

Kongressbericht

4. Kongress

Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen

Schwerpunkt: Verlegung Sterbender / Intentionen bzw. erste Auswirkungen des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)

1



8. Dezember 2016, Aula der Justus-Liebig Universität Gießen

TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung

Moderatoren: Privatdozent Dr. G.-Andre Gamal / Prof. Dr. Reimer Gronemeyer / Prof. Dr. Wolfgang George

Kontakt: george@transmit.de

Grußwort Schirmherr: Prof. Dr. Helge Braun (*Minister im Kanzleramt*)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich herzlich für die Schirmherrschaft zum „4. Kongress Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen“.

Die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativmedizin ist von großer Bedeutung für die Lebensqualität von Schwerkranken und für ein Sterben in Würde, Geborgenheit und frei von vermeidbar Pein. Dazu leisten die Teilnehmer an diesem Kongress einen wichtigen Beitrag.

Auch die Bundesregierung hat im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) wichtige Verbesserungen beschlossen. So wird die Palliativversorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit zusätzlich vergüteten Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Leistungen der Palliativpflege in der häuslichen Krankenpflege werden für die Pflegedienste abrechenbar. Das HPG fördert den flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung und stärkt sie überall dort, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen. Die Patienten sollen durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Palliativmedizin und Altenpflege besser versorgt werden.

Um das Niveau stets aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen, sind wir – wie in den Jahren zuvor – auf verschiedene Studien zur Situation der Palliativversorgung angewiesen. Mit dem in Gießen entwickelten Vorgehen fanden in Baden-Württemberg und Hessen regionale bzw. fachspezifische Untersuchungen statt. Ich bin zuversichtlich, dass die aktuelle Studie des TransMIT Projektbereiches für Versorgungsforschung unter Leitung von Prof. George zur Verlegungspraxis Sterbender uns ebenfalls Aufschluss darüber geben wird, wie die Versorgung von Palliativpatienten künftig noch besser gelingen kann.

Ich danke Ihnen, für Ihre herausragende Arbeit, die Sie auf diesem Gebiet leisten, und wünsche Ihnen für den Kongress einen regen und gewinnbringenden Gedankenaustausch.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Helge Braun

Grußwort Justus Liebig Universität: Prof. Doelle (Vizepräsidentin JLU)



Die Vizepräsidentin Prof. Dr. Verena Dolle der Justus-Liebig Universität eröffnet den 4. Kongress und nimmt dies zum Anlass, die Bedeutung des Themas in der Gesellschaft im Allgemeinen als auch für die Universität - deren betroffenen Fachbereiche und hierbei insbesondere den Fachbereich Medizin - im Spezielleren herzustellen. Zugleich sei ihr das Thema als Romanistin und Literaturwissenschaftlicher nicht unvertraut und dieses würde natürlich auch die Kultur- und Sprachwissenschaft befassen.

Grußwort Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Dr. Wolfgang Dippel (Staatssekretär)

Sehr geehrter, lieber Herr Prof. George, sehr geehrte Damen und Herren, ich habe es sehr gerne übernommen, heute hier für die Hessische Landesregierung ein Grußwort zu sprechen. Ich darf Grüße ausrichten vom Ministerpräsidenten Volker Bouffier und vom Minister für Soziales und Integration Stefan Grüttner. Vor allem möchte ich mich im Namen der Hessischen Landesregierung dafür bedanken, dass Sie, Herr Professor George so nachhaltig an dem Thema der Sterbebegleitung in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten. Der heutige Kongress ist schon Ihre vierte Veranstaltung zu dieser Thematik.



Es ist ein wichtiges Thema. Es ist vor allem deswegen ein wichtiges Thema, weil das Krankenhaus der Ort ist, an dem die meisten Menschen sterben. Wir alle wissen, dass dies nicht ihren Wünschen entspricht. Die meisten Menschen wünschen sich, zuhause zu sterben. Realität und Wunsch klaffen hier noch weit auseinander. Wir sind als fachlich Verantwortliche und als politisch Verantwortliche gefragt, diese Kluft zu verringern. Das heißt erstens, die Rahmenbedingungen für ein gut begleitetes Sterben zuhause zu verbessern und es heißt zweitens, die Rahmenbedingungen für ein gut begleitetes Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Im Grunde heißt unser langfristiges gemeinsames Ziel also: Ein würdevolles Sterben ohne Schmerzen überall dort zu ermöglichen, wo Menschen sterben.

Sie, Herr Prof. George, tun auf fachlicher Ebene sehr viel dafür, den Blick auf Realitäten zu lenken, nach Verbesserungen zu suchen und sie umzusetzen. Ich danke Ihnen sehr dafür. Auf der politischen Ebene arbeiten wir als zuständiges Ministerium gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft zur Verbesserung der Sterbebegleitung in Hessen gleichfalls daran, die Kluft zwischen den Wünschen der Menschen für ihr Lebensende und der Realität zu verringern. In dieser Arbeitsgemeinschaft sind alle Akteurinnen und Akteure der Hospiz- und Palliativszene in Hessen vertreten und wir sind dadurch in einem ständigen Diskussionsprozess zu Fragen der Sterbebegleitung in Hessen. Herr Prof. George hat dort auch die Ergebnisse seiner ersten Untersuchung zum Sterben im Krankenhaus vorgestellt.

Wenn man die Berichte Ihrer vergangenen Fachtagungen, lieber Prof. George, noch einmal Revue passieren lässt, hat schon 2013 Dr. Allert von der katholischen Hochschule in Köln etwas gesagt, was die Haltung der Hessischen Landesregierung ziemlich gut beschreibt: „Das Hospiz als Ort kann zwar in der Form des stationären Hospizes auch eine räumliche Einrichtung sein. Vor allem ist es aber ein Konzept, das Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Lebensbegleitung (End of Life Care).“ Weiter hat er gesagt „Ganzheitliche Sterbe- und Lebensbegleitung beinhaltet im wesentlichen Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie psychosoziale und seelsorgliche Begleitung. Diese Begleitung wird geleistet durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss speziell qualifizierter Ehrenamtlicher und der Angehörigen.“ Wir haben diese Gedanken in einer Entschließung zum Bundesratsverfahren zum Hospiz- und Palliativgesetz im vergangenen Jahr formuliert und haben sie kurz „Hospiz ist eine Haltung und kein Ort“ genannt. Was wir damit meinen, ist, dass diese beschriebene ganzheitliche Lebens- und Sterbebegleitung überall dort verankert wird, wo Menschen sterben. Wenn wir dann noch den anderen Grundsatz der Hessischen Landesregierung, Ambulant vor Stationär dazu nehmen, sind die Prioritäten klar.

Wir wollen möglichst vielen Menschen den Wunsch erfüllen, zuhause sterben zu können. Selbstverständlich geht dies nur dann, wenn es 1. Angehörige oder Freunde gibt und wenn diese sich 2. die Begleitung am Lebensende zutrauen. Dafür brauchen sie kompetente Unterstützung: medizinischer, pflegerischer, spiritueller und psychosozialer Natur. Wir sind zwar in Hessen gut aufgestellt mit dieser Unterstützung, weil wir inzwischen flächendeckend Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung haben, aber es bleibt noch viel zu

tun. Beim Thema allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) zum Beispiel. Oder bei der Zugangsgerechtigkeit zu den Errungenschaften der Palliativversorgung. Zum Thema „Zugangsgerechtigkeit“ haben wir die Bundesregierung aufgefordert – gleichfalls im Bundesratsverfahren – eine Öffentlichkeitskampagne zum Thema „Sterbebegleitung“ zu machen.

Wir sind davon überzeugt, dass nicht alle Menschen in allen Lebenssituationen Zugang zu den Informationen haben, die sie für eine Vorsorge für ihr Lebensende brauchen. Die Bundesregierung hat diese Aufforderung leider abgelehnt – ich hoffe, nicht für immer.

Wir sind jetzt in Hessen mit einer Öffentlichkeitskampagne in Vorlage getreten. Vielleicht haben Sie die ganzseitigen Anzeigen und die Plakate der PalliativStiftung gesehen. Das ist einer der vielen Bausteine, die nötig sind, um für alle Menschen – unabhängig vom Ort ihres Sterbens – ein würdevolles Sterben in Geborgenheit zu ermöglichen.

Auf dem Weg dahin haben wir noch viele Aufgaben zu bewältigen. Der Auftrag an die Altenpflegeheime zum Beispiel, ihre Bewohnerinnen und Bewohner zu ihrem Lebensende zu beraten, wie er im Hospiz- und Palliativgesetz festgeschrieben ist, ist in diesem Gesetz lediglich ein Türöffner für das Thema. Alle Beteiligten wissen, dass wir noch ziemlich weit davon entfernt sind, dass ausreichend Zeit und damit genug menschliche Empathie in den stationären Einrichtungen für eine gute Begleitung zur Verfügung steht. Wir wissen auch alle, dass noch viel zu oft der Notarzt gerufen wird, wenn im Altenpflegeheim eine kritische Situation im Sterbeprozess auftritt. Aus unterschiedlichen Gründen: weil die Patientenverfügung in der Nacht nicht aufzufinden ist, weil die diensthabende Pflegekraft sich überfordert fühlt oder warum auch immer. Dann kommt unweigerlich der Ort, in dem die meisten Menschen sterben, auch wenn sie das nicht wünschen: das Krankenhaus.

Wir brauchen Fachtage wie den heutigen und wir brauchen alle vereinten fachlichen und politischen Anstrengungen, um das Sterben in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen einerseits für mehr Menschen überflüssig zu machen. Andererseits wollen wir für diejenigen, für die das Altenpflegeheim z.B. Heimat geworden ist oder diejenigen, für die es keine Alternative zum Krankenhaus gibt, Bedingungen schaffen, unter denen sie würdevoll ihr Leben vollenden können.

Ihnen allen, die Sie als Teilnehmende dieser Tagung in irgendeiner Form in Bereichen der Sterbebegleitung engagiert sind – hauptamtlich oder ehrenamtlich – danke ich im Auftrag der Hessischen Landesregierung für Ihre Arbeit und wünsche Ihnen gute Gespräche und neue Erkenntnisse bei der Tagung. Uns allen wünsche ich, dass Sie einen langen Atem behalten bei Ihrer wichtigen Zukunftsaufgabe.

Grußwort Hessische Städte- und Gemeindebund: Bernd Klotz (Mühlheim)

Die meisten Menschen in Deutschland wollen zuhause sterben - tatsächlich sterben aber drei von vier im Krankenhaus oder Pflegeheim. Das geht aus einer Studie der Krankenkasse DAK-Gesundheit hervor, die im Oktober in Berlin veröffentlicht wurde. Das Bild von Sterbenden, angeschlossen an Maschinen und zum Zeitpunkt des Todes allein, schreckt ab und scheint für die Einstellung der Menschen eine Rolle zu spielen. Das Bild des „maschinellen Todes“ lässt sich aber nicht generalisieren. Viele Kliniken gehen ausgesprochen sensibel mit dem Thema Abschied um. Dabei geht es aber nicht vordergründig um eine technische Situationsbeschreibung, sondern wie Werner Schneider es sagt, um eine hospizliche Haltung. Viele haupt- und ehrenamtlich engagierten Menschen bemühen sich in unseren Kommunen, mit Fachkompetenz und Mitmenschlichkeit die Sterbenden und ihre Angehörigen und Freunde in dieser Lebensphase zu begleiten.

6



Die Praxis zeigt, dass menschenwürdiges Sterben nicht an einen bestimmten Ort gebunden ist, sondern an eine Haltung, die nicht verordnet werden kann, sondern gemeinsam mit allen kommunalen Partnern gelebt werden muss. Ziel muss es sein, in Würde sterben zu dürfen. Die Kommunen sind außerordentlich dankbar, dass die Begleitung von Sterbenden ein Thema der aktiven Bürgergesellschaft geworden ist. Der Aufbau einer entsprechenden kommunalen Struktur und deren Vernetzung mit medizinisch-pflegerischen Akteuren sind uns außerordentlich wichtig. Mehr noch: Eine regionale Sorgegemeinschaft zu etablieren und zu halten, losgelöst von soziokulturellen Veränderungen in unserer Gesellschaft, ist ein wichtiger gesellschaftlicher Auftrag. Sorge versteht sich hier nicht nur palliativ und medizinisch, sondern auch sozial und spirituell. Insofern würdigt der HSGB die Arbeit aller örtlichen Freiwilligen ausdrücklich und setzt sich für ihre Vernetzung und staatliche Förderung ein. Wir erhoffen uns von diesem Kongress Impulse, um die Verzahnung professioneller und ehrenamtlicher Sorge um den Menschen in unseren Städten und Gemeinden weiter zu verbessern.

Vortrag: Prof. Frieder Lang (Universität Erlangen /Nürnberg)

Mitmenschliche Zuwendung als ein Schlüssel des guten Sterbens

Sterben bedeutet Leben. In der Grenzerfahrung am Lebensende treten persönliche Bedürfnisse und individuelle Besonderheiten der Sterbenden im Denken, Erleben und Fühlen offen und nicht selten auch schutzlos zu Tage. Damit einher geht die besondere Verletzlichkeit der Würde der Sterbenden. Darauf gründet auch das vorherrschende Misstrauen gegen institutionelle Versorgungskontexte am Lebensende.



7

Eine Zielsetzung mitmenschlicher Zuwendung am Lebensende besteht im Bemühen, die individuelle Integrität und biographisch verankerte Persönlichkeit des Sterbenden zu achten und zu schützen. Solche Zuwendung betrachtet den Sterbenden als Handelnden im jeweils eigenen Umfeld. Dies stellt zwangsläufig besondere Anforderungen an institutionelle Versorgungsprozesse am Lebensende, in denen Zuwendung, Empathie, Nähe und Anteilnahme um so mehr zu einem gelingendem Sterben beitragen, je mehr sie als wechselseitige Verständigung und Austausch zwischen den Beteiligten konzipiert und gestaltet werden können.

Vortrag: Dr. Thorsten Fritz (Gesundheitszentrum Wetterau)

Regional organisierte Versorgung Sterbende. Beispiel Wetteraukreis

Ziel des Vortrages war es am Beispiel der Entwicklung einer Region in Mittelhessen die Versorgungsprozesse Sterbender aufzuzeigen und wie sich diese - auch durch den Einfluss des neuen HPG-Gesetzes - Versorgungsregion zukünftig entwickeln sollten.



Dr. Fritz, Chefarzt der Abteilung Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin am Gesundheitszentrum Wetterau berichtet anhand des Beispiels Wetteraukreis über den Aufbau einer palliativmedizinischen Versorgungsstruktur in einem etwa 300.000 Einwohner umfassenden Flächenkreis. Im Jahr 2009 zum Start des Aufbaus verfügte der Wetteraukreis über eine gut strukturierte hospizliche Struktur durch mehrere Hospizdienste. Die Palliativstation startete im Herbst 2009 ihrem Betrieb im Bürgerhaus Friedberg. Die Station, bestehend aus 8 großzügigen Einzelzimmern verfügte zusätzlich über ein großes Wohnzimmer, einen Raum der Stille sowie eine Patientenküche, in der Angehörige eigens für die Patienten mitgebrachte Speisen zubereiten konnten. Ein interdisziplinäres Team bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen und Seelsorgern konnte eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Versorgung anbieten. 2016 zog die Palliativstation um ins Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim aufgrund der sinnvollen Nähe zum onkologischen Schwerpunkt. Ebenfalls bereits im Jahr 2009 konnte die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) von Friedberg aus an den Start gehen. Auch hier steht ein interdisziplinäres Team bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen und Seelsorgern am Start und versorgt den gesamten Wetteraukreis sowie bei Bedarf angrenzende Gebiete. Die SAPV versorgt in der Regel im häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim. Wichtig ist hierbei, so betonte Fritz, dass die gesamte Palliativversorgung sektorenübergreifend ambulant und stationär arbeitet und so die Patienten quasi nach einem Konzept versorgt werden. Im Wesentlichen bezieht sich die Versorgung auf Tumorpatienten, j doch etwa 10% der Patienten leiden nicht unter bösartigen Tumorerkrankungen sondern etwa unter hochgradigen Organinsuffizienzen oder neurologischen Erkrankungen. Stetig steigender Bedarf zeigt, dass die früher geschätzten Bedarfszahlen zu niedrig waren, weiterer Ausbau ist wünschenswert, insbesondere ein stationäres Hospiz wird dringend benötigt, betonte Fritz.

Vortrag: Karl-J. Laumann (*Staatssekretär und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit*)

„Intentionen und erhoffte Impulse des Hospiz- und Palliativgesetzes“ (HPG) zum Stand der Umsetzung – eine erste Bilanz nach einem Jahr

Die Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen ist eine gleichermaßen schwierige wie besondere Aufgabe. Ziel des HPG ist es, eine ganzheitliche und multiprofessionelle Behandlung der Beschwerden und Begleitung der Betroffenen sicherzustellen und das Zusammenwirken von Pflegenden mit Ehrenamtlichen in Netzwerken zu stärken, sei es im häuslichen Bereich, in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Hospizen.



Die Leistungsansprüche wurden erweitert, es wird deutlich mehr Geld in die palliative Versorgung investiert. Nähere Details zur Leistungserbringung und Finanzierung sind durch die Selbstverwaltungen der Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeheime gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen geregelt bzw. müssen noch geregelt werden:

- Die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste ist veröffentlicht.
- Die Empfehlungen zu den Informations- und Beratungsangeboten der Krankenkassen über
- die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge sind verabschiedet.
- Die Informationspflichten der stationären Pflegeeinrichtungen zu den bestehenden
- Kooperationen, werden zu einer Qualitätssteigerung der Versorgung beitragen.
- Ich bin zuversichtlich und habe die Erwartung, dass die ausstehenden Vereinbarungen zeitnah umgesetzt werden. Damit ein schnittstellenübergreifender

Versorgungsablauf sichergestellt werden kann, bedarf es eines dichten Netzwerkes aller versorgenden Instanzen.

- Daher sollten sich mehr Ärzte und Pflegende für eine Zusatzweiterbildung in der Palliativmedizin bzw. – Pflege entscheiden. Die Aus- und Weiterbildungsangebote müssen erweitert und gefördert werden. Die Fachweiterbildung für den Pflegeberuf muss bundesweit anerkannt werden.
- Der multiprofessionelle palliative Ansatz und Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern sind in den stationären Pflegeeinrichtungen zu etablieren.
- Krankenhäuser sollten die palliativmedizinische Versorgung außerhalb des DRG-Systems stärken, Palliativbeauftragte benennen und Qualitätszirkel einrichten.
- Bei der Förderung der Infrastruktur sind die Länder und Kommunen in der Pflicht, sie sollten die Weiterentwicklung der regionalen Netzwerkarbeit stärker forcieren und die Informations- und Beratungsangebote der Krankenkassen mit den regionalen Angeboten koordinieren.
- Die Betroffenen brauchen eine kompetente Beratung vor Ort und sie müssen ermutigt werden, die gebotenen Möglichkeiten wahrzunehmen. Der bedarfsgerechte Ausbau sollte regelmäßig geprüft und ggf. durch Investitionsmittel gefördert werden.

10

Die Versorgung von Palliativpatienten und Sterbenden bleibt eine große gesamtgesellschaftliche Herausforderung und wird im Zuge des demographischen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen. Ich danke den vielen Engagierten, die bereits an der bisherigen Umsetzung mitgewirkt haben.

Podiumsgespräch 1: „Neue Handlungsmöglichkeiten in der Versorgung Sterbender“ Moderation Prof. Dr. R. Gronemeyer

Nicht nur aufgrund des neuen HPG ergeben sich wichtige Handlungsaufforderungen, die Gestaltung der Versorgung Sterbender zu entwickeln. Die Referenten des Vormittags debattierten über Chancen und Möglichkeiten. Unter Moderation von Prof. Gronemeyer wurde eine Versorgungsperspektive erkennbar in der die weitgehende Selbstbestimmtheit der Betroffenen – so etwa die Ausführung von Frieder Lang - als Zielmarke dient. Der Umbau des Versorgungssystems müsse in Richtung häuslicher Versorgung erfolgen, die ambulanten Partner zu stärken. Das Spannungsfeld zwischen solch einer häuslichen Versorgungskultur und der weitgehend ungebrochenen Verstädterung, Urbanisierung, Vereinzelung Menschen auch in ihren letzten Lebensjahren diene zur Rechtfertigung eines regionalen Versorgungskonzeptes, betonte Thorsten Fritz. Wenn die regionalen Partner bestmöglich über die unterschiedlichen Grenzen (Berufszugehörigkeit, sektorielle Eingebundenheit, Professionalität plus Laienhilfe und Ehrenamt) hinweg kollaborierten, könnte das Ganze Gelingen. Das HPG ginge durchaus in diese Richtung und in Verbindung mit den verschiedenen Pflegestärkungsgesetzen bleibe zu hoffen, dass sich die strukturellen Bedingungen auch in den Pflegeheimen verbesserten.



In seiner Moderation verdeutlichte Prof. Gronemeyer erkennbare Problemlagen, die sich auch aus einer zusehenden Professionalisierung der Begleitung Sterbender ergebe. Der berechnete Anspruch nach Begleitung und Expertenunterstützung könne nicht darüber hinweg helfen, das Sterben als individuell zu lösende Lebensaufgabe zu begreifen.

Vortrag: Prof. W. George (TransMIT-Projektbereich f. Versorgungsforschung)

Empirisch-explorative Gießener Studie 2016: Verlegung Sterbender

2015 verstarben ungefähr 80% aller Deutschen in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Somit ist die stationäre Versorgung Sterbender von aller größten Bedeutung. Eine erste, eigene Studie lieferte Hinweise dafür, dass es in der letzten Lebensphase der Patienten nochmals zu Verlegungen kommen kann. Obwohl es Ziel aller Versorgungspartner ist, Sterbende als solche zu erkennen und unabhängig des jeweiligen Sterbeortes ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Genauere Informationen zu Ausmaß und Begründung über Verlegungen Sterbender liegen bislang im deutschsprachigen Raum nicht vor. Um dieses Informationsdefizit zu überwinden wurde ein 27 Fragen umfassender Fragebogen entwickelt der an Mitarbeiter aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen adressiert wurde. Dieser umfasst neben der Verlegungshäufigkeit, die Adresse der Verlegung insbesondere auch die näheren Einflussfaktoren die auf das Verlegungsverhalten einen Einfluss besitzen könnten. Als Studienteilnehmer wurden insbesondere Pflegekräfte, Ärzte und Sozialarbeiter gewonnen. Soweit als sinnvoll erkannt und methodisch indiziert wurden die Daten der insgesamt 545 Befragten wurden geclustert d.h. pro Einrichtung wurde nur ein gemittelter Fall in die statistische Auswertungsprozedur aufgenommen. Auf diese Weise gelangten 101 Krankenhäuser und 65 Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Größe, Trägerschaft und Bundesland in die Auswertung. Der Fragebogen konnte schriftlich und in einem Online-Verfahren zur Beantwortung gebracht werden. Die

Studie besitzt einen explorativen Charakter, die Ergebnisse sollten insbesondere durch potentiell verfügbare Versorgungsdaten und qualitative Befunde ergänzt werden. Folgende zentralen Studienbefunde konnten ermittelt werden: In ca. 20% der Krankenhäuser und ca. 25% der stationären Pflegeeinrichtungen kommt es zu Verlegungen von Sterbenden. Dies würde eine Gesamtzahl von ca. 150.000 Patienten bedeuten. Die Pflegeheime verlegen primär in Krankenhäuser und nur in sehr wenigen Fällen in ein Hospiz oder nach Hause. Die Mitarbeiter der Krankenhäuser geben an, dass die allermeisten Verlegungen innerhalb des Krankenhauses vollzogen werden.



In einigen Fällen erfolgt diese in ein Hospiz, in wenigen auch nach Hause. In der Studie konnten keine eindeutigen Verlegungszeiten (Uhrzeit oder Tage) identifiziert werden. Es sind vor allem physiologische Ereignisse wie Atemnot, Schmerzzustände, Verschlechterung des Allgemeinzustandes die als zentrale Verlegungsbegründungen angesehen werden müssen. Demgegenüber besitzen psychische Begründungen wie Angst, Verwirrtheit oder depressive Verstimmtheit eine geringere Bedeutung. Sowohl die erreichte Qualität der Angehörigenintegration als auch der Kooperation mit dem Hausarzt besitzen Auswirkungen auf ein mögliches Verlegungsverhalten der Einrichtungen. Je besser diese gelingen, umso reduzierter die Verlegungsbereitschaften. Bestehende Patientenverfügungen besitzen einen mittleren bis deutlichen Einfluss. Das Verlegungsverhalten in den Krankenhäusern unterscheidet sich deutlich von dem der Pflegeeinrichtungen. Die Pflegeeinrichtungen sind auf physische Zustandsverschlechterungen weit schlechter vorbereitet. Psychologisch mentale Verschlechterungen führen weniger häufig zur Verlegung. Der Einfluss des Hausarztes, der Angehörigen, auch der Patientenverfügung ist in den Krankenhäusern geringer. Grundsätzlich bestehender Personalmangel wird von den Mitarbeitern beider Einrichtungen als problematischer auch für das Verlegungsverhalten eingeschätzt, als akuter Personalmangel. In offenen Fragen erhielten die Befragten die Möglichkeit Hinweise daraufhin zu geben, wie unnötige Verlegungen vermieden werden könnten. Vorausschauende Planung, die häuslichen Angebote weiter ausbauen, Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Hospizen und spezialisierten Palliativdiensten, Verbesserung der medikamentösen Einstellung, Erhöhung der Anzahl und Wirksamkeit der Patientenverfügungen, bessere ärztliche Ausbildung, besser ausbilden, Verhinderung eines unangemessenen Einsatzes der Intensivmedizin, bessere und frühere Beratung der Angehörigen und Patienten, Anpassung der Räumlichkeiten, verbindlicher Aufbau von Ethikteams.

Moderierte Aussprache: „Qualitätsentwicklung in der Betreuung Sterbender: Mitarbeitererfahrungen mit dem Deutschen Palliativsiegel" Moderation Prof. W. George

Mit welchen Auswirkungen für die erreichte Versorgungsqualität schwerstkranker und sterbender Patienten geht der Erwerb des Deutschen Palliativsiegels einher? Dieser Frage ging eine von Wolfgang George moderierte Aussprache mit hierfür eingeladenen Mitarbeiter eines ausgezeichneten Krankenhauses in NRW nach. Dem Gespräch stellten sich Dr. Michael Pohl (Oberarzt) und Thomas Kissinger (Pflegedirektor) die stellvertretend für die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Knappschaftskrankenhaus Bochum angereist waren. „Wir waren in Bochum ohnehin auf einem guten Weg, das Deutsche Palliativsiegel kam uns gerade rechtzeitig. In Verbund mit der KTQ-Zertifizierung konnten wir unsere Versorgungsqualität auch um die Versorgung Sterbender aufzeigen.“ Gerade das Verfahren des Peer-Reviews erwies sich für Themenstellungen in denen etwa auch die psycho-sozialen Aspekte berücksichtigt werden müssen als besonders hilfreich. Dieses Vorgehen erlaubte neben der Organisationsentwicklung immer auch die hierfür notwendige Personalentwicklung zu betreiben. Natürlich sein man sich bewusst, dass „man an den Themen dran bleiben muss“, dass auch für dieses schwierige Thema, das Prinzip der kontinuierlichen Entwicklung Gültigkeit besitzen würde.

13

Deutsches Palliativsiegel
 in Kooperation mit der KTQ-GmbH

www.palliativsiegel.de



MEDIZINISCHES SEMINAR GEORGE
 D-35494 GIEBEN JAHNSTRASSE 14

Inzwischen liegen zahlreiche Erfahrungen aus Krankenhäusern ganz unterschiedlicher Größe, Trägerschaft und Versorgungsauftrages vor. Diese ermutigen durchaus den eingeschlagenen Weg fortzusetzen. Das bisher noch keine Altenpflegeeinrichtung ausgezeichnet werden konnte, wurde von Wolfgang George als ein Versäumnis identifiziert, dessen Begründungen es zu überwinden gilt.

Podiumsgespräch 2: „Möglichkeiten des Qualitätsmanagement zur Verbesserung der Betreuung Sterbender“ Moderation PD G. A. Banat

Teilnehmer des ersten Podiumsgesprächs waren der leitende Palliativmediziner des UKGM-Klinikums Prof. Dr. Ulf Sibelius, der Vertreter der KV Hessen Dr. Egbert Reichwein und Pflegedirektor Thomas Kissinger, UK-Bochum. Moderiert wurde die Aussprache von dem Onkologen PD Dr. Andre Banat. Alle Gesprächsteilnehmer waren sich darin einig, dass die QM-Systeme und die in diesen beinhalteten „Tools“ sehr wohl geeignet wären, auch die Situation der Betreuung Sterbender systematisch auf der Ebene der Prozess, der Struktur- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Ziel der Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sollte demnach sein, geeignete Vorgehensweisen der Implementierung von QM-Verfahren zu identifizieren. Verwendete Verfahren müssten z.T. um die spezifischen Belange der Sterbebetreuung angepasst werden. „Die gemeinsame Sprache und Verständnis des Qualitätsmanagements, kann gerade auch für das ärztliche Personal hilfreich sein, die Anliegen der palliativen Versorgung zu formulieren“, betonte Sibelius. Dr. Reichwein der als Vertreter der KV Hessen am Podiumsgespräch teilnahm verdeutlichte, „dass die ambulante palliative Versorgung durch Hausärzte und primärärztlich tätige Gebietsärzte in der allgemeinen palliativen Betreuung überaus wichtig. Sie spricht sich auch für eine zunehmende Versorgung von stationären Hospizen durch primärärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen sowie Psychotherapeuten aus. Des Weiteren erwartet sie eine Verbesserung der Heimversorgung durch die Umsetzung von Heimverträgen sowie durch eine haus- und gebietsärztliche Koordination der Betreuung. So eine verbesserte stationäre Versorgung wird auch positive Auswirkungen auf die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten in der ambulanten Betreuung haben. Nicht zuletzt rechnet die KV Hessen insgesamt mit einer zukünftigen Sensibilisierung der Haus- und der primärärztlich Gebietsärzte, damit es bei der Versorgung älterer, vielfach erkrankter Patienten durch Fokussierung auf die wichtigsten Krankheiten zu einer Minderung der Arzneimittellast (Polymedikation) kommen kann“

14



BÜCHER ZUM KONGRESS



Wolfgang George,
Eckhard Dommer,
Viktor R. Szymczak (Hg.)

Sterben im Krankenhaus

Situationsbeschreibung,
Zusammenhänge, Empfehlungen

ca. 280 Seiten • Broschur
Preis Euro (D): 29,90
ISBN 978-3-8379-2331-5
Buchreihe: Forschung Psychosozial

Erscheint im Oktober 2013



Psychosozial-Verlag

Wallstr. 10
35390 Gießen
Tel.: 06 41/96 99 78 18
Fax: 06 41/96 99 78 19
bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität bieten Krankenhäuser den Sterbenden heute? Wie lässt sich diese verbessern? Wie erleben und beschreiben Ärzte und Pflegende als maßgebliche Gestalter und Betreuer die Situation? Der vorliegende Band beleuchtet umfassend die gegenwärtige Situation und stellt konkrete Handlungsempfehlungen vor.

Die meisten Menschen in Deutschland verbringen ihre letzten Lebenstage nicht in den eigenen vier Wänden, obwohl sich dies 90% wünschen. Etwa 50% sterben in Krankenhäusern, 40% in Pflegeeinrichtungen und nur etwa 10% in ihrer häuslichen Umgebung. Der Trend zur Verstädterung und zu kleineren Familien sowie die demografische Entwicklung deuten darauf hin, dass sich an diesem Zustand kaum etwas ändern wird.

Dies wirft Fragen auf: Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität der Sterbenden wurde bislang erreicht? Entlang welcher Zielkriterien soll diese weiterentwickelt werden? Antworten bietet die »Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in Krankenhäusern« aus dem Jahr 2013, für die ca. 1.400 Mitarbeiterinnen aus 212 Krankenhäusern aller 16 Bundesländer befragt worden sind. Bereits vor 25 Jahren hat Wolfgang George mit dem gleichen Messinstrument gearbeitet, sodass ein Vergleich zwischen den damaligen und heutigen Bedingungen möglich ist.

Ausgewiesene Wissenschaftler und Praktiker beschreiben die Situation und identifizieren relevante Einflussfaktoren. Auf der Basis der erörterten empirischen, rechtlichen, ethischen und normativen Befunde werden schließlich auch konkrete Handlungsempfehlungen vorgestellt.

Mit Beiträgen von R. Allert, U. Barandun-Schäfer, G. Becker, G. Dannenmaier, E. Dommer, M. Eberlein-Gonska, W. George, S. Goebel, A. J. W. Goldschmidt, R. Gronemeyer, M. Gruß, K. Jors, C. Kranich, A. Lauterbach, A. Newerla, H. Pargger, J. Siegrist, A. Simon, V. R. Szymczak, O. Tolmein und M. A. Weigand

Wolfgang George, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., ist Krankenpfleger, Organisationswissenschaftler und Honorarprofessor an der Technischen Hochschule Mittelhessen. Er ist Leiter des Medizinischen Seminars George und des TransMIT-Zentrums für Versorgungsforschung und Beratung in Gießen.

Eckhard Dommer, Dr., studierte Soziologie, Psychologie und Kunstgeschichte mit dem Schwerpunkt empirische Sozialforschung in Gießen. Sein aktueller Tätigkeitsschwerpunkt ist die Auswertung klinischer Studien für die pharmazeutische Industrie. Er lebt und arbeitet in Basel.

Viktor R. Szymczak, Dipl.-Med. Soz., Wissenschaftsjournalist und Health Policy Consultant mit Schwerpunkt Kanada, ist Mitarbeiter am TransMIT-Zentrum sowie Projektleiter von »Sterben im Krankenhaus«.



Wolfgang George (Hg.)

Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen

**Situationsbeschreibung,
Zusammenhänge, Empfehlungen**

Mit einem Vorwort von Dieter Birnbacher

ca. 250 Seiten • Broschur
Preis Euro (D): 29,90
ISBN 978-3-8379-2430-5
Buchreihe: Forschung Psychosozial
Erscheint im November 2014

90% der deutschen Bevölkerung verbringen ihre letzten Lebenstage nicht in den eigenen vier Wänden. Ein Anlass, die Qualitätsstandards und Sterbebedingungen in Pflegeeinrichtungen genauer unter die Lupe zu nehmen.

Rund 2,4 Millionen Menschen sind in Deutschland pflegebedürftig, im Jahr 2030 werden dies etwa 3,5 Millionen sein. Der Trend zu Verstärkung, kleineren Familien und die demografische Entwicklung deuten darauf hin, dass in Zukunft ein Großteil der deutschen Bevölkerung in Pflegeeinrichtungen sterben wird – schon heute sind es ungefähr 40%. Dies wirft Fragen auf: Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität der Sterbenden wird dort bislang erreicht? Entlang welcher Zielkriterien und mit welchen Verfahren soll diese weiterentwickelt werden?

Antworten bietet die »Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen« aus dem Jahr 2014, in deren Rahmen Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Trägerschaft aus zahlreichen Bundesländern befragt wurden. Darüber hinaus beschreiben ausgewiesene WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen die Bedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen, decken relevante Einflussfaktoren auf und geben konkrete Handlungsempfehlungen.

Mit Beiträgen u.a. von Stefanie Becker, Kathrin Engel, Feline Engling, Claus Fussek, Wolfgang George, Gerda Graf, Reimer Gronemeyer, Trutz Haase, Martina Hasseler, Katharina Heimerl, Jürgen Howe, Giovanna Jenni, Cathrin Kliemt, Frieder R. Lang, Norbert Lübke, Friedhelm Menzel, Dirk Müller, Friedemann Nauck, Andrea Newerla, Jens Papke, Elisabeth Reitingner, Michael Schilder, Ulrike Schulze, Walter Sendner, Johanna Tiedtke, Birgit Weihrauch, Ursula Wiesli, Hartmut Wolter und Andreas Zimmer

SPONSOREN DES KONGRESSES

B. BRAUN-STIFTUNG

17



FÖRDERER DES KONGRESSES



das
Krankenhaus



JUSTUS-LIEBIG-
 UNIVERSITÄT
 GIESSEN

PRESSESPIEGEL

PANORAMA

Gießener Kongress zum Sterben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Oft fehlen einfach nur die Medikamente

Das neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) hat auch für die Pflegeheime einige Neuerungen mit sich gebracht. Unter anderem soll dort künftig die sogenannte gesundheitliche Versorgungsplanung vorgenommen werden. Ziel dabei ist es, dass jeder neue Bewohner gleich bei der Aufnahme auch danach gefragt wird, wie er in seiner letzten Lebensphase versorgt und begleitet werden möchte. Das Heim nimmt hierzu eine detaillierte Planung unter anderem zur medizinischen, psychosozialen und seelsorgerischen Versorgung mit dem Betroffenen vor. „Das ist ein relativ neues Feld für die Einrichtungen und sie brauchen Zeit, hier Konzepte zu entwerfen“, sagte Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung beim vierten Gießener Kongress zum Sterben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen am 8. Dezember 2016.

Laumann wies jedoch darauf hin, dass es auch für diesen Bereich Fristen gäbe und die Heime angehalten sind, die Versor-

gungsplanung in den Heimalltag mit aufzunehmen. Der Staatssekretär sieht neben dem Hospiz- und Palliativgesetz einen besonderen Erfolg in den neuen ärztlichen Abrechnungsziffern in Bezug auf die Kooperation mit Pflegeheimen. Hier müsse seiner Ansicht nach jedoch auch die qualitative palliativmedizinische Versorgung Berücksichtigung finden.

Charta gibt Einrichtungen Hilfe an die Hand

Auch die Pflegeeinrichtungen müssten nach Auffassung des Pflegebevollmächtigten den qualitativen Ansatz der Palliativversorgung noch verinnerlichen. Laumann verwies hierbei auf die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, die eine wichtige Grundlage für die Versorgung der Betroffenen darstellt. Ihm sei jedoch auch klar, dass es in vielen Einrichtungen an den entsprechenden Ressourcen fehlt. Seine Lösung: „Gehen Sie in die Verhandlung mit den Kostenträgern“. Auch das dritte Pflegegestärkungsgesetz, das am 1. Dezember vom Bundestag verabschiedet wurde, solle durch die erst kurz zuvor bekannt gewordene Regelung zu den Gehältern der Pflege-Mitarbeiter (siehe Seite 4) dazu beitragen, den Personalmangel in der Pflege zu bekämpfen.

Gastgeber Prof. Wolfgang George präsentierte bei der Konferenz in der Gießener Universität auch seine neueste Studie zur Verlegungspraxis Sterbender in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Darin wurden von 545 Mitarbeitern aus Kliniken und Heimen Fragen zu der Häufigkeit, Art und den Ursachen für

die Verlegungen in der letzten Lebensphase beantwortet. Als Ergebnis zeigte sich, dass circa 25 Prozent der Palliativpatienten im Heim noch in ein Krankenhaus eingewiesen worden. Das seien etwa 70 000 Menschen pro Jahr. Einer der Hauptgründe war dabei, dass sich die Erkrankung des Bewohners akut verschlechterte. Oft ging es um eine Atemnot, für die sich die Heime nicht ausreichend aufgestellt sehen. Er berichtete auch von Fällen, in denen der Bewohner ins Krankenhaus verlegt wurde, ohne dass ihn der Arzt zuvor überhaupt gesehen hatte. Auch der Schmerzzustand des Patienten spiele, so George, eine große Rolle bei Verlegungen von Palliativpatienten.

Im Krankenhaus hingegen war der Verwirrtheitszustand des Patienten oft ein Grund dafür, dass Patienten verlegt wurden. Meist geschieht dies jedoch innerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel auf eine Intensiv- oder auch Palliativstation. George sieht eines der Hauptprobleme darin, dass Medizin und Pflege oft ein unterschiedliches Verständnis von der Verlegung der Patienten haben. Dabei gäbe es hier einen nationalen Pflegestandard.

Akuter Personalmangel weniger bedeutend

Eine Verlegung nach Hause spielt sowohl im Pflegeheim noch im Krankenhaus bei Palliativpatienten kaum eine Rolle. Ins Hospiz wird nur ein geringer Teil der sterbenden Heimbewohner verlegt, vom Krankenhaus aus komme dies schon eher vor. Ein Mangel an personellen Ressourcen spielt bei der Verlegungspraxis sowohl im Heim als

„Oft kommt es zu Verlegungen, wenn nicht vorausschauend geplant wurde.“

Prof. Wolfgang George,
TransMIT-Institut



auch im Krankenhaus eine Rolle. Hier hätten die Befragten jedoch in der Mehrheit angegeben, dass ein akuter Personalmangel weniger ausschlaggebend sei als ein chronischer, der das Heim oder Krankenhaus für längere Zeit betreffe. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sei den Befragungen nach im Krankenhaus schon eher angekommen als im Heim. In Pflegeeinrichtungen spiele die SAPV noch eine untergeordnete Rolle.

Prof. George zieht unterschiedliche Schlüsse aus den Ergebnissen seiner Befragung. „Man kann schon sagen, dass es immer dann zu einer Verlegung kommt, wann nicht vorausschauend geplant wurde“. Im Heim scheitern es darüber hinaus oft an relativ einfachen Voraussetzungen, wie zum Beispiel, dass wichtige Medikamente vorhanden sind. Auch die mangelnde Qualifikation der Mitarbeiter sei in vielen Fällen der Grund dafür, dass sie sich in der Situation unsicher fühlten und lieber zum Weg der Verlegung griffen. ■

Friederike Geisler

„Gehen Sie in die Verhandlungen mit den Kostenträgern.“

Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung



10

18

Athenheim 1 | 2017