

In Ruhe sterben

Jeder fünfte Sterbende in Deutschland wird in seinen letzten Lebenstagen noch einmal verlegt – viele dieser Verlegungen sind jedoch unnötig. Eine Studie will nun den Ursachen auf den Grund gehen und Lösungen finden, wie unnötige Verlegungen vermieden werden können. Auf den PUNKT sprach mit dem Leiter der Studie namens Avenue-Pal, Prof. Dr. Wolfgang George, von der Technischen Hochschule Mittelhessen in Gießen.

Verlegungen von Sterbenden könnten auf ein Fünftel reduziert werden, ist sich der Gießener Psychologe Prof. George sicher.



Patienten und Heimbewohner werden mitunter in ihren letzten Lebenstagen noch in ein anderes Versorgungsumfeld verlegt. Welche Folgen hat das für die Betroffenen?

George: Verlegungen gehen grundsätzlich mit Stress, Belastung und Unsicherheit einher. Bei alten Menschen ist das besonders ausgeprägt. Selbst gesunde alte Menschen haben ja schon bei einem Ortswechsel Orientierungsschwierigkeiten. Allein dieser Kontext reicht aus, dass man sehr sorgfältig mit Verlegungen alter, gar sterbender Menschen sein sollte. Außerdem stellt sich die Frage: Ist das wirklich der Patientenwille? Wir haben eine ganze Reihe von Hinweisen, dass die Verlegung oft ein dynamischer Prozess ist, in dem der Patientenwille nicht die vorderste Zielorientierung ist.

Wie viel Prozent der sterbenden Menschen verbringen ihre letzten Lebenstage im Krankenhaus, Pflegeheim oder zu Hause? Und wie viele Sterbende sind jährlich von einer medizinisch, pflegerisch und/oder juristisch nicht notwendigen Verlegung betroffen?

George: Man kennt leider nur exakt die Anzahl der Verstorbenen in den Krankenhäusern. Das waren 2016 etwa 419.000. Diese machen circa 50 Prozent aller Sterbenden aus. Ungefähr 30 Prozent versterben in den Pflegeeinrichtungen, davon rund drei Prozent in einem Hospiz. Die verbleibenden 20 Prozent der Menschen versterben zu Hause. Das große Problem in diesem Zusammenhang ist, dass wir in Hessen, aber auch in anderen Bundesländern, kein Sterbeortregister haben. Das ist ein wirkliches Manko mit Auswir-

kungen vielfältiger Art. Denn man weiß ja dann gar nicht, wie stark einzelne Effekte, etwa durch die SAPV oder AAPV ausgelöst, im Versorgungsgeschehen gewichtet werden können. Und um den letzten Teil der Frage zu beantworten: Circa 100.000 bis 150.000, also circa 20 Prozent der Sterbenden sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Pflegeeinrichtungen werden unseren Vorstudien nach in ihren letzten Lebenstagen noch einmal verlegt.

Avenue-Pal wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert und ist auf drei Jahre angelegt. Was ist in den drei Jahren alles geplant?

George: Das Projekt folgt einem Vier-Phasen-Modell: Gegenwärtig sind wir gemeinsam mit unseren Partnern damit beschäftigt, eine evidenzbasierte Wissensgrundlage zu erstellen, indem wir selber Befragungen durchführen, eine Literaturrecherche machen und indem wir zahlreiche Experteninterviews realisieren – allesamt mit dem Ziel, diesen Prozess, der zu Fehlverlegungen führt, genau zu identifizieren. Dabei stoßen wir übrigens auf offene Ohren. Alle Prozessbeteiligten sind sich einig, dass ein würdevolles Sterben immer jeweils an dem Ort, an dem der Sterbende sich befindet, organisiert werden sollte.

Daran anschließend wollen wir in der zweiten Phase Strukturen, Leitlinien und Behandlungspfade identifizieren, die dann den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als Entscheidungshilfen dienen. Dann kommt die dritte Phase: die Umsetzung. Im Universitätsklinikum Gießen und in einer größeren AWO-Einrichtung auch hier in Gießen. In beiden Einrichtungen werden wir diese Entscheidungshilfen, Leitlinien und Behandlungspfade operativ umsetzen. In der ab-

schließenden vierten Phase werden wir messen, ob die Intervention, die wir geführt haben, erstens geeignet ist, die Effekte zu erreichen, die wir anstreben wollen. Zweitens werden wir Transfermöglichkeiten auch für andere Pflegeheime und Krankenhäuser deutschlandweit aufzeigen.

Welche konkrete Hilfestellung wollen Sie den Beteiligten durch Avenue-Pal geben, um zukünftig Verlegungen zu vermeiden?

George: Wir wollen wirksame Entscheidungshilfen, decision-aids genannt, entlang der vorhandenen S3-Leitlinie entwickeln, die wir an die unterschiedlichen Betroffenengruppen adressieren. Der Hausarzt etwa soll in seiner Funktion entlastet und zugleich in seiner Verantwortung gefordert werden.

Warum ist Ihnen bei der aktuellen Studie insbesondere auch die Perspektive der niedergelassenen Hausärzte wichtig? Und ist aus Ihrer Sicht die Thematik der „Fehlverlegungen“ schon ausreichend im Bewusstsein der Ärzte?

George: Erfahrene Hausärzte wissen um das Problem in den Heimen. Viele sagen, dass es deutlich gemildert werden könnte, wenn in den Pflegeeinrichtungen Dinge besser abgestimmt wären. Im Vordergrund stehen dabei die zeitnahe Information und die Kommunikationssteuerung. Es geht darum, dass die Informationswege richtig geführt werden. Auch wir konnten und können immer wieder sehen, dass gerade im Informationsverlauf mit dem Hausarzt vielfältige Verbesserungsmöglichkeiten existieren. Die Bewohner in den Pflegeheimen sind ja in aller Regel ihre Patienten. Daher sind die Ärzte natürlich an einer guten Betreuung interessiert. Immer dann, wenn sie wahrnehmen, dass diese nicht gewährleistet ist,

Avenue-Pal

Förderung und Laufzeit: Avenue-Pal (Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung) ist ein Innovationsfondsprojekt und wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für drei Jahre mit rund zwei Millionen Euro gefördert. Mit dem Innovationsfonds werden neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, sowie Versorgungsforschungsprojekte gefördert.

Partner: AWO-Stadtkreis-Gießen, BIG-direkt, Deutsches Krankenhausinstitut, Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Technische Hochschule Mittelhessen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen), Hessischer Städte- und Gemeindebund (HSGB), Ostbayerische Technische Hochschule (OTH) Regensburg. Konsortialleitung: TransMIT-GmbH / TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung.

Machen Sie mit bei Avenue-Pal!

Sie sind Arzt oder Ärztin und betreuen Patienten in einer Pflegeeinrichtung? Dann machen Sie mit! Die Bearbeitung des Fragebogens nimmt 15 Minuten in Anspruch. Sie können online an der Umfrage teilnehmen oder den Fragebogen per Post übermitteln.

Über den folgenden Link gelangen Sie zur Online-Umfrage oder können dort alternativ den Fragebogen herunterladen:

www.sterbestudie.de/ha

suchen sie nach alternativen Lösungen: Und eine solche kann dann auch eine Verlegung sein – vielleicht auch nicht nur unbegründet. Deshalb wollen wir mithilfe der Hausärzte die Einrichtungen so stärken, dass unnötige Verlegungen erkannt und durch geeignete Interventionen nicht notwendig werden. Kurzum ist die gelungene Kooperation mit den Hausärzten eine der absolut notwendigen Voraussetzungen, um die Risiken, die zu einer Verlegung führen, in den Griff zu bekommen.

Schauen wir in die Zukunft und stellen uns vor, die von Ihnen in Ihrem Projekt erarbeiteten Leitlinien wären in Kliniken und Pflegeeinrichtungen implementiert. Wie sähe aus Ihrer Sicht der – hoffentlich – selbstverständliche Umgang mit Sterbenden in ihren letzten Lebenstagen aus?

George: Für mich gilt zunächst der Zielanspruch, dass wir versuchen, das Sterben zu Hause zu ermöglichen – bei allem Wissen um die Versorgungsrealität. Es gibt eine neue Studie von einer jungen Norwegerin, die eine Gruppe von angelsächsischen und nordeuropäischen Ländern über die Ermöglichung des

Sterbens zu Hause verglichen hat. In dieser kann man sehr gut erkennen, warum etwa die Briten sehr viel weiter sind als die Norweger. Das bedeutet für uns, dass wir die Möglichkeit, zu Hause zu versterben, konstruktiv erarbeiten können. Wenn wir in Deutschland also wissen würden, wie viele Menschen genau zu Hause sterben, könnten wir diese gesellschaftlich formulierte Zielgröße weit gezielter ansteuern.

In den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist es unser Ziel, eine Art häusliches Umfeld zu ermöglichen. Das bedeutet weniger, dass man seinen Kleiderschrank mitbringt, sondern dass die soziale Einbindung und individuelle Rücksichtnahme ermöglicht werden. Kernaussage der Charta zur Betreuung Sterbender ist, eine gute Betreuung unabhängig von der Art des Sterbendes zu ermöglichen. Es ist sehr wohl möglich, dass sowohl das Krankenhaus als auch die Pflegeeinrichtung gute Orte zum Sterben sind. Die hohe Zahl der Verlegungen am Lebensende könnte unserer Einschätzung nach auf ein Fünftel reduziert werden. ■

Die Fragen stellten
Marilena Demarez-Bandeh und Cornelia Kur



Prof. Dr. Wolfgang M. George

- Diplom-Psychologe, Krankenpfleger und seit 2008 Honorarprofessor an der Technischen Hochschule Mittelhessen
- Leiter des TransMIT-Projektbereichs für Versorgungsforschung mit dem Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaft
- Vor 25 Jahren Durchführung der „Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in den Krankenhäusern“
- Projekte 2018: Verlegung schwerstkranker und sterbender Menschen, Deutsches Palliativsiegel für Krankenhäuser und Pflegeheime, Wissenschaftler antworten auf die Enzyklika Laudato-SI von Papst Franziskus, Regionale Gesundheitsversorgung und Veranstalter des Kongresses „Sterben im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen“