

Bericht zur
Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts
Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
im Landkreis St. Wendel

Im Auftrag der Christlichen Hospizhilfe im Landkreis St. Wendel e.V.

Özlem Arda, Sabine Bunjes-Schmieger, Dr. Dagmar Renaud

Projektleitung: Prof. Dr. Martha Meyer

Abteilung I – Gesundheitsmanagement und Pflegeforschung

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Martha Meyer

Telefon: (0681) 5867 - 644

E-Mail: mmeyer@htw-saarland.de

Prof. Petra Riemer-Hommel, Ph.D.

Telefon: (0681) 5867 - 646

E-Mail: riemer@htw-saarland.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Fragestellungen und Zielsetzungen.....	3
3. Methodisches Vorgehen.....	5
3.1. Arbeitspaket A: Befragung der Leistungserbringer zur Umsetzung des Versorgungspfades und zum Erreichen der Versorgungsziele	5
3.1.1. Erhebungsinstrument	5
3.1.2. Stichprobe und Datenerhebung.....	5
3.1.3. Datenaufbereitung und -analyse.....	6
3.2. Arbeitspaket B: Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer	7
3.2.1. Erhebungsinstrument	7
3.2.2. Sample.....	7
3.2.3. Datenerhebung	8
3.2.4. Datenauswertung	8
3.3. Arbeitspaket C: Patienten-Angehörigenzufriedenheit.....	8
3.3.1. Erhebungsinstrument	8
3.3.2. Sample.....	9
3.3.3. Datenerhebung	9
3.3.4. Datenauswertung	9
4. Ergebnisse	10
4.1. Patientendaten.....	10
4.2. Versorgungsorganisation	14
4.3. Assessment und Maßnahmen	28
4.4. Verlauf	32
4.5. Weitere Ergebnisse der Angehörigen Interviews.....	33
5. Diskussion.....	37
Literaturverzeichnis	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verweildauer in Tagen	12
Abbildung 2: Koordination und Informationsaustausch	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen	6
Tabelle 2: Patientenstruktur	10
Tabelle 3: Verweildauer in Tagen	12
Tabelle 4: Krankheitsbilder	14
Tabelle 5: AAPV Initiator	14
Tabelle 6: An der Versorgung Beteiligte	15
Tabelle 7: Fallkonferenz	18
Tabelle 8: Koordination des Behandlungsprozesses	20
Tabelle 9: Hausbesuche	27
Tabelle 10: Palliativpflegerische Beurteilung der pflegerischen Versorgung	29
Tabelle 11: Patientenwille	31
Tabelle 12: Psychosoziale Unterstützung	31

1. Einleitung

Bei vielen unheilbar erkrankten Menschen besteht der Wunsch in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu versterben. Die Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zielt darauf ab, diesem Wunsch zu entsprechen (G-BA 2011). Allerdings hat nicht jeder Anspruch auf eine SAPV, die Aufnahmekriterien sind hoch. Dennoch gilt es, Menschen mit einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung mit begrenzter Lebensdauer eine adäquate Versorgung in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

Die Versorgungsstruktur (AAPV) richtet sich an Patienten, deren kurative Behandlungen größtenteils ausgeschöpft und/oder vom Patienten nicht mehr erwünscht sind. Es handelt sich hierbei um einen fließenden Übergang zwischen der kurativen und palliativen Behandlung. Der Allgemeinzustand dieser Patienten ist zwar stark reduziert und sie benötigen eine regelmäßige ärztliche (Hausarzt, Facharzt) und pflegerische Behandlung (amb. Pflegedienst); gleichzeitig ist eine stationäre Behandlung nicht mehr angezeigt und die Vollversorgung durch ein SAPV-Team (noch) nicht erforderlich (KBV 2010). In der Versorgung durch die AAPV geht es zum einen darum, dem Patienten bspw. Unterstützung bei der Linderung von Schmerzen zu geben. Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen sollen nach Möglichkeit vermieden und ein Verbleib in der Häuslichkeit trotz hoher Symptomlast ermöglicht werden. Zum anderen soll das private Bezugssystem (Angehörige, Lebenspartner, Freunde etc.) Unterstützung erfahren und damit die Sicherung einer angemessenen Lebensqualität auf Seiten der Patienten sowie deren nahestehenden Personen gewährleistet werden (Schneider et al. 2014). Dies beinhaltet auch, dass die Bedürfnisse der Patienten und der ihnen nahestehenden Personen auf dem psychischen, sozialen und spirituellen Weg berücksichtigt werden, was über den Einsatz eines Hospizdienstes erfolgt.

Der Versorgungsauftrag durch das Versorgungskonzept AAPV ist gekennzeichnet durch das integrative Ineinandergreifen verschiedener Professionen. Zu den Akteuren gehören sowohl der Hausarzt, der palliativmedizinische Konsiliardienst, der ambulante Pflegedienst und der Hospizdienst, die als gleichwertige Partner kooperieren. Die Kooperation ist hier nicht nur als formale Vereinbarung zu verstehen, sondern als Kooperation auf „Augenhöhe“ (Schneider et al. 2014). Durch das zielgerichtete Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten, Hospiz- und Pflegedienst sollen die Voraussetzungen für ein Sterben zuhause verbessert werden (KVS 2015).

Im Landkreis St. Wendel wurde im Zeitraum 2015 – 2017 ein Modellversuch AAPV im häuslichen Umfeld durchgeführt. Grundlage ist ein zielgerichtetes Zusammenwirken der Haus- und Fachärzte, der ambulanten Pflegedienste und der ambulanten Hospizhilfe im Landkreis. Dazu wurde ein integrierter Versorgungspfad entwickelt, der die Versorgungsziele und die

Verlaufsstruktur beschreibt. Empfänger der Leistung sind sowohl onkologische sowie nicht-onkologische Patienten zuhause oder in stationären Pflegeeinrichtungen, bei denen

- die palliativmedizinische Behandlung im Vordergrund steht
- eine ambulante Palliativversorgung im häuslichen Umfeld gewünscht und möglich ist
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist (KVS 2015)

Eines der Ziele des Modellprojekts ist eine Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, um unheilbar erkrankten Menschen ein Sterben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen, sofern dies gewünscht ist. Da sich hier offenbar eine Versorgungslücke für Patienten zeigt, die (noch) keine SAPV Leistungen erhalten können, ist es aus Sicht aller beteiligten Akteure wünschenswert, dass mittelfristig eine AAPV in die Regelversorgung aufgenommen wird.

Die christliche Hospizhilfe im Landkreis St. Wendel e.V. hat das Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft) der htw saar mit der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes beauftragt. Das Versorgungskonzept AAPV sollte hinsichtlich der Umsetzung des Versorgungspfades, der Kommunikation und Kooperation der beteiligten Leistungserbringer sowie der Zufriedenheit der Angehörigen bzw. Patienten mit der Versorgung untersucht werden. Die Ziele der Begleitforschung werden im Folgenden dargestellt.

2. Fragestellungen und Zielsetzungen

Gemäß dem Auftrag sollte die wissenschaftliche Begleitforschung den Fokus auf drei als wesentlich erachtete Aspekte legen:

- die Umsetzung des Versorgungspfades
- die Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer sowohl auf Fallebene als auch auf Systemebene sowie
- die Zufriedenheit der versorgten Patienten und ihren Angehörigen.

Die sich ergebenden Fragestellungen wurden in drei Arbeitspaketen umgesetzt.

Arbeitspaket A: Zur Umsetzung des Versorgungspfades wurden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Wie gelingt die Umsetzung des Versorgungspfades?
2. Welche Modifikationen des Versorgungspfades sind ggf. notwendig?
3. Werden die im Versorgungspfad beschriebenen Versorgungsziele erreicht?

Arbeitspaket B: Kommunikation und Vernetzung

Im Rahmen des integrierten Versorgungskonzeptes soll laut Vorstandsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung (KVS) der Haus- oder Facharzt die Behandlung übernehmen und (sofern erforderlich) weitere Leistungserbringer einbeziehen sowie koordinierende Funktion übernehmen. Verschiedene Aufgaben können an die qualifizierte Pflege- oder Hospizkraft delegiert werden. Der Hausarzt soll sich zudem mit den Kooperationspartnern sowie dem Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) hinsichtlich des Behandlungsplans abstimmen. Über die Vernetzung auf Einzelfallebene (regelmäßige Fallkonferenzen im Verlaufe des Behandlungsprozesses) hinaus findet eine Vernetzung auf Systemebene zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch und Lernen (Qualitätszirkel) statt. Zum einen werden konkrete Fälle, aber auch Themen wie Organisation, Vernetzung und die Zusammenarbeit besprochen. Daraus wurden folgende Fragestellungen entwickelt:

4. Wie gelingen die Abstimmungsprozesse im Einzelfall sowie das gemeinsame Lernen bzw. gegenseitige Verstehen der Professionen?
5. Wie gelingt die Kommunikation (Struktur und Qualität) und Vernetzung der Leistungserbringer auf Systemebene?

Arbeitspaket C: Zufriedenheit der Patienten und ihren Angehörigen

Ein zentraler Aspekt im Modellprojekt bezieht sich auf den Erhalt oder die Herstellung einer der Situation entsprechenden Lebensqualität der Patienten und ihren Angehörigen. Erfasst wurden die subjektiven Sichtweisen der Angehörigen im Hinblick auf die Zufriedenheit mit

der Versorgung, die Bewältigung der Situation sowie die Begleitung und Betreuung durch das AAPV Team (Kommunikation, wahrgenommene Vernetzung der Leistungserbringer, Sicherheitsgefühl etc.).

Daraus ergibt sich die Fragestellung:

6. Wie zufrieden sind die Angehörigen hinsichtlich der Versorgung durch das AAPV-Team?

Die Zielsetzungen der wissenschaftlichen Begleitung lauten:

- Untersuchung der Umsetzung des Versorgungspfades und des Erreichens der Versorgungsziele, ggf. Empfehlungen zur Modifikation des Versorgungspfades
- Untersuchung der Kommunikation und Kooperation und darauf basierend Ableitung von Empfehlungen zur Gestaltung
- Untersuchung der Zufriedenheit der Angehörigen mit der Versorgungsform

Die Studie wurde als Mixed-Methods Studie sowohl mit quantitativen als auch qualitativen Methoden durchgeführt.

3. Methodisches Vorgehen

3.1. Arbeitspaket A: Befragung der Leistungserbringer zur Umsetzung des Versorgungspfades und zum Erreichen der Versorgungsziele

Dieses Arbeitspaket bezieht sich auf die Fragestellungen 1-3. In einer teilstandardisierten telefonischen Befragung sollte der jeweilige Fallkoordinator eines Falles zur Umsetzung des Versorgungspfades und zum Erreichen der Versorgungsziele interviewt werden. Geplant war eine Zielgröße von 100 Fällen. Die angestrebte Zielgröße konnte im Laufe des Erhebungszeitraums aufgrund einer niedrigeren Anzahl von Einschreibungen nicht erreicht werden.

3.1.1. Erhebungsinstrument

Die Konstruktion des teilstandardisierten Fragebogens basierte auf dem Versorgungspfad Ambulante Palliativversorgung Saarland (Entwurf vom 02.06.2014 von der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Saarland e.V., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Landesvertretung Saarland, Kassenärztliche Vereinigung Saarland). Der Fragebogen enthielt offene und geschlossene Fragen (s. Anhang). Es wurden folgende Aspekte erfasst:

- Anonyme Patientendaten (Alter, Geschlecht, Haushaltsstand, Diagnosen, Einschreibedatum, eventuell Sterbedatum)
- Strukturdaten zur Versorgungsorganisation (Einschreibung, Fallkoordination, Fallkonferenz, Festlegung von Zuständigkeiten und Aufgaben)
- Fragen zum Assessment (Patientenwille und –bedürfnisse), zur Maßnahmendurchführung (Behandlungsplan, Notfallplan), zum Verlauf (Überprüfung Versorgungsbedarf) und zur Dokumentation (Symptomkontrolle und Maßnahmen der Palliativversorgung)

Der Fragebogen wurde in mehreren Pretests hinsichtlich Verständlichkeit, Bearbeitungsdauer und Inhaltsvalidität geprüft. Zur Befragung der ambulanten Dienste und der Hospizhilfe wurde der Fragebogen leicht modifiziert.

3.1.2. Stichprobe und Datenerhebung

Die Grundgesamtheit umfasste alle am Modellprojekt teilnehmenden Haus- und Fachärzte, ambulanten Dienste sowie die Hospizhilfe. Es sollten die jeweiligen Fallkoordinatoren befragt werden. Im Zeitraum von 10.08.2014 bis 25.05.2016 wurden ca. 60 – 70 Anrufe bei Ärzten mit eingeschriebenen Patienten getätigt, um einen Interviewtermin zu erfragen. Die Kontaktaufnahme erfolgte ca. vier Wochen nach Einschreibedatum. Es hat sich gezeigt, dass weniger Haus- und Fachärzte Patienten eingeschrieben haben als erwartet. Nach etwa einem halben Jahr Projektlaufzeit (Zeitraum April bis September 2016) waren elf Ärzte trotz hoher

Arbeitslast und mehrfacher Telefonate zur Teilnahme bereit, die zu einem bis vier Fällen befragt werden konnten.

Aufgrund eines hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwands für die Datenerhebung sowohl für die teilnehmenden Ärzte als auch die Evaluatoren wurden nach den 22 erhobenen Fällen keine Ärzte mehr kontaktiert (zu diesem Zeitpunkt 66 eingeschriebene Patienten seit Modellbeginn, entspricht 33 %, Stand 26.09.2016).

Im weiteren Verlauf wurden die Hospizhilfe (38 Fälle) sowie fünf ambulante Dienste (zwischen 1 und 7 Fälle, insgesamt 13 Fälle) im Zeitraum Februar und März 2017 befragt.

Ein Fall wurde von allen drei Leistungserbringern, sieben Fälle wurden von jeweils zwei Leistungserbringern berichtet. Insgesamt wurde demnach nach Abzug der Doppelungen eine Fallzahl von 64 Fällen erreicht (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Fallzahlen

Befragte	Befragungszeitraum	Anzahl der Fälle
Haus- und Fachärzte (n=11)	April – September 2016	22
Hospizhilfe (n=3)	Februar – März 2017	38
Ambulante Dienste (n=5)	Februar – März 2017	13
<i>Summe</i>		73
<i>Doppelungen</i>		9
Ausgewertete Fälle		64

Die Interviews erfolgten alle telefonisch, die Fragen wurden den Interviewpartnern vorgelesen, die Antworten wurden in den vorliegenden Fragebogen eingetragen sowie mit Einverständnis der Interviewpartner digital über Lautsprecher aufgezeichnet. Die Interviewdauer pro Fall variierte zwischen 10 und 15 min.

An dieser Stelle möchten wir allen Interviewpartnern unseren Dank aussprechen, die trotz geringer zeitlicher Ressourcen zusätzlich und unentgeltlich an der Erhebung teilgenommen haben.

3.1.3. Datenaufbereitung und -analyse

Die Antworten wurden kodiert und in eine Datenmatrix übertragen. Einzelne fehlende Werte wurden per Konvention systemdefiniert als *missing values* kodiert und listenweise aus der Analyse ausgeschlossen. In den Häufigkeitstabellen werden jeweils die gültigen Werte nach Ausschluss fehlender Werte angegeben. Doppelungen wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 23.

Auf Zusammenhangsanalysen wurde verzichtet, da die Fallzahl zum Nachweis systematischer Zusammenhänge zu klein ist.

Die Antworten aus den Freitexten wurden transkribiert und nach Mayring (2015) in einer qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet, besonders anschauliche Aussagen werden im Text dargestellt.

3.2. Arbeitspaket B: Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer

Dieses Arbeitspaket befasst sich mit den Fragestellungen 4 und 5. Die im kooperativen Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer (Hausärzte, ambulanter Pflegedienst, Hospizhilfe, palliativmedizinischer Konsiliardienst) sollten nach ihren Erfahrungen und subjektiven Eindrücken zur Kommunikation, Kooperation und Abstimmungsprozessen befragt werden.

3.2.1. Erhebungsinstrument

Methodisch wurde ein leitfadengestütztes problemzentriertes Interview eingesetzt (Witzel 1985), welches die subjektive Sichtweise der Akteure erfasst. Der Interviewleitfaden enthielt offene Fragen, die sich am Forschungsgegenstand orientierten.

Der Interviewer sollte auf Aspekte der folgenden Themenkomplexe eingehen:

- Kommunikation
 - Beschreibung der Kommunikation, Erreichbarkeit der Akteure, Informationsübermittlung, Zufriedenheit, möglicher Veränderungsbedarf
 - Umgang zwischen Leistungserbringern (Wertschätzung, Gleichberechtigung, Akzeptanz, Verständnis)
- Abstimmungsprozesse und Vernetzung
 - Beschreibung der Zusammenarbeit im Hinblick auf Zuständigkeiten, Aufgaben, Absprachen
 - Einbezug anderer Dienste
 - Interdisziplinäre Austausch in den Qualitätszirkeln, auch im Hinblick auf Verständnis und Zusammenarbeit
- Zusätzliche Fragen an Hospizhilfe: Bekanntheitsgrad, Kontaktaufnahme, Einbindung in Versorgungsprozess

3.2.2. Sample

Es wurden die drei Mitarbeiterinnen der Hospizhilfe sowie Leitungskräfte von fünf ambulanten Pflegediensten und zwei Pflegeheimen interviewt. Zudem konnten zwei Hausärzte zum Interview gewonnen werden.

3.2.3. Datenerhebung

Die Interviewpartner wurden telefonisch kontaktiert und ein Interviewtermin vereinbart. Der Interviewer ist zur Durchführung jeweils vor Ort gefahren. Lediglich die Hausärzte wurden aus organisatorischen Gründen telefonisch interviewt. Die Interviews dauerten zwischen zehn und 40 Minuten.

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei den Interviewpartnern bedanken, die trotz geringer zeitlicher Ressourcen zusätzlich und unentgeltlich Interviews gegeben haben.

3.2.4. Datenauswertung

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartner digital aufgezeichnet. Jedes Interview wurde zeitnah vollständig transkribiert und mittels einer qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Zur Strukturierung des Materials wurden Kategorien gebildet, die sich sowohl an den im Leitfaden festgelegten Themen orientierten als auch aus dem Textmaterial induktiv entwickelt wurden. Inhaltstragende Textstellen wurden den Kategorien zugeordnet und zusammenfassend dargestellt. Die analysierten Textpassagen sind mit jeweils besonders charakteristischen Zitaten belegt.

3.3. Arbeitspaket C: Patienten-Angehörigenzufriedenheit

Um Beurteilungen und Einschätzungen zu der Zufriedenheit mit der AAPV-Versorgung zu erhalten (Fragestellung 6), wurden Angehörigen eingeschriebener Patienten befragt. Als Erhebungsmethode wurde ebenfalls das leitfadengestützte Interview gewählt (Witzel 1985).

3.3.1. Erhebungsinstrument

Der Interviewleitfaden enthielt Fragen zu allgemeinen Angaben des Patienten, zur Familien- und Pflegesituation. Im Gesprächsverlauf wurden folgende Themenfelder angesprochen:

- Aufnahme in die AAPV
- Veränderungen seit der Aufnahme in die AAPV
- Unterstützung bei der Bewältigung der Situation durch das AAPV Team:

Der Interviewer sollte auf folgende Aspekte eingehen:

- körperliche, psychische, emotionale, spirituelle Bedürfnisse
- Beratung/Information
- Organisation der Pflege und Versorgung
- Entlastung

-
- Symptomkontrolle
 - Notfallsituation
 - Sozialversicherungsrechtliche Fragen
 - Kommunikation und Abstimmungsprozesse des AAPV Teams untereinander und mit den Angehörigen/Patienten
 - Gründe für Ablehnung des ambulanten Pflegedienstes oder der Hospizhilfe

3.3.2. Sample

Die Daten der Angehörigen wurden mit deren Einverständnis von der Hospizhilfe bzw. von den behandelnden Ärzten weitergegeben. Eine Kontaktaufnahme fand jeweils einige Wochen nach Versterben des Patienten statt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig.

3.3.3. Datenerhebung

Die Interviews fanden stets in der Häuslichkeit nach Terminabsprache statt und dauerten zwischen 20 und 50 Minuten.

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei den Interviewpartnern bedanken, die zur Teilnahme bereit waren und stets offen auf die Fragen eingegangen sind.

3.3.4. Datenauswertung

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartner digital aufgezeichnet. Jedes Interview wurde zeitnah vollständig transkribiert und mittels einer qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet (s. auch Kapitel 9).

4. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich im Folgenden thematisch übergreifend über alle Arbeitspakete, um Redundanzen zu vermeiden.

4.1. Patientendaten

In der teilstandardisierten Befragung wurden zunächst anonyme Patientendaten zu Alter, Geschlecht, Versorgungssituation und Sterbedatum (s. Kapitel 5) erhoben (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Patientenstruktur

Alter (n =62)	Durchschnitt 82,5 Jahre	SD = 9,5 Jahre
Geschlecht (n=64)	Weiblich n = 42 (65,6 %)	Männlich n = 22 (34,4 %)
Versorgungsort (n=63)	Häuslichkeit n = 45	verstorben zum Befragungszeitpunkt n = 33
	Pflegeheim n =12	verstorben zum Befragungszeitpunkt n = 8
	Betreutes Wohnen n = 6	verstorben zum Befragungszeitpunkt n = 4
Sterbeort (n = 46)	Häuslichkeit n = 25	
	Pflegeheim n = 8	
	Krankenhaus n = 6	Verlegung aus Häuslichkeit
	Betreutes Wohnen n = 3	
	Hospiz/Palliativstation n = 3	Verlegung aus Häuslichkeit
	Kurzzeitpflege n = 1	Verlegung aus Betreutem Wohnen
Angehörige (n=58)	Mit Angehörige n = 46	Alleinstehend n = 12

Die Patienten/-innen der befragten Fälle waren im Durchschnitt 82,5 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 9,5 Jahren. Etwa zwei Drittel der Fälle war weiblich (65,6 %). Die Versorgung erfolgte in 45 Fällen in der Häuslichkeit, in 12 Fällen im Pflegeheim und in 6 Fäl-

len im Betreuten Wohnen. Die Patienten wurden überwiegend von Angehörigen (mit) versorgt (n=46), dennoch waren 12 Patienten alleinstehend. Von den zum Befragungszeitpunkt 33 zuhause versorgten und bereits verstorbenen Patienten sind 25 in ihrer Häuslichkeit verstorben, zwei dieser Patienten sind in ein Hospiz bzw. eine Palliativstation verlegt worden und sechs sind im Krankenhaus verstorben. Alle Patienten, die im Pflegeheim lebten, sind auch dort verstorben.

Versorgungsziel Zuhause sterben in den qualitativen Interviews

Auch in den **qualitativen Interviews** der befragten Pflegedienste und Einrichtungen wird bestätigt, dass das Versorgungsziel, in häuslicher Umgebung versorgt zu werden und zu versterben, größtenteils erreicht wird. Allerdings sei eine Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein Krankenhaus manchmal besser. Die Belastungen des Sterbeprozesses (z.B. bei Luftnot des Patienten) seien für manche Angehörige schwer bis nicht auszuhalten. Dies könne auch nicht immer durch zwei bis drei Besuche der Hospizhilfe pro Woche aufgefangen werden.

Für Bewohner und Patienten werde das Bestmögliche getan. Ein Befragter äußert sich dahingehend, dass sowohl die Schmerzbehandlung, das Palma Programm als auch die Zusammenarbeit mit der Hospizhilfe neu seien. Diese habe die Zeit, um mit den Sterbenden und deren Angehörigen den Prozess des Sterbens angemessen und fernab des Alltagsstresses zu besprechen. Andere Befragte erleben allerdings einen zur AAPV vergleichbaren Ablauf auch bei nicht eingeschriebenen Ärzten.

Eine Einrichtung berichtet zudem, den Mitarbeitern habe man zunächst vermitteln müssen, dass eine unterlassene Einweisung ins Krankenhaus keine unterlassene Hilfeleistung sei. Dazu seien auch Gespräche mit dem Hausarzt notwendig gewesen. Der Notfallplan und der Schmerzplan gebe den Mitarbeitern Sicherheit, was in den rückläufigen Krankenhauseinweisungen zum Ausdruck komme. Ein anderer beschreibt diese Aspekte als die Unterschiede zur Regelversorgung: Es gebe im Vorfeld Absprachen und eine Bedarfsplanung und somit wisse man, was in bestimmten Situationen zu tun ist, anstatt auf gegebene Situationen zu reagieren.

P02: „AAPV hat das Ganze rund gemacht. Es gab einen Notfallplan, es gab einen Schmerzplan. Jeder wusste, was zu tun ist. Bei Nachfragen konnte jederzeit der Hausarzt angerufen werden. Das AAPV-Projekt hilft, dass der Mensch wieder sterben darf.“

Verweildauer

Zur Berechnung der Verweildauer konnte auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) zurückgegriffen werden (Stand 12.07.2017). Die Verweildauern wurden jeweils

vom Tag der Einschreibung bis zum Versterben oder Übergang in eine andere Versorgungsform (n=70) bzw. bis zum Stichtag 12.07.2017 (n = 14) berechnet (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Verweildauer in Tagen

Verweildauer in Tagen (n=84)	
Min	0
Max	731
Mittelwert	108
Median	27,5
Perzentil 25	9
Perzentil 75	147,75

Die Verweildauer reicht von 0 Tagen (zwei Patienten sind noch am Tag der Einschreibung verstorben) bis zu maximal 731 Tagen. Bei Betrachtung der Kennwerte fällt auf, dass ein Viertel (25 %) der Patienten bis maximal 9 Tage in der AAPV und die Hälfte (50 %) der Patienten bis maximal 27 Tage in der AAPV verweilen, während die übrigen 50 % zwischen 28 und 731 Tagen in der AAPV versorgt wurden. Die Hälfte der Patienten/-innen verbleibt demnach keine vier Wochen in der AAPV. Aufgrund der schiefen Verteilung charakterisiert der Median (Med = 27,5 Tage) das Zentrum der Verteilung besser als der Mittelwert (M=108 Tage), da er robuster gegen Ausreißer ist (s. Abbildung 1).

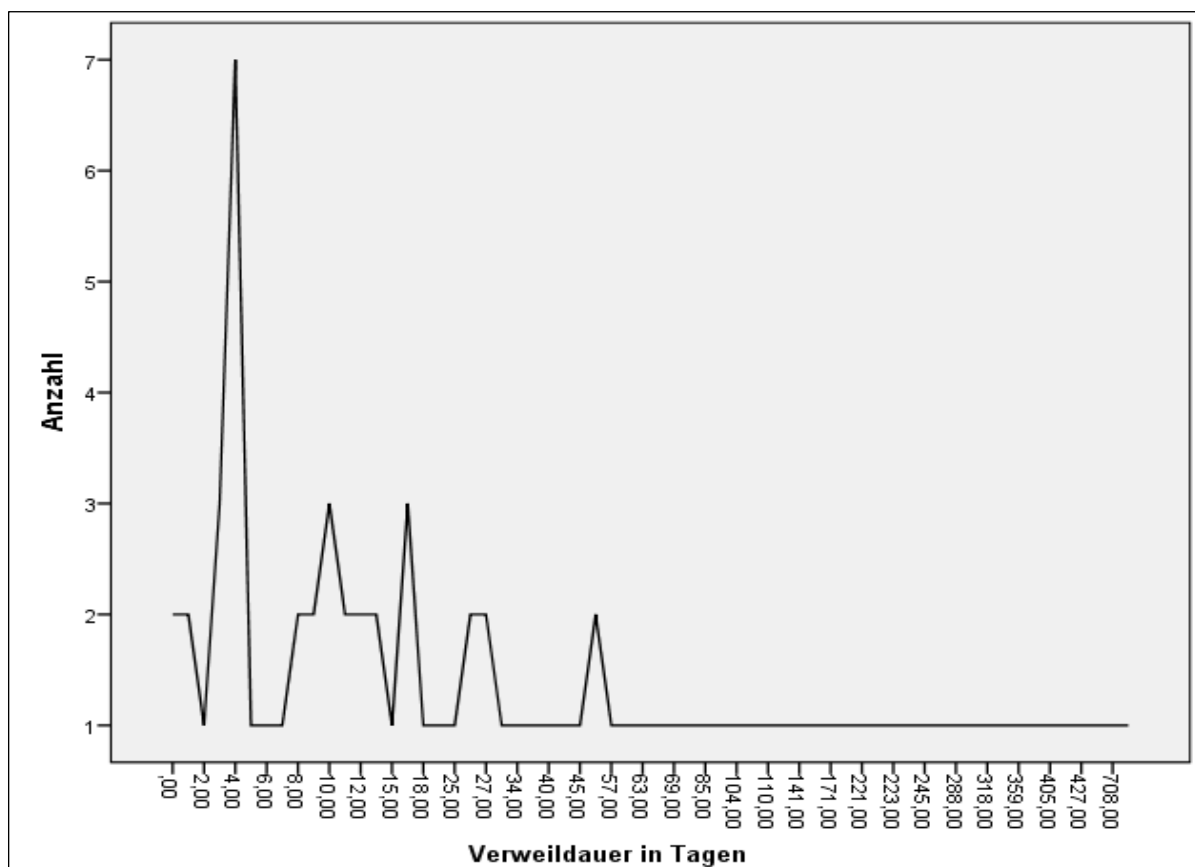


Abbildung 1: Verweildauer in Tagen

Zeitpunkt der Einschreibung

Die quantitativen Daten werden in den **qualitativen Interviews** bestätigt. Auch mehrere **Angehörige** merken in den Interviews eine aus ihrer Sicht zu kurze Zeit der AAPV an. Manche hätten sich eine frühere Einschreibung ihres Angehörigen gewünscht, auch sei in der kurzen Zeit nicht ausreichend Zeit für eingehende Gespräche gewesen.

A08: „Ja, also ich finde, es ist eine gute Sache und ich kann nur jedem raten, das in Anspruch zu nehmen. Und wenn ich es eher gewusst hätte, hätte ich es wahrscheinlich auch schon früher gemacht“

A10: „(...), ich meine, es war ja nur kurze Zeit, ne. (...) Zu kurz dann, um Kontakte zu schließen oder da mal eingehende Gespräche zu führen.“

Befragte der Pflege und Hospizhilfe bestätigen ebenfalls, dass der Zeitpunkt der Einschreibung oftmals zu spät erfolgt sei. Teilweise seien Patienten sehr bald nach der Einschreibung verstorben bzw. die Hospizhilfe wurde vor allem zu Beginn des Modellprojekts zu spät über die Einschreibung informiert. Somit gehe wertvolle Zeit verloren, die notwendig sei, um Angehörige zu beraten, Vertrauen aufzubauen und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen zu organisieren.

H01: „... also was auch häufiger vorgekommen ist, dass der Arzt relativ spät die AAPV Einschreibung gemacht hat oder der Patient ganz schnell verstorben ist, so dass kaum noch die Möglichkeit war die Unterstützung auch zu praktizieren. Also dass man vielleicht zwar noch vor Ort war, aber man nicht mehr viel in der Familie tun konnte (...)“.

Zudem könne durch eine frühere Einschreibung eine bessere Zusammenarbeit der Akteure umgesetzt werden.

Aber es wird auch einschränkend hinzugefügt, dass es bei Alterserkrankungen schwierig sei, den richtigen Zeitpunkt zu finden und den Verlauf abzuschätzen. Es gebe eingeschriebene Patienten, deren Zustand nun schon längere Zeit stabil und die Notwendigkeit der AAPV fraglich sei, aber dennoch jederzeit eine rapide Verschlechterung eintreten könne. Dennoch wird insgesamt eine frühere Einschreibung in die AAPV gewünscht.

Krankheitsbilder

In den **teilstandardisierten Interviews** wurde nach den Erkrankungen gefragt, die zur Einschreibung in die AAPV geführt haben. Demnach waren die meisten Patienten/-innen multimorbide, genannt wurden Diagnosen aus den folgenden Krankheitsbildern (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Krankheitsbilder

Krankheitsbilder (n=63)	Anzahl der Patienten
(Metastasierende) Krebserkrankungen	28
Kardiovaskuläre Erkrankungen	22
Neurologische/ (Geronto-) Psychiatrische Erkrankungen	19
Stoffwechselerkrankung	6
Lungenerkrankungen	6
Reduzierter Allgemeinzustand/Präfinaler Zustand	11

4.2. Versorgungsorganisation

Im Frageblock zur Versorgungsorganisation **der teilstandardisierten Befragungen** wurde erfragt, wer die **Einschreibung initiiert** hat, wer als **Fallkoordinator** festgelegt wurde bzw. den Behandlungsprozess **koordiniert**, welche Dienste und Einrichtungen an der **Versorgung beteiligt** sind oder waren, ob bereits eine **Fallkonferenz** durchgeführt wurde und wer daran teilgenommen hat. Darüber hinaus wurde nach den festgelegten **Aufgaben und Zuständigkeiten** sowie der **Erreichbarkeit** gefragt.

Die **Einschreibung** zur AAPV wurde in drei Viertel der Fälle vom Hausarzt **initiiert**, in einem Viertel wurden auch andere Leistungserbringer als Initiatoren genannt (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: AAPV Initiator

Wer hat die AAPV initiiert?	Anzahl der Fälle (n=63)	Angabe in Prozent
Hausarzt	48	76,2
Ambulanter Pflegedienst	9	14,3
Hospizhilfe	5	7,9
Palliativstation eines Krankenhauses	1	1,6

Mehrere **Befragte aus Pflegedienst bzw. Pflegeeinrichtung sowie der Hospizhilfe** geben in den **qualitativen Interviews** an, sie hätten gern mehr Patienten eingeschrieben und stellen eine aus ihrer Sicht zögerliche Einschreibepaxis fest. Häufig sei die Initiative zur Einschreibung von der Pflege z.T. auch gemeinsam mit der Hospizhilfe ausgegangen.

P03: „Ich glaube, wenn das Engagement von unserer Seite oder anderer Pflegedienste nicht so gewesen wäre, wären es weit weniger Einschreibungen gewesen.“

Auch Angehörige berichten, sie seien vom Pflegedienst oder der Pflegeeinrichtung angesprochen worden. Eine Angehörige habe die Palliativversorgung selbst angefragt.

A09: „Also ich habe ihn [Hausarzt] gefragt, ob ich so eine Palliativbetreuung, ob es sowas gibt, oder ich wusste, dass es sowas gibt, aber von der, von ihrem ... wie heißt das? AAP?“

Den Interviews zufolge informiert in der Regel der Hausarzt die Pflegeeinrichtung bzw. den ambulanten Pflegedienst über die Einschreibung. Die Hospizhilfe wird entweder vom Hausarzt informiert, in wenigen Fällen wurde dies an den Pflegedienst delegiert, oder die Angehörigen erhalten die Telefonnummer und müssen den Kontakt selbstständig herstellen.

In den **teilstandardisierten Befragungen** wurde nach den **Beteiligten an der Versorgung** gefragt. An der Versorgung waren in den 64 erhobenen Fällen unterschiedliche Dienste und Einrichtungen beteiligt.

Der **PKD** wurde in allen Fällen zu Beginn vom Hausarzt beratend hinzugezogen, wobei in acht Fällen der behandelnde Arzt und der PKD eine Person waren (Befragung Ärzte, n = 22). In den freien Antworten wird von einzelnen Befragten verschiedener Berufsgruppen angemerkt, häufig bleibe es bei einem einmaligen Kontakt, was ein Befragter der Ärztesgruppe als „*schwierig und bedenklich*“ befindet. Ein ambulanter Dienst berichtet in diesem Zusammenhang, dass in einem Fall der Vorschlag, die Schmerzmedikation zu erhöhen, abgelehnt wurde und man sich hier eine weitere Beratung mit dem PKD gewünscht habe.

Tabelle 6: An der Versorgung Beteiligte

An der Versorgung beteiligt (n=64)	Absolute Häufigkeit	Angabe in Prozent
Hausarzt, Pflegedienst/Pflegeheim und Hospizhilfe	43	67,2
Hausarzt und Hospizhilfe	10	15,6
Hausarzt und Pflegedienst/Pflegeheim	7	10,9
Hausarzt allein	4	6,3

Ambulante Pflegedienste bzw. der Hospizhilfe wurden nicht in allen Fällen hinzugezogen. Eine Versorgung im Rahmen eines individuellen kooperativen Versorgungsteams, bestehend aus Hausarzt, Pflegedienst/Pflegeheim und Hospizhilfe erfolgte den Angaben zufolge in etwas mehr als zwei Drittel der Fälle (67,2 %) (s. Tabelle 6). Allerdings haben laut Auskunft der Hospizhilfe zum Befragungszeitpunkt lediglich 38 Begleitungen im Rahmen der AAPV bestanden. Die unterschiedliche Datenlage erklärt sich möglicherweise dadurch, dass weitere Leistungserbringer von einer Beteiligung der Hospizhilfe an der Versorgung ausgegangen sind, auch wenn keine Begleitung stattgefunden hat, z. B. weil der Patient abgelehnt oder den Kontakt nicht aufgenommen hat. In anderen Begleitungen war die Hospizhilfe scheinbar nicht darüber informiert, dass der Patient eingeschrieben ist. Dies verweist darauf, dass die am Fall beteiligten Leistungserbringer zum Teil unabhängig und ohne Koordination sowie Kooperation agiert haben.

Als Begründungen für die Nicht-Beteiligung der Hospizhilfe nannten die befragten Ärzte jeweils zweimal:

- Es bestehe keine Notwendigkeit, die Versorgung sei ausreichend
- Von Angehörige nicht gewollt bzw. nicht gewünscht

Der ambulante Pflegedienst war in 14 Fällen nicht an der Versorgung beteiligt. Dafür nennen die befragten Ärzte folgende Gründe:

- Pflege erfolge durch Angehörige (5 Nennungen)
- Pflegedienst konsiliarisch tätig (2 Nennungen)
- Verlauf zu kurz (2 Nennungen)
- Von Angehörigen nicht gewünscht (1 Nennung)
- War nicht notwendig (1 Nennung)

In manchen Fällen wird eine aufopferungsvolle Pflege der Angehörigen beschrieben, die auf eigene Freizeitaktivitäten verzichten, aber dennoch einen Einbezug von Pflegedienst bzw. Hospizhilfe zur Unterstützung ablehnen. In einem Fall wurde die Angehörige vom Arzt krankgeschrieben, *„weil sich die Situation so zugespitzt hat, dass sie mit dem Arbeitgeber schon besprochen hat, dass sie dieses Jahr sich hat freistellen lassen“* (HA F9). In einem anderen Fall vermutet der Befragte, die Inanspruchnahme von Pflegedienst oder Hospizhilfe würde als Versagen empfunden werden.

HA F12: „Die Tochter zerreißt sich da auf gut deutsch gesagt, naja opfert da ihr Leben in der letzten Zeit. (...) Kann keine sechs Stunden aus dem Haus, vor lauter Angst mit der Mutter passiert was. Christlicher Hospizdienst (..) zur Entlastung, zum Einkaufen und ähnliches, ist nicht gewollt. Würde sie wahrscheinlich als Versagen empfinden. Sie meint, die Mutter ist am besten betreut, wenn sie auch dabei ist.“

Einbeziehung der Hospizhilfe Interviews

In den **qualitativen Interviews und den freien Antworten der teilstandardisierten Befragung** wird deutlich, dass das Leistungsspektrum der Hospizhilfe (z.B. palliativpflegerische Expertise) der Öffentlichkeit noch nicht umfassend bekannt ist. Laut den befragten Leistungserbringern werde der Begriff „christliche Hospizhilfe“ häufig verbunden mit Sterben, Ende, Abschied oder Seelsorge. Aber auch bei manchen Hausärzten und Pflegediensten herrschen zu Beginn des Modellprojektes subjektive Vorstellungen wie Beten und Seelsorge. Die Kenntnisse zu den Leistungen in Bezug auf palliativpflegerische Beratung, psychosoziale Unterstützung oder Entlastung der Angehörigen durch Ehrenamtliche sind trotz Öffentlichkeitsarbeit der Hospizhilfe (Verteilen von Flyern und Anschreiben der Arztpraxen) ebenfalls noch gering.

Dies hat sich entsprechend auf die Einbeziehung der Hospizhilfe in die Versorgung ausgewirkt. Den Angehörigen wurde entweder lediglich eine Telefonnummer ausgehändigt und die Kontaktaufnahme ihnen überlassen, oder es wurde ohne eingehendere Erklärungen gefragt, ob die Hospizhilfe hinzugezogen werden solle. Dies wurde häufig aufgrund oben beschriebener subjektiver Vorstellungen abgelehnt.

Im Verlaufe des Projekts konnte eine veränderte Haltung und steigende Bekanntheit und auch Anerkennung der Leistungen der Hospizhilfe beobachtet werden. Dies zieht eine steigende Inanspruchnahme nach sich. Bedeutsam erscheint vor allem, dass das bloße Fragen der Patienten und Angehörigen oder die Weitergabe der Telefonnummer ersetzt wurde durch das Erklären der Angebote, was zu einer erhöhten Akzeptanz führte. Die höchste Akzeptanz wurde erreicht, wenn sich alle Akteure mit den Angehörigen vor Ort getroffen haben und dem oft negativ konnotierten Begriff „Hospizhilfe“ ein Gesicht zugeordnet werden konnte.

H01: „Also anfangs war es wohl so, dass die Ärzte gefragt haben, sollen wir den Hospizdienst mit reinnehmen? Dann kam häufig auch von den Betroffenen die Absage, dass die das nicht möchten. Das haben wir am Anfang häufiger gehört. Aber zum Schluss war das so oder jetzt im Moment ist es auch so, dass die Ärzte, die einschreiben, das auch so vermitteln können in den Familien, dass die es auch akzeptieren können. Auch die Pflegedienste. Die die können noch besser, also den Angehörigen und Betroffenen erklären, was wir eigentlich machen. Und wenn wir jetzt den ersten persönlichen Kontakt hatten, dann ging das i.d.R. auch immer gut. Wenn jetzt nur gefragt wurde, ‚Soll der Hospizdienst mit dazu kommen‘, dann wurde es eher verneint von den Familien.“

Die Leistungserbringer berichten zudem über eine zumeist sehr positive Resonanz von den Angehörigen, wenn die Hospizhilfe involviert war. Die Hospizhilfe nahm den Angehörigen Druck und vermittelte Sicherheit. Auch das Angebot zu Nachgesprächen nach dem Tod des Betroffenen wurde von den Angehörigen sehr gut aufgenommen.

Es kam allerdings auch vor, dass nach einer gewissen Zeit die Angehörigen die Hospizhilfe nicht mehr wünschten.

Fallkonferenz

Die Fragen nach der Fallkonferenz und der Fallkoordination ist in der **teilstandardisierten Befragung** bei manchen Befragten der Ärztegruppe auf unterschiedliches Verständnis gestoßen.

Es zeigte sich ein breit gestreutes Verständnis einer Fallkonferenz. Dieses reichte von telefonischen Absprachen bis zu teilweise zufälligen Treffen vor Ort. Fallkonferenzen werden unterschiedlich gehandhabt und von einigen Befragten aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen für nicht umsetzbar gehalten. Einige Befragte berichten, eine Fallkonferenz erfolge zumeist telefonisch, wenn Absprachen bei akuten Ereignissen erforderlich werden.

In elf Fällen wurde mindestens eine Fallkonferenz mit beteiligten Leistungserbringern durchgeführt (telefonisch oder als Bedside Konsil vor Ort), in einigen Fällen fand ein häufigerer Austausch statt. In fünf Fällen hat keine Fallkonferenz stattgefunden, wobei in drei Fällen der

Arzt alleiniger Leistungserbringer war (s. Tabelle 7). Zur Begründung werden kurze Einschreibungsdauern und zeitliche Einschränkungen genannt.

Tabelle 7: Fallkonferenz

Fallkonferenz (Befragung Ärzte)	Häufigkeit der Fallkonferenz in absoluten Zahlen (n=22)
Keine Fallkonferenz	5
Einmal	11
Zweimal	4
Dreimal	2

Fallkonferenz Interviews

Aus den **qualitativen Interviews und freien Antworten der teilstandardisierten Befragung** wird deutlich, dass gemeinsame Fallbesprechungen mit allen beteiligten Akteuren selten stattfanden. Der Kontakt erfolgte vorwiegend telefonisch. Zumeist haben sich entweder Pflegedienst und Hospizhilfe oder Pflegedienst und Hausarzt zur Abstimmung getroffen.

Aus Sicht der **Pflegedienste** werden die Fallbesprechungen mit den Hausärzten als hilfreich empfunden, vor allem zur Abklärung der Bedarfsplanung und Schmerzbehandlung. *PD7: „Ich mein, sag ich mal so den Unterschied zu unserer allgemeinen Tätigkeit ist wie gesagt dieses gemeinsame Zusammensetzen, Treffen bei Patienten vor Ort oder auch in der Praxis, um einfach wesentliche Dinge vorab zu klären. Das ne Bedarfsmedikation klar ist, dass diese Sachen geklärt sind. Das erfolgt sonst immer, wenn der Fall tritt ein...“.*

Die Anwesenheit der Hospizhilfe wird dabei als nicht unbedingt erforderlich gesehen.

Besonders positiv werden auch von Seiten der **Hospizhilfe** Fallbeispiele hervorgehoben, bei denen sich alle Beteiligten beim Patienten getroffen haben, um gemeinsam die Hilfs- und Unterstützungsangebote zu besprechen und in die Wege zu leiten.

HD 1: “ ... und wir uns vor Ort mit dem Arzt, mit Pflegedienst und den Angehörigen getroffen haben und auch gemeinsam besprochen haben, wie kann es zu Hause funktionieren, welche Unterstützung bedarf es und wie können wir die Familie stärken, damit die diesen Weg auch gehen kann: Und das war so für alle dann glaube ich auch ein positives Miteinander zu Gunsten des Betroffenen, dass er auch zu Hause versterben konnte.“

Für einen Verbleib zuhause seien vor allem gute Absprachen und Beratung der Angehörigen wichtig, damit diese für schwierige Situationen wissen, was zu tun sei. Das Miteinander sei hilfreich für die Familien und vermittele Sicherheit.

Aus ärztlicher Perspektive fehlen vor allem die zeitlichen Ressourcen zur Durchführung einer Fallbesprechung mit allen Beteiligten vor Ort. Auch wird angemerkt, dass Pflegedienste und Hospizhilfe zu anderen Uhrzeiten vor Ort seien als die Hausärzte. Zudem sei der damit ver-

bundene Zeitaufwand unrealistisch und nicht entsprechend vergütet. In anderen Fällen war der Verlauf in der AAPV zu kurz, um noch eine Fallbesprechung durchzuführen.

Einer der befragten Ärzte äußert, eine Fallkonferenz sei nicht immer notwendig und vom Zustand des Patienten abhängig. Dennoch sei ein Austausch in einem Zeitabstand von etwa vier Wochen sinnvoll, um die gesamte Situation des Patienten zu besprechen. Dies könne eine gemeinsame Visite oder auch ein Treffen in der Arztpraxis bzw. an einem anderen Ort zur Besprechung oder einem einfachen Informationsaustausch sein. Aufgrund des Zeitmanagements würde dies am besten vom betreuenden Arzt längerfristig vorab festgelegt. In Abhängigkeit der Komplexität der Erkrankung und des Zustands des Patienten müsse der Austausch dann auch häufiger stattfinden bzw. eine Überleitung in die SAPV erfolgen.

H F16: „Ich hätte das schon gerne. Das muss ja nicht jede Woche sein. Es ist ja die Frage, in welchem Zustand der Patient sich in der AAPV befindet. Es gibt Phasen, wo man das nicht jede Woche machen muss, sondern nur einmal im Monat. Und dann gibt es sicherlich Phasen, wo sich das verengt. Und dann gibt es irgendwann die Phase, wo der Patient in die SAPV gehört“.

Fallkoordination

Vergleichbar schwierig empfanden die **befragten Ärzte** die Frage, wer für die **Fallkoordination** festgelegt wurde, denn die Koordination werde nicht vorab festgelegt, sondern erfolge in akuter Situation, wenn es erforderlich ist.

H F11: „Das macht auch nicht richtig Sinn, weil koordinieren muss es ja der, der sagt, ich hab ein Problem, der ruft hier an und dann versuch ich das hier zu lösen.“

Zumeist geben die Ärzte sich als **Koordinatoren** der Behandlung an (16 Fälle, Ärztebefragung), allerdings wurden auch die Pflegeeinrichtung/der Pflegedienst oder die Hospizhilfe als Koordinator angegeben bzw. die Koordination erfolge gemeinsam.

Die Frage wurde in der **Befragung der Pflegedienste und Hospizhilfe** umformuliert zu „Wer koordiniert den interdisziplinären Behandlungsprozess“. Auch die befragten Dienste benennen in fast der Hälfte der Fälle (47,5%) den Hausarzt als Koordinator, außerdem werden andere Dienste oder eine gemeinsame Koordination genannt (s. Tabelle 8). Ein Befragter merkt an, der Hausarzt übernehme stets die Koordination von Medikamenten, allerdings weitere Versorgungsbedarfe würden vorwiegend über die Pflegedienste bzw. Hospizhilfe organisiert. Die Frage sei daher nicht eindeutig zu beantworten.

Tabelle 8: Koordination des Behandlungsprozesses

Koordination des Behandlungsprozesses (Befragung Pflegedienst und Hospizhilfe)	Häufigkeit der Nennung (n=42)	Angabe in Prozent
Hausarzt	20	47,5
Mehrere Dienste gemeinsam	5	11,9
Pflegedienst	5	11,9
Hospizhilfe	4	9,5
Pflegeheim	2	4,8
Nicht bekannt	2	4,8
Angehörige	1	2,4
Patient	1	2,4
niemand	1	2,4
Einschreibungsdauer zu kurz	1	2,4

Die ambulanten Dienste und die Hospizhilfe (n=42) wurden zudem gefragt, wie der **interdisziplinäre Behandlungsprozess** koordiniert wird, wie **Informationen ausgetauscht werden** und **Abstimmungsprozesse** erfolgen.

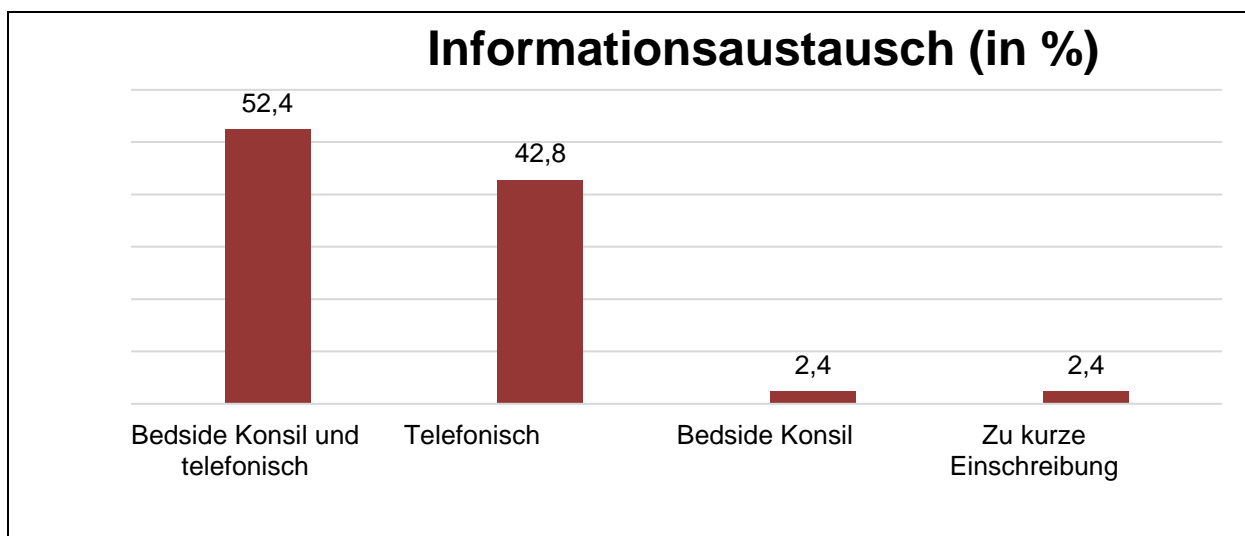


Abbildung 2: Koordination und Informationsaustausch

In über der Hälfte der Fälle (52,4 %) erfolgte die Koordination bzw. der Informationsaustausch sowohl telefonisch als auch bei gemeinsamen Hausbesuchen vor Ort (Bedside Konsil) (s. Abbildung 2). Allerdings betrifft dies nicht alle an der Versorgung beteiligten Dienste, wie oben bereits beschrieben. Zum Teil ist zwar bekannt, dass andere Dienste involviert sind, allerdings **findet nicht unter allen Diensten direkter Austausch** statt. Kontakt findet überwiegend zwischen dem Hausarzt und dem ambulanten Dienst bzw. der Pflegeeinrichtung statt, ein Austausch mit der Hospizhilfe ist seltener. In einigen Fällen war den befragten Ärzten oder Pflegediensten zwar bekannt, dass die Hospizhilfe in die Betreuung involviert war, aber es war nicht bekannt, welche Art von Unterstützung erfolgte bzw. welche Leistungen erbracht wurden. **Die Wahrnehmung der Hospizhilfe** seitens der anderen Akteure ist zum Teil noch zu **gering**.

HA F17: „Der [Hospizdienst] ist auch mit involviert. Allerdings, das wurde angeboten, die haben, ich glaube die Ehefrau hat sich auch mit dem Hospizdienst getroffen. Inwieweit die jetzt aber noch daher Unterstützung kriegen, kann ich ihnen nicht sagen. Aber der ist involviert gewesen. Der wusste Bescheid.“

In 42,8 % der übrigen Fälle findet der Austausch lediglich telefonisch statt. In einem Fall fand eine ethische Fallbesprechung mit allen Beteiligten vor Ort statt, in zwei weiteren Fällen wird angegeben, es hätten enge Absprachen und Fallbesprechungen stattgefunden.

Informationsaustausch Interviews

Auch in den **qualitativen Interviews** bestätigt sich, dass der Informationsaustausch im Verlauf der Begleitung vorwiegend telefonisch erfolge. Aus Sicht der **Pflegedienste** ist der telefonische Informationsaustausch ausreichend. Dies sei allerdings auch personenabhängig, für manche Hausärzte seien Treffen vor Ort obligatorisch, unabhängig vom Modellprojekt. Vereinzelt findet darüber hinaus ein Informationsaustausch über Kommunikationsblätter in den Pflegemappen statt. Manche Befragte hätten sich mehr Informationsaustausch sowohl mit den Ärzten als auch mit der Hospizhilfe gewünscht:

F068: „Es wäre eigentlich schön gewesen, wenn wir etwas mehr Informationen von ihnen bekommen hätten, wann sie kommen und was sie machen und so. Das ist alles so mehr oder weniger: Ihr seid für das zuständig und wir sind für das zuständig. Und das lief so aneinander vorbei.“

Aus Sicht der **Hospizhilfe** wird eine fehlende Kommunikationsstruktur angemerkt im Sinne, wer kommuniziert was wann an wen. Informationen müssten häufig aktiv nachgefragt werden. Verschlechterungen, Veränderungen oder auch Anpassungen würden zum Teil zu spät kommuniziert, so dass nicht immer die entsprechende Unterstützung seitens der Hospizhilfe angeboten werden konnte.

H01: „Ja, wenn es z.B. zu einer Verschlechterung kam, dass da dann auch dieser Austausch untereinander gefehlt hat. Dass das nicht, auch von ärztlicher Seite vielleicht mal eher gekommen wäre aber da, da ist jetzt jemand wirklich präfinal, können Sie da mal noch zeitnah hinfahren? Also das hat mir dann so ein bisschen gefehlt.“

Sowohl Pflege als auch Hospiz merken an, dass die Initiative zum Informationsaustausch häufig von ihnen ausgehe. Zudem würden Informationen über Veränderungen oder Anpassungen zum Teil über die Patienten bzw. Angehörigen vermittelt.

Aus **ärztlicher Sicht** wird von einem guten und regelmäßigen Austausch vor allem mit den Pflegediensten berichtet. Der Austausch erfolge überwiegend telefonisch oder in der eigenen Praxis. Vereinzelt wird allerdings ebenfalls ein geringer Informationsaustausch mit der Hos-

pizhilfe angemerkt; im Gegensatz zum Pflegedienst gebe es keine Informationen, wie häufig die Hospizhilfe den Patienten besucht habe. Umgekehrt wird seitens der Hospizhilfe angemerkt, es herrsche Unsicherheit darüber, in welchem Turnus Absprachen stattfinden sollten.

F038: „Also, es ist kein fester Turnus vereinbart, wann Absprachen laufen sollen, wenn alles ruhig verläuft. (...) Das ist sicherlich etwas, was vielleicht dann doch gut wäre, wenn der Arzt dann sagen würde: ‚Es wäre gut, wenn Sie mich alle zwei Monate mal kurz informieren‘.“

In einem Fall berichtet ein Pflegedienst von einer Angehörigen, die die telefonische Kommunikation kritisiert, da auf diese Weise keine Beziehung untereinander aufgebaut werden könne.

Dokumentation

Laut den **qualitativen Befragungen** verwendet jeder Leistungserbringer grundsätzlich eine eigene Dokumentation, die nicht immer für alle einsehbar ist. Vereinzelt wurde berichtet, dass für die Bereitschaftsärzte nicht immer alle notwendigen Informationen zur Verfügung standen.

Die Pflegedokumentation und der Notfallplan befinden sich in der Regel vor Ort. Die Dokumentation der Hospizhilfe hingegen wird im Büro aufbewahrt. Für andere Leistungserbringer wurde daher teilweise nicht transparent, wer wann zu Hausbesuch vor Ort war. Gewünscht wird daher eine gemeinsame Dokumentation, ein Befragter schlägt eine gemeinsame elektronische Patientenakte wie in der SAPV mit entsprechenden Berechtigungen für die beteiligten Akteure vor, um den Informationsaustausch zu erleichtern.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation

Die Frage, wie die Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten beurteilt wird, wurde überwiegend als gut bis sehr gut bezeichnet, im Verlaufe des Projekts sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich besser geworden.

Allerdings gibt es auch weniger gute Erfahrungen der Befragten mit einzelnen Leistungserbringern. Vereinzelt gab es Unstimmigkeiten bzgl. der Zuständigkeiten, im besonderen Fall fühlte ein Pflegedienst sich von der Hospizhilfe aus dem Fall gedrängt und in seinen Kompetenzen angegriffen. Die Übernahme bestimmter behandlungspflegerischer Aufgaben durch die Hospizhilfe, die vom ambulanten Dienst schon zuvor durchgeführt wurden, hat zu großer Verärgerung und dem Gefühl der „Ausbootung“ geführt. Gewünscht wurde hier eine gemeinsame Planung der Versorgung und einen Wissens- und Erfahrungsaustausch als Basis der Zusammenarbeit.

Zwei der befragten ambulanten Dienste beschreiben eine fehlende Kommunikation mit der Hospizhilfe. Die bisherige Zusammenarbeit mit der Hospizhilfe wurde als Nebeneinander und

nicht als Miteinander empfunden. Man sei lediglich von den Angehörigen über die Beteiligung der Hospizhilfe informiert gewesen, auch seien keine Ansprechpartner bekannt gewesen, z.B. durch Hinterlassen von Kontaktdaten in der Pflegemappe. Es entstand der Eindruck, jeder mache „sein Ding“. Beide ambulanten Dienste haben den Wunsch nach vermehrtem gemeinsamen Austausch und Absprachen zwischen allen Leistungserbringern geäußert. Exemplarisch wurde ein Fallbeispiel einer mit der Situation überforderten pflegenden Ehefrau erwähnt, bei der eine stärkere Vernetzung hilfreich gewesen wäre. Die Initiative dafür wird bei der Hospizhilfe gesehen. Andere Dienste sehen einen direkten Kontakt allerdings als weniger erforderlich an.

P06: „Nein, das war nicht erforderlich. Also für meine Arbeit oder auch für die Versorgung des Patienten war das nicht erforderlich“.

Insbesondere zu Beginn des Modellprojekts waren sowohl den Hausärzten als auch teilweise den Pflegediensten das Leistungsspektrum und die palliativpflegerische Expertise nicht umfassend bekannt.

P07: „Die Arbeit des Hospizdienstes ist es ja, ehrenamtliches usw. wenn es von den Angehörigen gewünscht ist, dann Ehrenamtliche mal hin zu schicken, die ein bisschen, weiß nicht, vor Ort sind“.

Auch die Hospizhilfe beschreibt die Zusammenarbeit mit Pflegediensten oder -einrichtungen in einigen Fällen als schwierig. Es wird bei manchen Pflegediensten die Bereitschaft zur Zusammenarbeit bezweifelt, möglicherweise würde die Hospizhilfe vereinzelt als Konkurrenz empfunden. Problematisch in diesem Zusammenhang sei auch, dass beim Einsatz der Ehrenamtlichen vom Pflegedienst keine Betreuungskräfte mehr eingesetzt werden können.

Ebenso wird bei manchen Hausärzten vermutet, dass der Einbezug der Hospizhilfe lediglich erfolge, weil das Projekt es erfordere. In einem Fall bestätigt ein Hausarzt diese Annahme.

H03: „Bei manchen Ärzten merkt man einfach, dass man nur so, dass man seine Leistung bringt, dass man... wir müssen halt eben, wir müssen dazu gehören, müssen dazu genommen werden.“

Allerdings habe sich durch die Zusammenarbeit sowie die Einstellung bei Ärzten verbessert.

Ein weiterer Befragter bringt eine gute Zusammenarbeit mit dem persönlichen Engagement der einzelnen Beteiligten in Zusammenhang, welches auch von finanziellen Anreizen abhängig sei. Für ambulante Dienste stehe die finanzielle Entlastung in keinem Verhältnis zum Aufwand. Bei den Ärzten sei ein nachlassendes Engagement festzustellen, nachdem die Finanzierung nun geklärt sei.

Fall 067: „Die Ärzte haben es jetzt und da merkt man schon, dass es äußerst schnell nachlässt, das Engagement. Und nach wie vor sind wir jetzt im Pflegedienst her oder immer noch, wo man sagt: Kann man sie nicht einschreiben? Wäre das nicht etwas? Da lässt das Engagement schon sehr nach. Sie haben jetzt ihre Nummern und jetzt ist gut für sie. Ist mein Eindruck“.

Sowohl Befragte der Pflege als auch der Hospizhilfe betonen, dass Kooperation und Wertschätzung sowohl mit Hausärzten als auch mit den jeweils anderen Diensten personenabhängig sei und es diesbezüglich keinen Unterschied zwischen AAPV und Regelversorgung gebe. Zumeist habe es schon vor Beginn des Modellprojektes entsprechende gute Beziehungen durch langjährige Zusammenarbeit gegeben, was zum Miteinander und gegenseitiger Wertschätzung beitrage.

Aber es haben sich auch im Verlauf des Projekts in verschiedenen Fällen gute Kooperationen ergeben, die dann auch zu Kooperationsanfragen in weiteren Fällen geführt haben.

Ein befragter Pflegedienst sieht in der Zusammenarbeit einen zusätzlichen Zeit- und Gesprächsaufwand, was keinen Gewinn in Bezug auf die Pflege oder Betreuung bringe. Daher habe man sich aus der Zusammenarbeit „ausgeklinkt“.

Auch ein befragter Hausarzt sieht in der Zusammenarbeit im Rahmen der AAPV (obligatorische telefonische Kontakte und Treffen mit den anderen Leistungserbringern, Kontakt zum PKD, Unterschriften vom Patienten einholen) einen zu hohen bürokratischen Aufwand, der abschrecke. Allerdings sei die AAPV bei Fällen einer langen und intensiven Betreuung sicherlich „was Gutes“. Bisher habe der Befragte dies allerdings nicht gebraucht.

Kommunikation zwischen den Akteuren

Aus den **qualitativen Interviews** geht hervor, dass die interdisziplinäre Kommunikation sich im Verlaufe des Modellprojekts verbessert hat. Aus Sicht der **Hospizhilfe** seien vor allem das Verständnis füreinander und das Wissen sowie die Wertschätzung für die angebotenen Leistungen der Hospizhilfe gestiegen. Anfangs habe man auch Hausärzten die Angebote der Hospizhilfe noch erklären müssen.

H02: „Also da denke [ich], da hat sich schon noch etwas getan (...) dass da jetzt einfach nochmal anderes Verstehen da ist. Was Hospizarbeit leistet, leisten kann und die das dann auch vor Ort gespürt haben, auch im Gespräch mit den Angehörigen (...)“.

Darüber hinaus habe sich im Verlauf der gemeinsamen Versorgung die Zusammenarbeit und das Miteinander mit manchen Pflegeeinrichtungen deutlich verbessert.

Auch aus Sicht der **ambulanten Dienste** wird die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern größtenteils als gut, wertschätzend und auf Augenhöhe beschrieben. Es wird eine

Verbesserung der Kommunikation im Verlauf des Projekts vor allem mit Hausärzten beschrieben. Nur vereinzelt wird gewünscht, die Zusammenarbeit und auch die Erreichbarkeit könnten besser sein.

Wenn die Zusammenarbeit vorher schon gut war, sei auch die Kommunikation im Projekt reibungslos verlaufen. Die Kommunikation wird als das „*verbindende Element*“ in der AAPV beschrieben und es wird bedauert, dass mit manchen Akteuren keine bessere Kommunikation möglich zu sein scheint.

Aus **ärztlicher Sicht** wird die Kommunikation als sehr zufriedenstellend beschrieben, wobei der Kontakt vorwiegend zu den Pflegediensten bestehe. Ein Befragter fasst zusammen, die Kommunikation finde regelmäßig statt, es werden laufende Maßnahmen, Versorgungsbedarfe und akute Ereignisse ausgetauscht, die Kommunikation habe sich im Verlaufe des Modellprojekts von einem Nebeneinander in ein Miteinander verbessert.

HA F11: „Es gibt noch einen ambulanten Pflegedienst (...), mit der wir dann regelmäßig kommunizieren. Was wir tun, wie wir es tun, was es neues gibt, das funktioniert ehrlich gesagt sehr gut. Ich glaub auch besser als es die AAPV noch nicht gab, da war es doch sehr noch so ein Nebeneinander“

Der Kontakt zur Hospizhilfe wird von ärztlicher Seite unterschiedlich bewertet. Ein enger Kontakt zur Hospizhilfe wurde nur vereinzelt beschrieben. Ein Befragter bemerkt einen zu geringen Informationsaustausch (s.o.). Ein anderer Befragter hebt den Kontakt zur Hospizhilfe positiv hervor, vorher habe es keinen Kontakt gegeben, die Vernetzung sei deutlich besser geworden.

Insgesamt wird allgemein ein engerer Austausch, eine Verbesserung der Kommunikation, des Verständnisses füreinander sowie der Zusammenarbeit im Verlauf des Modellprojekts bestätigt. Der Umgang unter den Akteuren wird größtenteils als wertschätzend und auf Augenhöhe beschrieben. Je länger die Zusammenarbeit im AAPV Projekt dauere, desto größer würde das gegenseitige Verständnis.

Qualitätszirkel - interdisziplinärer Austausch

In den **qualitativen Interviews** wurde gefragt, welchen Einfluss der Qualitätszirkel auf die Zusammenarbeit hatte. Aus Sicht der **Hospizhilfe** hat sich der interdisziplinäre Austausch im Qualitätszirkel positiv auf die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis ausgewirkt. Im Rahmen der Fallbesprechungen konnte die Hospizhilfe die eigene Arbeit vorstellen und bekannter machen.

H01: „Das war auf alle Fälle gut, weil dann auch Ärzte, die uns noch nicht so gekannt haben und uns auch nicht angefragt haben, auch mal gesehen haben, wie so ein Verlauf von der Begleitung sich gestalten kann. Was, was von pflegerischer Seite und von unserer Seite psychosozialer Begleitung her, Unterstützung durch Ehrenamt auch getan werden kann für die Familie. Dadurch haben, haben schon einige Ärzte, die das vorher nicht so genutzt haben, haben dann auch bei uns angefragt.“

Es wird bedauert, dass der Qualitätszirkel nicht zu mehr Einschreibungen geführt habe.

Einer der befragten **Ärzte** bestätigt eine gute Auswirkung des Qualitätszirkels auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis.

Der interdisziplinäre Austausch im Qualitätszirkel wurde von der **Pflege** unterschiedlich bewertet. Bis auf eine Einrichtung haben alle Befragten am Qualitätszirkel teilgenommen. Die Fallvorstellungen und der fachliche Austausch zum Umgang mit sterbenden Menschen oder zu rechtlichen Aspekten wurde von einigen Pflegediensten als interessant und lehrreich beschrieben. Auch werde deutlich, dass es sowohl für Ärzte als auch Pflegedienste neue Anstöße gebe zu Themen wie Bedarfsmedikation, Medikamente vor Ort oder Notfallplan.

P06: „Und in diesen Fallbeispielen merkt man, dass es für viele, ich will nicht sagen für viele Pflegedienste, auch für viele Hausärzte, also Bedarfsmedikation, auch dafür sorgen, dass Bedarfsmedikation vor Ort ist. Mit dem Begriff Bedarfsmedikation umzugehen. Einen Notfallplan zu erstellen. Dass für viele oder für manch einen erst so mal angestoßen wurde.“

Während die meisten befragten Dienste den interdisziplinären Austausch positiv bewerten, der zum gegenseitigen Verständnis und einer zunehmend wertschätzenden Kommunikation der einzelnen Berufsgruppen beitrage, gibt es vereinzelt auch kritische Stimmen, die den Qualitätszirkel als zu „*arztlastig*“ empfanden, in denen nur die Problematiken der Mediziner besprochen oder Fälle vorgestellt wurden, in denen keine weiteren Akteure involviert waren.

Nicht alle sehen eine Verbesserung der Kommunikation oder der Zusammenarbeit.

P04: „Nein, also dort, wo es vorher schon funktioniert hat, da funktioniert es sowieso in jedem Bereich mit den Ärzten. Und wie gesagt, es gibt einfach Ärzte, da hat man keine Chance. Da wird man nicht als Partner betrachtet.“

Ansprechpartner, Zuständigkeiten und Aufgaben

In der **teilstandardisierten Befragung** (alle Leistungserbringer, n=64) wurde nach dem Ansprechpartner, den Zuständigkeiten und Aufgaben sowie der Erreichbarkeit gefragt.

Als **primärer Ansprechpartner** innerhalb der AAPV wurde in 33 Fällen der Hausarzt genannt (51,6 %), der Pflegedienst bzw. das Pflegeheim in 17 Fällen (26,6 %), Hausarzt und Pflege gemeinsam in 4 Fällen (6,3 %), in 5 Fällen die Hospizhilfe (7,8 %) und in 9 Fällen (14,1 %) alle Beteiligten nach Bedarf.

Zu den **Zuständigkeiten und Aufgaben im Behandlungsprozess** wurden folgende Angaben gemacht:

- PKD: Beratung zu palliativmedizinischer Versorgung (Schmerzmedikation, Behandlungsoptionen, Notfallplan) (5 Nennungen)
- Hausarzt: medizinische Versorgung, Medikation, Verordnungen, Schmerztherapie, Bedarfs- und Notfallplan (49 Nennungen), psychosoziale Betreuung des Patienten, Beratung der Angehörigen, Gespräche mit Patienten/Angehörigen (je 8 Nennungen)
- Pflegedienst/Pflegeeinrichtung: Grund- bzw. Behandlungspflege (40 Nennungen), Verabreichung Medikation (11 Nennungen), psychosoziale Begleitung, Gespräche und Beratung Angehörige (6 Nennungen), Umsetzung Behandlungsplan, Symptomkontrolle, Trauerbegleitung (je 1 Nennung)
- Hospizhilfe: psychosoziale Beratung und Begleitung, Gespräche Patienten und Angehörige (36 Nennungen), Hilfsmittelversorgung (2 Nennungen), Palliative Behandlung/palliativpflegerische Beratung Angehörige, Pflegerische Versorgung, Trauerbegleitung (je 1 Nennung)

Zur **Erreichbarkeit** der Verantwortlichen im Rahmen der AAP Versorgung wurden von den befragten Ärzten (n=22) verschiedene Wege genannt:

- Hausarzt gibt private Handynummer weiter für Notfall, nachts oder Wochenende (n=13)
- Erreichbarkeit in Praxis (n=6)
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst (n=5)
- Über den Pflegedienst/das Pflegeheim (n=4)
- Hospizhilfe permanent erreichbar (n=2)

Die **Anzahl der ärztlichen Hausbesuche** wurde von mehrmals täglich bis alle sechs Wochen oder auf Zuruf angegeben. In der Mehrzahl der Fälle (n=12) wurden Hausbesuche wöchentlich bis mehrmals wöchentlich durchgeführt (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Hausbesuche

Hausbesuche (Ärztebefragung, n=22)	Häufigkeit
Täglich bis mehrmals täglich	4
Wöchentlich bis mehrmals wöchentlich	12
Monatlich bis mehrmals monatlich	4
unregelmäßig	1

Die Erreichbarkeit der Verantwortlichen für die Patienten erfolgt laut der befragten Diensten (n=48) zumeist telefonisch.

4.3. Assessment und Maßnahmen

Dieser Frageblock der teilstandardisierten Befragung erfasste die **Durchführung des Assessments zum Patientenwillen, zu den psychosozialen Bedürfnissen, zur palliativ-pflegerischen Beurteilung der pflegerischen Versorgung sowie die Durchführung der Maßnahmen.**

Die **Erfassung der Medikation, die Verordnung der Bedarfsmedikation und die Erstellung des Behandlungs- und Notfallplans** erfolgte in allen Fällen durch den Arzt und wurde jeweils mit dem PKD abgesprochen. Die aus Sicht mancher Befragten bestehende Problematik eines einmaligen Kontakts wurde oben bereits angeführt.

Die Ärztesgruppe (n=22) wurde gefragt, **wer Ziele und Maßnahmen im Hilfeplan zusammen mit dem Patienten und den Angehörigen festlegt?**

In 15 Fällen wurde hier der Hausarzt genannt, in sieben Fällen der Hausarzt gemeinsam mit der Pflege. Ein befragter Arzt betont in diesem Zusammenhang die Entwicklung und Umsetzung des Bedarfsplans als Gewinn der AAPV gegenüber der Regelversorgung.

Die ambulanten Dienste und die Hospizhilfe wurde gefragt, **welche Diensten und Einrichtungen an der Festlegung der Ziele und Maßnahmen im Behandlungsprozess** einbezogen waren (n= 42). In den meisten Fällen (88 %) waren alle Beteiligten inklusive der Angehörigen einbezogen.

Hinsichtlich der **palliativpflegerischen Beurteilung** der pflegerischen Versorgung wurde die Ärztesgruppe (n=22) gefragt, wer diese durchführe. Hier wird in fast der Hälfte der Fälle (45,5 %) der Pflegedienst/das Pflegeheim bzw. der Arzt (40,8 %) angegeben. Nur in 9,1 % der Fälle wird hier die Hospizhilfe gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung genannt. In einem Fall (4,5 %) wird ein Angehöriger angegeben. Demnach erfolgt eine Inanspruchnahme des Palliativ-Pflegerischen Konsiliardienstes der ambulanten Hospizhilfe trotz entsprechender Zusatzqualifikation in Palliativ-Care selten.

In der Gruppe der **ambulanten Dienste und Hospizhilfe** zeigt sich jedoch ein anderes Bild. Hier wurde gefragt, ob die Hospizhilfe zur palliativpflegerischen Beurteilung konsultiert wurde. In circa 70 % der befragten Fälle (n=41) wurde die Hospizhilfe zur palliativpflegerischen Beurteilung konsultiert, etwa ein Viertel verneinen und in etwa 5 % der Fälle ist dies nicht bekannt (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Palliativpflegerische Beurteilung der pflegerischen Versorgung

Ärztebefragung (n=22): Wer führt die palliativpflegerische Beurteilung (z.B. nicht 2stdl. Umlagern, Atemstimulierende Einreibung etc.) durch? (n=22)	
Pflegedienst/ Pflegeheim	10 Fälle (45,5 %)
Ärzte	7 Fälle (31,8 %)
Hospizhilfe	2 Fälle (9,1 %)
Pflegeheim/Arzt	1 Fall (4,5 %)
Arzt/MFA, MDK	1 Fall (4,5 %)
Angehörige	1 Fall (4,5 %)
Befragung der Dienste: Wurde die Hospizhilfe zur palliativpflegerischen Beurteilung konsultiert? (n=41)	
Konsultation	29 Fälle (70 %)
Keine Konsultation	10 Fälle (25 %)
Nicht bekannt	2 Fälle (5 %)

Palliativpflegerische Expertise Interviews

Die palliativpflegerische Expertise der Hospizhilfe spielt aus Sicht der **befragten stationären Pflegeeinrichtungen** eine tragende Rolle. Hier wird die Expertise als sehr sinnvoll angesehen, um Patienten und Angehörige zu unterstützen. Palliativpflegerische Situationen und Maßnahmen im Sterbeprozess (z.B. Hungergefühl) könnten von der Hospizhilfe den Angehörigen besser (im Sinne von neutral) vermittelt werden. Den Angehörigen gebe dies Sicherheit und bei den Bewohnern wird eine beruhigende Wirkung festgestellt. Es wurden allerdings häufigere Besuche als einmal pro Woche gewünscht.

Bei den **ambulanten Pflegediensten** gibt es unterschiedliche Ansichten. Zum Teil wird die palliativpflegerische Expertise als Vorteil erlebt und sehr genutzt; trotz eigener ausgebildeter Palliativkräfte im Team gab es kein Konkurrenzdenken. Damit verbunden ist auch die Hoffnung, dass die Palliativpflege ins Abrechnungsverfahren aufgenommen werde, denn der

Aufwand sei höher als in der Regelversorgung und in keinem Verhältnis zur Vergütung; finanziell sei dies nur über Mischkalkulationen tragbar. Auch im Umgang mit der Trauer werde die Hospizhilfe als echte Hilfe für die Angehörigen erlebt.

Andere Dienste hingegen sehen die palliativpflegerische Expertise besser beim ambulanten Dienst angesiedelt, insbesondere bei einem schon bestehenden Vertrauensverhältnis zwischen Pflegemitarbeitern und Patient bzw. deren Angehörigen. Zudem wollten Angehörige oft nicht noch weitere fremde Personen im Haus.

P04: „Nein ich glaube, wenn im ambulanten Pflegedienst jemand wäre, der da drin geschult ist, wäre das wesentlich sinnvoller. Weil ich krieg ganz oft die Rückmeldung, was sollen wir dort anrufen, Sie sind vor Ort und wieso dürfen Sie das nicht und Sie sind doch die Vertrauensperson.“

Aus Sicht der **Hospizhilfe** wurde die palliativpflegerische Expertise immer dann eingebunden, wenn (1) bereits vor dem Modellprojekt eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten oder den ambulanten Pflegedienst bestand oder (2) wenn im Laufe des Projekts der Hausarzt mit der Hospizhilfe positive Erfahrung gemacht hat.

Die befragten **Ärzte** bewerten den Einbezug der Hospizhilfe im Rahmen der AAPV unterschiedlich. Der überwiegende Teil der befragten Ärzte begrüßt die Zusammenarbeit mit der Hospizhilfe. Dies sei eine große Unterstützung für die Angehörigen, auch hinsichtlich Nachbetreuung und Trauerarbeit.

Vereinzelt wird der Aufwand, weitere Leistungserbringer bei einem in den nächsten Tagen versterbendem Patienten einzubeziehen, als zu hoch angesehen. Der befragte Arzt habe bisher keinen Fall gehabt, bei dem man die Hospizhilfe habe hinzuziehen müssen. Die Sterbebegleitungen seien bisher stets absehbar gewesen und man habe die Hospizhilfe nicht gebraucht.

A01: „Da muss ich ganz ehrlich sagen, dieses ganze Theater soll man noch dazu holen und warum und weswegen. Wir kommen ja klar. Das ist etwas, ich geb denen [den Patienten/Angehörigen] jetzt eine Telefonnummer. Die können mich gerne am Wochenende erreichen. Ja, und das geht wahrscheinlich die nächsten drei Tage über die Bühne. Also dann, da ist mir der ganze Aufwand viel zu viel“

Gleichzeit äußert der Befragte allerdings auch einen hohen zeitlichen Aufwand in der Beratung der Angehörigen, die genaue Informationen zu den Maßnahmen, dem weiteren Verlauf und Verhalten in Notfallsituationen wünschen.

Ein anderer Befragter widerspricht explizit *„Mediziner, die sagen, sie brauchen die Hospizhilfe nicht“* und sieht die Hospizhilfe als einen wesentlichen Teil der palliativen Betreuung an. Diese bestehe über den medizinischen Bereich auch aus einem spirituellen Bereich, da der

gesamte Lebenskomplex eines Patienten betroffen sei, möglicherweise Ängste vorhanden seien. Diesen Teil der Versorgung könne die Hospizhilfe gewährleisten und damit die Ärzte in ihrem Zeitmanagement entlasten.

Ein weiterer Befragter sieht den Einbezug der Hospizhilfe in Pflegeeinrichtungen kritisch und habe dies lediglich aufgrund der Vorschrift gemacht, denn in dem Fall seien die Betreuung sowohl durch die Familie als auch die Einrichtung ausreichend gewährleistet gewesen. Es sei auch dem Pflorgeteam in einer Einrichtung schwer vermittelbar, wieso zusätzliche psychosoziale Betreuung einbezogen werden sollte, die in der Einrichtung schon angeboten würde und es eine lange Beziehung mit dem Patienten/Bewohner gebe.

Patientenwille

In der teilstandardisierten Befragung wurde gefragt, ob der **Patientenwille** erfasst wurde und vorliegt. Tabelle 11 zeigt, dass in jeweils über der Hälfte der Fälle eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorlag oder eingeleitet wurde. In 15 % der Fälle war dies allerdings den Befragten nicht bekannt.

Tabelle 11: Patientenwille

Erfassung Patientenwille bezüglich Versorgung, Aufenthalt, rechtlicher Vertretung (n=64)	
Patientenverfügung vorliegend bzw. eingeleitet	37 (57,8 %)
Vorsorgevollmacht vorliegend bzw. eingeleitet	38 (59,4 %)
Betreuungsverfügung vorliegend bzw. eingeleitet	9 (14,1 %)
Schriftliches Dokument vom Arzt erstellt	1 (1,6 %)
Nicht bekannt	10 (15,6 %)
Nein	2 (3,1 %)

Die **Maßnahmen der psychosozialen Unterstützung** erfolgten in der Mehrzahl der Fälle (46,9 %) durch die Hospizhilfe. In einem Viertel der Fälle (26,6 %) wurden mehrere an der Versorgung Beteiligte genannt (Arzt oder Pflege und Hospizhilfe) (s. Tabelle 12). In einigen Fällen wurden entsprechende Maßnahmen von den Angehörigen nicht gewünscht.

Tabelle 12: Psychosoziale Unterstützung

Psychosoziale Unterstützung	Häufigkeit (n=64)	Angabe in Prozent
Hospizhilfe	30	46,9
Arzt oder Pflege und Hospizhilfe	17	26,6
Arzt	9	14,1
Pflegedienst/Pflegeheim	2	3,1
Kein Bedarf, nicht gewünscht	4	6,3
Weiß nicht	1	1,5
Zu kurz	1	1,5

Einige der befragten Ärzte bedauern, als Hausarzt in der „*Mühle der Hausarztmedizin*“ nicht ausreichend zeitliche Ressourcen für entlastende Gespräche zur Verfügung zu haben. Ein

ärztlicher Befragter sieht die psychosoziale Entlastung vor allem im Bedarfs- bzw. Notfallplan und Telefonnummern, die im Notfall angerufen werden können.

Die **Organisation von Ehrenamt** zur psychosozialen Entlastung der Angehörigen durch die Hospizhilfe erfolgte in elf Fällen (17,2 %), in sieben Fällen (10,9 %) war dies den Befragten nicht bekannt. In den übrigen 46 Fällen (71,9 %) erfolgte keine ehrenamtliche Unterstützung. 40 Befragte begründen dies zusammenfassend folgendermaßen:

- Wurde von der Familie/dem Patienten nicht gewünscht (19 Nennungen)
- Es bestand kein Bedarf (7 Nennungen)
- Die Zeit war zu kurz (6 Nennungen)
- Hospizhilfe war nicht in AAPV beteiligt (4 Nennungen)
- Hospizhilfe war in Behandlungsprozess kaum einbezogen (2 Nennungen)
- Ehrenamt im Pflegeheim vorhanden (2 Nennungen)

4.4. Verlauf

Dieser Fragekomplex **der teilstandardisierten Befragung** behandelte den Verlauf hinsichtlich der kontinuierlichen Überprüfung des Versorgungsbedarfs, der Symptomkontrolle sowie der Besprechung von Maßnahmen nach dem Tod.

Die **kontinuierliche Überprüfung des Versorgungsbedarfs** (Befragung der Ärzte, n=22) erfolgte vorwiegend durch den Arzt (n=11), in acht Fällen durch Arzt mit Pflege gemeinsam bzw. in zwei Fällen mit der Hospizhilfe gemeinsam. In allen Fällen wurde der Versorgungsbedarf im Rahmen eines Bedside-Konsils geprüft, darüber hinaus auch telefonisch (n=14) und in vier Fällen wird auch eine Fallkonferenz genannt.

Die **Symptomkontrolle** (Befragung der Ärzte, n=22) erfolgte ebenfalls vorwiegend über den Hausarzt (9 Fälle), den Pflegedienst bzw. -einrichtung (3 Fälle) sowie gemeinsam (8 Fälle). In zwei Fällen werden die Angehörigen genannt. Hier steht eine evidenzbasierte professionelle Symptomkontrolle dem Laiensystem gegenüber. In einem Fall wird beschrieben, dass eine Beurteilung anhand einer vereinbarten Symptomklassifikation erfolgt, die sich an der SAPV orientiert. Der Pflegedienst verfügt über die entsprechende Qualifikation.

Informationen zur Trauerbegleitung (Befragung der Ärzte sowie der Dienste, n=63) wurden in zwei Drittel der Fälle (68,3 %) als bekannt angegeben, in 14 Fällen (22,2 %) nicht besprochen und in sechs Fällen war den Befragten dies nicht bekannt. Die Information erfolgte in 31 Fällen durch die Hospizhilfe, in drei Fällen jeweils durch den Arzt und der Pflege sowie einmal durch Hospizhilfe und Pflegeheim.

Folgende Gründe wurden genannt, wenn keine Informationen zur Trauerbegleitung gegeben wurden:

- Familie interessiert sich nicht dafür, nimmt alles, wie es kommt
- „Das macht man doch nicht, solange jemand noch lebt“
- Patient verwirrt, Tochter kein Kontakt
- Von Angehörigen nicht gewünscht / Familie unter sich geregelt
- Angehörigen bereits bekannt
- Wird nicht zum Thema gemacht
- Zu kurzer Behandlungsprozess

Ein befragter Arzt äußert in diesem Zusammenhang, wichtig für die Trauerbewältigung sei vor allem, den betroffenen Menschen symptomfrei und die Situation stabil zu halten, je mehr Sicherheit Angehörige und Patienten erfahren, desto leichter falle die Trauerbewältigung.

Die **Maßnahmen nach dem Tod** wurden in 11 Fällen besprochen, in fünf Fällen durch die Hospizhilfe bzw. Hospizhilfe und Pflegedienst (n=1), in drei Fällen durch den Arzt und in einem Fall durch andere. Die Begründungen für ein Ausbleiben lauteten:

- „Über die Frage nach dem Tod zu reden finde ich sehr kompliziert. Hab ich in der AAPV bisher auch nicht“
- War nicht erwünscht
- Tochter hatte alles organisiert

4.5. Weitere Ergebnisse der Angehörigen Interviews

Im Folgenden werden die weiteren Ergebnisse aus den Angehörigeninterviews berichtet. Die folgend dargestellten Kategorien orientieren sich überwiegend an den im Leitfaden festgelegten Themen, wurden vereinzelt aber auch aus dem Material gebildet.

Belastungen der Angehörigen

In den Interviews werden die hohen Belastungen der pflegenden Angehörigen deutlich. Als besonders belastend werden das Leid und die krankheitsbedingten Veränderungen ihrer zu pflegenden Person empfunden. Für viele ist auch das Erleben der Symptomatik schwer zu ertragen. Manche fühlen sich mit den pflegerischen Handlungen überfordert oder auch nachts ständig in Bereitschaft zu sein. Darüber hinaus wird ein mangelndes Verständnis im Freundes- oder Bekanntenkreis für die Pflegeübernahme wahrgenommen.

A01: „Wenn Sie jemanden non-stop pflegen, wie sie das gemacht hat [Ehefrau], Verständnis kriegen Sie keines.“

Dennoch werden Hilfsangebote von außen abgelehnt aufgrund eines hohen Pflichtgefühls oder eines subjektiv erlebten „Treuebruchs“. Die Folge der Belastungen sind hohe körperliche und psychische Erschöpfung bei vielen befragten Angehörigen in der Häuslichkeit. Dies betrifft ebenfalls Angehörige, die selbst aus der Pflege kommen.

In manchen Fällen wurde die eigene Überforderung und Überlastung nicht wahrgenommen. In den Interviews kam zum Teil der Eindruck auf, dass einige Versorgungssituationen, in denen keine weiteren Leistungserbringer (ambulanter Dienst und/oder Hospizhilfe) involviert waren, zusätzlicher Unterstützung bedurft hätten.

In einem Fall berichten Angehörige von belastenden Barrieren im institutionellen Kontext. In zwei stationären Einrichtungen wurde zu Beginn des Projekts von den Pflegemitarbeitern das Projekt nicht mitgetragen. So wurde der Schwiegertochter von der leitenden Pflegekraft mitgeteilt, dass die Schwiegermutter bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes in ein Krankenhaus überwiesen wird bzw. wurde. Auch wurde der Bedarfsplan bzgl. die Schmerzmittelgabe nicht umgesetzt, da das Pflegepersonal nicht abschätzen konnte, wann genau ein Bedarf besteht. Auf Seiten des Pflegepersonals herrschte große Angst vor rechtlichen Konsequenzen. Hier erfolgte nochmals eine Aufklärung des Hausarztes, woraufhin sich dann das Projekt einspielte.

Was hat sich durch die AAPV verändert?

Zu dieser Frage konnten folgende Kategorien aus dem Material gebildet werden:

- **Erhöhtes Gefühl der Sicherheit und Entlastung**

Bedeutsam für das Sicherheitsgefühl war für die Angehörigen vor allem, dass sie auch im Notfall Ansprechpartner zur Verfügung hatten und sich mit der Situation nicht allein gelassen gefühlt haben. Auch zu wissen, was im Notfall zu tun ist (Notfallplan) und begleitet zu werden, hat Ruhe vermittelt.

A04: „Es gab uns eine gewisse Ruhe. (...) Ich bin nicht allein gelassen“

Sicherheit und Entlastung ergaben sich auch aus der Unterstützung durch das AAPV Team, dass das eigene Handeln richtig sei bzw. sie erhielten hilfreiche Hinweise zur Pflege.

A05: „Diese, diese Ratlosigkeit, die Perspektivlosigkeit. Diese, diese Gewissensbisse dann halt eben auch, die einem doch auf der Seele liegen. Das ist einem genommen worden, weil die haben immer nur gesagt, ich würde alles richtig machen. (...) Also wenn man das dann schon mal hört, macht das einem viel aus, wenn das aus einem berufenen Munde kommt, ja.“

- **Psychosoziale Unterstützung**

Speziell die erlebte psychosoziale Unterstützung der Hospizhilfe wurde in den Interviews immer wieder hervorgehoben. Die Hospizhilfe berücksichtigt auch das Befinden der Angehörigen und thematisiere schwierige Themen wie die Akzeptanz der krankheitsbedingten Veränderungen und des Sterbens. Die Angehörigen wurden durch Gespräche auf das Verstehen vorbereitet und auch die Nachbetreuung wurde als sehr hilfreich erlebt.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen brachte Entlastung für eigene Freizeitaktivitäten, Erholungen oder Termine. Bedeutsam war für die Angehörigen ebenfalls, dass keine zusätzlichen Kosten für sie entstanden sind.

- **Palliativpflegerische Beratung und Aufklärung**

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt betrifft die Beratung und Aufklärung zu palliativpflegerischen Maßnahmen. Von einigen Angehörigen wurde insbesondere die Problematik der Nahrungsaufnahme angesprochen. Die Aufklärung zur Nahrungsaufnahme im Sterbeprozess hat zu großer Erleichterung und einem beruhigten Gewissen bei den Angehörigen geführt. Auch konnten im Rahmen einer ethischen Fallkonferenz Uneinigkeiten unter den Angehörigen ausgeräumt werden.

A08: „Und dann zur sozialen Unterstützung hat dann die Hausärztin uns geraten Kontakt aufzunehmen mit dem Hospizdienst da. Ja, es ging da auch um psychosomatische oder psychosoziale Betreuung auch und das war schon sehr hilfreich. [...] weil sie ja nichts mehr essen und trinken konnte, damit haben wir ein Problem gehabt, ne? Was machen wir jetzt? Sie verdurstet und verhungert. Und darüber hat sie mit uns gesprochen und das war also schon für uns auch sehr hilfreich und ich würde sagen schon eine Erleichterung, dass jemand Außenstehendes gesagt hat, ja es geht halt irgendwann ja nicht mehr und so“

- **Entscheidungsfindungen und Umgang**

Der Umgang zwischen den Angehörigen und den einzelnen Akteuren wurde überwiegend als sehr freundlich, angenehm bis herzlich beschrieben. Die Kommunikation fand auf Augenhöhe statt und den Angehörigen wurde von allen viel Verständnis entgegengebracht.

Ein wichtiger Aspekt betrifft auch, verschiedene Behandlungsoptionen zu besprechen und gemeinsame Entscheidungen zu finden.

A05: „Weil ich auch von Anfang an das Gefühl hatte, dass das Leute sind, die mich verstehen, die die Mama verstehen, und die für die entsprechenden Konflikte, in die ich so reingereiten bin, ja Lösungsvorschläge haben. Oder verschiedene Optionen aufzeigen konnten und deshalb war das von Anfang an angenehm“

Wie wurde die Kooperation des AAPV Teams erlebt?

Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern wurde als gut erlebt. Hauptsächlich habe ein telefonischer Austausch zwischen den Teammitgliedern stattgefunden. In einigen wenigen Fällen gab es auch Bedside Konsile. Eine Angehörige berichtete, dass es zu Beginn eine Fallkonferenz gab und in der Folge enge Absprachen zwischen den einzelnen Beteiligten. Die Angehörige wurde immer informiert.

Aber nicht immer kann die Kooperation und der Umgang zwischen den einzelnen Leistungserbringern von den Angehörigen beurteilt werden: Die Kommunikation der Angehörigen erfolgte entweder nur mit einzelnen Leistungserbringern und nicht im gesamten Team, oder der Patient verstarb kurz nach Aufnahme in das Projekt. Für eine Zusammenarbeit war die Zeit zu kurz. Eine befragte Angehörige war in die Versorgung nicht stark involviert und kann daher keine Aussage treffen. Wie bereits aufgeführt, gab es in einer stationären Pflegeeinrichtung Unsicherheiten bzgl. des AAPV-Projekts. Hier hätte sich die Angehörige mehr Absprachen im Team gewünscht.

Probleme, die besonders gut gelöst wurden

Als besonders gelungen werden sowohl die medizinische Versorgung als auch die psychosoziale Betreuung beschrieben. Eine gute Schmerzbehandlung wird hier mehrfach genannt sowie die Unterstützung bei der Akzeptanz der krankheitsbedingten Veränderungen.

Eine Angehörige berichtet, dass sie aufgrund der entsprechenden Beratung durch die Hospizhilfe und den Pflegedienst sowie die ständige Betreuung durch das Team weiterhin ihrer Berufstätigkeit nachgehen können.

Probleme, die nicht gelöst werden konnten

Zu dieser Frage haben die interviewten Angehörigen keine Angaben gemacht. Es gab keine Probleme, die nicht gelöst werden konnten. Wie oben bereits beschrieben, hätten sich einige Befragte einen früheren Beginn der AAPV gewünscht.

A08: „Ja, also ich finde es ist eine gute Sache und ich kann nur jedem raten, das in Anspruch zu nehmen. Und wenn ich es eher gewusst hätte, hätte ich es wahrscheinlich auch schon früher gemacht“

5. Diskussion

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts AAPV im Landkreis St. Wendel untersuchte in teilstandardisierten und qualitativen Interviews die Umsetzung des Versorgungspfades, die Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer sowie die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen.

Insgesamt können die Versorgungsziele, in häuslicher Umgebung umfassend versorgt zu werden und versterben zu können, als erreicht bezeichnet werden. Von den erfassten Fällen erfolgte die Versorgung überwiegend in der Häuslichkeit und die Patienten und Patientinnen konnten zumeist auch zuhause versterben. Dies wurde größtenteils aufgrund des Bedarfsplans, des Notfallplans, einer verbesserten Schmerzbehandlung, der Zusammenarbeit der Akteure und der engmaschigen Begleitung erreicht. Es wurde aber auch deutlich, wie stark der Verbleib der Betroffenen in ihrer häuslichen Umgebung von den Grenzen der Angehörigen abhängig ist. Manche können die Belastungen des Sterbeprozesses und die begleitenden Symptome schwer bis nicht aushalten. Daher sind gemeinsame Absprachen sowie Beratung zur palliativen Situation und Versorgung besonders bedeutsam. Hier gilt es, das Potenzial der Hospizhilfe in Bezug auf palliativpflegerische Beratung und psychosoziale Unterstützung zur Entlastung der Angehörigen sowie des Zeitmanagements der Hausärzte noch deutlich stärker wahrzunehmen.

Die Umsetzung des Versorgungspfades ist in verschiedenen Aspekten noch ausbaufähig, wie im Folgenden erläutert wird.

Ein Aspekt betrifft den **Zeitpunkt der Einschreibung**. Die Verweildauern zeigen, dass 50 % der erfassten Patienten und Patientinnen maximal 29 Tage in der AAPV verweilen. Hier ist hervorzuheben, dass sowohl aus Sicht der befragten Angehörigen als auch der befragten ambulanten Dienste bzw. der Hospizhilfe in vielen Fällen eine Einschreibung zu einem früheren Zeitpunkt hätte erfolgen sollen. Betont wird hier vor allem, dass damit mehr Zeit für Beratung und Vertrauensaufbau zu den Angehörigen vorhanden sei sowie Versorgungsprozesse als auch die Zusammenarbeit der Leistungserbringer früher organisiert und umgesetzt werden könnten. Empfohlen wird daher, die Einschreibung zu einem früheren Zeitpunkt vorzunehmen. Generell sollte gemeinsam mit anderen Leistungserbringern erarbeitet werden, wann die Einschreibung spätestens erfolgen bzw. wie lange die Betreuung dauern sollte.

Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf den **Kontakt zum Palliativmedizinischen Konsiliar-dienst**. Der Kontakt wurde zwar immer wie vorgesehen hergestellt, allerdings ist es zumeist bei einem Kontakt geblieben, was von einigen Befragten kritisch gesehen wurde. Hier wird empfohlen, die Rolle des PKD gemeinsam unter den Leistungserbringern zu diskutieren, inwieweit und unter welchen Umständen eine erweiterte Inanspruchnahme der palliativmedizinischen Expertise erfolgen sollte.

Die **Einbeziehung von Leistungserbringern**, insbesondere der Hospizhilfe ist ein weiterer relevanter Aspekt. Vor allem zu Projektbeginn erfolgte eine Einbeziehung der Hospizhilfe sehr zögerlich. Häufig wurde ihnen lediglich eine Kontaktadresse genannt, allerdings beeinträchtigt die selbstständige Kontaktaufnahme die Akzeptanz und stellt eine höhere Schwelle dar.

Auffallend waren die mit der Hospizhilfe assoziierten subjektiven Annahmen von Sterben, Beten oder Seelsorge, die teilweise auch bei den Leistungserbringern zu finden waren. Angehörige lehnten den Einbezug der Hospizhilfe häufig aufgrund von Unkenntnis des gesamten Leistungsspektrums ab. Dies zeigt eine noch fehlende Wahrnehmung der Hospizhilfe in der Öffentlichkeit. Aber auch die Leistungserbringer zeigten zu Modellbeginn trotz Öffentlichkeitsarbeit seitens der Hospizhilfe noch wenig Kenntnisse zu deren Leistungsspektrum wie z.B. der palliativpflegerischen Expertise. Erst im Verlaufe des Projekts nahmen die Kenntnis und die Anerkennung der Leistungen und damit auch die Inanspruchnahme zu. Entscheidend dafür war vor allem, dass die Angehörigen über die Angebote der Hospizhilfe aufgeklärt wurden anstatt ihnen lediglich eine Kontaktadresse auszuhändigen.

Dass keine weiteren Dienste hinzugezogen wurden, begründete sich in der Ablehnung der Angehörigen. Aus der Forschungsliteratur ist seit langem bekannt, dass pflegende Angehörige häufig hoch belastet sind, wenig Selbstpflege betreiben, häufig selbst gesundheitlich in Mitleidenschaft gezogen sind, aber dennoch aus verschiedenen Gründen kaum Entlastungsangebote in Anspruch nehmen (Born 2017, Büker 2015, Meyer 2006). Vor diesem Hintergrund wäre zu empfehlen, den pflegenden Angehörigen die Vorteile und Angebote der Dienste nahe zu bringen und sie zur Inanspruchnahme zu ermuntern (Palliativpflegerische Expertise, Aufklärung und Beratung zur palliativen Situation, psychosoziale Begleitung, Ehrenamt, Klärung sozialversicherungsrechtlicher Frage- und Antragsstellungen etc.). Darüber hinaus könnten einige der in § 4 formulierten Aufgaben der Vorstandsrichtlinie stärker an die Hospizhilfe oder auch ambulanten Dienste delegiert werden (z.B. Assessment Patientenwille). Dies könnte auch zur Entlastung der oft hoch engagierten Hausärzte beitragen, die zum Teil Tag und Nacht für ihre Patienten erreichbar sind und häufig mehrmals wöchentliche Hausbesuche abstaten. Es wäre demnach zu empfehlen, den Begriff der Erforderlichkeit entweder stärker zu definieren oder die Kooperation mit anderen Diensten als wesentlichen Bestandteil der AAPV obligatorisch festzulegen. Damit wäre der Einbezug der Expertise und der Angebote anderer Dienste gewährleistet. Für eine Übertragung des Modells auf andere Regionen wäre zu empfehlen, die Vernetzung und das gegenseitige Kennenlernen frühzeitig zu fördern und aktiv zu gestalten.

Im Versorgungspfad Palliativversorgung ist zudem eine **Fallbesprechung (Fallkonferenz)** zwischen Arzt, Pflegedienst und Hospizhilfe vorgesehen, in der die Ziele geklärt sowie ein Hauptansprechpartner (Koordinator) als auch der Hilfeplan festgelegt werden. Auch hier

zeigte sich Ausbaupotenzial. Eine Fallkonferenz erfolgte entweder telefonisch oder bei einem zufälligen Zusammentreffen vor Ort, wobei selten alle Leistungserbringer sich gemeinsam getroffen haben. Der Austausch fand überwiegend zwischen Pflege und Arzt statt. Einige Ärzte halten eine Fallkonferenz aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen für nicht umsetzbar. Dennoch wurden von einzelnen Befragten gemeinsame Fallbesprechungen als sinnvoll erachtet und vorgeschlagen, sich zum Informationsaustausch in regelmäßigem Abstand zu treffen. Der Termin könne vom Arzt mit zeitlichem Vorlauf geplant werden und bei Bedarf auch in der Praxis stattfinden. Die Häufigkeit sei vom Zustand des Patienten abhängig.

Dieser Punkt führt weiter zur **Kooperation und Koordination** auf Fallebene. In einigen Fällen haben Leistungserbringer zum Teil unabhängig und ohne Kooperation sowie Koordination agiert. Ein direkter Austausch unter allen an der Versorgung beteiligten Diensten kam auch hier selten vor, zum Teil gab es keine Kenntnis über die weiteren an der Versorgung beteiligten Dienste. Die Fallkoordination hat zumeist selbstverständlich beim Hausarzt gelegen, eine explizite Verteilung der Zuständigkeiten und der Koordination erfolgte allerdings oft nicht. In § 4 (1) der Vorstandsrichtlinie der KVS für die Ärzte wurde die Koordinationsleistung bzw. die Kooperation allerdings auch nicht als notwendiger Bestandteil festgelegt, sondern von der eingeschätzten Erforderlichkeit abhängig gemacht (vgl. KVS 2015, S.3). Demnach konnte der Haus- / Facharzt alleiniger Leistungserbringer im Rahmen der AAPV bleiben, was allerdings der Idee eines „kooperativen Versorgungskonzepts“ nicht entspricht. Empfehlenswert für künftige Richtlinien und Übertragung des Modells auf andere Regionen wäre, eine verpflichtende Kooperation bzw. im Vernetzungsprozess die Art der Kooperation und Koordination festzulegen (s.o.). Denn vor allem eine gute Zusammenarbeit ist entscheidend, um ein Sterben in der Häuslichkeit zu gewährleisten.

Die **Kommunikation** (Struktur und Informationsaustausch) ist ein weiterer wesentlicher Aspekt, denn im Modellprojekt zeigte sich, dass es keine gemeinsame Dokumentation gibt. Informationen über Veränderungen oder Anpassungen wurden zum Teil über die Patienten oder Angehörigen vermittelt, was die Gefahr von Fehlern in der Informationsübertragung birgt. Verschiedene Befragte haben sich kritisch geäußert, dass Informationen häufig nachgefragt werden müssten und Verschlechterungen zum Teil zu spät kommuniziert wurden, so dass keine Zeit mehr blieb, entsprechende Unterstützung anzubieten. Die Akteure sollten gemeinsam überlegen, wie Informationen ohne vermehrten Dokumentationsaufwand weitergegeben werden können. Davon könnten auch Bereitschafts- und Notärzte profitieren. Empfehlenswert wäre die Entwicklung einer Kommunikationsstruktur in der genau festgehalten wird, wer kommuniziert was wann an wen mit welchen Mitteln.

Die Kommunikation und Kooperation hat sich nach anfänglichen Schwierigkeiten im Verlaufe des Projekts verbessert. Positiv bewertet wurde trotz einzelner schlechter Erfahrungen im Verlaufe des Modellprojekts eine Verbesserung der Qualität **der interdisziplinären Kommunikation** verbunden mit einer gestiegenen Anerkennung und Wertschätzung füreinander. Dazu habe sowohl die Erfahrung einer guten Zusammenarbeit auf Fallebene als auch die Vernetzung auf der Systemebene (Qualitätszirkel) beigetragen. Es ist zu empfehlen, bei Fortführung des Projekts auch die Qualitätszirkel weiterhin regelmäßig fortzuführen.

Die Angehörigen zeigten sich insgesamt sehr zufrieden mit der Versorgung durch das AAPV Team. Verschiedene Faktoren wie der Notfallplan, die gute Schmerzbehandlung, gemeinsame Entscheidungsfindungen, Beratung und Aufklärung zu palliativen Situation und psychosoziale Unterstützung haben zur Entlastung, Erleichterung, einem subjektiven Sicherheitsgefühl, Stärke und einem beruhigten Gewissen in schwierigen Fragen beigetragen.

A07: „Ich kann dazu nur sagen, ich kann es jedem nur wünschen, dass es so stattfindet“

Fazit

Die allgemeine ambulante palliative Versorgung konnte dazu beitragen, dass unheilbar erkrankte Menschen in ihrer letzten Lebensphase umfassend in der Häuslichkeit versorgt werden und ein Sterben zuhause ermöglicht wurde. Dazu hat die Kompetenz, die Expertise und das Engagement eines jeden Leistungserbringers beigetragen, aber vor allem das zielgerichtete Zusammenwirken stellt sowohl für die Angehörigen als auch die Leistungserbringer selbst eine große Entlastung dar. Bei koordinierter Kooperation lassen sich Aufgaben und Zuständigkeiten verteilen und zusätzliche Ressourcen nutzen.

Dazu ist von erheblicher Bedeutung, die Hospizhilfe als Ressource in der AAPV wahrzunehmen und auch den Angehörigen die Kernkompetenz der Hospizhilfe zu vermitteln. Sie entlastet zum einen die Angehörigen, aber auch Hausärzte und Pflegedienste können durch die Hospizhilfe in ihrem Zeitmanagement erheblich entlastet werden. Eine Herausforderung der Zukunft wird sein, die Versorgung schwererer und schwerstkranker Menschen im häuslichen Bereich durch interprofessionelle Teams weiter zu entwickeln, um weiterhin eine qualitativ hochwertige Versorgung für eine älter werdende Gesellschaft zu gewährleisten.

Zu bedenken ist, dass Koordinations- und Kooperationsprozesse in interprofessionellen Teams Zeit in Anspruch nehmen und von den Akteuren entsprechende Kommunikations- und Moderationskompetenzen erfordern. Leistungen für Kommunikation, Kooperation und Koordination sollten für alle beteiligten Leistungserbringer entsprechend vergütet und finanziert werden.

Literaturverzeichnis

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit und die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2011. [URL <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3408/Bericht-Evaluation-SAPV-2011.pdf>] (Abruf: 20.12.2017)
- Born G: (2017): Balanceakt: Pflegende Angehörige zwischen Liebe, Pflichtgefühl und Selbstschutz (4). Norderstedt: Books on Demand
- Büker C (2015): Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart: Kohlhammer
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010): Vertrag zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten auf der Grundlage § 73 c SGB V. [URL: <http://www.kbv.de/html/7423.php>] (Abruf: 20.08.2015)
- Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) (2015): Vorstandsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) zur Umsetzung eines Modellversuchs der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung im häuslichen Umfeld. [URL: https://www.kvsaarland.de/documents/10184/480831/Vorstandsrichtlinie+zur+AAPV_verl%C3%A4ngert+bis+zum+31.12.2017/5a6213d6-b50a-4a51-bbca-9ee4d9ef0a0b?version=1.4] (Abruf: 20.08.2015)
- Meyer M (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland: ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen (10). Hamburg: Lit
- Mayring P (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz
- Schneider W, Eichner E, Thoms U, Kopitzsch F, Stadelbacher S. (2014): Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter Berücksichtigung des ländlichen Raums), Ergebnisbericht, Universität Augsburg
- Witzel A (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim und Basel: Beltz, 227-256. Neugedruckt 1989, Heidelberg: Asanger