

Foto: picture alliance / JOKER



Todkranke werden zu oft verlegt

## In **Würde** sterben, wo man gelebt hat

Das allseits, auch in den internationalen „Palliativ-Care-Gesellschaften“ formulierte Ziel in der Betreuung Sterbender lautet, das ein würdevolles Sterben unabhängig des jeweiligen Sterbeortes zu ermöglichen ist. Wie dieser Zielanspruch zu ermöglichen ist, wird von den europäischen Gesellschaften und deren Experten durchaus unterschiedlich beantwortet. Bereits ein Vergleich zwischen den Bundesländern, aber auch innerhalb der europäischen Staaten verdeutlicht die Unterschiedlichkeit des Vorgehens. So bleibt zu prüfen, ob eine ausschließlich für die Sterbenden gültige Vorgehensweise formuliert wird oder ob an einer allgemeinen Zielstellung der Versorgung Anschluss genommen wird.

Um die Versorgungsqualität anlässlich der Verlegung eines Bewohners aus einer Pflegeeinrichtung sicherzustellen, bedarf es des koordinierten Vorgehens unterschiedlicher Berufsgruppen. Neben den Zielstellungen, die sich aus der Pflege und medizinischen Versorgung ergeben, sind auch die Sozialarbeit bzw. Administration und vor allem auch die Erwartungen und Bedürfnisse des be-

troffenen Bewohners und seiner Angehörigen zu berücksichtigen. Ebenfalls häufig unmittelbar betroffen bzw. mit einzubeziehen sind die ambulanten Versorgungspartner aus der Pflege und der ärztlichen Versorgung. Für diesen als Überleitung zu charakterisierenden Versorgungsprozess ergeben sich allein aufgrund dieser akzentuierten Zielstellungen unterschiedliche Erwar-

tungs- und Handlungsprogramme. So unterscheidet sich der administrative Auftrag – der sich im Wesentlichen aus Kostenaspekten und auch möglichen rechtlichen Anforderungen begründet – erheblich von einer pflegerisch-sozialen bzw. medizinischen Perspektive, die sich maßgeblich an dem Erhalt der erreichten Versorgungsqualitäten orientiert.

Trotz der offensichtlich bestehenden Überleitungsrisiken und dem regelmäßig zu beobachtenden Stress aufseiten des Bewohners, seiner Familie und der betroffenen Helfergruppen kann davon ausgegangen werden, dass im überwiegenden Fall die Überleitung gelingt und die erreichten Lebens- und Versorgungsqualitäten weitestgehend erhalten bleiben. Insbesondere das in den Pflegeeinrichtungen etablierte Qualitätsmanagement weiß um die Bedeutung der Schnittstellengestaltung und hat in aller Regel Verlegungen und die mit dieser verbundenen Überleitungs-

◀ Die Verlegung Sterbender bedeutet für alle Stress – für die Sterbenden, die Angehörigen, die Betreuer.

phase als kritische Phase erkannt und versucht, diese bestmöglich zu steuern. All diese Aspekte und einige zusätzliche Herausforderungen sind natürlich auch für die Verlegungen von sterbenden Bewohnern in besonderem Ausmaß gültig.

### Zur Verlegung Sterbender

Die 2016 vom Deutschen Ethikrat formulierte Zielgröße des „Patientenwohls“, aber auch der sehr präzise definierte Begriff der „Lebens- bzw. Versorgungsqualität“ sind geeignet, die speziellen Bedürfnisse sterbender Menschen zu sichern. Alle an der Versorgung und Begleitung beteiligten Experten sind sich darin einig, dass unnötige Verlegungen Sterbender zu verhindern sind – was nicht heißt, dass diese in der Praxis der Pflegeversorgung vollständig zu überwinden sein werden. Weitgehende – und durch wiederholte Studien bestätigte – Einigkeit besteht in der Bevölkerung, dass es das häusliche Umfeld ist, das als Sterbeort präferiert wird. Insbesondere die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), ambulante Hospizgruppen, engagierte Hausärzte, Pflegedienste, Kirchengemeinden und bürgerschaftliche Initiativen eint, das Sterben zu Hause zu ermöglichen. Zugleich greifen diese Unterstützungssysteme nicht überall und in jedem Fall, und so kommt es auch in der häuslichen Versorgung Sterbender zu späten Verlegungen – häufig als Notfall begründet – in das Krankenhaus.

Die in deutschen Regionen und Kommunen bestehenden Versorgungsnetzwerke und -verbände eint zugunsten der palliativen Versorgung von Sterbenden das Ziel, nicht indizierte Verlegungen am Lebensende zu vermeiden. Allein der Charta-Prozess zur Betreuung Sterbender legt dies nahe. Zugleich weisen auch diese Netzwerke „regionale Lücken“ bzw. „Webfehler (etwa fehlende

Leistungsangebote)“ auf. Pflegeheime sollten in diesen Verbänden nicht nur vertreten, sondern aufgrund ihrer überragenden Bedeutung als Sterbeort eine entscheidende Funktion und Verantwortung besitzen. So gilt es auch weiterhin – und über das neue Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung aus dem Jahr 2015 hinaus –, dass die unterschiedlichen Orte des Sterbens in der Art personell, fachlich und damit finanziell zu stärken sind, sodass ein würdevolles Sterben möglich ist. Organisatorische, durch unzureichende Infrastruktur oder auch personell-fachlich begründete Verlegungen sollten ihre Begründung ebenso verlieren wie tatsächliche oder vermeintliche soziale Vereinsamung.

### Die Situation im Pflegeheim

Die Situation in den deutschen Pflegeheimen ist im Trend durch einen im Durchschnitt immer älteren, pflegebedürftigeren und kürzere Zeit in der Einrichtung verweilenden Bewohner gekennzeichnet. Deren notwendige medizinische bzw. hausärztliche Betreuung ist nicht in allen Versorgungssituationen bzw. Einrichtungen in dem eigentlich zu fordernden Ausmaß gesichert. Die sich aus dieser Belastung ergebenden Krisen- und Überforderungssituationen sind absehbar und können immer wieder aufgezeigt werden. Auch die eigentlich zwingend notwendige Angehörigenintegration sowie die gelungene Einbeziehung dritter, komplementärer Partner und deren Unterstützung gelingen nicht in allen Einrichtungen bzw. relevanten Aufgabenbereichen gleichermaßen. Dabei gehen die erkennbaren Versäumnisse keinesfalls allein auf die der Einrichtungsbetreiber zurück. So gelingt die insbesondere familiär herzustellende, frühe Präzisierung der Ziele und Interessenlagen für das Lebensende – etwa durch handlungsführende Bewohner-

verfügungen formalisiert – bis heute nur unzureichend. Der hausärztlichen Versorgungsverantwortung entziehen sich zahlreiche niedergelassene Ärzte. Wie hoch die Anzahl der Verlegungen, welche Begründungen zu diesen führen und mit welchen Konsequenzen – etwa für die Angehörigen oder den Sterbenden – diese einhergehen, entzieht sich weitgehend empirischer bzw. versorgungsforschungsbegründeter Aufarbeitung. Erste, insgesamt als explorativ zu bewertende Studien weisen darauf hin, dass jeder vierte bis fünfte Heimbewohner in seinem letzten Lebensabschnitt nochmals in ein Krankenhaus verlegt wird. Dies würden ca. 70.000 Heimbewohner jährlich betreffen.

### Praktisches Handeln

Im Folgenden sollen vier Möglichkeiten benannt werden, die in einem Wechselspiel der Zusammenwirkung als besonders geeignet erscheinen, die Verlegung von sterbenden Bewohnern auf ein sehr geringes Maß zu beschränken.

#### Risikoermittlung und Prävention in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement

Als eine vielversprechende Möglichkeit erscheint das seit einigen Jahren in der internationalen Krankenversorgung verbreitete Verfahren der systematischen Erhöhung der Patientensicherheit. Ein Verfahren, das als präzises, einfach zu etablierendes und wirksames Qualitätsinstrument ausgewiesen ist. Dabei würde für die vorliegende Situation vereinfacht formuliert so vorgegangen, dass diejenigen Risiken, die zu einer Verlegung eines Sterbenden führen könnten und deren näheren Begleitumstände, ermittelt werden. Diesen Risiken wird möglichst präventiv, aber auch interventionell durch geeignete Maßnahmen entgegengetreten. So können etwa organisatorische Risiken (Personalmangel

am Wochenende oder in der Nacht) oder solche, die sich aus einer akuten physiologischen Zustandsverschlechterung des Bewohners ergeben, zeitig detektiert und Gegenmaßnahmen getroffen werden.

### Etablierung eines Case Managements für Sterbende

Die Etablierung eines verbindlichen, individuellen Betreuungssystems, wie es durch Case Management oder auch Primary Nursing idealtypisch ermöglicht wird, ist im Prinzip als Voraussetzung für die individuelle Betreuung Sterbender anzuerkennen. Dass sich diese fallorientierte Organisationsform in der Regelversorgung bis heute in den Pflegeheimen nicht durchgängig durchsetzen lässt und sich stattdessen zahlreiche wichtige pflegerische und soziale Tätigkeiten nur funktionalisiert realisieren lassen, wirkt sich in der Betreuung sterbender Bewohner besonders nachteilig aus. Dies gilt umso mehr, wenn die hausärztliche Betreuung, das Engagement bzw. die Qualität der Angehörigenintegration und einer vorausschauenden Lebens- bzw. Planung des letzten Lebensabschnittes (Advanced Care Planing oder etwa in einer Pflegeanamnese nach Krohwinkel) hinter den faktischen Erfordernissen zurückbleiben bzw. nicht hinreichend koordiniert werden. Wo keine oder wenige Strukturen, eine zu geringe Personalausstattung und zu wenige Angebote bestehen, nutzt Koordination nichts. Zugleich zeigt die Praxis, dass vielfach bestehende Leistungen wie sie auch nach SAPV möglich wären, eben nicht hinreichend informiert, koordiniert und auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt vorgetragen werden.

### Versorgungsforschung als geeignetes Forschungsformat

Verlegungsnotwendigkeit, deren Frequenz, potenzielle Risiken, die zu unnö-

tigen Verlegungen führen, und mögliche Folgen sind eher das Resultat als der Ausgangspunkt organisatorischer und fachlicher Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung. Erneut: Dies gilt natürlich auch für die Verlegung von Menschen in todesnahen Situationen. Hier in besonderem Maß und ethischer Konsequenz. Um die sich verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen

- a. der betreuten Klienten (immer älter werdend, häufiger auch demenziell überlagert etc.),
  - b. der größer werdenden Zahl der involvierten Spezialisten und mit diesen einhergehenden Prozesse und
  - c. in den Pflegeheimen
- weiterhin zugunsten einer Versorgungsverbesserung der Bewohner zu entwickeln, ist die Versorgungsforschung in ihrem Selbstverständnis, in Methoden und praktischen Umsetzungskompetenzen der geeignete Partner. Zukünftig sollten Informationen systematischer als bisher aus den Versorgungsbereichen erhoben und zugunsten deren Verbesserung analysiert werden. Zum Teil stehen solche Daten bereits zur Verfügung, sie werden nur nicht im Zusammenhang mit der Verbesserung der Abläufe der Bewohner eingesetzt.

### Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) bietet Chancen

Das 2015 in Kraft getretene HPG kann durchaus geeignet sein, die Frequenz und Qualität der Verlegungen sterbender Menschen zu reduzieren. Zahlreiche Teileinlassungen haben dies – zumeist indirekt – zum Gegenstand und betreffen sowohl

- die häusliche Versorgungssituation: zum Beispiel verbesserte Vergütung der Pflegedienste und Hausärzte, Selektivverträge;
- die Versorgung im Krankenhaus wie erweiterte und angepasste Möglichkeit der Abrechnung palliativer Leis-

tungen, Kooperationen mit ambulanten Versorgungspartner als auch

- die Versorgung in der Pflegeeinrichtung: beispielsweise verbindliche Einbindung der Hausärzte, Planung des Lebensendes (Advance Care Planning). ▸

### Literatur

- George, W., Klein, B. (1999): Pflegeüberleitung. Zeitschrift für Pflegewissenschaft Heft 4
- George, W., Dommer, E., Szymczak, V. R. (2013): Sterben im Krankenhaus: Ergebnisse, Analysen, Empfehlungen. Psychosozial Verlag
- George, W. (2014): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen: Ergebnisse, Analysen, Empfehlungen. Psychosozial Verlag



Prof. Dr. phil. **Wolfgang M. George** ist promovierter Diplompsychologe und Krankenpfleger. Er leitet das Medizinische Seminar George in Gießen. Im Gesundheitswesen ist der Autor durch sein Engagement für patienten-/angehörigennahe Versorgungsprojekte, Veröffentlichungen und einem Assessment zur Integration von Patienten und deren Angehörigen ausgewiesen. [george@transmit.de](mailto:george@transmit.de)