy and digital evidence ecosystem to increase value and reduce waste in health care. 2018. Verfügbar: <https://colloquium2018.cochrane.org/advances-trustworthy-and-digital-evidence-ecosystem-increase-value-and-reduce-waste-health-care> (Zugriff 16.11.2020)
14. Wienke A, Nölling T. Urheberrechte an medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien: Rechteinhaber, Rechteverwertung und Rechteübertragung. *GMS Mitt AWMF.* 2012; (9)Doc17. Verfügbar: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/awmf/2012-9/awmf000265.pdf> (Zugriff 09.11.2020)

Implementierung und Evaluierung

Vorbereitung der Implementierung

Erst bei Anwendung einer Leitlinie in der Klinik und Praxis entscheidet sich deren Nutzen. Implementierung bedeutet die schwierige Aufgabe, Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln zu transferieren. Eine hohe methodische und fachliche Qualität, sowie gute Anwendbarkeit und hohe Verbreitung der Leitlinien ist eine wichtige Voraussetzung für deren Implementierung, reicht jedoch in der Regel nicht aus, eine Verhaltensänderung herbeiführen (1-4). Welche Hindernisse, selbst bei Kenntnis und Akzeptanz, sich bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen ergeben, verdeutlicht das klassische Thema „Handhygiene im Krankenhaus“(5).

Im ersten Schritt sollten mögliche organisatorische, strukturelle, personelle und finanzielle Barrieren identifiziert und Lösungsvorschläge angeboten werden (6-8). Im zweiten Schritt sollte überlegt werden, welche Strategien der Implementierung von der Leitliniengruppe aktiv unterstützt werden können (9, 10). Die Ergebnisse beider Schritte sollten in der Leitlinie oder im Leitlinienreport dargelegt werden.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 5: Anwendbarkeit

Kriterium 18. Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden beschrieben.

Kriterium 19. Die Leitlinie macht Vorschläge und / oder benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen.

Kriterium 20. Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden berücksichtigt.

Kriterium 21. Die Leitlinie nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie.

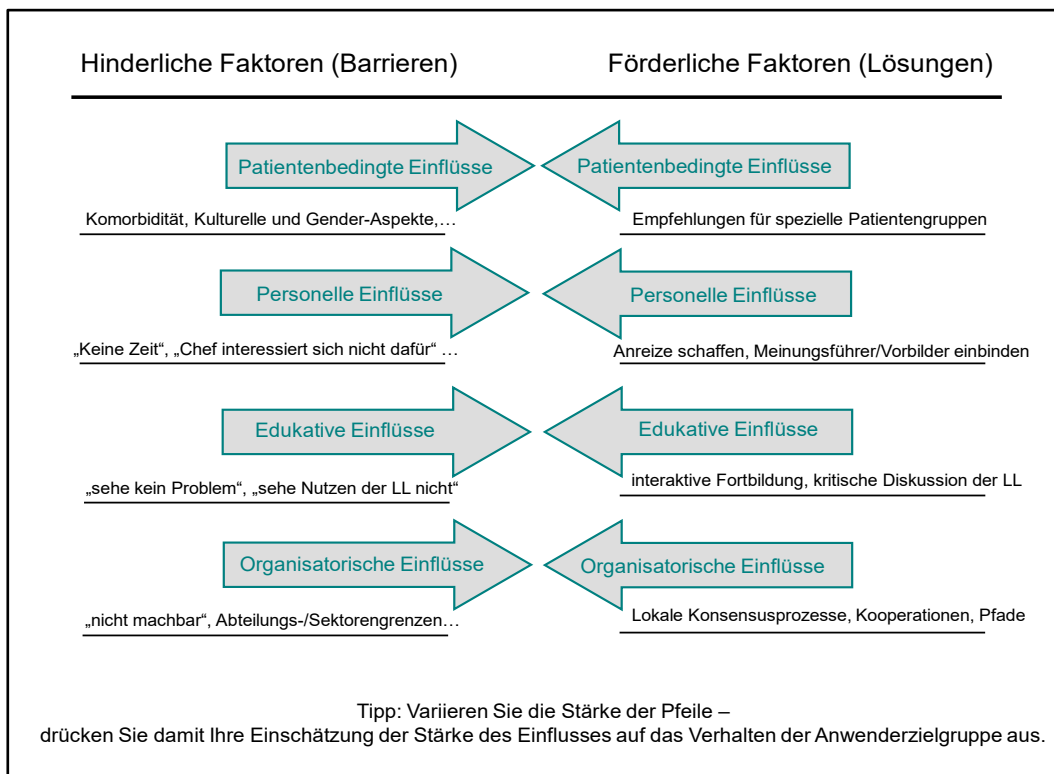
Hilfen und Tipps:

Empfehlenswerte Strategien zur Verbreitung und Implementierung sind z.B.:

- Einholung von Rückmeldungen von Patient*innen, Pflegepersonal, Ärzt*innen
- Bilden lokaler Gruppen zur Übernahme bzw. Anpassung der Leitlinie
- interaktive Fortbildungen zu den Leitlinieninhalten
- Diskussion der Leitlinie in Qualitätszirkeln

Die Implementierung kann von der Leitliniengruppe selbst bestmöglich vorbereitet werden durch „Gute Praxis der Leitlinienentwicklung“, Redaktion und Verbreitung sowie Öffentlichkeitsarbeit. Es wird empfohlen, dass die Mitglieder der Leitliniengruppe sich darüber hinaus für die Umsetzung von Implementierungsstrategien einsetzen. Unterstützt werden kann dies durch eine vorbereitende Barrierenanalyse.

Abbildung 21: Barrierenanalyse in Anlehnung an die "Force Field Analysis" (K. Lewin)



Literatur

1. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999 Oct 20;282(15):1458-65.
2. Frederick L Kiechle Implementing Clinical Practice Guidelines. Carmi Z. Margolis and Shan Cretin, eds. Chicago, IL: American Hospital Association Press, Clinical Chemistry 1999; 45(9): 1584-5
3. Selbmann HK, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. [Implementing guidelines in daily treatment practice] *Die Psychiatrie*. 2005;2(1):33-8.
4. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implementation Sci*. 2011 Mar 22;6:26.
5. Gross PA, Pujat D. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: a systematic review. *Med Care*. 2001 Aug;39(8 Suppl 2):li55-69.
6. Lewin K. Definition des Feldes zu einer gegebenen Zeit. *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*: Verlag Hans Huber; 1963. p. 86-101.
7. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72.
8. French SD, Green SE, O'Connor DA, McKenzie JE, Francis JJ, Michie S, et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Sci*. 2012 Apr 24;7:38.
9. Muche-Borowski C, Nothacker M, Kopp I. Leitlinienimplementierung: Wie schließen wir die Lücke zwischen Evidenz und Anwender? [Implementation of clinical practice guidelines: how can we close the evidence-practice gap?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015 Jan;58(1):32-7.
10. Nothacker M, Muche-Borowski C, Kopp I, Selbmann HK, Neugebauer EA. Leitlinien-Attraktivität, Implementierung und Evaluation [On the attractiveness, implementation and evaluation of guidelines]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2013;107(2):164-9 German.

Vorbereitung der Evaluierung

Leitlinien dienen der Verbesserung der Wissensvermittlung und der Versorgungsqualität. Relevant und sinnvoll ist eine Leitlinie erst dann, wenn sie akzeptiert und angewandt wird, aber auch nachgewiesener Maßen Nutzen stiftet. Eine die Implementierung begleitende, an den spezifischen Zielen der Leitlinie (siehe [Zielorientierung der Leitlinie](#)) ausgerichtete Evaluierung ist daher zu empfehlen, insbesondere mit Erfassung der Relevanz für die betroffenen Patient*innen/Bürger*innen (1).

Die Evaluierung kann verankert werden in Projekten der Versorgungsforschung, des internen Qualitätsmanagements einer Einrichtung, in freiwilligen Qualitätsinitiativen (z.B. peer review Verfahren, siehe [Vorbereitung der Implementierung](#)) und/oder im Rahmen der externen, vergleichenden Qualitätssicherung.

Die Umsetzung und die Auswirkungen der Leitlinie auf die Versorgung können dabei mit Hilfe von klinischen Messgrößen und Qualitätsindikatoren überprüft werden, die aus den Leitlinienempfehlungen, die spezifische Ziele adressieren, abgeleitet werden (2-6).

Unter dem Gebot der Datensparsamkeit und zur Vermeidung von Fehlsteuerungen müssen an die Methodik zur Identifizierung, Auswahl und Bewertung von klinischen Messgrößen und Qualitätsindikatoren ebenso hohe Anforderungen gestellt werden wie an die der Leitlinien selbst. Die mögliche Nutzung bestehender Indikatoren sollte aktiv exploriert werden.

Für das konkrete methodische Vorgehen liegen Manuale für das Leitlinienprogramm Onkologie und das NVL-Programm vor, sowie ein Berichtsstandard der Arbeitsgruppe des G-I-N (7, 8). Unter einer breiten Beteiligung von Stakeholdern inklusive Vertreter*innen von Patient*innenorganisationen wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts ein nationaler methodischer Standard formuliert (9). Eine Beratung, z.B. durch eine/n Leitlinienberater/in der AWMF mit Expertise in Ableitung von Qualitätsindikatoren ist zu empfehlen.

Idealerweise dienen die Ergebnisse der Evaluierung der Verbesserung der Leitlinie bzw. führen bei Bedarf zu neuer Forschung. Zur Nutzung ist ein digitaler Datenaustausch unabdingbar (siehe [digitale Leitlinienformate](#)).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE-II Instrument

Domäne 5: Anwendbarkeit

Kriterium 18. Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden beschrieben.

Kriterium 19. Die Leitlinie macht Vorschläge und / oder benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen.

Kriterium 20. Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden berücksichtigt.

Kriterium 21. Die Leitlinie nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität.

Hilfen und Tipps:

Überlegen Sie, anhand welcher Eckpunkte Sie die Umsetzung und die Auswirkungen der Leitlinie auf die Versorgung evaluieren können. Im Vorfeld der Formulierung klinischer Messgrößen und Qualitätsindikatoren sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Was ist das gesundheitliche Ziel?
- Wie gut ist die Leitlinienempfehlung, die dieses Ziel abbildet, untermauert (Stärke der Empfehlung, Konsensusstärke)?
- Ist die Umsetzung dieser Empfehlung messbar?
- Gibt es deutliche Hinweise für ein bestehendes Verbesserungspotential?
- Welche Versorgungsdaten können zur Evaluation herangezogen werden?

Literatur

1. McMaster University. G-I-N McMaster Guideline Development Checklist - 17. Evaluation and Use. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Evaluationtable> (Zugriff 16.11.2020)
2. Kopp I, Geraedts M, Jäckel W, Altenhofen L, Thomeczek C, Ollenschläger G. Nationale VersorgungsLeitlinien - Evaluation durch Qualitätsindikatoren. [The German program for disease management guidelines: evaluation by use of quality indicators]. Med Klin (Munich). 2007 Aug 15;102(8):678-82. German.
3. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF. Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren – äzq Schriftenreihe. 2009;36. Verfügbar: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf> (Zugriff 16.11.2020)
4. Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K. QUALIFY-a tool for assessing quality indicators. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007;101(10):683-8.
5. Nothacker M, Muche-Borowski C, Kopp IB. Methodik und Umsetzung der Qualitätsmessung im Leitlinienprogramm Onkologie [Measuring quality in the German Guideline Programme in Oncology (GGPO)—methodology and implementation]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2014;108(8-9):470-80. German.
6. Follmann M, Eigentler T, Adam H, Wenzel G, Langer T, Wesselmann S. Quality assurance in melanoma care: guideline-based quality indicators for melanoma – implementation, evaluation and update process. JDDG: J Dtsch Dermatol Ges. 2020 Aug;18(8):848-857.
7. Leitlinienprogramm Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie 2017. Verfügbar: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/methodik/grundlegende-informationen-zur-methodik/> (Zugriff 16.11.2020)
8. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipila R, Follmann M, Kopp I; Guidelines Internationale Network (G-I-N) Performance Measures Working Group. Reporting standards for guideline-based performance measures. Implement Sci. 2016 Jan 15;11:6.
9. Deckert S, Arnold K, Becker M, [..], Nothacker M, Schmitt J. Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung [Methodological Standard for the Development of Quality Indicators within Clinical Practice Guidelines -

Results of a structured consensus process]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2021 Jan 19:S1865-9217(20)30196-3.

Planung der Aktualisierung

Die Qualität einer Leitlinie hängt maßgeblich davon ab, ob die Empfehlungen in regelmäßigen Abständen auf Aktualität geprüft und bei Bedarf aktualisiert werden. Ein konkretes Datum und Aussagen zur weiteren periodischen und ggf. anlassbezogenen Aktualisierung mit entsprechenden Zuständigkeiten sollen im Leitliniendokument vermerkt werden.

Der Bedarf einer Fortschreibung und Aktualisierung einer Leitlinie ergibt sich aus der Verfügbarkeit neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse einerseits und aus den Ergebnissen der Evaluierung der bisherigen Leitlinienanwendung andererseits. Beide dienen der Identifizierung von Verbesserungspotenzialen der Versorgung.

Ausgangspunkt ist dementsprechend eine Bestands- und Bedarfsanalyse zur Identifizierung überarbeitungsbedürftiger Themenbereiche. Die methodischen Anforderungen ergeben sich aus den Anforderungen an Leitlinien nach dem AWMF-Regelwerk.

Die Aktualisierung kann partiell – nur für ausgewählte Bereiche- oder komplett durchgeführt werden (1). Bei einer partiellen Aktualisierung überprüft die Leitliniengruppe vor Einreichung die Gültigkeit der nicht aktualisierten Teile und bestätigt diese für einen entsprechenden Zeitraum (2).

Living Guideline

Um Leitlinien kontinuierlich aktuell zu halten, kann das Vorgehen in Form einer „Living Guideline“ genutzt werden, hier erfolgt mindestens einmal jährlich eine Aktualisierung.

In der aktualisierten Leitlinie sollten die wichtigsten Neuerungen zu Beginn dargelegt („was gibt es Neues?“) und die Empfehlungen mit „geprüft“, „modifiziert“ und „neu“ und Angabe der Jahreszahl gekennzeichnet werden (3, 4). Das methodische Vorgehen wird im Leitlinienreport ergänzt (5).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Löschung nicht aktualisierter Leitlinien bei der AWMF (Auszug) und Einreichung zur Publikation bei der AWMF (Auszug):

Leitlinien, deren Gültigkeit (entsprechend dem in der Leitlinie angegebenen Gültigkeitszeitraum) abgelaufen ist und für die keine Aktualisierung angemeldet wurde, werden komplett aus der elektronischen Publikation über das Informationssystem der AWMF entfernt.

Der maximale Gültigkeitszeitraum beträgt 5 Jahren ab Verabschiedung durch die beteiligte(n) Fachgesellschaft(en) und Organisation(en).

Handelt es sich um eine S2k-, S2e- oder eine S3-Leitlinie:

sind Angaben zum Gültigkeitszeitraum und zur Aktualisierung der Leitlinie vorhanden (siehe AGREE II, Kriterium 14) und ist ein/e Ansprechpartner*in für die Aktualisierung benannt. Für „Living Guidelines“ sind die geplanten Aktualisierungszeiträume benannt, diese betragen höchstens 12 Monate.

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinien-Entwicklung

Kriterium 14: Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie.

Hilfen und Tipps:

Aktuelle Forschungsergebnisse oder Erkenntnisse aus der Versorgung können eine kurzfristige Aktualisierung von Empfehlungen einer gültigen Leitlinie notwendig machen. Darüber kann die Öffentlichkeit kurzfristig in Form eines Addendums/Amendments über die AWMF-Homepage informiert werden.

Die Aktualisierung ist am einfachsten, wenn die ursprüngliche Leitlinie systematisch erstellt wurde. Recherchen und Strategien zur Beantwortung klinisch relevanter Fragestellungen lassen sich aufbewahren und ggf. wiederverwenden. Für die Aktualisierung einer Leitlinie werden die Recherchen überprüft und ggf. angepasst und müssen dann lediglich den Zeitraum nach Herausgabe der früheren Leitlinienversion abdecken.

„Living Guideline“

Bei „Living Guidelines“ werden die Aktualisierungen im Abstand von höchstens einem Jahr vorgenommen. Ideal ist das Erarbeiten von „Living Systematic Reviews“ als Grundlage für die Leitlinienempfehlungen. Zusätzlich sollte die Aktualisierung von Leitlinienempfehlungen bei Verfügbarkeit neuer wissenschaftlicher oder Versorgungs-Erkenntnisse auch anlassbezogen unterjährig geprüft werden.

Auch eine systematische Prüfung des Überarbeitungsbedarfs mit dem Ergebnis, dass keine Änderungen erforderlich sind, gilt als Aktualisierung. Hilfreich ist eine kriteriengestützte Prüfung und ein Ranking der zu aktualisierenden Inhalte, z.B. unter Nutzung der Checkliste der G-I-N Arbeitsgruppe zur Aktualisierung (6).

Tabelle 6: Aktualisierungsoptionen nach dem AWMF-Regelwerk

	Partiell, komplett	„Living Guideline“	Amendment/ Addendum
Anmeldung	Erforderlich	Erforderlich Anmeldung max. 5 Jahre gültig	Nicht erforderlich
Aktualisierungsumfang	Ausgewählte (partiell) oder alle Fragestellungen (komplett)	nach Bedarf, jeweils Prüfung aller Fragestellungen	Wenige Fragestellungen (bis ca. 5% der Empfehlungen)
Aktualisierungszeiträume	≤ 5 Jahre	benannt ≤ 12 Monate	Entfällt
Ausweisung	Auf Titelblatt	Auf Titelblatt	Einleitend im Dokument leicht sichtbar

Der Umfang der Überarbeitung (partiell, komplett, „Living Guideline“ oder auf einzelne Fragestellungen bezogen) richtet sich nach ggf. bereits erfolgter kurzfristiger Aktualisierung, nach dem Ergebnis aktueller, relevanter Forschungsergebnisse aus der systematischen Recherche und der Einschätzung der Expert*innen in der Leitliniengruppe (siehe auch Tab. 7). Für „Living Guidelines“ sollte jeweils die Gültigkeit aller Empfehlungen geprüft werden. Neben den gezielten Rückmeldungen aus der Praxis zu Erfolgen oder Problemen bei der Umsetzung der Leitlinie sind Bestandsanalysen, Bedarfsanalysen und Priorisierung unerlässlich. Dafür sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Wer übernimmt die Verantwortung für die Überwachung und Einleitung der Aktualisierung unserer Leitlinie?
- Was hat unsere Leitlinie bewirkt?
- Welche Fragestellungen sind neu?
- Gibt es neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die Veränderungen an den Empfehlungen erforderlich machen?
- Gibt es Fragestellungen, für die eine systematische Literatursuche und Aufbereitung der Evidenz notwendig sind?
- Welche Ressourcen stehen der Leitliniengruppe zur Aktualisierung zur Verfügung?

Bei den Aktualisierungen der Leitlinie sollten diese Fragen jeweils geprüft werden.

Abbildung 22: Qualitätsmanagement für die Fortschreibung und Aktualisierung von Leitlinien in Anlehnung an Albert et al. 2008. Die Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland - Methodik der S3-Leitlinien-Aktualisierung (7)



Literatur

1. Becker M, Neugebauer EA, Eikermann M. Partial updating of clinical practice guidelines often makes more sense than full updating: a systematic review on methods and the development of an updating procedure. *J Clin Epidemiol.* 2014 Jan;67(1):33-45.
2. Martinez Garcia L, Sanabria AJ, Garcia Alvarez E et. al. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. *CMAJ.* 2014 Nov 4;186(16):1211-9.
3. Akl E, Meerpohl J, Elliot J. Living systematic reviews: 4. Living guideline recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2017 Nov;91:47-53.
4. McMaster University. G-I-N McMaster Guideline Development Checklist - 18. Updating. Verfügbar: <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidelinechecklistonline.html#Updatingtable> (Zugriff 16.11.2020)
5. Vernooij RW, Alonso-Coello P, Brouwers M, Martínez García L, Panel C. Reporting Items for Updated Clinical Guidelines: Checklist for the Reporting of Updated Guidelines (CheckUp). *PLoS medicine.* 2017;14(1):e1002207.
6. Sanabria AJ, Pardo-Hernandez H, Ballesteros M, Canelo-Aybar C, McFarlane E, Nino de Guzman E, et al. The UpPriority tool was developed to guide the prioritization of clinical guideline questions for updating. *J Clin Epidemiol.* 2020;126:80-92.
7. Albert US, Schulz KD, Kopp I. Die Leitlinie "Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland" Methodik der S3-Leitlinien-Aktualisierung. *Prävention und Gesundheitsförderung.* 2008;3(3):163-71.

Publikation bei der AWMF

Einreichung zur Publikation bei der AWMF

Die AWMF publiziert gemäß der Verabredung bei der 1. Leitlinien-Konferenz vom 4. Oktober 1995 die von den Mitgliedsgesellschaften der AWMF erarbeiteten und verabschiedeten Leitlinien (siehe [Gesamtverabschiedung](#)) in ihrem Informationssystem "AWMF online". Mit der Einreichung der Leitlinien bei der AWMF wird dieser das Recht eingeräumt, die Texte im internetbasierten AWMF-Leitlinienregister zu präsentieren.

Versionierung und Archivierung der Leitlinien im AWMF-Register

Die AWMF vergibt jeweils eine registerkonforme Versionsnummer. Abgelaufene Leitlinien werden von der AWMF archiviert und den federführenden Fachgesellschaften auf Anfrage zur Verfügung gestellt (siehe auch AWMF-Regel).

AWMF-Regel für das Leitlinienregister: Einreichung zur Publikation bei der AWMF (Auszug):

- Das Leitlinienvorhaben wurde bei der AWMF frühzeitig angemeldet und hat in Folge der Anmeldung eine AWMF-Registernummer erhalten (siehe Regel [Anmeldeverfahren für Leitlinien in Planung und Entwicklung](#)). Die Fachgesellschaften zeigen die AWMF-Registernummer und die Klasse (S1, S2e, S2k oder S3) gut sichtbar auf der Titelseite der Leitlinie an.
- Angaben zur Finanzierung der Leitlinie sowie zur Erklärung von Interessen und zum Umgang mit Interessenkonflikten liegen vor (siehe Regel zur [Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten](#)). Fertige Leitlinien, bei denen aus der Finanzierung Interessenkonflikte entstehen könnten oder die Interessenkonflikte einzelner Mitwirkender nicht transparent sind, werden nicht in die AWMF-Publikation aufgenommen.
- Angaben zum methodischen Vorgehen in Bezug auf die angestrebte Klassifikation S1, S2k, S2e, S3 liegen vor (siehe Regeln zur [Klassifikation S1](#), [S2k](#), [S2e](#), [S3](#)). Geht aus der Beschreibung zum methodischen Vorgehen im Rahmen der Leitlinienentwicklung (Leitlinienreport) nicht hervor, dass die Kriterien für die angegebene Klassifikation erfüllt wurden, erfolgt gegebenenfalls eine Korrektur der Klassifikation.

- Angaben zum Gültigkeitszeitraum und zur Aktualisierung der Leitlinie liegen vor (s. AGREE II, Kriterium 14) und es ist ein/e Ansprechpartner*in für die Aktualisierung genannt.
- Die durch die federführende(n) Fachgesellschaft(en) eingereichten Dokumente werden inhaltlich unverändert übernommen. Die AWMF behält sich lediglich vor, offensichtliche Schreibfehler zu korrigieren und vergibt eine registerkonforme Versionsnummer.
- Die AWMF archiviert alte (d.h. nicht weiter verfolgte Leitlinien oder Vorgängerversionen aktueller Leitlinien) und stellt diese der/den federführenden Fachgesellschaften auf deren Wunsch zur Verfügung (z.B. für Anfragen im Rahmen von Begutachtungsverfahren).

Bezug zum AGREE II-Instrument:

Kein

Hilfen und Tipps:

Vor Einreichung der Leitlinie zur Publikation bei der AWMF sollten die Leitliniendokumente final abgestimmt und der/die Leitlinienbeauftragte und/oder das Leitliniensekretariat der federführenden Fachgesellschaft(en) informiert sein.

Zur Überprüfung der Vollständigkeit der Dokumente empfiehlt sich das Verwenden einer Checkliste (siehe Anhang 11).

[Anhang 11: Checkliste zur Publikation bei der AWMF](#)

Tip: Durch Klick auf die Abbildung die Checkliste herunterladen!

Leitlinien-Prädikat der AWMF

Seit August 2004 kann für Leitlinien der Klassifikation S3 bei entsprechender Qualität das Prädikat „AWMF-zertifiziert“ vergeben werden. Die Leitlinien-Koordinierenden können die Zertifizierung formlos per E-Mail über das AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi) beantragen: imwi@awmf.org

Die Eingangsvoraussetzung für das Zertifizierungsverfahren ist die Erfüllung der Qualitätskriterien, die im AWMF-Regelwerk abgebildet sind:

- Einreichung der Publikation bei der AWMF
- Klassifikation S3-Leitlinie

Sind die Eingangsvoraussetzungen erfüllt, wird das Zertifizierungsverfahren eingeleitet mit:

- Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinie anhand von AGREE II (Methodische Begutachtung)
- Einschätzung des erwarteten Einflusses der Leitlinie auf die Gesundheitsversorgung in ihrem Geltungsbereich durch eine/n externen Begutachtende/n (Fachbegutachtung)
- Votum der AWMF (Beschlussfassung)

Auswahlkriterien für die Begutachtenden sind die Offenlegung von Interessenkonflikten (AWMF-Formblatt), keine Beteiligung an der Entwicklung der Leitlinien, jedoch Erfahrung in der Anwendung von AGREE II (Begutachtende mit Methodenkenntnissen), bzw. wissenschaftliche und klinische Erfahrung in einem für die Begutachtung relevanten Fachgebiet (Fachbegutachtende). Ist die Zertifizierung erfolgreich, wird die Leitlinie als „AWMF-Leitlinie“ mit einem entsprechenden Siegel auf der AWMF-Homepage publiziert und darf auch in gedruckter Version dieses Prädikat führen, sofern keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen werden.

AWMF-Regel für das Leitlinienregister:

Keine

Bezug zum AGREE II-Instrument

Anforderungen für S3-Leitlinien gemäß AGREE II

Anhang

1. [Musterbrief zur „Benennung von Mandatstragenden“](#)
2. [Musterformular zur Erklärung von Interessen](#)
3. [Beispielhafte Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten](#)
4. [Ausfüllhilfe für Interessenerklärungen](#)
5. [Anmeldeformular](#)
6. [Ausfüllhilfe für Anmeldeformular Leitlinienprojekt](#)
7. [Musterevidenztabelle](#)
8. [Musterbrief „Einladung zur Konsensuskonferenz“](#)
9. [Formale Konsensfindungstechniken](#)
10. [Leitfaden zur Erstellung eines Leitlinienreports für Autor*innen von S2e-, S2k- und S3-Leitlinien](#)
11. [Checkliste zur Publikation](#)

Anhang 1. Musterbrief „Benennung von Mandatstragenden“

Briefentwurf - Einladung zur Mitwirkung an einem Leitlinienprojekt Anwendungshinweise:

Bitte grün markierte oder durch / getrennte, alternative Formulierungsvorschläge auswählen,
graue Markierungen individuell ausfüllen.

Es handelt sich um ein Rohmuster - Text bitte individuell bearbeiten und ergänzen!

Absender*in

[Leitlinien-Koodinator*in, Titel der einladenden, federführenden Fachgesellschaft/ Organisation]

Anschrift

[persönliche*r Ansprechpartner*in, Titel der einzuladenden Fachgesellschaft/ Organisation,
Geschäftsstelle]

Betr.: Einladung zur Mitwirkung an einem Leitlinienprojekt und Bitte um Benennung eines/r Mandatstragenden

Sehr geehrte*r [Titel, Name persönliche*r Ansprechpartner*in]

Falls die Leitlinie bereits angemeldet ist

es freut mich, Ihnen mitteilen zu können, dass die Anmeldung der [S2k-/S3-] Leitlinie [Titel der Leitlinie, AWMF-Reg.-Nr.] in das Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) aufgenommen worden ist.

Falls die Leitlinie noch nicht angemeldet ist

es freut mich, Sie über die Planung einer [S2k-/S3-] Leitlinie [Titel der Leitlinie] informieren zu können.

Ich wurde von der [Titel der federführenden Fachgesellschaft/en] beauftragt, die Koordination des Leitlinienprojekts übernehmen und im ersten Schritt die inhaltlich mit diesem Thema befassten Fachgesellschaften und Organisationen anzusprechen, um ein für die Adressierten der Leitlinie repräsentatives Gremium von Expert*innen zusammenstellen zu können.

Die Erstellung der Leitlinie richtet sich nach den methodischen Anforderungen des Leitlinienbewertungsinstruments AGREE II und soll von einer/einem Vertreter*in der AWMF begleitet werden.

Falls die einzuladende Fachgesellschaft/Organisation bereits eine verwandte Leitlinie bearbeitet

Da die von Ihnen vertretene Fachgesellschaft/Organisation an der thematisch verwandten [S2k-/S3-] Leitlinie [Titel der Leitlinie, AWMF-Reg.-Nr.] beteiligt ist / die thematisch verwandte [S2k-/S3-] Leitlinie [Titel der Leitlinie, AWMF-Reg.-Nr.] herausgegeben hat, möchte ich Sie einladen, an unserem Leitlinienprojekt mitzuwirken und Ihre Expertise einzubringen.

Falls die einzuladende Fachgesellschaft/Organisation noch keine verwandte Leitlinie bearbeitet

Die durch Ihre Fachgesellschaft bzw. Organisation einzubringenden Erfahrungen und Perspektiven sind sehr wichtig, um ein erfolgreiches interdisziplinäres Projekt auf den Weg zu bringen. Daher möchte ich Sie einladen, an unserem Leitlinienprojekt mitzuwirken und Ihre Expertise einzubringen.

Hierzu bitte ich Sie, eine*n Mandatsträger*in als Ansprechpartner*in zu benennen, die/den ich in Leitlinien-Angelegenheiten kontaktieren und zu den Arbeitsgruppensitzungen und Leitlinien-Konferenzen einladen kann.

Diese(r) Mandatstragende sollte neben der Einbringung wissenschaftlicher bzw. persönlicher Erfahrungen die Interessen ihrer Fachgesellschaft/Organisation in unserer Leitlinien-Gruppe vertreten. Damit sollte gewährleistet werden, dass die Leitlinieninhalte nach Abschluss des Entwicklungsprozesses durch Ihre Fachgesellschaft/Organisation auch offiziell mitgetragen werden können.

Aufgrund seiner/ihrer wissenschaftlichen Reputation/Erfahrung im Bereich unseres Leitlinien-Themas möchte ich Herrn/Frau [Titel, Name] für dieses Amt vorschlagen. Selbstverständlich bin ich jedoch offen für eine alternative Benennung Ihrerseits.

Dafür bitte ich Sie, uns Ihre Antwort bis zum [Datum] zurückzusenden.

Falls Ihre Fachgesellschaft/Organisation keine Möglichkeit oder keinen Bedarf sieht, an unserem Projekt mitzuwirken, wäre ich Ihnen für eine kurze Rückmeldung und Angabe der Beweggründe hierfür ebenfalls dankbar.

Ich freue mich auf die Zusammenarbeit, stehe gern auch telefonisch zur Besprechung zur Verfügung und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Gez.

Antwort an:

[Leitlinien-Koodinator*in, Titel der einladenden, federführenden Fachgesellschaft/ Organisation]

[E-Mail-Adresse]

Leitlinienprojekt

[Titel, AWMF-Reg.-Nr.]

Fachgesellschaft / Organisation:

[Titel der eingeladenen Fachgesellschaft/ Organisation]

Wir sind gern bereit, an. o.g. Leitlinienprojekt mitzuwirken und benennen hierzu als

Mandatstragende*r:

Titel, Vorname, Nachname:

Institut/Klinik:

Straße + Hausnummer:

PLZ + Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

TeleFAX:

Stellvertreter*in des/der Mandatstragenden:

Titel, Vorname, Nachname:

Institut/Klinik:

Straße + Hausnummer:

PLZ + Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

TeleFAX:

Datum, Unterschrift, Stempel:

Anhang 2. Musterformular zur Erklärung von Interessen



Erklärung von Interessen

(Titel, AWMF-Registernummer)

zu Händen

(Leitlinienkoordinator*in)

Vorbemerkung

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem/der Leitlinienkoordinator*in abgegeben. Dies soll bereits zu Beginn des Leitlinienprojekts erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die Mitglieder ihre Teilnahme am Leitlinienprojekt gegenüber dem/der Koordinator*in bestätigen. Bei länger andauernden Projekten ist eine Erneuerung der Erklärung einmal pro Jahr bis zum Abschluss der Leitlinienentwicklung, zumindest aber vor der Konsensfindung, erforderlich.

In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Leitlinie oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage gestellt ist oder in welchen speziellen Bereichen /Fragestellungen der Leitlinie das professionelle Urteilsvermögen eines/einer Experten/Expertin durch sekundäre Interessen beeinflusst sein könnte, ist durch Dritte zu bewerten und in der Leitliniengruppe zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb **des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden 3 Jahre.**

Die Originale der Erklärungen verbleiben vertraulich beim/bei der Leitlinienkoordinator*in. Die Inhalte der Erklärungen sind in der Langfassung der Leitlinie bzw. im Leitlinienreport in standardisierter Zusammenfassung offen darzulegen. Ergänzend sind das Verfahren der Sammlung und Bewertung der Erklärungen sowie die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit Interessenkonflikten darzulegen.

Informationen zur Datenerhebung gemäß Artikel 13 DSGVO

Der/die Leitlinienkoordinator*in erhebt Ihre Daten zum Zweck des o.g. Leitlinienvorhabens sowie zur Erfüllung des Regelwerkes der AWMF. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung sind für die Durchführung des Leitlinienvorhabens erforderlich und beruhen auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nur zum Zweck der Erfüllung des Regelwerkes der AWMF statt. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Sie sind berechtigt, Auskunft der im Rahmen des Leitlinienvorhabens über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

Erklärung

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel		
Arbeitgeber*in / Institution	Gegenwärtig	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor
Position / Funktion in der Institution		
Adresse		
E-Mail-Adresse		
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter		
Funktion in der Leitliniengruppe		
Datum		
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht		

2. Direkte, finanzielle Interessen

Hier werden finanzielle Beziehungen zu Unternehmen, Institutionen oder Interessenverbänden im Gesundheitswesen erfasst. Haben Sie oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor Zuwendungen erhalten von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), industriellen Interessenverbänden, kommerziell orientierten Auftragsinstituten, Versicherungen/Versicherungsträger*innen, oder von öffentlichen Geldgeber*innen (z.B. Ministerien), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, oder anderen Geldgeber*innen? Machen Sie bitte in folgender Tabelle zu allen zutreffenden Aspekten konkrete Angaben.

Art der Beziehung/Tätigkeit	Namen der Kooperationspartner*innen	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit ¹	Thema, Bezug zur Leitlinie ²	Art der Zuwendung ³	Höhe der Zuwendung ⁴	Empfänger*in ⁵
Berater*innen- /Gutachter*innentätigkeit						
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)						
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit						
Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft						
Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien						
Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innerecht, Aktienbesitz ⁶)						

¹ Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h.im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

² Angabe des Themas, bei Präparaten/Geräten auch Handelsname bzw. Wirkstoffname (Freitext), zusätzlich Angabe einer Selbsteinschätzung des Bezugs zur Leitlinie: „Nein“ oder „Ja“

³ Honorar, Drittmittel, geldwerte Vorteile (z.B. Personal- oder Sachmittel; Reisekosten, Teilnahmegebühren, Bewirtung i.R. von Veranstaltungen), Verkaufslizenz

⁴ Es können gerundete Beträge angegeben werden (z.B. bei Beiträgen > 1000 € jeweils auf die nächste Tausenderstelle): Die Angaben beziehen sich auf die Gesamtsumme der Zuwendungen für eine angegebene Tätigkeit über den Erfassungszeitraum, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr).
Diese Angaben werden vertraulich behandelt.

⁵ Bitte angeben: a) wenn Sie persönlich Empfänger*in der Zuwendung sind oder b) wenn es die Institution ist, für die Sie tätig sind und Sie innerhalb Ihrer Institution direkt entscheidungsverantwortlich für die Verwendung der Zuwendung/Mittel sind. Sind Sie nicht direkt entscheidungsverantwortlich, sind keine Angaben nötig.

⁶ Betrifft nur Eigentümer*inneninteressen im Gesundheitswesen; auch sind Angaben zu Mischfonds nicht erforderlich.

3. Indirekte Interessen

Hier werden persönliche Beziehungen zu Interessenverbänden im Gesundheitswesen, „intellektuelle“, akademische, und wissenschaftliche Interessen oder Standpunkte sowie Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten/Einkommensquellen erfasst (für den Zeitraum des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor). Hierunter fallen auch solche, die indirekt mit finanziellen persönlichen Interessen verbunden sein können.

- Sind oder waren Sie in Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Institutionen der Selbstverwaltung, Patient*innenselbsthilfegruppen, Verbraucher*innenvertretungen oder anderen Verbänden aktiv? Wenn ja, in welcher Funktion (z.B. Mandatstragende für diese/andere Leitlinien, Vorstand)?
- Können Sie Schwerpunkte Ihrer wissenschaftlichen und /oder klinischen Tätigkeiten benennen? Fühlen Sie sich bestimmten „Schulen“ zugehörig?
- Waren Sie an der inhaltlichen Gestaltung von Fortbildungen federführend beteiligt?
- Haben Sie persönliche Beziehungen (als Partner*in oder Verwandte 1. Grades) zu Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft?

Machen Sie bitte in folgender Tabelle zu allen zutreffenden Aspekten konkrete Angaben.

Art der Beziehung/Tätigkeit	Namen / Schwerpunkte (bitte konkret benennen)	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit ⁷	Themenbezug zur Leitlinie ⁸
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden			
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen			
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten			
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten			
Persönliche Beziehungen (als Partner*in oder Verwandte 1. Grades) zu Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft			

⁷ Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h. im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

⁸ Angabe einer Selbsteinschätzung „Nein“ oder „Ja“

4. Sonstige Interessen

Sehen Sie andere Aspekte oder Umstände, die von Dritten als einschränkend in Bezug auf Ihre Objektivität oder Unabhängigkeit wahrgenommen werden könnten?

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich alle mir derzeit bekannten Umstände aufgeführt habe, die gegebenenfalls zu einem persönlichen Interessenkonflikt bei der themenbezogenen Mitwirkung bei der Erstellung der Leitlinie führen können. Ich erkläre weiterhin, dass ich die Diskussion der Erklärungen anderer Mitglieder in der Leitliniengruppe absolut vertraulich behandeln werde. Ich bin darüber informiert, dass die Angaben in standardisierter Zusammenfassung mit der Leitlinie/in einem begleitenden Leitlinienreport veröffentlicht werden, und dass das vorliegende Formular vor der Einsicht unberechtigter Dritter geschützt aufbewahrt wird. Hiermit bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

Ergänzende Hinweise

- Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.
- Falls Sie zu bestimmten Fragen keine Angaben machen können oder wollen, begründen Sie dies bitte.
- Falls keine digitale Erfassung: bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular und senden es an das Leitliniensekretariat: xxx@yyy.zz

Anhang 3. Beispielhafte Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

	Berater*innen- bzw. Gutachter*innen Tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inne ninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktien- besitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof.*in Beispiel	Nein	Nein	Nein	Nein	Firma Name 1. Firma Name 2. Krankenkasse Name	Nein	Mitglied: Fachgesellschaft Name 1. Fachgesellschaft Name 2. Familienmitglied in leitender Funktion bei Firma 1.	Systemtherapie (moderat), Stimmhaltung
Dr.*in Beispiel	Firma Name 3., Firma Name 4. ²	Firma Name 3. ²	Nein	Nein	Nein	Patent auf XXX- Test	Nein	Pharmakotherapie (moderat) Stimmhaltung Früherkennung (hoch), Enthaltung aus Diskussion
Beispiel MPH	Nein	Nein	Firma 5	Nein	Nein	Nein	Mitglied Fachgesellschaft Name 3.	Diagnostik (gering), keine Konsequenz
Prof. Beispiel MSc	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mandatstagende*r Fachgesellschaft Name 4. Mitglied Mandatstragende*r Name 5.	Keine

¹ In die tabellarische Zusammenfassung wurden hier nur die Angaben übertragen, für die nach Diskussion und Bewertung der vollständig entsprechend Formblatt der AWMF offengelegten Sachverhalte in der Leitliniengruppe ein thematischer Bezug zur Leitlinie festgestellt wurde. Die vollständigen Erklärungen sind im Leitlinienssekretariat hinterlegt.

² Alternativ kann auch nur ein „Ja“ eingetragen werden und auf die Nennung der Unternehmen verzichtet werden

Anhang 4. Ausfüllhilfe für Interessenerklärungen

Ausfüllhilfe für Interessenerklärungen – Antworten zu häufig gestellten Fragen

Bitte beachten Sie auch die erläuternden Fußnoten im Interessenerklärungsformular!

1) Für welchen Zeitraum muss ich Angaben machen?

Die Erklärungen gelten für das laufende Jahr und die drei Jahre davor
(Beispiel: Abgabe im März 2021 – dann Angaben von 1. Januar 2018-März 2021)

2) Muss ich alle Interessen angeben, auch wenn sie thematisch nichts mit dem aktuellen Leitlinienthema zu tun haben?

Ja, bitte geben Sie alle direkten, finanziellen und indirekten Interessen an, zu denen Fragen gestellt werden, unabhängig vom Themenbezug, den Sie persönlich sehen. Das ermöglicht dem/der Bewerber*in den thematischen Bezug festzustellen. Für Sie ist der Vorteil, dass Sie die Interessenerklärung auch für weitere Zwecke nutzen können.

3) Was zählt als „Institution“ im Gesundheitswesen?

Dazu zählen u.a. kommerziell orientierte Auftragsinstitute, Versicherungen/ Versicherungsträger*innen, oder öffentliche Geldgeber*innen (z.B. Ministerien, Deutsche Forschungsgemeinschaft), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, ggf. auch Arbeitgeber*innen.

4) Ich halte mehrere Vorträge für eine Institution/Organisation (Beispiel: Ärztekammer): muss ich diese alle angeben?

Ja, es genügt allerdings, wenn Sie dies zusammenfassend angeben: 2018-2020 „Vorträge für die Ärztekammer“ und die Themen nennen.

5) Ich habe mehrere Buchartikel für Verlage geschrieben - muss ich diese alle angeben?

Hier genügt es, wenn Sie angeben „Buchartikel“ und die Themen nennen.

6) Muss ich alle meine Publikationen nennen?

Nein, die Angabe Ihrer gesamten Publikationsliste/Pubmed-Liste ist nicht erforderlich. Sie können sich auf die Angabe von Themenschwerpunkten bzw. Nennung derjenigen Publikationen beschränken, die Ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt beschreiben.


7) An unserer Klinik werden viele Studien durchgeführt, muss ich diese alle angeben?

Sie brauchen nur diejenigen Studien anzugeben, für die Sie verantwortlich sind (Organisationsverantwortung).

8) Wie genau müssen die Angaben zur Höhe der Bezüge sein?

Die Gelder, die Sie erhalten haben, können sie als Gesamtbetrag pro Kategorie und Zeitraum gerundet angeben z.B. persönliches Honorar ca. 10.000 €, Zeitraum 01/2018 - 03/2021

Anhang 5. Anmeldeformular

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.	Association of the Scientific Medical Societies in Germany	
Anmeldeformular Leitlinienprojekt Fassung vom 03. November 2020		
Titel der Leitlinie:		
Art der Anmeldung:	<input type="checkbox"/> neue Leitlinie <input type="checkbox"/> Upgrade oder <input type="checkbox"/> Update von AWMF-Register-Nr.: <input type="checkbox"/> partiell <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> Living Guideline	
Geplante S-Klasse:	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2e <input type="checkbox"/> S2k <input type="checkbox"/> S3	
Anmeldedatum:		
Geplante Fertigstellung (Monat/Jahr):		
Gründe für die Themenwahl:		
Zielorientierung der Leitlinie:		
Verbindung zu vorhandenen Leitlinien:	AWMF-Register-Nr. angeben:	
Anmelder*in (Person):		
Anmeldende Fachgesellschaft(en):		
Beteiligung weiterer AWMF-Fachgesellschaften:		
Beteiligung weiterer Fachgesellschaften oder Organisationen:		
Ansprechpartner*in (Leitlinienssekretariat):		
Leitlinienkoordination (Name):		
Versorgungsbereich	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Früherkennung <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> primärärztliche Versorgung <input type="checkbox"/> spezialärztliche Versorgung	
Patienten*innenzielgruppe	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche	
Adressat*innen der Leitlinie (Anwender*innenzielgruppe):		
Geplante Methodik (Art der <i>evidence</i> -Basierung, Art der Konsensusfindung):		
Ergänzende Informationen zum Projekt (vorhanden ja/nein, wenn ja: wo?):		
Bitte ausfüllen und per E-Mail senden an: anmeldung@awmf-leitlinien.de		
<small>Hinweis zum Datenschutz: Die AWMF erhebt Ihre Daten zum Zweck der Anmeldung eines Leitlinienvorhabens. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für die Durchführung des Leitlinienvorhabens erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nur im Rahmen der Erfüllung des Regelwerkes der AWMF statt. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Sie sind berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.</small>		

Anhang 6. Ausfüllhilfe Anmeldeformular

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften e.V.

Association of the
Scientific
Medical
Societies in Germany



Ausfüllhilfe für Anmeldeformular Leitlinienprojekt

Fassung vom 27.10.2020

Titel der Leitlinie:	Bitte wählen Sie einen aussagefähigen, aber möglichst kurzen Titelvorschlag für Ihre Leitlinie. „Living Guideline“ bitte im Titel mitführen.
Art der Anmeldung:	<input type="checkbox"/> neue Leitlinie <input type="checkbox"/> Upgrade oder <input type="checkbox"/> Update von AWMF-Register-Nr.: <input type="checkbox"/> partiell <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> Living Guideline
Geplante S-Klasse:	S1, S2e, S2k, S3, bitte konkret angeben. Eine Entscheidungshilfe für die Wahl der Klasse finden Sie unter https://www.awmf-leitlinien.de Rubrik LL-Regelwerk => LL-Register , Klassifikation der Entwicklungsstufen
Anmeldedatum:	Tag/Monat/Jahr
Geplante Fertigstellung (Monat/Jahr):	Bitte geben Sie an, wann die Leitlinie voraussichtlich fertig sein soll. Bitte beachten Sie: Nach Ablauf dieses Datums werden Sie von der Geschäftsstelle der AWMF um Auskunft zum Projektstand gebeten. Wird eine solche Auskunft nicht erteilt, wird Ihre Anmeldung aus dem Register entfernt. Bitte beachten Sie für „Living Guidelines“: Benennen Sie die Aktualisierungszeiträume, diese betragen höchstens 12 Monate. Die Anmeldung einer „Living guideline“ erfolgt für maximal 5 Jahre.
Gründe für die Themenwahl	Bitte geben Sie an, warum Sie dieses Leitlinienthema ausgewählt haben. Die Begründung sollte Angaben zur Häufigkeit des Versorgungsaspekts und zu den Verbesserungspotentialen enthalten. Bei Aktualisierungen von LL: ggf. Eingrenzung, welche Kapitel/Empfehlungen überarbeitet werden sollen und welche weiterhin Bestand haben/gültig sind.
Zielorientierung der Leitlinie:	Bitte geben Sie konkret an, welche Ziele in der Leitlinie adressiert und mit der Verbreitung und Umsetzung der Leitlinie erreicht werden sollen
Verbindung zu vorhandenen Leitlinien:	Bitte geben Sie zum einen an, ob inhaltliche Überschneidungen mit existierenden Leitlinien oder angemeldeten Leitlinienprojekten möglich sind, z.B. welche Leitlinien sich schon mit einzelnen Themenbereichen Ihrer Leitlinie beschäftigt oder schon (teilweise) entsprechende Empfehlungen ausgesprochen haben und zum anderen wo Sie sinnvolle Ergänzungen zu existierenden Leitlinien sehen. Dazu kann die Suchfunktion auf der AWMF-Leitlinienstartseite verwendet werden. Geben Sie hier bitte die AWMF-Register-Nummern solcher Leitlinien an.
Anmelder*in (Person)	Bitte geben Sie an, wer die Leitlinie anmeldet, dies muss nicht der/die Koordinator*in sein.

Anmeldende Fachgesellschaft(en):	Bitte geben Sie die Fachgesellschaft(en) an, die die Leitlinie anmelden (in der Regel bis zu drei Fachgesellschaften, darunter muss mindestens eine Mitgliedsgesellschaft der AWMF sein).
Beteiligung weiterer AWMF-Fachgesellschaften:	Bitte geben Sie an, welche AWMF-Fachgesellschaften (vollständig ausgeschriebene Namen) zur Mitarbeit an ihrer Leitlinie bereits angefragt wurden und welche bereits zugesagt haben. Bitte beachten Sie: Vertreter*innen aller unten genannten Adressat*innen der Leitlinie sollten bei deren Interesse in die Entwicklung eingebunden sein.
Beteiligung weiterer Fachgesellschaften oder Organisationen:	Bitte geben Sie an, welche Organisationen (vollständig ausgeschriebene Namen) zur Mitarbeit an ihrer Leitlinie bereits angefragt wurden (z. B. Patient*innenorganisationen, Berufsverbände; hier bitte auch Fachgesellschaften außerhalb der AWMF angeben). Bitte beachten Sie: Vertreter aller unten genannten Adressat*innen der Leitlinie sollten bei deren Interesse in die Entwicklung der Leitlinie eingebunden sein.
Ansprechpartner*in (Leitliniensekretariat):	Bitte geben Sie an, unter welcher Adresse Interessierte mit den für die Anmeldung bzw. für das Leitlinienprojekt verantwortlichen Personen Kontakt aufnehmen können (diese muss nicht identisch mit der Adresse der Koordinatorin/des Koordinators sein)
Leitlinienkoordination (Name):	Bitte geben Sie an, welche Person(en) die Leitlinienerstellung verantwortlich koordiniert/koordinieren.
Versorgungsbereich:	Bitte geben Sie an, für welche/n Versorgungssektor/en, -abschnitte und -ebenen die Leitlinie entwickelt wird, z.B. <ul style="list-style-type: none"> - ambulant/stationär/teilstationär - Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation - primärärztliche/spezialisierte Versorgung
Patient*innenzielgruppe:	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche Bitte kreuzen Sie mindestens an, ob die Leitlinie für Erwachsene und/oder für Kinder/Jugendliche entwickelt wird. Bitte spezifizieren Sie gegebenenfalls die Patientenzielgruppe (z.B. Säuglinge / Kleinkinder / Schwangere / Stillende / ältere Personen / Männer / Frauen; Klassifikation / Stadium der Erkrankung; Komorbidität(en))
Adressat*innen der Leitlinie (Anwenderzielgruppe):	Bitte geben Sie an, wer diese Leitlinie verwenden soll und an wen sich die Informationen der Leitlinie richten. Dies können z.B. Ärzt*innen bestimmter Fachrichtungen, Patient*innen, andere Berufsgruppen sein.
Geplante Methodik (Art der evidence-Basierung, Art der Konsensfindung):	Sofern die Klassen S2e, S2k oder S3 angestrebt werden, geben Sie bitte an, <ol style="list-style-type: none"> 1. wie Literatur gesucht, ausgewählt und bewertet wird (S2e, S3) 2. welche der formalen Konsensustechniken (nominaler Gruppenprozess, Konsensuskonferenz, Delphi-Verfahren) bei der Abstimmung über die Empfehlungen angewandt wird/werden (S2k, S3) und wie die Neutralität der Moderation gewährleistet wird.
Ergänzende Informationen zum Projekt (vorhanden ja/nein, wenn ja: wo?):	Wenn zusätzliche Informationen zu ihrem Leitlinienprojekt vorhanden sind: Bitte geben Sie an, wo diese zu finden sind (z.B. über das Leitliniensekretariat) und/oder führen Sie sie hier auf (z.B. zur Existenz internationaler LL, zur Förderung des Leitlinienprojekts), ggf. als Links.

Anhang 7. Musterevidenztabelle

Ziel der Evidenztabelle:

Einschätzung der gegenwärtigen Evidenzlage zum Thema als Informationsgrundlage zur Formulierung und Graduierung von Empfehlungen

Beispiel für Evidenztabelle:

Wir bitten, dieses Muster einer Evidenztabelle als Beispiel zu verstehen, dass nach der jeweiligen Thematik der Leitlinie modifiziert werden sollte.

Referenz Studientyp	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)		Drop-out Rate	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)	Haupt- ergebnis	Bemerkung/ Evidenzgrad
	insgesamt							
Autor*in und Jahr (Ref.Nr.) ggf. Link zur Publikation Spezifikation der Studie: RCT, Kohortenstudie, Fall-Kontroll-Studie, etc.	Anzahl aller Patient*innen in der Studie (Ein- und Ausschlusskriterien, Unterschiede zwischen den Gruppen (z.B. eingeschlossene und ausgewertete Gruppe), Anzahl rekrutierter und/oder ausgewerteter Patient*innen (pro Gruppe oder ITT))		Angabe insgesamt und/ oder pro Gruppe (absolute Zahlen und/oder Prozent-angabe)	Details der Intervention für jede Gruppe (Dosis, Zeitraum, etc.)	Details der Kontroll- gruppe (Dosis, Zeitraum, etc.)	Angabe der primären Zielgröße (gewöhnlich die auf die die Fallzahlkalkulation basiert) und sekundäre Zielgröße(n) (vom/von Autor*in angegeben)	Ergebnisse der <u>primären</u> und <u>sekundären</u> Zielgrößen: Effektstärke und Präzision (absolute Zahlen, Mittelwert oder Prozent-angaben, p-Wert, Konfidenz-intervalle) Angaben <u>unerwünschter Ereignisse</u> insgesamt und/oder pro Gruppe	Angaben auffälliger positiver und/oder negative Aspekte hinsichtlich Studiendesign, Durchführung und Auswertung (z.B. unangemessene Hypothese, fehlende Verblindung bei RCT, inadäquate statistische Verfahren)
	Pro Arm							
	Anzahl der Patient*innen in der Interventions- gruppe	Anzahl der Patient*innen in der Kontrollgruppe						

Modifiziert nach Guidelines International Network – Evidence Tables Working Group: englisches Original verfügbar unter: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/etwg-documents/template-evidence-summary-intervention-studies>. (Stand: 20.07.2011)

Briefentwurf - Einladung zur Konsensuskonferenz
Anwendungshinweise:
graue Markierungen individuell ausfüllen.
Es handelt sich um ein Rohmuster-Text. Bitte individuell bearbeiten und ergänzen!

Anhang 8. Musterbrief „Einladung zur Konsensuskonferenz“

Absender

[Leitlinien-Koordinierende, Titel der einladenden, federführenden Fachgesellschaft/
Organisation]

Anschrift

[persönliche*r Ansprechpartner*in, Titel der einzuladenden Fachgesellschaft/ Organisation]

Betr.: Einladung zur Konsensuskonferenz

Sehr geehrte/r [Titel, Name Mandatsträger*in]

es freut uns, Ihnen mitteilen zu können, dass die Erstellung der [S2k/S3-] Leitlinie [Titel der
Leitlinie, AWMF-Reg.-Nr.] weit vorangeschritten ist.

Für die Erreichung der [S2k- bzw. S3-] Entwicklungsstufe ist ein formales Verabschiedungs-
verfahren der erarbeiteten Empfehlungen notwendig.

Da die von Ihnen vertretene [Titel der Fachgesellschaft/ Organisation] an der Leitlinie [Titel der
Leitlinie] beteiligt ist, möchten wir Ihnen die Gelegenheit geben, bei der Verabschiedung der
Empfehlungen dieser interdisziplinären Leitlinie mitzuwirken.

Daher laden wir Sie herzlich

am [Datum]
von [Uhrzeit]
nach [Ort und Tagungsort] ein.

Das formale Verabschiedungsverfahren [Nominaler Gruppenprozess, Strukturierte
Konsensuskonferenz] wird Herr/Frau [Name] von der AWMF moderieren. Die Vorgehensweise
und die Techniken werden Ihnen vor Ort vorgestellt.

In der Anlage finden Sie die Unterlagen, die Ihnen eine inhaltliche Vorbereitung ermöglichen
sollen

- der Leitlinien-Entwurf (Volltext einschließlich des Leitlinienreports)
- die Zusammenfassung der zu konsentierenden Empfehlungen

Wir bitten Sie, das beiliegende Antwortformular ausgefüllt bis zum (Datum) an uns
zurückzusenden.

[E-Mail-Adresse]

[Anschrift ihrer Fachgesellschaft]

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit
Mit freundlichen Grüßen

Briefentwurf - Einladung zur Konsensuskonferenz
Anwendungshinweise:
graue Markierungen individuell ausfüllen.
Es handelt sich um ein Rohmuster-Text. Bitte individuell bearbeiten und ergänzen!

Teilnahme an der Konsensuskonferenz zur [S2k/S3]-Leitlinie [Titel, AWMF-Reg.Nr.]

Fachgesellschaft / Organisation:

Mandatsträger*in:

Titel, Vorname, Nachname:

Institut/Klinik:

Straße + Hausnummer:

PLZ + Ort:

Ich nehme teil: () ja
 () nein, aber werde vertreten durch

Titel, Vorname, Nachname:

Datum, Unterschrift, Stempel:

Anhang 9. Formale Konsensfindungstechniken

Das **Ziel** sind manipulationsfreie und reproduzierbare Ergebnisse durch eine strukturierte Interaktion, in deren Rahmen individuelle Beiträge der Teilnehmenden systematisch erfasst, transparent gemacht und zusammengeführt werden.

Beteiligung am Konsensprozess:

- Expert*innen, Anwendende und Patient*innen bzw. Bürger*innen
- Interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt, wo zielführend
- Unabhängigkeit bzw. Pluralität der Abhängigkeiten

Methodik der Konsensfindung:

- Nominaler Gruppenprozess (ca. 15 – 20 Teilnehmende)
- Strukturierte Konsensuskonferenz (>20 – 60 Teilnehmende)
- Delphi-Technik (bis ca. 200 Teilnehmende)

Nominaler Gruppenprozess

In Vorfeld:

Festlegung von Zielen, Vorgehensweise, Abstimmungsverfahren, Tagungsort

Einladung aller an der Verabschiedung Beteiligten

Unabhängige Moderation

Tischvorlage: Leitlinienmanuskript, Empfehlungen

Ablauf:

- Präsentation der zu konsentierenden Aussagen / Empfehlungen
- Stille Notiz: Welcher Empfehlung/Empfehlungsgrad stimmen Sie nicht zu? Ergänzung, Alternative?
- Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch den/die Moderator*in
- Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer Rangfolge
- Debattieren / Diskussion der Diskussionspunkte
- Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und alle Alternativen
- Schritte werden für jede Empfehlung wiederholt

Vorteile	Nachteile	Mögliche Bias-Gefahr
Mehr Gruppendynamik	Weniger Anonymität der Beiträge	Selektion der Teilnehmenden
Starke Gruppeninteraktion	Längere Dauer (mehrere Tage)	Majoritäts- und Minoritätseinflüsse
Mehr Eigentumsgefühl	Die in der Regel nur einmalige Möglichkeit, eine Rückmeldung geben zu können	Soziales Faulenzen
Mehr Klärungsmöglichkeiten	Eingeschränkte Teilnehmendenzahl	Groupthink
Relativ geringer organisatorischer Aufwand		Brainstorming
		Präsentation der Informationen

Strukturierte Konsensuskonferenz

Ablauf

Im ersten Teil der Konferenz

- Treffen der Teilnehmenden in themenspezifischen Kleingruppen
- Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen

Im zweiten Teil der Konferenz

- Präsentation der Ergebnisse der Kleingruppendiskussion dem Gesamtplenum von den Gruppensprecher*innen
- Stellungnahmen werden zur Abstimmung gebracht
- Unterstützung der Kleingruppen und Plenarsitzung durch unabhängige Moderator*innen
- Das Ergebnis muss am Ende der Konferenz festgeschrieben werden.

Vorteile	Nachteile	Mögliche Bias-Gefahr
Geeignet für über 100 Teilnehmende	Geringe Möglichkeit zur Interaktion	Selektion der Teilnehmenden
Anonymisierte Abstimmung mit elektronischen Systemen möglich	Geringe Möglichkeit zur Strukturierung der Gruppendiskussion	Präsentation der Informationen
Plenum eignet sich für erweiterte externe Prüfung, fördert die Akzeptanz		Majoritäts- und Minoritätseinflüsse
		Groupthink
		Soziales Faulenzen
		Brainstorming

Delphi-Technik

Hierbei handelt es sich um eine mehrstufige Befragungsmethode, welche unter Expert*innen verschiedener Fachbereiche schriftlich durchgeführt wird. Durch einen entstehenden Rückkopplungsprozess durch die Information der Teilnehmenden über die Gruppenantwort wird versucht, den Gruppenmitgliedern die Möglichkeit einer Überprüfung bzw. eines Vergleichs ihrer Aussagen zu geben.

Ablauf

- Einholen der Beiträge schriftlich und anonymisiert mittels strukturierter Fragebögen
- Zusammenfassung der Beiträge und Rückmeldung an die Gruppe
- Fortführung der Befragungsrunden bis zum Erreichen einer Gruppenantwort (Konsens oder begründeter Dissens)

Vorteile	Nachteile	Mögliche Bias-Gefahr
Geeignet auch für größere Gruppen	Kein direkter Austausch	Selektion der Teilnehmenden
Anonymisierung schützt Einzelbeiträge und unterstützt die Fokussierung auf Inhalte	Sehr hoher organisatorischer Aufwand	Präsentation der Informationen
Rückmeldung / Stellungnahmen über Verwendung eines Formblattes	Anpassungsdruck durch Rückkopplungsphase	

Anhang 10. Leitfaden zur Erstellung eines Leitlinienreports

Leitfaden zur Erstellung des Leitlinienreports für Autor*innen von S2k, S2e und S3-Leitlinien

Dieser Leitfaden soll als Orientierungshilfe für die Dokumentation Ihrer methodischen Vorgehensweise bei der Entwicklung Ihrer Leitlinie dienen. Bitte berücksichtigen Sie die aufgeführten Aspekte bereits bei der Planung des Leitlinienprojekts und versuchen Sie, so detailliert wie möglich zu berichten. Dies dient der Transparenz, der Qualität und der Akzeptanz Ihrer Leitlinie. Der Leitfaden bildet vor allem die Kriterien des *Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation (AGREE) II-Instrument* ab (<https://www.agreetrust.org>)

Aus diesem Grund wird die Nutzung der Langfassung von *AGREE II* zusätzlich als Informationsgrundlage empfohlen. Bitte beachten Sie besonders die Kriterien, die bei Einreichung aller Leitlinien zur Publikation bei der AWMF geprüft und für die Begründung der Klassifikation als S2e-, S2k- oder S3-Leitlinie herangezogen werden (siehe Markierungen). Aus der Beschreibung muss hier hervorgehen, dass die in den Regeln formulierten Anforderungen erreicht werden (www.awmf.org/leitlinien/).

Bitte geben Sie 3-5 Schlüsselwörter an, damit Ihre Leitlinie über die Suchfunktion unserer Internetseite für den Nutzenden besser auffindbar wird

Schlüsselwörter (Deutsch):

Keywords (Englisch):

1. Geltungsbereich und Zweck

- **Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas**
(s. AGREE II Kriterium 1)
- **Zielorientierung der Leitlinie**
(s. AGREE II Kriterium 1)
- **Zielpopulation (z.B. Patient*innen, Bevölkerung)**
(s. AGREE II Kriterium 3)
- **Versorgungsbereich**
(s. AGREE II Kriterium 3)
- **Anwenderzielgruppe/Adressat*innen**
(s. AGREE II Kriterium 6)

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

- **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen**
(s. AGREE II Kriterium 4) **S2k S3**
- **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patient*innen, Bevölkerung)**
(s. AGREE Kriterium 5) **S2k S2e S3**

3. Genauigkeit der Leitlinienentwicklung

Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

- **Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten**
(s. AGREE II Kriterium 2)
- **Systematische Recherche**

(s. AGREE II Kriterium 7) **S2e S3**

○ **Auswahl der Evidenz**

(s. AGREE II Kriterium 8) **S2e S3**

○ **Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung** **S2e S3**

(s. AGREE II Kriterium 9)

Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung **S2e S3**

(s. AGREE II Kriterium 12)

Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

○ **Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung**

(AGREE II Kriterium 10) **S2k S3**

○ **Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken**

(s. AGREE II-Kriterium 11)

○ **Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgraden**

(s. AGREE II Kriterium 12) **S2e S3**

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

○ **Externe Begutachtung**

(s. AGREE Kriterium II-Kriterium 13)

○ **Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen** **S2k S2e S3**

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

○ **Finanzierung der Leitlinie**

(s. AGREE II Kriterium 22) **S2k S2e S3**

○ **Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten**

(s. AGREE II Kriterium 23) **S2k S2e S3**

siehe auch <https://www.awmf.org>, „Interessen und Umgang mit Interessenerklärungen.“

6. Verbreitung und Implementierung

○ **Konzept zur Verbreitung und Implementierung**

(s. AGREE Kriterium 18)

○ **Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie**

(s. AGREE II Kriterium 19)

○ **Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie**

○ **Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren**

(s. AGREE II Kriterium 21)

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

- **Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status** (Gültig bis... Datum)
- **Aktualisierungsverfahren**
(s. AGREE II Kriterium 14)

Anhang 11. Checkliste zur Publikation

Publikation einer Leitlinie bei
AWMF online:



Checkliste

Um Nachfragen der AWMF und damit unnötige Verzögerungen bei der Publikation Ihrer Leitlinie zu vermeiden, prüfen Sie bitte alle folgenden Punkte vor der Einreichung der Leitlinie bei der AWMF (E-Mail: imwi@awmf.org):

Titel der Leitlinie: _____

AWMF-Register Nr. ____/____

Der Leitlinientext ist vollständig korrigiert	<input type="checkbox"/>
Leitlinientext ist in Kapitel unterteilt und diese sind konsistent nummeriert:	<input type="checkbox"/>
Leitlinientext enthält - wo möglich - die zugehörigen ICD-10-Codes	<input type="checkbox"/>
Die Titelseiten der Leitlinie (<i>auch bei Print-Publikationen !</i>) und aller dazu gehörigen Dokumente enthalten deutlich sichtbar	
- die AWMF-Register-Nr. der Leitlinie	<input type="checkbox"/>
- die methodische Klassifizierung der LL (S1, S2e, S2k oder S3)	<input type="checkbox"/>
Die Titelseite der Leitlinie enthält deutlich sichtbar	
- die federführende(n) und beteiligte(n) Fachgesellschaft(en)	<input type="checkbox"/>
Bei allen Leitlinien (S2e, S2k, S3): Der Leitlinienreport ist beigelegt	
Bei allen Leitlinien (S2e, S2k, S3) und Handlungsempfehlungen (S1): Die Erklärungen von Interessen aller Mitwirkenden sowie das Verfahren zur Erfassung und Bewertung von und zum Umgang mit Interessenkonflikten sind dargelegt	
Bei gleichzeitiger Publikation der Leitlinie in einer Zeitschrift: Der Verlag ist über die Vergabe des Rechts der elektronischen Publikation an die AWMF informiert	
Die Angaben Gründe für die Themenwahl, Zielorientierung der Leitlinie, Links zu verwandten Leitlinien, Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen, Versorgungsbereich, Patient*innenzielgruppe, Adressierte finden sich im Leitlinientext/Leitlinienreport <u>oder</u>	
sollen von der AWMF unverändert aus der Leitlinien-Anmeldung auf das Datenblatt der Leitlinie übernommen werden	
Bitte nennen Sie uns fünf Schlüsselwörter des Leitlinientextes , die wir übernehmen, um die Suchfunktion auf unserer Internetseite zu konkretisieren:	
.....	
Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, fünf Schlüsselwörter des Titels zu nennen, die bei der Suche zu Ihrer Leitlinie führen (Titelsynonyme):	
.....	
Für die Publikation über die Bibliothek des Guidelines International Network (G-I-N-Library):	
Englischer Titel der Leitlinie:	
Englische Schlüsselwörter des Titels (idealerweise MeSH):.....	
.....	

Version 1.4, 20.07.2016

Abkürzungsverzeichnis

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation = Instrument zur methodischen Bewertung von Leitlinien
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews = Checkliste zur methodischen Bewertung systematischer Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, seit 2017 als AMSTAR II
ASS	Acetylsalicylsäure
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWMF-IMWi	AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CGS-GmbH	Clinical Guideline Services-GmbH
DAG-SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
G-I-N	Guidelines International Network
GoR	Grade of Recommendation, Empfehlungsgrad
GRADE Working Group	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Arbeitsgruppe
HL7	Health Level 7
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LoE	Level of Evidence = Evidenzgrad
LL	Leitlinie(n)
MAGIC App	Making GRADE the Irresistible Choice App
MeSH	Medical Subject Heading
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung der Selbsthilfe
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
OL	Leitlinienprogramm Onkologie
PEDro	Physiotherapy Evidence Database
PICO(S)	Patient-Intervention-Comparison-Outcome-(Setting)
RSS	Rich Site Summary - Dateiformat für Web-Feeds
SIGN	Scottish Intercollegiates Guideline Network
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
S-Klassifikation	Stufenklassifikation der AWMF für Leitlinien anhand der verwendeten Systematik
S2k	S2konsensbasiert
S2e	S2evidenzbaisert
TED-System	Tele-Dialog-System = Begriff für ein Verfahren, sein Votum anonym mittels eines drahtlosen Abstimmungsgeräts abzugeben
U.S.	United States
WWW	World Wide Web

Tabellenverzeichnis


Tabelle 1: Aufgaben bei der Leitlinien-Entwicklung unter Berücksichtigung der Stufenklassifikation	18
Tabelle 2: Beispiel für eine Evidenztabelle mit Bewertung pro Studie	50
Tabelle 3: Dreistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen	57
Tabelle 4: Zweistufiges Schema zur Graduierung von Empfehlungen (GRADE).....	57
Tabelle 5: Feststellung der Konsensusstärke.....	62
Tabelle 6: Aktualisierungsoptionen nach dem AWMF-Regelwerk	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufenklassifikation nach Systematik.....	12
Abbildung 2: Bewertung der Relevanz der Endpunkte (Outcomes).....	25
Abbildung 3: PICO(S)-Schema	26
Abbildung 4: Algorithmus zur Bewertung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	30
Abbildung 5: Dokumentation einer spezifischen/eingrenzenden Suchstrategie in Medline via Pubmed	43
Abbildung 6: Beispiel-Dokumentation einer Recherche.....	45
Abbildung 7: Vierstufige Evidenzbewertung nach GRADE	49
Abbildung 8: Beispiel für eine Bewertung pro Endpunkt über alle eingeschlossenen Studien (GRADE) (29)	51
Abbildung 9: Beispiel für die strukturierte Darlegung von Entscheidungskriterien für eine Empfehlung: GRADE Evidence to Decision Framework (EtD) in der Ansicht der GRADEpro Software	58
Abbildung 10: Beispiel - Präsentation von Empfehlungen in einer S3-Leitlinie mit Evidenzbewertung nach GRADE	66
Abbildung 11: Beispiel - Vorlage für eine Empfehlung einer S3-Leitlinie mit Evidenzbewertung nach Oxford 2011 aus Template S3-Leitlinie	66
Abbildung 12: Beispiel -Vorlage für eine Empfehlung einer S2k-Leitlinie (hier Empfehlungsgrad nur mit Pfeilsymbol)	67
Abbildung 13: Beispiel: Orientierung am Versorgungsablauf: Klinischer Algorithmus.....	67
Abbildung 14: Evidence Ecosystem (Quelle: MAGIC Evidence Ecosystem Foundation).....	73
Abbildung 15: Beispiel für die Darstellung von Leitlinien auf der AWMF-Internetseite	74
Abbildung 16: S2e-, S2k- und S3-Template	75
Abbildung 17: Beispiel für das Ausweisen von "Gemeinsam Klug Entscheiden"-Empfehlungen für Professionelle	76
Abbildung 18: Beispiel für eine laienverständliche "Gemeinsam Klug Entscheiden"-Empfehlung....	76
Abbildung 19: Beispiel für das Ausweisen eines studentischen Lernziels in Leitlinien.....	77
Abbildung 20: Beispiel für eine Entscheidungshilfe für Betroffene.....	77
Abbildung 21: Barrierenanalyse in Anlehnung an die "Force Field Analysis" (K. Lewin).....	81
Abbildung 22: Qualitätsmanagement für die Fortschreibung und Aktualisierung von Leitlinien in Anlehnung an Albert et al. 2008. Die Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland - Methodik der S3-Leitlinien-Aktualisierung (7)	89

Anlage 13: Flyer Informations-, Beratungs- und Schulungstableau

I = schriftl. Information (Infobrief, E-Mail), IV = Informationsveranstaltung, V = Vortrag, PP = PowerPoint-Präsentation, G = Gespräch

Träger / Management / Leitung / Stabsstellen	Mitarbeiter in der Versorgung	Angehörige / Betroffenenvertreter	Hausärzte	Notärzte	SAPV, Hospiz	 Steuergruppe
1. Vor Beginn des Projektes (längerfristig bzw. Erstinformationen)						
Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie allgemeinen Vorgehensweise (60 min.; PP, G)	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts, der Vorgehensweise sowie der Vorteile (45 min.; PP, G)	Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie der Vorgehensweise (45 min.; PP, G)	Info-Abend mit Präsentation und Austausch (60 min.) oder Schriftliche Erstinformation mit Einladung zu einem persönlichen Gespräch (30 min.)	Info-Abend mit Präsentation und Austausch (60 min.)	SAPV: Kurze Vorstellung der Zielsetzung des Projekts sowie der Vorgehensweise (60 min.; PP, G) Hospiz: Info-Abend mit Präsentation und Austausch (60 min.)	Persönliche Ansprache der potentiellen Mitglieder ⇒ Erstes Infotreffen: Kurze Vorstellung des Projekts, dessen Zielsetzung sowie der Aufgaben der Steuergruppe (90 min.; V, PP)
2. Unmittelbar vor Beginn des Projektes (kurzfristig – innerhalb von 3 Monaten)						
Vermittlung der Ziele und Inhalte der Leitlinien sowie strategisches Vorgehen (60 min.; PP, G)	Vorstellung der Ziele und Inhalte Leitlinie und Erörterung der Umsetzung, der damit verbundenen Prozesse sowie der Aufgaben des Fachteams bzw. Palliativdienstes (90 min.; IV, PP ⇒ Teamsitzungen)	Vorstellung der Ziele und Inhalte der Leitlinie und der Auswirkungen auf die Versorgung (60 min.; IV, PP)	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (30 min.; persönliches Gespräch)	Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (60 min.; IV, PP)	SAPV: Vorstellung des Projekts und der Leitlinie, Erwartungen an die Zusammenarbeit (60 min.; IV, PP) Hospiz: Erläuterung der Projekthinhalte, -ziele und der Vorgehensweise ((90 min.; IV, PP)	Vorstellung der Ziele und Inhalte Leitlinie und Erörterung der Umsetzung sowie der damit verbundenen Prozesse (90 min.; PP, G)
3. Während der Einführung (mittelfristig – innerhalb eines Jahres)						
Abteilungsleitersitzung: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (60 min.; PP)	Fachteam: Sammeln und Dokumentation von Informationen zum Projektstatus (90 min.; Projektsitzung) Mitarbeiter: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (60 min.; IV, PP)	Information zu zielgruppenrelevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (60 min.; PP, G)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (90 min.; IV, PP)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (90 min.; IV, PP)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase, Erfahrungsaustausch, Klären von Fragen, Finden von gemeinsamen Lösungen (90 min.; IV, PP)	Information zum Projektstatus, Prüfen der Projektkonformität (90 min.; Projektsitzung)
4. Während der Einführung (langfristig – innerhalb von 3 bis 5 Jahren)						
Einrichtungsleitersitzung: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (45 min.; PP)	Fachteam: Sammeln und Dokumentation von Informationen zum Projektstatus (90 min.; Projektsitzung) Mitarbeiter: Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Information zu zielgruppenrelevanten (Zwischen-) Ergebnissen der Projektphase (I)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Transfer der (Zwischen-) Ergebnisse der Projektphase (I)	Information zum Projektstatus, Prüfen der Projektkonformität (90 min.; Projektsitzung)
5. Konsolidierungsphase						
Einrichtungsleitersitzung: Transfer der Projektergebnisse (45 min.; PP)	Sammeln und Dokumentation wichtiger Informationen zum Projektstatus, Abschlussdokumentation (90 min.; Projektsitzung)	Information zu zielgruppenrelevanten Projektergebnissen (I)	Transfer der Projektergebnisse (I)	Transfer der Projektergebnisse (I)	Transfer der Projektergebnisse (I)	Evaluation des Projekts (90 min.; Projektsitzung)

Help Desk

Der überwiegende Teil der Menschen wünscht sich, die letzte Lebensphase in vertrauter, häuslicher Umgebung zu verbringen. Im Gegensatz dazu wird ein Großteil der Heimbewohner bzw. Krankenhauspatienten in ihren letzten Lebenstagen nochmals in ein weiteres Versorgungsumfeld verlegt, mit nicht unerheblichen Folgen sowohl für die Betroffenen als auch alle Beteiligten. Ziel der Leitlinien ist es, einen fachlich sowie organisations- und personalentwickelnden Prozess zu identifizieren, um die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen und damit nicht indizierte Verlegungen zu verhindern.

An diesem Prozess sind viele verschiedene Akteure und Berufsgruppen beteiligt. Eine erfolgreiche Umsetzung kann nur gelingen, wenn sie von der gesamten Einrichtung getragen und unterstützt wird.

In diesem Flyer finden Sie eine Kurzfassung unseres Informations-, Beratungs- und Schulungstableaus, das Ihnen eine zeitliche und inhaltliche Übersicht zur Planung notwendiger Veranstaltungen und Maßnahmen bietet, um alle beteiligten internen und externen Akteure zusammenzuführen, vorzubereiten und anzuleiten.

Zur Implementierung der Leitlinien in Ihrer Einrichtung wird Ihnen ein Help Desk zur Verfügung stehen, der Sie, angepasst an Ihre Ausgangssituation, mit Informationen über erforderliche Maßnahmen bis hin zu einem individuellen Projektmanagement unterstützt.

Der Help Desk ist zurzeit in Entwicklung begriffen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf unserer Projekt-Website

www.avenue-pal.de.

Kontakt:

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)
TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung
und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)
TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de



Informationen, Beratungen und Schulungen

*zur Implementierung der
Regionalen Leitlinie für
Krankenhäuser/Pflegeheime*

Anlage 14: Balanced Score Card Entwicklung

Balance-Scorecard Prototyp Krankenhaus (Stand 07.11.2019)

Vision

Allgemein: Ziel ist es, die organisatorischen und personellen Kompetenzen auf den Stationen der Art zu entwickeln, dass sterbende Patienten auf diesen bestmöglich betreut werden können. Darüber hinaus gelingt dies durch die Unterstützung eines Palliativen Konsildienstes (PK). In Folge dessen Einsatz und anderer verbesserter Kompetenzen vor Ort ist es möglich, die Verlegungshäufigkeit mittelfristig (3 J) auf unter 5% aller Sterbefälle zu reduzieren.

(Neben der Verlegungshäufigkeit wäre auch die Verlegungsrichtung ein entscheidendes Kriterium, ob das Projekt seinen Zweck erfüllt hat. Im Falle, dass sich eine palliative Patientensituation auf einer peripheren Normalpflegestation (NPS) abzeichnet, sollte es durch den PK und die ausgebaute Kompetenz auf der betroffenen Station möglich sein, eine klare Entscheidung zu treffen, wohin der Patienten am besten verlegt werden sollte. Hier ist der unreflektierte Ruf nach einer maximalen Medizin zu verhindern, wenn der Patient in einem Palliativen Setting wesentlich besser aufgehoben wäre. Also wäre eine mögliche Messgröße „weniger Verlegungen auf Intensivstation“ oder „Mehr Verlegungen auf die Palliative Station“ (jeweils als Erhöhung der Quote).

Perspektiven der Balanced-Score-Card (BSC)	Übersetzung auf die Perspektive des Projekts	Ziele	Kennzahlen bzw. operationalisierbare Ziele und Massnahmen	Datenquelle
Patienten- und Partnerperspektive (Angehörige, Hausärzte u.a.)	<ul style="list-style-type: none"> • Bestmögliche Lebens- und Versorgungsqualität der Sterbenden und Angehörigen • Zufriedenheit der betroffenen Partner • <i>Sicherung des Patientenwohls, der Teilhabe und Selbstbestimmung</i> 	<p>⇒ Stärkung der Eigenverantwortung ⇒ Berücksichtigung des Willens der palliativen Patienten ⇒ Vermeidung zusätzlicher Belastungen durch einen physischen stationären Verlegungsvorgang/bzw. Ortswechsel ⇒ Vermeidung psychischer Belastungen und Stress bei den Angehörigen, stattdessen Konzentration auf die Begleitung des Patienten durch einen gemeinsam geplanten, strukturierten, unterstützten Prozess (Shared Decision Konzept)</p>	<p>⇒ ACP!</p> <ul style="list-style-type: none"> - % Anteil der Bewohner / Patienten mit Patientenverfügung - % Anteil der Bewohner / Patientengruppe mit erfolgtem Beratungsgespräch - Ø erreichte Punktzahl in einem Fragebogen an Angehörige - Score für Lebensqualität (EQ5D oder ähnlich) - Möglicher Einsatz von PROM und PREM Indikatoren - %-Anteil verlegte Patienten von NPS > Intensiv und Palliativstation 	<p>Pflegedoku. / ACP-Doku.</p> <p>Pflegedoku. / ACP-Doku.</p> <p>QM, Auswertung Fragebogen</p> <p>Auswertung Fragebogen</p> <p>Auswertung Fragebogen</p> <p>Verlegungsstatistik</p>

				aus dem KAS (Krankenhaus- administrationssys- tem)
<p>Entwicklungs- perspektive</p> <p>. organisatorisch . personalbezogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der organisatorischen und personalbezogenen Voraussetzungen zur Stabilisierung der Versorgung Sterbender auf den Stationen • <i>Was müssen die Organisation und die Mitarbeiter lernen?</i> 	<p>Personalentwicklung</p> <p><i>Gesamt:</i> ⇒ Führungskräfte und Stabsstelleneinbindung ⇒ Stellenausschreibungen und Stellenbeschreibungen anpassen ⇒ Entwicklung von Informationen, Beratungen und Schulungen für Mitarbeiter (Schulungen und Kontakte sind essentiell)</p> <p><i>Wohnbereich / Station:</i> ⇒ Ansprechpartnersystem ⇒ Ausweitung palliativer Handlungskompetenzen ⇒ Einbindung des Themas in Methoden des k.v.P. und QM</p> <p>Orga-Entwicklung</p> <p><i>Gesamt:</i> ⇒ Überprüfen und anpassen Leitbild, Unternehmensverfassung u.ä. ⇒ Organisatorische Voraussetzungen prüfen und anpassen (z. B. Personalpool, Kooperationen, Patientenverfügungen) ⇒ Einbindung relevanter Stabsstellen und Dienste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personelle Besetzung PKD: Anzahl Soll-Ist gemäß Plan - % Anteil palliativ geschulter MA (eventuell: Zertifikate, Abschlüsse oder andere Wissensnachweise) - Schulungsplan: Anzahl durchgeführter Schulungen gemäß Plan, Soll-Ist - Anzahl Wohnbereiche / Stationen mit eigenem Ansprechpartner (Liste der Beauftragten zum Thema im QMH) - Zeitliche Abdeckung Ansprechpartner: Stunden täglich - Personalbesetzung: Tage mit voller Besetzung - Abdeckung notwendiger Kooperationen: Anzahl Soll-Ist - Anteil kooperativ versorgte Patienten am Gesamtkollektiv 	<p>Personalabteilung</p> <p>Personalentwicklung</p> <p>Personalentwicklung</p> <p>Checkliste</p> <p>Personaleinsatzplanung</p> <p>Personaleinsatzplanung Checkliste</p> <p>Liste mit Kooperations-</p>

		<p>⇒ Aufbau relevanter Kooperationen (SAPV, Hospiz etc.) ⇒ Anpassung KIS (z.B. für PK) ⇒ Etablierung Palliativer Konsildienst</p> <p><i>Station:</i> ⇒ Erkennen der Risikofaktoren für Krisen in der Betreuung Sterbender ⇒ frühzeitiges und gezieltes Einschalten des PK ⇒ Entwicklung eines „Krisenplanes“ mit PK ⇒ Anwendung IuK-unterstützte Weiterversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fortschritt Anpassung der Software: Anzahl Module / Arbeitspakete erledigt - Anzahl Fallbesprechungen mit PKD (⇒ Soll-Wert) - % Anteil der Bewohner / Patienten mit erfassten RF 	<p>partnern/Verträgen Checkliste</p> <p>KIS / Pflegedoku.</p> <p>KIS / Pflegedoku.</p>
<p>Prozess- und Strukturperspektive</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planung und inhaltliche Gestaltung der Sterbephasen bzw. individuellen Verläufe • Entlastung der beteiligten Berufsgruppen sowie deren berufliche Zufriedenheit • <i>Wie können die Abläufe in Effektivität und Effizienz verbessert werden?</i> 	<p>⇒ Umsetzung der Leitlinie ⇒ Vermeidung von Stress und Krisensituationen durch Strukturierung / SOP oder Standards für Pflege, Ärzte u.a. der Prozesse ⇒ Ablaufverbesserung durch „Casemanagement-Verständnis“ ⇒ Ausbau und Ergänzung der Anamnese und Planung</p> <p>⇒ Entlastung des allgemeinen Personals durch gezieltes Einschalten des Palliativteams ⇒ Erfassen der Arbeitszufriedenheit / Indiz: Mitarbeiterfluktuation ⇒ Handeln nach berufsständischen (Selbstverständnis), ethischen Aspekten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Leitliniengerechte Versorgung und Anzahl der Abweichungen vom Soll-Prozess (Begründung der Ausnahmen) - Anzahl Einsätze PKD (⇒ Soll-Wert?) - Verhältnis Anfragen / durchgeführten Interventionen PKD - Reaktionszeit Anforderung – Intervention PKD (⇒ aufgeschlüsselt nach Dringlichkeitsstufe: Notfall, Routine, möglichst zeitnah, auf Abruf) - Anzahl „Notfallverlegungen“ (ohne PKD) - Ø erreichte Punktzahl in einem Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit - Fluktuationsrate MA 	<p>Doku PKD</p> <p>Doku PKD</p> <p>Doku PKD</p> <p>Doku PKD</p> <p>KIS / Pflegedoku.</p> <p>QM, Auswertung Fragebogen (Mitbestimmungspflichtig – Betriebsrat!)</p>

Kosten- (Nutzen) perspektive	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourceneinsparung • <i>(Welche Kosten- und Nutzensauswirkungen sind für das Gesamtsystem bzw. für das Krankenhaus / Pflegeheim zu erwarten?)</i> 	<p>⇒ Ausmaß und Art der Umverteilung der eingesetzten Mittel ⇒ Optimierung der Wirtschaftlichkeit ⇒ Einsparung der Kosten von Fehlverlegungen und medizinisch und ethisch nicht begründbaren Maßnahmen ⇒ Ermittlung entgangener Einnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - % Anteil „Fehlverlegungen“ - Entgelte bei durchgeführten „Fehlverlegungen“: DRG, Änderung bei DRG-Änderung, Zusatzentgelte, etc. (⇒ Erhebung DRG-Änderung aufwendig, da die DRG „vorher“, ohne die erfolgte Verlegung, separat berechnet werden müsste) - % Anteil medizinisch / ethisch nicht begründeter Maßnahmen - Entgelte bei medizinisch / ethisch nicht begründeten Maßnahmen (nur bei ZE möglich, OPS problematisch, s.o. DRG-Änderung) - KH: Verlegungsabschlag DRG (eher seltener, da meist interne Verlegung, nur bei Wechsel Entgeltbereich/externer Verlegung in ein anderes KH) - Entgelte PKD-Einsätze / aus IV-Vertrag - Behandlungskosten lt. Kostenträgerrechnung - PH: Tage voll gezahlte Unterkunft/Verpflegung - Verlegungskosten intern - Verlegungskosten extern (Überleitungsdokumentation, Transportkosten, etc.) - Personalkosten PKD - Sonstige Personalkosten 	<p>KIS / Pflegedoku. KIS</p> <p>KIS</p> <p>KIS</p> <p>KIS</p> <p>KIS</p> <p>KIS</p> <p>FiBu</p> <p>Pflegedoku.</p> <p>Verlegungsstatistik KAS Krankenkasse/ Rechnungen Transportdienste</p>
-------------------------------------	---	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Kosten der Schulungen, Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen - Kosten Softwareanpassung 	Personalabteilung Personalabteilung Personalentwicklung Vertrag
--	--	--	--	--

Literatur:

- Barbara E. Weißenberger: Looking for Profit. Was sagt Gewinn über den Unternehmenserfolg wirklich aus? in: CFO aktuell, 10. Jg. (2016), Heft 4, S. 140-143.