

# Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender

Von W. M. George, G. A. Banat, J. J. Herrmann und M. J. Richter

**D**ie Studie zur Verlegungspraxis Sterbender schließt an eigene Vorarbeiten zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern aus den Jahren 1988 und 2012/13, den Sterbebedingungen in den stationären Pflegeeinrichtungen 2014 und in Hospizen 2015 an [1, 2]. In diesen Studien wurden in einem breiteren Screening die psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedingungen Schwerstkranker und Sterbender durch Befragung von über 4.000 Mitarbeitern aus 894 Einrichtungen ermittelt. Es wurden u. a. auch die Schnittstellen bzw. sektoralen Übergänge der Versorgung zwischen den Versorgungspartnern erkennbar. Ganz unzweifelhaft besitzen diese Übergänge, mit diesen verbundene Überleitungen bzw. Verlegungen von Sterbenden eine besondere Bedeutung für die insgesamt angestrebte Betreuungsqualität.

Alle Experten sind sich dahingehend einig, dass Sterbende unabhängig vom Sterbeort bestmöglich versorgt werden sollten (z. B. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen) [3], ganz gleich ob deren Sterbeort das Krankenhaus, die Pflegeeinrichtung, das häusliche Umfeld oder auch das Hos-

piz ist. Unnötige Verlegungen sollten als solche erkannt und vermieden werden.

Auch wenn sich eine überwiegende Anzahl der Bundesbürger wünscht zu Hause zu versterben [3], nicht zuletzt weil in die-

sem häuslichen Milieu weitreichend Kontrollmöglichkeit und Privatheit vermutet wird, zeigt die Lebenswirklichkeit, dass auch an den anderen Sterbeorten eine – die zentralen Postulate menschlicher Würde

## ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Eigene Studien aus den Jahren 2013 und 2014 hatten darauf hingewiesen, dass es – entgegen formulierter Zielstellungen – auch in der letzten, terminalen Lebensphase eines Krankenhauspatienten bzw. Pflegeheimbewohners noch zu vermeidbaren Verlegungen kommt.

**Methode:** Um solche Verlegungen zu erfassen und zu beschreiben, wurde im Jahr 2016 ein 27 Items umfassender Fragebogen entwickelt und an Mitarbeiter aus Krankenhäusern und Pflegeheimen adressiert. Ermittelt wurden die Häufigkeit der Verlegung, hierfür präferierte Zeiträume, Zielorte und auf die Verlegung einwirkende Faktoren. 101 Krankenhäuser und 65 Pflegeheime unterschiedlicher Größen, Trägergesellschaften und Bundesländer wurden berücksichtigt.

**Ergebnisse:** In etwa 20% der Versorgung Sterbender in den Krankenhäusern und in ca. 25% der Fälle in den Pflegeheimen kommt es zu solchen Transfers. Dies würde eine Gesamtzahl von ca. 150.000 Patienten bzw. Bewohnern ausmachen. Pflegeheime verlegen sterbende Patienten in Krankenhäuser. In den Krankenhäusern finden die Verlegungen innerhalb der Einrichtung statt. Wo-

chentage oder Tageszeiten, an denen es bevorzugt zu Verlegungen kommt, konnten nicht identifiziert werden. Als zentrale Gründe für Verlegungen werden akute körperliche Zustandsverschlechterungen identifiziert. Im Gegensatz dazu sind mental-psychische Gründe weniger bedeutsam. Eine gute Zusammenarbeit sowohl mit den Angehörigen als auch mit dem Hausarzt und anderen Versorgungspartnern wirkt sich positiv auf das Verlegungsverhalten aus. Schriftliche Patientenvereinbarungen besitzen einen mittleren bis deutlichen Einfluss. Beständige Personalknappheit wirkt sich nachteiliger auf die identifizierte Verlegungspraxis aus als ein akuter Mitarbeiterengpass.

**Empfehlungen:** Physiologische Zustandsverschlechterungen dürfen nicht zu einer Alarm- und Lösungskette führen, an deren Ende die Verlegung Sterbender steht. Ein spezielles Risikomanagement oder Fallmanagement für diese Gruppe könnte Fehlverlegungen verhindern. Auch das 2015 durch das Hospiz- und Palliativgesetz auf den Weg gebrachte „Advance Care Planning“ sollte die Verlegungsfrequenz senken.

**Schlüsselwörter:** Palliative Versorgung – Überleitung – Verlegung

Eingereicht am 10.4.2017 – akzeptiert am 26.5.2017

Prof. Dr. phil. Wolfgang M. George: TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung, Technische Hochschule Mittelhessen, Gießen; PD Dr. med. G. André Banat, MBA: Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Ärztlicher Direktor des Hochwaldkrankenhauses Bad Nauheim der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH; Dr. rer. nat. Johannes J. Herrmann: Statistikberatung, Gießen; Dr. med. Manuel J. Richter: Medizinische Klinik II, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

This article is part of a supplement not sponsored by the industry.

gewährleistende – Sterbekultur und Sterbepaxis ermöglicht werden muss.

Patientenverlegungen gelten grundsätzlich als kritische Phase der Versorgung, die einer besonderen Planung und Steuerung bedarf [5, 6]. Um die hiermit verbundenen Risiken zu mindern, ist in den Krankenhäusern in aller Regel ein interdisziplinär gestalteter Überleitungsprozess identifiziert, in welchen neben der medizinischen und pflegerischen Kompetenz insbesondere auch die Sozialarbeit einbezogen ist (Tab. 1).

Verlegungen von sterbenden Patienten müssen grundsätzlich problematisiert werden, auch wenn diese begründet sein können. Kosten- bzw. ökonomische Gründe, wie sie sich etwa aus dem DRG-Abrechnungssystem ergeben, dürfen keinesfalls eine Verlegungsbegründung darstellen, auch wenn dieses Entgeltssystem in diesem Kontext – zuletzt etwa im Positionspapier des Ethikrates 2015 [7] – problematisiert wird. Über die näheren Bedingungen der Verlegung von Sterbenden in Krankenhäusern und Pflegeheimen, gibt es im deutschsprachigen Raum keine empirischen Studienergebnisse.

### Studienziele

Ziel dieser Studie ist es, zu einer näheren Erfassung von Häufigkeit, Verlegungsziel und Begründung der Verlegung Sterbender in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu gelangen.

### METHODE

Mit Hilfe eines schriftlichen und Online-Fragebogens wurden Einstellungsdaten betroffener Mitarbeiter erhoben. Da bisher keine weiteren empirischen Ergebnisse vorliegen, und aufgrund des inhaltlichen Zuschnitts des Fragebogens und auch der Art der Datenerhebung, besitzt die Studie einen insgesamt explorativen Charakter.

### Fragebogen und Zielgruppe

Insgesamt umfasst der Fragebogen 31 Fragen, die 5-stufig-likertskaliert sind:

Tab. 1: Verlegungsmöglichkeiten

Bereich/Sektor	von	nach
innerhalb einer Versorgungseinrichtung	Wohnbereich A Station A	Wohnbereich B Station B
innerhalb eines Versorgungssektors	Krankenhaus A Pflegeeinrichtung A	Krankenhaus B Pflegeeinrichtungen B
zwischen Versorgungseinrichtungen	Krankenhaus Krankenhaus	Pflegeeinrichtung Hospiz
zwischen Versorgungssektoren	Krankenhaus	häusliche (ambulante) Versorgung

Tab. 2: Verlegungshäufigkeit am eigenen Arbeitsplatz (Prozentwerte)

Verlegungshäufigkeit	Krankenhaus	Pflegeheim
nie bzw. selten	5,0	6,2
10–30%	73,0	89,7
31–50%	18,0	3,1
≥ 51%	4,0	1,5

- 7 Fragen zu Beruf, Einrichtungsart, Art des Arbeitsplatzes, Größe der Einrichtung, Bundesland, Berufserfahrung, Funktion, Erfahrung;
- 4 Fragen zu Ausmaß, Zielort der Verlegung, Uhrzeit und Wochentag;
- 20 inhaltliche Fragen (davon 3 offene Items).

Angesprochen wurden die mit der praktischen Versorgung Sterbender betroffenen Mitarbeiter (Pflegekräfte und Ärzte) beider Einrichtungsarten.

### Ansprache der Zielgruppen und Rücklauf

Auf die Studie wurde in den Fachmedien und durch gezielte Ansprache beider Einrichtungsarten – unterschiedlicher Größe, Trägerschaft und Bundesland – aufmerksam gemacht. Die Rücklaufquote der versandten Fragebogen lag bei ca. 10%. Über 40% der Fragebögen waren nicht vollständig ausgefüllt (mehr als 3 fehlende Fragen) und wurden nicht in der statistischen Auswertung berücksichtigt.

### Stichprobenbeschreibung

545 Personen haben den Fragebogen bearbeitet. Nach Selektion von Personen

Tab. 3: Verlegungsorte (Prozentwerte)

Verlegung	vom Krankenhaus	vom Pflegeheim
nach Hause		
– nie	8,8	82,0
– selten	62,7	18
– oft	27,5	0
in ein Hospiz		
– nie	10,4	57,7
– selten	50,0	36,5
– oft	39,6	5,8
ins Krankenhaus		
– nie	47,3	4,6
– selten	31,2	55,4
– oft	21,6	40,0

mit unzureichend ausgefülltem Fragebogen und durchgeführter Clustering gelangten 166 Organisationen – 65 Pflegeeinrichtungen und 101 Krankenhäuser – in die statistische Auswertung. Die Clustering wurde aus methodischen und inhaltlichen Begründungen durchgeführt, d. h. jede Einrichtung erhält für die statistische Auswertung nur einen – aus der Summe der teilnehmenden Mitarbeiter – ermittelten Durchschnittswert pro Item. In den Pflegeheimen waren 58% aller Befragten examinierte Pflegekräfte, 42% entstammten anderen Berufsgruppen. In den Krankenhäusern waren 64% der Befragten Pflegenden, 23% Ärzte und 13% andere Berufsgruppen. Es wurden Einrichtungen aus 16 Bundesländern erreicht. Die weit überwiegende Mehrzahl (77%) der Krankenhäuser verfügen dabei über mehr als 200 Betten. 53% der Pflegeeinrichtungen verfügen über 50–100

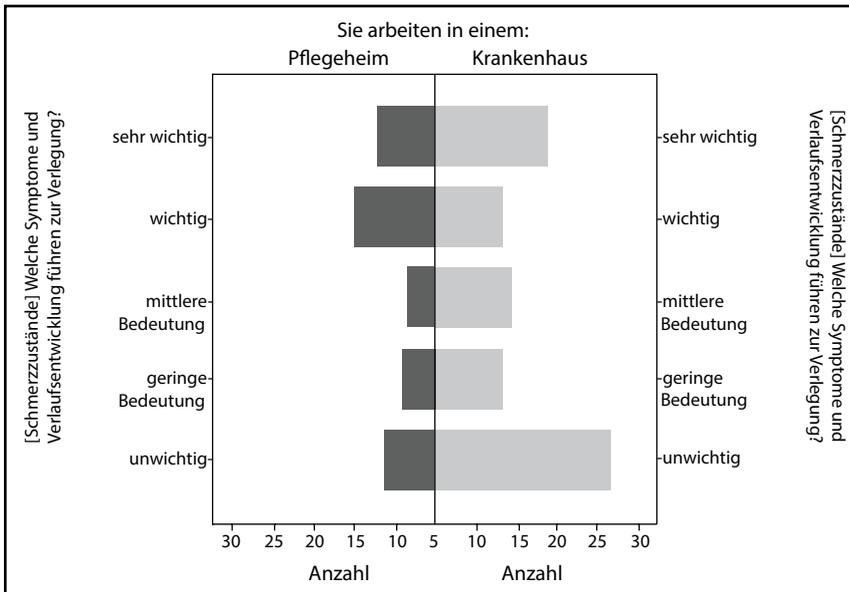


Abb 1: Schmerzen als Verlegungsbegründung.

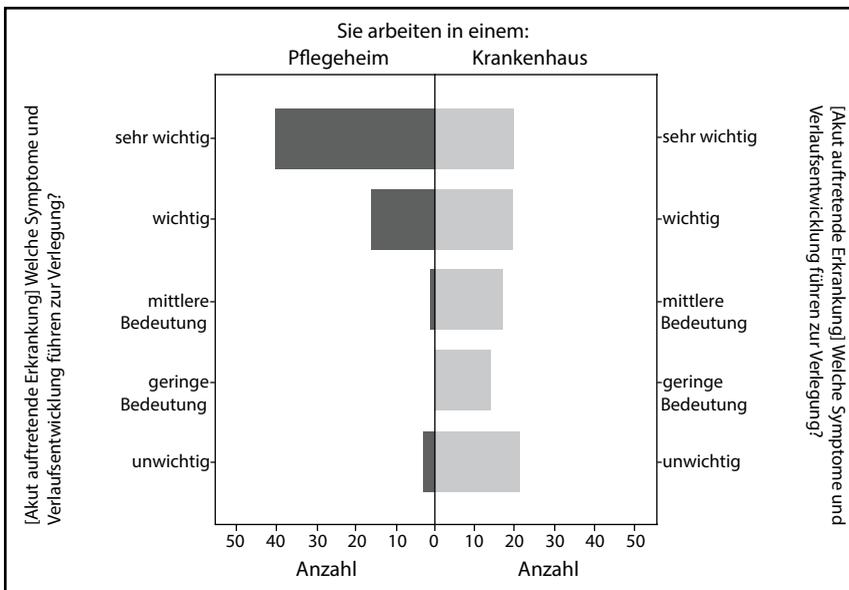


Abb. 2: Akute Erkrankung als Verlegungsbegründung.

Plätze, mehr als 101–200 Plätze halten 32% der in die Studie einbezogenen Einrichtungen vor. In gemeinnützig-konfessionellen Pflegeeinrichtungen arbeiten 67% der befragten Mitarbeiter, in öffentlicher 11% und in privater Trägerschaft 22%. In gemeinnützig-konfessionellen Krankenhäusern arbeiten 55% der Befragten, in öffentlichen 34% und in 11% privaten Trägerschaft. 76% der befragten

Mitarbeiter in Pflegeheimen verfügen über eine mehr als 4-jährige Berufserfahrung, in den Krankenhäusern sind dies ca. 70%.

**ERGEBNISSE**

Tab. 2 zeigt die Häufigkeit von Verlegungen. Die Angaben zu den Verlegungs-orten sind in Tab. 3 zusammengefasst.

In den Pflegeeinrichtungen sind keine besonders relevanten Wochentage bzw. Uhrzeiten zu identifizieren, anlässlich derer es zu Verlegungen kommt. In den Krankenhäusern geben ca. 20% der Mitarbeiter an, dass vermehrt die Zeit bis mittags genutzt wird. Donnerstag und Freitag werden häufiger als die anderen Wochentage als Verlegungstage benannt.

**Körperliche Begründungen für eine Verlegung**

- **Atmung.** Für knapp 80% der in Pflegeeinrichtungen Befragten ist eine sich einstellende Beeinträchtigung der Atmung bzw. Atemnot ein ausgesprochen wichtiger Grund, der zur Verlegung von Bewohnern führt. Ungefähr 40% aller befragten Krankenhausmitarbeiter bewerten dies als gleichermaßen bedeutsam.

- **Schmerzen.** Für 39% der befragten Krankenhausmitarbeiter sind Schmerzen ein wichtiger Grund, der zur Patientenverlegung führen kann. Demgegenüber stehen 51% der befragten Pflegeheimmitarbeiter, die dies angeben (Abb. 1).

- **Grunderkrankung.** Ein zusehends schwieriger Verlauf der bestehenden Grunderkrankung ist nach Aussage von 52% aller befragten Krankenhausmitarbeiter eine wichtige Verlegungsbegründung. In den stationären Pflegeeinrichtungen wird eine allgemeine Verschlechterung der Situation aufgrund einer bestehenden Grunderkrankung von 30% aller Befragten als wichtig bzw. sehr wichtig bewertet.

- **Akute Erkrankung.** Eine akut auftretende zusätzliche Erkrankung ist nach Aussage von 94% der Pflegeheim- und 43% der Krankenhausmitarbeiter eine wichtige/sehr wichtige Begründung für eine Verlegung (Abb. 2).

**Mentale bzw. psychische Begründungen**

- **Angst.** 80% der Befragten aus den Pflegeheimen geben an, das Patientenängste für eine mögliche Verlegung keine bzw. nur sehr geringe Bedeutung besitzen würden. Demgegenüber sind es 64% der

Krankenhausmitarbeiter, die angeben, dass diese durchaus wichtig für mögliche Verlegungen wären.

- **Traurigkeit.** 90% der Befragten der Pflegeeinrichtungen geben an, dass Traurigkeit bzw. eine mögliche Depression des Sterbenden keinen Einfluss auf eine mögliche Verlegung besitzen würden. 74% der Krankenhausmitarbeiter beschreiben dies als für ihren Arbeitsplatz gültig.

- **Verwirrtheit.** Verwirrtheit und Unruhe des Bewohners wird durch 12% der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen als wichtige/sehr wichtige Verlegungsbeurteilung formuliert. Demgegenüber erachten 30% der Krankenhausmitarbeiter diese Symptomatik für eine Verlegung als wichtig/sehr wichtig.

### Faktor Strukturqualität

- **Personalausstattung.** Dass das Ausmaß der Personalausstattung eine große bzw. sehr große Bedeutung für die Verlegungspraxis besitzt, geben 33% der Pflegeheim- und 46% der Krankenhausmitarbeiter an (Abb. 3).

- **Akuter Personalmangel** wird von 14% der Krankenhaus- und 5% der Pflegeheimmitarbeiter als ein wichtiger Faktor darstellt.

- **Personalqualifikation.** 45% der befragten Pflegeheim- und 58% der Krankenhausmitarbeiter geben an, dass die Qualifikation der in der Sterbebetreuung eingesetzten Mitarbeiter für die Verlegungspraxis wichtig bzw. sehr wichtig ist.

- **Benötigte Ressourcen.** Unzureichende materielle Ressourcen nennen 22% der befragten Krankenhaus- und 15% der Pflegeheimmitarbeiter als eine wichtige bzw. sehr wichtige Verlegungsbeurteilung.

### Faktor Angehörige

- **Angehörige wünschen Verlegung.** Wenn Angehörige auf die Verlegung hinwirken, ist dies eine wichtige/sehr wichtige Einflussgröße nach Einschätzung von 81% der Krankenhaus- und 71% der Pflegeheimmitarbeiter.

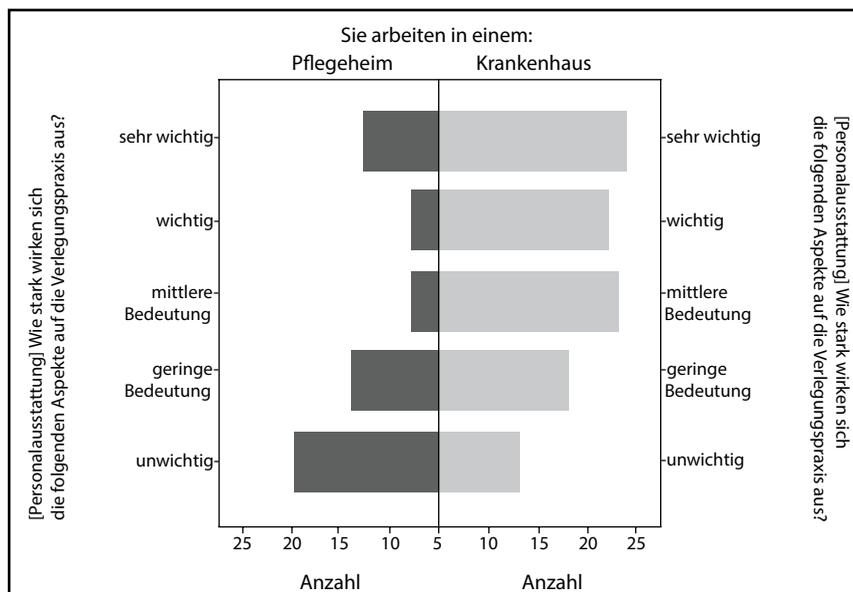


Abb. 3: Personalausstattung als Verlegungsbeurteilung.

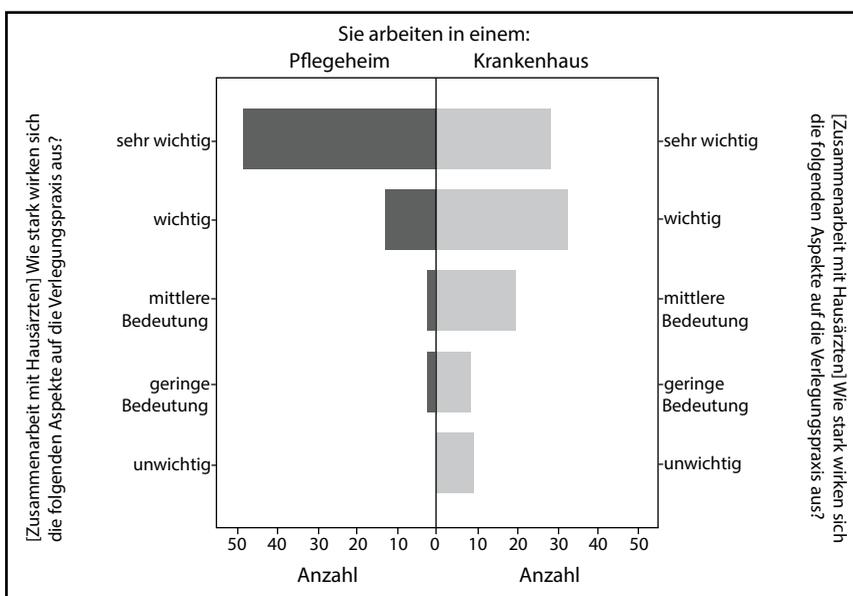


Abb. 4: Einfluss einer Kooperation mit dem Hausarzt.

- **Zusammenarbeit mit Angehörigen.** Dass die Qualität der Zusammenarbeit mit den Angehörigen sehr wichtig/wichtig für das Verlegungsverhalten ist, geben 90% der Krankenhaus- und 85% der Pflegeheimmitarbeiter an.

### Faktor Versorgungspartner

- **Hausärzte wünschen Verlegung.** 54% der Krankenhaus- und 68% der Pflege-

heimmitarbeiter geben an, dass als bedeutsame/sehr bedeutsame Einflussgröße zu bewerten ist, wenn ein Hausarzt auf die Verlegung hinwirkt.

- **Zusammenarbeit mit Hausarzt.** Die Qualität der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt geben 64% der Krankenhaus- und 90% der Pflegeheimmitarbeiter als sehr wichtig/wichtig für ein mögliches Verlegungsverhalten an (Abb. 4).

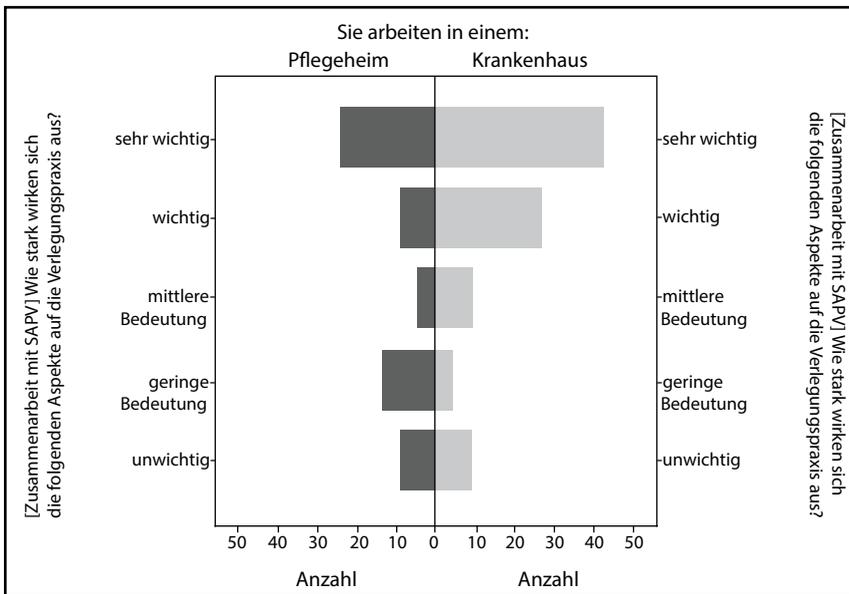


Abb. 5: Einfluss einer Kooperation mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV).

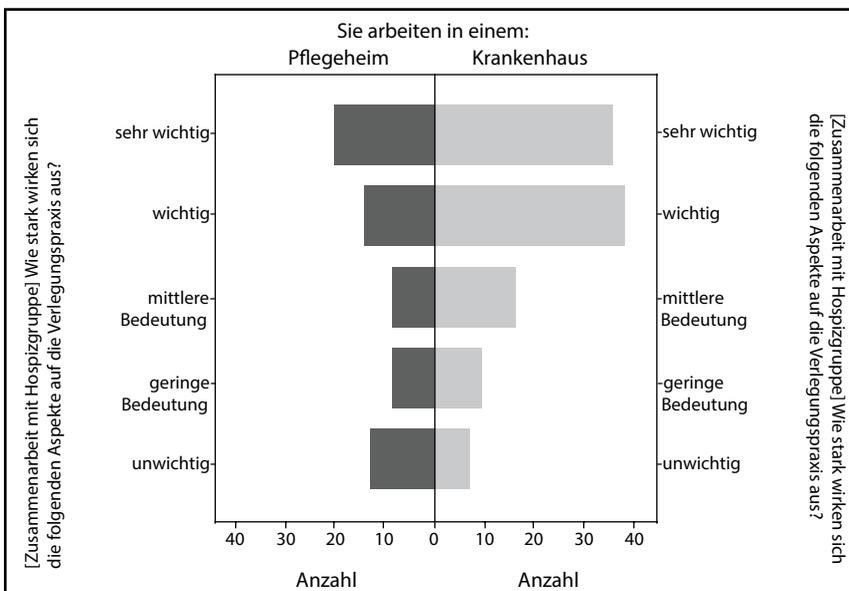


Abb. 6: Einfluss einer Kooperation mit einer Hospizgruppe.

- **Bedeutung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).** Die Qualität der Zusammenarbeit mit SAPV-Leistungsanbietern nennen 77% der Krankenhaus- und 56% der Pflegeheimmitarbeiter sehr wichtig/wichtig für das Verlegungsverhalten (Abb. 5).
- **Bedeutung von Hospizgruppen.** Die Qualität der Zusammenarbeit mit einer Hospizgruppe ist laut 72% der Kranken-

haus- und 54% der Pflegeheimmitarbeiter sehr wichtig/wichtig für das Verlegungsverhalten (Abb. 6).

### Faktor Verfügung

Das Vorliegen einer Patienten-/Bewohnerverfügung hat laut 77% der Krankenhaus- und 89% der Pflegeheimmitarbeiter auf die geübte Verlegungspraxis einen großen/sehr großen Einfluss (Abb. 7).

### Mittelwertvergleich Krankenhaus und Pflegeeinrichtung

Tab. 4 zeigt einen Mittelwertvergleich von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung. Von 18 inhaltlich-standardisierten Fragen werden 14 hochsignifikant unterschiedlich eingeschätzt.

### Offene Fragen

Die 3 offenen Items wurden von 20–25% der Mitarbeiter beantwortet.

#### 1. Welche zusätzlichen Begründungen führen zur Verlegung Sterbender?

- Antworten der Pflegeheimmitarbeiter: Aggression, Fremd- und Selbstgefährdung, Akutsituationen, die vor Ort nicht behandelt werden, ausdrücklicher Wunsch der Angehörigen, die eine Einweisung fordern, Hausarzt überfordert, hohe Entzündungswerte, Wunsch der Bezugspersonen, Symptome unklarer Genese, Unsicherheit des Pflegepersonals aus Angst von Konsequenzen seitens der Angehörigen.
- Antworten der Krankenhausmitarbeiter: Bettenmangel auf Station, unbeherrschbare Symptome (Blutungen, Übelkeit, Erbrechen, Erschöpfung, Wunsch des Patienten bzw. der mutmaßliche Wille, Wunsch der Angehörigen bei auftretenden Symptomen, Nichtabsehbarkeit eines baldigen Versterbens, unklare Weiterversorgung, chirurgische Intervention z. B. bei Ileus, Wunsch des Patienten im häuslichen Umfeld zu sterben, Wunsch nach Entlastung, finale Phase zu Hause erleben.

#### 2. Welche Ressourcen fehlen?

- Antworten der Pflegeheimmitarbeiter: Sauerstoffzugang, Arzt nicht dauerhaft da, Medikamente nachts nicht erhältlich, Nachtdienst der Ärzte kennt Bewohner nicht und weist per se ein, telefonische Anweisung von Ärzten zur Verlegung, keine ärztliche und nicht hinreichende Notfallkompetenz, Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus funktioniert nicht.
- Antworten der Krankenhausmitarbeiter: Räumlichkeiten (fehlend oder gänz-

lich ungeeignet), fehlende Monitoring-möglichkeiten.

### 3. Welche Empfehlungen geben Sie?

Folgende Handlungsfelder wurden – absteigend in der Häufigkeit ihrer Benennung – von den Befragten ausgeführt: vorausschauende Planung, häusliches Versterben gezielt ermöglichen, Ausbau der Hospizkooperationen, Verbesserung der medikamentösen Einstellung, Verbesserung der Wirksamkeit von Patientenverfügungen, Ärzte besser ausbilden, Ärzte beraten Patienten und Angehörige nicht in deren Interesse, Verhinderung eines unangemessenen Einsatzes der Intensivmedizin, Räumlichkeiten anpassen, Aufbau von Ethikteams, Klinikärzte kennen SAPV nicht, Angehörigenaufklärung verbessern.

## INTERPRETATION

### Verlegungshäufigkeit, Verlegungs-orte und Verlegungszeiten

Sterbende werden weit häufiger als wünschenswert sowohl innerhalb der Krankenhäuser als auch von den stationären Pflegeeinrichtungen in die Krankenhäuser verlegt. Dies könnte eine Gesamtzahl von bis zu 150.000 sterbenden Menschen betreffen. Sollten diese Zahlen gültig sein, würde dies für 2015 bedeuten, dass, bei insgesamt 925.239 Verstorbenen, 427.201 (46%) in den Krankenhäusern, ca. 280.000 (30%) Bewohner von Pflegeheimen und ca. 220.000 (24%) im häuslichen Umfeld verstorben sind.

Akzentuiert wird der Befund durch das Ergebnis, dass es nur in sehr wenigen Fällen zu Verlegungen nach Hause kommt. Die Verlegung vom Krankenhaus in eine hospizliche Versorgung besitzt ebenfalls eine eher geringe Bedeutung. Die Verlegungen innerhalb des Krankenhauses finden in Richtung Intensivstation (intensive care unit, ICU) bzw. Intensivüberwachungspflege (intermediate care, IMC) statt. Die Verlegungsbegründung „akute Zustandsverschlechterung“ weist ebenso darauf hin wie die Antworten auf die of-

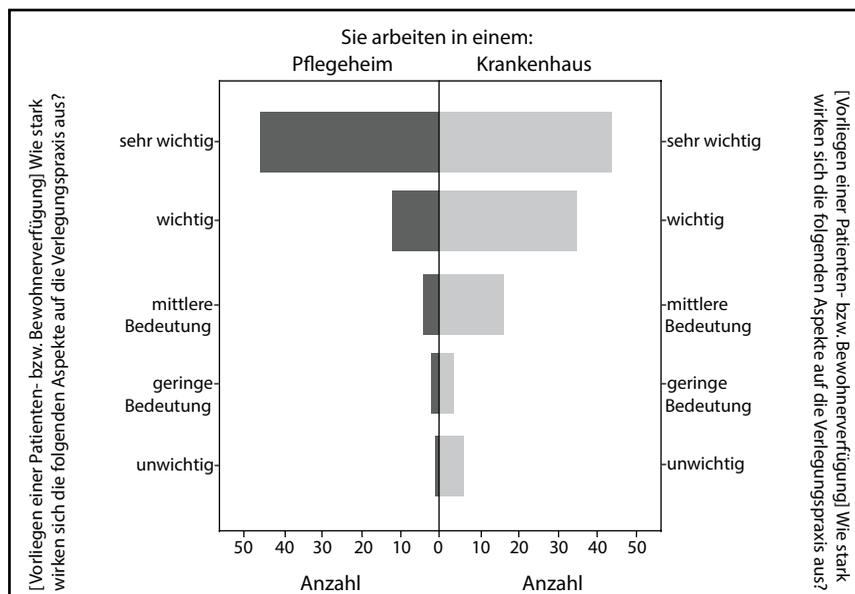


Abb. 7: Einfluss einer Patienten-/Bewohnerverfügung.

fenen Fragen, und nicht zuletzt verfügen bis heute nur ca. 15% aller Krankenhäuser über eine Palliativstation.

Wenig überraschend ist der Befund, dass die Verlegung in ein Hospiz von Pflegeeinrichtungen nochmals seltener in Anspruch genommen wird als von den Kliniken. Gleiches gilt für die Verlegung nach Hause, die nur in sehr seltenen Fällen eingeleitet wird, obwohl diese den Wunsch der Sterbenden und Angehörigen am stärksten begründen sollte. Bedeutsamste Verlegungsadresse ist anstelle dessen das Krankenhaus: „Es gibt ärztliche Notdienste, die auch ohne den Bewohner gesehen zu haben, auf eine Klinikweisung drängen“. Eine Übersicht über die Verlegungen gibt Abb. 8.

### Symptome und Krankheitsverlauf

Eine akut auftretende, zusätzliche Erkrankung ist der am häufigsten zu identifizierende Grund für Verlegungen in den Pflegeheimen. Begrenzte Möglichkeit eines Symptommonitorings und vor allem auch geeigneter Interventionsmöglichkeiten unterstreichen dies. Auch in den Krankenhäusern führen zusätzlich akute Zustandsverschlechterungen zu Verlegungsverhalten.

Die nicht hinreichende Möglichkeit der Schmerzkontrolle bildet eine vergleichsweise untergeordnete Bedeutung. Gegenüber den physischen Einflussgrößen stehen psychische Beeinträchtigungen überraschend zurück. Dabei lösen Angst, Trauer oder Verwirrtheit in den Pflegeheimen weniger Druck auf ein mögliches Verlegungsverhalten aus als dies in den Krankenhäusern der Fall ist.

### Strukturqualität

Die prinzipiell bestehende als unzureichend gekennzeichnete Personalausstattung besitzt einen deutlich größeren Einfluss auf die Verlegungspraxis als der akute Personalmangel. Die Notwendigkeit der hinreichenden Qualifizierung der Mitarbeiter als auch die notwendige Ausstattung mit benötigten Ressourcen wird durch die Krankenhausmitarbeiter als mögliche Einflussgröße akzentuierter formuliert. Die dünne Personaldecke und auch die Probleme, die sich aus dem Personalschlüssel, der Relation von examiniertem zu angelerntem Personal, etc. ergeben, sind regelmäßiger Gegenstand entsprechender Veröffentlichungen und waren zuletzt auch anlässlich der Pflege-stärkungsgesetze I–III [8] und des Hos-

piz- und Palliativgesetzes [9] in dem politischen und Expertendiskurs.

### **Einfluss Angehörige**

Wenn Angehörige auf die Verlegung eines Sterbenden hinwirken, besitzt dies eine – kaum überraschende – hohe Bedeutung, so wie die Qualität der Integration von Angehörigen insgesamt. Die Stärkung des Angehörigen und zugleich die Herstellung weitreichender Verbindlichkeit – gerade auch für die Situation der letzten Tage und Stunden – ist eine weiter bestehende Herausforderung.

### **Einfluss der Versorgungspartner**

Die potentiell hervorragende Bedeutung des Hausarztes und auch der SAPV-Einbindung, insbesondere in den Pflegeheimen, wird deutlich [10]. Die Mitarbeiter

der Krankenhäuser beschreiben eine geringere Versorgungsbeeinflussung durch diese Partner. Die Kooperation mit Hospizgruppen wird von den Pflegeheimen als weniger bedeutungsvoll beschrieben, dies stimmt mit dem gering ausgeprägten Verlegungsverhalten in diese Einrichtungsform überein.

### **Bedeutung von Patienten- bzw. Bewohnerverfügungen**

Wenn eine Patienten- bzw. Bewohnerverfügung vorliegt, besitzt diese nach Aussagen der Befragten einen deutlichen Einfluss auf das geübte Verlegungsverhalten. Wobei dieser Einfluss noch deutlich steigerbar wäre, insbesondere in den Krankenhäusern. Auch wenn hier bereits heute eindeutige rechtliche und fachliche Festlegungen bestehen, bestätigt die vor-

liegende Studie die Berechtigung für die Einführung einer erweiterten Kommunikation und Festlegung im Sinne eines „Advanced Care Planing“ Prozesses [11].

### **Vergleich Krankenhaus Pflegeeinrichtung**

Der größte Unterschied der Einrichtungsarten wird beim Auftreten einer akuten Erkrankung deutlich. Dieser Fall führt in den Pflegeheimen zu einem weit höheren Verlegungsverhalten als in den Krankenhäusern, obwohl es in diesem Fall auch in Letzteren zu Verlegungen (z. B. auf die Intensivstation) kommt. Dies sollte als ein bedeutsamer Hinweis dahingehend verstanden werden, dass beide Versorgungseinrichtungen aufgefördert sind, ihr Notfallmanagement kritisch zu prüfen.

Tab. 4: Mittelwertvergleich Krankenhaus und Pflegeeinrichtung

	Pflegeheim			Krankenhaus			p
	MW	SD	N	MW	SD	N	
Schmerzzustände	3,20	1,44	59	2,89	1,54	93	0,209
Angst	1,98	1,20	56	3,02	1,27	94	0,000
Traurigkeit bzw. Depression	1,67	0,91	58	2,65	1,16	92	0,000
Unruhe und Verwirrtheit	1,97	1,12	58	2,62	1,23	94	0,001
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	4,08	1,10	61	3,02	1,50	92	0,000
Bestehende Grunderkrankung	2,75	1,40	60	3,44	1,41	96	0,003
Akut auftretende Erkrankung	4,52	0,93	63	3,05	1,49	92	0,000
Angehörige wünschen Verlegung bzw. wirken darauf hin	3,74	1,11	65	4,12	1,00	100	0,026
Betreuender Arzt wünscht Verlegung bzw. wirkt darauf hin	3,95	1,11	65	3,44	1,18	100	0,005
Aufgrund von Personalmangel kommt es zu Verlegungen	1,32	0,77	60	1,85	1,19	101	0,001
Aufgrund unzureichender Ressourcen kommt es zu Verlegungen	1,81	1,11	62	2,17	1,33	101	0,064
Zusammenarbeit mit Hausärzten	4,65	0,69	65	3,62	1,24	99	0,000
Zusammenarbeit mit den Angehörigen	4,28	0,91	65	4,52	0,75	100	0,075
Zusammenarbeit mit SAPV	3,44	1,57	59	4,01	1,26	89	0,021
Zusammenarbeit mit Hospizgruppe	3,32	1,54	63	3,86	1,16	101	0,018
Personalausstattung	2,68	1,54	63	3,26	1,35	100	0,016
Qualifikation des Personals	2,94	1,55	65	3,55	1,26	101	0,008
Vorliegen einer Patienten- bzw. Bewohnerverfügung	4,54	0,87	65	4,07	1,08	100	0,002

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; N: Anzahl der Teilnehmer; p: Signifikanzwert; SAPV: spezialisierte ambulante Palliativversorgung

**EMPFEHLUNGEN**

**Spezifisches Risikomanagement verhindert unnötige Verlegungen**

Seit einigen Jahren gewinnt die international geführte Methode der Patientensicherheit auch im europäischen Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung, denn deren Verfahren sind als relativ präzise Qualitätsinstrumente erkannt [12]. Ziel – etwa des kritischen Ereignismeldungsprinzips – ist es, über systematisch ermittelte Fehler, diesen präventiv entgegenzutreten. Organisatorische Fehler, die zu einer Verlegung eines Sterbenden führen, sind nach den vorliegenden Ergebnissen nicht gleichmäßig über alle Versorgungsbereiche verteilt. Vielmehr existieren typische Gefährdungslagen bzw. Risiken (Tab. 5).

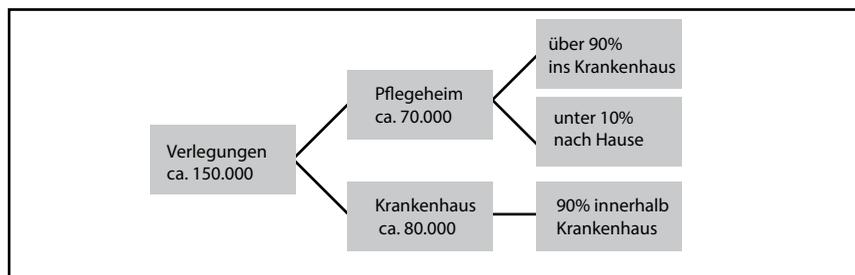


Abb. 8: Übersicht über die Verlegungen Sterbender.

**Einführung Case Management**

Die Etablierung eines individuellen Patientenleitsystems (Gate-Keeping), wie es durch Case Management oder Primary Nursing idealtypisch ermöglicht wird, ist für die Betreuung Sterbender besonders notwendig [13]. Darauf weisen auch die vorliegenden Studienergebnisse hin.

Dass sich diese fallorientierte Organisationsform in der Regelversorgung bis heute nicht flächendeckend durchgesetzt hat, wirkt sich problematisch für die Betreuung zahlreicher Sterbender aus; insbesondere dann, wenn die ärztliche Betreuung, die Einbindung der Angehörigen und die vorausschauenden Planungen

Tab. 5: Prävention möglicher Verlegungsrisiken

Ort des Sterbens	Risiko	Prävention des Risikoeintritts
Krankenhaus	<p>Ausbleibende Verlegung in die häusliche ambulante Versorgung</p> <p>Ungeeignete und fehlende Räumlichkeit</p> <p>Unzureichende und unverbindliche Abstimmung mit Angehörigen</p> <p>Verlegung auf ICU/IMC</p>	<p>Ermittlung der ambulant-häuslichen Unterstützungsbedarfe wie AAPV, hausärztliche Einbindung, SAPV</p> <p>Gezielte Planung räumlicher Voraussetzungen</p> <p>Frühzeitige Festlegung der Behandlungsziele und mit diesen einhergehende Interventionen mit Patienten und der Familie/dem Betreuer (Patientenverfügung o. ä.)</p> <p>Sterbende Patienten werden als solche identifiziert; es erfolgt die notwendige Therapiezieländerung und eine evidenzbasierte Orientierung, etwa am Liverpool Care Pathway.</p>
Pflegeeinrichtung	<p>Akute, „notfallähnliche“ Situationen führen zu Eskalation</p> <p>Unzureichende Abstimmung mit Hausärzten</p> <p>Unzureichende und unverbindliche Abstimmung mit Angehörigen</p>	<p>Schulung der Mitarbeiter</p> <p>Notfallmanagement</p> <p>Verfügbare Hilfsmittel (Sauerstoff)</p> <p>Ermittlung individueller Risiken, die sich aufgrund der Erkrankungen, des Alters, der sozialen Einbindung und der spezifischen Symptome ergeben und entsprechende Abstimmung mit Hausärzten</p> <p>Frühzeitige Festlegung der Behandlungsziele und mit diesen einhergehende Interventionen mit Patienten und der Familie/dem Betreuer (Patientenverfügung o. ä.)</p> <p>Frühzeitige Besprechung der bestehenden Risiken/ Szenarien mit den Betroffenen und der Familie/ dem Betreuer (Bewohnerverfügung, Advanced Care Planing)</p>

AAPV: allgemeine ambulante Palliativversorgung; SAPV: spezialisierte ambulante Palliativversorgung; ICU: intensive care unit; IMC: intermediate care

hinter den Erfordernissen zurückbleiben, palliative Versorgungsangebote nicht bestehen bzw. nicht in Anspruch genommen werden.

### Weiterreichende Versorgungsforschung

Die ermittelten Faktoren, die mehr oder weniger stark moderierend auf die Verlegungspraxis Sterbender einwirken, und die mit dieser verbundenen potentiellen Risiken stellen eher das Resultat als den Ausgangspunkt organisatorischer und fachlicher Leistungsfähigkeit der stationären Versorgungsdienstleister dar. Um die sich verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Zahl der involvierten Spezialisten und Versorgungspartner, die hierdurch entstehenden Prozessabläufe usw. sowohl in den Krankenhäusern als auch in den stationären Pflegeeinrichtungen zugunsten einer sich verbessernden Patienten- bzw. Sterbebetreuung zu koordinieren, bietet die Versorgungsforschung geeignete Methoden an. In diesem Sinn sollten die vorliegenden, insgesamt als explorativ zu bewertenden Ergebnisse einer Ergänzung und Prüfung für einzelne Versorgungssituationen (etwa der Verlegungspraxis innerhalb eines Krankenhauses) dienen. Hierfür wären weitere quantitative Studien, qualitativ zu führende Interviews, Beobachtungen und auch die Sekundärdatenauswertung geeignet.

### Hospiz- und Palliativgesetz als Chance

Dass 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) [9] ist durchaus geeignet, Frequenz und Qualität von Verlegungen sterbender Menschen zu reduzieren. Zahlreiche Teileinlassungen des Gesetzes haben dies direkt und indirekt zum Gegenstand und betreffen sowohl

- die häusliche Versorgungssituation: z. B. verbesserte Vergütung der Pflegedienste und Hausärzte, Selektivverträge,
- die Versorgung im Krankenhaus: z. B. erweiterte und angepasste Möglichkeit

der Abrechnung palliativer Leistungen, Kooperationen mit ambulanten Versorgungspartnern,

- die Versorgung in der Pflegeeinrichtung: z. B. verbindliche Einbindung der Hausärzte, Planung des Lebensendes (Advance Care Planing).

Aktuell gilt es abzuwarten, welche Ergebnisse die auf Landesebene vollzogene Willensbildung der beteiligten Handlungspartner im Sinne eines Top-Down-Prozesses entstehen werden bzw. welche Motivation und Möglichkeit zur Umsetzung durch die betroffenen Akteure und Einrichtungen vor Ort (Bottom-Up) formuliert werden.

#### Empirical findings concerning transfer of dying persons

**Background:** Own studies from the years 2013 and 2014 had shown that patients in hospital or inhabitants of nursing home get transferred even in their last, terminal phase of life.

**Method:** In order to describe such transfers, a 27-item questionnaire was developed in 2016. This was addressed to employees from hospitals and nursing homes. The questionnaire determines the frequency of the laying (a), preferred periods (b), location (c) and influencing factors (d). 101 hospitals and 65 nursing homes of different sizes, carriers and federal states were included.

**Results:** In about 20% of the cases in the hospitals and in about 25% of the cases in nursing homes, dying patients are transferred. This would account for a total of approximately 150,000 patients or residents. Nursing homes place dying patients in hospitals. In the hospitals the relocations take place within the facility. No preferences of weekday or daytime could be identified. Acute physical deterioration of the state is identified as the central cause of displacement. In contrast, mental-psychological reasons are less significant. If relatives and other care partners are well involved, fewer relocations occur. Written patient agreements have a medium to distinct influence. Continuously insufficient staff has a stronger impact than an acute lack of personnel.

**Recommendations:** Physiological deterioration of the dying person must not result in an alarm and associated solution chain. A special risk management or case management for this group could prevent misallocation. The "Advance Care Planing" passed by the Hospiz- and Palliativgesetz in 2015 should also reduce the relocation frequency.

**Keywords:** palliative-care – transfer of dying persons

#### Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass keine finanziellen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dieser Arbeit bestehen.

#### LITERATUR

1. George W, Banat A: Anmerkungen zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern. *Das Krankenhaus* 2013; 11: 1177–1182.
2. George W. Sterbeort stationäre Pflegeeinrichtung. *MMW-Fortschr Med* 2015; 157(S5): 17–24.
3. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Internet: [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta\\_leitsaetze\\_1.html](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze_1.html) (aufgerufen am 30.1.2017).
4. Klie T. Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. In: Rebscher H (Hrsg). Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 14). Internet: [https://www.dak.de/dak/download/DAK-Pflegereport\\_2016-1851234.pdf](https://www.dak.de/dak/download/DAK-Pflegereport_2016-1851234.pdf) (aufgerufen am 30.1.2017).
5. Greiling M, Dudek M. Schnittstellenmanagement in der integrierten Versorgung. Eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe. Kohlhammer, Stuttgart 2009.
6. Ommer O, Ullrich B, Janssen C, Pfaff H. Die ambulante-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung: Probleme, Erklärungsmodell und Lösungsansätze. *Med Klin (München)* 2007; 102(11): 913–917.
7. Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Stellungnahme Ethikrat, Berlin 4/16.
8. Bundesministerium für Gesundheit. Internet: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkerkgesetz.html> (aufgerufen am 30.1.2017).
9. Bundesministerium für Gesundheit. Internet: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html> (aufgerufen am 30.1.2017).
10. Papke J. Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aus der Perspektive des niedergelassenen Arztes In: George W (Hrsg). Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Psychosozial-Verlag, Gießen 2014.
11. Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg). *Advanced Care Planing: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2015.
12. Waßmuth R. Unterstützende Wirkungen von Zertifizierungen auf das Risikomanagement und die Patientensicherheit in der Medizin. *Bundesgesundheitsbl.* 2015; 58(1): 38–44.
13. Monzer M, Wissert M. Rolle und Funktion des Case Managements in der Begleitung Sterbender. *Case Management, „Sonderheft Palliative Care“* 2009; 6(5): 34–41.

#### Für die Verfasser:

Prof. Dr. phil. Wolfgang George  
TransMIT-Projektbereich für  
Versorgungsforschung  
Technische Hochschule Mittelhessen  
Jahnstraße 14  
35394 Gießen  
Tel. +49 641 9482 113  
[george@transmit.de](mailto:george@transmit.de)