

Palliativbeauftragte als Motor für Palliativversorgung im Krankenhaus & in der Versorgungskette

Handreichung zum Modellprojekt



**Johannesstift
Diakonie**

ehb
EVANGELISCHE
HOCHSCHULE BERLIN

Stand 15.09.2023

Autor*innen:

Dr. med. Karin Barnard, Leitung, Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin, Johannesstift Diakonie gAG - gesamt

Antonia Repsch, M.-Sc., Referentin, Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin, Johannesstift Diakonie gAG - gesamt

Steven Kranz, M.-Sc., im Projekt wissenschaftlicher Mitarbeiter Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin, Johannesstift Diakonie (2018-2022) sowie Lehrbeauftragter an der Alice Salomon Hochschule Berlin, heute stellvertretender Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. – Qualitative Auswertung

Barbara Trusch, M.-Sc., im Projekt wissenschaftlicher Mitarbeiter Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin, Johannesstift Diakonie, Psychologin – Quantitative Auswertung

Swetlana Liebau, M.-Sc., im Projekt studentische Mitarbeiterin Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin, Johannesstift Diakonie (2019-2022), heute Psychologin – Einführungstexte, Qualitative Auswertung

Prof. Dr. P.H. Erika Feldhaus-Plumin, Professur für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Evangelische Hochschule Berlin – Qualitative Auswertung

Gefördert durch:



Inhalt

Inhalt	2
Abkürzungsverzeichnis	4
Danksagung	5
Grußwort	5
I. Einführung	7
I.1 Stand der Palliativ- und Hospizarbeit in Deutschland	9
I.1.1 Orte der Versorgung: Wunsch vs. Wirklichkeit.....	13
I.1.2 Zeitstrahl: Meilensteine der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland.....	16
I.1.3 Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland	18
I.2 Die palliative Versorgungskette	24
I.3 Palliativbeauftragte*r/Ansprechpartner*in – Ist-Stand in Deutschland	25
I.3.1 Beispiele für Ansprechpersonen im ambulanten Sektor.....	27
I.3.2 Beispiele für Ansprechpersonen im Sektor Pflege und Wohnen.....	27
I.3.3 Beispiele für Ansprechpersonen im Sektor Krankenhaus	28
I.3.4 Zusammenfassung	28
I.4 Gesetzliche Voraussetzung zur Palliativversorgung	29
I.5 Vorausschauende Versorgungsplanung	30
I.6 Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Palliativversorgung.....	33
II. Das Projekt „Palliativbeauftragte*r“ – Einführung.....	34
II.1 Palliativversorgung in der Johannesstift Diakonie gAG	34
Projekte zur Fort- und Weiterbildung / Information.....	37
II.2.1 Kompetenzzentrum Palliativ- und Hospizarbeit	37
II.2.2 Blitzkurs Palliativmedizin	37
II.2.3 Multiprofessionelle Weiterbildung Palliativmedizin	38
II.2.4 Websites/Öffentlichkeitsarbeit	38
Weitere Projekte	39
II.2.5 Projekt Krankenhausinformationssystem (KIS)	39
II.2.6 Projekt Berliner Begleitmappe	39
II.2.7 Umgang mit Sterbewünschen.....	40
III. Das Projekt „Palliativbeauftragte*r“ – Umsetzung	40
III.1 Zeitstrahl zum Projektverlauf.....	43
III.2 Begleitstudie – Projektbeschreibung und Methodik.....	44

III.2.1 Operativ – Leithemen und Leitfragen	45
III.2.2 Qualitativer Studienteil – Interviews.....	46
III.2.3 Quantitativer Studienteil – Befragung.....	50
III.2.4 Sekundärdatenanalyse	52
IV. Übergreifende Ergebnisse der quantitativen Erhebung: Befragung der Mitarbeitenden zur Palliativversorgung (2016 vs. 2020)	53
IV.1 Fragebogenauswertung.....	53
IV.2 Ergebnisse der Krankenhausdatenanalyse (Sekundärdaten).....	58
V. Ergebnisse aus den einzelnen Krankenhäusern der Johannesstift Diakonie gAG ..	61
V.1 Evangelisches Krankenhaus Hubertus (EKH)	61
V.1.1 Leitthema: Einführung von Palliativbeauftragten – Aufbau einer strukturierten Palliativversorgung	61
V.1.2 Ergebnisse.....	63
V.2 Wichernkrankenhaus (WKH)	68
V.2.1 Leitthema: Palliativ-geriatrische Versorgungskette – Ausbau der Schnittstelle stationäre Akut- und Langzeitversorgung	68
V.2.2 Ergebnisse.....	69
V.3 Martin-Luther-Krankenhaus (MLK)	79
V.3.1 Leitthema: Netzwerkausbau – Ausbau einer strukturierten Palliativversorgung im gesamten Krankenhaus und im lokalen Netzwerk	80
V.3.2 Ergebnisse.....	81
V.4 Evangelische Lungenklinik Berlin (ELK)	92
V.4.1 Leitthema: Vorausschauende Versorgungsplanung – Einführung einer strukturierten bedürfnisorientierten Versorgungsplanung	93
V.4.2 Ergebnisse.....	93
V.5 Palliativbeauftragte	100
V.5.1 Hintergrundinformationen zum Einsatz der Palliativbeauftragten.....	100
V.5.2 Ergebnisse – Qualitative Auswertung	101
VI. Gesamtschau der Johannesstift Diakonie – übergreifende Auswertung mit Gelingfaktoren, Hemmfaktoren, Anregungen sowie Empfehlungen	106
VI.1 Haltung und Einschätzung zur Palliativversorgung.....	106
VI.2 Palliative Versorgungsstrukturen & -angebote	107
VI.3 Vernetzung	110
VI.3.1 Interne Vernetzung (innerhalb des eigenen Krankenhaussettings)	110
VI.3.2 Externe Vernetzung (außerhalb des eigenen Krankenhaussettings)	111

VI.4 Patient*innenversorgung	113
VI.5 Wissen, Qualifizierung, Sensibilisierung und Handlungssicherheit.....	117
VI.6 Anschlussversorgung.....	120
VI.7 Rolle der Palliativbeauftragten	122
VI.8 Aufgaben der Palliativbeauftragten*	124
X. Ausblick	130

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
ACP	Advance Care Planning
APV	Allgemeine Palliativversorgung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EKH	Evangelisches Krankenhaus Hubertus
ELI	Evangelische Elisabethklinik
ELK	Evangelische Lungenklinik Berlin
EWK	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
JSD	Johannesstift Diakonie gAG
KAS	Klinik Amsee
KIS	Krankenhausinformationssystem
MLK	Martin Luther Krankenhaus
PB	Palliativbeauftragte*r
PGD	Paul Gerhardt Diakonie
PGS	Paul Gerhardt Stift
PMKB	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung
WHO	World Health Organization bzw. Weltgesundheitsorganisation
WKH	Wichernkrankenhaus

Danksagung

Herzlich möchten wir uns bei den Unterstützer*innen des Projektes „Palliativbeauftragte*r“ bedanken.

Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin

Werner und Maren Otto Stiftung

Außerdem danken wir allen, die sich im Rahmen des Projektes und der Begleitstudie eingesetzt haben, das heißt Mitarbeitenden, Ehrenamtlichen und Patient*innen aus den unterschiedlichen Settings der Palliativversorgung, ganz herzlich.

Nur durch all dieses Engagement konnte das Projekt durchgeführt werden.

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Frage, ob und in welcher Form Palliativbeauftragte in Krankenhäusern wirken sollen, bewegt Fachkreise schon seit fast 10 Jahren. Jüngst ist die Forderung zur Implementierung eines Palliativbeauftragten im Krankenhaus in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Krankenhausreform: „Palliativversorgung in allen Bereichen der stationären Patientenversorgung von Erwachsenen notwendig“ (22.05.2023) aufgegriffen worden.

Auch die Johannesstift Diakonie beschäftigt diese Frage schon lange und hatte deshalb 2015 mit der Planung eines Projektes und einer dazugehörigen Begleitstudie zur Bedeutung von Palliativbeauftragten im Krankenhaus begonnen. Die Herleitung, die Erfahrungen und Ergebnisse zum Projekt sind in dieser Handreichung zusammengefasst.

Die Handreichung richtet sich besonders an die Praxis. So haben die Erfahrungen und Ergebnisse der Begleitstudie Eingang in vom Projektteam formulierte Geling- und Hemmfaktoren gefunden, die eine Implementierung von Palliativbeauftragten in anderen Einrichtungen vereinfachen sollen.

Mit unserem Projekt und der dazugehörigen Studie wollen wir die Diskussion um die Implementierung von Palliativbeauftragten bereichern – neben der praktischen, besonders auch auf der politischen Ebene. Ziel aller Bemühungen ist, eine Hand-in-Hand-Versorgung von Menschen mit lebens einschränkenden Erkrankungen durch eine früh einsetzende schwellenlose palliative Versorgungskette zu erreichen.

Da das Datenmaterial aus der Begleitstudie ausgesprochen umfangreich ist, werden in der Handreichung die Kernergebnisse dargestellt. Geplant ist die Handreichung ggf. durch weitere Ergebnisse aus stärker ins Detail gehende Analysen sowie nicht ausgewertetem Datenmaterial im Sinne eines *living documents* zu aktualisieren. Wenn Sie über entsprechende Aktualisierungen informiert werden möchten, senden Sie uns gern Ihre E-Mail-Adresse.

Ihre

Karin Barnard

I. Einführung

“ Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.
(Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) § 27 Absatz 1 Satz 3)

Bereits 1997 gab es einen Anspruch auf Zuschüsse zur Versorgung in Hospizen für gesetzliche Versicherte in Deutschland. Die Leistungen zur ambulanten und stationären hospizlichen und palliativen Versorgung wurden in den nächsten Jahrzehnten immer weiter verbessert. 2010 wurde die *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*¹ durch die entsprechenden Fachorganisationen unter anderem mit Unterstützung aus der Politik mit dem *Bundesministerium für Jugend* verabschiedet.

Aufgrund des großen nationalen gesellschaftlichen und politischen Engagements wurde im Dezember 2015 das *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland* (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) mit großer Mehrheit im Bundestag verabschiedet. „Dieses enthält vielfältige Maßnahmen, die die medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung fördern. Palliativversorgung soll die Folgen einer Erkrankung lindern (Palliation), wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Sie kann zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz erbracht werden“².



Zum Ausbau der Versorgung und Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung wurden 2016 Handlungsempfehlungen in fünf Leitsätzen durch die *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* in einer Broschüre mit Zielen und Empfehlungen beschrieben.

¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer (2020): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 10. Auflage 2020. [online] https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf [zuletzt geprüft: 07.08.2023].

² Bundesministerium für Gesundheit (2017): Hospiz- und Palliativgesetz. Stand: 23. Oktober 2017. [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html> [zuletzt geprüft: 20.07.2023].

Im zweiten Leitsatz „Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen“ geht es unter anderem um Anforderungen an Netzwerkstrukturen und Rahmenkonzepte³.



In diesem Zusammenhang und im Rahmen der Entwicklung des Hospiz- und Palliativgesetzes wurden Palliativbeauftragte in Krankenhäusern oder Pflegeheimen von vielen Seiten, wie dem Senat von Berlin (Initiative 80 Plus) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) gefordert. So lautet es bspw. 2015 in einer Presseerklärung der DGP: „Es gilt, schwerstkranken Patient*innen aus sämtlichen Abteilungen eines Krankenhauses im Bedarfsfall den Zugang zur Palliativversorgung zu ebnen. Wichtig wäre deshalb, mit dem Einsatz eines Palliativbeauftragten in jeder Klinik dafür zu sorgen, dass Strukturen der Palliativversorgung entwickelt werden können, die den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden“⁴. Jüngst wurde diese Forderung im Rahmen einer Stellungnahme der DGP zur Krankenhausreform nochmals konkretisiert ausgeführt.⁵

Bisher sind Palliativbeauftragte in dem Hospiz- und Palliativgesetz und in der Finanzierung durch die Krankenkassen nicht berücksichtigt.

Um eine fundierte Diskussion zur Frage der Wirkung und Bedeutung von Palliativbeauftragten auf die Palliativversorgung im Krankenhaus führen zu können, wurde die hier vorgestellte Studie durch die Johannesstift Diakonie gAG (JSD) in Zusammenarbeit mit der DGP durchgeführt.

Die Ergebnisse sollen zu einer Verbesserung der Palliativversorgung in Krankenhäusern und Versorgungsketten im Sinne der *Charta* beitragen und den gesetzlichen Anspruch von Patient*innen, dass Palliativversorgung Teil der medizinischen Behandlung ist, stärken.

Das Projekt wurde in Krankenhäusern der JSD umgesetzt – das größte konfessionelle Gesundheits- und Sozialunternehmen in der Region Berlin und Nordostdeutschland. Moderne

³ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer (2017): Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. 1. Auflage 2017. [online] https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/220207_Handlungsempfehlung_online.pdf [zuletzt geprüft: 07.08.2023].

⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2015): Pressemitteilung. DGP fordert Palliativbeauftragte für jedes Krankenhaus und jede stationäre Pflegeeinrichtung. [online] <https://idw-online.de/de/news630131> [16.08.2023].

⁵ Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Krankenhausreform: Palliativversorgung in allen Bereichen der stationären Patientenversorgung von Erwachsenen notwendig-Stand: 22.05.2023

Medizin und zugewandte Betreuung im Einklang mit den christlich-diakonischen Werten des Unternehmens leisten insgesamt 10.435 Mitarbeitende. Der Träger betreibt Einrichtungen in Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Niedersachsen mit einem vielfältigen Angebot in den Bereichen: Krankenhäuser und ambulante Versorgungszentren, Pflege- und Wohneinrichtungen, Hospize, Behindertenhilfe, Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Arbeit, Beschäftigung und Soziales, Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Ergotherapie und darüber hinaus Dienstleistungen für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.

Zum Unternehmen gehören zehn Krankenhäuser unterschiedlicher Größe. In acht dieser Krankenhäuser erfolgt zum heutigen Stand (2023) eine ausgewiesene Palliativbetreuung.

I.1 Stand der Palliativ- und Hospizarbeit in Deutschland

Laut statischem Bundesamt starben im Jahr 2021 mit 1.023.723 Sterbefällen knapp 4% mehr Menschen als im Jahr 2020 in Deutschland mit 985.572 Menschen (vorläufige Ergebnisse). Dieser Anstieg ist wahrscheinlich – wie auch im Jahr 2020 (4%) – auf die Sterbefälle durch COVID-19 zurückzuführen⁶. Wie schon in den Vorjahren waren im Jahr 2020 Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems mit ca. einem Drittel und Krebserkrankungen mit ca. einem Viertel die häufigsten Todesursachen in Deutschland⁷.

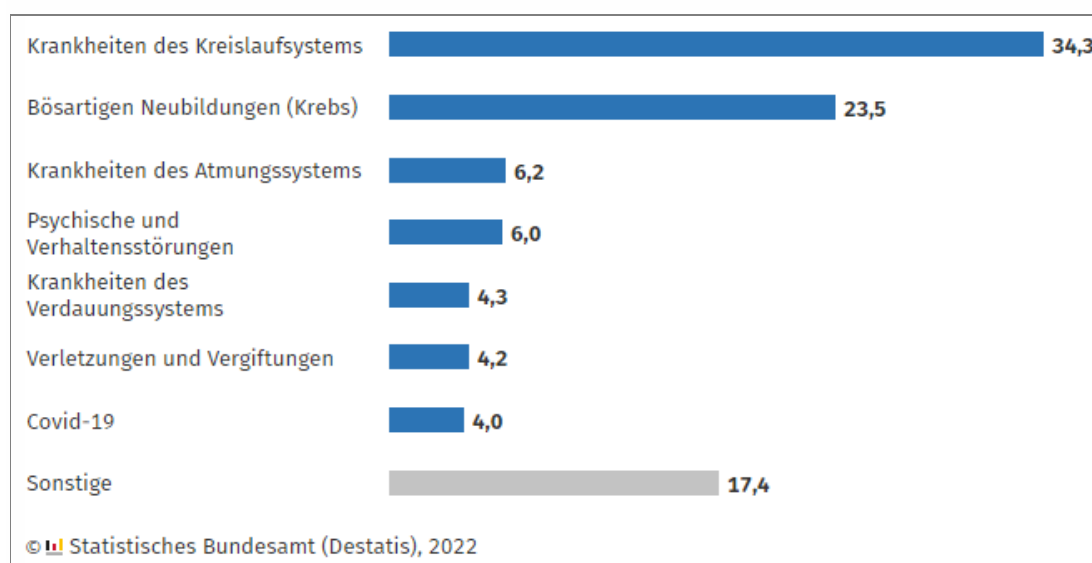


Abb. 1: Todesursachen nach Krankheitsarten 2020 (in %) ⁸

⁶ Statistisches Bundesamt (2022a): Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2021. [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/#professional> [02.09.2022].

⁷ Statistisches Bundesamt (2021): Pressemitteilung Nr. 505 vom 4. November 2021. [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/11/PD21_505_23211.html [02.09.2022].

⁸ Statistisches Bundesamt (2022b): Todesursachen nach Krankheiten. [online] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/todesursache-krankheitsarten.html [02.09.2022].

In den letzten über hundert Jahren hat sich das Alter der Verstorbenen mit der gesunkenen Säuglings- und Kindersterblichkeit und der gestiegenen Lebenserwartung auch durch die moderne Medizin bedeutend verändert. So erreichen Männer heute zu rund 50% und Frauen sogar zu ca. 70% ein Lebensalter von mindestens achtzig Jahren⁹.

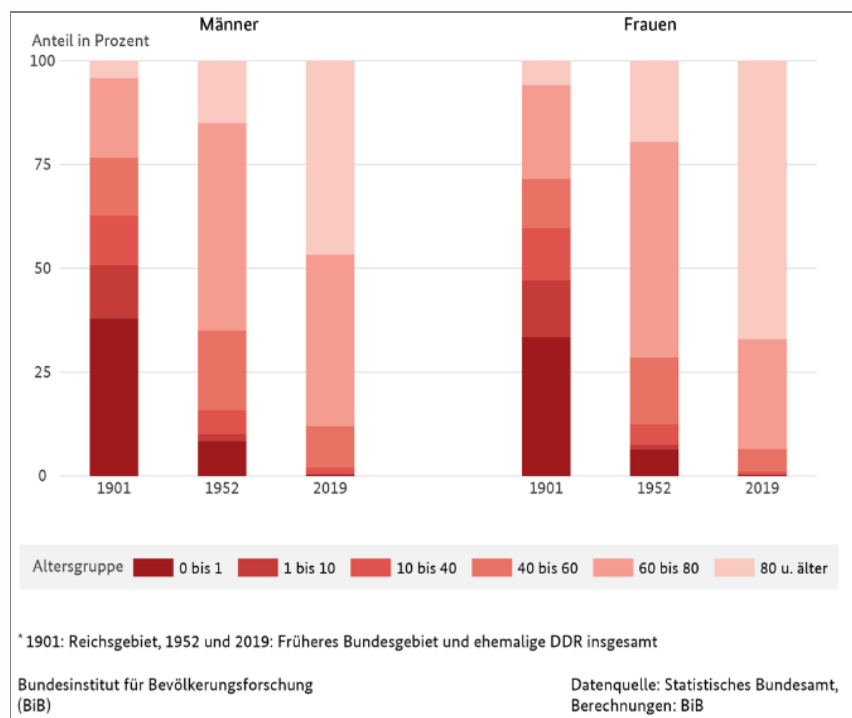


Abb. 2: Altersstruktur der Gestorbenen (1901-2019)*¹⁰

Durch die verbesserten Lebensumstände und den medizinischen Fortschritt in Deutschland werden die Menschen immer älter und leiden zunehmend an chronischen Erkrankungen¹¹, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Arthrose. Über 60% der älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) geben an, eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem zu haben¹². Chronische Erkrankungen zeichnen sich durch eine dynamische Abfolge von instabilen und stabilen Phasen, Irreversibilität, Dauerhaftigkeit sowie komplexe Problem- und Bedarfslagen aus^{13 14}. Auch die Zahl der Tumorerkrankungen steigt stetig mit dem Alter¹⁵. Hinzu kommen häufig Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit¹⁶.

⁹ Statistisches Bundesamt (2022c): Altersstruktur der Gestorbenen in Deutschland nach Geschlecht (1901, 1952 und 2019). [online] https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217778 [02.09.2022].

¹⁰ Statistisches Bundesamt (2022c): Altersstruktur der Gestorbenen in Deutschland nach Geschlecht (1901, 1952 und 2019). [online] https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217778 [02.09.2022].

¹¹ Robert Koch Institut [RKI] (2022): Chronische Erkrankungen. [online] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Chronische_Erkrankungen_node.html [02.09.2022].

¹² Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2021): Palliativversorgung – Modul 3 – Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. In: Journal of Health Monitoring, 6 (3).

¹³ Schaeffer D & Haslbeck J (2016): Bewältigung chronischer Krankheit. In: Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS, 243-256.

Eine symptomlindernde Therapie, die auf die Lebensqualität der Patient*innen fokussiert ist und eine würdevolle, bedürfnisgerechte letzte Lebenszeit ermöglicht, wird in der Behandlung der genannten Krankheiten in allen Lebensaltern immer wichtiger und mehr in Anspruch genommen werden. Hierfür gibt es die Möglichkeiten der palliativen Therapieform, wobei mit regional unterschiedlicher Ausprägung ambulante und stationäre Behandlungsangebote vorgehalten werden.

Zurzeit werden die bestehenden palliativen Therapiemöglichkeiten besonders bei Patient*innen mit Tumorerkrankungen, weniger bei Menschen mit chronischen Erkrankungen¹⁷ und selten bei geriatrischen multimorbid erkrankten Patient*innen eingesetzt. Häufig erfolgt die palliative Behandlung erst spät im Krankheitsverlauf, unter Umständen aufgrund eines Mangels an Wissen oder an institutioneller Verankerung der Palliativmedizin (vgl. Abb. 3 a).

Bereits 1989 schrieben Dame Cicely Mary Strobe Saunders und Mary Jean Baines als Pionierinnen der Hospizbewegung und Palliativmedizin:

*“ Viele der Symptome, die behandelt werden müssen, und die allgemeine Betreuung der Patient*innen werden auch für andere Situationen relevant sein [...] Palliativbetreuung sollte nicht nur Teil der Onkologie sein, sondern der Geriatrie, Allgemeinmedizin, Neurologie und überall in der Medizin. ”*¹⁸

Insofern ist Palliativmedizin – im Gegensatz zu anderen Bereichen in der Gesundheitsversorgung – nicht auf bestimmte Erkrankungen oder ein Organsystem fokussiert, sondern auf ein breites Spektrum von schweren und fortschreitenden Erkrankungen und betroffenen Organen. Dies sind sowohl Tumorerkrankungen als auch weit fortgeschrittene Herz-, Lungen-, Nieren- oder neurologische Erkrankungen. Zudem richtet sich Palliativmedizin auch an multimorbide geriatrische Patient*innen und an solche mit Demenz^{19 20 21}.

¹⁴ Corbin JM & Strauss AL (2004): Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit (2. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

¹⁵ Robert Koch-Institut [RKI] (2018): Krebsdiagnosen im Lebensverlauf. Stand: 04.09.2018. [online] https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Kurzbeitraege/Archiv2018/2018_4_Thema_des_Monats_lebensverlauf.html#:~:text=Bezogen%20auf%20das%20mittlere%20Erwachsenenalter,Altersgruppe%20waren%20300.100%20Menschen%20betreffen [zuletzt geprüft: 26.07.2023].

¹⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Abgerufen von: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [09.09.2022].

¹⁷ Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, Gaertner J, Lindena G, Radbruch L, Voltz R (2011): Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Working Group. Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems? Palliat Med, 25 (2): 148-152.

¹⁸ Saunders C & Baines M (1989): Living with Dying: Management of Terminal Disease. Oxford Medicine Publications. Oxford UK: Oxford University Press. Übersetzung i. A. an Bausewein 2018

¹⁹ Radbruch L & Payne S (2009): White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 1 – recommendations from the European Association for Palliative Care. European. J Palliat Care 16 (6): 278–289.

Eine Studie der Bertelsmann Stiftung von 2015 zeigt unter anderem, dass in vielen Regionen Deutschlands im letzten Jahr des Lebens eine Überversorgung hinsichtlich durchaus aggressiver Krankheitsbehandlungen besteht. Beispiele sind Chemotherapie oder Implantationen von Defibrillatoren auch noch in den letzten Lebensmonaten²².

Hier muss ein Umdenkprozess zu einer früheren, indikationsgerechten Integration von Palliativmedizin erfolgen. Denn Palliativversorgung bezieht sich nicht ausschließlich auf sterbende Patient*innen, sondern kann und soll im Krankheitsverlauf von lebenslimitierend erkrankten Menschen bereits zu einem früheren Zeitpunkt – auch parallel zu kurativer Behandlung – eingesetzt werden (vgl. Abb. 3 b)²³. In diesem Sinne erfolgt die Einbeziehung im Rahmen eines graduellen Übergangs von einer kurativen hin zu einer immer mehr palliativen Versorgung²⁴.

Besonders zumal Studien zeigen, dass sich nicht nur die Lebensqualität für Patient*innen durch eine frühzeitige, indikationsgerechte Palliativbehandlung verbessert, sondern auch die Überlebenszeit verlängert bzw. zu keinem Überlebensnachteil führt^{25 26}. Auch in weiteren Untersuchungen sind die Vorteile der möglichst frühen Integration der Palliativversorgung im Krankheitsverlauf belegt worden^{27 28 29 30 31}.

²⁰ van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Francke AL, Jünger S, Gove D, Firth P, Koopmans RTCM, Volicer L, on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC) (2014): White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 28 (3): 197–209.

²¹ Radbruch L, Schmedding L, Ateş G, Jaspers B, Melching H, Kranz S, Bausewein C (2022). Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2022*. Springer, Berlin, Heidelberg.

²² Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015a): Faktencheck Palliativversorgung – Modul 3 – Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. [online] https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf [26.07.2023].

²³ Radbruch L, Schmedding L, Ateş G, Jaspers B, Melching H, Kranz S, Bausewein C (2022). Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2022*. Springer, Berlin, Heidelberg.

²⁴ Ateş G, Jaspers B, Peuten S, Schneider W, Radbruch L (2021): Palliativversorgung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): *Krankenhaus-Report*. Springer, Berlin, Heidelberg.

²⁵ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010): Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363 (8): 733–742.

²⁶ Plaul C & Karmann A (2017): Überlebensvorteil Palliativversorgung? – Eine empirische Analyse von Krebspatienten mittels Kaplan-Meier-Überlebensfunktionen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 18 (01): 44–50.

²⁷ Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, Timm H (2014) Early integration of palliative care in hospitals: a systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliat Support Care* 12(6):495–513.

²⁸ Gaertner J, Maier BO, Radbruch L (2015) Resource allocation issues concerning early palliative care. *Ann Palliat Med* 4(3):156–161.

²⁹ Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C et al (2017) Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 357:j2925.

³⁰ Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N et al (2015) Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist* 20(1):77–83.

³¹ Tassinari D, Drudi F, Monterubbianesi MC, Stocchi L, Ferioli I, Marzalani A et al (2016) Early palliative care in advanced oncologic and non-oncologic chronic diseases: a systematic review of literature. *Rev Recent Clin Trials* 11(1):63–71.

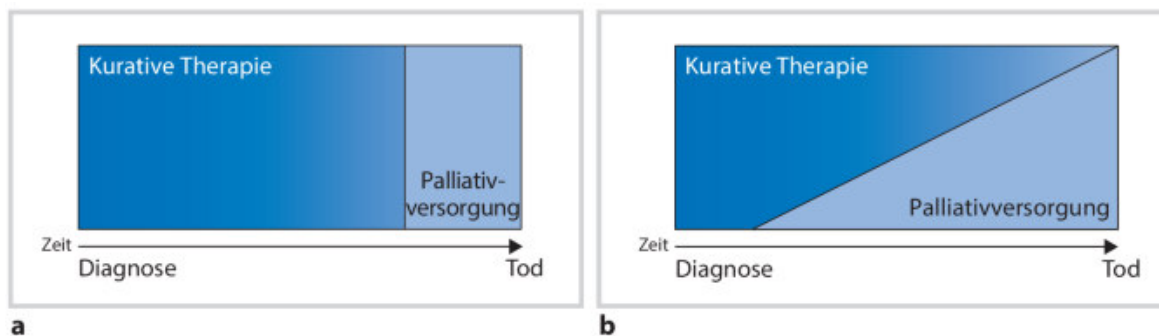


Abb. 3: Übergänge von einer kurativen auf eine palliative Therapiezielsetzung. **a** historisches Modell; **b** frühe Integration der Palliativversorgung (i. A. an Radbruch et al. 2022³² sowie van der Steen et al. 2014³³)

I.1.1 Orte der Versorgung: Wunsch vs. Wirklichkeit

Zahlreiche Studien, wie die der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2015 zeigen, dass die meisten Menschen (46 %) im Krankenhaus oder im Pflegeheim (31%) versterben. Wünschen tun sich das die Wenigsten (6 %). Vielmehr möchten die Menschen zu 76% in der Häuslichkeit und in nächster Präferenz zu 10% im Hospiz ihre letzten Tage verbringen (s. Abb. 4)³⁴.

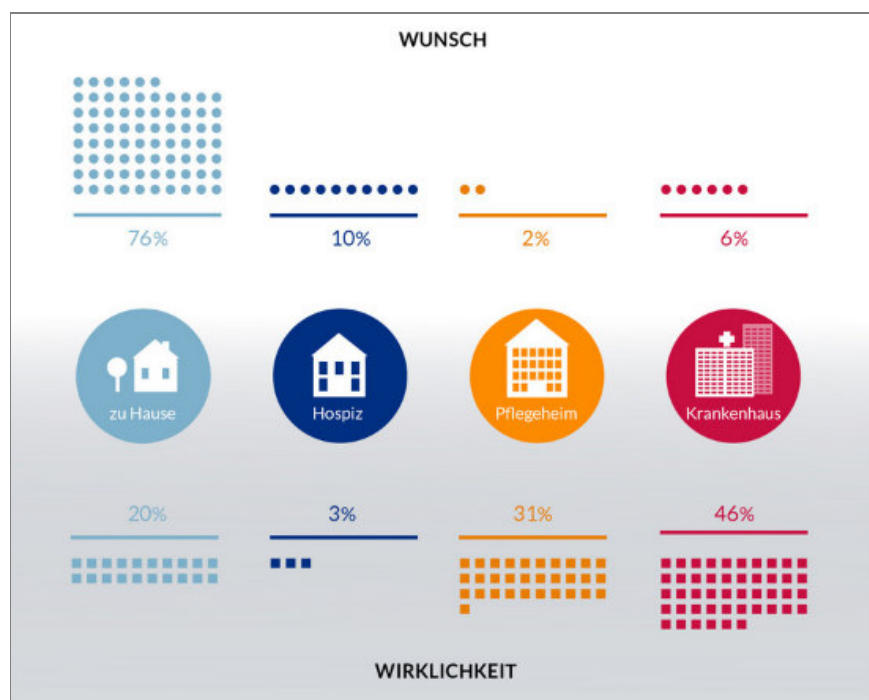


Abb. 4: „Wo möchten die Menschen sterben? Wunsch und Wirklichkeit“³⁵

³² i. A. an Radbruch L, Schmedding L, Ateş G, Jaspers B, Melching H, Kranz S, Bausewein C (2022). Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2022. Springer, Berlin, Heidelberg.

³³ i. A. an van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Francke AL, Jünger S, Gove D, Firth P, Koopmans RTCM, Volicer L, on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC) (2014): White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. Palliat Med, 28 (3): 197–209.

³⁴ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015b): Faktencheck Palliativversorgung – Modul 1 – Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. [online] Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf (faktencheck-gesundheit.de) [26.07.2023].

³⁵ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): Faktencheck Palliativversorgung -Modul 1- Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. [online] Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf (faktencheck-gesundheit.de) [02.09.2022].

Ein vergleichbares Ergebnis zeigt eine aktuelle Untersuchung aus Deutschland aus dem Jahr 2016: Die deutliche Mehrheit der Befragten bevorzugt die eigene Häuslichkeit als Sterbeort für sich bzw. nahe Angehörigen (s. Abb. 5)³⁶.

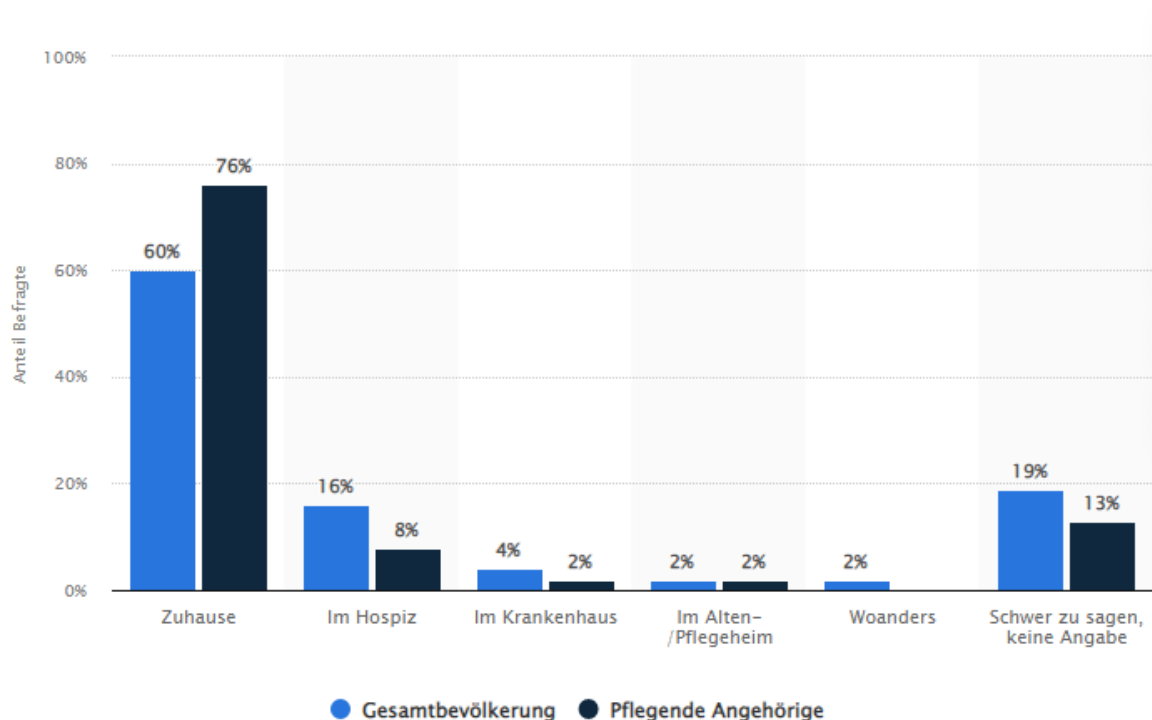


Abb. 5: Ergebnis einer IfD-Umfrage im Auftrag der DAK zu bevorzugten Sterbeorten in Deutschland aus dem Jahr 2016 („Was glauben Sie, welches ist der angenehmste Ort, um zu sterben, was würden Sie sich für sich bzw. nahe Angehörige wünschen?“³⁷

Im Vergleich der Bundesländer hat Berlin die höchste Sterbequote im Krankenhaus: bei Menschen, die im einem Alter von 64 oder älter starben, war der Sterbeort in den Jahren 2011 bis 2013 mit 48,8% das Krankenhaus (Durchschnitt Deutschland 45,7% / Min. Baden-Württemberg 41,1 %) (s. Abb. 6)³⁸.

³⁶ Statistisches Bundesamt (2022d): Was glauben Sie, welches ist der angenehmste Ort, um zu sterben, was würden Sie sich für sich bzw. nahe Angehörige wünschen? [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/625111/umfrage/umfrage-zu-bevorzugten-orten-zum-sterben-in-deutschland/> [05.09.2022].

³⁷ Statistisches Bundesamt (2022d): Was glauben Sie, welches ist der angenehmste Ort, um zu sterben, was würden Sie sich für sich bzw. nahe Angehörige wünschen? [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/625111/umfrage/umfrage-zu-bevorzugten-orten-zum-sterben-in-deutschland/> [05.09.2022].

³⁸ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): Faktencheck Palliativversorgung -Modul 1- Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. [online] Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf (faktencheck-gesundheit.de) [02.09.2022].

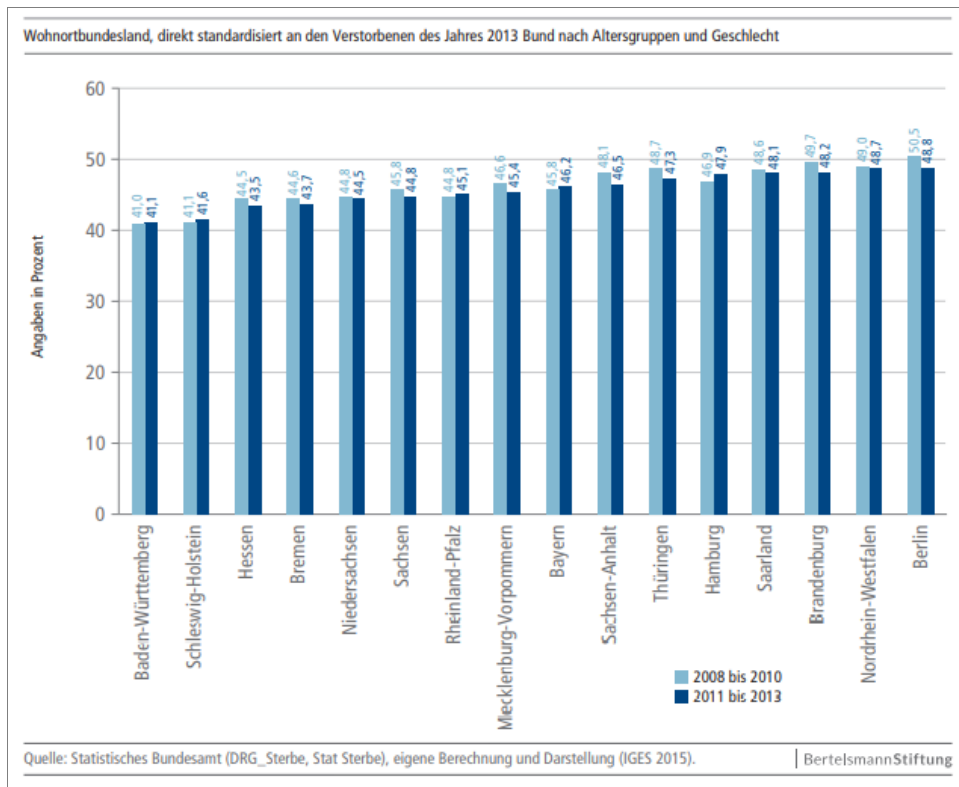


Abb. 6: Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen an allen Verstorbenen im Alter von 65 und mehr Jahren, 2008 bis 2010 und 2011 bis 2013³⁹

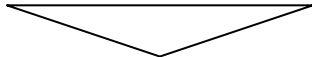
In Anbetracht dieser Tatsachen gilt es neben der kausalen Krankheitsbehandlung auch den Einsatz der begleitenden palliativmedizinischen Betreuung der Erkrankten besonders im Krankenhaus auszubauen. Ziel dabei ist es, die Lebensqualität von Patient*innen und deren Angehörigen möglichst langfristig zu erhalten oder wiederherzustellen, damit ein Leben und Sterben an dem gewünschten Ort möglich ist. Dazu heißt es in der Definition von „Palliative Care“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

“ [...] ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.⁴⁰

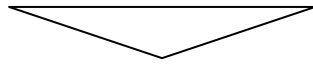
³⁹ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): Faktencheck Palliativversorgung -Modul 1- Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. [online] Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf (faktencheck-gesundheit.de) [02.09.2022].

⁴⁰ Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002): Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 24 (2): 91-96; Übersetzung i. A. an Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (o. J.): WHO Definition of Palliative Care 2002. [online] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [28.08.2023].

I.1.2 Zeitstrahl: Meilensteine der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland

	
1983	• Eröffnung der ersten Palliativstation in Köln
1986 – 1988	• erste Hospize in Aachen (1986), Recklinghausen (1987) und Köln (1988) (DGP, RZ 140703 Imagebroschüre Doppelseiten online.pdf (dgpalliativmedizin.de)https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/meilensteine-palliativmedizin-in-deutschland.html)
ab 1990 	
1992	• Gründung „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V.“ → heute: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) als Dachverband von 26 überregionalen Verbänden und Organisationen der Palliativ- und Hospizarbeit für über 1.250 Hospiz- und Palliativdienste und –einrichtungen (Stand 20.04.2021) (Zahlen, Daten, Fakten - DHPV)
1993	• Gründung von Home Care Berlin e. V.
1994	• Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)
1996	• erstes Hospizgesetz §39a
1999	• erster Lehrstuhl für Palliativmedizin • Einführung der Kerndokumentation HOPE (Hospiz- und Palliativerhebung)
ab 2000 	
2002	• Gesetz zur Förderung ambulanter Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V)
seit 2004	• Palliative Care wird in der Berufsausbildung der Alten- und Krankenpflege berücksichtigt
2005	• Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: „Hospizarbeit und Palliativmedizin wollen wir stärken, um Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen“; Palliativmedizin in der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V (RZ 140703 Imagebroschüre Doppelseiten online.pdf (dgpalliativmedizin.de)https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/meilensteine-palliativmedizin-in-deutschland.html)
seit 2007	• gesetzlicher Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) § 37b und 132d SGB V (Deutscher Bundestag 2019, WD-9-023-19-pdf-data.pdf (bundestag.de))
seit 2008	• Nationaler Krebsplan (eigenes Kapitel zur Palliativmedizin)
seit 2009	• Palliativmedizin als Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach (Medizinstudium) – Änderung der Approbationsordnung

(DGP, [Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e \(dgpalliativmedizin.de\)](https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/meilensteine-palliativmedizin-in-deutschland.html)<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/meilensteine-palliativmedizin-in-deutschland.html>)



2010

- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ konsentiert → aus den daraus folgenden Handlungsempfehlungen Überführung in eine Nationale Strategie
(DGP, <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/meilensteine-palliativmedizin-in-deutschland.html> [Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e \(dgpalliativmedizin.de\)](https://www.dgpalliativmedizin.de))

2011

- Auftakt der S3-Leitlinie Palliativmedizin unter Federführung der DGP
- DGP führt das Nationale Hospiz- und Palliativregister ein

2013

- Auftaktveranstaltung „Nationale Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“
(DGP, [RZ_140703_Imagebroschüre_Doppelseiten_online.pdf \(dgpalliativmedizin.de\)](https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/meilensteine-palliativmedizin-in-deutschland.html))

2015

- Erstveröffentlichung der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung
- Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)
→ Ziel des HPG: Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Palliativ- und Hospizversorgung und damit Verbesserung der Versorgung von Palliativpatient*innen
- Palliativversorgung ist damit ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung; Krankenkassen tragen nicht mehr 90 %, sondern 95% der zuschussfähigen Kosten für die stationäre Hospizversorgung
(Deutscher Bundestag 2019, [WD-9-023-19-pdf-data.pdf \(bundestag.de\)](https://www.bundestag.de/Drucksachen/19/023/WD-9-023-19-pdf-data.pdf))
- Deutschland ist somit als eines von insgesamt acht Ländern mit nationalem Gesetz diesbezüglich
(DGP, [Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e \(dgpalliativmedizin.de\)](https://www.dgpalliativmedizin.de))

seit 2017

DGP zertifiziert in Kooperation mit Zertifizierungsstelle ClarCert Palliativstationen
→ Ziel: Qualitätsstandards in der Palliativversorgung sicherstellen
(Deutscher Bundestag 2019, [WD-9-023-19-pdf-data.pdf \(bundestag.de\)](https://www.bundestag.de/Drucksachen/19/023/WD-9-023-19-pdf-data.pdf))

2019

Erweiterung der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung
(Leitlinienprogramm Onkologie 2020, [S3-Leitlinie Palliativmedizin \(leitlinienprogramm-onkologie.de\)](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de))

Quelle: Die einzelnen Quellenangaben beziehen sich auf die jeweils darüberstehenden Jahreszahlen und Angaben, sofern keine weitere genannt ist; eigene Darstellung

I.1.3 Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland

Palliativversorgung kann an unterschiedlichsten Orten im ambulanten oder stationären Bereich mit unterschiedlicher Komplexität im Sinne einer allgemeinen oder einer spezialisierten / komplexen Palliativversorgung erfolgen.

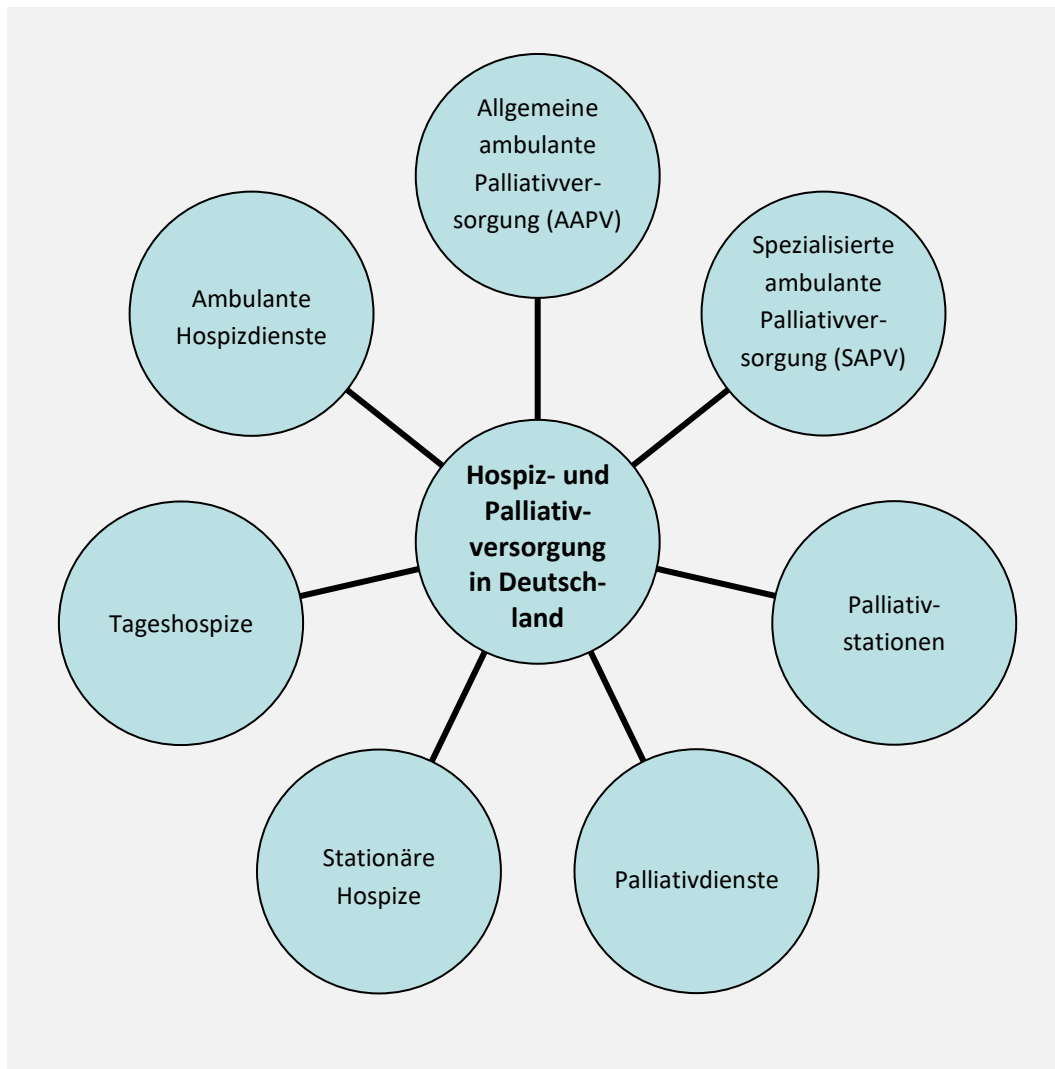


Abb. 7: Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland⁴¹

Man geht davon aus, dass der Bedarf an palliativer Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich besonders in der allgemeinen Palliativversorgung bei ca. 90% liegt, wohingegen die spezialisierte / komplexe Behandlung bei

⁴¹ Deutscher Bundestag (2019): Zur Entwicklung und zu den wesentlichen Strukturen in der Palliativversorgung. WD 9 - 3000 – 023/19. [online] <https://www.bundestag.de/resource/blob/648876/a36da5dfc573a86160185e97483fb243/WD-9-023-19-pdf-data.pdf> [05.09.2022].

10% liegt. Die Versorgung erfolgt dann bedarfsgerecht durch unterschiedliche ausgebildete Palliativteams mit medizinischen und pflegerischen Personal.

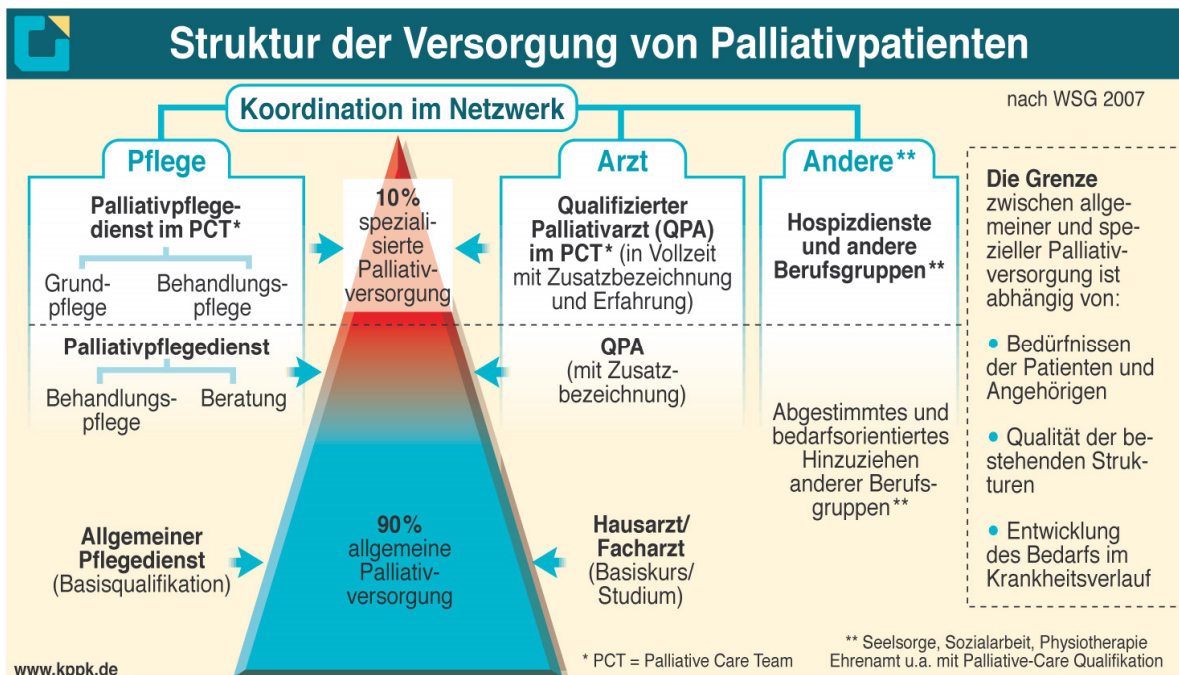


Abb. 8: Palliativversorgung nach Intensität und durch bedarfsgerechtes qualifiziertes Personal⁴²

I.1.3.1 Ambulante Palliativversorgung

Im ambulanten Bereich, der die Häuslichkeit inklusive der Pflegewohnheime, Hospize und Unterbringungen der Eingliederungshilfe umfassen kann, gibt es sowohl eine allgemeine als auch eine spezialisierte Palliativversorgung.

Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Diese dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatient*innen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringer*innen der **Primärversorgung** (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Facharzt*innen sowie den ambulanten Pflegediensten) u.U. mit **palliativmedizinischer Basisqualifikation**, die sich nach den jeweiligen gesetzlichen Anforderungen richtet, erbracht

⁴² Raymond V (2008): Palliativmedizin: Eine Disziplin für den „ganzen Menschen“. Dtsch Arztebl, 105(1-2): A-20 / B-17 / C-17.

werden kann. Der Großteil der Palliativpatient*innen, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen⁴³.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ergänzt die AAPV. Ein Rechtsanspruch auf die SAPV besteht seit 2007 (SGB V). Diese dient dem Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung soweit wie möglich zu erhalten sowie ihnen ein würdiges Leben zuhause, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen zu ermöglichen. Die SAPV-Teams sind **24 Stunden an sieben Tagen der Woche erreichbar**⁴⁴. Das leitende Personal muss eine Weiterbildung in Palliativmedizin haben.



Zahlen und Daten:

- aktuell: 403 Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand 10/2021), 36 davon für Kinder und Jugendliche (Deutscher Kinderhospizverein, Stand 01/2023)⁴⁵

Stationäres Hospiz

Stationäre Hospize sind eigenständige wohnliche Einrichtungen, in deren Fokus Menschen mit einer fortgeschrittenen lebenslimitierenden Erkrankung und deren Angehörige mit ihren jeweiligen Bedürfnissen stehen. Eine ganzheitliche Pflege und Versorgung wird durch haupt- und

⁴³ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (2009): Allgemeine ambulante Palliativversorgung. Definition. 15.01.2009. [online] <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> [08.08.2023].

⁴⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (o. J.): Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo?. [online] <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> [08.08.2023].

⁴⁵ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

ehrenamtliche Mitarbeitende des Hospizes in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus- oder SAPV) Ärzt*innen gewährleistet⁴⁶.

Voraussetzungen für eine Aufnahme sind u. a.:

- Vorhandensein einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung;
- Notwendigkeit bzw. Wunsch der*des Betroffenen nach einer palliativpflegerischen Behandlung;
- voraussichtliche Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten;
- Krankenhausbehandlung im Sinne von §39a SGB V ist nicht erforderlich⁴⁷.

Zahlen und Daten:

- 1998: Eröffnung des ersten Kinder- und Jugendhospizes in Olpe (Deutscher Kinderhospizverein, Stand 03/2023)⁴⁸
- seit 1996: deutliche Zunahme der Anzahl der stationären Hospize
- aktuell: ca. 260 stationäre Hospize für Erwachsene; von diesen haben im Durchschnitt je ca. 10 Betten, d. h. es gibt ca. 2.500 Hospizbetten, in denen bei einer durchschnittlichen Auslastung von 80% und einer Verweildauer von 22 Tagen pro Jahr ca. 35.000 Menschen versorgt werden.
- aktuell: 19 stationäre Hospize für Kinder und Jugendliche (DHPV und Deutscher Kinderhospizverein, Stand 03/2023)⁴⁹

Tageshospize

Ein teilstationäres Hospiz oder Tageshospiz richtet sich an Menschen mit einer schweren und fortschreitenden Erkrankung, die zu Hause leben. Unheilbar erkrankte Menschen können ein- oder mehrmals pro Woche in das Tageshospiz kommen, lindernde Therapien erhalten, Kraft tanken und trotz schwerer Krankheit am sozialen Leben teilhaben⁵⁰.

⁴⁶ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (o. J.): Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo?. [online] <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> [08.08.2023].

⁴⁷ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (o. J.): Stationäre Hospize. [online] https://www.dhpv.de/themen_teil-stationaere-hospize.html [zuletzt geprüft: 08.08.2023].

⁴⁸ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

⁴⁹ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

⁵⁰ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (o. J.): Teilstationäre Hospize. [online] https://www.dhpv.de/themen_teil-stationaere-hospize/articles/tageshospize.html [zuletzt geprüft: 08.08.2023].

.1.3.2 Stationäre Palliativversorgung

Palliativversorgung im Krankenhaus erfolgt in unterschiedlicher Intensität. Die allgemeine Palliativversorgung erfolgt im Krankenhaus durch das gesamte Personal, die ggf. von Palliativfachkräften unterstützt werden. Sind die Symptome komplexer, so werden die Patient*innen durch speziell ausgebildete Mitarbeiter entweder auf einer Palliativstation oder dort, wo sie ihre allgemeine Behandlung erhalten, betreut.

Palliativstationen/- einheit

Palliativstationen sind spezialisierte Einrichtungen eines Krankenhauses zur Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebenslimitierenden Erkrankung. Hier lindern multiprofessionelle Teams schwerste Symptome der Betroffenen. Ziel ist die weitest gehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität, sodass Schwersterkrankte die ihnen verbleibende Lebenszeit möglichst in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können. Sollte eine Entlassung nicht mehr möglich sein, steht das multiprofessionelle Team der Palliativstation dem Sterbenden und seinen Angehörigen zur Seite.

Zahlen und Daten:

- aktuell: ca. 340 Palliativstationen und -einheiten in Krankenhäusern, 4 davon für Kinder und Jugendliche (DHPV und Deutscher Kinderhospizverein, Stand 03/2023)⁵¹

Palliativdienste

Ein Palliativdienst im Krankenhaus ist ein multiprofessionelles, eigenständiges, spezialisiertes Team und bietet eine Palliativbetreuung für stationäre Patient*innen außerhalb einer Palliativstation an. Diese Betreuung umfasst sowohl eine kontinuierliche und frühzeitige palliativmedizinische Beratung als auch die Mitbehandlung im Falle komplexer Symptome und Bedürfnisse⁵². Die Finanzierung ist noch nicht in das Regelsystem übergegangen. Zurzeit erfolgen Verhandlungen zur Finanzierung jährlich mit dem Krankenhaus.

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Patient*innen werden intensiv durch ein geschultes Team entweder auf der Palliativeinheit oder anderen Stationen des Krankenhauses betreut und erhalten darüber u. a. verbindliche zusätzlich

⁵¹ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

⁵² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (o. J.): Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo?. [online] <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> [08.08.2023].

Angebote zur normalen Behandlung, die mindestens sechs Stunden in der Woche umfassen müssen. Diese Leistungen sind extra durch ein Zusatzentgelt abrechenbar.

I.1.3.3 Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste unterstützen schwersterkrankte Menschen dabei, die letzte Zeit ihres Lebens zu Hause und mit ihnen nahestehenden Menschen zu verbringen. Die hauptamtlichen Koordinatoren der ambulanten Hospizdienste beraten in Fragen der ambulanten Betreuung, arbeiten mit Ärzt*innen und Pflegediensten zusammen und organisieren die Arbeit der Ehrenamtlichen. Diese begleiten Betroffene und die Familie oft über eine längere Zeit bis zum Tod sowie die Angehörigen auch über den Tod ihres Familienmitgliedes hinaus⁵³. Die Begleitung kann in allen stationären und ambulanten Bereichen der Palliativversorgung erfolgen.

Zahlen und Daten:

- seit 1996: Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste in Deutschland mehr als verdreifacht
- aktuell: rund 1.500 ambulante Hospizdienste, einschließlich der ca. 230 Dienste für Kinder und Jugendliche (65 davon in Kooperation mit einem Erwachsenen-Hospizdienst) (DHPV und Deutscher Kinderhospizverein, Stand 03/2023)⁵⁴
- Hospizdienste für Kinder und Jugendliche weiter steigend
- 900 der Hospizdienste für Erwachsene durch Krankenkassen gefördert, die anderen arbeiten rein ehrenamtlich (DHPV und Deutscher Kinderhospizverein, Stand 06/2022)⁵⁵

I.1.3.4 Qualifikation der Mitarbeitenden in der Palliativversorgung

Je nachdem ob Mitarbeitende der Pflege oder des ärztlichen Dienstes in der allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung eingesetzt werden, müssen Sie eine zertifizierte Basisqualifikation bzw. Weiterbildung/ Zusatzbezeichnung nachweisen. Dieser Nachweis wird zunehmend auch für andere Berufsgruppen gefordert.

Zahlen und Daten:

- Zusatzausbildung im Fach Palliativmedizin für alle Ärzt*innen: Anstieg der Zahl entsprechend ausgebildeter Ärzt*innen von 100 (2005) auf 14.620 Ärzt*innen (Ende 2021) (Bundesärztekammer, Stand 12/2021)⁵⁶

⁵³ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (o. J.): Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo?. [online] <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> [08.08.2023].

⁵⁴ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

⁵⁵ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

⁵⁶ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. [online] https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [14.08.2023].

- zudem: seit 2014: verbindliche Leistungsnachweise im Fach Schmerz- und Palliativmedizin für Medizinstudierende, die ihr 2. Staatsexamen ablegen



I.2 Die palliative Versorgungskette

Chronische Erkrankungen, ob progredienter oder degenerativer Art, benötigen mehrdimensionale und interdisziplinäre Versorgungskonzepte⁵⁷. Die palliative Versorgung im deutschen Gesundheitssystem erfolgt jedoch in Sektoren (ambulant, stationär oder teilstationär), die sich nicht immer an den krankheitsspezifischen Bedürfnissen von chronisch erkrankten Menschen orientieren. Infolgedessen kommen Patient*innen oft mit einer Fülle von Diensten und Einrichtungen in Kontakt. Diese mehrmaligen Strukturwechsel sind häufig durch Versorgungsbrüche geprägt und werden den Betroffenen durch ihre Kurzfristigkeit nicht gerecht. Als Folge fühlen sie sich oft „alleingelassen“ und ungenügend aufgefangen im Gesundheitssystem. Unbedingt notwendig und von der WHO schon vor Jahrzehnten gefordert, sind aufeinander abgestimmte Versorgungsketten, die schnell und effizient auf die veränderten Bedarfe der Betroffenen reagieren können.

Auch die *Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen* spricht sich für einen Ausbau der ambulanten und stationären Vernetzung sowie für eine engmaschigere Zusammenarbeit zwischen spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten aus⁵⁸. Als mögliche Chancen, die Schnittstellen zu verbessern, sind palliativmedizinische Tageskliniken, Teilnahme der stationären Ärzt*innen an der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, telemedizinische Konsile mit Zentrale in der stationären Versorgung, individuelle oder Institutsermächtigungen zur ambulanten Palliativversorgung, gemeinschaftliche Fallkonferenzen sowie sektorenübergreifende Qualitätszirkel oder der Einsatz

⁵⁷ Schaeffer D & Ewers M (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft*, 11(3): 197–209.

⁵⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer (2020): *Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. 10. Auflage 2020. [online] https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf [zuletzt geprüft: 07.08.2023].

von gemeinsamen Informationssystemen zu nennen. Die praktische Umsetzung hängt dabei stets von den regionalen Bedingungen ab⁵⁹. Entscheidende Faktoren für den Erfolg eines gelungenen Netzwerkes sind unter anderem Transparenz und demokratische Mitgestaltung, Vernetzung von Basisversorgung und spezialisierter palliativer Versorgung, Regeln der Zusammenarbeit in einer abgestuften Palliativversorgung, eine neutrale Koordinationsstelle zur Moderation des Prozesses sowie eine insgesamt wertschätzende Kooperation statt Wettbewerbshaltung.

Schwierigkeiten entstehen oft durch ein strukturell fehlendes Schnittstellenmanagement. Häufig kommt es zu anlassbezogenen und wenig vorausschauenden Entscheidungen, die durch eine eher informelle Kommunikation geprägt sind. Die Vernetzung zur medizinischen Regelversorgung und in diesem Kontext die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen spielt eine wesentliche Rolle. Allerdings gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit über die eigene Praxis hinweg, aufgrund von Zeit- und Personalmangel, oft schwierig⁶⁰.

Im Kontext von Pflegeheimen stellen Bewohner*innen mit komplexen Erkrankungen oft eine große Herausforderung dar. Meistens ist keine strukturierte Palliativversorgung in den Pflegeheimen implementiert, obwohl ein großer (und potenziell zunehmend wachsender) Teil der Sterbenden in Deutschland hier versorgt wird. Um die Versorgungsqualität zu verbessern, ist eine Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung sowie eine vermehrte Einbindung von Pflegeheimen in palliative Netzwerkstrukturen unbedingt notwendig.

1.3 Palliativbeauftragte*r/Ansprechpartner*in – Ist-Stand in Deutschland

Zur Umsetzung der Palliativmedizin in die Regelversorgung forderte der frühere Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Prof. Dr. Friedemann Nauck, 2014 die „Etablierung eines verantwortlichen Palliativbeauftragten in jedem Krankenhaus und in jeder Pflegeeinrichtung sowie den Aufbau von multiprofessionell arbeitenden Palliativdiensten in Krankenhäusern“. Die DGP stellte 2015 drei Aufgabengruppen für Palliativbeauftragte in Krankenhäusern sowie stationären Pflegeeinrichtungen vor, deren Umsetzung im Einvernehmen mit dem Träger bzw. der Leitung erfolgen sollte⁶¹:

- 1) Sicherstellung der Versorgung** durch: • Sicherung des Zugangs für alle Bedürftigen • hausinterne interprofessionelle Konzepte • Ablaufpläne zur allgemeinen und ggf.

⁵⁹ Demmer T & Groß M (2021): Intersektorale Konzepte in der Palliativmedizin. In: Demmer T & Groß M (Hrsg.): Interdisziplinäre Palliativmedizin. Berlin: Springer, 94-96.

⁶⁰ Schönhofer-Nellessen V (2014): Netzwerke in Palliative Care. In: Eichner E, Hornke I, Sitte T (Hrsg.): Ambulante Palliativversorgung. Fulda: Deutscher PalliativVerlag, 39-42.

⁶¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2015): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Palliativbeauftragten. 29.4.2015. [online] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20150429_DGP_Stellungnahme_Palliativbeauftragte_1.pdf [10.08.2023].

spezialisierten Palliativversorgung mit Ansprechpartner*innen • Motivation und Beratung der Mitarbeiter*innen • multiprofessionelle Fallbesprechungen

2) Sicherstellung der Qualität der Versorgung durch: • Umsetzung von aktuellen Standards in der Palliativversorgung • Sicherstellung hoher Qualität der allgemeinen wie auch der spezialisierten Palliativversorgung • hausinterne Fortbildungen und Schulungsmaßnahmen • Sensibilisierung und frühzeitige Integration

3) Regionale Vernetzung durch: • Einbindung ehrenamtlicher Arbeit • Kooperation und Einbindung von ambulanten Partner*innen • Ansprechpartner*innen für Fragen von außen (Betroffene, An-/Zugehörige, Professionelle)⁶²

Die Aufgabenbereiche der Palliativbeauftragten sollen sich über mehrere Ebenen – von der Konzern- und Einrichtungsebene über die Patient*innen- oder Mitarbeiter*innenebene bis hin zu der Netzwerkebene – erstrecken und äußerst vielschichtig sein⁶³.

Der multiprofessionelle Palliativdienst fand Eingang in das Ende 2015 verabschiedete Palliativ- und Hospizgesetz, der „verantwortliche Palliativbeauftragte“ nicht. Die Einführung von Palliativbeauftragten wird bis heute von der DGP und zunehmend von weiteren Interessensvertreter*innen wie dem Senat von Berlin im Prozess 80 Plus gefordert.

Im Zuge der bevorstehenden Krankenhausreform werden Palliativbeauftragte zur Umsetzung einer Palliativversorgung in Krankenhäusern aller Leistungsgruppen erneut gefordert und spezifische Aufgaben zugeordnet (Stellungnahme der DGP zur Krankenhausreform 2023). Hier werden zusätzlich zu den bereits formulierten Forderungen der DGP besonders auch der Patientenwille, der Umgang mit Sterbewünschen und die Einbindung der an- und Zugehörigen in den Fokus genommen.

In Deutschland wurden und werden in Studien und Projekten die Aufgaben von Ansprechpersonen in der Palliativversorgung in unterschiedlichen Versorgungssektoren untersucht. Die Ansprechpersonen haben je nach Charakter ihrer Aufgaben unterschiedliche Bezeichnungen, die von Palliativlots*in, (Demenz- und) Palliativbeauftragte*r über Netzwerkkoordinator*in und Palliativkoordinator*in bis hin zu Palliativ-Ansprechpartner*in reichen. Ein einheitliches Verständnis, ein Aufgabenportfolio oder eine vorgegebene Berufsqualifikation zu diesen Ansprechpartner*innen gibt es bis zum Jahr 2023 nicht.

⁶² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2015): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Palliativbeauftragten. 29.4.2015. [online] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20150429_DGP_Stellungnahme_Palliativbeauftragte_1.pdf [10.08.2023].

⁶³ Rösch E, Gratz M, Roser T (2016): Hospiz- und Palliativbeauftragte im Gesundheitswesen. Z Palliativmed, 17: 120–126.

I.3.1 Beispiele für Ansprechpersonen im ambulanten Sektor

Seit Juli 2021 sind Netzwerkkoordinator*innen zur Unterstützung der Organisation von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken gesetzlich verankert. Zu den Aufgaben gehören übergreifende Koordinierungstätigkeiten, etwa bezogen auf Bildungsangebote, aber auch die Unterstützung von Kooperationen, die Organisation des Austausches der regional hospizlich und palliativmedizinisch tätigen Akteur*innen sowie Informations- und Öffentlichkeitsarbeit bzgl. der Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des Netzwerkes⁶⁴. Gefördert wird dies durch die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Länder. Der Einsatz von Netzwerkkoordinator*innen soll dazu beitragen, dass sich die regionalen Akteur*innen, wie z. B. SAPV-Dienste, Ärzt*innen und Pflegedienste, besser untereinander abstimmen können und dass Aktivitäten im Bereich Hospiz- und Palliativarbeit koordiniert werden⁶⁵.

„Palliativlots*innen“ gibt es seit 2019 im Rahmen des von der DGP prämierten Projektes in Bremen. Menschen mit einer unheilbaren Tumorerkrankung werden durch diese vornehmlich psychosozial in der eigenen Häuslichkeit begleitet^{66 67}.

I.3.2 Beispiele für Ansprechpersonen im Sektor Pflege und Wohnen

Im Projekt „Palliativbeauftragte in Braunschweiger Pflegeheimen“ sollen diese beispielsweise als Ansprechpartner*innen für Bewohner*innen, An-/ Zugehörige und Netzwerkpartner*innen dienen⁶⁸.

In Bayern wird in einem Projekt geprüft, inwiefern speziell geschulte Pflegefachkräfte Ansprechpartner*innen für die Palliativversorgung sein können und welche unterstützenden Maßnahmen hierfür hilfreich wären⁶⁹.

⁶⁴ § 39 d Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). [online] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_39_d.html [19.07.2023].

⁶⁵ GKV-Spitzenverband (o. J.): Förderung der Netzwerkkoordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken. [online] https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/netzwerkkoordination/foerderung_der_netzwerkkoordination.jsp [10.08.2023].

⁶⁶ Förderverein Palliativstation am Klinikum Links der Weser e. V. (o. J.): Palliativlotsin. [online] https://www.palliativ-bremen.de/ambulante_dienste/palliativlotsin.php [19.07.2023].

⁶⁷ Troue U (2020): Palliativlotsin kommt zur Beratung ins Haus. Weser-Kurier 14.10.2020. [online] <https://www.weser-kurier.de/bremen/bremer-pilotprojekt-palliativlotsin-bietet-hilfe-auf-dem-letzten-weg-doc7e3dl0wmr2supize1tj> [19.07.2023].

⁶⁸ Hospizarbeit Braunschweig e. V. (o. J.): Palliativbeauftragte in Braunschweiger Pflegeheimen. [online] <https://www.hospizarbeit-braunschweig.de/projekte-mit-pflegeheimen-2/> [19.07.2023].

⁶⁹ Bayerischer Landtag. Palliativ- und Hospizversorgung verbessern I: Palliativbeauftragte als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (01.07.2021). Drucksache 18/16925 [online] https://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Basisdrucksachen/0000010500/0000010764.pdf [19.07.2023].

I.3.3 Beispiele für Ansprechpersonen im Sektor Krankenhaus

Einige Krankenhäuser in Deutschland haben bereits Palliativbeauftragte etabliert, die in Absprache mit der Geschäftsführung für eine verbesserte Palliativversorgung sorgen sollen⁷⁰.

In Berlin konzipierte 2019/20 die DGP in Kooperation mit der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie und der KPG Bildung im Auftrag des Berliner Senates eine 40-Stunden-Fortbildung zur*zum Demenz- und Palliativbeauftragten. Circa 60 Teilnehmende aus 23 Krankenhäusern schlossen den Kurs ab und sollen in Netzwerktreffen regelmäßig ihr Wissen auffrischen und vertiefen^{71 72}.

Am Klinikum der Universität München wurde 2016 ein Projekt zum Aufbau eines Netzwerkes von Palliativ- Ansprechpartner*innen (PA) initiiert. Zwei Pflegefachkräfte pro Station sowie ein bis zwei Ärzt*innen pro Klinik wurden ausgebildet und treffen sich vier Mal jährlich zu Netzwerktreffen, um sich gemeinsam auszutauschen und weiterzubilden⁷³.

Die Universitätsmedizin des Klinikums Oldenburg hat eine Gesundheits- und Krankenpflegerin als Palliativbeauftragte fest etabliert⁷⁴.

I.3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es vereinzelt Projekte zu palliativen Ansprechpartner*innen in unterschiedlichen Sektoren der Versorgung gibt, diese aber bedarfsabhängige Anforderungen haben und somit kaum ein übergreifendes Konzept vorstellbar ist.

Zu einer möglichen Verankerung von Palliativbeauftragten ist es wichtig

- (a) ... das **(sektorengerechte) Rollenprofil** zu eruieren, zu reflektieren und zu evaluieren,
- (b) ... darauf zu achten, dass die **Ziele transparent** unter allen Beteiligten kommuniziert werden und
- (c) ... der **interprofessionellen Zusammenarbeit** eine große Bedeutung zuzusprechen.

⁷⁰ Lenz P, Gerdes V, Wagner A (2021): Qualitätsmanagement, Fort- und Weiterbildung. Groß M & Demmer T (Hrsg.): Interdisziplinäre Palliativmedizin. Berlin: Springer, 145–166.

⁷¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2020): DGP Aktuell. Berliner Senat verleiht erste Zertifikate an rund 60 Demenz- und Palliativbeauftragte aus 23 Krankenhäusern - DGP maßgeblich an Kurskonzeption und Schulung beteiligt (28.01.2020). [online] <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/rund-60-demenz-und-palliativbeauftragte-erhielten-in-berlin-ihre-zertifikate.html> [10.08.2023].

⁷² Zentrale Anlaufstelle Hospiz (o. J.): Demenz- und Palliativbeauftragte im Krankenhaus (DuP). [online] <https://hospiz-aktuell.de/netzwerke/demenz-und-palliativbeauftragte-im-krankenhaus-dup> [19.07.2023].

⁷³ Haberland B, Braun R, Tänzler S, Zimmerling S, Bausewein C (2018): PalliativAnsprechpartner zur Verbesserung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus. Z Palliativmed, 19(05): e34.

⁷⁴ Klinikum Oldenburg – Universitätsmedizin Oldenburg (o. J.): Klinik für Palliativmedizin. Palliativdienst. [online] <https://www.klinikum-oldenburg.de/zentren-kliniken/kliniken/klinik-fuer-palliativmedizin/palliativdienst> [10.08.2023].

Die Palliativbeauftragten sollten von Anfang an in die **systematische Organisationsentwicklung** der Palliativversorgung eingebunden werden^{75 76}.

Zur Etablierung von Palliativbeauftragten im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen sollten Qualifikation und Aufgabenportfolio der Palliativbeauftragten auf Basis der Ausarbeitungen der DGP aus dem Jahr 2015 und der bisherigen Erfahrungen aus Projekten genutzt werden.

I.4 Gesetzliche Voraussetzung zur Palliativversorgung

Die Betreuung von Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten durch die Hospizbewegung und den Ausbau der Palliativmedizin international stark verbessert. Ausgehend von den englischsprachigen Nationen wird zunehmend auch in Deutschland die Palliativversorgung und Hospizbewegung in festen staatlichen Strukturen und Programmen verankert.

Seit 2007 wird gesetzlich die SAPV ausgebaut. Jede*r Patient*in hat ein gesetzlich verbrieftes Recht auf eine solche Versorgung. Dem kann aber nur entsprochen werden, sofern eine palliativmedizinische Indikation zeitnah festgestellt wird und in der palliativen Versorgungskette alle Funktionsglieder – beginnend im Krankenhaus – bedarfs- und bedürfnisgerecht ausgebildet werden.

Das im November 2015 vom Bundestag mit großer Mehrheit verabschiedete neue Hospiz- und Palliativgesetz hat neben der Verbesserung der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung auch die Weiterentwicklung sowie den Ausbau der Palliativversorgung im Krankenhaus zum Ziel. Der Gesetzgeber hat damit auf den oben dargestellten Umstand reagiert, dass sich nahezu die Hälfte aller Sterbefälle in Deutschland in Krankenhäusern ereignen, demgegenüber aber weniger als 15% aller deutschen Krankenhäuser über eine Palliativstation und nur wenige Kliniken über sogenannte Palliativdienste oder palliativmedizinische Konsiliardienste verfügen, die in der Lage sind, schwerstkranke und sterbende Menschen indikationsgerecht und nach aktuellem Kenntnisstand palliativmedizinisch zu versorgen. Eine Förderung von Palliativstationen und die Etablierung von Palliativdiensten, die als Teil der spezialisierten Palliativversorgung Patient*innen mit hoher Symptomlast im Krankenhaus stations- und abteilungsübergreifend mitversorgen, ist nun gesetzlich festgelegt, jedoch steht nicht für alle Strukturen eine klare Finanzierung zur Verfügung. Eine allgemeine Palliativbetreuung von Krankenhauspatient*innen, z. B. eine frühzeitige Integration in eine palliative Versorgungskette, ist nur bedingt vorgesehen.

⁷⁵ Rösch E, Gratz M, Roser T (2016): Hospiz- und Palliativbeauftragte im Gesundheitswesen. Z Palliativmed, 17: 120–126.

⁷⁶ Gerhard C (2017): Palliativdienst. Handbuch zur Integration palliativer Kultur und Praxis im Krankenhaus (1. Auflage). Bern: Hogrefe, 197-200.

Bisher hingen Netzwerkaktivitäten zur Gewährleistung einer frühzeitigen, schwellenlosen palliativen Versorgungskette besonders von dem Engagement und der Initiative der ambulant und stationär Versorgenden ab, sodass es bisher eher vereinzelt gut laufende Versorgungsketten gibt. Dies ist keine dauerhafte Lösung für eine gute allgemeine und spezialisierte Palliativbetreuung. In diesem Kontext kann nun ggf. die oben dargestellte Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine*n Netzwerkkoordinator*in gemäß § 39d SGB V einen Beitrag dazu leisten, die Bausteine der Hospiz- und Palliativversorgung systematisch zusammenzuführen. Während Netzwerkkoordinator*innen übergreifende Koordinierungsaufgaben wahrnehmen sollen, braucht es jedoch auch auf lokaler bzw. einzelner Krankenhausebene vor Ort eine tragfähige Versorgung von Menschen am Lebensende. Dies muss strukturell unter anderem durch Palliativbeauftragte in die Behandlungsstränge verankert und mit den nötigen finanziellen Mitteln ausgestattet werden.

I.5 Vorausschauende Versorgungsplanung

Die Vorausschauende Versorgungsplanung entstand als Ergänzung der partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Bestreben, Schwierigkeiten bei der Interpretation von Patient*innenverfügungen in kritischen Situationen entgegenzuwirken⁷⁷. Es handelt sich dabei um ein Konzept, das sich seit den 1990er Jahren global von den USA, Kanada und Australien ausgehend entwickelt hat⁷⁸ und mittlerweile in vielen anglo-amerikanischen Ländern, in Australien sowie in Großbritannien sehr verbreitet ist^{79 80}.

Eine einheitliche Begrifflichkeit gibt es im deutschsprachigen Raum aktuell nicht, sodass oft unterschiedliche Bezeichnungen wie z. B. „Vorausschauende Versorgungsplanung“, „Advance Care Planning (ACP)“, „gesundheitliche Vorausplanung“, „vorausschauende Behandlungsplanung“ oder „Behandlung im Voraus planen“ verwendet werden⁸¹. In Deutschland gibt es momentan viele unterschiedliche Konzepte zur Vorausschauenden Versorgungsplanung, eine systematische

⁷⁷ Müller-Busch HC (2019): Advance Care Planning – gesundheitliche Versorgungsplanung in der Onkologie. best practice onkologie, 14(11): 464–476.

⁷⁸ Stellungnahme der zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2019): „Advance Care Planning (ACP)“. Deutsches Ärzteblatt Online. [online] https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/2019-12-05_Bek_BAEK_ACP_Online_Final.pdf [19.07.2023].

⁷⁹ Rellensmann G & Hasan C (2021): Advance Care Planning – Vorausschauende Versorgungsplanung. In: Zernikow B (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung – Grundlagen. Berlin, Heidelberg: Springer, 79–112.

⁸⁰ In der Schmitt J & Gerhard CTK (2018): Dr. med. Mabuse Nr. 236 (6/2018). Schwerpunkt: Advance Care Planning. Mabuse-Verlag.

⁸¹ Rellensmann G & Hasan C (2021): Advance Care Planning – Vorausschauende Versorgungsplanung. In: Zernikow B (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung – Grundlagen. Berlin, Heidelberg: Springer, 79–112.

Implementierung in die medizinische Grundversorgung steht noch in den Anfängen⁸². Unabhängig vom spezifischen Konzept liegt der Schwerpunkt auf einer strukturierten Begleitung und Beratung mit dem Ziel, gemeinsam mit den Patient*innen ein individuelles Behandlungskonzept zu erstellen. Hierbei werden Wünsche und Erwartungen durch wiederholte Gespräche erfasst, begreiflich formuliert und dokumentiert sowie gegebenenfalls eine Patient*innenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellt. Durch diesen Prozess soll gewährleistet werden, dass Patient*innen umfassend informiert und aufgeklärt sowie alle Beteiligten ausreichend einbezogen sind. Dies spielt eine besonders große Rolle, wenn keine Entscheidungsfähigkeit mehr vorliegt, die Patient*innen ihren Willen folglich nicht mehr äußern können^{83 84}.

Folgende **sieben Kernbereiche** sollen durch das Behandlungsteam im Zuge der Vorausschauenden Versorgungsplanung konzeptübergreifend systematisch thematisiert werden. An erster Stelle steht ein aktiv angelegtes aufsuchendes Gesprächsangebot. Hauptaugenmerk liegt auf der wiederholten Gesprächsbegleitung mit dem Ziel, die Behandlungspräferenzen der Betroffenen in Krisensituationen zu eruieren. Die Ergebnisse sollen verständlich und im Bedarfsfall zugänglich dokumentiert werden. Der Patient*innenwille sollte darüber hinaus regelmäßig angesprochen, konkretisiert und aktualisiert werden. Elementar dabei ist, dass alle beteiligten Berufsgruppen in der Umsetzung der Advance-Care-Wünsche entsprechend geschult sind, sodass diese auch entsprechend realisiert werden können. Als letzter wichtiger Punkt sind die Evaluation und kontinuierliche Qualitätssicherung der Gespräche sowie der gegebenenfalls eingesetzten Instrumente zu nennen^{85 86}.

Mittlerweile liegt insgesamt eine gute empirische Evidenz für eine erhöhte Lebensqualität am Lebensende sowie eine steigende Zahl an Vorausverfügungen durch die Beachtung von Patient*innenwünschen und die Durchführung von ACP-Interventionen vor^{87 88 89 90 91}. Seit 2009 ist

⁸² Stellungnahme der zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2019): "Advance Care Planning (ACP)". Deutsches Ärzteblatt Online. [online] https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/2019-12-05_Bek_BAEK_ACP_Online_Final.pdf [19.07.2023].

⁸³ Lux EA (2022): Vorausschauende Planung. Schmerzmedizin, 38(1): 50–51.

⁸⁴ Müller-Busch HC (2019): Advance Care Planning – gesundheitliche Versorgungsplanung in der Onkologie. best practice onkologie, 14(11): 464–476.

⁸⁵ In der Schmitt J & Marckmann G (2015): Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hrsg.): Advance Care Planning: Von der Patient*innenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: W. Kohlhammer, 234–257.

⁸⁶ Müller-Busch HC (2019): Advance Care Planning – gesundheitliche Versorgungsplanung in der Onkologie. best practice onkologie, 14(11): 464–476.

⁸⁷ Alt-Epping B, Bausewein C, Voltz R, Simon ST, Pralong A, Simon A (2020): Aktualisierte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. Forum, 35(3): 199–204.

⁸⁸ Behringer D, Henzler D, Badrakhan CD, Behringer B, Stiel S (2021): Behandlung im Voraus Planen – ein Praxisprojekt zur Implementierung vorausschauender Versorgungsplanung in einer onkologischen Abteilung. Zeitschrift für Palliativmedizin, 22(05): 265–270.

⁸⁹ In der Schmitt J & Marckmann G (2015): Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hrsg.): Advance Care Planning: Von der Patient*innenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: W. Kohlhammer, 234–257.

bei Personen, die ihren Willen nicht selbst äußern können, die Berücksichtigung der Patient*innenwünsche bei der Gestaltung von medizinischen Maßnahmen im Rahmen des Patient*innenverfügungsgesetzes verpflichtend. Im Zuge des 2015 in Kraft tretenden Hospiz- und Palliativgesetzes wurde die „gesundheitliche Versorgungsplanung“ erstmalig als Element benannt und gesetzlich verankert. Stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Eingliederungshilfen für behinderte Menschen können künftig durch das § 132g SGB V eine „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ im Rahmen der Abrechnung durch die Krankenkassen anbieten.

Seit 2018 gibt es darüber hinaus Weiterbildungen, die sich auf speziell geschulte Gesprächsbegleiter*innen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase fokussieren und nach Meinung der 2017 gegründeten Fachgesellschaft DiV-BVP (Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung – Behandlungen Im Voraus Planen) einen großen Nutzen für Betroffene und das Behandlungsteam aufweisen⁹².

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es bezogen auf verschiedene Punkte, wie zum Beispiel die inhaltliche Orientierung, die Verantwortungsverteilung im Behandlungsteam oder die Ausgestaltung der Qualifizierung von Gesprächsbegleiter*innen, aktuell noch eine Reihe von unterschiedlichen Konzepten in Deutschland gibt, die verschiedene Schwerpunkte verfolgen. Stationär wie auch ambulant stellt der Wunsch nach einer systematischen und flächendeckenden Implementierung von Vorausschauender Versorgungsplanung jedoch einen wesentlichen Teil der Palliativversorgung dar und sollte weiter aktiv vorangetrieben werden^{93 94}.

⁹⁰ Müller-Busch HC (2019): Advance Care Planning – gesundheitliche Versorgungsplanung in der Onkologie. best practice onkologie, 14(11): 464–476.

⁹¹ Rellensmann G & Hasan C (2021): Advance Care Planning – Vorausschauende Versorgungsplanung. In: Zernikow B (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung – Grundlagen. Berlin, Heidelberg: Springer, 79–112.

⁹² Müller-Busch HC (2019): Advance Care Planning – gesundheitliche Versorgungsplanung in der Onkologie. best practice onkologie, 14(11): 464–476.

⁹³ Lux EA (2022): Vorausschauende Planung. Schmerzmedizin, 38(1): 50–51.

⁹⁴ Stellungnahme der zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2019): "Advance Care Planning (ACP)". Deutsches Ärzteblatt Online. [online] https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/2019-12-05_Bek_BAEK_ACP_Online_Final.pdf [19.07.2023].

I.6 Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Palliativversorgung

Auf Basis der vorangegangenen Kapitel lassen sich Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Palliativversorgung:

- demografischer Wandel mit höherer Lebenserwartung und zunehmend bestehender Multimorbidität
- zunehmende Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen
- steigende Zahl von Menschen mit Tumorerkrankungen
- Sterbeort Krankenhaus zu häufig vs. Wunschort der Patient*innen
- zu späte Integration der Palliativversorgung und späte Identifikation palliativmedizinischer Versorgungsbedarfe
- Überbehandlung mit „aggressiven“ Therapien in der letzten Lebensphase
- im Vergleich geringere Zahl palliativ versorgter Patient*innen bei nicht-onkologischen Erkrankungen
- bessere Lebensqualität und ggf. längere Lebenszeit durch indikationsgerechte Palliativversorgung
- Anhebung der Zahl an qualifiziertem Personal
- Brüche in der Versorgungskette (ambulant – stationär)
- gesetzliche Verankerung nötiger Strukturen zur sicheren Finanzierung der Palliativversorgung
- Ausbau einer einheitlichen Vorausschauenden Versorgungsplanung (Konzeptarbeit und Umsetzung)
- Ausbau palliativer Netzwerkstrukturen (auch und vor allem mit pflegerischen Einrichtungen)



II. Das Projekt „Palliativbeauftragte*r“ – Einführung

II.1 Palliativversorgung in der Johannesstift Diakonie gAG

Die JSD beschäftigt sich seit 2010 in ihren Krankenhäusern damit, eine strukturierte Versorgung von Patient*innen auf- und auszubauen.

Im Jahr 2012 wurde als erste Plattform des Informationsaustausches zwischen den Krankenhäusern im Bereich Palliativversorgung die *Vortragsreihe Palliativmedizin* initiiert. Referent*innen aus den unterschiedlichsten Fachdisziplinen, wie Pflege, ärztlichem Dienst, der Apotheke und dem Justitiariat stellten den Stand der Entwicklung der einzelnen Einrichtungen und der gesamten Johannesstift Diakonie (damals Paul Gerhardt Diakonie) zu palliativmedizinischen Fragestellungen dar.

Es zeigte sich, dass der Entwicklungsstand der Krankenhäuser in diesem Fachgebiet sehr unterschiedlich war.

Um die Palliativmedizin systematisch, d. h. strukturell verankert, allen Patient*innen der JSD frühzeitig in den jeweiligen Netzwerken der Versorgung zugänglich zu machen und dabei von den Erfahrungen innerhalb der einzelnen Einrichtungen zu profitieren, wurde die *Fachgruppe Palliativmedizin* gegründet.

In der Fachgruppe sind heute Vertreter*innen unterschiedler Berufsgruppen der Krankenhäuser, der Hospize, der Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Integrationshilfe der JSD, die in Größe sowie Ausrichtung sehr divergieren, vereinigt. Dabei gibt es sowohl berufsspezifische Treffen als auch Gesamttreffen aller Mitglieder bzw. deren Repräsentant*innen. Hier erfolgt über Einrichtungs- und Fachgrenzen hinweg eine Vernetzung zwischen Akteur*innen im Palliativkontext.

Zur Unterstützung des Ausbaues der Palliativversorgung in der JSD wurde die *Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin* eingerichtet, welche die Fachgruppe leitet.

Aus der Tabelle ist das unterschiedliche Entwicklungsniveau der palliativmedizinischen Infrastruktur in den Krankenhäusern ersichtlich.

Tab. 1: Art und Schwerpunkt der JSD-Häuser sowie eingesetzte Palliativbeauftragte (Stand: 2018)

Krankenhaus	Art/Schwerpunkt	Betten- zahl	Palliativversorgung*
Martin Luther Krankenhaus = MLK	Akut-/Unfallkrankenhaus	260	seit 2015
Ev. Lungenklinik Berlin = ELK	Spezialklinik Lunge und Brustkorb	152	seit ca. 2010
Ev. Krankenhaus Hubertus = EKH	Grund- und Regelversorgung	200	mit Projektbeginn
Wichernkrankenhaus = WKH	Fachkrankenhaus Innere Medizin /Akutgeriatrie	100	seit ca. 2010
Ev. Waldkrankenhaus Spandau = EWK	Akutkrankenhaus	493	mindestens seit 2010
Klinik Amsee =KAS	Lungenfachklinik	50	seit 2015
Ev. Elisabeth Klinik = ELI	Akut- und Unfallkrankenhaus	145	seit 2018
Krankenhaus Paul Gerhardt Stift = PGS	Krankenhaus der Basisversorgung	335	seit ca. 2010

**spezialisierte Palliativversorgung bzw. innerhalb der palliativmedizinischen Komplexbehandlung*

***Anfangs wurden die Aufgaben der Palliativbeauftragten durch Mitarbeitende aus dem bestehenden Palliativteam erfüllt bis die eigentlichen Palliativbeauftragten eingestellt waren.*

Weiteren Aufschluss über den Stand der palliativmedizinischen Betreuung kann anhand der durch das Zusatzentgelt 60 bzw. 145 abgerechneten Fälle dargestellt werden. Hier handelt es sich um die Betreuung von Patient*innen mit einer schweren Symptomlast, die durch ein multiprofessionelles Team unter Erfüllung von palliativmedizinischen Abrechnungskriterien betreut werden.

Es zeigt sich, dass vor Projektstart nur im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau, im Paul Gerhardt Stift und in der Evangelischen Lungenklinik Berlin komplexe Palliativversorgung fest etabliert war. Im Martin Luther Krankenhaus startet die Versorgung 2015. Zu beachten ist, dass das Wichernkrankenhaus erst ab 2018 in die damalige Paul Gerhardt Diakonie gehörte, somit auch nicht in der Statistik auftaucht, bzw. ab 2016 Daten mit nachgereichten Daten erfasst werden konnten.

Komplexe Palliativversorgung (OPS 8-982 & OPS 8-98e)

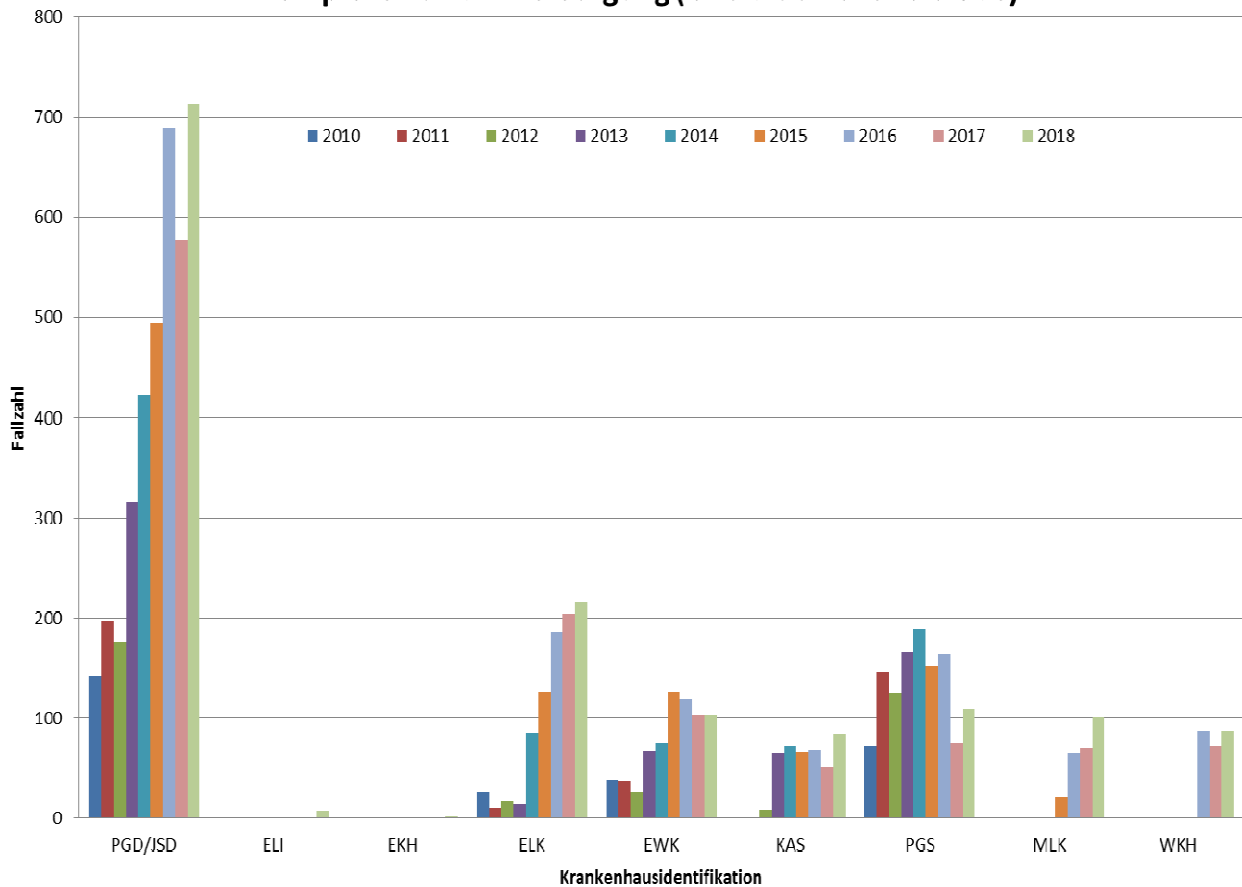


Abb. 9 Gesamtzahl der komplex versorgten Palliativpatienten von 2010 bis 2018

In der Betrachtung der Anteile an den stationär behandelten Patient*innen zeigt sich eine kontinuierliche Erhöhung der komplex palliativ betreuten Patient*innen von 2010 0,2% auf 2018 0,9 %. Auch steigt insgesamt die Zahl der palliativ betreuten Patient*innen von 2010 zu 2018 um das 4-fache, dies gilt jedoch nicht in allen Krankenhäusern. Der eigentliche Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung wird von den Mitarbeitenden als wesentlich höher eingeschätzt.

Studien hierzu belegen diese Einschätzung. So wird der Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung an der Universitätsklinik Freiburg mit 6,9 bis 7% eingeschätzt^{95 96}. Nur 2% von diesen erhielten eine palliative Behandlung, wobei die Daten, auf welche die Studie zurückgreift, aus dem Jahr 2004/5 generiert wurden. Sicherlich bedürfen diese Patient*innen nicht alle einer spezialisierten

⁹⁵ Palliative Cancer Care: An Epidemiologic Study, in: Journal of Clinical Oncology, January 24, 2011.

⁹⁶ Meffert C. et al. : Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. BMC Palliative Care 2016;

palliativmedizinischen Behandlung, doch zumindest einer Einbindung in eine allgemeine palliativmedizinische Versorgung.

II.2 Projekte zur Palliativversorgung in der JSD

Die Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin der JSD entwickelt mit der Fachgruppe Konzepte zur Stärkung der Palliativversorgung – umgesetzt oft als Projekte, die meist drittmittelgefördert waren und sind. Die Stabsstelle unterstützt dann bei der einrichtungsspezifischen Umsetzung der Konzepte, bei der Hand-in-Hand-Versorgung, besonders auch mit den Akteur*innen in den Bezirken und fördert die Verstetigung.

Projekte zur Fort- und Weiterbildung / Information

II.2.1 Kompetenzzentrum Palliativ- und Hospizarbeit

Um den Menschen so früh wie möglich einen Zugang zu entlastenden Versorgungsangeboten und -strukturen anzubieten, hält das Kompetenzzentrum für die haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden sowie für andere Interessierte verschiedene Angebote zur Fort- und Weiterbildung in Palliativ- und Hospizarbeit bereit. Damit diese optimal genutzt werden können, wurde das Portfolio im Jahr 2020 erstmalig unter dem Dach der DAGS im neu gegründeten Kompetenzzentrum Palliativ- und Hospizarbeit erfolgreich gebündelt.



II.2.2 Blitzkurs Palliativmedizin

Als ersten Schritt zur Verbesserung des Verständnisses der Palliativmedizin und Basis der Arbeit einer*eines Palliativbeauftragten wurde zur allgemeinen Sensibilisierung medizinischer und pflegerischer Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser in enger Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Palliativ- und Hospizarbeit (vorm. *Paul Gerhardt Diakonie Akademie*) ein sogenannter Palliativ-Blitzkurs entwickelt. Ziel ist es, Basiswissen zu Palliative Care in dreißig Minuten inhaltlich und methodisch standardisiert, allen medizinischen und pflegerischen Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser zu vermitteln. Hierbei werden folgende Fragen beantwortet: Was ist Palliativmedizin? Wie erkenne ich eine*n Palliativpatient*in? Was sind palliativmedizinische Symptome? Wer ist mein*e palliativmedizinische*r Ansprechpartner*in im Haus?

Im Projektverlauf wurden weitere Blitzkurse zum Thema Palliativversorgung entwickelt und erstellt.

II.2.3 Multiprofessionelle Weiterbildung Palliativmedizin

In Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliativ- und Hospizarbeit wurde eine 40-stündige multiprofessionelle Weiterbildung Palliativmedizin erarbeitet. Ziel ist es, langfristig auf jeder Station zwei in Palliative Care grundfortgebildete Mitarbeiter*innen vorzuhalten, die i. S. der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung tätig sein können, bei Bedarf den Palliativdienst rufen und die Arbeit der*des Palliativbeauftragten als Multiplikator*in unterstützen, indem sie beispielweise medizinische Mitarbeitende langfristig immer wieder auf die Grundgedanken von Palliative Care hinweisen und diese allmählich in der alltäglichen Arbeit unverrückbar platzieren.

II.2.4 Websites/Öffentlichkeitsarbeit

Das Informationsportal „Selbstbestimmung und Fürsorge bis ans Lebensende“ auf der gleichnamigen Webseite ist ein Kooperationsprojekt der EIKON Produktionsgesellschaft und der JSD mit Unterstützung des Medienboards Berlin Brandenburg und der Sparda Bank.

Von Mensch zu Mensch werden auf der Webseite Informationen zu den Möglichkeiten der palliativen Versorgung am Lebensende gegeben. In Reportagen und Interviews, welche die Filmautorin Uta Claus begleitet hat, sowie in ergänzenden Texten wird von den Orten berichtet, an denen Menschen am Ende ihres Lebens leben können: im Krankenhaus, zu Hause, im Pflegewohnheim und im Hospiz. Betroffene und Fachleute informieren über die Möglichkeiten der Betreuung am Lebensende, und offenbaren aus erster Hand ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Erkenntnisse.

Das Informationsportal hilft, die Themen Krankheit, Sterben und Tod als Teil des Lebens in das gesellschaftliche Bewusstsein zu rücken. Ziel ist es, durch praxisnahes Wissen die Angst der Betroffenen zu verringern und die Arbeit der Helfenden durch ein Informationsangebot, das zu jeder Zeit, an jedem Arbeitsort abgerufen werden kann, nachhaltig zu unterstützen.

Für die Fortbildung der Mitarbeitenden und für die Information von Patient*innen, Ehrenamtlichen sowie von An- und Zugehörigen kann die*der Palliativbeauftragte auf diese Webseite zurückgreifen.



QR- Code zur Website [www. Selbstbestimmung bis ans Lebensende](http://www.Selbstbestimmung.bis.ans.Lebensende.de)

Im Projektzeitraum wurde darüber hinaus der Internetauftritt der JSD hinsichtlich der Vor- und Darstellung der Palliativversorgung auf Unternehmens- sowie Einrichtungsebene aktualisiert, angepasst und ergänzt.



QR- Code zur Website der Johannesstift Diakonie

Weitere Projekte

II.2.5 Projekt Krankenhausinformationssystem (KIS)

Das Krankenhausinformationssystem (KIS) im Bezug auf die Dokumentation der Komplexen Palliativversorgung wurde insbesondere auch in der o. g. Fachgruppe Palliativmedizin und somit auch mit den Palliativbeauftragten inhaltlich stetig im Projektzeitraum weiterentwickelt. Ziel war und ist die Dokumentation anwenderfreundlich und dabei den Ansprüchen des medizinischen Dienstes gerecht zu werden. Berücksichtigt werden dabei unter anderem Aspekte, wie die Unterstützung bei der frühzeitigen Identifikation von Palliativpatienten, Basis- und Verlaufsdatenerfassung, spezielle Bedarfe palliativer Patient*innen bei Entlassung und Unterstützung der Teamsitzungen.

II.2.6 Projekt Berliner Begleitmappe

Unterstützt durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und die Sparda-Bank Berlin eG hat die JSD in Kooperation mit dem Tumorzentrum Berlin e. V. im Jahr 2020 die Berliner Begleitmappe zur Vorausschauenden Versorgungsplanung für Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen entwickelt.

Die Begleitmappe unterstützt Menschen im Umgang und Leben mit Ihrer Erkrankung. Gegliedert nach Themen können hierin Unterlagen und Informationen zur Erkrankung, Behandlung und zur psychosozialen Begleitung bis hin zu Vorsorgedokumente abgelegt werden. Unterstützend stehen Checklisten,

Erfassungsbögen zum Beispiel zur Dokumentation von Symptomen sowie Informationsmöglichkeiten zu Erkrankungen und zu Unterstützungs- und Hilfeangeboten zur Verfügung.



Bild: Dipl.-Des. Josephine Rank; Licenced by The Noun Project



Die Begleitmappe wurde bzw. wird auch von einigen der Projektkrankenhäuser im Projektzeitraum genutzt bzw. an Patient*innen und/oder Angehörige verteilt.

QR- Code zur Website der Begleitmappe

II.2.7 Umgang mit Sterbewünschen

„Wenn ein kranker oder zu pflegender Mensch einen Sterbewunsch äußert ... Wie verhalte ich mich? An wen kann ich mich wenden?“

Konzepte zum Umgang mit Sterbewünschen, zu der Frage des assistierten Suizides und dem Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, werden in der Johannesstift Diakonie besonders durch die Ethikteams der Einrichtungen, die Seelsorgenden und Mitglieder der Fachgruppe Palliativmedizin entwickelt.

In den letzten Jahren wurden so gemeinsam eine Haltung zum assistierten Suizid und zum Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken formuliert. Außerdem geben ein Flyer und ein Blitzkurs zum Umgang mit Sterbewünschen von Gästen, Bewohner*innen oder Patient*innen, Handlungshinweise und Unterstützungsmöglichkeiten für das betreuende Team.

III. Das Projekt „Palliativbeauftragte*r“ – Umsetzung

Um einen indikationsgerechten Einsatz der Palliativversorgung im Krankenhaus als Teil einer integrierten palliativen Versorgungskette umsetzen zu können, entwickelte die Stabsstelle und Fachgruppe Palliativmedizin in Abstimmung mit der DPG das Modell Palliativbeauftragte*r.

Ziele dabei waren:

- Implementierung allgemeiner und spezialisierter palliativer Versorgung im Krankenhaus
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für eine ethisch zugewandte, Lebensqualität sichernde Palliativversorgung
- Etablierung krankenhausinterner, qualitätssichernder Handlungspfade
- Vernetzung mit krankenhausexternen Strukturen – Organisation eines verlässlichen Behandlungskontinuums für lebensverkürzend erkrankte Patient*innen (ambulant/stationär)
- Sicherung einer personalisierten Versorgungskette mit Schnittstellenmanagement und Vorausschauender Versorgungsplanung

Zur Umsetzung des Projektes wurden anhand der oben dargestellten Typisierung der Krankenhäuser der JSD (Größe, Behandlungsschwerpunkten und Anwendung der Palliativversorgung) vier Projektkrankenhäuser ausgewählt.

Jedem dieser vier Krankenhäuser wurde auf Basis des jeweils individuellen Standes vorhandener palliativer Strukturen und Angebote ein entsprechendes Leitthema zugeordnet.

Für die Studie wurden die Strukturen „Fachgruppe & Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin“, „Palliativbeauftragte“ und „Palliativ-Teams“ und deren potentiellen Aufgaben in der Palliativversorgung im nachstehenden Modell als Schaubild dargestellt.

	Struktur	Aufgaben
J S D	konzernübergreifende Fachgruppe Palliativmedizin & Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin	1. Aufnahme von palliativmedizinischen Fragestellungen und Ideen aus den Einrichtungen 2. Aufnahme von neuen Entwicklungen in der Palliativmedizin 3. Entwicklung von Strategien zur Problemlösung 4. Ausarbeitung von operativen Umsetzungsmöglichkeiten in Expertenuntergruppen 5. Endabstimmung von verbindlichen Handlungspfaden für alle Krankenhäuser 6. Umsetzungsabstimmung mit den Geschäftsführern der Krankenhäuser
K R A N K E N H A U S	Palliativbeauftragter in den Einrichtungen	1. Vertretung der Einrichtung in der Fachgruppe 2. in den Einrichtungen • Umsetzung der Arbeitsergebnisse zur allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in eigener Einrichtung, z. Bsp. Sensibilisierung aller Stationen für Palliative Care • Kenntlichmachung von hausinternen Palliative Care-Kompetenzen, -Angeboten und -Ansprechpartnern • Sicherstellung des zeitgerechten Zugangs zu einer medizinisch indizierten Palliativversorgung für jeden Patienten • Unterstützung bei der Ausbildung von Palliative Care-Multiplikatoren in den Abteilungen und Stationen • Vorstellung und Einführung von Advanced Care Planning • Sicherstellung und Umsetzung von Palliative Care-Qualitätsstandards 3. in der Kommune • interne und externe Vernetzung und Einbindung / Ansprechpartner • Integration des ambulanten Hospizdienstes / Ehrenamtliche
	Palliativ-Team u. a. Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten, Seelsorge, Ehrenamtliche, Sozialarbeiter	1. Patientenversorgung • Palliativdienste: allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus • spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung/Palliativstation: spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus 2. Einbringung von Palliative Care-Expertise in interdisziplinäre Behandlungen (Tumorkonferenz) 3. operative Umsetzung von Handlungspfaden und Rückmeldung hinsichtlich der Praktikabilität 4. Reporting von Problemen und Entwicklungsideen an den Palliativbeauftragten

Zunächst sollte das oben dargestellte Modell in den Projekt- Krankenhäusern der JSD (vormals Paul Gerhardt Diakonie) strukturell etabliert werden und so eine Basis für den späteren Regelbetrieb zu schaffen. Die Aufgaben und der zeitliche Einsatz der*des Palliativbeauftragten sollten in der Aufbauphase des Modells wesentlich intensiver sein als im späteren Regelbetrieb.

Palliativbeauftragte*r konnte jede*r Mitarbeiter*in mit einer Palliativ Care-Weiterbildung oder vertieftem Wissen in Palliativ Care sein, der im Palliativteam des Hauses mitarbeitet. Besonders in der Implementierungsphase des Projektes sollte es wichtig sein, dass es sich hierbei um Mitarbeiter*innen handelte, die in der Leitungsstruktur des Teams verankert ist. Alle Palliativbeauftragten sollten in der Fachgruppe Palliativmedizin vertreten sein.

In den Krankenhäusern sollten die Palliativbeauftragten für die einrichtungsspezifische Umsetzung der inhaltlichen und methodischen Arbeitsergebnisse der Fachgruppe zuständig. Sie sollten zentraler Ansprechpartner*innen für palliativmedizinische Fragen und dafür sorgen, dass die Patient*innen zeit- und indikationsgerecht in einer palliativen Versorgungskette betreut werden (siehe Modell Palliativbeauftragte).

Die Palliativbeauftragten sollten in den oben dargestellten strukturunterschiedlichen Krankenhäusern der JSD nach ihrem palliativmedizinischen Entwicklungsstand unterschiedliche Aspekte der Versorgungskette bearbeiten. Ziel war es die wichtigsten Aspekte der Verankerung und des praktischen Wirkens einer*eines Palliativbeauftragten zu untersuchen.

Der Prozess und die Wirksamkeit der Implementierung der Palliativbeauftragten sollten in Kooperation mit der DGP über drei Jahre exemplarisch in der JSD evaluiert werden. Zur wissenschaftlichen Begleitung des Projektes tagte ein Expertenworkshop, an dem Vertreter*innen von sechs Hochschulen mit Palliativlehrstühlen teilnahmen (Teil des wissenschaftlichen Beirats der DGP). Alle Teilnehmer*innen waren sich einig, dass dieses Modellprojekt wegweisend für das herausragende Ziel „jedem bedürftigen Patient*innen den Zugang zur frühzeitigen palliativmedizinischen Betreuung zu sichern und eine kontinuierliche indikationsgerechte Symptombehandlung zu gewährleisten“ sein kann und daher so begleitet werden muss, dass alle Krankenhäuser in Berlin und im besten Falle Deutschlands von den Ergebnissen profitieren können.

Die Stabsstelle Palliativmedizin begleitete das Projekt Palliativbeauftragte*r mit der Fachgruppe Palliativmedizin operativ. Zentrale Konzepte beispielsweise zur Weiterbildung von Mitarbeitenden oder der Entwicklung einer Strukturethik wurden erarbeitet und die praktische Umsetzung des Projektes in den Einrichtungen befördert und beratend begleitet. Außerdem wurden enge Kooperationen mit der damals Paul Gerhardt Diakonie Akademie (Diakonie Akademie für Gesundheit und Soziales) sowie mit dem internen IT-Partner *Concilliamus* ausgebaut.

Da das Projekt 2015/16 bereits konzeptionell verankert war, startete die Implementierung von Palliativbeauftragten ohne extra Finanzierung und damit ohne Stellenanteile im geringen Maße bereits 2016/17. Mit der Unterstützung der *Stiftung Deutsche Klassenlotterie* 2018 sowie später der *Werner und Maren Otto Stiftung* konnte das Projekt bis 2022 mit Stellenanteilen für Mitarbeitende sowie der Finanzierung der Begleitstudie durchgeführt werden.

Die Rolle und Aufgabe der Palliativbeauftragung für den Ausbau und eine Verbesserung der Palliativversorgung im Krankenhaus wurde mit der Begleitstudie zum Projekt Palliativbeauftragte der JSD untersucht. Genauer wurde modellhaft für Berlin die Grundannahme untersucht, dass ein*e Palliativbeauftragte*r einen Zugewinn für die Versorgungsqualität von Patient*innen und deren An-

und Zugehörigen im Krankenhaus – eingebettet in eine integrierte Versorgungskette der ambulanten und stationären palliativen und hospizlichen Betreuung – ist.

So wurde grundlegend durch Erhebung quantitativer und qualitativer Daten analysiert, ob durch die Arbeit der*des Palliativbeauftragten, Palliativmedizin im Krankenhaus insgesamt bekannter gemacht, weiterentwickelt sowie zeit- und indikationsgerechter eingesetzt werden kann und Teil einer frühzeitigen und langfristigen Versorgungskette wird.

In diesem Kontext wurde das Pilotprojekt hinsichtlich der Effekte auf Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität der Arbeit, auf die Zufriedenheit der Patient*innen, der An- und Zugehörigen und der Mitarbeitenden und gleichermaßen auf die wirtschaftlichen Belange der Häuser prozessbegleitend evaluiert.

So wurde in der Begleitforschung des Projektes folgender Fragestellung nachgegangen:

Inwieweit wirkt sich die Implementierung von Palliativbeauftragten in den vier ausgewählten Krankenhäusern der Johannesstift Diakonie gAG unter Berücksichtigung jeweils einem Krankenhaus zugeordneten Leitthema aus?

Zur Evaluation des Projektes wurden insgesamt acht Krankenhäuser des Unternehmens in den Jahren 2015-2021 eingebunden. In den quantitativen Analysen wurden Daten aus vier Krankenhäusern, in denen das Projekt Palliativbeauftragte durchgeführt wurde, mit vier Kliniken ohne Projektbeteiligung verglichen. Die qualitativen vergleichenden Analysen erfolgten nur in den Projekthäusern.

III.1 Zeitstrahl zum Projektverlauf

2015	Projektidee und Expert*innenworkshop zur wissenschaftlichen Begleitung des Projektes mit Vertreter*innen von Hochschulen mit Lehrstühlen für Palliativversorgung (aus dem wissenschaftlichen Beirat der DGP)
2016	Konzeptentwicklung Palliativbeauftragter und Erhebung des Ist-Standes der Palliativversorgung in den Krankenhäusern der JSD durch: • Typisierung der Häuser bzgl. Bettenzahlen und vorhandenen palliativen Versorgungsangeboten und -strukturen • Auswertung von Sekundär- bzw. Abrechnungsdaten der einzelnen Kliniken
2016	quantitative Befragung der Mitarbeiter der JSD Krankenhäuser zur Palliativversorgung – Ausgangserhebung Vorstellung „Modell Palliativbeauftragter“ auf dem 11. DGP Kongress 2016
2017-2020	Auswertung von für die Begleituntersuchung relevanten Leistungsdaten

	der acht Krankenhäuser der Johannesstift Diakonie Erste Implementierung von Palliativbeauftragten im MLK (ohne Stellenanteil) Vorstellung „Palliativbeauftragter“ auf dem 12. DGP Kongress 2018
2018-2020	Implementierung und Etablierung von Palliativbeauftragten mit Stellenanteil in den Projektkrankenhäusern (fortlaufend) Start Qualitative Begleitstudie (Interviews) – Ausgangserhebung
2020-2021	quantitative Befragung – Zweiterhebung
2020-2021	Qualitative Begleitstudie (Interviews) – Zweiterhebung
2021-2022	systematische Zusammentragung und Auswertung des quantitativen und qualitativen Datenmaterials
2022-2023	Entwicklung & Erstellung der Handreichung unter weiterer Abstrahierung und Zusammenführung aller vorliegenden Untersuchungsergebnisse und gesammelten Erfahrungen im Projektzeitraum
2023	Öffentlichkeitsarbeit/Publikation

III.2 Begleitstudie – Projektbeschreibung und Methodik

Ziel der Studie war es, die Wirkung bzw. die Veränderungen durch die Implementierung von Palliativbeauftragten im Krankenhaus darzustellen und zu analysieren. Um dieses Ziel zu erreichen, mussten verschiedene Dimensionen der Versorgungssituation betrachtet und in die Evaluation einbezogen werden. Veränderungen und Wirkung einer strukturellen Intervention zeigen sich vor allem auf der Ebene der Mitarbeiter*innen, Patient*innen, An-und Zugehörigen sowie Netzwerkpartner*innen, aber auch auf ökonomischer Ebene. Vor diesem Hintergrund wird die wissenschaftliche Begleitstudie einem Mixed-Methods-Ansatz folgen und quantitative sowie qualitative Anteile und Sekundärdatenanalysen beinhalten.

Die Studie sollte eine Kernlaufzeit von drei Jahren haben und fand in zwei Erhebungszeiträumen statt; der erste zu Beginn der Implementation von Palliativbeauftragten und der zweite nach der Implementation mit mindestens im Abstand von einem Jahr zur Ersterhebung.

Zur wissenschaftlichen Begleitung des Projektes tagte ein Expert*innenworkshop 2015, an dem Vertreter*innen von sechs Hochschulen mit Palliativlehrstühlen teilnahmen (Teile des wissenschaftlichen Beirates DGP). Projektpartner wurde die Evangelische Hochschule Berlin (EHB), die besonders für den qualitativen Teil der Studie verantwortlich war.

III.2.1 Operativ – Leithemen und Leitfragen

Für das Pilotprojekt haben die Palliativbeauftragten in den vier strukturunterschiedlichen Projekt - Krankenhäusern nach ihrem palliativmedizinischen Entwicklungsstand unterschiedliche Aspekte der Versorgungskette bearbeitet.

Ziel war es, die wichtigsten Aspekte der Verankerung und des praktischen Wirkens einer*ines Palliativbeauftragten zu untersuchen. Daher wurden in vier Krankenhäusern besonders folgende Schwerpunkte modellhaft untersucht:

• Evangelischen Krankenhaus Hubertus (EKH): Modellhafter Strukturaufbau der Funktion Palliativbeauftragter – bisher wenige palliative Strukturen
(a) Wie können die palliativen Bedarfe von Patient*innen identifiziert werden? (b) Wie können möglichst viele Mitarbeitende für palliativmedizinische Fragen sensibilisiert werden? (c) Wie kann die frühzeitige Integration von Palliativmedizin im Sinne der allgemeinen palliativen Versorgung interdisziplinär konzipiert und operationalisiert werden?
• Wichern Krankenhaus (WKH): Palliativ – Geriatrische Versorgungskette – bereits gut ausgebildete Palliativstrukturen im geriatrischen Bereich
(a) Wie sichert man besonders multimorbiden älteren Menschen einen Zugang und eine langfristige Versorgung der Palliativmedizin?
• Martin Luther Krankenhaus (MLK) Netzwerkaufbau (stationär – ambulant) zur Sicherung von Versorgungsketten – ausgebildete Palliativstruktur mit geringer Vernetzung
(a) Wie kann eine Einbindung der Krankenhausversorgung in ein Netzwerk der ambulanten und stationären palliativen Versorgung schrittweise und regelhaft erreicht werden?
• Evangelischen Lungenklinik Berlin (ELK): Systematische Einführung der Vorausschauenden Versorgungsplanung bzw. Advance Care Planning bei Diagnose einer lebenslimitierenden Erkrankung– ausgebildete Palliativstruktur mit Vorarbeiten zur frühen Integration der Palliativmedizin
(a) Wie kann regelhaft gemeinsam mit Patient*innen, An- und Zugehörigen am Anfang der Erkrankung eine Vorausschauende Versorgungsplanung erfolgen?

Der Prozess der Umsetzung dieser vier Leitthemen und Leitfragen und die Wirksamkeit der Implementierung der*des Palliativbeauftragten wurden in Kooperation mit der DGP und der EHB über sechs Jahre evaluiert.

III.2.2 Qualitativer Studienteil – Interviews

Es wurden qualitative leitfadengestützte Expert*inneninterviews geführt mit:

- Mitarbeiter*innen der Projektkrankenhäuser;
- Netzwerkpartner*innen der Projektkrankenhäuser;
- Patient*innen sowie An- und Zugehörigen in den Projektkrankenhäusern;
- den Palliativbeauftragten.

Im Fokus standen die erlebbaren Wirkweisen und Veränderungen durch die Implementierung der Palliativbeauftragten und die Sichtweisen und Erfahrungen der Proband*innen. Eine Evaluation und damit womöglich eine allgemeine Empfehlung für die Implementierung von Palliativbeauftragten in Krankenhäusern kann nur aus Sicht der im Setting Beteiligten erfolgen, da sie direkt mit diesen in der Versorgungssituation konfrontiert waren bzw. sind. Vor diesem Hintergrund war die Teilnahme von Personen aus den o. g. Untersuchungsgruppen unerlässlich. Mögliche Veränderung durch sowie Wirkweisen der Palliativbeauftragten auf die o. g. Gruppen können sich so darstellen lassen.

Die Studie war so konzipiert, dass ethische und (datenschutz)-rechtliche Standards eingehalten werden. Grundsätzliche Themen, die in der Durchführung gewahrt werden, sind die Freiwilligkeit der Teilnahme, informierte Einwilligung und Wahrung der Anonymität.

Im Rahmen der Studie wurden verschiedene – personenbezogene – Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert. Um den Proband*innen den Schutz dieser Daten gewähren bzw. Anonymität zusichern zu können, wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet. Das Datenschutzkonzept entspricht dem Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Datenschutzgesetz – DSG-EKD vom 15.11.2017), der EU Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) sowie den Regelungen des Strafgesetzbuches zur Schweigepflicht. Das Konzept wurde vom Datenschutzbeauftragten der JSD geprüft und akzeptiert.

Für den qualitativen Teil der Begleitstudie liegt ein positives Ethikvotum vom Dezember 2018 durch die Ethikkommission der Berliner Ärztekammer vor.

III.2.2.1 Sampling

Martin-Luther-Krankenhaus:

- 10 Interviews mit Mitarbeiter*innen
- 1 Interview mit Palliativbeauftragte*r
- 3 Interviews mit Patient*innen und 3 Zugehörigen
- 5 Interviews mit Netzwerkpartner*innen

Evangelisches Krankenhaus Hubertus:

- 10 Interviews mit Mitarbeiter*innen
- 2 Interviews mit Palliativbeauftragte
- 3 Interviews mit Patient*innen und 3 Zugehörigen

Wichernkrankenhaus:

- 10 Interviews mit Mitarbeiter*innen
- 2 Interviews mit Palliativbeauftragte
- 3 Interviews mit Patient*innen und 3 Zugehörigen
- 5 Interviews mit Netzwerkpartner*innen

Evangelische. Lungenklinik Berlin

- 10 Interviews mit Mitarbeiter*innen
- 1 Interview mit Palliativbeauftragte*r
- 3 Interviews mit Patient*innen und 3 Zugehörigen

Die Interviewpartner*innen waren alle volljährig (über 21 Jahre alt) und das Alter wurde nicht als Samplingkriterium angesehen.

Als allgemeines Einschlusskriterium für das Sample wurde festgelegt, dass die Interviews in deutscher Sprache geführt werden können, die Teilnehmenden einwilligungsfähig sind und freiwillig teilnehmen.

Für die Mitarbeiter*innen wurde darüber hinaus festgelegt, dass das Sample verschiedene Berufsgruppen (Pflegefachkräfte, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Therapeut*innen) umfasst. Ausschlusskriterien wurden darüber hinaus nicht formuliert.

Im Allgemeinen wurde mit einem niedrigen Rücklauf gerechnet, was einer Verengung der Kriterien widersprechen würde. Die Vermutung hinsichtlich des geringen Rücklaufes begründete sich in den Rückmeldungen der Mitarbeiter*innen im Vorgespräch der Begleitstudie. Im Rahmen der Projektvorstellungen in den beteiligten Krankenhäusern wurde zwar Interesse signalisiert, aber die eigene Teilnahme an Interviews mit Skepsis betrachtet. Analog zu den Mitarbeiter*innen wurde das

Sample der Netzwerkpartner*innen gebildet. Festgelegt wurden neben unterschiedlichen Berufsgruppen auch unterschiedliche Versorgungsbereiche innerhalb der Stichprobe.

In der Gruppe der Patient*innen und An-/Zugehörigen wurden gezielt Einschlusskriterien festgelegt, da hier mit besonderer Vulnerabilität zu rechnen ist. Für die Auswahl der Proband*innen waren eine palliativmedizinische Diagnose und ein von den jeweiligen Proband*innen erkannter palliativer Bedarf ausschlaggebend. Weiter sollten die Patient*innen und die An-/Zugehörigen in einem stabilen Zustand (psychisch und physisch) sein und die Fähigkeit aufweisen, ein 30-45 minütiges Interview ohne Einschränkungen durchführen zu können. Ebenfalls wurden nur Personen in die Stichprobe einbezogen, die als einwilligungsfähig gelten. Auch hier wurde auf die Verengung der Kriterien in Bezug auf Alter, Diagnose und Symptome verzichtet, da nur mit geringen Rückmeldungen zu rechnen war und die teilnehmenden Krankenhäuser unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte aufweisen.

Im Allgemeinen wurden sämtliche Teilnehmer*innen vor dem Interview angemessen schriftlich und mündlich über das Projekt (Inhalt, Ziel, Verlauf) sowie Datenschutzkonzept informiert und die freiwillige Einwilligung von Ihnen schriftlich eingeholt. Den Teilnehmenden wurde darüber hinaus dargelegt, dass die Interviews freiwillig erfolgen, sie die Zustimmung jederzeit – bis zur Veröffentlichung der Ergebnisse – zurückziehen oder das Interview abbrechen können, ohne dass dies zu ihrem Nachteil werden kann. Ebenfalls wurden die erhobenen Daten nur für das geplante Forschungsvorhaben bzw. Projekt erhoben und verwendet. Die Einwilligungserklärung enthält alle Details des Datenschutzkonzeptes, insbesondere Erhebung, Verarbeitung und Archivierung der erhobenen Daten. Die Teilnehmenden konnten jederzeit unter den ihnen bekannten Kontaktdaten Informationen zu den erhobenen Daten einholen und die Löschung veranlassen. Gleichfalls wurden die Teilnehmenden über die Informationspflichten gemäß §17 Kirchengesetz zum Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) informiert.

Mitarbeitende und Netzwerkpartner*innen

Die potentiellen Teilnehmenden erhielten nach einer mündlichen Vorstellung der Studie ein schriftliches Anschreiben inkl. Informationsschreiben sowie einer Einwilligungs-/Datenschutzerklärung mit der Bitte, sich freiwillig für ein Interview bei dem wissenschaftlichen Mitarbeiter mit Kontaktdaten sowie Angaben zur Berufserfahrung, Profession/ Berufsgruppe und Erfahrung mit Palliativversorgung zu melden. Die eingegangenen Rückmeldungen wurden pseudonymisiert und erhielten eine fortlaufende Nummer. Die Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, Mailadresse) wurden von den Angaben zur Berufserfahrung, Profession/ Berufsgruppe und Erfahrung mit Palliativversorgung (Samplingkriterien) getrennt. Die Kontaktdaten

dienten lediglich zur Kontaktaufnahme und Terminierung der Interviews. Die weiteren Angaben wurden genutzt, um ein perspektivenreiches Sampling gestalten zu können. Im Anschluss wurden aus den Rückmeldungen ein Sampling mit möglichst breitem Spektrum der genannten Kriterien generiert und individuelle Interviewtermine vereinbart.

Patient*innen und An-/Zugehörige

Die potentiellen Proband*innen wurden auf den Stationen durch Palliativbeauftragte sowie Mitarbeiter*innen identifiziert und an das wissenschaftliche Begleitteam gemeldet. Zusätzlich wurden potentielle Teilnehmende im Rahmen von multiprofessionellen Palliativ- bzw. Geriatricsitzungen gemeinsam vom Forschungsteam und dem interdisziplinären Behandlungsteam identifiziert. Das wissenschaftliche Begleitteam nahm anschließend Kontakt mit den potentiellen Teilnehmenden auf und stellte die Studie mündlich und schriftlich (Informationsschreiben und Datenschutzerklärung) angemessen und umfänglich vor. Den potentiellen Teilnehmer*innen wurde Zeit gegeben, um über das Vorhaben nachzudenken. Anschließend meldeten diese sich freiwillig bei dem wissenschaftlichen Begleitteam, um individuelle Interviewtermine zu vereinbaren.

Zweiterhebung

Für den zweiten Erhebungszeitraum fanden Interviews mit den gleichen Zielgruppen statt. Diese Interviews folgten den beschriebenen ethischen und datenschutzrechtlichen Grundsätzen der ersten Erhebungsphase. Für die Interviews der Zielgruppen „Mitarbeiter*innen“ und „Netzwerkpartner*innen“ wurden die Teilnehmenden des ersten Erhebungszeitraumes erneut kontaktiert und zu Interviews eingeladen. Falls eine freiwillige und informierte Teilnahme nicht möglich war, wurden andere Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser mittels Anschreiben inkl. Datenschutzerklärung angefragt. Das vorhandene Sampling wurde so ergänzt, dass es dem Ausgangssampling nahekommt (bzw. ident erscheint). Das Sampling der Zielgruppe „Patient*innen und An-/Zugehörige“ wurde neu zusammengestellt. Dazu wurde vorgegangen wie oben beschrieben. Durch die Coronakrise konnten in der Zielgruppe „Patient*innen und An-/Zugehörige“ keine weiteren Interviews durchgeführt werden, so dass hier keine gegenüberstellende Auswertung der Interviews nicht erfolgen konnte und Ergebnisse nicht wie geplant in die Begleitstudie einfließen konnten.

III.2.2.2 Interviewdurchführung, Transkription und Auswertung

Die Interviews wurden mittels Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet^{97 98}. Es wurden deduktive und induktive Kategorien gebildet, das Textmaterial zusammengefasst und auf die inhaltstragenden Aspekte reduziert sowie ein Kategoriensystem erstellt^{99 100}.

Im Rahmen der Interviews mit den Mitarbeiter*innen und Netzwerkpartner*innen wurden mittels Kurzfragebögen anonymisierte Angaben zu Berufserfahrung, Berufsgruppe, Geschlecht, Alter, Betriebszugehörigkeit, Tätigkeitsbereich, Werdegang, Erfahrung mit Palliativversorgung, Versorgungsbereich, Leistungsspektrum, zur Dauer des Bestehens der Einrichtung erhoben. Für die Zielgruppe Patient*innen und An-/ Zugehörige enthalten die Kurzfragebögen Informationen zur Krankheitsdiagnose, zum Alter und Geschlecht. Dies war notwendig, um das Sampling transparent darstellen zu können¹⁰¹. Die Items der Fragebögen wurden lediglich deskriptiv nach Häufigkeiten ausgewertet.

III.2.3 Quantitativer Studienteil – Befragung

Zur Vorbereitung des Projekts „Palliativbeauftragte*r“ wurde im Sommer 2016 (Ausnahme Wichernkrankenhaus 2019) in acht Krankenhäusern der Johannesstift Diakonie (JSD) eine quantitative, papierbasierte Befragung durchgeführt, die zwischen November 2020 und April 2021 wiederholt wurde. Beide Befragungen erfolgten freiwillig und anonym. Es wurden keine Incentives bereitgestellt.

In die Befragungen einbezogen waren die Mitarbeiter*innen der medizinischen Versorgung und der Verwaltung der Evangelischen Elisabeth Klinik (ELI), der Evangelischen Lungenklinik (ELK), des Evangelischen Krankenhauses Hubertus (HK), des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau (EWK), des Martin-Luther-Krankenhauses (MLK) sowie des Wichernkrankenhauses (WK) in Berlin. Ebenfalls befragt wurden Mitarbeiter*innen des Evangelischen Krankenhauses Paul Gerhardt Stift (PGS) in Lutherstadt Wittenberg und der Klinik Amsee (KAS) in Waren (Müritz). Die Organisation der Verteilung der Fragebögen oblag den Palliativbeauftragten unter Einbeziehung der Abteilungen und Chefarztsekretariate; unterstützt wurden sie durch die Stabsstelle Palliativ- und Supportivmedizin der JSD.

⁹⁷ Mayring P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

⁹⁸ Kuckartz U (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

⁹⁹ Mayring P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

¹⁰⁰ Kuckartz U (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

¹⁰¹ Bogner A, Littig B, Menz W (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. In: Bohnsack R, Flick U, Lüders C, Reichertz J (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Der anonyme Fragebogen wurde für die Befragung 2016 entwickelt und im Vorfeld der Umfrage 2020 in Teilen der Befragung modifiziert, zusätzlich Fragen wurden ergänzt. Die inhaltliche Gestaltung des Fragebogens wurde durch die Paul Gerhardt Diakonie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) verantwortet. Die explorativen Fragestellungen basieren auf den bisherigen Erfahrungen mit PV im Krankenhaus. Zur Sicherung der internen Validität wurde das Expert*innenwissen des Wissenschaftlichen Beirats der DGP einbezogen.

Inhaltlich wurden mehrere Bereiche abgedeckt. Erfragt wurden Angaben zur Person (z. B. Jahre der Berufserfahrung, Fortbildungen), Einschätzungen zum Wissen über die PV (z. B. „Palliativmedizin hat rehabilitativen Charakter“), internen und extern palliativmedizinischen Angeboten und Strukturen (z. B. „ich kenne die palliativmedizinischen Angebote im Krankenhaus“) sowie Beurteilungen zur PV im Krankenhaus (z. B. „Empfinden Sie die Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen in Ihrem Krankenhaus als persönlich belastend?“). Außerdem wurde zur Abschiedskultur und zum Wissen zur Vorausschauenden Versorgungsplanung gefragt. Die Teilnehmenden an der Umfrage hatten 2016 (WKH 2018) die Möglichkeit, sich zusätzlich zur Beantwortung einer Frage in Bezug auf Abschiedskultur bzw. Abschiedsrituale auch über Freitext zu äußern. Die dort vorgenommenen Eintragungen wurden geprüft und kategorisiert. In der Umfrage des Jahres 2020 wurden die ermittelten Kategorien abgefragt. Das konnte zu einem veränderten Antwortverhalten geführt haben, da eine Vorgabe dieser Kategorien möglicherweise eine leichtere Erinnerung zur Folge haben könnte. Daher wurde diese Frage bisher nicht mit in diesem Handbuch ausgewertet.

Als Antwortmöglichkeiten standen je nach Fragestellung Single-Choice-Felder, Multiple-Choice-Felder, Freitextfelder sowie fünfstufige Likert-Skalen zur Verfügung. Der Fragebogen für die Befragung im Jahr 2020 wurde grundsätzlich mit dem gleichen Aufbau und Inhalt wie 2016 erstellt. Eine Frage wurde aufgrund vermuteter Deckeneffekte entfernt (Frage 5 zum Einsatz der Palliativmedizin), eine Frage umstrukturiert (s.o. Abschiedsrituale) und fünf Fragen in Hinblick auf Veränderungen in der Palliativversorgung in den letzten Jahren im Krankenhaus sowie zum Kennen von Bildungsangeboten der JSD neu aufgenommen.

Die Auswertungen erfolgten mittels IBM SPSS Statistics sowie MS Excel. Dabei kamen deskriptive Verfahren wie z. B. die Ermittlung von Häufigkeiten zum Einsatz. Vergleiche wurden mit Kreuztabellen berechnet, die mittels Chi-Quadrat-Tests statistisch abgesichert wurden. Bei Einbeziehung metrischer Variablen kamen *t*-Tests für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Einflussfaktoren auf abhängige Variablen wurden mit Regressionsberechnungen ermittelt. Als Auswertungsebenen wurden vorrangig alle Krankenhäuser, die Projektkrankenhäuser sowie die einzelnen Krankenhäuser betrachtet.

Einflussfaktoren auf abhängiger Variablen wurden mit Regressionsberechnungen ermittelt. Es kamen dabei sowohl logistische Regressionen als auch Regressionsbäume zum Einsatz. Die logistischen Regressionen betrachteten AV in Bezug auf Krankenhäuser und Jahr der Befragung, wobei für einzelne Auswertungen das Jahr 2016 und das Evangelische Waldkrankenhaus, das Jahr 2016 und die Berufsgruppe der Ärzt*innen bzw. das Jahr 2016 und der Krankenhausbereich der Inneren Medizin/Geriatrie als Referenzkategorien dienten. Das Evangelische Waldkrankenhaus wurde als Referenzkrankenhaus ausgewählt, da 2016 hier bereits die Palliativmedizin mit Komplexbehandlungen etabliert war.

Regressionsbäume bezogen als unabhängige Variablen das Jahr der Befragung, den Status als Projektkrankenhaus, die Berufsgruppe im Projekt, die Jahre im Beruf sowie die Teilnahme an einer Fortbildung ein. Die Auswertung wurde auf zwei Ebenen beschränkt.

III.2.4 Sekundärdatenanalyse

Für die Jahre 2017 bis 2020¹⁰² wurde aus den Leistungsdaten der JSD in den genannten acht Krankenhäusern eine Auswertung von Daten zu allgemeinen Angaben der Patient*innen (Geschlecht und Alter), Diagnosegruppen, Aufnahmen, Entlassungen und Liegedauer vorgenommen. Danach wurden besonders diejenigen Patient*innen untersucht, die eine palliativmedizinische Komplexbehandlung erhielten, während des Krankenhausaufenthaltes verstarben oder in ein Hospiz entlassen wurden. Die Daten wurden pseudonymisiert als DRG-Leistungsdaten in der JSD erfasst. Vor der Datenanalyse für das Projekt wurden Fallnummer, Personen-Identitätsnummer aus den Daten entfernt, um Rückschlüsse auf konkrete Personen auszuschließen.

Zur Gewährleistung der statistischen Aussagekraft wurden die auszuwertenden Merkmale zu Abteilungen, Diagnosen, Ausgang der Behandlung und Liegedauer aggregiert.

Als Auswertungsebenen wurden alle Krankenhäuser, die Projektkrankenhäuser sowie die einzelnen Krankenhäuser betrachtet. Die Auswertungen erfolgten mittels *IBM SPSS Statistics* sowie MS Excel. Dabei kamen deskriptive Verfahren wie z. B. die Ermittlung von Häufigkeiten zum Einsatz. Vergleiche wurden mit Kreuztabellen berechnet, die mittels Chi-Quadrat-Tests statistisch abgesichert wurden. Für metrische Variablen wurden *t*-Tests bzw. Varianzanalysen eingesetzt. Einflussfaktoren wurden mit Regressionsbäumen ermittelt. Die Entwicklung der Zeitreihen für die aggregierten Daten wurde mit Varianzanalysen mit Messwiederholung überprüft.

¹⁰² Für das Wichernkrankenhaus erfolgten die Auswertungen für die Jahre 2018 bis 2020.

In die Darstellung der Auswertungen wurden nur die Ergebnisse einbezogen, die eine minimale Anzahl von sechs Fällen aufwiesen.

IV. Übergreifende Ergebnisse der quantitativen Erhebung: Befragung der Mitarbeitenden zur Palliativversorgung (2016 vs. 2020)

IV.1 Fragebogenauswertung

Die quantitativen Befragungen zur Palliativversorgung beantworteten 2016 mit 794 Mitarbeiter*innen zwischen rund - 15% bis 30% 2020 mit 381 – rund 3% bis 30% der Mitarbeitenden in den jeweiligen Krankenhäusern. Die durchschnittliche Verteilung der Antwortenden pro Berufsgruppe hat sich im Jahresvergleich nicht verändert. Rund die Hälfte der Antwortenden stammten aus der Berufsgruppe Pflege und 1/4 aus der Gruppe der Ärzt*innen. Das restliche Viertel verteilte sich auf Mitarbeitende der Verwaltung, des Sozialdienstes, therapeutische und sonstige Berufsgruppen. Zu beiden Befragungszeiten hatten die Antwortenden zu 1/3 über 20 Jahre Berufserfahrung. Im Jahr 2016 kam die Hälfte der Antwortenden aus dem internistischen und 15% aus den chirurgischen Fachbereich; 2020 waren es 60% aus der Inneren Medizin und 10% aus der Chirurgie.

Bei den inhaltlichen Fragen wurden jeweils zustimmende (trifft eher zu/trifft zu) und ablehnende Aussagen (trifft eher nicht zu/trifft nicht zu) Antworten für 2016 und 2020 zusammengefasst und gegenübergestellt. Antworten mit „kann ich nicht beurteilen“ bzw. fehlende Antworten wurden herausgerechnet.

Die Frage zum **Wissen und zur Haltung bezüglich Palliativversorgung** zeigte einen signifikanten Zuwachs der Zustimmungen im Jahr 2016 (41,5 %) vs. 2020 (58,4 %), dass Palliativmedizin einen rehabilitativen Charakter hat und wie Palliativsymptome erfasst und dokumentiert werden (62% vs. 72 %). Auch kannten signifikant mehr Mitarbeitende die Vorausschauende Versorgungsplanung für Patient*innen (22% vs. 31,4%). Nahezu unveränderte Zustimmung gab es bei der Frage, dass Palliativsymptome erkannt werden (83% vs. 86,7 %). Die positiven Zustimmungen zu Fragen zur Palliativversorgung wurden besonders durch Fortbildung und den ärztlichen und pflegerischen Beruf beeinflusst.

Das **Wissen zu internen und externen Angeboten sowie Strukturen** der Palliativversorgung stieg signifikant von 2016 vs. 2020 zu krankenhausinternen palliativmedizinischen Angeboten (65,9% vs. 77,9 %); zu ambulanten Betreuungsangeboten (57% vs. 69%) sowie zu den Ansprechpartner*innen für Palliativmedizin in den Krankenhäusern (67% vs. 81,4 %). Das Wissen zu palliativmedizinischen Angeboten in der JSD blieb bei rund 45% und zum Einsatz des ambulanten Hospizdienstes mit rund 55% konstant. Die Zustimmung zu diesem Fragenkomplex wurde besonders durch Fortbildung und den Beruf des Arztes bzw. Arzt und Pflege positiv beeinflusst.

Im palliativen Team wurden mit über 95% zu beiden Befragungszeitpunkten Pflegende und Ärzt*innen, mit rund 90% Seelsorgende, mit 86% Psycholog*innen und mit 80% Sozialarbeiter*innen gesehen. Signifikant zugenommen hat die Einschätzung, dass Ergo- (57% vs. 68,8 %) und Physiotherapeut*innen (73% vs. 79 %) zum Team gehören.

Das Wissen zu Bildungsangeboten der Palliativversorgung hat sich zu internen (49,6% vs. 58,3 %) und externen (44% vs. 50%) Angeboten nicht signifikant verändert. Signifikant zugenommen hat die Teilnahme der Befragten an Fortbildungen zur Palliativversorgung generell (21,6% vs. 36,8 %). Dieser Fragenkomplex wurde besonders durch die vorherige Teilnahme an Fortbildungen und Berufserfahrung positiv beeinflusst.

Bei den nur 2020 gestellten Fragen zu Bildungsangeboten antwortete die Hälfte der Befragten, dass Fortbildung in der Palliativversorgung einen hohen Stellenwert im Krankenhaus hat. Die Informationswebsite www.selbstbestimmung-bis-ans-lebensende.de kannten 10 %, das im Jahr 2020 gegründete Kompetenzzentrum Hospiz- und Palliativarbeit der JSD 15% der Befragten.

Zur **Beurteilung der Palliativversorgung im Krankenhaus** zeigt sich im Jahresvergleich, dass die Mitarbeiter*innen die Behandlung schwerstkranker und sterbender Menschen in ihrer Klinik zwar in beiden Befragungen zu über 1/3 belastend, aber signifikant im Zeitverlauf menschlich zugewandter empfanden (84% vs. 94%). Das zustimmende Antwortverhalten wurde bei der Belastungsempfindung bei der Behandlung von Sterbenden besonders durch Berufsjahre >23 Jahre geprägt, bei dem Empfinden des menschlich zugewandten Handelns durch die Berufsgruppe der Ärzt*innen. Bei den nur 2020 gestellten Fragen empfanden rund 60% der Antwortenden die Kommunikation mit den Patient*innen in Bezug auf die Palliativversorgung verbessert. Ca. 2/3 war der Meinung, dass sich die Palliativversorgung in den letzten Jahren gut im Haus etabliert hat.

Veränderungen im Antwortverhalten zu den zwei Befragungszeiträumen sowie Veränderungen 2020 im Vergleich zum Referenz Krankenhaus EWK 2016.

Frage­nummer	JSD	Projekt­krankenhäuser						Nicht - Projekt­krankenhäuser			
		MLK	EKH	ELK	WKH			ELI	PGS	EWK	KAS
6) rehabil. Charakter	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑↑	↑	↑↑	↑	↑	→
7) Erkenne Symptome	↑	↑↑	(↓)	↑↑	↑	→		→	↑	→	↑↑
8) Doku genutzt	↑↑	↑↑	→	↓	↑↑	↑	→	↑↑	↑	→	→
9) Kenne int. Angebote	→	↑↑	(↑)	→	↑	→	↑	↑↑	→	↑	↑
10) Kenne JSD Angebote	→	(↑)	↓↓	↑↑	↑	↑↑		→	↓↓	↓	→
11) Kenne interne FB	↑↑	(↓)	↓	→	↑↑	↑	→	→	→	→	→
12) Kenne extern FB	↑↑	→	→	↑	↑	→		(↓)	→	→	→
13) Kenne AHD	↑↑	→	(↓)	↑↑	→	↑		→	→	↑	↑
14) ambulante pall. Angebote	↑↑	↑↑	→	↑↑	↑	↑	↑	→	→	→	↑
15a/18a) Behandlung pers. belastend	↓	→	→	↓↓	↓			→	↓↓	(↑)	→
15b/18b) Behandlung menschl. zugewandt	↑↑	↑↑	↑	↑↑	→	↑	→	→	↑	→	↑
17/20) Kenne Ansprechpartner	↑↑	↑↑	↑	↑↑	→	↑	→	↑↑	→	↑	↑↑
18/5) Fortbildungsteilnahme	↑↑	↑↑	↑↑	↑	(↑)	↑	→	→	→	→	→
20/22) Kenne ACP	↑↑	↑↑	→	↑↑	↑	→		(↓)	↑↑	→	→

→entspricht Veränderungen von $p > 0,3$ (↑) & (↓) entspricht Veränderungen von $p < 0,3$; ↑ & ↓ entspricht Veränderungen von $p < 0,2$; ↑↑ & ↓↓ entspricht Veränderungen $p < 0,1$; ;↑↑ & ↓↓ und gelb unterlegt = signifikante Veränderungen $p < 0,05$ 1. zu 2. Erhebungszeitraum, geteiltes Kästchen (2=hellgelb)) = signifikante Veränderungen zum Referenzkrankenhaus EWK 2016

Signifikant häufiger bejahten Pflegenden im Vergleich zu den Ärzt*innen im zweiten Erhebungszeitraum folgende Fragen:

- Kann palliativmedizinische Symptome erfassen
- Kennen interne Palliativangebote
- interner und externer Fortbildungsangebote,
- Empfinden der Behandlung als menschlich zugewandt
- Teilnahme an Fortbildungen
- Wissen zum Vorhandensein einer Abschiedskultur

Signifikant häufiger bejahten andere Berufsgruppen im Vergleich zu den Ärzt*innen im zweiten Erhebungszeitraum folgende Fragen :

- Ansprechpartner*innen bekannt
- Teilnahme an Fortbildungen
- Wissen zum Vorhandensein einer Abschiedskultur

Signifikant mehr Zustimmung bei den nur 2020 gestellten Fragen ergaben sich durch Ärzt*innen im Vergleich zu Pflegenden, anderen Berufsgruppen bei:

- Verbesserte Kommunikation
- Kennen Kompetenzzentrum

Signifikat höhere Zustimmung 2020 vs. 2016 der Projektkrankenhäuser im Vergleich zu Nichtprojektkrankenhäusern sowie bei Krankenhäusern, die vor Projektbeginn PV einsetzten im Vergleich zu diesen ohne Einsatz der PV, ergab sich zu den Fragen:

- Palliativmedizin hat rehabilitative Behandlungsziele
- Erfassen und dokumentieren palliativmedizinischer Symptome
- Kennen palliativmedizinischer Angebote im Krankenhaus und in der JSD
- Kennen Fortbildungsangebote des Krankenhauses
- Kennen ambulanter palliativmedizinischer Angebote
- Behandlung menschlich zugewandter
- Kennen Ansprechpartner*innen
- Teilnahme an Fortbildungen

Signifikat höhere Zustimmung 2020 vs. 2016 gab es bei Projektkrankenhäuser im Vergleich zu Nichtprojektkrankenhäusern ergab sich bei der Beantwortung der Frage

- Kennen externer Fortbildungsangebote

Signifikant höhere Zustimmungen 2020 vs. 2016 zwischen Krankenhäusern, die vor Projektbeginn PV einsetzten zu diesen ohne Einsatz der PV, ergaben sich bei der Beantwortung der Fragen

- Erkennen palliativmedizinischer Symptome
- Kennen der Aufgabe des ambulanten Hospizdienstes
- Kennen und Wissen des Einsatzes der vorausschauenden Versorgungsplanung

Bei der Beantwortung der nur 2020 gestellten Fragen ergaben sich eine signifikant höhere Zustimmung zwischen Projektkrankenhäusern zu Nichtprojektkrankenhäusern sowie zwischen Krankenhäusern, die vor Projektbeginn PV einsetzten zu diesen ohne Einsatz der PV, ergaben sich bei der Beantwortung bei der Fragen:

- Hoher Stellenwert der Fortbildung

Bei der Beantwortung der nur 2020 gestellten Fragen ergaben sich eine signifikante höhere Zustimmung zwischen Projektkrankenhäusern zu Nichtprojektkrankenhäusern ergab sich bei der Beantwortung der Frage

- Zur Etablierung der Palliativmedizin
- Verbesserung Kommunikation mit den Patient*innen
- Vorausschauende Versorgungsplanung

Betrachtet man die Beantwortung der Fragen insgesamt also zu beiden Erhebungszeiträumen, so zeigt sich, dass bereits absolvierte Palliativfortbildungen den stärksten Einfluss auf eine zustimmende Beantwortung der gestellten Fragen (10 von 14) hatten, danach beeinflusste die Berufszugehörigkeit in die Gruppe der Ärzt*innen (5 von 10) die Beantwortung stark.

Bei denjenigen Teilnehmenden, bei denen nicht die Fortbildung einen Einfluss auf die Beantwortung der Frage hatte, zeigte sich, dass besonders die Projektlaufzeit 2020 vs. 2016, und die Berufsgruppen Ärzt*innen/Pflegende einen starken Einfluss auf die Zustimmung zu den Fragen hatte.

Die Berufsgruppe Pflege und Ärzt*innen bestimmte besonders die Zustimmung zur Frage des Erkennens palliativer Symptome.

Die Berufsjahre „über 23 spielten“ bei der Zustimmung zur Frage, ob der Umgang mit sterbenden belastend ist, die stärkste Rolle - besonders in Nicht-Projektkrankenhäusern.

Die Beantwortung der Frage, ob der Umgang mit dem Sterben menschlich zugewandt ist, wurde besonders oft zustimmend von Ärzt*innen beantwortet. In der Pflege wuchs die Zustimmung hierzu besonders in der Projektlaufzeit.

IV.2 Ergebnisse der Krankenhausdatenanalyse (Sekundärdaten)

Die Analyse der DRG-Falldaten aus acht Krankenhäusern die Patient*innen palliativ versorgten zeigte, dass in den Jahren 2017- 2019 insgesamt durchschnittlich 78.500 Fälle und 2020 stationär 72.884 Fälle versorgt wurden, welches durch die Corona Krise zu erklären ist. Im Jahr 2017 starben 2,1% der Patient*innen im Jahr 2020 2,5 %. In der Analyse der Daten des Jahres 2017 sind aufgrund der erst 2018 stattgefundenen Eingliederung des WKH in die JSD die entsprechenden Daten nicht enthalten.

	Δ 2017-2020	Patient *innen -zahl	Pat. mit PMKB	Pat. mit PMKB + Tumor	Verstor- bene ins- gesamt	Verstor- bene mit PMKB	Verstorben mit PMKB + Tumor- erkrankung
Projekthäuser	EKH	↓	g. FZ.	g. FZ.	↑	g. FZ.	g. FZ.
	MLK	(↑)	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
	ELK	→	→	(↓)	↑↑	(↓)	↓
	WKH(Δ2018-20)	↓	↑	↓	↓↓	↑↑	↑↑
Nichtprojekthäuser	ELI	(↓)	↑↑	↑↑	→	↑↑	↑↑
	PGS	↓	↓↓	↓↓	(↑)	↓↓	↓↓
	EWK	→	↑↑	↑↑	↑↑	(↑)	(↓)
	KAS	(↓)	↑	↓↓	(↓)	↑↑	(↑)
Gesamt JSD*		(↓)	↑↑	↑↑	↑	↑↑	(↑)
Projektkranken- häuser*		→	↑↑	↑	↑	↑↑	↑
Nichtprojekt- krankenhäuser		(↓)	(↑)	↑↑	(↑)	↑	(↑)

→entspricht Veränderungen unter 5 %, (↑) & (↓) entspricht Veränderungen von 5- 10 %;↑ & ↓ entspricht Veränderungen von 10- 20 %;↑↑ & ↓↓ entspricht Veränderungen von über 20% %;*(g. FZ. = geringe Fallzahl)

Die vorhergehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Patient*innenzahlen, mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung unter Berücksichtigung von Tumorerkrankungen und dem Versterben von

Patient*innen. Dabei wurden jeweilige Gesamtpatientenzahl und die prozentuale Anteile in Hinblick auf PKMB berücksichtigt und Daten der Jahre 2017 und 2020 gegenübergestellt.

Die Zahl der durch palliativmedizinische Komplexbehandlung versorgten Patient*innen stieg im Gegensatz zur Entwicklung der Gesamtpatientenzahl prozentual (0,8% vs. 1,1 %) und besonders in den Projektkrankenhäusern (1,2% vs. 1,6%) mit einer hohen Effektstärke aber ohne Signifikanz. Bei den verstorbenen Patient*innen, steigerte sich die Versorgung durch PMKB im Untersuchungszeitraum signifikant und mit großer Effektstärke (14% vs. 17 %). In den Projekt Krankenhäusern stieg die PMKB Behandlung bei verstorbenen Patient*innen von 18% auf 25% (keine Signifikanz jedoch hohe Effektstärke) im Vergleich dazu stieg die Behandlung bei den Nicht Projektkrankenhäusern von 11,3 auf 12,7 %.

Patient*innen mit Hauptkodierung einer bösartigen Neubildung erhielten von den kodierten Hauptdiagnosen am häufigsten und über den Analysenzeitraum steigend eine PMKB (Gesamt: 5,3% vs. 6,6 %: Projektkrankenhäuser 6,1% vs. 7,3%, Nichtprojektkrankenhäuser 4,5% vs. 5,7 %) Die Änderungen waren nicht signifikant hatten jedoch eine hohe Effektstärke. Bei verstorbenen Patient*innen mit Tumorerkrankungen stieg die PMKB - Versorgung leicht auf fast 50 %. In den Projektkrankenhäusern lag der Zuwachs bei 8% auf 57% bei den Nichtprojekthäusern gab es einen leichten Rückgang auf 38 %.

Patient*innen mit Hauptkodierung einer Atemwegserkrankung erhielten über den Analysenzeitraum steigend eine PMKB (Gesamt 0,7% vs. 1,1 %: Projektkrankenhäuser 0,4% vs. 1%, Nichtprojektkrankenhäuser 0,8% vs. 1,3 %) Die Änderungen waren nicht signifikant hatten jedoch eine hohe Effektstärke. Bei verstorbenen Patient*innen mit Atemwegserkrankungen verdoppelt sich die Versorgung leicht auf über 8%. In den Projektkrankenhäusern lag der Anteil 2020 bei 10,1% in den Nichtprojektkrankenhäusern bei 7,5 %.

Der Anteil der PMKB Patient*innen mit Hauptkodierung einer Herz- Kreislauferkrankung betrugen 2020 insgesamt (50 Patient*innen), in den Projekthäusern (27 Patient*innen) und in den Nichtprojekthäusern (23 Patient*innen) jeweils 0,6%. Die Änderungen über die Jahre waren nicht signifikant und hatten nur in den Projektkrankenhäusern eine hohe Effektstärke. Bei verstorbenen Patient*innen mit Herz-Kreislauferkrankungen stieg die PKMB Versorgung im Projektzeitraum leicht an, bliebe jedoch mit insgesamt 22 PKMB Versorgungen im Jahr 2020 sehr gering.

Bei der Analyse aller Patient*innen, die eine PMKB erhielten zeigte sich im Projektzeitraum, dass die Anzahl der Behandelten stieg (655 vs. 816) besonders in den Projektkrankenhäusern von 317 auf 448. Über den Projektzeitraum litten $\frac{3}{4}$ der Patient*innen in der Hauptdiagnose an einer bösartigen Neubildung, rund ein Drittel der Patient*innen verstirbt im Krankenhaus. Das

Durchschnittsalter stieg signifikant von 70,8 auf 72,9 Jahre. Die durchschnittliche PMKB Versorgungsdauer stieg signifikant von 16,5 auf 19,4 Tage. Betrachtet man die Liegezeit der Patienten über den gesamten Projektverlauf, so zeigt sich dass die Versorgungstage mit PKMB von den realen Versorgungstagen abweichen. Dieses deutet darauf hin, dass die PKMB Behandlung durchschnittlich erst später im Behandlungsverlauf begonnen hat.

Von den PMKB Patient*innen, die im Krankenhaus verstarben, sank der Anteil der Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung (77% vs. 69%). In den Projektkrankenhäusern waren es 2017 93,2 %, 2020 81,5 %. Die Zahl der mit PMKB Verstorbenen stieg im Untersuchungszeitraum bei PMKB Patient*innen mit Atemwegserkrankungen (7,1% vs. 11,9%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (3,5% vs. 7,5 %) als Hauptdiagnose.

Bei der Untersuchung des Ausgangs der Behandlung aller Patienten*innen mit einer PMKB (N=2988) im Untersuchungszeitraum, zeigte sich, dass ca. ein Drittel der Patient*innen verstirbt. Patient*innen mit einer Behandlungsdauer unter/gleich 6 Tagen verstarben zu 2/ 3 im Krankenhaus. Dies betraf besonders Patient*innen über 70 Jahre. Patient*innen mit einer PMKB Behandlungsdauer von über sechs Tagen verstarben am häufigsten in einem Alter von über 85 Jahren (44,5 %). In der Gruppe der Patient*innen zwischen 67-85 Jahren, die länger als 6 Tage im Krankenhaus mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung verweilten, verstarben besonders männliche Patient*innen.

Betrachte man alle im Untersuchungszeitraum verstorbenen Patient*innen, die länger als 8 Tage stationär behandelt wurden (N=3808), zeigt sich, dass davon 22% palliativ behandelt wurden. Besonders verstorbene Patient*innen mit einer bösartigen Neubildung (55 %) und hier besonders im Alter unter achtzig Jahren erhielten PMKB. Verstorbene Patient*innen mit einer Atemwegserkrankung erhielten zu 11% und hier besonders unter oder gleich 68 Jahren und von weiblichen Geschlechts eine PMKB. Bei Patient*innen über 68 Jahren waren auch die weiblichen Patient*innen in der Mehrheit. In beiden Fällen gab es mehr männliche als weibliche Patient*innen in der jeweiligen Gruppe.

V. Ergebnisse aus den einzelnen Krankenhäusern der Johannesstift Diakonie gAG

V.1 Evangelisches Krankenhaus Hubertus (EKH)

Das EKH in Berlin-Zehlendorf, ein Unternehmen der Johannesstift Diakonie, ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin. In dem 1931 gegründeten Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 200 Betten werden jährlich durch 450 Mitarbeiter*innen etwa 6.500 Patient*innen stationär und 14.000 Patient*innen ambulant versorgt. Behandlungsschwerpunkte sind Gefäßerkrankungen, die Altersmedizin, die Innere Medizin inklusive Kardiologie sowie Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparats. Ca. zwei Drittel der Patient*innen sind über 70 Jahre alt, ca. ein Fünftel der Patient*innen werden in der geriatrischen Klinik versorgt.

V.1.1 Leitthema: Einführung von Palliativbeauftragten – Aufbau einer strukturierten Palliativversorgung

Das Projektkrankenhaus:

Das EKH war ein Projektkrankenhaus im Projekt „Palliativbeauftragte*r“ mit dem thematischen Projektschwerpunkt der Einführung einer strukturierten Palliativversorgung.

Zum Beginn des Projektes sowie der Evaluation verfügte das EKH nicht über ausgebaute Strukturen der Palliativversorgung. Es gab zwar einzelne Bestrebungen diesen Bereich im Krankenhaus zu etablieren, jedoch konnten diese nur punktuell operativ umgesetzt werden, wurden jedoch nicht strukturiert verfolgt. Ein Zimmer in der Klinik für Innere Medizin wurde speziell für die Sterbebegleitung von Patient*innen ausgebaut, jedoch wurde dies nur bedingt für diesen Zweck genutzt. Ferner gab es zum Beginn des Projektes zwei Fachärzt*innen mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in der Klinik für Akutgeriatrie. Eine Pflegende befand sich in der Ausbildung zur Palliative Care Pflegekraft, auch gab es einzelne kleinere Fortbildungen zum Thema Palliativversorgung besonders in der Klinik für Akutgeriatrie. Für Unterstützung bei Entscheidungsprozessen zur Behandlung von Patient*innen in Krisensituationen stand und steht ein Ethik-Komitee zur Verfügung.

2018 wurde die Betreuung von Patient*innen durch die palliativmedizinische Komplexbehandlung formal mit der Abrechnung des dazugehörigen Zusatzentgeltes eingeführt.

Pilotstationen:

Im EKH wurden für die Einführung der PV zwei geriatrische Stationen ausgewählt, in denen die Mitarbeiter*innen im Zuge Ihrer speziellen Berufserfahrung über eine umfangreiche Erfahrung im Umgang mit älteren und multimorbiden Patient*innen und ihrer Rehabilitation verfügen. Das Versorgungsteam beider Stationen ist interprofessionell besetzt und trifft sich wöchentlich im Zuge der geriatrischen Behandlung zu Fall- und Teambesprechungen. Die Mitarbeiter*innen sind auf beiden Stationen tätig. Der Projektbeginn war für die Mitarbeiter*innen besonders durch Umstrukturierung geprägt. So gab es u.a. einen Wechsel in der ärztlichen Leitung der Klinik sowie die Einführung der Personaluntergrenzenverordnung, die zu einer höheren Personalverteilung des bestehenden Personals auf alle Station führte.

Palliativbeauftragte*r:

Zur Besetzung der Stelle „Palliativbeauftragte*r“ sowie zur psychologischen Betreuung der Patient*innen in der Akutgeriatrie wurde eine Psychologin mit Berufserfahrung in der Palliativversorgung, jedoch ohne eine anerkannte Palliativweiterbildung, in Teilzeit eingestellt. Die Palliativbeauftragte sowie auch die neue Chefärztin waren zu Beginn des Projektes neue Mitarbeiter im Krankenhaus. So waren die ersten Monate der Arbeit beider durch deren Etablierung in der Klinik geprägt.

Krankenhaus in der Covid-19-Pandemie:

Während der Covid-19-Pandemie musste das Krankenhaus aufgrund einer hohen Ausfallquote in der Belegschaft, die auch die Palliativbeauftragung betraf, sowie besonders durch die große Zahl an höchst vulnerablen Patient*innen über 70 Jahre, die Versorgung so organisieren, dass Kontakte auf ein absolutes Minimum reduziert wurden. Dies bedeutete, dass zu großen Teilen die Palliativversorgung mit der geriatrischen Versorgung verbunden war und palliative Fallbesprechungen, palliative Konsile sowie die Etablierung der Palliativbeauftragung von ca. April 2020 bis April 2021 nicht umfassend durchgeführt wurde. Aufgabe der Palliativbeauftragten in dieser Zeit war vordringlich die individuelle Beratungen und Betreuungen von Patient*innen.

V.1.2 Ergebnisse

V.1.2.1 Fragebogenauswertung (2016 vs. 2020)

Die quantitativen Befragungen zur Palliativversorgung in den Jahren 2016 und 2020 beantworteten jeweils rund 14% der Mitarbeiter*innen. Die Anzahl der Antwortenden hat sich in der Berufsgruppe der Pflegenden (von 73% auf 42 %) reduziert. Dafür antworteten mehr Mitarbeiter*innen weiterer Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeut*innen (2016 geringe Fallzahl vs. 2020 30,4 %). Der Anteil der antwortenden Ärzte blieb mit rund 25% konstant. Zwei Drittel der Antwortenden kamen aus dem internistischen Fachbereich.

Befragt zum **Wissen zur Palliativversorgung** zeigte die Frage, ob Palliativmedizin einen rehabilitativen Charakter hat, einen signifikanten Zuwachs der Zustimmungen von 2016 (21%) zu 2020 (43%). Tendenziell weniger positive Zustimmung gab es bei den Fragen das Palliativsymptome erkannt (84% vs. 75 %) und dokumentiert (58% vs. 48%) werden können. Diese Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum ist signifikant niedriger als im Referenzkrankenhaus EWK 2016. Das Kennen um die Vorausschauende Versorgungsplanung blieb mit rund 25% gering.

Das **Wissen zu internen und externen Angeboten sowie Strukturen** der Palliativversorgung veränderte sich statistisch nicht signifikant von 2016 zu 2020. Rund die Hälfte der Befragten kennen die krankenhausinternen palliativmedizinischen Angebote. Tendenziell zeigt sich jedoch eine Abnahme des Wissen zu Angeboten in der Johannesstift Diakonie (49% vs. 32 %) und zum ambulanten Hospizdienst (51% vs. 41 %). Eine signifikante Zunahme der Antwortenden gab es zum Kennen der Ansprechpartner*innen für palliativmedizinische Fragen im Haus (53% vs. 72 %).

Das **Wissen zu internen und externen Bildungsangebot zur Palliativmedizin** hat sich nicht verändert und wird von ca. 50% positiv beantwortet. Signifikant zugenommen hat die Teilnahme der Befragten an palliativmedizinischen Fortbildungen generell (12% vs. 42 %). Diese Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016.. Ein Drittel der Befragten antworteten 2020, dass Fortbildung in der Palliativmedizin einen hohen Stellenwert im Krankenhaus hat. Die Informationswebsite „Selbstbestimmung bis an Lebensende“ kannten 10 %, das im Jahr 2020 gegründete Kompetenzzentrum Hospiz- und Palliativarbeit der Johannesstiftdiakonie kannten 7% der Befragten.

Zur **Beurteilung der Palliativversorgung im Krankenhaus** zeigt sich im Jahresvergleich, dass die Mitarbeiter die Behandlung Schwerstkranker und Sterbender zwar zu einem Drittel belastend aber tendenziell zunehmend menschlicher empfinden (76% vs. 89 %). Befragt 2020, empfanden rund die Hälfte der Antwortenden die Kommunikation mit den Patient*innen in Bezug auf Palliativmedizin

verbessert und ein Drittel, dass sich die Palliativmedizin in den letzten Jahren gut im Haus etabliert hat.

V.1.2.2 Ergebnisse der Krankenhausdatenanalyse (Sekundärdaten)

Die Analyse DRG Falldaten zwischen 2017 (6534) und 2020 (5345) zeigt, dass im Jahr 2020 ca. 20% weniger Patient*innen versorgt im EKH wurden. Insgesamt waren in beiden Jahren rund 2/3 der Patient*innen über 70 Jahre und wurden zu 1/3 aufgrund einer Hauptdiagnose im Bereich Herz-Kreislaufkrankungen versorgt. 2017 hatten 2% (124) der Patient*innen eine Tumorerkrankung als Hauptdiagnose, 2020 waren es 1,3% (72). Die Anzahl der Langlieger (3% vs. 5,7%) und der Verstorbenen (1,4% vs. 2%) stieg von 2017 auf 2020 an.

Ca. 40% der Patient*innen wurde in den Jahren 2019 und 2020 länger als 7 Tage stationär versorgt, wobei 80% hiervon über 70 Jahre waren. Patient*innen mit Neubildungen (rund 2% aller Patient*innen) und Patient*innen mit Erkrankungen der Atmungsorgan (rund 3% aller Patient*innen) wurden zu rund zwei Drittel länger als 7 Tage stationär behandelt und waren zu über 90% über 70 Jahre. Dagegen wurden Patient*innen mit Herz-Kreislaufkrankungen zu einem Drittel über 7 Tage behandelt und waren dann zu dreiviertel über 70 Jahre.

Insgesamt scheint der typische palliativmedizinische Bedarf im EKH bei Patient*innen mit Neubildungen aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl sowie dem geringeren Versterben an einer solchen Erkrankung im EKH gering, doch aufgrund des Alters und langer Liegezeiten, intensiv zu sein. Klar zeigt sich anhand der Todesursachen sowie der Patient*innen, die über 7 Tage stationär im Krankenhaus behandelt werden, dass besonders Patient*innen über 70 Jahre mit Herz-Kreislaufkrankungen sowie Atemwegserkrankungen von einer Palliativbehandlung profitieren könnten.

Die palliative Komplexbehandlung wurde 2018 im EKH eingeführt. 2018 wurden zwei Patient*innen, im Jahr 2019 zwölf und im Jahr 2020 fünf Patient*innen palliativmedizinisch komplex behandelt. In den Jahren 2018 und 2019 litt die Hälfte der palliativ betreuten Patient*innen an einer Tumorerkrankung. 2020 war es ein Fünftel. Ab Sommer 2020 gab es praktisch keine weiteren palliativen Betreuungen im Rahmen der Komplexbehandlung im EKH. Dies lag vermutlich an den Auswirkungen der Covid-19 Pandemie, da viele Mitarbeiter*innen an Corona erkrankten oder zur Behandlung der COVID-19-Patient*innen eingesetzt wurden, so dass die Anforderungen einer Komplexbehandlung besonders mit sechs Therapiestunden pro Woche nicht erfüllt werden konnten.

V.1.2.3 Interviewergebnisse

Wissen und Haltung zur Palliativversorgung: Die interviewten Mitarbeiter*innen beschreiben Palliativversorgung bereits zu Beginn des Projektes als ein interprofessionelles und interdisziplinäres Versorgungskonzept, welches Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung sowie deren An- und Zugehörige in den Fokus rückt. Als Ziele der Palliativversorgung werden der Erhalt und die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Menschen formuliert. Eine ganzheitliche Begleitung und umfassende Symptomkontrolle sowie die Individualität der Betroffenen und der Situation, aber auch Beziehungsarbeit und Selfcare werden als wesentliche Aspekte der Palliativversorgung benannt.

Ambivalent wird der rehabilitative Anteil der Palliativversorgung bewertet. Die Interviewten schildern, dass sich ihre Haltung zur Palliativversorgung im Projektverlauf nicht wesentlich verändert hat, sie aber deutlich präsenter und bewusster geworden ist. Die interviewten Mitarbeiter*innen betonen, dass bereits vor Projektbeginn, unabhängig von einer palliativen Situation, nach Möglichkeit eine betroffenenorientierte Versorgung erfolgte. Die Werte und Haltung bzgl. Palliativversorgung werden gleichfalls als Grundwerte einer bedarfsgerechten und würdevollen geriatrischen Versorgung verstanden. Im Verlauf des Projektes konnte die Handlungssicherheit der Interviewten gestärkt, jedoch zugleich deutliches Verbesserungspotential identifiziert werden.

Strukturen und Angebote der Palliativversorgung: Im Rahmen des Projektes wurde die strukturierte Palliativversorgung auf beiden Pilotstationen eingeführt. 2018 wurde gemäß der Interviewten teilweise im palliativen Sinne gehandelt, dies jedoch nicht so bezeichnet. 2020 wird die Palliativversorgung als solche im Handeln stärker wahrgenommen und im größeren Maße umgesetzt. In den Interviews 2020 zeigt sich, dass Strukturen bzw. Angebote, wie die palliativmedizinische Komplexbehandlung, Supervisionen sowie Konzepte und Ansprechpartner*innen insgesamt bekannt und etabliert sind, auch wenn es hier nach wie vor deutlichen Verbesserungsbedarf gibt. Als förderliche Strukturen bzw. Angebote wurden 2018 bereits das Ethikkomitee und die seelsorgerische Begleitung im EKH identifiziert. Darüber hinaus hat sich die interne und externe Vernetzung positiv verändert, auch wenn hier weiterhin Entwicklungsbedarf besteht.

Zu Projektende sind regelmäßige Palliativteamsitzungen und tägliche kurze Austausche zu Palliativpatient*innen eingeführt. Ein Palliativdienst für das gesamte Krankenhaus wird erprobt. Zu Projektende wird von den Interviewten eine regelhafte Zusammenarbeit mit Hospizen, SAPV-Leistungserbringer*innen, Pflegediensten, Pflegeheimen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen geschildert. Insgesamt ist über den Projektzeitraum eine geringe strukturelle Vernetzung im außerklinischen Bereich zu verzeichnen. Die Palliativdokumentation und damit verbunden die

palliativmedizinische Komplexbehandlung wird 2018 als zeitaufwendig und nicht den Patient*innen, sondern eher der Abrechnung zuträglich gesehen. Im Jahr 2020 ist erst die elektronische Möglichkeit der Dokumentation in allen Bereichen umgesetzt und wird zunehmend sicherer genutzt. Die palliativmedizinische Komplexbehandlung wird nun mit Qualität und notwendigen zusätzlichen Angeboten der Versorgung für Patient*innen positiv in Verbindung gebracht.

Beurteilung der Palliativversorgung auf den Pilotstationen und im Krankenhaus: Für die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung werden im HK verschiedene Herausforderungen von den Interviewten dargestellt, die oft auch personenabhängig sind. In beiden Erhebungszeiträumen werden vor allem die unzureichende, nicht systematische und nicht frühzeitige Identifizierung der Betroffenen als Barriere für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im EKH dargestellt – 2020 begründen die Interviewten dies oft mit einem Mangel an Sensibilisierung bzw. Akzeptanz von Palliativversorgung besonders außerhalb der Pilotstationen. Außerdem wird das Fehlen entsprechender Screeninginstrumente genannt. Weiterhin präsente Herausforderungen beziehen sich 2020 besonders auf den Mangel bzgl. räumlicher und personeller, aber auch zeitlicher Ressourcen. Die Patient*innenkommunikation, aber auch die Teamzusammenarbeit und die interprofessionelle sowie interdisziplinäre Kommunikation haben sich in den Augen der Interviewten deutlich verbessert. Dabei wird die Supervision als unterstützendes Angebot zur Teambildung wahrgenommen.

Im Weiteren werden die Initiierung und Koordination, aber auch die Entscheidungsfindung in Bezug auf die Palliativversorgung nicht mehr lediglich im alleinigen Kompetenz- oder Aufgabenbereich der Ärzt*innen gesehen. Vielmehr nimmt nun das multiprofessionelle Team ebenfalls eine Rolle ein, während sich die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden jedoch in der Behandlungsplanung, welche vorrangig durch Ärzt*innen erfolgt, wenig involviert fühlen. Auch werden Patient*innen jetzt gezielt zur Palliativversorgung aufgenommen, wobei hier weiterhin von einem wenig transparenten Vorgehen bei der ärztlichen Entscheidung bzgl. eines palliativen Bedarfes berichtet wird.

Die Palliativversorgung konnte auf beiden Pilotstationen etabliert werden, auch wenn sie in ihrem Umfang den Bedarf derzeit nicht decken kann. Erste Erfahrungen mit konsiliarischer Mitbetreuung von Patient*innen außerhalb der Pilotbereiche werden ambivalent bewertet, da das Angebot nicht transparent genug ist und eigene Kompetenzen und Ressourcen als nicht ausreichend vorhanden gewertet werden. Gleichsam wird hier Entwicklungspotenzial geschildert. In den Interviews 2020 zeigt sich insgesamt mehr Zufriedenheit mit der Palliativversorgung. Es werden die oben genannten Strukturentwicklungen sowie eine beginnende Sensibilisierung und Etablierung der Palliativversorgung im Haus wahrgenommen. Jedoch zeigen die Perspektiven zu diesen Themen ein breites Spektrum. Insgesamt wünschen sich die interviewten Mitarbeiter*innen, dass die

Palliativversorgung mehr und weiter im ganzen EKH ausgebaut und fokussiert wird. Es wird stets betont, dass erste Schritte gegangen sind, es aber noch viel Potenzial bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Palliativversorgung gibt.

Interne und externe Bildungsangebote: Im zweiten Erhebungszeitraum wird von den interviewten Mitarbeiter*innen geschildert, dass sich das Angebot sowie die Inanspruchnahme von bedarfsgerechten Bildungsangeboten positiv verändert haben. Diese sind zudem bekannter geworden, wenngleich Angebote v. a. auf berufsgruppenspezifischer Ebene teils noch als ausbaufähig beschrieben werden. In den Pilotbereichen haben sich Mitarbeiter*innen besonders im Kontext Palliativversorgung fort- und weitergebildet, sodass sich ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Versorgungs- bzw. Multiplikator*innenteam gebildet hat. Dies wird als große Entlastung und Kompetenz bei Fragen rund um die Palliativversorgung wahrgenommen. Zu Projektende wird eine verbesserte Versorgung wahrgenommen, da nunmehr gemäß der Interviewten vermehrt geschultes Personal für die Palliativversorgung eingesetzt wird.

Palliativbeauftragte: Die Palliativbeauftragte ist auf den Pilotstationen eingeführt. Den Interviews zufolge ist sie von 2018 zu 2020 präsenter geworden, wenngleich sie v. a. außerhalb der Pilotbereiche noch zu wenig bekannt bzw. etabliert ist. Die von den Interviewten zu Projektbeginn zugeschriebene Rolle von Palliativbeauftragten erfüllt die im EKH eingesetzte Palliativbeauftragte 2020 in Teilen: So wird sie von einigen Interviewten als Ansprechpartnerin, Beraterin, Organisatorin – besonders bzgl. Bildungsangeboten und Supervisionen –, Koordinatorin und im Netzwerkauf- bzw. -ausbau wahrgenommen.

Folgende weitere Aufgaben sollten Palliativbeauftragte gemäß den Interviewten erfüllen: Unterstützung bei der Identifikation eines palliativen Bedarfs, bei der Ermittlung der Bedürfnisse der Betroffenen und bei der Versorgungsplanung und -dokumentation sowie ferner im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Struktur- und Konzeptentwicklung, Qualitätsentwicklung- und -sicherung, der Sensibilisierung und Aufklärungsarbeit bzgl. Palliativversorgung, des Ausbaus von Hilfs- und Bildungsangeboten sowie der Hilfe in der konkreten Versorgungspraxis. Zudem wünschen sich die Interviewten, dass die Palliativbeauftragte das EKH nach außen und innerhalb der JSD vertritt.

Projektumsetzung: Dem Projekt wurde zu Beginn mit großer Skepsis und Angst entgegengetreten. Viele der interviewten Mitarbeiter*innen haben sich nicht ausreichend involviert bzw. informiert gefühlt und das Projekt und die Umsetzung als wenig transparent empfunden. Notwendige Strukturen für die Projektumsetzung fehlten nach Ansicht der Interviewten zu Projektbeginn, während sie 2020 reflektieren, dass sich der Strukturaufbau im EKH langsam entwickelt. Das Projekt wird heute jedoch insgesamt als für die Entwicklung der Palliativversorgung im EKH förderlich wahrgenommen, auch wenn der holprige Projektstart nicht vergessen ist. In den

Interviews wird deutlich, dass die Bestrebungen des Auf- und Ausbaus der Palliativversorgung im EKH notwendig und mittlerweile auch seitens der Mitarbeiter*innen gewünscht sind. Die Interviewten betonen, dass Palliativversorgung eine große Nähe zur geriatrischen Versorgung aufweist und dadurch die Strukturen und Voraussetzungen für die Verstetigung und Entwicklung der Palliativversorgung auf den Pilotstationen gut gelingen kann. Gleichwohl wird geäußert, dass die Etablierung der Palliativversorgung im geriatrischen Bereich keine Auswirkungen auf dessen Stellenwert innerhalb des EKH hatte, obwohl sich eine Steigerung des Ansehens gewünscht wurde.

Erfüllung der Aufgabenstellungen im EKH:

Eine strukturierte Palliativversorgung konnte sich in geringem Maße langsam entwickeln, wobei sich dieses nur bedingt in der Fallzahl der palliativmedizinisch komplex behandelten Patient*innen niederschlug. Besonders Patient*innen mit Erkrankungen des Atem- und des Herz-Kreislaufsystems könnten mehr in eine PMKB eingeschlossen werden.

Palliative Ansprechpartner*innen wurden im Projektverlauf besser gekannt, Fortbildungen mehr genutzt und die interne und externe Zusammenarbeit verbessert. Die Palliativbeauftragte wurde als Ansprechpartnerin, Organisatorin und Beraterin wahrgenommen. Die Covid-19-Pandemie prägte besonders stark den Projektverlauf, da beispielsweise aufgrund eines hohen Krankenstandes in der Belegschaft Krankenhausstationen geschlossen wurden.

V.2 Wichernkrankenhaus (WKH)

Das WKH in Berlin-Spandau, ein Unternehmen der JSD, ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Das Krankenhaus wurde 2018 im Zuge der Fusion des Evangelischen Johannesstiftes und der Paul Gerhardt Diakonie Teil der JSD. Es ist ein Fachkrankenhaus für Innere Medizin/ Akutgeriatrie mit 100 stationären und 20 tagesklinischen Behandlungsplätzen.

V.2.1 Leitthema: Palliativ-geriatrische Versorgungskette – Ausbau der Schnittstelle stationäre Akut- und Langzeitversorgung

Das Krankenhaus wurde kurz nach der Fusion des EJS und der PGD zur JSD in das Projekt aufgenommen, da das Krankenhaus bereits über gut ausgebaute Strukturen der Palliativversorgung verfügte. Dadurch war das Krankenhaus als geriatrisches Haus zur Umsetzung des Leitthemas

besonders geeignet. Über Jahre wurde die Ausbildung besonders der Pflegefachkräfte im Bereich Palliativversorgung durch die *Werner und Maren Otto Stiftung* unterstützt. Der ehemalige Chefarzt hatte mit dem damaligen Palliativteam ein Konzept zur Palliativversorgung erarbeitet und umgesetzt. Die palliativmedizinische Komplexbehandlung wurde über Jahre bereits angewandt.

Palliativbeauftragte*r

Zur Besetzung der Stelle „Palliativbeauftragte*r“ wurde zunächst ein Oberarzt mit der Weiterbildung Palliativmedizin, der bereits die Palliativversorgung betreute, eingesetzt. Durch seinen Weggang in eine private Praxis wurde eine Sozialarbeiterin, die jedoch keine anerkannte Palliativweiterbildung hatte, in Teilzeit als Palliativbeauftragte eingestellt. Die Palliativbeauftragte wurde durch die 2018 eingesetzte neue Chefärztin, die über eine Weiterbildung Palliativmedizin verfügt, inhaltlich und praktisch unterstützt. Der Wechsel in der Palliativbeauftragung und Änderungen in der ärztlichen Belegschaft bedeuteten eine Findungsphase für das Projekt. Besonders Kontakte zu den Partner*innen im Bereich der Akut- und Langzeitpflege mussten im Projektverlauf neu etabliert werden.

Krankenhaus in Covid-19-Pandemie

Während der Covid-19-Pandemie konnte das Krankenhaus die Palliativbetreuung aufrechterhalten, Kontakte wurden auf ein Minimum reduziert. Besonders dadurch und durch einen längeren Ausfall der Palliativbeauftragten, konnte die Netzbildung von ca. April 2020 bis April 2021 nicht umfassend durchgeführt werden bzw. kam zu einem Stillstand.

V.2.2 Ergebnisse

V.2.2.1 Fragebogenauswertung (2018 vs. 2020)

Durch die Fusion der Paul Gerhardt Diakonie mit dem Evangelischen Johannesstift konnte im WKH erst im Jahr 2018 die Befragung zur palliativmedizinischen Versorgung durchgeführt werden.

Die quantitativen Befragungen zur Palliativversorgung in den Jahren 2018 und 2020 beantworteten jeweils rund 20% der Mitarbeiter*innen. Die Anzahl der Antwortenden aus der Berufsgruppe der Pflegenden blieb mit rund 50% konstant. Die Zahl der Ärzt*innen, die antworteten, stieg auf rund 25% leicht an, die Zahl der weiteren Berufsgruppen fiel auf 25% ab.

Befragt zum **Wissen zur Palliativversorgung** zeigte die Frage, ob Palliativmedizin einen rehabilitativen Charakter hat, einen signifikanten Zuwachs der Zustimmungen von 2018 (43 %) zu 2020 (70 %). Diese Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im

Referenzkrankenhaus EWK 2016. Gleichbleibend positive Zustimmung gab es bei den Fragen, dass Palliativsymptome erkannt (85% vs. 83%) und dokumentiert (75% vs. 74%) werden können. Das Kennen um die Vorausschauende Versorgungsplanung blieb mit rund 30% gering.

Das **Wissen zu internen und externen Angeboten sowie Strukturen** der Palliativversorgung veränderte sich statistisch nicht signifikant von 2016 zu 2020. Über 80% der Befragten kennen die krankenhausinternen palliativmedizinischen Angebote. Diese Zustimmung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016. Tendenziell zeigt sich auch ein Anstieg des Wissens zu Angeboten in der JSD (30% vs. 50 %), ambulanter Palliativangeboten (63% vs. 74%) und zum ambulanten Hospizdienst (60% vs. 70 %). Das Wissen um Ansprechpartner*innen für palliativmedizinische Fragen im Haus (81% vs. 84 %) blieb nahezu konstant. Die Vergleichsuntersuchung zum Referenzkrankenhaus EWK zeigt bei den Fragen zu internen Angeboten, zum ambulanten Hospizdienst, zu externen Angeboten und zu Ansprechpartner*innen eine signifikant höhere Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum Referenzkrankenhaus EWK 2016.

Das **Wissen zu internen und externen Bildungsangebot zur Palliativmedizin** blieb nahezu konstant bei 60 bzw. 50% Zustimmung. Die Teilnahme der Befragten an palliativmedizinischen Fortbildungen blieb bei rund 56% konstant. Diese Zustimmung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016. Über Dreiviertel der Befragten antwortete 2020, dass Fortbildungen in der Palliativmedizin einen hohen Stellenwert im Krankenhaus einnehmen. Die Informationswebsite „Selbstbestimmung bis an Lebensende“ kannten 11 %, das im Jahr 2020 gegründete Kompetenzzentrum Hospiz- und Palliativarbeit der JSD kannten 22% der Befragten.

Zur **Beurteilung der Palliativversorgung im Krankenhaus** zeigt sich im Jahresvergleich, dass die Mitarbeitenden die Behandlung Schwerstkranker und Sterbender weniger belastend (46,7% vs. 30,8 %) aber gleichbleibend menschlich (97 %) empfinden. Diese Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016. Befragt 2020, empfanden über 90% der Antwortenden die Kommunikation mit den Patient*innen in Bezug auf Palliativmedizin verbessert und 100%, dass sich die Palliativmedizin in den letzten Jahren gut im Haus etabliert hat.

V.2.2.2 Ergebnisse der Krankenhausdatenanalyse (Sekundärdaten)

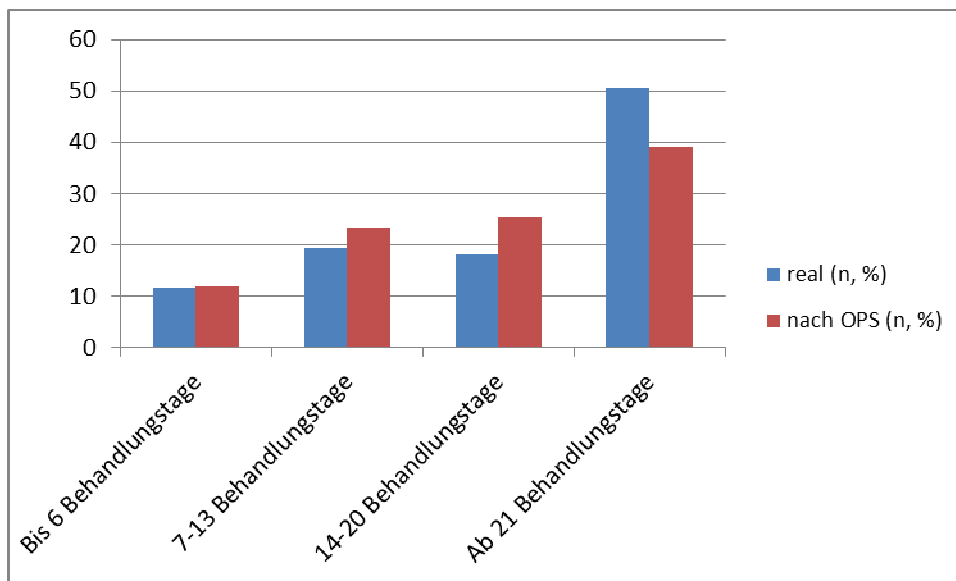
Die Analyse der DRG-Falldaten startete im WKH erst im Jahr 2018 nach der Fusion der Paul Gerhardt Diakonie und des Evangelischen Johannesstiftes. Zwischen 2018 (1733) und 2020 (1466) zeigt, dass im Jahr 2020 ca. 15% weniger Patient*innen im WKH versorgt wurden. Das Durchschnittsalter der Patient*innen lag im Projektverlauf bei 79,5 Jahren (Krankenhaus für Akutgeriatrie). Insgesamt wurden Patient*innen zu 20% aufgrund einer Hauptdiagnose im Bereich

Herz-Kreislauf-Erkrankungen versorgt. 2018 hatten 7% (123) der Patient*innen eine Tumorerkrankung als Hauptdiagnose, 2020 waren es 8% (118). Die Anzahl der Verstorbenen (5,7% vs. 5,3 %) blieb von 2018 auf 2020 nahezu konstant.

Die Zahl der mit PMKB betreuten Patient*innen stieg prozentual von 2018 bis 2020 (5% vs. 5,9%) leicht an. Die meisten hiervon behandelten Patient*innen hatten eine bösartige Neubildung als Hauptdiagnose, wobei der Anteil dieser gegenüber sonstigen Erkrankungen von 2018 auf 2020 fiel (72,4% vs. 59,3 %). Die mittlere Verweildauer in der PMKB unterschied sich über die Jahre signifikant und lag 2018/19 bei 20 Tagen und 2020 bei 24 Tagen. Über die Hälfte der Patient*innen war als Langlieger*innen klassifiziert. 2018 und 2020 starben rund 40% der PMKB betreuten Patient*innen im Krankenhaus, 2019 rund 30 %.

Bei den im Untersuchungszeitraum verstorbenen Patient*innen (N=348) waren 26% mit einer PMKB betreut. Einfluss auf das Vorhandensein einer PMKB bei Sterbefällen, die länger als 7 Tage behandelt wurden, hatte im WKH die Diagnosegruppe. Patient*innen mit bösartigen Neubildungen profitierten mit höherer Wahrscheinlichkeit von einer PMKB als Patient*innen mit anderen Diagnosen (n=43, 74 %, $p < 0,001$). Alter und Geschlecht spielten keine unterscheidende Rolle. Von 2018 bis 2020 wurden mehr der verstorbenen Patient*innen palliativ betreut (33,4% vs. 44,4%). Bei denjenigen, die mit einer Hauptdiagnose Tumorerkrankung verstarben, steigerte sich die PMKB von 79% auf 100 %.

Bei der Betrachtung der realen Behandlungstage und Behandlungstage mit PMKB im Projektverlauf (2018-2020) zeigt sich, dass diese eine große Übereinstimmung bei unter 6 Behandlungstagen zeigen. Die größte Abweichung real / PKMB (nach OPS) Behandlung liegt bei über 21 Behandlungstagen. Man kann daraus rückschließen, dass die Palliativversorgung im WKH eher früh in die Patient*innenbehandlung integriert wird. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass 2020 die größten Abweichungen zwischen realen Behandlungstagen und Behandlungstagen mit PMKB lagen. Dies könnte durch die Covid-19-Pandemie bedingt sein.



WKH: Vergleich Behandlungstage real und nach OPS (= mit PMKB) 2018-2020 aller Patienten mit PKMB (N=251)

V.2.2.3 Interviewergebnisse

Wissen und Haltung zur Palliativversorgung: Die Interviewten verstehen Palliativversorgung als individuelles, frühzeitig zu integrierendes, vorausschauend zu planendes, interprofessionelles und interdisziplinäres sowie rehabilitatives Konzept, welches Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und deren An- und Zugehörige in den Mittelpunkt stellt und die Versorgung besonders an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichtet. Dabei ist Palliativversorgung nicht auf onkologisch erkrankte Menschen begrenzt. Eine ganzheitliche, empathische und würdevolle Begleitung, Symptomkontrolle, offene und wertfreie Patient*innenaufklärung sowie die Individualität der Betroffenen, Vermittlung von Sicherheit, aber auch Beziehungsarbeit und Self- sowie Teamcare werden als wichtige Aspekte der Palliativversorgung benannt. Die Interviewten betonen, dass sich ihre Haltung im Projektverlauf nicht wesentlich verändert hat und Palliativversorgung seit jeher ein selbstverständlicher Aspekt ihrer beruflichen Tätigkeit ist. Zu Projektende fühlen sich die meisten Interviewten handlungs- sowie dokumentationssicher.

Strukturen und Angebote der Palliativversorgung: Die Strukturen und Angebote der Palliativversorgung im WKH wurden zu Projektbeginn als günstig und umfassend eingeschätzt. Es wurde von kompetentem Fachpersonal, berufsgruppenbezogenen Ansprechpartner*innen sowie gelebter Interprofessionalität und -disziplinarität berichtet. Es gibt interprofessionelle und -disziplinäre Palliativbesprechungen, ein Ethikkomitee, Seelsorge für die Mitarbeitenden sowie Supervision und kollegiale Beratungen. Positiv werden etablierte Rituale, bspw. Andachten sowie Abschieds- und Gedenkfeiern für Mitarbeiter*innen und der Einbezug ehrenamtlicher Hospizbegleiter*innen bewertet. Im WKH gab es bereits zu Projektbeginn eine Palliativeinheit sowie einen multiprofessionellen Palliativdienst. Beide Strukturen konnten im Projektverlauf verfestigt und besonders der Palliativdienst weiter etabliert werden. Der Palliativdienst wird jedoch nur selten

genutzt, dient dann aber als Unterstützung in kritischen oder herausfordernden Fällen. In den Interviews zu Projektende wird vermutet, dass das Angebot des Palliativdienstes nicht transparent genug ist und häufig nur in Anspruch genommen wird, um Patient*innen auf die Palliativeinheit zu verlegen. Deutlich wird, dass Palliativversorgung vorrangig auf der Palliativeinheit stattfindet und sich nur wenig Veränderung diesbezüglich im Projektverlauf gezeigt hat. Die Versorgungskette konnte im Rahmen des Projektes deutlich ausgebaut werden, besonders die Integration in das externe Versorgungsnetzwerk und sich daraus ergebend die Zusammenarbeit mit externen Versorger*innen. Eine Zusammenarbeit findet nun häufig mit Hospizen, ambulanten Hospizdiensten, SAPV-Anbieter*innen, Pflegediensten, Pflegeheimen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie selten mit Reha-Einrichtungen statt. Eine Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und Kirchengemeinden findet in den Augen der Interviewten nicht statt.

Beurteilung der Palliativversorgung im Krankenhaus: Bereits zu Projektbeginn wurde Zufriedenheit mit der Palliativversorgung im WKH konstatiert. Dies wurde damit begründet, dass Teamarbeit positiv erlebt wird, eigene Ansprüche und Vorstellungen umgesetzt werden können, die Mitarbeitenden motiviert sind, es Raum für individuelle und kreative Gestaltungsmöglichkeiten gibt und die Versorgung insgesamt als würdevoll erlebt wird. Darüber hinausgehende Verbesserungen werden vereinzelt deutlich. Der Stellenwert der Palliativversorgung hat im WKH weiter zugenommen und es wird eine Sensibilisierung für palliative Bedarfe wahrgenommen. Palliativversorgung wird als Therapieansatz mitgedacht und eine frühzeitigere Identifikation sowie Integration in die Palliativversorgung beschrieben, auch wenn noch Verbesserungspotenzial gesehen wird. Positiv wird berichtet, dass sich die interdisziplinäre sowie -professionelle Kommunikation, aber auch die Kommunikation mit den Betroffenen verbessert hat sowie der Umgang mit ihnen sensibler geworden ist.

Häufig werden palliative Bedarfe und Therapieentscheidungen gemeinsam im Team besprochen, auch wenn es vereinzelt zu unsystematischen und personenabhängigen Entscheidungen kommt. Als Barrieren für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung werden mangelnde Zeit, Raum und Personal, aber auch ein unzureichendes und wenig bedürfnis- und bedarfsorientiertes Aufnahmemanagement angemerkt. Während die zeitlichen Ressourcen zu Projektbeginn und -ende ambivalent bewertet werden, werden mangelnde räumliche Strukturen für eine in den Augen der Interviewten zufriedenstellende Palliativversorgung beschrieben. Die genannten Aspekte haben sich im Projektverlauf nicht wesentlich verändert.

Leitthema: Schnittstelle zwischen akuter und stationärer Langzeitversorgung: In den Interviews zeigt sich, dass sich die Schnittstelle zwischen WKH und den Pflegeheimen im Projektverlauf positiv entwickelt hat. Die Interviewten betonen, dass der Ausbau der

Zusammenarbeit begonnen hat. Eine Weiterversorgung wird nun als reale Option gesehen, auch wenn das Pflegeheim in der palliativen Versorgungskette gemäß den Interviewpersonen weiterhin eine untergeordnete Rolle spielt. Dies wird mit mangelnden Ressourcen in den Pflegeheimen begründet. Überleitungen in Pflegeheime erfolgen weiterhin insbesondere in unternehmensexterne Einrichtungen.

Zudem wird weiterhin ein Bedarf an einem persönlichen Kennenlernen und transparenter Kommunikation zwischen den Netzwerkpartner*innen beschrieben. Ein Austausch hat in Teilen bereits zu Projektstart begonnen, wobei der Kontakt zwischen den Häusern des eigenen Unternehmens ambivalent bewertet wird. Positiv wird betont, dass Kontakte intensiver und jeweilige Ansprechpartner*innen bekannter sind und nun vermehrt Austausch zwischen den Netzwerkpartner*innen stattfindet. Gleichsam bestehen jedoch weiterhin Kommunikationslücken, welche zu Versorgungsbrüchen führen können. Als Barriere wird fehlende Transparenz bzgl. Expertise und Versorgungsoptionen in den Pflegeheimen beschrieben. Auch hier zeigte sich eine positive Entwicklung, welche aber konkret mit den Leistungen des Sozialdienstes in Verbindung gebracht wird. Positive Entwicklungen sehen die Interviewpersonen im Weiteren bspw. in der stationären und ambulanten Vernetzung innerhalb des Bezirkes, aber auch dahingehend, dass sich Pflegedienste zunehmend bzgl. der Palliativversorgung öffnen. Zur Verbesserung der Überleitungen werden zu Projektende darüber hinaus Instrumente für das Entlass- und Überleitungsmanagement entwickelt.

Interne und externe Bildungsangebote: Fort- und Weiterbildungen im Palliativbereich haben im WKH seit jeher einen hohen Stellenwert und im Projektverlauf wurden multiprofessionelle Fortbildungen weiter etabliert, an denen auch Kolleg*innen peripherer Stationen Interesse zeigen. In diesem Kontext wurde von der verpflichtenden Absolvierung eines Palliative Care-Basiskurses als Hausstandard berichtet.

Zu Projektbeginn gab es nach Angaben der Interviewten vereinzelt Berührungsängste, eine unzureichende Sensibilisierung und teils Überforderung bzgl. der PV im Kollegium. Im Projektverlauf stellten die Interviewten eine steigende Sensibilisierung für palliative Bedarfe fest. Dennoch besteht weiterhin Entwicklungspotenzial. Zu Projektende wird von berufsgruppenübergreifend qualifiziertem und kompetentem Personal berichtet; der Grad der Qualifikation ist in den Augen der Interviewten im Projektverlauf gestiegen. Die Interviewten bewerten das Fort- und Weiterbildungsangebot der JSD als positiv, wünschen sich aber darüber hinaus zielgruppen- und themenspezifischere Angebote.

Palliativbeauftragte: Zu Projektbeginn skizzierten einige Interviewpersonen mögliche Rollen, welche Palliativbeauftragte übernehmen sollten, während andere weniger konkrete Vorstellungen

zur Ausgestaltung der Rolle hatten. Aus den Interviews des ersten Erhebungszeitraumes zeigte sich, dass die Palliativbeauftragten die gemeinsame Palliativversorgung koordinieren sollen im Sinne der Förderung des interprofessionellen hausinternen Austausches. Sie sollen Ansprechpartner*innen für alle an der Palliativversorgung Beteiligten und am Schnittstellen- und Entlassmanagement – insbesondere zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie Hospizen – beteiligt sein. Die Palliativbeauftragten sollen als Mittler*innen zwischen dem WKH und Netzwerkpartner*innen, v. a. zu Pflegeheimen, fungieren.

Zu weiteren möglichen Aufgaben zählen die Interviewpersonen die fachliche Beratung der Mitarbeitenden sowie die Förderung der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit in der JSD und der Teamcare. Darüber hinaus sollen die Palliativbeauftragten hausintern Fortbildungen koordinieren und Wissen vermitteln, bei der Identifikation palliativer Versorgungsbedarfe sowie in der direkten Versorgung der Patient*innen und Angehörigen mitwirken. Nach Ansicht der Interviewten sollten Palliativbeauftragte im Palliativkontext ausreichend qualifiziert und in der Praxis tätig sein. Palliativbeauftragte sollen zudem aus dem Bereich Medizin, Pflege oder Therapie stammen. Weiterführend sollen Palliativbeauftragte verlässlich, fach- und sozialkompetent sowie flexibel sein. Eine Motivation für die Palliativversorgung wird vorausgesetzt.

Zu Projektende wird die Palliativbeauftragte als zusätzliche Unterstützung für die Palliativversorgung im WKH beschrieben, wobei sich der Wirkungsbereich insbesondere auf die Palliativstation erstreckt. Im Weiteren wird von der Beteiligung an der palliativen Konzept- und Strukturentwicklung im WKH berichtet. Die Interviewpartner*innen wünschen sich mehr Präsenz und Transparenz der Palliativbeauftragten. Als Ansprechpartner*innen fungieren weiterhin häufig berufsgruppeninterne Multiplikator*innen. Zu Projektende werden die oben skizzierten Rollen von den Interviewten kaum in ihrer Umsetzung wahrgenommen. Als Herausforderung wird ein geringer Stellenanteil der Palliativbeauftragten benannt, welcher auch mit anderen Aufgaben konkurriert.

Netzwerkpartner*innen des Wichernkrankenhauses

Haltung bzgl. Palliativversorgung: Die Netzwerkpartner*innen betrachten Palliativversorgung als komplexes, frühzeitig zu integrierendes, interprofessionelles und interdisziplinäres, ganzheitliches Versorgungskonzept für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen in der letzten Lebensphase sowie ihrer An- und Zugehörigen. Dabei erachten sie eine bedürfnisorientierte und individuell an die Patient*innen ausgerichtete Versorgung, welche sich an deren Wohlbefinden und Lebensqualität ausrichtet, als vordergründig.

Wesentliche Aspekte der Palliativversorgung sind in ihren Augen Sensibilität, Empathie, Offenheit, Verlässlichkeit, ein professionelles Nähe-Distanz-Verhalten, Sicherheit für die Betroffenen, eine

ruhige Umgebung, aber auch Selfcare und organisationsübergreifende sowie vernetzte Zusammenarbeit. Letzteres wird als relevant für die tägliche effektive, effiziente und unkomplizierte, schnittstellenübergreifende Versorgung angesehen. Bedeutsam für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung ist eine umfassende körperliche, aber auch psychosoziale Symptomkontrolle. Betont wird in den Interviews, dass v. a. umfassende Aufklärung und Information der Betroffenen sowie gelungene Kommunikation wesentlich für die Palliativversorgung sind.

Die Angaben bzgl. Haltung und Wissen haben sich in den beiden Erhebungszeiträumen kaum unterschieden. Deutlicher wird 2020 betont, dass die organisationsübergreifende Zusammenarbeit niedrigschwellig sowie vertrauensvoll und die Palliativversorgung professionell stattfinden sollte. Dargestellt wird 2020 darüber hinaus, dass Palliativversorgung bei allen an der Versorgung Beteiligten zur Zufriedenheit führt und wertvoll ist. Die Aussagen bzgl. Rehabilitation im Palliativkontext zeigen, dass diese vorrangig im Bereich Physiotherapie bzw. in den allgemeinen Therapiebereichen verortet wird.

Allgemein Palliativversorgung im Krankenhaus: Krankenhäuser – besonders mit palliativen Versorgungsangeboten – nehmen für die Netzwerkpartner*innen eine wichtige Rolle in der palliativen Versorgungskette ein, sollten aber lediglich temporäre Versorgungsorte sein. Krankenhäuser sollten über entsprechende räumliche, personelle und zeitliche Ressourcen verfügen. Bereits 2018 betonten die Interviewten, dass das Entlassmanagement, die Integration von psychosozialer Begleitung – auch für die An- und Zugehörigen – aber auch krankenhausesübergreifende Versorgung wesentlich für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte PV sind.

Wie bereits 2018 schildern die Interviewten auch 2020, dass sie wenige Kontaktpunkte zum Krankenhaus aufweisen und die dortigen Strukturen und Arbeitsweisen kaum kennen bzw. diese intransparent erscheinen. Diesbezüglich konnte keine Veränderung im Projektverlauf ausgemacht werden.

Beurteilung der Palliativversorgung im WKH: Analog zu anderen Krankenhäusern waren den Interviewten 2018 die Strukturen und Arbeitsweisen im WKH kaum bekannt bzw. konnten sie diese nur vermuten. Einige berichteten, dass ihnen die Palliativstation bekannt ist, dass Ansprechpartner*innen unsystematisch genutzt werden und dass sie von qualifiziertem und in der Palliativversorgung ausgebildetem Personal wissen.

Zu Projektende 2020 weisen die Netzwerkpartner*innen zwar weiterhin limitierte bzw. grobe Kenntnisse über die Ausgestaltung der Palliativversorgung im WKH auf. Gleichwohl wird geschildert, dass Sozialarbeiter*innen und Pflegefachpersonen als grundsätzliche Ansprechpartner*innen fungieren und bekannt sind. 2020 wird darüber hinaus dargestellt, dass die

Palliativversorgung im WKH bedürfnisorientiert und professionell erfolgt; dies wird v. a. mit wachsender Erfahrung und Weiterentwicklung im WKH begründet. Deutlich ist die Aussage 2020, dass im WKH der Mensch und nicht die Wirtschaftlichkeit im Mittelpunkt der Versorgung steht. In beiden Erhebungszeiträumen wird ein tiergestütztes Therapieangebot positiv hervorgehoben.

Beurteilung der Palliativversorgung an der Schnittstelle WKH und Netzwerkpartner*innen:

Die Netzwerkpartner*innen kooperieren mit dem WKH teils bereits mehrere Jahre, teils befand sich die Zusammenarbeit in beiden Erhebungszeiträumen im Auf- bzw. Ausbau. Betont wird 2020 jedoch, dass die Zusammenarbeit als wichtig und wertvoll empfunden wird. Überleitungsprozesse – v. a. zu den Netzwerkpartner*innen – stellen eine bedeutsame Schnittstelle zwischen dem WKH und den Netzwerkpartner*innen dar. Sowohl zu Projektbeginn als auch -ende wird deutlich, dass versucht wird, diese Überleitungsprozesse bedarfsgerecht und für alle an der Palliativversorgung Beteiligten angemessen und mit hoher Qualität zu gestalten. Gleichsam wird betont, dass dies nicht immer gelingt. 2018 wie auch 2020 werden Entlassungen aus dem WKH als nicht immer ausreichend geplant und mit wenig angemessenem Vorlauf geschildert. Besonders im Kontext Kommunikation und Information zeichnen sich deutliche Barrieren in den Interviews beider Erhebungszeiträume ab: Hierbei werden teilweise schriftliche, als unpersönlich wahrgenommene Kommunikationsstrukturen, fehlende Absprachen und Strukturen sowie fehlende Informationsübermittlung beklagt.

Zugleich wird betont, dass es auch Überleitungsprozesse gibt, die gut und angemessen verlaufen. Mängel bei Überleitungsprozessen kompensieren teils ein reibungsloses, internes Ineinandergreifen der Netzwerkpartner*innen und die räumliche Nähe zwischen den Einrichtungen. Letztere soll intensiver zum Netzwerkaufbau genutzt werden, führt jedoch auch zu kurzfristigen Rückverlegungen. Teilweise wird aber auch 2020 Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit geschildert, besonders vor dem Hintergrund, dass diese gerade vielversprechend initiiert wurde bzw. auch, dass die Netzwerkpartner*innen in demselben Gesamtunternehmen verankert sind.

Bereits 2018 wurde deutlich, dass ein großes Interesse am gemeinsamen Ausbau der Schnittstelle zwischen dem WKH und den Netzwerkpartner*innen besteht. Gewünscht wurde sich v. a. ein gegenseitiges Kennenlernen und dass Versorgungsangebote transparent werden, enge und verbindliche Absprachen erfolgen, aber auch, dass gemeinsam Instrumente und Konzepte entwickelt werden. Die Schnittstelle sollte genutzt werden, um gegenseitig in den Austausch zu kommen und gemeinsam Expertise und Erfahrung aufzubauen.

2020 schildern die Interviewten, dass im Rahmen des Projektes interprofessionelle und organisationsübergreifende Kooperations- und Austauschprozesse angeregt und organisiert wurden. Diese Prozesse und Austauschtreffen werden als positiv und wertvoll beurteilt. Sie haben

zur Verbesserung der Überleitungs- und persönlichen Austauschprozesse geführt, aber auch dazu, dass die Netzwerkpartner*innen frühzeitiger und stärker integrativ in die Planung der Nachversorgung einbezogen werden. Letztlich haben diese Prozesse zu dem gegenseitigen Kennenlernen sowie zur Etablierung von schnittstellenübergreifenden, interprofessionellen Versorgungs-/Vernetzungskonzepten und gemeinsamen Qualifizierungsmaßnahmen geführt. Gleichsam wird bedauert, dass nicht alle Netzwerkpartner*innen an diesen Entwicklungsprozessen partizipieren konnten. Von den hieran beteiligten Interviewten wird 2020 betont, dass diese Entwicklungen die Patient*innenzufriedenheit positiv beeinflusst haben.

Beurteilung der Palliativversorgung im Netzwerk: Als (mögliche) Netzwerkpartner*innen nennen die Interviewten Akteur*innen der patient*innenfernen und -nahen, formellen und informellen, ambulanten und stationären Versorgung aus dem medizinischen, psychosozialen, spirituellen und seelsorgerischen Bereich. Entsprechend der Netzwerkgröße und dem Stand der Kooperation zählen die Netzwerkpartner*innen Krankenhäuser teils nicht explizit mit zu ihrem Netzwerk. Die Netzwerkpartner*innen gehören in beiden Erhebungen vereinzelt palliativen Netzwerkstrukturen an; teils befanden sich Netzwerke in der ersten Erhebung im (Wieder-)Aufbau, wobei Netzwerkaktivitäten von einzelnen Personen abhängen.

Als Barrieren für Netzwerkarbeit bzw. -entwicklung werden weiterhin Mängel bzgl. der personellen und zeitlichen Ressourcen sowie Organisation und Koordination, aber auch Kommunikation und bürokratische, formale Strukturen angeführt. Dies führt in den Augen der Netzwerkpartner*innen zu geringeren Kenntnissen über bestehende Versorgungsangebote und -strukturen. Eine stärkere Verzahnung der Netzwerkpartner*innen für einen persönlichen, regelmäßigen sowie niedrigschwelligen Austausch sowohl von Informationen und Wissen als auch Fachexpertise und -kompetenzen ist von den Netzwerkpartner*innen gewollt. Personelle Veränderungen haben sich positiv auf die gemeinsame Palliativversorgung ausgewirkt. Zu Projektende berichten einige Interviewte von Weiterqualifizierungen bzgl. der Beratung im Bereich Vorausschauende Versorgungsplanung.

Wahrnehmung der Palliativbeauftragten: 2018 haben die interviewten Netzwerkpartner*innen hohe Erwartungen an die Rolle bzw. Funktion der Palliativbeauftragte geschildert. Die Netzwerkpartner*innen schreiben Palliativbeauftragte primär eine sektorenübergreifend koordinierende Funktion in der gemeinsamen Palliativversorgung zu, indem sie Vernetzungs-, aber auch Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit bzgl. Versorgungsoptionen leisten. Sie sollen sich individuellen Problemen in der Patient*innenversorgung annehmen und in der Qualitätsentwicklung und -sicherung – v. a. bei Überleitungsprozessen und der Anschlussversorgung – tätig sein. Die Rolle als Palliativbeauftragte erfordert in ihren Augen Kommunikationsstärke, organisatorische und

koordinierende Fähigkeiten sowie Fachkenntnisse in der Palliativversorgung. Vorrangig sind die Netzwerkpartner*innen der Ansicht, dass es sich bei Palliativbeauftragten um Personal aus dem Pflegeberuf handeln sollte. Es wird angemerkt, dass die angestoßenen Entwicklungen nach Austritt einer der Palliativbeauftragte stagnieren könnten und die Funktion der Palliativbeauftragte daher nicht ausschließlich an eine Person gebunden sein sollte.

2020 sind die Wahrnehmungen bzgl. der Palliativbeauftragte ambivalent; einigen ist die Person nicht bekannt, andere betonen, dass sie bisher nur marginal Kontakt mit der Person hatten. Besteht Kontakt und eine Zusammenarbeit, wird die im WKH eingesetzte Palliativbeauftragte als wichtige Akteurin im palliativen Netzwerkgeschehen gesehen: Diese hat gemäß der Netzwerkpartner*innen einen guten Überblick über das gesamte palliative Versorgungsgeschehen und stößt positive Entwicklungen an. Teils sind im täglichen Arbeitskontext in der Wahrnehmung der Interviewten jedoch bislang keine Veränderungen merklich.

Erfüllung der Aufgabenstellungen im WKH:

Der Ausbau der Schnittstelle der stationären Akut- und Langzeitversorgung wurde, wenn auch nur in geringem Maße erreicht. Es zeigte sich eine Stärkung von Austausch und Zusammenarbeit. Die Palliativbeauftragte wurde wenig, aber wenn, dann unterstützend, netzwerkbildend und konzept- und strukturentwickelnd wahrgenommen. Den Projektverlauf prägten besonders die nur wenig vorhandenen Anschlussversorgungsangebote im geriatrischen Bereich und die Einschränkungen durch die Covid-19-Pandemie.

V.3 Martin-Luther-Krankenhaus (MLK)

Das Martin Luther Krankenhaus (MLK) in Berlin-Wilmersdorf, ein Unternehmen der Johannesstift Diakonie, ist ein Akut- und Unfallkrankenhaus sowie Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Das 1931 gegründete Haus verfügt über 260 Betten. Jährlich werden in den neun Kliniken und seinen zertifizierten Zentren circa 15.000 Patient*innen stationär und 21.000 Patient*innen ambulant versorgt.

Seit 2015 etabliert sich die Palliativmedizin im MLK sowohl in der Klinik für Innere Medizin als auch in der Klinik für Gynäkologie. 2018 wurden im Bereich der Inneren Medizin vier Betten speziell für die Palliativmedizin ausgewiesen.

V.3.1 Leitthema: Netzwerkausbau – Ausbau einer strukturierten Palliativversorgung im gesamten Krankenhaus und im lokalen Netzwerk

Thematischer Schwerpunkt im MLK war die interne und externe Vernetzung in Bezug auf die Palliativversorgung. Die Palliativbeauftragung wurde bereits im Vorfeld einer Ärztin in Palliativer Weiterbildung übertragen, die neben der stationsärztlichen Tätigkeit die Weiterentwicklung und Etablierung der Palliativversorgung im MLK vorantreiben sollte. Schon vor Projektbeginn wurden Fort- und Weiterbildungen für Palliativversorgung angeboten, ein palliativer Ansprechpartner etabliert, Mitarbeiter*innen geschult und die Integration und Vernetzung der Palliativversorgung auf den gynäkologischen Stationen forciert sowie umgesetzt.

Für die qualitative Evaluation des Projektes wurde neben der Gynäkologie die Chirurgie als zusätzlicher Pilotbereich gewählt, da die Wirkung der Palliativbeauftragten allein in der Gynäkologie nicht dargestellt werden kann, denn bereits vor Beginn der Evaluation fanden Aktivitäten statt. In der Klinik für Gynäkologie wurde bereits seit Jahren besonders durch den Chefarzt und den/die Psychoonkolog*in eine Integration von palliativen Behandlungsansätzen durchgeführt und das Verständnis auf der Station hierfür bei speziellen Mitarbeitern gefördert. Gleichsam können so bereits in der Ersterhebung die Wirkweisen der Palliativbeauftragte in den Pilotbereichen dargestellt werden.

Zur externen Vernetzung wurden initial unterschiedlichste potentielle Netzwerkpartner*innen aus dem Bezirk eingeladen. Hierzu gehörten Apotheken, Hilfsmitteldienstleister, Therapeuten, Kirchengemeinden, Pflegedienste, unterschiedliche Arztpraxen, Hospize und andere. Der Erfolg war mit einer Teilnahme von über 90 Netzwerkpartner*innenn groß. In den nächsten Jahren fanden weitere Netzwerktreffen statt, jedoch mit geringerer Teilnahme. Durch Covid-19-Pandemie wurde die Arbeit eingeschränkt bzw. in Hinblick auf Veranstaltungen eingestellt. Ein intensiver Kontakt entwickelte sich zur Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen, Krebs und chronischen Erkrankungen des Bezirksamtes Charlottenburg Wilmersdorf, die langfristig nun auch im Krankenhaus eine Beratung übernehmen werden.

Palliativbeauftragung:

Der*die Palliativbeauftragte des MLK erkrankte im Projektzeitraum und konnte nur bedingt ihre*seine Aufgaben erfüllen. Ihre*seine Aufgaben wurden von einer Vertretung übernommen, ohne offiziell Vertretung zu sein. In den Interviews beziehen sich die Äußerungen zur*zum Palliativbeauftragte damit auf eine Funktionalität bzw. Rolle, die ggf. in unterschiedlichen Zeiträumen, aber auch zeitlich überlappend durch verschiedene Personen ausgefüllt wurden.

V.3.2 Ergebnisse

V.3.2.1 Fragebogenauswertung

Die quantitativen Befragungen zur Palliativversorgung in den Jahren 2016 und 2020 beantworteten jeweils rund 10% bzw. 5% der Mitarbeiter*innen. Die Anzahl der Antwortenden aus der Berufsgruppe der Pflegenden blieb mit über 70% konstant. Die Zahl der Ärzte, die antworteten, stieg auf rund 22% leicht an. Die Mehrzahl der Antwortenden kam aus dem Bereich Gynäkologie/Chirurgie.

Befragt zum **Wissen zur Palliativversorgung**, zeigte die Frage, ob Palliativmedizin einen rehabilitativen Charakter hat, einen starken Zuwachs der Zustimmungen von 2016 (34%) zu 2020 (50%). Signifikant stieg die positive Zustimmung bei den Fragen, dass Palliativsymptome erkannt (76% vs. 90%) und dokumentiert (54% vs. 72%) werden können. Das Kennen um die Vorausschauende Versorgungsplanung stieg zwar stark an, war aber mit 23,2% insgesamt 2020 noch gering.

Das **Wissen zu internen und externen Angeboten sowie Strukturen** der Palliativversorgung veränderte sich statistisch signifikant von 2016 zu 2020. So kennen krankenhausinterne palliativmedizinische Angebote 2020 73% der Befragten, ambulant Versorgungsangebote über 60%. Tendenziell zeigt sich ein Anstieg des Wissen zu Angeboten in der Johannesstift Diakonie (30% vs. 40%) und zum ambulanten Hospizdienst (42% vs. 50%). Das Wissen zu dem / der Ansprechpartner*innen für palliativmedizinische Fragen im Haus steigt signifikant (55% vs. 83%). Diese Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016.

Das **Wissen zu internen Bildungsangebot zur Palliativmedizin** fiel leicht auf ein Drittel. Dies wird durch die Vergleichsuntersuchung mit dem Referenzkrankenhaus EWK bestätigt. Das Wissen zu externen Bildungsangebot zur Palliativmedizin bleibt nahezu konstant. Die Teilnahme der Befragten an palliativmedizinischen Fortbildungen stieg signifikant auf 28% der Befragten. Knapp die Hälfte der Befragten antwortete 2020, dass Fortbildung in der Palliativmedizin einen hohen Stellenwert im Krankenhaus hat. Die Informationswebsite „Selbstbestimmung bis an Lebensende“ kannten wenige, das im Jahr 2020 gegründete Kompetenzzentrum Hospiz- und Palliativarbeit der Johannesstift Diakonie kannten 10% der Befragten.

Zur **Beurteilung der Palliativversorgung im Krankenhaus** zeigt sich im Jahresvergleich, dass die Mitarbeiter die Behandlung Schwerstkranker und Sterbender zu rund der Hälfte belastend (41,6% vs. 56,5%) aber signifikant zunehmend menschlich (79% vs. 95%) empfinden, was auch durch die Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum zum Referenzkrankenhaus EWK 2016 bestätigt wird.

Befragt 2020, empfanden über die Hälfte der Antwortenden die Kommunikation mit den Patient*innen in Bezug auf Palliativmedizin verbessert und zwei Drittel, dass sich die Palliativmedizin in den letzten Jahren gut im Haus etabliert hat.

V.3.2.2 Ergebnisse der Krankenhausdatenanalyse (Sekundärdaten)

Die Analyse DRG Falldaten zwischen 2017 (13.884) und 2020 (15.170) zeigt, dass im Jahr 2020 ca. 10% mehr Patient*innen versorgt im MLK wurden. 2017 hatten 9% (1276) der Patient*innen eine Tumorerkrankung als Hauptdiagnose 2020 waren es 9,5% (1441). Die Anzahl der Verstorbenen (1,5% vs. 1,6 %) blieb von 2017 auf 2020 nahezu konstant.

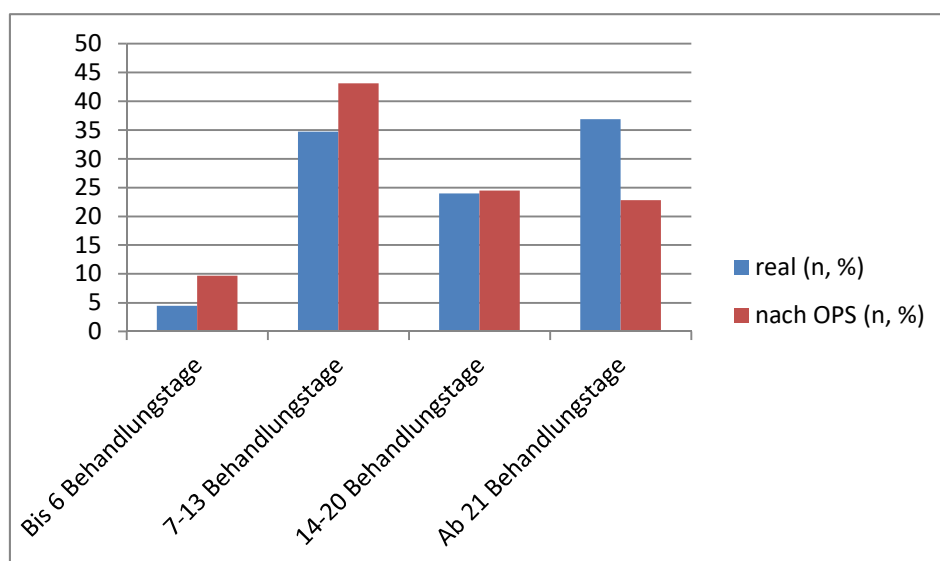
Die Zahl der mit PMKB betreuten Patient*innen stieg prozentual von 2017 bis 2020 (0,5% vs. 0,8 %) leicht an. Die meisten Patient*innen hatten eine bösartige Neubildung als Hauptdiagnose wobei der Anteil dieser gegenüber sonstigen Erkrankungen von 2017 auf 2020 signifikant fiel (95,8% vs. 80,5 %). Das Alter der PMKB Patient*innen lag im Durchschnitt gleichbleibend zwischen 70,5 und 72,1 Jahren. Die mittlere Verweildauer in der PMKB unterschied sich über die Jahre nicht signifikant und lag im Durchschnitt bei 20,3 Tagen. Rund 40% der Patient*innen war als Langlieger klassifiziert, dies unterschied sich nicht signifikant über die Jahre. Zwischen 2017 und 2020 starben zwischen 20% und 30% der PMKB Patient*innen. Bei den im Untersuchungszeitraum verstorbenen Patient*innen (N=854) waren 11,5% mit einer PMKB betreut.

Einfluss auf das Vorhandensein einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung bei Patient*innen, die verstarben und mindestens acht Tage PMKB erhielten, hatte im MLK die Diagnosegruppe. Patient*innen mit bösartigen Neubildungen profitierten mit höherer Wahrscheinlichkeit von einer palliativmedizinische Komplexbehandlung als Patient*innen mit anderen Diagnosen (n = 80, 53 %, p < 0,001). Innerhalb der Diagnosegruppe der bösartigen Neubildungen war die Wahrscheinlichkeit der Patientinnen größer als die der Patienten, Teilhabe an einer palliativmedizinische Komplexbehandlung zu erlangen (n = 51, 63 %, p = 0,006). Das Alter spielte keine unterscheidende Rolle.

Verstorbene palliative Patient*innen unter 71 Jahren mit Tumorerkrankung und einer Liegezeit von über 8 Tagen wurden zunehmend palliativ betreut (53,8% vs. 100%). Dagegen stieg die palliative Behandlung der über 70 jährigen Verstorbenen mit einer Tumorerkrankung von 37,5% auf 52,9 %.

In der Betrachtung der PMKB über den gesamten Projektverlauf, zeigte sich, dass die realen Behandlungstage der Patient*innen besonders in der Gruppe „bis 6 Behandlungstage“ und der „ab 21 Behandlungstagen“ von den Behandlungstagen mit PMKB abwichen. Das heißt, dass

Patient*innen im MLK eher später in eine PMKB integriert wurden.



Reale Behandlungstage vs. Behandlungstage nach palliativmedizinische Komplexbehandlung (nach OPS) im MLK (2017-2020) N=404

Im Projektverlauf zeigt sich, dass eine frühe Integration der Palliativversorgung besonders gut kurz nach erster Einführung der Palliativbeauftragung im Jahr 2017 erreicht werden konnte.

V.3.2.3 Interviewergebnisse

Wissen und Haltung zur Palliativversorgung: Die Interviewten beschreiben Palliativversorgung bereits zu Beginn des Projektes als ein interprofessionelles und interdisziplinäres, komplexes sowie frühzeitig und langfristig zu integrierendes Versorgungskonzept, welches Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung sowie deren An- und Zugehörige in den Fokus rückt. In der Chirurgie wurde Palliativversorgung zu Projektbeginn vorrangig mit onkologischen Diagnosen verknüpft, am Projektende zeigt sich eine Sensibilisierung für weitere Diagnosen. In den Interviews wird betont, dass Palliativversorgung dem eigenen Grundverständnis von Gesundheitsversorgung entspricht und Ausgang in der Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens hat. Als Ziel werden der Erhalt und die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Menschen sowie die Förderung deren Autonomie formuliert. Eine ganzheitliche und umfassende Symptomkontrolle sowie die Individualität der Betroffenen und der Situation, aber auch Beziehungsarbeit, Selfcare und Selbstreflexion benennen die Interviewten als zentrale Aspekte der Palliativversorgung. Neben Zuwendung und Achtsamkeit werden ein respektvoller, offener und empathischer Umgang mit den Betroffenen als wesentlich beschrieben.

Einig sind sich die Interviewten, dass bedarfsgerechte Palliativversorgung eine frühzeitige und umfassende Aufklärung und vorausschauende wie auch organisationsübergreifende Versorgungsplanung voraussetzt. Die Interviewten schreiben der Palliativversorgung auch

rehabilitative Aspekte zu. Skeptisch beurteilen sie das Krankenhaus als Ort bedarfsgerechter Palliativversorgung. Die Skepsis hat sich zum Projektende nicht aufgelöst, wird aber differenzierter diskutiert.

Die Interviewten schildern, dass sich ihre Haltung zur Palliativversorgung im Projektverlauf weiter geformt hat sowie präsenter und bewusster geworden ist und v. a. die Würde der Betroffenen weiter in den Fokus gerückt ist. Im Verlauf des Projektes konnte die Handlungssicherheit gestärkt, jedoch diesbezüglich Verbesserungspotential identifiziert werden. Besonders in der Chirurgie wurden zu Beginn des Projektes allgemeine Unsicherheiten im palliativen Versorgungsalltag beschrieben. Deutlich zeigt sich, dass die Finanzierung und ökonomischen Betrachtungen im Kontext der Palliativversorgung transparenter und nachvollziehbarer für die Interviewten werden.

Strukturen und Angebote der Palliativversorgung: Zu Projektbeginn wurde betont, dass die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung im MLK im Allgemeinen, aber auch im Kontext der Palliativversorgung qualitativ hochwertig ist. Die Patient*innen und deren Bedürfnisse stehen stets im Mittelpunkt, auch wenn es keine Palliativpatient*innen sind. Es wurde geschildert, dass palliative Versorgungsstrukturen vorhanden sind, diese jedoch nicht ausreichend genutzt werden. Dies wurde mit fehlender Sensibilisierung, aber auch fehlenden personellen und zeitlichen Ressourcen sowie hohem Wirtschaftlichkeitszwang begründet.

Als wesentlich für das MLK wurde 2018 betont, dass eine interprofessionelle und interdisziplinäre (ganzheitliche) Versorgung niederschwellig möglich ist und kompetente und speziell in der Palliativversorgung ausgebildete Ansprechpartner*innen und Multiplikator*innen vorhanden sind. Das MLK verfügt bereits zu Projektbeginn über ein multiprofessionelles Palliativteam, eine Palliativeinheit sowie Palliativmediziner*innen.

Als förderlich wurden 2018 die seelsorgerische bzw. psychosoziale Begleitung von Betroffenen und Versorger*innen, wöchentlich stattfindende interprofessionelle und interdisziplinäre Palliativbesprechungen, Trauer- und Abschiedsrituale, alternative Behandlungskonzepte (bspw. Aromatherapie), aber auch die Möglichkeit, Ehrenamt einzubeziehen, identifiziert. In den Interviews 2020 zeigt sich, dass diese Strukturen bzw. Angebote, aber auch die palliativmedizinische Komplexbehandlung allgemein, strukturierte Reflexions- und Teamprozesse sowie Konzepte und Ansprechpartner*innen in den Pilotbereichen insgesamt bekannter sind und etabliert werden, auch wenn es nach wie vor Verbesserungsbedarf gibt.

Eindrücklich zeigen sich positive Veränderungen besonders in der Chirurgie. Als hinderlich für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung wird in beiden Erhebungszeiträumen eine hohe Arbeitsverdichtung, hohe Personalfuktuation und -rotation sowie der nicht strukturierte und

systematische Einsatz qualifizierten Personals beschrieben. Deutlich betont wird von den Interviewten, dass die Einführung einer angemessenen Finanzierung der Palliativversorgung zu einer bedarfsgerechteren Versorgung geführt hat. Die Palliativdokumentation und die damit verbundene Abrechnung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung wird 2020 als einfacher und vom Aufwand reduzierter wahrgenommen, bleibt aber für einige intransparent.

Beurteilung der Palliativversorgung in den Pilotbereichen und im Krankenhaus: In den Interviews zeigten sich zu Beginn Unterschiede in den beiden Pilotbereichen. So wurde bspw. Palliativversorgung in der Gynäkologie als gut etabliert und mit hoher Zufriedenheit dargestellt. Die Zufriedenheit wurde v. a. mit dem Engagement, der Motivation und den Kompetenzen der Versorger*innen, aber auch mit günstigen Rahmenbedingungen, Prozessen und Strukturen begründet, auch wenn diese als ausbaufähig beschrieben wurden. In der Chirurgie zeigte sich zu Projektbeginn eine deutliche Unzufriedenheit mit der Palliativversorgung. Diese wurde als nicht etabliert, nicht systematisch umgesetzt und personenabhängig wahrgenommen. Die Unzufriedenheit wird v. a. mit unzureichenden Kompetenzen der Versorger*innen sowie fehlender Sensibilisierung begründet. Zu Projektende zeigt sich in beiden Bereichen, dass Palliativversorgung bedarfsgerechter, strukturierter und organisationsübergreifender eingesetzt wird.

Die Zahl der versorgten Menschen mit palliativem Bedarf hat sich in der Wahrnehmung der Interviewten deutlich erhöht, gleichsam ist die Versorgung komplexer geworden. Für die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung werden im MLK verschiedene Herausforderungen dargestellt, die oft auch personenabhängig sind. In beiden Erhebungszeiträumen werden in beiden Pilotbereichen eine unzureichende, nicht systematische und nicht ausreichend frühzeitige Identifizierung der Betroffenen als Barriere für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung dargestellt – 2018 begründeten die Interviewten dies mit fehlenden oder intransparenten Konzepten oder Kompetenzen. Die Interviewten schilderten, dass die Steuerung von palliativen Versorgungsfällen nicht immer an den Bedarfen, sondern nach vorhandenen Ressourcen erfolgt. Eine Identifikation fand meist im Team, aber vorrangig in der wöchentlichen Tumorkonferenz statt. In der Gynäkologie wurde betont, dass nach der Identifizierung eine bedarfsgerechte Palliativversorgung erfolgt.

Demgegenüber wurde in der Chirurgie dargestellt, dass kaum palliative Bedarfe identifiziert werden und eine Integration der Palliativversorgung eine personenabhängige Entscheidung ist. 2020 wird in beiden Bereichen dargestellt, dass die Identifikation bedarfsgerechter und strukturierter erfolgt. Entscheidungsfindungsprozesse erfolgen partizipativer mit den Betroffenen und im Behandlungsteam, auch wenn die Entscheidungsverantwortung bei den Ärzt*innen liegt. Ein Screeninginstrument wurde eingeführt, dieses wird vorrangig nur von der Palliativbeauftragten und nicht regelhaft im Versorgungsalltag genutzt.

Weiterhin präsente Herausforderungen bezogen sich 2018 besonders auf den Mangel bzgl. räumlicher, personeller und zeitlicher Ressourcen sowie einer hohen Arbeitsdichte. Hier gibt es kaum Änderungen bzw. werden diese von den Interviewten in 2020 kaum wahrgenommen. Die Patient*innenkommunikation, aber auch die Teamzusammenarbeit und die interprofessionelle sowie interdisziplinäre Kommunikation haben sich in den Augen der Interviewten besonders in der Chirurgie verbessert. So wurde bspw. zu Projektbeginn die Aufklärungs- und Informationskultur, aber auch die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit dort ambivalent, nicht immer zufriedenstellend und ausbaufähig dargestellt. Dies hat sich im Projektverlauf verbessert bzw. ist in den Fokus gerückt, auch wenn nach wie vor Verbesserungsbedarf besteht. Im Projektverlauf konnte die Palliativversorgung in der Gynäkologie weiter ausgebaut und in der Chirurgie etabliert werden.

2020 berichten die Interviewten, dass die Palliativversorgung in beiden Bereichen an Bedeutung gewonnen hat, als gleichberechtigte Versorgungsoption mitgedacht und zur Normalität geworden ist. 2020 zeigt sich insgesamt Zufriedenheit mit der Palliativversorgung. Positiv wahrgenommen werden die genannten Strukturentwicklungen sowie eine zunehmende Sensibilisierung und Etablierung der Palliativversorgung im Haus, aber auch eine veränderte Haltung seitens der JSD.

Leitthema Vernetzung: Das Leitthema im MLK war die Vernetzung nach intern und extern. In 2018 zeigten sich Unterschiede in beiden Pilotbereichen. Die Interviewten schildern die Gynäkologie als gut intern vernetzt und integriert. Die Palliativmediziner*innen sowie das Palliativteam wurden regelhaft in den Versorgungsalltag integriert, insbesondere bei Identifikation, Therapieentscheidungen und Koordination der Palliativversorgung, und als Entlastung, Unterstützung sowie Bereicherung wahrgenommen, auch wenn die Angebote des Palliativteams als wenig transparent wahrgenommen wurden. Die Palliativeinheit ist bekannt, wird aber weniger als Verlegungsoption genutzt bzw. dies nicht als sinnvoll oder notwendig gewertet. In der Chirurgie wurde eine interne Vernetzung und Integration ambivalent beschrieben. Die Einbindung der Palliativmediziner*innen sowie des Palliativteams wurden personenabhängig und nicht regelhaft oder systematisch vorgenommen.

Eine Zusammenarbeit mit der Palliativeinheit findet statt, auch wenn eher rudimentär. Als Barriere wurden v. a. Sorgen vor Erlöseinbußen oder unklare Finanzierungsfragen vermutet. Die Palliativeinheit wurde als sinnvollster Ort der Palliativversorgung von den Interviewten der Chirurgie bewertet. In den Interviews 2020 zeigt sich eine deutliche Veränderung, insbesondere in der Chirurgie. Die palliativen Strukturangebote sind bekannt und werden regelhaft und selbstverständlich nach Bedarf einbezogen. Die interprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung konnte ausgebaut und die Zusammenarbeit verbessert werden. Gleichwohl wird in beiden Pilotbereichen Verbesserungspotential geschildert. Zwar wird der angemessenste Ort der

Palliativversorgung weiter ambivalent diskutiert, aber eine bedarfsgerechte Versorgung in der Chirurgie stellt kein Problem mehr für die Interviewten dar.

Die externe Vernetzung wurde 2018 ambivalent und professionsbezogen wahrgenommen. Es wurden viele Netzwerkpartner*innen vermutet bzw. auch mit ihnen zusammengearbeitet, aber das Netzwerk nicht ausreichend definiert. Eine Vernetzung fand zum größten Teil unstrukturiert und unsystematisch sowie personenabhängig statt. Die Vernetzung innerhalb der JSD wurde kaum wahrgenommen und dies mit Konkurrenzdenken begründet. Als Hauptakteur der externen Vernetzung wird der Sozialdienst dargestellt. In den Interviews 2020 zeigt sich, dass sich eine positive Entwicklung vollzogen hat. Als zentrale Akteur*innen bei der Vernetzung und Koordination der Weiterversorgung werden nun neben dem Sozialdienst v. a. die Palliativbeauftragte wahrgenommen. Die Zusammenarbeit mit externen Nachversorger*innen hat sich intensiviert und verbessert; allerdings wird diese immer noch als unzureichend bewertet. Eine regelhafte Zusammenarbeit findet mit Hospizen, ambulanten Hospizdiensten, SAPV, Pflegediensten, Reha-Einrichtungen, Pflegeheimen, weniger mit Kurzzeitpflegen und Beratungsstellen sowie nicht mit Kirchengemeinden statt.

Interne und externe Bildungsangebote: Fort- und Weiterbildungen galten für die Interviewten bereits zu Beginn des Projektes als wesentliche Faktoren, um Handlungssicherheit, Wissen, Kompetenzen wie auch Zufriedenheit zu erlangen. Zu Beginn des Projektes zeigte sich ein Unterschied in den Pilotbereichen. So waren in der Gynäkologie die Bildungsangebote der JSD bekannt, wurden genutzt und die Inhalte als zielführend, informativ und praxiswirksam bewertet. Lediglich, dass Fort- und Weiterbildungen nicht verpflichtend und teilweise zu unspezifisch sind bzw. diese aufgrund Zeitmangels nicht wahrgenommen werden können, wurde seitens der Interviewten benannt. In der Chirurgie zeigte sich zu Beginn, dass die Angebote weder vollumfänglich bekannt sind, noch genutzt werden. Im zweiten Erhebungszeitraum wird von den interviewten Mitarbeiter*innen beider Pilotbereiche geschildert, dass sich das Angebot sowie die Inanspruchnahme von Bildungsangeboten positiv verändert haben. Diese sind zudem bekannter geworden, wenngleich Angebote v. a. auf berufsgruppenspezifischer Ebene teils noch als ausbaufähig beschrieben werden. Betont wird auch, dass das Interesse an Fort- und Weiterbildungen deutlich gestiegen ist und die Mitarbeiter*innen und Patient*innen dadurch profitieren. Auch werden Mitarbeitende der Pilotbereiche in der Konzeption sowie Umsetzung der Bildungsangebote einbezogen, was zu nachhaltiger Akzeptanz der Angebote führt.

Palliativbeauftragte: Die Palliativbeauftragte wird in den Pilotbereichen eingeführt. Die Interviewten berichten, dass diese zu Projektbeginn und im ersten Projektteil sehr präsent war und die Entwicklung, der Ausbau und die Vernetzung im Kontext PV deutlich vorangebracht wurden. Im

Verlauf des Projektes kam es zu personellen Veränderungen, was dazu führte, dass die Entwicklungen gebremst wurden und personelle Neustrukturierungen, die in den Augen der Interviewten intransparent sind, erfolgen mussten. Deutlich zeigt sich, dass sich im zweiten Projektteil mehrere Ansprechpartner*innen für die Palliativversorgung etabliert haben.

Einerseits gibt es eine*n Vertreter*in, welche*r positiv in beiden Pilotbereichen wahrgenommen wird und wirksam ist. Andererseits konnte sich ein*e zentrale*r Ansprechpartner*in der Chirurgie zusätzlich etablieren. Die von den Interviewten zu Projektbeginn zugeschriebene Rolle von Palliativbeauftragte erfüllen die im MLK eingesetzten Palliativbeauftragte 2020 in Teilen: So werden diese von einigen Interviewten als Ansprechpartner*innen, Berater*innen, Organisator*innen, Koordinator*innen und besonders im Netzwerkauf- bzw. -ausbau wahrgenommen. Die Interviewten betonen, dass sie durch die Palliativbeauftragte eine deutliche Entlastung und v. a. eine deutliche Reduzierung der eigenen Arbeitsdichte wahrnehmen. Wesentlich ist die Entlastung durch das gemeinsame Tragen der Verantwortung, des Sicherheitsgefühls und der Zuverlässigkeit bzw. Konsistenz der Versorgung. Folgende weitere Aufgaben sollten Palliativbeauftragte gemäß der Interviewten erfüllen: zentraler Kommunikationspunkt für alle Beteiligten, Repräsentant*innen der PV intern und extern, Wissensvermittler*innen, aber auch Teil der direkten Versorgung, Unterstützung bei der Identifikation eines palliativen Bedarfs, bei der Ermittlung der Bedürfnisse der Betroffenen und bei der Versorgungsplanung und -dokumentation sowie ferner im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, Struktur- und Konzeptentwicklung, Qualitätsentwicklung- und -sicherung, der Sensibilisierung und Aufklärungsarbeit bzgl. Palliativversorgung, des Ausbaus von Hilfs- und Bildungsangeboten sowie der Hilfe in der konkreten Versorgungspraxis.

Deutlich wird zu Projektende, dass es konkrete Vorstellungen bzgl. der Rahmenbedingungen für Palliativbeauftragte gibt. So muss eine klare Abgrenzung zu anderen Tätigkeiten für die Palliativbeauftragung und eine entsprechende Freistellung gegeben sein. In den Augen der Interviewten müssen Palliativbeauftragte Organisationsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen und dafür Führungskompetenzen, Kommunikationsfähigkeit vorweisen, und sowohl auf der Palliativeinheit als auch auf allen Stationen des Hauses präsent sein. Die Aufgabe der Palliativbeauftragung sollte aus Sicht der Interviewten keine Einzelperson, sondern ein Team wahrnehmen, damit Vertretungssituationen geregelt bzw. die kontinuierliche Erreichbarkeit gewährleistet ist.

Netzwerkpartner*innen des Martin Luther Krankenhauses

Haltung bzgl. Palliativversorgung: Palliativversorgung wird von den Netzwerkpartner*innen als komplexes, frühzeitig zu integrierendes und vorausschauendes, interprofessionelles und interdisziplinäres Versorgungskonzept für Menschen mit unheilbaren, nicht unbedingt

tumorspezifischen Erkrankungen sowie für ihre An- und Zugehörigen dargestellt. Als Ziele der Palliativversorgung werden die Symptomkontrolle und die Herstellung bzw. Sicherung von Lebensqualität beschrieben. Palliativversorgung wird nicht auf Sterbebegleitung reduziert, sondern kann auch eine langfristige Begleitung der Betroffenen bedeuten.

Palliativversorgung erfordert in den Augen der Netzwerkpartner*innen eine sektorenübergreifende und gleichberechtigte Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten sowie Offenheit, Ehrlichkeit und eine individuelle Aufklärung und Information der Betroffenen. Wesentliche Aspekte der Palliativversorgung sind die Betroffenenorientierung, Selbstbestimmtheit der Betroffenen und ein ganzheitliches Menschenbild. Begrifflich wird Rehabilitation von den Interviewten weniger explizit im Palliativkontext eingeordnet, auch wenn sich Inhalte decken können.

Allgemein Palliativversorgung im Krankenhaus: Allgemein werden dem Krankenhaus in den Interviews eher ungünstige Rahmenbedingungen für die Palliativversorgung zugeschrieben. Als Hauptproblem wird v. a. die fehlende Sensibilisierung bzgl. der PV vermutet. Wesentlich für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung ist neben der Sensibilisierung auch Kontinuität und Konsistenz in der Versorgung. Gleichsam wurde bereits in der Ersterhebung betont, dass das Krankenhaus eine Schlüsselposition in der palliativen Versorgungskette einnimmt und als ein wichtiges Bindeglied zu ambulanten Versorgungseinrichtungen fungiert.

Das Krankenhaus hat eine Schutzfunktion für Menschen mit palliativem Bedarf und soll Vertrauen, Konsistenz und Zuverlässigkeit bieten. Nach Ansicht der Netzwerkpartner*innen sollte Palliativversorgung im Krankenhaus vorrangig in etablierten, spezialisierten Bereichen (auf Palliativstationen) mit entsprechenden personellen und räumlichen Ressourcen stattfinden. Die Ansicht hat sich 2020 nicht verändert; vielmehr wurde im zweiten Erhebungszeitraum noch deutlicher, dass Krankenhäuser im Allgemeinen in der Wahrnehmung der Interviewten über zu geringe personelle Ressourcen verfügen und unter hohem ökonomischen Druck leiden (verkürzte Liegezeiten). Betont wird 2020 darüber hinaus, dass die Nachversorgung aus dem Krankenhaus nicht immer bedarfsgerecht organisiert wird.

Beurteilung der Palliativversorgung im MLK und der Zusammenarbeit mit dem MLK: Die Interviewten beschreiben das MLK als wesentliche*n Akteur*in im Netzwerk Charlottenburg-Wilmersdorf, während auch andere Krankenhäuser als Netzwerkpartner*innen wahrgenommen werden. Schon 2018 wurden dem MLK günstige und etablierte bedarfsgerechte Strukturen für die Palliativversorgung zugeschrieben. Die Palliativeinheit, die Kooperationen mit der SAPV und den ambulanten Hospizdiensten, die interprofessionellen Betreuungsangebote, aber auch die Ansprechpartner*innen im MLK waren bekannt, auch wenn vermutet wurde, dass diese im MLK oder im Netzwerk nicht ausreichend transparent sind. Zudem wurde bereits 2018 geschildert, dass

vor dem Projektbeginn eine positive Veränderung bzgl. der Haltung des Personals im MLK zur Palliativversorgung spürbar ist, aber auch die Palliativversorgung frühzeitiger und bedarfsgerechter im MLK integriert wird.

2020 wird das MLK diesbezüglich nicht anders bewertet als andere Krankenhäuser. Eine positive Haltung zur Palliativversorgung, aber auch eine positive Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem MLK werden vorrangig mit einzelnen Personen bzw. Strukturen, wie bspw. mit dem angeschlossenen Hospiz, verknüpft. Positiv herausgehoben wird 2020 primär die Palliative Care Nurse als Ansprechpartnerin und Koordinatorin in der gemeinsamen Palliativversorgung, aber auch Ärzt*innen und der Sozialdienst des MLK. Die von den Netzwerkpartner*innen im Projektverlauf wahrgenommenen personellen Veränderungen im MLK erschweren jedoch ihre Beurteilung der dortigen Palliativversorgung, wie auch die kontinuierliche Zusammenarbeit im Projektverlauf. Der Kontakt zum MLK bezog sich schon 2018 neben dem Aufnahme- vorwiegend auf das Entlassmanagement. Während die Interviewten ersteres besonders mit Blick auf die Palliativeinheit als unkompliziert werteten, wurde letzteres besonders im ersten Erhebungszeitraum ambivalent diskutiert.

Die Entlassungen werden 2020 aus Sicht der Interviewten nicht immer bedarfsgerecht vorbereitet sowie mit Informations- und Kommunikationsverlusten wahrgenommen. Gleichwohl wird betont, dass die Strukturen und die Kommunikation im MLK diesbezüglich im Vergleich zu anderen Krankenhäusern deutlich besser sind. 2020 äußern sich einige Interviewte dahingehend, dass sie insgesamt zufrieden mit der Zusammenarbeit und der Kommunikation mit dem MLK sind. Andere wiederum betonen, dass die Kommunikation einseitig von ihnen aus geht und dass sie sich zu spät in das Versorgungsgeschehen integriert fühlen. Als verbesserungswürdig stufen die Netzwerkpartner*innen den Zeitpunkt der Überleitungen und die Möglichkeit einer Vorausplanung bei Neuaufnahmen aus dem Krankenhaus ein. In diesem Kontext stellt die aktive Beschaffung von Informationen zum Krankheits- und Versorgungsverlauf der Patient*innen vonseiten der Netzwerkpartner*innen weiterhin eine Herausforderung dar, aber auch die Organisation der poststationären Versorgung mit adäquater Bearbeitung bestehenden Beratungs- und Begleitungsbedarfes der Betroffenen.

Zudem stellen die Netzwerkpartner*innen 2020 einen Mangel an Kontinuität eines zentralen Versorgungsortes für die Palliativversorgung im MLK fest. Begründet wird dies v. a. mit unklarer Rollenverteilung und Verantwortlichkeiten, fehlender Transparenz der jeweiligen Einrichtungsstruktur und allgemein fehlenden Rahmenbedingungen. Gleichwohl konnte die Transparenz bzgl. der Kenntnisse zur Palliativversorgung im MLK durch im Verlauf realisierte Austauschtreffen zwischen dem MLK und den Netzwerkpartner*innen erhöht werden. Diese Treffen

werden als wertvoll und vernetzend wahrgenommen. Die Zusammenarbeit, aber auch die Vernetzung mit dem MLK wird 2020 als ausbaufähig bezeichnet, auch wenn betont wird, dass die Beziehungen zueinander gut sind. Eine deutliche Veränderung beschreiben die Interviewpartner*innen bei der konkreten Patient*innenversorgung im MLK. 2018 wurde v. a. die Aufgeklärtheit und Informiertheit der entlassenen Patient*innen ambivalent geschildert; 2020 hingegen werden diese durchgehend als aufgeklärt und informiert wahrgenommen.

Beurteilung der Palliativversorgung im Netzwerk: Ein Netzwerk wurde bereits 2018 als wesentlich und notwendig für eine bedarfsgerechte und organisationsübergreifende Palliativversorgung beschrieben. Die Interviewten schildern unterschiedliche informelle und formelle Netzwerke, an denen sie partizipieren. Wesentliche Aspekte der Netzwerkarbeit sind für die Interviewten Transparenz und gegenseitige Bekanntheit im Netzwerk, Austausch und Kommunikation sowie die Netzwerkkoordination. In diesem Sinne wurden im Projektverlauf Austauschtreffen, auch für fachlichen Input, seitens des MLK angeboten, aber auch gemeinsame Projekte mit Akteur*innen der JSD initiiert. Dies wird in den Interviews 2020 als hilfreich, unterstützend und wertvoll bewertet. Für regelmäßige Netzwerkaktivitäten braucht es jedoch mehr zeitliche Ressourcen und weiterhin mehr Transparenz bzgl. bestehender Versorgungsangebote für die Netzwerkpartner*innen sowie die Betroffenen.

Für den Kontaktauf- und -ausbau zwischen dem MLK und den Netzwerkpartner*innen, welcher in den Augen der Interviewten von einzelnen Personen abhängt, sollte die teils bestehende räumliche Nähe zwischen den Einrichtungen der Netzwerkpartner*innen – und auch dem MLK – besser genutzt werden. Als ausbaufähig nehmen die Interviewpersonen die verstärkte und frühzeitigere Integration in das Netzwerkgeschehen sowie in die palliative Patient*innenversorgung wahr. Als wenig verändert nehmen die Netzwerkpartner*innen 2020 den geringen Grad an Rollenklarheit in der gemeinsamen Palliativversorgung wahr. Das Zusammenwirken zwischen den im Bezirk befindlichen Netzwerkpartner*innen wird 2020 insgesamt als positiv, jedoch ausbaufähig geschildert. Als (mögliche) Netzwerkpartner*innen wurden bereits 2018 Akteur*innen der stationären und ambulanten, der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, der patient*innennahen und -fernen sowie medizinischen, psychosozialen und spirituellen Bereiche genannt.

Wahrnehmung der Palliativbeauftragten: 2018 wurden seitens der Interviewten hohe Erwartungen an die Palliativbeauftragte gestellt. Die zugeschriebenen Aufgaben umfassen die Koordination der Versorgung, die Prozessmoderation, Kommunikation und Koordination der krankenhausübergreifenden Versorgung, aber auch die Funktion als Ansprechpartner*innen für alle an der Versorgung Beteiligten. Die Palliativbeauftragte soll ausreichend mit finanziellen und

zeitlichen Ressourcen ausgestattet sein, umfassende psychosoziale Kenntnisse und Erfahrung in der Palliativversorgung aufweisen sowie umfassende Befugnisse und Mitsprachrechte im Krankenhaus haben. Betont wurde 2018 auch, dass dies keine Aufgabe einer Einzelperson sein kann, sondern zumindest Vertreter*innenregelungen braucht.

Die Palliativbeauftragte war zu Projektbeginn, aber auch zu Projektende nicht allen interviewten Netzwerkpartner*innen bekannt; zusätzlich erschweren die personellen Veränderungen im MLK 2020, Einschätzungen zur Palliativbeauftragte vorzunehmen. 2020 wird von einigen Netzwerkpartner*innen berichtet, dass eine konkrete Zusammenarbeit kaum stattgefunden hat; andere wiederum benennen die Palliativbeauftragte als wichtige Struktur für die Palliativversorgung im Krankenhaus. Gibt es eine aktive Zusammenarbeit und Kooperation, wird diese von den Interviewten als gewinnbringend und entlastend wahrgenommen. Ebendiese Interviewten schildern weiter, dass sich die Kommunikation und der gegenseitige Kontakt deutlich verbessert haben, aber auch die Sensibilisierung sowie Thematisierung der Palliativversorgung forciert wird.

Erfüllung der Aufgabenstellungen im MLK:

Mit Blick auf den Netzerkausbau wurden im Projektverlauf mehr Patient*innen bedarfsgerecht krankenhausesübergreifend betreut, interne Angebote und Ansprechpartner*innen besser gekannt, Dokumentations- und Fortbildungsmöglichkeiten besser genutzt und Palliativsymptome besser erkannt. Eine frühe Integration einer palliativen Komplexbehandlung konnte im Projektverlauf noch nicht optimal erreicht werden.

Die Palliativbeauftragte wurde als sehr präsent wahrgenommen und wirkte besonders netzwerkbildend, organisierend, beratend, koordinierend sowie entlastend. Die Covid-19-Pandemie hatte hier messbar geringere Auswirkung auf das Projekt. Trotz krankheitsbedingter personeller Änderungen konnte im Projektverlauf der Status quo gehalten werden.

V.4 Evangelische Lungenklinik Berlin (ELK)

Die Evangelische Lungenklinik (ELK), ein Unternehmen der JSD, ist seit ihrer Gründung im Jahr 1952 eine weithin anerkannte Spezialklinik für akute und chronische Erkrankungen der Lunge sowie des Brustkorbs. Die in Berlin-Buch gelegene Klinik behandelt jährlich rund 6.400 Patient*innen stationär und etwa 12.200 ambulant und ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Die ELK ist Pilotkrankenhaus im Projekt und verfügte zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung bereits über Erfahrungen in der Palliativversorgung. Palliativbetten waren vorhanden und ein Palliativteam eingesetzt. Die Eröffnung einer spezialisierten Palliativeinheit, die in einem an die Klinik angegliederten Haus untergebracht werden sollte, war zu Projektbeginn in Vorbereitung.

V.4.1 Leitthema: Vorausschauende Versorgungsplanung – Einführung einer strukturierten bedürfnisorientierten Versorgungsplanung

Thematischer Schwerpunkt ist die Einführung einer „strukturierten bedürfnisorientierten Versorgungsplanung“. Diese dient der Information und Aufklärung von Patient*innen und der Stärkung der Patient*innenautonomie in Bezug auf die Versorgung bei schweren Erkrankungen und am Lebensende. Erfahrungen bei der Implementation der „strukturierten bedürfnisorientierten Versorgungsplanung“ waren zum Zeitpunkt der Interviews bereits vorhanden und als Konzept der „Vorrauschauenden Kommunikation“, in der medizinischen Fachzeitschrift „Pneumologie“ veröffentlicht hat¹⁰³. Allerdings stand die Entwicklung eines umfassenden Konzepts dazu noch aus.

In der ELK wurde im Projektverlauf das so genannte Palliativhaus (Palliativeinheit) fertiggestellt und in Betrieb genommen. Die bisherige Palliativeinheit verlor an Bedeutung für die Palliativversorgung, nimmt jedoch weiterhin an der Palliativversorgung teil. Zur Versorgung der Patienten im Palliativhaus erfolgte innerhalb des Krankenhauses eine personelle Umstrukturierung.

Palliativbeauftragte*r

Zur Besetzung der Stelle Palliativbeauftragte*r sowie zur psychologischen Betreuung der Patient*innen wurde zunächst der in der Palliativmedizin hoch engagierte Psychologe eingesetzt, der diese Position aufgrund seiner hohen Arbeitsbelastung in der Onkologie an eine zusätzlich eingestellte Psychologin übergab. Diese arbeitete sich in die Abläufe des Krankenhauses und ihre Aufgabe im Projekt ein.

Krankenhaus in der Covid-19-Pandemie

Während der Covid-19-Pandemie wurde das Krankenhaus in Bereitschaft versetzt, besonders schwere Fälle mit einer Covid-19-Infektion aufzunehmen. Dieses hat sich auf den Gesamtbetrieb des Krankenhauses und besonders auch durch Personalumverteilung auf die Palliativversorgung ausgewirkt. Es mussten Betten auf der neuen Palliativeinheit zeitweilig geschlossen werden.

V.4.2 Ergebnisse

V.4.2.1 Fragebogenauswertung

Die quantitativen Befragungen zur Palliativversorgung in den Jahren 2016 und 2020 beantworteten jeweils rund 25% bzw. der Mitarbeiter*innen. Die Anzahl der Antwortenden aus der Berufsgruppe der Pflegenden blieb mit über 60% konstant. Die Zahl der Ärzt*innen, die antworteten, blieb bei rund

¹⁰³ Tessmer G, Tessmer A, Kurz S, Blankenburg K, Grohé C (2015): Kommunikationsmodell zur frühen Integration der Palliativmedizin in der thorakalen Onkologie. Pneumologie, 69: 79-85.

30% konstant. Die Mehrzahl der Antwortenden kam aus dem Bereich Innere Medizin - Pneumologie.

Befragt zum **Wissen zur Palliativversorgung** zeigte die Frage, ob Palliativmedizin einen rehabilitativen Charakter hat, einen signifikanten Zuwachs der Zustimmungen von 2016 (50 %) zu 2020 (67 %). Tendenziell stieg die positive Zustimmung bei der Frage, dass Palliativsymptome erkannt (76% vs. 90%) und signifikant bei der Frage, dass Symptome richtig dokumentiert (70% vs. 87 %) werden können. Das Kennen um die Vorausschauende Versorgungsplanung stieg signifikant an (33% vs. 48%). Diese Ergebnisse werden durch die vergleichenden Untersuchungen mit dem Referenzkrankenhaus EWK bestätigt.

Das **Wissen zu internen und externen Angeboten sowie Strukturen** der Palliativversorgung verbesserten sich von 2016 zu 2020. So kennen krankenhausesinterne palliativmedizinischen Angebote 2017 und 2020 rund 90% der Befragten, ambulant Versorgungsangebote signifikant mehr befragte (67% vs. 83%). Statistisch signifikant zeigt sich ein Anstieg des Wissen zu Angeboten in der Johannesstift Diakonie (54% vs. 70 %) Das Wissen zu dem / der Ansprechpartner*innen für palliativmedizinische Fragen im Haus (87% vs. 86 %) und zum ambulanten Hospizdienst (45% vs. 56 %) bleibt konstant bzw. erhöht sich leicht. Diese Zustimmungsveränderungen im Projektzeitraum sind signifikant fast alle höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016.

Das Wissen zu internen und externen Bildungsangebot zur Palliativmedizin stieg signifikant bei internen Angeboten von 60% auf 80 %, bei externen Angeboten gab es einen tendenziellen Anstieg von 53% auf 63 %. Die Teilnahme der Befragten an palliativmedizinischen Fortbildungen der Befragten stieg leicht 34% auf 41% an. Diese Zustimmungsveränderungen im Projektzeitraum sind signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016. 85% der Befragten antworteten 2020, dass Fortbildung in der Palliativmedizin einen hohen Stellenwert im Krankenhaus hat. Die Informationswebsite „Selbstbestimmung bis an Lebensende“ kannten 11%, das im Jahr 2020 gegründete Kompetenzzentrum Hospiz- und Palliativarbeit der Johannesstiftsdiakonie kannten 25% der Befragten.

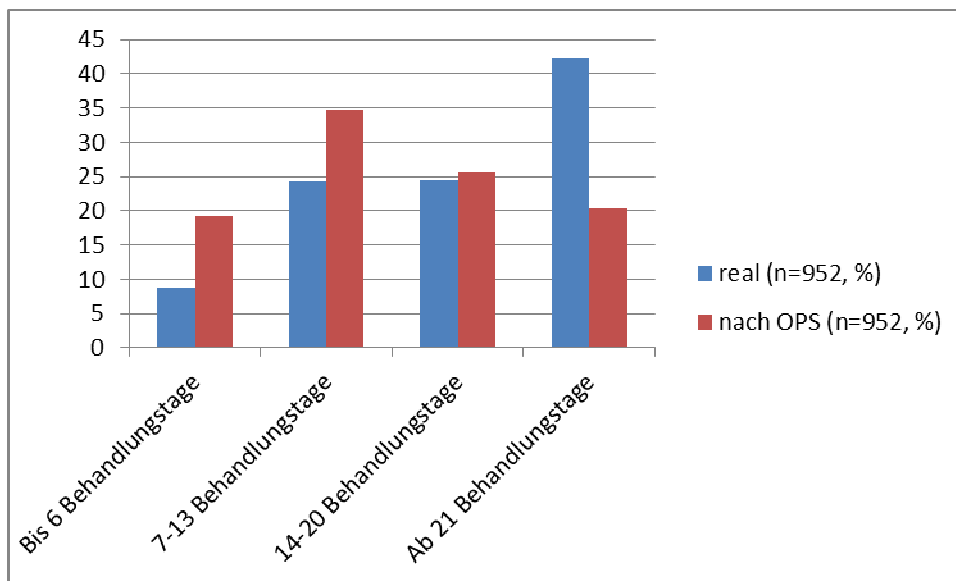
Zur **Beurteilung der Palliativversorgung im Krankenhaus** zeigt sich im Jahresvergleich, dass die Mitarbeiter die Behandlung Schwerstkranker und Sterbender zu rund ein Drittel belastend aber gleichbleibend mit über 90% menschlich zugewandt. Diese Zustimmungsveränderung im Projektzeitraum ist signifikant höher als im Referenzkrankenhaus EWK 2016. Befragt 2020, empfanden über 90% der Antwortenden die Kommunikation mit den Patient*innen in Bezug auf Palliativmedizin verbessert und dass die Palliativmedizin sich in den letzten Jahren gut im Haus etabliert hat.

V.4.2.2 Ergebnisse der Krankenhausdatenanalyse (Sekundärdaten)

Die Analyse DRG Falldaten zwischen 2017 (6.155) und 2020 (5.969) zeigt, dass im Jahr 2020 nahezu die gleiche Zahl an Patient*innen versorgt wurde. 2017-2020 hatten rund 55% der Patient*innen eine Tumorerkrankung als Hauptdiagnose. Die Anzahl der Patient*innen mit einer Hauptdiagnose Tumorerkrankung und PMKB Betreuung fiel mit 6,8% zu 6,4% leicht im Projektverlauf ab. Die Anzahl der insgesamt verstorbenen Patient*innen (1,5% vs. 1,6 %) blieb von 2017 auf 2020 nahezu konstant. Der Anteil der verstorbenen Patienten mit PMKB insgesamt und mit Tumorerkrankungen fiel leicht im Projektverlauf.

Die Zahl der mit PMKB betreuten Patient*innen bleibt von 2017 bis 2020 konstant bei rund 4%. Die meisten dieser Patient*innen hatten eine bösartige Neubildung als Hauptdiagnose (durchschnittlich 90%), wobei der Anteil sonstiger Erkrankungen leicht aber nicht signifikant stieg. Das Alter dieser Patient*innen lag im Durchschnitt gleichbleibend 69 Jahre. Die mittlere Verweildauer in der PMKB unterschied sich über die Jahre signifikant (19 vs. 21,7 Tage). Die Patient*innen waren zu rund 43% 2017 und 52% 2020 als Langlieger klassifiziert, dies unterschied sich signifikant über die Jahre. Größten Einfluss auf das Vorhandensein einer PMKB bei verstorbenen Patient*innen die länger als 7 Tage im Krankenhaus verweilten hatte über den Projektzeitraum in der ELK die Diagnosegruppe. Patient*innen mit bösartigen Neubildungen profitierten mit höherer Wahrscheinlichkeit von einer palliativmedizinische Komplexbehandlung als Patient*innen mit anderen Diagnosen ($n = 286$, 67 %, $p < 0,001$). Innerhalb aller anderen Diagnosegruppe war die Wahrscheinlichkeit der Patientinnen größer als die der Patienten, Teilhabe an einer palliativmedizinische Komplexbehandlung zu erlangen ($n = 18$, 29 %, $p = 0,014$). Das Alter spielte keine unterscheidende Rolle.

In der Betrachtung der PMKB über den gesamten Projektverlauf, zeigte sich, dass die real Liegezeit der Patient*innen besonders in Behandlungstagen der PMKB der Gruppe bis 6 und ab 21 Behandlungstagen abwichen. Im Projektzeitverlauf näherten sich die Differenz der Real - und Palliativmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungstage mehr an. Dies zeigt, dass eine Palliativbehandlung spät in Behandlungszeitraum eingesetzt wurde, es aber eine Tendenz der früheren Integration im Projektverlauf zu beobachten ist.



Reale Behandlungstage vs. Behandlungstage nach palliativmedizinische Komplexbehandlung (nach OPS) im ELK (2017-2020) N=952

V.4.2.3 Interviewergebnisse

Wissen und Haltung zur Palliativversorgung: Die Interviewten schildern, dass Palliativversorgung ein integraler Bestandteil ihrer täglichen Arbeit ist. Palliativversorgung wird als individuelles, komplexes, interprofessionelles und interdisziplinäres sowie frühzeitig zu integrierendes Versorgungskonzept für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen unter Einbeziehung ihrer An- und Zugehörigen verstanden. Im Mittelpunkt der Palliativversorgung stehen Betroffenenorientierung, Lebensqualität, Würde sowie Autonomie der Betroffenen und Symptomkontrolle. Beziehungsarbeit, offene und ehrliche Kommunikation, ganzheitliche Versorgung sowie Zuwendung, Empathie und Achtsamkeit werden als wesentliche Aspekte beschrieben. In den Augen der Interviewten bedarf Palliativversorgung Fachwissen und -kompetenzen sowie berufliches Engagement, aber auch gute Führungsarbeit, Team- und Selfcare, Selbstreflexion sowie ein Netzwerk v. a. für die Nachversorgung. Ambivalent wird der rehabilitative Anteil der Palliativversorgung bewertet.

Der Begriff Rehabilitation wird teils nicht mit Palliativversorgung, aber auch mit Ressourcenstärkung, Verbesserung der Lebensqualität und der Therapiefähigkeit konnotiert. Die Interviewten äußern zu Projektende, dass sich ihre Haltung kaum verändert hat. Ihnen ist der Stellenwert der Palliativversorgung jedoch bewusster geworden. Zudem stieg das Verständnis für therapeutische Ansätze in der Palliativversorgung. Die Handlungs- und Dokumentationssicherheit wird ambivalent eingeschätzt. Eine Veränderung kann anhand der Interviews nicht konkretisiert werden.

Strukturen und Angebote der Palliativversorgung: Bereits zu Projektbeginn wurden der ELK gute Voraussetzungen hinsichtlich Strukturen und Angebote der Palliativversorgung zugeschrieben:

Die palliativmedizinische Komplexbehandlung wird seit mehreren Jahren abgerechnet; es wurden Gestaltungsmöglichkeiten, die multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung, berufserfahrene und qualifizierte Mitarbeiter*innen sowie die Möglichkeit der tiergestützten Therapie und ein Konzept zur Palliativversorgung als förderlich benannt. Letzteres befindet sich zu Projektende in Weiterentwicklung. Das Ethikkomitee, jährliche Gedenkfeiern für die verstorbenen Menschen, Supervisionen, aber auch interprofessionelle und interdisziplinäre Teambesprechungen wurden als entlastend beschrieben. Als unzureichend wurden zu Projektbeginn besonders die Möglichkeiten der spirituellen, seelsorgerischen und ernährungstherapeutischen Begleitung beklagt. Im Rahmen des Projektes konnten etablierte Strukturen verstetigt und ausgebaut sowie der Bekanntheitsgrad der Versorgungsangebote gesteigert werden, auch wenn noch Entwicklungspotential formuliert wird. Als neue Versorgungsstruktur wurde das Palliativhaus etabliert, welches als Ort für qualitativ hochwertige spezialisierte Palliativversorgung wahrgenommen wird. Mit dem Palliativhaus konnte die bedarfsgerechte Palliativversorgung in der ELK weiterentwickelt werden.

Gleichsam hat die dortige Bündelung des qualifizierten Personals dazu geführt, dass Mitarbeiter*innen mit palliativmedizinischer Expertise und Kompetenzen für die allgemeine Palliativversorgung in der ELK fehlen. Die räumliche, zeitliche und personelle Situation in der ELK wird in beiden Erhebungszeiträumen als verbesserungswürdig geschildert. Der zeitliche Ressourcenmangel hemmt in beiden Erhebungszeiträumen laut den Interviewpersonen den interdisziplinären Austausch. Zudem wird zu Projektbeginn als auch -ende die Personalfuktuation v. a. im ärztlichen Bereich als Herausforderung wahrgenommen. Insgesamt wird zu Projektende positiv betont, dass sich ein Netzwerk von Nachversorger*innen etabliert und sich die Zahl der qualifizierten Mitarbeiter*innen deutlich erhöht hat. Eine Zusammenarbeit findet mit Hospizen, Hospiz- und Pflegediensten, Rehabilitationseinrichtungen sowie mit der SAPV, seltener mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Pflegeheimen, Beratungsstellen sowie Kirchengemeinden statt.

Beurteilung der Palliativversorgung auf den Pilotstationen und im Krankenhaus: Bereits zum Projektbeginn wurde Palliativversorgung als etablierte Behandlungsoption geschildert. Die Palliativversorgung findet größtenteils im Palliativhaus, jedoch wird palliativer Versorgungsbedarf auch im peripheren Bereich gesehen. Die Zusammenarbeit mit dem Palliativhaus wird als gut, zielführend und unkompliziert bewertet. Grundsätzlich sind die Interviewten zufrieden mit der Palliativversorgung in der ELK. Dies wird in beiden Erhebungszeiträumen v. a. mit der professionellen Pflege, der Betroffenenorientierung und den implementierten Konzepten begründet. Eine unzureichende Kontinuität und Konsistenz der Versorgung, fehlende Sensibilisierung außerhalb des Palliativhauses, aber auch eine nicht bedarfsgerechte, frühzeitige Identifikation des palliativen Bedarfs werden als Barrieren für die Palliativversorgung benannt.

Die Interviewten bewerten die Entwicklungen im Rahmen des Projektes als positiv und qualitätssteigernd, auch wenn Verbesserungspotential insbesondere bei der Identifikation sowie den gemeinsamen Therapieentscheidungen gesehen wird. Als Herausforderung wurde zu Projektbeginn ein Spannungsfeld zwischen Ärzt*innen und Pflegefachkräften dargestellt, welches sich durch Kommunikationsbarrieren sowie unterschiedliche Versorgungsperspektiven auszeichnet. In der Folgerhebung wird geschildert, dass Therapieentscheidungen und die Identifikation nun gemeinsam im Behandlungsteam besprochen werden, auch wenn die Entscheidungsverantwortung den Ärzt*innen obliegt. Zudem erfolgt gemäß den Interviewten zu Projektende nun ein offener Austausch bzgl. divergierender Versorgungsperspektiven. Zwar fühlen sich einzelne Berufsgruppen in der gemeinsamen Palliativversorgung nicht ausreichend involviert, insgesamt wird jedoch betont, dass sich die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation im Projektverlauf weiter verbessert hat. Im Allgemeinen wird geschildert, dass die Kommunikation insgesamt, aber auch speziell mit den Betroffenen sensibler und professioneller geworden ist. Zugleich wird in diesem Kontext weiterhin Verbesserungspotenzial erkannt.

Interne und externe Bildungsangebote: Die Fort- und Weiterbildung im Palliativbereich hat einen hohen Stellenwert bei den Interviewten, aber auch allgemein in der ELK. Es zeigt sich in beiden Erhebungszeiträumen ein hoher Grad an Teilnahme von hausinternen wie auch externen Fort- und Weiterbildungsangeboten. In den Interviews zu Projektabschluss zeigt sich besonders, dass etablierte und neu konzeptionierte interne Fort- und Weiterbildungsangebote bekannt sind und angenommen werden. Zudem fungieren die fort- bzw. weitergebildeten Mitarbeitenden als Multiplikator*innen. Den Interviewten zufolge führt die Verstetigung und Entwicklung der internen Angebote zur Steigerung der Versorgungsqualität. Gewünscht wird sich jedoch in beiden Erhebungszeiträumen die Möglichkeit, Gelerntes in der Praxis anwenden zu können.

Palliativbeauftragte: Im Projektverlauf wurde eine Palliativbeauftragte in der ELK etabliert, welche ihren Wirkkreis außerhalb des Palliativhauses jedoch kaum entfalten konnte. Sie ist am Projektende bedingt bekannt. Ihre Präsenz wird unterschiedlich und als ausbaufähig wahrgenommen. Zu Projektende werden neben der Palliativbeauftragten verschiedene, berufsgruppenspezifische Ansprechpartner*innen im Rahmen der Palliativversorgung benannt.

Auf Basis der Interviews des ersten Erhebungszeitraumes soll die Palliativbeauftragte Ansprechpartnerin für alle an der Versorgung Beteiligten sowie Wissensvermittlerin sein. Ferner soll sie die PV koordinieren, organisieren und steuern, Fort- und Weiterbildungen organisieren und deren Zugang für alle Berufsgruppen fördern, aber auch Versorgungsstrukturen und -konzepte entwickeln. Weiterhin sollen Palliativbeauftragte für Palliativversorgung sensibilisieren, an der Qualitätsentwicklung und -sicherung mitwirken sowie bei der Versorgungspraxis, besonders bei der

Identifikation des palliativen Bedarfs, aber auch bei der Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit sowie interhierarchischen Kommunikation unterstützen. Sie sollen zudem an der internen und externen Vernetzung sowie an der Repräsentanz der Palliativversorgung der ELK beteiligt sein. Hiervon übernommene Rollen wurden als solche zu Projektende von den Interviewten zwar nicht benannt, jedoch wurden folgende zusätzliche Rollenaufgaben der Palliativbeauftragte zugeschrieben: Unterstützung bei der Patient*innenkommunikation, Reflexion bzw. Evaluation von Behandlungsverläufen sowie Förderung einer stärkeren Verankerung der Palliativversorgung im Gesamtunternehmen der JSD. Die Interviewten betonen, dass diese Funktion Kompetenzen, aber auch Befugnisse und Unterstützung erfordert. Die Rolle sollte gemäß den Interviewpersonen weniger eine Einzelperson, als vielmehr ein Palliativbeauftragte-Team bekleiden und ist individuell an den Stand des Krankenhauses anzupassen. Teils wird die Ansicht vertreten, dass es sich dabei um Personen aus psychologischen Berufsgruppen handeln soll.

Leitthema Vorausschauende Versorgungsplanung: In der Vorausschauenden Versorgungsplanung wird eine Chance für alle an und in der Versorgung Beteiligten gesehen. Sie kann Zufriedenheit, Sicherheit und Entlastung bei Therapie- und Versorgungsentscheidungen bedeuten und die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen befähigen. Deutlich wird, dass das Konzept nicht immer bekannt und Annahmen dazu vielfältig sind. Die Interviewten verbinden damit vor allem Perspektivgespräche. Diese werden als multiprofessionelle Aufklärungs- und Informationsgespräche wahrgenommen, welche zur Diagnosestellung, im Krankheitsverlauf bei Progressen oder Therapiezieländerungen sowie bei Krisensituationen und im Kontext der Nachsorgeplanung durchgeführt werden.

Die Gespräche finden im Projektverlauf frühzeitiger und konsequenter im Krankheitsverlauf statt. Während zu Projektbeginn der Wunsch nach einem stärkeren Einbezug vor allem von Pflegefachkräften geäußert wurde, sind diese zu Projektende stärker involviert. Im Fokus der Gespräche stehen Informationen zu medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Versorgungsmöglichkeiten sowie die Bedürfnisse und den Bedarf der Patient*innen sowie ihrer An- und Zugehörigen. Als Barrieren einer bedarfsgerechten Vorausschauenden Versorgungsplanung wurden zu Projektbeginn begrenzte räumliche und zu Projektende auch weiterhin zeitliche Ressourcen identifiziert sowie zum Projektende zusätzlich v. a. unausgereifte Konzepte, fehlende (Kommunikations-)Leitfäden, aber auch ein personeller Ressourcenmangel sowie kurze Liegezeiten.

Projekte der JSD und Einfluss auf die Palliativarbeit: Die Interviewten betonen, dass die vielen und wichtigen Projekte innerhalb der JSD zeigen, welchen hohen Stellenwert die Palliativversorgung

im Unternehmen und in der ELK einnimmt. Die Projekte werden als verzahnt und hilfreich wahrgenommen, besonders die Berliner Begleitmappe wird als große Unterstützung gewertet. In den Interviews wurde betont, dass eine zentrale Koordination dieser Projekte wichtig und sinnvoll ist.

Erfüllung der Aufgabenstellungen in der ELK:

Die Vorausschauende Versorgungsplanung wurde im Projektverlauf auch berufsübergreifend zunehmend und thematisch weitergreifend durchgeführt. Im Projektverlauf wurde eine räumlich getrennte Palliativstation eröffnet und dort die Palliativarbeit konzentriert. Die Palliativbeauftragte wurde hauptsächlich auf der Palliativstation wahrgenommen. Vor allem letzteres sowie der Personalausfall in der Covid-19-Pandemie beeinträchtigten die Projektumsetzung.

V.5 Palliativbeauftragte

V.5.1 Hintergrundinformationen zum Einsatz der Palliativbeauftragten

Die Palliativbeauftragten wurden von den Häusern mit dem Projektteam ausgewählt und unterschieden sich bzgl. ihres beruflichen Hintergrundes, ihrer Erfahrung in der Palliativversorgung und ihrer Motivation, die Rolle zu übernehmen. Die Palliativbeauftragten hatten Interesse an der Palliativversorgung, wollten das Projekt mitgestalten, die Palliativversorgung repräsentieren, vernetzen sowie sich und die Palliativversorgung weiterentwickeln.

Eine formale Palliativweiterbildung war nicht zwingend notwendig, jedoch unterstützten in allen Projektkrankenhäusern die Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin sowie ausgebildete Palliativärzt*innen die Palliativbeauftragten. Angesichts der eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten erhielten die Palliativbeauftragten einen Stellenanteil von maximal 50 %. Sie wurden oder waren bereits in die ent- bzw. bestehenden Palliativteams integriert.

Die Informationen zum Projekt und zu der Benennung der Palliativbeauftragten erfolgten zunächst in den jeweiligen Abteilungen, anschließend sukzessiv im gesamten Krankenhaus und teilweise im Netzwerk. Es bestand durch die Projektleitungsfunktion der Stabsstelle und durch die Fachgruppe Palliativmedizin ein regelmäßiger Kontakt aller palliativ tätigen Akteur*innen der JSD. Hierüber erhielten das Klinikdirektorium bzw. die Geschäftsleitungen Informationen zum Projektverlauf. Erfahrungen zur Palliativbeauftragung konnten in den Treffen der Fachgruppe Palliativmedizin ausgetauscht werden. Beispielhaft wurden hier fehlende Strukturen und Angebote zum Ausbau der Palliativversorgung thematisiert und wenn möglich im Projektverlauf aufgebaut. So wurde u. a. die elektronische Palliativdokumentation in allen JSD-Krankenhäusern eingeführt und das Kompetenzzentrum Palliativ- und Hospizarbeit zur Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden

initiiert und umgesetzt. Zur Unterstützung der Vorausschauenden Versorgungsplanung wurde das Projekt Berliner Begleitmappe (<https://begleitmappe.de>) entwickelt.

V.5.2 Ergebnisse – Qualitative Auswertung

Haltung zur Palliativversorgung: Für die Palliativbeauftragte bedeutet Palliativversorgung eine patient*innenzentrierte, ganzheitliche, interprofessionelle und interdisziplinäre, frühzeitig zu integrierende und vorausschauende Versorgung von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen sowie ihren An- und Zugehörigen. Im Fokus stehen die Lebensqualität und Würde der Betroffenen sowie die Symptomkontrolle. Lebensqualität kann gemäß der Interviewten durch Rehabilitation im Sinne therapeutischer Interventionen aufrechterhalten werden. Im Weiteren assoziieren die Interviewpersonen Rehabilitation im Palliativkontext im Sinne der Krankenhausentlassung. Wesentliche Aspekte der Palliativversorgung sind Vertrauen, Sicherheit sowie Wertschätzung, Empathie, Respekt und Authentizität im Umgang mit den Betroffenen. Zudem wird die Netzwerkarbeit und -pflege, aber auch eine gemeinsame organisationsübergreifende PV als wichtig erachtet. Laut den Palliativbeauftragten steht die Palliativversorgung teils im Spannungsfeld zur Kuration. In der palliativen Versorgungskette nimmt das Krankenhaus in den Augen der Palliativbeauftragte eine wichtige Rolle ein, in welchem entsprechende zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen bestehen sollten. Die Interviewten berichten, dass sich ihre Haltung zur Palliativversorgung im Projektverlauf nicht wesentlich verändert hat. Teils wird dies mit den primär koordinierenden, patient*innenfernen Tätigkeiten als Palliativbeauftragte begründet.

Rollenverständnis als Palliativbeauftragte*r: Die Rolle als Palliativbeauftragte wird mit einer hohen Verantwortung verbunden. Beweggründe für die Übernahme der Rolle als Palliativbeauftragte beziehen sich auf persönliche und berufliche Erfahrungen, das Interesse am Auf- bzw. Ausbau der Palliativversorgung mitzuwirken, diese nach außen zu repräsentieren sowie das Stellenprofil und das Projekt mitzugestalten. Die Interviewten merken an, dass zu Projektbeginn teils Unklarheit über das Rollenprofil als Palliativbeauftragte bestand, das ggf. zu Kompetenzüberschneidungen führen könnte. Die Ausgestaltung der Rolle und Funktion als Palliativbeauftragte erfolgte als Prozess mit Projektbeginn.

Die Palliativbeauftragten sehen sich als eine der zentralen, hausinternen Ansprechpersonen für Palliativversorgung, Mittler*innen zwischen Akteur*innen der Palliativversorgung und nehmen sich primär in koordinierender, qualitätssichernder Rolle wahr. Sie schreiben sich Aufgaben in der Sicherstellung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Palliativversorgung, der hausinternen Sensibilisierung bzgl. Palliativversorgung bzw. Integration der Palliativversorgung – auch im Sinne der Mitwirkung bei der Identifikation palliativen Versorgungsbedarfes – zu. Weiterführend schreiben sie sich Aufgaben in der Wissensvermittlung sowie in der Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit,

aber auch übergeordnet in der Struktur- und Konzepterarbeitung zu – unter Einbezug aller an der Palliativversorgung Beteiligten. In ihren Augen sollen Palliativbeauftragte flexibel und abteilungsübergreifend tätig und ausschließlich für die Palliativversorgung bzw. für die Rolle als Palliativbeauftragte zuständig sein. Im Weiteren sollten die Palliativbeauftragte auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen.

Strukturen und Angebote der Palliativversorgung: In einigen Projektkrankenhäusern gab es vorbestehende palliative Versorgungsstrukturen und -angebote. Diese konnten teils ausgebaut und gefestigt werden; in einem Projekt-Krankenhaus wurde die strukturierte Palliativversorgung neu eingeführt und etabliert. Je nach Gegebenheiten sind die räumlichen Strukturen für die Palliativversorgung ausbaufähig oder befinden sich im Aufbau. Zu beiden Erhebungszeiträumen wird der personelle Ressourcenmangel als Herausforderung benannt. Während zu Beginn des Projektes Bedarf an Screening-Instrumenten bzw. Assessments zur Identifikation palliativer Versorgungsbedarfe geäußert wurde und die Einschätzung v. a. personenabhängig erfolgte, konnten im Laufe des Projektes entsprechende Tools und Assessments konzeptioniert und etabliert werden. Wenngleich die Palliativbeauftragte teils weiterhin eine nicht rechtzeitige Identifikation beobachten, konnte der palliative Bedarf von Patient*innen durch krankenhausinterne Vernetzung zu Projektende z. T. gedeckt werden. Periphere Bereiche sollen jedoch mit Blick auf die Palliativversorgung nach Ansicht der Palliativbeauftragte weiterhin fokussiert werden, v. a. auch mit Blick auf die Vorausschauende Versorgungsplanung. Hinsichtlich der Dokumentation bestanden bereits zu Projektbeginn in den Projektkrankenhäusern teils entsprechende Strukturen, um bspw. Patient*innenwünsche oder Absprachen im Team festzuhalten. Im Projektverlauf wurde zudem die palliativmedizinische Komplexbehandlung abgerechnet.

Zu beiden Erhebungszeiträumen wurde von einer in den Augen der Palliativbeauftragte zufriedenstellenden Zusammen- und Teamarbeit im Krankenhaus berichtet. Herausforderungen zu Projektende bestehen teils in persönlichen Differenzen und Kommunikationsproblemen im Kollegium. Dies wirkt sich teilweise negativ auf die Inanspruchnahme palliativer Strukturen und Angebote im Haus aus. Die Interviewten nehmen im Kollegium teils eine Steigerung des Bewusstseins für die Bedeutung der Palliativversorgung sowie der Frühintegration wahr, aber auch eine Steigerung der Offenheit und Bereitschaft bzgl. der Umsetzung der Palliativversorgung. Hier wird die Palliativversorgung zu Projektende teils als gleichberechtigtes Therapieangebot wahrgenommen, obwohl dies weiterhin als ausbaufähig erlebt wird. Die Palliativbeauftragten berichteten zu Projektbeginn zwar vereinzelt von wachsendem Verständnis für die Palliativversorgung in ihren Häusern, gleichwohl braucht es in ihren Augen weiterhin Akzeptanzförderung.

Interne und externe Bildungsangebote: In den Augen der Interviewten haben Fort- und Weiterbildung einen hohen Stellenwert in der Palliativversorgung. Qualifizierungsmaßnahmen, wie Blitzkurse, wurden zu Projektbeginn vereinzelt angeboten und weitere im Verlauf durch die Palliativbeauftragte angeregt und konzipiert. So wurden nach Ansicht der Interviewten Maßnahmen etabliert, die Unsicherheiten bzgl. der Palliativversorgung aufgreifen und für die Bedeutung der Palliativversorgung sensibilisiert haben. Unter anderem in diesem Kontext wird zu Projektende vermehrt die palliativmedizinische Expertise in den Projektkrankenhäusern von nicht-palliativen Stationen angefragt, wobei hier sowie bzgl. der Sensibilisierung weiterhin Verbesserungsbedarf besteht. Zudem berichten die Palliativbeauftragten teils von Wissensmangel im Kollegium bzgl. der hausinternen Schulungsangebote. Dies mündet teils in deren geringer Inanspruchnahme.

Leitthemen:

Einführung einer strukturierten Palliativversorgung: Zu Projektbeginn wurden in einigen Projektkrankenhäusern bereits förderliche Strukturen der Palliativversorgung benannt, darunter bspw. eine etablierte Palliativeinheit. Für den Auf- bzw. Ausbau neuer palliativer Strukturen hat es in anderen Häusern teils an Voraussetzungen, bspw. Konzepten, gemangelt. Dies hemmte in den Augen der Palliativbeauftragte wiederum bspw. die Bereitschaft für einen gemeinsamen Strukturauf- bzw. -ausbau. Im Weiteren ist das Wissen über palliative Strukturen aufseiten der Kolleg*innen sowie die Transparenz bzgl. palliativer Strukturen ausbaufähig. In dem Projektkrankenhaus mit dem Leitthema „Einführung einer strukturierten Palliativversorgung“ wurde ein Versorgungskonzept entwickelt; durch den dabei erfolgten Einbezug aller an der Palliativversorgung Beteiligten konnte eine erhöhte Transparenz und Akzeptanz bzgl. der Umsetzung einer gemeinsamen, strukturierten Palliativversorgung aufseiten der Kolleg*innen erreicht werden, wenngleich hier noch deutliches Verbesserungspotenzial dargestellt wird. Inhalte bzw. Ziele des neuen Konzeptes sind v. a. die Konkretisierung und Festlegung von Palliativleistungen und die Schaffung von Transparenz. Positive Entwicklungen hinsichtlich der Organisation der Palliativversorgung im Projektverlauf zeigen sich bspw. im Hinblick auf die Erfüllung der Merkmale der palliativmedizinischen Komplexbehandlung. Zudem werden nunmehr ärztliche Palliativkonsile angeboten und durch die Einführung regelmäßiger Palliativbesprechungen konnte die interprofessionelle Kommunikation gefördert werden.

Netzwerkaufbau in der Palliativversorgung: Zu beiden Erhebungszeiträumen nehmen die Palliativbeauftragte die Zusammenarbeit im Netzwerk sowie insbesondere auch die persönliche Kenntnis untereinander als zentral für die Palliativversorgung wahr. Als wichtige Netzwerkpartner*innen benennen die Palliativbeauftragte v. a. SAPV-Teams, Pflegedienste,

Hospize, Pflegende, Ärzt*innen und onkologische Praxen. Die Palliativbeauftragten waren nach eigenen Angaben zu Projektbeginn vereinzelt Teil von Palliativnetzwerken und einer unternehmensinternen Fachgruppe zum kollegialen Austausch. Zu Projektende werden in dieser Fachgruppe die Frequenz der Treffen, die Themen, Kommunikationsweisen und die eigene Zuschreibung einer aktiven Rolle darin ambivalent dargestellt. Zeitlicher Ressourcenmangel steht nach Ansicht der Interviewteilnehmenden einem hiesigen stärkeren Engagement gegenüber. Netzwerkaktivitäten hängen in den Augen der Palliativbeauftragten vom Engagement einzelner Personen ab. Während die Vernetzung mit unternehmens- und hausinternen Akteur*innen – auch unter den Palliativbeauftragte selbst – weiterhin als verbesserungswürdig erlebt wird, besteht zu externen Netzwerkpartner*innen seit jeher eine als positiv empfundene Zusammenarbeit, welche im Projektverlauf weiter optimiert wurde. Eine der Palliativbeauftragte nimmt kaum Veränderungen in der allgemeinen Zusammenarbeit im Netzwerk wahr. Als Herausforderungen bei dem Netzwerkaufbau benennen die Palliativbeauftragte bspw. mangelnde Ressourcen hinsichtlich des Personals sowie vorhandener potenzieller Netzwerkpartner*innen. Zudem werden teils Gegenleistungen für eine neue Kooperation erwartet; so werden v. a. positive Erfahrungen bei dem Gewinnen neuer Netzwerkpartner*innen gesammelt, wenn bspw. beide Parteien von dem Zusammenschluss profitieren.

Palliativ-geriatrische Versorgung im Krankenhaus: Zu Projektbeginn wiesen die Palliativbeauftragte darauf hin, dass es bei Überleitungsprozessen in nachversorgende Einrichtungen die Versorgungskontinuität zu optimieren gilt, bspw. hinsichtlich einer stärkeren Zusammenarbeit von Pflegeheimen und der SAPV. Ferner wurden in einem Projektkrankenhaus Pläne bzgl. einer räumlichen Trennung zwischen palliativer und geriatrischer Versorgung, aufgrund personellen Ressourcenmangels, im Projektverlauf verworfen und die Palliativversorgung auf der geriatrischen Station integriert. Letzteres wird als Chance gesehen, um Verlegungen von Patient*innen im Krankenhaus zu reduzieren und ihnen ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Vorausschauende Versorgungsplanung: Die Palliativbeauftragte verstehen Vorausschauende Versorgungsplanung als ganzheitliche, patient*innenzentrierte Planung der aktuellen und zukünftigen Versorgung in wiederkehrenden Gesprächen. Diese sollen gemäß der Palliativbeauftragten besonders bei Veränderungen der Krankheitssituation (bspw. Progresse, Komplikationen) mit Ärzt*innen, Pflegenden, dem Sozialdienst, Psycholog*innen, Patient*innen sowie ggf. An- und Zugehörigen erfolgen. Die Gespräche sollen frühzeitig im Krankheitsverlauf ansetzen; „Frühzeitigkeit“ wird von den Palliativbeauftragten dabei unterschiedlich verstanden. In einem Projektkrankenhaus war die Vorausschauende Versorgungsplanung bereits zu Projektbeginn, auch in peripheren Bereichen, Bestandteil der Palliativversorgung. Im Projektverlauf wurde hier eine entsprechende Gesprächsdokumentation konzipiert und etabliert. In anderen

Projektkrankenhäusern wurde die Vorausschauende Versorgungsplanung in sich im Projektverlauf entwickelnde Versorgungskonzepte integriert und Patient*innenwünsche bzgl. perspektivischer Versorgungsplanung nunmehr aktiv erfragt. Während es zu Projektbeginn Lösungen bzgl. der Abweichung bzw. Vereinbarkeit von Patient*innenwünschen und möglichen Therapieoptionen brauchte, reflektieren die Palliativbeauftragte zu Projektende über alternative Möglichkeiten sowie Rücksprachen mit An- und Zugehörigen als Lösungsansätze. Herausforderungen identifizieren die Interviewten bspw. in der Patient*innenkommunikation und Ausgestaltung der Gespräche zur Vorausschauenden Versorgungsplanung. Die Einführung fester Strukturen bei der Umsetzung der Vorausschauenden Versorgungsplanung unter Einbezug aller Beteiligten wurde im Projektverlauf angestoßen, vereinzelt jedoch weiterhin als ausbaufähig wahrgenommen.

Projektumsetzung: Die Projektumsetzung in einzelnen Versorgungsbereichen der Projektkrankenhäuser variiert. Übergreifend beschreiben die Palliativbeauftragte ihre Erfahrungen im Projekt besonders als Spannungsfeld zwischen sinnstiftender Tätigkeit und mangelnden zeitlichen Ressourcen. Aufgrund des Zeitmangels muss oft eine Priorisierung von Aufgaben erfolgen. Zudem wird die Stelle als Palliativbeauftragte als zu personenabhängig wahrgenommen; bspw. konnte in einem Projektkrankenhaus eine Nachbesetzung, aufgrund fehlender potenzieller Personen, nicht ermöglicht werden. Dies führte wiederum zu stockenden Veränderungsprozessen in der Palliativversorgung. Die Palliativbeauftragte wünschen sich mehr gesehen und gehört zu werden. Eine Herausforderung besteht nach Ansicht der Interviewten in der Doppelrolle – die Rolle des gelernten Berufes und die der auf die Palliativversorgung spezialisierten Tätigkeit. Weitere Herausforderungen sehen die Palliativbeauftragte fortwährend hinsichtlich der Sensibilisierung bzgl. Palliativversorgung. Während die Unterstützung durch die Leitungsebene als positiv erlebt wird, ist in den Augen der Interviewten weitere kollegiale interne und externe Unterstützungsleistung sowie die Akzeptanz ihrer Rolle als Palliativbeauftragte und ein sinnvolles Ineinandergreifen v. a. für die Umsetzung angestoßener Entwicklungsprozesse verbesserungswürdig. In diesem Sinne empfinden sie ein interdisziplinäres Team aus Palliativbeauftragten und das Vorhalten je einer Ansprechperson für palliative Belange in den Fachbereichen im Haus als sinnvoll. Weitere Herausforderungen beziehen sich bspw. darauf, alle Sichtweisen in Einklang zu bringen. Als Chancen der Etablierung von Palliativbeauftragten sehen die Interviewten u. a. die Möglichkeit, eine umfassende palliative Patient*innenversorgung zu gewährleisten und eine stärkere Vernetzung zwischen den Einrichtungen des eigenen Unternehmens zu fördern. Zu Projektabschluss streben einige Palliativbeauftragte eine weitere Qualifizierung für die Tätigkeit als Palliativbeauftragte an.

VI. Gesamtschau der Johannesstift Diakonie – übergreifende Auswertung mit Gelingfaktoren, Hemmfaktoren, Anregungen sowie Empfehlungen

Zentrale Ergebnisse wurden aus den qualitativen Daten nach Kategorien zusammengefasst und mit statistisch signifikanten Ergebnissen der quantitativen vergleichenden Befragung sowie Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse zusammengeführt. Aus den gesamten Daten wurden Gelingfaktoren und Hemmfaktoren sowie Wünsche/ Anregungen, Bedarfe und Bestrebungen sowie Empfehlungen zur Projektumsetzung bzw. zur Implementierung der Palliativbeauftragung dargestellt.

VI.1 Haltung und Einschätzung zur Palliativversorgung

Die Mitarbeiter*innen in den Projektkrankenhäusern stellen bereits am Anfang des Projektes eine klare Haltung und Einschätzung zur Palliativversorgung dar. Über den Projektverlauf hat sich diese Haltung in der Regel verfestigt und erweitert und das Interesse an Palliativversorgung ist gestiegen. Dazu trug bei, dass besonders das Bewusstsein, die Strukturen und der Einsatz der Palliativversorgung und damit die Bedeutung ausgebaut wurden.

Zentraler Aspekt der Palliativversorgung ist aus Sicht der Interviewten, Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen sowie An- und Zugehörige so zu behandeln, dass eine hohe Lebensqualität mit wenig belastenden Symptomen erhalten bzw. erreicht wird. Palliativversorgung soll frühzeitig, ganzheitlich, empathisch, interprofessionell und interdisziplinär angewandt werden. Die Individualität, Würde und Autonomie der Patient*innen und der Beziehungsaufbau zu ihnen ist dabei entscheidend wichtig.

Ergebnisse der quantitativen Studie zeigen, dass ein Drittel der Mitarbeitenden die Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Patient:innen im Projektverlauf als gleichbleibend belastend wahrnahmen. Insgesamt und besonders in den Projektkrankenhäusern wurde diese Arbeit jedoch als zunehmend zugewandt eingeschätzt und der Palliativversorgung ein rehabilitativer Charakter zugeschrieben.

Die Palliativbeauftragten scheinen somit die Haltung und Einschätzung zur Palliativversorgung positiv beeinflusst zu haben.

Haltung und Einschätzung zur Palliativversorgung wird beeinflusst durch:

Gelingfaktoren

- Fachwissen/-kompetenzen → Sensibilisierung bzgl. Palliativversorgung wichtig
- Verständnisses & Offenheit für den palliativen Versorgungsansatzes (hierunter auch: Sterben als Teil des Lebens akzeptieren)
- Selfcare / Selbstreflexion
- berufliches Engagement
- Vernetzung/ Netzwerkarbeit
- Kommunikation offen/ehrlich & Vertrauen
- Struktur i. S. eines Konzeptes
- Positive Haltung der Führungsebene
- Vorhalten von Ressourcen (Zeit, Raum, Personal)
- Wohlfühlatmosphäre für die Betroffenen

Hemmfaktoren

- Anforderung Palliativversorgung muss überall stattfinden (ambivalent bewertet: spezialisierte vs. allgemeine Palliativversorgung)
- zu geringe Patient*innenzahl dadurch zu geringe Erfahrungswerte in der Palliativarbeit
- fehlende personelle Kontinuität in der Versorgung
- Konkurrenz zu kurativen Therapien

Wünsche/ Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen

- stärkere Berücksichtigung aller Dimensionen des bio-psycho-sozial-spirituellen Ansatzes
- stärkerer Einbezug von Nicht-Tumorpatient*innen

Empfehlungen

- unterstützende Führung
- Strukturen und Ressourcen bereitstellen
- Umgang mit Sterbewünschen thematisieren
- Einbezug aller bedürftigen Patienten (krankheits-, alters- und geschlechtsunabhängig)
- Wir-Gefühl schaffen durch Teamarbeit, Vernetzung, Sensibilisierung sowie Fortbildung
- Kontinuität im Team fördern

VI.2 Palliative Versorgungsstrukturen & -angebote

Es handelte sich mit Blick auf die Leitthemen zu Projektbeginn bewusst um strukturunterschiedliche Projektkrankenhäuser. Entsprechend war die Palliativversorgung in einigen Häusern bereits in Teilen etabliert, während in anderen Projektkrankenhäusern im Projektverlauf bspw. die palliativmedizinische Komplexbehandlung erstmals codiert und digital dokumentiert wurde.

Zu Projektbeginn herrschte eine unterschiedliche Basis-Zufriedenheit mit der Umsetzung und der Qualität der Palliativversorgung und den vorhandenen palliativen Strukturen/ Angeboten im Allgemeinen. Positiv bewertet wurden im Projekt bspw. Ethikkomitees. Zu Beginn wurden besonders (Hilfs-) Angebote für Mitarbeitende positiv herausgehoben. Besonders palliative Teambesprechungen wurden positiv bewertet, die teilweise im Projektverlauf weiter ausgebaut bzw. etabliert wurden. Die Basis-Zufriedenheit hielt zeigte sich auch am Projektende. Positive

Änderungen wurden im Projektverlauf wahrgenommen. So wurden palliative Strukturen/ Angebote sowohl für Mitarbeiter*innen als auch Patient*innen sowie ihre An- und Zugehörigen auf- bzw. ausgebaut. Zugleich wurden im Projektverlauf weiterhin Verbesserungsbedarfe identifiziert, v. a. bzgl. des Bekanntheitsgrades vorbestehender sowie neu eingeführter Strukturen/ Angebote und damit verbunden deren Inanspruchnahme sowie besonders bzgl. personeller, zeitlicher und räumlicher Ressourcen bzw. Strukturen, aber auch bzgl. der Dokumentationssicherheit, wenngleich diese Aspekte im Projektverlauf teils verbessert bzw. gesteigert werden konnten.

Als Indikatoren zur Entwicklung der Palliativversorgung können sowohl quantitative Daten der Befragungen der Mitarbeitenden zu den Fragen „Erkennen palliativer Symptome“, „Dokumentationsfähigkeit“ und „Kennen der Vorausschauenden Versorgungsplanung“ als auch Sekundärdaten der Krankenhäuser herangezogen werden. Den größten Einfluss auf das Erkennen von palliativen Symptomen über den gesamten Projektverlauf hatten die Berufsgruppe (Ärzt*innen und Pflegende) sowie die Teilnahme an Fortbildungen. Die positive Beantwortung der Frage der Dokumentationsfähigkeit und des Kennens der vorausschauenden Versorgungsplanung wurde am stärksten durch Fortbildungen und danach die Berufsgruppe mit Ärzt*innen und Pflegenden beeinflusst. Insgesamt verbesserten sich statistisch signifikant das Erkennen palliativer Symptome, die Dokumentationsfähigkeit und das Kennen der Vorausschauenden Versorgungsplanung – hier besonders in der ELK. Dort war die vorausschauende Versorgungsplanung das Leitthema. Im Vergleich der Projektkrankenhäuser zu Nicht-Projektkrankenhäusern stieg die Dokumentationsfähigkeit signifikant an. Die Zahl palliativmedizinischen Komplexbehandlungen stieg im Projektzeitraum insgesamt leicht, wobei 2020 die höchste Zahl der Behandlungen zu verzeichnen war. Besonders Patienten*innen, die im Behandlungsverlauf verstarben, wurden zunehmend palliativ behandelt. .

In der Zusammenschau der Ergebnisse scheint der Einfluss der Palliativbeauftragten bzw. des Projektes bei dem Kennen und Nutzen der Palliativstrukturen und -angebote im Krankenhaus für Mitarbeiter:innen und Netzwerkpartner:innen deutlich zu sein.

Palliative Versorgungsstrukturen & -angebote werden beeinflusst durch:
--

Gelingfaktoren

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Vorerfahrungen/ Vorkenntnisse in der Palliativarbeit▪ angemessene räumliche Ressourcen (z. B. Einzelzimmersituation)▪ Struktur i. S. von Konzepten, Richtlinien, Standards, Verfahrensanweisungen▪ Unterstützung von der Führungsebene▪ Möglichkeit der Palliativkonsile (ärztlich, psychologisch)▪ Strukturen/ Angebote für Mitarbeitende: Abschiedsrituale, Supervision, Seelsorge, Team-/ Fallbesprechungen, Ethikkomitee▪ Strukturen/ Angebote für Patient*innen sowie An-/ Zugehörige: Abschiedsrituale/ |
|---|

Trauerangebote, additive Therapien (z. B. mit Tieren), psychologische und seelsorgerische Begleitung, Einbezug von ehrenamtlich Tätigen ▪ (Mit-) Gestaltungsmöglichkeiten ▪ motiviertes, engagiertes Personal ▪ stations-/ teamübergreifende persönliche Kenntnis voneinander ▪ Fachgruppe Palliativmedizin mit Projekten, welche die Palliativversorgung fördern ▪ palliativmedizinische Komplexbehandlung i. S. regelmäßiger Teamstrukturen/ -austausch, Abrechenbarkeit und damit Aufwertung geleisteter Palliativarbeit ▪ Palliativversorgung und Kuration als gleichberechtigte Therapieangebote ▪ Verbesserung der Kenntnisse bzgl. poststationärer Versorgungsmöglichkeiten ▪ Fortbildung ▪ elektronische Dokumentation ▪ Projekt Palliativbeauftragte
Hemmfaktoren ▪ Personalmangel; fehlende personelle Kontinuität; unsystematischer Personaleinsatz ▪ Zeitmangel (v. a. für Palliativversorgung, zur Teilnahme an Hilfs- und Bildungsangeboten, für den Praxistransfer von neu Erlerntem) ▪ Mangel an Transparenz bei Entscheidungs- und Veränderungsprozessen ▪ Unklarheit zu Einschlusskriterien und Dokumentation der pall. Komplexbehandlung ▪ hoher Aufwand (zeitlich, administrativ) für die Dokumentation ▪ IT-Probleme (bspw. bzgl. digitaler Dokumentation) ▪ mangelnde Koordination von Angeboten/Parallelentwicklungen ▪ Mangel an Teambuilding und Teamcare ▪ Fehlen spezifischer Versorgungselemente (z. B. Ernährungstherapie, spirituelle und seelsorgerische Begleitung) ▪ hohe Arbeitsverdichtung/ -belastung, Wirtschaftlichkeitszwang
Wünsche/ Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen ▪ Unterstützung bei der Dokumentation ▪ Ausbau der Palliativversorgung im gesamten Krankenhaus ▪ kontinuierliche Integration von Palliativmediziner*innen in Tumorkonferenz ▪ mehr Anerkennung der spirituellen Ebene ▪ stärkerer Einbezug der Naturmedizin ▪ mehr Aufklärungs-/ Sensibilisierungsarbeit bzgl. Palliativversorgung für Betroffene ▪ Ausweitung der Palliativversorgung auch für Nicht-Tumorpatient*innen ▪ vermehrt teambildende Maßnahmen ▪ bessere Koordination der Versorgungsangebote ▪ Fallbesprechungen/Supervision ▪ Ausbau der Räumlichkeiten für Palliativversorgung (auch: Ausstattung/ Gestaltung der Patient*innenzimmer; Unterbringungsmöglichkeit von An-/Zugehörigen)
Empfehlungen ▪ Ressourcen (Zeit, Raum, Personal) ▪ strukturelle Stabilität (v. a. personell und zeitlich; Teamstrukturen und -austausch) ▪ (Hilfs-) Angebote zur Self-/ Teamcare → strukturierte Reflexions-/Teamprozesse ▪ Transparenz und Abstimmung bzgl. Angeboten/Strukturen ▪ Einbezug der Expertise der Mitarbeitenden ▪ separater Palliativbereich mit Palliativdienst ▪ bedürfnisgesteuerter Einsatz der Palliativversorgung bzw. Mitarbeitenden ▪ Rahmenkonzept mit einrichtungsindividueller Anpassung ▪ Strukturen, die organisationsübergreifende Palliativversorgung ermöglichen ▪ Strukturen für multiprofessionelle Versorgung ▪ unterstützende Führung

VI.3 Vernetzung

VI.3.1 Interne Vernetzung (innerhalb des eigenen Krankenhaussettings)

Zu Projektbeginn wurde von einigen Projektkrankenhäusern die hausinterne Zusammenarbeit und Kommunikation bspw. bzgl. Entlass-/ Überleitungsprozessen oder Therapieentscheidungen positiv bewertet; in anderen gab es hier teils Herausforderungen. Im MLK – mit dem Leitthema Vernetzung – gab es unterschiedliche Ausgangslagen in den Pilotbereichen. So wurde die interne Vernetzung in der Chirurgie zu Projektbeginn eher ambivalent und in der Gynäkologie als gut vernetzt wahrgenommen.

Im Projektverlauf konnte die interne Vernetzung ausgebaut werden. Eine besondere Rolle spielte dabei der Grad der Transparenz und Bekanntheit vorhandener palliativer Kompetenzen/ Expertisen sowie Strukturen/ Angebote und insbesondere damit verbunden deren Inanspruchnahme bzw. Integration hinsichtlich des gesamten hausinternen Versorgungsgeschehens. Besonders in der Gynäkologie im MLK war die Einschätzung diesbezüglich positiv.

Hier zeigten sich positive Entwicklungen bzw. Entwicklungstendenzen bei weiterhin bestehendem Verbesserungsbedarf: Ansprechpersonen – darunter teils auch die Palliativbeauftragte – sind bekannter und sie werden vermehrt angefragt; der Austausch wird als verbessert empfunden; durch die stärkere (stationsübergreifende) Vernetzung können Patient*innen entsprechend teils auch im peripheren Krankenhausbereich bedarfsgerecht palliativ versorgt werden. Weiteres Ausbaupotenzial bezieht sich z. T. besonders auf die Zusammenarbeit mit peripheren Krankenhausbereichen, bspw. hinsichtlich der systematischen bzw. regelhaften Hinzuziehung palliativer Expertise, aber auch auf die Transparenz ebendieser Möglichkeit.

Ergebnisse der quantitativen Studie zeigen, dass Ansprechpartner*innen insgesamt, aber besonders in den Projektkrankenhäusern besser gekannt wurden. Interne Palliativangebote wurden v. a. in den Projektkrankenhäusern und besonders im Martin Luther Krankenhaus aber auch im Referenzkrankenhaus Ev. Elisabeth Klinik besser gekannt.

Ein Einfluss der Palliativbeauftragten auf diese Entwicklungen ist interpretierbar. Aufgrund der Veränderungen v. a. auch in einem der Nicht-Projektkrankenhäuser könnte sich hier der Einfluss des Wirkens der Fachgruppe und Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin zeigen.

Interne Vernetzung (innerhalb des eigenen Krankenhaussettings) wird beeinflusst durch:

Gelingfaktoren

- Wissen um hausinterne palliative Expertise/ Kompetenzen bzw. Ansprechpersonen
- Multiplikator*innen auf Stationen
- Vernetzung auf multiprofessioneller und stationsübergreifender Ebene
- regelhafte Integration der palliativen Expertise im Gesamtkrankenhauskontext
- Koordination und Organisation der Palliativversorgung (z.B. durch Palliativmediziner*in)
- motiviertes, engagiertes Personal
- Rahmen/ Konzept für regelmäßige Austauschmöglichkeit
- kurze Informations-/ Kommunikationswege (bspw. multiprofessionelle Visiten)
- offene Kommunikation; gemeinsame Konfliktlösungsprozesse; kollegiale Unterstützung
- Fortbildung
- Projektzeitraum
- kleines Krankenhaus bietet ggf. bessere Vernetzungschancen intern
- unterstützend für Teamarbeit: geriatrische Ausrichtung

Hemmfaktoren

- Akzeptanzmangel bzgl. palliativmedizinischer Fachexpertise
- Zuständigkeiten bzw. Ansprechpersonen für Palliativversorgung nicht transparent
- geringer Grad an intraprofessionellem Austausch
- Motor interner Vernetzung zu einseitig z. B. von den Palliativbeauftragten
- unzureichende Kommunikation (bspw. durch Zeitmangel)
- divergierende Versorgungsperspektiven (bspw. bzgl. „palliativ“ vs. „kurativ“)
- steile Hierarchiestrukturen
- Abrechnungsfragen bei Verlegung in den Palliativbereich

Wünsche/ Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen

- mehr Verlegungen in den Palliativbereich
- interprofessionelle Visiten

Empfehlungen

- Strukturen, die inter- aber auch intraprofessionellen sowie stationsübergreifenden regelmäßigen Austausch ermöglichen (z. B. Raum, Zeit, Kommunikationsformate)
- Bekanntheit vorhandener palliativer Kompetenzen und Ansprechpersonen steigern
- Definition von Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten
- frühzeitige systematische Integration palliativer Expertise in die Patientenversorgung
- Förderung eines gleichberechtigten Miteinanders im multiprofessionellen Team
- Förderung der Motivation und des Engagements zur Vernetzung

VI.3.2 Externe Vernetzung (außerhalb des eigenen Krankenhaussettings)

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit externen Netzwerkpartner*innen gab es divergierende Ausgangslagen in den Projektkrankenhäusern: von eng vernetzt mit regelmäßigem Austausch über kaum vorhanden bis hin zu bestehenden Plänen einer stärkeren Vernetzung. Je nach Berufsgruppe unterschieden sich die Wege des Netzwerkers. Insbesondere der Sozialdienst fungiert als Bindeglied zu externen Versorger*innen. Allen voran bezog sich die externe Vernetzung auf

Überleitungs-/ Entlassprozesse, aber auch übergeordnet auf palliative Netzwerke und eine unternehmensinterne Fachgruppe.

Zu den Netzwerkpartner*innen zählten zu Projektbeginn und -abschluss v. a. Hospize und SAPV-Dienstleister*innen. Im Projektverlauf zeigten sich positive Entwicklungen und Entwicklungstendenzen im Netzwerkaus- bzw. -aufbau. So wurde bspw. die Zusammenarbeit mit einzelnen Akteur*innen intensiviert und effektiver und es sind nunmehr teils auch kurzfristige Überleitungsprozesse möglich. Gleichwohl besteht weiterer Verbesserungsbedarf bspw. hinsichtlich des weiterhin geringen Grades an struktureller Vernetzung im außerklinischen Bereich (u. a. mit Kirchengemeinden, Beratungsstellen) sowie in den unternehmensinternen Einrichtungen.

Als Indikator für die externe Vernetzung können die Veränderungen der quantitativen Befragung der Mitarbeiter zu den Fragen des Kennens ambulanter Palliativangebote sowie des ambulanten Hospizdienstes gelten. Ambulante Palliativangebote wurden insgesamt und in den Projektkrankenhäuser und hier im MLK (Projektthema Vernetzung) sowie in der ELK (Projektthema vorrauschende Versorgungsplanung) signifikant mehr gekannt. Die positive Beantwortung der Frage wurde besonders durch die Teilnahme an Fortbildungen und nachrangig die Berufsgruppe der Befragten geprägt. Das Kennen der Aufgaben eines ambulanten Hospizdienstes wurde wiederum von der Teilnahme an Fortbildungen positiv geprägt. Dieses Kennen der Aufgaben verbesserte sich insgesamt im Projektverlauf jedoch nicht statistisch relevant. Ausnahme bildete die ELK.

Insgesamt scheint der Einfluss der Palliativbeauftragten bzw. des Projektes besonders im externen Netzwerkauf- bzw. -ausbau zu liegen. Dies wird durch quantitative Ergebnisse untermauert, die u.a. zeigen, dass ambulante Angebote zur Palliativversorgung zum Projektende besonders gut in zwei der Projektkrankenhäuser gekannt wurden.

Externe Vernetzung (außerhalb des eigenen Krankenhaussettings) wird beeinflusst durch:
--

Gelingfaktoren

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Förderung der unternehmensinternen Kommunikation (bspw. über Fachgruppen) u. a. um ein voneinander Lernen zu ermöglichen▪ Optimierung gegenseitiger bedarfsgerechter Patient*innenüberleitungen (Verständnis füreinander)▪ persönliches Kennenlernen der Netzwerkpartner*innen▪ motiviertes, engagiertes Personal▪ Sicherstellung der therapeutischen Versorgung im ambulanten Bereich▪ Fortbildung▪ Gemeinsame Projekt (z.B. zur Vorausschauende Versorgungsplanung) |
|--|

Hemmfaktoren

- unsystematische Vernetzung
- Vernetzung abhängig von Vorhandensein persönlicher Kontakte
- geringe strukturelle Vernetzung im außerklinischen Bereich
- geringe strukturelle Vernetzung innerhalb des Unternehmens (mangelnde Platzkapazitäten, lange Wartelisten; Personalmangel und -wechsel; Konkurrenzdenken; räumliche Ferne zwischen den Einrichtungen)
- Herausforderungen bzgl. poststationärer Versorgung
 - regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen erschwert Zusammenarbeit
 - mangelnde Versorgungskapazitäten externer Netzwerkpartner*innen (bspw. SAPV)
 - mangelnde Information/ Kommunikation (hier v. a. Mangel an Austausch zwischen Pflegefachpersonen)
- Netzwerk ist nicht ausreichend definiert
- Arbeitsalltag erschwert regelmäßige Teilnahme an Fachgruppen- und Netzwerktreffen bzw. –arbeit
- Mangel an interprofessioneller Vernetzung

Wünsche/Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen

- Netzwerkpartner*innen sollen bspw. auch bei Pflegenden und Ärzt*innen angesiedelt sein (Hintergrund: Bindeglied zu externen Versorger*innen v. a. Sozialdienst)
- Weiterentwicklung der strukturellen/ organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltung unternehmensinterner Fachgruppentreffen (Praxisbezug, Transparenz; Häufigkeit der Treffen; Zusammensetzung der Teilnehmenden)
- eigenes größeres Engagement bzgl. Fachgruppenmitarbeit

Empfehlungen

- Handlungspfade zur organisationsübergreifende Palliativversorgung erarbeiten
- Entwicklung von Formaten, die einrichtungsübergreifenden Austausch, soziales Miteinander und das Lernen von- und miteinander ermöglichen
- Schnittstellenausbau zur poststationären multiprofessionellen Versorgung (Bindeglied z.B. Sozialdienst aber auch über pflegerisches und ärztliches Personal)
- Persönliches Kennen der Netzwerkpartner im klinischen und außerklinischen Bereich
- Strategie des gemeinsamen Netzwerkens, darunter:
 - gemeinsames Verständnis von „Netzwerk“
 - Möglichkeit der Fachgruppen-/ Netzwerkarbeit innerhalb der Arbeitszeit
 - Strukturen, die unterschiedliche Herangehensweisen beim Netzwerkauf-/ -ausbau kombinieren (bspw. durch Förderung des interprofessionellen Austausches)
 - Kooperationsverträge/-absprachen (Win –Win Situation schaffen)

VI.4 Patient*innenversorgung

Zu Projektbeginn erfolgte in den Projektkrankenhäusern die Identifikation des palliativen Versorgungsbedarfes überwiegend kaum bis nicht systematisch. In diesem Kontext wurden zu Projektstart insgesamt mehrheitlich Herausforderungen wahrgenommen. Die Identifikation basiert insbesondere auf anamnestischen Daten und dem Allgemeinzustand der Betroffenen. Zu Projektbeginn und -abschluss wurde palliativer Versorgungsbedarf v. a. bei Tumorpatient*innen identifiziert.

Im Projektverlauf zeigten sich positive Entwicklungstendenzen und Neuerungen. So wird bspw. von der Nutzung bzw. Konzeptionierung und Etablierung von Assessments zur Identifikation berichtet und die Palliativversorgung wird teils frühzeitiger und bedarfsgerechter integriert. Hier sowie bzgl. der Herausforderung palliativen Bedarf bei Nicht-Tumorpatient*innen zu identifizieren, gibt es jedoch weiterhin Verbesserungspotenzial.

Zur Vorausschauenden Versorgungsplanung herrschten divergierende Vorstellungen, bspw. hinsichtlich des Zeitpunktes oder der Gesprächsteilnehmenden. Leitthema der ELK war ebendiese Thematik, welcher die Mitarbeitenden zu Projektbeginn als auch –ende positiv – i. S. der Förderung von Sicherheit und Selbstbestimmung – gegenüber eingestellt waren. Im Vergleich zu den anderen Projektkrankenhäusern wurde die Vorausschauende Versorgungsplanung hier in Form von „Perspektivgesprächen“ bereits vor Projektstart umgesetzt. Im Projektverlauf wurde dies weiter ausgebaut, bspw. durch die Etablierung einer entsprechenden Dokumentation. Zudem findet die Vorausschauende Versorgungsplanung nun frühzeitiger im Krankheitsverlauf sowie multiprofessionell statt, indem neben ärztlichem Personal auch weitere Professionen stärker involviert werden. Verbesserungspotenzial bezieht sich auch zum Projektende weiterhin auf den Bedarf an Ressourcen zur Umsetzung. In den Projektkrankenhäusern, hierunter in Teilen auch in der ELK, liegen für die Vorausschauende Versorgungsplanung zu Projektabschluss noch keine festen Strukturen zugrunde bzw. befindet sich ebendies im Auf-/Ausbau. Diskrepanzen zwischen den Wünschen der Patient*innen bzgl. der perspektivischen Versorgung und der Realisierung bzw. der Perspektive der Versorger*innen wird zu Projektbeginn und -ende als Herausforderung gesehen. Jedoch werden im Projektverlauf Lösungen bzw. Alternativmöglichkeiten hierzu gefunden.

Insgesamt wurde in den Projektkrankenhäusern zu Projektstart die Betroffenenorientierung i. S. des Einbezugs in den Versorgungsprozess mehrheitlich positiv bewertet und im Projektverlauf (teils) weiter verbessert. Während v. a. die Patient*innenkommunikation über die Häuser hinweg teils eher ambivalent erlebt wurde, hat sich dies im Projektverlauf vorrangig positiv entwickelt bzw. (weiter) verbessert, bspw. bzgl. eines stärkeren Fokus‘ auf die Aufklärungskultur, aber auch bzgl. der Vorausschauenden Versorgungsplanung. Gleichwohl sind diese Bereiche weiter ausbaufähig.

Als Indikator für die Patient*innenbehandlung können die Veränderungen der quantitativen Befragung der Mitarbeitenden zu den Fragen rehabilitativer Behandlungscharakter sowie zur Vorausschauenden Versorgungsplanung gelten. Die positive Beantwortung der Frage bzgl. des rehabilitativen Behandlungscharakters der Palliativversorgung und des Kennens der vorausschauenden Versorgungsplanung wurde am stärksten durch Fortbildungen und danach die Berufsgruppe (Ärzt*innen und Pflegenden) bzw. erster oder zweiter Befragungszeitraum beeinflusst. Insgesamt und im Vergleich Projektkrankenhäuser vs. Nicht-Projektkrankenhäuser verbesserte sich

statistisch signifikant das Wissen zum rehabilitativen Charakter der Palliativversorgung. Das Kennen der Vorausschauenden Versorgungsplanung verbesserte sich im Projektverlauf signifikant gesamt und in der ELK(Projektthema: vorausschauende Versorgungsplanung), aber auch im PGS (Cave: nur 29 Teilnehmer*innen in zweiter Befragung). Bei der Frage, die nur 2020 gestellt wurde, ob sich die Palliativversorgung weiter im Krankenhaus etabliert hat, gingen die Meinungen signifikant zwischen den Krankenhäusern auseinander und reicht vom Projektkrankenhaus EKH mit 50% Bejahung bis zum Projektkrankenhaus WKH mit 100% Bejahung. Ähnliches gilt für die Frage der Verbesserung der Kommunikation mit den Patient*innen (69% im EKH; 94,4% im WKH). Im Projektzeitraum fanden insgesamt rund 86% der Befragten, dass sich die Palliativversorgung etabliert und Kommunikation verbessert hat.

Die Analyse der Sekundärdaten zeigt insgesamt einen leichten Anstieg der durch Komplexbehandlung versorgten Patient*innen im Projektzeitlauf (s. o.). Circa ein Drittel (n=2998) aller Behandelten starb innerhalb dieser Behandlung im Krankenhaus. Der Anteil der palliativ behandelten weiblichen und männlichen Patient*innen waren ungefähr gleich (w 52%, m 48%). Patient*innen, die nur kurz palliativ behandelt wurden, starben zu 66% in den ersten sechs Behandlungstagen, besonders, wenn sie über 70 Jahre alt waren (3/4). Patient*innen, die über sechs Tage palliativ behandelt wurden, starben zu 28,5% im Alter von 66 bis 85 Jahren. Hier gab es einen geringen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Palliativpatient*innen, die jünger als 66 Jahre alt waren, starben zu 32% und, die älter als 85 Jahre als waren, zu 44,5% im Krankenhaus.

Besonders wurden Patient*innen mit Tumorerkrankungen palliativ und über den Projektzeitraum steigend versorgt (5,9% vs. 6,6 %), wobei ein Anstieg in der Versorgung besonders in den Nicht-Projektkrankenhäusern zu verzeichnen war. Patient*innen mit Atemwegserkrankungen wurden über den Projektverlauf steigend palliativ versorgt (0,7% vs. 1,1 %). Bei der palliativen Versorgung von Patient*innen mit Herz-Kreislauf-erkrankungen war der Anteil leicht steigend (0,4% vs. 0,6 %).

Bei der Analyse aller im Projektverlauf verstorbenen Patient*innen (N=3808) zeigte sich, dass Patient*innen mit einer Tumorerkrankung (N=1101) zu rund 55% eine Palliativversorgung vor ihrem Versterben erhielten. Dabei wurden Patient*innen unter 79 Jahre signifikant mehr palliativ betreut (58% vs. 45 %). Patient*innen, die an einer Lungenerkrankungen litten (N=748), wurden zu 11% palliativ versorgt bevor sie starben. Dabei beeinflusste das Alter *unter 68 Jahren* (20% vs. 8%) sowie das Geschlecht *weiblich* (doppelt so hohe Palliativbetreuung) eine palliative Betreuung im Sterben positiv. Patient*innen mit einer Herz-Kreislauf-erkrankung (N=1959) starben zu 7% mit einer palliativen Betreuung.

Bei der Betrachtung des Einbezugs der Palliativversorgung in die Patient*innenbetreuung insgesamt zeigt sich, dass doppelt so viele Patient*innen Palliativbetreuung unter sechs Tage erhalten als sie tatsächlich im Krankenhaus liegen. Ausnahme bilden die KAS und das WKH, in denen die tatsächliche Liegezeit und die Palliativversorgungszeit nach Tagen nahezu übereinstimmen.

In der Zusammenschau der Ergebnis entsteht für das Projektteam der Eindruck, dass die Palliativbeauftragung einen positiven Einfluss auf die Identifizierung palliativer Bedarfe; die Palliativversorgung besonders von Patienten, die verstarben; die Kommunikation mit den Patient:innen sowie auf das Wissen und das Einsetzen der Vorausschauenden Versorgungsplanung hat.

Patient*innenversorgung wird beeinflusst durch:
--

Gelingfaktoren ▪ Niederschwelliger frühzeitiger Zugang zur Palliativversorgung ▪ positive Assoziation mit Vorausschauende Versorgungsplanung: Chance bzw. Entlastung/ Sicherheit für Patient*innen und An-/ Zugehörige sowie Versorger*innen (bspw. Förderung der Selbstbestimmung der Patient*innen; Adaption der Versorgung an aktuelle Unterstützungsbedarfe) ▪ motiviertes, engagiertes Personal ▪ gemeinsamer Besuch poststationärer Einrichtungen mit Betroffenen und Versorger*innen ▪ Patient*innenkommunikation ○ frühzeitig, ergebnisoffen, informativ ○ Möglichkeit der Hinzuziehung psychologischer Unterstützung ▪ gemeinsame Lösungsfindung bei Differenzen zwischen Perspektiven der Versorgenden und Perspektiven/Wünschen der Betroffenen bzw. An-/ Zugehörigen bzgl. der (perspektivischen) Versorgung (z.B. bei Sterbewünschen) Hemmfaktoren ▪ Identifikation des palliativen Versorgungsbedarfes bei bestehender Multimorbidität, im geriatrischen Bereich, bei Tumor- vs. Nichttumor-Patient*innen ▪ wenig aktives, gezieltes bzw. systematisches Vorgehen bei der Identifikation eines palliativen Versorgungsbedarfes; Identifikation wenig bedarfsgerecht bzw. nicht früh-/rechtzeitig ▪ geringe Transparenz bei ärztlichen Entscheidungsprozessen bzgl. palliativen Versorgungsbedarfes ▪ Ressourcenmangel: Zeit, Raum, Personal (hinsichtlich der Patient*innenkommunikation und im Besonderen der Vorausschauende Versorgungsplanung) ▪ strukturelle Aspekte (kurze Liegezeiten) bei der Umsetzung der Vorausschauende Versorgungsplanung ▪ Nähe vs. professionelle Distanz im Umgang mit Betroffenen ▪ uneindeutige/ inkonsistente Äußerungen zur Behandlung vonseiten der Betroffenen ▪ negative Konnotation mit Palliativversorgung aufseiten der Betroffenen ▪ Erkrankung des Patient*innen ▪ kurze palliative Behandlungszeit/ späte Integration der Palliativversorgung ▪ Steigendes Patientenalter (besonders bei end o life Care) ▪ Patientengeschlecht männlich (besonders bei end o life Care)
--

Wünsche/Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen

- Screening-Instrument zur Identifikation eines palliativen Bedarfes; standardisiertes Instrument zur Dokumentation der Vorausschauende Versorgungsplanung
- Voraussetzungen – Vorausschauende Versorgungsplanung: hausinterne Vernetzung; Raum (bspw. Einzelzimmersituation), Zeit, (geschultes) Personal; ein*e Koordinator*in
- ein*e Verantwortliche*r pro Station für die Identifikation eines palliativen Bedarfes
- Übernahme von in anderen Unternehmenseinrichtungen etablierter Systematik zur Identifikation eines palliativen Bedarfes
- stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Berufsgruppen in die Vorausschauende Versorgungsplanung bzw. mehr Transparenz bzgl. der Inhalte erfolgter Gespräche für hieran nicht aktiv beteiligte Berufsgruppen
- (Kommunikations-)Leitfaden zur Vorausschauende Versorgungsplanung
 - zu beachten: Sensibilität in der Patient*innen- bzw. An-/Zugehörigen-Behandler*innen-Kommunikation
- Umsetzung der Vorausschauende Versorgungsplanung auch im peripheren Krankenhausbereich

Empfehlungen

- unternehmensweite/s Strategie/Konzept unter Einbezug der Expertise der Mitarbeitenden mit hausindividuellen Anpassungen u. a.
 - ... für die Identifikation eines palliativen Versorgungsbedarfes (Welche Kriterien? Wie werden Entscheidungsprozesse im Team kommuniziert? besondere Berücksichtigung auch von Nichttumor-Patient*innen; unterstützende Screening-/Assessmentinstrumente)
 - ... für die Vorausschauende Versorgungsplanung (Wer? Wann? Wo? Wie wird das Gesprächsresultat im Team kommuniziert? Unterstützende Screening-/Assessment-Instrumente)
 - sowie Förderung dessen Transparenz im gesamten Krankenhaus/Unternehmen
- Definition von Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten
- Sensibilisierungsarbeit bzgl. PV und der Bedeutsamkeit der Frühintegration; Förderung eines gemeinsamen Verständnisses von palliativem Versorgungsbedarf und der Vorausschauende Versorgungsplanung
- Zeit, Raum, Personal
- Niederschwelligkeit palliativer Versorgungsangebote (allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung bedenken)
- Patient*innenkommunikation/-interaktion fördern:
 - Schulungen (besonders zu berücksichtigen: Gespräche zur Vorausschauende Versorgungsplanung)
 - Sensibilität in der Gesprächsführung der Vorausschauende Versorgungsplanung
 - kollegiale Unterstützung
- Lernen mit- und voneinander („Wie machen es die anderen und was kann ich daraus mitnehmen?“ etc.) → bspw. durch unternehmensinterne Fachgruppe, Förderung eines gleichberechtigten Miteinanders im multiprofessionellen Team
- Förderung der Motivation und des Engagements jedes*jeder Einzelnen
- Schulungen zu gender- und altersunabhängigem Einsatz der Palliativversorgung

VI.5 Wissen, Qualifizierung, Sensibilisierung und Handlungssicherheit

In den Projektkrankenhäusern lag ein unterschiedliches Ausgangsniveau an Qualifizierung und Handlungssicherheit bzgl. Palliativversorgung – bei bestehendem Interesse an dem Ausbau dieses Wissens bzw. Kompetenzprofils – vor. Handlungssicherheit im Palliativkontext wird als dynamisches

Konstrukt i. S. eines kontinuierlichen Lernprozesses beschrieben. Zwischen den Projektkrankenhäusern variierte das Bildungsangebot; die Teilnahme an palliativen Basiskursen war zudem teils verpflichtend, teils nicht. Insgesamt wurde das unternehmensinterne, aber auch -externe Bildungsangebot überwiegend positiv bewertet. Zu Projektbeginn war der Grad an Sensibilisierung bzgl. Palliativversorgung – besonders im Kollegium aus peripheren Krankenhausbereichen – mehrheitlich eher gering. Dies zeigte sich bspw. in Form von Berührungsängsten und Überforderung im Umgang mit Palliativthemen.

Im Projektverlauf zeigten sich überwiegend positive Entwicklungen und Entwicklungstendenzen auf verschiedenen Ebenen: Es gab einen Zuwachs an Handlungssicherheit, ebenso bezogen auf das Wissen bspw. über Möglichkeiten der poststationären Palliativversorgung; es wurden Schulungen (durch die Palliativbeauftragte) initiiert/eingeführt; der Bekanntheitsgrad von und die Teilnahme v. a. in den Pilotbereichen an (besonders internen) Bildungsangeboten stieg sowie auch der wahrgenommene Anteil an qualifiziertem Personal; Motivation zur Teilnahme an Bildungsangeboten auch in peripheren Bereichen wurde festgestellt. Letzteres wird mit der Steigerung einer Sensibilisierung bzgl. Palliativversorgung im Projektverlauf assoziiert. Im Zuge des genannten wahrgenommenen Zuwachses an qualifiziertem Personal stieg in den Augen der Interviewten auch die wahrgenommene Qualität der Palliativversorgung. Wenngleich die Palliativversorgung einen Bedeutungszuwachs – auch auf Gesamtunternehmensebene – erfuhr, besteht insbesondere weiterhin Bedarf an Sensibilisierungsarbeit (besonders in peripheren Krankenhausbereichen), aber auch an Handlungssicherheit und dem Wissensausbau. Darüber hinaus wird zu Projektende weiterhin Zeitmangel als Erschwernis für den Praxistransfer des in Fort-/ Weiterbildungen Gelernten benannt.

Die Analyse der quantitativen Auswertung der Befragungen der Mitarbeiter zeigt einerseits insgesamt, dass das Kennen von Fortbildungsangeboten sowohl intern als extern sich verbessert hat, dieses aber nicht signifikant war. Das Antwortverhalten wurde hauptsächlich durch den bestehenden Fortbildungsstand der Mitarbeiter sowie nachrangig durch die Berufsgruppe Ärzt:innen und mehr als 15 Berufsjahre positiv beeinflusst. Signifikant erhöht hat sich das Wissen zu internen Fortbildungen bei den Projektkrankenhäusern im Vergleich zu den Nichtprojektkrankenhäusern und hier als einzige Klinik in der ELK gewusst.

Die Teilnahme an Fortbildungen in den Krankenhäusern steigerte sich im Projektverlauf signifikant, in den Projektkrankenhäusern im Vergleich zu den Nichtprojektkrankenhäusern sowie in den Kliniken MLK und EKH. Das positive Antwortverhalten auf diesen Punkt wurde signifikant geprägt durch den Projektverlauf nachrangig von der Berufsgruppe der Ärzte und einer Berufserfahrung

von über 11 Jahren. In der 2020 gestellten Frage zeigte sich, dass der Stellenwert von Fortbildungen in Projektkrankenhäusern signifikant war höher als in Nichtprojektkrankenhäusern.

In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigte sich ein positiver Einfluss der Palliativbeauftragten auf eine Zunahme des Interesses und Wissens bzgl. Palliativarbeit.

Fortbildungen hatten einen zentralen Einfluss auf die Entwicklung der Palliativarbeit in der gesamten JSD. Diese zeigte sich besonders stark in den Projektkrankenhäusern.

Wissen, Qualifizierung, Sensibilisierung, Handlungssicherheit wird beeinflusst durch:

Gelingfaktoren ▪ Berufserfahrung ▪ Fort-/Weiterbildung ▪ Interesse an der Palliativarbeit ▪ Einarbeitung, Lernen voneinander ▪ Kennen von Ansprechpersonen; Unterstützer*innen/Mentor*innen* ▪ hilfreich: Patient*innenverfügungen, selbstbestimmte Patient*innen ▪ Auseinandersetzung mit eigener Endlichkeit ▪ klare palliativer Zielsetzung mit therapeutischen Maßnahmen, ▪ Wissen gesetzliche Rahmenbedingungen, wirtschaftliche/ finanzielle Aspekte) ▪ Transparenz bzw. Bekanntheit bzgl. Bildungsangebote ▪ Förderung von Bildungsangeboten ▪ Einbindung der Expertise des Personals in der Entwicklung von Bildungsangeboten ▪ Unterschiedliche Bildungsformate z.B. Blitzkurse zu palliativen Schwerpunktthemen ▪ Bildung von Multiplikator*innen(-teams) ▪ positive Haltung des Gesamtunternehmens ▪ Vernetzung/ Austausch hausintern (auch in peripheren Bereichen)* ▪ Projekt Palliativbeauftragte ▪ Akzeptanz bzgl. Palliativversorgung
Hemmfaktoren ▪ geringe Kenntnis interner palliativer Strukturen/Angebote → geringe Inanspruchnahme vorhandener Expertise und Strukturen/Angebote ▪ Mangel an Kompetenzen, Erfahrungen und Achtsamkeit bzgl. Palliativversorgung ▪ Mangel an Bildungsangeboten im Palliativkontext ▪ Mangel eines Gesamtkonzepts für Bildungsangebote ▪ Bildungsangebote inhaltlich zu unspezifisch ▪ Zeitmangel erschwert Teilnahme und Praxistransfer von Neuerlerntem ▪ fehlende Grundfortbildung
Wünsche/ Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen ▪ Auf-/ Ausbau interkultureller Kompetenz in der Palliativversorgung (bspw. bzgl. Trauerrituale) ▪ Ausbau der Bildungsangebote (u. a. bzgl. Themen und Zielgruppe) ▪ berufsgruppenspezifischere Bildungsangebote ▪ Bildungsangebote für Patient*innenkommunikation in der Palliativversorgung ▪ weitere Schulung im Kollegium, Einbindung peripherer Krankenhausbereiche u. a. zur weiteren Sensibilisierung

Empfehlungen

- Zeit für Einarbeitungsphase von Mitarbeitenden
- Zeit und Raum für regelmäßigen Austausch/ Reflexion - einrichtungsintern und –extern (u. a. „Wie machen es die anderen und was kann ich daraus mitnehmen?“) → bspw. durch unternehmensinterne Fachgruppe
- Fort-/Weiterbildungsangebot partizipativ gestalten, evaluieren
- transparentes Bildungskonzept mit unterschiedlichen Bildungsformaten
- Zeit und Förderung der Bildung und Festigung des Neuerlernten (Praxistransfer)
- Strukturierter Multiplikator*innenansatz
- Aufklärungs-/ Sensibilisierungsarbeit auf individueller, Team- und Unternehmensebene
- Spezielle Förderung der Fortbildung jüngerer Mitarbeiter
- Transparenz bzgl. Ansprechpersonen und palliativer Expertise sowie deren Abruf-/Kontaktmöglichkeit

VI.6 Anschlussversorgung

Die palliativ-geriatrische Versorgung bzw. der Ausbau der Schnittstelle der stationären Akut- und Langzeitversorgung entsprach dem Leitthema des WKH. Insbesondere entstammen Informationen konkret zur Anschlussversorgung daher aus den Daten des WKH. Hierbei lag der Fokus auf der poststationären Palliativversorgung durch Pflegeheime, das zugleich eine der zentralen Herausforderungen zu Projektbeginn darstellte, auch und v. a. angesichts geringer Kapazitäten/ Ressourcen und einem Mangel an palliativen Versorgungsangeboten in Pflegeheimen. Zudem fand zwischen Krankenhaus und Pflegeheim kaum ein Austausch statt. Bei Überleitungsprozessen spielt der Sozialdienst eine zentrale Rolle, wie auch bereits in der Kategorie Vernetzung dargestellt. Eine stabile Zusammenarbeit bzw. Austausch bestand und besteht besonders mit (v. a. bezirklichen) Netzwerken und einzelnen Netzwerkpartner*innen. Es wurde zudem von Netzwerkaktivitäten im Rahmen einer unternehmensinternen Fachgruppe berichtet.

Im Projektverlauf zeigte sich ein tendenziell positives Bild der Entwicklung: palliative Versorgungsangebote in Pflegeheimen wurden ausgebaut; es fand eine stärkere stationär-ambulante Vernetzung statt (speziell zwischen der SAPV, Krankenhäusern und Pflegewohnheimen), aber auch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen SAPV-Dienstleister*innen und Pflegewohnheimen; es sind nunmehr Ansprechpersonen für Palliativversorgung in den Pflegeheimen bekannt. Die Überleitung in Pflegeheime stellt nun eine reale Option dar. In diesen Punkten besteht gleichwohl weiter Verbesserungsbedarf, ebenso bzgl. der Transparenz palliativer Versorgungsangebote, aber auch bzgl. Netzwerkarbeit sowie –pflege und der Kommunikation bei Überleitungsprozessen.

Anschlussversorgung in der stationären Akut- und Langzeitversorgung wird beeinflusst durch:

Gelingfaktoren

- persönliches Kennenlernen der Netzwerkpartner*innen
- Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und SAPV-Dienstleister*innen
- Vorhandensein von Ansprechpartner*innen z.B. in Pflegeheimen
- aktive, kontinuierliche Netzwerkarbeit und –pflege mit poststationären Versorger*innen
- Transparenz bzgl. palliativer Expertise in poststationären Settings
- strukturierende Instrumente/ Dokumentation bei Überleitungsprozessen
- Offenheit gegenüber der Palliativversorgung (hier v. a. bezogen auf Pflegesettings)

Hemmfaktoren

- Pflegeheime kaum auf palliativen Versorgungsbedarf eingestellt/ausgerichtet: geringe Kapazitäten/ Ressourcen (v. a. auch Personal) bzw. hohe Auslastung in Pflegeheimen
- organisations- und wirtschaftsbezogene Hemmnisse in Pflegeheimen
- Mangel an Öffentlichkeitsarbeit bzgl. palliativer Versorgungsangebote (hier: besonders vonseiten des Krankenhauses)
- Mangel an transparenter Kommunikation bzw. Informationsaustausch (hier: v. a. bezogen auf die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern)

Wünsche/ Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen

- Verbesserung bei der Koordination und Kommunikation mit Netzwerkpartner*innen (hier v. a. bezogen auf Pflegeheime)
 - bzgl. der Vorausplanung und des Informationsflusses bei Überleitungsprozessen → wichtig: transparente, rechtzeitige, vorausschauende Überleitungsprozesse bzw. Informationsaustausch
 - persönliches Kennenlernen
- Verbesserung der Zusammenarbeit über
 - ... multiprofessionelles Netzwerken (Sozialdienst ist gut vernetzt, dies wird sich ebenso bspw. für Pflegefachkräfte gewünscht)
 - ... Bildungsangebote gemeinsam mit Netzwerkpartner*innen (hier v. a. bezogen auf Pflegeheime)

Empfehlungen

- Sensibilisierungsarbeit bzgl. Palliativversorgung – Besonders im Pflegesetting
- Unterstützung durch die Unternehmensführung zur organisatorischen und wirtschaftlichen Etablierung der Palliativversorgung (v. a. in Pflegesettings)
- Ressourcen: Zeit und Personal
- Lernen von- und miteinander → Förderung des unternehmensinternen und –externen Austausches (z. B. Fachgruppe, bezirkliche Netzwerktreffen)
- aktive Koordination von Überleitungsprozessen (bei Bedarf unterstützende Instrumente)
- transparente Definition von Zuständigkeiten/ Verantwortlichkeiten für Palliativversorgung
- Transparenz der eigenen palliativen Versorgungsangebotes und -strukturen

VI.7 Rolle der Palliativbeauftragten

Motivation für die Rolle als Palliativbeauftragte ergab sich aus Interesse an der Palliativversorgung und ihrer Weiterentwicklung, aber auch aus der Mitgestaltungsmöglichkeit der Rolle und des Projektes. Weitere Motivation begründete sich auf Basis persönlicher Erlebnisse mit An-/Zugehörigen, der Möglichkeit die hausinterne Palliativversorgung zu repräsentieren und Vernetzungsarbeit zu leisten. Die Palliativbeauftragten begegneten dem Projekt zu Beginn positiv hinsichtlich der Chance einer umfassenden Patient*innenversorgung und bzgl. des Netzerkausbau. In letzterem Punkt erlebten sie jedoch zu Projektstart zugleich Herausforderungen. Explizit wurde hier die Initiierung der unternehmensinternen Zusammenarbeit benannt. Hinsichtlich des Erfolges bei der Umsetzung der Einbindung des Projektes in den Klinikalltag zeigten sich zwischen den Projektkrankenhäusern, aber auch zwischen hausinternen Abteilungen Unterschiede. Als förderlich für ihre Tätigkeit benannten die Palliativbeauftragte die Unterstützung durch die Leitungsebene sowie eine gute Teamarbeit. Während zu Projektstart Bedenken dahingehend geäußert wurden, dass die Rolle als Palliativbeauftragte nicht weiter definiert war und womöglich zu Kompetenzüberschneidungen führen könnte, erfolgten zugleich Prozesse der Struktur- und Aufgabenfindung als Palliativbeauftragte – auch durch kollegiale Unterstützung (bspw. Einbindung aller Fachdisziplinen, Planung der Palliativarbeit, Klärung offener Fragen).

Zu Projektbeginn und im Verlauf identifizieren die Palliativbeauftragte Herausforderungen, mit denen sie sich konfrontiert sehen, bspw. divergierende Sichtweisen und deren Zusammenführung, aber auch eine mangelnde Sensibilisierung bzw. Akzeptanz hinsichtlich Palliativversorgung bzw. ihrer Rolle als Palliativbeauftragte. Zu Projektende zeigte sich eine Verbesserungstendenz bzgl. der Akzeptanz gemeinsam palliative Strukturen aufzubauen. Sowohl zu Projektbeginn als auch -ende wurden für die Rollenausübung personelle und zeitliche Ressourcen, an denen es oftmals mangelt, als besonders relevant erachtet. Als sinnvoll wird teils weniger eine Einzelperson als Palliativbeauftragte*r, sondern vielmehr ein Palliativbeauftragungs-Team gesehen – dies besonders hinsichtlich einer kontinuierlichen Erreichbarkeit. Insgesamt wird die Rolle mit einer hohen Verantwortung und Arbeitsbelastung verbunden, aber auch als sinnstiftend erlebt.

Mitarbeitende beschrieben die Palliativbeauftragten übergeordnet als zusätzliche Unterstützung für die gemeinsame Palliativversorgung. Im Projektverlauf haben sich neben den Palliativbeauftragte auch weitere berufsgruppenbezogene Ansprechpersonen etabliert.

Die Interviewten beschrieben, dass Palliativbeauftragte besonders auch patient*innennahe Tätigkeiten übernehmen sollen. In der Umsetzung der Rolle als Palliativbeauftragte zeigte sich hingegen, dass vorwiegend patient*innenferne, koordinierende Tätigkeiten ausgeübt wurden.

Die Rolle des Palliativbeauftragten wird beeinflusst durch:

Gelingfaktoren

- unterstützende Führung
- Teamwork und kollegiale Unterstützung – besonders auch bei der Rollen-, Struktur- und Aufgabenfindung als Palliativbeauftragte
- Akzeptanz zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung – auch durch Partizipation und Einbinden der Expertise der Mitarbeitenden
- Wahrnehmen der Palliativbeauftragung als Team (ggf. Kernteam aus Ärzt*in und Pflegefachkraft)

Hemmfaktoren

- Zeit- und Personalmangel (Palliativbeauftragte als „Einzelkämpfer*in“)
- Mangel an Sensibilisierung; Berührungsängste bzgl. Palliativversorgung auf Kolleg*innen- und Betroffenebene
- divergierende Versorgungsperspektiven auf multiprofessioneller Ebene bzw. multiprofessionelle Perspektiven in Einklang bringen
- Bedenken ...
 - im Kollegium um hohen Arbeitsaufwand durch Palliativversorgung
 - um Kompetenzüberschneidung, aufgrund Rollenunklarheit als Palliativbeauftragte
- geringe Anzahl an palliativ zu versorgende Patient*innen
- Nicht-Ernstnehmen der Palliativbeauftragten, aufgrund geringer beruflicher Erfahrungswerte bzw. Mangel an Akzeptanz im Kollegium bzgl. der Rolle als Palliativbeauftragte, aber auch bzgl. Mitwirken an Veränderungen
- persönliche Differenzen im Kollegium

Wünsche/ Anregungen, Bedarfe, Bestrebungen

- Ressourcen: Zeit und Personal (für die Palliativversorgung bzw. die Rolle als Palliativbeauftragte)
- (mehr) Feedback zur Ausübung der Rolle als Palliativbeauftragte
- offener Umgang mit persönlichen Herausforderungen in der Rolle als Palliativbeauftragte

Empfehlungen

- Ressourcen: Personal und Zeit
- Sensibilisierung/ Aufklärungsarbeit bzgl. Palliativversorgung auf individueller Mitarbeitenden- und Patient*innen- sowie Team- und Unternehmensebene
- Strukturen, die einrichtungsübergreifenden Austausch, soziales Miteinander und das Lernen von- und miteinander ermöglichen
 - Zeit und Raum für regelmäßigen Austausch, v. a. auch einrichtungsintern → bspw. durch unternehmensinterne Fachgruppe
- Team- und Self Care (hierunter auch: Feedbackarbeit/-konzept)
- Förderung des Teamgeistes bzw. „Wir-Gefühls“ (bspw. partizipativer Auf-/ Ausbau der Palliativversorgung, Einbinden der Expertise der Mitarbeitenden)
- Förderung der Motivation und des Engagements jedes*jeder Einzelnen
- unterstützende Führung
- Rollen- und Aufgabenfindung der Palliativbeauftragung im Team und diesbezügliche einrichtungsinterne Transparenz, aber auch nach extern
- Palliativbeauftragungs-Team, das eine Stellvertretung bei Krankheit, Urlaub etc. gewährleistet und entsprechend erreichbar ist sowie gegenseitige Unterstützung bietet

VI.8 Aufgaben der Palliativbeauftragten*

* auf Basis der Interviews mit den Mitarbeitenden, Palliativbeauftragten und Netzwerkpartner*innen

Bereiche	Aufgaben von Palliativbeauftragten
A) Qualifizierung, Sensibilisierung, Teamentwicklung	• Koordination/ Organisation, z. B. von Bildungsangeboten • Wissensvermittlung • Sensibilisierung/ Aufklärungsarbeit bzgl. Palliativversorgung • Förderung der Interdisziplinarität • Teamcare
B) Kommunikation	• professionsübergreifender interner und externer Austausch • interne Lobbyarbeit • Ansprechpartner*in für alle Beteiligten inkl. Netzwerkpartner*innen • Öffentlichkeitsarbeit • Repräsentanz der Palliativversorgung nach innen und außen • Feedbackarbeit
C) Versorgungspraxis	• Unterstützung bei der Identifikation des palliativen Bedarfs • Unterstützung i. S. einer bedürfnisgerechten Versorgung
D) Versorgungskette	• Koordination/ Organisation/ Planung der gemeinsamen Palliativversorgung (intern/extern) • Unterstützung bei der Organisation der Anschlussversorgung bzw. beim Überleitungs-/Entlassmanagement
E) Qualitätsmanagement	• Struktur- und Konzeptentwicklung zur Palliativversorgung • Qualitätsentwicklung und -sicherung • Reflexion/ Evaluation von Behandlungsverläufen

VII. Unterstützungs- und Hemmfaktoren der Palliativbeauftragung

Zum Auf- bzw. Ausbau und der Umsetzung der Palliativversorgung durch die Palliativbeauftragten haben aus Sicht der Mitarbeitenden, Palliativbeauftragten und Netzwerkpartner*innen v. a. die in den nachstehend aufgelisteten Geling- sowie Hemmfaktoren für die Umsetzung der Palliativbeauftragung beigetragen.

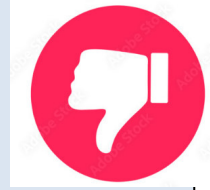


Gelingfaktoren für die Umsetzung der Palliativbeauftragung:

- **Eigenschaften der Palliativbeauftragten:** reflektiert, engagiert, fortgebildet, offen, einbindend, konfliktlösend, entscheidungsbevollmächtigt
- vorzuhaltende bzw. auszubauende **Merkmale zur Unterstützung** der Palliativbeauftragten:
 - **Team** mit Vertretungen für Palliativbeauftragte und Multiplikator*innen im gesamten Krankenhaus
 - transparente, strukturierte **Bildungsangebote** mit Mentor*innenprogrammen zur Umsetzung von Gelerntem
 - unterstützende **Leitung, (Mit-)Gestaltungsmöglichkeiten**
- **zeitliche** Ressourcen
- **Palliativkonzepte** mit Aufgabenbeschreibungen und vorzuhaltenden Versorgungsstrukturen
- **Akzeptanz/Offenheit** für Palliativversorgung
- regelmäßige interne/externe **Netzwerkaktivitäten** mit **persönlich** bekannten Vertreter*innen
- **gemeinsame Netzwerk-Projekte und -Konzepte**, wie Ausbau der Vorausschauenden Versorgungsplanung, Berliner Begleitmappe



Hemmfaktoren für die Umsetzung der Palliativbeauftragung:



- **fehlende/ unzureichende Informationen** zur der Palliativbeauftragung und deren Aufgaben im Krankenhaus
- **fehlende palliative Erfahrung** der Palliativbeauftragten
- **fehlende Palliative Care-Ausbildung** der Palliativbeauftragten
- **mangelnde Kontinuität** in der Palliativbeauftragung
- **steile Hierarchiestrukturen** und **ungeklärte Kompetenzen**
- **geringe palliative Interventionszeit**, aufgrund kurzer Liegezeiten und später Identifikation palliativer Bedarfe besonders bei Patient*innen ohne Tumorerkrankungen
- **spät stattfindende gemeinsame Kommunikation** auf interprofessioneller/-disziplinärer Ebene
- **Informationsdefizite** bezüglich der Netzwerke (fachlich und strukturell)

VIII. Diskussion, Schlussfolgerungen und Verstetigung

Insgesamt konnte das Projekt in allen Projektkrankenhäusern mit unterschiedlicher Ausprägung operativ durchgeführt werden, so dass deren jeweilige Aufgabe bearbeitet und damit die Palliativversorgung forciert wurde. Bei der Gesamtbetrachtung aller Ergebnisse zeigt sich eine positive Entwicklung im Ausbau der Palliativversorgung in fast allen Krankenhäusern der JSD. Jedoch sind insbesondere im Verlauf in den Projektkrankenhäusern eine höhere Anzahl positiver quantitativer Veränderungen im Vergleich zu den Referenzkrankenhäusern zu detektieren. Diese Veränderungen werden durch die qualitativen Ergebnisse, die nur in den Projektkrankenhäusern erhoben wurden, unterstützt und verdeutlicht.

Aus Sicht des Projektteams ist die positive Entwicklung insbesondere in den Projektkrankenhäusern auf die Tätigkeit der Palliativbeauftragten und die damit verbundene sensibilisierende und organisationsstrukturentwickelnde Arbeit zurückzuführen. Die Unterstützung durch die Stabsstelle Supportiv- und Palliativmedizin, die Fachgruppe Palliativmedizin der JSD sowie durch gemeinsame Projekte u. a. mit Netzwerkpartnern sowie die Begleitstudie selbst tragen hierzu bei und erklären neben dem potentiellen Einfluss gesellschaftlicher Veränderungen positive Veränderungen in der gesamten JSD.

Zentrale Faktoren für den Ausbau der Palliativversorgung sind Verständnis bzgl. Palliativversorgung, Fortbildung, Kommunikation und Netzwerkarbeit. Palliativbeauftragte sollen hierfür sowohl sensibilisieren und motivieren als auch Konzepte und Strukturen ausbauen und betreiben. Palliativbeauftragte sollten Teil eines Palliative Care Teams sein, das den oder die Beauftragte:n aktiv unterstützt. Die Aufgaben aller im Team sollten transparent sein. Kriterien für die Auswahl von Palliativbeauftragten sollten neben der fachlichen Eignung, die Bekanntheit in der Einrichtung, Sozialkompetenz und persönliche Motivation sein. Aufgrund der eher hierarchischen Struktur im Krankenhauskontext sollte die Geschäftsleitung sowie Chef- und Oberärzt:innen die Palliativbeauftragten mit definierten Befugnissen ausstatten und in ihrer Arbeit unterstützen. Außerdem müssen zu ermittelnde Zeitkontingenten für deren Arbeit bereitgestellt werden.

Organisationen, in denen mehrere Einrichtungen schwerstkranke Menschen palliativ versorgen werden, sollte eine zentrale Unterstützung der Palliativbeauftragten erfolgen, z. B. wie hier dargestellt durch eine Stabsstelle und Fachgruppe.

Im Vergleich der hier dargestellten Aufgaben der Palliativbeauftragten mit denen von der DGP 2015 [7] ergeben sich viele Übereinstimmungen, z. B. hinsichtlich der Konzepterstellung, Bedarfs- und

Bedürfnisidentifikation oder Sensibilisierung zur Palliativversorgung. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen zudem die Gestaltung der Überleitungsprozesse als Aufgabe der Palliativbeauftragten. Die von Rösch et al. (2016) [8] postulierten Berührungspunkte und damit Aufgaben der Palliativbeauftragten auf den Ebenen Konzern, Einrichtung, Bewohner:innen/Patient:innen, Mitarbeiter:innen, Kooperationspartner:innen/Netzwerke werden durch die Ergebnisse der hier dargestellten Studie untermauert. Auch die in der Stellungnahme der DGP zur Krankenhausreform 2023 formulierten Anforderungen an Palliativbeauftragte finden sich in den von dem Projektteam gefundenen Aufgaben wieder.

Es bleibt festzuhalten, dass es neben den gesetzlich festgelegten palliativmedizinischen Spezialbehandlungen (Palliativdienst, palliativmedizinische Komplexbehandlung und Palliativstationen) einer Schlüsselfunktion, wie die der Palliativbeauftragten (im Krankenhaus), braucht, um eine indikationsgerechte frühe und kontinuierliche Integration der Palliativmedizin und bestmögliche Palliativversorgung für Patient*innen im Krankenhaus zu erreichen. Diese wäre entsprechend, für alle erkennbar, Motor und Ansprechpartner in allen Angelegenheiten der palliativen Versorgung in einer sowohl allgemeinen als auch spezialisierten Betreuungsausrichtung.

Auf Basis der überwiegend positiven Studienergebnisse wird empfohlen, eine Ergänzung (Novelle) des Hospiz- und Palliativgesetzes im Hinblick auf die Implementierung der Funktion des Palliativbeauftragten anzustreben. Sinnvoll wäre es, den Palliativbeauftragten mit dem im Gesetz gestärkten Palliativdienst zu verbinden, sodass die Palliativbeauftragten Dreh- und Angelpunkt für alle palliativmedizinischen Fragen (im Krankenhaus und im bezirklichen Netzwerk) ist. So kann der Rechtsanspruch „auf palliative Versorgung als Teil der Krankenbehandlung“ (§27 SGB V) in einer personalisierten Versorgungskette für jeden bedürftigen Patient*innen sicher und indikationsgerecht umgesetzt werden. Palliativbeauftragte könnten dabei eng mit den Koordinatoren der Hospiz- und Palliativnetzwerken kooperieren und so Schnittstellen vom ambulanten in den stationären Sektor besser gestalten.

Es sollte gemeinsam mit den Kostenträgern nach Möglichkeiten gesucht werden, die Beschäftigung von Palliativbeauftragten im Krankenhaus, zum Beispiel innerhalb eines Palliativdienstes oder in Analogie zu einem Transplantationsbeauftragten, zu finanzieren. Die Finanzierung des Palliativbeauftragten in der Regelversorgung könnte sich beispielsweise aus einer Steigerung des momentan in Berechnung befindlichen Zusatzentgeltes für den neuen Palliativdienst über die OPS 8-98 h ergeben.

IX. Limitationen

Stärke der Studie darin gesehen, dass ein erster wissenschaftlich fundierter Einblick des Forschungsgegenstandes für den Raum Berlin erfolgte. So soll die Studie einen wesentlichen Beitrag zu einer fundierten Diskussion über die Implementation von Palliativbeauftragten beitragen.

Methodisch ist der angewandte Mixed-Method-Ansatz positiv hervorzuheben, da hierdurch verschiedene, relevante Dimensionen der Versorgungssituation analysiert werden konnten.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der quantitativen Befragung ist zu beachten, dass sich die Anzahl der Teilnehmenden zwischen der ersten Befragung 2016 und der zweiten Befragung 2020 etwa halbiert hat. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen gleichmäßigen Trend. Während einige Krankenhäuser eine vergleichbare Anzahl an Teilnehmenden aufwiesen, sank der Anteil in anderen Krankenhäusern besonders in den Nichtprojektkrankenhäusern teilweise erheblich. Darüber hinaus veränderte sich die Zusammensetzung der Teilnehmenden nach Merkmalen wie Berufsgruppe und Bereiche. Als Ursache für diese Abweichungen können zum einen Einschränkungen und Mehrbelastungen durch die COVID-19-Pandemie, zum anderen auch strukturelle Veränderungen in einzelnen Krankenhäusern angesehen werden. Auswirkungen auf die Interpretierbarkeit der Ergebnisse können nicht ausgeschlossen werden.

Bei der Bewertung der Sekundärdaten ist zu beachten, dass in die Vergleichsbetrachtung zur Palliativversorgung die Abrechnungsdaten der palliativen Komplexbehandlung als Indikatoren genutzt wurden. Eine Beurteilung der allgemeinen Palliativversorgung ist hier nicht eingeschlossen. Außerdem ist zu beachten, dass aus dem Wichernkrankenhaus - durch Eingliederung in die JSD im Jahr 2018 - keine Fälle der PMKB für das Jahr 2017 in die Auswertung einbezogen werden konnten. Die Zahlen sind deshalb als Fußnote in im Sekundärdatenbericht als Fußnote vermerkt, aber in den Berechnungen nicht enthalten. Ebenso gab es dadurch Einschränkungen in den jährlichen Vergleichen. Berechnung für die Evangelische Elisabethklinik und das Evangelische Krankenhaus Hubertus erfolgten teilweise erst ab 2019, da vorher keine Palliativversorgung durch Komplexbehandlungen angewandt wurde.

Auf der Ebene des **qualitativen Studienteils** ist eine der zentralen Limitationen, dass es sich um eine begrenzte Anzahl an Interviewpersonen und um ein Unternehmen aus einem Bundesland handelte. Zudem begrenzt das Untersuchungsfeld die Ergebnisse auf das Krankenhaussetting. Weitere Settings sollten ebenfalls untersucht werden bzgl. der Implementation von Palliativbeauftragten. Positiv hervorzuheben ist, dass die gewünschte Heterogenität im Sample

erreicht wurde. Jedoch wurde lediglich eine begrenzte Auswahl an Perspektiven eines multiprofessionellen Palliativteams abgebildet.

Es bestand kein enger persönlicher oder hochfrequenter, beruflich-professioneller Kontakt zu den Interview-Teilnehmenden und dem Forschungsteam. Teilweise waren jedoch Teilnehmer aus den einzelnen Krankenhäusern über die Fachgruppe Palliativmedizin sowie mit der Stabstelle Palliativmedizin, die die Projektleitung innehatte, in Kontakt. Eine mögliche Befangenheit einzelner Teilnehmer kann so nicht ganz ausgeschlossen werden. Nicht auszuschließen ist zudem eine gewisse Selbstselektionsstichprobe, indem sich womöglich lediglich solche Personen für ein Interview bereit erklärt haben, welche für das Thema sensibilisiert waren und Interesse an dem Thema hatten. Weiterführend konnte die Durchführung der Interviews am Arbeitsplatz der Interviewpersonen zu einer natürlicheren Gesprächsatmosphäre beitragen.

Insgesamt hatte die COVID-19-Pandemie einen nicht genau messbaren Einfluss auf alle Teile der Begleitstudie.

X. Ausblick

Die Begleitstudie zeigt, dass Palliativbeauftragte ein Zugewinn und Motor für die Entwicklung der palliativen Versorgungssicherheit und -qualität von Patient*innen im Krankenhaus sind und eine Einbettung in Versorgungsketten der ambulanten und stationären Palliativbetreuung forcieren. Somit wird eine zentrale Forderung von Radbruch und Melching von 2016 aus Sicht des Projektteams erfüllt:

“ Nur durch die Einführung eines Palliativbeauftragten kann aber sichergestellt werden, dass jeder Patient die (allgemeine oder spezialisierte) Palliativversorgung erhält, die er benötigt.”¹⁰⁴

Dafür gilt es Palliativbeauftragte gesetzlich zu verankern, um so eine Finanzierung für die Aufgaben sowohl in der allgemeinen als auch spezialisierten Palliativversorgung zu erreichen.

¹⁰⁴ Radbruch L, Melching H. Palliativteam oder Palliativbeauftragter. Zeitschrift für Palliativmedizin 2016; 17: 213.