

Das G-BA-Innovationsfonds-Projekt „Avenue-Pal“

Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung

Von W. George, P. Steffen, T. Schanze, K. Weber, M. Haberland, J. Herrmann, M. Ascensi, P. Larionov, R. Scheld, J. Dapper, U. Sibelius, D. Berthold, U. Scorna, S. Brosch, K. Blum, C. Heidrich und I. Kopp

TEIL 1

Nach einer jüngeren, nicht repräsentativen Studie verbringt der weit größte Teil aller Deutschen seine letzten Lebenstage im Krankenhaus (ca. 50%), Pflegeheim (ca. 20%) oder Hospiz (4,5%) [1]. Zugleich zeigen unterschiedliche Studien, dass sich der überwiegende Teil der Bevölkerung wünscht zuhause zu versterben [2, 3]. Es fällt zusätzlich auf, dass – obwohl ein großer Teil bereits stationär versorgt wird – ein nicht unerheblicher

Anteil dieser Krankenhauspatienten bzw. Heimbewohner nochmals in eine andere Einrichtung oder innerhalb der eigenen Einrichtung verlegt bzw. überwiesen wird [3]. Eigenen Studien zufolge betrifft dies ca. 20% aller Patienten im Krankenhaus und 25% aller Bewohner

stationärer Pflegeeinrichtungen [4]. Damit wären jährlich deutschlandweit annähernd 150.000 Patienten betroffen, zu denen noch all diejenigen hinzukommen, die von zuhause in ein Krankenhaus verlegt werden. Dem gegenüber steht der Befund, dass sich aus diesen

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Knapp 80% aller Menschen sterben in Deutschland in stationärer Versorgung, ca. jeder fünfte von ihnen wird in seiner letzten Lebensphase nochmals in einen anderen Versorgungsbereich verlegt. Dies sind mehr als 150.000 Menschen, die oft ohne Indikation verlegt werden. 13 Risikofaktoren wurden für diese nicht indizierten Verlegungen identifiziert.

Methode: Unter Begleitung der AWMF wurden zwei regional wirksame Leitlinien entwickelt und in einem Krankenhaus der Maximalversorgung sowie einer Pflegeeinrichtung implementiert. In dem Krankenhaus wurde ein palliativer Konsildienst etabliert. In der Pflegeeinrichtung wurde eine umfassende Personal- und Organisationsentwicklung betrieben.

Unterschiedliche Kooperationen mit relevanten regionalen Partnern beider Modelleinrichtungen wurden systematisch ausgeweitet.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Die Verlegungen konnten trotz kurzer Laufzeit des Projekts signifikant reduziert werden. Gelingen konnte dies auch durch die Etablierung von Entscheidungshilfen und einer digitalisierten Implementierungsunterstützung. Die Ergebnisse der ethischen und sozialen Begleitforschung rechtfertigen das Vorgehen: Die Zufriedenheit von Angehörigen und Mitarbeitern steigt.

Schlüsselwörter: Sterbeorte, S2k-Leitlinie, Risikofaktoren für die Verlegung Sterbender, Chartaprozess, palliativer Konsildienst, Angehörigen-App

Eingereicht am 1.4.2021 – akzeptiert am 29.4.2021

Prof. Dr. Wolfgang M. George: Technische Hochschule Gießen, TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung, Gießen; Dr. Petra Steffen, Dr. Karl Blum: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Geschäftsbereich Forschung, Düsseldorf; Prof. Dr. Thomas Schanze, Pavel Larionov: Technische Hochschule Mittelhessen, Fachbereich Life Science Engineering, Institut für Biomedizinische Technik, Gießen; Prof. Dr. Karsten Weber, Ulrike Scorna M.A.: Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Institut für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung, Regensburg; Michael Haberland, Mandy Ascensi: TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH, Gießen; Dr. Johannes Herrmann, Statistikberatung, Gießen; Roland Scheld, Jens Dapper: AWO Gießen GmbH, Gießen; Prof. Dr. Ulf Sibelius, Dr. Daniel Berthold, Svenja Brosch: Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Med. Klinik V – Internistische Onkologie und Palliativmedizin, Gießen; Christiane Heidrich: BIG direkt gesund, Versorgungsmanagement, Dortmund; Prof. Dr. Ina Kopp: AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, c/o Philipps-Universität Marburg, Marburg

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

Verlegungsprozessen in aller Regel erhebliche Herausforderungen etwa für die Wahrung der Kontinuität des Versorgungsprozesses bzw. der Lebensqualität der Betroffenen ergeben [5]. Ergänzt wird dieser problematische Befund dadurch, dass späte Verlegungen für Angehörige und selbst für betreuende Helfer ebenfalls Stress verursachen [6]. Unklar bleibt zudem, ob die vollzogenen Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen [7]. In **Abb. 1** sind die Orte dargestellt, an denen sterbende Menschen ihre letzten Lebenstage verbringen.

Ziele

Es gilt demnach diejenigen fachlichen, personellen, organisatorischen, prozessualen, sozialen, informationellen u.a. Einflüsse zu identifizieren, die unnötige Verlegungen entstehen lassen. Die Auflistung lässt bereits erkennen, dass es

wahrscheinlich mehrere, sich gegenseitig bedingende bzw. verstärkende Faktoren gibt, welche zu Verlegungsentscheidungen führen. Gleichzeitig setzt bspw. die „Charta zur Betreuung Sterbender“ das Ziel, allen Menschen unabhängig des Sterbeortes ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen [8]. Wenn auch vor allem in normativ-rechtlicher Herleitung, werden dort auch diejenigen ethischen, juristischen, fachlichen sowie sozialen Begründungen aufgeführt, warum es die unterschiedlichen Settings des Sterbens zu flankieren gilt und wie dies prinzipiell möglich wäre.

Ziel von Avenue-Pal war nun die Verhinderung der Verlegung Sterbender, die weder aus medizinischen, pflegerischen, sozialen und/oder juristischen Erwägungen bzw. denen des Patientenwohls zu begründen sind. Wenn alle Risiken erkannt und zwei zu diesem Zweck entwickelte Leitlinien umgesetzt sind, soll-

ten die Verlegungen auf unter 5% der Fälle reduziert werden. Zugleich sollte sich die Zufriedenheit mit der so stabilisierten Situation aufseiten der Mitarbeiter, der Angehörigen und auch dem verantwortlichen Management erhöhen [9].

Methode und Vorgehen

Die ziel- und ergebnisorientierte Projektentwicklung erfordert ein strukturiertes und agiles Multi-Projektmanagement. Nur so können wissenschaftliche und praktische Zielmarken erreicht und eine formative Evaluation durchgeführt werden.

Zur Verbesserung der Koordinierung von sieben Teilprojekten und der mit diesen verbundenen Gremien- und Entscheidungsprozesse wurde ein externer, interdisziplinärer Beirat mit Akteuren transsektoraler Herkunft sowohl aus dem Forschungs- und Wissenschaftsbetrieb als auch der Praxis (Pflegeheim, Palliativversorgung, Notfallmedizin, Hausärzte, Pflegespezialisten, Angehörigenvertreter, Management, Qualitätsmanagement, Kostenträger etc.) konstituiert. Mit Blick auf einen möglichen Transfer der Projektergebnisse wurden Fachanwälte des Medizinrechts, ein kommunaler Spitzenverband und Vertreter des Genossenschaftswesens hinzugezogen. Es kam zu drei Beiratstreffen und zahlreichen fachlichen Abstimmungen.

Das Projekt folgte methodisch dem 4-Phasen-Modell. In einem ersten Schritt wurden alle verfügbaren evidenzbasierten Informationen zum Verlegungsgeschehen aus dem deutschsprachigen Raum, aber auch darüber hinaus zusammengeführt und auf das Projektziel hin gesichtet. Ergänzt wurden die Befunde durch eigene empirische Studien (z.B. Hausärzte) und qualitative Interviews. Als mögliche Auslöser einer Entscheidungskette, an deren Ende die Verlegung eines Sterbenden steht, konnten empirisch insbesondere vier relativ unabhängige Einflussfelder identifiziert werden:

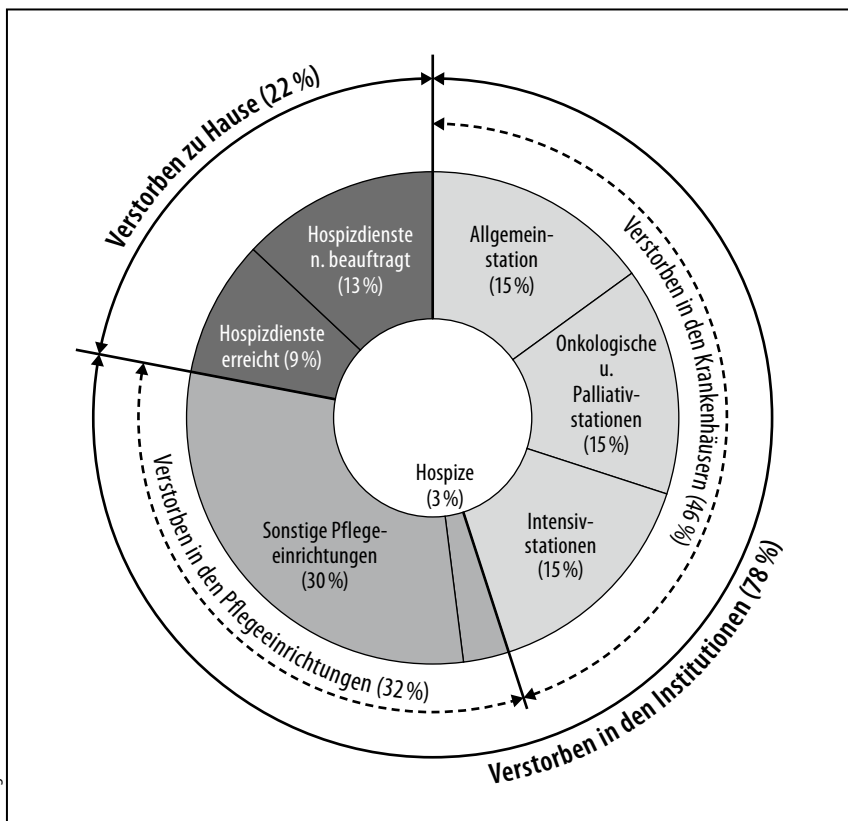


Abb. 1: Sterbeorte (z.T. Schätzungen).

- 1 akute Verschlechterung des physischen Zustandes,
- 2 sich ausweitende psychische bzw. mentale Beeinträchtigungen,
- 3 (äußere) Einflussnahmen, etwa durch Angehörige, Hausärzte oder auch Angehörige und
- 4 strukturelle organisatorische bzw. personelle Rahmenbedingungen.

Aus diesen wurden insgesamt 13 operationalisierbare Risikofaktoren abgeleitet (Abb. 2).

Zusammen mit dem transsektoral zusammengestellten Projektbeirat wurden in der nächsten Projektphase nach Vorgabe und unter Begleitung des AWMF-Regelwerkes (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) konsensuell zwei Leitlinien entwickelt, welche in einem weiteren Schritt in zwei Modelleinrichtungen – einem Universitätskrankenhaus und einer 200 Plätze großen

Pflegeeinrichtung – über den Verlauf von zwei Jahren implementiert wurden. Gleichzeitig wurden zwei digitale Tools zur Stärkung der im System adressierten Betroffenen bzw. Angehörigen mittels einer Care-Giver-App und der Transfermöglichkeit bzw. Übertragbarkeit der Leitlinien mittels eines IT-gestützten Help-Desks im Sinne eines digitalen Projektmanagements entwickelt. Auch dies erfolgte in steter Wechselwirkung mit den Umsetzungspartnern und dem Projektbeirat. In Abb. 3 ist der Projektlauf skizziert.

Die Leitlinien-Implementierung bzw. deren praktische Verifizierung erfolgte im Normalbetrieb der Einrichtungen. Im Wissen um die komplexere Organisationsstruktur des Maximalversorgers wurde insgesamt ein Vorgehen gewählt, in dem der palliativen Klinik eine besondere Bedeutung bei Kommunikation und Schulung zukam. Als zentraler Mo-

tor der praktischen Umsetzung diente ein zu diesem Zweck etablierter palliativer Konsildienst. Die Leitlinie für Pflegeheime wurde demgegenüber gleichzeitig in allen Wohnbereichen etabliert. Im Sinne des formativen Vorgehens bestand in beiden Einrichtungen eine enge Rückkopplung zu den Mitarbeitern, Beiräten, Projektpartnern, internen Steuergruppen und der Begleitforschung. In der ersten sowie abschließenden Projektphase fand zusätzlich eine ethische Evaluation statt.

TEIL 2

Forschungsergebnisse

Neben eigenen Befragungen niedergelassener Ärzte und Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern wurden die Informationen der Fallpauschalen-bezogenen Krankenhausstatistik des Jahres 2016 des Statistischen Bundesamtes ver-

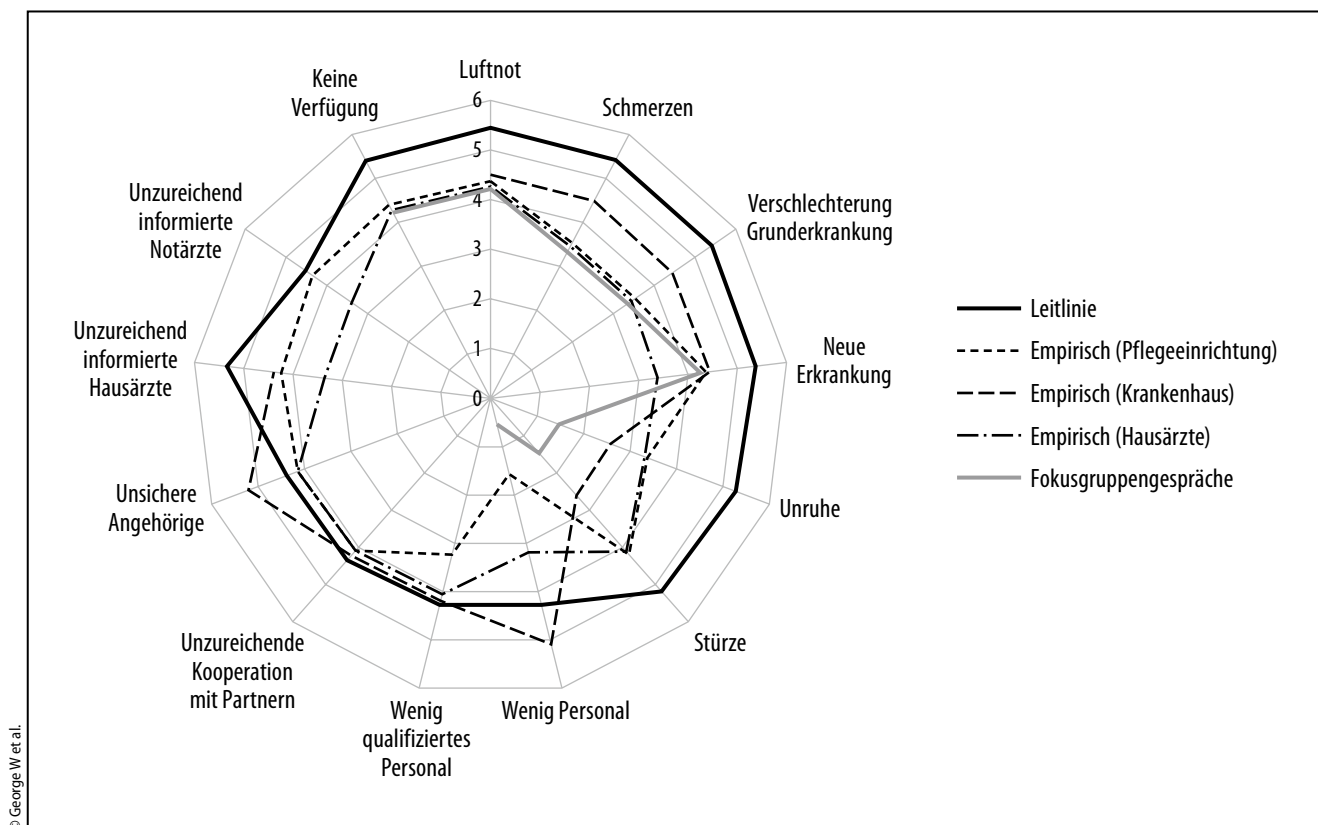


Abb. 2: Identifizierte Risikofaktoren und deren Begründung.

wendet [10]. Ziel war, versorgungsrelevante, wissenschaftlich zu beantwortende Informationen zu den Verlegungursächlichkeiten bzw. geübten Verfahren aus unterschiedlichen Perspektiven einzuholen.

In der **Befragung der Hausärzte** wurde deren hervorragende Bedeutung für die Konsolidierung der Situation in den Pflegeheimen deutlich: Hausärzte leiten selten, aber doch regelmäßig Verlegungen aus Pflegeheimen ein – 82% der Hausärzte verlegten dabei weniger als 10% der verstorbenen Patienten, 11% ca. ein Viertel der verstorbenen Patienten. Die Hausärzte sind sich bewusst, dass unnötige Verlegungen stattfinden. Als Treiber wurden unsichere Angehörige sowie unerfahrenes und unzureichend ausgebildetes Personal genannt, aber auch vermutete haftungsrechtliche Gründe. Auffällig ist, dass die meisten Verlegungen am Wochenende stattfinden (knapp drei Viertel der Verlegungen freitags bis sonntags). Der überwiegende Teil der Patienten wurde ins Krankenhaus verlegt, ein sehr viel geringerer Teil in Hospize.

In der **Befragung der Pflegeeinrichtungen**, die in Ergänzung zu den umfassenden Vorarbeiten realisiert wurde, zeigte sich, dass ein mögliches Drängen von Angehörigen sowie von Haus- und Notärzten eine entscheidende Rolle als Treiber im Verlegungsgeschehen spielt. Im Mittel wurden ca. 20% der schwerstkranken und sterbenden Bewohner in ein Krankenhaus verlegt, selten auch in Hospize, wiederum mit einer leichten Häufung von Verlegungen an Wochenenden. Sowohl diese Daten als auch die Antworten auf Fragen zum Verbesserungspotenzial heben zum einen die Bedeutung einer verbesserten Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Angehörigen und Pflegepersonal sowie einer besseren Information der Angehörigen und des Pflegepersonals zum Thema Sterben und den Vorgängen in der letzten Lebensphase hervor, zum anderen die Wichtigkeit des ACP-Verfahrens (advance care plan-

ning) und der Patienten-/Bewohnerverfügungen.

Die **Krankenhausstatistik** zeigt, dass am häufigsten in der Inneren Medizin verstorben wird (54% aller verstorbenen Patienten). 29% der im Krankenhaus im Jahr 2016 verstorbenen Patienten wurden verlegt, davon 19% auf zwei Fachabteilungen behandelt. Krankenhäuser verlegen schwerstkranken bzw. sterbende Patienten oft nach Hause (51% [sehr] oft), manchmal in Hospize oder Pflegeeinrichtungen (43–46% [sehr] oft), selten innerhalb des Krankenhauses (60% selten/nie).

Krankenhäuser verlegen schwerstkranken bzw. sterbende Patienten oft, weil stationäre (70% [sehr] oft) bzw. ambulante Versorgung organisiert ist (66% [sehr] oft), manchmal intern aufgrund medizinisch-pflegerischer Gründe (z.B. bessere Qualifikation des Personals) (35% [sehr] oft), manchmal bzw. seltener aus verschiedenen medizinischen Gründen. Nicht-indizierte Verlegungen erfolgen aus Krankenhaussicht eher aus Pflegeeinrichtungen bzw. aus dem häuslichen Umfeld ins Krankenhaus (29–41% [sehr] oft) als innerhalb des Krankenhauses. Die medizinisch-pflegerischen Risikofaktoren der Leitlinie sind in den Krankenhäusern aufgrund der gegebenen medizinischen Kompetenz keine entscheidenden Einflussfaktoren, das Vorhandensein bzw. Fehlen expliziter palliativer Kompetenz ist ein Grund für krankenhauserne Verlegungen. Entlassungen schwerkranker Patienten werden durch fehlende ambulante und stationäre Weiterversorgung erschwert.

Eine ähnliche Tendenz zeigt die Auswertung von Versichertendaten der Bundesinnungskasse Gesundheit (BIG) direkt Kranken- und Pflegeversicherung. 24% der betrachteten Versichertenpopulation verstarben im Krankenhaus, zumeist auf der Station Innere Medizin (30%). Die Innere Medizin ist zugleich die am Häufigsten verlegende Station. 17% der Fälle wurden in eine Pflegeeinrichtung verlegt, knapp 10% der Fälle in ein Hospiz.

Umsetzung und Ergebnisse Universitätsklinikum

Der Justus-Liebig-Universität (JLU) kam die Rolle zu, die im Rahmen des Projekts entwickelte Krankenhausleitlinie zur Verhinderung von Fehlverlegungen am Lebensende im Krankenhaus umzusetzen; dies fand modellhaft am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen (UKGM Gießen) statt als Krankenhaus der Maximalversorgung mit integrierter Palliativstation und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV). Spezifisch für den Versorgungssektor Krankenhaus diente in diesem Projekt der Ansatz einer dezentralisierten Palliativversorgung als maßgebliches Wirkinstrument, um die Krankenhausleitlinie umzusetzen.

Dies wurde über die Implementierung eines palliativen Konsildienstes realisiert, der den Mitarbeitern aller Stationen auf Anfrage bei allen Fragen der Versorgung von Palliativpatienten zur Verfügung steht. Darüber hinaus berät der Dienst die Stationen, wenn eine Verlegung eines Palliativpatienten im Raum steht, um Fehlverlegungen zu verhindern. Der Dienst setzt sich aus einem Arzt und zwei Pflegefachkräften zusammen, die alle auf Palliative-Care spezialisiert sind. Bei der Implementierung verfolgte die JLU die Strategie, bereits vor Arbeitsaufnahme des palliativen Konsildienstes im Rahmen von Stationsbesuchen über das Versorgungsangebot zu informieren.

Der Dienst wurde nach einer Anlaufphase gut in Anspruch genommen, im Zeitraum Januar 2020 bis Januar 2021 mit durchschnittlich 36 Erstkontakten und 49 monatlichen Folgekontakten. Es zeigte sich eine unterschiedlich ausgeprägte Kooperationsbereitschaft der verschiedenen Stationen. Sobald eine Kooperation entstand, konnte jedoch schnell ein hohes Interesse an weiterer Zusammenarbeit festgestellt werden. Dies deutet auf die besondere Wichtigkeit vermittelnder Personen auf den Stationen hin.

Umsetzung und Ergebnisse Pflegeheim

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) Gießen war als Umsetzungspartner der stationären Pflege beteiligt. Das eingebundene Pflegeheim betreut bis zu 205 Bewohner und war im Projektzeitraum zu 98,3% ausgelastet. In der vorgeschalteten Analysephase des Projekts galt zu ermitteln, welche Bedingungen und Entscheidungsprozesse in der Praxis zu medizinisch und ethisch nicht vertretbaren Fehlverlegungen von Menschen in deren letzter Lebensphase führen.

Es war zu eruieren, welche Instrumente in der stationären Pflege zur Verfügung stehen, um diese Verlegungen systematisch zu vermeiden. Im Besonderen wurden dabei die Perspektiven der betreffenden Menschen, deren Angehörige und die der eingebundenen professionellen und ehrenamtlichen Helfer ausgewogen berücksichtigt.

Zunächst wurde die bestehende Verlegungspraxis über die Auswertung von Dokumentationen sowie anhand von Interviews mit Mitarbeitern und Führungskräften erfasst und analysiert. Daraus und aus der sehr konkreten Zusammenarbeit eines eigens im Projekt geschaffenen Expertenbeirats konnten die insgesamt

13 Risikofaktoren für mögliche Fehlverlegungen bestätigt werden.

Auf dieser Basis wurde eine Praxisleitlinie entwickelt, die an die Pflegemitarbeitenden und das Pflegemanagement adressiert ist und individuelle – je Risikofaktor entwickelte – Maßnahmen beinhaltet, die in die Kategorien organisatorisch/strukturell, personell/personalbezogen sowie informationell/informationsbezogen unterteilt sind.

Im Rahmen eines formativen Projektmanagements wurden die Leitlinien in der gesamten Pflegeeinrichtung in sieben Wohnbereichen implementiert und Bedarfe der Anpassung ermittelt. Hierbei hat eine interne Projektgruppe mit Führungskräfte- und Mitarbeiterbeteiligung notwendige Anpassungen erarbeitet und mit der Projektleitung abgestimmt.

Unter der weiteren Beteiligung einer eigenen AWO(-externen) Steuerungsgruppe, in welcher Ärzte (ambulant, stationär, Notarzt), Mitarbeiter eines Hospizvereins, eine Leitung der kommunalen Sozialverwaltung sowie der Konsortialpartner UKGM eingebunden waren, wurden weitere spezifische Hinweise aufgenommen. Die Ergebnisse wurden in der Leitlinienlogik abgebildet und zu-

dem mit Kommentaren aus der praktischen Anwendung angereichert.

Im nächsten Schritt galt es, die Wirksamkeit und Effekte des erarbeiteten Instrumentariums durch quantitative und qualitative Messungen (Verlegungshäufigkeit, Zufriedenheit der Angehörigen und Mitarbeiter, Veränderung der Kostenstruktur) nachzuweisen. Für die Pflegeeinrichtung ist mit Blick auf die Projektergebnisse zunächst die Übersicht der ermittelten 13 Risikofaktoren (siehe **Abb. 2**) von besonderer Relevanz.

Die Logik der bereits beschriebenen Leitlinie im Pflegebereich folgt der Annahme, dass Fehlverlegungen vermieden bzw. reduziert werden können, wenn zu den jeweiligen Risikofaktoren exakt justierte, spezifische Maßnahmen umgesetzt werden.

Diese sind im Wesentlichen den Bereichen der Organisations- und Personalentwicklung zuzuordnen. So wurden bspw. Assessments und Standards überprüft, (weiter-)entwickelt und ergänzende Schulungsunterlagen erstellt. Maßnahmen im Rahmen der Personalentwicklung waren insbesondere die Ausbildung von Mitarbeitern zu Pain-Nurses und Palliativfachkräften sowie dar-

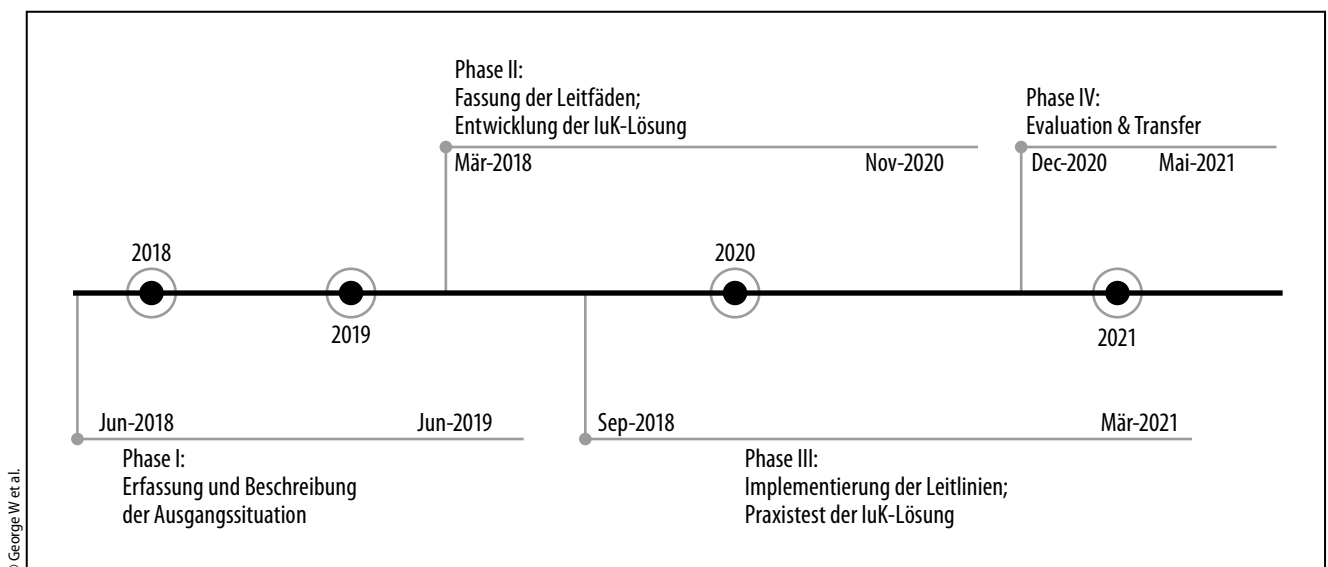


Abb. 3: Die vier Projektphasen (luK: Information und Kommunikation).

auf aufbauend die strukturierte Nutzung des aufgebauten Wissens.

Die Weiterentwicklung zur Zusammenarbeit wichtiger Kooperationspartner und Programmierungen in der EDV führten zu einer verbesserten Struktur und zum optimierten Notfallmanagement. Schließlich wurden regionale Akteure informiert und partnerschaftlich eingebunden. Die ACP-Beratung wurde ausgebaut. Mit der eingeführten Leitlinie und den z.T. auch präventiven Interventionen wurden messbare Effekte für die Pflegeeinrichtung und vor allem für deren Bewohner generiert.

Diese wurden u.a. in der Logik einer Balanced-Score-Card zusammengeführt. Sowohl bzgl. der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit als auch hinsichtlich der Prozessqualität und Finanzen sind positive Entwicklungen feststellbar. Nach quantitativer und qualitativer Analyse aller Verstorbenen ist festzustellen, dass es bereits in 2020 nur in vier Fällen – bei insgesamt 52 Verstorbenen – zu vermeidbaren Verlegungen gekommen ist.

Information- und Kommunikationsentwicklung

Entwicklung einer App für pflegende Angehörige. Eine Literaturanalyse und die im Avenue-Pal-Projekt durchgeführten spezifischen Studien haben gezeigt, dass eine gezielte und individuelle Angehörigenintegration in der palliativen Versorgung notwendig ist. Bis heute werden Angehörige und pflegende Personen nur unzureichend bzw. nicht deren Möglichkeiten entsprechend einbezogen.

Als Resultat können Situationen entstehen, die Verlegungen begünstigen. Zur Lösung des Problems wurde ein Prototyp einer App für iOS und Android entworfen, der durch vier Hauptfunktionalitäten in Form sogenannter Hubs gekennzeichnet ist (s. Zusatzmaterial online: **Abb. 4**, Angehörigen-App):

A Informations-Hub: Dem Nutzer wird eine Sammlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen rund um die

(palliative) Pflege zur Verfügung gestellt. Ziel ist der Ausbau kognitiver, verhaltensorientierter und sozialer Kompetenzen.

B Kommunikations-Hub: Dieser Hub dient der Verwaltung von Kontakten für alltägliche und dringende Situationen.

C Daten-Hub: Dieser Hub ist als Speicher für Vitaldaten und Stammdaten sowie für medizinische und rechtliche Dokumente angelegt. Er nutzt den FHIR-HL7-Standard, so dass eine Anbindung an medizinische Informationssysteme möglich ist.

D Home- bzw. Empowerment-Hub: Er stärkt die spezifischen Handlungsfähigkeiten der Nutzer und formuliert auf Basis intelligenter Abfragen Empfehlungen.

Entwicklung eines Helpdesks als Unterstützung bei der Implementierung der Leitlinie. Die Umsetzung einer Leitlinie erweist sich häufig als eine Herausforderung z.B. aufseiten der Pflegenden. Notwendig sind digitale Werkzeuge, die den Anwender bei der Implementierung gezielt unterstützen. Das Zusatzmaterial online: **Abb. 5** zeigt einen Ausschnitt der entwickelten e-Leitlinien-Struktur, die u.a. eine anschauliche (z.B. Gantt-Charts) und interaktive Darstellung (z.B. für Ist-Analyse-Abfragen) ermöglicht.

Dies verringert Fehler bzw. die aufzuwendende Zeit und reduziert somit Kosten. Die Ist-Analyse-Oberfläche erfasst die Ist-Situation des Krankenhauses/Pflegeheims und ermöglicht eine Umsetzungsdauer- und Kosteneinschätzung. Zusätzlich wurde eine interaktive Version entworfen, die via Browser als Web-Preview genutzt werden kann. Sie ist in der Lage Risikofaktoren spezifisch zu erfassen.

Alle e-Leitlinienansichten sind für die mobile Nutzung geeignet. Der Einsatz des Help-Desks kann die Implementierung der Leitlinie unterstützen und Kosten senken, der Transfer für eine andere Leitlinien-Implementierung ist

möglich. Zudem ist diese App so aufgebaut, dass Einrichtungen, die externe Unterstützung benötigen, diese erhalten können.

Begleitforschung Krankenhaus

Der Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) evaluiert im Projekt Avenue-Pal die Implementierung des im UKGM eingeführten palliativen Konsildienstes durch Vorher-Nachher-Vergleiche unter Nutzung verschiedener methodischer Ansätze:

- Mitarbeiterbefragung vor (t1) und nach Einführung des Palliativdienstes (t2),
- Befragung der Leitungen (nach Implementierung des Palliativdienstes) sowie
- Datenanalyse während der Implementierungsphase (u.a. Konsil- und Verlegungsdaten).

Ziel ist es u.a. zu ermitteln, wie sich die Anzahl der Verlegungen Sterbender entwickelt hat und wie sich die Intervention auf die Lebens- und Versorgungsqualität sowie Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter auswirkt. Ergänzend wurden regelmäßige Befragungen des Palliativdienstes realisiert.

Die bisherigen Ergebnisse belegen (abschließende Auswertungen stehen noch aus), dass der Palliativdienst sich gut im UKGM etabliert und sich neben der allgemeinen Versorgung auch das Verlegungsmanagement von sterbenden Patienten durch die Einführung verbessert hat. So konnte die Anzahl der indizierten Verlegungen, z.B. auf die Palliativstation oder nach Hause, durch den Einsatz des Palliativdienstes gefördert oder Verlegungsentscheidungen häufiger in größerem Einverständnis getroffen werden. Auch werden aus Sicht der Mitarbeiter Patienten und Angehörige besser informiert und versorgt.

Zudem ist durch den Palliativdienst ein „mehr an Zeit“ für die Angehörigen und Patienten gegeben. Während bei der ersten Befragung (t1) die Mitarbeiter angaben, (sehr) häufig zu wenig Zeit für die

sterbenden Patienten (75%) und Angehörigen (81%) zu haben, waren dies in der zweiten Befragung nur jeweils ca. 50%. Sowohl in den Interviews als auch in der standardisierten Befragung (71% Zustimmung) wurde dies auf den Palliativdienst zurückgeführt.

Die Mitarbeiter haben durch die Implementierung des Palliativdienstes ein besseres palliativmedizinisches Verständnis (60% Zustimmung) und mehr Wissen in Bezug auf die Schmerzkontrolle (56% viel besser) sowie mögliche Ansprechpartner (83% Zustimmung; 37% [t1] vs. 16% [t2] [sehr] häufig kein Ansprechpartner) erlangt. Insgesamt hat die Einführung des Palliativdienstes die Ziele erreicht, das Verlegungsmanagement, die Zufriedenheit und Entlastung der Mitarbeiter sowie der Angehörigen und Patienten positiv zu beeinflussen.

Begleitforschung Pflegeeinrichtung

Die Mitarbeiter des Pflegeheims wurden zweimal befragt: vor und nach Implementierung der Maßnahmen zur weiteren Reduktion unnötiger Verlegungen. Ziel war es,

- die berufliche Zufriedenheit der Mitarbeiter in Bezug auf die Projektfragestellung,
- ihre Sicht auf unnötige Verlegungen und
- ihre Perspektive in Bezug auf die Rolle der Angehörigen zu analysieren.

Die Befragungen wurden als Vollerhebungen mit standardisierten Fragebögen konzipiert, der Rücklauf war mit 38 in der ersten und 17 in der zweiten Welle bei ca. 120 Pflegekräften jedoch so gering, dass die Daten einen explorativen Charakter erhalten.

In fast allen Bereichen sehen die Mitarbeiter der AWO eine im Schnitt deutliche Verbesserung der Situation. Die eigene Belastung wird als weniger ausgeprägt bezeichnet; es werden deutlich weniger Defizite in der Kommunikation mit den Angehörigen beschrieben.

Zentrale Akteure innerhalb des Pflegeheims wurden im Projektverlauf im

Rahmen von Fokusgruppeninterviews zweimal nach ihrer Einschätzung der Situation in Bezug auf unnötige Verlegungen befragt. Zentrale Fragestellungen betrafen Treiber für unnötige Verlegungen, mögliche Gegenmaßnahmen und eine erste Einschätzung in Bezug auf die Wirksamkeit der im Projektverlauf beschlossenen Änderungen. Die Zahl der Verlegungen am Lebensende, insbesondere die der nicht nötigen Verlegungen, konnte von einem ohnehin niedrigen Niveau weiter reduziert werden; Kommunikation spielt eine zentrale Rolle bei dieser Entwicklung.

Die Etablierung eines ACP-Beraters hat sich nach übereinstimmender Auffassung positiv auf verschiedenen Ebenen ausgewirkt. Schon frühzeitig thematisiert der Berater das Thema mit den Bewohnern und Angehörigen. So kann nicht nur Klarheit über die Wünsche der Bewohner geschaffen werden, sondern Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter sowie ihre Beziehungen untereinander werden durch diese Gespräche nachhaltig gestärkt.

Angehörige, die als mögliche Treiber für unnötige Verlegungen genannt werden, stellen nach übereinstimmender Auffassung der Befragten derzeit keinen Risikofaktor dar. Als zweiten zentralen Punkt in Bezug auf die Vermeidung unnötiger Verlegungen nennen die Befragten die Formulierung und Fixierung von Standards. Diese entlasten die Mitarbeiter in Krisensituationen. Mögliche verbleibende Risikofaktoren sind nach wie vor die Notärzte sowie unerfahrene Mitarbeiter, insbesondere in Situationen, wo diese alleine sind (nachts/Wochenende).

ELSA-Begleitforschung

Da Sterbende zu einer vulnerablen Personengruppe gehören [11], sind alle Maßnahmen, die sie betreffen, aus ethischer Perspektive sorgsam zu betrachten, so dass eine kontinuierliche ELSA-Begleitforschung („ethal, legal, social aspects“) des Projekts sinnvoll erschien. Zur Vorbereitung wurden sozialwissenschaftliche Methoden zur Erhe-

bung des Ist-Standes des Verlegungsgeschehens benutzt, um damit sogenannte Actionsheets [12] zur Erhebung der normativen Erwartungen an ein verbessertes Schnittstellen- und Verlegungsmanagement in der Palliativversorgung aufseiten der befragten Experten durchführen zu können. Die dabei gestellten Fragen orientierten sich an den MEE-STAR-Dimensionen [13]. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind in die Formulierung der Leitlinien eingeflossen.

Nach der Umsetzung und dem Praxistest der Leitlinien wurden erneut normative Erwartungen bzw. deren Erfüllung durch den Leitlinienentwurf erhoben, um gegebenenfalls zur Überarbeitung des Leitlinienentwurfs beizutragen. Die befragten Pflegekräfte sowie Experten identifizieren jeweils ähnliche normativ relevante Konfliktlinien: Die Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens können in Konflikt mit der Autonomie der Sterbenden stehen, insbesondere, wenn aufseiten des medizinisch-pflegerischen Personals Wissen und Ausbildung, aber auch die Bereitschaft zum Wandel von „cure to care“ fehlen.

Ähnliches trifft auf die Rolle der Angehörigen zu, die Verlegungen aus Unsicherheit, Angst oder auch Unwissen anstoßen. Normative Konflikte können zudem aus gesundheitsökonomischen Überlegungen heraus entstehen.

Perspektive Kostenträger

Eine umfassende Unterstützung in der letzten Lebensphase ist auch für gesetzliche Krankenkassen eine wichtige Aufgabe. Die Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) hat innerhalb des Projekts Avenue-Pal neben ihrer beratenden Rolle als Kostenträger sowie der Identifikation möglicher Handlungsfelder für eine gesetzliche Krankenkasse auch einen Beitrag zur Begleitforschung durch Auswertung von Abrechnungsdaten der BIG-Kranken- sowie Pflegekasse geleistet. Hier konnten insgesamt 2.929 Versicherte mit einem Todesdatum zwischen 2015 und 2017 betrachtet werden, deren durchschnittliches Alter bei 64 Jahren

lag; 62% der Versicherten waren männlich und 38% weiblich.

Das junge Durchschnittsalter der Verstorbenen ist eher untypisch für eine gesetzliche Krankenversicherung, erklärt sich jedoch durch das historisch gewachsene Versichertenklientel der BIG insgesamt. Im Anschluss wurde das Verlegungsgeschehen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen innerhalb der letzten 365 Tage vor dem Tod derjenigen Versicherten betrachtet, die zuvor stationäre Pflegeleistungen im Rahmen der Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung erhalten hatten.

Insgesamt konnten Daten von 460 verstorbenen Versicherten ausgewertet werden, von denen 431 Versicherte, also ca. 94%, stationäre Krankenhausleistungen in dem benannten Zeitraum erhielten. Insgesamt identifizierten wir 1.496 stationäre Krankenhausfälle in dieser Gruppe, einzelne Versicherte wurden demnach auch mehrfach stationär in dem Zeitraum behandelt.

Dies erlaubt keinen Rückschluss auf Fehlverlegungen bzw. Fehlverlegungspfade hinsichtlich der medizinischen Indikation, unterstreicht sehr wohl aber die im Projekt vorgenommene kritische Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation und bestätigt den Bedarf der Implementierung von Maßnahmen für eine stetige Verbesserung der Situation Sterbender.

TEIL 3

Diskussion und Transfer

Auch wenn die durch die Leitlinienimplementierung erreichte Verlegungsreduktion noch auf Nachhaltigkeit geprüft werden muss, kann bereits resümiert werden, dass sowohl im Krankenhaus als auch in der Pflegeeinrichtung die formulierten Projektziele weitestgehend erreicht wurden. Ein in dem Universitätskrankenhaus durch das Projekt etablierter und immer stärker nachgefragter palliativer Konsildienst ist zentraler operativer Gestalter der Krankenhausleitli-

nie und erreicht zwischenzeitlich immer mehr Patienten in immer mehr Kliniken und Versorgungsbereichen; Mitarbeiter und Management unterstützen das Vorgehen.

In der Pflegeeinrichtung gelang aufgrund geeigneter Vorarbeiten, einer hohen Motivation der Mitarbeiter und des Managements die Einbindung der benötigten regionalen Partner, wie etwa der Hausärzte.

Welche Umstände sind es, die die Verfasser von der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit der Leitlinien überzeugen, so dass diese einen Transfer auf andere Pflegeeinrichtungen für möglich und wünschenswert halten? Es sind vor allem die für den Leitlinien-Rollout entwickelten Instrumente:

- 1 Entscheidungshilfen (EH): Prototypische EH wurden für die zentralen Prozessbeteiligten (Hausärzte, Rettungswesen, Krankenhausärzte, Angehörige) ergänzend zu den durch die Leitlinien erfassten Mitarbeiter in einem Konsensus- und Abstimmungsprozess entwickelt.
- 2 Informations-, Beratungs- und Schulungstableau (IBST): Die Leitlinien-Umsetzung ist wesentlich Aufgabe der Personal- bzw. Organisationsentwicklung. Mit dem IBST werden alle internen Mitarbeiter und externen Akteure durch didaktisch und medial angepasste Informations-, Beratungs- und Schulungsangebote erreicht.
- 3 Balance-Score-Card (BSC): Eine BSC als zusätzliche Implementierungshilfe und Nutzen- und Kostenermittlung der Leitlinien-Einführung.
- 4 Angehörigen-App: Die App unterstützt Angehörige, indem deren kognitive und verhaltensbezogene Kompetenzen sowie Integration – entlang der Betroffenenpräferenzen – systematisch vergrößert und ausgebaut werden.
- 5 Help-Desk: Das Help-Desk ermöglicht mehr als ein formatives (Multi-) Projektmanagement. Die sich für die Leitlinien-Implementierung interes-

sierende Einrichtung wird in ihren Befähigungen und Strukturmerkmalen erfasst, eine Risikofaktorenanalyse durchgeführt und eine organisationsspezifische Projektdurchführung realisiert.

- 6 Kommunikationsunterstützung: Ein „Leitfaden Kommune“ als Navigationshilfe und Einbindung für die Kommune und Bürgerschaft wurde entwickelt. Ein das regionale Netzwerk zusammenführender „Regionaler Fachkongress“ wurde modellhaft entwickelt und praktisch durchgeführt.

Die Einreichung der erarbeiteten Leitlinien, die dezidiert Anschluss an die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ aus dem Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF nahmen, wird angestrebt. Auf Grundlage eigener Analysen wurden prioritäre Interventionen für die regionale Implementierung identifiziert, hinderliche und förderliche Faktoren für deren Umsetzung ermittelt und im Konsens der regionalen Akteure und Interessengruppen ergänzende Umsetzungsempfehlungen erarbeitet im Sinne eines systematischen „Local Tailoring“.

Die Umsetzung orientiert sich am AWMF-Regelwerk Leitlinien [14]. Formal entspricht das Vorgehen dem einer Entwicklung von „Regionalen Versorgungsleitlinien“. Eine formative Evaluation der Leitlinien aufgrund gesammelter Implementierungserfahrungen wurde durchgeführt. Diese ließ wenige graduelle Anpassungen entstehen.

Title:

The G-BA innovation fund's project „Avenue-Pal“ – analysis and improvement of cross-sectoral and cross-departmental interface and relocation management in palliative care

Abstract:

Background: About 80% of all people in Germany die in inpatient care. Around every fifth person in inpatient care is relocated to another care area in the last phase of their life. That is more than 150,000 people being relocated, often without indication. 13 risk factors were identified for these non-indicated relo-

cations.

Method: With the support of the AWMF, two regionally effective guidelines were developed and implemented in a maximum care hospital and a care facility. A palliative consultation service has been established in the university hospital. Comprehensive personnel and organizational development was carried out in the care facility. Different collaborations with relevant regional partners of both model institutions were systematically expanded.

Results and Conclusions: The relocations could be significantly reduced despite the short duration of the project. This was also possible through the establishment of decision-making aids and digital implementation support. The results of the accompanying ethical and social research justify the procedure: There is an increase in the satisfaction of relatives and employees.

Keywords:

Places of death, S2k guidelines, risk factors for relocation of dying persons, charter process, palliative consultation service, app for relatives

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

LITERATUR

1. Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C. Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 496–504. doi: 10.3238/arztebl.2015.0496
2. Heiermann AC, Kiziak T, Hinz C. Auf ein Sterbenswort. Wie die alternde Gesellschaft dem Tod begegnen will. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg). April 2020. www.berlin-institut.org (zuletzt abgerufen am 5. Juli 2021).
3. George W, Banat GA, Herrmann JJ, Richter MJ.

Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender. *MMW Fortschr Med* 2017;159 (Suppl 6): 6–14.

4. Alt-Epping B. Klug entscheiden: ... in der Palliativmedizin. *Dtsch Arztebl* 2016; 113(42): A–1870/B–1575/C–1563.
5. Weber K, George W. Ethische Problemlagen durch die Verlegung sterbender Menschen zwischen verschiedenen Versorgungsorten und -einrichtungen. *Z Med Ethik* 2020; 66(2): 213–222.
6. George W, Herrmann J, Banat A, Richter MJ. Erfahrungen und Belastungen in der Begleitung Sterbender. *Krankenhaus* 2017; 109: 1088–1100.
7. Fleischmann-Struzek C, Mikolajetz A, Reinhart K, et al. Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende. Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 653–660. doi: 10.3238/arztebl.2019.0653
8. Charta zur Betreuung Sterbender. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/nationale-strategie_handlungsempfehlungen.html (Stand 1.7.21).
9. George W, Schanze T, Sibelius U, Weber K. Sterben im Krankenhaus. Status quo, aktuelle Herausforderungen und neue Wege der palliativen Versorgung und Begleitung. *Das Krankenhaus* 12/2018.
10. Krankenhausstatistik Statistisches Bundesamtes 2016. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html (Stand 1.7.21).
11. Frewer A. Forschung an Sterbenden als Verstoß gegen Menschenrechte – Ethische Grenzen des Humanversuchs. *Jahrbuch für Recht und Ethik* 2007; 15: 357–375.
12. Kunz A, Pohlmann S, Heinze O, et al. Strengthening interprofessional requirements engineering through action sheets: a pilot study. *JMIR Hum Factors* 2016; 3(2): e25.

13. Weber K. MEESTAR: Ein Modell zur ethischen Evaluierung sozio-technischer Arrangements in der Pflege- und Gesundheitsversorgung. In: Weber K, Frommeld D, Manzeschke A, Fangerau H (Hrsg). *Technisierung des Alltags – Beitrag für ein gutes Leben?* Steiner, Stuttgart 2015, S. 247–262.

14. AWMF Regelwerk Leitlinien. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Stand 1.7.2021).

Ergänzende Informationen zum G-BA-Projekt Avenue-Pal erhalten Sie unter www.avenue-pal.de

Weiterführende Literatur als Zusatzmaterial unter springermedizin.de/mmw

Zusatzmaterial online:

Zu diesem Beitrag sind unter www.springermedizin.de/mmw als Zusatzmaterial abrufbar:

Abb. 4: Angehörigen-App

Abb. 5: e-Leitlinien Struktur und Parameterrelationen

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Wolfgang George

TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
Jahnstraße 14

D-35394 Gießen

E-Mail: george@transmit.de

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

1. George WM, Dapper J, Heidrich C. Verbesserung der Versorgung Sterbender im Mittelpunkt eines G-BA-Innovationsfonds-Projektes, *MMW Fortschritte der Medizin* 2020; 162 (Suppl 4): 15–16.
2. George WM, Herrmann J. Einflussfaktoren auf die Verlegung Sterbender. *Krankenhaus* 2016; 108: 1095–1102.
3. George WM, Starke E. Sterbebedingungen in Pflegeheimen und deren Konsequenzen für den Hausarzt. *Hess Arztebl* 2015; 7-8: 444–445.
4. George WM. Aktuelle Bedingungen der Sterbesituation in Einrichtungen der stationären Pflege, *Pflegezeitschrift* 2015; 68(11): 652–656.
5. George WM. Sterbeort stationäre Pflegeeinrichtung. *MMW Fortschr Med* 2015; 157 (Suppl 5): 17–24. doi: 10.1007/s15006-015-3308-7
6. Lenz M, Buhse S, Kasper J, Kupfer R, Richter T, Mühlhauser I: Decision aids for patients. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(22–23): 401–408. doi: 10.3238/arztebl.2012.0401
7. Neitzke G. Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg). *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Schattauer, Stuttgart New York 2008, S. 53–66.
8. Scheibler F, Moreno B. Der praktische Einsatz von Entscheidungshilfen für Patienten – Reine Informationsvermittlung reicht nicht aus. *Der Klinikarzt* 2007; 36(1): 27–31.
9. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4(4): CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5 (abgerufen am 8. März 2021).
10. Taghavi M, Simon A, Kappas S, et al. Paramedics experiences and expectations concerning advance directives: A prospective, questionnaire-based, bi-centre study. *Palliat Med* 2012; 26: 908–916.
11. Wiese C, Vagts D, Kampa U et al. Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. *Anaesthesist* 2011; 60(2): 161–171.