

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%).
- Pra: 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?