

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität zu Köln
Förderkennzeichen:	01VSF19033
Akronym:	StiK-OV
Projekttitle:	Sterben im Krankenhaus - Optimierung der Versorgung am Lebensende
Autorinnen und Autoren:	PD Dr. Kerstin Kremeike, Sukhvir Kaur, Nikolas Oubaid, Christin Herrmann, Dr. Sophie Meesters, Dr. Aneta Schieferdecker, Viola Milke, Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Karin Oechsle, Prof. Dr. Holger Schulz, Prof. Dr. Raymond Voltz
Förderzeitraum:	1. November 2020 bis 31. Oktober 2024
Ansprechpartner:	PD Dr. Kerstin Kremeike, Prof. Dr. Raymond Voltz

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt StiK-OV wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19033 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Krankenhäuser sind mit ca. 47% der häufigste Sterbeort in Deutschland, gleichzeitig ist die Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Sterbephase hier – außerhalb palliativ-spezialisierter Strukturen – am größten [1, 2]. Obwohl wesentliche Qualitätsindikatoren (QI) und Outcomes einer guten Sterbebegleitung vorliegen (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin [3], Handlungsempfehlungen [4]), fehlt es an ihrer nachhaltigen Implementierung in die Praxis. Ziel des Projekts ist daher die Optimierung der Versorgung und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus.

Methodik: Dreiphasige multizentrische *Mixed-methods*-Studie: Phase 1: Vorabbefragung, Expertensymposium und Scoping Review als Grundlage für ein Maßnahmenportfolio zur optimalen Sterbebegleitung im Krankenhaus. Phase 2: Rekrutierung von je fünf Stationen zweier Universitätsklinik, Bildung stationsspezifischer Arbeitsgruppen (AGs), die einfach umzusetzende Maßnahmen im klinischen Stationsalltag entwickelten und umsetzten – jeweils unter Einbindung palliativmedizinischer Expertise und Unterstützung des Forschungsteams; Prä-Postevaluation durch Aktenanalyse, Mitarbeitendenbefragung und -Fokusgruppen sowie Angehörigeninterviews. Phase 3: Entwicklung, Konsentierung und Dissemination eines generischen Konzepts zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase im Krankenhaus.

Ergebnisse: Die Präerhebung zeigte, dass die Versorgung sterbender Patient:innen sowie ihrer Angehörigen auch für Versorgende besonders relevant ist und sie diesbezüglich Verbesserungspotenzial sehen. Ein partizipativer Ansatz zur Entwicklung von Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung erwies sich als praktikabel, es wurden N=34 stationsspezifische Maßnahmen entwickelt. Der Prä-Post-Vergleich zeigte signifikante Verbesserungen in der wahrgenommenen Versorgungsqualität aus Mitarbeitenden-Sicht ($p < 0,001$, $d = 1,4$) sowie eine Reduktion des Belastungs-Scores der Mitarbeitenden ($p = 0,028$, $d = 1,4$). Auch die Aktenanalyse belegte signifikante Veränderungen in den dokumentierten Indikatoren. Die qualitativen Daten verdeutlichen darüber hinaus vielschichtige Veränderungsprozesse im klinischen Alltag. Ein generisches Konzept wurde entwickelt, das Maßnahmenformate, Materialien und aus den Projektergebnissen abgeleitete Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus umfasst.

Diskussion:

Das StiK-OV-Projekt konnte zeigen, dass die Entwicklung von stationsspezifischen, dem jeweiligen Bedarf angepassten Maßnahmen im *Bottom-up*-Prinzip in multiprofessionellen Arbeitsgruppen mit palliativmedizinisch-qualifizierter Begleitung möglich ist. Durch die Bildung der Arbeitsgruppen sowie die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen kann die Qualität der Versorgung Sterbender im Krankenhaus signifikant und klinisch relevant verbessert werden. Diese Verbesserung ist in den Patient:innenakten nachweisbar und wird von den Mitarbeitenden als entlastend wahrgenommen. Das Konzept dieses partizipativen Ansatzes wird mit Hinweisen zur Umsetzung, Förderfaktoren und Barrieren sowie der Implementierung in anderen Krankenhäusern bzw. Einrichtungen der GKV-Versorgung disseminiert und kann damit von anderen Krankenhäusern implementiert werden.

Schlagnworte: Bottom-up-Prinzip, Arbeitsgruppen, Sterbephase, Verbesserung der Versorgung

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	5
1	Projektziele	7
2	Projektdurchführung	9
2.1	Projektbeteiligte	9
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	10
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	11
2.3.1	Phase 1: Sammlung bestehender Instrumente und Erfahrungen	11
2.3.2	Phase 2: Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf	11
2.3.3	Phase 3: Verallgemeinerbarkeit und Dissemination	13
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	13
2.4.1	Arbeitsgruppenprozess auf den Stationen	13
2.4.2	Stand des Implementierungsprozess zum Evaluationszeitpunkt	16
3	Methodik	16
3.1	Phase 1 (14 Monate, 11/2020 - 12/2021): Sammlung bestehender Instrumente und Erfahrungen	16
3.2	Phase 2 (28 Monate, 9/2021 - 10/2023): Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf	19
3.2.1	Phase 2a (9/2021 - 5/2021): Präerhebung	20
3.2.2	Phase 2b (11/2021 - 4/2022): Etablierung von Arbeitsgruppen, Vorstellen des Maßnahmenportfolios	25
3.2.3	Phase 2c (5/2022 - 12/2022): Ableitung individueller Maßnahmenpläne und Umsetzung auf den teilnehmenden Stationen	26
3.2.4	Phase 2c: Feedbackumfrage	26
3.2.5	Phase 2d (1/2023 - 12/2023): Posterhebung	26
3.3	Phase 3 (10/2023 - 10/2024): Verallgemeinerbarkeit und Dissemination	31
4	Projektergebnisse	32
4.1	Phase 1: Sammlung bestehender Werkzeuge und Erfahrungen - Rekrutierung der teilnehmenden Stationen	32
4.1.1	Rekrutierung von 10 teilnehmenden Stationen	32
4.1.2	Vorabbefragung und Auftakt-Symposium	33
4.1.3	Erstellung eines Portfolios möglicher Maßnahmen (Scoping Review)	35
4.2	Phase 2: Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf	36
4.2.1	Phase 2a: Präerhebung	36

4.2.2	Phase 2b: Etablierung von Arbeitsgruppen, Vorstellen des Maßnahmenportfolios	39
4.2.3	Phase 2c: Ableitung individueller Maßnahmenpläne und Umsetzung auf den teilnehmenden Stationen.....	40
4.2.4	Phase 2c: Ergebnisse der Feedbackumfrage	43
4.2.5	Phase 2d: Posterhebung/Prä-Post Vergleich	44
4.3	Phase 3: Verallgemeinerbarkeit und Dissemination	50
4.3.1	Ergebnis-Symposium	50
4.3.2	Generisches Konzept	50
5	Diskussion der Projektergebnisse	52
5.1	Bezugnahme zu den Ausgangspunkten	52
5.2	Bewertung des Prä-Post-Vergleich	54
5.3	Arbeitsgruppe als Intervention	55
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	56
6.1	Mögliche Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Projekts nach Ende der Förderung	58
6.2	Limitationen und Stärken	59
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	60
IV	Literaturverzeichnis	63
V	Anlagen.....	67

I Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AMBER	Assessment; Management; Best practice; Engagement; Recovery uncertain
BCD	Best Care for the Dying
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research 2.0
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
IA	Innovationsausschuss
IMBS	Institut für Medizinische Biometrie und Statistik
IMVR	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKK	Universitätsklinikum Köln

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte der Prä-Post-Evaluation in Relation zur Intervention (Arbeitsgruppenprozess)	19
Abbildung 2: Balance der Kovariaten vor und nach Propensity-Score-Matching.....	28
Abbildung 3: Wortwolke zu bestehenden Maßnahmen und Instrumenten	38
Abbildung 4: Durchschnittliche Anzahl der Sterbefälle (2019 -2022) auf den zehn teilnehmenden Stationen	39
Abbildung 5: Übersicht über Anzahl, Teilnehmende und Treffen der Arbeitsgruppen.....	40
Abbildung 6: Ergebnisse der Arbeitsgruppenumfrage, n=44 Teilnehmende	43

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortial- und Projektpartner StiK-OV	9
Tabelle 2: Projektphasen StiK-OV	10
Tabelle 3: Überblick über Förderfaktoren und Barrieren des Arbeitsgruppenprozesses sowie des Implementierungsprozesses	14
Tabelle 4: Suchsyntax für das Scoping Review.....	18
Tabelle 5: Ablauf von Projektphase 2	20
Tabelle 6: Themen und Kategorien der Aktenanalyse	21
Tabelle 7: Quantitative Instrumente zur Befragung Stationsmitarbeitender verschiedener Professionen in den Phasen 2a und 2d	23
Tabelle 8: Zuordnung der Stichproben in die jeweiligen Quantile.....	29
Tabelle 9: Datenanalyse: Kategorien des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [21]	31
Tabelle 10: Stichprobenzusammensetzung der Vorabbefragung	33

Tabelle 11: Ergebnisse des Scoping Reviews (Haupt- und Unterkategorien). Ergebnisse in Klammern beziehen sich auf die absolute Anzahl an Maßnahmen.....	35
Tabelle 12: Überblick über entwickelte Maßnahmen (N=34).....	42
Tabelle 13: Stichprobencharakteristika Mitarbeitendenbefragung.....	44
Tabelle 14: Mittelwerte zur Versorgungsqualität, Belastungen, Selbstwirksamkeit, Thanatophobie, Selbstfürsorge und Teaminteraktion/-funktion für N=10 Stationen (Stratifizierte Propensity Scores) im Prä-Post Vergleich (Prä: n=201; Post: n= 122).....	45
Tabelle 15: Ergebnisse der Fokusgruppen in der Post-Erhebung.....	46
Tabelle 16: Übersicht der förderlichen und hinderlichen Faktoren für den Arbeitsgruppenprozess auf Stationsebene und auf Ebene der Arbeitsgruppe	49
Tabelle 17: Maßnahmenformate zur Veröffentlichung auf DGP-Website.....	51
Tabelle 18: Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus.....	52
Tabelle 19: Übersicht der Publikationen des StiK-OV Projekts	60
Tabelle 20: Übersicht über Poster und Vorträge zum StiK-OV Projekt	62

1 Projektziele

Laut Erhebungen des Statistischen Bundesamtes fallen etwa 47% der Todesfälle in Deutschland auf Krankenhäuser [1]. Diesen Anteil konnten wir in einer eigenen Studie für Köln mit 42% bestätigen [2]. Krankenhäuser stellen damit den häufigsten Sterbeort in der Bundesrepublik dar [3]; pro Jahr versterben hier rund 420.000 Patient:innen [4]. Berücksichtigt man auch die Angehörigen der Verstorbenen, sind vier- bis fünfmal so viele Menschen davon betroffen [5]. Allerdings ist auch die Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Sterbephase im Krankenhaus am größten [2, 6]. Gründe dafür liegen aus Sicht der Patient:innen sowie ihrer Angehörigen vorrangig in einer unzureichenden Symptomkontrolle, ihrer mangelnden Einbindung in die Entscheidungsfindung für den weiteren Behandlungsverlauf sowie einer fehlenden Kommunikation der Versorgenden mit den Betroffenen [7]. Nur ein geringer Teil der im Krankenhaus versterbenden Patient:innen benötigt eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung, z.B. auf einer Palliativstation [9]. Professionell Versorgenden außerhalb von Palliativstationen fällt es jedoch oft schwer, mit den Betroffenen über ihre Situation zu sprechen, weil der Tod vom System Krankenhaus in der Regel nicht als ein mögliches und in manchen Fällen auch akzeptables Behandlungsende betrachtet wird. Mitarbeitende empfinden das Sterben und den Tod ihrer Patient:innen auch als persönliches Scheitern bzw. als Ergebnis einer erfolglosen Behandlung. Daraus erwachsen Unsicherheiten, ob und wie Gespräche über das Sterben initiiert und geführt werden können [8]. Die Versorgung in der Sterbephase erfolgt oft intuitiv und die Qualität ist abhängig von der Motivation, Qualifikation und Kompetenz einzelner Mitarbeitender. In der Dokumentation finden sich nur selten explizite Hinweise auf die Sterbebegleitung [9]. Neben der naheliegenden, primär kurativen Kultur in Akut-Krankenhäusern lassen auch zunehmender Zeit- und Kostendruck bei gleichzeitig fehlenden Standards und Routinen für die Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen den Mitarbeitenden auf nicht-palliativmedizinischen Stationen wenig Raum, eigene Versorgungsziele für die Sterbephase zu reflektieren [10]. Wenn kurative Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, trifft dies jedoch nicht auch für die Möglichkeiten der Behandlung und Pflege sterbender Patient:innen sowie die Begleitung ihrer Angehörigen zu [11]. Vor diesem Hintergrund wird in den Handlungsempfehlungen der national breit konsentierten Charta zur Betreuung Schwerkranker und Sterbender die besondere Bedeutung von Krankenhäusern bei der individualisierten und *Best-practice*-orientierten Betreuung sterbender Menschen in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens sowie ihrer Angehörigen betont [12]. Krankenhäuser und deren Träger werden in den Handlungsempfehlungen der Charta aufgerufen, diesbezüglich Empfehlungen und Standards zu entwickeln und umzusetzen. Übergeordnetes Projektziel ist daher die Optimierung der Versorgung und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus. Dabei leiten uns drei Ausgangspunkte:

(1): Die meisten der im Krankenhaus versterbenden Patient:innen werden nicht in Strukturen der Palliativversorgung betreut [13], die Unterstützung oder Übernahme der Versorgung durch einen palliativmedizinischen Dienst oder auf einer Palliativstation erfolgt nur bei entsprechender Indikation [10] und ist größtenteils nicht notwendig. Die Betreuung Sterbender ist daher in der Hauptsache Aufgabe des gesamten Krankenhauses.

(2): Auch auf vielen nicht palliativ-spezialisierten Krankenhausstationen arbeiten äußerst engagierte Kolleg:innen, die Sterbende im eigenen Versorgungssetting besser versorgen möchten [6]. Die Stationen haben jedoch oft keine abgestimmte Vorgehensweise oder interne

Handlungsempfehlungen für die Versorgung in der Sterbephase etabliert. Die Einführung einfacher Maßnahmen kann hier ein wesentlicher erster Schritt sein, die Versorgung Sterbender strukturell zu verbessern. Konsentierete Empfehlungen und erste identifizierte Outcomes für die Betreuung Sterbender existieren bereits [12], diese sind jedoch nicht an die Bedürfnisse und Strukturen der einzelnen Stationen angepasst.

(3): Die Voraussetzungen für die Umsetzung bestehender Empfehlungen sind je nach Station sehr heterogen (z.B. durch Team-Qualifikation, Stationssetting (Intensivstation/ Normalstation) und Fachrichtung (z.B. Neurologie, Onkologie), daher erscheint für die Verbesserung der Versorgung ein situationsgerechtes, vom Outcome her denkendes *Bottom-up*-Vorgehen eher sinnvoll als eine *Top-down*-Implementierung komplexer einheitlicher Interventionen, mit denen international bereits negative Erfahrungen gemacht wurden [14].

Das Projekt zielte daher darauf ab, von einer identischen Ergebnisqualität (Outcome) ausgehend, stationsspezifisch unterschiedliche „einfache“ Maßnahmen – auch im Sinne einer geringen zusätzlichen Arbeitsbelastung – zu konsentieren und umzusetzen sowie den Effekt dieses „minimal invasiven“ Vorgehens im Vorher-Nachher-Design zu testen. Da komplexe und zeitaufwändige Maßnahmen in Zeiten des Personalmangels schwierig umzusetzen sind, sollte mit minimalen Interventionen die jeweils individuell bestmögliche und effektivste Strategie für die Stationen erreicht werden. Dahinter steht die Annahme, dass sich die jeweiligen „Versorgungssysteme“ aufgrund der durch diese Minimalintervention entstehenden positiven „Irritationen“ bezüglich der Versorgung Sterbender neu ausrichten. Durch Auswahl teilnehmender Stationen innerhalb zweier Uniklinika konnte eine bereits sehr heterogene Versorgungssituation erreicht werden. Zusätzlich war die Einbeziehung breiter (inter-) nationaler Erfahrungen sowie von Patientenvertretungen in die Entwicklung eines generischen Konzepts für die Optimierung der Sterbephase in Krankenhäusern und in die Dissemination der Ergebnisse geplant.

Das Projekt hatte folgende Ziele:

- Generierung von Daten zur Akzeptanz und Wirksamkeit des „minimal invasiven“ Vorgehens bei Patient:innen, Angehörigen und Versorgungs-Teams
- Etablierung eines breiten Portfolios möglicher Maßnahmen („Werkzeugkastens“) zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase sowie Veröffentlichung auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Konsentierung eines generischen Konzepts zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase durch Symposiums-Teilnehmende im Sinne eines Advisory Boards
- Dissemination der Ergebnisse über die kooperierenden Partner (siehe Letters of Intent (LOIs): AOK Rheinland/Hamburg, Arbeitsgemeinschaft (AG) Palliativmedizin in der Deutschen Krebsgesellschaft (APM), AG Sterbephase der DGP, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), AG Palliativmedizin im Netzwerk der von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten Onkologischen Spitzenzentren (CCC)) und Einbringen z.B. in Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie in ein von der DGP geplantes Gütesiegel für Akut-Krankenhäuser, die auch eine palliative Haltung kultivieren.

Um diese Ziele zu realisieren, wurden folgende Forschungsfragen beantwortet:

- **Forschungsfrage 1:** Wie stellt sich die Versorgungssituation sterbender Patient:innen sowie ihrer Angehörigen auf verschiedenen Stationen zweier Uniklinika dar?
- **Forschungsfrage 2:** Welche Maßnahmen zur Erreichung einer guten Begleitung in der Sterbephase werden von unterschiedlichen Stationen gewählt und warum?
- **Forschungsfrage 3:** Welche fördernden und hemmenden Faktoren beeinflussen deren Implementierung?
- **Forschungsfrage 4:** Wie wirken sich die förderlichen und hemmenden Faktoren der Implementierung (z.B. Vorwissen, Veränderungsbereitschaft, Organisationskultur, Ressourcen) und Implementierungsergebnisse (z.B. Akzeptanz, Durchdringung, Umsetzbarkeit des Konzepts) auf die Versorgungsqualität sowie Belastungserleben, Selbstwirksamkeit und Interaktion der Versorgenden aus?
- **Forschungsfrage 5:** Wie nehmen Angehörige die Versorgung in der Sterbephase wahr?
- **Forschungsfrage 6:** Wie lassen sich die im Rahmen des Projekts gewonnenen Erkenntnisse auf andere Krankenhäuser übertragen?
- **Forschungsfrage 7:** Was zeichnet ein generisches Konzept aus, das nicht-palliative Krankenhausstationen bei der Implementierung von Empfehlungen zur Versorgung in der Sterbephase unterstützt?

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Konsortial- und Projektpartner StiK-OV

	Institution	Verantwortlichkeit/ Rolle
Prof. Dr. Raymond Voltz/ PD Dr. Kerstin Kremeike	Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (UKK)	Projektleitung/ Konsortialführung; Rekrutierung teilnehmender Stationen und Umsetzung des Vorhabens auf den Stationen
Prof. Dr. Holger Pfaff	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Universität zu Köln	Wissenschaftliche Begleitung/ Durchführung und Begleitung der Prozessevaluation
Prof. Dr. Karin Oechsle	Universitätsprofessur für Palliativmedizin mit Schwerpunkt Angehörigenforschung, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)	Durchführung des Projekts am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Rekrutierung teilnehmender Stationen und Umsetzung des Vorhabens auf den Stationen; Expertise in Angehörigenforschung

Prof. Dr. Holger Schulz	Universitätsprofessur Klinische Versorgungsforschung; Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE	Wissenschaftliche Supervision/ Methodische Begleitung
Prof. Dr. Martin Hellmich	Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB), Universität zu Köln	Statistik/ Methodische Begleitung der quantitativen Datenauswertung des Projekts
Christoph J. Rupprecht	AOK Rheinland/Hamburg	Kritische Begleitung des Projekts, Dissemination daraus gewonnener Erkenntnisse

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Das Projekt umfasst eine dreiphasige, multizentrische, gemischt-methodische Studie mit einem evaluierenden Prä-Post-Vergleich [15]. Die Phasen gliedern sich wie folgt: „Sammlung bestehender Werkzeuge und Erfahrungen“ über einen Zeitraum von 14 Monaten, eine „Erprobungsphase“ in den Uniklinika Köln (UKK) und Hamburg-Eppendorf (UKE) über 28 Monate sowie eine Phase der „Verallgemeinerbarkeit und Diskussion“ über 12 Monate (siehe Tabelle 2). Die Phasen überschneiden sich teils, die Gesamtprojektlaufzeit beträgt vier Jahre.

Tabelle 2: Projektphasen StiK-OV

Phase 1 (14 Monate, 11/2020 – 12/2021): Sammlung bestehender Werkzeuge und Erfahrungen	Phase 2 (28 Monate, 09/2021 – 12/2023) Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf (sukzessiver Einschluss der Stationen)	Phase 3 (12 Monate, 10/2023-10/2024): Verallgemeinerbarkeit und Dissemination
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammentragen eines Maßnahmenportfolios zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (inkl. Scoping Review) • Auftakt-Symposium: Diskussion und Erfahrungsaustausch zur Anwendung der Werkzeuge • Rekrutierung von 10 teilnehmenden Stationen 	<p>a) 8 Monate: Präerhebung auf den Stationen</p> <p>Quantitativ (UKK/UKE): Analyse von Patient:innenakten, Mitarbeitendenbefragung</p> <p>Qualitativ (IMVR): Angehörigeninterviews, Fokusgruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammentragen der Ergebnisse aus der Erprobungsphase • Ergebnis-Symposium: Diskussion und Erfahrungsaustausch zur Umsetzung der Maßnahmen • Aufarbeitung von Material zu geeigneten Maßnahmen und Bereitstellung auf der DGP-Webseite
	<p>b) je Station 6-8 Monate: Etablierung von Arbeitsgruppen, Vorstellen des Maßnahmenportfolios, Ableitung individueller Maßnahmenpläne auf den teilnehmenden Stationen</p>	
	<p>c) je Station 7-8 Monate: Umsetzung der Maßnahmenpläne</p>	
	<p>d) 12 Monate: Posterhebung auf den Stationen</p>	

Quantitativ (UKK/UKE): Analyse von Patient:innenakten, Mitarbeitendenbefragungen	
Qualitativ (IMVR): Angehörigeninterviews, Fokusgruppen	
Kritische Begleitung durch Advisory Board; Erhebung fördernder und hemmender Faktoren	

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

2.3.1 Phase 1: Sammlung bestehender Instrumente und Erfahrungen

In **Phase 1** des Projektes wurde am 19.04.2021 ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der UKK wie auch ein Zweitvotum der Ethikkommission des UKE eingeholt. Weiterhin wurde der Weiterleitungsvertrag geschlossen. Die Datenschutzkonzepte an beiden Standorten wurden erfolgreich eingereicht. Insgesamt wurden zehn (Normal- sowie Intensiv-) Stationen an den beiden Uniklinika rekrutiert.

Am 29.04.2021 wurde das Auftakt-Symposium als Online-Veranstaltung durchgeführt. Insgesamt nahmen daran 51 von den mehr als 150 eingeladenen Expert:innen aus den Bereichen (Palliativ-)Versorgung, Lehre, Gesundheitswesen, Politik, Kirche sowie Vertreter:innen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) teil. Weiterhin konnten vier externe Referent:innen zu bestehenden Projekten zum Thema Sterben im Krankenhaus gewonnen werden. Trotz breiter Streuung folgten der Einladung zum Auftakt Symposium damit zwar weniger Teilnehmende als avisiert, darunter waren aber wie vorgesehen Vertreter:innen der AG Sterbephase der DGP, des Spes Viva-Konzepts zur Sterbebegleitung der Krankenhäuser und ihrer Gesellschaften sowie Angehörigenvertreter:innen. Um deren unterschiedliche Erfahrungen mit und Perspektiven auf das Thema Sterben im Krankenhaus bestmöglich abzubilden, wurde unter allen eingeladenen Expert:innen zusätzlich eine Online-Befragung durchgeführt, damit auch Sichtweisen nicht Anwesender in das Projekt einfließen konnten [16]. Die Ergebnisse der Analyse der N = 65 Rückmeldungen (zur Teilnahme Eingeladene = 165; Rücklaufquote: 39 %) auf die Onlineumfrage lieferte relevante Informationen zu vorhandenen Maßnahmen und Erfahrungen bezüglich der Versorgungsoptimierung in der Sterbephase, die in die Erstellung des Maßnahmenportfolios ebenso einfließen wie die Ergebnisse eines Scoping Reviews [17].

2.3.2 Phase 2: Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf

In **Phase 2a** wurde das Maßnahmenportfolio für den Einsatz in den Arbeitsgruppen fertiggestellt. Die Stationen wurden sukzessiv in die Präerhebung eingeschlossen, an beiden Uniklinika fanden Mitarbeitendenbefragung und -fokusgruppen sowie die Patient:innenaktenanalyse und Angehörigeninterviews statt.

An beiden Uniklinika ergriffen die Projektmitarbeitenden frühzeitig Maßnahmen, um eine höchstmögliche Rücklaufquote für die Mitarbeitendenbefragung zu erreichen. So wurden auf jeder Station Poster inklusive QR-Codes zum einfachen Abrufen der Mitarbeitendenbefragung ausgehängt (Poster siehe Anlage 1). Zudem wurden Handouts in die Fächer der Mitarbeitenden gelegt, falls solche vorhanden waren. Neben zwei Erinnerungen an die zu Befragenden wurden auch Erinnerungen über die ärztlichen und pflegerischen Teamleitungen per Mail ver-

sendet sowie in Teammeetings explizit auf die Befragung hingewiesen. Gründe für die dennoch geringen Rücklaufquoten lagen laut Angaben der Stationsleitungen in der hohen Arbeitsbelastung des klinischen Personals, einem zum Befragungszeitpunkt hohe Krankenstand sowie dem Start weiterer wissenschaftlicher Projekte. Die geplante Fallzahl wurde daher von n=500 auf n=200 herabgesenkt.

Die Hürde für Versorgende, Angehörige in ihrer Not bzw. Trauer anzusprechen, war vor allem bei unerwarteten und tragischen Todesfällen groß. Außerdem gab es nach Ansprechen von Angehörigen wenig Rückmeldungen an das Forschungsteam, auch wenn Angehörige im Gespräch mit den Stationsmitarbeitenden Interesse an der Studienteilnahme bekundeten. Trotz der Bemühungen des Forschungsteams und des Stationsteams und der angepassten Rekrutierungsstrategie (Rekrutierung von Angehörigen über Seelsorge, Casemanager:innen und Psycholog:innen), regelmäßige Erinnerungen der Rekrutierenden durch persönliche Gespräche und E-Mails sowie weitere Maßnahmen wie die Erstellung eines Beileidsbriefes konnte die geplante Fallzahl nicht erreicht werden. Die geplante Fallzahl wurde daher von n=20 auf N=10 herabgesenkt.

In **Phase 2b** wurden auf allen teilnehmenden Stationen Arbeitsgruppen gemäß Zeitplan etabliert. Diese wurden über die wesentlichen und stationsspezifischen Ergebnisse der Aktenanalyse und Mitarbeitendenbefragung sowie bei Bedarf über Maßnahmen aus dem Portfolio informiert. Zudem wurden in der Präerhebung Angehörigeninterviews durchgeführt und die Datenerhebung sowie -aufbereitung der Präerhebung abgeschlossen.

Phase 2c umfasste die Entwicklung stationsspezifischer Maßnahmenpläne. Dies verzögerte sich aufgrund eingeschränkter zeitliche Ressourcen der Stationsteams durch einen anhaltenden pandemiebedingten Personalnotstand bei gleichzeitig notwendiger Sicherstellung der Patient:innenversorgung sowie die kurzfristige Schließung einer gesamten Station für vier Wochen aufgrund des Personalnotstands. Zudem musste eine teilnehmende Station ihre Projektteilnahme pausieren, da sie die primäre Versorgung von Corona-Patient:innen übernahm. Auch ein 78-tägiger Personalstreik des Pflegefachpersonals an der UKK fiel in diese Phase. Daher wurde eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung um 1 Jahr beantragt und bewilligt. Daraufhin konnte innerhalb der Projektlaufzeit für alle zehn Stationen ein individueller Maßnahmenplan entwickelt und auf acht von zehn Stationen mindestens eine Maßnahme umgesetzt werden. Zwei der teilnehmenden Stationen entwickelte auch außerhalb der Arbeitsgruppentreffen eigenständig Maßnahmen und setzte diese um.

In **Phase 2d** wurde für die Posterhebung planmäßig vom 01.01.2023 bis zum 31.10.2023 auf allen teilnehmenden Stationen die Datenerhebung durchgeführt, die erneut eine Patient:innenaktenanalyse, Mitarbeitendenbefragung und -fokusgruppen sowie Angehörigeninterviews umfasste.

In der Posterhebung wurden nur n=5 Angehörigeninterviews durchgeführt, was auf mehrere Gründe zurückzuführen ist. Zum einen traten insbesondere auf den Nicht-Intensivstationen sehr wenige Sterbefälle auf. Weiterhin führte der Krankenstand sowie die dadurch erhöhte Arbeitslast bzw. das Sicherstellen der Patient:innenversorgung bei den Versorgenden zu einer selteneren Ansprache von Angehörigen sowie zu einer erschwerten Erreichbarkeit für das Forschungsteam. Wie auch bei der Präerhebung stellte es eine Hürde für Versorgende da, Angehörige in ihrer Not bzw. Trauer anzusprechen. Mitarbeitende der Seelsorge und Therapeut:in-

nen der Station wurden ebenso wie in der Präerhebung erneut in die Rekrutierung eingebunden. Aufgrund der erzielten Fallzahl wurden die Interviews zusammen mit jenen aus der Präerhebung analysiert und auf einen Prä-Post-Vergleich der Angehörigeninterviews verzichtet.

Die Datenaufbereitung und -analyse der Posterhebung fand zwischen dem 01.02.2023 und 31.12.2023 für die Mitarbeitendenbefragung, Fokusgruppen, Aktenanalyse und Angehörigeninterviews statt.

2.3.3 Phase 3: Verallgemeinerbarkeit und Dissemination

Das Ergebnis-Symposium fand am 24.01.2024 als Hybridveranstaltung online und in den Räumen des Carl-Storz-Besucher- und Schulungszentrums in Berlin statt. Neben den Referent:innen nahmen insgesamt 100 Personen teil (sechs in Präsenz und 94 online). Die Teilnehmenden setzten sich unter anderem zusammen aus Führungskräften und Mitarbeitenden verschiedener Krankenhäuser und Hospizdienste, Vertreter:innen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Krankenhausgesellschaft NRW und der Stadt Köln sowie Mitarbeitenden der teilnehmenden Stationen und Arbeitsgruppen (AG) beider Uniklinika.

Das erarbeitete generische Konzept umfasst:

- 1) eine Übersicht über die im Projekt entwickelten Maßnahmen
- 2) Materialien bzw. Vorlagen zu verschiedenen Maßnahmenformaten und
- 3) Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus, abgeleitet aus den Projektergebnissen

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Forschungsfrage 3: Welche fördernden und hemmenden Faktoren beeinflussen deren Implementierung?

Forschungsfrage 4: Wie wirken sich die förderlichen und hemmenden Faktoren der Implementierung und Implementierungsergebnisse auf die Versorgungsqualität sowie Belastungserleben, Selbstwirksamkeit und Interaktion der Versorgenden aus?

Im Folgenden wird über die Erfahrungen des AG-Prozesses anhand des *Consolidated Framework for Implementation Research 2.0 (CFIR)* [21] berichtet: Dabei sollten Barrieren und Förderfaktoren für den AG-Prozess zur Entwicklung von Maßnahmen identifiziert werden. Eine weitere Evaluation der Implementierungsprozesses sollte Aufschluss darüber geben, ob die stationsspezifischen Maßnahmen, die in AGs partizipativ mit dem Stationspersonal entwickelt wurden, zu einer erfolgreichen Implementierung auf den Krankenhausstationen beitragen können. Das CFIR ermöglicht eine umfassende Bewertung der Barrieren und Förderfaktoren des AG- und Implementierungsprozesses. Weitere Einzelheiten zu Methoden und Ergebnisse des AG- und Implementierungsprozesses werden in den Kapiteln 3 *Methodik* und 4 *Projektergebnisse* beschrieben.

2.4.1 Arbeitsgruppenprozess auf den Stationen

Zur Entwicklung der Maßnahmen nach dem *Bottom-up*-Prinzip in **Phase 2c** diskutierten Stationsmitarbeitende in AGs **in Phase 2b** zunächst die aktuelle Praxis auf ihren Stationen, einschließlich der Herausforderungen in der Sterbebegleitung. Auf dieser Grundlage wählten die

AGs Themen für aus ihrer Sicht auf der jeweiligen Station erforderliche Verbesserungen aus und definierten konkrete und umsetzbare Ziele. Danach wurden konkrete Maßnahmen zur Erreichung der Ziele entwickelt, die sich auf verschiedene Implementierungstheorien stützen [18-20]. Die Umsetzung der entwickelten Maßnahmen wurde durch die Festlegung von Zielgruppen, Aktivitäten, Aufgaben und Zeitplänen skizziert.

Direkt nach Abschluss der AG-Phase (Januar bis Dezember 2022) wurden im Rahmen einer Prozessevaluation förderliche und hinderliche Faktoren für den AG-Prozess identifiziert. Datengrundlage waren dabei die Dokumentation der AGs und Daten aus der Präerhebung (Mitarbeitendenbefragung, Aktenanalyse, Fokusgruppen, Angehörigeninterviews). Zudem wurde nach Abschluss der AG-Phase und mindestens drei Monate nach Einführung der ersten Maßnahme auf jeder Station eine Mitarbeitendenbefragung und -fokusgruppe durchgeführt. Dabei wurden der Implementierungserfolg der Maßnahmen evaluiert und Faktoren identifiziert, die den Implementierungserfolg beeinflussen haben. Tabelle 3 zeigt einen Überblick über die identifizierten Förderfaktoren und Barrieren des AG-Prozesses sowie des Implementierungsprozesses auf den teilnehmenden Stationen.

Tabelle 3: Überblick über Förderfaktoren und Barrieren des Arbeitsgruppenprozesses sowie des Implementierungsprozesses

Arbeitsgruppenprozess
Barrieren
Begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen
Hohe Personalfuktuation und abnehmende Teilnahme
Stationspezifische Dynamiken/Konflikte
Strukturelle Grenzen (z.B. IT)
Förderfaktoren
Thema wird auf Station als relevant angesehen
Einbinden von (motivierten) Führungskräften „opinion leadern“ und vernetzten Personen
Multiprofessionelle Zusammensetzung
Vor Projektstart vorhandene Ideen oder Material, auf dem aufgebaut werden kann
Mischung: Kleine, schnell umzusetzende Maßnahmen & größere, ggf. länger zu planenden Maßnahmen
Implementierungsprozess
Barrieren
Fehlende Rollenzuweisung für die kontinuierliche Umsetzung der Maßnahme auf Station
Fehlen Strukturen müssen erst geschaffen werden, hierzu sind Entscheidungsträger notwendig
Begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen, werden verstärkt durch unbesetzte Stellen
Strukturen der Krankenhausstation machen Implementierung zeitaufwendig und komplex <ul style="list-style-type: none"> • Bestehen von festen Arbeitsabläufe • Priorität liegt in der Patient:innenversorgung • langfristig festgelegter Dienstpläne • Schichtdienst
Häufiger Wechsel von Mitarbeitenden erschwert Festigung neuer Maßnahme oder Kulturänderung <ul style="list-style-type: none"> • Rotation der Assistenzärzt:innen • Fluktuation von Mitarbeitenden • Einsatz von Zeitarbeits- oder Poolkräften
Implementierungsdauer verlängert bei weniger Sterbefällen auf der Station

Förderfaktoren

Unterstützung durch Leitungspersonen oder Opinion Leader, die Umsetzung neuer Maßnahmen oder Routinen aktiv fördern

2.4.1.1 Förderliche Faktoren des Arbeitsgruppenprozesses

Ein wichtiger Förderfaktor war die erlebte hohe Relevanz des Themas auf den Stationen, sowohl durch die Mitarbeitenden wie auch die Klinikleitungen. Auf manchen Stationen war das Thema bereits sehr präsent im Stationsalltag, z.B. in Form von Ethikvisiten.

Ein weiterer Faktor war die Einbindung motivierter Führungskräfte. Diese führte durch den Wegfall von Rückspracheschleifen zu einer Zeitersparnis im gesamten Prozess, zum anderen zu einer größeren Verbindlichkeit des Stationsteams, die Maßnahmen umzusetzen. Beispielsweise wurde die Entwicklung eines neuen Besprechungsformates auf einer teilnehmenden Station vom Oberarzt und der Stationsleitung mitgetragen. Dadurch nahmen Stationsmitarbeitende trotz anfänglich teils kritischer Haltung daran teil und die Besprechung etablierte sich nach wenigen Wochen als Routinetermin. Weiterhin ist die Einbindung von sogenannten opinion leadern [21], also Personen mit Einfluss auf die Einstellungen und Verhaltensweisen anderer, wichtig. So werden solche AG-Teilnehmende beschrieben, die auf der Station ein bestimmtes Ansehen hatten und das restliche Team motivieren konnten. Die Rekrutierung von Stationsmitarbeitenden für eine Fortbildung durch *opinion leader* führte beispielsweise zu einer hohen Teilnehmendenzahl. Auch vernetzte Personen waren im Prozess vor allem wichtig, wenn die Maßnahmen auch Personen oder Strukturen außerhalb der Station betrafen, wie bei interdisziplinären Besprechungen mehrerer Kliniken. Hier konnte etwa eine Besprechung nur durch Einbezug des Transplantationsbeauftragtem umgesetzt werden, da dieser Bedarfe und Strukturen der involvierten Parteien kannte.

Weiterhin wurde eine multiprofessionelle Zusammensetzung der AG als sehr bereichernd beschrieben: durch verschiedene Perspektiven, Ideen und Ansatzpunkte konnten Maßnahmen entwickelt werden, die die Bedarfe der gesamten Station widerspiegeln.

Bei der Entwicklung von Maßnahmen war außerdem von Vorteil, wenn bereits Ideen oder Materialien für Maßnahmen vor Projektstart auf der Station vorhanden waren. So konnte an bereits bestehenden Strukturen und Prozesse angeknüpft werden, wie an existierende Besprechungen, *Standard Operating Procedures* (SOPs) oder Leitfäden. Stationen, die quasi „von vorne“ anfangen, benötigten mehr Anleitung und Anregungen vom Forschungsteam und/oder den palliativmedizinischen Expert:innen.

Insgesamt hat sich eine Mischung von kleinen, schnell umzusetzenden Maßnahmen und größeren, ggf. länger zu planenden Maßnahmen bewährt, da so die AG-Teilnehmenden motiviert blieben, wenn zu Beginn kleinere Maßnahmen umgesetzt und schnell Erfolge sichtbar wurden.

2.4.1.2 Barrieren des Arbeitsgruppenprozesses

Ein allgemein bekanntes Problem im Gesundheitssektor sind begrenzte Ressourcen, die auch den AG-Prozess beeinflussten – verstärkt durch Pandemie und Personalstreik im Projektzeitraum. Aufgrund von Personalmangel auf den Stationen wurden Treffen verschoben oder fielen aus.

Weiterhin herrschte eine hohe Fluktuation innerhalb der AGs: die Zusammensetzung änderte sich über das Jahr und/oder Teilnehmende nahmen nicht an allen Treffen teil. Dadurch mussten die AGs immer wieder auf den gleichen Stand gebracht und teilweise auch neue Ansprechpersonen gefunden werden - z.B. bei Rotation im Rahmen der Fachärzt:innenweiterbildung.

Weitere hinderlicher Faktoren waren stationsspezifische Dynamiken oder Konflikte. Diese wurden teilweise in AG-Treffen miteingebracht, was den Fokus weg von der Maßnahmenentwicklung lenkte und zu einem Zeitverlust führte.

Daneben gab es auch strukturelle Barrieren: Die Maßnahmenumsetzung war teils von stations-externen Parteien abhängig, z.B. war die geplante Integration von entwickelten „Checklisten“ in elektronische Patient:innenakten nicht möglich.

2.4.2 Stand des Implementierungsprozess zum Evaluationszeitpunkt

Im Rahmen der Posterhebung in **Phase 2c** wurde nach dem AG-Prozess bzw. der Entwicklung und Umsetzung der stationsspezifischen Maßnahmen N=10 Fokusgruppen mit den Mitarbeitenden der teilnehmenden Stationen durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Fokusgruppen im Rahmen der Posterhebung waren n=26 der insgesamt N=34 Maßnahmen auf den Stationen vorhanden und wurden vorwiegend als nützlich und angemessen angesehen. Allerdings waren n=13 Maßnahmen noch nicht in die alltäglichen Routinen der Station integriert und noch nicht bei allen Stationsmitarbeitenden bekannt.

Als Hauptgrund wurde hier die fehlende Rollenzuweisung für die kontinuierliche Umsetzung identifiziert. Konnte auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden, erleichterte dies die Implementierung, während das Fehlen solcher Strukturen und Prozesse zusätzliche Herausforderungen mit sich brachten. Müssen diese erst geschaffen werden, waren Entscheidungsträger notwendig, wie z.B. bei der Einführung neuer Besprechungsformate. Der Implementierungsprozess auf Krankenhausstationen war aufgrund fester Arbeitsabläufe, der Priorität der Patient:innenversorgung und langfristig festgelegter Dienstpläne zeitaufwändig und komplex. Insbesondere der Schichtdienst, die Fluktuation von Mitarbeitenden, die Rotation der Ärzt:innen und der Einsatz von Zeitarbeits- oder Poolkräften erfordern eine mehrfache und kontinuierliche Information über neue Maßnahmen. Die Umsetzung wurde zudem durch zeitliche und personelle Ressourcen beeinflusst. Die Implementierungsdauer verlängert sich, wenn es weniger Gelegenheiten gibt, die Maßnahmen anzuwenden. Besonders auf den Normalstationen, auf denen im weiteren Erhebungszeitraum nur wenige Patient:innen verstarben, benötigte die Implementierung einen längeren Zeitraum.

3 Methodik

3.1 Phase 1 (14 Monate, 11/2020 – 12/2021): Sammlung bestehender Instrumente und Erfahrungen

Neben der administrativen Vorbereitung des Projekts (Formulierung und Einreichung Ethikantrag, Personalrekrutierung) umfasste **Phase 1** die Durchführung eines eintägigen Symposiums zur Diskussion vorhandener Maßnahmen und Erfahrungen bezüglich der Versorgungsoptimierung in der Sterbephase. Dazu war geplant, etwa 150 nationale Expert:innen mit Erfahrung in der Entwicklung und Implementierung des *Best Care for the Dying (BCD)* [22] oder des

Assessment; Management; Best practice; Engagement; Recovery uncertain (AMBER) Care Bundles [23] ebenso einzuladen wie nationale Fachleute z.B. aus der AG Sterbephase der DGP oder mit Erfahrung in der Umsetzung des *Spes Viva*-Konzepts zur Sterbebegleitung [24]. Auch Vertreter:innen der Krankenhäuser und ihrer Gesellschaften sowie Angehörige Verstorbener wurden zur Beurteilung der Situation in Akutkliniken einbezogen.

Im Vorfeld des Symposiums wurden die eingeladenen Expert:innen gebeten, online an einer Vorabbefragung teilzunehmen, welche den aktuellen Stand sowie möglichen Hürden und Hilfen bei der Umsetzung einer optimalen Versorgung in der Sterbephase beinhaltete. Der Fragebogen für die Online-Umfrage bestand aus acht selbst entwickelten offenen Fragen zur optimalen Krankenhausversorgung in der Sterbephase:

- (1) Nennen und beschreiben Sie bitte die drei wichtigsten Aspekte, die Ihnen spontan einfallen, wenn Sie an die Versorgung von Patienten in der Sterbephase denken.
- (2) Was ist aus Ihrer Sicht besonders positiv an der Pflege von Patienten in der Sterbephase?
- (3) Wo sehen Sie Ihrer Meinung nach Verbesserungsbedarf bei der Pflege von Patienten in der Sterbephase?
- (4) Welche konkreten Faktoren behindern die optimale Pflege von Patienten in der Sterbephase?
- (5) Welche spezifischen Faktoren erleichtern die optimale Versorgung von Patienten in der Sterbephase?
- (6) Wenn Sie entscheiden könnten: Was wäre der nächste Schritt zur Optimierung der Versorgung von Patienten in der Sterbephase?
- (7) Welche Besonderheiten erleben Sie aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie bei der Versorgung von Patienten in der Sterbephase?
- (8) Gibt es noch etwas, das Ihnen in Bezug auf die Versorgung in der Sterbephase wichtig ist, das in diesem Fragebogen noch nicht angesprochen wurde?

Soziodemografische Daten wurden ebenfalls erhoben. Die Einladung zur Umfrage einschließlich des Online-Links (LimeSurvey) und Informationen zur Studie wurden per E-Mail an 165 nationale Expert:innen versandt, die dem Forschungsteam bekannt waren und Initiativen sowie Forschungsprojekte im Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung in der Sterbephase, Krankenkassen, Krankenhausverbände sowie verschiedene Fachverbände und Berufsgesellschaften (Palliativmedizin, Pflege, Neurologie, Hospiz, Seelsorge, Geriatrie und Krebs) vertraten. Relevante Akteure aus der Politik, Gesundheitsfachkräfte aus teilnehmenden Universitätskliniken und Expert:innen wurden ebenfalls eingeladen. Die Datenerhebung fand vom 17. März 2021 bis zum 9. April 2021 statt, wobei zwei und drei Wochen nach der ersten Einladung Erinnerungen verschickt wurden.

Die Rückmeldungen wurden qualitativ unter Zuhilfenahme der Software *MAXQDA 2020* ausgewertet sowie quantitativ unter Zuhilfenahme von *SPSS* [25]. Nur vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden in den endgültigen Datensatz aufgenommen. Die soziodemografischen Daten wurden deskriptiv (Häufigkeiten und Standardabweichung) analysiert, Freitextantworten mittels qualitativer thematischer Analyse. Dazu wurden zunächst deduktiv Kategorien auf der

Grundlage der offenen Fragen erstellt, dann erfolgte induktiv eine Neukategorisierung der Daten, basierend auf den wichtigsten darin genannten Themen im Zusammenhang mit dem Sterben in Krankenhäusern. Anschließend wurde der Inhalt innerhalb der jeweiligen Kategorien zugeordnet, je nachdem, ob er eine Barriere, einen Förderfaktor oder einen Verbesserungsbedarf darstellte, und alle Daten anhand der endgültigen Themen codiert.

Die Ergebnisse der Umfrage wurden auf dem Symposium vorgestellt, als Grundlage für die Diskussion genutzt und 2024 im *International Journal of Clinical Practice* publiziert [16].

Auf Basis der dabei gewonnenen Erkenntnisse und mittels Durchführung eines sehr breit angelegten Scoping Reviews zu bereits bestehenden Maßnahmen in der Versorgung sterbender Menschen sollte ein Maßnahmenportfolio (siehe Anlage 3) für die Nutzung in Phase 2b (AGs) erstellt werden. Auch die Ergebnisse des Scoping Reviews sind bereits international bei *OMEGA - Journal of Death and Dying* veröffentlicht [17].

Das Scoping Review wurde in Anlehnung an die PRISMA-Scr Systematik verfasst und verfolgte das Ziel, mit einer inhaltlich und methodisch breit angelegten Suchstrategie eine große Variabilität an Maßnahmen, Interventionen und Impulsen (Maßnahmenportfolio) abzudecken, die dem klinischen Personal außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung als unterstützendes Material bei der Entwicklung eigener, stationspezifischer Maßnahmen dienen sollte. Die Suchsyntax wurde in Anlehnung an die SPIDER-Methodik entwickelt.

Das konkrete methodische Vorgehen ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Suchsyntax für das Scoping Review

Suchsyntax	((“End State” OR “Terminally ill” OR “Terminal Stage” OR “Terminal Phase” OR “terminal state” OR “dying Phase” OR “Acute Dying” OR “Final Phase” OR “Uncertain Recovery” OR OR “Last Days”) AND (Intervention* OR Care OR Treatment* OR Procedure* OR Measure* OR OR guideline* OR comfort OR accompan* OR Nursing OR “terminal care” OR “life support care” OR “advance care plan*”)) NOT (Pediatric* OR Vete*)
Datenbanken	PubMed, Web of Science Core Collection
Zeitraum	Bis Juli 2021
Filter	Sprache (Deutsch, Englisch), Abstrakt (vorhanden), Stichprobe (Menschen),
Einschlusskriterien	(1) Abstrakt beschreibt sterbende Patient:innen, (2) Abstrakt beschreibt Maßnahmen, Interventionen, Methoden, Impulse, ... zur Behandlung sterbender Patient:innen oder zur Begleitung von Angehörigen, oder bezieht sich auf Unterstützungsformate für klinisches Personal, das sterbende Patient:innen begleitet
Ausschlusskriterien	(1) Abstrakt beschreibt keine sterbenden Patient:innen, deren Angehörige oder ihr klinisches Personal, (2) Maßnahmen, die sich ausschließlich medikamentöse Therapie beschreiben, (3) Maßnahmen, die ausschließlich rechtliche Aspekte (z.B. assistierter Suizid) beschreiben, (4) Maßnahmen, die komplexe (chirurgische) Eingriffe beschreiben, (5) Assessment- und Erhebungsinstrumente (z.B. für Schmerz)

Extrahiertes Material	Maßnahmen, Interventionen, Impulse (mit Beschreibung, falls vorhanden), der Studientyp (falls vorhanden), der Evidenzgrad (falls vorhanden)
Software (Datenmanagement)	EndNote, Microsoft Excel

An der UKK und dem UKE wurde die Anzahl der Sterbefälle in den einzelnen Bereichen analysiert und es wurden jeweils fünf Stationen mit Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie identifiziert. Die Auswahl erfolgte gemäß des *purposeful samplings* [26] mit dem Ziel einer größtmöglichen Heterogenität hinsichtlich der Faktoren Qualifikation der Mitarbeitenden, Stationssetting (Intensivstation/Normalstation), Fachrichtung (z.B. Neurologie, Onkologie) und Anzahl der Todesfälle [27]. Damit sollte ein umfassendes Bild der Gegebenheiten auf verschiedenen Stationen ermöglicht werden. Zur Identifikation der Teilnahmebereitschaft wurden Stationsleitungen angefragt und soweit möglich auch Gründe für eine Ablehnung der Projektteilnahme erhoben [28]. Damit sollten schon ab Beginn der Studie fördernde und hemmende Faktoren [29] für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase identifiziert werden.

3.2 Phase 2 (28 Monate, 9/2021 –10/2023): Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf

In **Phase 2** wurden stationsspezifische AGs auf den teilnehmenden Stationen gebildet, die Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase für die jeweilige Station auswählten. Diese Maßnahmen wurden individuell an die unterschiedlichen Bedürfnisse der teilnehmenden Stationen angepasst und umgesetzt sowie in einem Prä-Post-Design evaluiert. Abbildung 1 zeigt die Erhebungszeitpunkte der Evaluation in Relation zur Intervention. Die Inhalte der einzelnen Schritte dieser Phase zeigt Tabelle 5, sie werden im Folgenden detaillierter erläutert.

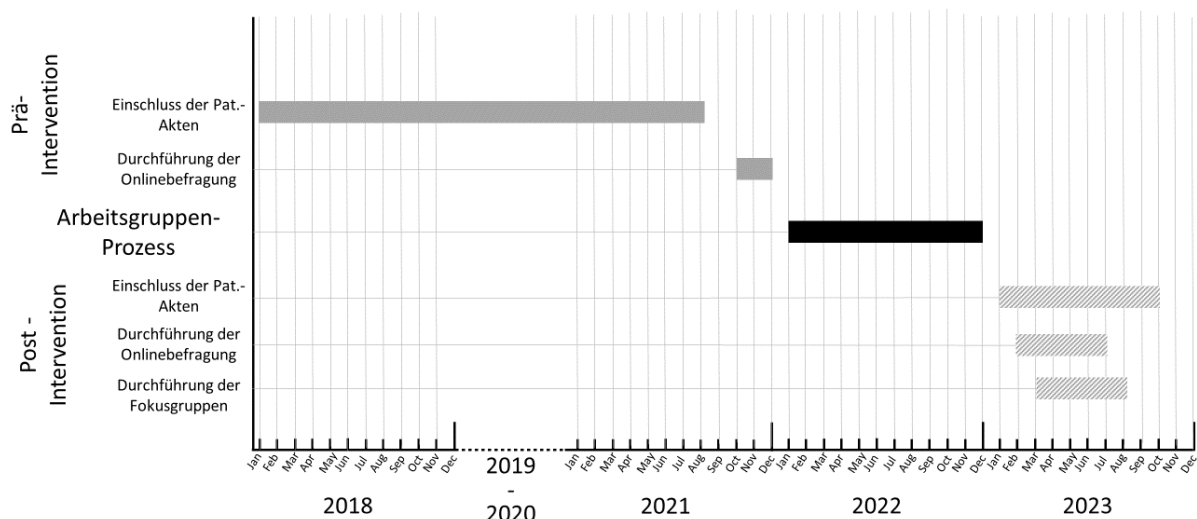


Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte der Prä-Post-Evaluation in Relation zur Intervention (Arbeitsgruppenprozess)

Tabelle 5: Ablauf von Projektphase 2

Phase 2 (28 Monate)

Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf

a) 8 Monate: Präerhebung auf den Stationen

- Quantitativ: Analyse von Patient:innenakten, Mitarbeitendenbefragungen
- Qualitativ Angehörigeninterviews, Fokusgruppen

b) je Station 7-8 Monate*; Etablierung von Arbeitsgruppen, Vorstellen von Qualitätsindikatoren, Empfehlungen und des Maßnahmenportfolios, Ableitung individueller Maßnahmenpläne auf den teilnehmenden Stationen

c) je Station 6-8 Monate*: Umsetzung der Maßnahmen

d) 12 Monate: Posterhebung auf den Stationen

- Quantitativ. Analyse von Patient:innenakten, Mitarbeitendenbefragungen
- Qualitativ: Angehörigeninterviews, Fokusgruppen

(*sukzessiver Einschluss der Stationen)

3.2.1 Phase 2a (9/2021 – 5/2021): Präerhebung

In **Phase 2a** wurde in einem Zeitraum von acht Monaten eine Präerhebung der Versorgung von Patient:innen und Angehörigen in der Sterbephase auf insgesamt zehn ausgewählten Stationen beider Uniklinika durchgeführt. Dies geschah mittels eines quantitativen und eines qualitativen Zugangs. Die quantitative Erhebung wurde durch die Projektmitarbeitenden an UKK (Zentrum für Palliativmedizin; Prof. Dr. Voltz) und UKE (Palliativmedizin, Prof. Dr. Oechsle und Versorgungsforschung, Prof. Dr. Schulz) umgesetzt, die statistische Auswertung erfolgte durch das IMSB (Prof. Dr. Hellmich). Für die qualitative Analyse war das IMVR (Prof. Dr. Pfaff) zuständig.

3.2.1.1 Phase 2a Quantitatives Vorgehen

3.2.1.1.1 Aktenanalyse

Für die Präerhebung wurden retrospektiv Akten von N=400 (n=200 pro Standort) Patient:innen analysiert, die im Zeitraum von Januar 2018 bis August 2021 auf den teilnehmenden Stationen verstorben waren. Durch die Bereitstellung der aktuellen Zahlen der Sterbefälle aus den Jahren 2016-2018 für beide Uniklinika konnten Stationen ausgewählt werden, auf denen in dieser Zeit am häufigsten Patient:innen verstarben. So konnte eine ausreichend große Fallzahl zur Aktenanalyse gewährleistet werden. Um eine Differenzierung der Situation vor und nach dem Ausbruch der COVID 19-Pandemie im Rahmen der Präerhebung zu ermöglichen, wurden für jede Station 20 Akten von Patient:innen analysiert, die vor dem 11. März 2020 (Ausbruch der Pandemie in Deutschland) verstarben, und 20 Akten von Patient:innen, die seitdem gestorben waren. Der Zeitraum für die retrospektive Analyse vor dem 11. März 2020 wird durch die Station mit der geringsten Zahl an Todesfällen bestimmt und umfasst die Zeit, in der n=20 Patient:innen auf dieser Station verstarben. Für diesen Zeitraum wurde entweder eine Vollerhebung durchgeführt oder – bei Stationen mit einer höheren Zahl an Todesfällen – eine Zufallsstichprobe gezogen.

Für die Erhebung der Versorgungssituation Sterbender und ihrer Angehörigen aus den Akten konnte auf ein – an der UKK entwickeltes und im Rahmen des StiK-OV-Projekts gemeinsam in Hamburg und Köln umfangreich angepasstes – Instrument zurückgegriffen werden (siehe Aktenanalyseinstrument Anlage 4) [13][30]. Das adaptierte Instrument ermöglicht eine strukturierte retrospektive Analyse der Routinedokumentation in den Patient:innenakten und inwiefern sich darin die Inhalte der Schlüsselempfehlungen und Qualitätsindikatoren der *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer unheilbaren Krebserkrankung* [5], vor allem aus dem Kapitel Sterbephase, wiederfinden. Damit wurden die Akten auf Hinweise zu den in Tabelle 6 dargestellten Inhalten der Versorgung in den letzten drei Tagen vor Eintritt des Todes untersucht. Hinweise zu den Kategorien „Beatmung“, „Dialyse/ Hämofiltration“ und „Einbindung der Palliativmedizin“ wurden über einen Zeitraum von 7 Tagen analysiert, da diese Maßnahmen typischerweise bereits einige Tage vor dem Tod eingeleitet oder beendet werden. Hinweise zu den Aspekten „Tumorspezifische Therapie“ in der Sterbephase wurden über einen Zeitraum von 14 Tagen betrachtet, da solche Therapien häufig in zeitlichem Abstand zum Tod erfolgen und somit ein längerer Beobachtungszeitraum erforderlich ist, um diese adäquat abzubilden.

Tabelle 6: Themen und Kategorien der Aktenanalyse

Themen (N=8)	Kategorien (N=51)
Demografische Daten	Alter
	Geschlecht
	Sterbedatum
	Sterbezeit
	Aufnahmedatum
	Grunderkrankung
	Unmittelbare Todesursache
	Tod während/nach Reanimation
	Kommunikationsfähigkeit
	Begleitende Personen
Sterbeprozess und Tod	Pflegerische Dokumentation
	Ärztliche Dokumentation
Betreuungskontinuität	Anzahl betreuender Pflegekräfte (Anzahl Handzeichen)
	Anzahl betreuender Ärzt:innen (Anzahl Handzeichen)
Symptomerfassung	Schmerzassessment
	Symptomassessment
Grundsätze und praktische Belange in der Begleitung während der Sterbephase	Patient:inneninformation
	Angehörigeninformation
	Einbeziehung in die Behandlung und Entlastung von An- und Zugehörigen in der Sterbephase
	Einbeziehung in die Behandlung und Berücksichtigung von Patient:innenwünschen in der Sterbephase
	Gemeinsame Entscheidungsfindung (<i>Shared Decision Making</i>)
	Anwesenheit bei Versterben
	Todesmitteilung
	Schritte nach Versterben

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	Bedarfsprüfung
	Künstliche Ernährung
	Künstliche Flüssigkeitszufuhr
Medikamente und Maßnahmen	Monitoring und Maßnahmen
	Medikation zur Symptomkontrolle
	Sedierung
	Künstliche Ernährung und Flüssigkeit
	Dialyse/Hämofiltration (<i>letzte 7 Tage vor Versterben</i>)
Therapieziele	Beatmung (<i>letzte 7 Tage vor Versterben</i>)
	Tumorspezifische Therapie (<i>letzte 7 Tage vor Versterben</i>)
	Therapiezieländerung
Palliativmedizinischer Dienst	Ganzheitliche Betrachtung
	Einbindung des palliativmedizinischen (Konsil-)Dienstes in die Behandlung (<i>letzte 14 Tage vor Versterben</i>)

Die statistische Auswertung der aus den Akten erhobenen Daten erfolgte im Wesentlichen deskriptiv. Quantitative Daten wurden mit absoluter Anzahl, Mittelwert und Standardabweichung zusammengefasst. Bei Hinweis auf Schiefe der Verteilung oder dem Vorliegen von Ausreißern/Extremwerten wurden Perzentile (0, 25, 50, 75, 100) gegeben. Die quantitativen Daten wurden durch absolute und relative Häufigkeiten (Prozente) dargestellt. Diese statistischen Kenngrößen zu Lage und Streuung wurden über die Zeit (Trendanalyse) sowie für relevante Untergruppen (Subgruppenanalyse) errechnet. Assoziationen wurden bi- und multivariat exploriert, etwa durch Anpassung geeigneter Regressionsmodelle.

3.2.1.1.2 Mitarbeitendenbefragung

Zur Messung der Einstellungen, Erfahrungen und Einschätzungen (Messung der Versorgungsqualität in der Sterbephase, Belastung des klinischen Personals bei der Versorgung sterbender Menschen, Angst vor Sterben und Tod bei klinischem Personal, allgemeine Selbstwirksamkeit des klinischen Personals, interprofessionelle patientenzentrierte Teamarbeit, Selbstfürsorge des klinischen Personals) wurde eine Mitarbeitendenbefragung mit N=200 Teilnehmenden geplant. Jeweils 100 Mitarbeitende sollten von den ausgewählten Stationen der UKK und des UKE stammen. Durch die zuvor bestimmten Auswahlkriterien der Stationen konnte mit einer ausreichend großen Mitarbeitendenanzahl gerechnet werden. Dabei planten wir mit einer Rücklaufquote von $\geq 50\%$. Die Präzision der Intervallschätzung eines Anteils (halbe Breite eines 95%-Konfidenzintervalls) ist dann maximal $\pm 9\%$. Es wurde davon ausgegangen, dass durch die Interventionsphase des Projekts die wahrgenommene Versorgungsqualität und Qualität der interprofessionellen patientenzentrierten Teamarbeit, die Selbstwirksamkeit und die Selbstfürsorge statistisch signifikant zunehmen und die Angst vor Sterben und Tod sowie die Belastung von der Begleitung sterbender Menschen statistisch signifikant abnimmt (primäre Endpunkte).

Die Mitarbeitenden der zehn ausgewählten Stationen wurden ab September 2021 per Mail gebeten, online an der Befragung teilzunehmen. Die Zielgruppe für die Befragung war berufsgruppenübergreifendes Personal der teilnehmenden Krankenhausstationen. Ausschlusskriterien waren keine ausreichenden Deutschkenntnisse. Personal was auf mehreren Stationen tätig war (bspw. seelsorgerisches Personal) und über zwei Stationen zur Befragung eingeladen

wurde, sollte für die Station antworten, bei der sie die Versorgungssituation sterbender Patient:innen genauer einschätzen konnte. Der Versand der Zugangsdaten zum Online-Fragebogen erfolgte über die Stationsleitungen (ärztlich und pflegerisch), die den Link für den Online-Fragebogen über interne Mailverteiler an ihr Personal weiterleiteten. An beiden Standorten wurden nach zwei Wochen *Reminder* versandt, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Für die Beantwortung der Fragebögen wurde ein Zeitfenster von etwa 3 Wochen eingeplant. Tabelle 7 listet die Fragen bzw. Instrumente auf, die in der Mitarbeitendenbefragung verwendet wurden (Fragebogen der Präerhebung siehe Anlage 5).

Tabelle 7: Quantitative Instrumente zur Befragung Stationsmitarbeitender verschiedener Professionen in den Phasen 2a und 2d

Thema	Messinstrument	Itemanzahl (Antwortskala)
Soziodemografische Angaben		7 (unterschiedlich)
Beruflicher Hintergrund und Häufigkeit der Sterbebegleitung	Studienspezifisch erstellte Fragen	3 (unterschiedlich)
Einschätzung der wahrgenommenen Versorgungsqualität in der Sterbephase		1 (11-stufige Likertskala)
Belastungen bei der Begleitung sterbender Menschen	Palliativspezifische Belastungsfaktoren [31]	11 (4-stufige Likertskala)
Selbstwirksamkeit	General self-efficacy Scale [32, 33]	10 (4-stufige Likertskala)
Erfahrungen bei der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen	Selbsteinschätzung im Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen [34]	19 (5-stufige Likertskala)
Ängste bei der Behandlung sterbender Menschen	Thanatophobia Scale [35, 36]	7 (7-stufige Likertskala)
Selbstfürsorge	Studienspezifisch erstellte Fragen	3 (unterschiedlich gestufte Likertskalen)
Teaminteraktion/ -funktion	Internal Participation Scale [37]	6 (4-stufige Likertskala)

3.2.1.2 Phase 2a: Qualitatives Vorgehen

Der qualitative Teil der Präerhebung umfasst Einzelinterviews mit Angehörigen verstorbener Patient:innen sowie stationsspezifische Fokusgruppen mit Mitarbeitenden (Interviewleitfäden siehe Anlage 6 und 7). Geplant waren vor der Intervention 20 Einzelinterviews mit Angehörigen von verstorbenen Patienten und Patientinnen in einem Umfang von circa jeweils 60 Minuten. Zudem sollten insgesamt zehn multiprofessionelle Fokusgruppeninterviews mit 5-10 Mitarbeitenden für je eine Fokusgruppe pro teilnehmende Station an den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf durchgeführt werden. Für beide Erhebungen wurde das Prinzip des absichtsvollen Samplings angewandt [38]. Dieses sieht eine deduktive Stichprobenziehung auf Basis des theoretischen Vorwissens und Fallinformationen vor, das dabei ins Verhältnis zu Zeit- und Ressourcenbeschränkungen gesetzt wird [39, 40]. So können gezielt die Personen

ausgewählt werden, die dem Stichprobenplan am ehesten entsprechen und gleichzeitig eine höchstmögliche Varianzmaximierung ermöglichen. Ziel ist eine thematische Sättigung hinsichtlich der zugrundeliegenden Fragestellungen. Diese ist erreicht, wenn das Einbeziehen zusätzlicher Materials keine neuen Eigenschaften einer Kategorie erbringen kann. Gezielte Stichproben wurden verwendet, um ein vielfältiges Spektrum von Expert:innen auszuwählen, die größtmögliche Variation von Erfahrungen und Meinungen zu erreichen sowie vorab ressourcenbedacht steuern zu können [38].

Die Einzelinterviews und Fokusgruppen wurden sukzessive im Zeitraum von 6 Monaten vor Durchführung der AG-Phase je Station durchgeführt (Phase 2a) und in gleichem Design nach Durchführung der AG-Phase je Station im Zeitraum von 6 Monaten wiederholt (Phase 2d).

3.2.1.3 Angehörigenbefragung

In Phase 2a) und 2d) waren N=20 Einzelinterviews mit Angehörigen in einem Umfang von etwa jeweils 60 Minuten geplant. Dabei wurden pro Station zwei Interviews mit Angehörigen angestrebt. Ziel war eine thematische Sättigung hinsichtlich der zugrundeliegenden Fragestellungen. Angenommen wurde eine geringere Variation an stationspezifischen Erfahrungen Angehöriger zwischen den Stationen, sodass eine thematische Sättigung nach etwa zwei Angehörigeninterviews pro Station angestrebt wurde. Größere Variationen wurden in den Erfahrungen der Angehörigen generell erwartet, sodass insgesamt eine thematische Sättigung bei 20 Befragten erwartet wurde. Die Angehörigeninterviews sollten die Versorgungssituation sterbender Patient:innen sowie ihrer Angehörigen auf den verschiedenen Stationen zweier Uniklinika aus Sicht der Angehörigen erfassen. Die Rekrutierung der Angehörigen erfolgte über Flyer und Aushänge auf den am Projekt teilnehmenden Stationen der Uniklinika (Flyer siehe Anlage 8) mit Informationen über die Studie und der Bitte um Kontaktaufnahme mit dem verantwortlichen Forschungsteam.

Für die Angehörigeninterviews (und Fokusgruppen) wurden semi-strukturierte Leitfäden erarbeitet, wobei Leitlinien sowie etablierte Modelle zur Erfassung von Determinanten der Implementierung (*CFIR*) [21] und das *Framework* „Implementation Outcomes“ [41] herangezogen wurden. Die formulierten Fragen zu den Themenfeldern hatten die Funktion, den Erzählprozess anzuregen. Alle Einzelinterviews und Fokusgruppen wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden aufgenommen, anhand festgelegter Kriterien anonymisiert transkribiert [42] und mittels qualitativer Inhaltsanalyse [43, 44] computergestützt unter Nutzung des Daten- und Textanalyseprogramms *MAXQDA* ausgewertet. Dabei wurden deduktive und induktive Herangehensweisen der Kodierung für die Auswertung des Materials gewählt. Die Erkenntnisse aus den qualitativen Erhebungen werden auf der Grundlage des *CFIR* gebündelt, konzeptualisiert und für das *Tailoring* spezifischer Maßnahmen durch die AG in Phase 2b aufbereitet und nutzbar gemacht [45-50].

3.2.1.4 Fokusgruppen mit Mitarbeitenden

Es wurden zehn, also je teilnehmender Station eine multiprofessionelle Fokusgruppe mit N=5-10 Mitarbeitenden durchgeführt. Die optimale Teilnehmerzahl für eine Fokusgruppe konnte dabei variieren. Krueger and Casey [51] schlagen eine Anzahl zwischen sechs und acht Teilnehmenden vor, da kleinere Gruppen ein größeres Potenzial aufweisen. Es wurde eine möglichst heterogene Gruppenzusammensetzung angestrebt, um trotz kleinerer Gruppe eine

möglichst breite Perspektivenkombination zu erreichen [52]. Die Fokusgruppen wurden mit einem Umfang von jeweils etwa 90 Minuten geplant. Darin sollte die subjektive Wahrnehmung der Teilnehmenden zur Versorgung und Begleitung von Sterbenden und ihrer Angehörigen auf den jeweiligen Stationen thematisiert werden.

Die Rekrutierung der Stichprobe für die multiprofessionellen Fokusgruppen erfolgte durch Poster auf den teilnehmenden Stationen beider Uniklinika mit Informationen über die Studie und der Bitte um Kontaktaufnahme mit dem verantwortlichen Forschungsteam (Poster siehe Anlage 9). Weiterhin wurde der Zugang zu den der Stichprobe entsprechenden Personen über die Einbeziehung der leitenden Personen auf den Stationen erreicht, indem die Leitungsperson in regelmäßig stattfindenden Treffen Informationsmaterialien aushändigte, mithilfe derer interessierte Personen Kontakt mit dem Forschungsteam aufnehmen konnten.

3.2.2 Phase 2b (11/2021 – 4/2022): Etablierung von Arbeitsgruppen, Vorstellen des Maßnahmenportfolios

Phase 2b umfasste die Etablierung stationsspezifischer multiprofessioneller AGs für zunächst 7-8 Monate. Die AGs sollten aus je 3-5 Mitarbeitenden auf den zehn zuvor ausgewählten Stationen bestehen und möglichst viele Berufsgruppen umfassen. Die AGs wurden mit Unterstützung des Projektteams (Wissenschaftler:innen und Personen mit palliativmedizinischer oder pflegerischer Expertise) durch Stationsmitarbeitende moderiert. Die Teilnahme der Mitarbeitenden an den Fokusgruppen und das *bottom-up* Prinzip des vorliegenden Projekts sollte die Bereitschaft der Mitarbeitenden erhöhen, selbst entwickelte oder ausgesuchte Maßnahmen zu erproben und umzusetzen [6]. In der Literatur werden als förderliche Aspekte dafür die frühe Einbindung verschiedener Professionen und die Entscheidungsfreiheit der AGs beschrieben, welche Maßnahmen patientenspezifisch angewendet werden [53].

Zu Beginn der Phase 2b wurden die AGs durch das Projektteam über die in Phase 2a gewonnenen Erkenntnisse aus der Präerhebung informiert. In einem weiteren Schritt sollten die Qualitätskriterien zur Sterbephase sowie Leitlinien-Empfehlungen und mögliche Maßnahmen zu deren Umsetzung einschließlich „Stimulus-Material“ zu den Maßnahmen, die in Phase 1 zusammengestellt wurden, vorgestellt werden. Zu möglichen Maßnahmen gehörte etwa die Implementierung der *surprise question* („Wäre ich überrascht, wenn der/die Patient:in innerhalb der kommenden 12 Monaten verstirbt?“) [54] oder ethischer Fallbesprechungen, [55] aber auch die Übernahme von Elementen des *BCD* oder des *AMBER Care Bundles*. Die Vorstellung des Stimulus-Materials durch das Forschungsteam sollte den einzelnen AGs auf den jeweiligen Stationen ermöglichen, damit eigenständig und bedarfsorientiert Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätskriterien zu implementieren.

Nach der Vorstellung des Maßnahmenportfolios sollten die zehn Stationen konkrete Maßnahmen auswählen, die an das jeweilige Stationssetting angepasst sind und die sie in Phase 2c anwenden. Neben der Auswahl und Umsetzung der Maßnahmen auf den Stationen, stellten die AGs direkte Ansprechpartner für das Projektteam und weitere Stationsmitarbeitende und trugen somit zu einer möglichst reibungslosen Umsetzung des Projektvorhabens bei. Zur Dokumentation der AG-Treffen wurden Templates entwickelt und eingesetzt (Templates siehe Anlage 10), die auch als Datengrundlage für die Prozessevaluation (*Kapitel 3.2.4*) dienen.

3.2.3 Phase 2c (5/2022 –12/2022): Ableitung individueller Maßnahmenpläne und Umsetzung auf den teilnehmenden Stationen

In **Phase 2c** wurden die zuvor ausgewählten Maßnahmen an das kontextspezifische Setting je Station angepasst und durch die jeweiligen AGs individuell und patientenzentriert umgesetzt.

3.2.4 Phase 2c: Feedbackumfrage

Nach Abschluss der AG-Phase fand eine Online-Feedbackumfrage (*LimeSurvey*) mit allen AG-Teilnehmenden (N=78) statt. Ziel war es, Erfahrungen und Einschätzungen zum AG-Prozess aus Sicht der Teilnehmenden zu erfassen. Der selbstentwickelte Fragebogen umfasste 17 geschlossene und drei offene Fragen. Die offenen Fragen erhoben die Teilnahmemotivation, den Erkenntnisgewinn und Optimierungspotenziale hinsichtlich der Organisation und Durchführung der AGs. Die geschlossenen Fragen konnten auf einer 5-Punkte-Likert Skala beantwortet werden und erfassten u.a. Erwartungen und Beteiligung an der AG, Zufriedenheit mit der Organisation, dem Ablauf und den Ergebnissen sowie der Wahrnehmung der Zusammenarbeit mit dem Forschungsteam, die Einschätzung der Umsetzbarkeit und die Bereitschaft, einen solchen Arbeitsgruppenprozess auch anderen zu empfehlen (Fragebogen siehe Anlage 11). Die Umfrage war vom 13. – 31. Januar 2023 online verfügbar. Die quantitativen Daten wurden unter Zuhilfenahme von SPSS ausgewertet und dabei die fünfstufigen auf dreistufige Likert-Skalen verdichtet, um aussagekräftige Ergebnisse generieren. Die qualitativen Daten wurden unter Zuhilfenahme von MAXQDA deduktiv auf Basis der formulierten Fragen analysiert und daraus Kategorien erstellt.

3.2.5 Phase 2d (1/2023 – 12/2023): Posterhebung

Phase 2d umfasste äquivalent zur Phase 2a eine erneute Aktenanalyse von im Zeitraum 01. – 10.2023 auf den teilnehmenden Stationen verstorbenen Patient:innen (insgesamt n= 284). Dazu wurden analog zur Präerhebung zwei Sampling-Strategien angewandt: Auf Stationen mit einer geringen Zahl an Sterbefällen (≤ 40 im Erhebungszeitraum) wurde eine Vollerhebung der Akten durchgeführt, auf Stationen mit einer höheren Zahl an Sterbefällen wurde eine Zufallsstichprobe zu vier Zeitpunkten gezogen (jeweils 12 Akten am Ende jedes Quartals im Erhebungszeitraum (31.03., 30.06. und 30.09.) sowie jeweils vier Akten pro Station zum 31.10.2023). Die Sampling-Strategie der Posterhebung ermöglichte durch den für alle Stationen einheitlichen Erhebungszeitraum von 10 Monaten eine Vergleichbarkeit zwischen den heterogenen Stationen.

Weiterhin wurde erneut eine quantitative Mitarbeitendenbefragung sowie qualitative Fokusgruppen (Leitfaden siehe Anlage 12) mit Mitarbeitenden durchgeführt. Das Vorgehen, die verwendeten Instrumente und die Auswertung der Ergebnisse sind identisch zu Phase 2a. Außerdem wurden acht selbstformulierte Fragen mit verschiedenen Skalierungen ergänzt, die Bekanntheits- und Anwendungsgrad der erarbeiteten Maßnahmen abfragten (siehe Anlage 13).

Die Angehörigen wurden analog zu Phase 2a erneut nach ihren subjektiven Sichtweisen auf die Versorgung Sterbender auf den teilnehmenden Stationen befragt (Leitfaden siehe Anlage 14). Die Angehörigen-Interviews wurden gemeinsam mit denen aus Phase 2a ausgewertet.

Der Prä-Post-Vergleich auf den Stationen ermöglichte Aussagen über die Wirkungen des Vorgehens. Die angestrebte Fallzahl von 400 Akten bzw. 200 Fragebögen aus der Mitarbeitendenbefragung erlaubte die Absicherung von Mittelwertunterschieden der quantitativen Skalen bzw. Items in Höhe einer kleinen Effektstärke (Cohen's $d \geq 0,20$) mit einer Power von $\geq 80\%$ bei einem zweiseitigem Fehler 1. Art von 5% im unverbundenen t-Test. Eine Adjustierung für den kumulativen Alpha-Fehler angesichts multipler Testungen wurde aufgrund des explorativen Charakters der Auswertung nicht durchgeführt. Die weitere statistische Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv mithilfe der Kenngrößen Mittelwert \pm Standardabweichung und Perzentilen (0, 25, 50, 75, 100%) sowie 95 %-Konfidenzintervalle für quantitative Variablen sowie absoluter und relativer Häufigkeit für qualitative Variablen.

Zur Untersuchung der Unterschiede im Prä-Post-Vergleich anhand der Aktenanalyse wurde ein Score entwickelt, der die Aspekte der Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase entsprechend der S3-Leitlinie Palliativmedizin [5] abbildet. Aufgrund nicht vergleichbarer Fallzahlen der Normalstationen im Prä-Post-Vergleich wurden nur die Intensivstationen analysiert (prä: $n=197$; post: $n=208$). Aus den extrahierten Daten wurden sieben dichotome Indikatoren (erfüllt = 1 / nicht erfüllt = 0) abgeleitet, die je ein Leitlinienkapitel repräsentieren. Die verwendeten Variablen umfassen:

1. Erkennen der Sterbephase
2. Informieren der:des Patient:in über den nahenden Tod
3. Informieren der Angehörigen über den nahenden Tod
4. Symptomassessment mit validierten Instrumenten
5. Therapiezieländerung*
6. Deeskalation von potenziell nicht notwendigen Interventionen*
7. Ermöglichen der Abschiednahme nach den Wünschen der Angehörigen

* Aufgrund von Veränderungen im klinischen Dokumentations-System zwischen Prä- und Posterhebung wurden die in der Präerhebung geplanten Indikatoren „Beenden von Vitalzeichenmessung“ und „Beenden von künstlicher Ernährung“ durch inhaltlich eng verwandte, reliabel dokumentierte Proxies ersetzt.

Als primärer Endpunkt für den Prä-Post-Vergleich der Akten wurde mit dem Score die patient:innen-individuelle Leitlinien-Adhärenz in % definiert:

$$\text{Score (\%)} = ((\text{Anzahl erfüllter Indikatoren})/(\text{Anzahl anwendbarer Indikatoren})) \times 100$$

Nicht alle Variablen waren für allen Patient:innen anwendbar, so reduzierte sich zum Beispiel die Anzahl bei nicht kommunikationsfähigen Patient:innen ohne Angehörige auf vier zutreffende Variablen. Der Score-Wert ergibt sich aus der Anzahl der erfüllten Variablen geteilt durch die Anzahl der anwendbaren Variablen. Der Score-Wert ist dann ein Wert in Prozent zwischen 0 und 100.

Zur Adjustierung von Baseline-Unterschieden wurden a priori klinisch relevante Kovariaten genutzt, die konsistent erhoben wurden: Alter (Jahre), Geschlecht (m/w/divers), Hauptdiagnose (ICD-basierte Hauptgruppen), Verweildauer (Tage). Die Auswahl erfolgte theorie- und

evidenzbasiert sowie nach Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentation zu beiden Zeitpunkten. Zur Bildung vergleichbarer Prä-/Post-Gruppen wurde ein logistisches Regressionsmodell für die Interventionszugehörigkeit (0=prä, 1=post) mit den o.g. Kovariaten geschätzt. Auf Basis des Propensity-Score Matching erfolgte ein 1:1-Nearest-Neighbor-Matching ohne Zurücklegen mit Caliper=0.2 Standardabweichung der Logit des Propensity Scores. Die Balanceprüfung nutzte standardisierte Mittelwertdifferenzen für kontinuierliche und unstandardisierte Differenzen für binäre Variablen; Standardisierte Mittelwertdifferenzen < 0,10 galt als ausreichende Balance. Ergebnis: $n = 179$ gematchte Paare (prä = 179, post = 179); nicht gematcht: $n = 47$ (prä = 18, post = 29). Eine Love-Plot-Darstellung der Balance ist im Folgenden abgebildet.

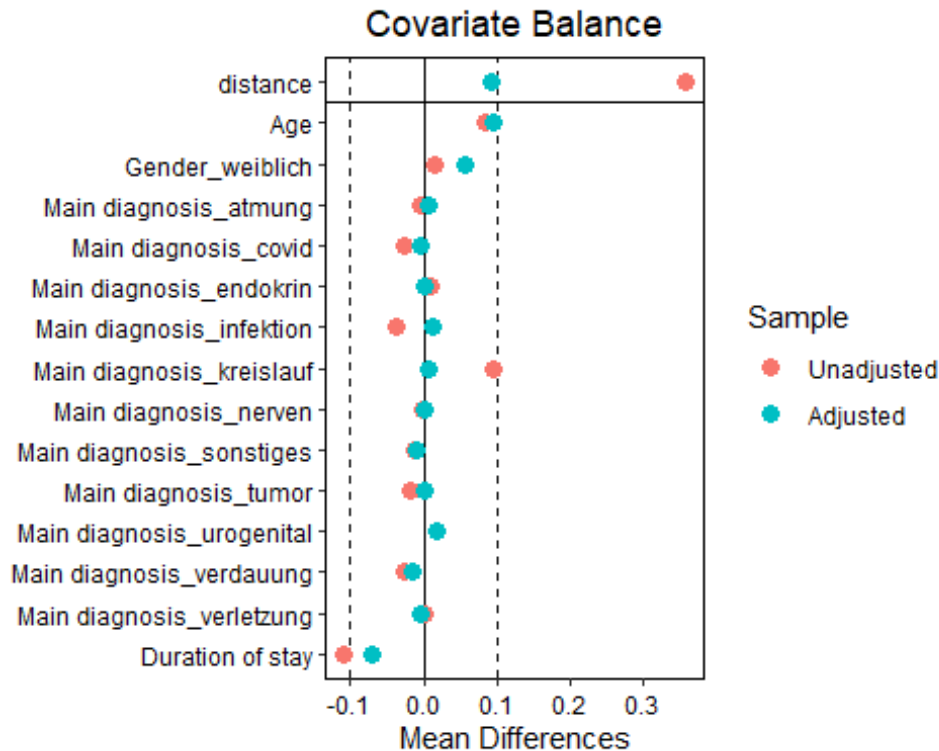


Abbildung 2: Balance der Kovariaten vor und nach Propensity-Score-Matching

Um die Auswirkungen der Intervention einzuschätzen, wurde der Durchschnittswert des Scores vor und nach der Intervention berechnet. Für den gematchten Datensatz wurde ein lineares Regressionsmodell mit dem Score als abhängiger Variable und dem Interventionsstatus als unabhängiger Variable angepasst. Zur Schätzung des Standardfehlers wurde eine clusterrobuste Varianz verwendet, wobei die Zugehörigkeit zum abgeglichenen Stratum als Clustering-Variable diente. Die Standardfehler und Konfidenzintervalle für die Durchschnittswerte nach der Intervention wurden unter der Annahme der Unabhängigkeit mit der Bienaymé-Gleichung berechnet.

Die Ergebnisse wurden als statistisch signifikant angesehen, wenn $p \leq 0,05$ war, wobei $\alpha = 0,05$ als Signifikanzniveau diente. Alle p-Werte sollten als explorativ betrachtet werden. Die Datenverarbeitung und -analyse erfolgte mit MS Excel und R in den Versionen 4.4.0 und 4.1.1 sowie den R-Paketen „MatchIt“ und „cobalt“ für Propensity Score Matching.

Zur Untersuchung des Effekts im Prä-Post-Vergleich anhand der Mitarbeitendenbefragung wurde eine Analyse mit Mittelwertvergleichen durchgeführt. Der Fokus lag auf den folgenden Items bzw. Fragebögen:

- Selbst entwickelte Items
 - Einschätzung der wahrgenommenen Versorgungsqualität in der Sterbephase
 - Selbstfürsorge
- Validierte Messinstrumente
 - Thanatophobie [35]
 - Team- und Arbeitsklima [37]
 - Selbstwirksamkeit [33]
- Nicht-validierte Messinstrumente
 - Belastungsfaktoren [31]

Da bei beiden Messzeitpunkten der Mitarbeitendenbefragung aus Gründen des Datenschutzes keine Pseudonyme erhoben wurden, konnte keine Aussage darüber getroffen werden, in welchem Umfang die gleichen Personen an beiden Befragungen (Messzeitpunkte vor der Interventionsphase (T_0) und nach der Interventionsphase (T_1)) teilgenommen haben. So dass keine t-Tests für verbundene Stichproben als Vergleichsverfahren für Mittelwertsunterschiede durchgeführt werden konnten. Um dennoch einen methodisch hochwertigen Vergleich der Messzeitpunkte vor und nach der Interventionsphase zu gewährleisten, wurden die Daten vor den Ergebnisanalysen der primären Endpunkte nach der Propensity-Score Stratifizierungsmethode aufbereitet, so dass zumindest für bekannte Confounder eine Vergleichbarkeit der beiden Stichproben angestrebt werden konnte. Hierzu wurden ausgewählte soziodemografische Angaben der Teilnehmenden (Geschlecht, Berufserfahrung in Jahren, Berufsgruppenzugehörigkeit, Stationstyp (vgl. Tabelle 8)) als Prädiktoren in einem binär-logistischen Regressionsmodell zur Erklärung der Teilnahmewahrscheinlichkeit an Messzeitpunkt T_1 (abhängige Variable: Messzeitpunkt mit den Ausprägungen 0 = T_0 und 1 = T_1) verwendet. Die resultierenden personenspezifischen Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten wurden anschließend in sieben Quantile bzw. Strata eingeteilt. Sieben Strata wurden gewählt, damit jedes Strata aus mindestens $n=10$ Teilnehmenden bestand und gleichzeitig innerhalb der Strata eine geringe und zwischen den Strata eine höhere Variabilität der soziodemografischen Eigenschaften vorlag. Ziel dieser Datenaufbereitung war die Einteilung der Gesamtstichprobe in sich jeweils ähnelnde, etwa gleich großen Substichproben, um für folgende Analysen für die Variabilität an soziodemografischen Merkmalsausprägungen zu adjustieren.

Tabelle 8: Zuordnung der Stichproben in die jeweiligen Quantile.

Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit messzeitpunkt T_1	Quantile	T_0 (N=201)	T_1 (N=122)
$\leq 29,3\%$	1	n=31	n=10
29,4% - 33,8%	2	n=32	n=11
33,9% - 36,3%	3	n=36	n=17
36,3% - ,41,3%	4	n=35	n=18

41,3% - 43,6%	5	n=11	n=11
43,6% - 45,7%	6	n=36	n=33
> 45,7%	7	n=12	n=16

Stichproben der niedrigen Strata weisen eine soziodemografische Merkmalskombination auf, die weniger häufig zum Messzeitpunkt T_1 vorliegt – Stichproben der höheren Strata weisen eine Merkmalskombination auf, die häufiger bei Messzeitpunkt T_1 vorliegt. Die folgenden Outcome-bezogenen Mittelwertvergleiche zwischen den Messzeitpunkten (Kapitel XXXX) werden statt mit einem ungewichteten Gesamtmittelwert nun mit einem gewichteten Mittelwert durchgeführt, welcher für die unterschiedliche Verteilung der soziodemografischen Merkmalsausprägungen adjustiert ist. Für Ergebnisanalysen stand demnach eine quasi-randomisierte Stichprobe zur Verfügung.

Für Ergebnisanalysen wurde für jedes Outcome in einem allgemeinen linearen Modell geprüft, ob es statistisch signifikante Veränderung in den Outcome-Variablen zwischen den Erhebungszeitpunkten gab (adjustiert mit der beschriebenen Stratifizierungsmethode). Geprüft wurde hier der Erhebungszeitpunkt als Prädiktor auf das jeweilige Outcome. Als Kontrollvariablen wurde die Strata-Variable, sowie die Interaktion aus Strata-Variable und Erhebungszeitpunkt in das Modell aufgenommen. So konnte ausgeschlossen werden, dass Mittelwertunterschiede sich ausschließlich bei bestimmten Strata als statistisch signifikant erwiesen (bspw. Personen, die wahrscheinlich nicht an beiden Erhebungszeitpunkten teilgenommen haben).

Die allgemeinen linearen Modelle wurden auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$) und das Vorliegen von Homoskedastizität geprüft (White Test, $p \geq 0,05$). Geprüft wurde ebenfalls, ob eine statistisch signifikante Interaktion zwischen dem Erhebungszeitpunkt und der Strata-Variable vorlag ($p < 0,05$), um diesen verzerrenden Effekt ausschließen zu können. Die Relevanz des Erhebungszeitpunktes auf das jeweilige Outcome wurden neben der jeweiligen statistischen Signifikanz auch mit der jeweiligen Effektstärke (η^2) bewertet.

Weiterhin fand eine Evaluation des AG-Prozesses und der Implementierung der Maßnahmen anhand des CFIR [21] statt: Dabei sollten Barrieren und Förderfaktoren für die erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen im Stationsalltag identifiziert werden (Forschungsfrage 3). Für die Datenanalyse wurden relevante Domains und Kategorien des CFIR identifiziert und angepasst (Tabelle 9). Herangezogen wurden dafür Daten aus der Prärerhebung, die dafür im Projekt entwickelten Templates der AG-Treffen (siehe Anlage 10), Informationen auf der Klinikwebsite (Stand 12/2021), Angaben des Controllings (Sterbefälle; Stand 12/2021) und Telefonnotizen und Mails sowie die Ergebnisse der Feedbackumfrage aller AG-Teilnehmenden (01 – 12/2022).

Die Daten aus der Prärerhebung wurden wie in Kapitel 3.2.1. dargestellt ausgewertet. Wir verwendeten einen deduktiv-gerichteten Ansatz auf Basis von CFIR, das alle relevanten Einflussfaktoren für die förderlichen und hemmenden Faktoren der Implementierung und Implementierungsergebnisse auf die Versorgungsqualität sowie Belastungserleben, Selbstwirksamkeit und Interaktion der Versorgenden beinhaltet. Die Arbeitsgruppenprotokolle, die Interviews und die Transkripte der Fokusgruppen wurden in MAXQDA 2022 durch vier Forschende auf relevante Passagen untersucht und diese den jeweiligen Konstrukten des adaptierten CFIR 2.0 zugeordnet. Die Zuordnung der Variablen und der Erhebungsinstrumente zeigt das genutzte CFIR-Template (Anlage 41). Um Unklarheiten zu beseitigen und ein gemeinsames Verständnis

der Domänen und Kategorien unter allen Forschenden zu fördern fanden prozessbegleitende Diskussionen statt.

Um die CFIR 2.0-Konstrukte anzuwenden, wählten wir geeignete Items und Variablen aus der Mitarbeiterbefragung und der retrospektiven Analyse der Krankenakten aus. Vierstufige Likert-Skalen aus den Mitarbeiter- und WG-Umfragen wurden auf 2 Punkte („stimme nicht zu“, „stimme zu“) verdichtet, und 5-Punkte-Skalen wurden auf 3 Punkte („stimme nicht zu“, „neutral“, „stimme zu“) reduziert. Für jede der Antwortkategorien wurden Prozentsätze berechnet. Fehlende Werte wurden aus der Analyse ausgeschlossen [56].

Tabelle 9: Datenanalyse: Kategorien des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [21]

Domains	Ausgewählte Kategorien
Klinikebene (Outer Setting)	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikspezifische Unterschiede • Unterwartete Ereignisse
Stationsebene (Inner Setting)	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Charakteristika der Station • Kommunikation • Vorhandene Ressourcen
Maßnahme (Innovation Domain)	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenz/Quelle • Komplexität • Kosten
Implementierung der Maßnahme (Innovation Process Domain)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierungsstrategien • Aufgaben und Verantwortlichkeiten bei der Implementierung der Maßnahme
Stationsmitarbeitende (Characteristics of individuals)	<ul style="list-style-type: none"> • Charakteristika der Arbeitsgruppenteilnehmende • Funktionen der Arbeitsgruppenteilnehmenden
Übergreifender Implementierungsprozess (Innovation Process Domain)	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Dauer/Häufigkeit der Arbeitsgruppentreffen • Motivation der Arbeitsgruppenteilnehmenden zur Projektteilnahme

Eine Evaluation der Implementierungsergebnisse sollte Aufschluss darüber geben, ob die stationsspezifischen Maßnahmen, die in AGs partizipativ mit dem Stationspersonal entwickelt wurden, zu einer erfolgreichen Implementierung auf den Krankenhausstationen beitragen konnten. Dazu gehört auch die Beurteilung, ob die Maßnahmen in den stationsspezifischen Kontext passen und tatsächlich in den Stationsalltag übernommen wurden. Darüber ließen sich Barrieren und Förderfaktoren für die Maßnahmen sowie des Implementierungsprozesses identifizieren. Das *Framework Implementation Outcomes* [41] wurde verwendet, um den Erfolg der Implementierung über mehrere Implementierungsbereiche hinweg zu messen, z.B. Umsetzungsbereitschaft, Angemessenheit, Durchführbarkeit, Durchdringung und Nachhaltigkeit [57]. Gleichzeitig ermöglichte die Verwendung des CFIR [21] die Identifizierung von Determinanten der Implementierung. Beide Frameworks ermöglichen eine umfassende Bewertung des Implementierungserfolges.

3.3 Phase 3 (10/2023 – 10/2024): Verallgemeinerbarkeit und Dissemination

Um die im Rahmen des Projekts gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf andere Krankenhäuser zu überprüfen, wurden die Ergebnisse der Erprobungsphase in **Phase 3** zusammengetragen und in einem zweiten Expert:innen-Symposium diskutiert. Dazu wurden erneut nationale Expert:innen z.B. aus der AG Sterbephase der DGP eingeladen.

Nach Aufarbeitung der aus dem Symposium gewonnenen Erkenntnisse sollten die Materialien zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase in Krankenhäusern auf der Webseite der DGP veröffentlicht werden. Auch durch nationale und internationale Publikationen und Kongressbeiträge werden die Projektergebnisse öffentlich zugänglich gemacht.

Langfristig können die im Rahmen des Projekts als relevant identifizierten Indikatoren für eine optimale Versorgung in der Sterbephase auch in die Krankenhausberichterstattung einfließen und in einem durch die DGP geplanten Gütesiegel für Krankenhäuser, die auch eine palliative Haltung kultivieren, berücksichtigt werden.

Das Projekt sollte über die gesamte Laufzeit durch ein Advisory Board (Zusammensetzung siehe Liste der Kooperationspartner) in allen Phasen per Telefonkonferenz, E-Mail und persönlichen Treffen am Rande der Symposien begleitet werden.

4 Projektergebnisse

4.1 Phase 1: Sammlung bestehender Werkzeuge und Erfahrungen - Rekrutierung der teilnehmenden Stationen

4.1.1 Rekrutierung von 10 teilnehmenden Stationen

Es konnten jeweils fünf Stationen an der UKK (10.1 Gastroenterologie und Hepatologie, 4B Internistische Intensivstation, 1C/D Operative Intensivstation, H2.3 Kardiologische Intensivstation, H1.2 Herzchirurgische Intensivstation) und am UKE (1E Interdisziplinäre Intensivstation, 1H Interdisziplinäre Intensivstation, 4B Allgemein-internistische Station, 5C Neurologische Station, C3A Radioonkologische Station) für eine Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Die Auswahl der zehn Stationen erfolgt anhand der Kriterien Qualifikation der Mitarbeitenden, Stationssetting (Intensivstation/Normalstation), Fachrichtung (z.B. Neurologie, Onkologie), Stationsgröße und Anzahl der Todesfälle.

Der Rekrutierungsprozess an der UKK umfasste folgende Schritte:

1. Treffen zur Vorstellung des Projektvorhabens auf Leitungs- bzw. Klinikdirektionsebene. (Januar/Februar 2020), Abstimmung über Projektteilnahme.
2. Treffen mit Oberärzt:innen und Teamleitungen der jeweiligen Station.
3. Treffen zur Besprechung der Projektumsetzung bzw. Planung der Datenerhebung auf Station mit den benannten Ansprechpartner:innen der jeweiligen Station.

Der Rekrutierungsprozess am UKE umfasste folgende Schritte:

1. Treffen mit Direktor für Patienten- und Pflegemanagement und Vorstandsmitglied im UKE sowie Schirmherr des Projekts im UKE. Auswahl und Rekrutierung von potenziellen Stationen mit Unterstützung der Direktion für Patienten- und Pflegemanagement. Zielfestlegung: Zwei Intensiv- und drei periphere Stationen.
2. Ansprache von pflegerischen Zentrumsleitungen über die Direktion für Patienten- und Pflegemanagement zur Abfrage des Interesses an der Studienteilnahme bei den pflegerischen Stationsleitungen.

3. Treffen zur Vorstellung des Projektvorhabens durch die lokale Projektleitung auf ärztlicher Leitungsebene (Klinikdirektoren), Abstimmung zur Projektteilnahme.
4. Anschließend Rücksprache der Stationsleitungen und Klinikdirektor:innen mit den jeweiligen Teams der Stationen. Damit sollte die Unterstützung des Vorhabens auf Ebene der Mitarbeitenden gewährleistet werden.
5. Treffen zur Besprechung der Projektumsetzung bzw. Planung der Datenerhebung auf den Stationen mit den benannten Ansprechpartner:innen der jeweiligen Station.

Das Projektvorhaben stieß an beiden Standorten auf großes Interesse. Die Stationen betonten die Relevanz des Projektziels und zeigten sich motiviert, am Projekt teilzunehmen.

4.1.2 Vorabbefragung und Auftakt-Symposium

Als Vorbereitung zum Auftakt-symposiums wurde eine Vorabbefragung mit n = 65 Teilnehmenden durchgeführt (N = 165 angefragt, Rücklaufquote 39,4%) [16]. Von den Teilnehmenden waren 66,2% in der klinischen Praxis tätig und 33,8% in Verwaltungspositionen. 52,4% waren Pflegekräfte sowie 30,2% ärztliches Personal.

Tabelle 10: Stichprobenzusammensetzung der Vorabbefragung

	Gesamt	n (%*)
		N = 65 (100)
Alter	79. 9 ± SD 11.89 Jahre	
Gender	<ul style="list-style-type: none"> ○ Weiblich ○ Männlich 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 46 (71) ○ 19 (29)
Tätigkeitsbereich**	<ul style="list-style-type: none"> ○ Intensiv ○ Onkologie ○ Palliativ ○ Verwaltung ○ Neurologie ○ Kardiologie ○ Geriatrie ○ Chirurgie ○ Nephrologe/Endokrinologie/Rheumatologie ○ Innere Medizin ○ Gastroenterologie ○ Andere (z. B. Hospiz) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 16 (25.0) ○ 16 (23.4) ○ 13 (20.3) ○ 12 (18.8) ○ 9 (14.1) ○ 3 (4.7) ○ 3 (4.7) ○ 3 (4.7) ○ 4 (6.3) ○ 5 (7.8) ○ 2 (3.1) ○ 3 (4.7)
Berufsgruppe**	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege ○ Ärzt:innen ○ Sozialarbeiter:innen ○ Seelsorge ○ Psycholog:innen ○ Andere (z. B. MFA) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 33 (52.4) ○ 19 (30.2) ○ 4 (6.3) ○ 3 (4.8) ○ 1 (1.6) ○ 7 (11.1)

Im Rahmen der Vorabbefragung wurden Förderfaktoren, Barrieren und Optimierungsbedarfe in Bezug auf elf Themen auf den folgenden drei Ebenen erhoben (Kategoriensystem zur qualitativen Analyse siehe Anlage 15):

1. Institutionelle Ebene (allgemeine institutionelle Bedingungen, Krankenhauskultur und Integration spezialisierter Palliativversorgung),
2. Teamebene (Einstellung zu und Umgang mit Tod und Sterben, Kompetenzen, Kommunikation und Teamarbeit) sowie
3. Versorgungsebene (Sterbephase, Symptomkontrolle, Patient:innen-zentriertheit und Einbindung von Angehörigen).

Auf **institutioneller Ebene** wurde v. a. eine kurativ geprägte Krankenhauskultur als zentrale Barriere identifiziert; Tod und Sterben seien häufig tabuisiert und würden vielfach als „Versagen“ verstanden. Ergänzend wurden infrastrukturelle Defizite (begrenzte Einbettzimmer, ungeeignete räumliche Rahmenbedingungen) sowie unzureichende personelle und zeitliche Ressourcen genannt. Als notwendige Maßnahmen werden eine hospitalweite Enttabuisierung, verbindliche Konzepte für die palliative Versorgung und die frühere Integration palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen gefordert. Auf der **Teamebene** zeigten sich zwei übergeordnete Bereiche: Fehlende palliative Kompetenzen und unzureichende Kommunikation. Persönliche und kulturelle Einstellungen der Mitarbeitenden im Umgang mit Sterben und Tod, Belastungen und mangelnde Anerkennung pflegerischer Expertise beeinträchtigen die Versorgungsqualität. Gleichzeitig wurden kollegiale Unterstützung, gute Teamarbeit, klare Rollendefinitionen und gezielte Fort- und Weiterbildungen (insbesondere zu Symptomkontrolle und Gesprächsführung) als bedeutende Förderfaktoren genannt. In der **Versorgungsebene** wurden Defizite vor allem in der rechtzeitigen Erkennung der Sterbephase, in der adäquaten Symptomkontrolle (Schmerz, Atemnot, Sekretmanagement) sowie in der adäquaten Einbindung und Information von Angehörigen beschrieben (z. B. Informationen zu typischen Symptomen wie Rasselatmung). Patientenzentrierte Maßnahmen, z. B. Abfragen und Dokumentation von Wünschen und spirituellen Aspekten und letzten Anliegen sowie die rechtzeitige Einbindung Angehöriger wurden als wichtige Verbesserungsbedarfe aufgeführt. Dabei erscheinen kleine, einfache Maßnahmen besonders hilfreich wie z.B. Einsatz von Aromaölen, Musik und Ritualboxen.

Die **Pandemie** wurde als Verstärker bestehender Probleme berichtet: Besuchsbeschränkungen, erschwerte Kommunikation durch Schutzmaßnahmen und entfallene Abschiedsmöglichkeiten verschärften die Situation für Sterbende und Angehörige.

Die Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass eher kleinere, einfach umzusetzende Maßnahmen mittels *bottom-up* Ansatz als umfangreiche Interventionen mittels *top-down* Ansatz ihren Weg in die klinische Routineversorgung finden und zur Verbesserung der Krankenhausversorgung in der Sterbephase beitragen können.

Aufgrund der Corona-Pandemie fand das Auftakt-Symposium am 19.04.2021 als Hybrid-Veranstaltung vor Ort in Berlin statt. Es nahmen insgesamt 61 Personen teil (12 Präsenz & 49 online). Es nahmen nationale Expert:innen aus den Bereichen (Palliativ-)Versorgung, Lehre, Gesundheitswesen, Politik, Kirche sowie Vertreter:innen der DGP am Symposium teil [16]. Die Beiträge der Referent:innen – teilweise aus bereits bestehenden und erfolgreichen Projekten – zeigten sowohl Kreativität als auch Qualität einer Fülle an existierender Maßnahmen zur

Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase. Dennoch wurde das Gesamtbild der Krankenhausversorgung in der Sterbephase weiterhin als verbesserungswürdig beschrieben (Zusammenfassung des Symposiums siehe Anlage 16).

4.1.3 Erstellung eines Portfolios möglicher Maßnahmen (Scoping Review)

Die Ergebnisse der Suchstrategie (erläutert in Kapitel 3.1) ergaben 7.368 Treffer in den beiden Datenbanken. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien blieben 795 Texte nach der Begutachtung der Abstracts und 184 Texte nach der Begutachtung der Volltexte. Aus diesen 184 Texten wurden insgesamt 308 Maßnahmen extrahiert und primär anhand der S3-Leitlinie für Palliativmedizin und der S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer PatientInnen in 6 Ober- und 25 Unterkategorien eingeteilt.

Tabelle 11: Ergebnisse des Scoping Reviews (Haupt- und Unterkategorien). Ergebnisse in Klammern beziehen sich auf die absolute Anzahl an Maßnahmen.

Oberkategorien	Unterkategorien
Beginn der Sterbephase / Anpassung der Therapieziele (58)	Generische Maßnahmen Aufklärung und Einbezug von Patient:innen und Angehörigen Raumausstattung und Verhalten im Patient:innenzimmer Multidisziplinäre Ansätze Erkennen der Sterbephase
Kommunikation (73)	Leitlinien, Ansätze, Konzepte Teamkommunikation Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen Übermitteln von „schlechten Nachrichten“ („Breaking bad news“) Shared Decision Making Advance Care Planing
Behandlung somatischer Symptome (78)	Symptomkontrolle Aufklärung und Einbezug von Patient:innen und Angehörigen Körperhygiene
Komplementäre und Alternativmedizin (CAM) (49)	Psychoziale Betreuung Spirituelle Betreuung Religion
Psychoziale und Spirituelle Versorgung (41)	Manipulative Körpertherapien Mind-Body-Verfahren Kreativtherapien Biologische Therapien Medizinische Systeme Sonstiges

Nach dem Tod (9)	Trauerbegleitung Abschiedsrituale
---------------------	--------------------------------------

4.2 Phase 2: Erprobung in den Uniklinika Köln und Hamburg-Eppendorf

4.2.1 Phase 2a: Präerhebung

Forschungsfrage 1: Wie stellt sich die Versorgungssituation sterbender Patient:innen sowie ihrer Angehörigen auf verschiedenen Stationen zweier Uniklinika dar?

4.2.1.1 Mitarbeitendenbefragung

Um Redundanzen in diesem Bericht zu vermeiden, finden sich die Kernergebnisse der Mitarbeitendenbefragung zum Prä-Post-Vergleich im *Kapitel 4.2.4.1 Mitarbeitendenbefragung*. Insgesamt wurden in der Präerhebung n=201 vollständige Fragebögen (Rücklaufquote: 27,9%) übermittelt. Die Teilnehmenden dieser Mitarbeitendenbefragung waren mehrheitlich weiblich (64,7%), 30-50 Jahre alt (53,2%) und Pflegefachpersonal (57,2%).

4.2.1.2 Aktenanalyse

Die Ergebnisse zur Prä-Aktenanalyse wurden bereits im *International Journal for Quality in Health Care* publiziert [58], im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse daraus dargestellt.

Es wurden N=400 Akten von im Zeitraum von Januar 2018 bis August 2021 auf den teilnehmenden Stationen verstorbenen Patient:innen analysiert. Die Patient:innen waren im Durchschnitt 72,5 Jahre alt, die mittlere Liegedauer betrug sechs Tage und die häufigste Diagnose nach ICD-10 waren bösartige Neubildungen (34,8%). Bei 299/400 (74,8%) Patient:innen wurde das Erkennen der Sterbephase dokumentiert und bei 317/400 (79,2%) eine Änderung des Therapieziels. Patient:innen mit Kommunikationsfähigkeit wurden in 46 von 121 (38,0%) Fällen über den bevorstehenden Tod informiert, ebenso wie Angehörige in 282 von 390 (72,3%) Fällen. Wünsche und Werte von Patient:innen bezüglich der Versorgung wurden in 33/122 (27,1%) dokumentiert. Das Monitoring wurde vor dem Tod nur selten beendet, mit signifikant niedrigeren Anteilen auf Intensivstationen: Zum Beispiel wurde die Überwachung der Vitalzeichen in 30,0% der Fälle eingestellt (14,9% auf Intensivstationen im Vergleich zu 52,9% auf allgemeinen Stationen; Konfidenzintervall [28,4; 47,6]). Ein Einsatz validierter Instrumente zum Symptomassessments fand sich in 272/400 (68,0%) der Akten, hauptsächlich zur Schmerzbeurteilung (66,3%). Die logistische Regressionsanalyse identifizierte das Setting (Intensiv vs. Allgemeinstation), das Erkennen der Sterbephase, das Alter der Patient:innen, ihre Kommunikationsfähigkeit und die Diagnose einer malignen Neoplasie als Faktoren, die signifikant mit Aspekten der Versorgung in der Sterbephase zusammenhängen.

4.2.1.3 Fokusgruppen

An den Fokusgruppen (n=10) in der Präerhebung nahmen insgesamt N=71 Personen teil (n=17 Ärzt:innen, n=37 Pflegenden, n=6 Seelsorgende, n=11 weitere Versorgende, wie Psycholog:innen, Therapeut:innen und der Patient:innenservice), davon waren n=52 weiblich und n=19 männlich. Pro Fokusgruppe nahmen jeweils zwischen fünf und neun Mitarbeitende einer Station teil. An neun Fokusgruppen nahm mindestens eine Führungskraft der Station teil (n=7

Oberärzt:innen, n=7 pflegerische und n=3 stellvertretende pflegerische Stationsleitung). Nur eine Fokusgruppe fand ohne ärztliche Beteiligung statt, mit Pflegekräften und Seelsorgenden.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen geben Aufschluss über die Herausforderungen in der Versorgung und Begleitung sterbender Patient:innen sowie deren Angehöriger auf der jeweiligen Station. Zu einigen Herausforderungen wurden von den Teilnehmenden der Fokusgruppen Lösungsvorschläge und Maßnahmen eingebracht, die Versorgende bei einer guten Sterbebegleitung unterstützen könnten. Zudem konnten bereits bestehende Maßnahmen und Instrumente bezüglich der Sterbebegleitung erfasst werden (Abbildung 3).

Im Folgenden werden die Ergebnisse über alle Stationen zusammengefasst dargestellt, wobei sich die Darstellung auf die am häufigsten genannten Punkte beschränkt.

Herausforderungen

- Festlegung und Zeitpunkt einer Therapiezieländerung
- Fehlender Informationsaustausch im Team
- Führen schwieriger Gespräche mit Patient:innen und Angehörigen (belastend, zeitintensiv)
- Unsicherheiten/fehlendes Wissen im Umgang mit Palliativpatient:innen und deren Angehörigen
- Aufklärung der Angehörigen und Patient:innen wird häufig als unzureichend wahrgenommen
- Patient:innenwille wird nicht oder zu spät erfragt
- Hohe Arbeitsbelastung; fehlende personelle und zeitliche Ressourcen, um Patient:innen angemessen zu begleiten
- Pandemiebedingte Einschränkungen

Gewünschte Maßnahmen

- Schulung zum Umgang und zur Gesprächsführung mit Patient:innen und Angehörigen
- Fortbildung zum Thema Sterben und palliative Versorgung
- Leitfaden für pflegerische Tätigkeiten in Sterbephase und nach dem Versterben
- Informationen zur Symptomkontrolle
- Multiprofessionelle Fallbesprechung oder Übergabe
- Frühzeitige Abklärung des Patienten:innenwillens
- Angebote zur Entlastung der Versorgenden (z.B. Supervision, Nachbesprechung)
- Räumliches Setting (angemessene Atmosphäre)
- Informationsblatt für Angehörige

Vorhandene Maßnahmen/Instrumente

Verschiedene Maßnahmen und Instrumente zur Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase und deren Angehörigen, die bereits auf der jeweiligen Station bestanden bzw. vorlagen, wurden von den Fokusgruppen-Teilnehmenden benannt und sind in Abbildung 3 dargestellt.

Je größer dabei die Darstellung einer Maßnahme, desto mehr Stationen haben diese genannt. Die Darstellung sagt jedoch nichts über die Qualität der Umsetzung aus.



Abbildung 3: Wortwolke zu bestehenden Maßnahmen und Instrumenten

4.2.1.4 Angehörigeninterviews (Prä- und Posterhebung)

Forschungsfrage 5: Wie nehmen Angehörige die Versorgung in der Sterbephase wahr?

Für die Ergebnisdarstellung wurden alle Einzelinterviews mit Angehörigen aus der Prä- und Posterhebung (n=10 Präerhebung, n=5 Posterhebung, N=15 gesamt) zusammen dargestellt, da die Analyse der Post-Interviews keine zusätzlichen neuen Erkenntnisse gegenüber der Präerhebung ergab. Dies deutet darauf hin, dass eine thematische Sättigung erreicht wurde und die Datenerhebung somit als umfassend betrachtet werden kann. Die Angehörigen waren jeweils mit der Versorgung und Begleitung auf der jeweiligen Station überwiegend zufrieden. Sie schilderten vorwiegend positive Erfahrungen und waren dankbar für die Bemühungen und Fürsorge der Versorgenden. Dennoch wurden auch negative Erlebnisse und Verbesserungspotentiale geäußert. Aussagen über Unterschiede zwischen den Kliniken oder zwischen einer Normal- und Intensivstation lassen sich aus den Daten nicht ableiten. Als Motivation für die Teilnahme an der Befragung nannten die Interviewten am häufigsten die Zufriedenheit mit der Versorgung und Wertschätzung des Personals auf der Station. Weitere Ergebnisse zeigt Anlage 17.

4.2.1.5 Weitere Daten

Um vor der Rekrutierung eine Einschätzung der Relevanz des Projekts für die Krankenhausstationen abgeben zu können, wurden in Zusammenarbeit mit der Forschungs-IT, der Patienten- und Pflegedirektion (UKE) und dem Medizincontrolling (UKK) die (pseudonymisierten) absoluten Sterbefälle mit ausgewählten soziodemografischen und epidemiologischen Daten in einer

Vollerhebung erhoben (Zeitraum insgesamt: 2017-2022). Zur Analyse der Daten wurde deskriptive Statistik verwendet. Das konkrete Ziel dieses Vorhabens war Stationen für eine potentielle Rekrutierung auszuschließen, die über sehr wenig Sterbefälle verfügen.

In Abbildung 4 sind die durchschnittlichen Sterbefälle im Zeitraum 2019-2022 (Projektbeginn bis Interventionsphase) für die beim Projekt teilnehmenden Stationen abgebildet. Die teilnehmenden Krankenhausstationen wiesen eine Variabilität innerhalb, als auch zwischen den Stationstypen (Normal- und Intensivstationen) bezüglich der durchschnittlichen Sterbefälle auf – Intensivstationen haben eine höhere Anzahl an Sterbefällen als Normalstationen. Da das Projekt die Sterbesituation außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung abdecken sollte, wurden ebenfalls Normalstationen rekrutiert, auf denen Patient:innen sterben.

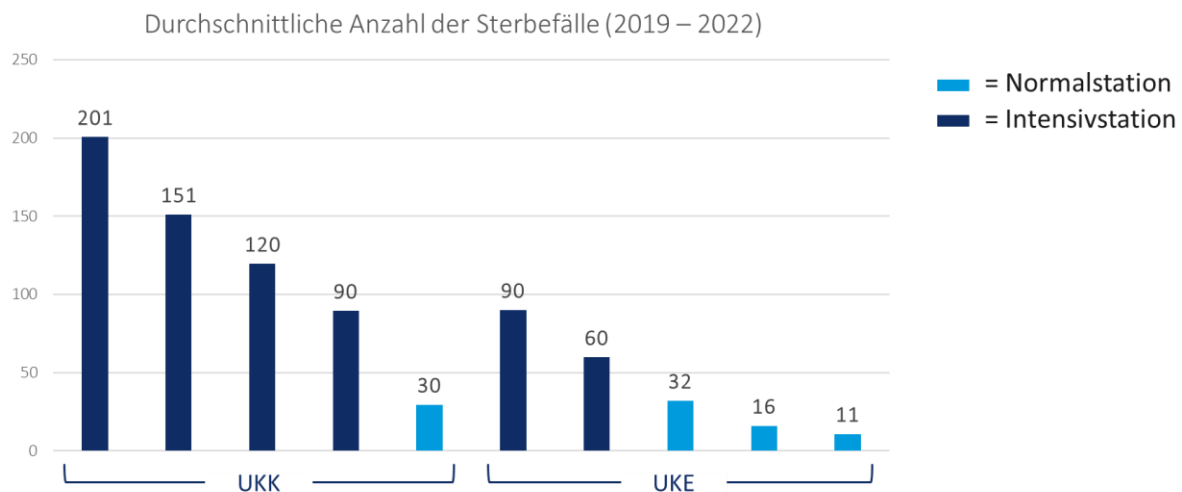


Abbildung 4: Durchschnittliche Anzahl der Sterbefälle (2019 -2022) auf den zehn teilnehmenden Stationen

4.2.2 Phase 2b: Etablierung von Arbeitsgruppen, Vorstellen des Maßnahmenportfolios

Auf allen am StiK-OV-Projekt teilnehmenden Stationen konnten AGs gebildet werden, auch wenn auf manchen Stationen wesentlich später und mit einer selteneren Frequenz der Treffen als geplant. Von Februar bis Dezember 2022 fanden n = 69 stationspezifischen AG-Treffen statt. Die Treffen fanden ca. alle 4-6 Wochen statt und dauerten durchschnittlich 1 Stunde. Die AGs setzten sich interdisziplinär und multiprofessionell zusammen. Auf sieben von zehn Stationen waren darin zusätzlich zu ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden auch Therapeut:innen oder Seelsorgende vertreten (Abbildung 5).

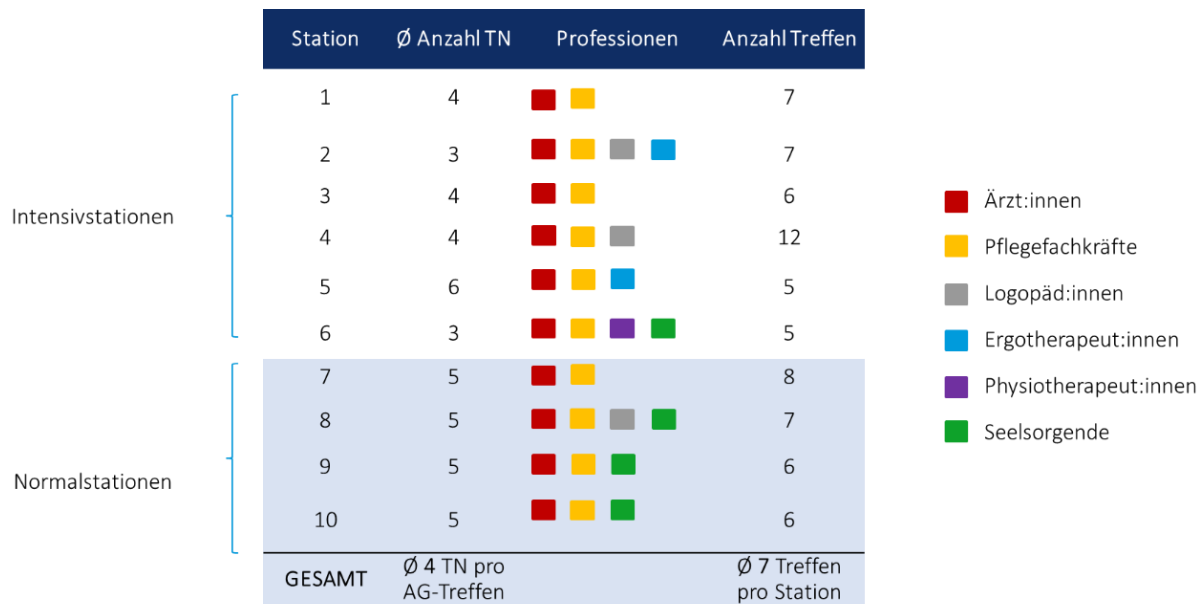


Abbildung 5: Übersicht über Anzahl, Teilnehmende und Treffen der Arbeitsgruppen

Manche AGs blieben relativ stabil über die Zeit, andere verändern sich bei jedem Treffen. Für die Entwicklung der Maßnahmen in den AGs wurde ein strukturiertes Vorgehen genutzt:

- Vorstellung der stationspezifischen Ergebnisse der Präterhebung
- Identifizierung von Herausforderungen/Verbesserungsbedarfen
- Entwicklung stationspezifischer Maßnahmen
- Umsetzung der Maßnahmen

Neben der Vorstellung der stationspezifischen Ergebnisse der Präterhebung in a) sollten auch die Qualitätskriterien zur Sterbephase vorgestellt werden sowie Leitlinien-Empfehlungen und mögliche Maßnahmen zu deren Umsetzung einschließlich „Stimulus-Materials“ zu den Maßnahmen, die in Phase 1 zusammengestellt wurden. Darauf wurde jedoch verzichtet, da die AGs bereits viele Ideen zu Maßnahmen bzw. Verbesserungsbedarfen auf den Stationen hatten. Für Ergebnisse zu Schritten b) - d) siehe nachfolgendes Kapitel 4.2.3. *Phase 2c: Ableitung individueller Maßnahmenpläne und Umsetzung auf den teilnehmenden Stationen.*

4.2.3 Phase 2c: Ableitung individueller Maßnahmenpläne und Umsetzung auf den teilnehmenden Stationen

Forschungsfrage 2: Welche Maßnahmen zur Erreichung einer guten Begleitung in der Sterbephase werden von unterschiedlichen Stationen gewählt und warum?

Die AGs wählten Themen und Maßnahmen aus, zu denen sie Verbesserungsbedarfe bzw. Herausforderungen auf ihrer jeweiligen Station sahen. Diese Herausforderungen lagen vor allem in der Festlegung und dem Zeitpunkt der Therapiezieländerung, der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit Patient:innen und Angehörigen, dem Informationsaustausch im Team, der Informierung und den Gesprächen mit Angehörigen sowie Unsicherheiten in der Versorgung sterbender Patient:innen.

Übergreifend identifizierten die AG-Teilnehmenden folgende Herausforderungen/ Verbesserungsbedarfe in Schritt b):

- Schwierige und verzögerte Entscheidungsfindung über Therapiezieländerung/Beginn der Sterbephase, einschließlich der Einbeziehung von Patient:innen und/oder Angehöriger
- Mangel an Zeit und Fachwissen über die Begleitung sterbender Patient:innen
- Unzureichender Austausch und Informationsfluss innerhalb des Teams und mit anderen Disziplinen
- Schwierige und unzureichende Information von Patient:innen und/oder Angehörigen über den bevorstehenden Tod
- Mangel an unterstützenden Strukturen für das Personal in Belastungsfällen, z.B. Supervision
- Mangel an Konzepten für die Pflege sterbender Patient:innen an Wochenenden und nachts

Die Stationsmitarbeitenden entwickelten in Schritt c) N=34 Maßnahmen zu folgenden Themen (siehe Tabelle 12):

- Versorgung in der Sterbephase
- Angehörige
- Kommunikation im Team
- Unterstützende Strukturen
- Räumliche bzw. Umgebungsgestaltung

Die Maßnahmen hatten unterschiedliche Formate: Fortbildungen zu verschiedenen Themen, Leitfäden/Checklisten/SOPs, Informationsmaterialien wie Flyer, verschiedene Besprechungsformate sowie Dekorationselemente oder Möbel für die Umgebungsgestaltung. In Schritt d) setzten die AG-Teilnehmenden die Maßnahmen auf ihren Stationen um.

Wie in Kapitel 2.4 *Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen* beschrieben, waren zum Ende des Interventionszeitraumes viele Maßnahmen noch nicht in die alltäglichen Routinen der Station integriert und noch nicht allen Stationsmitarbeitenden bekannt. Für Materialien zu den entwickelten Maßnahmen siehe Anlagen 18-35 und online unter folgendem Link: <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/sterben-im-krankenhaus/>.

Tabelle 12: Überblick über entwickelte Maßnahmen (N=34)

<p>Angehörige (n=13)</p>	<p>Fortbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation mit Angehörigen (n=5) (Anlage 18) <p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegweiser für trauernde Angehörige (n=4) (Anlage 19) - Kondolenzkarten - Checkliste für Stationsteam zur Information Angehöriger nach Versterben von Patient:innen (Anlage 20) - Leitfaden für das Stationsteam zu Kommunikation mit Angehörigen (Anlage 21) - Kontaktliste für das Stationsteam mit klinikinternen Unterstützungsangeboten zur Vermittlung an Angehörige (Anlage 22)
<p>Versorgung in der Sterbephase (n=9)</p>	<p>Fortbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aroma – und Mundpflege (Pflegefachpersonal) (Anlage 23) - Grundsätze zur Versorgung in der Sterbephase (Stationsteam) (Anlage 18) - Pflegerische Versorgung in der Sterbephase (Anlage 18) <p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leitfaden zur Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase (Anlage 24) - SOP zur Versorgung in der Sterbephase (n=2) (Anlage 25) - Checkliste zur Versorgung in der Sterbephase (Anlage 26) - Checkliste zur Therapiezieländerung (Anlage 27) - Gewohnheits- und Ressourcenbogen (Anlage 28)
<p>räumliche bzw. Umgebungsgestaltung. (n=4) (Anlage 29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Umgestaltung eines Abschiedsraums - Umgestaltung eines Patient:innenzimmers - Zusammenstellen von Ritualboxen (n=2)
<p>Kommunikation im Team (n=5)</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empfehlungen für eine aussagekräftige und nachvollziehbare Dokumentation der Sterbephase in Patient:innenakten (Anlage 30) - Empfehlungen für eine gemeinsame Gesprächsführung (Ärzt:innen und Pflegefachpersonal) bei wichtigen Gesprächen (Anlage 31) <p>Besprechungsformate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Entscheidungsfindung zu Therapiezieländerungen (Anlage 32) - Interdisziplinäre und multiprofessionelle Fallbesprechung von Patient:innen in der Sterbephase (Anlage 32) - 15-minütige wöchentliche palliativmedizinische multiprofessionelle Fallbesprechung (Anlage 33)
<p>Unterstützende Strukturen (n=3)</p>	<p>Fortbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen und palliativmedizinischen (Konsil-)Dienst (Anlage 18) <p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Checklist: Einbindung der Seelsorge (Anlage 34) - Checklist: Einbindung des palliativmedizinischen (Konsil-)Dienstes (Anlage 35)

4.2.4 Phase 2c: Ergebnisse der Feedbackumfrage

Vom 13. bis 31. Januar 2023 nahmen N=44 AG-Teilnehmende (Rücklaufquote 61,5%) an der Online-Umfrage teil. Darunter waren 11 Ärzt:innen (25,0%) und 22 Pflegefachkräfte (50,0%). Eine psychosoziale, seelsorgerische bzw. therapeutische Tätigkeit hatten 10 Versorgende (22,7%) inne. Eine Person gab als Berufsgruppe „andere“ an (2,3%). Für Ergebnisse zu den Einzelitems siehe Abbildung 6.

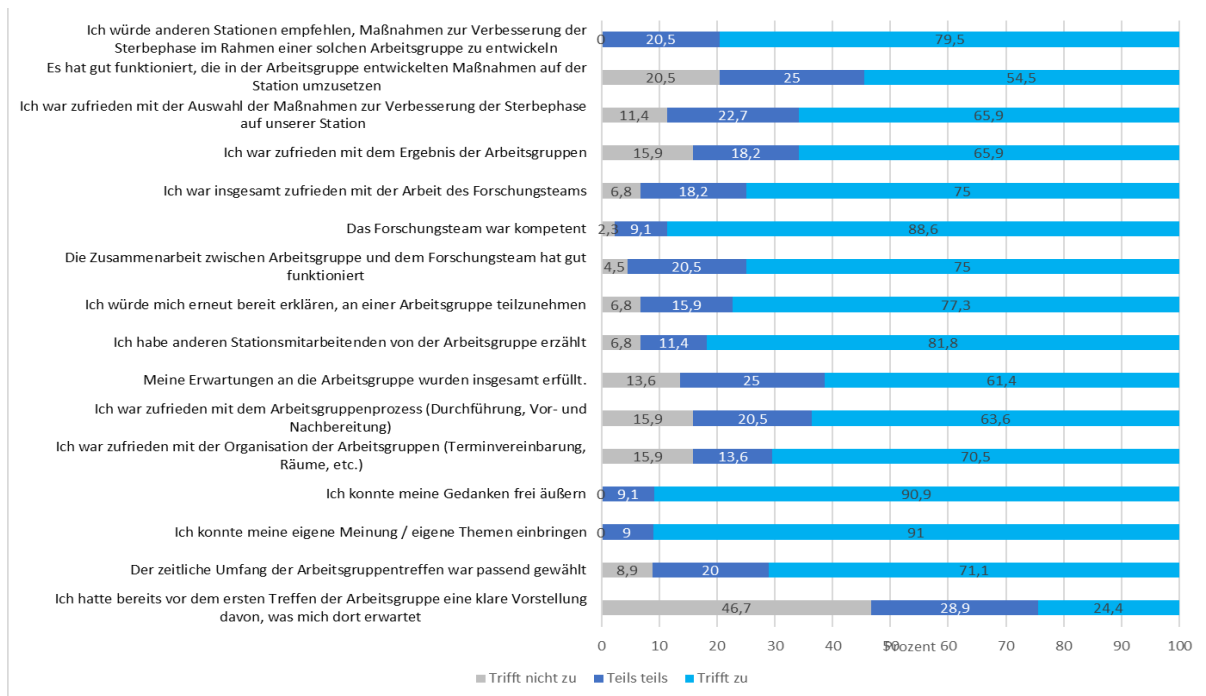


Abbildung 6: Ergebnisse der Arbeitsgruppenumfrage, n=44 Teilnehmende

Antworten auf die offene Frage zur Motivation zur Teilnahme konnten in folgende Bereiche gegliedert werden:

- Verbesserung der Versorgung, Kommunikation und Situation auf der Station
- Relevanz des Themas
- Einbringen eigener Erfahrungen
- Eigener Wissens- und Erfahrungszuwachs
- Interesse an dem Thema

Antworten zum Erkenntnisgewinn aus den AG-Prozess lassen sich in folgende Kategorien ordnen:

- Positive Veränderungen auf Station möglich
- AG als Anregung für mehr Offenheit und Veränderungen
- Offenlegung noch zu bearbeitenden Herausforderungen
- Eigener Wissenszuwachs
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit notwendig
- Prozessänderungen brauchen Zeit

Abschließend nannten die Teilnehmenden Verbesserungsbedarfe. Dazu gehörten vor allem organisatorische Aspekte wie der Wunsch nach festen Terminserien sowie eine höhere Teilnahme-Verbindlichkeit bzw. Priorisierung der Treffen seitens des ärztlichen Personals (für alle Freitextantworten siehe Anlage 36).

4.2.5 Phase 2d: Posterhebung/Prä-Post Vergleich

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Posterhebung (Mitarbeitendenbefragung, Aktenanalyse, Fokusgruppen) dargestellt. Für Ergebnisse zur Evaluation des AG- und Implementierungsprozesses siehe *Kapitel 2.3.4 Erfahrungen mit der Implementierung/Maßnahmen*. Weitere Ergebnisse zur Umsetzung der Maßnahmen finden sich in Kapitel 4.2.4.3 *Fokusgruppen*.

4.2.5.1 Mitarbeitendenbefragung

In der Posterhebung wurden n=122 vollständige Fragebögen (Rücklaufquote: 15,8%) an das Forschungsteam übermittelt. Von diesen N=122 Mitarbeitenden war n=95 (77,9%) bekannt, dass auf Ihren Stationen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase eingeführt wurden. Davon gaben 64,3% an (n=28), dass diese Maßnahmen auf den Stationen angewendet werden.

In Tabelle 13 sind die Charakteristika der Stichproben aus der Präerhebung (n=201) und Post-Erhebung (n=122) dargestellt:

Tabelle 13: Stichprobencharakteristika Mitarbeitendenbefragung

Variablen	Prä						Post					
	Normalstation (n=75)		Intensivstation (n=126)		Gesamt (n=201)		Normalstation (n=48)		Intensivstation (n=74)		Gesamt (n=122)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geschlecht												
Weiblich	54	72,0	76	60,3	130	64,7	32	66,7	56	75,7	88	72,1
Männlich	21	28,0	50	39,7	71	35,3	16	33,3	18	24,3	34 ¹	27,9 ¹
Alter (Jahre)												
< 30	24	32,0	36	28,6	60	29,9	8	16,7	17	23,0	25	20,5
30-50	38	50,7	69	54,8	107	53,2	25	52,1	46	62,2	71	58,2
> 50	13	17,3	21	16,7	34	16,9	15	31,3	11	14,9	26	21,3
Berufsgruppe												
ärztlich	20	26,7	34	27,0	54	26,9	12	25,0	22	29,7	34	27,9
pflegerisch	34	45,3	81	64,3	115	57,2	26	54,2	44	59,5	70	57,4
therapeutisch	16	21,3	9	7,1	25	12,4	5	10,4	6	8,1	11	9,0
Other												
Other	5	6,7	2	1,6	7	3,5	5	10,4	2	2,7	7	5,7
Berufserfahrung (Jahre)												

< 1	4	5,3	6	4,8	10	5,0	3	6,3	0	0,0	3	2,5
1-5	21	28,0	40	31,7	61	30,3	10	20,8	18	24,3	28	23,0
6-20	31	41,3	56	44,4	87	43,3	20	41,7	44	59,5	64	52,5
> 20	19	25,3	24	19,0	43	21,4	15	31,3	12	16,2	27	22,1

Für die Mittelwertvergleiche über alle Stationen hinweg zur Einschätzung der Versorgungsqualität, Belastungen, Selbstwirksamkeit, Thanatophobie, Selbstfürsorge und Teaminteraktion/-funktion im Prä-Post-Vergleich siehe Tabelle 14. Die einzelnen Vergleiche wurden in allgemeinen linearen Modellen geprüft unter Berücksichtigung der Interaktion zwischen Erhebungszeitpunkt und Strata (Stratifizierte Propensity Scores).

Alle abgefragten Bereiche zeigten eine Verbesserung der Mittelwerte im Prä-Post-Vergleich über alle Stationen hinweg. Für Detailergebnisse zu den einzelnen Fragebögen bzw. Instrumenten siehe Anlage 37.

Tabelle 14: Mittelwerte zur Versorgungsqualität, Belastungen, Selbstwirksamkeit, Thanatophobie, Selbstfürsorge und Teaminteraktion/-funktion für N=10 Stationen (Stratifizierte Propensity Scores) im Prä-Post Vergleich (Prä: n=201; Post: n= 122)

Item	Skalierung	M T ₀	M T ₁	Differenz	SE	Sig.
Versorgungsqualität	0-10	5,1	6,5	+1,4	0,3	<0,001*
Belastungen	11-44	21,4	20,1	- 1,3	0,6	0,028*
Selbstwirksamkeit	10 -40	28,5	29,7	+1,2	0,5	0,014*
Thanatophobie	7-49	16,1	15,1	-1,0	1,0	0,298
Selbstfürsorge (Item Abgrenzung)	0-5	3,6	3,9	+0,3	0,1	0,011*
Selbstfürsorge (Item Unterstützung)	0-5	3,8	4,0	+0,2	0,1	0,209
Interdisziplinäre patientenzentrierte Teamarbeit	0-100	71,8	76,9	+5,1	2,3	0,025*

4.2.5.2 Aktenanalyse

In der Posterhebung wurden insgesamt 286 Akten von Patient:innen, die zwischen Januar und Oktober 2023 verstarben, an beiden Standorten erhoben (n=176 UKK und n=108 UKE). Zudem wurden Allgeminstationen aufgrund einer zu geringen und ungleichmäßig verteilten Anzahl an Todesfällen während der Post-Interventionsphase und der damit verbundenen möglichen Verzerrung nicht in die Analyse einbezogen.

Aufgrund des in der Methodik beschriebenen *Propensity Score Matchings* zur Berechnung der Unterschiede wurden 47 Patient:innenakten aus der Analyse ausgeschlossen werden. Damit verblieben nach einem Propensity Score Matching jeweils 179 Patient:innen pro Gruppe (prä- und post-Intervention), was eine Gesamtzahl von 358 Fällen für den direkten Vergleich ergab. Das mediane Alter der Patient:innen in dieser Stichprobe lag bei 70 Jahren (prä-Intervention) und 72 Jahren (post-Intervention), wobei in beiden Gruppen männliche Patienten mit

67,6 % bzw. 62,0 % überwogen. Die mediane Verweildauer betrug etwa sechs bzw. fünf Tage, die häufigsten Krankheitsbilder waren Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie bösartige Neubildungen.

Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen eine signifikante Steigerung der Versorgungsqualität in der Sterbephase; nach der Interventionsphase erhöhte sich der gebildete Score, der anhand verschiedener Items die Versorgung in der Sterbephase abbildet (siehe Kapitel 3.2.5), **signifikant von 69% auf 78% (+9% [KI 4.27; 13.53], p<0.001**. Während die Anzahl der als anwendbar eingestuften Qualitätsindikatoren mit einem Median von 6,1 stabil blieb, erhöhte sich die Anzahl der tatsächlich erfüllten Indikatoren signifikant von einem Median von 4,2 auf 4,8. Für weitere Ergebnisse siehe Anlage 37.

4.2.5.3 Fokusgruppen

Mindestens drei Monate nach Umsetzung der ersten Maßnahme und mindestens sechs Wochen nach dem letzten AG-Termin wurde auf jeder Station erneut eine multiprofessionelle Fokusgruppe durchgeführt (N=10). An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 51 Personen teil, von denen der Großteil (88 %) über mehr als sechs Jahre Berufserfahrung verfügte und 36 % Führungspositionen ((stellvertretende) pflegerische Stationsleitungen und Oberärzt:innen) innehatten, was die hohe Expertise und Entscheidungskompetenz innerhalb der Gruppen unterstreicht. Die Fokusgruppen zeigten, dass ein Großteil der entwickelten Maßnahmen (26 von 34; 76 %) auf den Stationen eingeführt wurde, vor allem dort, wo sie als praxisnah und sinnvoll eingeschätzt wurden. Die Umsetzung verlief aufgrund struktureller Barrieren jedoch teils verzögert. Nur 14 der entwickelten Maßnahmen (ca. 48 %) wurden zum Zeitpunkt der Erhebung bereits als fester Bestandteil der Routinepraxis wahrgenommen. Die Bekanntheit der Maßnahmen war unter den nicht direkt an ihrer Entwicklung und Implementierung beteiligten Mitarbeitenden eingeschränkt. Für weitere Ergebnisse siehe Anlage 37 und Tabelle 15.

Tabelle 15: Ergebnisse der Fokusgruppen in der Post-Erhebung

Kategorie	Subkategorie	Beschreibung der (Sub)kategorie	Ankerzitate
Wahrgenommene Veränderung		Diese Kategorie umfasst Aussagen zu wahrgenommenen Veränderungen, die im Anschluss an den Beginn des Arbeitsgruppenprozesses und/oder die Umsetzung der entwickelten Maßnahmen berichtet wurden. Die beschriebenen Veränderungen beziehen sich entweder auf die eigene Person, auf einzelne andere Personen oder auf die Station bzw. das Team als Ganzes.	„Ich habe für mich selbst definitiv etwas dazugelernt, indem ich mich intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt habe.“ (H3, Ärztin/Arzt) „Die Kolleg:innen sind offener geworden und fühlen sich sicherer darin, die Ärztin/den Arzt anzusprechen.“ (K5, Pflegefachperson) „Das Thema (Sterben) ist stärker in den Fokus gerückt – nicht im Sinne von: ‚Okay, hier wird jetzt eine konkrete Maßnahme umgesetzt‘, sondern vielmehr als eine Kultur, die sich nach und nach entwickelt hat.“ (H5, Ärztin/Arzt)
	Bewusstsein, Offenheit und Relevanz des Themas Sterben	Zunehmendes Bewusstsein und größere Offenheit im Umgang mit Sterben und Tod: Versorgende beschreiben Abbau von Tabus und Vermeidungshaltungen sowie eine gesteigerte Bereitschaft, das Thema als relevanten und integralen Bestandteil der täglichen Versorgungspraxis aufzugreifen.	„Ein wesentlicher positiver Aspekt, der genannt werden kann, ist, dass das Thema stärker ins Bewusstsein des Teams gerückt ist.“ (K2, Pflegefachperson) „Ich habe den Eindruck, dass das Thema Sterben in der Intensivmedizin nun eher präsent sein darf.“ (K1, Ergotherapeut:in)

	Entscheidungsfindungen bei Therapiezielen	Verbesserte Prozesse der Festlegung und Anpassung von Therapiezielen: Versorgende beschreiben eine intensivere teaminterne Kommunikation, ein bewussterer Umgang mit Behandlungsbegrenzungen sowie eine stärkere Berücksichtigung von Werten und Präferenzen der Patient:innen.	„Therapiezieländerungen werden nun definitiv klarer, besser und schneller vorgenommen.“ (K3, Pflegefachperson) „Es gibt jetzt eine viel engere Kommunikation sowohl mit Patient:innen als auch mit Angehörigen. Wenn ein Patient morgens sagt: ‚Ich möchte nichts mehr gemacht haben‘, dann lautet die Reaktion: ‚Okay, dann wird jetzt auch nichts mehr gemacht.‘“ (K1, Ergotherapeut:in)
	Interprofessionelle Zusammenarbeit	Verbesserung der inter- und intraprofessionellen sowie interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit: Versorgende beschreiben ein größeres gegenseitiges Verständnis, und respektvolleren Umgang mit Reduktion von Konflikte, welche zu einem vertrauensvolleren Teamatmosphäre sowie einem gestärkten Teamverständnis führt.	„Der interprofessionelle Austausch war gut – besser als üblich. Wir konnten offen und wertschätzend miteinander sprechen. Dadurch entstand eine gewisse Vertrauensatmosphäre.“ (K4, Oberärzt:in) „Die Kultur einer multiprofessionellen Behandlung von Patient:innen – ich habe das Gefühl, dass sie im Laufe der Jahre völlig verschwunden war. Durch dieses Projekt ist sie irgendwie wieder zurückgekommen.“ (K4, Logopäd:in)
	Dokumentation	Verbesserungen in der Dokumentation, insbesondere in Bezug auf die Festhaltung von Therapiezielen sowie der Inhalte von Gesprächen mit Patient:innen und Angehörigen: Versorgende berichten über eine höhere Genauigkeit und Klarheit in den klinischen Aufzeichnungen.	„Früher war das sehr vage, da stand dann einfach nur so etwas wie ‚Mit Angehörigen besprochen‘. Inzwischen wird manchmal sogar festgehalten, was besprochen wurde.“ (K5, Pflegefachperson) „Änderungen in den Therapiezielen werden besser kommuniziert und (...) außerdem deutlich BESSER dokumentiert.“ (K5, Pflegefachperson)
	Versorgung sterbender Patient:innen	Gesteigerte Kompetenz und Sicherheit in der Versorgung während der Sterbephase: Gesundheitsfachpersonen berichteten, sich in der Bewältigung komplexer Versorgungsentscheidungen (was zu tun ist, was nicht zu tun ist) sicherer zu fühlen und die Sterbephase als weniger überwältigend und besser handhabbar zu erleben.	„Diese Situationen werden nicht mehr als überwältigend wahrgenommen ... ich habe eher das Gefühl, dass wir ein Stück weit professioneller damit umgehen können, ein Stück weit das als eine Normalität.“ (H2, Pflegefachperson) „Wir gehen systematischer vor ... Dinge werden klar kommuniziert – zum Beispiel: Wir lassen die Katecholamine auslaufen, verabreichen Schmerzmedikation usw.“ (K2, Pflegefachperson)
	Umgang mit Angehörigen	Verbesserte Kommunikation und Einbeziehung von Angehörigen: Beschrieben werden ein gesteigertes Bewusstsein für deren Bedürfnisse, mehr Empathie für ihre Belastungen und Emotionen, eine niedrigere Schwelle zur Kontaktaufnahme sowie die Bereitstellung klarerer und besser zugänglicher Informationen – sowohl mündlich als auch in schriftlicher Form.	„Die Angehörigen haben ein klareres Verständnis davon, wohin die Entwicklung gehen könnte ... sie sind informiert und einbezogen. Dieses Gefühl hatte ich früher nicht so häufig.“ (H4, Pflegefachperson) „Wir können uns besser in die Angehörigen hineinversetzen ... die Schulung hat mir dabei wirklich geholfen.“ (H3, Ärzt:in)
	Einbezug unterstützender Strukturen	Verbesserte Nutzung bereits vorhandener Unterstützungsangebote wie Palliativdienst und Klinikseelsorge: Beschrieben wird eine größere Klarheit und Kompetenz hinsichtlich des Zeitpunkts und der angemessenen Weise, diese Dienste in die Patientenversorgung einzubeziehen.	„Die Einbindung des Palliativdienstes hat sich deutlich verbessert – Anfragen werden nun viel schneller gestellt.“ (H2, Pflegefachperson) „Meine Wahrnehmung der Seelsorge hat sich wirklich verändert ... früher hätte ich nie gefragt – aber jetzt tue ich es.“ (H3, Pflegefachperson)
	Räumliche Bedingungen	Veränderungen zur Schaffung eines besseren Umfelds: Dazu zählen Verbesserungen des allgemeinen Ambientes, wie die Verfügbarkeit von Ruheräumen sowie der Einsatz von Elementen, die eine würdevolle und beruhigende Atmosphäre fördern.	„Es wird mehr darauf geachtet, die räumlichen Bedingungen anzupassen – zum Beispiel im Vorfeld zu organisieren, dass der Patient ein Einzelzimmer hat und dass es sich um einen ruhigen Raum handelt.“ (K1, Physiotherapeut:in)
	Zu erwartende Veränderung	Diese Kategorie umfasst Aussagen, die sich auf erwartete bzw. intendierte Veränderungen in der Zukunft beziehen. Inhaltlich entsprechen diese erwarteten Veränderungen den in der Kategorie der wahrgenommenen Veränderungen dargestellten Themenbereichen	–

Keine wahrgenommene Veränderung	Diese Kategorie umfasst Aussagen, in denen Gesundheitsfachpersonen berichten, keine Veränderungen wahrgenommen oder erfahren zu haben.	–
---------------------------------	--	---

Die Fokusgruppenanalyse ergab zudem spezifische Barrieren für einzelne Formate auf und praxisnahe Lösungsvorschläge.

Trainings scheiterten etwa häufiger an akutem Personalmangel und der Schwierigkeit, Mitarbeitende von Schichten freizustellen. Als Lösungen schlugen die Teilnehmenden Hybrid-Formate, Kurzschulungen oder die langfristige Planung im Rahmen eines Jahresfortbildungsplans vor.

Ritualboxen wurden zwar als wertvoll für Angehörige geschätzt, in der akuten Sterbephase jedoch häufig vergessen, da die medizinische Symptomkontrolle (Schmerz, Angst) Vorrang hatte.

Auf Stationen mit digitaler Dokumentation stellten papierbasierte Leitfäden eine Barriere dar, weshalb eine Digitalisierung der Inhalte als notwendiger Schritt zur Prozessintegration identifiziert wurde.

Auch zeigte sich der Einfluss der Stationskontexte. Auf Stationen mit niedriger Sterberate verlief die Implementierung deutlich langsamer, da schlicht die Gelegenheiten fehlten, die neuen Routinen einzuüben.

Der Arbeitsgruppenansatz zeigte sich als eigenständiger Erfolgsfaktor. Die Arbeitsgruppen boten einen geschützten Raum, um Hierarchien zu überbrücken und ein tieferes Verständnis für die Perspektiven anderer Berufsgruppen zu entwickeln. Zudem wurden Maßnahmen (wie Flyer oder Checklisten) über die ursprüngliche Station hinaus von anderen Abteilungen übernommen oder in das klinikweite Qualitätsmanagement-Handbuch aufgenommen.

Daneben ergänzen die qualitativen Daten der Fokusgruppen die Ergebnisse der Prä-Post-Aktenanalyse (vgl. 4.2.5.2). Die Mitarbeitenden berichteten über wahrgenommenen Veränderungen in insgesamt acht Themenfeldern, die von der sich Bewusstmachen der Relevanz des Themas Sterben, über Therapiezielfindung, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Dokumentation, Versorgung von Patient:innen und ihrer Angehörigen bis hin zum Einbezug bereits vorhandener unterstützender Strukturen sowie räumlichen Veränderungen reichten (siehe Tabelle 15).

Dort wo Mitarbeitende noch zu erwartende Veränderung bzw. keine Veränderungen angaben, wurde das Fehlen relevanter Patient:innen-situationen als Grund angegeben:

„Ich würde sagen, dass es im Umgang mit Sterbenden keine Veränderung gegeben hat. Meistens erleben wir tatsächlich Notfälle, und die Menschen sterben plötzlich, ohne dass im Vorfeld ein Palliativkonzept oder eine Sterbebegleitung geplant war.“ (K2, Pflegefachkraft)

oder ein bereits im Vorfeld bestehende hohe Kompetenz im Umgang mit Sterbenden:
 „Ich fand die Kommunikation mit Angehörigen ohnehin sehr wichtig, ebenso wie die Einführung in die Patienten. [...] Das habe ich vorher schon so gemacht und mache es im Prinzip auch jetzt noch.“ (H5, Pflegefachkraft)

„Ich glaube, wir haben auf einem relativ hohen Niveau angefangen.“ (H4, Pflegefachkraft)

4.2.5.4 Evaluation des AG-Prozesses und der Maßnahmen-Implementierung mittels CFIR

Durch die Identifikation relevanter Domains und Kategorien des *CFIR* konnten Barrieren und Förderfaktoren für die erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen im Stationsalltag identifiziert werden die in Tabelle 16 aufgeführt sind.

Tabelle 16: Übersicht der förderlichen und hinderlichen Faktoren für den Arbeitsgruppenprozess auf Stationsebene und auf Ebene der Arbeitsgruppe

Ebene	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Station	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Relevanz des Themas Sterben und Tod auf der Station bereits vor Beginn der Forschungsstudie - Stationspersonal ist auf die Pflegebedürfnisse der Patient:innen und ihrer informellen Betreuungspersonen in der Sterbephase eingestimmt - Vorhandene Materialien/Strukturen, auf die schnell aufgebaut werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> - Stationspezifische Dynamiken/Konflikte, die den Prozess verlangsamen, z. B. angespannte interne Teambeziehungen - Institutionelle Grenzen, z. B. fehlende Möglichkeit zur elektronischen Integration von Dokumenten
Arbeitsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Multiprofessionelle Zusammensetzung zur Integration verschiedener Perspektiven - Motivation und Engagement der Arbeitsgruppenmitglieder, z. B. um Wissen zu erwerben und die Versorgung zu optimieren - Einbindung von Mitarbeitenden in Leitungspositionen (z. B. Oberärzte) für schnellere Aufgabenverteilung und Koordination - Beteiligung von „Meinungsführer:innen“ mit starken Ansichten und hoher Motivation, die andere Mitglieder beeinflussen - Kombination von kleinen, leicht umsetzbaren sowie größeren, aufwendigeren Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Motivation der Arbeitsgruppenmitglieder 	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Fluktuation und sinkende Teilnahme der Arbeitsgruppenmitglieder, was zu Absagen und Verschiebungen von Treffen führt - Begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen/Personalmangel behindern den gesamten Arbeitsgruppenprozess trotz Engagement und Motivation der Teilnehmenden

4.3 Phase 3: Verallgemeinerbarkeit und Dissemination

4.3.1 Ergebnis-Symposium

Das Ergebnis-Symposium fand am 24.01.2024 als Hybridveranstaltung online und in den Räumen des Carl-Storz-Besucher- und Schulungszentrums in Berlin statt. Es nahmen insgesamt 100 Personen teil (6 Präsenz & 94 online). Die Teilnehmenden setzten sich unter anderem zusammen aus Mitarbeitenden verschiedener Krankenhäuser und Hospizdienste, Vertreter:innen der DGP, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der Stadt Köln sowie Mitarbeitenden aus den teilnehmenden Stationen und AGs beider Uniklinika (für Zusammenfassung des Ergebnis-Symposiums siehe Anlage 38).

Nach der Vorstellung der Ergebnisse aus dem Projekt folgten Impulsvorträge und eine Podiumsdiskussion, bei der neben den Projektleitungen folgende Personen teilnahmen:

- Dr. Ulrike Reinholz: Universitätsmedizin Mainz; Sprecherin der AG Sterbephase der DGP
- Prof. Dr. Steffen Eychmüller: Universitätsspital Bern; Bericht über das internationale "Core Outcome Set" für die Versorgung sterbender Patient:innen [59]
- Marina Filipović: Uniklinik Köln (UKK); Pflegedirektion
- Joachim Pröhl: Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE); Pflegedirektion
- Dr. Miriam Böttge-Joest: Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- Christoph Rupprecht: AOK Rheinland/Hamburg; Leiter Stabsbereich Gesundheitspolitik

Dieses Advisory Board diskutierte und bewertete die Projekt-Ergebnisse und Möglichkeiten der Weiterverwendung der daraus gewonnen Erkenntnisse für ein generisches Konzept zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase im Krankenhaus.

4.3.2 Generisches Konzept

Forschungsfrage 6: Wie lassen sich die im Rahmen des StiK-OV-Projekts gewonnenen Erkenntnisse auf andere Krankenhäuser übertragen?

Forschungsfrage 7: Was zeichnet ein generisches Konzept aus, das nicht-palliative Krankenhausstationen bei der Implementierung von Empfehlungen zur Versorgung in der Sterbephase unterstützt?

Das erarbeitete generische Konzept besteht aus

- 1) einer Übersicht über die im Projekt entwickelten Maßnahmen (Excel-Datenbank)
- 2) Materialien bzw. Vorlagen zu Maßnahmenformaten
- 3) Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus

Für die Maßnahmenübersicht (1) wurden die entwickelten N=34 Maßnahmen beider Standorte systematisch verschriftlicht. Daraufhin wurden die Maßnahmen hinsichtlich Wording, Formaten und Zuordnung zu Themen vereinheitlicht. Es folgten mehrfache Stringenz- und Plausibilitätsprüfungen im Forschungsteam. Die Maßnahmenübersicht steht als Übersichtsdatei in Excel mit Datenschnittstellentools und Filterfunktion auf der UKK- und DGP-Projektwebseite zur Verfügung [59] (siehe Anlage 39).

Die Maßnahmen werden anhand der im Projekt entwickelten Formate (2) (bestehend aus Hinweisdokumenten zur Implementierung und Nutzung der Maßnahmen und generische Vorlagen zur Anpassung an das jeweilige Setting) auf der UKK-Website zur Verfügung gestellt (siehe Tabelle 17 und hier: <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/sterben-im-krankenhaus/>). Weiterhin werden auf der DGP-Website Mitteilungen zum Projekt mit Links zur Projektwebsite sowie zu den Ergebnissen und Publikationen veröffentlicht. Entsprechende Abstimmungsprozesse mit den zuständigen Personen der DGP dauern an.

Tabelle 17: Maßnahmenformate zur Veröffentlichung auf DGP-Website

Format	Varianten	Materialien
Fallbesprechungsformate	Pflegekräfte stellen Patient:innen vor	Anleitung Vorlage 15 Min. Besprechungsbogen
	Magnet	Anleitung Template für Sitzung Checkliste
Flyer	Angehörige	Flyer Vorlage mit Textbausteinen
Fortbildungen	Kommunikation mit Angehörigen	Anleitung mit möglichen Inhalten
	Versorgungsstrukturen	
	Sterbebegleitung, z.B. ärztliche und pflegerische Aspekte	
	Pflegerische Aspekte in der Sterbephase, z.B. Aromapflege	
Versorgungsstandards	Therapiezieländerung	Materialien
	Ärztl-/Pflegr. Kommunikation mit Angehörigen	
Dokumentationshilfen	Empfehlung zur Dokumentation in der Sterbephase	Anleitung
	Empfehlung zur Dokumentation von Patient:innen-Ressourcen und Vorlieben	Ressourcen-Fragebogen Anleitung
Räumliche Gestaltung	Patient:innenzimmer	Anleitung mit Materialliste
	Abschiedsraum	
	Ritualbox (Dekorationselemente)	
"Nach dem Versterben"	Kondolenzkarten	Anleitung Vorlagen
	Kontaktliste für Versorgende	

Aus der vorbestehenden Fachliteratur, den Projektergebnissen aus dem Projekt und der Diskussion der Ergebnisse auf dem Ergebnis-Symposium wurden zehn politische Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus auf drei Ebenen abgeleitet, kondensiert und im Projektteam konsentiert. Die Forderungen sollen von den Projektleitungen PD Dr. Kerstin Kremeike, Prof. Dr. Karin Oechsle und Prof. Dr. Raymond Voltz in verschiedenen Veranstaltungen und politischen Foren disseminiert werden. Die Maßnahmenübersicht und die *Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus* (siehe Tabelle 18 und für

Details zu den politischen Forderungen (siehe Anlage 40) sollen zusätzlich in einer deutschsprachigen Fach-Zeitschrift publiziert werden.

Tabelle 18: Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus

Nr.	Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus
1	Qualitativ hochwertige Sterbebegleitung muss als Versorgungsauftrag des gesamten Krankenhauses verstanden werden
2	Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung im gesamten Krankenhaus müssen klar sein
3	Kompetenzen zur Diagnostik einer beginnenden Sterbephase müssen im gesamten Behandlungsteam des Krankenhauses gestärkt werden
4	Sämtliche Maßnahmen in der Sterbephase müssen im gesamten Krankenhaus kontinuierlich auf das realistische Erreichen des Therapieziels, das Fortbestehens der medizinischen Indikation und den Patient:innenwillen re-evaluiert werden.
5	Kompetenzen des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses müssen in der Versorgung sterbender Menschen gestärkt werden
6	Kompetenzen des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses in der Begleitung Angehöriger sterbender Menschen müssen gestärkt werden
7	Kompetenzen des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses in Hinblick auf die eigene Resilienz im Umgang mit sterbenden Menschen müssen gestärkt werden
8	Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Sterbebegleitung muss im gesamten Krankenhaus gestärkt werden
9	Vorhandene hausinterne und externe Strukturen zur Unterstützung der Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sollen im gesamten Krankenhaus bekannt sein und genutzt werden
10	Die Begleitung der Angehörigen auch nach dem Versterben muss als Teil einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung im gesamten Krankenhaus verstanden werden

5 Diskussion der Projektergebnisse

5.1 Bezugnahme zu den Ausgangspunkten

Ausgangspunkt (1): Die meisten der im Krankenhaus versterbenden Patient:innen werden nicht in Strukturen der Palliativversorgung betreut [13]. Die Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen ist daher in der Hauptsache Aufgabe des gesamten Krankenhauses. Krankenhäuser sind nach wie vor der häufigste Sterbeort in Deutschland, gleichzeitig äußern Patient:innen und Angehörige hier am ehesten Unzufriedenheit mit der Versorgung in der letzten Lebensphase [60].

Die Ergebnisse der STiK-OV-Studie konnten diesen Punkt bestätigen. Die Patient:innenaktenanalyse zeigte etwa, dass die Inanspruchnahme des palliativmedizinischen (Konsil-)

Dienstes in den letzten drei Lebenstagen insgesamt eher gering (19,5 %) war und auf Intensivstationen mit nur 4,2 % besonders niedrig ausfiel [58]. Auch auf den am Projekt teilnehmenden Normalstationen, wo bei 42,5 % der sterbenden Patient:innen der palliativmedizinische (Konsil-)Dienst involviert war, zeigte sich, dass spezialisierte Palliativversorgung in der Mehrzahl der Fälle nicht einbezogen wurde [58].

Die Prärerhebung zeigte außerdem auf allen Stationen Optimierungspotential bezüglich der Versorgung von Patient:innen und ihrer Angehörigen in der Sterbephase. Die Ergebnisse der Prärerhebung der Mitarbeitendenbefragung und Aktenanalyse [58, 61] wie auch der Fokusgruppen (siehe geplante Publikation in Tabelle 19) veranschaulichen dies.

Ausgangspunkt (2): Auch auf vielen nicht-palliativen Krankenhausstationen arbeiten äußerst engagierte Kolleg:innen, die Sterbende im eigenen Setting besser versorgen möchten [6]. Auf den Stationen liegen jedoch oft keine abgestimmten Vorgehensweisen oder interne Handlungsempfehlungen für die Sterbephase vor. Die Einführung einfacher Maßnahmen kann hier ein wesentlicher erster Schritt sein, die Versorgung Sterbender strukturell zu verbessern.

Die Ergebnisse der StiK-OV-Studie bestätigten auch diese Annahme. Die Themen Tod und Sterben wurden auf allen Stationen als relevant wahrgenommen, jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Herausforderungen und Ressourcen [62]. Über alle Stationen hinweg wurden Verbesserungspotenziale identifiziert – insbesondere in den Bereichen Therapiezieländerung, Versorgung in der Sterbephase sowie Kommunikation und Informationsaustausch. Die Ergebnisse der Prärerhebung (Mitarbeitendenbefragung, Aktenanalyse) und des Arbeitsgruppenprozesses veranschaulichen dies [58, 61, 62] wie auch die Ergebnisse der Fokusgruppen der Prärerhebung (siehe geplante Publikation in Tabelle 19). Diesen lässt sich auch mit einfachen, niedrigschwelligen Maßnahmen – z. B. regelmäßigen Teambesprechungen oder Sichtbarmachung von vorhandenem Informationsmaterial – als erste wichtige Schritte zur strukturellen Verbesserung begegnen [16, 62].

Ausgangspunkt (3): Die Voraussetzungen für die Umsetzung bestehender Empfehlungen sind je nach Station sehr heterogen (z.B. durch Team-Qualifikation, Stationssetting (Intensiv-/Normalstation), Fachrichtung (z.B. Neurologie, Onkologie); daher erscheint für die Verbesserung der Versorgung ein situationsgerechtes, vom Outcome her denkendes *Bottom-up*-Vorgehen eher sinnvoll als eine *Top-down*-Implementierung komplexer einheitlicher Interventionen, die auch international bereits negativ evaluiert wurden [14].

Die Projektergebnisse der Prärerhebung verdeutlichen auch die angenommene erhebliche Heterogenität der Ausgangssituation auf den teilnehmenden Stationen [61, 62]. Diese zeigte sich nicht nur hinsichtlich der Relevanz des Themas Sterben und Tod – beispielsweise durch eine unterschiedlich hohe Anzahl von Sterbefällen auf Normal- und Intensivstationen (siehe *Kapitel 4.2.1.5 Weitere Daten*) – sondern auch in der subjektiven Wahrnehmung zentraler Versorgungsaspekte [61, 63]. Die Mitarbeitendenbefragung ergab z.B. Unterschiede in der selbstwahrgenommenen Versorgungsqualität in der Sterbephase: Mitarbeitende von Normalstationen schätzten diese signifikant höher ein als die von Intensivstationen [61]. Die Analyse der Belastungssituation ergab ein insgesamt moderates Belastungsniveau bei der Versorgung sterbender Patient:innen [63]. Gleichwohl zeigten sich Unterschiede in der Prävalenz einzelner Belastungsfaktoren zwischen den Stationstypen.

Die Ergebnisse der Aktenanalyse, dass nicht bei allen Patient:innen das Erkennen der Sterbephase oder eine Therapiezieländerung dokumentiert wurde, deuten darauf hin, dass das Erkennen der Sterbephase nicht kontinuierlich dokumentiert wurde. Viele vermutlich nicht notwendige Interventionen wurden bis zum Tod fortgesetzt, ein systematisches Symptomassessment über eine Schmerzskala hinaus fehlte und Gespräche mit sowie die Einbeziehung von Patient:innen und Angehörige wurden kaum dokumentiert. Die Ergebnisse deuten auf einen settingspezifischen Bedarf zur Stärkung von Krankenhauspersonal in diesen Bereichen hin.

In den stationsspezifischen Arbeitsgruppen wurde neben dem Erleben von Belastung auch von Unzufriedenheit berichtet, etwa bei fehlender Klarheit über Therapiezieländerungen oder in der Kommunikation im interprofessionellen Team [62]. In einigen Fällen lassen sich die Belastungen auch im Sinne der sogenannten *moral injury* interpretieren – also einer Diskrepanz zwischen professionellen Überzeugungen und realen Handlungsmöglichkeiten [64]. Diese Aspekte unterstreichen die Notwendigkeit, strukturelle und kommunikative Rahmenbedingungen zur Unterstützung der Mitarbeitenden weiterzuentwickeln – idealerweise im Sinne eines partizipativen Bottom-up-Ansatzes [65].

5.2 Bewertung des Prä-Post-Vergleich

Der Prä-Post-Vergleich zeigte signifikante Veränderungen in der Versorgung in der Sterbephase – sowohl in den Einschätzungen der Mitarbeitenden (erhoben über Mitarbeitendenbefragung und -Fokusgruppen) als auch in der Aktenanalyse verstorbener Patient:innen.

Die beobachteten Effekte waren zum Teil von geringer Effektstärke. Dies lässt sich unter anderem durch ein bereits hohes Ausgangsniveau erklären, das auf einen sogenannten *ceiling*-Effekt hinweisen könnte. Viele teilnehmende Stationen wiesen bereits zu Beginn des Projekts ein überdurchschnittlich hohes Engagement und Bewusstsein für die Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase auf, was potenziell die Veränderungsspielräume begrenzt hat. Darüber hinaus ist ein möglicher Selektionsbias zu berücksichtigen, da insbesondere solche Stationen zur Teilnahme motiviert waren, die dem Thema gegenüber bereits aufgeschlossen und sensibilisiert waren. Dies könnte zu einer systematischen Verzerrung im Hinblick auf die Veränderungsdynamik geführt haben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft den Messzeitpunkt der Posterhebung: Die Erhebung fand frühestens drei Monate nach Umsetzung der ersten Maßnahme und mindestens sechs Wochen nach dem letzten AG-Termin statt. Allerdings waren einige Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig implementiert. Es ist daher anzunehmen, dass ein Teil der intendierten Effekte zum Erhebungszeitpunkt noch nicht vollständig wirksam werden konnte. Diese zeitliche Lücke zwischen Maßnahme und Wirkung sollte in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Trotz dieser Einschränkungen zeigten sich in einzelnen Skalen und Items signifikante Unterschiede, in der Mehrzahl allerdings nicht. Dennoch lässt sich insgesamt ein positiver Trend beobachten. Aufgrund der Vielzahl getesteter Items ist die Höhe der beobachteten Unterschiede ebenfalls entscheidend für die Bewertung. Auch geringe Effekte sind vor dem Hintergrund des bereits hohen Ausgangsniveaus und der schwierigen Umsetzbarkeit von Veränderungen im klinischen Alltag als bedeutsam zu interpretieren. Diese Bewertung folgt nicht ausschließlich methodischen Erwägungen, sondern ist auch inhaltlich begründet: In hoch belas-

teten Versorgungssettings kann bereits eine moderate Veränderung eine relevante Verbesserung der Versorgung und der Zusammenarbeit bedeuten. Die Interpretation der Effektstärken orientiert sich daher nicht strikt an klassischen Schwellenwerten (z. B. nach Cohen), sondern berücksichtigt den Kontext und die Zielsetzung der Interventionen.

Besonders hervorzuheben sind die Ergebnisse der Aktenanalyse. Dabei zeigte sich bereits in der Präterhebung ein hohes Dokumentationsniveau, was auf etablierte Versorgungsstandards bei den teilnehmenden Stationen hinweist. Trotz dieses hohen Ausgangsniveaus konnten signifikante Verbesserungen nach der Interventionsphase festgestellt werden. Dies ist vor dem Hintergrund eines möglichen *ceiling*-Effekts besonders hervorzuheben. Die eingesetzten Interventionen zielten nicht primär auf eine Veränderung der Dokumentationspraxis ab, sondern fokussierten auf Prozesse der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf strukturelle und kommunikative Aspekte der Versorgung. Zu berücksichtigen ist, dass einzelne Dokumentationsitems nicht bei allen Patient:innen anwendbar waren. Besonders in Fällen mit sehr kurzer Sterbephase war eine vollständige Erfassung nicht immer möglich. Dennoch konnte in der Gesamtauswertung eine signifikante Veränderung festgestellt werden.

Die qualitativen Daten der Post-Fokusgruppen verdeutlichen, dass im Projektverlauf vielfältige Veränderungen in der Wahrnehmung und in der Zusammenarbeit der Mitarbeitenden stattgefunden haben. Diese Veränderungen betreffen unter anderem Einstellungen zur Versorgung in der Sterbephase, Kommunikationsprozesse sowie teaminterne Abstimmungen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Veränderungsprozesse im klinischen Alltag vielschichtig und von zahlreichen Faktoren beeinflusst sind (siehe geplante Publikation in Tabelle 19).

5.3 Arbeitsgruppe als Intervention

Insgesamt lässt sich sagen, dass ein partizipativer Ansatz auf den Stationen zur Entwicklung stationsspezifischer Maßnahmen machbar und sehr sinnvoll ist [62, 65].

Die Mitarbeitenden der zehn teilnehmenden Stationen entwickelten Maßnahmen zu fünf Bereichen (Kommunikation im Team, Kommunikation mit Angehörigen, medizinisch / pflegerische Versorgung, unterstützende Strukturen, Raumgestaltung). Trotz struktureller Herausforderungen (vor allem Zeit- und Personalmangel) waren die Stationsmitglieder motiviert und engagiert, die Versorgung von Patient:innen und ihrer Angehörigen in der Sterbephase zu verbessern. Dies verdeutlicht die Relevanz niedrigschwelliger und einfach umzusetzender Maßnahmen. Sie stellen einen zentralen Ansatzpunkt dar, um Veränderungsprozesse auch unter eingeschränkten Rahmenbedingungen zu initiieren [62]. Die Ergebnisse der Fokusgruppen und Mitarbeitendenbefragung der Posterhebung zeigten, dass die entwickelten Maßnahmen, wenn bekannt, größtenteils als hilfreich zur Verbesserung der Qualität der Versorgung sterbender Patient:innen und ihren Angehörigen auf ihren jeweiligen Station wahrgenommen wurden. Die Maßnahnumsetzung ist dabei abhängig von vorhandenen Strukturen, personellen Ressourcen, Verantwortlichkeiten und Unterstützung von Leitungspersonen.

Die Durchführung der AGs stellte selbst bereits eine zentrale Intervention im Projekt dar. Die AGs boten einen geschützten Raum für den multiprofessionellen Austausch und ermöglichten es den Teilnehmenden, den Ist-Zustand der Versorgung in der Sterbephase auf den jeweiligen Stationen gemeinsam zu reflektieren. Dabei wurden sowohl funktionierende Strukturen identifiziert als auch Optimierungsbedarfe benannt. Ein wesentliches Element war die Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung für das Thema Sterben und Tod im Krankenhauskontext durch

die regelmäßige, moderierte Auseinandersetzung und den interprofessionellen Austausch. Die Ergebnisse der Post-Fokusgruppenerhebung zeigt, dass die AGs dabei einen sicheren Rahmen darstellten, um sich mit dem Thema Sterben auseinanderzusetzen und es auf der Station präsenter zu machen (siehe geplante Publikation in Tabelle 19). Diese Reflexion und Auseinandersetzung mit den Maßnahmen haben laut den Fokusgruppenteilnehmenden zu einer Sensibilisierung innerhalb des Teams geführt (siehe geplante Publikation in Tabelle 19).

In einzelnen Fällen entwickelten sich über die AG hinaus eigendynamische Prozesse. Auf zwei Stationen wurden unabhängig von den regulären Treffen eigenständig Maßnahmen konzipiert und in den Stationsalltag integriert. Dies deutet auf eine nachhaltige Aktivierung interner Veränderungsressourcen hin und unterstreicht das Potenzial der AGs als Ausgangspunkt für strukturelle Weiterentwicklungen [62].

In Bezug auf die Aussagekraft der Ergebnisse zu den Effekten der Intervention ist zu berücksichtigen, dass **pandemiebedingte Belastungen, Personalmangel und ein Streik** die Durchführung erschwerten. Unterbrechungen, reduzierte Teilnahme und Verzögerungen könnten dazu geführt haben, dass die gemessenen Veränderungen teilweise durch externe Faktoren beeinflusst wurden.

Zudem erschwerten **hohe Personalfluktuations- und wechselnde Teamzusammensetzungen** eine stabile Umsetzung und erschweren die eindeutige Zuschreibung der Effekte. Auch stützen sich die Ergebnisse stark auf **subjektive Mitarbeiteneinschätzungen**, während patienten- und angehörigenzentrierte Outcomes nur begrenzt berücksichtigt wurden. Schließlich sind die Maßnahmen **stark kontextabhängig**, sodass ihre Generalisierbarkeit eingeschränkt ist.

Gleichzeitig gibt es Aspekte, die die Aussagekraft stützen. Die **Resilienz und Anpassungsfähigkeit der Arbeitsgruppen** ermöglichten trotz widriger Umstände die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen. Die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** führte nicht nur zu passgenauen Interventionen, sondern stärkte auch die Teamkultur. Zudem liefert die **systematische Dokumentation förderlicher und hinderlicher Faktoren** wertvolle Hinweise, unter welchen Bedingungen Interventionseffekte erzielt und auf andere Einrichtungen übertragen werden können.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die im Rahmen des Projekts entwickelten Maßnahmen haben sich als effektiv erwiesen und können auch über das Ende der Förderung hinaus genutzt werden. Die entwickelten Maßnahmen wurden größtenteils als erfolgreich wahrgenommen, sodass sie Potenzial für eine auch anderweitige, ggf. systematische Integration in Krankenhäuser haben könnte.

Die Anwendung dieser Maßnahmen in anderen Krankenhäusern bietet eine vielversprechende Möglichkeit zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase und Stärkung der Mitarbeitenden auf nicht-palliativ-spezialisierten Station, die diese Aufgabe ohne entsprechende Qualifizierung übernehmen. Um die Maßnahmen in die reguläre Versorgung zu überführen, ist es entscheidend, die bestehenden Strukturen und Ressourcen der jeweiligen Stationen zu berücksichtigen. Die im StiK-OV-Projekt gemachten Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung der Maßnahmen je nach Ausgangslage unterschiedlich verlaufen kann.

Der gewählte Ansatz – mit Fokus auf partizipative Entwicklung der stationsspezifischen Maßnahmen – erlaubte eine flexible Anpassung an die jeweils bestehenden Rahmenbedingungen und unterstützte so die Implementierung der Maßnahmen in unterschiedliche Stationskontexte. In Bereichen, in denen die Maßnahmen gut bekannt gemacht und von den Verantwortlichen unterstützt wurden, konnte eine erfolgreichere Umsetzung erzielt werden. Für eine flächendeckende Einführung ist es daher notwendig, auf eine enge Zusammenarbeit mit den Leitungspersonen und die Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen zu achten. Durch die zur Verfügung gestellten Übersichten, Materialien und Vorlagen zu den entwickelten Maßnahmen können Krankenhäuser und andere Einrichtungen diese an ihre Gegebenheiten und Voraussetzungen anpassen und in die Versorgungsstrukturen implementieren. Die Verbreitung und Anwendung dieser Maßnahmen in weiteren Kontexten könnte zu einer flächendeckenden Optimierung der Versorgung in der Sterbephase führen. Die Auseinandersetzung mit der Sterbephase in den AGs hat nicht nur zu einem verbesserten Verständnis für das Thema geführt, sondern auch einen Austausch unter den Mitarbeitenden angestoßen. Diese Dialoge und die kontinuierliche Reflexion schaffen eine gewisse Eigendynamik, die dazu beiträgt, dass die Themen häufiger auf den Stationen zur Sprache kommen. Dieser AG-Ansatz hat sich als umsetzbar und erfolgreich erwiesen [62].

Das Konzept dieses AG-Ansatzes wird mit Hinweisen zur Umsetzung, Förderfaktoren und Barrieren sowie der Implementierung in anderen Krankenhäusern bzw. Einrichtungen der GKV-Versorgung disseminiert. So kann er in anderen Krankenhäusern implementiert werden. Für diesen Zweck werden wichtige Hinweise zur Umsetzung dieses AG-Ansatzes auf der Website der DGP publiziert. Die Übertragung dieses AG-Ansatzes auf weitere Institutionen könnte eine breitere Implementierung und somit eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase gewährleisten. Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen notwendig, um die Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse und Strukturen der einzelnen Einrichtungen zu ermöglichen.

Die „Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus“ fassen zentrale Erkenntnisse und Handlungsfelder aus dem Forschungsprojekt zusammen und übersetzen sie in praxisnahe, adressatenspezifische Empfehlungen. Sie bieten einen strukturierten Rahmen, um die Sterbebegleitung als Querschnittsaufgabe im gesamten Krankenhaus sichtbar zu machen und weiterzuentwickeln. Durch ihre Orientierung an der Alltagspraxis, die Einbindung multiprofessioneller Perspektiven und die Stärkung von Selbstfürsorge und Teamkultur leisten sie einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Sterbephase – sowohl für Patient:innen und Angehörige als auch für das Krankenhauspersonal. Damit diese Impulse über das Projekt hinaus Wirkung entfalten können, sind geeignete strukturelle und förderpolitische Rahmenbedingungen erforderlich [66]. Zentrale Akteure der Selbstverwaltung, Politik und Förderinstitutionen sind gefordert, die strukturelle Weiterentwicklung in folgenden Bereichen zu unterstützen:

- Verankerung einer strukturierten Sterbebegleitung als Bestandteil der stationären Regelversorgung
- Integration spezifischer Inhalte zur Sterbebegleitung in Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen aller relevanten Berufsgruppen
- Einführung qualitätsgesicherter Versorgungsstandards und Indikatoren, die Orientierung geben und zur Qualitätsentwicklung beitragen

- Berücksichtigung begleitender Strukturen auch über den Tod hinaus (z. B. Angehörigenbetreuung, Nachsorgeangebote) in Finanzierung und Qualitätsmanagement
- Förderung innerklinischer Implementierungsprozesse, z. B. für Fallbesprechungen, Supervision oder Koordination

Diese Schritte würden es ermöglichen, die im Projekt entwickelten Maßnahmen bundesweit zugänglich zu machen und Sterbebegleitung im Krankenhaus als selbstverständlichen Teil guter klinischer Praxis zu verankern.

Abgeleitete Empfehlungen aus dem Projekt:

Die Ergebnisse des StiK-OV Projekt zeigen, dass stationsspezifisch entwickelte Maßnahmen die Qualität der Versorgung in der Sterbephase verbessern sowie die Belastung der Mitarbeitenden senken können.

Daher wird empfohlen,

- Bei zukünftigen Strukturverbesserungsmaßnahmen der Krankenhäuser die Optimierung der Versorgung in der Sterbephase mit aufzunehmen (siehe die im Projekt entwickelten 10 Köln-Hamburger Forderungen).
- Die Leitungen der Krankenhäuser sollen die Stationen ermutigen und es ermöglichen, anhand eines partizipativen Arbeitsgruppenansatzes kleine und einfach umzusetzende Maßnahmen zu entwickeln.

6.1 Mögliche Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Projekts nach Ende der Förderung

Ein zentraler Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung des Projekts könnte in der konzeptionellen und strukturellen Verankerung des Themas Sterben und Tod im Krankenhaus liegen. In diesem Zusammenhang bietet das Konzept des *compassionate hospital* eine vielversprechende Orientierungsperspektive [67]. Dieses Konzept bezieht sich auf die Fähigkeit einer gesamten Gesundheitseinrichtung, mit den Themen Tod, Sterben und Trauer auf eine respektvolle, kompetente und empathische Weise umzugehen. Ein *compassionate hospital* fördert ein Bewusstsein für die Bedürfnisse und Wünsche von Patient:innen und deren Angehörigen in der Versorgung am Lebensende und unterstützt gleichzeitig das medizinische Personal in der Auseinandersetzung mit diesen sensiblen Themen beim Patienten und im eigenen Privatleben [67].

Die bisher entwickelten Maßnahmen und der erprobte AG-Ansatz können als Grundlage dienen, um ein solches Konzept weiter auszubauen und gezielt in den Klinikalltag zu integrieren. Ein möglicher Forschungsschwerpunkt könnte in der Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern, Pflege- und Hospizeinrichtungen darin bestehen, zu untersuchen, wie unterschiedliche Akteure – einschließlich Seelsorge, Sozialdienste, Ehrenamtliche und regionale Gesundheitsnetzwerke – in ein *compassionate hospital*-Versorgungskonzept integriert werden können. Auch Netzwerke auf regionaler Ebene, wie das Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln e.V., könnten eingebunden werden, um Vernetzung zu fördern und einen ganzheitlichen Ansatz in der Versorgung zu etablieren.

Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse und entwickelten Maßnahmen leisten einen relevanten Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase im Krankenhaus. Sie zeigen, dass durch strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit und gezielte Reflexionsprozesse Veränderungen auch unter Alltagsbedingungen initiiert werden können. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der anhaltend hohen Zahl an Krankenhaussterbefällen ist eine systematische Weiterentwicklung dieser Ansätze von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Die konzeptionelle Anbindung an das Modell des *compassionate hospital* bietet hierfür eine tragfähige Perspektive. Eine Fortführung und Weiterentwicklung des Projekts – etwa im Rahmen eines Folgevorhabens, das die Zusammenarbeit zwischen stationärer Krankenhausversorgung, ambulanter Palliativversorgung, Pflegeeinrichtungen und zivilgesellschaftlichen Akteuren (z. B. Seelsorge, Ehrenamt, Hospizdienste) gezielt einbindet – könnte die Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit der erzielten Effekte weiter stärken. Die Ergebnisse unterstreichen damit auch die strategische Bedeutung des Innovationsfonds als Förderer für praxisnahe Versorgungsforschung mit konkretem Umsetzungspotenzial.

6.2 Limitationen und Stärken

Eine potenzielle Stärke liegt in der standortspezifischen Anpassung des AG-Ansatzes. Die Umsetzung des Projekts wurde jeweils an die individuellen Gegebenheiten der teilnehmenden Krankenhäuser angepasst. Diese flexible Ausgestaltung war möglich, weil es sich bewusst nicht um eine standardisierte Intervention handelte – ein zentrales Merkmal des Projekts. Dadurch wurde eine praxisnahe und anschlussfähige Implementierung unter Alltagsbedingungen ermöglicht. Zwar erschwert diese Vorgehensweise die direkte Übertragbarkeit einzelner Maßnahmen, doch gerade die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Umsetzung – etwa zu förderlichen Bedingungen, Barrieren und Dynamiken – sind in ihrer Generalisierbarkeit besonders wertvoll. Für eine Übertragung auf andere Einrichtungen könnten zusätzliche Ressourcen – etwa für Schulungen und die Anpassung bestehender Arbeitsprozesse – erforderlich sein. Entscheidend ist jedoch, diesen Prozess überhaupt anzustoßen: Die gezielte Auseinandersetzung mit der Sterbebegleitung kann ein wirksamer Ausgangspunkt für eine langfristige Kulturentwicklung im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer im Krankenhaus sein. Der im Projekt gewählte Ansatz ist dabei bewusst nicht standortspezifisch konzipiert und grundsätzlich gut übertragbar.

Methodisch wurde ein *Mixed-Methods-Design* eingesetzt, um quantitative und qualitative Perspektiven zu integrieren. Eine Randomisierung auf Interventions- und Kontrollgruppe war nicht vorgesehen. Um dennoch eine größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu gewährleisten, wurde ein *Propensity Score Matching* eingesetzt. Zudem wurden die angestrebten Fallzahlen in einzelnen Erhebungen nicht vollständig erreicht, was die statistische Power einzelner Analysen einschränkt. Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft den Zeitpunkt der Posterhebungen: Da diese teilweise bereits kurz nach der Umsetzung erster Maßnahmen stattfanden, ist unklar, ob sich alle intendierten Wirkungen bis dahin vollständig entfalten konnten. Einschränkend ist auch zu berücksichtigen, dass wir aufgrund des neuen und innovativen Charakters des Projekts auf eine Adjustierung des kumulierenden Alpha-Fehlers bei den vorgestellten quantitativen Ergebnissen verzichtet haben (Problem der Multiziplicität), so dass die Ergebnisse explorativ im Sinne eines Proof-of-Concept interpretiert werden müssen.

Trotz der genannten Limitationen bietet die Studie wichtige Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase im Krankenhaus. Die Kombination aus quantitativer und qualitativer Datenerhebung, die Einbeziehung subjektiver sowie objektivierbarer Perspektiven und die kontextsensible Implementierung stellen zentrale Stärken des Projekts dar. Die Ergebnisse zeigen, dass auch unter realen Versorgungsbedingungen relevante Veränderungen angestoßen werden können. Die methodischen Einschränkungen limitieren die Aussagekraft der Ergebnisse nicht grundsätzlich, sondern markieren vielmehr notwendige Rahmenbedingungen, die bei einer Übertragung in andere Kontexte berücksichtigt werden sollten.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Tabelle 19: Übersicht der Publikationen des StiK-OV Projekts

(Arbeits*) Titel	Erstautor:innen Letztautor:innen	(Geplantes) Journal	Stand
1. Dying in hospital in Germany – optimizing care in the dying phase: study protocol for a multi-centre bottom-up intervention on ward level https://doi.org/10.1186/s12904-022-00960-1	<i>Kerstin Kremeike/ Anneke Ullrich</i> Karin Oechsle/ Raymond Voltz	BMC Palliative Medicine	Publiziert
2. Health Experts' Perspectives on Barriers, Facilitators, and Needs for Improvement of Hospital Care in the Dying Phase https://doi.org/10.1155/2024/1012971	<i>Sukhvir Kaur</i> Kerstin Kremeike	International Journal for Clinical Practice	
3. Care for the dying: a scoping review of measures for clinical practice with qualitative synthesis https://doi.org/10.1177/00302228251322860	<i>Nikolas Oubaid</i> Holger Schulz	OMEGA – Journal of death and dying	
4. Dying in hospital – A retrospective medical record analysis on care in the dying phase in intensive care units and general wards https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf025	<i>Sophie Meesters/ Aneta Schieferdecker</i> Raymond Voltz/ Kerstin Kremeike	International Journal for Quality in Health Care	
5. How to evaluate hospital care in the dying phase – Development of a data extraction tool for retrospective medical record analysis https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/40799077/	<i>Sukhvir Kaur</i> Kerstin Kremeike	International Journal of Clinical Evaluation	

6.	Healthcare professionals' perceived burden related to care in the dying phase – results of a cross-sectional explorative study on general wards and intensive care units https://doi.org/10.1177/00302228251353548	<i>Nikolas Oubaid</i> Holger Schulz/ Karin Oechsle	OMEGA – Journal of death and dying	
7.	Formative Evaluation of an Employee-Driven Approach to Improve Care in the Dying Phase in Hospitals https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/40676716/	<i>Sophie Meesters/ Sukhvir Kaur</i> Raymond Voltz/ Kerstin Kremeike	Palliative & Sup- portive Care	
8.	How do healthcare professionals on non-palliative care wards perceive quality of care in the dying phase? Personal and organizational predictors identified in a cross-sectional study https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/41171745/	<i>Nikolas Oubaid</i> Holger Schulz	PLOS ONE	
9.	Therapiezieländerung auf einer kardiologischen Intensivstation https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-026-01415-8	<i>Natalie Moormann</i> Christoph Adler/ Kerstin Kremeike	Medizinische Klinik – Intensiv- und Notfallmedizin	
10.	Angehörigen-Blickwinkel	<i>Christin Herrmann</i> Holger Pfaff	-	In Bearbeitung
11.	Therapiezieländerung auf Intensivstationen	<i>Johanna Stracke</i> Kerstin Kremeike	-	
12.	Employee-driven approach to optimizing care in the dying phase in the hospital: A mixed methods evaluation of implementation outcomes	<i>Christin Herrmann</i> Holger Pfaff	Implementation Science Com- munication	
13.	Effekt-Paper (Prä-Post Vergleich)	<i>Aneta Schieferdecker/ Sophie Meesters</i> Karin Oechsle/ Ray- mond Voltz	-	
14.	Outreach-Paper (Politische Forderungen und Maßnahmen)	<i>Kerstin Kremeike/ Aneta Schieferdecker</i> Karin Oechsle/ Ray- mond Voltz	Deutsches Ärz- teblatt (interna- tional)	

Tabelle 20: Übersicht über Poster und Vorträge zum StiK-OV Projekt

Art	Titel	Kongress	Vortragende Person
Poster	Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Kongress 2020 (online)	Kathleen Boström
Poster	Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)	Wissenschaftlichen Arbeitstage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (WAT) 2020 (online)	Kathleen Boström
Vortrag	Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)	Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) (online)	Kathleen Boström
Vortrag	Sterben im Krankenhaus - Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV): Protokolldesign und erste Ergebnisse zu von den Stationsteams entwickelten Maßnahmen	Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) 2022 (Wien)	Aneta Schieferdecker
Poster	Dying in Hospital - Optimization of care in the dying phase – Results of an online survey	Deutscher Krebskongress (DKK) 2022 (Berlin)	Sukhvir Kaur
Poster	Dying in Hospital: Optimization of care in the dying phase (StiK OV): Results of an online survey	European Association for Palliative Care (EAPC) 2022 (online)	Sukhvir Kaur
Vortrag	Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)	Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2022 (Berlin)	Sophie Meesters
Vortrag	Development of a data extraction tool for retrospective medical record analysis to evaluate quality of hospital care in the dying phase	Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2023 (Berlin)	Sukhvir Kaur
Vortrag	Sterben im Krankenhaus - Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV): Die retrospektive Analyse von Krankenakten Verstorbener zeigt Bedarf zur Verbesserung der Sterbebegleitung im Krankenhaus	Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) 2023 (Hamburg)	Aneta Schieferdecker
Vortrag	Improving the dying situation on non-palliative care wards: Evaluation of the participants' perspectives on a bottom-up approach	XVI. UCCH Research Retreat 2024	Viola Milke
Vortrag	Sterben im Krankenhaus	Kölner Anästhesiekolloquien Sommersemester 2024 (Köln)	Kerstin Kreimeike

Poster	Verbesserung der Sterbesituation auf nicht-palliativmedizinischen Stationen: Auswertung der Teilnehmenden-Perspektiven zu einem Bottom-up-Ansatz	Deutscher Krebskongress (DKK) 2024 (Berlin)	Viola Milke
Poster	Palliative-specific stressors for health care professionals on non-palliative care wards and comparison with palliative care wards	Deutscher Krebskongress (DKK) 2024 (Berlin)	Nikolas Oubaid
Poster	Prädiktoren des Ausmaßes von Thanatophobie bei professionell Versorgenden auf Normal- und Intensivstationen. Ergebnisse einer quantitativen Querschnittsstudie.	Wissenschaftlichen Arbeitstage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (WAT) 2024 (online)	Nikolas Oubaid
Poster	Optimierung der Versorgung in der Sterbephase im Krankenhaus: Wie lässt sich eine partizipative Intervention mit Mitarbeitenden umsetzen?	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Kongress 2024 (Aachen)	Sophie Meesters
Vortrag	Thanatophobie und ihre Prädiktoren - Ergebnisse einer Querschnittsstudie mit Versorgenden von Normal- und Intensivstationen	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Kongress 2024 (Aachen)	Nikolas Oubaid
Poster	Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen im Krankenhaus: Einstellungen und Kenntnisse nicht palliativspezialisierter Versorgender über die Hospiz- und Palliativversorgung	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Kongress 2024 (Aachen)	Viola Milke
Poster	Sterben im Krankenhaus - Retrospektive Krankenaktenanalyse zur Versorgung in der Sterbephase auf deutschen Intensiv- und Normalstationen zeigt Verbesserungspotentiale auf	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Kongress 2024 (Aachen)	Aneta Schieferdecker
Vortrag	Partizipativ entwickelte Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase auf nicht-palliativspezialisierten Stationen: Evaluation der Implementierung im mixed-methods Design	23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2024 (Potsdam)	Christin Herrmann (als C. Leminski veröffentlicht)

IV Literaturverzeichnis

1. Prütz, F. and A.-C. Saß, *Daten zur Palliativversorgung in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2017. **60**(1): p. 26-36.
2. Peter, M., et al., *Complementary therapists' motivation to work in cancer/supportive and palliative care: A multi-centre case study*. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2009. **15**(3): p. 161-165.
3. Zich, K. and H. Sydow, *Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren*. 2015: Bertelsmann-Stiftung.

4. Statistisches Bundesamt. *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) aus 2016*. 2017 20.11.2017 06 October 2021]; Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus-2120621167005.html>.
5. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe,, AWMF). *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung - Langversion 2.2 - September 2020*. AWMF-Registernummer: 128/001OL 2020 [cited 2021 06.01.2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf.
6. Neuberger, J., C. Guthrie, and D. Aaronovitch. *More care less pathway: a review of the Liverpool Care Pathway*. 2013 6 October 2021]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf.
7. Carey, I., et al., *Improving care for patients whose recovery is uncertain. The AMBER care bundle: design and implementation*. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2015. **5**(1): p. 12-18.
8. van der Heide, A., et al., *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*. *Lancet*, 2003. **362**(9381): p. 345-50.
9. Dehn-Hindenberg, A., *Versorgungsqualität aus der Nutzerperspektive: Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Bedürfnisse von Patienten im Kontext patientenorientierter Interaktion*. *Gesundheitswesen*, 2010. **72**(07): p. 399-403.
10. Robinson, J., M. Gott, and C. Ingleton, *Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review*. *Palliative Medicine*, 2014. **28**(1): p. 18-33.
11. Bailey, S.-J. and K. Cogle, *Talking about dying: How to begin honest conversations about what lies ahead*, in *Our Future Health*. 2018, Royal College of Physicians.
12. George, W. and J. Herrmann, *Einflussfaktoren auf die Verlegung Sterbender*. *Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung*, 2016. **12**(12): p. 1095-1103.
13. Dangendorf, A., *Abschlussbericht Begleitung und Behandlung Sterbender an der UKK - IST-Analyse*, in *Pflegedirektion und Zentrum für Palliativmedizin*. 2015, Universitätsklinikum Köln. p. 1-80.
14. Gott, M., et al., *Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study*. *BMJ*, 2011. **342**: p. d1773.
15. Kremeike, K., et al., *Dying in hospital in Germany—optimising care in the dying phase: study protocol for a multi-centre bottom-up intervention on ward level*. *BMC Palliative Care*, 2022. **21**(1): p. 1-10.
16. Kaur, S., et al., *Health Experts' Perspectives on Barriers, Facilitators, and Needs for Improvement of Hospital Care in the Dying Phase*. *International Journal of Clinical Practice*, 2024. **2024**(1): p. 1012971.
17. Oubaid, N., et al., *Care for the Dying: A Scoping Review of Measures for Clinical Practice With Qualitative Synthesis*. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. **0**(0): p. 00302228251322860.
18. Grol, R., et al., *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2013: John Wiley & Sons.

19. Koffman, J., et al., *Managing uncertain recovery for patients nearing the end of life in hospital: a mixed-methods feasibility cluster randomised controlled trial of the AMBER care bundle*. *Trials*, 2019. **20**(1).
20. Ogbeiwi, O., *Why written objectives need to be really SMART*. *British Journal of Healthcare Management*, 2017. **23**(7): p. 324-336.
21. Damschroder, L.J., et al., *The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback*. *Implementation Science*, 2022. **17**(1): p. 75.
22. Montag, T., et al., *Vom „Liverpool Care Pathway (LCP)“ zur „Bestmöglichen Betreuung von Patienten in der Sterbephase (Best Care for the Dying Patient)“*. *Palliativmedizin*, 2014. **15**(03): p. V41.
23. Koffman, J., et al., *The AMBER care bundle for hospital inpatients with uncertain recovery nearing the end of life: the ImproveCare feasibility cluster RCT*. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 2019. **23**(55): p. 1.
24. Grammer, I., *Spes Viva: Projekt zur Sterbebegleitung im Krankenhaus; eine Dokumentation*. 1999, Freiburg im Breisgau: Kath. Krankenhausverband. 95.
25. IBM Corp, *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. 2021, Armonk; BY: IBM Corp.
26. Palinkas, L.A., et al., *Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2015. **42**(5): p. 533-544.
27. Robinson, O.C., *Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide*. *Qualitative Research in Psychology*, 2014. **11**(1): p. 25-41.
28. Hummers-Pradier, E., et al., *Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research*. *Family Practice*, 2008. **25**(2): p. 105-112.
29. Mountcastle-Shah, E. and N.A. Holtzman, *Primary care physicians' perceptions of barriers to genetic testing and their willingness to participate in research*. *American Journal of Medical Genetics*, 2000. **94**(5): p. 409-416.
30. Kaur, S., et al., *How to Evaluate Hospital Care in the Dying Phase-Development of a Data Extraction Tool for Retrospective Medical Record Analysis*. *J Eval Clin Pract*, 2025. **31**(5): p. e70174.
31. Müller, M., et al., *Wie viel Tod verträgt das Team?* *Der Schmerz*, 2009. **23**(6): p. 600-608.
32. Schwarzer, R., et al., *Generalized Self-Efficacy Scale*. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and control beliefs* Windsor, 1995.
33. Schwarzer, R., *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. 1999.
34. Begemann, V. and S. Seidel, *Nachhaltige Qualifizierung des Ehrenamtes: in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen*. 2015: Hospiz-Verlag.
35. Merrill, J., et al., *Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses, and medical students*. *Psychol Rep*, 1998. **83**(1): p. 123-8.
36. Harnischfeger, N., et al., *Association between oncologists' death anxiety and their end-of-life communication with advanced cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 2023. **32**(6): p. 923-932.
37. Körner, M. and M.A. Wirtz, *Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective*. *BMC Health Serv Res*, 2013. **13**: p. 374.
38. Schreier, M., *Qualitative Stichprobenkonzepte*, in *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis*. 2011, Gabler. p. 241–256.

39. Byrne, M., *Sampling for qualitative research*. Aorn j, 2001. **73**(2): p. 494, 497-8.
40. Patton, M.Q., *Qualitative research and evaluation*. 2002, Thousand Oaks: SAGE.
41. Proctor, E., et al., *Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2011. **38**(2): p. 65-76.
42. Dresing, T. and T. Pehl, *Transkription*, in *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, G. Mey and K. Mruck, Editors. 2010, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. p. 723-733.
43. Mayring, P. and T. Fenzl, *Qualitative Inhaltsanalyse*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, N. Baur and J. Blasius, Editors. 2014, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 543-556.
44. Kuckartz, U., *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computer unterstützung* 2012, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
45. Durlak, J.A. and E.P. DuPre, *Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation*. American Journal of Community Psychology, 2008. **41**(3-4): p. 327-350.
46. Chaudoir, S.R., A.G. Dugan, and C.H. Barr, *Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures*. Implementation Science, 2013. **8**: p. 22.
47. Jansen, Y.J., et al., *Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; an ethnographic process evaluation*. BMC Health Services Research, 2007 **7**(125).
48. Baker, R., et al., *Tailored interventions to address determinants of practice*. Cochrane Database Syst Rev, 2015(4): p. Cd005470.
49. Kirsh, S.R., R.H. Lawrence, and D.C. Aron, *Tailoring an intervention to the context and system redesign related to the intervention: a case study of implementing shared medical appointments for diabetes*. Implementation Science, 2008. **3**: p. 34.
50. Powell, B.J., et al., *Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies*. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 2017. **44**(2): p. 177-194.
51. Krueger, M. and A. Casey, *Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research*. 2000, Thousand Oaks, CA: Sage.
52. Kremeike, K., et al., *DNVF-Memorandum Versorgungsforschung im letzten Lebensjahr*. Gesundheitswesen, 2022(EFirst).
53. Bahr, S.J., et al., *Interprofessional Health Team Communication About Hospital Discharge: An Implementation Science Evaluation Study*. Journal of Nursing Care Quality, 2017. **32**(4): p. 285-292.
54. Downar, J., et al., *The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis*. Canadian Medical Association Journal, 2017. **189**(13): p. E484-E493.
55. Richter, G. and A. Burchert, *Ethik-Konsil in der Onkologie*. Der Onkologe, 2016. **22**(11): p. 832-843.
56. Meesters, S., et al., *Formative evaluation of an employee-driven approach to improve care in the dying phase in hospitals*. Palliat Support Care, 2025. **23**: p. e135.
57. Gutt, A.-K., et al., *Systematische Übersetzung und Cross-Validierung definierter Implementierungsauscomes der Gesundheitsversorgung*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2018. **135-136**: p. 72-80.

58. Meesters, S., et al., *Dying in hospital: a retrospective medical record analysis on care in the dying phase in intensive care units and general wards*. International Journal for Quality in Health Care, 2025. **37**(2).
59. Zambrano, S.C., et al., *A core outcome set for best care for the dying person: Results of an international Delphi study and consensus meeting*. Palliative Medicine, 2025. **39**(1): p. 163-175.
60. Strupp, J., et al., *Last Year of Life Study Cologne (LYOL-C): protocol for a cross-sectional mixed methods study to examine care trajectories and transitions in the last year of life until death*. BMJ Open, 2018. **8**(4): p. e021211.
61. Oubaid, N., et al., *How do healthcare professionals on non-palliative care wards see perceive quality of care in the dying phase? Personal and organizational predictors identified in a cross-sectional study* PLOS ONE, in revision.
62. Meesters, S., et al., *Formative Evaluation of an Employee-Driven Approach to Improve Care in the Dying Phase in Hospitals*. Palliative and Supportive Care, in revision.
63. Oubaid, N., et al., *Healthcare professionals' perceived burden related to care in the dying phase – results of a cross-sectional explorative study on general wards and intensive care units*. OMEGA - Journal of Death and Dying, accepted with minor revision.
64. Pereira, A.G., M. Linzer, and L.L. Berry, *Mitigating Moral Injury for Palliative Care Clinicians*. Palliative Medicine Reports, 2023. **4**(1): p. 24-27.
65. Cadeddu, S.B.M., L.O. Dare, and J.L. Denis, *Employee-Driven Innovation in Health Organizations: Insights From a Scoping Review*. Int J Health Policy Manag, 2023. **12**: p. 6734.
66. Öhlén, J., et al., *Strategies for knowledge translation of a palliative approach outside specialized palliative care services: a scoping review*. BMC Palliative Care, 2022. **21**(1): p. 39.
67. Durkin, J., D. Jackson, and K. Usher, *Compassionate practice in a hospital setting. Experiences of patients and health professionals: A narrative inquiry*. Journal of Advanced Nursing, 2022. **78**(4): p. 1112-1127.

V Anlagen

- | | |
|------------|--|
| Anlage 1: | Poster Mitarbeitendenbefragung |
| Anlage 2: | Fragebogen Vorabbefragung |
| Anlage 3: | Maßnahmenportfolio |
| Anlage 4: | Aktenanalyseinstrument |
| Anlage 5: | Fragebogen Mitarbeitendenbefragung Präerhebung |
| Anlage 6: | Leitfaden Angehörigeninterview Präerhebung |
| Anlage 7: | Leitfaden Fokusgruppe Präerhebung |
| Anlage 8: | Rekrutierung Flyer Angehörige |
| Anlage 9: | Rekrutierung Poster Fokusgruppen |
| Anlage 10: | Template Arbeitsgruppen |

- Anlage 11: Fragebogen Feedbackumfrage
- Anlage 12: Leitfaden Fokusgruppe Posterhebung
- Anlage 13: Fragebogen Mitarbeitendenbefragung Post
- Anlage 14: Leitfaden Angehörigeninterview Post
- Anlage 15: Vorabbefragung Kategoriensystem
- Anlage 16: Zusammenfassung Auftaktsymposium
- Anlage 17: Ergebnisse Angehörigeninterviews
- Anlage 18: Maßnahme Fortbildungen
- Anlage 19: Wegweiser für trauernde Angehörige
- Anlage 20: Checkliste Versorgende
- Anlage 21: Leitfaden Kommunikation Angehörige
- Anlage 22: Kontaktliste Versorgende
- Anlage 23: Handout Aromapflege
- Anlage 24: Leitfaden Sterbephase
- Anlage 25: Versorgungsstandards
- Anlage 26: Checkliste Sterbephase
- Anlage 27: Checkliste Versorgung nach Therapiezieländerung
- Anlage 28: Gewohnheits- und Ressourcenbogen
- Anlage 29: Räumliche Gestaltung
- Anlage 30: Empfehlungen Dokumentation
- Anlage 31: Empfehlungen Gesprächsführung
- Anlage 32: Checkliste Fallbesprechung
- Anlage 33: Checkliste 15 Minuten Fallbesprechung
- Anlage 34: Einbindung Seelsorge
- Anlage 35: Einbindung Palliativmedizinischer (Konsil-)Dienst
- Anlage 36: Feedbackumfrage Freitextantworten
- Anlage 37: Ergebnisse Prä-Post-Vergleich
- Anlage 38: Factsheet Ergebnissymposium
- Anlage 39: Maßnahmenübersicht
- Anlage 40: Politische Forderungen
- Anlage 41: CFIR-Analyseblatt



Einladung zur Mitarbeitenden-Befragung (online)

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Mitarbeitenden-Befragung:
Dauer 10-15 Minuten
Anonym & Online:
einfach QR-Code scannen

Das Projekt StiK-OV

Ihre Station nimmt am Projekt „Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase“ (StiK-OV) teil. Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen entwickeln für Ihre Station passende Maßnahmen, die zu einer optimierten Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen beitragen. Auch geht es darum, Sie als Mitarbeitende in deren Versorgung und Begleitung zu unterstützen. Anschließend werden die von Ihrer Station entwickelten Maßnahmen vom Team umgesetzt.

Was erwartet Sie?

Ein erster Schritt, bevor Maßnahmen zur Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten umgesetzt werden, ist eine Bestandsaufnahme auf Ihrer Station. Neben Fragen zu Ihrer Tätigkeit möchten wir Ihnen vor allem Fragen zu Ihren Erfahrungen mit der Versorgung und Begleitung sterbender Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen auf Ihrer Station stellen. Die Befragung findet online statt und ist anonym. Scannen Sie dazu einfach den nebenstehenden QR-Code.

Bei Fragen zur Teilnahme an der Mitarbeitenden-Befragung melden Sie sich gern bei:

› **Sukhvir Kaur**

Telefon: 0221 478-97831

E-Mail: sukhvir.kaur@uk-koeln.de

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.
Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Raymond Voltz,
Dr. Kerstin Kremeike,
Prof. Dr. Karin Oechsle,
Prof. Dr. Holger Schulz,
Anneke Ullrich,
Prof. Dr. Holger Pfaff





Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere Befragung zu „Sterben im Krankenhaus – aktueller Stand, Hürden und Hilfen“ nehmen!

Die Befragung findet im Rahmen des Projekts „Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)“ statt, welches darauf abzielt, die Versorgung und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus zu verbessern. Zum Beginn des Projekts ist ein Symposium mit nationalen Expertinnen und Experten geplant, um den aktuellen Stand der Versorgungssituation der Sterbephase in Krankenhäusern zu erheben.

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, Fragen zu Ihrer Person, dem aktuellen Stand sowie zu Hilfen und Hürden bei der Umsetzung einer optimalen Versorgung in der Sterbephase zu beantworten. Wir möchten Ihre Einschätzung der Versorgung in der Sterbephase unabhängig von der aktuellen Corona-Pandemie erfassen. Zusätzlich werden Sie am Ende der Befragung die Möglichkeit haben, in einer separaten Frage auch auf mögliche Veränderungen durch die Corona-Pandemie einzugehen.

Um ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten, sind wir auf Ihre Expertise angewiesen. Daher würden wir uns freuen, wenn Sie alle Fragen so gut wie möglich beantworten.

Hinweis zum Datenschutz:

Dies ist eine anonyme Umfrage. Es werden weder Ihre personenbezogenen Daten noch Ihre IP-Adresse gespeichert. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln hat die Durchführung der Umfrage berufsrechtlich beraten und keine Einwände erhoben. Die Umfrage wird auf der Grundlage der Bestimmungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes durchgeführt.

Mit der Teilnahme an unserer Umfrage stimmen Sie den Datenschutzbestimmungen und der wissenschaftlichen Auswertung der hier erfassten Daten zu. Im Fall Ihrer Zustimmung können Sie über die Schaltfläche "Weiter" mit der Umfrage beginnen.



A1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

weiblich

männlich

divers

A2. Bitte geben Sie Ihr Alter an. (Eingabe erscheint rechtsbündig)

A3. Welcher Berufsgruppe gehören Sie aktuell an? (Mehrfachauswahl möglich)

Ärztin/Arzt

Pflegerin/Pfleger

Psychologin/Psychologe

Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter

Seelsorgerin/Seelsorger

Ehrenamtliche Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Sonstiges

Sonstiges

A4. Wo liegt der Schwerpunkt Ihrer aktuellen Tätigkeit?

Tätigkeiten in Management, Administration und/oder Verwaltung

Klinische Tätigkeiten

A5. In welchem/n Tätigkeitsbereich/en arbeiten Sie? (Mehrfachauswahl möglich)

Neurologie

Intensiv

Palliativ

Onkologie

Geriatric

Kardiologie

Management/Verwaltung



Sonstiges



Sonstiges

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf dieser Seite bezüglich der Zustände vor Beginn der Corona-Pandemie (bis März 2020).

B1. Nennen und erläutern Sie bitte die drei wichtigsten Aspekte, die Ihnen spontan einfallen, wenn Sie an die Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase in Ihrem beruflichen Zusammenhang denken.

B2. Was ist aus Ihrer Sicht besonders positiv an der Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase (in Ihrem beruflichen Zusammenhang)?

B3. Wo besteht aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf bei der Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase (in Ihrem beruflichen Zusammenhang)?



B4. Welche konkreten Faktoren erschweren die optimale Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase (in Ihrem beruflichen Zusammenhang)?

B5. Welche konkreten Faktoren erleichtern die Umsetzung einer optimalen Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase (in Ihrem beruflichen Zusammenhang)?

B6. Wenn Sie entscheiden könnten: Was ist für Sie der nächste Schritt für die Optimierung der Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase (in Ihrem beruflichen Zusammenhang)?

C1. Welche Besonderheiten erleben Sie in Bezug auf die Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase durch die aktuelle Corona-Pandemie (in Ihrem beruflichen Zusammenhang)?



C2. Gibt es noch etwas, dass Ihnen in Bezug auf die Versorgung in der Sterbephase im Krankenhaus wichtig ist und in diesem Fragebogen bisher nicht thematisiert wurde?

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!

Für Rückfragen zur Umfrage oder dem Projekt stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Dr. Kerstin Kremeike

Universitätsklinikum Köln

Zentrum für Palliativmedizin Kerpener Str. 62 50924 Köln

Innofonds-sterbephase@uk-koeln.de

Dipl.-Soz. Anneke Ullrich Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Onkologie

II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Bereich Palliativmedizin Martinstraße 52 20246 Hamburg

a.ullrich@uke.de

Measures and Interventions Kit-Database (MIK-D)

Content of the MIK-D:

The MIK-D contains **measures, interventions and impulses** extracted from scientific literature. These measures, interventions and impulses have been categorized in main and subcategories for easy use.

Objective of the MIK-D:

The aim of the MIK-D is to provide health care professionals with an **overview of topics** relating to the care of dying patients so that they can draw inspiration for their own measures or for their personal future research. **The MIK-D does not intend to make any specific recommendations for the included measures/interventions. It makes no claim to completeness. Measures of the MIK-D do not necessarily reflect a recommendation by the authors of the corresponding text nor must they have been thoroughly researched in the corresponding texts.**

Instructions:

Superordinate subject areas can be selected (**main categories**). Subsequently, more specific content can be displayed on a second level (**subcategories**). The results on the third level (**measures**) are the specific measures, interventions and impulses extracted from the scientific literature.

Example:

Suppose one is interested in measures from the field of **complementary and alternative medicine** without having an exact idea of which measures one is specifically looking for. One **selects in the Pivot-Table the main category complementary and alternative medicine** in the pivot table ([Figure 1](#)).

Zeilenbeschriftungen	Anzahl von Measure / Intervention

⊕ After death	9
⊕ Communication	73
⊕ Complementary and alternative medicine (CAM)	41
⊕ Psychosocial and spiritual care	49
⊕ Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	58
⊕ Treatment of physical symptoms	78
Gesamtergebnis	308

Figure 1.

One then then sees which **subcategories** are available for this topic. For example, one is interested in **mind-body therapies** and selects this as a sub category for complementary and alternative medicine (Figure 2).

Zeilenbeschriftungen	Anzahl von Measure / Intervention
⊕ After death	9
⊕ Communication	73
⊖ Complementary and alternative medicine (CAM)	41
⊕ Biologically based therapies	5
⊕ Creative therapies	8
⊕ Manipulative-body-therapies	12
⊕ Mind-body-therapies	10
⊕ Other	3
⊕ Whole-medical-system	3
⊕ Psychosocial and spiritual care	49
⊕ Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	58
⊕ Treatment of physical symptoms	78
Gesamtergebnis	308

Figure 2.

Measures, interventions and impulses appear (Figure 3) that deal with mind-body therapies (e.g. clinical hypnosis or meditation).

Complementary and alternative medicine (CAM)
+ Biologically based therapies
+ Creative therapies
+ Manipulative-body-therapies
+ Mind-body-therapies
Aromatherapy
Clinical hypnosis: - Clinical hypnosis as an adjunct to classic medical procedures- Case reports included
Hypnotherapy
Improvement of Sleep: - Description of an intervention to improve patients' sleep including deep breathing exercises and inst
Meditation
Mindfulness-based intervention: - Featured several formats (e.g. body scan, sitting meditation, gentle hatha yoga, compassio
Relaxation Therapy
Yoga

Figure 3.

Different types of measures:

The measures in MIK-D are divided into 4 categories:

- 1) Single Measures
- 2) Projects
- 2) Guidelines, pathways
- 4) (Systematic) reviews

Zeilenbeschriftungen	Anzahl von Measure / Intervention
Additional: (Systematic) reviews	30
(Leer)	30
Additional: Guidelines and end-of-life-programs	33
End-of-life Program	29
Guidelines and Consensus Reports	4
Additional: Projects	13
EMPOWER	1
Palliative Care Services (PCS)	3
Projekte	2
Trainingsprogramm	7
After death	9
Communication	73
Complementary and alternative medicine (CAM)	41
Psychosocial and spiritual care	49
Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	58
Treatment of physical symptoms	78
(Leer)	
(Leer)	
Gesamtergebnis	384

Author	Year of publication	Title of publication	Main Category	Sub Category	Measure / Intervention	Level of evidence	Setting
Rocque et al.	2017	Implementation and Impact of Patient Lay Navigator-Led Advance Care Planning Conversations	Communication	Advance care planning (ACP)	ACP, Respecting Choices Program: - Respecting Choices® Training-Concept - Communication training for advance care planning conversations	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Manfredi et al.		Palliative Care Consultations: How Do They Impact the Care of Hospitalized Patients?	Additional: Projects	Palliative Care Services (PCS)	Palliative Care Services (PCS) : In order to describe the role of the PCS in the care of the patients, six recommendations were identified: 1) discussion about prognosis and goals of care (with patient, family, hospital staff, patient's attending physician); 2) documentation of advance directives (resuscitation status, designation of a health care agent, completion of a living will); 3) discussion about foregoing specific treatments and/or diagnostic interventions (artificial nutrition/hydration, artificial ventilation, vasopressors, dialysis, antibiotics, venipuncture); 4) patient and/or family support (including spiritual needs); 5) discharge planning; 6) symptom management (pain, dyspnea, nausea, delirium, constipation, anxiety, depression, other). On the day of patient's discharge or death, the PCS physician and nurse completed a questionnaire encompassing each of these recommendations. A team consisting of a physician, a nurse, and rotating residents, fellows, and medical students delivers consultative services to referring attendings who remain in the role of primary caregiver. The hospital house staff, nurses, social workers, and clergy may be involved in the implementation of the PCS recommendations.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Sloan et al.		Advance Care Planning Shared Decision-Making Tools for Non-Cancer Chronic Serious Illness: A Mixed Method Systematic Review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - ADVANCED CARE PLANING	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Henneghan et al.		Biofield therapies for symptom management in palliative and end-of-life care	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - CAM	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
McCann et al.	1994	Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration	Communication	Team communication	Team communication: - Multidisciplinary approach to improve team communication	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
McCann et al.	1994	Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Multi-disciplinary approach	Multidisciplinary approach: - Multidisciplinary approach to maximize physical and psychological comfort	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Jones et al.	1994	Archetypal healing	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Life review: - By Lewis Butler: measure to aticley listen to terminally ill patients regarding his/her life story (e.g. poetry, autobiography, imagery reunions, family visits, picture albums)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Jones et al.	1994	Archetypal healing	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	Clinical hypnosis: - Clinical hypnosis as an adjunct to classic medical procedures - <i>Case reports included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Jones et al.	1994	Archetypal healing	Complementary and alternative medicine (CAM)	Other	Ministry of presence: - by Sheila Cassidy: archetypal healing, measure to approach patient as "sould-friend" - <i>Description included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Jones et al.	1994	Archetypal healing	Complementary and Alternative Medicine (CAM)	Creative therapies	Creative therapies: - Archetypal healing, including storytelling and ritual, music, drama, crafts and art. These therapies are used to heal physical pain.	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Jones et al.	1994	Archetypal healing	Complementary and alternative medicine (CAM)	Other	Myths, symbols, rituals, and community: - Archetypal healing method to relieve physical and psychospiritual pain	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Montross-Thomas et al.	2015	Enhancing legacy in palliative care: study protocol for a randomized controlled trial of Dignity Therapy focused on positive outcomes	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Dignity therapy: - By Chochinov: Dignity Therapy designed for adults receiving hospice or palliative care, instructed by a trained master's level mental health counselor. 4 homebased visits over 3 weeks and each session is about 1 hour long.	2: Unfiltered Information (RCT) Hospice
Abou-Shala et al.	1996	Noninvasive mechanical ventilation in patients with acute respiratory failure	Treatment of physical symptoms	Symptom management	When to apply non-invasive ventilation: - Depends on the patient's clinical findings (dyspnea, tachypnea, accessory muscles use, paradoxical abdominal motion) and arterial blood gases. Mask ventilation's advantage is the easy and more rapid application compared to traditional ventilation endotracheal intubation allows for easier, more flexible and more rapid application in comparison with traditional ventilation with endotracheal intubation and can therefore be implemented earlier if no contraindications is present. - <i>Practical aspects included</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Behzadmehr et al.		Effect of complementary and alternative medicine interventions on cancer related pain among breast cancer patients: A systematic review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - CAM	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Gustafson et al.		Assessing the Unique Experiences and Needs of Muslim Oncology Patients Receiving Palliative and End-of-Life Care: An Integrative Review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - RELIGION	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Mowll et al.	2015	A preliminary study to develop an intervention to facilitate communication between couples in advanced cancer	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Couple communication: - 1 hour clinical interview with 5 steps to enhance communication between patient and their partner - <i>5 steps included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (palliative care ward)
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Educating/Teaching: - Teaching patients and families about prognosis and treatment choices to help patients shift to a new understanding (e.g. teaching about treatment options)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Shifting the picture: - Patients and Informal caregivers must give up old understandings of what's going on	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Communication	Team communication	Team communication: - To shift the picture, health care professionals must stand as a unity and communicate with each other, collaborating and agreeing about prognosis and treatment options	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Family meetings: - Measure to bring health care professionals, informal caregivers and patients together to create a time and space to work together. These meetings were often triggered by a change in the patient's status	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Creating new expectations: - A specific type of teaching by health care professionals involved creating new expectations	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Changing the value of treatment options: - Health care professionals raising the value of comfort care and don't make it look like a second-best-choice	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned

Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Communication	Advance care planning (ACP)	Changing scope of choice: - Introducing the patient to new choices believed realistic by a health care professional (e.g. avoid code and aggressive treatments)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Accepting a new picture: - Strategies used by providers included involving others, redirecting hope, and repeating and reinforcing information	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Multi-disciplinary approach	Involving other health care professionals: - Multidisciplinary approach that includes calling in social workers, outside clergy, hospital chaplains, and palliative care services to complement the work of health care professionals	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Redirecting hope: - Health care professionals can redirect the hope of patients and informal caregivers rather than use terms like "there is no hope" or "there is nothing we can do"	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Norton et al.	2001	Working toward consensus: providers' strategies to shift patients from curative to palliative treatment choices	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Involving family caregivers: - Health care professionals should repeat information to informal caregivers to help accepting terminal prognosis	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Joanna Briggs Institute		Caregiver burden of terminally-ill adults in the home setting	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - CAREGIVER BURDEN	1: Filtered Information (Systematic) reviews	
Bullock	1997	Reiki: a complementary therapy for life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Reiki: - Measure that includes touching hands in 12 specific hand positions palced gently on the body that can range from 10 minutes to 35-50 minutes	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Chen et al.		The effects of life review on psycho-spiritual well-being among patients with life-threatening illness: a systematic review and meta-analysis	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - LIFE REVIEW	1: Filtered Information (Systematic) reviews	
Krout	2003	Music therapy with imminently dying hospice patients and their families: facilitating release near the time of death	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Music therapy: - Music therapists provide individualized interventions, including different music styles like original, folk, contemporary or popular, jazz, classical, spiritual. Depending on patients and informal caregivers wishes	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Kako et al.		Immediate Effect of Fan Therapy in Terminal Cancer With Dyspnea at Rest: A Meta-Analysis	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DYPNEA	1: Filtered Information (Systematic) reviews	
Fujimoto et al.	2017	Effects and safety of mechanical bathing as a complementary therapy for terminal stage cancer patients from the physiological and psychological perspective: a pilot study	Treatment of physical symptoms	Body care	Mechanical bathing: - Measure to maintain cleanliness that provide thermal action, refreshment effect, resting hydraulic pressue action and buoyant action. Device used is a Marine Court SB7000 (Amano, Iwata, Japan), the duaration time was 5 minutes and the water temperature is 41 °C (26 °C in the preparation room). patient drinks a cup of water before treatment to prevent dehydration	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Pan et al.		Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - CAM	1: Filtered Information (Systematic) reviews	
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Body care	Hygiene: - Maintenance of general hygiene and skin integrity	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Body care	Oral care: - Oral care (eg, brushing. us of peroxide saline mouthwash, nystatin [Mycostatin, Nilstat], saliva substitutes such as XeroLube, spray bottles)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Body care	Bowl management: - Bowel management (stool softeners, mlk of magnesia, enemas)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice

Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Artificial hydration/nutrition: - Advices regarding Hydration and nutrition within the constraints of the underlying disease	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Body mechanics: - Body mechanics (positioning, transfers, exercises, use of special devices such as splint)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Symptomatic care: Management of specific symptoms (eg, dysphagia, dyspnea, nausea, vomiting, diarrhea, incontinence, fever, sleeplessness)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Body care	Catheter care:	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	Interior Design: - Accessory devices (e.g. urinals, bedside commodes, suctioning devices)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Pain: - Pain control (e.g. nonnarcotic analgesics, nerve blocks, relaxation techniques, nerve stimulation)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Symptomatic care: - Emotional and spiritual support	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Carlson et al.	1985	The hospice concept. Comfort care for dying patients	Communication	Shared-decision-making (SDM)	Preparing for death: - Health care professionals should adress dealing with financial matters (e.g. funeral, burial and other sensitive matters)	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Chan et al.	2014	The evaluation of a palliative care programme for people suffering from life-limiting diseases	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Multi-disciplinary approach	Training program: - Interventions in the eight-week palliative care programme for patients and family caregivers - <i>Specific description for 3 components ("Symptom management", "Intensive communication on advance care planning", "Psychosocial intervention")</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Home
Collins et al.	2018	How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Discussing death and dying: - 5 Steps to discuss death and dying with patients and informal caregivers (e.g. what to avoid and what words to use)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Collins et al.	2018	How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Introducing the concept of palliative care: - 4 steps to introduce the concept of palliative care (e.g. when to introduce it)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Guo et al.	2018	Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Dignity talk: - Measure to engage patients and informal caregivers in conversations to decrease feelings of isolation, despair and enhance communication - <i>Specific protocol regarding e.g. "memories", "special roles", "regrets", "forgiveness", ...included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)

Lim et al.		Palliative care teaching in medical residency: a review of two POGO-e teaching products	Additional: Projects	Trainingsprogramm	CHAMP: Palliative Care and Changing Goals of Care CHAMP is an educational curriculum consisting of materials that can be used on wards for teaching house staff and medical students. The curriculum has multiple educational modules that are organized around four themes in geriatric inpatient care: identifying and assessing vulnerable elderly adults, preventing hazards of hospitalization, improving palliative and end-of-life care, and managing transitions of care. Materials include PowerPoint presentations, bedside teaching triggers, pocket cards, and evaluation forms. Each module addresses important inpatient geriatrics topics such as dementia, delirium, deconditioning, and palliative care. A review of the entire curriculum has been previously published. ⁷ The palliative care module helps medical educators develop an approach to teaching residents about palliative and hospice care. There are two main presentations in the palliative care module. The Mini-CHAMP presentation helps physicians understand the Medicare Hospice Benefit and hospice and palliative care services, how to identify older adults for whom hospice care is appropriate, and how to discuss hospice care with older adults and their families. It also teaches effective communication skills for medical students and residents, including running effective family meetings. The CHAMP presentation teaches physicians about gradually	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Lim et al.		Palliative care teaching in medical residency: a review of two POGO-e teaching products	Additional: Projects	Trainingsprogramm	Geria_Sims: Palliative Care Interactive Patient Care Simulation GeriaSims modules are interactive patient care simulations developed to provide training in nine major geriatric syndromes. These interactive simulations involve a virtual patient on which learners, acting as healthcare providers, can perform a history and physical examination, order tests, consult with specialists and other healthcare professionals, and make decisions in the care of an elderly adult. A virtual mentor provides feedback on all clinical and management decisions in real time. It generally takes approximately 1 to 2 hours to complete depending on the learner's level of expertise.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Limerick	2002	Communicating with surrogate decision-makers in end-of-life situations: substitutive descriptive language for the healthcare provider	Communication	Guidances, approaches, concepts	<u>Asking the right questions:</u> - Communication advices for health care professionals regarding the goals of care - <i>Specific challenges and suggested, substitutive communication included</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Hack et al.	2010	Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	<u>Dignity therapy:</u> - Approach to decrease suffering, enhance quality of life and bolster dignity for patients - <i>Specific Dignity therapy questions protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Mixed settings
Hodgkinson et al.		Care of dying adults in the last days of life	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	Guidelines and Consensus Reports	<u>Recognising dying:</u> recognition and review of when people are entering the last few days of life, including the possibility of recovery or stabilisation	4: Background information, commentaries, expert opinions
Julião et al.	2013	Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	<u>Dignity therapy:</u> - Measure to bolster the patients sense of meaning and purpose and reinforcing a sense of worth - <i>Specific protocol included</i>	2: Unfiltered Information (RCT) Hospital (palliative care ward)

Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Treatment of physical symptoms	Body care	Body care caregiving activities: - Taking care of the dying persons body and maintaining comfort, dignity and connection with patients daily life (e.g. cleaning and protecting skin, mouth care)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Teaching/Educating informal caregivers: - Teaching family members to provide oral care for the individual's comfort.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Listening, talking with, and understanding: - aiming to understand and communicate desires, feelings, preferences, experiences, and interests and needs, particularly between health care professionals and the informal caregivers	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	Creating an aesthetic, safe, and pleasing environment: - Create beneficial physical, sensory and personal environments (e.g. use of color, textiles, different textures, lightning, photographs)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Treatment of physical symptoms	Body care	Body Hygiene: - Measures to maintain body hygiene (e.g. use of perfumes, nail polish, hair care, shaving)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Organizing, planning, and evaluating: - Measures like completing paperwork such as death certificates or care plans, contacting other professionals and obtaining resources needed to optimize care, arranging logistics on a care unit, evaluating the need for medical tests or interventions, initiating and following end-of-life care pathways, and ensuring the availability and functionality of tools and technologies for comfort and care of the patient and family. Some of these measures are relevant after the patients death	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Assess gestures or signs of pain: - Regularly check patient and family to judge the comfort of the patient and how the family was doing	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	After death	Farwell rituals	Being present and enabling the presence of others: - Health care professionals being present for patient (e.g. denying discomfort, sit silently with the patient and holding his/her hand) and allowing informal caregivers and children to say goodbye	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Psychosocial and spiritual care	Religion	Call the priest	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Psychosocial and spiritual care	Religion	Pray for the patient	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	Behavior in the room: - Changing behavior when the patient is dying, knocking on the outside door instead of ringing the doorbell when the patient is dying	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	After death	Farwell rituals	Ritual: - Performing rituals surrounding death and dying (e.g., prayer, last rites, and funeral preparation and participation, took place in all countries despite their varied religious traditions and degrees of secularization."), also signing death certificates and providing routine advice to informal caregivers for the aftermath of death (e.g. funerals)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings

Lindqvist et al.	2012	Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Imparting oral and written information and advice: - Health care professionals provide informal caregivers with information about the dying process and support groups	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Martínez et al.		'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DIGNITY THERAPY	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Mehnert	2006	Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Meaning-centered therapy: - By Viktor Frankl: Meaning-centered psychotherapy aims to help patients with advanced illness find meaning in life and a sense of inner peace, including 8 group sessions	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Mehnert	2006	Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Cognitive-existential group therapy: - Intervention aims to promote a supportive social environment, facilitate expression of grief, restructure negative thoughts, improve coping with illness and problem resolution strategies, and promote hope. Another important goal of this intervention, designed for a group size of approximately 6-8 patients, is to establish goals and priorities for the future.	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Mehnert	2006	Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Dignity therapy: - By Chochinov: Various interventions aimed at preserving the patient's dignity (e.g. patient showing photographs, talking about his life story, ...)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Namba et al.	2007	Terminal delirium: families' experience	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Respecting the patient's subjective world, treat the patient as before, alleviate the feelings of being a burden to others to maintain patients dignity.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Namba et al.	2007	Terminal delirium: families' experience	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Explore unmet physiological needs behind delirium symptoms: - General physiologic unmet needs (e.g. wish to drink, eat, to be cleaned and take a bath) may be remediable elements of terminal delirium.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Namba et al.	2007	Terminal delirium: families' experience	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Relieving families' physical and psychological burden (delirium): - Health care professionals must give intensive care to informal caregivers - not only the patient (e.g. reassuring the informal caregivers that care for the patient lays with the health care professionals, improving the hospital environment, coordinating help for the informal caregivers, ...)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Schenker et al.	2012	I Don't Want to Be the One Saying 'We Should Just Let Him Die': Intrapersonal Tensions Experienced by Surrogate Decision Makers in the ICU	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Family conferences: - Discussions between informal caregivers and health care professionals regarding several topics (e.g. different views, asking questions that haven't been thought about before, ...)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Shih et al.	2009	Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Building relationships: - The establishment of a rapport and a trusting relationship with patients, informal caregivers, and their health care professionals	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Shih et al.	2009	Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Clarifying needs: - The advocating of the correct and explicit individual needs in terms of spiritual care for patients and informal caregivers	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Shih et al.	2009	Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Clarify concerns: - The coaching of the patients and informal caregivers to clarify their spiritual care concerns and to help provide timely and needed care during each death approaching transition	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)

Shih et al.	2009	Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Multidisciplinary approach: - The helping of other health care professional so that their concerns about the spiritual needs of dying patients and their informal caregivers are clarified	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Shih et al.	2009	Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Integration between patients, informal caregivers and health care professionals: - A three-way integration of patients, informal caregivers and health care professionals to provide synergistic integration of the spiritual care	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Shih et al.	2009	Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Spiritual needs: - The provision of quality holistic care for patients by maintaining optimal functional and spiritual wellbeing.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Razavi et al.	1991	Brief Psychological Training for Health Care Professionals Dealing with Cancer Patients: A One-Year Assessment	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Training program: - Develop an understanding for death and dying so that health care professionals develop a positive attitude towards their care. Training included role-playing, comparing experiences and discussing cases and theoretical concepts and lasted 12 hours, 4-10 sessions (each session 75-180 minutes) - <i>Topics of the training program included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Hansen et al.	2009	A Palliative Care Intervention in Forgiveness Therapy for Elderly Terminally Ill Cancer Patients	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Forgiveness therapy: - Four-week forgiveness therapy (individual sessions, once a week for about 60 minutes). The intervention consisted of four units, each with a particular focus on the psychological variables and units of the process model of forgiveness	2: Unfiltered Information (RCT)	Hospice
Ruder	2010	7 Tools to Assist Hospice and Home Care Clinicians in Pain Management at the end of life	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Verbal and non-verbal behaviors to indicate pain: - Several non-verbal aspects for health care professionals to pay attention to that indicate patient's pain (e.g. grimacing, frowning, aggression, crying, ...) - <i>Suggested treatments and interventions included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	Mixed settings
Donato et al.		Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DIGNITY THERAPY	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
LeFavi et al.	2003	Life Review in Pastoral Counseling: Background and Efficacy for Use with the Terminally Ill	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Life review: - "Pastoral Care life review is designed to highlight what has been of value and has had meaning for the patient and to reinforce one's self-esteem and importance to others. The final result is written biography with photographs or artwork included - <i>Specific protocol for christian life review included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Hui et al.	2015	The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Multi-disciplinary approach	Generic advice: - Interdisciplinary team of health care professionals (physicians, nurses, psychologists, speech pathologists, physical/ occupational therapists and dieticians) provide appropriate education, gentle reassurance, emotional support and nutritional guidance for patients in the last days and their families: - <i>Specific guideline/concept included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Kopchak Sheehan et al.	2014	Telling Adolescents a Parent Is Dying	Communication	Breaking bad news	Disclose information about a parents illness to their adolescent child: - 4 ways to disclose information about illness to adolescent child	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Tees et al.	2011	The Sound of Spiritual Care: Music Interventions in a Palliative Care Setting	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Music for patients Program: - Once a week, 5-15 minutes or longer music herapy sessions (including humor, playful conversations, prayer or blessing). Music included are folk, celtic, religious, country and popular music and original songs	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)

Niki et al.	2019	A Novel Palliative Care Approach Using Virtual Reality for Improving Various Symptoms of Terminal Cancer Patients: A Preliminary Prospective, Multicenter Study	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Simulated travel session using Virtual-Reality (VR): - VR-travel session that lasted 30 minutes (depending on the patients wishes). Device used: VR headset HTC VIVE and the free VR software Google Earth VR. The participants themselves operated the software, in principle, but a health care professionals assisted, if necessary.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Murillo et al.		Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	Guidelines and Consensus Reports	National Comprehensive Cancer Network	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Murillo et al.	2004	Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Training program: - Teaching health care professionals to communication skills to ensure a good end-of-life care. The goal is to develop a simple protocol practice guideline and standards. health care professionals from the same faculty and skilled in teaching communication should be set as teachers. Training should be mandaing attendance and groups should be in small numbers. Video tapes and role play should be used	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Murillo et al.	2004	Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Including psychosocial care: - Psychosocial care is an essential part of end-of-life care and should be endorsed and implemented.	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Murillo et al.	2004	Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life	Psychosocial and spiritual care	Religion	Pastoral counseling: - Should be included in psychosocial services	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Murillo et al.	2004	Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Psychosocial services: - Informal caregivers and patients should not see psychosocial services as unrelated and must be educated about ist value and place in end-of-life care	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Moreland et al.	2012	End-of-life Care and the Use of Simulation in a Baccalaureate Nursing Program	Treatment of physical symptoms	Symptom management	End-of-life simulation exercise (training): - Training program in a simulation lab with simulated patients. Participants should perform whatever action they thought was necessary for the patient. A chart with patient orders was given for each patient. - <i>Instruments used in the training program partly included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
McCamish et al.	1993	Enteral and Parenteral Nutrition Support of Terminally Ill Patients: Practical and Ethical Perspectives	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Tube feeding: - Tube feeding can be adequate when patient has a working gut function but can't take oral nutrition when hungry. Tube feeding can prolong quality of life. Informed consent is necessary. The feeding protocol and monitoring should be done by a specialized health care professional	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
McCamish et al.	1993	Enteral and Parenteral Nutrition Support of Terminally Ill Patients: Practical and Ethical Perspectives	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Enteral supplements: - Enteral products (commercial or homemade) can be used to augment the diets of patients who are malnourished but have adequate gut and deglutition function. The diet would be complemented enteral products. Patients who get tired easily and don't have the strength to cook food on their own can us commercial meals	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
McCamish et al.	1993	Enteral and Parenteral Nutrition Support of Terminally Ill Patients: Practical and Ethical Perspectives	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dietary Intervention: - Interventions to achieve good nutrition include: simply providing full meals and extra snacks, modifying the texture of food, or increasing nutrient density. Calories, proteins and fat should be adjusted to clinical needs of the patient. Food intake should be documented	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Hultman et al.		Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: the national consensus project and the national quality forum preferred practices for palliative and hospice care	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	Guidelines and Consensus Reports	A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Lai et al.	2017	Persistent complex bereavement disorder in caregivers of terminally ill patients undergoing supportive-expressive treatment: a pilot study	After death	Bereavement care	Supportive-expressive treatment to prevent persistent complex bereavement disorder (PCBD): - Psychologist performed the supportive-expressive treatment for informal caregiver. The supportive-expressive treatment was conducted individually and in weekly sessions for 15 months (60 sessions). The construction of a significant relationship between caregiver and psychologist, the focus on the affect and expression of emotion and the exploration of desires, dreams, and fantasies were emphasised.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Cherin et al.	2001	Reflection in action in caring for the dying: applying organizational learning theory to improve communications in terminal care	Communication	Guidances, approaches, concepts	Problem solving: - Single loop learning is the predominant method of problem solving. Second loop learning is about reflecting on action and focuses on deep listening and dialogue. Second loop learning can be critical in opening communications paths between the dying patient and informal caregivers.	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Chinner et al.	1991	An Exploratory Study on the Viability and Efficacy of a Pet-Facilitated Therapy Project Within a Hospice	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Pet-Facilitated Therapy (PFR): - "Pet-Facilitated Therapy (PFR) uses companion animals to improve people's physical and emotional health and facilitate their social relations. A poodle dog was set in a care home and increased happiness, comfort and entertainment for patients and informal caregivers. - <i>Specific description of the dog and interactions between the dog and patients included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Davis et al.	1995	Innovative sensory input for the comatose brain-injured patient	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Multi-disciplinary approach	Designing and implementing an Sensory-Stimulation-Program (SSP): - Multidisciplinary project (physical, occupational and speech therapists, attending physicians and nursing staff) that includes informal caregivers to care for coma-patients - <i>Specific Structure of the program included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Johns et al.	2020	Mindfulness Training Supports Quality of Life and Advance Care Planning in Adults With Metastatic Cancer and Their caregivers: Results of a Pilot Study	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	Mindfulness-based intervention: - Featured several formats (e.g. body scan, sitting meditation, gentle hatha yoga, compassion meditation). Emphasis was to cultivate adaptive, nonreactive and nonjudgmental awareness of one's own thoughts, feelings and bodily sensations as well as Emphasis was placed on embodying interpersonal mindfulness in dialogue. Practices were designed to (1) cultivate adaptive, nonreactive, and nonjudgmental awareness of thoughts, feelings, and bodily sensations (e.g. feet on the floor, ice chips on the tongue) in everyday life, stretching methods - <i>Intervention protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Emanuel et al.	2007	The Dying Role	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Goals of care: - Health care professionals should present relevant information about the patient's condition and should work with patients and informal caregivers to negotiate realistic goals for care	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Emanuel et al.	2007	The Dying Role	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Multi-disciplinary approach	Generic advices: - The multidisciplinary team (social worker, counselor, nurse's aide, or pastor) should use their knowledge to assist patients and informal caregivers within their role (e.g. help a patient adjusting to loss of dreams, physical capacities and social roles and support engaging in the final growth phase or last rites. Along the end-of-life care, health care professionals can provide informational material (brochures, worksheets, websites, etc.), make (timely) referrals to related services (e.g. support groups)	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Friedrichsen et al.	2003	Doctors' Strategies When Breaking Bad News to Terminally Ill Patients	Communication	Breaking bad news	Explaining and convincing: - Breaking bad news in 3 different ways - <i>Specific suggestions for all 3 categories included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (outside of palliative care ward)
J. Koffman et al.		The AMBER care bundle for hospital inpatients with uncertain recovery nearing the end of life: the ImproveCare feasibility cluster RCT	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	Amber Care Bundle	2: Unfiltered Information (RCT)
Gallagher	2006	An approach to advance care planning in the office	Communication	Advance care planning (ACP)	Essentials of decision-making in health care: - Health care professionals should always try to ask patients first, believe they can make decisions on their own until proven otherwise. When they can't make decisions on their own anymore, they still might be able to express preferences (go to a hospital or facility). Health care professionals should address advance directives and substitute decision makers	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Ling et al.	2019	Truth-telling, decision-making, and ethics among cancer patients in nursing practice in China	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Truth-telling: - Truth-telling toward terminally ill patients is a challenging ethical issue in healthcare practice. Patients and informal caregivers have individual needs and health care professionals should tailor their own approach to them.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned
Meichsner et al.	2020	Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care	After death	Bereavement care	Care of grief: - 4 different kinds of grief (Pre-death grief, Acute grief, Long term (integrated grief), Prolonged grief disorder) - <i>Specific treatments of grief included</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Meichsner et al.	2020	Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care	After death	Bereavement care	Telephone intervention for informal caregivers of terminally ill patients: - Informal caregivers are taught to cope with grief through management of painful emotions, developing alternatives to unhelpful cognitions, and improving self-care. A telephone-delivered intervention, helped informal caregivers to manage grief. It includes techniques based on third-wave CBT and aims to help informal caregivers recognize losses and develop acceptance of the condition and associated reactions.	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Chan et al.		A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - Advanced Care Planning	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)

Agar et al.		Pragmatic cluster randomised controlled trial of facilitated family case conferencing compared with usual care for improving end of life care and outcomes in nursing home residents with advanced dementia and their families: the IDEAL study protocol	Additional: Projects	Palliative Care Services (PCS)	Intervention facilitated case conferencing: The intervention utilises elements of two models for bringing about change in organisational culture, namely clinical leadership and train-the-trainer . Care Planning Coordinator (PCPC) will be appointed at each nursing home and trained to work on the project in a funded capacity for 16 h (0.4 full time equivalent) per week . Because change may be more sustainable when led from within an organisation, PCPCs will be appointed from existing nursing staff at intervention nursing homes based on criteria relating to clinical training and expertise (typically a senior registered nurse), relationships with staff, and identification by managers as a 'change champion' using established criteria. As part of their orientation to the role, PCPCs will attend one week (35 h) of interactive training in which they will be provided with materials and tuition on the principles of person-centred palliative care for people with dementia as well as the organisation, conduct and documentation of case conferences and person-centred care plans. Materials will be based on a previous resource developed by members of the team for case conferencing in aged care more generally, recently adapted to meet the specific needs of residents with advanced dementia and their families. In practical terms, PCPCs will be trained to: 1) use evidence-based 'triggers' to identify residents with advanced dementia at a timepoint	2: Unfiltered Information (RCT)
Crunkilton et al.		Psychological Distress in End-of-Life Care: A Review of Issues in Assessment and Treatment	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DISTRESS	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Larson et al.	2000	End-of-Life Conversations Evolving Practice and Theory	Communication	Communication with patients and informal caregivers	End-of-life discussions: - Suggestions on how health care professionals can initiate end-of-life discussions and introduce palliative care (focusing on the patient's unique experience of the disease and the patient's decision-making process, helping the patient to confront fears and take control, addressing practical issues, including advance care planning and family communication, shifting to a palliative focus in care at the appropriate time, helping the patient to achieve a peaceful and dignified death) - <i>Specific suggestions for each topic included</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Korfage et al.	2015	A cluster randomized controlled trial on the effects and costs of advance care planning in elderly care: study protocol	Communication	Advance care planning (ACP)	Respecting Choices®: - The respecting choices program assist patients and their informal caregivers in reflecting on the resident's goals, values and beliefs and in discussing their health care wishes	2: Unfiltered Information (RCT) Mixed settings
Hajizadeh et al.	2015	Understanding patients' and doctors' attitudes about shared decision making for advance care planning	Communication	Shared-decision-making (SDM)	Shared decision-making (SDM): - Suggestions on how to increase participation of patients in decision-making	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (outside of palliative care ward)
Molloy et al.	2000	Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes - A randomized controlled trial	Communication	Advance care planning (ACP)	Let Me Decide®: - The program Let me decide advance directive program has instructional and proxy components, providing a range of health care choices for life-threatening illness, cardiac arrest, and feeding	2: Unfiltered Information (RCT) Hospice
Sullivan et al.	2020	Eliminating the Surprise Question Leaves Home Care Providers With Few Options for Identifying Mortality Risk	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	Surprise Question: - Simple question that health care professionals can ask themselves to identify patients that might need palliative care: "Would you be surprised if this patient dies in the next 12-months?"	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) not mentioned

Wenrich et al.	2001	Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death	Communication	Guidances, approaches, concepts	Communication with a dying patient: - Communicating styles with patients - <i>Specific examples included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Warth et al.	2016	Trajectories of Terminally Ill Patients' Cardiovascular Response to Receptive Music Therapy in Palliative Care	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Music therapy with monochord: - Music therapy is used to promote relaxation and well-being, it includes two sessions of live music-based relaxation exercises led by a trained music therapist	2: Unfiltered Information (RCT)	Hospital (palliative care ward)
VandeKieft	2001	Breaking bad news	Communication	Guidances, approaches, concepts	Communication guideline according to ABCDE Model: - ABCDE-Communication model (A-Advance preparation, B-Build a therapeutic environment/relationship, C-Communicate well, D-Deal with patient and family reactions, E-Encourage und validate emotions) - <i>Specific ABCDE-guideline included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
van Esch et al.	2020	Understanding relatives' experience of death rattle	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Death rattle experience for informal caregivers: - Health care professionals provide information to informal caregivers about the dying phase and their symptoms (e.g. 'death rattle is a part of dying, patients are not bothered by it')	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	Recognize signs of beginning dying phase: - Health care professionals should pay attention to certain symptoms (e.g. marked weakness, appearance of "new" symptoms, bedriddenness, disorientation, declining interest in surroundings)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Setting priorities: - Health care professionals should set priorities in the dying phase (e.g. recognising the "point of no return", communicating with patients and informal caregivers, avoiding unnecessary interventions)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Early communication: - Health care professionals should communicate with patients and relatives at an early stage, before communication skills of patients are not given anymore	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Educating informal caregivers about "death rattle": - Health care professionals should educate informal caregivers about death rattle in detail	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - The patient needs familiar people around them, a pleasant, calm and safe environment	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Involving informal caregivers - Health care professionals should involve informal caregivers in pain management and symptom control	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea: - Relaxation techniques, upper body elevation and nonrestrictive clothing or a ventilator can provide as much relief as the nasal administration of oxygen	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	To treat dyspnea - A quiet environment, open window	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Nauck	2001	[Symptom control in the terminal phase]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	General advice: - Symptom control is more important than "overtreatment". Health care professionals should focus on symptom management	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Rowlands et al.	2008	How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	How to design a spatial setting/environment for patients to enhance their well-being: - e.g. visual contact with nature - <i>Specific suggestions included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)

Veerbeek et al.	2007	The last 3 days of life in three different care settings in The Netherlands	Treatment of physical symptoms	Body care	Nursing interventions: - e.g. shower and was the patient - <i>Specific interventions included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Strand et al.	2013	Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Nonverbal responses to emotion: - Include such actions as leaning forward, moving the chair closer, making eye contact, and handing the family tissues	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Running et al.	2008	Ritual: the final expression of care	After death	Farwell rituals	Ritual: - 4 elements that are important for grief rituals - <i>Description of the 4 elements included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Magill et al.	2009	The meaning of the music: the role of music in palliative care music therapy as perceived by bereaved caregivers of advanced cancer patients	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Music therapy: - 4 music therapy strategies (Use of precomposed songs, Lyric improvisation and song composition, Imagery in music, Music listening - <i>Specific examples for all 4 strategies included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Home
Vermadere et al.	2016	Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial	Communication	Guidances, approaches, concepts	Spiritual history taking: - Ars moriendi mode: - e.g. "If you look back upon your life, what do you feel?" - <i>Specific Questions included (Figure 1)</i>	2: Unfiltered Information (RCT)	Home
Watts		Initiating end-of-life care pathways: a discussion paper	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Initiate end-of-life care pathways: implications for practice: - It is important that nurses privilege continuity and the relational dimensions of holistic patient care with patients as partners in the end-of-life care decisionmaking process. • There is a risk that the focus on end-of-life care pathways might deflect attention away from embracing the public health imperative of advance care planning. • Research is needed to inform and underpin the decisionmaking process in relation to end-of-life care pathways.	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Weissman	2004	Decision making at a time of crisis near the end of life	Communication	Advance care planning (ACP)	Organizing an approach: - Several important categories for approaching advance-care-planning conversations (e.g. End-of-Life decision-making, Physician factors that influence end-of-life decision-making, Negotiating family conflicts) - <i>Specific examples for each category included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Warrén Stomberg	2009	Guest at hospice: time for consideration	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	External essentials necessary to patient: - e.g. attention and encouragement from health care professionals, a pleasant and calm atmosphere in the hospice visits from informal caregivers, being able to keep own routines.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Warrén Stomberg	2009	Guest at hospice: time for consideration	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Internal essentials necessary to the patient: - e.g. freedom from pain, feeling the body gradually weakening, not being able to look after oneself, opportunities to invite friends yourself	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Van den Block et al.		Evaluation of a Palliative Care Program for Nursing Homes in 7 Countries: The PACE Cluster-Randomized Clinical Trial	Additional: Projects	Trainingsprogramm	The PACE Steps to Success Program is a multicomponent intervention program to integrate basic nonspecialist palliative care in nursing homes.	2: Unfiltered Information (RCT)	
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Self care for informal caregivers: - Health care professionals should pay attention to informal caregivers behavior (e.g. excessive withdraw). Informal caregivers should be taught active, adaptive stress management techniques	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Coping mechanisms: - Facilitating coping in the patient and informal caregivers through enhancement of sense of control can be separated into three major components - <i>3 Specific components included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Information and prediction: - Providing information and educating the informal caregivers about diagnosis serves to increase sense of control and facilitates coping in several ways	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Goals of care: - Goals of care that focus on quality of life rather than curative healing are more flexible and can be achieved better. Health care professionals should address these advantages	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Accompany informal caregivers: - Health care professionals should encourage mutually supportive family interactions. - <i>Specific examples and referrals mentioned</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Health care professionals involvement in spiritual care: - Health care professionals (or clergy) should address spiritual care and be open to have conversations about spiritual matters with the patient	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Family meetings: - Techniques how patients and families may be encouraged to solve problems in several steps (e.g. ranking solutions) - <i>Specific guideline for family shared decision-making meetings with health care professionals included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Warner	1992	Involvement of families in pain control of terminally ill patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Self care for informal caregivers: - Health care professionals must address self care of informal caregivers frequently and support them	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Turk et al.	1992	Facilitating the use of noninvasive pain management strategies with the terminally ill	Communication	Guidances, approaches, concepts	Dilute defensiveness of the patient or informal caregivers: - Suggestions for health care professionals to dilute defensiveness of the patient or informal caregivers: - <i>Specific suggestions for health care professionals included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Turk et al.	1992	Facilitating the use of noninvasive pain management strategies with the terminally ill	Communication	Guidances, approaches, concepts	Questions for health care professionals: - Questions that health care professionals should ask themselves to better understand the patient (e.g. "How has the patient been coping with his or her pain?") - <i>Specific questions included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Tunzi et al.	2019	A Reflective Case Study in Family Medicine Advance Care Planning Conversations	Communication	Advance care planning (ACP)	Recommendations for care planning conversations: - Health care professionals should normalize advance-care planning conversations (e.g. "As you think about your future, is there anything else we can do to help you?") - <i>Specific suggestions included in table 1</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Tsai et al.	2018	Prolonged grief disorder and depression are distinct for caregivers across their first bereavement year	After death	Bereavement care	Prolonged grief disorder (PGD) and depression: - Health care professionals should recognize the distinction between symptoms of PGD and depression early in bereavement, identify high-risk groups, and provide care tailored to these patients' unique needs to facilitate recovery from bereavement-related emotional distress.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Trueman et al.	2006	Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Life Review: - by Butler	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Verhofstede et al.		Development of the care programme for the last days of life for older patients in acute geriatric hospital wards: a phase 0-1 study according to the Medical Research Council Framework	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	LCP	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	

Verhofstede et al.		Development of the care programme for the last days of life for older patients in acute geriatric hospital wards: a phase 0-1 study according to the Medical Research Council Framework	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	Care Guide for the Last Days of Life	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Verhofstede et al.		Improving end-of-life care in acute geriatric hospital wards using the Care Programme for the Last Days of Life: study protocol for a phase 3 cluster randomized controlled trial	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	care program for the last days of life The Care Programme aims to introduce and embed the Care Guide for the Last Days of Life, which will be initiated when a patient is diagnosed as dying and which provides a comprehensive template of evidence-based, multidisciplinary care for the last days and hours of life.	2: Unfiltered Information (RCT)	
Tuffrey-Wijne et al.	2013	Developing guidelines for disclosure or non-disclosure of bad news around life-limiting illness and death to people with intellectual disabilities	Communication	Breaking bad news	Guidelines for decisions about (non-)disclosure of bad news around life-limiting illness and death to people with intellectual disabilities: - Measure regarding decisions about (non-)disclosure of bad news around life-limiting illness and death to people with intellectual disabilities regarding the topics inability to balance the information, inability to understand, inability to retain the information - <i>Specific guideline included in figure 4</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Thoonsen et al.	2011	Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	The RADboud indicators of Palliative Care needs (training): - Measure consisting of a five-hours training in early identification of palliative patients and proactive care planning and an plasticized card with indicators to identify and recognize patients with respectively COPD, CHF and cancer as being in a stage that palliative care should be considered. - <i>Specific set of indicators (The RADboud indicators of Palliative Care needs (RADPAC))</i>	2: Unfiltered Information (RCT)	Hospital (outside of palliative care ward)
Sarhill et al.	2001	The terminally ill Muslim: death and dying from the Muslim perspective	Psychosocial and spiritual care	Religion	Culturally sensitive approach (Muslim): - Description of a sensitive approach for terminally ill Muslims regarding the aspects food consumption, prayers, post-mortem examination and organ donation, washing, bereavement, autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice - <i>Suggestions included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
White et al.	2020	Online training improves medical students' ability to recognise when a person is dying: The ORaCIES randomised controlled trial	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	Online training: - Measure to enhance medical students' ability to recognise dying patients	2: Unfiltered Information (RCT)	not mentioned
Kako et al.	2018	Fan Therapy Is Effective in Relieving Dyspnea in Patients With Terminally Ill Cancer: A Parallel-Arm, Randomized Controlled Trial	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Fan therapy: - Description of fan therapy consisting of five minutes of directed airflow towards patient - <i>Specific instructions included</i>	2: Unfiltered Information (RCT)	Hospital (palliative care ward)
Knipping	2006	Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Rattle Breathing: - Description of measures for rattle breathing in patients consisting recommendations for nursing and educational interventions and oxygen application	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Knipping	2006	Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Education: - Description of an appropriate education of informal caregivers and its effect on the patients dying phase	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Knipping	2006	Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Competent and creative oral care: - Description and recommendations for providing oral care for dying persons	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Knipping	2006	Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Oral care by informal caregivers: - Description and recommendations for providing oral care and stimulation for dying persons by informal caregivers	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Kwan et al.		The use of life review to enhance spiritual well-being in patients with terminal illnesses: An integrative review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - LIFE REVIEW	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Lang et al.	2004	Making Decisions with Families at the End of Life	Communication	Shared-decision-making (SDM)	Recommended steps for discussing end-of-life plans of care: - Measure consisting of steps and recommendations for discussing end-of-life plans of care - 12 specific steps included in table 1	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Martin	1990	Confusion in the terminally ill: Recognition and management	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Recommendations regarding providing care to patients with delirium for patients, health care professionals and informal caregivers	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
McDermott	2019	Patient Dignity Question Feasible, dignity-conserving intervention in a rural hospice	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	The Patient Dignity Question (PDQ): - Measure consisting of a tool that is applicable in any health care setting. - Consists of asking only 1 specific question: "What do I need to know about you as a person to give you the best care possible?"	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Mehnert	2006	Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten Begriffsbestimmung und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung	Communication	Guidances, approaches, concepts	Communication guidelines regarding end-of-life issues: - Guidelines regarding physical stress, psychological distress, medical uncertainty, fear of death, independence, cognitive capacity, functioning ability, dignity preserving perspectives, maintaining pride, hope, autonomy and control, legacy, acceptance, resilience, maintaining normality, seeking spiritual comfort, dignity preserving individual resources, social support, attitude towards treatment, burden on others, worry about the bereaved - Specific questions and interventions	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ross et al.	2001	Management of Common Symptoms in Terminally Ill Patients: Part I.	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Fatigue: - Description of fatigue in relation to terminal illness	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ross et al.	2001	Management of Common Symptoms in Terminally Ill Patients: Part I.	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Anorexia and Cachexia: - Measure consisting of non-pharmacological interventions for physicians regarding the treatment anorexia and cachexia for terminally ill patients and their informal caregivers	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Shimizu et al.	2014	Care Strategy for Death Rattle in Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members: Recommendations From a Cross-Sectional Nationwide Survey of Bereaved Family Members' Perceptions	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Death rattle: - Recommendations for health care professionals for improvement of patients death rattle in care in the dying phase (e.g. repositioning)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Shimizu et al.	2014	Care Strategy for Death Rattle in Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members: Recommendations From a Cross-Sectional Nationwide Survey of Bereaved Family Members' Perceptions	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Death rattle: - Suggestions for health care professionals regarding education of informal caregivers (e.g. providing frequent explanations that death rattle is a natural phenomenon)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice

Lautrette et al.	2007	A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU	After death	Bereavement care	Brochure on bereavement: - Measure consisting of a bereavement information leaflet containing aspects regarding end-of-life care, possible reactions after the death of a family member, how to communicate with other informal caregivers or children, and where to find assistance - <i>Specific 15-page leaflet included in appendix</i>	2: Unfiltered Information (RCT)	Hospital (outside of palliative care ward)
Zaider et al.	2009	The assessment and management of family distress during palliative care	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Five domains in which psychosocial support is needed for informal caregivers: - Description of five domains in which psychosocial support is needed for informal caregivers: decision-making; communication within the informal caregivers and between family members and health care professionals: upholding spiritual and cultural beliefs; preparing for death; and receiving continuity of care	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Zaider et al.	2009	The assessment and management of family distress during palliative care	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Family conference: - Description of the conduction and benefits of family conferences in palliative care units	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Pal et al.		End-of-life management protocol offered within emergency room (EMPOWER): study protocol for a multicentre study	Additional: Projects	EMPOWER	End-of-life protocols and workflows	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Wright et al.	2015	Delirium as letting go: An ethnographic analysis of hospice care and family moral experience	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Helping families to let go: "Death is a series of little goodbyes": - Description of a culturally established framework to help informal caregivers come to terms with clinical end-of-life phenomena and delirium - <i>Specific recommendations included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Gao et al.		The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - MUSIC	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Widera et al.	2012	Managing grief and depression at the end of life	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Grief and Depression: - Measure consisting of description and symptoms of grieving patients and treatment of depression and grief - <i>Suggestions included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Widera et al.	2012	Managing grief and depression at the end of life	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Grief and Depression: - Recommendations for physicians on education and informations of patients and informal caregivers regarding depression of terminally ill patients	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ortiz	2012	Chemotherapy at the end of life: up until when?	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	When to stop chemotherapy: - Recommendations for health care professionals when to terminate chemotherapy for patients in the dying phase considering patients' quality of life and autonomy and therapeutic goals	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Samanta		Equality for followers of South Asian religions in end-of-life care	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Other notable initiatives that emphasise the centrality of spirituality and faith include the Liverpool Care Pathway, the Gold Standards Framework and the Preferred Priorities for Care tool.	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Samanta		Equality for followers of South Asian religions in end-of-life care	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Other notable initiatives that emphasise the centrality of spirituality and faith include the Liverpool Care Pathway, the Gold Standards Framework and the Preferred Priorities for Care tool	4: Background information, commentaries, expert opinions	

Samanta		Equality for followers of South Asian religions in end-of-life care	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Other notable initiatives that emphasise the centrality of spirituality and faith include the Liverpool Care Pathway, the Gold Standards Framework and the Preferred Priorities for Care tool,	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Samanta	2013	Equality for followers of South Asian religions in end-of-life care	Psychosocial and spiritual care	Religion	Recommendations for care in the dying phase of Hindu and Muslim patients - Description of important aspects of care in the dying phase and the aftermath of death for Hindu and Muslim patients	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Bergen	1992	Evaluating nursing care of the terminally ill in the community: a case study approach	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Methods of referral: - Description of improvement of methods of referral for health care professionals - 4 specific steps	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Morita et al.	2009	Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Educational workshop: - Description of a educational workshops for health care professionals consisting of eight 180-minute training sessions over four months. Contents are confidence, self-reported practice, and attitudes toward caring for terminally ill patients, in addition to burnout and meaning of life - Program content included in table 2	2: Unfiltered Information (RCT)	Mixed settings
Maillet et al.	1993	Nutritional care of the terminally ill adult	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Guidelines for routine and complex care: - Guidelines for dietary Management of Common Symptoms in Terminally Ill Patients for health care professionals working in hospices	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Hiratsuka et al.	2021	Factors influencing spiritual well-being in terminally ill cancer inpatients in Japan	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Spiritual well-being: - Description of measures to increase patients' spiritual well-being (e.g.adequate delirium control, patient-informal caregiver communication or psychological care)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Irwin et al.	2013	Clarifying Delirium Management: Practical, Evidenced-Based, Expert Recommendations for Clinical Practice	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Family and informal caregiver education: - Recommendations for including informal caregivers in care plans of delirious patient (e.g. by providing nonpharmacologic interventions for the prevention and treatment of delirium)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Jecker	1995	Medical Futility and Care of Dying Patients	Communication	Advance care planning (ACP)	Ethical concerns: - Recommendations for health care professionals for sensitive communications regarding ongoing futile medical treatment in terminally ill and dying patients.	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Bilderback	1990	Recognizing the role of the physical body in palliative care	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	Recommendations for patient care: - Recommendations for care of patients in the dying phase regarding setting (e.g. place patients before large windows, put plants in patients surrounding) - Specific examples included	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Bilderback	1990	Recognizing the role of the physical body in palliative care	Treatment of physical symptoms	Body care	Bath patient	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Cable	1991	Caring for the Terminally Ill: Communicating with Patients and Family	Communication	Guidances, approaches, concepts	Communication guidelines and approaches: - Description of guidelines and approaches for communication with terminally ill patients (e.g. Eliminate distractions. Don't let the message be lost in the background) - 15 specific recommendations included	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Anneser et al.		Entwicklung der Palliativmedizinischen Dienste (PMD) in Bayern 2011–2015: Aufgaben, Akzeptanz, Struktur und Finanzierung	Additional: Projects	Palliative Care Services (PCS)	Palliative medical services (PMD) in Bavaria perform important tasks in the care of seriously ill and dying patients and their families	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	

Arcand	2015	End-of-life issues in advanced dementia Part 2: management of poor nutritional intake, dehydration, and pneumonia	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Feeding tubes: - Recommendation on feeding patients with end-stage dementia	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Arcand	2015	End-of-life issues in advanced dementia Part 2: management of poor nutritional intake, dehydration, and pneumonia	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea: - Description of nonpharmacologic therapy for patients with dyspnea (e.g. Providing a cool draft from an open window or fan and maintaining a calming presence are also helpful)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Anderson et al.	2013	Dancing Around Death: Hospitalist–Patient Communication About Serious Illness	Communication	Guidances, approaches, concepts	Recommendations for communication: - Recommendations for communications with terminally ill patients regarding empathy, patients' thoughts and problems	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Arnold et al.	2014	Harnessing Complex Emergent Metaphors for Effective Communication in Palliative Care: A Multimodal Perceptual Analysis of Hospice Patients' Reports of Transcendence Experiences	Communication	Guidances, approaches, concepts	Recognizing how patients use metaphors to express various end-of-life experiences: - Description of how using metaphors could promote effective and creative communication in palliative care and enhance patient satisfaction. Metaphors serve as repositories for otherwise unobservable cognitive mechanisms.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Astudillo et al.	1995	How can relations be improved between the family and the support team during the care of terminally ill patients?	Communication	Communication with patients and informal caregivers	How to obtain a good patient/informal caregiver relationship: - Recommendations for health care professionals for good communications with terminally ill patients and their informal caregivers	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Baile et al.	2012	Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Sociodrama and psychodrama: - Use of sociodrama and psychodrama to enhance health care professionals competencies in patient management and help medical students improve their communication with patients	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Balboni et al.	2014	Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Spiritual care: - Description of best ways that health care professionals can provide spiritual care - 3 specific types included	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Balboni et al.	2014	Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Spiritual care examples: - Description of best ways that health care professionals can provide spiritual care (e.g. asking about a patient's spiritual background) - Specific examples included	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Balducci	2012	Death and dying: what the patient wants	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Follow up the needs of patients: - Health care professionals should pay attention to verbal and Communication with patients and informal caregivers by patient.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Bam et al.	2014	Nurses experiences in palliative care of terminally-ill HIV patients in a level 1 district hospital	Communication	Team communication	Multidisciplinary team Communication to reduce tension in the workplace: - Description of multidisciplinary team communication strategies to reduce tension in the workplace between health care professionals - Specific examples included	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)

Beernaert et al.		Improving comfort around dying in elderly people: a cluster randomised controlled trial	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	Care guide for the last days of life A multi-professional document that provides a guideline of care for the last days and hours of life This guide consists of four parts: (1) A document stating when the care guide was started (2) General information about the patient* (3) Points for attention—eg, “Is the patient free of any pain?” and “Are patient and family aware of the patient’s condition?” If answered “No”, there is room to explain why and what action is being taken. This part is checked and written down in the document every 4 h (4) A checklist for informing the family about death and discussing practical arrangements with them after the patient has died Health-care staff could decide at any time to stop the care guide for a particular patient Supportive documentation • A manual for health-care staff on how to use the care guide for the last days of life • An information leaflet for health-care staff about the care guide for the last days of life • Three leaflets for family carers about entering the dying phase, grief and bereavement, and facilities available on the acute geriatric ward Implementation guide Component 1: establishing the implementation project and preparing the environment Component 2: preparing the documentation Component 3: baseline review Component 4: training	2: Unfiltered Information (RCT)	
Chimluang et al.	2017	Effect of an intervention based on basic Buddhist principles on the spiritual well-being of patients with terminal cancer	Psychosocial and spiritual care	Religion	Buddhist principles: - Description of measures based on basic Buddhist principles include precept training, concentration training and wisdom training. The intervention comprised three sessions over three consecutive days. The participants were divided into groups of six to eight participants for the convenience of activities and discussion. - <i>Specific protocol/activities per day</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Cooke et al.	1996	Xerostomia - a review	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dry mouth: - Health care professionals should use alivary stimulants and gustatory stimuli (e.g.citrusproducts and chewing gum, to distinguish patients with reversible xerostomia)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Berlin et al.	1992	Audit of deaths in general practice: pilot study of the critical incident technique	Communication	Team communication	Critical incident technique: - Description of critical incident meetings for health care professionals in several steps - <i>Specific protocol provided</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Selman et al.	2018	Patients’ and caregivers’ needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Question guideline: - Measure consists of a question guideline to explore patients’ spritual background - <i>11 specific questions included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
de Vries	2004	Humility and its Practice in Nursing	Treatment of physical symptoms	Body care	Feet washing: - Measures consists of washing the feet in a bowl of water	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Sarafis et al.		Disclosing the Truth: A Dilemma between Instilling Hope and Respecting Patient Autonomy in Everyday Clinical Practice	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - COMMUNICATION	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Daaleman et al.	2008	An Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Communication with patients and informal caregivers: - Health care professionals being present for patient	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings

Downey et al.	2009	Three Lessons From a Randomized Trial of Massage and Meditation at End of Life: Patient Benefit, Outcome Measure Selection, and Design of Trials With Terminally Ill Patients	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Meditation/Massage: - Use of massage, guided meditation/visualization, or friendly visits provided by respectively, licensed massage therapists, licensed naturopathic physicians, or certified hospice volunteers.	2: Unfiltered Information (RCT) Mixed settings
Cole	2003	The Psychiatric Management of End-of-life Pain and Associated Psychiatric Comorbidity	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Recognizing depression in the terminally ill: - Description on how to recognize depression in the terminally ill and description of the role of psychiatry in end-of-life care (e.g. tearfulness, loss of appetite)	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Duggleby et al.	2007	Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Psychosocial hope intervention in the form of writing - Measure consists of writing as a psychological hope intervention in form of letters, a hope Collection and 'About Me' - Description of 3 forms of writing (Letters/Hope Collection/About Me)	2: Unfiltered Information (RCT) Hospital (outside of palliative care ward)
Fahner et al.		Interventions Guiding Advance Care Planning Conversations: A Systematic Review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - Advanced Care Planning	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Curtis et al.	2004	Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD	Communication	Guidances, approaches, concepts	Quality of communication questionnaire: - Description of how to communicate with terminally patients (e.g. giving full attention) - Specific recommendations	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (outside of palliative care ward)
Elias et al.	2008	Analysis of the nature of Spiritual Pain in terminal patients and the resignification process through the relaxation, mental images and spirituality (RIME) intervention	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Training program: - Descriptions of a training program on RIME Intervention for health care professionals to assess patients' spiritual pain - Specific training program	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (outside of palliative care ward)
de Stoutz et al.	1995	Reversible Delirium in Terminally Ill Patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Recommendation to rehydrate patients with delirium	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Dy		Enteral and Parenteral Nutrition in Terminally Ill Cancer Patients: A Review of the Literature	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - NUTRITION AND HYDRATION	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Detering et al.	2010	The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial	Communication	Advance care planning (ACP)	Respecting Choices®: - Description of an intervention for advance-care planning in end-of-life care considering illness, treatment options, and likely prognosis - Specific intervention protocol included	2: Unfiltered Information (RCT) Hospital (outside of palliative care ward)
McCaffery et al.	1992	Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Superficial massage: - Measure consists of superficial massage in the treatment of pain - Protocol with questions and important aspects	4: Background information, commentaries, expert opinions Mixed settings
McCaffery et al.	1992	Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Superficial heating: - Measure consists of superficial heating and cooling in the treatment of pain - Detailed instructions included	4: Background information, commentaries, expert opinions Mixed settings
McCaffery et al.	1992	Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Menthol application: - Measure consists of menthol application to skin to treat pain of terminally ill patients - Detailed instruction included	4: Background information, commentaries, expert opinions Mixed settings
McCaffery et al.	1992	Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Pain: - Measure consists of TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) intervention to treat pain of terminally ill patients - Detailed instruction included	4: Background information, commentaries, expert opinions Mixed settings
McCaffery et al.	1992	Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Pain: - Measure consists of positioning to treat pain of terminally ill patients - Detailed instruction included	4: Background information, commentaries, expert opinions Mixed settings

McCaffery et al.	1992	Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Pain: - Measure consists of movement to treat pain of terminally ill patients - <i>Detailed instruction included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	Mixed settings
Brännström et al.		Effectiveness of the Liverpool care pathway for the dying in residential care homes: An exploratory, controlled before-and-after study	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Clements-Cortés	2004	The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Music therapy to express emotions: - Description of the use of therapy to express emotions, including singwriting, song choice, singing, lyric analysis and discussion, improvisation and instrument playing.	4: Background information, commentaries, expert opinions	Mixed settings
Dobratz,		Life-Closing Spirituality and the Philosophic Assumptions of the Roy Adaptation Model	Additional: Projects	Trainingsprogramm	Roy Adaption Model:nursing theory	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Edmonds et al.	2003	'If only someone had told me . . .' A review of the care of patients dying in hospital	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Principles of a good death: - Description of principles of a good patients' death (e.g. to be afforded dignity and privacy) - <i>Specific principles included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospital (outside of palliative care ward)
Breitbart et al.	2008	Agitation and Delirium at the End of Life "We Couldn't Manage Him"	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Description of pharmacological and non-pharmacological interventions, including oxygen delivery, fluid and electrolyte administration, ensuring bowel and bladder function, nutrition, mobilization, pain treatment, frequent orientation, use of visual and hearing aids, and environmental modifications to enhance a sense of familiarity	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
McConnell et al.		Factors affecting the successful implementation and sustainability of the Liverpool Care Pathway for dying patients: a realist evaluation	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Ducloux et al.	2013	Promoting Sleep for Hospitalized Patients With Advanced Cancer With Relaxation Therapy: Experience of a Randomized Study	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	Improvement of Sleep: - Description of an intervention to improve patients' sleep including deep breathing exercises and instruction in somatic tension release, muscle relaxation training - <i>Intervention protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Fallowfield et al.	2002	Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care	Communication	Guidances, approaches, concepts	Information need of patients: - Description of information that terminally ill patients need for decision-making	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Bruera et al.	2014	Variations in Vital Signs in the Last Days of Life in Patients With Advanced Cancer	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Vital signs control in the last days of life: - No benefits of using vital parameters in the dying phase	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Galantin et al.	2019	Phenomenology of agony: a qualitative study about the experience of agony phenomenon in relatives of dying patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Tibetan Book of the Dead: - The Tibetan book of the dead helps informal caregivers in the care of the dying patient	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Galantin et al.	2019	Phenomenology of agony: a qualitative study about the experience of agony phenomenon in relatives of dying patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	Tibetan Book of the Dead: - Description of the use of the Tibetan Book of the Dead to recognize patients' dying phase	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice

Dy et al.		Getting services right for those sick enough to die	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	The gold standards framework incorporates end of life tools and resources into primary care practices, and it has already been adopted by more than 2000 primary care practices (covering a quarter of the UK population). ⁸ This programme asks doctors to identify patients using the “surprise” question, “Would you be surprised if this patient died within the next year?” Patients identified in this way then have different measures of quality than those needing routine acute and preventive care services. Good advance care planning, symptom relief, home support, and other services become priorities and targets for quality improvement for those on the framework registry, whether the patient dies next week or lives with serious illness for a few months or years.	4: Background information, commentaries, expert opinions
Dy et al.		Getting services right for those sick enough to die	Additional: Projects	Projekte	Phoenix care: Intervention:Optimal self management and home based case management incorporating palliative care and comprehensive advance care planning	4: Background information, commentaries, expert opinions
Dy et al.		Getting services right for those sick enough to die	Additional: Projects	Projekte	Phoenix care: Intervention:Optimal self management and home based case management incorporating palliative care and comprehensive advance care planning	4: Background information, commentaries, expert opinions
Dy et al.		Getting services right for those sick enough to die	Additional: Projects	Trainingsprogramm	PACE: Intervention: Adult day care; coordinated medical care provided by PACE physician; capitated to include all other care	4: Background information, commentaries, expert opinions
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	<u>Reflexology/Exercise/Lifestyle changes</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Whole-medical-system	<u>Acupuncture</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Yoga</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Hypnotherapy</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Aromatherapy</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	<u>Reiki</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	<u>Therapeutic Massage/Therapeutic Touch</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Complementary and alternative medicine (CAM)	Biologically based therapies	<u>Mega Vitamins/Dietary Supplements/ Herbal Medication</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice
Demmer et al.	2002	Assessing complementary therapy services in a hospice program	Psychosocial and spiritual care	Religion	<u>Prayer/Counseling</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice

Bush	2001	The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Palliative Nursing Touch: - Measure to enhance communication (arm touching), touch as noninvasive comfort measure (bathing, mobilising, hand-holding, massage)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Gagnon et al.	2012	Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Use of a special form about the patient's status concerning the following delirium risk factors, including a query to the health care professional about planned medication change to minimize subsequent delirium risk	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Gagnon et al.	2012	Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Delirium: - Education to informal caregivers about delirium and its symptoms, according to the American College of Physicians recommendations for avoiding symptoms of confusion in patients with advanced cancer	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Wright et al.	2015	Meaning-centered dream work with hospice patients: A pilot study	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Dream Work Sessions - dream interpretation procedure: - Description of sessions followed the dream interpretation procedure developed by Hill (1996; 2004) - <i>Detailed session protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Edwards	2014	Therapeutic Values Clarification and Values Development for End-of-Life Patients: A Conceptual Model	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Therapeutic Values Clarification and Values Development: A Conceptual Model: - Measure consists of a Therapeutic Values Clarification and Values Development for end-of-life patients - <i>Description of conceptual model</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Fainsinger et al.	1997	When to treat dehydration in a terminally ill patient?	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Artificial hydration: - Measure consists of recommendations and reasons against (e.g. parenteral fluids may prolong dying.) hydration - <i>Specific advantages and disadvantages listed</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Bradley et al.	2007	Core Competencies in Palliative Care for Surgeons: Interpersonal and Communication Skills	Communication	Guidances, approaches, concepts	Communication skills and individual steps: - Description of a communication model in 4 steps (e.g. help the patient to select a decision-maker) - <i>Protocol for patient-centered approach included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Davies et al.	2018	A cluster randomised feasibility trial of clinically assisted hydration in cancer patients in the last days of life	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Clinically assisted hydration	2: Unfiltered Information (RCT)	Mixed settings
Etkind et al.		Supporting patients with uncertain recovery: the use of the AMBER care bundle in an acute hospital	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	AMBER care bundle	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Ellershaw et al.		Care of the Dying: Setting Standards for Symptom Control in the Last 48 Hours of Life	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Integrated Care Pathways: The ICP has provided a means to measure symptom control in the dying patient and set standards of care, which is integrated into clinical practice	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Doppler et al.	2008	Dyspnoe-ein multifaktoriell bedingtes, multidimensionales Symptom	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea/Nursing measures: - Measures consisting of nursing measures to manage patients' dyspnoe (e.g. fresh air, create a calm environment) - <i>Specific suggestions included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Deschepper et al.	2006	Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flanders, Belgium	Communication	Shared-decision-making (SDM)	Steps for shared-decision-making: - Description of steps to conduct shared-decision-making (SDM) with terminally ill patients (e.g. is privacy assured?) - <i>9-step protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Home
Beach	1995	Caregiver Discourse: Perceptions of Illness-Related Dialogue	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Communication between informal caregiver and patient: - Description of a one-to-one training for informal caregivers to communicate with their terminally ill patients	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned

Cowan	2000	The Dying Patient	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Withdrawing or withholding treatments: - Recommendation that all treatment provided to the actively dying should focus on symptom relief and patient comfort, routine laboratory tests can be discontinued along with medications that require blood monitoring.	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Cowan	2000	The Dying Patient	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Communicating with the Patient and their informal caregivers about dying: - Description of recommendations to communicate with patients and their informal caregivers about death/dying (e.g. Health care professionals should determine who the patient considers family and what information should be discussed with others) - <i>Specific recommendations included</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Cowan	2000	The Dying Patient	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Treatment of pain: - Health care professionals should use of bladder and bowel care, mouth care as well as position changing and wound care to manage pressure point pain care.	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Cowan	2000	The Dying Patient	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dry mouth: - Health care professionals should make use of ice chips and swabbing the mouth with water-saturated sponges if patient has a painful dry mouth	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Cowan	2000	The Dying Patient	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea: - Health care professionals should make use of reassurance, breathing techniques, relaxation therapy and changes in position and enabling a cool breeze to the face	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Akazawa et al.	2010	Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Eliminate pain and other symptoms that restrict patient activity: - Description of an approach for pain and symptom management - <i>Specific protocols, recommendations and questions</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (palliative care ward)
Al-Qurainy et al.		Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - HOLLISTIC	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Austin et al.		Finding peace in clinical settings: A narrative review of concept and practice	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - CAM	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Barclay et al.	2007	Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News	Communication	Breaking bad news	Working with interpreters: - Use of interpreters in the communication between terminally ill patients and health care professionals (e.g. professional medical interpreters should be used, unless unavoidable) - <i>Specific suggestions included</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Bausewein	2016	The role of Palliative Care	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Recommendations for care of patients and informal caregivers: - Recommendation for the care of patients in the dying phase and their informal caregivers e.g. regarding aspects symptom assessment, communication	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Best et al.		Treatment of holistic suffering in cancer: A systematic literature review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - HOLLISTIC	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Booth et al.	1996	Perceived professional support and the use of blocking behaviours by hospice nurses	Communication	Communication with patients and informal caregivers	Training program: - 6 Training sessions for health care professionals to reduce blocking behavior of health care professionals - <i>Training protocol available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospice

Chochinov	2002	Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	<u>Dignity conserving care:</u> - Measure consists of dignity converting interventions for patients nearing death and with illness-related concerns regarding the subthemes: Symptom distress, Physical Distress; Dignity-Related Questions (e.g. What are your hopes and dreams for your loved ones?) - <i>Dignity psychotherapy question protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Biologically based therapies	<u>Vitamins, minerals and/or tonics</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Biologically based therapies	<u>Herbal remedies</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Meditation</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Relaxation Therapy</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Yoga</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	<u>Reiki</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Biologically based therapies	<u>Naturopathic Medicine</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	<u>Therapeutic Massages</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Biologically based therapies	<u>Shark Cartilage</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Whole-medical-system	<u>Acupuncture</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Mind-body-therapies	<u>Aromatherapy</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Other	<u>Faith Healing</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Correa-Velez et al.	2003	Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life	Complementary and alternative medicine (CAM)	Whole-medical-system	<u>Homeopathy</u>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)

Craun et al.	1997	Hospice care of the psychotic patient	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Dealing with psychiatric/psychotic patients: - Description of care of psychiatric or psychotic patients considering the aspects little support of informal caregivers, delusions/hallucinations, touching/potential for aggression, atypical response to pain, unusual speech, vulnerability to exploitation	4: Background information, commentaries, expert opinions	Hospice
Freeman et al.	2006	Music thanatology: Prescriptive harp music as palliative care for the dying patient	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Music therapy, Harp Music: - Measures consists of music therapeutical interventions using harp music	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Guerrero-Torrelles et al.		Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - MEANING IN LIFE	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Hosoi et al.	2020	Variations in vital signs at the end of life in non-cancer patients: a retrospective study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	Vital parameters: - Changes in blood pressure and oxygen saturation have potential as indicators of prognosis within three days of death	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Kernohan et al.	2007	An evidence base for a palliative care chaplaincy service in Northern Ireland	Psychosocial and spiritual care	Religion	Involving chaplains: - Collection of topics to reflect patients' life when involving chaplain - <i>Specific list included in table 4</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Kingdon et al.		What is the impact of clinically assisted hydration in the last days of life? A systematic literature review and narrative synthesis	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - HYDRATION AND NUTRITION	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Law	2009	Bridging worlds': meeting the emotional needs of dying patients	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Bridging worlds: - Intervention for health care professionals to assess emotional needs of dying patients by bridging their dying and outside world - <i>Figure available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Home
Lethborg et al.	2008	Meaning in adjustment to cancer: a model of care	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Goals of care: - Description of aspects to consider for goals-of-care: acknowledging suffering, encouraging a search for meaning, strengthening connection with others and ensuring optimal physical care	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Magnani et al.	2019	Oral Hygiene Care in Patients With Advanced Disease: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Oral care: - Mouth washing with chlorhexidine 0.12% cloths without alcohol, toothbrush and toothpaste, and gauzes soaked with a solution of sodium bicarbonate and water for oral care	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice

Main et al.	The development of an Integrated Care Pathway for all patients with advanced life-limiting illness - the Supportive Care Pathway	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	<p>Plan of expected clinical care: It is a holistic document which contains prompts to ensure all aspects of care are addressed, both in an initial medical and nursing assessment and a daily assessment sheet. It also contains prompts to ensure adverse events are planned for, including imminent death. It encourages daily review of all medications and other treatments</p> <p>Along a timeline Entry criteria to the pathway have been developed. Those not expected to survive the episode of care are placed on it immediately. Those with a life-limiting illness (as described above) who are admitted following an acute episode, who, though not terminal, are not expected to survive the next 12 months, are considered for inclusion after 48 hours, when the initial acute problem has been dealt with</p> <p>It is a multidisciplinary document There are prompts within both the initial assessment and the daily sheet to invoke the help of other health care professionals, including physiotherapist, dietician, occupational therapist and speech and language therapist. All appropriate members of the multidisciplinary team are involved in the decision to consider commencing a particular patient on the pathway. This, however, must include a senior member of staff</p> <p>It forms the actual clinical record The pathway is the core documentation for that episode of care. All staff involved in that patient's care, including out of hours staff or those asked for specialist advice, should write in it. However, other documents can be added to it, e.g. manual handling</p>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Main et al.	The development of an Integrated Care Pathway for all patients with advanced life-limiting illness - the Supportive Care Pathway	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	<p>Plan of expected clinical care: It is a holistic document which contains prompts to ensure all aspects of care are addressed, both in an initial medical and nursing assessment and a daily assessment sheet. It also contains prompts to ensure adverse events are planned for, including imminent death. It encourages daily review of all medications and other treatments</p> <p>Along a timeline Entry criteria to the pathway have been developed. Those not expected to survive the episode of care are placed on it immediately. Those with a life-limiting illness (as described above) who are admitted following an acute episode, who, though not terminal, are not expected to survive the next 12 months, are considered for inclusion after 48 hours, when the initial acute problem has been dealt with</p> <p>It is a multidisciplinary document There are prompts within both the initial assessment and the daily sheet to invoke the help of other health care professionals, including physiotherapist, dietician, occupational therapist and speech and language therapist. All appropriate members of the multidisciplinary team are involved in the decision to consider commencing a particular patient on the pathway. This, however, must include a senior member of staff</p> <p>It forms the actual clinical record The pathway is the core documentation for that episode of care. All staff involved in that patient's care, including out of hours staff or those asked for specialist advice, should write in it. However, other documents can be added to it, e.g. manual handling</p>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)

Main et al.	The development of an Integrated Care Pathway for all patients with advanced life-limiting illness - the Supportive Care Pathway	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	<p>Plan of expected clinical care: It is a holistic document which contains prompts to ensure all aspects of care are addressed, both in an initial medical and nursing assessment and a daily assessment sheet. It also contains prompts to ensure adverse events are planned for, including imminent death. It encourages daily review of all medications and other treatments</p> <p>Along a timeline Entry criteria to the pathway have been developed. Those not expected to survive the episode of care are placed on it immediately. Those with a life-limiting illness (as described above) who are admitted following an acute episode, who, though not terminal, are not expected to survive the next 12 months, are considered for inclusion after 48 hours, when the initial acute problem has been dealt with</p> <p>It is a multidisciplinary document There are prompts within both the initial assessment and the daily sheet to invoke the help of other health care professionals, including physiotherapist, dietician, occupational therapist and speech and language therapist. All appropriate members of the multidisciplinary team are involved in the decision to consider commencing a particular patient on the pathway. This, however, must include a senior member of staff</p> <p>It forms the actual clinical record The pathway is the core documentation for that episode of care. All staff involved in that patient's care, including out of hours staff or those asked for specialist advice, should write in it. However, other documents can be added to it, e.g. manual handling</p>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Main et al.	The development of an Integrated Care Pathway for all patients with advanced life-limiting illness - the Supportive Care Pathway	Additional: Guidelines and end-of-life programs	End-of-life Program	<p>Plan of expected clinical care: It is a holistic document which contains prompts to ensure all aspects of care are addressed, both in an initial medical and nursing assessment and a daily assessment sheet. It also contains prompts to ensure adverse events are planned for, including imminent death. It encourages daily review of all medications and other treatments</p> <p>Along a timeline Entry criteria to the pathway have been developed. Those not expected to survive the episode of care are placed on it immediately. Those with a life-limiting illness (as described above) who are admitted following an acute episode, who, though not terminal, are not expected to survive the next 12 months, are considered for inclusion after 48 hours, when the initial acute problem has been dealt with</p> <p>It is a multidisciplinary document There are prompts within both the initial assessment and the daily sheet to invoke the help of other health care professionals, including physiotherapist, dietician, occupational therapist and speech and language therapist. All appropriate members of the multidisciplinary team are involved in the decision to consider commencing a particular patient on the pathway. This, however, must include a senior member of staff</p> <p>It forms the actual clinical record The pathway is the core documentation for that episode of care. All staff involved in that patient's care, including out of hours staff or those asked for specialist advice, should write in it. However, other documents can be added to it, e.g. manual handling</p>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
May	1995 To call it work somehow demeans it': the social construction of talk in the care of terminally ill patients	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	<p>Generic advices: - Collection of generic advices for the care of terminally ill patients from authors' perspective (e.g. building relationships, communicating)</p>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports) Hospital (outside of palliative care ward)

McKay et al.	2002	Enhancing palliative care through Watson's carative factors	Communication	Guidances, approaches, concepts	Human caring: - Measure consists of the use of Watson's theory of human caring, and in particular her carative factors for health care professionals caring for dying patients and their informal caregivers - Detailed description of principles for carative factors included in table 1	4: Background information, commentaries, expert opinions	Mixed settings
Stagg et al.		Best practices for the nonpharmacological treatment of depression at the end of life	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DEPRESSION	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Srinonprasert et al.	2019	Perspectives regarding what constitutes a "good death" among Thai nurses: A cross-sectional study	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Good-Death: - Principles for a good death for patients and their informal caregivers - 13 example principles available	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Slawnych	2020	Management of the Dying Cardiac Patient in the Last Days and Hours of Life	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Measures specific to dying cardiology patients: - Description of specifics in the care of dying cardiology patients (e.g. regarding symptom management, medications, dyspnea, pain, nausea)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Shuber et al.	2020	Hospice Photography's Effects on Patients, Families, and Social Work Practice	Complementary and alternative medicine (CAM)	Creative therapies	Hospice photography: - Description of photography's effects on patients' end-of-life experiences, informal caregivers' experiences with hospice, consisting of hand photography, fine art hospice photography and exhibitions, photovoice, photographic portraits, photography and legacy	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Yamagishi et al.	2009	Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Workshop/Training for staff - Artificial Hydration/Nutrition: - Description of a workshop for health care professionals consisting of a pretest (10 minutes), a lecture about the development process of the guideline (10 minutes), an interactive seminar about recommendations for physical symptoms (60 minutes), recommendations for psychosocial support (60 minutes), recommendations for ethical decisions (60 minutes), an interactive discussion using vignette presentations (60 minutes), free discussion as a group and individual (30 minutes), and a post-test (10 minutes) - Training description available	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Yamagishi et al.	2009	The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Support for informal caregivers: - Description of 4 principles for care of informal caregivers regarding 1) relieving the family members' sense of helplessness and guilt, 2) providing up-to-date information about hydration and nutrition at the end of life, 3) understanding family members' concerns and providing emotional support, and 4) relieving the patient's symptoms. - Detailed description of principles available	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Yamagishi et al.	2009	The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Educating: - Providing appropriate information about hydration and nutrition at the end of life	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Yamagishi et al.	2009	The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Educating and involving patients and informal caregivers	Understanding informal caregivers concerns and providing emotional support: - Description of the need of health care professionals to care for informal caregivers, especially emotional support and the role of artificial hydration and nutrition.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)

Wu	2020	Pain talk in hospice care: a conversation analysis	Communication	Guidances, approaches, concepts	Physician-patient-communication: - Description of key elements of physician-patient communication for any setting - <i>Detailed description available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Wu et al.	2021	To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Artificial hydration: - Discussion of benefits of artificial hydration	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Wood et al.	1997	Problem-solving therapy in palliative care	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Problem solving: - Description of a simple psychological problem-solving (PST) treatment of emotional disorders and for major depressive disorders - <i>Description of 6 stages of PST available</i>	2: Unfiltered Information (RCT)	Home
Schmeling-Kludas	2006	[Doctor's role and communication with the dying]	Communication	Guidances, approaches, concepts	Physician role in communicating: - Description of physician's role in palliative care, including the perspective of the affected patients and their informal caregivers. First, the physician should be responsible to understand patient's treatment decisions and secondly, should gather sufficiently inform the patient about treatment decisions - <i>Description and 11 suggestions included</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Board et al.	2013	Treatment for lymphorrhoea in limbs and in advanced disease	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Measure for lymphorrhoea of the limbs, 5 steps - with workshop: - Description of treatment for lymphorrhoea of the limbs in 5 steps and required materials - <i>Detailed description of materials and steps available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospice
Kacel et al.	2011	Understanding Bereavement: What Every Oncology Practitioner Should Know	After death	Bereavement care	Grief surrounding time of death: - Description of providing care and support for grieving informal caregivers after patient's death including clinical support from health care professionals, interventions and treatments for grief, psychodynamic and interpersonal treatments, cognitive behavioral therapy, group-oriented therapeutic approaches, family and internet-based therapy, psychopharmacological treatments, treatments for PGD - <i>Detailed description available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Salem et al.	2013	Breaking Bad News: Current Prospective and Practical Guideline for Muslim Countries	Communication	Breaking bad news	Breaking bad news and religion: - Description of breaking bad news so Muslim informal caregivers in 7 steps (e.g. For very religious patients: Health care professionals should elaborate religious statements such as, "Everything is in the hands of God") - <i>Detailed description of 7 steps available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ripamonti et al.	2002	Respiratory problems in advanced cancer	Treatment of physical symptoms	Symptom management	General support measures: - Description of general support measures to treat dyspnea, hemoptysis for terminally ill patients - <i>Description available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Pralong et al.		[Depression, anxiety, delirium and desire to die in palliative care : Recommendations of the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer]	Additional: Guidelines and end-of-life programs	Guidelines and Consensus Reports	S3-Leitlinie	4: Background information, commentaries, expert opinions	
Pralong et al.	2020	[Depression, anxiety, delirium and desire to die in palliative care : Recommendations of the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer]	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Depression: - Recommendation to explore the potential presence of depression in terminally ill patients, e.g. using non-drug treatments next to therapeutic offers	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Pralong et al.	2020	[Depression, anxiety, delirium and desire to die in palliative care : Recommendations of the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Anxiety: - Recommendation to alleviate anxiety for patients with depressive symptoms, focussing on triggering and reinforcing anxiety and fears	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Pralong et al.	2020	[Depression, anxiety, delirium and desire to die in palliative care : Recommendations of the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Recommendation to ensure a quiet environment, to communicate calmly, ensure care continuity and the use of haloperidol in combination with a benzodiazepine	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Pralong et al.	2020	[Depression, anxiety, delirium and desire to die in palliative care : Recommendations of the S3 guideline on palliative care for patients with incurable cancer]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Death wishes: - Guidance with four-stage approach on the discussion of death wishes with palliative patients - <i>Detailed guidance available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Angheluta et al.	2020	When and how clinical nurses adjust nursing care at the end-of-life among patients with cancer: Findings from multiple focus groups	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Awareness for and recognizing dying phase	Therapy goal adjustment end-of-life adjustments: - Description of implementing and adjusting care plans for terminally ill patients (e.g. detecting the "turning point") - <i>Detailed description available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Arnold et al.	2004	Breaking the "bad" news to patients and families: preparing to have the conversation about end-of-life and hospice care	Communication	Breaking bad news	When to think about hospice: - Description of core indicators when to transfer patients in the final stages of life into hospice care - <i>Indicators and examples available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ross et al.	2001	Management of common symptoms in terminally ill patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Constipation: - Recommendation for treatment of constipation for terminally ill patients, including aspects on normal bowel movement, medication, surgical treatment and prophylaxis - <i>Detailed description available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ross et al.	2001	Management of common symptoms in terminally ill patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Delirium: - Description of nonpharmacologic interventions: keep the patient calm, informal caregiver stays with the patient to keep the patient calm and prevent physical harm; if required, sedation can be carried out.	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Ross et al.	2001	Management of common symptoms in terminally ill patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea: - Description of non-pharmacologic therapy and treatment of dyspnea (e.g. promote good air movement around the patient) - <i>Detailed measures available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Kvalheim et al.	2019	Randomized controlled trial of the effectiveness of three different oral moisturizers in palliative care patients	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dry Mouth: - Measures consists of lubricating lips with vaselina cleaning mucosa to treat dry mouth. - <i>Detailed description available</i>	2: Unfiltered Information (RCT)	Mixed settings
Stirling et al.	2014	A tool to aid talking about dementia and dying-development and evaluation	Communication	Guidances, approaches, concepts	Discussion tool: - Discussion tool to help health care professionals to know "what to say"	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Best et al.	2014	The doctor's role in helping dying patients with cancer achieve peace: a qualitative study	Communication	Guidances, approaches, concepts	Doctors role: - Health care professionals should inform patients and informal caregivers about expecting changes in the dying phase	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Walter	1997	The ideology and organization of spiritual care: three approaches	Psychosocial and spiritual care	Religion	Religious care: - 3 approaches (religious approach, calling in the chaplain, search for meaning) - <i>Specific examples included, for example: Advantages and disadvantages of calling in the chaplain</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned

Walter	1997	The ideology and organization of spiritual care: three approaches	Psychosocial and spiritual care	Spiritual care	Spiritual care: - Description of the importance for all health care professionals involved in patient care to provide spiritual care	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Vuksanovic et al.	2017	Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Life review (LR)/Dignity therapy (DT)	2: Unfiltered Information (RCT)	Mixed settings
Van Loon	1999	Desire to die in terminally ill people: a framework for assessment and intervention	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Desire to die: - Description of the assessment of desire to die in 4 categories (e.g. dealing with chronicity) - <i>Detailed assessment available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Slatyer et al.	2015	Finding privacy from a public death: a qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Setting of the interior and behavior in the patients' room	Setting of the room: - Description of a patient room in an acute oncology/haematology ward to provide palliative care (e.g. walls are painted in pastel colors with framed prints to create a homely ambiance) - <i>Detailed description and audit tool of the room available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (outside of palliative care ward)
Sky et al.	1978	Continuing care of the terminally ill	Recognition of the dying phase / Adaptation of therapeutic goals	Generic advices	Goals of care: - Description of goals-of-care (e.g. Always relieve pain) - <i>3 main goals listed</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Sky et al.	1978	Continuing care of the terminally ill	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dry Mouth: - Measures to treat dry mouth (e.g. ice chips, mouth washes)	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Sky et al.	1978	Continuing care of the terminally ill	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dysphagia: - Measure consist of pureed food and medication, small, frequent amounts of food and liquids and Xylocaine jelly for esophagitis to treat dysphagia	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Sky et al.	1978	Continuing care of the terminally ill	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Nausea: - Measure consist of regular antiemetics, antihistamines-oral, rectal, intramuscular for nausea and preventing/controlling constipation	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Sky et al.	1978	Continuing care of the terminally ill	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea: - Measure consists of the use of oxygen, thoracentesis if pleural effusion, anxiolytics with analgesics, bronchospasm, oxtriphylline (Choledyl), salbutamol (Ventolin) and theophylline by mouth, IV or suppositories	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Schwarz	2003	Understanding and responding to patients' requests for assistance in dying	Communication	Guidances, approaches, concepts	Communication: - Description of major themes to adress when patients are seeking for aid - <i>Detailed description included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Sanchez-Reilly et al.		Using a pilot curriculum in geriatric palliative care to improve communication skills among medical students	Additional: Projects	Trainingsprogramm	1-month long elective geriatric palliative care course regarding communication with terminally ill patients for medical students Description of the geriatric palliative care elective curriculum - 1 day pe week for 4 weeks - for fourth-year medical students - day1: concepts about hospice, palliative care, geriatric medicine, and the importance of an interdisciplinary team approach in end-of-life care - day2: pain and othersymptom management with interactive lectures and case examples, SPIKES model, discussions with terminally ill patients - day3: inpatient setting doing geriatric consultation and inpatient hospice care - day4: reviewing case studies in delivering bad news, personal reflection	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	

Pisani et al.		Management of Dyspnea in the Terminally Ill	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DYPSPNEA	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Pastrana et al.		[Recommendations for death rattle]	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - DYPSPNEA	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Leon et al.	1999	Development of a statewide protocol for the prehospital identification of DNR patients in Connecticut including new DNR regulations	Communication	Advance care planning (ACP)	DNR-wrist: - Description of a DNR-Wrist, consisting of an identification bracelet immediately visibly to health care professionals indicating the patient's DNR status - <i>DNR form included in figure 1</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	not mentioned
Osaka et al.	2009	Endocrinological evaluations of brief hand massages in palliative care	Complementary and alternative medicine (CAM)	Manipulative-body-therapies	Massage: - Description of a 5-minute massage provided by a qualified psychotherapist and licensed massage therapist for terminally ill patients - <i>Massage protocol included</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)
Otani et al.	2014	Effect of leaflet-based intervention on family members of terminally ill patients with cancer having delirium: historical control study	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Delirium: - Description of a leaflet by a multidisciplinary team of health care professionals including palliative care physicians and nurses as well as psychiatrists, on the basis of results from the previous studies for the communication about delirium with informal caregivers - <i>Leaflet available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Paice et al.		Appraisal of the Graduate End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program	Additional: Projects	Trainingsprogramm	The ELNEC-Graduate Program is a national initiative that effectively improves faculty expertise in EOL care and expands palliative care content within graduate nursing curricula.	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	
Binsack	2001	[Dyspnea in the terminal stage]	Treatment of physical symptoms	Symptom management	Dyspnea: - Description of measures performed by respiratory gymnastics to treat dyspnea for patients in palliative care and abstract measures (e.g. health care professionals should demonstrate calmness to ease the situation) - <i>Detailed description available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Binsack	2011	[Dyspnea in the terminal stage]	Treatment of physical symptoms	Educating and involving informal caregivers	Dyspnea: - Recommendation to consider the psychosocial dimension of the symptom of dyspnea / death rattle for terminally ill patients	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Borasio et al.	1998	Breaking the news in amyotrophic lateral sclerosis	Communication	Breaking bad news	Suggestions on how to break the news in amyotrophic lateral sclerosis (ALS) patients: - Recommendation for health care professionals on how to break bad news to patients and their informal caregivers (e.g. patient should have space for questions) - <i>Detailed suggestions and examples available</i>	4: Background information, commentaries, expert opinions	not mentioned
Phillips et al.		End-of-life care pathways in acute and hospice care: an integrative review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - INTEGRATED CARE PATHWAYS	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)	
Mok et al.	2004	Nurse-patient relationships in palliative care	Communication	Guidances, approaches, concepts	Development of a trusting and connected relationship: - Measure consists of a description of the development of a good relationship between patients and their health care professionals, including understanding the patient's needs; displaying caring actions and caring attitudes; providing holistic care; and acting as the patient's advocate	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Mixed settings
Steinhauser et al.	2016	The feasibility and acceptability of a chaplain-led intervention for caregivers of seriously ill patients: A Caregiver Outlook pilot study	Psychosocial and spiritual care	Psychotherapeutic care	Manualized chaplain-led intervention to improve well-being of informal caregivers: - Measure consist of a manual for chaplain-led intervention to improve well-being of informal caregivers in three sessions - <i>Description of sessions available</i>	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)	Hospital (palliative care ward)

Stevenson et al.	2004	Managing comorbidities in patients at the end of life	Communication	Guidances, approaches, concepts	Patients perceptions and health care professionals possible responses: - Description of possible patients perceptions and responses health care professionals can use (e.g. "I am not going to abandon you. I will continue to treat you, focusing on maximising your comfort and independence, and minimising side effects from the drugs you are on") - <i>Quotes and perceptions and responses included in table 1</i>	4: Background information, not mentioned commentaries, expert opinions
Stiefel et al.	2006	Informing about diagnosis, relapse and progression of disease--communication with the terminally ill cancer patient	Communication	Breaking bad news	Breaking bad news to the psychologically vulnerable patient: - Guidance and recommendations for health care professionals to break bad news to psychologically vulnerable patients (e.g. "Ask the patient about the aspects and degree of details he/she wishes to know", "use understandable words, avoid "jargon") - <i>Detailed recommendations included</i>	4: Background information, Hospital (outside of palliative care ward) commentaries, expert opinions
Walshe et al.		Implementation and impact of the Gold Standards Framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	GoldStandards Framework (GSF)	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Grossmann et al.		Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - HYPNOSIS	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Huang et al.		Effect of Life Review on Quality of Life in Terminal Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis.	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - LIFE REVIEW	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Rajmakers et al.		Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - HYDRATION AND NUTRITION	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Rajasekaran et al.		Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients.	Additional: (Systematic) reviews		SYSTEMATIC REVIEW - HYPNOSIS	1: Filtered Information ((Systematic) reviews)
Taylor		Improving practice with the Liverpool Care Pathway	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Twigger et al.		Hospital doctors' understanding of use and withdrawal of the Liverpool Care Pathway: A qualitative study of practice-based experiences during times of change	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Veerbeek et al.		The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Davis et al.		Care of the dying: how do we replace the Liverpool Care Pathway?	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Duffy et al.		The Liverpool Care Pathway: does it improve quality of dying? [corrected]	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)

Gambles et al.	How is agitation and restlessness managed in the last 24 h of life in patients whose care is supported by the Liverpool care pathway for the dying patient?	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Wilkinson et al.	Evaluating the Liverpool Care Pathway for care of the terminally ill in rural Australia	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Mayland et al.	Does the 'Liverpool Care Pathway' facilitate an improvement in quality of care for dying cancer patients?	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Middleton-Green	End-of-life care after the Liverpool Care Pathway	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	Liverpool Care Pathway	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)
Koffman et al.	Managing uncertain recovery for patients nearing the end of life in hospital: a mixed-methods feasibility cluster randomised controlled trial of the AMBER care bundle	Additional: Guidelines and end-of-life-programs	End-of-life Program	AMBER care bundle	3: Unfiltered Information (cohort studies, case-controlled studies, case series, and case reports)

Anlage 4: Aktenanalyseinstrument

Demographic data & clinical characteristics

Items (n=11)	Option
a. How old was the patient, when the patient died?	18- 115 years
b. What was the patients' gender?	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Divers
c. Which date of death is documented?	dd.mm.yy
d. When was death recorded?	<input type="checkbox"/> 0-4 am <input type="checkbox"/> 4-8 am <input type="checkbox"/> 8-12 am <input type="checkbox"/> 12-4 pm <input type="checkbox"/> 4-8 pm <input type="checkbox"/> 8- 0 pm
e. On which date was the patient admitted to the ward where the patient died?	dd.mm.yy
f. Which ICD-10 diagnosis group* is the patient most likely to be classified in?	<input type="checkbox"/> Malignant neoplasm <input type="checkbox"/> Diseases of the circulatory system <input type="checkbox"/> Diseases of the nervous system <input type="checkbox"/> Diseases of the respiratory system <input type="checkbox"/> Diseases of the digestive system <input type="checkbox"/> Diseases of the genitourinary system <input type="checkbox"/> Endocrine, nutritional or metabolic diseases <input type="checkbox"/> Injury, poisoning or certain other consequences of external causes <input type="checkbox"/> Certain infectious or parasitic diseases <input type="checkbox"/> Mental or behavioural disorders <input type="checkbox"/> Covid-19
g. What was the cause of death? (according to death certificate)	<input type="checkbox"/> Infection, sepsis <input type="checkbox"/> Heart failure, cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> Respiratory failure <input type="checkbox"/> Bleeding, haemorrhagic shock <input type="checkbox"/> Cerebral cause of death <input type="checkbox"/> Other
h. Did the patient die during surgery or after unsuccessful resuscitation?	<input type="checkbox"/> Yes, death during surgery <input type="checkbox"/> Yes, death after resuscitation <input type="checkbox"/> No
i. Was the patient adequately able to communicate?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Partly
j. Are there indicators of people who are involved in the process besides the patient?	<input type="checkbox"/> Informal caregivers <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> No
k. Are there any notes that a living will and/or a power of attorney was available for the health care staff?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patient able to communicate

Domain 1: Dying process and death

Items (n=8)	Option	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
1.1 Nursing notes		
a. Are there any notes about the re-evaluation of care decisions and interventions in the dying phase in the nursing notes?	<input type="checkbox"/> Yes, once <input type="checkbox"/> Yes, several times <input type="checkbox"/> No	19.6
b. Are there any notes about the dying process in the nursing notes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Stopping of intensive care therapy	19.1 19.2
c. Are there any notes about the occurrence of death in the nursing notes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
d. Are there any notes about the time after death in the nursing notes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
1.2 Physicians' notes		
a. Are there any notes about the re-assessment of care decisions and interventions in the dying phase in the physician's notes?	<input type="checkbox"/> Yes, once <input type="checkbox"/> Yes, several times <input type="checkbox"/> No	19.6
b. Are there any notes about the dying process in the physician's notes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Stopping of intensive care therapy	19.1 19.2
e. Are there any notes about the moment of death in the physician's notes n?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
c. Are there any notes about the time after death in the physician's notes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Domain 2: Medication and interventions

Items (n=15)	Option	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
2.1 Monitoring and treatment		
a. Was an implanted cardioverter-defibrillator (ICD) deactivated?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ICD <input type="checkbox"/> No information about de-activation	19.36
b. Were vital signs routinely measured and documented?	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	19.33 19.34
c. Was the blood glucose level (routinely) monitored?	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	
d. Was oxygen therapy given?	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	8.18
e. Was antibiotic therapy given?	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	19.31 19.33
f. Has dialysis/peritoneal dialysis or hemofiltration been performed? (7 days prior death)	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	19.33
g. Was mechanical ventilation been performed? (7 days prior death)	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	19.33
h. Has chemotherapy/immunotherapy/oral tumour therapy/radiotherapy been administered? (14 days prior death)	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	19.32 QI 6
2.2 Medication for symptom control		
a. Were medications of the following substance classes prescribed?	<input type="checkbox"/> Opioids <input type="checkbox"/> Antipsychotics <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Anticholinergics <input type="checkbox"/> Multiple answers <input type="checkbox"/> No	19.17 19.28 19.31

b. Were medications of the following substance classes administered?	<input type="checkbox"/> Opioids <input type="checkbox"/> Antipsychotics <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Anticholinergics <input type="checkbox"/> Multiple answers <input type="checkbox"/> No	
2.3 Sedation		
a. Was "palliative sedation" carried out?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not reported	19.31 19.37
b. Was deep continuous sedation, that was started before the dying process, carried out?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not reported	
2.4 Artificial nutrition and hydration		
a. Are there any notes that the need for artificial nutrition or hydration was assessed?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	19.38
b. Are there any notes that artificial nutrition was administered enteral or parenteral?	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	
c. Are there any notes that artificial hydration was administered?	<input type="checkbox"/> Not planned <input type="checkbox"/> Stopped <input type="checkbox"/> Continued <input type="checkbox"/> Started <input type="checkbox"/> Not reported	

Domain 3: Information and involvement of patients and informal caregivers

Items (n=20)	Option	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
3.1 Patients' information about impending death		
a. Are there any notes that the patient was informed that the patient is dying?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not able to communicate	19.7
b. Are there any notes that the patient was informed about changes to be expected in the dying phase?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not able to communicate	
c. Are there any notes how the patient reacted to the impending death?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not able to communicate	
3.2 Informal caregivers' information about patients' impending death		
a. Are there any notes that the informal caregivers were informed that the patient is dying?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	19.7
b. Are there any notes that the informal caregivers were informed about changes to be expected in the dying phase?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	
c. Are there any notes on how the informal caregivers reacted on patients impending death?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	
3.3 Involvement and support of informal caregivers		
a. Are there any notes that the informal caregivers could participate in the care of the dying patient according to their resources and wishes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	19.5
b. Are there any notes that the informal caregivers received support offers from health care professionals?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	19.8
3.4 Involvement and consideration of patients' wishes		
a. Are there any notes that the patient had the opportunity to talk about wishes or aspects important to him?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not able to communicate	19.5
b. If the patient has not been able to verbalize: Are there any notes that the patient's wishes, feelings and needs were observed and assessed through facial expressions, gestures, breathing, muscle tone, eye contact, movement patterns, reactions, and para-verbal sounds?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patient able to communicate	19.9

c. Are there any notes that the expressed patient's wishes, principles were considered in the treatment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3.5 Shared decision making		
a. Are there any notes whether the goal-of-care was agreed with the patient?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patient not able to communicate	19.5 4.7
b. Are there any notes that the presumed will of the patients who was unable to communicate has been assessed?	<input type="checkbox"/> Yes, via living will <input type="checkbox"/> Yes, via informal caregivers <input type="checkbox"/> Yes, via health care professionals <input type="checkbox"/> Yes, via legal guardian <input type="checkbox"/> Yes, multiple answers <input type="checkbox"/> No	
c. Are there any notes whether goals of care were agreed with informal caregivers?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	
3.6 Informal carers' presence at patients' death		
a. Are there any notes that informal caregivers were present when the patient died?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	19.40
b. Are there any notes that informal caregivers, that were not present when the patient died, were able to say goodbye?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	
3.7 Information of informal caregivers about patient's death		
a. Are there any notes that informal caregivers were informed the patient's death?	<input type="checkbox"/> Yes, nurse <input type="checkbox"/> Yes, physician <input type="checkbox"/> Yes, others <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	19.39
b. Are there any notes about the circumstances of the information about the patient's death to the informal caregivers?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	
3.8 Indications after death		
a. Are there any notes of what happened after patients' death?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	19.40 19.41
b. Are there any notes that the informal caregivers were informed about the next steps after patient's death?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	
c. Is there information that informal caregivers were able to say goodbye in accordance to their needs and resources after patients' death?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informal caregivers	

Domain 4: Symptom assessment

Items (n=3)	Option	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
Assessment of pain and other symptoms		
a. Were symptoms assessed?	<input type="checkbox"/> Yes, via clinical evaluation <input type="checkbox"/> Yes, via assessment tool <input type="checkbox"/> Yes, via both clinical evaluation and assessment tool <input type="checkbox"/> No	
b. Please use free text to list the symptoms that were assessed clinically: e.g. anxiety, breathlessness, sleep disturbances, delirium	<i>Free text</i>	QI 2 9.1 9.2 9.3 19.12 19.14 19.25 19.26
c. Was a symptom assessment carried out?	<input type="checkbox"/> Yes, via NRS <input type="checkbox"/> Yes, via MIDOS <input type="checkbox"/> Yes, via IPOS <input type="checkbox"/> Yes, via HOPE <input type="checkbox"/> Yes, via VAS <input type="checkbox"/> Yes, via VRS <input type="checkbox"/> Yes, via Delir Score <input type="checkbox"/> Yes, via Smiley-Scale <input type="checkbox"/> Yes, via BPS <input type="checkbox"/> Yes, via another tool <input type="checkbox"/> Multiple answers <input type="checkbox"/> No	

Domain 5: Involvement of specialized palliative care (7 days prior death)

Items (n=1)	Option	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
Was the hospital palliative care support team involved in the patients' care?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	QI 11

Domain 6: Goals-of-care

Items (n=8)	Option	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
6.1 Change of goals-of-care		
a. Was a change of goal-of-care documented?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Termination of resuscitation/surgery	4.7 6.15 6.16 6.17 6.18 6.19 19.43
b. Are there any notes, that escalation / enouncement of life-sustaining therapy and interventions has been determined?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
c. Are there any notes, that de-escalation/enouncement of life-prolonging or -sustaining therapy has been determined?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
d. Are there any notes, that escalation or new life-prolonging or -sustaining therapy has been determined?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
e. Please use free text to list terms that were used to describe the naming of superordinate concepts, e.g. symptom-orientated therapy, palliative therapy, best-supportive care?	<i>Free text answer</i>	
f. At which time took the change of goal-of-care place?	<input type="checkbox"/> 0-23h prior death <input type="checkbox"/> 24-47h prior death <input type="checkbox"/> 48-72h prior death <input type="checkbox"/> >72h prior death <input type="checkbox"/> No change of goal-of-care <input type="checkbox"/> Not reported	
g. At what time was Do-Not-Resuscitate (DNR)/ Do-Not-Intubate established (DNI)?	<input type="checkbox"/> <i>Before 3 days prior death</i> <input type="checkbox"/> <i>During the last 3 days prior death</i> <input type="checkbox"/> <i>No DNR/DNI documented</i> <input type="checkbox"/> <i>Not reported</i>	
6.2 Holistic approach		
a. Are there any notes that other dimensions beyond the physical one was considered in care decisions and interventions?	<input type="checkbox"/> Yes, following dimensions <input type="checkbox"/> No	19.4 19.30

Domain 7: Continuity of care		
Item (n=2)	Value	Guideline Recommendation Number (EC) or Quality indicator (QI)
7.1 Number of nurses	<input type="checkbox"/> 1-x <input type="checkbox"/> Not reported	19.16 19.27
7.2 Number of physicians	<input type="checkbox"/> 1-x <input type="checkbox"/> Not reported	

**Categories according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10) [ICD-10 Version:2016 \(who.int\)](http://www.who.int)*

Added after application phase

Deleted

StiK-OV Mitarbeitendenbefragung

Sehr geehrte Teilnehmende,

vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere Mitarbeitendenbefragung im Rahmen des Projektes „Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)“ nehmen. Das Projekt StiK-OV zielt darauf ab, die Versorgung und Begleitung von sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen im Krankenhaus zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, wählen Mitarbeitende geeignete Maßnahmen aus und setzen diese auf ihrer Station um. Vorab möchten wir dafür die aktuelle Situation bezüglich der Versorgung von sterbenden Patient:innen auf den am Projekt teilnehmenden Stationen erheben – unter anderem anhand dieser Befragung.

Im Folgenden werden wir Ihnen zunächst einige Fragen zu Ihrer Person und Tätigkeit auf Station stellen. Es folgen Fragen zu Ihren Erfahrungen mit der Versorgung und Begleitung von sterbenden Patient:innen und Ihren Angehörigen auf Station.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert erfahrungsgemäß 10-15 Minuten.

Für Tablet-User: Ggfs. müssen Sie - um die Fragen richtig sehen zu können - vom Hoch- in das Querformat wechseln (oder andersherum).

Informationen zum Datenschutz

Diese Befragung ist anonym. Das bedeutet, dass Rückschlüsse auf Ihre Person und die von Ihnen gemachten Angaben technisch und organisatorisch nicht möglich sind. In Forschungsberichten und weiteren Veröffentlichungen werden die erhobenen Daten ausschließlich in anonymisierter und zusammengefasster Form verwendet.

Die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg (Antragsnr: 2021-200061-BO-bet) hat die Durchführung der Umfrage berufsrechtlich und ethisch beraten und keine Einwände erhoben. Die Personalräte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden über die Datenerhebung informiert und haben ihre Zustimmung erteilt. Die Befragung wird auf der Grundlage der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) durchgeführt.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und Sie können die Bearbeitung des Fragebogens vor dem endgültigen Absenden jederzeit abbrechen. Bitte beachten Sie, dass ein Zurückziehen des Fragebogens nach dem Absenden nicht mehr möglich ist, da die von Ihnen eingegebenen Daten anschließend nicht mehr Ihnen persönlich zugeordnet werden können. Sollten Sie an dieser Befragung nicht teilnehmen wollen, entstehen Ihnen keinerlei berufliche oder persönliche Nachteile. Niemand – weder Ihre Kolleg:innen noch Ihre Vorgesetzten oder Dritte – erfährt, ob Sie den Fragebogen ausfüllen oder was Sie beim Ausfüllen darin angeben.

Mit der Teilnahme an unserer Umfrage stimmen Sie den Datenschutzbestimmungen und der wissenschaftlichen Auswertung der hier erfassten Daten zu.

Im Fall Ihrer Zustimmung freuen wir uns über Ihre Teilnahme an der Befragung, indem Sie auf „Weiter“ klicken.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Sie haben die Möglichkeit, mittels des „Zurück“- bzw. „Weiter“-Buttons im Fragebogen zu navigieren (bitte nutzen Sie nicht die Navigation über den Browser). Bitte beachten Sie, dass Sie den "Weiter-Button" nur nutzen können, wenn alle Fragen der aktuellen Seite beantwortet wurden.
- Wenn Sie die Befragung unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen möchten, nutzen Sie bitte den entsprechenden Button. Sie können sich dann jederzeit wieder über den Link in unserer E-Mail in den Fragebogen einloggen und diesen an der Stelle fortsetzen, an der Sie aufgehört haben.

Ihre Fragen zu diesem Fragebogen und/oder dem gesamten Projekt beantworten Ihnen gern:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Nikolas Oubaid, Tel.: 040 – 7410 – 55600, ni.oubaid@uke.de

Christina Plathe Ignatz, Tel.: 040 – 7410 – 55690, c.plathe-ignatz@uke.de

In dieser Umfrage sind 24 Fragen enthalten.

Fragen zur Person

Wie alt sind Sie? *

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- unter 30 Jahre alt
- 30-50 Jahre alt
- über 50 Jahre alt

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? *

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weiblich
- männlich
- divers

Beruflicher Hintergrund und Erfahrungen in der Versorgung von sterbenden Patient:innen

Über welche berufsbildenden Abschlüsse verfügen Sie? *

📌 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- keine abgeschlossene Ausbildung / kein abgeschlossenes Studium im Tätigkeitsbereich
- Berufsausbildung im Tätigkeitsbereich
- Studienabschluss im Tätigkeitsbereich

Wie lange sind Sie bereits in Ihrem jetzt ausgeübten Beruf tätig? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- < 1 Jahr
- 1 - 5 Jahre
- 6 - 20 Jahre
- > 20 Jahre

Auf welcher Station sind Sie tätig? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 1H
- 1E
- C3A
- 4B
- 5C

Falls Sie auf mehreren Stationen tätig sind, geben Sie bitte die Station an, die Sie zur Teilnahme an dieser Befragung eingeladen hat.

Welche Tätigkeit üben Sie auf der Station, die Sie zu dieser Befragung eingeladen hat, aus? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ärztliche Tätigkeit
- pflegerische Tätigkeit
- psychosoziale / therapeutische / seelsorgerische Tätigkeit
- andere Tätigkeit

Haben Sie Fort- oder Weiterbildung(en) besucht, die eine intensivere Auseinandersetzung mit Sterben und Tod beinhaltet haben? *

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ja, Fortbildung(en)
- ja, Weiterbildung(en)
- nein

Unter einer **Fortbildung** verstehen wir an dieser Stelle eine Bildungsmaßnahme, die der Vermittlung von zusätzlichen Kompetenzen für den ausgeübten Beruf dient (z. B. physiotherapeutische Techniken in der Palliativmedizin, Aromatherapie, Kommunikationstraining).

Unter einer **Weiterbildung** wird hier eine formale Weiterqualifizierung verstanden, die zur Ausübung neuer Tätigkeitsfelder berechtigt (z. B. Fachweiterbildung in der Pflege, fachärztliche Weiterbildung, Ausbildung in psychotherapeutischem Richtlinienverfahren, psychoonkologische Weiterbildung).

Wie sehr beeinflussen Religiösität und/oder Spiritualität Ihr berufliches Handeln? *

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- gar nicht
- kaum
- teils-teils
- stark
- sehr stark

Schätzen Sie bitte: Wie oft waren Sie in den letzten **12 Monaten** im Moment des Versterbens eine:r Patient:in im Zimmer anwesend? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- kein Mal
- 1 - 5 Mal
- 6 - 10 Mal
- 11 - 20 Mal
- > 20 Mal

Schätzen Sie bitte: Wie oft haben Sie in den letzten **12 Monaten** eine:n Patient:in am Lebensende behandelt/begleitet? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- kein Mal
- 1 - 10 Mal
- 11 - 30 Mal
- 31 - 50 Mal
- > 50 Mal

Wie schätzen Sie aktuell die Versorgung in der Sterbephase auf Ihrer Station insgesamt ein? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Extrem schlecht										Optimal
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Belastende Faktoren in der Versorgung von sterbenden Patient:innen

Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	gar nicht belastet	ein wenig belastet	stark belastet	sehr stark belastet
Häufung von Todesfällen pro Zeiteinheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anspruch an die Versorgung sterbender Patient:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besondere Beziehung zur/zum Patient:in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress durch Kolleg:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurze Begleitungsdauer (< 3 Tage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebenskrisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	gar nicht belastet	ein wenig belastet	stark belastet	sehr stark belastet
Belastungen von Kolleg:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unerwartetes Versterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besondere Beziehung zu Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erinnerung an Todesfälle im eigenen Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Umgang mit neuen und/oder schwierigen Situationen

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbsteinschätzung zum Umgang mit sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils-teils	stimmt eher	stimmt
Alles in allem fühle ich mich sicher in der Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einschneidende Ereignisse meines Lebens reflektiert (Trauer, Krankheit, Sterben, Tod...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin bereit, mich auf starke Gefühle der sterbenden Patient:innen und Angehörigen einzulassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in der Lage, mich in sterbende Patient:innen und Angehörige einzufühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne das ethische Spannungsfeld zum Thema: Freiwilliger Verzicht auf Ernährung und Flüssigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils-teils	stimmt eher	stimmt
Ich fühle mich sicher im Umgang mit ethischen Konflikten zwischen den ethischen Grundsätzen der Autonomie und der Für-sorge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß um die Grenzen meiner beruflichen Rolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann die Grenzen meiner beruflichen Rolle einhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist bewusst, dass ich auch eigene Ängste und Wünsche in meine berufliche Tätigkeit einbringe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils- teils	stimmt eher	stimmt
Ich fühle mich als Teil eines multiprofessionellen Teams.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in der Lage, mit mir selbst achtsam umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann spüren, was mir guttut und was mir schadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir meiner eigenen Stärken bewusst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Über Angebote der ambulanten oder stationären Hospiz- und Palliativarbeit mit Patient:innen und Angehörigen zu sprechen, fällt mir schwer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils-teils	stimmt eher	stimmt
Mir sind die Inhalte und Arbeitsweisen der Hospiz- und Palliativarbeit bekannt (Aufgaben Hauptamt und Ehrenamt, Einsatzorte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne wesentliche Inhalte des Hospiz- und Palliativgesetzes (2015).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist bekannt wie die Begleitung eines/einer Patient:in und der Angehörigen durch die Hospiz- und Palliativarbeit initiiert wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Strukturen der lokalen Hospiz- und Palliativnetzwerke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir sind die rechtliche Lage und die aktuelle Debatte um die Suizidassistentz bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gefühle im Umgang mit sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen

	stimme überhaupt nicht zu 1	2	3	4	5	6	stimme voll zu 7
Ich möchte lieber nicht primäre:r Ansprechpartner:in eines/einer sterbenden Patient:in sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Patient:innen anfangen über den Tod zu sprechen, fühle ich mich unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbstfürsorge

In der Behandlung von sterbenden Patient:innen kenne ich Strategien, um mich selbst abzugrenzen. *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- trifft gar nicht zu
- trifft eher nicht zu
- teils-teils
- trifft eher zu
- trifft voll zu

Ich habe Unterstützungsmöglichkeiten, wenn ich an meine Grenzen komme. *

! Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- trifft gar nicht zu
- trifft eher nicht zu
- teils-teils
- trifft eher zu
- trifft voll zu

Ich nutze die folgenden Unterstützungsmöglichkeiten und Strategien: (Mehrfachantworten möglich) *

! Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Es besteht ein Supervisionsangebot an meinem Arbeitsplatz
- Ich suche bei Bedarf selber eine Supervision auf
- Ich bespreche die Situationen mit meinen Kolleg:innen
- Ich bespreche die Situationen mit meiner oder meinem Vorgesetzten
- Ich suche Anlaufstellen oder Beratungsstellen für meine berufliche Tätigkeit auf
- Ich bespreche die Situationen im privaten Kontext
- Sonstiges

Arbeitsklima und Teamarbeit

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die jeweiligen Aussagen zutreffen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu	kann ich nicht beurteilen
Auf der Station herrscht insgesamt ein freundliches Klima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Stations-Teammitglieder arbeiten Hand in Hand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abspraken zwischen den Stations-Teammitgliedern untereinander funktionieren gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die einzelnen Behandlungen sind gut aufeinander abgestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die einzelnen Stations-Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kommunikation im Stations-Team funktioniert gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir danken Ihnen sehr herzlich für die Teilnahme an dieser Befragung und an unserem Projekt StiK-OV! Wir freuen uns auf die künftige Zusammenarbeit und hoffen auf Ihre tatkräftige Unterstützung. Gemeinsam mit Ihnen werden wir unseren Beitrag dazu leisten, die Versorgung und Begleitung von Patient:innen am Lebensende sowie ihren Angehörigen im Krankenhaus zu verbessern.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anlage 6: Leitfaden Angehörigeninterview Präerhebung

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen	Konkrete Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen
<p>Rahmen (10 Minuten)</p>	<p>Begrüßung, Vorstellung, Thema, Ziel des Interviews, Ablauf (Pausen möglich), Datenschutz, mögliche Rückfragen, <u>Tonbandaufnahme starten</u></p>	
<p>Block I: Erfahrungen bezüglich der Versorgung und Begleitung von Patient*innen in der Sterbephase sowie deren Angehörigen <u>auf der Station</u></p>		
<p>Ich möchte Sie zu Beginn bitten von Ihren Erfahrungen zu berichten.</p> <p>1. Wie ist die Versorgung und Begleitung Ihres Angehörigen/ Ihrer Angehörigen in den letzten Lebenstagen auf der Station abgelaufen und wie haben Sie das wahrgenommen?</p> <p>(20 Minuten)</p>	<p><u>Positive und negative Aspekte erfragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Besonderheiten im Versorgungsmanagement? ○ Wie verlief die Kommunikation? ○ Wer war zentraler Ansprechpartner*in bei bestimmten Belangen? ○ Wie verlief die Zusammenarbeit? ○ Gab es eine Sterbebegleitung? ○ Maßnahmen/Instrumente der Sterbebegleitung? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was haben Sie für Erfahrungen in der Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus gemacht (gute/schlechte)? ○ Wer war der zentrale Ansprechpartner für Fragen und Wünsche des*r Patienten*in? ○ Wie haben Sie die Zusammenarbeit unter den Beteiligten wahrgenommen (Fachärzt*innen, Patient*innen, andere Versorger*innen)? ○ Wurde eine Sterbebegleitung eingeleitet? <u>Wenn ja:</u> Ab welchem Zeitpunkt? Woran Sterbephase erkannt? ○ Wie und wann wurde Ihnen das mitgeteilt? ○ Gab es bestimmte Maßnahmen/Instrumente im Rahmen der Sterbebegleitung?
<p>2. Wie haben Sie die Versorgung/Begleitung der Angehörigen des*r verstorbenen Patienten*in wahrgenommen. (Versorgung/Begleitung des Interviewten)</p> <p>(5 Minuten)</p>	<p><u>Positive und negative Aspekte erfragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Kommunikation? ○ Wer war zentraler Ansprechpartner*in bei bestimmten Belangen? ○ Abschied 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was haben Sie für Erfahrungen in der Versorgung/Betreuung der Angehörigen gemacht? (gute/schlechte) ○ Wer war der zentrale Ansprechpartner für Fragen und Wünsche des*r Angehörigen*in? ○ Gab es die Möglichkeit für Sie Abschied nehmen?

Anlage 6: Leitfaden Angehörigeninterview Präerhebung

Block II: Maßnahmen für eine gute Sterbebegleitung		
<p>3. Was ist aus Ihrer Sicht wichtig bzw. was braucht es konkret für eine gute Versorgung/Begleitung am Lebensende? In Bezug auf die Patient*innen sowie deren Angehörigen.</p> <p>(10 Minuten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was ist für eine gute Sterbebegleitung wichtig? ○ Gibt es noch weitere Aspekte die Ihnen hierzu einfallen? <u>nur nennen, wenn keine einfallen:</u> z. B. soziale Aspekte, kommunikative Aspekte, Prinzipien, Wissen, materielle Dinge, Ressourcen, bestimmte Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie müssen Abläufe gestaltet werden? ○ Werden bestimmte Informationen benötigt? Wann und durch wen sollten diese überbracht werden? ○ Werden Hilfestellungen benötigt? ○ Wie sollte die Kommunikation verlaufen?
<p>4. Fallen Ihnen Vorschläge ein, ob und wie die Sterbebegleitung auf der Station konkret verbessert werden könnte?</p> <p>(5 Minuten)</p>	<p>Sie haben (einige) Aspekte genannt, die für Sie eine gute Sterbebegleitung ausmachen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche dieser Punkte wurde aus Ihrer Sicht auf der Station bereits gut umgesetzt und sehen Sie bei dem einem oder anderem Punkt Verbesserungspotential? ○ <u>Verbesserungspotential:</u> Warum? Was ist der Grund für diese Einschätzung? Fallen Ihnen konkrete Vorschläge ein, wie die Sterbebegleitung auf der Station verbessert werden könnte? 	<p><u>Gedankenstütze in welche Richtung es gehen kann</u> Maßnahmen: Sterbephase erkennen Reaktion auf Symptome Kommunikation Räumliche Settings Soziales, spirituelles, psychisches Nach dem Tod</p>
Block III: Determinanten der Implementierung		
<p>5. Um diese Hindernisse möglichst frühzeitig zu erkennen, möchte ich Sie fragen, ob Sie Ideen oder Erfahrungen haben, was die Umsetzung fördern oder erschweren könnte.</p> <p>(5 Minuten)</p>	<p><u>Gedankenstütze Determinanten nach CFIR</u> Barrierendes Implementierungsprozesses: ...der Intervention: ...auf Station:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturen ○ Prozesse ○ Strategie (der Umsetzung) ○ Kultur und Klima <p>...bei Versorgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kompetenzen & Fähigkeiten (Empathie, Kommunikation, Erkennen von Bedarf) ○ Haltungen, Einstellungen (Vor-/Nachteile, Thema selbst) ○ Coping-Strategien (Umgang mit belastenden Themen) ○ Wohlbefinden (z. B. generelle Überlastung) 	

Anlage 6: Leitfaden Angehörigeninterview Präerhebung

	<p>... bei Patient*innen/ Angehörigen:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Kompetenzen & Fähigkeiten (Vorwissen, Kommunikation, Erkennen von Bedarf, andere Angebote)○ Haltungen, Einstellungen (Thema selbst, Unwohlsein, Fragen zu stellen/fehlender Mut)	
Block IV: Zusammenfassung und Abschluss		
Schlusswort (5 Minuten)	<p>Gibt es noch etwas zum Thema, was noch nicht angesprochen wurde, Sie aber noch gerne abschließend sagen möchten?</p> <p><u>Aufnahme beenden</u></p>	
Ausblick und Dank	<p>Danke für Ihre Zeit, Einblicke in pers. Erfahrungen</p>	

Anlage 7: Leitfaden Fokusgruppe Präerhebung

	Leitfrage / Vorgehen	Intention / Memo für mögliche Nachfragen	Fragen für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen
1.	Rahmen (10 Minuten)	Begrüßung, Vorstellung, Thema, Ziel der Fokusgruppe, Ablauf, Datenschutz, mögliche Rückfragen, <u>Tonbandaufnahme starten</u>	
2.	Einstiegsfrage (5 Minuten)	Ich möchte Sie bitten sich <u>kurz</u> vorzustellen und <u>in einem Satz</u> die Frage zu beantworten, „Welche Rolle spielt die Sterbebegleitung in Ihrer praktischen Tätigkeit?“	
Block I: Erfahrungen und Erfordernisse bezüglich der Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase sowie deren Angehörigen auf der Station			
3.	Können Sie von einem Beispiel berichten, dass Ihnen in den Kopf kommt, wenn es um Sterbebegleitung geht. (30 Minuten)	<p><u>neutral starten</u></p> <p>Können Sie von einem Beispiel berichten, dass Ihnen in den Kopf kommen, wenn es um die Sterbebegleitung geht. Fällt Ihnen eine Situation ein, die Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben ist?</p> <p>Wie/Warum ist es dazu gekommen? (Gründe) Woran machen Sie das fest? (Kriterien) Wie ist es weitergegangen?</p> <p><u>positive und negative Beispiele sollen genannt werden</u></p> <p><u>Wenn nur positiv:</u> Schön, dass Sie es oft positiv erlebt haben. Gibt es auch andere Beispiele?</p> <p><u>Wenn nur negativ:</u> Gibt es auch ein Beispiel an das Sie sich erinnern, dass optimal abgelaufen ist? Und wenn nicht, wie müsste es ablaufen, damit es aus Ihrer Sicht optimal wäre?</p> <p><u>Inhalt der Beispiele/Antworten</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ablauf der Versorgung 2. Besonderheiten der Versorgung der Pat. 3. Herausforderungen/Probleme 4. Standardisierung/Routinierter Ablauf 5. Kommunikation 6. Zusammenarbeit der Akteure 	<p>Zu 1.) Was haben Sie für Erfahrungen in der Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus gemacht? Was haben Sie für Erfahrungen in der Versorgung/ Betreuung von ihren Angehörigen gemacht?</p> <p>Zu 2.) Welche Besonderheiten der Versorgung fallen Ihnen bei diesen Pat. besonders auf?</p> <p>Zu 3.) Gibt es Herausforderungen für Sie in der Versorgung von Sterbender? Welche sind das? Wie gehen Sie damit um bzw. wie bewältigen Sie diese?</p> <p>Zu 4.) Folgen Sie bei der Versorgung einem bestimmten Ablauf? Wenn ja, wurde dieser definiert/folgt dieser bestimmten Vorgaben, z.B. Leitlinien? (wie sind Haltungen, Vor- und Nachteile, Umsetzbarkeit, Nutzerfreundlichkeit, Passung zum Kontext)</p> <p>Zu 5.) Wer kommuniziert mit den Patient*innen in der Sterbephase/ mit deren Angehörigen? Und wie?</p> <p>Zu 6.) Wie funktioniert die Zusammenarbeit unter den Beteiligten (stationäre ärztliche Versorgung, Patient*innen, andere Versorgende)?</p>

Anlage 7: Leitfaden Fokusgruppen Präerhebung

Block II: Maßnahmen			
4.	<p>Was brauchen Sie für eine gute Sterbebegleitung?</p> <p>In Bezug auf die Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen sowie für sich als Versorgende. (25 Minuten)</p>	<p><u>Nennung wichtiger Punkte</u> Was ist wichtig bzw. was brauchen Sie für eine gute Sterbebegleitung? In Bezug auf die Versorgung sterbender Patient*innen und ihrer Angehörigen sowie für sich als Versorgende. (Und haben Sie dies bereits?)</p> <p><u>Verbesserungsvorschläge</u> Sie haben tolle Überlegungen angestellt, was Sie für eine gute Sterbebegleitung brauchen und es ist schön zu hören, dass Sie von den aufgezählten Punkt bereits einige umsetzen. Wenn wir nochmal auf die anderen Punkte schauen.</p> <p>Was haben Sie Grundsätzliche für Ideen, wie diese Punkte verbessert werden könnten? Und was davon und wie kann auf Ihrer Station umgesetzt werden?</p> <p>Wenn es um die Umsetzung dieser Punkte geht, fallen Ihnen da bestimmte Hürden ein, die die Umsetzung erschweren oder verhindern können? Oder Faktoren, die die Umsetzung positiv beeinflussen, also eine unterstützende Funktion haben?</p>	<p>Wo besteht Verbesserungsbedarf bei der Sterbebegleitung, grundsätzlich und auf der Station?</p> <p>Wie kann es verbessert werden?</p> <p>Was benötigen Sie genau dafür?</p> <p>Wie müssen Abläufe gestaltet werden?</p> <p>Benötigen Sie bestimmte Informationen und/oder Hilfestellungen?</p> <p>Verantwortlichkeiten?</p> <p>Welche Faktoren/Barrieren erschweren die Versorgung in der Sterbephase?</p>
		<p>Falls keine Ideen / Vorschläge kommen Backup Folie mit Maßnahmen:</p> <p><u>Einzelmaßnahmen:</u> Sterbephase erkennen Reaktionen auf Symptome Kommunikation Räumliche Settings spirituelles, soziales, psychisches Nach dem Tod</p> <p><u>Konzeptuelle Ansätze:</u> AMBER Care Bundle</p>	

Anlage 7: Leitfaden Fokusgruppen Präerhebung

		Care Plan for Person Handlungsempfehlung Sterbephase Liverpool Care Pathway for the Dying Patient	
5.	Gibt es bereits Maßnahmen/Instrumente die auf ihrer Station eingesetzt werden? (5 Minuten)	<p><u>Falls bereits welche genannt wurden, diese nochmal aufzählen und Bitten diese zu ergänzen.</u></p> <p><u>Wenn ja:</u> Welche? Sind diese geeignet und warum? Wie kam es dazu? (Haltungen, Vor- und Nachteile, Umsetzbarkeit, Nutzerfreundlichkeit, Passung zum Kontext)</p> <p><u>Wenn nein:</u> Warum nicht? Gab es versuche Instrumente einzuführen, wenn ja welche und warum gescheitert? (Gründe)</p>	
Block III: Zusammenfassung und Abschluss			
6.	Zusammenfassung und Schlusswort (10 Minuten)	<p>1. kurze Zusammenfassung der Hauptergebnisse/Argumente</p> <p>2. Gibt es noch etwas zum Thema, was noch nicht angesprochen wurde, Sie aber noch gerne abschließend sagen möchten?</p> <p><u>Aufnahme beenden</u></p>	
7.	Ausblick und Dank (5 Minuten)	<p>Weitere Projektschritte</p> <p>Danke für Ihre Zeit, Einblicke in pers. Erfahrungen</p> <p>Einsammeln</p>	

Anlage 8: Rekrutierung Flyer Angehörige

Empfänger Ihrer Kontaktdaten sind die wissenschaftlichen Beschäftigten aus dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)

Anschrift

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft
Christin Leminski
Eupener Straße 129, 50933 Köln
Telefon: 0221 478-97167
E-Mail: christin.leminski@uk-koeln.de

Datenschutz ist uns wichtig!

Was passiert mit Ihren Daten aus dem Kontaktdatenformular?

- › Ihre Daten werden gesondert und unter Verschluss aufbewahrt. Sie sind nur projektinternen Beschäftigten zugänglich und werden im Rahmen der DS-GVO rechtmäßig verarbeitet.
- › Sollten Sie sich gegen die Weitergabe Ihrer Kontaktdaten entscheiden, müssen Sie dies zu keiner Zeit begründen und Ihnen entstehen dadurch keine Nachteile.
- › Das Kontaktdatenformular wird 10 Jahre lang aufbewahrt. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
- › Sie haben die Möglichkeit Ihre Zustimmung zur Weitergabe zu widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden dann vernichtet.

Verantwortlich gemäß Art. 4 Abs. 7 DS-GVO sind die Datenschutzbeauftragten der Universität zu Köln. Zudem haben Sie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde^{1, 2}.

- › **Datenschutzbeauftragter der Universität zu Köln**
Albertus Magnus Platz, 50923 Köln
Telefon: 0221 470-872
E-Mail: dsb@verw.uni-koeln.de
- › **Datenschutzbeauftragter der Uniklinik Köln** (lokaler Datenschutzbeauftragter)
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
Telefon: 0221 478-88008
E-Mail: datenschutz@uk-koeln.de
- › **Datenschutz-Aufsichtsbehörde¹**
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf
Telefon: 0211 384-240
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Kontaktdaten der Aufsicht der lokalen Studienleitung Hamburg:

- › **Datenschutzbeauftragter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendor**
Matthias Jaster
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Telefon 040 7410-56890
E-Mail: m.jaster@uke.de
- › **Datenschutz-Aufsichtsbehörde²**
Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien und Hansestadt Hamburg
Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg
Telefon: 040 428 54-4040
E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Kontakt

Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

Prof. Dr. Raymond Voltz
Dr. Kerstin Kremeike
Sukhvir Kaur
Sophie Meesters

Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Karin Oechsle
Prof. Dr. Holger Schulz
Anneke Ullrich
Christina Plathe-Ignatz
Nikolas Oubaid

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln

Prof. Dr. Holger Pfaff

Ihre Ansprechpartnerin:
Christin Leminski
IMVR, Eupener Straße 129,
50933 Köln
Telefon: 0221 478-97167
E-Mail: christin.leminski@uk-koeln.de



Wissenschaftliches Projekt zur Verbesserung der Versorgung im Krankenhaus von Menschen am Lebensende

Angehörige als Teilnehmer und Teilnehmerin gesucht



P2109068; Stand: 12.11.2021; Titelbild: @francescoridolfi.com - stock.adobe.com



Gefördert durch:



UNIKLINIK
KÖLN



Worum geht es?

Lieber Angehöriger, liebe Angehörige,

das wissenschaftliche Projekt Stik-OV (Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase) hat das Ziel die Versorgung und Begleitung von Menschen am Lebensende und ihrer Angehörigen im Krankenhaus zu verbessern. In einem ersten Schritt prüft das Stationsteam wie die Versorgung von Menschen am Lebensende optimiert werden kann. Anschließend setzt das Team die neu entwickelten Ideen auf der Station um.

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Um die aktuelle Situation der Versorgung am Lebensende auf der Station zu erfassen, ist Ihre Perspektive als Angehöriger/Angehörige für uns sehr wichtig. Wir würden gern mit Ihnen über Ihre persönlichen Erfahrungen hierzu sprechen.

Hierbei haben Sie die Möglichkeit über Ihr Erlebtes zu sprechen. Sie können dazu beitragen, dass die Versorgung verbessert wird, d.h. die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen am Lebensende sowie ihrer Angehörigen berücksichtigt werden.

Ihre Teilnahme hilft, die Versorgung von Menschen am Lebensende zu verbessern.

Was erwartet mich?

Das Interview

- › Wir möchten mit Ihnen über Ihre persönlichen Erfahrungen sprechen, nachdem ein Ihnen nahestehender Mensch auf der Station verstorben ist. Wie haben Sie die Versorgung am Lebensende auf der Station wahrgenommen? Was war Ihnen in dieser Situation besonders wichtig?
- › Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig.
- › Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen Ihre Teilnahme widerrufen und das Interview ab- oder unterbrechen.
- › Alle erhobenen Daten werden bis zum Widerruf im Rahmen der DS-GVO rechtmäßig verarbeitet.
- › Durch die Nicht-Teilnahme ergeben sich keine Nachteile für Sie.
- › Das Interview findet auf Deutsch statt und es können volljährige Personen teilnehmen.

Dauer und Ort des Interviews

- › Ca. 60 Minuten
- › An einem Ort Ihrer Wahl (z.B. bei Ihnen zu Hause, Uniklinik Köln, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
- › Das Interview ist auch per Videokonferenz oder Telefon möglich.

Sie möchten teilnehmen?

Kontaktieren Sie uns gern oder hinterlassen Sie uns Ihre Kontaktdaten

Ihre Ansprechpartnerin

Christin Leminski
Telefon: 0221 478-97167
E-Mail: christin.leminski@uk-koeln.de
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Eupener Straße 129
50933 Köln

Ihre Kontaktdaten

1. Bitte unterschreiben Sie das Kontaktdatenformular (rechts), wenn Sie an einem Interview interessiert sind.
2. Geben Sie das unterschriebene Kontaktdatenformular auf der Station ab.
3. Wir melden uns anschließend bei Ihnen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Wir freuen uns auf Ihre Unterstützung und stehen Ihnen für Fragen sehr gern zur Verfügung.



Kontaktdatenformular

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Kontaktdaten an die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen aus dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln weitergegeben werden dürfen. Erst nach der Kontaktaufnahme entscheide ich, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Die Kontaktdatenweitergabe ist freiwillig. Sollte ich mich dagegen entscheiden, muss ich dies zu keiner Zeit begründen und mir entstehen dadurch keine Nachteile. Die mit diesem Formular gewonnenen personenbezogenen Daten werden dann vernichtet.

Name

Telefon

Ort/Datum

E-Mail

Unterschrift



Einladung zum Gruppengespräch

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Gruppengespräch
› 5-10 Mitarbeitende
› Dauer ca. 90 Min.
› in der Uniklinik

Das Projekt StiK-OV

Ihre Station nimmt am Projekt „Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase“ (StiK-OV) teil. Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen entwickeln für Ihre Station passende Maßnahmen, die zu einer optimierten Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen beitragen. Auch geht es darum, Sie als Mitarbeitende in deren Versorgung und Begleitung zu unterstützen. Anschließend werden die von Ihrer Station entwickelten Maßnahmen vom Team umgesetzt.

Was erwartet Sie?

Ein erster Schritt, bevor Maßnahmen zur Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten umgesetzt werden, ist eine Bestandsaufnahme auf Ihrer Station. Ihre Erfahrungen in der Versorgung sowie Ihre Vorschläge für eine gute Begleitung von sterbenden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen sind notwendig, um die aktuelle Situation zu erfassen und passende Maßnahmen erarbeiten zu können. Das Gruppengespräch findet in den Räumlichkeiten der Uniklinik Köln statt.

Für Ihre Zusage zur Teilnahme an dem Gruppengespräch melden Sie sich gern bei:

› **Christin Leminski**

Telefon: 0221 478-97167

E-Mail: christin.leminski@uk-koeln.de

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.
Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Raymond Voltz,
Dr. Kerstin Kremeike,
Prof. Dr. Karin Oechsle,
Prof. Dr. Holger Schulz,
Anneke Ullrich,
Prof. Dr. Holger Pfaff





Heutiges Datum		20_____		Uhrzeit:
	Tag	Monat	Jahr	
Topic:				
Protokollant:in _____		Station: _____		
Anwesende	Projektteam (Kürzel) _____			
	Palli-Team (Kürzel, Ärzt:in/ Pflege) _____			
	Arbeitsgruppe (Kürzel, Berufsgruppe) _____			

Anliegen				
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____				

Ablauf [Stichpunktartig]				

Planung und Evaluation der Maßnahmen

Notizen



Mögliche Nachfragen

Stationspezifische Voraussetzungen – z.B.:

- Kommunikation im Team
- Bisherige Erfahrungen mit der Palliativmedizin
- Vorherrschende Normen und Werte: z.B. kurative/palliative Orientierung
- Lernklima: z.B. Raum, um neues auszuprobieren, Fehlerkultur
- Inwiefern wird die aktuelle Versorgung in der Sterbephase als verbesserungswürdig angesehen

Auswahlprozess – z.B.:

- Wer schlägt die Maßnahme vor?
- Warum wird die Maßnahme gewählt?
- Warum wird die Maßnahme anderen Maßnahmen vorgezogen?

Entwicklung der Maßnahmen – z.B.:

- Wer erarbeitet die konkreten Inhalte der Maßnahme?
- Inwiefern ist die Maßnahme an die konkreten Strukturen anpassbar?
- Wer plant die Umsetzung?
- Wer wird in die Umsetzung einbezogen?
- Wie wird die Umsetzung konkret geplant?

Feedumfrage

1. Demografische Angaben

Welche Tätigkeit üben Sie auf Ihrer Station aus?

- ärztliche Tätigkeit
- pflegerische Tätigkeit
- psychosoziale / therapeutische / seelsorgerische Tätigkeit
- andere Tätigkeit

2. Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten

Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:	Trifft gar nicht zu				Trifft voll zu
Ich hatte bereits vor dem ersten Treffen der Arbeitsgruppe eine klare Vorstellung davon, was mich dort erwartet.	○	○	○	○	○
Der zeitliche Umfang der Arbeitsgruppentreffen war passend gewählt.	○	○	○	○	○
Ich konnte meine eigene Meinung/ eigene Themen einbringen.	○	○	○	○	○
Ich konnte meine Gedanken frei äußern	○	○	○	○	○
Ich war zufrieden mit der Organisation der Arbeitsgruppen (Terminvereinbarung, Räume, etc.)	○	○	○	○	○
Ich war zufrieden mit dem Arbeitsgruppenprozess (Durchführung, Vor- und Nachbereitung).	○	○	○	○	○
Meine Erwartungen an die AG wurden insgesamt erfüllt.	○	○	○	○	○
Ich habe anderen Stationsmitarbeitenden von der Arbeitsgruppe erzählt.	○	○	○	○	○
Ich würde mich erneut bereit erklären, an der Arbeitsgruppe teilzunehmen.	○	○	○	○	○
Die Zusammenarbeit zwischen Arbeitsgruppe und dem Forschungsteam hat gut funktioniert.	○	○	○	○	○
Das Forschungsteam war kompetent.	○	○	○	○	○
Ich war insgesamt zufrieden mit der Arbeit des Forschungsteams.	○	○	○	○	○
Ich war zufrieden mit dem Ergebnis der Arbeitsgruppen.	○	○	○	○	○
Ich war zufrieden mit der Auswahl der Maßnahmen zur Verbesserung der Sterbephase auf unserer Station.	○	○	○	○	○
Es hat gut funktioniert, die in der Arbeitsgruppe entwickelten Maßnahmen auf der Station umzusetzen.	○	○	○	○	○
Ich würde anderen Stationen empfehlen, Maßnahmen zur Verbesserung der	○	○	○	○	○

Anlage 11: Fragebogen Feedbackumfrage

Sterbephase im Rahmen einer solchen Arbeitsgruppe zu entwickeln.					
--	--	--	--	--	--

3. Offene Fragen

Was war Ihre Motivation, an der Arbeitsgruppen teilnehmen?

Was haben Sie daraus mitgenommen?

Haben Sie Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Organisation und Durchführung der Arbeitsgruppen?

Wenn ja, welche?

Anlage 12: Leitfaden Fokusgruppe Posterhebung

	Leitfrage / Vorgehen	Intention / Memo für mögliche Nachfragen	Fragen für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen
1.	Rahmen (10 Minuten)	Begrüßung, Vorstellung, Thema, Ziel der Fokusgruppe, Ablauf, Datenschutz, mögliche Rückfragen, <u>Tonbandaufnahme starten</u>	
2.	Einstiegsfrage (5 Minuten)	Ich möchte Sie bitten sich <u>kurz</u> vorzustellen und <u>kurz</u> darauf einzugehen, ob Sie der Fokusgruppe / Gruppengespräch teilgenommen haben und/oder Teil der Arbeitsgruppe waren / mitgewirkt haben. Und inwiefern haben Sie mitbekommen, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Sterbephase entwickelt wurden?	
Block I: Bewertung der Maßnahmen (für jede Maßnahme einzeln durchgehen; im Durchschnitt 3-4 Maßnahmen pro Station)			(45 Minuten)
3.	[Maßnahme nennen/vorstellen, wie von Arbeitsgruppe entwickelt] Kennen Sie diese Maßnahme?		
4.	[Nennen wie die Maßnahme auf Station eingeführt wurde, z.B. Teambesprechung] <u>Nicht-AG-Teilnehmende</u> Wie haben Sie von der Maßnahme erfahren und wie wurden Sie auf den Einsatz/Anwendung vorbereitet? <u>AG-Teilnehmende</u> Wie bewerten Sie die Überführung aus der AG auf die Station?	○ Was hätte aus Ihrer Sicht bei der Einführung/Verbreitung der Maßnahme auf der Station geholfen bzw. sollte verändert werden?	Je nach Maßnahme z.B.: Ort, Zeit, Dauer, Häufigkeit, Anwesende, Informationsweitergabe bei nicht Anwesenheit, Inhalte; Erklärungen zum Inhalt, Ablauf, Nutzen Fühlten Sie sich ausreichend informiert? Waren Ansprechpartner verfügbar, um ggf. Fragen zu klären?

5.	<p>Wenn Sie an den Einsatz / Anwendung der Maßnahme denken. Inwiefern konnten Sie die Maßnahme im Stationsalltag umsetzen?</p>	<p>Wenn positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was waren aus Ihrer Sicht die Gründe dafür, dass die Maßnahme sich so gut in den Stationsalltag integrieren ließ? <p>Wenn negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Probleme/Schwierigkeiten/Komplikationen bei der Anwendung der Maßnahme sind aufgetreten? ○ Konnten diese gelöst werden bzw. wodurch konnten diese gelöst werden? ○ Wird die Maßnahme von allen Mitarbeitenden umgesetzt? Wenn nein: Was waren die Gründe hierfür? ○ Wie lange hat es gebraucht, bis die Maßnahme von allen Mitarbeitenden umgesetzt wurde? ○ Wurde die Maßnahme ggf. noch angepasst? Wenn ja: Warum? 	<p>➔ Wird die Maßnahme, so wie von der Arbeitsgruppe und dem Forschungsteam erarbeitet, umgesetzt? Wenn Nein: Was sind die Gründe dafür und wie wird es aktuell gehandhabt?</p> <p>bestehenden Arbeitsprozessen- und Strukturen gegebene Ressourcen</p> <p>Durchdringung</p> <p>Umsetzungstreue</p>
6.	<p>Wie bewerten Sie den Nutzen der Maßnahme?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hat die Maßnahme aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass... [„Problem“] zu lösen? <p>Wenn nein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was sind die Gründe hierfür? ○ Was wäre aus Ihrer Sicht besser gewesen? <p>Wenn ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was sind die Gründe hierfür? 	<p>Problem/Informationsbedarf je nach Maßnahme z.B.: Unsicherheit in Kommunikation mit Ang./Pat.; kühle Atmosphäre im Raum; frühzeitige Abstimmung zu Therapiezieländerung; berufsgruppenübergreifende Austausch zur Therapiezieländerung; pflegerische Tätigkeit bei Pat. am Lebensende</p>
7.	<p>Wie ist Ihre Einschätzung, werden Sie die Maßnahme auch nach Ende der Studie beibehalten / regelmäßig anbieten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was spricht dafür/dagegen? 	<p>Nachhaltigkeit i.w.S.</p>
<p>Block II: allgemeine Bewertung (10 Minuten)</p>			

9.	Haben Sie das Gefühl, dass sich durch die Maßnahmen im Vergleich zu vor der Studie auf Ihrer Station etwas verändert hat? Bzgl. Versorgung und Begleitung von Patient*innen in der Sterbephase und deren Angehörigen		
10.	Inwiefern haben Sie bei sich persönlich Veränderungen wahrgenommen im Vergleich zu vor der Studie? Bzgl. Versorgung und Begleitung von Patient*innen in der Sterbephase und deren Angehörigen	Zum Beispiel bei der Herangehensweise und/oder dem Umgang in Bezug auf die Versorgung und Begleitung von Patient*innen am Lebensende und deren Angehörigen.	
11.	Inwiefern würden Sie das Vorgehen anderen Stationen/Kliniken empfehlen?	<p>„Vorgehen“ = (individuelle/stationssp. Maßnahmen in AG entwickeln, die darauf ausgelegt sind, individuelle/stationssp. Herausforderungen zu lösen)</p> <p>○ Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an das Projekt erfüllt?</p>	Bottem up
Block III: Zusammenfassung und Abschluss			
12.	Zusammenfassung und Schlusswort (5 Minuten)	<p>○ kurze Zusammenfassung der Hauptergebnisse/Argumente</p> <p>○ Gibt es noch etwas zum Thema, was noch nicht angesprochen wurde, Sie aber noch gerne abschließend sagen möchten?</p> <p><u>Aufnahme beenden</u></p>	
13.	Ausblick und Dank (5 Minuten)	Danke für Ihre Zeit, Einblicke in pers. Erfahrungen	

StiK-OV Mitarbeitendenbefragung 2023

Sehr geehrte Teilnehmende,

vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere Mitarbeitendenbefragung im Rahmen des Projektes „Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)“ nehmen. Das Projekt StiK-OV zielt darauf ab, die Versorgung und Begleitung von sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen im Krankenhaus zu verbessern.

Im Folgenden werden wir Ihnen zunächst einige Fragen zu Ihrer Person und Tätigkeit stellen. Es folgen Fragen zu Ihren Erfahrungen mit der Versorgung und Begleitung von sterbenden Patient:innen und Ihren Angehörigen auf Station. Abschließend folgen Fragen zur Umsetzung des Projektes.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert erfahrungsgemäß **10-15 Minuten**.

Für Tablet-User: Ggfs. müssen Sie - um die Fragen richtig sehen zu können - vom Hoch- in das Querformat wechseln (oder andersherum).

Informationen zum Datenschutz

Diese Befragung ist anonym. Das bedeutet, dass Rückschlüsse auf Ihre Person und die von Ihnen gemachten Angaben technisch und organisatorisch nicht möglich sind. In Forschungsberichten und weiteren Veröffentlichungen werden die erhobenen Daten ausschließlich in anonymisierter und zusammengefasster Form verwendet.

Die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg (Antragsnr: 2021-200061-BO-bet) hat die Durchführung der Umfrage berufsrechtlich und ethisch beraten und keine Einwände erhoben. Die Personalräte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden über die Datenerhebung informiert und haben ihre Zustimmung erteilt. Die Befragung wird auf der Grundlage der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) durchgeführt.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und Sie können die Bearbeitung des Fragebogens vor dem endgültigen Absenden jederzeit abbrechen. Bitte beachten Sie, dass ein Zurückziehen des Fragebogens nach dem Absenden nicht mehr möglich ist, da die von Ihnen eingegebenen Daten anschließend nicht mehr Ihnen persönlich zugeordnet werden können. Sollten Sie an dieser Befragung nicht teilnehmen wollen, entstehen Ihnen keinerlei berufliche oder persönliche Nachteile. Niemand – weder Ihre Kolleg:innen noch Ihre Vorgesetzten oder Dritte– erfährt, ob Sie den Fragebogen ausfüllen oder was Sie beim Ausfüllen darin angeben.

Mit der Teilnahme an unserer Umfrage stimmen Sie den Datenschutzbestimmungen und der wissenschaftlichen Auswertung der hier erfassten Daten zu.

Im Fall Ihrer Zustimmung freuen wir uns über Ihre Teilnahme an der Befragung, indem Sie auf „Weiter“ klicken.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Sie haben die Möglichkeit, mittels des „Zurück“- bzw. „Weiter“-Buttons im Fragebogen zu navigieren (bitte nutzen Sie nicht die Navigation über den Browser). Bitte beachten Sie, dass Sie den "Weiter-Button" nur nutzen können, wenn alle Fragen der aktuellen Seite beantwortet wurden.
- Wenn Sie die Befragung unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen möchten, nutzen Sie bitte den entsprechenden Button. Sie können sich dann jederzeit wieder über den Link in unserer E-Mail in den Fragebogen einloggen und diesen an der Stelle fortsetzen, an der Sie aufgehört haben.

Ihre Fragen zu diesem Fragebogen und/oder dem gesamten Projekt beantwortet Ihnen gern:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik

Nikolas Oubaid

040 – 7410 – 55600,

ni.oubaid@uke.de

Viola Milke

040 - 7410 – 53677,

v.milke@uke.de

In dieser Umfrage sind 32 Fragen enthalten.

Fragen zur Person

Wie alt sind Sie? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- unter 30 Jahre alt
- 30-50 Jahre alt
- über 50 Jahre alt

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weiblich
- männlich
- divers

Beruflicher Hintergrund und Erfahrungen in der Versorgung von sterbenden Patient:innen

Über welche berufsbildenden Abschlüsse verfügen Sie? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- keine abgeschlossene Ausbildung / kein abgeschlossenes Studium im Tätigkeitsbereich
- Berufsausbildung im Tätigkeitsbereich
- Studienabschluss im Tätigkeitsbereich

Wie lange sind Sie bereits in Ihrem jetzt ausgeübten Beruf tätig? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- < 1 Jahr
- 1 - 5 Jahre
- 6 - 20 Jahre
- > 20 Jahre

Auf welcher Station sind Sie tätig? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 1H
- 1E
- C3A
- 4B
- 5C

Falls Sie auf mehreren Stationen tätig sind, geben Sie bitte die Station an, die Sie zur Teilnahme an dieser Befragung eingeladen hat.

Welche Tätigkeit üben Sie auf der Station, die Sie zu dieser Befragung eingeladen hat, aus? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ärztliche Tätigkeit
- pflegerische Tätigkeit
- psychosoziale / therapeutische / seelsorgerische Tätigkeit
- andere Tätigkeit

Haben Sie Fort- oder Weiterbildung(en) besucht, die eine intensivere Auseinandersetzung mit Sterben und Tod beinhaltet haben? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ja, Fortbildung(en)
- ja, Weiterbildung(en)
- nein

Unter einer **Fortbildung** verstehen wir an dieser Stelle eine Bildungsmaßnahme, die der Vermittlung von zusätzlichen Kompetenzen für den ausgeübten Beruf dient (z. B. physiotherapeutische Techniken in der Palliativmedizin, Aromatherapie, Kommunikationstraining).

Unter einer **Weiterbildung** wird hier eine formale Weiterqualifizierung verstanden, die zur Ausübung neuer Tätigkeitsfelder berechtigt (z. B. Fachweiterbildung in der Pflege, fachärztliche Weiterbildung, Ausbildung in psychotherapeutischem Richtlinienverfahren, psychoonkologische Weiterbildung).

Wie sehr beeinflussen Religiösität und/oder Spiritualität Ihr berufliches Handeln? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- gar nicht
- kaum
- teils-teils
- stark
- sehr stark

Belastende Faktoren in der Versorgung von sterbenden Patient:innen

Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	gar nicht belastet	ein wenig belastet	stark belastet	sehr stark belastet
Häufung von Todesfällen pro Zeiteinheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anspruch an die Versorgung sterbender Patient:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besondere Beziehung zur/zum Patient:in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress durch Kolleg:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurze Begleitungsdauer (< 3 Tage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebenskrisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	gar nicht belastet	ein wenig belastet	stark belastet	sehr stark belastet
Belastungen von Kolleg:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unerwartetes Versterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besondere Beziehung zu Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erinnerung an Todesfälle im eigenen Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Umgang mit neuen und/oder schwierigen Situationen

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbsteinschätzung zum Umgang mit sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils- teils	stimmt eher	stimmt
Alles in allem fühle ich mich sicher in der Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einschneidende Ereignisse meines Lebens reflektiert (Trauer, Krankheit, Sterben, Tod...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin bereit, mich auf starke Gefühle der sterbenden Patient:innen und Angehörigen einzulassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in der Lage, mich in sterbende Patient:innen und Angehörige einzufühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne das ethische Spannungsfeld zum Thema: Freiwilliger Verzicht auf Ernährung und Flüssigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils- teils	stimmt eher	stimmt
Ich fühle mich sicher im Umgang mit ethischen Konflikten zwischen den ethischen Grundsätzen der Autonomie und der Fürsorge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß um die Grenzen meiner beruflichen Rolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann die Grenzen meiner beruflichen Rolle einhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist bewusst, dass ich auch eigene Ängste und Wünsche in meine berufliche Tätigkeit einbringe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils- teils	stimmt eher	stimmt
Ich fühle mich als Teil eines multiprofessionellen Teams.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in der Lage, mit mir selbst achtsam umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann spüren, was mir guttut und was mir schadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir meiner eigenen Stärken bewusst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Über Angebote der ambulanten oder stationären Hospiz- und Palliativarbeit mit Patient:innen und Angehörigen zu sprechen, fällt mir schwer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie mit den jeweiligen Aussagen übereinstimmen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimmt nicht	stimmt kaum	teils-teils	stimmt eher	stimmt
Mir sind die Inhalte und Arbeitsweisen der Hospiz- und Palliativarbeit bekannt (Aufgaben Hauptamt und Ehrenamt, Einsatzorte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne wesentliche Inhalte des Hospiz- und Palliativgesetzes (2015).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist bekannt wie die Begleitung eines/einer Patient:in und der Angehörigen durch die Hospiz- und Palliativarbeit initiiert wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Strukturen der lokalen Hospiz- und Palliativnetzwerke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir sind die rechtliche Lage und die aktuelle Debatte um die Suizidassistentz bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gefühle im Umgang mit sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen

	stimme überhaupt nicht zu 1	2	3	4	5	6	stimme voll zu 7
Ich möchte lieber nicht primäre:r Ansprechpartner:in eines/einer sterbenden Patient:in sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Patient:innen anfangen über den Tod zu sprechen, fühle ich mich unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbstfürsorge

In der Behandlung von sterbenden Patient:innen kenne ich Strategien, um mich selbst abzugrenzen. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- trifft gar nicht zu
- trifft eher nicht zu
- teils-teils
- trifft eher zu
- trifft voll zu

Ich habe Unterstützungsmöglichkeiten, wenn ich an meine Grenzen komme. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- trifft gar nicht zu
- trifft eher nicht zu
- teils-teils
- trifft eher zu
- trifft voll zu

Ich nutze die folgenden Unterstützungsmöglichkeiten und Strategien: (Mehrfachantworten möglich) *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Es besteht ein Supervisionsangebot an meinem Arbeitsplatz
- Ich suche bei Bedarf selber eine Supervision auf
- Ich bespreche die Situationen mit meinen Kolleg:innen
- Ich bespreche die Situationen mit meiner oder meinem Vorgesetzten
- Ich suche Anlaufstellen oder Beratungsstellen für meine berufliche Tätigkeit auf
- Ich bespreche die Situationen im privaten Kontext
- Sonstiges

Arbeitsklima und Teamarbeit

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die jeweiligen Aussagen zutreffen. *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu	kann ich nicht beurteilen
Auf der Station herrscht insgesamt ein freundliches Klima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Stations-Teammitglieder arbeiten Hand in Hand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absprachen zwischen den Stations-Teammitgliedern untereinander funktionieren gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die einzelnen Behandlungen sind gut aufeinander abgestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die einzelnen Stations-Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kommunikation im Stations-Team funktioniert gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zum Projekt "Sterben im Krankenhaus - Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)"

Ist Ihnen bekannt, dass im Jahr 2022 auf Ihrer Station Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase eingeführt wurden?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Ja

Nein

Welche dieser Maßnahmen sind Ihnen bekannt? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie haben Sie von diesen Maßnahmen erfahren?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Teammeetings/-besprechungen

durch Kolleg:innen

E-Mail

Aushang/Handout

Sonstiges:

Werden diese Maßnahmen bereits **auf Ihrer Station** angewendet? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

Bitte **nennen** Sie die Maßnahmen, die bereits **auf Ihrer Station** angewendet werden: *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Haben **Sie selbst** diese Maßnahmen in Ihrem **Arbeitsalltag** angewendet? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Bitte **nennen** Sie die Maßnahmen, die Sie selbst in **Ihrem Arbeitsalltag** angewendet haben: *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Haben Sie im letzten Jahr an den regelmäßigen Arbeitsgruppentreffen für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase teilgenommen?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Ja

Nein

Wir danken Ihnen sehr herzlich für die Teilnahme an dieser Befragung und an unserem Projekt StiK-OV!

Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit und Ihre Unterstützung.

Gemeinsam mit Ihnen werden wir unseren Beitrag dazu leisten, die Versorgung und Begleitung von Patient:innen am Lebensende sowie ihren Angehörigen im Krankenhaus zu verbessern.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anlage 14: Leitfaden Angehörigeninterview Post

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen	Info für Interviewenden – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen
Rahmen (10 Minuten)	Begrüßung, Vorstellung, Thema, Ziel des Interviews, Ablauf (Pausen möglich), Datenschutz, mögliche Rückfragen, <u>Tonbandaufnahme starten</u>	
Block I: Erfahrungen bezüglich der Versorgung und Begleitung von Patient*innen in der Sterbephase sowie deren Angehörigen auf der Station (25 Minuten)		
<p>Ich möchte Sie zu Beginn bitten von Ihren Erfahrungen zu berichten.</p> <p>1. Wie ist die Versorgung und Begleitung Ihres Angehörigen/ Ihrer Angehörigen in den letzten Lebenstagen auf der Station abgelaufen und wie haben Sie das wahrgenommen?</p>	<p><u>Positive und negative Aspekte erfragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation ○ Informationen über den Gesundheitszustand ○ Ansprechpartner*in ○ Zusammenarbeit ○ Medikamente zur Schmerzlinderung ○ Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht ○ Seelsorge, Sozialdienst, ○ Einbett-/Mehrbettzimmersituation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie verlief die Kommunikation? ○ Wie und wann wurden Sie und Ihr*Angehörige*r über den Gesundheitszustand informiert? ○ Wer war der zentrale Ansprechpartner für Fragen und Wünsche des*r Patienten*in? ○ Wie haben Sie die Zusammenarbeit unter den Beteiligten wahrgenommen (Fachärzt*innen, Patient*innen, andere Versorger*innen)?
<p>2. Wie haben Sie die Versorgung/Begleitung der Angehörigen des*r verstorbenen Patienten*in wahrgenommen. (Versorgung/Begleitung des Interviewten)</p>	<p><u>Positive und negative Aspekte erfragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation/Informationen ○ Ansprechpartner*in ○ Abschied ○ Informationen für Angehörige ○ Unterstützungsangebote für trauernde Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wer war der zentrale Ansprechpartner für Fragen und Wünsche für Sie bzw. andere Angehörige/Familie/Freunde? ○ Gab es die Möglichkeit für Sie Abschied zu nehmen? ○ Informationen für Angehörige (Wie geht es weiter, was sind die nächsten Schritte)
<p>3. Fallen Ihnen Vorschläge ein, ob und wie die Sterbebegleitung auf der Station konkret verbessert werden könnte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was ist der Grund für diese Einschätzung? 	<p><u>Gedankenstütze in welche Richtung es gehen kann</u></p> <p>Sterbephase erkennen Reaktion auf Symptome Fürsorge Kommunikation Informationsweitergabe Räumliche Settings Soziales, spirituelles, psychisches Nach dem Tod</p>

Anlage 14: Leitfaden Angehörigeninterview Posterhebung

<p>4. Was ist aus Ihrer Sicht wichtig für eine gute Sterbebegleitung (Versorgung/Begleitung am Lebendsende)? In Bezug auf die Patient*innen sowie deren Angehörigen.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie müssen Abläufe gestaltet werden? ○ Werden bestimmte Informationen benötigt? Wann und durch wen sollten diese überbracht werden? ○ Werden Hilfestellungen benötigt? Wie sollte die Kommunikation verlaufen?
<p>Block II: Maßnahme(n) Individuell je Station [Separate Auswertung in MAXQDA]</p>		
<p>Fragen zu implementierten Maßnahmen. Nur ansprechen, wenn Angehörige*r die Maßnahme nicht von alleine im Block I thematisiert hat.</p> <p>5. Inwiefern haben Sie ... wahrgenommen? Haben Sie ein ... herhalten? Inwiefern hat Ihnen ... geholfen?</p>	<p>Wenn positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was daran hat Ihnen geholfen/fanden Sie gut? <p>Wenn negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was daran fanden Sie nicht gut? ○ Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, was Sie daran verändern würden? Warum? 	
<p>Block IV: Zusammenfassung und Abschluss</p>		
<p>6. Schlusswort (5 Minuten)</p>	<p>Gibt es noch etwas zum Thema, was noch nicht angesprochen wurde, Sie aber noch gerne abschließend sagen möchten?</p> <p><u>Aufnahme beenden</u></p>	
<p>7. Ausblick und Dank</p>	<p>Danke für Ihre Zeit, Einblicke in pers. Erfahrungen</p>	

Anlage 15: Vorabbefragung Kategoriensystem

Codes	No of Codings
Institutional level <ul style="list-style-type: none"> • General institutional conditions • Hospital culture • Integration of specialist palliative care 	3 200 27 84
Team level <ul style="list-style-type: none"> • Attitude towards and dealing with death and dying • Teamwork • Competencies • Communication 	0 35 37 80 42
Care level <ul style="list-style-type: none"> • Dying phase • Symptom control • Patient centeredness • Involvement of relatives 	0 42 46 112 76
Specifics during the COVID-19 pandemic <ul style="list-style-type: none"> • Stricter visitation regulations • Lack of involvement of relatives • Dying isolation and loneliness 	0 14 27 11
All	836

Anlage 16: Zusammenfassung Auftaktsymposium

Zusammenfassung Online-Auftaktveranstaltung der Studie

„Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)“

Krankenhäuser sind mit ca. 47% der häufigste Sterbeort in Deutschland, gleichzeitig ist die Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Sterbephase hier am größten. Dies soll verbessert werden. Da die Voraussetzungen für die Versorgung Sterbender im Krankenhaus je nach Station sehr unterschiedlich sind, wird dafür ein stationsspezifisches und vom Stationsteam bestimmtes Vorgehen gewählt. Für den Projektauftritt hatten das *Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln* zusammen mit dem *Uniklinikum Hamburg-Eppendorf* - im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts „StiK-OV“ - am 29.04.2021 zu einem Online-Symposium eingeladen.

Ziel war es, Maßnahmen zur Optimierung der Sterbephase zusammenzutragen und zu diskutieren. So soll im Rahmen des Projekts ein „Maßnahmenkoffer“ erstellt werden, mit dessen Unterstützung zehn Intensiv- und Allgemein-Stationen der Unikliniken Köln und Hamburg-Eppendorf geeignete Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung in der Sterbephase umsetzen können.

Themen der StiK-OV-Auftaktveranstaltung

I. Aktueller Stand der Krankenhausversorgung in der Sterbephase – Ergebnisse einer Befragung

Aus der vor dem Symposium durchgeführten Online-Befragung zum aktuellen Stand der Versorgungssituation in der Sterbephase liegen bereits erste Ergebnisse vor. In einem Zeitraum von 4 Wochen nahmen 57 Expert*innen, größtenteils aus klinischer Praxis, an der Umfrage teil.

Die ersten Ergebnisse bestätigen die Relevanz bereits bekannter Aspekte auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene von Versorgung in der Sterbephase. Darunter fällt z.B. der Bedarf an besserem Erkennen der Sterbephase, einer Einbeziehung der Angehörigen, einer offenen Kommunikation, sowie nach, personellen, zeitlichen und räumlichen Ressourcen.

	Hilfen	Hürden
Makro-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesellschaftliche und individuelle Akzeptanz der Sterbephase <input type="checkbox"/> Zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesellschaftliche Tabuisierung von „Sterben und Tod“ und kuratives Mind-Set <input type="checkbox"/> Fehlende zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen
Meso-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arbeit und Kommunikation im multiprofessionellen Team <input type="checkbox"/> Frühzeitige Integration von Palliative Care <input type="checkbox"/> Möglichkeit einer individuellen Begleitung und Versorgung von Patient*innen und Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Team zieht in der Versorgung nicht „an einem Strang“ <input type="checkbox"/> Kaum oder späte intersektionale Zusammenarbeit mit Hospizen oder Palliative Care Teams <input type="checkbox"/> Fehlendes Wissen über die Sterbephase und deren Versorgung
Mikro-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bewusste eigene Haltung und Erkennen von Limits <input type="checkbox"/> Fachkompetenz: Kommunikation, Diagnostik, Therapieverlauf, Schmerzmedikation 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wenig Supervision, Ethikberatung oder Maßnahmen zur Selbstfürsorge <input type="checkbox"/> Fehlende Aus- und Fortbildung in Palliative Care und Kommunikation

Grafik 1. Ergebnisse einer Befragung von Expert*innen: Hilfen und Hürden in der Versorgung der Sterbephase

II. Ablauf des Projektes

Das StIK-OV-Projekt ist in drei Phasen gegliedert:

1. Sammlung bestehender Maßnahmen und Erfahrungen zur Optimierung der Sterbephase und Rekrutierung teilnehmender Stationen (Dauer: 6 Monate)
2. Implementierung und Evaluation geeigneter Maßnahmen auf den teilnehmenden Stationen der beiden Unikliniken (Dauer: 24 Monate)
3. Verallgemeinerung und Veröffentlichung der Ergebnisse (Dauer: 6 Monate)

III. Vorhandene Maßnahmen – ein erster Überblick

Im Rahmen von Phase 1 wird eine Recherche zu aktueller Literatur durchgeführt. Eine erste Suche über die Suchmaschinen PubMed und Google nach wissenschaftlichen Studien konnte bereits verschiedene Ansätze aber auch „nicht-wissenschaftliche“ Literatur identifizieren. Dabei wurden vorläufig zum einen konzeptuelle Ansätze identifiziert, wie z.B. das AMBER Care Bundle, der Care Plan for the Dying Person (CPDP), die Handlungsempfehlungen Sterbephase (HES) und der ehemalige Liverpool Care Pathway (LCP). Zum anderen konnten auch Einzelmaßnahmen gefunden werden (vg. Tabelle 1).

<i>Sterbephase diagnostizieren</i>	Es „(...) liegt bisher kein valides Messinstrument zur Feststellung der Sterbephase vor.“ (S3-Leitlinie, 2020). Dennoch können bspw. Monitoring-Instrumente eingesetzt werden („Handlungspfad zur Erkennung und Begleitung der Sterbephase“).
<i>Reaktionen auf Symptome</i>	Reaktion auf klassische Symptome der Sterbephase, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Lageänderung bei Bronchialsekret • Aufstellen eines Ventilators bei Atemnot und Atembeschwerden • Medikamentengabe, z.B. nach „Handlungsempfehlung Sterbephase (HES)“
<i>Kommunikation</i>	Verbesserung und Intensivierung der Kommunikation mit Patient*in & Angehörigen, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige zu Gesprächen mit Patient*in anleiten • Patient*in und Angehörigen „aktiv zuhören“ (nach Carl Rogers) • Angehörigen aktiv mitteilen, dass Patient*in demnächst versterben könnte
<i>Räumliches Setting</i>	Gestaltung und Atmosphäre vom Patient*inzimmer, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Blumen und Pflanzen ins Zimmer stellen • Klingel oder Babyphone in Reichweite der Patient*innen haben • Wände mit Bildern oder Tüchern verschönern
<i>Spirituelles, Soziales, Psychisches</i>	Einbeziehung von Angehörigen und musik- / aromatherapeutische Maßnahmen, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Fußbäder und Handmassagen mit genauen Instruktionen • die Lieblingsmusik abspielen • kleine religiöse/spirituelle Rituale • Lebensrückblick mit Fotos
<i>Nach dem Tod</i>	Umgang mit den Angehörigen nach Eintritt des Todes, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Zimmer herrichten (Kerze, Tischdecke, Pflegeartikel entfernen) • Tür verschließen, um uninformierte Angehörige nicht zu überraschen

Tabelle 1. Einzelne Maßnahmen zu relevanten Bereichen der Sterbephase gemäß S3-Leitlinie (2020), Kapitel „Sterbephase“

IV. Vorstellung von fünf Beispielprojekten:

1. SPES VIVA - Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden, Angehörigen und Trauernden

- Prof. Winfried Hardinghaus: Ärztlicher Leiter der Palliativmedizin am Marienhospital Osnabrück, Vorsitzender des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV)

Prof. Hardinghaus stellte die Initiative SPES VIVA vor und beschrieb, wie aus einer integrierten Krankenhauseinheit die Keimzelle eines palliativen Versorgungsnetzes wurde. Er betonte, wie wichtig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe für eine palliative Versorgung ist, die

dem Patientenwohl dient. Auch präsentierte er eine Reihe nichtmedikamentöser Maßnahmen, die besonders oft von Pflegenden genutzt werden. <https://www.spes-viva.de/>

2. Avenue-Pal – Analyse und Verbesserung des sektoren- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung

- Prof. Wolfgang George: Diplom-Psychologe, Krankenpfleger, Professor an der Technischen Hochschule Mittelhessen, Leiter des TransMit-Zentrums für Versorgungsforschung und Beratung in Gießen

Im Projekt *Avenue-Pal* zur Analyse und Verbesserung des Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung geht es u.a. darum, nicht notwendige Verlegungen in der Sterbephase zu verhindern sowie regionale Strukturen der Versorgung in der Sterbephase zu stärken. Identifizierte Risikofaktoren flossen in eine regionale Leitlinie ein. Außerdem wurden versorgerspezifische, konkrete Entscheidungshilfen verfasst und ein digitales Helpdesk zur Analyse von Versorgungseinrichtungen entwickelt. Auch eine Care-Giver-App für pflegende Angehörige befindet sich in der Entwicklung. Organisations- und Personalentwicklung seien der Schlüssel, um auch unter Belastungen eine optimale Versorgung in der Sterbephase zu gewährleisten. <https://www.avenue-pal.de/>

3. Handlungsempfehlungen (HES) der AG-Sterbephase der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

- Dr. Ulrike Reinholz: Oberärztin in der interdisziplinären Abteilung für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Mainz, Sprecherin der AG Sterbephase der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Die Handlungsempfehlungen Sterbephase (HES) bestehen aus 4 Teilen: 1) Erkennen der Sterbephase, 2) Erhebung der Beschwerden, 3) Anpassung der Behandlung und Medikation, 4) Betreuung nach dem Versterben. Vor allem die Wahrnehmung von Veränderungen sind für ein frühes Erkennen der Sterbephase relevant, weshalb Verlegungen am Lebensende ein Problem darstellen. Bei geschulten Versorgenden kommen die HES i.d.R. 4 Tage vor Versterben zum Einsatz, eine Begleitung des Versorgungsteams durch einen palliativmedizinischen Konsildienst sei aber weiterhin wünschenswert. <https://www.unimedizin-mainz.de/index.php?id=37343&type=98>

4. ALPHA NRW - Ansprechstellen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

- Dr. Gerlinde Dingerkus: Dipl. Psychologin, Leitung ALPHA Westfalen-Lippe, einer von zwei Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Seit 30 Jahren berät *ALPHA NRW* zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. An einer von *ALPHA NRW* durchgeführten Studie zu Abläufen, Wahrnehmungen, Einschätzung der Verbesserungspotentiale von Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern und Altenheimen nahmen über 550 Versorgungseinrichtungen teil. Diese zeigte, dass vor allem die Kommunikation in vielen Einrichtungen verbesserungswürdig ist. Zentral sind außerdem Interdisziplinarität, Patientenorientierung, zeitliche und personelle Ressourcen sowie Qualifikation der Versorgenden und die räumlichen Rahmenbedingungen. <https://alpha-nrw.de/>

5. PallPan – Palliativmedizin in Pandemiezeiten

- Prof. Steffen Simon: Oberarzt am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, Ärztliche Leitung des Palliativmedizinischen Dienstes, Leiter Klinisches Studienzentrum sowie des Leitliniensekretariats der S3-Leitlinie Palliativmedizin



Im *PallPan*-Projekt geht es um die Entwicklung einer nationalen Strategie zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden in Pandemiezeiten. Besuchsverbote und -einschränkungen, sind das zentrale Problem, das auch medial unter dem Stichwort „einsam Sterben“ Beachtung findet. Dabei zeigt sich einmal mehr die Relevanz von Angehörigen im Sterbeprozess. Das Bedürfnis nach körperliche Nähe bei Sterbenden ist hoch und eine verlässliche Kommunikation wichtig. Auch die Versorgende bräuchten Unterstützung, um der Angst vor Ansteckung und fehlender Nähe zu Patientinnen und Patienten zu begegnen. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/weitere-projekte/palliativmedizin-in-pandemiezeiten-pallpan/>

V. Austausch und Diskussion

Insgesamt haben 51 nationale Expert*innen aus den Bereichen (Palliativ-)Versorgung, Lehre, Gesundheitswesen, Politik, Kirche sowie Vertreter der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*, am Symposium teilgenommen. Schwerpunkte der Diskussion waren:

1. Die Pandemiezeit

Durch die Corona-Pandemie rückt das Versterben im Krankenhaus weiter in den öffentlichen Fokus. Die Begleitung Sterbender durch Angehörige, aber auch durch Seelsorgende und Ehrenamtliche, denen der Zugang zu Stationen trotz Kooperationsverträgen verwehrt bleibt, ist von zentraler Bedeutung und könne nur begrenzt durch digitale Kommunikationsmittel ersetzt werden. Auch Seelsorgende profitierten von Einblicken auf Palliativstationen.

2. Neuerungen

Was sind die Probleme bei der Umsetzung von Neuerungen? Wie werden Schulungen von Versorgenden angenommen? Wann ist eine Umsetzung erfolgreich? Auch wenn die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben im Medizinstudium immer noch bemängelt wird, halten die Expert*innen Veränderungen mittelfristig für möglich. Dazu bedürfe es einer Erweiterung der notwendigen kurativen Kultur um einen adäquaten Umgang mit dem Sterben. Dem Problem könne man gut auf regionaler Ebene begegnen. Der Bedarf an Schulungen sei groß, regelmäßige Auffrischung sei dabei ebenfalls notwendig. Aus der klinischen Praxis kam dazu vermehrt die Beobachtung, dass auch zwischen den Berufsgruppen im Team Unterschiede in der beruflichen Hierarchie und der beruflichen Erfahrung (z.B. Pflegekräfte und ärztliche Mitarbeitende) häufig Ursprung für Konfliktsituationen in der Versorgung der Sterbephase sind. Außerdem seien manchmal nur wenig Kenntnisse über Arbeitsbereiche der jeweils anderen vorhanden. So wissen z.B. Stationsärzt*innen nicht, wie sich die Arbeit im Hospiz darstellt.

3. Kein Sterben nach Programm

Einigkeit bestand darüber, dass „Maßnahmenkoffer“, „Instrumente“ und „Checklisten“ niemals ein Sterben nach Programm werden dürfen. Sterben ist ein individueller, sehr intimer Prozess, dem geschulte Versorgende kompetent und offen begegnen müssen. Dafür braucht es vor allem den lebendigen Austausch mit Patient*innen und Angehörigen sowie das notwendige Rüstzeug im Bewusstsein der Versorgenden, um ein gutes und besseres Sterben auch im Krankenhaus zu ermöglichen.

Fazit

Die ersten Ergebnisse des StIK-OV Projekts sowie die bereichernden Beiträge der Referent*innen aus teilweise bereits bestehenden und erfolgreichen Projekten zeigen sowohl **Kreativität als auch Qualität einer Fülle an existenten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase**. Dennoch wird das Gesamtbild der **Krankenhausversorgung in der Sterbephase weiterhin als verbesserungswürdig** beschrieben.



UNIKLINIK
KÖLN

Zentrum für
Palliativmedizin



Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Wie auch in der Diskussion angesprochen, bleibt hier zu beantworten, **wie eine flächendeckende Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sterbephase gelingen kann**. Das Projektteam des StiK-OV Projekts erwartet, zur Beantwortung dieser Frage nach Projektabschluss wertvolle Daten beisteuern zu können.

Anlage 17: Ergebnisse Angehörigeninterviews

N=15 Angehörige nahmen an einem Interview teil, davon n=14 Frauen (Ehefrau (n=4), Mutter (n= 1), Tochter (n=6), Schwester (n=2), gute Bekannte (n=1)) und n=5 Männer (Ehemann (n=2), Sohn (n=2), Schwiegersohn (n=1)). Es waren Angehörige von Patient:innen, die auf der Normalstation (n=6) und der Intensivstation (n=13) verstarben.

Die Ergebnisse geben Aufschluss über Aspekte, die aus Sicht der Betroffenen für eine gute Sterbebegleitung notwendig sind:

- Offene und ehrliche Kommunikation durch Versorgende über Überlebenschancen und bestehende Perspektiven
- Einbeziehung der Angehörigen in wichtige Arzt-Patienten-Gespräche, z.B. Besprechung von Untersuchungsergebnissen oder weiteren Schritten
- Emphatischer, freundlicher und geduldiger Umgang mit Patient:innen und Angehörigen durch die Versorgenden
- Informationen für Angehörige über körperliche Reaktionen des/r Patient:in bereitstellen, z.B. bei Aufhebung der Sedierung; was passiert in der Sterbephase; welche Wirkung haben Opiate?
- Organisatorische Informationen für Angehörige bereitstellen, z.B. Ansprechpartner:innen für Angehörige
- Frühzeitige Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und Angehörigen
- Letzte Wünsche des/r Patient:in ermöglichen
- Einzelzimmersituation mit ruhiger, ungestörter, friedlicher Atmosphäre schaffen

Anlage 18: Maßnahme Fortbildungen

Fortbildungen für das Stationsteam

Ziel:

- ➔ Stärkung der Stationsmitarbeitenden durch Vermittlung von Wissen
 - in Bezug auf die Versorgung in der Sterbephase und dadurch Stärkung der Handlungssicherheit der Mitarbeitenden
 - im Umgang mit Angehörigen
 - zu palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten, um betroffene Patient:innen und ihre Angehörigen besser beraten zu können
- ➔ Reflexionsmöglichkeiten und Austausch zwischen den Mitarbeitenden

Inhalte:

Umgang und Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase

- 1) Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase (Gespräche mit Angehörigen führen, Umgang mit unterschiedlichen Ansichten, Belastung für Angehörige reduzieren),
- 2) Besonderheiten in der Kommunikation bei Beenden von Maßnahmen,
- 3) Einbezug von Angehörigen in pflegerische Maßnahmen,
- 4) Kommunikation und Einbezug der Angehörigen nach dem Tod

Sterbebegleitung

- 1) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
- 2) Definition Sterbephase,
- 3) körperliche Anzeichen des bevorstehenden Todes,
- 4) Pflege in der Sterbephase
- 5) Ernährung und Flüssigkeit
- 6) Grundsätze der symptomatischen Therapie (vorausschauende Bedarfsmedikation, Applikationswege)
- 7) medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie von möglichen Symptomen (Delir, Schmerzen, Dyspnoe, Angst und Unruhe, Übelkeit und Erbrechen, Mundtrockenheit, Terminales Rasseln)
- 8) Begleitung von Angehörigen (aufklären/informieren, unterstützen, einbinden)
- 9) Informationen zum Palliativmedizinischen (Konsil-)Dienst.
- 10) Besondere pflegerische Aspekte der Versorgung in der Sterbephase (z.B. Aromatherapie, Mundpflege, nicht-medikamentöse Symptomkontrolle und Einbindung von Angehörigen in die pflegerische Versorgung)

Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen

Versorgungsmöglichkeiten und Beratungsangebote (z.B. Palliativmedizinische Sprechstunde, Palliativmedizinischer (Konsil-)Dienst, Palliativstation, SAPV, Hospiz).

Hinweise:

- Empfohlene Dauer: 60-90 Minuten
- Damit möglichst viele Stationsmitarbeitende teilnehmen können, empfiehlt es sich, mehrere Termine anzubieten und diese frühzeitig anzukündigen
- Referent:innen: palliativ erfahrenes Fachpersonal, z.B. Pflegefachpersonen, Psychoonkolog:in
- Unterstützende Materialien: Handouts, Powerpointpräsentationen, Leitfäden
- Je nach Thema bieten sich praktische Übungen an, z.B. bei Aromatherapie (Materialien frühzeitig bestellen!)

Anlage 19: Wegweiser für trauernde Angehörige

Mögliche Hilfe für Trauernde

Beratungsstelle:

Name der Beratungsstelle

Gebäude Nr. | X. Etage

Straße Hausnummer | PLZ Stadt

Tel.: +49 (0) [ergänzen]

Fax: +49 (0) [ergänzen]

E-Mail: [ergänzen]

www.Trauergruppe.de

Seite im Internet für die Suche weiterer Trauergruppen in ganz Deutschland

Telefonseelsorge

Tel.: 0800 – 111 0 111

Tel.: 0800 – 111 0 222

Jederzeit erreichbar, anonym, kostenlos aus ganz Deutschland

Ärztlicher Notdienst

Tel.: 116 117

Beratung bei Krisen, kostenlos, jederzeit erreichbar

Elterntelefon Telefon:

Tel.: 0800 111 0 550

bundesweites Gesprächs-, Beratungs- und Informationsangebot, Unterstützung von Eltern und andere Erziehenden bei schwierigen Fragen der Kindererziehung

Notrufnummer für Kinder und Jugendliche/Kinder- und Jugendtelefon:

Tel.: 0800 111 0 33 oder

Tel. Beratung: Mo bis Sa 14-20 Uhr.

Anonym und kostenlos in ganz Deutschland

Kontakt Station [Name]

Stationsbezeichnung

Einrichtung

Zentrum

Gebäude Nr. | X. Etage

Straße Hausnummer | PLZ Stadt

Tel.: +49 (0) [ergänzen]

Fax.: +49 (0) [ergänzen]

Ärztliche (Zentrums-)leitung:

[Name ergänzen]

Pflegerische Leitung:

[Name ergänzen]

Dieser Wegweiser wurde im Rahmen des Projektes „Sterben im Krankenhaus-Optimierung der Versorgung in der Sterbephase“ entwickelt.



Hier ist Platz für
Ihr Logo

[Station/Einrichtung] für
[Fachdisziplin/Name ergänzen]

Information für Trauernde

Wegweiser für Angehörige

Station [Name] [Platz für ein Logo]

Motivbild nach Wahl einfügen

Liebe Angehörige,

wir, die Mitarbeitenden der Station [Name] sprechen Ihnen unser herzliches Beileid aus und möchten Sie in dieser Phase Ihrer Trauer nicht allein lassen.

Nach dem Versterben eines lieben Menschen stellen sich oft viele Fragen, daher haben wir diese Informationsbroschüre für Sie zusammengestellt.

Was geschieht jetzt?

- Nach Eintritt des Todes verbleibt der/die Verstorbene X bis X Stunden auf der [Ort/Station]. Während dieser Zeit können Sie in Ruhe Abschied nehmen.
- Wir sind für Sie da. Und wenn sie möchten, kann [z.B. ein/e (Krankenhaus-)Seelsorger:in] hinzugezogen werden. Sprechen Sie hierfür unser Pflegepersonal an.
- Der/die Stationsarzt:in erstellt die Todesbescheinigung und ist verpflichtet, Sie zu einer Sektion sowie zu einer sog. postmortalen Gewebespende zu befragen. Es ist möglich, dass Sie diesbezüglich vom Institut für Rechtsmedizin des [Name Klinik] in der nächsten Zeit zu Hause angerufen werden.
- Die persönlichen Sachen des/der Verstorbenen werden Ihnen vom Pflegepersonal ausgehändigt.
- Der/die Verstorbene wird dann von der Station in das Institut für Rechtsmedizin gebracht. Dort können Sie sich auch im Einzelfall, nach vorheriger Absprache mit den Mitarbeitenden der Rechtsmedizin (Tel.: XXX), von Ihrem/Ihrer Angehörigen verabschieden.

- Im Büro für Standesamtliche Angelegenheiten wird der Totenschein abgegeben und an das Standesamt von dort weitergeleitet. Das Büro befindet sich ebenfalls im Institut für Rechtsmedizin (Name Einrichtung, Gelände, Gebäude, Straße Hausnummer in PLZ Stadt). Weitere Fragen wird Ihnen das Büro gerne beantworten (Tel.: XXX).
- In einzelnen Fällen kann es sein, dass nach medizinischer bzw. behördlicher Prüfung die [Stadt] Staatsanwaltschaft bei Ihnen, den Angehörigen, anruft und sich nach Einzelheiten aus den letzten Tagen Ihres/Ihrer Angehörigen aus Ihrem Blickwinkel erkundigt. Da dieser Anruf für Sie unerwartet kommt, könnte er Sie verunsichern. Er bedeutet aber nicht, dass ein Behandlungsfehler vorliegt oder vermutet wird, sondern dass die Behörde ihre Aufgabe zum Beispiel bei unklarer Todesursache (z.B. bei einem plötzlichen und unerwarteten Versterben) regelgerecht durchführt.

Was sollte ich jetzt tun?

- Suchen Sie innerhalb der nächsten 2 Werktage ein Bestattungsunternehmen Ihrer Wahl auf. Besprechen Sie die Formalitäten einer Beerdigung mit diesem Unternehmen. Das Institut übernimmt dann den weiteren Weg der Überführung Ihres/Ihrer verstorbenen Angehörigen aus dem [Name Klinik] in das Beerdigungsinstitut. Können Sie als Angehöriger die Beerdigungskosten nicht tragen, haben Sie die Möglichkeit beim

zuständigen Sozialamt einen Antrag auf Beihilfe zu stellen (§74 SGB XII).

- Falls die eigenen finanziellen Mittel für eine Bestattung nicht ausreichen, können Sie sich an Ihr zuständiges Sozialamt wenden. Die notwendige Bescheinigung, dass Ihr/Ihre Angehörige:r im [Name Klinik] verstorben ist, erhalten Sie ebenfalls im Büro für Standesamtliche Angelegenheiten des [Name Klinik].
- Suchen Sie zu Hause eventuell vorhandene Verträge und Verfügungen zusammen, die der/die Verstorbene zu Lebzeiten niedergeschrieben hat, z.B. die Bestattungsvorsorge oder die Willenserklärung zur Bestattungsart.
- Informieren Sie die Krankenkasse, die Lebens- und Unfallversicherung und falls vorhanden, die Berufsgenossenschaft.

Stellen Sie wichtige Unterlagen, wie z.B. Personalausweis, Geburts- und Heiratsurkunde zusammen. Zuständig für die Beurkundung eines Sterbefalls ist immer das Standesamt, in dessen Bezirk die Person verstorben ist.

Die Sterbeurkunde erhalten Sie (bzw. das Bestattungsunternehmen Ihrer Wahl) daher im Standesamt [Name Stadt], Abteilung [Name] in der Straße Hausnummer in PLZ Stadt (Tel.: XXX - XXX).

Die Öffnungszeiten des Standesamtes sind: Mo, Di X-X Uhr, Do X-X Uhr und X-X Uhr, mit Termin: Mo, Di X-X Uhr und Fr X-X Uhr. Bitte beachten Sie ggf. abweichende Öffnungszeiten (www.XXX).

Angehörigeninformation nach Versterben

Information der Angehörigen über das Versterben der/des Patient*in

- Angehörigengespräch nach Möglichkeit/bei Bedarf interdisziplinär führen (Ärzt*in, Pflege, Therapeut*innen, Seelsorge)
- Eventuell Information weiterer Angehöriger (Kontaktsperre beachten!)
- Ruhigen Ort wählen
- Angehörigen Ruhe und Zeit gewähren

Abschiednehmen ermöglichen

- Versorgung der/des verstorbenen Patient*in: Waschen, Entfernen von Zugängen (Pflege)
- Angehörige können auf Wunsch in die Versorgung des/der Verstorbenen eingebogen werden, oftmals empfinden die Angehörigen die gemeinsame Pflege als etwas, das sie „noch tun können“
- Positionierung der verstorbenen Person auf den Rücken (ggf. mit Angehörigen)
- Angehörige werden zum Abschiednehmen in den Abschiedsraum begleitet (wenn vorher nicht gemeinsame Körperpflege mit Angehörigen)
- Beachtung glaubensbedingter Besonderheiten (rituelle Waschungen, Ausrichtung nach Mekka, ...)

Weiteres Vorgehen

- Zustimmung oder Ablehnung der Angehörigen zur Frage der Obduktion und Hornhautspende einholen (Ärzt*innen)
- Wertgegenstände in Sicherheitstüte geben, zukleben und darauf vermerken, welche Gegenstände sich darin befinden
- Hinweis auf Abholung der Wertgegenstände auf der Station (bei vorheriger Aufnahme auf Normalstation das Pflegepersonal der Intensivstation ansprechen)
- Hinweis an Angehörige, dass Bestattungsunternehmen informiert werden kann und die verstorbene Person in der Pathologie abgeholt werden kann (Telefonnr.: 0221 478-5256)
- Ausstellung der Todesbescheinigung durch diensthabende*n Ärzt*in
- Weiterleitung der Todesbescheinigung an Patientenverwaltung
- Weiterleitung der Todesbescheinigung an das Standesamt durch Patientenverwaltung
- Bei Bestattungen innerhalb von 24h kümmert sich die Bestatter*in um das weitere Prozedere
- **Wichtig:** Todesbescheinigung auch in diesem Fall niemals den Angehörigen/BestatterIn aushändigen, dieser muss immer an die Patientenverwaltung und kann dort abgeholt werden (Telefonnr.: Patientenverwaltung Sterbefälle, 0221-478-4529)

Vorgehen bei ungeklärten Todesfällen

- Ein ungeklärter Todesfall wird von der*dem Ärzt*in festgelegt
- Kriminalpolizei muss kontaktiert (Telefonnr.: 0221-229-8115 oder 0221-229-0)
- Verstorbene*r Patient*in wird in den Abschiedsraum gebracht und dort eingeschlossen, bis die Kriminalpolizei anwesend war
- Patient*in wird danach entweder in die Pathologie oder zur Obduktion in die Rechtsmedizin gebracht
- Die Angehörigen können in der Pathologie Abschiednehmen, sobald die Kriminalpolizei der/den Patient*in freigegeben hat

Weitere Betreuung nach Abschiednehmen

Anlage 20: Checkliste Versorgende

- Klärung offener Fragen
- Bei akuten Belastungssituationen: klinikinterne Kontakte nutzen
- Angehörigenwegweiser ausgeben

Kommunikation mit An- und Zugehörigen von Patient*innen in der Sterbephase und Einbezug in pflegerische Maßnahmen

Die Intensivstation ist ein Ort, an dem regelmäßig Entscheidungen über eine Therapiezieländerung getroffen und Patient*innen und ihre An- und Zugehörigen (im Weiteren als Angehörige bezeichnet) in einem Sterbeprozess begleitet werden. Entscheidungsprozesse und Kommunikation sind in diesem Setting oft durch dynamische Verläufe, wechselnde Ansprechpersonen, kurative Erwartungen und fehlende Rahmenbedingungen erschwert. Zusätzlich sind Patient*innen häufig nicht ansprechbar. Angehörige sind in dieser Situation eigenen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Ihre Betreuung nimmt daher in der Sterbephase und auch über den Tod hinaus eine wichtige Rolle in der Versorgung ein. Oft fühlen sich Angehörige allein gelassen und nicht genügend informiert. Der folgende Leitfaden gibt allgemeine und stationsspezifische Hinweise zur Kommunikation mit Angehörigen von Patient*innen in der Sterbephase sowie zum Einbezug in die pflegerische Versorgung. Die Entscheidungs- und Therapiefreiheit der Behandelnden sowie die Eigenverantwortung werden durch den Leitfaden nicht ersetzt.

Inhalt

1. Kommunikation mit Angehörigen von Patient*innen in der Sterbephase	2
a. Grundsätzliche Hinweise	2
b. Gespräche mit Angehörigen führen (SPIKES Schema)	3
c. Belastung für Angehörige reduzieren	7
d. Umgang mit unterschiedlichen Ansichten	8
2. Besonderheiten in der Kommunikation bei Beenden von Maßnahmen	10
a. Grundsätzliche Hinweise zur Kommunikation beim Beenden von Maßnahmen	10
b. Besonderheiten bei den einzelnen Maßnahmen und rechtliche Hinweise	11
3. Einbezug von Angehörigen in pflegerische Maßnahmen	14
4. Kommunikation und Einbezug der Angehörigen nach dem Tod	15
5. Kontakte für die Versorgung in der Sterbephase – Station 4b	16
6. Quellen:	18

1. Kommunikation mit Angehörigen von Patient*innen in der Sterbephase

a. Grundsätzliche Hinweise

- **Frühzeitige und kontinuierliche** Kommunikation sicherstellen
 - Bei Aufnahme Kontaktperson(en) festlegen und schriftlich dokumentieren
 - › Festhalten, ob Kontaktpersonen auch nachts angerufen werden können
 - › Von Patient*in festgelegte Kontaktsperren beachten (auch nach Versterben)
 - Zeitnahe Informationen sind wichtig, damit Patient*innen und Angehörige selbstbestimmt Entscheidungen treffen können (z.B. Anwesenheit bei Versterben)
- Bei der Festlegung von Therapiezielen sowie der Erläuterung von möglichen Symptomen im Sterbeprozess achtsam mit der **Wortwahl** sein:
 - z.B. „unregelmäßige Atemmuster“ statt „Todesrasseln“
 - z.B. „Beenden von lebenserhaltenden Maßnahmen“ statt „Beenden der Versorgung“
- **Relevante Informationen** für Angehörige (ggf. nach Rücksprache mit Patient*in)
 - Der Informationsbedarf ist **individuell** und soll vorab erfragt werden (siehe 1b)
 - › Angehörige entscheiden, wie viel sie wissen wollen
 - › Die meisten Angehörigen wünschen **offene und ehrliche** Informationen
 - › Aber: nicht alles muss gesagt werden – z.B. keine genauen Angaben zur mutmaßlich verbleibenden Lebenszeit nennen
 - Wenn gewünscht: über Krankheitsverlauf, Symptome, Prognose und Zustandsveränderungen in der Sterbephase informieren
 - **Verständlich** über mögliche Zustandsveränderungen im Sterbeprozess aufklären: z.B. Atmung, Bewusstsein, Allgemeinzustand
 - **Veränderungen** im Behandlungsplan ankündigen und erläutern, um Verunsicherung zu vermeiden, z.B. ausreichend Aufklärung im Entscheidungsprozess zu künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

*„Damit Ihr Angehöriger mehr Ruhe finden kann, werden wir nicht mehr täglich Blut abnehmen/nicht mehr so oft den BZ messen/etc. Wir besprechen mit Ihnen von Tag zu Tag, was wir benötigen, um ihn*sie gut versorgen zu können“*

„Wir machen nur noch die Dinge, die sinnvoll sind, damit ihr Angehöriger nicht leidet/keine Schmerzen hat/kein Stress hat/es ihm gut geht“

- Wichtig: Informationen sollten sich zwischen den Mitarbeitenden **nicht widersprechen**
- Über Unterstützungsmöglichkeiten informieren (Kontaktaten siehe Tabelle S. 15-16): Seelsorge, Palliativdienst, Hospizhelfer*innen, psychologische Unterstützung, Trauerbegleitung, Selbsthilfegruppen
- **Religiöse und kulturelle Unterschiede** in der Kommunikation, in Entscheidungsprozessen, in Familiendynamiken und bei Konzept von Krankheit und Tod verstehen

*„Können Sie mir dabei helfen, was ich über den Glauben von [Patient*in] wissen muss, um ihn*sie möglichst gut zu versorgen?“*

- **Wohlbefinden** der Angehörigen im Blick behalten
 - Nach dem Befinden der Angehörigen fragen, ebenso nach Informations- und Unterstützungsbedarf
 - Aktive Ermutigung, Fragen und Belastungen offen anzusprechen
 - Angehörigen signalisieren, dass Privatsphäre nicht gleich Desinteresse ist

„Wir werden versuchen Ihnen und Ihrem Angehörigen so viel Ruhe und Raum für gemeinsame Zeit wie möglich zu geben. Sollten Sie etwas brauchen oder eine Frage haben sind wir jederzeit ansprechbar.“

- Im Einzelfall den Angehörigen nach Absprache die Möglichkeit anbieten bei dem*der Patient*in zu bleiben
- Im Blick behalten, dass Angehörige auch auf sich selbst achten: signalisieren, dass sie sich Auszeiten nehmen dürfen und sollen und dass sie bei Veränderung des Zustands auf Wunsch angerufen werden

*„Sie müssen nicht die ganze Zeit hier sein. Würde es Ihnen gut tun mal nach Hause zu gehen? Es kann sein, dass Sie dann nicht anwesend sind, wenn [Patient*in] verstirbt. Aber wir rufen Sie auf jeden Fall an, wenn Sie mögen, sobald sich der Zustand Ihres Angehörigen verändert.“*

1. Erklären, dass Patient*innen individuell versterben: manche können nicht „gehen“, wenn ein wichtiger Mensch anwesend ist, um ihn*sie nicht zu belasten; andere warten noch auf den Besuch eines bestimmten Menschen
2. Oftmals sieht man Angehörigen, die den ganzen Tag anwesend sind, an, dass sie belastet sind und nicht genügend schlafen, essen und trinken: den eigenen Eindruck zu spiegeln kann helfen, dass Angehörige ihre Bedürfnisse wahrnehmen

Ich habe das Gefühl, dass es Ihnen guttun würde, einmal nach Hause zu fahren und etwas zu schlafen, zu essen, zu trinken oder einen Spaziergang an der frischen Luft zu machen.

b. Gespräche mit Angehörigen führen (SPIKES Schema)

Gespräche mit Angehörigen sollen, wann immer möglich, multiprofessionell geführt werden (v.a. in Anwesenheit der Pflege). Klinische und prognostische Informationen werden von Ärzt*innen und Pflegenden mitgeteilt. Pflegenden schildern zusätzlich ihre Perspektive oder fangen emotionale Reaktionen auf. Pflegenden sind vor allem auch zwischen offiziellen Gesprächen für Angehörige ein wichtiger Kontakt und unterstützen diese im Entscheidungsprozess.

Evidenzbasierte Trainings, um die eigene Gesprächsführung zu verbessern, können unter folgendem Link aufgerufen werden (in englischer Sprache): <https://www.vitaltalk.org/clinicians/>

In der palliativen Situation geht es nicht nur um den Austausch oder das Überbringen von Informationen, sondern um den Aufbau einer Beziehung und das gemeinsame Entwickeln von Perspektiven. Als Unterstützung hat sich hier das **SPIKES Modell** bewährt:

Setting

Vorbereitung auf das Gespräch und Schaffen von Rahmenbedingungen:

- Sich selbst vorbereiten: Akte lesen, etc.
- Ziele und Inhalte des Gesprächs vorher im Team klären > **Konsens** im Team und konsistente Informationen an Angehörige!
- Alle relevanten Personen für Besprechung einladen:
 - Patient*in (sofern möglich)
 - Angehörige, falls möglich auch mit Kindern
 - Ärzt*innen **und** Pflegende
 - Ggf. psychologische Unterstützung (Seelsorge, Psycholog*innen, Palliativdienst)
- Zeitfenster schaffen und Störungen vermeiden (z.B. Telefon)
- Privatsphäre sicherstellen
- Für ruhige Atmosphäre und ausreichend Sitzmöglichkeiten sorgen, ggf. Taschentücher bereitstellen
 - Beispielsweise das **Oberarztzimmer der 4b**

Beginn:

- Hinsetzen: signalisiert Augenhöhe und Gesprächsbereitschaft
- Alle Anwesenden vorstellen (bei Mitarbeitenden Funktion benennen)
- Auf Augenkontakt achten
- Rahmenbedingungen für das Gespräch festlegen, z.B. Zeitrahmen
- Ziel des Gespräches festlegen

*„Ich kann mir vorstellen, dass dies für alle eine schwierige Zeit ist. Ich möchte gerne besprechen, wie es [Patient*in] geht, und Ihre Fragen beantworten.“*

Perception

Wissensstand der Angehörigen erfassen:

- Fragen stellen, bevor Informationen vermittelt werden und zuhören
- Kenntnisstand und Empfindungen erfahren
- Offene Fragen helfen, den Wissensstand zu erfassen

*„Was wurde Ihnen bereits mitgeteilt?“
 „Welche Informationen haben Sie über die Erkrankung erhalten?“
 „Wie sehen Sie die Situation Ihres Angehörigen?“
 „Was denken Sie, was in den nächsten Tagen sein wird?“
 „Was ist Ihr Gefühl?“*

Invitation

Informationsbedarf der Angehörigen erfassen:

- Kommunikationsmuster und Informationsbedarf der Angehörigen erkennen:
 - Bei manchen löst es Angst aus, offen über den Sterbeprozess und den Tod zu sprechen und es ist ungewohnt, Gefühle zu offenbaren und darüber zu reden
 - Andere befürworten offene Kommunikation und sind dankbar, alles zu erfahren
- Erfragen, welche Informationen mitgeteilt werden sollen
- Belastungsgrenzen wahrnehmen, Ablehnung akzeptieren, unterstützend bleiben

„Gewöhnlich informieren wir die Sie offen über die aktuelle Situation. Sind Sie mit diesem Vorgehen einverstanden?“
 „Wollen Sie, dass ich Ihnen erkläre, welche Veränderungen im Sterbeprozess auftreten können?“
 „Wie offen darf ich mit Ihnen über [Thema] sprechen?“

- Dabei jedoch sicherstellen, dass Angehörige verstehen, dass der*die Patient*in sterben wird

Knowledge

Klinische Informationen vermitteln

- Schlechte Nachrichten ankündigen

*Leider hat sich der Zustand von [Patient*in] nicht so entwickelt, wie wir uns das gewünscht hätten“*

Auf Hauptthemen beschränken: i.d.R. aktuelle Situation, Prognose und Behandlungsplan

- **Kurze Sätze, verständliche Sprache**
- Pflegende miteinbeziehen
- Informationen gliedern, **stückchenweise** vermitteln und **Pausen** zulassen
- **Verständnis** abfragen
 - Wichtig: Missverständnisse erkennen
 - Studien zeigen, dass Informationen nach erstem Gespräch häufig nicht verstanden wurden
 - Angehörige sind sich der eigenen Missverständnisse nicht bewusst
- Zweitmeinung anbieten, wenn angesprochen
- Ruhe vermitteln und Zeit für Reaktionen und Fragen geben

„Sie haben gerade viele Informationen erhalten...
 ... Haben Sie hierzu Fragen?“
 ... Gibt es etwas, dass Sie gern noch wissen möchten?“
 ... Was geht Ihnen gerade durch den Kopf?“ (Wenn Personen nachdenklich wirken)

- Eigene Unsicherheiten offen ansprechen und nächste Schritte erläutern

„Ich wünschte, ich könnte Ihnen genauer sagen, wie sich der Zustand entwickeln wird. Die Situation kann sich momentan sehr schnell verändern. Wir geben Ihnen in jedem Fall Bescheid, wenn sich etwas verändert“

- keine unrealistischen Therapieoptionen anbieten

Exploring / Empathy (→ siehe 2c: NURSE Schema)

Emotionen mit Empathie begegnen

- Zuhören, Gefühle wahrnehmen und zulassen
- Wahrgenommene Gefühle benennen: z.B. „Sie wirken besorgt...“
- Empathische Antwort: z.B. „Ich wünschte, ich hätte bessere Nachrichten für Sie“
- **Raum** für Emotionen geben → Nach empathischer Antwort Reaktionen abwarten und Raum nicht mit eigenem Redeanteil füllen
- Schweigen und längere Gesprächspausen aushalten

„Überlegen Sie in aller Ruhe“
„Möchten Sie kurz darüber nachdenken?“

Strategy / Summary

Weiteren Verlauf festlegen

- Nachfragen, ob sie sich für die Besprechung weiterer Schritte in der Lage fühlen
- Weiteres Vorgehen gemeinsam planen: Ziele und Wünsche der Angehörigen erfassen, dabei Perspektive der Patient*in im Fokus behalten

„Wenn [Patient*in] hier mit uns sitzen würde, was würde er*sie Ihrer Meinung nach dazu sagen?“
„Was war für [Patient*in] wichtig?“ „Haben Sie über diese Dinge schon einmal in der Familie gesprochen?“

- Je nach Bedarf klare Empfehlungen geben, die auf den Wünschen und Zielen der Angehörigen und der Patient*in basieren und Entscheidungen erklären

„Würde es Ihnen helfen, wenn ich Ihnen meine Sicht erkläre?“

- Entscheidungen zu einzelnen Maßnahmen (z.B. Beatmung) erst festlegen, wenn Therapieziel klar festgelegt ist
- Beschreiben, was getan wird, um die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patient*in zu steigern
- Angehörigen ausreichend Zeit geben zu sprechen
- Bei Konflikten zwischen Angehörigen
 - Neutral bleiben
 - Fokus auf Patient*in setzen

„Ich sehe, dass es Unstimmigkeiten zwischen Ihnen gibt. Ich frage mich, ob wir diese Unstimmigkeiten beiseitelegen können und uns darauf fokussieren können, wie es mit [Patient*in] weitergeht.“

- Hauptansprechperson soll bei Aufnahme festgelegt worden sein

Zusammenfassen

- Besprochene Informationen und Entscheidungen kurz zusammenfassen
- Raum für Fragen geben
- Unterstützung anbieten

„Was benötigen Sie jetzt?“
„Gibt es etwas, was wir im Moment für Sie tun können?“

- Neuen Termin vereinbaren bzw. Angebot für nächstes Gespräch stellen
- Abklären, wie Teammitglieder kontaktiert werden können
 - An pflegerische Kolleg*innen überleiten > Signalisieren, dass alle Kolleg*innen ansprechbar sind
 - Wenn Angehörige nicht auf Station bleiben können, anbieten, dass sie sich jederzeit telefonisch melden können > Telefonnummer mitteilen

Dokumentation

c. Belastung für Angehörige reduzieren

Die wahrgenommene Verantwortung, stellvertretend medizinische Entscheidungen für den*die Patient*in treffen zu müssen, kann für Angehörige emotional sehr belastend sein. Folgende Aspekte können dabei helfen, die Belastung für Angehörige zu reduzieren:

- Unterstützungsbedarf und (spirituelle) Bedürfnisse erfassen
 - Unterstützung anbieten: Palliativdienst, Seelsorge, Psycholog*innen
- Gespräche zu verschiedenen Zeitpunkten anbieten:
 - Gespräche zu Therapiezieländerungen
 - Gespräch, um Angehörige auf Sterbeprozess vorzubereiten
 - Unterstützendes Gespräch im Zimmer des*der Patient*in
 - Gespräch mit Angehörigen nach Versterben, um Anerkennung und Anteilnahme mitzuteilen
- Rolle und Aufgaben der Angehörigen klären
- Entscheidungen erklären
- Angehörigen ermöglichen, sich schriftlich Notizen zu machen: Fragen notieren sowie wichtige Informationen in Gesprächen
- Schriftliche Informationen zur Verfügung stellen: Flyer für Angehörige
- Durch Wortwahl kann Gefühl reduziert werden, Entscheidungen über Leben und Tod treffen zu müssen
 - Nicht fragen, was als nächstes getan werden soll, sondern Angehörige anleiten, sich daran zu orientieren, was Patient*in sich wünschen oder denken würde

*„Wenn [Patient*in] hier sitzen würde und gehört hätte, was wir gerade über ihren*seinen Zustand besprochen haben, was würde er*sie dazu sagen?“*

*„Manchmal unterscheiden sich die eigenen Ansichten von denen der [Patient*in]. Was denken Sie, wäre die Meinung von [Patient*in] dazu?“*

*„Haben Sie mit [Patient*in] schon mal darüber gesprochen, was er*sie in so einer Situation denken würde?“*

- Verantwortung der Entscheidung von Angehörigen wegnehmen

*„Sie müssen nicht die Entscheidung darüber treffen [Maßnahme] zu stoppen. Ihre Aufgabe war es mir zu berichten, was [Patient*in] in dieser Situation gesagt hätte. Damit kann ich Ihnen sagen, was aus meiner Sicht der beste Weg wäre, um den Zielen von [Patient*in] zu entsprechen...
... z.B.: In Anbetracht dieser Werte sollten wir uns darauf konzentrieren, das Wohlbefinden Ihres [Patient*in] zu erhalten. Wenn sich der Zustand verschlechtert, sollten wir ihn*sie nicht an Maschinen anschließen, um den Sterbeprozess zu verlängern.“*

- Auf Formulierung achten
 - › Was würde [Patient*in] sagen/denken statt wollen/wünschen > Wünsche von realistischen Therapieoptionen differenzieren
 - › DNR wird häufiger gewünscht, wenn es als AND beschrieben wird
 - › Das Absetzen von bestimmten Maßnahmen darf nicht als Beenden der Versorgung missverstanden werden

Reaktion auf Emotionen: NURSE Schema

- Angehörige können auf unterschiedliche Weise in Gesprächen reagieren, z.B. Traurigkeit, Angst, Verzweiflung, Wut
- Unterstützende Reaktionen: Aktives Zuhören und Angehörigen die Gewissheit geben, dass Mitarbeitende zur Verfügung stehen und mit ihren Emotionen umgehen können
- Das NURSE Schema hilft Mitarbeitenden empathisch mit starken emotionalen Reaktionen umzugehen

Akronym	Bezeichnung	Beispiel
N	Name (benennen)	„Sie wirken frustriert“ „Ich glaube, Sie sind gerade sehr wütend auf [Thema/Person]“ „Ich glaube, Sie wollen mir sagen, dass Sie sehr große Angst vor den nächsten Tagen haben“ „Offenbar ist es so, dass...“ (statt „Ich verstehe, dass Sie...“)
U	Understanding (verstehen)	„Ich versuche mir gerade vorzustellen, wie Ihnen zumute ist...“
R	Respect (respektieren)	„Sie stellen genau die richtigen Fragen und sind wirklich eine sehr wichtige Stütze für Ihren [Patient*in]“
S	Support (unterstützen)	„Ich bin hier, wenn Sie Fragen haben“
E	Explore (erkunden)	„Erzählen Sie mir mehr darüber, was Sie denken“ „Ich frage mich, was das für Sie bedeutet?“

d. Umgang mit unterschiedlichen Ansichten

Auf Intensivstationen besteht häufig kein langes Verhältnis zwischen den Mitarbeitenden und den Angehörigen, was gemeinsame Entscheidungsprozesse erschweren kann. Angehörige fühlen sich teilweise missverstanden oder unter Druck, ihre Ansichten aufzugeben.

Wenn es zu unterschiedlichen Ansichten zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen kommt, kann es hilfreich sein herauszufinden, warum die Angehörigen sich Therapien wünschen, die aus Sicht der Mitarbeitenden nicht sinnvoll sind.

Möglicher Grund	Ursprung	Mögliches Vorgehen
Missverständnis	Keine ausreichenden Informationen erhalten	Gespräch führen (nach SPIKES Schema)
	Widersprüchliche Informationen erhalten	Gespräch unter Mitarbeitenden notwendig, um konsistente Informationsweitergabe zu besprechen
Emotionale Gründe	Stress behindert Verständnis	Informationen erneut vermitteln, Unterstützung anbieten
	Schuldgefühle oder Verleugnung	Auf Emotionen reagieren, Verantwortung von Angehörigen wegnehmen
	Fehlendes Vertrauen	Wahrnehmen, Ansprechen, gemeinsam weiteren Verlauf planen

Andere Gründe	Unterschiedliche Auffassung der Patient*innenwünsche	Palliativkonsil, zweite Meinung einholen, Zeitrahmen festsetzen für Maßnahmen
	Hoffnung auf ein Wunder	Spirituelle Unterstützung anbieten
	Wunsch, alles zu tun	Herausfinden, was Wunsch bedeutet > z.B. alles tun, was gut für Patient*in ist vs. alles tun, um Patient*in am Leben zu erhalten

Wenn die unterschiedlichen Ansichten bestehen bleiben, kann Unterstützung von außen helfen, z.B. Palliativdienst, Sozialdienst, Seelsorge.

Umgang mit Angehörigen, die „alles wollen“

- Forderung akzeptieren und gemeinsam mit Angehörigen zugrundeliegende Behandlungswerte und Bedenken besprechen.
- Phrase bedeutet für unterschiedliche Menschen unterschiedliche Dinge > Herausfinden, was Wunsch bedeutet:
 - Alles tun, was zu einer größtmöglichen Leidenslinderung führt – auch wenn dadurch das Leben ungewollt verkürzt werden könnte.
 - Alles, was eine vernünftige Chance hat, das Leben zu verlängern – aber nicht, wenn es das Leiden erhöht.
 - Alles, was eine vernünftige Chance hat, das Leben zu verlängern – auch wenn es zu einer Zunahme des Leidens führen kann.
 - Alles, was eine vernünftige Chance hat, das Leben auch nur ein wenig zu verlängern – unabhängig davon, wie es sich auf das Leiden auswirkt.
 - Alles, was das Leben auch nur ein wenig verlängern könnte - unabhängig davon, wie es sich auf das Leiden auswirkt.

Möglicher Grund	Was „alles“ heißen könnte	Mögliche Fragen
Aufgabe	„Es fühlt sich an, als würden wir [Patient*in] aufgeben“	„Was sind Ihre größten Bedenken?“ „Was sind Ihre Hoffnungen?“
Angst/Sorge	„Ich will [Patient*in] nicht verlieren“ „Ich schaffe mein Leben ohne [Patient*in] nicht“	„Wovor haben Sie am meisten Angst?“ „Was ist für Sie am schwierigsten?“
Glaube	„Gott entscheidet, wann es für [Patient*in] Zeit ist zu gehen und nicht wir“	„Woran erkennen wir, wann Gott den richtigen Zeitpunkt sieht?“
Unzureichendes Verständnis	„Mir ist nicht klar, wie krank [Patient*in] ist“ „Mir ist nicht klar, was lebensverlängernde Maßnahmen für [Patient*in] bedeuten.“	„Was sind für Sie die wichtigsten Ziele?“ „Wie sehen Sie die Prognose von [Patient*in]?“

2. Besonderheiten in der Kommunikation bei Beenden von Maßnahmen

Folgende Maßnahmen werden in der Sterbephase kritisch geprüft und beendet bzw. abgesetzt, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung und Lebensqualität besteht:

→ Medikamente, Flüssigkeit, Ernährung, Beatmung, Re-Intubation, Diagnostik, Labor, Reanimation, Deaktivierung der Defibrillationsfunktion ICD, Dialyse, Zugänge, Pflegerische Maßnahmen (Vitalzeichenkontrolle, Flüssigkeitsbilanz, Lagerung zur Dekubitus- und/oder Pneumonieprophylaxe, Monitoring, Sauerstoffapplikation)

a. Grundsätzliche Hinweise zur Kommunikation beim Beenden von Maßnahmen

- Das Beenden von Maßnahmen ist immer eine **individuelle Einzelfallentscheidung**.
 - Im Gespräch mit den Angehörigen ist es wichtig, die **Wünsche der Patient*in** zu eruieren (siehe 1b)
 - Entscheidend ist, ob die **Lebensqualität** durch die Maßnahme gesteigert oder **Symptomlinderung** erreicht werden kann
 - In der Regel wünschen sich Angehörige im Entscheidungsprozess **konkrete Empfehlungen durch die Versorgenden** basierend auf den Wünschen der Patient*in und medizinischen Fakten
 - **Religiöse und kulturelle Wünsche** sollen im Entscheidungsprozess wahrgenommen und **respektiert** werden, wenn sie mit der medizinischen Behandlung vereinbar sind
- Wenn lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden sollen, soll dies **frühzeitig** kommuniziert werden
 - Für die meisten Angehörigen ist es leichter, wenn für den **Entscheidungsprozess mehr als ein Tag** verfügbar ist und **mehrere Gespräche** dazu stattfinden konnten. Die Angehörigen haben so mehr Zeit, sich mit der medizinischen Entscheidung und ihren eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen und Vorbereitungen zu treffen
- Das Beenden von Maßnahmen ist für Angehörige, aber auch teils für Behandelnde keine rein medizinische, sondern auch eine **emotionale** Entscheidung. Maßnahmen können als „noch etwas tun“ missverstanden und das Beenden fälschlicherweise mit Sterbehilfe oder Beschleunigung des Todes assoziiert werden. Folgende Aspekte sind in der Kommunikation zu beachten:
 - Bedenken, Hilflosigkeit und Ängste **erkennen** und **thematisieren**
 - Im Gespräch klären, für wen die Maßnahme wichtig ist:
 - Welche Symptome sollen durch die Maßnahme gelindert werden (z.B. hat Patient*in Durst)?
 - Was möchte die Patient*in?
 - Gibt es weitere Möglichkeiten der Symptomkontrolle?
 - **Ausführliche, einfache und verständliche Aufklärung:** Gründe für Beenden oder Anpassungen sowie mögliche Symptome nach Beenden

*„Damit es für Sie und Ihre*n [Patient*in]. angenehmer ist, werden wir die Monitorkabel und Zugänge entfernen. Das gibt Ihnen mehr Ruhe und die Möglichkeit ungestört die Zeit mit Ihrem Angehörigen zu verbringen.“*

„Wegen der Verschlechterung werden wir nun Medikamente gegeben, damit [Patient*in] auch weiterhin wenig Beschwerden hat. Die Medikamente verursachen nicht die Verschlechterung und vor allem Beschleunigen sie nicht den Sterbeprozess“

- Deutlich kommunizieren, dass nicht die Versorgung, sondern einzelne Maßnahmen beendet werden
- Die Maßnahmen sind kein Ersatz für Gespräche und Begleitung. Daher **andere Möglichkeiten der Zuwendung** aufzeigen: Mundpflege, Massage, Vorlesen, etc.
- Der Palliativdienst, die Seelsorge oder Sozialarbeiter*innen können in der Kommunikation und Betreuung von belasteten Angehörigen unterstützen (Kontaktliste siehe S. 15-16)

b. Besonderheiten bei den einzelnen Maßnahmen und rechtliche Hinweise

Einordnung von Begrifflichkeiten und deren rechtliche Folgen

- **Mitwirkung bei der Selbsttötung** (statt assistierter Suizid)
 - Hilfe beim Beschaffen des todbringenden Mittels, Begleiten und Zulassen der Suizidhandlung, Unterlassen von Rettungsmaßnahmen
 - Niemand kann gegen den eigenen Willen zur Suizidhilfe verpflichtet werden
 - **Nicht strafbar**
- **Tötung auf Verlangen** (statt aktive Sterbehilfe)
 - absichtliches und aktives, meist ärztliches Eingreifen zur Beschleunigung des Todeseintritts auf **ausdrücklichen Wunsch** des*der Patient*in
 - **Strafbar** (sechs Monate bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe)
- **Therapieverzicht/-begrenzung** (statt passive Sterbehilfe)
 - Unterlassen, Reduzieren oder Abbrechen lebenserhaltender Maßnahmen in der Sterbephase = Zulassen des natürlichen Verlaufs
 - Sterben darf durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des*der Patient*in entspricht
 - **Nicht strafbar**
- **Inkaufnahme einer Lebensverkürzung** (statt indirekte Sterbehilfe)
 - Medikamentöse Maßnahmen zur Linderung von unerträglichen Leiden/Schmerzen als primäres Ziel, auch unter Inkaufnahme des Bewusstseinsverlustes oder eines beschleunigten Todeseintritts
 - Linderung des Leidens kann so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte Lebensverkürzung hingenommen werden darf
 - **Nicht strafbar**

Rechtliche Aspekte bei der Entscheidungsfindung zur Therapiebegrenzung (siehe Quelle [6])

- Die Frage, ob eine bestimmte medizinische Maßnahme durchgeführt werden soll oder nicht kann von Patient*innen, den Angehörigen oder den Behandelnden aufgeworfen werden
- Eine Indikation ist gegeben, wenn eine Maßnahme mit Blick auf das Therapieziel für eine*n individuelle*n Patient*in notwendig und wirksam ist

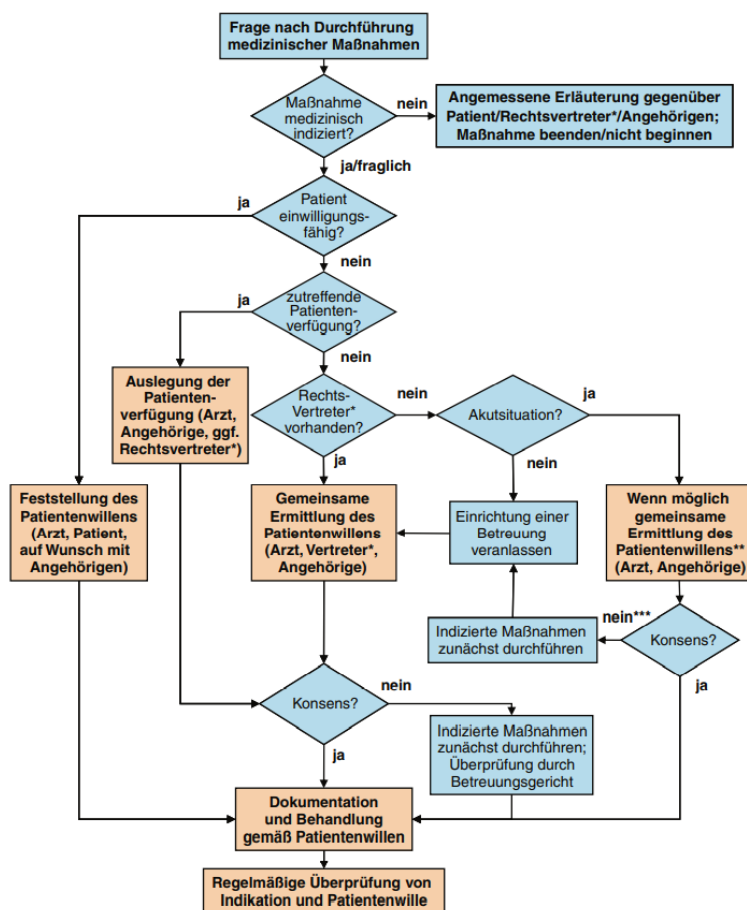


Abb. 1 Algorithmus zur Klärung des Therapieziels. *Rechtsvertreter des Patienten ist entweder ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer. **siehe Stufenschema zur Ermittlung des Patientenwillens (Abb. 2). ***oder Konsensfindung zeitlich nicht möglich, z. B. in akuter Notfallsituation oder bei Uneinigkeit der Angehörigen. Adaptiert nach [5]

Im Folgenden sind für jede der Maßnahmen wichtige Aspekte aufgelistet, die in Gesprächen mit Angehörigen helfen können, informierte Einzelfallentscheidungen zu treffen und Angehörige auf den Prozess vorzubereiten.

Flüssigkeit & Ernährung

- Argumente für das Absetzen in der Sterbephase:
 - Parenterale Flüssigkeitszufuhr und parenterale Ernährung sind eine medizinische Maßnahme
 - Kann für Patient*innen als Eingriff in den Körper und Angebundensein an Schläuche wahrgenommen werden und für Angehörige eine Barriere darstellen.
 - Kein Hinweis darauf, dass Durst durch Flüssigkeitsgabe gelindert wird (Abzugrenzen von Mundtrockenheit!)
 - Zu viel an Flüssigkeit kann Lebensqualität einschränken und den Sterbeprozess verlängern: Gefahr der Hyperhydratation, v.a. in den letzten Stunden mit Symptomen wie Erbrechen, Rasselatmung, Atemnot, terminales Delir oder Schmerzen durch Ödeme
 - Parenterale Ernährung kann zu Problemen wie Einlagern, Hirndruck, Anregung des GIT mit Erbrechen und Übelkeit sowie die Notwendigkeit eines DK führen
 - Ernährung über Sonde kann zu Reflux, Aspiration, Diarrhö mit Inkontinenz, Übelkeit und Erbrechen führen

- Mögliche Herausforderungen im Entscheidungsprozess:
 - Häufig emotionale Argumente: Verhungern/ Verdursten lassen (Verwechslung mit aktiver Sterbehilfe)
 - Flüssigkeit und Ernährung werden als letztmögliche Therapiemaßnahme missverstanden („etwas tun“)
 - Weiterführen ist einfacher als Absetzen
 - Mitarbeitende und Angehörige denken oft, dass Patient*in Durst hat – das ist nicht immer der Fall
 - › Hinweise auf Durstgefühl: Mimik und Gestik (Schmatzen, Mund- und Lippen mit der Hand berühren), Saugen an Mundpflegestäbchen
- Mögliche Symptome nach Absetzen von Flüssigkeit:
 - Blutdrucksenkung mit Veränderung an den Blutgefäßen
 - Veränderte Nierenfunktion: weniger Urin
 - Psychische Veränderungen: z.B. Schläfrigkeit, abnehmende Unruhe, manchmal Verwirrtheit

Beatmung

- Praktische Hinweise:
 - Das **gesamte Behandlungsteam** in Entscheidungsprozess einbinden bzw. zeitnah über Prozess der Entscheidung informieren > alle tragen Entscheidung mit und können Angehörige im Prozess unterstützen
 - Vor dem Abbruch sollen alle Betroffenen über die **mögliche Lebensdauer** informiert werden:
 - › Patient*innen mit einer Apnoe versterben wahrscheinlich innerhalb von Minuten, während andere länger weiterleben können
 - › Der Tod tritt nicht in allen Fällen mit Sicherheit ein
 - Alle Maßnahmen sollen erläutert werden
 - Kein „heimliches“ Abschalten > Angehörige und ggf. Seelsorger sind anwesend
 - › Mit Angehörigen abklären, ob sie bei Extubation das Zimmer kurz verlassen wollen
 - › Achtung: Patient*in kann nach Extubation umgehend versterben > mit Angehörigen umfassend abklären
 - Zeitpunkt und Umstände beachten, z.B. nicht während Schichtwechsel oder in der Nacht
- Mögliche Symptome nach Abbruch der Beatmung (falls Symptomkontrolle nicht ausreicht):
 - Dyspnoe
 - Agitation (wahrscheinlich v.a. durch Gefühl der Dyspnoe ausgelöst)

Prophylaktische Maßnahmen

- Z.B. Beenden von prophylaktischer Antikoagulation, aber auch Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitusprophylaxe oder Pflorgetechniken
- Abzuwägende Faktoren:
 - Wunsch der Patient*in bzw. Zustimmung der Angehörigen
 - Kriterium der empfundenen Lebensqualität (vermeidbare Verkürzung des Lebens vs. ungerechtfertigte Verlängerung des Leidens)
- Wenn möglich, Patient*in/Angehörige in Entscheidungsprozess einbeziehen

3. Einbezug von Angehörigen in pflegerische Maßnahmen

Bei der Pflege können und wollen viele Angehörige mit einbezogen werden. Das Einbeziehen kann etwas Geduld kosten, verringert aber Hilflosigkeit, erleichtert die Trauerarbeit und kann auch für Pflegende sehr entlastend sein. Dazu werden den Angehörigen die entsprechenden Maßnahmen vorgestellt mit der Perspektive, dass sie diese selbst durchführen können (aber nicht müssen).

*„Es gibt verschiedene Maßnahmen, mit denen Sie ihren Angehörigen zusätzlich unterstützen können. Zu diesen Maßnahmen gehören beispielsweise [Maßnahme]. Wenn es für sie in Frage kommt, dann können wir diese Maßnahmen gerne zusammen durchführen.“
(Angehörigen während der Anleitung anbieten diese Maßnahme auch alleine durchzuführen)*

- Angehörigen die Möglichkeit geben, persönliche Gegenstände mitzubringen: Musik, Bilder, Pflegeartikel, Kuscheltiere, Kissen, Kuscheldecken, Kissenbezug, Schal, Handtuch

„Sie können Ihrem Angehörigen sehr gerne persönliche Gegenstände mitbringen die Ihm wichtig sind (Gegenstände aufzählen). Wir sorgen dafür, dass diese Gegenstände im Zimmer platziert werden und mit in die tägliche Pflege eingebaut werden.“

Welche Sinne für den*die Patient*in besonders wichtig sind, lässt sich gemeinsam mit den Angehörigen herausfinden.

- Sehen:
 - Lieblingslicht schaffen
 - › Lichtquellen reduzieren, ggf. elektrische Kerzen einsetzen
 - › Sternenhimmel-Licht
 - Farben/Bilder zeigen, Videos abspielen
- Hören:
 - Falls möglich, gewünschte Musik unter Berücksichtigung der Lautstärke abspielen z.B. via Radio/CD-Player/Handy
 - Geräusche vorspielen, z.B. Meeresrauschen, Regen
 - Geräusche zeitlich begrenzen
 - Aus gemeinsamen Leben erzählen oder vorlesen
- Riechen:
 - Aromastoffe: z.B. Parfüm, Blumen (frische Blumen oder z.B. getrockneten Lavendel), Gewürze
 - Essensgerüche: z.B. frisches Brot, Pizza (Achtung: ggf. nicht geeignet, wenn Patient*in nicht essen kann)
 - Gerüche von zu Hause: z.B. eigenes Kopfkissen, Kuscheldecke, Handtuch
 - CAVE: Vorlieben erfragen – Gerüche sind mit Emotionen und Erinnerungen verknüpft und können positive und negative Empfindungen hervorrufen
- Fühlen
 - Einreibungen/Massagen, z.B. Handmassage mit Ölen, Reiben des Rückens (wird gern angenommen, da Liegen ein verändertes Körpergefühl schafft)
 - Körperwärme schaffen, z.B. mit warmen Wickeln oder **sanft** erwärmten Warmpack (CAVE: Verbrennungsgefahr)
 - Körperkontakt herstellen
 - Streicheln, z.B. mit Händen, weichem Schwamm, Fell
 - Tasten: Hand der Patient*in über Gegenstände streichen lassen
 - Haare kämmen

- Kopf streicheln
- Unter Anleitung in Lagerung integrieren, z.B. Nestlagerung (fördert Geborgenheit durch Begrenzung)
- Schmecken
 - Mundpflege, z.B. Spray mit Lieblingsgetränk

4. Kommunikation und Einbezug der Angehörigen nach dem Tod

Unmittelbar nach Versterben sind viele Angehörige in einer Art Schockzustand. Oft sind die Angehörigen zum ersten Mal in so einer Situation und wissen nicht, was sie tun sollen. Schriftliche Merkhilfen können neben ausführlichen und ruhigen Gesprächen helfen.

- Nach Versterben:
 - Angehörige sowie alle Beteiligte über Versterben und weiteren formalen Ablauf informieren
 - Pflegende begleiten Angehörige in das Zimmer, sofern sie dieses nach dem Versterben noch nicht betreten haben
 - Ruhe bewahren, Zeit lassen, keine Hektik
 - Angehörigen ungestört Zeit zum Abschied nehmen geben, im Patientenzimmer oder separatem Abschiedszimmer
 - › Emotionen zulassen und Angehörige unterstützen, wenn gewünscht
 - › Wenn gewünscht, Abschied mit Unterstützung der Seelsorge als Ritual durchführen (z.B. Aussegnung)
 - › Angehörigen können klingeln, wenn sie sich verabschiedet haben oder Fragen klären möchten
 - Friedliche Atmosphäre schaffen und dabei individuelle Wünsche der Angehörigen erfragen: Kerzen, Blumen, etc.
 - Religiöse und kulturelle Riten nach Wunsch des Verstorbenen durchführen
 - Angehörige nach Wunsch beim Waschen und Einkleiden des Leichnams einbeziehen (Hinweis: Bestattungsunternehmen wäscht und kleidet Verstorbenen noch einmal)
- Unterstützende Begleitung der Angehörigen
 - Einfache Geste der Fürsorge nach Tod: z.B. Tasse Tee anbieten, Taschentücher bereitstellen
 - Angehörige haben oft sehr viele Fragen zum weiteren Ablauf: offene Fragen beantworten und ggf. wichtige Informationen schriftlich notieren
 - › Manchmal haben Angehörige zunächst keinerlei Fragen > anbieten, zu späterem Zeitpunkt erneut zu kommen, um noch offene Fragen zu klären
 - › Bei spezifischen Fragen an zuständige Ansprechperson vermitteln: z.B. hilft Sozialdienst bei Fragen bezüglich der Kostenübernahme für die Beerdigung (Kontaktdatei siehe Tabelle S. 15-16)
 - Auf Hilfen in der Trauerzeit hinweisen (Kontaktdatei siehe Tabelle S. 15-16)
 - Dokumentation, wie Sterben verlief, wer anwesend war, etc. > Auskunft bei späteren Nachfragen (besonders, wenn Angehörige verspätet eintreffen)

5. Kontakte für die Versorgung in der Sterbephase		
Kontakt	Telefon/Anschrift	Anmerkung
Klinikinterne Kontakte		
Palliativmedizinischer Dienst	palliativzentrum-pmd@uk-koeln.de 0221 478-3357 Funk: 25-1329 Oder über das Leistungsstellenmanagement (LSTM) in ORBIS ("allgemeine Anforderung"/"palliativmedizinischer Konsiliardienst" als Erst- oder Folgekonsil)	Verfügbar von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 15:30 Uhr Kann durch Casemanager*innen, Ärzt*innen, Pflegekräften oder Sozialarbeiter*innen der Abteilung angefordert werden
Patienten-Informations-Zentrum (PIZ)	Lage im Erdgeschoss im Bettenhaus 0221 478-82820	Bietet generell Informationen zu verschiedenen krankheitsbezogenen Themengebieten in Form von Broschüren für Patienten und deren Angehörige
Sozialdienst	MSH EG, Raum 006 0221 478 -5905	Bietet Unterstützung bei sozialen, psychischen und wirtschaftlichen Fragestellungen; kann bei Kinderbetreuung oder finanziellen Aspekten weiterhelfen
Seelsorge	Katholische Seelsorge: 0221 478-4952 0221 478-5961 Evangelische Seelsorge: 0221 478-5500	Zur entlastenden Gesprächsführung Hinweis auf Gottesdienste in der Uniklinik: Auf Ebene 1 im Bettenhaus Imam, Rabbiner, etc. werden i.d.R. von der Familie selbst organisiert
Rufbereitschaft Seelsorge (evangelisch und katholisch)	0221 478-5001	Erreichbar über die jeweilige Station oder Hauptpforte
Ehrenamtlicher Besuchsdienst (Hospizdienst) Dagmar Overbeck	dagmar.overbeck@uk-koeln.de 0221 478-84639	Bietet Zeit für Gespräche und Austausch
Ethikkommission	https://rechtsmedizin.uk-koeln.de/institut/ethik-konsil/	Unabhängige Empfehlungen in ethisch umstrittenen Situationen des klinischen Alltags
Psychologische Unterstützung (für Angehörige)		
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	0221 478-87291 0221 478-4037	Notfallversorgung, 8:00 - 16:00 Uhr, außerhalb dieser Zeiten ist der diensthabende Arzt der Psychiatrie jederzeit über die zentrale Pforte erreichbar

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie -Konsildienst-	0221 478-39540	Nach telefonischer Rücksprache können einzelne stationär behandelte Patienten vorgestellt werden
Klinische Psychoonkologie, innere Med 1	0221 4781-97190	Neben der psychotherapeutischen Betreuung stehen Patient*innen auch komplementäre Angebote wie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie zur Verfügung
Sozialpsychiatrischer Dienst	Gesundheitsamt (Außenstelle) Laurenzplatz 1-3 50667 Köln 0221 221-24710	Für Krisensituationen und Notfälle, die psychiatrische Hilfe erfordern, Mo bis Do von 8:00 – 16:00 Uhr und Fr von 8:00 – 12:00 Uhr
Trauerbegleitung für Angehörige		
Hospizdienst am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln	+49 221 478-3364 palliativzentrum- hospizdienst@uk-koeln.de https://palliativzentrum.uk-koeln.de/zentrum/stationaere-versorgung/hospizdienst/	Gruppentreffen in den Räumen des Palliativzentrums (feststehende Termine) Zusätzlich einmal im Monat Trauerspaziergang auf dem Friedhof Melaten
Trauergruppe MSH/Endlich e.V.	https://palliativ-hospiz-koeln.de/projekte/trauercafe-und-trauerbegleitung/	Bietet Unterstützung bei der Trauerbewältigung und Austausch mit anderen Betroffenen (wichtig: derzeit aufgrund der Pandemie nur für Angehörige von Patient*innen des MSH)
Lebenswert Café	LebensWert e.V. an der Uniklinik Köln im CIO-Gebäude (70) Kerpener Str. 62 50937 Köln 0221 478-97190 info@vereinlebenswert.de https://www.vereinlebenswert.de/psychoonkologie/lebenswert-cafe/	Gemeinsames Kaffee trinken mit anderen Betroffenen in der Regel am ersten Dienstag im Monat. Findet aktuell nicht statt wegen der Corona-Pandemie

6. Quellen:

- [1] Universitätsmedizin Mainz (2020). Handlungsempfehlung Sterbephase (HES) Symptomlinderung Kommunikationshilfen. https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/HES-Pocket_Card_Handlungsempfehlung-Sterbephase.pdf
- [2] Alpha NRW. Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus - Handlungsempfehlungen. https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2021/08/hospiz_palliativversorgung_kkh-handlungsempfehlung.pdf
- [3] Vanden Bergh, H., & Wild, D. M. G. (2015). Palliativmedizin – Über das Lebensende reden auf der Intensivstation. [Conversations about end-of-life in the intensive care unit]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 50(1), 56-63. DOI: 10.1055/s-0040-100298
- [4] Bausewein, C., Roller, S. & Voltz, R. (2021). *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung* (7. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- [5] UpToDate
- [Palliative care: Issues in the intensive care unit in adults - UpToDate](#)
 - [Communication in the ICU: Holding a meeting with families and caregivers - UpToDate](#)
 - [Palliative care: Medically futile and potentially inappropriate therapies of questionable benefit - UpToDate](#)
 - [Withholding and withdrawing ventilatory support in adults in the intensive care unit - UpToDate](#)
 - [Stopping nutrition and hydration at the end of life - UpToDate](#)
 - [Ethics in the intensive care unit: Responding to requests for potentially inappropriate therapies in adults - UpToDate](#)
 - [Palliative care: The last hours and days of life - UpToDate](#)
 - [Communication of prognosis in palliative care - UpToDate](#)
- [6] Winkler, E.C., Borasio, G.D., Jacobs, P., Weber, J., & Jox, R.J. (2012). Münchner Leitlinie zu Entscheidungen am Lebensende. *Ethik in der Medizin*, 24(3), 221-234. DOI: 10.1007/s00481-011-0150-z

Anlage 22: Kontaktliste Versorgende

Kontakte für die Versorgung in der Sterbephase/nach dem Versterben		
Kontakt	Telefon/Anschrift	Anmerkung
Palliativmedizinischer Konsildienst	-Einfügen-	- Einfügen von Hinweisen zu Öffnungszeiten, Kontaktaufnahme, Themen-
Patienten- Informations-Zentrum		
Sozialdienst		
Rufbereitschaft Seelsorge (evangelisch und katholisch)		
Seelsorge		
Weiteres, z.B. Ehrenamtlicher Besuchsdienst		
Psychologische Unterstützung		
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie		
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie		

Anlage 22: Kontaktliste Versorgende

Sozialpsychiatrischer Dienst		
---	--	--

Aromapflege in der Sterbephase

Anwendungsmöglichkeiten in der Pflege:

- Hautpflege/Einreibungen/ Massagen
- Raumbeduftung (Duftlampe oder Raumspray)
- Bade-, und Waschwasserzusatz
- (Auflagen und Wickel)
- (Mundpflege)



Anwendung unverdünnt: z.B. auf einem Duftstein oder nur Lavendel auf die Haut

Anwendung verdünnt: mit einem Träger-Öl (Oliven-, oder Sonnenblumenöl) als Hautpflegeöl. Milch oder Kaffeesahne im Waschwasser, da ätherische Öle fettlöslich sind.

Cave: An-, und Zugehörige des Patienten/der Patientin nach Vorlieben fragen, sofern durch Person selbst nicht möglich, da Gerüche mit positiven und negativen Erfahrungen und Emotionen verknüpft sind.

→ Durchführung ausschließlich durch Pflegekräfte die zur Aromapflege angeleitet wurden

Anwendungsbeispiele zur Hautpflege und Handmassagen

Entspannende Handmassage:

- 1 EL Sonnenblumenöl
- 3 Tropfen Lavendel fein bio
- 5 Tropfen Orange bio

Wohlfühl Handmassage:

- 1 EL Sonnenblumenöl
- 3 Tropfen Lavendel fein bio
- 5 Tropfen Tonka-Extrakt

Stimmungsaufhellende Handmassage:

- 1 EL Sonnenblumenöl
- 3 Tropfen Zitrone bio
- 5 Tropfen Orange bio

Tonka- Schmerzmischung bei chronischen Schmerzen:

- 20ml Sonnenblumenöl
- 1 Tropfen Lavendel fein
- 1 Tropfen Orange
- 2 Tropfen Tonka-Extrakt

Beruhigende Waschung:

3-5 Tropfen Lavendelöl fein mit Kaffeesahne oder Träger-Öl ins Waschwasser geben und langsam mit der Haarwuchsrichtung waschen.

Bei starkem Hitzegefühl in Kombination mit 3 Tropfen Zitrone

Aktivierende Waschung:

3-5 Tropfen Orange fein mit Kaffeesahne oder Träger-Öl ins Waschwasser geben und langsam mit der Haarwuchsrichtung waschen.

Alternativ gibt es speziell für den Pflegebereich gemischte Aromaöle von Primavera®:

Wasch- und Badezusatz beruhigend bio

Wasch und Badezusatz belebend bio

Raumbeduftung:

3-5 Tropfen ätherisches Öl unverdünnt auf einen Duftstein oder in eine Duftlampe geben

Mundpflege

Ziele:

- Schutz von Lippen und Mundschleimhaut durch Reinigen und Feuchthalten,
- Linderung von Mundtrockenheit und Durst,
- Aufrechterhaltung der physiologischen Mundflora und Vorbeugung von Infekten
- Verbesserung von Nahrungsaufnahme und Kommunikation

Material:

- Mundpflegestäbchen grün
- Große Wattestäbchen
- Dosierpipette
- Handschuhe
- Sprühflasche
- Taschentücher, Handtuch oder Kompressen
- Ggf. Medikamentenbecher mit Deckel
- Abwurfmöglichkeiten z.B. einen Mülleimer oder ein leeres Glas

Mundpflegemittel:

- Wasser
- Lieblingsgetränke (auch Bier, Wein, Softdrinks, Kaffee)
- Tee, v.a. Salbei-, und Kamillentee → entzündungshemmend, antiviral
- Primavera® Mundpflege Öl bio

Durchführung:

- Den Mundraum und die Zunge des Patienten/ der Patientin alle 1-2 Stunden und je nach Toleranz mit einem Mundpflegestäbchen oder Watteträger auswischen und befeuchten.
- Den Kopf des Patienten/ der Patientin hierbei leicht aufrecht positionieren
- Angehörige freuen sich i.d.R. wenn sie in einer unausweichlichen und traurigen Situation etwas für ihren geliebten Menschen tun können und werden gerne zur Mundpflege angeleitet. Hier gilt es insbesondere Ruhe und Kompetenz auszustrahlen.

Anwendungen der Aromapflege nur für geschultes Personal!

Ansprechpartner*innen:

Maike Rasche

Ali Aggün

David Wittkamp

Lydia Gaukel

Christopher Schmidt

Leitfaden zur Versorgung in der Sterbephase

- Die Anwendung des Leitfadens setzt voraus, dass eine Therapiezieländerung beschlossen wurde und der Beginn der Sterbephase angenommen wird. Der Zustand der*des Patient*in sowie die Inhalte des Leitfadens müssen regelmäßig (**mind. täglich**) re-evaluiert werden.
- Ziel der Versorgung in der Sterbephase ist es, bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Die Begleitung umfasst sowohl Patient*innen als auch ihre An- und Zugehörigen (im Weiteren als Angehörige bezeichnet) und soll sich an deren individuellen Bedürfnissen orientieren.
- Der Leitfaden ersetzt weder die Eigenverantwortung noch die Entscheidungs- und Therapiefreiheit der Behandelnden.
- Verantwortlich für die Umsetzung sind die in Klammern genannten Versorgenden:
A = Ärzt*innen, **P** = Pflegende; **T** = gesamtes Team (inkl. Patientenservice)

Inhalt

1. Information und Dokumentation im Team (A, P)	2
2. Information und Aufklärung von Patient*innen und Angehörige	2
3. Wünsche von Patient*innen und Angehörigen	4
4. Medikation und Anordnungen	5
5. Pflegerische Maßnahmen	8
6. Symptom- und Comfort-Assessment	9
7. Beatmung	9
8. Nach dem Tod	10
9. Rahmenbedingungen	11
10. Externe Unterstützung und wichtige Kontakte	12

Hinweise zur Anwendung

- Die Gliederung des Leitfadens orientiert sich an der Gliederung des Begleitbogens und gibt zu den jeweiligen Punkten weitergehende Informationen.
- In der elektronischen Version sind **blau** markierte Stellen verlinkt und können über STR + Klick aufgerufen werden. Alle Quellen sind mit Nummern versehen und im Literaturverzeichnis aufgelistet. Die Quellen sind in ausgedruckter Version an der jeweiligen Zentrale hinterlegt. Die genannten Bücher sind im Aufenthaltsraum deponiert.
- Konkrete Kommunikationshilfen sind in den blauen Kästen zu finden.
- Die Themen „Medikation und Anordnung“ sowie „Pflegerische Maßnahmen“ enthalten farblich markierte Kästen:
 - **Rot:** Die Maßnahmen sollen abgesetzt werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht
 - **Grün:** Bedarf für die Maßnahmen ist zu prüfen und ggf. soll die Maßnahme angesetzt/durchgeführt werden

1. Information und Dokumentation im Team (A, P)

Alle informiert, dass Patient*in als sterbend eingeschätzt wird?

Alle Mitarbeitende, die in dem Zimmer der*des sterbenden Patient*in tätig sind, sollen informiert werden, wenn der Beginn der Sterbephase angenommen wird. Folgende Gruppen sollen berücksichtigt werden:

- Versorgende: Pflegende, Ärzt*innen, Therapeut*innen, psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialdienst, Case Management)
- Seelsorge
- Patientenservice
- Reinigungskräfte
- Student*innen, Schüler*innen
- Ehrenamtliche (Grüne Damen und Herren)
- Konsildienste

Therapiezieländerung und Sterbephase dokumentiert?

Therapieentscheidungen und relevante Aspekte der Versorgung müssen für das gesamte Team nachvollziehbar dokumentiert und kontinuierlich re-evaluiert werden.

2. Information und Aufklärung von Patient*innen und Angehörige

Gespräche mit Patient*in/Angehörigen über zu erwartenden Tod geführt?

Patient*innen und ggf. Angehörige sollen einfühlsam über den zu erwartenden Tod informiert werden. Die Gespräche werden durch den behandelnden Arzt geführt und sollen, wenn möglich, **multiprofessionell** stattfinden. Dabei ist folgendes relevant:

- Auf entsprechende Rahmenbedingungen achten: z.B. Privatsphäre herstellen, hinsetzen, Blickkontakt ermöglichen, Störungen vermeiden
- Ggf. für Übersetzung sorgen (z.B. durch andere Teammitglieder, Angehörige, UKK Übersetzer*in)
- Wahrnehmung bzw. Wissensstand der Patient*in/Angehörigen einholen mittels offener Fragen
- Für umfassendes Verständnis der Situation sorgen sowie realistische und ehrliche Informationen vermitteln
- Allgemein verständliche Sprache nutzen
- Nachfragen, ob alles verstanden wurde und ggf. wiederholen
- Reaktionen, Schweigen und Gefühle zulassen
- Nachfragen, ob Patient*in/Angehörige sich für Besprechung weiterer Schritte in der Lage fühlt

➔ Kommunikationshilfen (Quelle: HES Pocketcard [1]):

„In den letzten Tagen hat sich Ihr Zustand leider weiterhin verschlechtert. Wir machen uns große Sorgen, dass sich Ihr Körper nicht wieder erholt, sondern weiter schwächer wird. Wie sehen Sie Ihre Situation?“

„Möchten Sie unsere Einschätzung hören?“

„Unserer Einschätzung nach bleibt Ihnen weniger Zeit als wir vor einigen Tagen noch dachten.“

„Wir halten es für möglich/wahrscheinlich, dass Sie in den nächsten Tagen versterben könnten“

„Es tut mir sehr leid Ihnen dies so mitteilen zu müssen“.

„Darf ich mit Ihren Angehörigen ebenfalls so offen über Ihren Zustand sprechen?“

„Ich wünschte, ich hätte bessere Nachrichten für Sie“

Dabei kann es herausfordernd sein, Kommunikationsmuster von Patient*innen und Angehörigen zu erkennen. Manchen macht es Angst, über alles zu sprechen, andere sind dankbar alles zu erfahren. Um die Bedürfnisse nach Informationen zu erkennen, können offene Fragen hilfreich sein.

➔ Kommunikationshilfen (Quelle: *HES Alpha NRW [2]*)

„Was benötigen Sie jetzt?“

„Was möchten Sie wissen?“

„Gibt es etwas, was wir im Moment für Sie tun können?“

„Gibt es etwas, was keinesfalls geschehen darf?“

Weitergehende Informationen und praktische Hinweise zu Kommunikation am Lebensende auf der Intensivstation:

- *Palliativmedizin – Über das Lebensende reden auf der Intensivstation [3]*
- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung, Kapitel 3 – Arbeitstechniken, 3.1 Kommunikation, S. 46-89 [4]*

Patient*in/Angehörige über möglichen Verlauf der Sterbephase und Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt?

Aufklärung über möglichen Verlauf:

Patient*innen und Angehörige sollen über den Krankheitsverlauf, Symptome, Prognose und Zustandsveränderungen in der Sterbephase informiert werden. Dabei ist Folgendes relevant:

- Regelmäßige und zeitnahe Information sicherstellen, damit Patient*innen und Angehörige selbst Entscheidungen treffen können (z.B. Anwesenheit bei Versterben)
- Auf Wortwahl achten: z.B. „Rasselatmung“/„geräuschvolle Atmung“ statt „finales Rasseln“
- Über mögliche Zustandsveränderungen aufklären: z.B. Atmung, Bewusstsein, Allgemeinzustand

Auch Veränderungen im Behandlungsplan sollen angekündigt und erläutert werden, um Verunsicherung zu vermeiden (z.B. ausreichend Aufklärung im Entscheidungsprozess zu künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr)

➔ Kommunikationshilfen (Quelle: *HES Pocketcard [1]*):

„Damit Sie mehr Ruhe finden können, werden wir nicht mehr täglich bei Ihnen Blut abnehmen/nicht mehr so oft den BZ messen/etc.“ Wir entscheiden mit Ihnen von Tag zu Tag, was wir benötigen, um Sie gut versorgen zu können“

Aufklärung über Unterstützungsmöglichkeiten:

Für Patient*innen und Angehörige ist es wichtig, wie mögliches Leiden in der Sterbephase gelindert werden kann. Dazu zählen einerseits Informationen über medizinische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten. Andererseits können folgende externe Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden (Kontaktaten siehe Tabelle S. 12-14):

- katholische/evangelische Seelsorge
- Palliativdienst
- Hospizhelfer*innen
- Psychologische Unterstützung
- Trauerberatung
- Selbsthilfegruppen

3. Wünsche von Patient*innen und Angehörigen

Über Wünsche, Fragen und Unterstützungsbedarf gesprochen?

Patient*innen:

Die Bedürfnisse der Patient*innen stehen im Mittelpunkt der Versorgung und finden u.a. anhand folgender Aspekte Beachtung:

- Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, DNR/DNI klären
- Über spirituelle Wünsche sprechen, v.a. Bedarf nach Seelsorge (bzw. Iman, Rabbiner, etc.):
 - existenzielle Fragestellungen
 - religiöse Aspekte und Grundlagen
- Auf kultursensiblen Umgang achten
- Sterbende benutzen teilweise bildhafte Sprache (z.B. Koffer packen): vorsichtig deuten
- Bei eingeschränkter/fehlender Kommunikationsfähigkeit: auf nonverbale Zeichen achten

Bedürfnisse sollen durch das gesamte Team erfragt werden (z.B. Patientenservice kann ggf. in Abstimmung mit Pflegenden Wünsche zu Essen und Trinken erfragen).

Weitergehende Informationen zum kultursensiblen Umgang in der Sterbephase:

- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung [4]*
 - *Kommunikation: Kapitel 3 – Arbeitstechniken, 3.1 Kommunikation, S. 67-68*
 - *Spiritualität: Kapitel 4 – Spirituelle Aspekte, S. 121-141*
-

Angehörige:

Angehörige sind in dieser Situation eigenen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Ihre Betreuung nimmt daher in der Sterbephase und nach dem Tod eine wichtige Rolle ein. Oft fühlen Angehörige sich allein gelassen und nicht genügend informiert.

Folgende Aspekte sind für die Kommunikation mit Angehörigen relevant:

- Nach dem Befinden des Angehörigen fragen, ebenso nach Informations- und Unterstützungsbedarf (z.B. Seelsorge, Palliativdienst)
- Aktive Ermutigung, Fragen und Belastungen offen anzusprechen
- Gefühle normalisieren: jede*r verarbeitet Extremsituationen unterschiedlich; Ambivalenzgefühle sind normal (Mensch nicht verlieren vs. Leid ersparen)
- Begleitung durch die Angehörigen wertschätzen (z.B. Einsatz loben)
- Darauf achten, dass Angehörige sich auch um sich selbst kümmern

Geklärt, wer über den Sterbeprozess und nach dem Tod informiert werden soll?

Bei Aufnahme kann eine Person als erste Kontaktperson festgelegt werden und soll schriftlich dokumentiert werden. Wichtig ist auch festzuhalten, ob die Person nachts angerufen werden möchte.

Eventuell von Patient*innen vorab festgelegte Kontaktsperren sollen auch nach dem Tod beachtet werden.

4. Medikation und Anordnungen

Die Entscheidung für oder gegen laufende und geplante Maßnahmen wird durch das kritische Prüfen der medizinischen Indikation gefällt und ist ärztliche Aufgabe. Maßnahmen, die medizinisch nicht indiziert sind und deshalb nicht mehr durchgeführt werden, können der*dem Patient*in erläutert werden, müssen aber nicht. Das Absetzen oder Nicht-Einsetzen von Maßnahmen auf Basis einer fehlenden medizinischen Indikation benötigt **nicht** der Zustimmung von Patient*innen/Angehörigen, sondern ist eine rein ärztliche Entscheidung. Die Therapieentscheidungen sollen für das gesamte Team nachvollziehbar dokumentiert und kontinuierlich re-evaluiert werden.

Aktuelle Medikation überprüft: absetzen – umsetzen – ansetzen (AUA)?

Alle Medikamente werden bzgl. Nutzen und Belastung kritisch überprüft und benötigen eine Indikation für eine akute Verbesserung bzw. Erhalt der Lebensqualität in der Sterbephase, also Symptomlinderung. Sollte sich kein Nutzen oder gar eine Belastung ergeben, so werden diese ab- bzw. nicht angesetzt. Die Sterbephase an sich ist **keine** Indikation für die Gabe von Medikamenten (z. B. Morphin) – viele Sterbende benötigen keine Medikamente, da sie keine therapiebedürftigen Symptome zeigen.

Absetzen: Medikamente, die nicht auf akute Symptomlinderung ausgerichtet sind, sollen beendet werden. Folgende Medikamente sollen kritisch geprüft und können in der Regel abgesetzt werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht:

- Antibiotika
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Mittel
- Chemotherapeutika oder andere tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen
- Diuretika (außer bei Lungenödem)
- Insuline
- Kardiologische Medikamente
- Kortikosteroide
- Laxantien
- Blutprodukte
- Sauerstoffapplikation

Umsetzen: Am Lebensende können viel Patient*innen Medikamente nicht mehr oral einnehmen, was eine Umsetzung der peroralen Gabe auf eine Gabe s.c./i.v. notwendig macht:

- Alternative Applikationsformen:
 - Parenteral: subkutan oder intravenös
 - Seltener: transmucosal wie nasal, buccal, sublingual – oder rektal
- Zu beachten ist, dass man viele Arzneimittel anders dosieren muss.
- Bei Opioiden sind Angaben zu Äquivalenzdosen grundsätzlich Näherungswerte. Entscheidend ist, die Dosis patientenindividuell anzupassen.
 - *Empfehlung von Umrechnungsverhältnissen p.o zu s.c/i.v.: Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, Kapitel 6 – Analgetika, Tabelle 6.36 (Seite 720) [5]*
- *Weitergehende Informationen zu Arzneimittelapplikationen am Lebensende: Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, Kapitel 15 – Arzneimittelapplikationen (S. 1019-1070) [5]*

Eine ausreichend wirksame transdermale Therapie kann auch in der Sterbephase weitergeführt werden

Ansetzen: Zur Kontrolle von Symptomen in der Sterbephase soll eine vorausschauende Verordnung von Medikamenten für die Bedarfsgabe festgelegt werden. Vier Medikamentengruppen sind für die Behandlung in der Sterbephase essenziell:

- Opioide (z.B. Morphin) > Linderung von Schmerzen und/oder Atemnot
- Benzodiazepine (z.B. Midazolam) > Linderung von Angst, Anspannung oder Unruhe
- Antiemetika (z.B. haldol oder MCP) > Linderung von Übelkeit
- Ggf. muskarinerge Anticholinergika (z.B. Butylscopolamin) > Reduktion einer Rasselatmung
- *Siehe HES Pocketcard [1] für weitergehende Informationen zu den Medikamenten und konkreten Dosierempfehlungen*

In seltenen Fällen ist weder durch eine ursächliche noch durch eine symptomatische Therapie, bzw. durch das Weglassen von Maßnahmen, eine zufriedenstellende Linderung des Leidens bei Sterbenden zu erreichen. Als Ultima Ratio ist in solchen Situationen eine „**palliative Sedierung**“ (z.B. mittels Midazolam) zu erwägen. Hierzu dann bitte **Rücksprache** mit **Palliativdienst**.

□ Diagnostische und therapeutische Maßnahmen überprüft?

Diagnostik ohne mögliche therapeutische Konsequenz ist nicht indiziert. Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollen in ihrer Häufigkeit und Ausprägung den Bedürfnissen des Sterbenden angepasst werden.

Folgende diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind kritisch zu prüfen und sollen beendet werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht:

- Laborkontrollen:
 - kein Routinelabor
 - keine Blutgase
- Diagnostik: z.B. bildgebende Verfahren
- Dialyse/Hämofiltration
- Kardiopulmonale Reanimation
- Implantierter Kardioverter-Defibrillator (ICD): Defibrillationsfunktion (Schockfunktion) sollte in der Sterbephase deaktiviert werden
- Intubation bzw. maschinelle Beatmung

□ Bedarf für parenterale Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr überprüft?

Nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall (z. B. Stillen von Hunger und Durst) sollten künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden nicht fortgeführt bzw. begonnen werden.

- Hat die Patient*in Hunger/Durst? Was will die Patient*in?
- Welche Symptome sollen durch eine Ernährung/Flüssigkeitsgabe gelindert werden?

Solange Patient*innen oral noch kleine Mengen von Ernährung oder Flüssigkeit zu sich nehmen können, sollen angemessene Angebote gemacht werden (kleinste Mengen, Zeit zum Essen, nach Vorlieben und Geschmack).

Das Thema Ernährung ist oft sehr emotional belegt – sowohl bei Patient*innen/Angehörigen als auch bei den Behandelnden. In der Entscheidungsfindung ist eine sensible Kommunikation mit Patient*innen und/oder Angehörigen notwendig mit ausreichender Aufklärung und Informationsvermittlung.

Weitergehende Informationen und praktische Hinweise zum Thema Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende:

- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung, Kapitel 2 – Tipps für die tägliche Arbeit, 2.1.1 Ernährung & 2.1.2 Flüssigkeitsgabe S.22-28 [4]*

5. Pflegerische Maßnahmen

Beenden von Maßnahmen überprüft?

Folgende pflegerische Maßnahmen sind kritisch zu prüfen und können beendet werden, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht:

- Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur
- Flüssigkeitsbilanz
- Lagerung zur Dekubitus- und/oder Pneumonieprophylaxe
- Zugänge wechseln
- Monitoring
 - End-of-life Modus beachten
 - Alarme ausschalten oder ggf. Grenzen großzügig einstellen
- Sauerstoffapplikation

Bedarf für pflegerische Maßnahmen in der Sterbephase überprüft?

Für folgende pflegerische Maßnahmen soll der Bedarf geprüft und die Maßnahme ggf. zusätzlich zu den üblichen Maßnahmen durchgeführt werden:

- Mundpflege:
 - mindestens einmal pro Stunde und zusätzlich nach Bedarf
 - Mit Mundpflegestäbchen und Mundöl, Wasser, Lieblingsgetränk (z.B. Cola)
 - Angehörige können angeleitet werden, Mundpflege durchzuführen
- Atemstimulierende Einreibung
- Für vertraute Gerüche sorgen: z.B. Parfüm
- Massagen
 - v.a. Handmassagen
 - weitere Möglichkeiten: Fersen halten, Fußreflexzonen- /Bauchmassage, Handauflegen an Schulter/Kopf/Nacken
- Lagerung
 - Ziel: Wohlbefinden oder Symptomkontrolle statt Prophylaxe
- Körperpflege
- Ggf. Wundversorgung
- Abführmaßnahmen (i.d.R. nicht indiziert)
- Angehörige anleiten
 - Viele Angehörige wollen etwas für Sterbenden tun: z.B. Mundpflege, sanfte Massage, Vorlesen, Lagerung

- Sensibilität für die Gesamtsituation und erhöhte Aufmerksamkeit für die kleinen aber ebenso wichtigen Dinge (z.B. nach dem Umbetten Kuscheltier wieder in den Arm oder Kreuz wieder in der Hand legen)

6. Symptom- und Comfort-Assessment

Symptom- und Comfort-Assessment durchgeführt und regelmäßig re-evaluiert?

Die Entscheidungen bezüglich der Behandlung in der Sterbephase richten sich ausschließlich auf Symptomlinderung und darauf, die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu steigern oder zu erhalten. (sogenannte Comfort Measures Only).

Symptom-Assessment:

- Im Vordergrund stehen: Schmerzen, Atemnot, Angst, Anspannung, Unruhe, Halluzinationen, Übelkeit.
- Routinemäßig, mindestens alle vier Stunden
- auch nach Belastung von Angehörigen fragen
- Assessment dokumentieren

Wenn Patient*innen sich nicht mehr verbal ausdrücken können, dann soll der nonverbale Ausdruck beachtet werden:

- Sieht er*sie entspannt aus? Bei entspannt wirkenden Patienten*innen kann man in der Regel von Symptommfreiheit ausgehen
- Wirkt er*sie gestresst oder angespannt? Hier ist v.a. der Gesichtsausdruck entscheidend, u.a. die Stirnpartie
- Ist er*sie angespannt bei der Lagerung? Anspannung ist ein möglicher Hinweis auf Schmerzen
- Hat er*sie eine Tachypnoe? Das kann ein Hinweis auf Atemnot sein

Comfort-Assessment:

- kulturelle, spirituelle, religiöse Bedürfnisse
- Mentale und emotionale Bedürfnisse
- Wünsche und Rituale bezüglich Sterbephase und nach dem Tod

7. Beatmung

Palliative Extubation überprüft?

Beatmungsmodus angepasst?

- Falls palliative Extubation nicht möglich:
 - Sauerstoffkonzentration auf 21%
 - PEEP auf 0 reduzieren
 - Beatmungsmodus BIPAP/CPAP patientenorientiert wählen
- Bei spontanatmenden Patient*innen ist in der Regel keine O₂-Unterstützung notwendig

Weitergehende Informationen und praktische Hinweise zum Thema Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende:

- *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung, Kapitel 2 – Tipps für die tägliche Arbeit, 2.1.8 Abbruch einer Beatmung, S.37 [4]*
-

8. Nach dem Tod

Angehörige sowie alle Beteiligte über Versterben und weiteren formalen Ablauf informiert?

Information:

- Im Team klären, wer die Überbringung der Todesnachricht an die Angehörige übernimmt
- Angehörigen, die beim Sterben ihres Familienmitgliedes nicht anwesend sein konnten, Todesnachricht so zeitnah wie möglich überbringen
- Alle an der Behandlung Beteiligte sowie alle, die Raum betreten über Tod informieren: Versorgende, Patientenservice, Reinigungskräfte, Palliativdienst, Seelsorge, Hospizdienst, Ehrenamtliche Hausärzt*in, Pflegeheim, etc.
- Fragen zum weiteren Verlauf in ruhiger Atmosphäre klären und ggf. Flyer aushändigen

Formaler Ablauf & Administration:

- Zeitpunkt des Versterbens mit Ausdruck der Nulllinie dokumentieren und in Akte legen
- Pflegende stellen alle Perfusoren/Infusomaten, Respirator, etc. aus
- Pflegende entfernen alle Zu- und Ableitungen (außer bei unklarer Todesursache)
- Körperpflege, frisches Hemd anziehen, etc.
 - Angehörige wenn möglich und gewünscht, in die Körperpflege einbeziehen
- Ggf. Umlagern von Wechsellagermatratze auf Normalstationsbett
- Umgebung aufräumen/säubern
- IST-Bogen in Orbis schließen (an Beatmungsbogen denken!) und Patient*in zügig in Orbis entlassen (Entlasszeit=Todeszeitpunkt)
- Übergabezettel aktualisieren
- Verstorbene Patient*in erhält handschriftlich ausgefüllte Personalkarte je für Hand und Fuß, sowie weitere Karte für Tür des Kühlfaches in Prosektur
- Ggf. Wertsachen den Angehörigen oder verstorbener Patient*in mitgeben
- Nach zweiter Leichenschau verstorbene Patient*in in Prosektur bringen
- Durchschlag des Totenscheins in Akte legen
- Patientenservice informieren, dass Bettplatz aufgerüstet werden kann oder selbst aufrüsten
- Medikamentenkiste leeren und säubern, Mörser reinigen, Kiste mit Pflegematerialien säubern, Beatmungsgerät säubern und aufrüsten

Angehörigen Möglichkeit des Abschiednehmens und weitere Unterstützung angeboten?

- Pflegende begleiten Angehörige in das Zimmer, sofern sie dieses nach dem Versterben noch nicht betreten haben
- Abschied von verstorbener Person im Zimmer oder separaten Abschiedszimmer ermöglichen
 - Emotionen zulassen und Angehörige unterstützen, wenn gewünscht
 - Wenn gewünscht, Abschied mit Unterstützung der Seelsorge als Ritual durchführen (z.B. Aussegnung)
 - Angehörigen können klingeln, wenn sie sich verabschiedet haben oder Fragen klären möchten
- Angehörige ggf. über Angebote der Trauerbegleitung unterrichten (siehe Kontaktliste S.12-14)
- Vermittlung fachärztlicher Unterstützung, falls Hinweise auf schwerwiegende akute Belastungsreaktion

Kulturelle/glaubensbedingte Besonderheiten beachtet?

Persönliche Wünsche und Willenserklärungen der verstorbenen Person bezüglich seines Körpers sind zu eruieren (aus schriftlichen Voraussetzungen, Erzählung von Angehörigen) und – wenn möglich – zu befolgen:

- Persönliche Wünsche: z.B. Obduktion, Organ-/Gewebspende, Bekleidung
- Religiöse/kulturelle Besonderheiten: z.B. rituelle Waschungen, Distanzgebote, Kleidungsvorschriften, geschlechterspezifische Betreuung

Kulturelle und glaubensbedingte Wünsche der Angehörigen sollen erfragt und befolgt werden (z.B. Bett nach Mekka ausrichten)

Nachbesprechung / Supervision notwendig?

Bei der Versorgung von Patient*innen in der Sterbephase kann es im Team zu offenen Fragen, Unstimmigkeiten, Herausforderungen oder Belastungen kommen. Während die genannten Aspekte immer möglichst zeitnah angesprochen werden sollen, ist es auch wichtig, nach Versterben Zeit und Raum zur gemeinsamen Besprechung zu haben. Auf der Station stehen dafür folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Fragen, Belastungen oder Herausforderungen im Team ansprechen, z.B.:
 - bei unerwarteten Sterbefällen: Pflegende besprechen gemeinsam mit der betreuenden Ärzt*in, woran die Patient*in verstorben ist.
 - kurze, gemeinsame Absprache, ob die Versorgung gut funktioniert hat bzw. ob es Verbesserungsmöglichkeiten gibt.
- Zusätzlich haben Pflegende die Möglichkeit, offene Themen in der einmal monatlich stattfindenden **Supervision** anzusprechen.

9. Rahmenbedingungen

Räumlichkeiten und Atmosphäre überprüft?

In der Sterbephase

In der Sterbephase besteht in der Regel ein Wunsch nach Ruhe und Intimität sowohl seitens der Patient*innen als auch der Angehörigen.

Folgende Aspekte sind hierfür relevant: Wenn möglich...

- eigenes Zimmer zur Verfügung stellen; alternativ Laken aufhängen oder Trennwände nutzen
- Blick nach draußen ermöglichen (Blick in Natur kann Stress abbauen und Schmerzen reduzieren)
- auf helle, luftige Umgebung achten
- darauf achten, dass Zimmer ruhig ist
- auf ausreichend und bequeme Sitzgelegenheiten für Angehörige achten
- medizinische Geräte entfernen oder mit Laken verdecken

Möglichkeiten für zusätzliche Ausstattung: kleiner Kühlschrank, Wasserkocher, Pflanzen, individuelle bedeutsame Gegenstände der Angehörigen (z.B. Muscheln, Steine, Talisman, Fotos, gemalte Bilder)

Nach dem Tod

Die Zeit nach dem Versterben braucht ebenfalls Raum. Da der Abschied im Patientenzimmer oft nicht möglich ist, sollte ein Abschiedsraum zur Verfügung stehen. Folgende Aspekte sind zu beachten:

- Pflegende positionieren die verstorbene Person auf den Rücken, auf Wunsch ggf. mit den Angehörigen
- Hände können übereinander auf die Brust oder eine Hand auf die Brust und eine Hand neben den Körper gelegt werden (manche Angehörige möchten noch einmal die Hand der verstorbenen Person halten)
- Wenn möglich Taschentuchbox und Tablett mit Kaffee/Tee/Wasser bereitstellen
- Stühle neben dem Bett bereitstellen

Nach dem Versterben können individuelle kleine Rituale durchgeführt werden, auf Wunsch mit den Angehörigen zusammen: LED-Kerze aufstellen (Ritualbox), Kreuz/Engel/Blume in die Hand legen (Ritualbox), Fenster öffnen

10. Externe Unterstützung und wichtige Kontakte

Externe Unterstützung beachtet?

Kontakte für die Versorgung in der Sterbephase – Station H2.3		
Kontakt	Telefon/Anschrift	Anmerkung
Klinikinterne Kontakte		
Palliativmedizinischer Dienst	palliativzentrum-pmd@uk-koeln.de 0221 478-3357 Funk: 25-1329 Oder über das Leistungsstellenmanagement (LSTM) in ORBIS ("allgemeine Anforderung"/"palliativmedizinischer Konsiliardienst" als Erst- oder Folgekonsil)	Verfügbar von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 15:30 Uhr Kann durch Casemanager*innen, Ärzt*innen, Pflegekräften oder Sozialarbeiter*innen der Abteilung angefordert werden
Patienten-Informations-Zentrum (PIZ)	Lage im Erdgeschoss im Bettenhaus 0221 478-82820	Bietet generell Informationen zu verschiedenen krankheitsbezogenen Themengebieten in Form von Broschüren für Patienten und deren Angehörige
Sozialdienst	Annika Ahlbory (Dipl. Soz. Päd.) Frauenklinik, Seitentrakt 2. OG, Raum 2.102 0221 478 -7786	Bietet Unterstützung bei sozialen, psychischen und wirtschaftlichen Fragestellungen; kann bei Kinderbetreuung oder finanziellen Aspekten weiterhelfen
Seelsorge	Katholische Seelsorge: 0221 478-4952 0221 478-5961 Evangelische Seelsorge: 0221 478-5500	Zur entlastenden Gesprächsführung Hinweis auf Gottesdienste in der Uniklinik: Auf Ebene 1 im Bettenhaus Imam, Rabbiner, etc. werden i.d.R. von der Familie selbst organisiert

Rufbereitschaft Seelsorge (evangelisch und katholisch)	0221 478-5001	Erreichbar über die jeweilige Station oder Hauptpforte
Ehrenamtlicher Besuchsdienst Dagmar Overbeck	dagmar.overbeck@uk-koeln.de 0221 478-84639	Bietet Zeit für Gespräche und Austausch
Ethikkommission	https://rechtsmedizin.uk-koeln.de/institut/ethik-kommission/	Unabhängige Empfehlungen in ethisch umstrittenen Situationen des klinischen Alltags
Psychologische Unterstützung (für Angehörige)		
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	0221 478-87291 0221 478-4037	Notfallversorgung, 8:00 - 16:00 Uhr, außerhalb dieser Zeiten ist der diensthabende Arzt der Psychiatrie jederzeit über die zentrale Pforte erreichbar
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie -Konsildienst-	0221 478-39540	Nach telefonischer Rücksprache können einzelne stationär behandelte Patienten vorgestellt werden
Sozialpsychiatrischer Dienst	Gesundheitsamt (Außenstelle) Laurenzplatz 1-3 50667 Köln 0221 221-24710	Für Krisensituationen und Notfälle, die psychiatrische Hilfe erfordern, Mo bis Do von 8:00 – 16:00 Uhr und Fr von 8:00 – 12:00 Uhr
Trauerbegleitung für Angehörige		
Hospizdienst am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln	+49 221 478-3364 palliativzentrum-hospizdienst@uk-koeln.de https://palliativzentrum.uk-koeln.de/zentrum/stationaere-versorgung/hospizdienst/	Gruppentreffen in den Räumen des Palliativzentrums (feststehende Termine) Zusätzlich einmal im Monat Trauerspaziergang auf dem Friedhof Melaten
Trauergruppe MSH/Endlich e.V.	https://palliativ-hospiz-koeln.de/projekte/trauercafe-und-trauerbegleitung/	Bietet Unterstützung bei der Trauerbewältigung und Austausch mit anderen Betroffenen (wichtig: derzeit aufgrund der Pandemie nur für Angehörige von Patient*innen des MSH)
Lebenswert Café	LebensWert e.V. an der Uniklinik Köln im CIO-Gebäude (70) Kerpener Str. 62 50937 Köln 0221 478-97190 info@vereinlebenswert.de https://www.vereinlebenswert.de/psychoonkologie/lebenswert-cafe/	Gemeinsames Kaffee trinken mit anderen Betroffenen in der Regel am ersten Dienstag im Monat. Findet aktuell nicht statt wegen der Corona-Pandemie

Krisentelefone- /beratung für Angehörige		
Telefonseelsorge	0800 – 111 0 111 oder 0800 – 111 0 222	Jederzeit erreichbar, anonym, kostenlos aus ganz Deutschland
Notrufnummer für Kinder und Jugendliche/ Kinder- und Jugendtelefon	0800 111 0 33 116 111	Telefonische Beratung, montags bis samstags von 14 Uhr bis 20 Uhr. Anonym und kostenlos in ganz Deutschland
Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln c/o Der Paritätische	0221 95154216 Marsilstein 4-6 50676 Köln	Information und Beratung Interessierter über Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen in Köln
Selbsthilfegruppen UK Köln	https://www.uk-koeln.de/ patienten- besucher/unterstuetzung- training/selbsthilfe/ selbsthilfebeauftragte@uk- koeln.de	Kontaktdaten auf der Station oder in der Ambulanz erfragen. Alternativ kann auch eine Anfrage per E-Mail an selbsthilfebeauftragte@uk- koeln.de gesendet werden.

Quellen:

- [1] Universitätsmedizin Mainz (2020). Handlungsempfehlung Sterbephase (HES) Symptomlinderung Kommunikationshilfen. https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/HES-Pocket_Card_Handlungsempfehlung-Sterbephase.pdf
- [2] Alpha NRW. Hospiz- und Palliativversorgung im Krankenhaus - Handlungsempfehlungen. https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2021/08/hospiz_palliativversorgung_kkh-handlungsempfehlung.pdf
- [3] Vanden Bergh, H., & Wild, D. M. G. (2015). Palliativmedizin – Über das Lebensende reden auf der Intensivstation. [Conversations about end-of-life in the intensive care unit]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 50(1), 56-63. DOI: 10.1055/s-0040-100298
- [4] Bausewein, C., Roller, S. & Voltz, R. (2021). *Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbegleitung* (7. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- [5] Rémi, C., Bausewein, C., Charlesworth, S., Wilcock, A. & Howard, P. (2022). *Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin* (4. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Weitere Quellen für die Erstellung des Leitfadens:

[HES Version 2.1 Juli 2019 Teil1 \(unimedizin-mainz.de\)](#)

[HES Version 2.1 Juli 2019 Teil 2 \(unimedizin-mainz.de\)](#)

[S3-Leitlinie Palliativmedizin \(dgpalliativmedizin.de\)](#)

[Table 1 | SOP – Behandlung und Betreuung in der Sterbephase | SpringerLinkSOP S](#)

[SOP Behandlung und Betreuung nach dem Tod](#)

[Care of Dying Adults in the Last Days of Life - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

Anlage 25: Versorgungsstandards

Standards zur Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase (SOP)

Ziel:

Einheitliches Vorgehen in der Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase

- ➔ Verbesserung der Handlungssicherheit der Stationsmitarbeitenden bei der multiprofessionellen Versorgung von Patient:innen und ihren Angehörigen in der Sterbephase
- ➔ Vorbeugung, frühzeitiges Erkennen und Linderung von Leiden und belastenden Symptome körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art
- ➔ Erkennen und Beenden von Maßnahmen, die nicht ausschließlich diesem Ziel dienen oder den/die Patient:in möglicherweise eher zusätzlich belasten

Inhalte:

- 1) Definition Sterbephase
- 2) Therapieziele in der Sterbephase
- 3) Pflegerische Versorgung in der Sterbephase (Essen und Trinken, Mundpflege, körperliche Pflege)
- 4) Medizinische und nicht medizinische/therapeutische Maßnahmen (Grundsätze)
- 5) Umgang mit Angehörigen (Angehörige und ihre Bedürfnisse wahrnehmen, unterstützen, informieren und in die Versorgung der Sterbenden einbinden)
- 6) Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie von möglichen Symptomen (Schmerzen, Angst und Unruhe, Atemnot, terminalen Rasseln, Übelkeit und Erbrechen, Krampfanfällen)
- 7) Informationen zum palliativmedizinischen (Konsil-)Dienst

Hinweise:

- SOP sollten an die Vorgaben Ihrer Einrichtung angepasst werden
- Regelmäßige Kontrolle der SOP durch den/die Stationsoberärzt:in und die pflegerische Stationsleitung ist sinnvoll
- SOP sollte regelmäßig aktualisiert werden
- Stationsärzt:innen und Oberärzt:innen sowie Pflegefachpersonen der jeweiligen Station sind Prozessverantwortliche
- Die Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen sowie der Behandlung erfolgt in der elektronischen Patientenakte

Checkliste Versorgung in der Sterbephase

- Die Anwendung des Bogens setzt voraus, dass eine Therapiezieländerung beschlossen wurde und der Beginn der Sterbephase angenommen wird. Der Zustand der*des Patient*in sowie die Fragen des Bogens müssen regelmäßig (**mind. täglich**) re-evaluiert werden.
- Ziel der Versorgung in der Sterbephase ist es, bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Die Begleitung umfasst sowohl Patient*innen als auch ihre Angehörigen.
- Die Fragen ersetzen weder die Eigenverantwortung noch die Entscheidungs- und Therapiefreiheit der Behandelnden. Die übliche Dokumentation wird damit nicht ersetzt.
- Verantwortlich für die Entscheidung und Umsetzung sind die in den Klammern genannten Versorgenden: **A** = Ärzt*innen, **P** = Pflegende; **T** = gesamtes Team (inkl. Patientenservice)
- **Weitergehende Informationen sind im Leitfaden zur Versorgung in der Sterbephase zu finden.**

1. Information und Dokumentation im Team (A, P)

- Alle informiert, dass Patient*in als sterbend eingeschätzt wird: z.B. Patientenservice, Reinigungskräfte?
- Therapiezieländerung und Beginn Sterbephase dokumentiert?

2. Information und Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen (A)

- Gespräche mit Patient*in/Angehörigen über nahenden Tod geführt?
- Patient*in/Angehörigen möglichen Verlauf der Sterbephase und Unterstützungsangebote erklärt?

3. Wünsche von Patient*innen und Angehörigen

- Über Wünsche, Fragen und Unterstützungsbedarf gesprochen: z.B. Bedarf nach Seelsorge? (**T**)
- Geklärt, wer über den Sterbeprozess und nach dem Tod (explizit nicht) informiert werden soll? (**A**)

4. Medikation und Anordnungen

- Aktuelle Medikation überprüft: absetzen – umsetzen – ansetzen (AUA)? (**A**)
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen überprüft: z.B. DNR, Röntgen, Labor? (**A**)
- Bedarf für (parenterale) Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr überprüft (Stillen von Hunger + Durst)? (**T**)

5. Pflegerische Maßnahmen (P)

- Beenden von Maßnahmen überprüft: z.B. Vitalzeichen, Zugänge, End-of-life Modus?
- Bedarf für pflegerische Maßnahmen in der Sterbephase überprüft: z.B. Lagerung, Mundpflege?
- Geklärt, ob Zugänge, Tubus, etc. nach Versterben entfernt werden können?

6. Symptom- und Comfort-Assessment (A, P)

- Symptom- und Comfort-Assessment durchgeführt und regelmäßig re-evaluiert?

7. Beatmung (A)

- Palliative Extubation überprüft?
- Beatmungsmodus angepasst?

8. Nach dem Tod

- Angehörige sowie alle Beteiligte über Versterben informiert? (**A**)
- Angehörigen Möglichkeit des Abschiednehmens und weitere Unterstützung angeboten? (**A, P**)
- Kulturelle/glaubensbedingte Besonderheiten beachtet? (**A, P**)
- Weiteren formalen Ablauf mit Angehörigen geklärt, z.B. Wertgegenstände? (**A, P**)
- Nachbesprechung / Supervision notwendig? (**A, P**)

9. Rahmenbedingungen (T)

- Räumlichkeiten und Atmosphäre überprüft: z.B. Verlegung in Einzelzimmer?

10. Externe Unterstützung und weitere wichtige Kontakte (A, P)

- Externe Unterstützung beachtet: z.B. Palliativmedizinischer Dienst, Seelsorge?

Checkliste zur Versorgung nach Therapiezieländerung

- Die Anwendung der Checkliste setzt voraus, dass eine Therapiezieländerung beschlossen wurde. Der Zustand der*des Patient*in muss regelmäßig re-evaluiert werden.
- Ziel der Versorgung in der Sterbephase ist es, bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Die Begleitung umfasst sowohl Patient*innen als auch ihre Angehörigen.
- Die Liste ersetzt weder die Eigenverantwortung noch die Entscheidungs- und Therapiefreiheit der Behandelnden. Die übliche Dokumentation wird damit nicht ersetzt.

Maßnahme	Vorgehen
AND	Ja
Reanimation	Nein
Re-Intubation	Nein
Dialyse	Nein
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesie und Sedierung fortsetzen oder bei Bedarf ansetzen (Schmerz- und Stressfreiheit der Patient*innen) • Medikamente absetzen, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht, z.B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine antibiotische Therapie ○ Keine Katecholamine
Beatmung	<ul style="list-style-type: none"> • Palliative Extubation prüfen • Falls palliative Extubation nicht möglich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sauerstoffkonzentration auf 21% ○ PEEP auf 0 reduzieren ○ Beatmungsmodus BIPAP/CPAP patientenorientiert wählen • Bei spontanatmenden Patient*innen i.d.R. keine O2-Unterstützung
Labor	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Blutentnahme
Zugänge	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Zugänge, die nicht notwendig sind, entfernen
Vitalzeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Vitalwerte mehr, nach Rücksprache ggf. nur noch Pulsoxymetrie • End-of-life Modus bzw. Monitor ausschalten
Pflegerische Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßig Mundpflege • Palliative Pflegemaßnahmen (z.B. Massagen, Aromatherapie) • Angehörige anleiten • Hinweis auf seelsorgerische Begleitung • Sensibilität für die Gesamtsituation und erhöhte Aufmerksamkeit für die kleinen aber ebenso wichtigen Dinge (z.B. nach dem Umbetten Kuscheltier wieder in den Arm oder Kreuz wieder in die Hand legen)
Weitere Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Physio-, Ergo-, Logopädie individuell nach Rücksprache • Auf ausreichend Privatsphäre achten (z.B. Hinweis an Patientenservice, Materialwagen nicht mehr aufzufüllen, ggf. Schild anbringen „Bitte Rücksprache vor Eintritt“)



Gewohnheits- und Ressourcenbogen

[NAME STATION/EINRICHTUNG EINFÜGEN]

Hier können um eine möglichst würdevolle, ganzheitliche und individuelle Behandlung zu ermöglichen und mögliche Ressourcen des Patienten zu fördern individuelle Vorlieben, Bedürfnisse notiert werden, die sich aus der Behandlung oder Angehörigengesprächen ergeben haben.

Allgemeine Gewohnheiten

- In welcher Schlafposition fühlt sich der Patient/die Patientin wohl?

- Hygienegewohnheiten (z.B. verwendete Waschutensilien, Häufigkeit des Duschens)

- Musikgeschmack? Bevorzugter Radiosender?

- Welche Düfte oder Geschmacksrichtung mag der Patient/die Patientin? Welche hat er/sie abgelehnt/als ekelig empfunden?

- Andere relevante Gewohnheiten

Persönliche Geschichte und Umfeld, Ressourcen des Patienten

- Hobbies und Interessen
- Früheres Berufsleben
- Nahestehende Personen
- Religiöse und spirituelle Werte
- Was hat dem Patienten/der Patientin in der Vorgeschichte Kraft gegeben?
- Andere wichtige Informationen zum Patienten

Was wird auf Station als hilfreich/angenehm/beruhigend für den Patienten:in empfunden?

Was scheint auf Station den Patienten:in eher zu belasten bzw. als unangenehm empfunden zu werden?

Anlage 29: Räumliche Gestaltung

Zusammenstellen einer Ritualbox & räumliche Gestaltung von Patient:innenzimmern und eines Abschiedsraums

Ziel:

Schaffung einer situationsgerechteren, persönlichen und würdevollen Umgebung im Sterbeprozess und zur Abschiednahme von der/dem Patient:in.

Inhalte:

- Zusammenstellen einer **Ritualbox**, die zum Einsatz kommt, sobald sich ein:e Patient:in in der Sterbephase befindet. Die Box enthält Dekorationselemente und religiöse Elemente (z.B. Kreuz, Sure) (siehe Materialliste unten)
- Gestaltung des **Patient:innenzimmers** in der Sterbephase :
 - Persönliche Dinge von Angehörigen mitbringen lassen: z.B. Bilder, Schal/Tücher, Kopfkissenbezug
 - Farbige Serviette auf Nachtschrank oder Utensilienschrank im Patientenzimmer
 - Ausstattung aus Ritualbox nutzen: Mit Inhalten der Ritualboxen können die Zimmer von Patient:innen in der Sterbephase freundlicher und gemütlicher gestaltet werden, z.B. Kerzen, Glas mit Sand, Muscheln, Steine, Kunstblumen, etc.
 - Nach Versterben: Flächen auf Utensilienschrank frei räumen und z.B. gelbe Abwurfbehälter oder Verbandmaterial auf Ablage entfernen
 - Weitere Maßnahmen
 - Bettlaken in Glastür hängen
 - End-of-life Modus einschalten
 - Stühle ans Bett stellen, Angehörigen Wasser und Kaffee anbieten
 - Nach Therapiezieländerung: Schild anbringen – keine Störung (in Ritualbox hinterlegen)
- Gestaltung eines **Abschiedsraums** auf Station für die Sterbebegleitung und Abschiednahme Angehöriger von dem/der verstorbenen Patient:in (siehe Materialliste)
 - Gestaltung des Abschiedsraums: Bilder, LED-Kerzen, etc. (siehe Materialliste)
 - Ausstattung aus Ritualbox nutzen: für individuelle Gestaltung, falls gewünscht gemeinsam mit den Angehörigen
 - Möglichkeit, Musik abzuspielen, kann angeboten werden
 - Wasser und Kaffee/Tee sowie Gläser/Tassen aus Küche nebenan bereitstellen

Vorgehen:

- Entscheidung der Stationsmitarbeitenden über anzuschaffende Möbel und Dekorationselemente
- Verantwortliche:r Mitarbeiter:in der Station übernimmt den Beschaffungsprozess
- Umgestaltung und Dekoration des Abschiedsraums und/oder Patient:innenzimmer
- Ritualboxen können am Pflegestützpunkt und im Abschiedsraum hinterlegt werden

Hinweise:

- Die Hygienevorgaben müssen gewährleistet sein. Bitte nur Gegenstände verwenden, die (wisch-)desinfizierbar sind.
- Es dürfen keine echten Feuersachen (z.B. entzündbare Kerzen) verwendet werden.

Materialliste:

Mögliche Inhalte einer Ritualbox, die für Patient:innen in der Sterbephase zum Einsatz kommen können sowie Materialien für die Gestaltung von Patient:innenzimmern und des Abschiedsraums

Mögliche Inhalte einer Ritualbox	Mögliche Elemente für die Raumgestaltung
Farbige Servietten	Verstellbare Sessel für Angehörige
LED-Kerzen	Farbige Gardinen
Glas mit Sand	Dimmbare Stehlampe
Muscheln	Glasbilder mit Naturmotiven
Steine	Musik-Kompaktanlage mit Naturklang-CDs
Kunstblume	Kommode
Religiöse Elemente (z.B. Kreuz, Sure)	Taschentücher
Blumenvase	
Kerzenhalter	
Fotoständer	

Anlage 30: Empfehlungen Dokumentation

Festlegung von Dokumentationsstandards zur Versorgung in der Sterbephase

Ziel:

Bessere Dokumentation der Versorgung in der Sterbephase sowie bessere Informationsweitergabe und Absprachen im Stationsteam

Inhalte:

Aussagekräftige und nachvollziehbare Dokumentation von

1) Therapie- und Behandlungskonzepten

- Bei Patient:innen, bei denen die Sterbephase angenommen wird, sollen folgende Aspekte in der Dokumentation festgehalten werden:
- Information, dass Beginn der Sterbephase angenommen wird
- Information, dass Gespräch mit Patient:in und/oder Angehörigen über zu erwartenden Tod geführt wurde
- Besonderheiten bei Fragen, Wünschen und Bedürfnissen von Patient:in und/oder Angehörigen (z.B. keine Verlegung ins MSH gewünscht, etc.)
- Notfallplan, inkl. DNR/DNI Hinweis und Bedarfsmedikation
- Führende Beschwerden (AZ-Minderung ist nicht ausreichend detailliert)
- Behandlungsplan, inkl. Symptom- und Comfort-Assessment

2) An- und Absetzen von Medikamenten, Maßnahmen und Untersuchungen

- Therapieentscheidungen dokumentieren:
 - Welche Maßnahmen und Medikamente werden an-bzw. abgesetzt: z.B. Absetzen von Monitoring, Vitalzeichen-Kontrolle, etc.
- Begründung für Entscheidung dokumentieren:
 - Begründungen für Therapieentscheidungen: z.B. Begründung, warum Schmerzmedikament abgesetzt wird
 - Vor allem das Ansetzen von pflegerischen Maßnahmen, die in der Sterbephase grundsätzlich nicht indiziert sind muss klar begründet werden → keine unnötigen Maßnahmen ansetzen
 - Begründung, wenn Untersuchungen an- bzw. abgesetzt werden: in Akte dokumentieren
- Dokumentation, dass Patient:in/Angehörige über An-bzw. Absetzen von Maßnahmen und Medikamenten informiert wurden
- Pflegerelevante Aspekte bei der Dokumentation beachten
 - Lesende Person muss Verlauf nachvollziehen können
 - W-Fragen: wer, was, wo, wann, wie, warum, wozu

3) Gesprächen mit Patient:innen und Angehörigen

Die Dokumentation von Gesprächen mit Patient:innen in der Sterbephase und ihren Angehörigen soll folgende Aspekte beinhalten:

- Wer war anwesend beim Gespräch? Versorgende, Angehörige, Patient:in
- Welche Information wurde vermittelt? Kurz und aussagekräftig zusammenfassen
- Was waren die Fragen oder Wünsche der Patient:in und/oder der Angehörigen? Sensibilität für die Wünsche und Bedürfnisse der Patient:in/Angehörigen
- Haben Patient:in und/oder Angehörige die Informationen verstanden? Wichtig: Soll von pflegerischer sowie ärztlicher Seite dokumentiert werden, z.B. Gespräch mit Ärzt:in über Prognose, Pflegende stellt nachmittags fest, dass Informationen nicht verstanden wurden → Dokumentieren und Info an Ärzt:innen weitergeben
- Wann findet nächstes Gespräch statt?

4) Einheitliches Verständnis von Schlüsselbegriffen (z.B. Palliativ, Best supportive care und DNR/DNI)

Palliativ

- Ab dem Moment der Diagnose einer lebensbegrenzenden und unheilbaren Erkrankung (Grunderkrankung kann nicht mehr geheilt werden)
- Ganzheitliche Behandlung und Begleitung der erkrankten Menschen und deren Nahestehenden
- Lebenserwartung individuell (auch mehrere Jahre möglich)
- Symptomlinderung und Lebensqualität stehen im Vordergrund → Therapien und Maßnahmen zur Symptomlinderung und Lebensverlängerung sind möglich
- Palliativ ist nicht gleichbedeutend mit sterbend
- Palliativ bedeutet nicht automatisch Therapielimitierung oder Verzicht auf alle kurativen Maßnahmen

Best supportive care

- Nur noch symptomorientierte Behandlung
- Belastung für Patient:innen reduzieren → nur noch für Symptomkontrolle relevante Maßnahmen und Medikamente
- Keine unnötigen Untersuchungen: Transporte, Nüchternheit, etc. minimieren
- Diagnostik und Maßnahmen reduzieren: keine BZ-Messung, etc.
- Medikamente reduzieren: keine Antibiosen, etc.

DNR/DNI

- Verzicht auf „invasivste“ Maßnahmen: Reanimation und Intubation
- Kuratives Weiterführen oder Ansetzen von anderen Maßnahmen kann weiterhin sinnvoll sein
- Verzicht auf einzelne Maßnahmen ist nicht gleichbedeutend mit dem Einstellen der kurativen Therapie oder allen weiteren Maßnahmen

Hinweise:

- Empfehlungen sollten für alle sichtbar z.B. in Ärzt:innenzimmer, Pflegestützpunkten, Aufenthaltsraum etc. aufgehängt werden
- Optional kann auch ein Informationsblatt mit einer Kurzfassung erstellt werden; darauf können Ansprechpartner:innen bei Fragen (ärztlich und pflegerisch) vermerkt werden (**siehe Vorlage**)

Gemeinsames Gesprächsführung von wichtigen Gesprächen

Ziel
<p>Wichtige Gespräche werden durch den*die behandelnde Ärzt*in geführt und sollen, wenn möglich, multiprofessionell stattfinden (Pflegerische und Ärzt*innen). Damit soll erreicht werden, dass...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... die Perspektive der Pflegenden in Gesprächen berücksichtigt wird. • ... Pflegerische darüber informiert sind, was in den Gesprächen besprochen wurde. Diese Informationen können sie dann in den Übergeben weitergeben.
Beschreibung
<p>Ärzt*innen fragen pflegerisches Personal rechtzeitig an, wenn wichtige Gespräche bevorstehen. Die palliativmedizinische interdisziplinäre Teambesprechung kann genutzt werden, um die gemeinsamen Gespräche im Nachgang zu evaluieren und zu verbessern.</p> <p>Wichtige Gesprächsinhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Patient*innen und Angehörige sollen über den Krankheitsverlauf, Symptome, Prognose und Zustandsveränderungen in der Sterbephase informiert werden. Dabei ist Folgendes relevant: <ul style="list-style-type: none"> ○ Regelmäßige und zeitnahe Information sicherstellen, damit Patient*innen und Angehörige selbst Entscheidungen treffen können (z.B. Anwesenheit bei Versterben) ○ Über mögliche Zustandsveränderungen aufklären: z.B. Atmung, Bewusstsein, Allgemeinzustand › Auch Veränderungen im Behandlungsplan sollen angekündigt und erläutert werden, um Verunsicherung zu vermeiden (z.B. ausreichend Aufklärung im Entscheidungsprozess zu künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) › Für Patient*innen und Angehörige ist es wichtig, wie mögliches Leiden in der Sterbephase gelindert werden kann. Dazu zählen einerseits Informationen über medizinische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten. Andererseits können folgende externe Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden (Kontakt Daten siehe Tabelle S. 6-8): <ul style="list-style-type: none"> ○ katholische/evangelische Seelsorge ○ Palliativdienst ○ Hospizhelfer*innen ○ Psychologische Unterstützung ○ Trauerberatung ○ Selbsthilfegruppen

[Titel der Fallbesprechung]				
Teilnehmer:in (Kürzel):		Patient:innen-Etikett		
Einberufende/r (Kürzel):	Datum:			Uhrzeit:
Einberufungsgrund:				

Vorbereitung durch [Verantwortliche Person]

Wer muss zur Sitzung eingeladen werden?	
Formular/ Unterlagen ausdrucken	
Zu wann ist die Besprechung geplant?	
Wer macht die Vorab-Dokumentation (ärztl. und pflegerisch)?	

Ablauf

1. Festlegung der Aufgabenverteilung.
2. Der/die Moderator:in führt durch die Liste auf Seite 2 bis 4.











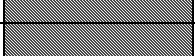

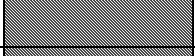
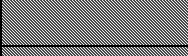
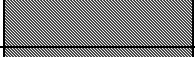
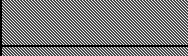


Aufgabenverteilung

Wer moderiert die Sitzung?	Kürzel:
Wer stellt den/die Patient:in vor?	Kürzel:
Wer protokolliert die Ergebnisse im vorliegenden Dokument?	Kürzel:
Wer heftet das Dokument in papierform im Stationsordner ab?	Kürzel:
Wer dokumentiert die Ergebnisse im [Ort] ?	Kürzel:

Patient:inneninformationen	Notizen
-----------------------------------	---------

1. Relevante Diagnosen:	
2. Aktuelle Problematik(en):	
3. Wissensstand zur Patient:innen-Verfügung	
4. Familien-/Sozialanamnese, Vorsorgevollmacht/Betreuer:in?	

INDIKATION

	Ja	Wahrscheinlich	unklar	Unwahrscheinlich	Nein
Ist die aktuelle Erkrankung überhaupt überlebar?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Kreislauffunktion zu erwarten?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der ZNS-Funktion zu erwarten?					
Besteht bei voraussichtlicher ZNS-Schädigung ein klinisch relevantes Rehabilitationspotenzial?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Lungenfunktion zu erwarten?					
Ist im Falle einer permanenten, schweren Lungenfunktionseinschränkung eine langfristige Respiratortherapie medizinisch indiziert?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Nierenfunktion zu erwarten?					
Besteht bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz die Möglichkeit der dauerhaften maschinellen Nierenersatztherapie?					
<i>Viele der angeführten Fragen sind interdisziplinär zu beantworten. Wenn eine der angeführten Fragen mit „Unwahrscheinlich“ beantwortet wird, ist eine Therapiezieländerung zu erwägen. Welche Maßnahmen gesetzt werden, ist im Einzelfall zu entscheiden.</i>					
Besteht davon unabhängig eine stark beschränkte Lebenserwartung?					

Ist die Wiedererlangung eines Zustandes mit angemessener Lebensqualität erreichbar?					
---	--	--	--	--	--

PATIENT:INNENWILLE

	Ja	Wahr-scheinlich	unklar	Unwahr-scheinlich	Nein
Gibt es einen geäußerten Patient:innenwillen?					
Liegt eine gültige situationsbezogene Patient:innenverfügung vor?					
Liegt eine Vorsorgevollmacht für medizinische und Vorsorgebelange vor?					
Was können die Angehörigen über die Wünsche und Werte des/der Patient:in zu seinem Lebensende berichten? Was hat sein/ihr Leben ausgemacht?					

Der Patient:innenwille ist das wichtigste Entscheidungskriterium im ethischen Kontext der Therapieentscheidungen.

SOZIALES UMFELD

	Ja	Nein	Notizen
Was brauchen die Angehörigen?			
Ist ein Zimmerwechsel indiziert?			
Soll der/die Seelsorger:in hinzugezogen werden?			

KONSILE

	Ja	Nein	Fragestellung / Anlass
Palliativmedizinisches Konsil:			
Fachmedizinische Konsile (z.B. chirurgisch, pneumologisch):			
Ethische Beratung:			

THERAPIE

	Notizen

Festlegung von Therapiezielen:	<input type="checkbox"/> kurativ	<input type="checkbox"/> palliativ	<input type="checkbox"/> terminale Phase
Festlegung von Therapiemaßnahmen:			
 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Invasive Beatmung <input type="checkbox"/> Reintubation <input type="checkbox"/> Tracheotomie <input type="checkbox"/> Nichtinversive Beatmung (NIV) <input type="checkbox"/> Katecolamine <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Antibiotische Therapie 			
Festlegung von „Therapie-Meilensteinen“*:			
 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kommunikation der Entscheidungsfindung an Angehörige <p data-bbox="107 1262 2036 1324">* Zum Beispiel: Erneute Eskalation der antibiotischen Therapie, wenn keine Besserung unter der aktuellen Therapie eintritt, dann keine weitere antibiotische Therapie und dann auch keine Eskalation der Kreislaufunterstützung.</p>			

Anlage 33: Checkliste 15-Minuten Fallbesprechung

Checkliste der Station **[Stationsbezeichnung]**

zur

[multiprofessionellen/interprofessionellen/palliativmedizinischen] Fallbesprechung

- **Basisinformation**
 - Name, Alter, Zimmernummer, Liegedauer
 - (chronische/lebenslimitierende/kritische) Diagnosen und Nebendiagnosen
- **Perspektive/aktueller Zustand**
 - Spezifische medizinische Verfahren, z.B. Tracheostoma, PEG, JJK, Thoraxdrainage)
 - Einschätzung des Gesundheitszustandes aus ärztlicher Sicht
 - Einschätzung des Gesundheitszustandes aus pflegerischer Sicht (Übersichtsbogen)
 - Symptome/Beschwerden, z.B. Unruhe, Delir, Schmerzen, Atemnot, Mundtrockenheit
 - Wie sieht die Prognose aus?
- **Juristische Dimension**
 - Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung vorhanden?
- **Bisherige Therapieziele/Lebensqualität**
 - Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die bisherige Therapie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität eintritt?
- **Kommunikation /Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen**
 - Kontaktpersonen (v.a. primäre Kontaktperson), ggf. Betreuer:in
 - Einschätzung und Information über den aktuellen Zustand und weiteren möglichen Verlauf, Angebot von Unterstützungsmöglichkeiten
- **Patient:innenwünsche /Angehörigenwünsche (Lebensanschauliche und soziale Dimension)**
 - Aussagen des/der Patient:in und der Angehörigen zu Krankheitsdeutung, lebensbedrohlicher Krankheit, Belastungen, Sterben und Tod?
 - Welche Aussagen gibt es, dass die Situation und Maßnahmen der Kräfte des/der Patient:in überschreiten?
 - Was ist der/die Patient:in bereit in Kauf zu nehmen?
 - Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine positive Auswirkung auf dessen/deren soziales Leben?
- **Therapiezielfindung**
 - Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Patient:innenwohl oder können ihm schaden?
 - Ist das ursprüngliche Therapieziel nach wie vor erreichbar?
 - Was ist ein realistisches Therapieziel, gibt es Zwischenziele?
 - Was ist aktuell der geäußerte Patient:innenwille?
 - In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht werden oder evtl. revidiert werden (Verlauf, Verschlechterung, zeitl. Limitierung der Maßnahmen, ggf. erneute Prüfung und neues Therapieziel)
 - Team: Welche Werte und Einstellungen im Team sind deutlich geworden?

- **Behandlungskonsequenzen**
 - Medikamente: Absetzen – Umsetzen – Ansetzen (AUA)
 - Anordnungen: Diagnostische Maßnahmen (z.B. Labor, Röntgen), künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
 - Pflegerische Maßnahmen: z.B. Vitalzeichen, BZ-Messung, Sauerstoff, Mundpflege, Lagerung
 - Bei Uneinigkeit: mögliche Einbindung der Palliativmedizin, Ethikkommission, ethische Fallbesprechung

- **Offene Fragen/Besonderheiten**

Zeitraum: Vorstellung und Diskussion jeweils 5-10 Minuten, insgesamt 15 Minuten

Anlage 34: Einbindung Seelsorge

Das Angebot der Krankenhauseelsorge

„Seelsorge leistet Unterstützung, mit Krankheit und Belastungen zu leben und Hoffnungslosigkeit zu begegnen. Durch Gespräch, Beratung und Rituale zielt sie auf die Befähigung, in Krisen und biographischen Brüchen die eigene Würde und einen Lebenssinn wieder zu entdecken.“

Aus der VA 1.04.07 Krankenhauseelsorge

1. Indikation

- Allgemeiner Gesprächsbedarf
- Krisen, Konflikte, Einsamkeit
- Vor einem schwierigen Eingriff oder einer kritischen Diagnose
- Krankheitsverarbeitung
- Sterben, Tod, Trauer
- Religiöse oder spirituelle Unterstützung

Für Patient:innen, Angehörige und Mitarbeitende, unabhängig von Religion oder Weltanschauung

2. Vermittlung: Wie bringe ich das Angebot der Seelsorge auf einladende Weise ins Gespräch?

- **Grundsätzlich beim Aufnahmegespräch:**
„Während Ihres Aufenthaltes können wir Ihnen, wenn gewünscht, ein Gespräch mit unserer Seelsorge vermitteln.“
- **Vor einem kritischen Eingriff oder einer unsicheren Diagnose:**
„Wenn Ihnen die Situation jetzt Sorgen macht, können wir Ihnen das Angebot machen für ein Gespräch in aller Ruhe. Unsere Seelsorgerin würde sich Zeit für Sie nehmen.“
- **Bei Krisen usw.:**
„Wir arbeiten hier auf der Station gut (oder eng) zusammen mit der Krankenhauseelsorge und könnten diese vermitteln.“
„Wenn Sie einverstanden sind, stellt sich die Seelsorge einmal bei Ihnen vor.“
- **An die Angehörigen von schwer kranken Patient:innen:**
„Wenn Sie für die Zeit des Aufenthalts weitere Unterstützung für sich oder ihren Angehörigen suchen: wir können hier gerne unsere Seelsorge anfordern.“

Die Botschaft dahinter:

„Seelsorge in Anspruch zu nehmen ist normal - es gehört hier zum normalen Ablauf.

Wir haben Erfahrung mit unserer Seelsorge und können sie empfehlen.

Das Angebot gilt für die ganze Zeit des Aufenthalts und heißt nicht: mit Dir geht es jetzt zu Ende!

Das Gesprächsangebot der Seelsorge ist frei und unverbindlich.“

Die Krankenhauseelsorge wird von der ev.-lutherischen und der katholischen Kirche finanziert und verantwortet und steht allen im UKE kostenfrei zur Verfügung.

TEL -57003

Das Angebot der Krankenhauseelsorge

„Seelsorge leistet Unterstützung, mit Krankheit und Belastungen zu leben und Hoffnungslosigkeit zu begegnen. Durch Gespräch, Beratung und Rituale zielt sie auf die Befähigung, in Krisen und biographischen Brüchen die eigene Würde und einen Lebenssinn wieder zu entdecken.“

Aus der VA 1.04.07 Krankenhauseelsorge

1. Indikation

- Allgemeiner Gesprächsbedarf
- Krisen, Konflikte, Einsamkeit
- Vor einem schwierigen Eingriff oder einer kritischen Diagnose
- Krankheitsverarbeitung
- Sterben, Tod, Trauer
- Religiöse oder spirituelle Unterstützung

Für Patient:innen, Angehörige und Mitarbeitende, unabhängig von Religion oder Weltanschauung

2. Vermittlung: Wie bringe ich das Angebot der Seelsorge auf einladende Weise ins Gespräch?

- **Grundsätzlich beim Aufnahmegespräch:**
„Während Ihres Aufenthaltes können wir Ihnen, wenn gewünscht, ein Gespräch mit unserer Seelsorge vermitteln.“
- **Vor einem kritischen Eingriff oder einer unsicheren Diagnose:**
„Wenn Ihnen die Situation jetzt Sorgen macht, können wir Ihnen das Angebot machen für ein Gespräch in aller Ruhe. Unsere Seelsorgerin würde sich Zeit für Sie nehmen.“
- **Bei Krisen usw.:**
„Wir arbeiten hier auf der Station gut (oder eng) zusammen mit der Krankenhauseelsorge und könnten diese vermitteln.“
„Wenn Sie einverstanden sind, stellt sich die Seelsorge einmal bei Ihnen vor.“
- **An die Angehörigen von schwer kranken Patient:innen:**
„Wenn Sie für die Zeit des Aufenthalts weitere Unterstützung für sich oder ihren Angehörigen suchen: wir können hier gerne unsere Seelsorge anfordern.“

Die Botschaft dahinter:

„Seelsorge in Anspruch zu nehmen ist normal - es gehört hier zum normalen Ablauf.

Wir haben Erfahrung mit unserer Seelsorge und können sie empfehlen.

Das Angebot gilt für die ganze Zeit des Aufenthalts und heißt nicht: mit Dir geht es jetzt zu Ende!

Das Gesprächsangebot der Seelsorge ist frei und unverbindlich.“

Die Krankenhauseelsorge wird von der ev.-lutherischen und der katholischen Kirche finanziert und verantwortet und steht allen im UKE kostenfrei zur Verfügung.

TEL -57003

Anlage 35: Einbindung Palliativmedizinischer (Konsil-)Dienst

Indikatoren für den Einbezug des Palliativmedizinischen Dienstes

Patient*innendaten:

Für Patient*innen, bei n=? der folgenden Kriterien zutreffen, kann die Konsultation des palliativmedizinischen Dienstes erforderlich sein:

- Chronische kritische Erkrankung**
Auch, wenn es keinen allgemein festgelegten Konsens darüber gibt, was eine chronische kritische Erkrankung ausmacht, ist diese typischerweise durch einen Aufenthalt auf der Intensivstation von mehr als 5 Tage charakterisiert

- Einsatz spezifischer medizinischer Verfahren bei Patient*innen mit lebenslimitierenden Krankheiten**
(z.B. Tracheostoma und/oder Beatmung, PEG, Organersatzverfahren)

- Alter ≥80 Jahre**
Alter der*des Patient*in: _____
- Patient*innen, die >30 Tage auf der Station sind**
Aufenthaltsdauer: _____ Tage
- Vorhandensein signifikanter medizinischer Komorbiditäten oder eines schlechten funktionellen Ausgangszustands**

- Chronische oder unheilbare lebenslimitierende Krankheiten in der Vorgeschichte**
(z. B. metastasierender Krebs, fortgeschrittene Atemwegs-, Herz- oder Nierenerkrankungen, progrediente neurogene Erkrankung)

-
- **Spezifische akute Erkrankungen**
(z. B. hypoxische Hirnschädigung, intrazerebrale Blutung)

-
- **Schlechte Gesamtprognose nach Einschätzung der behandelnden Ärzt*innen**

-
- **Wunsch nach palliativer Versorgung von Patient*innen, Angehörigen oder Stellvertreter*innen**

-
- **In Konfliktsituationen im Behandlungsteam und/oder zwischen Patient*in, Angehörigen und/oder Stellvertreter*innen**
-

Literatur

- (1) Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med.* 2007 Jun;35(6):1530-5. doi: 10.1097/01.CCM.0000266533.06543.0C. PMID: 17452930.
- (2) Campbell ML, Guzman JA. Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest.* 2003 Jan;123(1):266-71. doi: 10.1378/chest.123.1.266. PMID: 12527629.
- (3) Campbell ML, Guzman JA. A proactive approach to improve end-of-life care in a medical intensive care unit for patients with terminal dementia. *Crit Care Med.* 2004 Sep;32(9):1839-43. doi: 10.1097/01.ccm.0000138560.56577.88. PMID: 15343010.
- (4) Mosenthal AC, Weissman DE, Curtis JR, Hays RM, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell M, Nelson JE. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: a report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. *Crit Care Med.* 2012 Apr;40(4):1199-206. doi: 10.1097/CCM.0b013e31823bc8e7. PMID: 22080644; PMCID: PMC3307874.
- (5) Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, Campbell M, Lustbader DR, Mosenthal AC, Puntillo K, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Frontera JA, Hays RM, Weissman DE; Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Project Advisory Board. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Crit Care Med.* 2013 Oct;41(10):2318-27. doi: 10.1097/CCM.0b013e31828cf12c. PMID: 23939349.
- (6) Cox CE, Curtis JR. Using Technology to Create a More Humanistic Approach to Integrating Palliative Care into the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016 Feb 1;193(3):242-50. doi: 10.1164/rccm.201508-1628CP. PMID: 26599829.

(7) Bradley CT, Brasel KJ. Developing guidelines that identify patients who would benefit from palliative care services in the surgical intensive care unit. Crit Care Med. 2009 Mar;37(3):946-50. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181968f68. PMID: 19237901.

Anlage 36: Feedbackumfrage Freitextantworten

Was war Ihre Motivation, an den Arbeitsgruppen teilzunehmen?

UKK

- Verbesserung Sterbebegleitung auf Akutstation
- Betreuung der Station oberärztlich, somit Wunsch der Verbesserung der Versorgung. Insbesondere auch Wunsch der besseren Kommunikation und Einbeziehung der Pflege.
- relevantes Thema - interprofessioneller Austausch
- Auch Sterben gehört ins Gesundheitssystem. Auch oder gerade, wer den Beruf ergreift, um zu helfen, sollte würdevolles Sterben verbessern und begleiten.
- In der Tat die Verbesserung der Therapiezielfindung Frühere Kommunikation interdiszip. zu etablieren
- Organisatorisch kam ich am ehesten in Frage
- Das Thema adäquate Team-Kommunikation im Kontext einer Therapiezielfindung und die patientenorientierte Sterbebegleitung auf der Intensivstation sind mir persönlich sehr wichtig
- Die Verbesserung auf der Station zu etablieren.
- Interdisziplinär zu arbeiten; Prozesse auf der Station zu optimieren
- Bessere Umgang in der Sterbephase, mehr Verständnis,
- eine dringende Notwendigkeit das Gespräche über den Sterbeprozess und deren Auswirkung für alle Beteiligten geführt werden
- Verbesserung der Palliativen Situation
- Unzufriedenheit über vorherige Vorgehensweise bzw. Umgang mit sterbenden Patienten
- Verbesserung der aktuellen Situation - Einbringen pflegerischer Expertise in interprofessionelles Team - Umgang in Sterbephase "vereinfachen", für Angehörige verbessern
- allgemeines Interesse am Thema, Verbesserung der Versorgung sterbender Patient*innen und deren Angehörige
- Meine Motivation war die Perspektive auf eine Verbesserung der Kommunikation auf Station zwischen Pflegenden und Ärzten aller Fachabteilungen.
- Thema

UKE

- Da ich in meiner Tätigkeit viel mit Angehörigen von Versterbenden zu tun habe, fühlte ich mich hier oft nicht gut vorbereitet und teilweise hilflos. Außerdem bin ich tgl. von
- berufliche Interesse, Verbesserung der stationsinternen Abläufe, Kommunikation mit den Kollegen und Klienten, Steigerung der Zufriedenheit bei Personal und Klienten, Kompetenzen
- Ich finde das Thema sehr interessant und wichtig und denke, dass ein konkretes Konzept viele Abläufe erleichtert und verbessert und den Patienten diese Phase besser erleben lässt
- Allgemeines Interesse am Thema
- Ein wichtiges Thema, das gerade bei jungen Ärzt:innen mit sehr viel Angst verbunden ist
- Interesse an den Themen "Sterben" und "Palliativbehandlung", Wunsch zur Optimierung der Patientenversorgung, Einbringen therapeutischer Sichtweisen in den Prozess.
- Interesse an dem Thema, Versuch etwas im Alltag zu verbessern
- Verbesserung der Situation Sterbender auf der Station. Mehr Kommunikation zu dem Thema. Multiprofessionalität.

- Ich begegne öfters Patient:innen in der Arbeit, die an der Grenze zwischen Leben und Tod sind, aber eine hohe Unsicherheit herrscht, ob der Tod wirklich zugelassen werden kann.
- Verbesserung des Sterbeprozesses auf Station
- Prozessoptimierung, Patient:innen- und Mitarbeiter:innenorientierteres Handeln
- Interesse
- Thematisieren, Tabus reduzieren, Verbesserung
- Thema betrifft uns oft im Alltag, es herrschte Unzufriedenheit und zu wenig Wissen darüber.
- Wichtige Thematik Thema, welches nicht so leicht im Alltag angesprochen wird
Informationen / Wissen für mich generieren
- Palliativ Pflege
- Ich hätte gern mehr für die Sterbenden getan.
- mehr Erfahrungen in Bezug auf das eigene Arbeiten mit der Thematik - Veränderungen für die Station, neues etablieren
- Verbesserung der Situation Sterbender und Wissenserweiterung
- Verbesserung der Situation auf Station
- persönliches Interesse an dem Thema Palliative Versorgung durch vorangegangene Forschung in diesem Bereich.

Was haben Sie daraus mitgenommen?

UKK

- "Kleine" Veränderungen (gemeinsame Besprechung) können einen großen Unterschied in der Kommunikation ausmachen.
- gemeinsamer Konsens im interprofessionellen Team
- Prozesse an großen Institutionen zu verändern benötigt Zeit, Ressourcen und einen großen Willen (vieler). Dies bedenkend hat die AG in Ihrem Rahmen vieles erreicht, dennoch braucht es eine größere Unterstützung für Personal und Angehörige an der Uniklinik belastende Extremsituation professionell zu begleiten.
- alles braucht viel Zeit und viel Vorbereitung
- Dass es kompliziert Abläufe zu optimieren
- Dass noch ein gutes Stück motivierter Arbeitsgruppen-Einsatz notwendig sein wird um das Ziel einer guten teaminternen Kommunikation und einer multiprofessionellen und interdisziplinären Therapiezielfindungs-Diskussion zu erreichen.
- Eine strukturierte Zusammenarbeit und eine sehr gute Ziel Erreichung.
- zeitliche Organisation (v.a. durch Ärzte und Pflege) war deutlich erschwert; um Dinge umzusetzen braucht es interdisziplinäre Arbeit
- Besserer Austausch Interdisziplinär
- Aussagekraft der Pflegenden über den Patienten und deren Wirkung
- Gute Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensituation
- Klare Absprachen und Maßnahmen einfordern, absprechen und dokumentieren.
- viele Prozesse im Hintergrund zu bedenken - anscheinend kleine Änderungen erfordern Absprachen mit verschiedenen Abteilungen - verschiedene Sichtweisen innerhalb des interprofessionellen Teams
- fand die multiprofessionelle Zusammenarbeit gut und die verschiedenen Blickwinkel spannend
- Klarheit über unsere Probleme auf Station.

- Sensibilisierung

UKE

- Das wir nicht alleine sind, dass wir viel Hilfe im gesamten UKE uns einholen können - Seelsorge/Palli. Kolsil/Palli Pflege Team
- Ich habe mir selbst noch einmal viele Gedanken darübergemacht und nehme Vieles (Worte und Umgang...) bewusster wahr
- interessante Anregungen und Verbesserung für den Stationsalltag
- Ich konnte leider nicht mehr an den Treffen teilnehmen, da diese auf einen Montag verlegt worden sind.
- Neuen Input (auch durch die flankierenden Maßnahmen wie die Fortbildung für MA).
- Es braucht mehr Zeit um ein Konzept zu entwickeln
- Die drei Motive oben sind umgesetzt worden in der Arbeitsgruppe. Ob sich für die ganze Station etwas verbessert, wird sich noch zeigen.
- Es ist immer wichtig, dass Gespräch über den eigentlichen Willen der Patient:innen zu suchen, auch in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen.
- Viele Themen die noch bearbeitet werden müssen.
- Interdisziplinäre Sichtweisen zum Thema Sterben und dessen Wahrnehmung der Prozesse im Krankenhaus. Mehr Sensibilität für das Thema
- Ethische Fallentscheidung und Einbindung der Teams
- AG war zu weit vom Geschehen weg. Aber das Thema überhaupt auf Station im Team zu thematisieren, darüber zu reden, Wünsche zu äußern, hat für mehr Offenheit gewirkt.
- Deutlich mehr Tiefe im Thema, Maßnahmen und Handlungsempfehlungen wurden passgenau entwickelt.
- Vielschichtiges Thema. Weiterhin großer Bedarf in dem Forschungsfeld - besonders im Stationssetting Mehr Unterstützung für Mitarbeiter:innen nötig Ärztliche Kollegen:innen sollten sich auch mehr mit dem Thema beschäftigen - interprofessionelles Team
- Verbesserungsmöglichkeiten
- Leider nichts, da unser Projekt daran scheiterte, dass ohne die ärztlichen Kollegen keine Schulung stattfand, da diese nicht teilnahmen war das Ergebnis gleich null.
- neues für die Station - positive Erfahrungen und neues Wissen, welches in die Arbeit einfließt
- Hauptsächlich theoretischen Input der Kurzfortbildung
- Weiß nicht
- Maßnahmen ist nicht immer einfach in den Stationsablauf zu integrieren

Haben Sie Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Organisation und Durchführung der Arbeitsgruppen?

UKK

- Ich bin mir nicht sicher, ob Mitglieder des StikoV Projektes, die die AG geleitet haben überhaupt je auf einer Intensivstation gearbeitet haben oder sich die Mühe gemacht haben, in einer Hospitation mitzuerleben, wie die Abläufe auf den jeweils spezifischen Stationen sind. Hier gibt es nicht nur große Unterschiede, sondern man könnte so auch ein Gefühl für die Mitglieder und deren Haltung erhalten. In einem sterilen Konferenzraum über die Notwendigkeiten und Kontroversen einer idealen Sterbebegleitung zu sprechen, ohne eine

Ahnung zu haben, welche extremen Belastungssituationen oder auch welcher Arbeitsdruck im Alltag besteht, nimmt die AG Arbeit bzw. Ihrem Potential schon viel Energie.

- Termine sind für ärztliches Personal teilweise schwer machbar (u.a. nach der Rotation aus der Intensivmedizin) oder müssten im ärztlichen Arbeitsalltag mehr priorisiert werden

UKE

- Fand es Leider sehe ungünstig den zuvor gewählten Tag während des Prozesses zu verändern. So konnte ich leider nur an ein paar wenigen Treffen teilnehmen
- Mischung aus Studienprojekt und AG z.T. etwas schwierig, da die Zuständigkeiten nicht so eindeutig bei der Station lagen. Ich arbeite sonst eher in Gruppen, die selbst für alle Inhalte verantwortlich sind. Ich fand die Anbindung an die Station z.T. zu gering, das Projekt war zumindest initial dort nicht so bekannt. Ich glaube auch, dass nicht allen Teilnehmern der AG klar war, dass eine Studie an dem Projekt hängt und somit bestimmte Arbeitsschritte /Umsetzungsschritte zu festgelegten Zeitpunkten erfolgen sollten. Das müsste vielleicht etwas deutlicher kommuniziert werden. Die Zusammenarbeit fand ich super, das ForscherInnenteam total nett und super hilfsbereit. Danke!
- Mehr Zeit, mehr Fokus auf den Alltag
- Höhere Verbindlichkeit der Teilnehmenden. Vielleicht noch kürzere Arbeitseinheiten?
- Feste Terminserie, sodass die Termine geblockt werden können Erarbeitete Inhalte allen Teilnehmern senden, damit diese sich selbstständig die Infos aneignen können, auch wenn ein Termin nicht wahrgenommen werden kann.
- Schulungen auch mit zwei oder drei Pflegenden durchführen und ohne Ärzte wenn diese nicht wollen. Wir hätten gewollt und wir hätten für unsere Kollegen ja auch als Multiplikatoren gedient.

Anlage 37: Ergebnisse Prä-Post-Vergleich

4.2.5.4 Mitarbeitendenbefragung

Einschätzung der wahrgenommenen Versorgungsqualität in der Sterbephase

Die Auswertung der Unterschiede je Station und insgesamt zwischen den beiden Erhebungen zur selbstwahrgenommenen Versorgungsqualität bei der Behandlung sterbender Patient:innen sind Abbildung 1 zu entnehmen. Im Mittel über alle Stationen ergab sich eine signifikante ($p < 0,001$) Mittelwerterhöhung von 1,4 [0,9 – 1,9] Punkten.

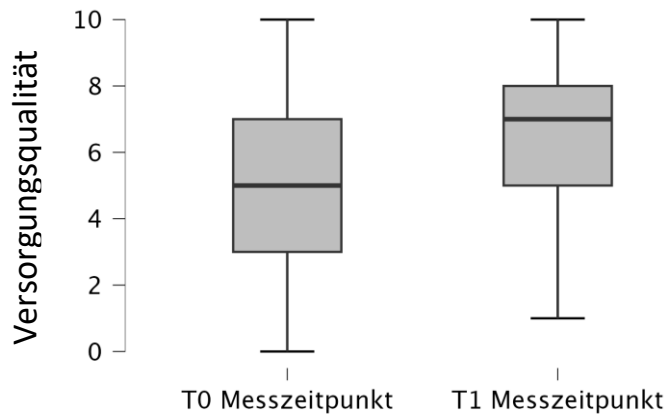


Abbildung 1: Boxplot zu Einschätzung der Versorgungsqualität

Belastungen bei der Begleitung sterbender Menschen

Die Ergebnisse zu den Belastungsfaktoren werden bei *OMEGA Journal of death and dying* veröffentlicht (siehe Tabelle 12 im Ergebnisbericht), daher werden hier die zentralen Ergebnisse genannt. Neben der selbstwahrgenommenen Versorgungsqualität wurden auch die spezifischen Belastungsfaktoren für Versorgende, die bei der Behandlung und Versorgung sterbender und der Betreuung der Angehörigen vorkommen können, untersucht. Die Gesamtbelastungen bei der Versorgung Sterbender ist nach der Interventionsphase geringer ausgeprägt als bei der Präerhebung: Es konnte eine signifikante ($p = 0,028$) Reduzierung von 1,4 [-2,5 – 0,1] Skalenpunkten beobachtet werden (Abbildung 2).

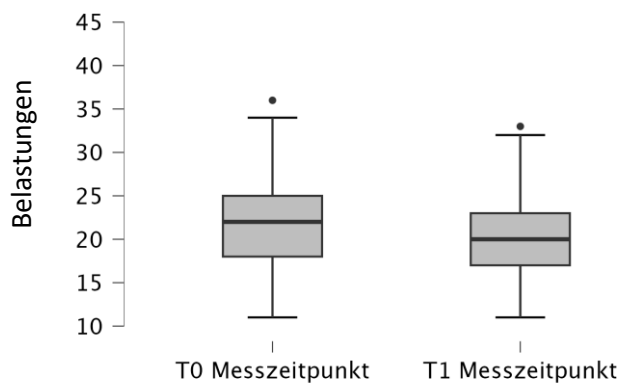


Abbildung 2: Boxplot zu Belastungsscore

Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden ist nach der Interventionsphase stärker ausgeprägt als in der Prärerhebung. Es konnte eine signifikante Verbesserung von 1,1 Skalenpunkten [0,2-2,1] ($p=0,014$) festgestellt werden (Abbildung 3).

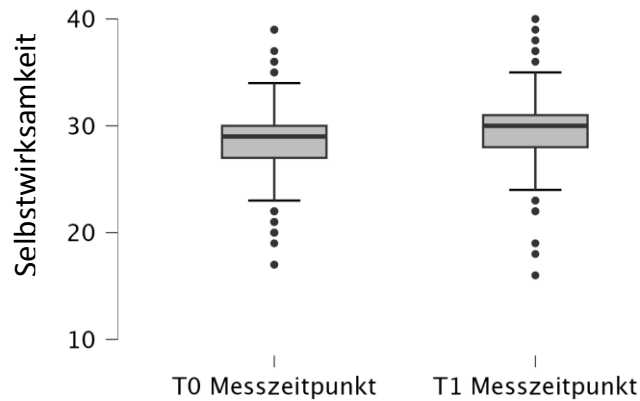


Abbildung 3: Boxplot zur Selbstwirksamkeitsskala

Thanatophobie/ Ängste bei der Behandlung sterbender Menschen

Die Thanatophobie der Versorgenden ist nach der Interventionsphase weniger ausgeprägt als in der Prärerhebung. Es zeigte sich eine Mittelwertreduktion von 1,5 Skalenpunkten [-2,9-0,9] ($p=0,298$) (Abbildung 4).

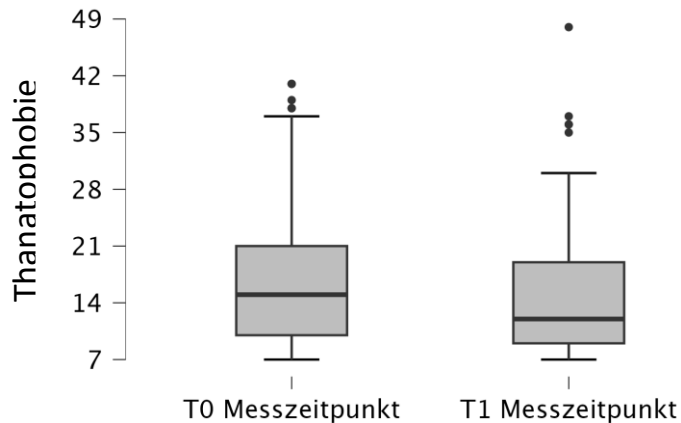


Abbildung 4: Boxplot zu Thanatophobiescore

Selbstfürsorge

Auch die Einschätzungen der Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Selbstfürsorge zeigte bei zwei Items eine signifikante Verbesserung, nämlich bei „In der Behandlung von sterbenden Patient:innen kenne ich Strategien, um mich selbst abzugrenzen (Item Abgrenzung)“ und „Ich habe Unterstützungsmöglichkeiten, wenn ich an meine Grenzen komme (Item Unterstützung)“. Für das Item Abgrenzung konnte über alle Stationen hinweg jeweils eine signifikante Mittelwerterhöhung von [0,0,-0,050] ($p=0,011$) bzw. eine Mittelwerterhöhung von 0,2 [-0,09-0,42] ($p=209$) Skalenpunkten für das Item Unterstützung beobachtet werden.

Teaminteraktion/-funktion

Neben der selbstwahrgenommenen Versorgungsqualität und den spezifischen Belastungsfaktoren wurden auch das Team- und Arbeitsklima untersucht. Dabei wurde eine signifikante Mittelwerterhöhung von 4,8 Skalenpunkten [0,7-9,6] ($p=0,025$) festgestellt (Abbildung 5).

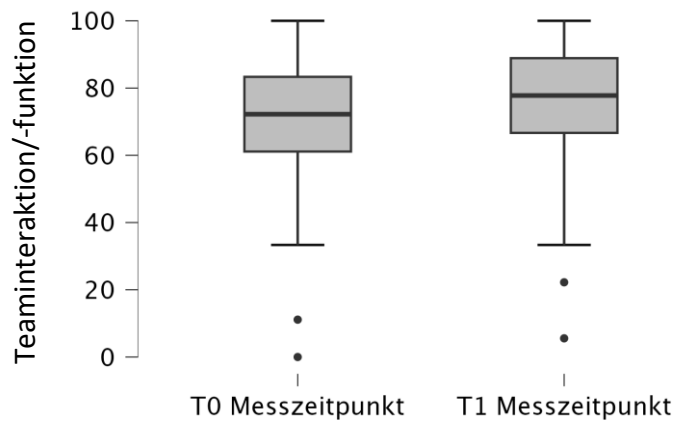


Abbildung 5: Boxplot zu Teaminteraktion/-funktion

4.2.5.2 Aktenanalyse

INTENSIVSTATIONEN

Tabelle 1: Demografische und klinische Daten von Patient:innen und Angehörigen und/oder Berufsbetreuung innerhalb der letzten drei Lebenstagen getrennt nach Normalstationen bzw. Intensivstationen

	Gesamt n=405[#] n (% [95% CI[§]])	ICU Prä n=197[#] n (% [95% CI[§]])	ICU Post n=208[#] n (% [95% CI[§]])	Differenz Post vs. Prä in Prozentpunkten [95% CI[§]]
Alter <i>Median</i> <i>Q1;Q3+</i>	71.0 [60.0;79.0]	70.0 [58.0;78.0]	71.0 [61.0;79.0]	1.0° [-1.0; 4.0]
Geschlecht^x, n (%) <i>Weiblich</i> <i>Männlich</i>	139 (34.3%) 266 (65.7%)	66 (33.5%) 131 (66.5%)	73 (35.1%) 135 (64.9%)	1.6% [-8.1; 11.3]
Verweildauer (Tage) <i>Median</i> <i>Q1;Q3+</i>	6.00 [2.00;12.0]	5.00 [2.00;12.0]	6.00 [3.00;13.0]	0.0° [-1.0; 1.0]
ICD-10 Diagnosegruppe n (%)				
<i>atmung</i>	30 (7.4%)	15 (7.6%)	15 (7.2%)	
<i>covid</i>	13 (3.2%)	9 (4.6%)	4 (1.9%)	
<i>endokrin</i>	14 (3.5%)	6 (3.0%)	8 (3.8%)	
<i>infektion</i>	23 (5.7%)	15 (7.6%)	8 (3.8%)	
<i>kreislauf</i>	133 (32.8%)	55 (27.9%)	78 (37.5%)	NA ^v
<i>nerven</i>	4 (1.0%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)	
<i>sonstiges</i>	12 (3.0%)	7 (3.6%)	5 (2.4%)	
<i>tumor</i>	95 (23.5%)	48 (24.4%)	47 (22.6%)	
<i>urogenital</i>	14 (3.5%)	5 (2.5%)	9 (4.3%)	
<i>verdauung</i>	42 (10.4%)	23 (11.7%)	19 (9.1%)	
<i>verletzung</i>	25 (6.2%)	12 (6.1%)	13 (6.3%)	
Angehörige oder/und Berufsbetreuung, n (%)				
<i>Angehörige</i>	395 (97.5%)	193 (98.0%)	202 (97.1%)	-0.9% [-4.6; 2.7]
<i>Berufsbetreuung</i>	2 (0.5%)	0 (0%)	2 (1.0%)	1.0% [-1.0; 3.6]
<i>Keine Angehörigen</i>	8 (2.0%)	4 (2.0%)	4 (1.9%)	-0.1% [-3.5; 3.3]
Kommunikationsfähigkeit, n (%)				
<i>Ja</i>	48 (11.9%)	29 (14.7%)	19 (9.1%)	-5.6% [-12.4; 1.2]
<i>Nein</i>	357 (88.1%)	168 (85.3%)	189 (90.9%)	
Tod nach Reanimation oder während Operation, n (%)				
<i>Ja</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	NA
<i>Nein</i>	405 (100%)	197 (100%)	208 (100%)	
Einschätzung der Sterbephase				
<i>Ja</i>	326 (80.5%)	154 (78.2%)	172 (82.7%)	
<i>Nein</i>	79 (19.5%)	43 (21.8%)	36 (17.3%)	4.5% [-3.7; 12.7]
Dokumentation einer Therapiezieländerung				
<i>Ja</i>	362 (89.4%)	178 (90.4%)	184 (88.5%)	-1.9% [-8.4; 4.6]

<i>Nein</i>	43 (10.6%)	19 (9.6%)	24 (11.5%)	
De-eskalation oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen				
194 (47.9%)	75 (38.1%)	119 (57.2%)	19.1% [9.1; 29.2] *	
Ja 211 (52.1%)	122 (61.9 %)	89 (42.8%)		
Nein				
Ansetzen neuer lebenserhaltender Maßnahmen				
236 (58.3%)	98 (49.7%)	138 (66.3%)	16.6% [6.6; 26.6] *	
Ja 169 (41.7%)	99 (50.3%)	70 (33.7%)		
Nein				
Unspezifische Dokumentation (Symptomkontrolle, best supportive care)				
Ja	204 (50.4%)	84 (42.6%)	120 (57.7%)	15.1% [4.9; 25.2] *
Nein	201 (49.6 %)	113 (57.4%)	88 (42.3%)	

Die relativen Häufigkeiten sind Spaltenprozente und entsprechen den validen Prozentwerten

§ 95 %-Konfidenzintervall

x Die Option „divers“ war ebenfalls möglich, wurde jedoch nie angegeben

+ Unterschied der Lageparameter bei stetigen Variablen, Unterschied in Prozentpunkten bei dichotomen Variablen

° Schätzer für den Unterschied der Lageparameter, berechnet mit dem Wilcoxon-Rangsummentest

* Statistisch signifikanter Unterschied (Konfidenzintervall schließt die Null nicht ein)

NA^y Für die Diagnose wurden keine Unterschiede zwischen den Settings berechnet, da die Diagnose stark mit der Fachrichtung korreliert.

NA Nicht anwendbar

Tabelle 2: Information und Einbezug von Patient:innen und Angehörigen und/oder Berufsbetreuung in den letzten drei Lebenstagen getrennt nach Patient:innen, die auf Normalstationen bzw. auf Intensivstationen verstorben sind

	Gesamt n=405[#] n (% [95% CI [§]])	ICU Prä n=197[#] n (% [95% CI [§]])	ICU Post n=208[#] n (% [95% CI [§]])	Differenz Post vs. Prä in Prozentpunkten [95% CI[§]]
Gepräche mit Patient:in bzgl. Therapiezieländerung	41/61 (67.2[54.2; 78.0])	13/30 (43.3[26.2; 62.2])	28/31 (90.3[72.6; 97.1])	47.0% [23.1; 70.8] *
Gepräche mit Angehörigen und/oder Berufsbetreuung bzgl. Therapiezieländerung	322/397 (81.1[77.0; 84.7])	154/193 (79.8[73.5; 85.0])	168/204 (82.4[76.4; 87.0])	2.6% [-5.7; 10.8]
Information der/des Patient:in über nahenden Tod	26/54 (48.1[34.9; 61.7])	9/30 (30.0[15.8; 49.5])	17/24 (70.8[48.5; 86.3])	40.8% [12.6; 69.1] *
Information der Angehörigen Angehörigen und/oder Berufsbetreuung bzgl. nahenden Tod der/des Patient:in	364/397 (91.7[88.5; 94.0])	175/193 (90.7[85.6; 94.1])	189/204 (92.6[88.1; 95.5])	2.0% [-4.0; 7.9]
Information der Angehörigen und/oder Berufsbetreuung bzgl. erwartbare Veränderungen in der Sterbephase	242/397 (70.0[56.0; 65.7])	89/193 (46.1[39.1; 53.2])	153/204 (75.0[68.5; 80.5])	28.9% [19.2; 38.6] *
Möglichkeit für Patient:innen Wünsche und Werte auszudrücken	12/54 (22.2[12.8; 35.7])	3/30 (10.0[3.0; 28.3])	9/24 (37.5[19.8; 59.4])	27.5% [5.2; 50.0] *
Einbezug der Angehörigen in den Sterbeprozess	45/395 (11.4[8.6; 15.0])	28/193 (14.5[10.2; 20.3])	17/202 (8.4[5.3; 13.2])	-6.1% [-12.9; 0.7]
Angebote zur Entlastung von Angehörigen durch Versorgende	44/395 (11.1[8.4; 14.7])	19/193 (9.8[6.3; 15.0])	25/202 (12.4[8.5; 17.7])	2.5% [-4.2; 9.2]
Abschied	259 /395 (65.6[60.7; 70.1])	123/193 (63.7[56.7; 70.3])	136/202 (67.3[60.5; 73.5])	3.6% [-6.3; 13.5]

Die relativen Häufigkeiten sind Spaltenprozent und entsprechen den validen Prozentwerten

§ 95 %-Konfidenzintervall

Der Nenner variiert aufgrund von 1) Unterschieden in der angenommenen Kommunikationsfähigkeit, die für jede Variable gesondert bewertet wurde, und 2) der Frage, ob sich die Variable ausschließlich auf Angehörige oder sowohl auf Angehörige als auch Berufsbetreuung bezieht.

* Statistisch signifikanter Unterschied (Konfidenzintervall schließt die Null nicht ein)

Tabelle 3: Symptomassessment und Maßnahmen in den letzten drei Lebenstagen getrennt nach Patient:innen, die auf Normalstationen bzw. auf Intensivstationen verstorben sind

	Gesamt n=405# n (% [95% CI [§]])	ICU Prä n=197# n (% [95% CI [§]])	ICU Post n=208# n (% [95% CI [§]])	Differenz Post vs. Prä in Prozentpunkten [95% CI[§]]
Vitalzeichen- monitoring	n=404	n=196	n=208	-10.1%
Abgesetzt	47 (11.6[8.8; 15.2])	33 (16.8[12.2; 22.8])	14 (6.7[4.0; 11.1])	[-16.8; -3.4] *
Blutzuckermessung	n=394	n=192	n=202	-11.8%
Abgesetzt	124 (31.5[27.1; 36.2])	72 (37.5[30.9; 44.6])	52 (25.7[20.1; 32.3])	[- 21.4; -2.1] *
Sauerstofftherapie	n = 380	n = 189	n = 191	
Abgesetzt	113 (29.7[25.3; 34.5])	55 (29.1[23.0; 36.0])	58 (30.4[24.2; 37.3])	1.3% [-8.5; 11.0]
Maschinelle Beatmung	n=364	n=180	n=184	
Abgesetzt	130 (35.7[30.9; 40.8])	64 (35.6[28.8; 42.9])	66 (35.9[29.2; 43.1])	0.3% [-9.8; 10.5]
Antibiose	n=352	n=170	n=182	-14.2%
Abgesetzt	115 (32.7[27.9; 37.8])	68 (40.0[32.8; 47.6])	47 (25.8[19.9; 32.7])	[-24.5; -3.9] *
Dialyse	n=190	n=98	n=92	-21.5%
Abgesetzt	83 (43.7[36.7; 50.9])	53 (54.1[44.0; 63.8])	30 (32.6[23.7; 43.0])	[-36.3; -6.7] *
Tumorspezifische Therapie	n=25	n=11	n=14	
Abgesetzt	14 (56.0[35.3; 74.8])	7 (63.6[28.8; 88.3])	7 (50.0[23.2; 76.8])	-13.6% [-48.4; 26.9]
Künstliche Ernährung	n=313	n=158	n=155	
Abgesetzt	153 (48.9[43.4; 54.4])	82 (51.9[44.0; 60.0])	71 (45.8[38.0; 53.8])	-6.1% [-17.8; 5.6]
Künstliche Flüssigkeit	n=394	n=195	n=199	
Abgesetzt	105 (26.6[22.5; 31.3])	60 (30.8[24.6; 37.7])	45 (22.6[17.3; 29.0])	-8.2% [-17.4; 1.1]
ICD	n=33	n=17	n=16	
Deaktivierung	4 (12.1[4.4; 29.4])	2 (11.8[2.5; 40.9])	2 (12.5[2.6; 43.0])	0.7% [-26.1; 27.8]
Symptomassessment mit validierten Instrumenten				
Ja	267(65.9[61.2; 70.4])	119 (60.4[53.4; 67.1])	148 (71.2[64.6; 77.0])	10.7% [1.1; 20.4] *
Symptomassessment mit Skalen zur Schmerzerfassung				
Ja	260 (64.2[59.4; 68.7])	113 (57.4[50.3; 64.1])	147 (70.7[64.1; 76.5])	13.3 [3.5; 23.1] *
Symptomassessment mit Skalen aus der Palliativmedizin				
Ja	0	0	0	NA
Symptomassessment mit weiteren Skalen				
Ja	96 (23.7[19.8; 28.1])	65 (33.0 [26.7; 40.0])	31 (14.9 [10.7; 20.5])	-18.1% [-26.7; -9.4] *
Medikamentengabe				
Opioids	377 (93.1[90.2; 95.2])	183 (92.9[88.3; 95.8])	194 (93.3[88.9; 96.0])	0.4% [-4.9; 5.7]
Benzodiazepines	146 (36.0[31.5; 40.9])	80 (40.6[34.0; 47.7])	66 (31.7[25.7; 38.4])	-8.9% [-18.7; 0.9]
Neuroleptics	25 (6.2[4.2; 9.0])	15 (7.6[4.6; 12.3])	10 (4.8[2.6; 8.7])	-2.8% [-8.0; 2.4]
Anticholinergics	6 (1.5[0.7; 3.3])	5 (2.5[1.1; 6.0])	1 (0.5[0.1; 3.4])	-2.1% [-5.4; 0.5]
Einbezug des PMS	n=404	n=196	n=208	
Ja	25 (6.2[4.2; 9.0])	10 (5.1[2.8; 9.3])	15 (7.2[4.4; 11.7])	2.1% [-3.1; 7.3]

Die relativen Häufigkeiten sind Spaltenprozent und entsprechen den validen Prozentwerten

§ 95 %-Konfidenzintervall

+ Die Stichprobe entspricht der Anzahl der Patient:innen, die in den letzten drei Lebenstagen mit der jeweiligen Maßnahme behandelt wurden; z. B. Antibiotikatherapie: Patient:innen, die in den letzten drei Lebenstagen keine Antibiotika erhielten, wurden ausgeschlossen.

* Statistisch signifikanter Unterschied (Konfidenzintervall schließt die Null nicht ein)

NA Nicht anwendbar

ALLGEMEINSTATIONEN

CAVE:

- Bedingt durch die stark unterschiedlichen Rekrutierungszahlen der einzelnen Normalstationen in der Post-Analyse sind strukturelle Verzerrungen nicht auszuschließen.
- *Durch signifikante Unterschiede zwischen Prä- und Postgruppe in der Kommunikationsfähigkeit sind auch hier Verzerrungen möglich.*

Tabelle 4: Demografische und klinische Daten von Patient:innen und Angehörigen und/oder Berufsbetreuung innerhalb der letzten drei Lebenstagen getrennt nach Normalstationen

	Gesamt n=195[#] n (% [95% CI [§]])	GW Prä n=148[#] n (% [95% CI [§]])	GW Post n=47[#] n (% [95 CI [§]])	Differenz Post vs. Prä in Prozentpunkten [95% CI[§]]
Alter <i>Median</i> <i>Q1;Q3+</i>	78.0 [67.0;86.0]	78.0 [66.8;86.0]	78.0 [69.0;86.0]	1.0° [-3.0;6.0]
Geschlecht^x, n (%) <i>Weiblich</i> <i>Männlich</i>	96 (49.2%) 99 (50.8%)	74 (50.0%) 74 (50.0%)	22 (46.8%) 25 (53.2%)	-3.2% [-21.0;14.6]
Verweildauer (Tage) <i>Median</i> <i>Q1;Q3+</i>	9.00 [4.00;18.0]	9.00 [4.00;18.3]	9.00 [4.50;17.0]	-1.3° [-3.0;2.0]
ICD-10 Diagnosegruppe n (%)				
<i>atmung</i>	7 (3.6%)	5 (3.4%)	2 (4.3%)	
<i>covid</i>	1 (0.5%)	1 (0.7%)	0 (0%)	
<i>endokrin</i>	3 (1.5%)	2 (1.4%)	1 (2.1%)	
<i>infektion</i>	5 (2.6%)	5 (3.4%)	0 (0%)	
<i>kreislauf</i>	54 (27.7%)	39 (26.4%)	15 (31.9%)	NA ^y
<i>nerven</i>	7 (3.6%)	3 (2.0%)	4 (8.5%)	
<i>sonstiges</i>	5 (2.6%)	2 (1.4%)	3 (6.4%)	
<i>tumor</i>	96 (49.2%)	78 (52.7%)	18 (38.3%)	
<i>urogenital</i>	9 (4.6%)	8 (5.4%)	1 (2.1%)	
<i>verdauung</i>	6 (3.1%)	4 (2.7%)	2 (4.3%)	
<i>verletzung</i>	2 (1.0%)	1 (0.7%)	1 (2.1%)	
Angehörige oder/und Berufsbetreuung, n (%)				
<i>Angehörige</i>	187 (95.9%)	141 (95.3%)	46 (97.9%)	2.6% [-6.9;8.0]
<i>Berufsbetreuung</i>	4 (2.1%)	3 (2.0%)	1 (2.1%)	0.1% [-4.2;9.4]
<i>Keine Angehörigen</i>	4 (2.1%)	4 (2.7%)	0 (0%)	-2.7% [-6.8;5.0]
Kommunikationsfähigkeit, n (%)				

<i>Ja</i>	110 (56.4%)	90 (60.8%)	20 (42.6%)	-18.3% [-35.8;-0.7]*
<i>Nein</i>	85 (43.6%)	58 (39.2%)	27 (57.4%)	
Tod nach Reanimation oder während Operation, n (%)				NA
<i>Ja</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Nein</i>	195 (100%)	148 (100%)	47 (100%)	
Einschätzung der Sterbephase				9.4% [-7.3;26.1]
<i>Ja</i>	123 (63.1%)	90 (60.8%)	33 (70.2%)	
<i>Nein</i>	72 (36.9%)	58 (39.2%)	14 (29.8%)	
Dokumentation einer Therapiezieländerung				0.9% [-11.2;9.0]
<i>Ja</i>	177 (90.8%)	134 (90.5%)	43 (91.5%)	
<i>Nein</i>	18 (9.2%)	14 (9.5%)	4 (8.5%)	
De-eskalation oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen				22.3% [5.3;39.2]*
<i>Ja</i>	50 (25.6%)	30 (20.3%)	20 (42.6%)	
<i>Nein</i>	145 (74.4%)	118 (79.7%)	27 (57.4%)	
Ansetzen neuer lebenserhaltender Maßnahmen				-1.2% [-18.6;16.1]
<i>Ja</i>	118 (60.5%)	90 (60.8%)	28 (59.6%)	
<i>Nein</i>	77 (39.5%)	58 (39.2%)	19 (40.4%)	
Unspezifische Dokumentation (Symptomkontrolle, best supportive care)				14.6% [-0.4;29.6]
<i>Ja</i>	136 (69.7%)	98 (66.2%)	38 (80.9%)	
<i>Nein</i>	59 (30.3%)	50 (33.8%)	9 (19.1%)	

Die relativen Häufigkeiten sind Spaltenprozent und entsprechen den validen Prozentwerten

§ 95 %-Konfidenzintervall

x Die Option „divers“ war ebenfalls möglich, wurde jedoch nie angegeben

+ Unterschied der Lageparameter bei stetigen Variablen, Unterschied in Prozentpunkten bei dichotomen Variablen

° Schätzer für den Unterschied der Lageparameter, berechnet mit dem Wilcoxon-Rangsummentest

* Statistisch signifikanter Unterschied (Konfidenzintervall schließt die Null nicht ein)

NAy Für die Diagnose wurden keine Unterschiede zwischen den Settings berechnet, da die Diagnose stark mit der Fachrichtung korreliert.

NA Nicht anwendbar

Tabelle 5: Information und Einbezug von Patient:innen und Angehörigen und/oder Berufsbetreuung in den letzten drei Lebenstagen getrennt nach Patient:innen, die auf Normalstationen verstorben sind

	Gesamt n=195[#] n (% [95% CI [§]])	GW Prä n=148[#] n (% [95% CI [§]])	GW Post n=47[#] n (% [95 CI [§]])	Differenz Post vs. Prä in Prozentpunkten [95% CI [§]]
Gepräche mit Patient:in bzgl. Therapiezieländerung	71/114 (62.3 [53.0; 70.8])	54/92 (58.7 [48.2; 68.4])	17/22 (77.3 [53.5; 90.9])	18.6% [-4.4;41.6]
Gepräche mit Angehörigen und/oder Berufsbetreuung bzgl. Therapiezieländerung	144/91 (75.4 [68.7;81.0])	105/144 (72.9 [65.0;79.6])	39/47 (83.0 [68.9;91.5])	10.1% [-4.3;24.4]
Information der/des Patient:in über nahenden Tod	52/114 (45.6 [36.6;54.9])	37/91 (40.7 [30.9;51.2])	15/23 (65.2 [42.6;82.6])	24.6% [-0.1;49.2]
Information der Angehörigen Angehörigen und/oder Berufsbetreuung bzgl. nahenden Tod der/des Patient:in	136/191 (71.2 [64.3;77.2])	102/144 (70.8 [62.8; 77.7])	34/47 (72.3 [57.4;83.5])	1.5% [-14.7; 17.7]
Information der Angehörigen und/oder Berufsbetreuung bzgl. erwartbare Veränderungen in der Sterbephase	73/191 (38.2 [31.5;45.4])	52/144 (36.1 [28.6;44.4])	21/47 (44.7 [30.8;59.5])	8.6% [-9.1;26.2]
Möglichkeit für Patient:innen Wünsche und Werte auszudrücken	42/112 (37.5 [28.9;46.9])	30/92 (32.6 [23.7;43.0])	12/20 (60.0 [36.0;80.0])	27.4% [0.8;53.9]*
Einbezug der Angehörigen in den Sterbeprozess	41/187 (22.0 [16.5;28.5])	29/141 (20.6 [14.6; 28.1])	12/46 (26.1 [15.1;41.2])	5.5% [-10.3;21.3]
Angebote zur Entlastung von Angehörigen durch Versorgende	30/187 (16.0 [11.4; 22.1])	21/141 (14.9 [9.9;21.9])	9/46 (19.6 [10.2;34.1])	4.7% [-9.7;19.0]
Abschied	115/187 (61.5 [54.3;68.3])	87/141 (61.7 [53.3;69.4])	28/46 (60.9 [45.7;74.2])	-0.8% [-17.9;16.2]

Die relativen Häufigkeiten sind Spaltenprozent und entsprechen den validen Prozentwerten

§ 95 %-Konfidenzintervall

Der Nenner variiert aufgrund von 1) Unterschieden in der angenommenen Kommunikationsfähigkeit, die für jede Variable gesondert bewertet wurde, und 2) der Frage, ob sich die Variable ausschließlich auf Angehörige oder sowohl auf Angehörige als auch Berufsbetreuung bezieht.

* Statistisch signifikanter Unterschied (Konfidenzintervall schließt die Null nicht ein)

Tabelle 6: Symptomassessment und Maßnahmen in den letzten drei Lebenstagen getrennt nach Patient:innen, die auf Normalstationen verstorben sind

	Gesamt n=195[#] n (% [95% CI [§]])	ICU Prä n=148[#] n (% [95% CI [§]])	ICU Post n=47[#] n (% [95 CI [§]])	Differenz Post vs. Prä in Prozentpunkten [95% CI [§]]
Vitalzeichen- monitoring	n=184	n=143	n=41	4.0%
Abgesetzt	102 (55.4 [48.1;62.5])	78 (54.5 [46.2;62.6])	24 (58.5 [42.5;73.0])	[-14.7;22.7]
Blutzuckermessung	n=145	n=113	n=32	4.5%
Abgesetzt	72 (49.7 [41.5;57.8])	55 (48.7 [39.5;58.0])	17 (53.1 [35.2; 70.2])	[-17.1;26.1]
Sauerstofftherapie	n = 110	n = 84	n = 26	-5.8%
Abgesetzt	26 (23.6 [16.5;32.6])	21 (25.0 [16.8;35.6])	5 (19.2 [7.7;40.4])	[-26.0;14.5]

Maschinelle Beatmung Abgesetzt	n=0	n=0	n=0	NA
Antibiose Abgesetzt	n=131 65 (49.6 [41.0; 58.2])	n=97 45 (46.4 [36.6;56.5])	n=34 20 (58.8 [41.0;74.6])	12.4% [-8.8;33.7]
Dialyse Abgesetzt	n=22 8 (36.4 [18.2;59.5])	n=17 7 (41.2 [19.3;67.3])	n=5 1 (20.0 [0.8;88.9])	-21.2% [-53.9; 28.1]
Tumorspezifische Therapie Abgesetzt	n=56 39 (69.6 [56.0;80.5])	n=46 32 (69.6 [54.3; 81.4])	n=10 7 (70.0 [31.0;92.4])	0.4% [-33.4;25.9]
Künstliche Ernährung Abgesetzt	n=89 48 (53.9 [43.4;64.2])	n=69 39 (56.5 [44.4; 67.9])	n=20 9 (45.0 [23.8;68.2])	-11.5% [-39.5;16.4]
Künstliche Flüssigkeit Abgesetzt	n=156 62 (39.7 [32.3;47.7])	n=125 50 (40.0 [31.7;48.9])	n=31 12 (38.7 [22.7;57.6])	-1.3% [-21.8;19.2]
ICD Deaktivierung	n=7 2 (28.6 [4.2;78.5])	n=4 2 (50.0 [2.5; 97.5])	n=3 0	-50% [-90.2;24.2]
Symptomassessment mit validierten Instrumenten Ja	154 (79.0 [72.6; 84.2])	131 (88.5 [82.2;92.8])	23 (48.9 [34.6;63.4])	-39.6% [-56.2;-23.0] *
Symptomassessment mit Skalen zur Schmerzerfassung Ja	152 (77.9 [71.5; 83.3])	131 (88.5 [82.2;92.8])	21 (44.7 [30.8;59.5])	-43.8% [-60.3;-27.3] *
Symptomassessment mit Skalen aus der Palliativmedizin Ja	23 (11.8 [7.9;17.2])	21 (14.2 [9.4;20.9])	2 (4.3 [1.0;16.2])	-9.9% [-17.9;2.0]
Symptomassessment mit weiteren Skalen Ja	3 (1.5 [0.5;4.7])	1 (0.7 [0.1;4.7])	2 (4.3 [1.0;16.2])	3.6% [-1.0;13.7]
Medikamentengabe Opioids Benzodiazepines Neuroleptics Anticholinergics	182 (93.3[88.8;96.1]) 117 (60.0[52.9;66.7]) 50 (25.6[20.0;32.3]) 72 (36.9[30.4;44.0])	140 (94.6[89.5; 97.3]) 85 (57.4[49.2;65.2]) 44 (29.7 [22.8;37.7]) 54 (36.5 [29.1;44.6])	42 (89.4[76.2;95.7]) 32 (68.1[53.0;80.1]) 6 (12.8[5.7;26.3]) 18 (38.3[25.2;53.3])	-5.2% [-18.2;2.5] 10.7% [-6.3;27.6] -17.0% [-30.4;-3.5]* 1.8% [-15.5;19.1]
Einbezug des PMS Ja	n=195 91 (46.7 [39.7;53.8])	n=148 68 (45.9 [38.0;54.1])	n=47 23 (48.9 [34.6; 63.4])	3.0% [-14.8;20.8]

Die relativen Häufigkeiten sind Spaltenprozent und entsprechen den validen Prozentwerten

§ 95 %-Konfidenzintervall

+ Die Stichprobe entspricht der Anzahl der Patient:innen, die in den letzten drei Lebenstagen mit der jeweiligen Maßnahme behandelt wurden; z. B. Antibiotikatherapie: Patient:innen, die in den letzten drei Lebenstagen keine Antibiotika erhielten, wurden ausgeschlossen.

* Statistisch signifikanter Unterschied (Konfidenzintervall schließt die Null nicht ein)

NA Nicht anwendbar

4.2.5.3 Fokusgruppen

Insgesamt nahmen N=51 Personen teil (Ärzt:innen n=15, Pflegefachkräfte n=35, Seelsorgende n=5, weitere Versorgende n=6), davon n=35 Frauen und n=16 Männer. Pro Fokusgruppe

nahmen zwischen vier und sieben Mitarbeitende der Station teil, darunter jeweils eine Leitungsperson. Die Daten wurden anhand *Proctor's Framework for Implementation Outcomes [35]* ausgewertet, um den Implementierungsprozess bewerten.

Umsetzungsbereitschaft

Von den 34 Maßnahmen, die in den AGs entwickelt wurden, wurden 26 auf den Stationen übernommen, wobei auf 8 von 10 Stationen mindestens eine Maßnahme übernommen wurde. Das bedeutet, dass z.B. ein Flyer für trauernde Angehörige auf der Station zur Ausgabe bereit liegt, eine Ritualbox auf der Station vorhanden ist, um das räumliche Setting angenehmer zu gestalten oder eine Checkliste im Stationsteam vorgestellt wurde und für alle zugänglich ist. Von den 26 übernommenen Maßnahmen werden 14 Maßnahmen routinemäßig und regelmäßig im Stationsalltag verwendet, z.B. ein Teammeeting wird regelmäßig abgehalten, ein Flyer für trauernde Angehörige wird regelmäßig ausgegeben.

Angemessenheit und Umsetzbarkeit

Die Maßnahmen wurden von den Teilnehmenden der Fokusgruppe überwiegend als angemessen bewertet. Dies begründeten sie damit, dass die Maßnahmen auf bestehende Probleme abzielen, einen erkennbaren Nutzen bieten und sowohl für die Stationsmitarbeitenden als auch für die Patient:innen einen Mehrwert schaffen. In der Umsetzung traten jedoch größere Schwierigkeiten auf, weshalb einige Maßnahmen zum Zeitpunkt der Fokusgruppe zwar auf der Station vorhanden waren, aber (noch) nicht regelmäßig in den Stationsalltag integriert wurden. Die Barrieren des Implementierungsprozesses auf Station unter Abschnitt 2.4 *Erfahrungen mit der Implementierung/Maßnahmen* dargestellt.

Durchdringung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Maßnahmen nur einem Teil der Stationsmitarbeitenden bekannt sind. Besonders unter den Mitarbeitenden, die nicht in AGs eingebunden waren, sind die Maßnahmen teilweise nicht bekannt. Auch die quantitative Mitarbeitendenbefragung zeigt ähnliche Ergebnisse. 42,0% (n=51) der Befragten war bekannt, dass auf ihrer Station Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase eingeführt wurden. Davon gaben 67,0% (n=34) an, dass diese entsprechenden Maßnahmen auf ihrer Station bereits umgesetzt werden.

Nachhaltigkeit

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen gaben an, dass die bereits auf den Stationen umgesetzten Maßnahmen auch in Zukunft beibehalten werden sollten. Zudem wurde eine regelmäßige Wiederholung von Schulungen als sinnvoll erachtet. Sechs der zehn Stationen gaben an, dass sie nach der Arbeitsgruppenphase und dieser Studie weiter daran arbeiten werden, die Maßnahmen, die noch nicht routiniert und regelmäßig im Stationsalltag eingesetzt werden, zu implementieren.

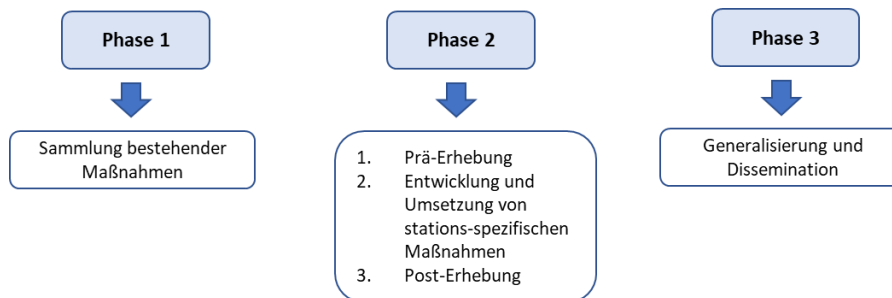
Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)

1. Zielstellung

- Mittels stationsspezifischer, einfach umzusetzender Maßnahmen die Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase im Krankenhaus verbessern

2. Methode

- Kooperationsprojekt: Unikliniken Hamburg-Eppendorf und Köln
- 10 teilnehmende Stationen: 6 Intensivstationen, 4 Allgemeinstationen
- Dreiphasige Mixed-Methods-Studie (11/2020-10/2024)



- Erhebungsmethoden
 - Fokusgruppen (FG) mit Mitarbeitenden (Prä n=10; Post n=10)
 - Interviews mit Angehörigen (n=19)
 - Quantitative Befragung von Mitarbeitenden (Prä n=201; Post n=122)
 - Aktenanalyse von verstorbenen Patient:innen (Prä n=400; Post n=270)

3. Ergebnisse

a) Welche Herausforderungen berichteten die Versorgenden in der Prä-Erhebung?

- **Festlegung und Zeitpunkt der Therapiezieländerung**
 - Akten: 79% Therapiezieländerung dokumentiert → 63% davon in den letzten 0-23h vor Versterben
 - FG: „Weil ich eigentlich öfter miterlebe, dass die Patienten in Zuständen sind, [...], da wäre es schon vor drei Tagen besser gewesen [...]“ (Pfleger:in)
- **Informationsaustausch im Team und zwischen Professionen in der Sterbephase**
 - FG: „Wie soll ich eine Sterbebegleitung gestalten, wenn die Information schon aus dem ärztlichen Sektor unterblieben ist?“ (Pfleger:in)
- **Gemeinsame Entscheidungsfindung mit Patient*innen und Angehörigen**
 - Akten: In 55%/68% der Akten Hinweise, dass Gespräche mit Patient*innen/Angehörigen über Therapiezieländerung geführt wurden
 - FG: „[...] das ist mein Gefühl, dass wir zu spät mit dem Patienten, wenn der noch wach ist und ansprechbar ist, dieses Thema Tod und Sterben thematisieren.“ (Ärzt:in)
- **Unsicherheit in der Versorgung von sterbenden Patient*innen**
 - Akten: Maßnahmen werden häufiger bis zum Versterben fortgesetzt; z.B. O2-Insufflation 75%
 - FG: „[...] und von den Ärzten wird dann aber immer noch Therapie angeordnet, oder Darstellungen [...] was alles nicht mehr notwendig ist. [...]“ (Pfleger:in)

b) Was sagen die Angehörigen über die Versorgung auf Station?

- **Zufriedenheit mit der Versorgung**

Tochter: „So diese Freundlichkeit und Ruhe [...] also einem auch die Angst davor zu nehmen [...], welche Reaktionen wird mein Vater dann noch zeigen [...]. Und da hat man uns wirklich ganz toll mitgenommen.“

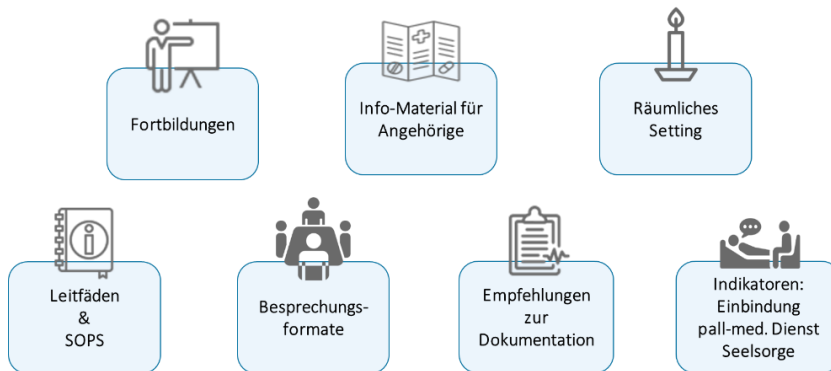
• **Bereich für Verbesserung: Kommunikation und Information**

Ehemann: „Ich habe die Informationen bekommen, aber sie kamen nicht in einem Gespräch, [und] das war immer so, im Flur mal eben angesprochen. [...] Das hat mir gefehlt, [..], wir setzen uns mal kurz an den Tisch und wir sprechen mal drüber, wie die Perspektive ist, gibt es eine Perspektive überhaupt [...].“

c) Wie wurden die Stationspezifischen Maßnahmen entwickelt?

- 12 Monate Arbeitsgruppenprozess (Januar-Dezember 2022): Ø 7 Treffen pro Station (5-12)
- Etablierung von Multiprofessionellen Arbeitsgruppen (AGs): Ø 4 Teilnehmende pro Treffen (3-6)
 - Pflegende, Ärzt:innen, Therapeut:innen, Seelsorge
 - Forschungsteam
 - Palliativmedizinische Expertise
- Ablauf
 - Vorstellung der stationspezifischen Ergebnisse der Präerhebung
 - Identifizierung von Verbesserungsbedarfen
 - Entwicklung stationspezifischer Maßnahmenpläne
 - Umsetzung der Maßnahmenpläne

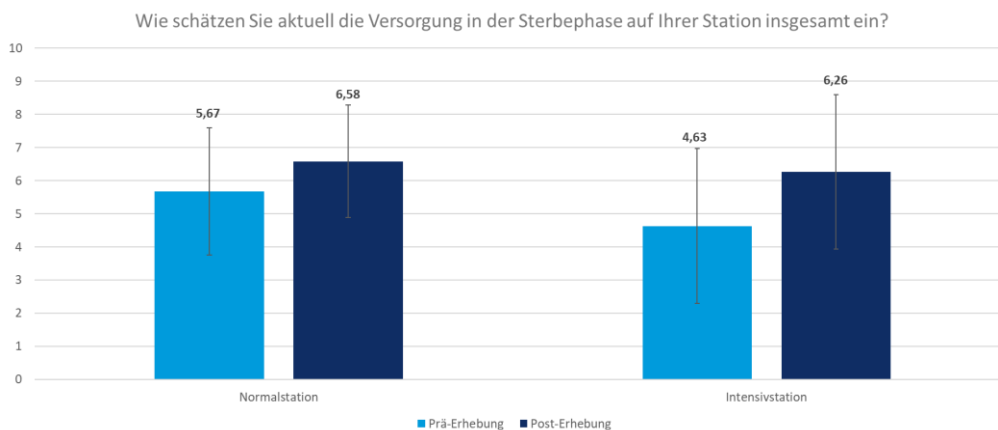
d) Welche Maßnahmen wurden entwickelt?



e) Wie bewerten die Versorgenden die Intervention?

- 77% würden erneut an einer AG teilnehmen
- 80% würden anderen Stationen empfehlen, Maßnahmen in einer solchen AG zu entwickeln
- 66% waren zufrieden mit dem Ergebnis der AG
- 55% finden, dass es gut funktioniert hat, die Maßnahmen auf der Station umzusetzen

f) Welchen Effekt hatte die Intervention?



➔ Weitere Ergebnisse in Auswertung

10-10:10	Begrüßungsworte	
10:10-10:25	Projektvorstellung (Schulz, Kremeike)	
Thema		
Hintergrund, Ziele, Fragestellung(en), Methodik		
10:25-10:50	Ausgangslage (= Was braucht es für die Versorgung? Welche Bedürfnisse liegen vor?)	
Thema		
Versorgungssituation in der Sterbephase		
Ressourcen und Vorwissen der Mitarbeitenden		
Herausforderungen bei der Versorgung in der Sterbephase		
10:50-11:10	Intervention: AG-Prozess & Maßnahmen (= Wie kann dem begegnet werden? Lösungsvorschläge?)	
Thema		
Arbeitsgruppenprozess		
Determinanten		
Entwickelte Maßnahmen		
11:10-11:35	Prozessevaluation und Interventionsergebnisse	
Thema		
Evaluation AG-Prozess		
Implementation Outcomes		
Effekte		
11:35-11:50	PAUSE	
11:50-12:00	Zusammenfassung und Ausblick (Schulz, Kremeike) (= was kann mit Ansatz erreicht werden? Was braucht es darüber hinaus?)	
	Mikro-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelne • Team
	Meso-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Institution
	Makro-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitssystem, Fachgesellschaften, ...
12:00-13:05	Impulsvorträge und Podiumsdiskussion	
	Ulrike Reinholz	<ul style="list-style-type: none"> • HES (Mikro-Ebene)
	Steffen Eychmüller	<ul style="list-style-type: none"> • COS (Mikro-Ebene)
	Pflegedirektor UKE (Herr Pröbß)	<ul style="list-style-type: none"> • Thema: Meso-Ebene
	Professor Schömig	<ul style="list-style-type: none"> • Thema: Meso-Ebene
	Ulrike Reinholz	<ul style="list-style-type: none"> • DGP (Makro-Ebene)
	Herr Rupprecht	<ul style="list-style-type: none"> • AOK Rheinland (Makro-Ebene)
	Herr Blum (n.n.)	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausgesellschaft NRW (Makro-Ebene)
	Professor Schulz	<ul style="list-style-type: none"> • UKE (Projekt)
	PD Dr. Kremeike	<ul style="list-style-type: none"> • UKK (Projekt)
13.05-13.10	Schlusswort (Voltz, Oechsle)	

Anlage 39: Maßnahmenübersicht

Oberkategorien					
Angehörige	Kommunikation im Team	Räumliche/ Umgebungsgestaltung	Unterstützende Strukturen	Versorgung in der Sterbephase	
Zielgruppe an die sich die Maßnahme richtet					
Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal (Stationsteam)	Multiprofessionelles Stationsteam	Pflegefachpersonal	Pflegefachpersonal, Angehörige	Stationsteam Interdisziplinäre Behandler:innen a...
Maßnahmenkategorie			Formate		
Dokumentationsstandards	Einbezug Palliativmedizinischer (Konsil-)dienst	Raumausstattung (Möbel)		Besprechung - Dokument (Checkliste)	
Einbezug Seelsorge	Fallbesprechung	Besprechung - Dokument (Checkliste, Pocketcard)		Dekorationselemente (Ritualbox)	
Gemeinsame Gesprächsführung	Information für Angehörige	Dekorationselemente (Ritualbox) - Dokument (Anleitung zur Nutzung der Rit...		Dokument (Checkliste)	
Information für/ Kommunikation mit Angehörigen	Kommunikation mit Angehörigen	Dokument (Empfehlung)		Dokument (Flyer)	
Multiprofessionelle Versorgung	Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen (intern und extern)	Dokument (Fragebogen zur Ressourcenstärkung)		Dokument (Handzettel, Foto)	
Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen (intern)	Pflegerische Versorgung	Dokument (Indikatorenübersicht)		Dokument (Infomaterialien)	
Therapiezieländerung	Umgestaltung eines Abschiedsraums	Dokument (Kondolenzkarten)		Dokument (Kontaktliste)	
Umgestaltung eines Patient:innenzimmers		Dokument (Leitfaden)		Dokument (Versorgungsstandard SOP)	

Station	Oberkategorien	Maßnahmenkategorie	Formate	Konkrete Umsetzung	Zielgruppe an die sich die Maßnahme richtet	Anzahl
1C/D	Kommunikation im Team	Fallbesprechung	Fallbesprechung - Dokument (Checkliste, Übersichtsbogen)	<p>MAßNAHME: Interdisziplinäre und multiprofessionelle (Stationsteam, das an der Behandlung beteiligt ist, d.h. Ärzt:innen sowohl der Station als auch der jeweiligen chirurgische Klinik, Pflegefachpersonal, Therapeut:innen, ggf. PMD) Fallbesprechung von Patient:innen in der Sterbephase/bei denen eine mögliche Therapiezieländerung besprochen werden soll. Inhalte der Checkliste sind Basisinformationen, Perspektive/aktueller Zustand, juristische Dimension, bisherige Therapieziele/Lebensqualität, Kommunikation /Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen, Patient:innenwünsche /Angehörigenwünsche (Lebensanschauliche und soziale Dimension), Therapiezieländerung und Behandlungskonsequenzen.</p> <p>UMSETZUNG: Monatliche einstündige Fallbesprechung. Patient:innen können von Pflegefachpersonal sowie Ärzt:innen der Station ausgewählt werden. Vorschläge werden an die ärztliche und pflegerische Stationsleitung weitergeben und dort gesammelt. Die Leitungen besprechen sich und wählen eine/einen Patient:in aus und markieren deren/dessen Namen mit roten Magneten auf dem Stationsboard (Sichtbarkeit für die gesamte Station). Nach Auswahl der/des Patient:in wird ein Termin festgelegt und dieser an einen festen Kreis von Versorgenden und an weitere Personen, die an der Versorgung beteiligt sind, versendet. Bis zum Termin wird die Vorstellung der/des Patient:in anhand der Checkliste und eines Übersichtsbogens durch diejenigen Stationsmitarbeitenden, die den/die Patient:in ausgewählt haben (jeweils Ärzt:in und Pflegefachperson), vorbereitet. Nach der Besprechung wird die Dokumentation an alle an der Versorgung beteiligten Personen per Mail gesendet.</p> <p>ZIEL: - Sicherstellung eines regelmäßigen, strukturierten Austauschs zwischen den unterschiedlichen Professionen und Fachdisziplinen - Einbezug unterschiedlicher fachlicher Perspektiven und Behandlungsalternativen für eine gemeinsame, rechtzeitige Entscheidungsfindung der an der Versorgung Beteiligten - Vermeidung von nicht mehr indizierten Maßnahmen und Therapie</p>	Stationsteam Interdisziplinäre Behandler:innen aus chirurgischen Kliniken	1
1C/D	Unterstützende Strukturen	Einbezug Palliativmedizinischer (Konsil-)dienst	Dokument (Indikatorenübersicht)	<p>MAßNAHME: Indikatorenblatt für einen angemessen (frühen) Einbezug des palliativmedizinischen (Konsil-)Dienstes (Konsile/Mitversorgung) oder anderen Unterstützungsangeboten (z.B. Seelsorge). Indikatoren sind z.B. Alter >80 Jahre und vorhandene Komorbiditäten.</p> <p>UMSETZUNG: Jede/ jeder Stationsmitarbeitende:r kann das Übersichtsblatt ausfüllen, sobald er/sie den Einbezug des palliativmedizinischen (Konsil-)Dienstes für sinnvoll erachtet. Anschließend Besprechung im Stationsteam.</p> <p>ZIEL: Angemessener (früher) Einbezug des palliativmedizinischen (Konsil-)Dienstes in die Patient:innenversorgung</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal (Stationsteam)	1
4B	Versorgung in der Sterbephase	Pflegerische Versorgung	Fortbildung - Dokumente (Folien, Handout)	<p>MAßNAHME: Fortbildung für Pflegefachpersonal zum Thema Aroma- und Mundpflege bei Patient:innen in der Sterbephase sowie Einbezug von Angehörigen in die Aroma- und Mundpflege. Inhalte sind die Wirkung verschiedener Öle und deren Anwendung in Form von Handmassagen, Waschungen und Raumbefudung sowie die Durchführung der Mundpflege (Ziele, Materialien, Pflegemittel). Das Pflegefachpersonal ist nach der Schulung als Multiplikator:innen berechtigt, andere Pflegefachpersonen anzuleiten.</p> <p>UMSETZUNG: Einstündige Fortbildung mit praktischen Übungen.</p> <p>ZIEL: - Handlungssicherheit für Pflegefachpersonal in der Aroma- und Mundpflege - Einbezug der Angehörigen in die Aroma- und Mundpflege</p>	Pflegefachpersonal, Angehörige	1

4B	Versorgung in der Sterbephase	Therapiezieländerung	Dokument (Checkliste)	<p>MAßNAHME: Checkliste für Ärzt:innen und Pflegefachpersonal zur Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase. Die Anwendung der Checkliste setzt voraus, dass eine Therapiezieländerung im Sinne von Best-Supportive-Care/Beenden von intensivmedizinischen Maßnahmen beschlossen wurde. Inhalte der Checkliste sind Reanimation, Re-Intubation, Medikamente, Maßnahmen, Labor, Zugänge, Vitalzeichen, pflegerische Maßnahmen, weitere Berufsgruppen. Die Begleitung umfasst sowohl Patient:innen als auch ihre Angehörigen.</p> <p>UMSETZUNG: Tägliche Anwendung der Checkliste. Die übliche Dokumentation wird damit nicht ersetzt.</p> <p>ZIEL: - Erhöhung der Handlungssicherheit für das Stationsteam in der Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase - Vermeidung von nicht mehr indizierten Maßnahmen und Therapien - Regelmässige Anpassung von Maßnahmen und Therapien zur Optimierung der Versorgung von Patient:innen und ihren Angehörigen</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
4B	Angehörige	Kommunikation mit Angehörigen	Fortbildung - Dokument (Folien)	<p>MAßNAHME: Fortbildung und vertiefender Leitfaden für Pflegefachpersonal und Ärzt:innen zur Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase sowie zum Einbezug von Angehörigen in die pflegerische Versorgung. Inhalte sind 1) mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase (grundsätzliche Hinweise, Gespräche mit Angehörigen führen, Umgang mit unterschiedlichen Ansichten, Belastung für Angehörige reduzieren), 2) Besonderheiten in der Kommunikation bei Beenden von Maßnahmen (Grundsätzliche Hinweise und Besonderheiten bei den einzelnen Maßnahmen und rechtliche Hinweise), 3) Einbezug von Angehörigen in pflegerische Maßnahmen, 4) Kommunikation und Einbezug der Angehörigen nach dem Tod und 5) stationsspezifische Kontakte für die Versorgung in der Sterbephase.</p> <p>UMSETZUNG: Einstündige Fortbildung für Pflegefachpersonal und Ärzt:innen. Der Leitfaden ist an den Pflegestützpunkten hinterlegt.</p> <p>ZIEL: - Mehr Handlungssicherheit in der Kommunikation mit Angehörigen sterbender Patient:innen - Verbesserung des Einbezugs von Angehörigen in die pflegerische Versorgung</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
4B	Angehörige	Kommunikation mit Angehörigen	Dokument (Leitfaden)		Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
H1.2	Angehörige	Information für Angehörige	Dokument (Checkliste)	<p>MAßNAHME: Checkliste für Stationsmitarbeitende zur Information Angehöriger nach Versterben von Patient:innen. Inhalte sind Information der Angehörigen über das Versterben der/des Patient:in, Abschiednehmen ermöglichen, Vorgehen bei ungeklärten Todesfällen, weiteres Vorgehen und weitere Betreuung nach Abschiednehmen.</p> <p>UMSETZUNG: Checkliste im Einarbeitungsordner für Ärzt:innen.</p> <p>ZIEL: Unterstützung des Stationsteams bei der Information und Begleitung von Angehörigen nach dem Versterben der/des Patient:in.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
H1.2	Angehörige	Information für Angehörige	Dokument (Flyer)	<p>MAßNAHME: Flyer für Angehörige nach Versterben der/des Patient:in. Der Flyer beinhaltet Beileidsbekundung der Stationsmitarbeitenden, Informationen dazu was mit dem/der Patient:in nach dem Versterben geschieht, was Angehörige nach dem Versterben tun sollten/können und mögliche Hilfen, Anlaufstellen und Kontaktinformationen.</p> <p>UMSETZUNG: Kann bei Bedarf von Ärzt:innen und Pflegekräften an die Angehörigen übergeben werden.</p> <p>ZIEL: Unterstützung des Stationsteams bei der Betreuung, Information und Begleitung von Angehörigen nach dem Versterben der/des Patient:in.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
H1.2	Angehörige	Information für Angehörige	Dokument (Kontaktliste)	<p>MAßNAHME: Kontaktliste für das Stationsteam mit klinikinternen Unterstützungsangeboten (z.B. Sozialdienst), die für die Versorgung von Angehörigen nach Versterben der/des Patient:in kontaktiert werden können.</p> <p>UMSETZUNG: Liste wird im Ärzt:innenzimmer und Pflegestützpunkten aufgehängt. Kann bei Bedarf von Ärzt:innen und Pflegekräften genutzt werden, um die Versorgung und Betreuung von Angehörigen nach Versterben der/des Patient:in zu gewährleisten.</p> <p>ZIEL: Unterstützung des Stationsteams bei der Betreuung, Information und Begleitung von Angehörigen nach Versterben der/des Patient:in.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
H2.3	Versorgung in der Sterbephase	Multiprofessionelle Versorgung	Dokument (Leitfaden)	<p>MAßNAHME: Checkliste für Ärzt:innen und Pflegende für die Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase. Der dazugehörige Leitfaden enthält Hintergrundinformationen zu den Aspekten der Checkliste (inkl. Verweise auf tiefergehende Hintergrundtexte und Bücher) sowie eine Liste mit wichtigen Kontakten innerhalb der Klinik z.B. sozialpsychiatrischer Dienst. Die Dokumente behandeln Information und Dokumentation im Team, Information und Aufklärung von Patient:innen und Angehörige, Wünsche von Patient:innen und Angehörigen, Medikation und Anordnungen, pflegerische Maßnahmen, Symptom- und Comfort-Assessment, Beatmung, Rahmenbedingungen, Externe Unterstützung und Hinweise nach dem Versterben.</p> <p>UMSETZUNG: Die Checkliste soll multiprofessionell besprochen und täglich re-evaluiert werden. Wenn gewünscht, können die Angehörigen in die Gestaltung eingebunden werden.</p> <p>ZIEL: Erhöhung der Qualität und Sicherheit des Stationsteams in der Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1

H2.3	Versorgung in der Sterbephase	Multiprofessionelle Versorgung	Dokument (Checkliste)		Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	
H2.3	Unterstützende Strukturen	Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen (intern)	Dokument (Kontaktliste)		Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	
H2.3	Räumliche/ Umgebungsgestaltung	Umgestaltung eines Patient:innenzimmers	Dekorationselemente (Ritualbox)	<p>MAßNAHME: Drei große Ritualboxen bestehend aus Dekorationselementen, um eine situationsgerechtere und würdevolle Umgebung im Sterbeprozess und Abschied zu schaffen. Diese sind im Abschiedsraum und an zwei Pflegestützpunkten hinterlegt. Enthalten sind: Farbige Servietten, LED-Kerzen, Glas mit Sand, Muscheln, Steine, Kunstblumen, religiöse Elemente z.B. Kreuz.</p> <p>UMSETZUNG: Verantwortliche:r Mitarbeiter:in der Station übernimmt den Beschaffungsprozess. Ritualboxen sind am Pflegestützpunkt und im Abschiedsraum hinterlegt und können bei Bedarf genutzt werden.</p> <p>ZIEL: Schaffung einer situationsgerechten, persönlichen und würdevollen Umgebung zur Abschiednahme von der/dem Patient:in.</p>	Pflegefachpersonal	1
H2.3	Räumliche/ Umgebungsgestaltung	Umgestaltung eines Abschiedsraums	Raumausstattung (Möbel)	<p>MAßNAHME: Umgestaltung eines Abschiedsraumes auf Station für die Sterbebegleitung bzw. Abschiednahme Angehöriger von dem/der verstorbenen Patient:in durch die Anschaffung neuer Möbel. Folgende Gegenstände wurden neu beschafft: drei Bilder mit Naturmotiven und sechs neue Stühle mit hellem Bezug.</p> <p>UMSETZUNG: Entscheidung des Stationsteams über anzuschaffende Möbel. Verantwortliche:r Stationsmitarbeiter:in übernimmt den Beschaffungsprozess.</p> <p>ZIEL: Schaffung einer situationsgerechten, persönlichen und würdevollen Umgebung zur Abschiednahme von der/dem Patient:in.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
GE/HEP	Kommunikation im Team	Fallbesprechung	Besprechung - Dokument (Checkliste, Pocketcard)	<p>MAßNAHME: 15-minütige wöchentliche palliativmedizinische multiprofessionelle Fallbesprechung von Patient:innen zur Einschätzung zum Beginn der Sterbephase und Therapiezieländerung, Versorgung in der Sterbephase und Nachbesprechung von Sterbefällen und Verbesserungsmöglichkeiten. Themen der Checkliste sind Basisinformationen, Perspektive/aktueller Zustand, Symptome/Beschwerden, Medikamente & Maßnahmen, Kommunikation/Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen, Patient:innen- und Angehörigenwünsche.</p> <p>UMSETZUNG: Pflegefachpersonal und Ärzt:innen wählen im Verlauf der Woche Patient:innen aus, die besprochen werden sollen. Pflegefachperson stellt den/die Patient:in kurz vor, die Moderation wird i.d.R. von (Ober)ärzt:innen übernommen. Patient:innen werden anhand der Checkliste besprochen. Ärzt:innen dokumentieren die Inhalte der Besprechung. Offene Punkte werden über übliche Kommunikationswege oder bei nächster Besprechung thematisiert.</p> <p>ZIEL: - Stärkung der Informationweitergabe und Absprachen vor allem zwischen Ärzt:innen und Pflegefachpersonen - Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Stationsteam</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
GE/HEP	Kommunikation im Team	Dokumentationsstandards	Dokument (Empfehlung)	<p>MAßNAHME: Empfehlungen für eine aussagekräftige und nachvollziehbare Dokumentation von 1) Therapie- und Behandlungskonzepten, 2) An- und Absetzen von Medikamenten, Maßnahmen und Untersuchungen und 3) Gesprächen mit Patient:innen und Angehörigen und einheitliches Verständnis von Schlüsselbegriffen Palliativ, Best supportive care und DNR/DNI.</p> <p>UMSETZUNG: Empfehlungen werden im Multifunktionsraum auf der Station für alle sichtbar aufgefangt.</p> <p>ZIEL: Bessere Informationweitergabe und Absprachen im Stationsteam.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
GE/HEP	Kommunikation im Team	Gemeinsame Gesprächsführung	Dokument (Empfehlung)	<p>MAßNAHME: Ärzt:innen sollen Pflegefachpersonal rechtzeitig anfragen, wenn wichtige Gespräche mit Patient:innen und Angehörigen bevorstehen. Wichtige Gesprächsinhalte sollen dabei sein 1) Information über Krankheitsverlauf, Symptome, Prognose und Zustandsveränderungen in der Sterbephase, 2) Veränderungen im Behandlungsplan, um Verunsicherung zu vermeiden z.B. ausreichend Aufklärung im Entscheidungsprozess zu künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und 3) Informationen über medizinische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten in der Sterbephase sowie weitere Unterstützungsmöglichkeiten z.B. Seelsorge. Die palliativmedizinische multiprofessionelle Besprechung kann genutzt werden, um die gemeinsamen Gespräche im Nachgang zu evaluieren und zu verbessern</p> <p>UMSETZUNG: Empfehlungen werden im Multifunktionsraum auf der Station für alle sichtbar aufgefangt.</p> <p>ZIEL: Berücksichtigung der Perspektive des Pflegefachpersonals in Gesprächen und Information des Pflegefachpersonals darüber, was in den Gesprächen besprochen wurde. Diese Informationen können sie dann in den Übergaben weitergeben.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1

C3a	Räumliche/ Umgebungsgestaltung	Umgestaltung eines Patient:innenzimmers	Raumausstattung (Möbel) Dekorationselemente	<p>MAßNAHME: Umgestaltung eines Einzelzimmers mittels verschiedener Möbel und Dekorationselemente wie z.B. verstellbarer Sessel (für Angehörige), Kommode, farbliche Gardinen, dimmbare Stehlampe, Glasbilder mit Naturmotiven, Musik-Kompaktanlage mit Naturklang-CDs.</p> <p>UMSETZUNG: Entscheidung im Stationsteam (in einer dafür gebildeten multiprofessionellen Arbeitsgruppe) über anzuschaffende Möbel und Dekorationselemente. Verantwortliche:r Stationsmitarbeitende:r übernimmt den Beschaffungsprozess.</p> <p>ZIEL: Schaffung einer persönlicheren und würdevollen Umgebung im Sterbeprozess.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
C3a	Angehörige	Information für/ Kommunikation mit Angehörigen	Dokument (Infomaterialien)	<p>MAßNAHME: Informationsmaterialien für Angehörige, beinhaltet ein/e - Infoblatt (Titel: <i>Was geschieht nach dem Tod ihres Angehörigen?</i>) beinhaltet z.B. Informationen dazu, was mit dem/der Angehörigen nach dem Versterben geschieht, was Angehörige nach dem Versterben tun sollten/können und mögliche Hilfen, Anlaufstellen und Kontaktinformationen. - Informationsbroschüre (Titel: <i>Wo finden Angehörige Unterstützung?</i>) beinhaltet z.B. mögliche Hilfen, Anlaufstellen und Kontaktinformationen für Angehörige.</p> <p>UMSETZUNG: Wenn ein/eine Patient:in verstorben ist, können im persönlichen Kontakt durch Stationsmitarbeitende Informationsmaterialien an die Angehörigen ausgegeben werden.</p> <p>ZIEL: - Verbesserung der Angehörigenbetreuung durch bessere Informationsgabe und Angebot von Unterstützungsangeboten - Handlungssicherheit für Stationsmitarbeitende: durch vorliegende Informationsmaterialien werden Stationsmitarbeitende bei der Informationsgabe unterstützt</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
C3a	Angehörige	Information für/ Kommunikation mit Angehörigen	Dokument (Kondolenzkarten)	<p>MAßNAHME: Stationsindividuelle Kondolenzkarten für Angehörige, mit zwei verschiedenen Motiven zur Auswahl und vorbereiteten Text (als Einlegematerial), welcher dann persönlich unterschrieben wird.</p> <p>UMSETZUNG: Wenn ein/eine Patient:in verstorben ist, wird die Kondolenzkarte persönlich durch das Stationsteam überreicht oder postalisch zugesendet.</p> <p>ZIEL: - Persönliche Abschiednahme der Stationsmitarbeitenden - Wertschätzender Umgang mit Angehörigen - Verdeutlichung, dass der/die Verstorbene nicht alleine war</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	
C3a	Räumliche/ Umgebungsgestaltung	Umgestaltung eines Patient:innenzimmers	Dekorationselemente (Ritualbox) - Dokument (Anleitung zur Nutzung der Ritualbox)	<p>MAßNAHME: Ritual-Box mit Dekorationselementen (LED-Kerzen, Batterien, Kerzenhalter, Blumenvase, Kunstblumen, Fotoständer, Muscheln, Servietten 40x40cm)</p> <p>UMSETZUNG: Stationsmitarbeitende können das Patient:innenzimmer, z.B. den Nachttisch, mit Gegenständen aus der Ritualbox dekorieren.</p> <p>ZIEL: - Schaffen einer situationsgerechteren und würdevolleren Umgebung im Sterbeprozess durch Dekorationselemente - Ressourcenstärkung, z.B. durch Aufstellen von Fotografien - Ermöglichung von Abschiedsritualen, z.B. Kerze</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	
C3a	Versorgung in der Sterbephase	Multiprofessionelle Versorgung	Fortbildung	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und multiprofessionelle (Stationsteam, das an der Behandlung beteiligt ist, d.h. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Medizinische Fachangestellte, Therapeut:innen) Fortbildung zur Sterbebegleitung, beinhaltet pflegerische und ärztliche Aspekte: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Definition Sterbephase, körperliche Anzeichen des bevorstehenden Todes, Pflege in der Sterbephase, Ernährung und Flüssigkeit, Grundsätze der symptomatischen Therapie (vorausschauende Bedarfsmedikation, Applikationswege), medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie von möglichen Symptomen (Delir, Schmerzen, Dyspnoe, Angst und Unruhe, Übelkeit und Erbrechen, Mundtrockenheit, Terminales Rasseln), Begleitung von Angehörigen (aufklären/informieren, unterstützen, einbinden) und Informationen zum Palliativmedizinischen (Konsil-)Dienst.</p> <p>UMSETZUNG: 90-minütige Fortbildung, Referent:innen: palliativmedizinisches Fachpersonal, multiprofessionell (Arzt/Ärztin und Pflegefachpersonal)</p> <p>ZIEL: - Verbesserung der Handlungssicherheit der Stationsmitarbeitenden bei der multiprofessionellen Versorgung von Patientinnen und ihren Angehörigen in der Sterbephase, um - Leiden und belastenden Symptome körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art vorzubeugen, frühzeitig zu erkennen und zu lindern und - Maßnahmen, die nicht ausschließlich diesem Ziel dienen oder den/die Patient:in möglicherweise eher zusätzlich belasten, zu erkennen und zu beenden.</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1

C3a	Angehörige	Kommunikation mit Angehörigen	Fortbildung	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und multiprofessionelle (Stationsteam, das an der Behandlung beteiligt ist, d.h. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen, Seelsorgende) Fortbildung zum Umgang und Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase und nach dem Versterben, wie z.B. Informationen zum Sterbeprozess, Doppelrolle der Angehörigen, Vermittlung von Kompetenzen der Gesprächsführung und mit Umgang mit Emotionen.</p> <p>UMSETZUNG: 90-minütige Fortbildung, Referentin: palliativmedizinisch erfahrene/r Psycholog:in</p> <p>ZIEL: - Stärkung der Stationsmitarbeitenden in der Kommunikation mit Angehörigen durch Vermittlung von Wissen im Umgang mit Angehörigen und Kompetenzen der Gesprächsführung - Austausch und Reflexionsmöglichkeiten im Stationsteam</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
4B	Versorgung in der Sterbephase	Multiprofessionelle Versorgung	Dokument (Versorgungsstandard SOP)	<p>MAßNAHME: Standard Operating Procedure (SOP) zur Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase, umfasst Begriffsabgrenzung „palliativ“ und „sterbend“, Anzeichen des bevorstehenden Todes, medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Symptomkontrolle (bei u.a. Schmerzen, Dyspnoe, Angst und Unruhe, Übelkeit und Erbrechen, Mundtrockenheit, Terminales Rasseln), Beenden nicht mehr indizierter Maßnahmen und Therapie, pflegerische Maßnahmen (wie z.B. Mundpflege, Essen und Trinken, körperliche Pflege) und zum Umgang mit Angehörigen (informieren, unterstützen und einbinden).</p> <p>UMSETZUNG: Regelmäßige, verpflichtende Umsetzung der SOP-Inhalte im klinischen Alltag für alle im Zentrum tätigen Stationsteam</p> <p>ZIEL: - Verbesserung der Handlungssicherheit der Stationsmitarbeitenden bei der multiprofessionellen Versorgung von Patientinnen und ihren Angehörigen in der Sterbephase - Leiden und belastenden Symptome körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art vorbeugen, frühzeitig zu erkennen und zu lindern und - Maßnahmen, die nicht ausschließlich diesem Ziel dienen oder der/die Patient:in möglicherweise eher zusätzlich belasten, zu erkennen und zu beenden.</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
4B	Angehörige	Kommunikation mit Angehörigen	Fortbildung	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und multiprofessionelle (Stationsteam, das an der Behandlung beteiligt ist, d.h. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen, Seelsorgende) Fortbildung zum Umgang und Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase und nach dem Versterben, wie z.B. Informationen zum Sterbeprozess, Doppelrolle der Angehörigen, Vermittlung von Kompetenzen der Gesprächsführung und mit Umgang mit Emotionen.</p> <p>UMSETZUNG: 90-minütige Fortbildung, Referentin: palliativmedizinisch erfahrene/r Psycholog:in</p> <p>ZIEL: - Stärkung der Stationsmitarbeitenden in der Kommunikation mit Angehörigen durch Vermittlung von Wissen im Umgang mit Angehörigen - Austausch und Reflexionsmöglichkeiten im Stationsteam</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
4B	Angehörige	Information für Angehörige	Dokument (Flyer)	<p>MAßNAHME: Flyer für Angehörige (Titel: <i>Information für Angehörige/Trauernde</i>), beinhaltet z.B. Beileidsbekundung des Stationsteams, Informationen dazu was mit dem/der Angehörigen nach dem Versterben geschieht, was Angehörige nach dem Versterben tun sollten/können und mögliche Hilfen, Anlaufstellen und Kontaktinformationen für Trauernde.</p> <p>UMSETZUNG: Der Flyer (Ablageort: Empfangstresen der Station) wird vom Stationsteam nach dem Versterben eines/einer Patient:in in einem persönlichen Kontakt und mit erklärenden Worten den Angehörigen ausgehändigt.</p> <p>ZIEL: - Verbesserung der Angehörigenbetreuung durch bessere Informationsgabe und Angebot von Unterstützungsmöglichkeiten - Handlungssicherheit der Stationsmitarbeitenden: durch informativen Flyer werden Stationsmitarbeitende bei der Informationsgabe unterstützt</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
4B	Unterstützende Strukturen	Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen (intern und extern)	Fortbildung - Dokument (Handout)	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und multiprofessionelle Fortbildung für Stationsteams zu palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen und palliativmedizinischen (Konsil-)dienst zur Aufklärung über mögliche ambulante sowie stationäre palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten und Beratungsangebote (Palliativmedizinische Sprechstunde, Palliativmedizinischer (Konsil-)Dienst, Palliativstation, SAPV, Hospiz).</p> <p>UMSETZUNG: 20-minütige Fortbildungen, Referent:in: Ärzt:in mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin</p> <p>ZIEL: - Wissensvermittlung zu palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten, um betroffene Patient:innen und ihre Angehörige besser beraten zu können - Verbesserung einer vorausschauenden Versorgungsplanung - Bessere Nutzung palliativmedizinischer Beratungsangebote</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1

5C	Angehörige	Kommunikation mit Angehörigen	Fortbildung	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und multiprofessionelle (Stationsteam, das an der Behandlung beteiligt ist, d.h. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen, Seelsorgende, d.h. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen, Seelsorgende) Fortbildung zum Umgang und Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase und nach dem Versterben, wie z.B. Informationen zum Sterbeprozess, Doppelrolle der Angehörigen, Vermittlung von Kompetenzen der Gesprächsführung und mit Umgang mit Emotionen.</p> <p>UMSETZUNG: 90-minütige Fortbildung, Referentin: palliativmedizinisch erfahrene/r Psycholog:in</p> <p>ZIEL: - Stärkung der Stationsmitarbeitenden in der Kommunikation mit Angehörigen durch Vermittlung von Wissen im Umgang mit Angehörigen - Austausch und Reflexionsmöglichkeiten im Stationsteam</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
5C	Angehörige	Information für Angehörige	Dokument (Flyer)	<p>MAßNAHME: Flyer für Angehörige (Titel: <i>Information für Trauernde - Wegweiser für Angehörige</i>). Beinhaltet z.B. Beileidsbekundung des Stationsteams, Informationen dazu was mit dem/der Angehörigen nach dem Versterben geschieht, Was Angehörige nach dem Versterben tun sollten/können und mögliche Hilfen, Anlaufstellen und Kontaktinformationen für Trauernde.</p> <p>UMSETZUNG: Der Flyer (Ablageort: Empfangstresen der Station) wird vom Stationsteam nach dem Versterben eines/einer Patient:in in einem persönlichen Kontakt und mit erklärenden Worten den Angehörigen ausgehändigt.</p> <p>ZIEL: - Verbesserung der Angehörigenbetreuung durch bessere Informationsgabe und Angebot von Unterstützungsmöglichkeiten - Handlungssicherheit der Stationsmitarbeitenden: durch informativen Flyer werden Stationsmitarbeitende bei der Informationsgabe unterstützt</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
5C	Versorgung in der Sterbephase	Multiprofessionelle Versorgung	Dokument (Versorgungsstandard SOP)	<p>MAßNAHME: Standard Operating Procedure (SOP) zur Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase, umfasst Therapieziele in der Sterbephase, pflegerische Maßnahmen in der Sterbephase (Mundpflege, körperliche Pflege), indizierte und nicht medizinische/therapeutische Maßnahmen, Umgang mit Angehörige (Angehörige und ihre Bedürfnisse wahrnehmen, unterstützen, informieren und in die Versorgung der Sterbenden einbinden), medikamentöse und nicht-medikantöse Therapie von möglichen Symptomen (Schmerzen, Angst und Unruhe, Atemnot, terminalen Rassel, Übelkeit und Erbrechen, Krampfanfällen) und Informationen zum palliativmedizinischen (Konsil-)Dienstes.</p> <p>UMSETZUNG: Regelmäßige, verpflichtende Umsetzung der SOP-Inhalte im klinischen Alltag für alle im Zentrum tätigen Stationsteams</p> <p>ZIEL: - Verbesserung der Handlungssicherheit der Stationsmitarbeitenden bei der multiprofessionellen Versorgung von Patientinnen und ihren Angehörigen in der Sterbephase - Leiden und belastenden Symptome körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art vorbeugen, frühzeitig zu erkennen und zu lindern und - Maßnahmen, die nicht ausschließlich diesem Ziel dienen oder den/die Patient:in möglicherweise eher zusätzlich belasten, zu erkennen und zu beenden.</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
5C	Versorgung in der Sterbephase	Pflegerische Versorgung	Dokument (Fragebogen zur Ressourcenstärkung)	<p>MAßNAHME: Gewohnheits- und Ressourcenbogen zur Erfassung und Dokumentation von Gewohnheiten, Vorlieben und Ressourcen von Patient:innen in der Sterbephase.</p> <p>UMSETZUNG: Umsetzung im klinischen Alltag im Kontakt mit Patient:innen, bei pflegerischen, therapeutischen und seelsorgerischen Tätigkeiten, in Visitingesprächen, bei Besuchen von und Gesprächen mit Angehörigen. In jeder Übergabe werden Gewohnheiten/Ressourcen thematisiert und auf dem Übergabezettel dokumentiert.</p> <p>ZIEL: Bessere Erfassung von Bedürfnissen und Ressourcen von Patient:innen, um mögliche Ansatzpunkte zu identifizieren die Lebensqualität zu verbessern.</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
5C	Unterstützende Strukturen	Einbezug Seelsorge	Dokument (Handzettel, Foto)	<p>MAßNAHME: Einbindung der Krankenhauseelsorge in die Versorgung sterbender Patient:innen: - Handzettel mit Informationen zum seelsorgerischen Angebot für Stationsmitarbeitende (Indikationstellung, Vermittlung: <i>Wie bringe ich das Angebot der Seelsorge auf einladende Weise ins Gespräch?</i>, Erreichbarkeit) - Ergänzung eines Foto des/der zuständigen Krankenhauseelsorger:in auf der Teamtafel der Station</p> <p>UMSETZUNG: Handzettel wird im Einarbeitungsordner für Stationsmitarbeitende hinterlegt und im ärztlichen Stationszimmer aufgehängt. Das Foto wird an der Stationsteamtafel aufgehängt.</p> <p>ZIEL: Bessere Integration der Krankenhauseelsorge in die Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase, durch Informationsgabe an Stationsmitarbeitende (Indikationstellung, Erreichbarkeit), durch Kommunikationshilfe ("wie spreche ich es an?") und Sichtbarkeit der Teamzugehörigkeit (Foto)</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1

1E	Angehörige	Kommunikation mit Angehörigen	Fortbildung	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und multiprofessionelle (Stationsteam, das an der Behandlung beteiligt ist, d.h. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen, Seelsorgende) Fortbildung zum Umgang und Kommunikation mit Angehörigen von Patient:innen in der Sterbephase und nach dem Versterben, wie z.B. Informationen zum Sterbeprozess, Doppelrolle der Angehörigen, Vermittlung von Kompetenzen der Gesprächsführung und mit Umgang mit Emotionen.</p> <p>UMSETZUNG: 90-minütige Fortbildung, Referentin: palliativmedizinisch erfahrene/r Psycholog:in</p> <p>ZIEL: - Stärkung der Stationsmitarbeitenden in der Kommunikation mit Angehörigen durch Vermittlung von Wissen im Umgang mit Angehörigen - Austausch und Reflexionsmöglichkeiten im Stationsteam</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1
1E	Versorgung in der Sterbephase	Pflegerische Versorgung	Fortbildung	<p>MAßNAHME: Fortbildung zur Pflege in der Sterbephase für Pflegefachpersonen, beinhaltet z.B. Aromatherapie, Mundpflege, nicht-medikamentöse Symptomkontrolle bei Schmerzen, Dyspnoe und Angst, und Einbindung von Angehörigen in die pflegerische Versorgung.</p> <p>UMSETZUNG: 90-minütige Fortbildung, Referent:in: palliativmedizinisch erfahrene Pflegefachpersonal</p> <p>ZIEL: Vermittlung von Wissen in Bezug auf die pflegerische Versorgung in der Sterbephase und dadurch Stärkung der Handlungssicherheit der Pflegefachpersonen.</p>	Ärzt:innen, Pflegefachpersonal	1
1H	Kommunikation im Team	Fallbesprechung	Besprechung - Dokument (Checkliste)	<p>MAßNAHME: Stationsinterne und interdisziplinäre Besprechung „Interprofessionelle Entscheidungsfindung zu Therapiezieländerungen (IET)“ anhand einer Checkliste (Vorbereitung, Ablauf, Aufgabenverteilung in der IET; Patient:inneninformationen zur Krankheitssituation und Prognose, (mutmaßlicher) Patient:innenwille, soziales Umfeld, (Konsil-)dienstliche Mitbeurteilung / Unterstützungsmöglichkeiten)</p> <p>UMSETZUNG: 1x wöchentliche 15-minütige Teambesprechung, Teilnehmende: mind. ein/e Oberärzt:in und einer Pflegefachperson statt. Anmeldung kann durch jede/r Stationsmitarbeitende:r erfolgen. Koordination durch pflegerische Stationsleitung.</p> <p>ZIEL: - Sensibilisierung auf / und Berücksichtigung des (mutmaßlichen) Patient:innenwillen - durch die Blickwinkelerweiterung und den Einbezug verschiedener Professionen soll die Entscheidungsfindungen im Stationsteam transparent gemacht und die Kommunikation im Team gestärkt werden.</p>	Multiprofessionelles Stationsteam	1

Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus

Nach wie vor ist das Krankenhaus der häufigste Sterbeort in Deutschland– jedes Jahr sterben hierknapp die Hälfte der Menschen, davon die meisten auf nicht-palliativ spezialisierten Stationen. Gleichzeitig wird die Versorgungsqualität im letzten Lebensjahr im Krankenhaus von allen Versorgungsformen am schlechtesten bewertet.

Ziel der **Zehn Köln-Hamburger Forderungen zur Sterbebegleitung im Krankenhaus** ist es, die Versorgung von Patient:innen in der Sterbephase und ihrer Angehörigen im gesamten Krankenhaus zu verbessern und die Belastungen der Mitarbeitenden bestmöglich zu reduzieren.

Die Forderungen adressieren die Mitarbeitenden und Führungskräfte der Krankenhäuser sowie die Politik und Selbstverwaltung. Die Forderungen basieren auf Ergebnissen des vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojektes *Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase* (StiK-OV, Förderkennzeichen 01VSF19033 - [Projektwebsite, Ergebnis-Symposium](#)).

PD Dr. rer. medic. Kerstin Kremeike

*(Projektleitung, Zentrum für Palliativmedizin,
Uniklinik Köln)*

Prof. Dr. med. Raymond Voltz

*(Direktor des Zentrums für Palliativmedizin,
Uniklinik Köln)*

Prof. Dr. med. Karin Oechsle

*(Ärztliche Leitung Palliativmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)*

Prof. Dr. Holger Schulz

*(Stiftungsprofessur für Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)*

Die Zehn Köln-Hamburger Forderungen zum Sterben im Krankenhaus lauten:

1. Qualitativ hochwertige **Sterbebegleitung** muss als **Versorgungsauftrag des gesamten Krankenhauses** verstanden werden
2. **Verantwortlichkeiten** für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung im gesamten Krankenhaus müssen klar sein
3. **Kompetenzen zur Diagnostik einer beginnenden Sterbephase** müssen im gesamten Behandlungsteam des Krankenhauses gestärkt werden
4. **Sämtliche Maßnahmen in der Sterbephase** müssen im gesamten Krankenhaus kontinuierlich auf das realistische Erreichen des Therapieziels, das Fortbestehens der medizinischen Indikation und den Patient:innenwillen re-evaluiert werden.
5. **Kompetenzen** des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses müssen in der **Versorgung sterbender Menschen** gestärkt werden
6. **Kompetenzen** des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses in der **Begleitung Angehöriger sterbender Menschen** müssen gestärkt werden
7. **Kompetenzen** des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses in Hinblick auf die **eigene Resilienz im Umgang mit sterbenden Menschen** müssen gestärkt werden
8. Die **interprofessionelle** und **interdisziplinäre Zusammenarbeit** in der Sterbebegleitung muss im gesamten Krankenhaus gestärkt werden
9. **Vorhandene hausinterne und externe Strukturen** zur Unterstützung der Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sollen im gesamten Krankenhaus bekannt sein und genutzt werden
10. **Die Begleitung der Angehörigen auch nach dem Versterben** muss als Teil einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung im gesamten Krankenhaus verstanden werden

Mitarbeitende in Krankenhäusern sind zu Folgendem aufgerufen:

- Entwicklung einer **persönlichen Haltung** zum Thema Sterbebegleitung – einschließlich der Selbstfürsorge
- Entwicklung einer entsprechenden **Teamhaltung**
- Raum und Rahmen für **multiprofessionellen Austausch** schaffen, z.B. durch Fallbesprechungen und Supervisionen
- Teilnahme an spezifischen **Fort- und Weiterbildungen**
- Umsetzung von einrichtungsweiten **Behandlungsstandards** (SOPs)
- **Nutzung** von vorhandenen unterstützenden Strukturen, z.B. Palliativ- und Hospizdienste, Seelsorge

Führungskräfte sind zu Folgendem aufgerufen:

- Aufnahme einer guten Sterbebegleitung in das **Leitbild** des Krankenhauses
- Benennung von **Verantwortlichen** für das Thema Sterbephase
- Schaffung von **förderlichen Bedingungen** für eine persönliche Entwicklung und Teamhaltung einschließlich Selbstfürsorge
- Schaffung von Raum und einer **Kultur** für multiprofessionellen Austausch
- Ermöglichung von spezifischen **Fort- und Weiterbildungen**
- Schaffung von einrichtungsweiten **Behandlungsstandards** (SOP)
- **Vernetzung** mitvorhandenen unterstützenden Strukturen
- Entwicklung und Bereitstellung von **Informationsmaterialien** für Mitarbeitende, Patient:innen und Angehörige

Die Politik und Selbstverwaltung sind zu Folgendem aufgerufen:

- **Gesetzliche Rahmenbedingungen** schaffen
- Aufnahme spezifischer Inhalte der Sterbebegleitung in die **Ausbildung** aller relevanten Berufsgruppen
- Förderung spezifischer **Fort- und Weiterbildungen**
- Neue **Leitlinien** entwickeln und bestehende Leitlinien ergänzen
- Aufnahme einer hochwertigen Sterbebegleitung in **Qualitätsmanagement und Zertifizierungen**
- Ausreichende **Finanzierung** einer guten Sterbebegleitung im Krankenhaus gewährleisten

Zehn Köln-Hamburger Forderungen zum Sterben im Krankenhaus mit Erläuterungen

1. Qualitativ hochwertige Sterbebegleitung muss als Versorgungsauftrag des gesamten Krankenhauses verstanden werden

Forderung 1 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

- MA-Befragung
- Akten
- Fokusgruppen
- Angehörigeninterviews
- Feedbackumfrage
- Arbeitsgruppenphase

- Prä: Nur 5% haben noch nie einen sterbenden Menschen begleitet – 16% begleiten mehr als 30 sterbende pro Jahr
- Prä: 38% schätzen die Versorgungsqualität sterbender Menschen auf ihren Stationen (eher) schlecht ein
- Prä: 40% fühlen sich (sehr) stark vom Anspruch an die Versorgung sterbender Patient:innen belastet (auf Intensivstationen sogar 49%)
- Prä: Akten weisen darauf hin, dass ein Verbesserungsbedarf besteht (Sterbephase erkennen, Kommunikation mit Pat. und Ang., Einbindung von Angehörigen in die Versorgung, nicht sinnvolle (Therapie-)Maßnahmen zu beenden, und Symptome systematisch zu erfassen)
- Arbeitsgruppen: Die Versorgenden sehen einen Bedarf an strukturierten Handlungsempfehlungen in ihrer Institution (x von y Stationen haben Maßnahmen zu SOPs gemacht (4/10). Teilweise eingeflossen in QM.
 - o Maßnahme Versorgungsstandards SOP (2/10 Stationen)
- Prä: „Sterben ist auf unserer Station auch – ja, ein wichtiger Bestandteil natürlich, und auch relativ häufig gesehen. Und meiner Meinung nach noch nicht so gut betreut. (lacht bisschen) Aber – ja, das können wir ja (unv.) ändern. (lacht)“ (Pflegefachpersonal)
- Prä: „Damit sind wir alle konfrontiert mit Sterbebegleitung, und ich finde, man merkt auch, jeder gibt sein Möglichstes, aber es ist leider nicht so optimal, wie es sein sollte, oder wie man sich das selber wünschen würde für sich oder seine Angehörigen.“ (Ärztin)
- Prä: Ich war sehr dankbar, weil, ich hätte es alleine zuhause gar nicht geschafft. Da wäre ich völlig überfordert gewesen. Nee. Also im Rückblick, aus unserer beider Sicht war das alles, es hört sich doof an, aber es war so wirklich perfekt, wie es war. (Tochter)
- Maßnahmen: Versorgungsstandards SOP (2/10 Stationen), Dokumentationsstandards (1/10 Stationen), Räumliche Gestaltung (2/10 Stationen)

Ergebnis-Symposium

- (Marina Filipović; 273) Sterbebegleitung gehört zur Spitzenmedizin bzw. (Christoph Rupprecht; 99, 80) Exzellenz dazu, steht auch im KHGG.
- (Joachim Pröhl; 192) Qualität des Sterbens im KH ins Qualitätsmanagement aufnehmen.

StiK-OV Manuskripte

- Aktenanalyse Prä
- Belastungsfaktoren
- Prädiktoren der Versorgungsqualität

2. Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung im gesamten Krankenhaus müssen klar sein

Forderung 2 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppenphase

- Arbeitsgruppenphase: Verteilung der Verantwortlichkeiten innerhalb der Arbeitsgruppen war entscheidend für den Erfolg der Maßnahmenentwicklung

Ergebnis-Symposium

- (Joachim Pröhl und Marina Filipovic; 221, 283) Klinikleitungen sind in der Verantwortung Rahmenbedingungen zu schaffen. Sterbebegleitung ist auch ein (Joachim Pröhl; 208) Top-Down Führungsthema. Das Thema muss (PD Dr. Kerstin Kreimeike und Joachim Pröhl; 70, 233) „mitgetragen“ werden
- (Matthias Blum; 152) Niederschwelliger Ansatz trotzdem wichtig, da Ressourcen knapp sind und sich dies auch vermutlich nicht ändern wird. Implementierung von Top-Down / komplexeren Interventionen (Prof. Dr. Raymond Voltz; 11) oft nicht machbar
- (Christoph Rupprecht; 102) Qualitätsbeauftragten für die Sterbephase, der Qualitätsindikatoren prüft (z.b.: Wurde mit den onkologischen Patienten, Patientinnen über Palliativmedizin gesprochen? Wenn ja, frühzeitig? Gibt es genügend Zeit für Sterbende? War es Bestandteil der Ausbildung? Wie sind die räumlichen Voraussetzungen? Sind tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen 14 Tage vor dem Tod möglichst beendet worden?)

StiK-OV Manuskripte

- Prozessevaluation

3. Kompetenzen zur Diagnostik einer beginnenden Sterbephase müssen im gesamten Behandlungsteam des Krankenhauses gestärkt werden

Forderung 4 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppenphase

- Prä: Weil ich eigentlich öfter miterlebe, dass die Patienten in Zuständen sind, [...], da wäre es schon vor drei Tagen besser gewesen und es wäre auch angenehmer für die Angehörigen gewesen. (Pflegefachpersonal)
- Prä: Und ganz häufig kommen wir genau in diesen Konflikt, dass vielleicht nicht alle Behandler im Team der gleichen Auffassung sind, und wann kann man, soll man welche Entscheidung treffen. (Oberärztin)
- Prä: Erkennen der Sterbephase hat Einfluss auf die Versorgung (Ergebnisse aus multivariaten Analyse: Beendigung der Messung von Vitalparameter, Angehörige über nahenden Tod informieren), Hinweise auf das Erkennen der Sterbephase nur in 75% (auf Normalstation nur bei 64%)
- Maßnahmen: Fallbesprechungen (3/10 Stationen)

Ergebnis-Symposium

- (Christoph Rupprecht; 102) Qualitätsbeauftragten für die Sterbephase.
- (Prof. Dr. Steffen Eychmüller; 482) dass ein Qualitätskriterium mitentscheidend ist. Und zwar ist das Erkennen der Sterbephase. Und ich würde allen, die welche Projekte machen in diesem Bereich, diesen starting point absolut super empfehlen. Sie können Ihre Qualität auf den Abteilungen überprüfen, indem Sie ganz einfach bei Visiten zuhören und wird hier mal die Frage gestellt, wären wir überrascht, wenn die Patientin in den nächsten 4-7 Tagen sterben würde? Wenn Sie diese Frage hören, haben Sie wahrscheinlich von vornerein eine höhere Qualität. Wenn Sie die nicht hören, haben Sie wahrscheinlich eine schlechte.
- (Christoph Rupprecht; 105) Sind tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen 14 Tage vor dem Tod möglichst beendet worden?

StiK-OV Manuskripte

- Aktenanalyse Prä
- Aktenanalyseinstrument
- Scoping Review
- Vorabbefragung

4. Sämtliche Maßnahmen in der Sterbephase müssen im gesamten Krankenhaus kontinuierlich auf das realistische Erreichen des Therapieziels, das Fortbestehens der medizinischen Indikation und den Patient:innenwillen re-evaluiert werden

Forderung 3 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppenphase

- Prä: Therapieziel-Gespräche mit Pat. 55% und mit Ang. 68%, Erkennen der Sterbephase 75% (auf Normalstation 64%)
- Prä: „[...] und von den Ärzten wird dann aber immer noch Therapie angeordnet, oder Darstellungen [...] was alles nicht mehr notwendig ist. [...] Aber es muss halt irgendwie alles noch laufen.“ (Pflegefachpersonal)
- Prä: „Und das ist auch ein großes Thema, was bei uns häufig nicht gewürdigt und geachtet wird, der Patientenwille. Also es wird eher gekuckt bei uns auf den Intensivstationen, was die Intensiv möglich/ was die Intensiv an Möglichkeiten bietet. (Ärztin)
- Maßnahmen: Fallbesprechungen (3/10 Stationen), Checklisten zu Therapiezieländerung (2/10)

Ergebnis-Symposium

- (Dr. Ulrike Reinholz; 453) Der LCP hat das „runder Tisch“ genannt. Dass da wirklich die verschiedenen Menschen beisammensitzen und ihren Eindruck schildern können. Es geht gar nicht um, wer weiß besser Bescheid, sondern einfach diese Blicke, die Patienten erzählen auch den unterschiedlichen Menschen unterschiedliche Dinge. Die Physiotherapie erfährt anderes als die Pflege, als die Ärzte und Ärztinnen.

StiK-OV Manuskripte

- Aktenanalyse Prä

5. Kompetenzen des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses müssen in der Versorgung sterbender Menschen gestärkt werden

Forderung 5 wird gestützt durch:

Daten aus StIK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppe

- Prä: 39% haben nach eigener Aussage eine Fort- oder Weiterbildung im Bereich „Tod und Sterben“.
- Prä: 10% fühlen sich hilflos, wenn sie Patient:innen in terminaler Erkrankungssituation auf Station haben.
- Prä: 40% der Versorgenden fühlen sich (sehr) stark vom Anspruch an die Versorgung sterbender Patient:innen belastet (auf Intensivstationen sogar 49%).
- Prä: 38% der Versorgenden schätzen die Versorgungsqualität sterbender Menschen auf ihren Stationen (eher) schlecht ein.
- Prä: Beendigung von nicht indizierten/sinnvollen Therapiemaßnahmen, z.B. Messung von Vitalparameter wurde nur 30% der Fälle beendet
- Prä: systematische Erfassung von Symptomen über Schmerzen hinaus, MIDOS/IPOS nur in 8%
- Prä: Erfassung von Pat. Wünschen/Werten, Hinweise in nur 27% der Fälle
- Prä: Arzt: Ich glaube schon, es würde uns allen insgesamt so eine kurze Fortbildung über Palliativmedizin jetzt über Gesprächsführung hinaus eigentlich nicht so schlecht tun. Ich hatte das mal im Studium, aber ansonsten weiß ich halt so ein bisschen das, was ich bei learning by doing eben mitgenommen habe, aber so ein richtig strukturiertes Fundament - Ärztin: Ja, oder auch so ein bisschen eben verschiedene Herangehensweisen, man hat irgendwie so ein Ding, wie man es immer macht. - Pflegefachpersonal: Genau.
- Prä: Bis jetzt ich bin immer noch unsicher, wenn es geht um Palliativpatienten. (Pflegefachpersonal)
- Prä: Also, dass allgemein dieses palliative Hintergrundwissen den Ärzten auch einfach fehlt. (Pflegefachpersonal)
- Maßnahmen Fortbildungen (4/10 Stationen), Versorgungsstandards SOP (2/10 Stationen), Leitfäden (2/10 Stationen)

Ergebnis-Symposium

- (Joachim Pröhl; 226) Es braucht mehr Qualifizierung in der Sterbebegleitung.
- (Marina Filipovic; 276) Fortbildungen durchführen, auch um das klinische Personal bei der Begleitung Sterbender zu entlasten ((Prof. Dr. Karin Oechsle; 23) Klinisches Personal ist belastet – (Marina Filipovic; 280) insbesondere auch in der Begleitung Sterbender).
- (Christoph Rupprecht; 112) eine „positive Routine“ implementieren (z.b. positive Haltung zum Thema, geeignete Informationen für Angehörige, gute Kommunikation („alle können dazu beitragen“)). (Prof. Dr. Steffen Eychmüller; 483) Surprise Question (4-7 Tage) als Qualitätsmerkmal.
- (Christoph Rupprecht; 102) Wurde sich an Qualitätsindikatoren aus der S3-Leitlinie gehalten?

StIK-OV Manuskripte

- Aktenanalyse Prä
- Belastungsfaktoren
- Prädiktoren der Versorgungsqualität

6. Kompetenzen des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses in der Begleitung Angehöriger sterbender Menschen müssen gestärkt werden

Forderung 6 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppe

- Prä: 16% fällt es schwer, mit Patient:innen und Angehörigen über ambulante oder stationäre Hospiz- und Palliativarbeit zu sprechen.
- Prä: 21% finden es (eher) frustrierend, mit Angehörigen weiterhin Gespräche führen zu müssen, wenn die Patient:innen nicht wieder gesund werden.
- Prä: Nur 32% ist bekannt wie die Begleitung von Patient:innen und Angehörigen durch Hospiz- und Palliativarbeit initiiert wird
- Prä: Informationen über den nahenden Tod in 72% der Fälle, Aufklärung über zu erwartende Veränderung in der Sterbephase in 36%
- Prä: Einbindung der Ang. In die Versorgung nur 15%, nur 11% wurden Hinweise auf Unterstützungsangebote gefunden
- Prä: Also ich finde, die Angehörigen sind manchmal noch (seufzt) schwieriger zu handeln, oder ich kann es gar nicht so richtig sagen, der Patient selber hat manchmal schon irgendwie mit sich Frieden geschlossen und findet seinen Weg, aber die Angehörigen können oft/ und die sind ja auch diejenigen, die dann dableiben, sag ich jetzt mal so. Die können damit oft gar nicht umgehen, und da muss man sich wirklich manchmal in Situationen bringen, die echt herausfordernd sind. (Pflegefachpersonal)
- Prä: Ich erlebe auch da eine große Not, dass da auch die Angehörigen wenig im Vorfeld informiert wurden über den tatsächlichen Verlauf des Patienten. Die sind manchmal vor den Kopf gestoßen. Eine große Dankbarkeit auch bei den Angehörigen, wenn dann mal Klartext geredet wird, und eben auch häufig, was mich eher dann entsetzt, so dieses, „ach, endlich redet mal jemand mit uns WIRKLICH. (Ärztin)
- Prä: Schwierig ist es halt teilweise mit Angehörigen, oder aber, wenn viele neue Kollegen sind, dass da doch ziemliche Unsicherheiten bestehen.“ (Pflegefachpersonal)
- Prä: Ich habe die Informationen bekommen, aber sie kamen nicht in einem Gespräch, [und] das war immer so, im Flur mal eben angesprochen. [...] Das hat mir gefehlt, dass man da einfach sagt, kommen Sie, wir setzen uns mal kurz eine Viertelstunde an den Tisch und wir sprechen mal drüber, wie die Perspektive ist, gibt es eine Perspektive überhaupt [...]. (Ehemann)
- Prä: Und auch wenn die Ärzte sich immer bemüht haben, das laienkonform zu erklären alles, versteht man es eben doch nicht unbedingt oder kann nicht richtig nachvollziehen, ob das jetzt schlimmer oder weniger schlimm ist, was das genau bedeutet in der Konsequenz. (Tochter)
- Maßnahmen: Informationsmaterial Angehörige, (Flyer/Kondolenzkarten) (3/10 Stationen), Kontaktliste für Stationsteam mit Unterstützungsangeboten für die Angehörigenbetreuung (1/10 Stationen), Fortbildungen Angehörigenkommunikation (5/10 Stationen), Leitfaden Angehörigenkommunikation (1/10 Stationen)

Ergebnis-Symposium

- (Christoph Rupprecht; 112) eine „positive Routine“ implementieren (z.b. positive Haltung zum Thema, geeignete Informationen für Angehörige, gute Kommunikation, „alle können dazu beitragen“).
- (Christoph Rupprecht; 108) Gab es genügend Zeit fürs Gespräch mit den Angehörigen auch im Nachhinein?

StiK-OV Manuskripte

- Angehörigeninterviews
- Belastungsfaktoren

7. Kompetenzen des gesamten Behandlungsteams des Krankenhauses in Hinblick auf die eigene Resilienz im Umgang mit sterbenden Menschen müssen gestärkt werden

Forderung 5 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppe

- Prä: 40% der Versorgenden fühlen sich (sehr) stark vom Anspruch an die Versorgung sterbender Patient:innen belastet (auf Intensivstationen sogar 49%).
- Prä: 16% der Versorgenden geben an, keine Unterstützungsmöglichkeiten zu haben, wenn sie an ihre Grenzen kommen
- Prä: 13% kennen (eher) keine Strategien um sich selbst abzugrenzen
- Prä: 10% fühlen sich hilflos, wenn sie Patient:innen in terminaler Erkrankungssituation auf Station haben.

Ergebnis-Symposium

- (Prof. Dr. Raymond Voltz; 29-30) die Belastung von Mitarbeitenden ist ein ganz wesentlicher Faktor im Gesundheitswesen
- (Marina Filipovic; 280 – 281) Wir wissen auch, dass es belastende Situationen sowohl für die Mitarbeitenden gibt, aber auch für An- und Zugehörigen gibt, die sie auch eventuell krank machen.

StiK-OV Manuskripte

- Belastungsfaktoren

8. Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Sterbebegleitung muss im gesamten Krankenhaus gestärkt werden

Forderung 8 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung
Akten
Fokusgruppen
Angehörigeninterviews
Feedbackumfrage
Arbeitsgruppe

- Prä: 71% fühlen sich als Teil eines multiprofessionellen Teams
- Prä: Qualität der (interdisziplinären) Teamkommunikation korreliert positiv mit der wahrgenommenen Versorgungsqualität sterbender Menschen auf Station ($r=0,48$; $p<0,001$)
- Post: 83% fühlen sich als Teil eines multiprofessionellen Teams
- Prä: Einführung von Dokumentationsstandard (Binjnsdorp et al, BMC Palliative Care 2023, Pereira et al, health Res Policy Syst.)
- Prä: Wir brauchen eine Teambesprechung für palliative Patienten. [...] Genau für solche Fälle, palliative Patienten, die wir da haben, brauchen wir, auch wenn jemand mal kurz/ manchmal gibt es auch, wir haben nichts zu besprechen, und es geht ja auch schnell, weil alle die Patienten kennen, manchmal dauert es halt länger, aber es ist, glaube ich, so etwas müsste man implementieren, um die Versorgung zu verbessern. (Ärztin)
- Prä: Wie soll ich eine Sterbebegleitung gestalten, wenn die Information schon aus dem ärztlichen Sektor unterblieben ist? [...] Dass man SOLCHE progredienten negativen Nachrichten im Beisein einer kompetenten Pflegekraft kommuniziert und dokumentiert. (Pflegefachpersonal)
- Post: [Die multiprofessionelle Fallbesprechung] ist es ja schon auf jeden Fall hauptsächlich eine teambildende Maßnahme zwischen Ärzten und Pflegern, besser zusammenzuarbeiten und ich glaube, das kann man immer gebrauchen. (Ärztin)
- Maßnahmen Fallbesprechung (3/10 Stationen), Gemeinsame Gesprächsführung (1/10 Stationen)

Ergebnis-Symposium

StiK-OV Manuskripte

- Vorabbefragung
- Prädiktoren der Versorgungsqualität

9. Vorhandene hausinterne und externe Strukturen zur Unterstützung der Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sollen im gesamten Krankenhaus bekannt sein und genutzt werden

Forderung 9 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung
Akten
Fokusgruppen
Angehörigeninterviews
Feedbackumfrage
Arbeitsgruppe

- Prä: Nur 17% kennen die Strukturen der lokalen Hospiz- und Palliativnetzwerke
- Prä: Nur 32% ist bekannt, wie die Begleitung von Patient:innen und Angehörigen durch Hospiz- und Palliativarbeit initiiert wird
- Prä: Wenn die Patienten im Sterben sind, du hast die und die Möglichkeit, [...] Seelsorge, denken auch ganz viele nicht dran. (Pflegefachperson)
- Post: „Bei mir hat sich meine Wahrnehmung für die Seelsorge auch wirklich verändert, [...] dass man natürlich auch eine religiöse HANDLUNG durchführen kann, wenn die Seelsorge kommt und was ich zum Beispiel auch mache, dass ich sage, „Möchten Sie sich unterhalten oder möchten Sie auch irgendwie ein Gebet sprechen?“ [...]. Tatsächlich ist es so, dass die Reaktion, wenn man Seelsorge anbietet, erstmal ist „Oh mein Gott, nein, das brauche ich nicht“. [...] Wenn man es den Leuten erklärt, eben das sehr, sehr gerne angenommen wird - auch von jungen Menschen.“ (Pflegefachperson)
- Prä: Ja. Also das hat mich schon bisschen erschüttert. Und dass man auch nicht darüber unterrichtet wird, was es eigentlich alles für Möglichkeiten gibt. Also dass es überhaupt eine Sozialstation gibt im Krankenhaus, habe ich durch Zufall erfahren. (Tochter)
- Prä: Dann hätte man doch eher einen Seelsorger oder eine Begleitung, der uns die ganzen oder die uns die ganzen Tage BEGLEITET hätte und GEHOLFEN hätte in dieser Situation. Ja? Dass die Ärzte sich da nicht stundenlang hinsetzen können, das ist ganz klar. Aber man fühlt sich einsam und alleine, das ist so. (Ehefrau)
- Maßnahmen: Kontaktliste für Stationsteam mit Unterstützungsangeboten für die Angehörigenbetreuung (1/10 Stationen), Einbezug Seelsorge (1/10), Fortbildung zu palliativen Versorgungsstrukturen (1/10), Einbezug Palliativmedizinischer (Konsil-)dienst (1/10)

Ergebnis-Symposium

- (Frau im Publikum; 615) KH sollten über regionale Kooperationspartner (z.b. ambulante Hospizdienste) informiert sein und diese einbinden.
- (Joachim Pröhl; 398) Der Versorgung sterbender Menschen sind außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung auch „Grenzen gesetzt“.

StiK-OV Manuskripte

- Vorabbefragung

10. Die Begleitung der Angehörigen auch nach dem Versterben muss als Teil einer qualitativ hochwertigen Sterbebegleitung im gesamten Krankenhaus verstanden werden

Forderung 10 wird gestützt durch:

Daten aus StiK-OV

MA-Befragung

Akten

Fokusgruppen

Angehörigeninterviews

Feedbackumfrage

Arbeitsgruppe

- Prä: Dass man einen sterbenden Patienten dann vielleicht als dritten Patienten hat, weil man weiß, okay, da wird jetzt nicht mehr viel gemacht, und dann noch zwei intensivpflichtige Patienten dazu betreut, und eigentlich gar keine Zeit mehr für diesen sterbenden Patienten hat oder seine Angehörigen, und irgendwie alle so ein bisschen alleinlässt, weil man seine Energie quasi auf das Überleben der anderen beiden Patienten irgendwie einbringt und fokussiert. Ja, das empfinde ich als ziemlich belastend im Nachhinein. (Pflegefachpersonal)
- Prä: Perfusoren oder wirklich noch Sauerstoff, alles aus dann. Erstmal wieder gerade, Kissen raus. Und wenn man dann weiß irgendwann, okay, es kommen noch Angehörige, dann versuchen wir auch in dem Maß, was uns möglich ist, dann das irgendwie auch noch nett zu machen. Also wir haben ja einen Fernseher am Bett, wo man dann zum Beispiel Musik drüber laufen lassen kann, oder wir hatten auch mal so eine Lampe, die so ein gedämpftes Licht hatte, wenn die Angehörigen kommen, auf jeden Fall, dann versuchen wir, das irgendwie so nett wie möglich zu machen, auch zu sagen, wollen Sie einen Kaffee, wollen Sie einen Tee, oder hier finden Sie Wasser. (Pflegefachpersonal)
- Prä: Also, nachdem dann die Apparate abgestellt waren, und nachdem es dann auch keine Herzaktionen mehr gab, kam die Schwester rein und sagte, sie würde meine Schwester jetzt fertigmachen, und wir sollten nochmal rausgehen. Und dann konnten wir uns alle zusammen nochmal in den Warteraum setzen, und dann wurden wir geholt, da hatte man eine Kerze angezündet, und das fand ich auch sehr angenehm. Und dann durften wir so lange dableiben, wie wir wollten, also ohne Zeitbegrenzung. (Schwester)
- Prä: Was auch toll war, also dass, als mein Vater dann verstorben ist, wurde uns halt auch die Zeit danach noch eingeräumt, also eine Stunde oder länger, um Abschied zu nehmen dann nochmal, und man hat ihm dann auch nochmal letztendlich alle Schläuche, Kabel und so, entfernt, und dann durften wir halt nochmal auch zu ihm rein, ne. Also das war auch, ja, in einem sehr lebenswerten Rahmen und sehr respektvollen und achtungsvollen Rahmen, ja. (Tochter)
- Maßnahme Checkliste nach dem Versterben (1/10 Stationen)

Ergebnis-Symposium

- (Marina Filipovic; 284) Der finanzielle Rahmen für die Versorgung der Angehörigen nach dem Versterben der Patient:innen muss gegeben sein. Aktuell endet die Finanzierung nach dem Tod.
- (Prof. Dr. Raymond Voltz; 289) Für Angehörige gibt es das Leben „danach“.

StiK OV Manuskripte

- Publikationen CH?

Anlage 41: CFIR-Analyseblatt

INNER SETTING						
Konstrukt	Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquelle	Datenauswertung	Dokumentation
A STRUCTURAL CHARACTERISTICS	Sterbefälle, Bettenanzahl, Patient*innencharakteristika (Alter, Aufenthaltsdauer, Diagnosen, Kommunikationsfähigkeit)	Ja		Aktenanalyse: Patient*innencharakteristika (Alter, Aufenthaltsdauer, Diagnosen, Kommunikationsfähigkeit) Arbeitsgruppentemplate Controlling: Sterbefälle Mitarbeitendenbefragung: Schätzen Sie bitte: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten im Moment des Versterbens eine:r Patient:in im Zimmer anwesend? (Erfahrung) Schätzen Sie bitte: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine:n Patient:in am Lebensende behandelt/begleitet? (Erfahrung2) Fokusgruppe	Deskriptiv (R/SPSS)	Angaben in Excelsheet
1 PHYSICAL INFRASTRUCTURE	Vorhandene Räumlichkeiten und Ausstattung der Station (Abschiedsraum, Gesprächsraum, Einzelzimmer, Bettenanzahl)	Ja		Arbeitsgruppentemplate Fokusgruppe Kommunikation	Qualitativ (MAXQDA)	Angaben in Excelsheet
2 INFORMATION TECHNOLOGY INFRASTRUCTURE	Vorhandene Austausch - und Dokumentationssysteme (digitale Dokumentation, Besprechungsformate, Ethikvisiten, Fallbesprechungen, ..)	Ja		Website, Controlling: Bettenzahl Arbeitsgruppentemplate Fokusgruppe Kommunikation	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet
3 WORK INFRASTRUCTURE	Organisation von Verantwortungen & Aufgaben auf der Station, Personalstruktur, Anzahl des Personal, Personalschlüssel	Ja		Mitarbeitendenbefragung: Haben Sie Fort- oder Weiterbildung(en) besucht, die eine intensivere Auseinandersetzung mit Sterben und Tod beinhaltet haben? (Zusatzqualifikation_SQ002) Haben Sie Fort- oder Weiterbildung(en) besucht, die eine intensivere Auseinandersetzung mit Sterben und Tod beinhaltet haben? (Zusatzqualifikation_SQ003) Website, Controlling: Anzahl Personal, Personalstruktur Fokusgruppen	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet
B RELATIONAL CONNECTIONS	Formelle und informelle Beziehungen auf der Station innerhalb des Teams/auf der Station (Therapeut*innen, Chirurg*innen) und außerhalb (mit der Palliativmedizin, Seelsorge, anderen Einrichtungen)	Ja		Mitarbeitendenbefragung: Die Stations-Teammitglieder arbeiten Hand in Hand. (Team_SQ002) [Ich fühle mich als Teil eines multiprofessionellen Teams (Umgang201_SQ010) Aktenanalyse: Einbindung des palliativmedizinischen Dienstes Arbeitsgruppentemplate Website: weitere Institutionen Fokusgruppen	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	Paraphrase/Angabe in Excelsheet
C COMMUNICATIONS	Kommunikation auf der Station (zwischen den Stationsmitarbeitenden)	Ja		Mitarbeitendenbefragung: Absprachen zwischen den Stations-Teammitgliedern untereinander funktionieren gut (Team_SQ003) Die Kommunikation im Stations-Team funktioniert gut. (Team_SQ006) Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	Paraphrase/Angabe in Excelsheet
D CULTURE	vorherrschende Kultur (eher kurativ oder palliativ), Normen, Werte, Fehlerkultur	Ja		Mitarbeitendenbefragung: Auf der Station herrscht insgesamt ein freundliches Klima (Team_SQ001) Die einzelnen Stations-Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um (Team_SQ005)		Paraphrase in Excelsheet
1 HUMAN EQUALITY-CENTEREDNESS	Geteilte Werte, Ansichten und Normen rund um den gleichen Wert und Würde jedes Menschen	Nein	Wird vorausgesetzt aufgrund Projektteilnahme			
2 RECIPIENT-CENTEREDNESS	Geteilte Werte, Ansichten und Normen Pflege, Unterstützung und Adressierung von Bedürfnissen und Wohlergehen der Patient*innen.	Nein	Wird vorausgesetzt aufgrund Projektteilnahme			
3 DELIVERER-CENTREDNESS	Geteilte Werte, Ansichten und Normen rund um Pflege, Unterstützung und Adressierung von Bedürfnissen und Wohlergehen der Stationsmitarbeitenden	Ja		Mitarbeitendenbefragung: Ich habe Unterstützungsmöglichkeiten, wenn ich an meine Grenzen komme. (Selbstfuers2) Ich nutze die folgenden Unterstützungsmöglichkeiten und Strategien (Selbstfuers3_SQ001-007) Fokusgruppe	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet

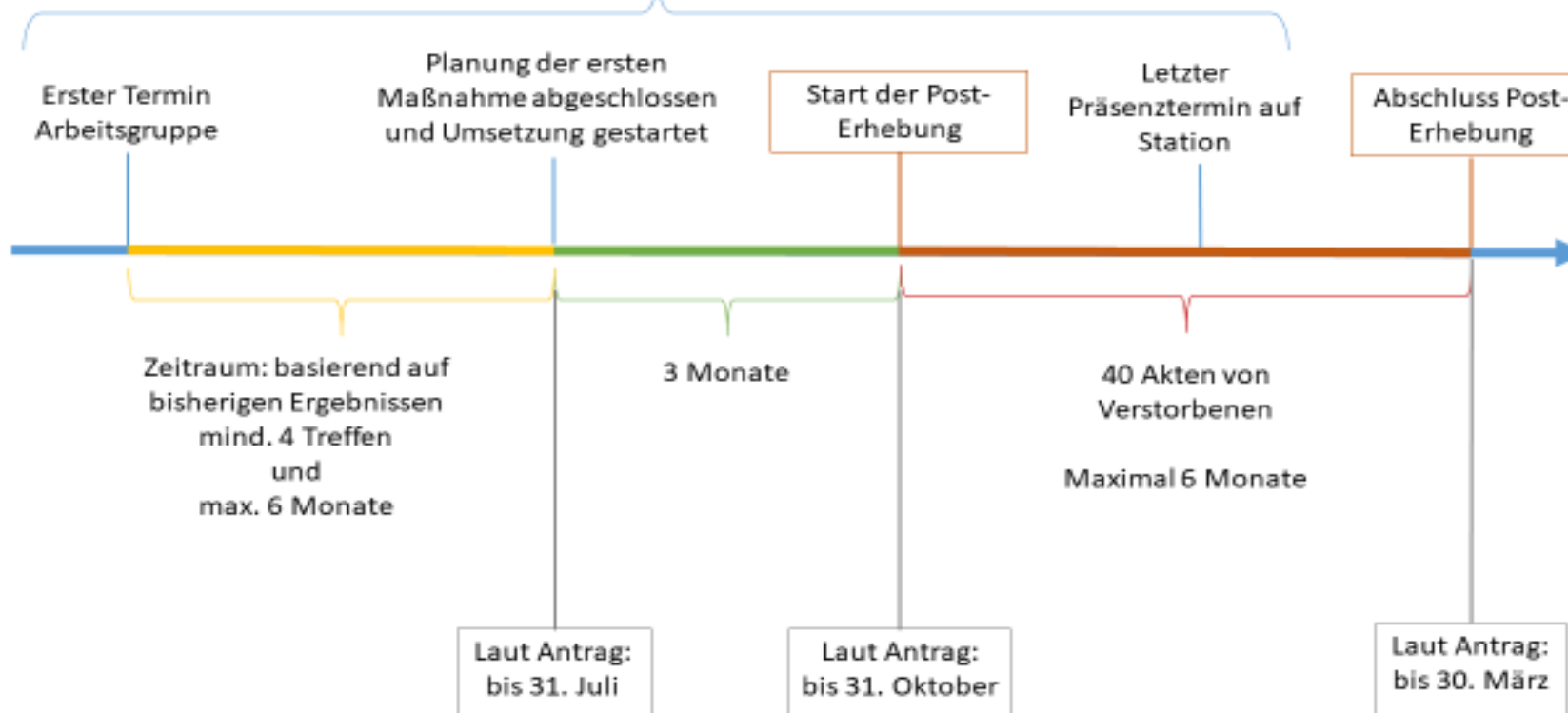
4 LEARNING-CENTEREDNESS	Geteilte Werte, Ansichten und Normen rund um psychologische Sicherheit, kontinuierliche Verbesserung und datengestützte Information der Praxis.	Nein	Nicht relevant.				
E TENSION FOR CHANGE	Jetzige Versorgungssituation wird als intolerierbar bewertet, ein Verbesserungsbedarf wird gesehen	Ja		Mitarbeitendenbefragung: Wie schätzen Sie aktuell die Versorgung in der Sterbephase auf Ihrer Station insgesamt ein? (VersorgungStation_SQ001) Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	Paraphrase/Angabe in Excelsheet	
F COMPATABILITY	Die Maßnahme passt zu den Gegebenheiten der Station.	Ja, erfüllt	Maßnahmen werden in der Arbeitsgruppe von Stationsmitarbeitenden entwickelt. Abläufe und Prozesse werden bereits bei der Auswahl berücksichtigt. Im Rahmen dieses Projektes ist die Kompatibilität der Maßnahmen sehr hoch, weil es von AG entwickelt wird und in Anpassungsphase noch	Study Protocol, Antragsunterlagen		Paraphrase/Angabe in Excelsheet	
G RELATIVE PRIORITY	Beschreibung der Projektteilnahme (Prozedere) und Rekrutierung der Stationsmitarbeitenden für die Arbeitsgruppen	Ja	Beschreibung der Projektteilnahme (Prozedere) und Rekrutierung der Stationsmitarbeitenden	Fokusgruppe Kommunikation			
H INCENTIVE SYSTEMS	Belohnungen für Projektteilnahme bzw. negative Konsequenzen bei Nicht-Teilnahme	Nein	Nicht relevant, da auf den Stationen nicht durchgeführt				
I MISSION ALIGNMENT	Die Maßnahmen und deren Implementierung stimmt mit Zielen, Verpflichtungen und Zweck der Station ein.	Nein	Nicht relevant, da durch Projektteilnahme gegeben				
J AVAILABLE RESSOURCES	Welche finanziellen, räumlichen, materiellen und zeitlich Ressourcen sind für die Projektumsetzung auf der Station vorhanden?	Ja					
1 FUNDING	Projektbezogene Gelder für die Station vorhanden	Ja, erfüllt	Wird übergeordnet beschrieben.	Study Protocol, Antragsunterlagen Fokusgruppe			
2 SPACE	Räumliche Ressourcen (z.B. Abschiedsraum), die für die Umsetzung der Maßnahme nutzbar sind	Ja		Arbeitsgruppentemplate Fokusgruppe	MAXQDA	Angabe in Excelsheet	
3 MATERIALS & EQUIPEMENT	Materielle Ressourcen (z.B. Leitfäden, Ritualbox)	Ja		Arbeitsgruppentemplate Fokusgruppe	MAXQDA	Angabe in Excelsheet	
K ACCESS TO KNOWLEDGE AND INNOVATION	Wie leicht sind den Mitarbeitenden die Informationen über die Maßnahmen zugänglich?	Ja, Posterhe	Befragung in Posterhebung, ob di	Mitarbeitendenbefragung (POST): Frage zu Bekanntheit und Information über die Maßnahme	Deskriptiv (R/SPSS)	Angabe in Excelsheet	
OUTER SETTING							
	Konstrukt		Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquellen	Datenauswertung
A CRITICAL INCIDENTS		Ja	Unerwartete oder Umfassende Ereignisse, die während der Implementierung störten.	Ja	Beschreibung von Streiks, Pandemie, Personalausfällen	Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA) Paraphrase in Excelsheet
B SPECIFICS		Ja	Klinikspezifische, lokale Unterschiede	Ja	Beschreibung von klinikspezifischen	Arbeitsgruppentemplate Kommunikation Forschungsteambesprechung	Qualitativ (MAXQDA) Paraphrase in Excelsheet

INNOVATION DOMAIN Maßnahmenentwicklung						
Konstrukt	Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquellen	Datenauswertung	Dokumentation
A SOURCE	Wer hat die MaßnahmeN ausgewählt/entwickelt (Hintergrund der Person: Profession, Stellung, etc.)? Beschreibung des Auswahlprozesses der Maßnahmen (Maßnahmenkoffer, Ergebnispräsentation)	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet
B RELATIVE ADVANTAGE	Warum wurde die Maßnahmen ausgewählt? Welche Vorteile/Nutzen sehen die Mitarbeitender in den Maßnahmen?	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet
D PROCESS ADAPTATON	Anpassung des Arbeitsgruppenprozesses an die Station	Ja	Selbst erstellt	Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet
IMPLEMENTATION PROCESS DOMAIN Umsetzungsprozess						
Konstrukt	Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquellen	Datenauswertung	Dokumentation
A TEAMING	Beschreibung der Arbeitsgruppe (Wieviele Treffen haben stattgefunden, wieviele Teilnehmenden waren anwesend, welche Professionen waren vertreten?)	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	Angabe in Excelsheet
B ASSESSING NEEDS	Wie war die Stimmung in den Arbeitsgruppen (motiviert, schleppend)? Besprechung von Bedürfnissen, Wünschen, Präferenzen für die gesamte Implementierung	Nein	Maßnahmenspezifische Erfassung sinnvoller			
1 INNOVATION DELIVERER	Sammeln von Informationen über Bedürfnissen, Wünschen, Präferenzen für die Maßnahmen und deren Implementierung	Nein	Erfassung in Hauptkategorie			
2 INNOVATION RECIPIENT	Sammeln von Informationen über Bedürfnissen, Wünschen, Präferenzen für die Maßnahmen und deren Implementierung	Nein	Ratio des Projekts			
C ASSESSING CONTEXT	Förderfaktoren und Barrieren während Maßnahmenentwicklung/Umsetzungsprozess	Ja, Posterhebung		Fokusgruppe	Qualitativ (MAXQDA)	Paraphrase in Excelsheet
D PLANNING	Identifizierung von Rollen und Verantwortlichkeiten, Festlegen von Schritten und Meilensteinen, definieren von Zielen und Maßnahmen für einen Implementierungserfolg	Nein	Nicht relevant, geschieht in Maßnahmenentwicklung und Implementierungsplanung, wird auch in A TEAMING erfasst			
E TAILORING STRATEGIES	Auswahl der Implementierungsstrategie und -theorie um Barrieren und Förderfaktoren zu begegnen.	Nein	Maßnahmenspezifische Erfassung sinnvoller			
F ENGAGING		Nein	siehe UNTERKATEGORIEN			
1 INNOVATION DELIVERER	Motivation der Teilnehmenden ein Teil der Arbeitsgruppe zu sein, Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen	Ja	Motivation der Arbeitsgruppenteilnehmer	Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Paraphrase in Excelsheet
2 INNOVATION RECIPIENT	Ermutigen und Motivation der Patienten ein Teil der Arbeitsgruppe zu sein und an der Maßnahme teilzunehmen	Nein	Nicht relevant.			
G DOING	Umsetzung der Implementierung in kleinen Schritten, Tests oder in Zyklen	Nein	wird auf Projektebene beschrieben			
H REFLECTING & EVALUATING	Sammeln von quantitativen und qualitativen Feedback ...	Ja, Posterhebung	siehe UNTERKATEGORIEN			
	..zur Implementierungoutcomes			Arbeitsgruppentemplate (v.a. letztes Treffen, Feedbackrunde) Mitarbeitendenbefragung: Ist Ihnen bekannt, dass im Jahr 2022 auf Ihrer Station Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Sterbephase eingeführt wurden? (Post01) Fokusgruppe	Deskriptiv (R/SPSS) Qualitativ (MAXQDA)	
1 IMPLEMENTATION		Ja, Posterhebung	Outcomes der Arbeitsgruppenphase: Informationen zum Erfolg der Implementierung	Arbeitsgruppentemplate		Angabe/Paraphrase in Excelsheet
	..zu den Maßnahmenoutcomes			Fokusgruppe Mitarbeitendenbefragung (Prä-Post)	Qualitativ (MAXQDA)	Paraphrase in Excelsheet
2 INNOVATION		Ja, Posterhebung	Outcomes der Maßnahme: Informationen zum Erfolg der Maßnahme			
I ADAPTING	Anpassen der Maßnahme an die Station und deren Abläufe	Nein	Maßnahmenspezifische Erfassung sinnvoller			

INDIVIDUALS DOMAIN						
Konstrukt	Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquellen	Datenauswertung	Dokumentation
ROLES SUBDOMAIN						
A HIGH-LEVEL LEADERS	Stationsmitarbeitende mit hoher Autorität und Entscheidungsmacht (Direktor*innen, Chefärzt*innen)	Ja	kann im Verlauf beurteilt werden	Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Kommunikation	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
1 Grad der Eingebundenheit	AG-Template (Anzahl der Teilnahme an AGs; Erreichbarkeit)	Ja	kann im Verlauf beurteilt werden	Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Kommunikation	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
2 Grad der Unterstützung	Wahrnehmung des Forschungsteams, AG-Template	Ja	kann im Verlauf beurteilt werden	Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Kommunikation	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
B MID-LEVEL LEADERS	Stationsmitarbeitende mit moderater Autorität und Entscheidungsmacht (Oberärzt*innen, Teamleitungen)	Ja	kann im Verlauf beurteilt werden	Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Kommunikation	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
C OPINION LEADERS	Meinungsträger auf den Stationen/der Arbeitsgruppe	Ja	kann im Verlauf beurteilt werden	Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Kommunikation	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
D IMPLEMENTATION FACILITATORS	Alle Personen, mit Fachwissen, die bei der Umsetzung helfen und unterstützen	Ja	kann im Verlauf beurteilt werden	Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Kommunikation	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
CHARACTERISTICS SUBDOMAIN						
Versorgende/Teilnehmende Arbeitsgruppe						
A Strains	Belastungen auf Seiten der Mitarbeitenden	Ja		Fokusgruppe Arbeitsgruppentemplate Mitarbeitendenbefragung: Fragengruppe Belastende Faktoren in der Versorgung in der Sterbephase & Schwierigkeiten in der Versorgung sterbender Patient*innen	Angabe in Excelsheet	Qualitativ (MAXQDA)
B CAPABILITY	Die Personen haben interpersonelle Kompetenzen, Wissen und Fähigkeiten, um die Rolle zu erfüllen	Nein	Wird als gegeben angesehen, da sonst keine Projektteilnahme bzw. Teilnahme an Arbeitsgr		Angabe in Excelsheet	
C OPPORTUNITY	Die Personen haben Verfügbarkeiten, Ziele und Energie, um die Rolle zu erfüllen	Nein	Wird als gegeben angesehen, da sonst keine Projektteilnahme bzw. Teilnahme an Arbeitsgr		Angabe in Excelsheet	
D MOTIVATION	Die Personen möchten die Rolle erfüllen	Nein	Wird als gegeben angesehen, da sonst keine Projektteilnahme bzw. Teilnahme an Arbeitsgr		Angabe in Excelsheet	

INNOVATION DOMAIN						
Konstrukt	Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquellen	Datenauswertung	Dokumentation
A INNOVATION CHARACTERISTICS	Merkmale der Maßnahme	Ja	Beschreibung der Maßnahme, Selbst erstellt	Arbeitsgruppentemplate	Arbeitsgruppentemplate	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
	Wer hat die Maßnahme ausgewählt/entwickelt (Hintergrund der Person: Profession, Stellung, etc.)? Beschreibung des Auswahlprozesses der Maßnahmen (Maßnahmenkoffer, Ergebnispräsentation)	Ja	Beschreibung des Auswahlprozesses der Maßnahmen (Maßnahmenkoffer, Ergebnispräsentation)	Arbeitsgruppentemplate		
B INNOVATION SOURCE						
C INNOVATION EVIDENCE-BASE	Die Maßnahme hat robuste Evidenz, die die Effektivität der Maßnahme unterstützt.	Ja	Erfahrungswerte & Literaturangaben zu Maßnahmen in der Sterbephase	Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
C INNOVATION RELATIVE ADVANTAGE	Die Maßnahme ist besser als andere Maßnahmen oder die jetzige Praxis (subjektive Wahrnehmung der Arbeitsgruppe)	Ja	Warum wurde die Maßnahme ausgewählt? Welche Vorteile/Nutzen sehen die Mitarbeitenden in der der Maßnahme?	TIDIER (Literaturangabe) Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet TIDIER
C INNOVATION ADAPTABILITY	Die Maßnahme kann angepasst, modifiziert oder umdefiniert werden, um an lokale Gegebenheiten oder Bedürfnisse angepasst zu werden.	Ja, erfüllt	Beschreibung der Entwicklungsphase: Maßnahme wird an die Gegebenheiten der Station angepasst und kommt aus der Station heraus		Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
D INNOVATION TRIALABILITY	Die Maßnahme kann im kleineren Rahmen getestet/pilotiert werden.	Ja, erfüllt	Übergeordnet beschreiben, weil die Maßnahmen die wir einführen im Laufe des Projekts (im kleinen Rahmen) getestet/ausprobiert werden können; falls Nutzen nicht gegeben oder Maßnahme nicht praktikabel, kann die Maßnahme ohne weiteres rückgängig gemacht werden. z.B. Kommunikationsschulung: wenn nicht gut, dann nächstes Jahr nicht nochmal; z.B. Umgestaltung Raum: kann ausprobiert werden, wenn nicht gut, mit etwas mehr Aufwand rückgängig zu machen, aber machbar; Z.B.			
E INNOVATION COMPLEXITY	Die Maßnahme ist kompliziert, was sich an deren Ziel oder der Anzahl an erforderlichen Schritten zeigt. (T)Ja, Posterhebung	Ja, Posterhebung		Fokusgruppe	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
F INNOVATION DESIGN	Die Maßnahme ist gut designt und "verpackt". Beschreibung der Präsentation der Maßnahmen	Ja, Posterhebung		TIDIER Fokusgruppe	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
G INNOVATION COST	Die Implementierungs - und Maßnahmenkosten (finanziell) sind teuer.	Ja	Beschreibung der Kosten	Arbeitsgruppentemplate	Bestelldokumente	Qualitativ (MAXQDA)
H INNOVATION COST						Angabe/Paraphrase in Excelsheet
IMPLEMENTATION PROCESS DOMAIN						
Implementation process (Maßnahme)						
Konstrukt	Konstruktbeschreibung	Stand	Begründung	Datenquellen	Datenauswertung	Dokumentation
A TEAMING	Beschreibung der Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die Implementierung der Maßnahme	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
B ASSESSING NEEDS	Besprechung von Bedürfnissen, Wünschen, Präferenzen für die Implementierung der Maßnahme	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
1 INNOVATION DELIVERER	Sammeln von Informationen über Bedürfnissen, Wünschen, Präferenzen der Versorgenden für die Maßnahmen und deren Implementierung	Nein	Erfassung in Hauptkategorie			
2 INNOVATION RECIPIENT	Sammeln von Informationen über Bedürfnissen, Wünschen, Präferenzen der Patient*innen für die Maßnahmen und deren Implementierung	Nein	Ratio des Projekts			
C ASSESSING CONTEXT	Förderfaktoren und Barrieren bei der Umsetzung der einzelnen Maßnahme	Ja, Posterhebung	separate Erfassung	Fokusgruppe	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
D PLANNING	Identifizierung von Rollen und Verantwortlichkeiten, Festlegen von Schritten und Meilensteinen, definieren von Zielen und Maßnahmen für einen Implementierungserfolg	Nein	Nicht relevant, geschieht in Maßnahmenentwicklung und Implementierungsplanung, wird auch in A TEAMING erfasst			
E TAILORING STRATEGIES	Auswahl der Implementierungsstrategie und -theorie für die einzelne Maßnahme auf Basis der Ausgangslage	Ja		Ausgangslage Station		Angabe/Paraphrase in Excelsheet
F ENGAGING		Nein	übergeordnet beschreiben			
1 INNOVATION DELIVERER	Motivation der Teilnehmenden ein Teil der Arbeitsgruppe zu sein und an der Maßnahme teilzunehmen	Nein	übergeordnet beschreiben			
2 INNOVATION RECIPIENT	Ermutigen und Motivation der Patienten und Angehörigen an der Maßnahme teilzunehmen	Nein	Nicht relevant.			
G DOING	Beschreibung der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	TIDIER
H REFLECTING & EVALUATING	Quantitatives und qualitatives Feedback ...	Ja, Posterhebung	siehe UNTERKATEGORIEN	Arbeitsgruppentemplate		
1 IMPLEMENTATION	..zur Implementierungoutcomes	Ja, Posterhebung	FG: Maßnahme praktikabel/umsetzbar/nützlich/angemessen? MB: Fragen in der Posterhebung zu Maßnahmen	Mitarbeitendenbefragung (POST) Fokusgruppe (POST)	Quantitativ (SPSS/R) Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
2 INNOVATION	..zu den Maßnahmenoutcomes	Ja, Posterhebung	separate Erfassung	Fokusgruppe (POST)	Quantitativ (SPSS/R) Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet
I ADAPTING	Beschreibung des Anpassungsprozesses der Maßnahme an die Station und deren Abläufe	Ja		Arbeitsgruppentemplate	Qualitativ (MAXQDA)	Angabe/Paraphrase in Excelsheet

Ziel: Abschluss der Maßnahmenplanung im Oktober, letzte Präsenztermine im November/Dezember/Januar
Zeitraum: maximal 12 Monate



Kontaktaufnahme – Erster AG-Termin: Etablierung der Arbeitsgruppe, Terminfindung

Entwicklungsphase: von 1. Treffen bis Start der Umsetzung der ersten Maßnahme; in diesem Zeitraum wird mit der Entwicklung der Maßnahmenpläne begonnen und mindestens eine Maßnahme fertig geplant

Umsetzungs- und Anpassungsphase: Erste Maßnahme auf Station umgesetzt -> Maßnahme kann in diesem Zeitraum noch angepasst werden; weitere Maßnahmen werden in diesem Zeitraum weiterentwickelt und umgesetzt

Evaluationsphase: Zeitraum der Post-Erhebung; die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahme ist abgeschlossen, es finden keine Präsenztermine mehr auf Station statt