

PALLIATIVVERSORGUNG IN KLINIKEN

„Die Deutschen wollen zu Hause sterben“

Prof. Dr. Wolfgang George, wissenschaftlicher Leiter des Projektbereichs für Versorgungsforschung und Beratung der TransMIT Beratungsgesellschaft spricht mit kma über die aktuelle Studie zur Situation sterbender Menschen in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Herr Prof. George, Ihre jüngste Studie zur Situation Sterbender in deutschen Krankenhäusern befasst sich v. a. mit der Überleitung bzw. Verlegung sterbender Patienten aus Pflegeeinrichtungen in Krankenhäuser aber auch innerhalb des Krankenhauses. Warum haben Sie gerade dieses Thema aufgegriffen?

Der Umgang mit Verlegungen im letzten Lebensabschnitt hat eine große Bedeutung für die Versorgung Sterbender. Unseren Auswertungen nach wird hierzulande jeder fünfte sterbende Patient kurz vor seinem Tod noch einmal verlegt. Das entspricht einer Zahl von weit über 100 000 Menschen. Das häufig wenig reproduzierbare Verlegungsgeschehen erscheint symptomatisch für zahlreiche Versorgungsdefizite und Abstimmungsbedarfe. Das betrifft unter anderem auch die Koordination der am Verlegungsprozess beteiligten Akteure. Die überwiegende Zahl der Verlegungen ist bei genauerer Analyse der Umstände weder aus medizinisch-pflegerischen noch aus psycho-sozialen Begründungen indiziert.

Welche Einflussfaktoren auf das Verlegungsverhalten konnten Sie ermitteln?

Neben der allgemeinen Verschlechterung des Zustands und den damit einhergehenden Symptomen wie Atemnot, Unruhe oder zunehmenden Ängsten, sind es akute Ereignisse wie ein Sturz, die eine Alarmkette auslösen, an deren Ende eine Verlegung steht. Aber auch Angehörige, unsichere Ärzte und nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal wirken zuweilen auf eine Verlegung hin. Fehlt in diesen Fällen eine für solche Situationen gültige Patientenverfügung und ist der Patient nicht in der Lage, seinen Willen



Foto: privat

Zur Person

Prof. Wolfgang George, Leiter des TransMIT-Projektbereichs für Versorgungsforschung und Beratung.

klar zu artikulieren, ist eine Verlegung vorprogrammiert. Auch organisatorische Unzulänglichkeiten wie ein Mangel an Personal in Pflegeeinrichtungen können zu unnötigen Verlegungen führen.

Wie sollte der Verlegungsprozess organisiert sein?

Wenn Verlegungen tatsächlich notwendig werden, ist auf die besonderen Bedürfnisse des sterbenden Menschen Rücksicht zu nehmen. Wünschenswert ist ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmtheit und eine möglichst weitreichende Einbindung der Angehörigen. Außerdem muss der Transfer selbst professionell organisiert sein. Auch eine gute soziale Begleitung ist wichtig.

Wie gut funktioniert in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen?

Es existieren häufig auf regionaler Ebene Versorgungsverbünde und Netzwerke, die trotz der beschriebenen Schwierigkeiten gut arbeiten. Häufig bilden dabei Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder engagierte

„**Unseren Auswertungen nach wird hierzulande jeder fünfte sterbende Patient kurz vor seinem Tod noch einmal verlegt. Das entspricht einer Zahl von weit über 100 000 Menschen.**“

Palliativstationen den Mittelpunkt. Allerdings ist unseren Erfahrungen nach eine flächendeckende Qualitätssicherung nicht erreicht. Es bestehen erhebliche regionale Unterschiede.

Sie sagen, dass in stationären Einrichtungen eine die menschliche Würde achtende Sterbepaxis grundsätzlich gewährleistet sei. Können Sie diesen Punkt etwas ausführlicher?

Den Begriff Menschenwürde im Zusammenhang mit Sterbenden zu denken, korrespondiert mit zahlreichen Einzelfaktoren.

Wie wird der Betroffene auf seine Situation eingestellt? Findet eine gemeinsame, seinen Bedürfnissen entsprechende therapeutische Planung statt? Wird das soziale Umfeld angemessen einbezogen? Werden Ärzte und Pflegekräfte angemessen ausgebildet und können sie sich den Sterbenden zuwenden, ohne überfordert zu werden? In zahlreichen dieser Aspekte hat es in den vergangenen 30 Jahren Verbesserungen gegeben. Es muss aber auch festgehalten werden, dass eine am Patientenwohl ausgerichtete Versorgungskultur, in welcher das Sterben einen reflektiert-aufgeklärten Platz findet, noch nicht in weiter Ferne liegt. Die Verleugnung der eigenen Endlichkeit ist ein schwer überwindbarer Abwehrmechanismus unserer Gesellschaft.

Ihre Studie schließt an frühere Erhebungen zum Thema Sterbebegleitung an: Können Sie eine Entwicklung feststellen?

Vieles kommt voran. Zwischenzeitlich existieren etwa 250 Palliativstationen in Krankenhäusern. Davon sind einige dabei, einen Konsiliardienst einzurichten, einige verfügen sogar schon darüber. In Hospizen bestehen für die Sterbenden und sicher auch für die dort Beschäftigten die im Vergleich besten Bedingungen. Zugleich werden hier nur rund drei Prozent aller Sterbenden betreut. Die Altenpflegeeinrichtung als Sterbeort steht wegen der demografischen Entwicklung, der zunehmenden Multimorbidität und auch der sozialen Vereinsamung gerade in Ballungsräumen im Fokus der notwendigen Interventionen. Allerdings gibt es bereits Pflegeeinrichtungen, die unter vergleichbar schwierigen Bedingungen Hervorragendes leisten.

Welchen Stellenwert hat die Sterbebegleitung, beziehungsweise die Schaffung eines würdigen Umfelds für Sterbende in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen?

Krankenhäuser definieren sich trotz des steigenden Anteils alter Menschen unter ihren Patienten und obwohl hier bis heute etwa 50 Prozent aller Deutschen sterben, vor allem als „Gesundheitseinrichtung“. Sozial-fürsorgliche Aufträge geraten in den



Unnötige Verlegungen von sterbenden Menschen innerhalb der Krankenhäuser sowie von den Pflegeeinrichtungen in die Krankenhäuser müssen erkannt und Verlegungen müssen auf das absolut Notwendige reduziert werden. Symbolfoto: Adobe Stock / pattilabelle

50
Prozent

aller Deutschen sterben heutzutage in Krankenhäusern.

Hintergrund, wozu die Ökonomisierung – denken Sie an die DRG-Vergütung! – aber auch die Technifizierung der Prozesse beigetragen haben. Gleichwohl bin ich sicher, dass der Tod im Krankenhaus nicht nur als Störfall angesehen wird. Wir haben hier weniger ein Erkenntnisproblem als vielmehr eines der Umsetzung. Für zahlreiche engagierte Ärzte und Pflegekräfte erwächst aus diesem Dilemma mehr als nur Frustration.

Wie wirkt sich die Personalausstattung auf die Sterbebegleitung aus?

Zeitgleich mit der DRG-Einführung hat ein nicht kompensierbarer Abbau von Pflegepersonal stattgefunden, bei gleichzeitiger Fallzahlausweitung und Verdichtung bzw. Beschleunigung der Arbeitsprozesse. Bezugspflegesysteme oder Casemanagement-Ansätze werden zunehmend von funktionalisierten Arbeitsablaufsteuerungen ersetzt. Dadurch entsteht auch in der Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase

zusätzlicher Druck. In den Pflegeheimen ist die Situation noch schwieriger.

Wo sehen Sie den größten Änderungsbedarf?

Die Deutschen wollen – wie übrigens alle anderen Menschen auch – zu Hause sterben. Dieses Ziel muss von allen Akteuren der Kranken- und Altenversorgung berücksichtigt werden. Wir brauchen außerdem eine möglichst verbindliche und vorausschauende Planung des letzten Lebensabschnittes. Sowohl ärztliche und pflegerische Anamnesen, Aufklärungs- und Informationsgespräche, aber auch Patienten- und (Heimbewohner-) Verfügungen sind derzeit oft in vielen Punkten noch nicht klar genug. Deswegen benötigen wir ein ergänzendes Verfahren wie das Advance Care Planning. So wurde es auch im Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) 2015 für die Pflegeheime beschlossen. Medizin, Technik und nicht zuletzt unsere Gesellschaft selbst müssen lernen, sich zu bescheiden. Wir dürfen keine uneinlösbaren Versprechungen machen. Ich persönlich würde die Etablierung eines Sterbeortregisters **her** begrüßen. ■

Das Interview führte Sabine Rößing
Freie Journalistin