Mecklenburg Vorpommern
MV tut gut.
Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit

Universitätsmedizin Greifswald

Community Medicine

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

2. Auflage

Autor/innen

PD Dr. Neeltje van den Berg

Laura Rehner, M.A.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Unter Mitarbeit von

Dipl. Geogr. Franziska Radicke

Dr. Kilson Moon

Angelika Beyer, M.Sc.

Dr. Ulrike Stentzel

Melanie Görsch, M.Sc.

Institut für Community Medicine
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald

Kontakt: laura.rehner@uni-greifswald.de

Greifswald, im August 2019

Inhalt

1 Einleitung 9

2 Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung 11

2.1 Gesetzliche Grundlagen 11

2.2 Hospizversorgung 12

2.3 Palliativversorgung 13

3 Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung 15

3.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung 15

3.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung 18

3.3 Qualifikationen der Leistungserbringer 21

4 Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 23

4.1 Altersverteilung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern 25

4.2 Ehrenamtliche Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 29

4.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 32

5 Leitfadengestützte Experteninterviews 35

5.1 Ergebnisse der Experteninterviews 35

6 Schriftliche Befragung 41

6.1 Ergebnisse der schriftlichen Befragung 44

7 Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung 62

8 Inanspruchnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern ..64

8.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 64

8.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 68

8.3 Ehrenamtliche Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 75

8.4 Stationäre Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 75

8.5 Sektorübergreifende Analyse der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 87

9 Identifizierte Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung 95

9.1 Rückgang der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung 95

9.2 Zugang und Erreichbarkeit 95
9.3 Kooperation zwischen den Leistungserbringern 96
9.4 Kontinuität der Hospiz- und Palliativversorgung und Koordination 96
9.5 Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen 96
9.6 Qualifizierung der Primärversorger in Palliative Care/ Palliativmedizin 97
9.7 Häusliche Überforderung 98
10 Handlungsempfehlungen 99
10.1 Zugang und Erreichbarkeit: Integration von eHealth und Telemedizin in die Hospiz- und Palliativversorgung 99
10.2 Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern 100
10.3 Palliativmedizinischer Konsiliardienst 100
10.4 Koordinierungsstelle 101
10.5 Förderung der Qualifizierung 102
10.6 Zum Problem häuslicher Überforderung 103
11 Fazit 104
Danksagung 105
Literatur 106
Anhang 110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung 17
Abbildung 2: Standorte der Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 24
Abbildung 3: Altersgruppen in absoluten Zahlen nach Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern 25
Abbildung 4: Anteil der Anwohner über 65 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern nach Postleitzahlen 26
Abbildung 5: Prozentualer Anteil der häufigsten onkologischen Erkrankungen in der weiblichen und männlichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern 29
Abbildung 6: Räumliche Verteilung der ehrenamtlichen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 30
Abbildung 7: Darstellung der 30 km- und 50 km- Versorgungsbereiche der SAPV-Teams ... 33
Abbildung 8: Ort/Landkreis der Einrichtung der Befragten 44
Abbildung 9: Berufe der Akteure, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben .. 45
Abbildung 10: Tätigkeiten der Teilnehmer der Befragung 46
Abbildung 11: Angaben zur Größe des Versorgungsradius der Befragten 47
Abbildung 12: Bewertung der aktuellen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV, APPV, ambulanter Hospizdienst etc.) in Mecklenburg-Vorpommern 48
Abbildung 13: Bewertung des Zugangs zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus ländlichen Regionen 49
Abbildung 14: Bewertung des Zugangs zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus der Stadt 49
Abbildung 15: Bewertung der Qualität der Versorgung von Palliativpatienten in einem Krankenhaus mit/ohne Palliativstation 50
Abbildung 16: Bewertung des Entlassmanagements in der Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus mit/ohne Palliativstation 51
Abbildung 17: Häufigkeit der häuslichen Überforderung im Umfeld des Patienten als Grund für eine stationäre Aufnahme 53
Abbildung 18: Wie häufig werden Palliativpatienten ohne palliative Anschlussversorgung aus dem Krankenhaus entlassen? 54
Abbildung 19: Wo sollten Koordinierungsstellen verortet sein? 56
Abbildung 20: Welche (ergänzende) Betreuung von Palliativpatienten ist durch telefonische Beratung oder Videokonsultation möglich? 58
Abbildung 21: Welche Aspekte gefährden eine angemessene Versorgung von Palliativpatienten in Mecklenburg-Vorpommern? 59

Abbildung 22: Wie sind Patienten/Angehörige über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung informiert? 60
Abbildung 23: Anzahl der ambulanten Patienten und Ärzte, die mindestens eine allgemeine palliativmedizinische GOP in den Jahren 2014 bis 2017 in Mecklenburg-Vorpommern erhalten oder abgerechnet haben 65
Abbildung 24: Übersicht der Geschlechterverteilung der Patienten in der AAPV in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2014 bis 2017 66
Abbildung 25: Anzahl der durch zehn SAPV-Teams betreuten Patienten über die Jahre 2014 bis 2017 68
Abbildung 26:Geschlechterverteilung der SAPV-Patienten in den Jahren 2014 bis 2017 in Mecklenburg-Vorpommern 69
Abbildung 27: Anzahl der abgerechneten Eingangsassessments der SAPV-Teams auf Postleitzahlenebene in Mecklenburg-Vorpommern (altersstandardisiert) 74
Abbildung 28: Übersicht der Anzahl der abgerechneten OPS in M-V in den Jahren 2011-2016 78
Abbildung 29: Anzahl der Fälle mit *Palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-982) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern 81
Abbildung 30: Anzahl der Fälle mit *Spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-98e) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern 82
Abbildung 31: Anzahl der Fälle mit *Palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-982) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern, altersstandardisiert 84
Abbildung 32: Anzahl der Fälle mit *Spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-98e) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern, altersstandardisiert 85
Abbildung 33: Übersicht der 10 häufigsten stationären ICD-10 Kategorien bei stationären Palliativleistungen im Jahr 2016 86
Abbildung 34: Behandlungsmuster von Palliativpatienten der BARMER GEK-Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern, die 2015 oder 2016 die erste palliativmedizinische Behandlung erhalten haben. 90
Abbildung 35: Lesehilfe zum Sankey-Diagram. Die schwarzen Pfeile zeigen einen ausgewählten Behandlungspfad 91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Anzahl der ambulanten Hospizdienste pro 100.000 Einwohner in den Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern 31
Tabelle 2: Anzahl der SAPV-Teams, bezogen auf die Einwohnerzahlen der Landkreise 34
Tabelle 3: Verteilung der Hausärzte, Pflegedienste, Pflegestützpunkte und Pflegeheime auf die Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern 43
Tabelle 4: Übersicht der Stichprobenziehung 43
Tabelle 5: Benotung in Schulnoten (1-6) der Kooperation zwischen den Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung 55
Tabelle 6: Durchschnittliches Alter der Patienten, die von 2014 bis 2017 mindestens eine allgemeine ambulante palliativmedizinische Leistung erhalten haben 65
Tabelle 7: Anzahl der Patienten, die die jeweilige GOP in den Jahren 2014 bis 2017 erhalten haben 67
Tabelle 8: Durchschnittliches Alter der Patienten, die von 2014 bis 2017 Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erhalten haben 69
Tabelle 9: Anzahl an Patienten, die die aufgeführten Leistungen der SAPV mindestens einmal erhalten haben (2014 bis 2017) 71
Tabelle 10: Übersicht der Leistungserbringung nach Versorgungsort 72
Tabelle 11: Übersicht der Örtlichkeiten und Anzahl der Palliativpatienten durch ambulante Hospizdienste im Jahr 2017 75
Tabelle 12: Altersverteilung der palliativspezifischen Abrechnungsfällen zwischen 2011 und 2016 79
Tabelle 13: Übersicht der Häufigkeit der Wechsel zwischen den einzelnen Versorgungsformen 93

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
BÄK	Bundesärztekammer
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz-und PalliativVerband e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIS	Geografisches Informationssystem
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erfassung
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHS	Krankenhaus
KV-MV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
Max	Maximum
Min	Minimum
M-V/MV	Mecklenburg-Vorpommern
MW	Mittelwert
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
QSV-AAPV	Qualitätssicherungsvereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Im Jahr 2010 wurde die erste Auflage der „CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ veröffentlicht. Die drei grundsätzlichen Ziele, die im Rahmen der nationalen Strategie in der Hospiz- und Palliativversorgung umgesetzt werden sollen, sind:

1) eine in ganz Deutschland bedarfsgerechte, für alle Betroffenen zugängliche Hospiz- und Palliativversorgung mit hoher Qualität,
2) eine in ganz Deutschland gesicherte Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, anderen Wohnformen sowie in der häuslichen Umgebung und
3) eine auf wissenschaftlicher Grundlage und Qualitätssicherung beruhende Hospiz- und Palliativversorgung zum Wohle der Betroffenen [1, 2].

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde im Jahr 2015 verabschiedet. Es beinhaltet Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken Menschen für das gesamte Deutschland, aber insbesondere für strukturschwache und ländliche Regionen [3]. Seit 2016 wird in Deutschland eine intensive Debatte zum Thema Palliativversorgung und Sterbehilfe geführt [4]. Die medizinische, pflegerische und auch soziale, emotionale und spirituelle Begleitung von Menschen während ihrer letzten Lebensphase ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Diese Aufgabe lässt sich nur durch eine gut vernetzte, multiprofessionelle, ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung gewährleisten [2].

Die Hospiz- und Palliativversorgung und das Sterben zu Hause unter würdigen und schmerzfreien Bedingungen stellt in Mecklenburg-Vorpommern durch seine ländlichen Strukturen eine besondere Herausforderung dar. Die Versorgung von Menschen mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung benötigt spezialisierte Strukturen, welche auch in ländlichen Regionen verfügbar sein müssen [5].

In Mecklenburg-Vorpommern wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Initiativen entwickelt und neue Strukturen aufgebaut. Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat mit Beschluss vom 08.12.2016 zur Landesdrucksache 7/80 unter anderem die Landesregierung beauftragt, die Bedarfsentwicklung in der ambulanten sowie stationären Hospiz- und Palliativversorgung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung vor allem im ländlichen Raum durch ein wissenschaftliches Institut evaluieren zu lassen.

Im vorliegenden Bericht wird eine Übersicht zur aktuellen Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern gegeben. Es wurden Erreichbarkeitsanalysen durchgeführt.

Akteure[1] in der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Primärversorgung wurden umfassend befragt. Routinedaten zur Inanspruchnahme der Hospiz- und Palliativversorgung wurden analysiert. Auf der Basis der Ergebnisse dieser Analysen sind Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung identifiziert und Handlungsempfehlungen für die zukünftige Versorgung abgeleitet worden.

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Bericht die männliche Schreibform angewendet. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Frauen und Männer gleichermaßen.

2 Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Möglichkeiten der Inanspruchnahme und die Formen der Hospiz- und Palliativversorgung sind vielfältig. Es wird unterschieden zwischen ambulanter und stationärer sowie zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung und ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten [6].

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Palliativversorgung ist in mehreren Gesetzen verortet, dazu gehören die Sozialgesetzbücher (SGB) V (Gesetzliche Krankenversicherung) und XI (Soziale Pflegeversicherung), das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Im Jahr 2015 wurden mehrere Änderungen im SGB V, SGB XI, im KHG und im KHEntgG hinsichtlich der Palliativversorgung vorgenommen [7]. Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) beinhaltet vielfältige Maßnahmen, um den Ausbau einer flächendeckenden Palliativversorgung in Deutschland zu unterstützen und zu fördern. Die ambulante Palliativversorgung soll mit gezielten Maßnahmen und finanziellen Anreizen gefördert werden. Pflegeeinrichtungen werden beispielsweise zur Zusammenarbeit mit Ärzten und Hospizdiensten verpflichtet [3].

Durch das HPG sind im SGB V zwei neue Paragrafen hinzugekommen. Der § 39b SGB V „Hospiz- und Palliativberatung durch eine Krankenkasse“ beinhaltet, dass Versicherte einen Anspruch auf eine individuelle Beratung zur Palliativversorgung durch regionale Beratungsstellen haben. Krankenkassen sollen in allgemeiner Form über die Möglichkeiten der Vorsorge für die letzte Lebensphase informieren, inklusive Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung [8]. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hat hierzu eine Stellungnahme veröffentlicht, in welcher betont wird, dass die Krankenkassen nicht über die allgemeine Informationsvermittlung hinaus zu Vorsorgevollmachten informieren und auch keine Hilfestellung anbieten, diese zu erstellen. Der GKV-Spitzenverband gibt dennoch mit diesem Schreiben den Krankenkassen eine Art Lotsenfunktion, da auf Beratungsangebote der lokalen Leistungserbringer hingewiesen werden soll [9].

§ 132g SGB V „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ beinhaltet die palliativmedizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Es soll in Pflegeeinrichtungen eine Beratung für die letzte Lebensphase im Rahmen einer Fallbesprechung gemeinsam mit dem Pflegeempfänger, den Angehörigen und dem behandelnden Hausarzt stattfinden.

Ebenfalls soll für mögliche Notfallsituationen eine Übergabe an Rettungsdienste und Krankenhäuser ausgearbeitet werden. Wird dieser Paragraph in Pflegeeinrichtungen gut umgesetzt, so können dadurch beispielsweise ungewollte Krankenhauseinweisungen oder Therapiemaßnahmen am Lebensende vermieden werden [7]. Ziel des neuen § 132g SGB V ist, dass der Pflegeempfänger über die pflegerische und medizinische Versorgung am Lebensende und über die Sterbebegleitung informiert und aufgeklärt wird. Mit dem neuen Paragraphen wird ebenfalls festgelegt, dass die Krankenkassen diese Leistungen tragen müssen [7, 8].

2.2 Hospizversorgung

Der Begriff *Hospiz* leitet sich aus den lateinischen Worten *hospitium* (Gastfreundschaft, Gasthaus oder Herberge) und *hospes* (Gast) ab. Historisch betrachtet diente ein Hospiz dazu, Pilger aufzunehmen und zu pflegen. Diese Häuser nahmen Hilfsbedürftige und Reisende auf. Die damaligen Hospize wurden überwiegend von Mönchen oder Ordensschwestern mit der Grundidee betrieben, Menschen die ersehnte Ruhe und Glückseligkeit zu gewährleisten. Diese Grundhaltung kennzeichnet bis heute das Konzept der Hospizversorgung [10].

Im Fokus der heutigen Hospizversorgung stehen der sterbende Mensch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen sowie seine Angehörigen. Die Hospizversorgung hat ihre Wurzeln hauptsächlich im bürgerschaftlichen Engagement [11]. Die Hospizversorgung beinhaltet die Auseinandersetzung mit Fragen, die die sterbenskranke Person und ihre Angehörigen beschäftigen. Ebenso soll der Menschen mit seinen sozialen Belangen und in seiner biografischen Individualität erfasst und entsprechend begleitet werden [11, 12]. Die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und deren Angehörigen wird von Haupt- und Ehrenamtlichen durchgeführt. Die Begleitung kann zu Hause, im Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen oder im stationären Hospiz stattfinden. Eines der Hauptziele der Hospizversorgung ist es, den individuellen Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden und dem Versorgten dabei Würde, Ruhe und Frieden zu geben bzw. diese zu erhalten [11].

2.2.1 Pädiatrische Hospizversorgung

Bei der pädiatrischen Hospizversorgung werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer lebensverkürzenden oder lebensbedrohenden Erkrankung und ihre Familien begleitet. Ziel ist es, die jungen Menschen mit ihrer Familie auf diesem Lebensweg individuell, bedürfnisorientiert und ganzheitlich zu betreuen. Ein wesentlicher Inhalt der pädiatrischen Hospizversorgung ist die Begleitung der jungen Menschen und ihrer Familien während der

Erkrankung, aber auch die Begleitung der Hinterbliebenen über den Tod hinaus. Die Kinder- und Jugendhospizversorgung sieht sich als Teil eines multiprofessionellen Teams, welches auch die pädiatrische Palliativversorgung einschließt [10, 11].

2.3 Palliativversorgung

Für die Palliativversorgung werden unterschiedliche Begriffe verwendet. Zu den am häufigsten genutzten gehören *Palliative Care* und *Palliativmedizin*. Der Begriff *Palliativmedizin* wird häufig als Synonym für *Palliative Care* genutzt. Er wird jedoch von vielen Akteuren als zu stark medikalisierend und den verschiedenen Dimensionen der *Palliative Care* nicht gerecht werdend empfunden. Aus diesem Grund empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. die Verwendung des Begriffes *Palliativversorgung*, welcher beiden vorgestellten Begriffen gerecht werden soll [11]. Der Begriff *palliativ* stammt von den lateinischen Worten *pallium* (Umhang, Mantel) und *palliare* (bedecken, tarnen, lindern) ab. Patienten sollen demgemäß umhüllt und geschützt werden [12]. Häufig wird die *Palliativversorgung* missverstanden und als Gegenstück der kurativen Therapie betrachtet, sie versteht sich jedoch als Ergänzung zu dieser [13].

Die Palliativversorgung hat es sich zur Aufgabe gemacht, Patienten, bei welchen eine kurative Therapie nicht anspricht oder nicht gewünscht ist, eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. Hierzu gehören die Kontrolle von Schmerzen, Atemnot und anderen Symptomen sowie die ganzheitliche Betreuung auf sozialer, psychologischer und spiritueller Ebene. Das Ziel ist es, die Lebensqualität und Selbständigkeit der Betroffenen weitmöglichst zu erhalten. Ein weiterer Aspekt ist, Patienten und Angehörige während aller Phasen der Erkrankung (rehabilitativ, präterminal, terminal und final) zu begleiten. Dies wird unter anderem durch ein interdisziplinäres Team aus Pflegenden, Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern bewerkstelligt. Es soll mittels Prävention und frühzeitiger Linderung von Symptomen ein Leiden des Patienten verhindert werden [12, 14].

Palliativversorgung wird als ein Versorgungskonzept begriffen, welches in den Alltag von Versorgungseinrichtungen und in die Gesundheitsplanung mit aufgenommen werden soll. Das Konzept der Palliativversorgung beinhaltet ebenfalls die Grundhaltung, dass das Sterben einen natürlichen Prozess darstellt, welcher weder verhindert noch beschleunigt werden soll [6, 13-15].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [16] definiert die Palliativversorgung als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung,

sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

2.3.1 Pädiatrische Palliativversorgung

Unter pädiatrischer Palliativversorgung versteht man die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die eine lebensverkürzende oder lebensbedrohende Erkrankung haben. Bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung kann es zu einem frühzeitigen Tod kommen, jedoch ist auch das Überleben bis ins Erwachsenenalter möglich. Die Palliativversorgung soll möglichst bereits bei der Diagnosestellung beginnen, unabhängig davon, ob das Kind eine Therapie mit kurativer oder lebenserhaltender Zielsetzung erhält. Bei der pädiatrischen Palliativversorgung soll die gesamte Familie begleitet werden. Zu den Aufgaben der professionellen Helfer gehört es, die psychischen, physischen und sozialen Belastungen des Kindes zu erkennen und zu reduzieren. Die Betreuung der Familie und des Kindes oder des Jugendlichen findet ebenfalls wie in der Palliativversorgung bei Erwachsenen durch ein multiprofessionelles Team statt [11, 17].

Trotz der historisch unterschiedlichen Entstehungsweisen sind die Hospizversorgung und die Palliativversorgung als Ausdruck einer gemeinsamen Haltung zu begreifen [14]. Der Begriff der *Palliativversorgung* hat im Gesundheitssystem und in der Gesetzgebung seit 2009 vermehrt Anwendung gefunden. Er hat einem weitgefassten Sinn Anwendung als eine Art Oberbegriff für alle Tätigkeiten, welche mit der Begleitung und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu tun haben, die Hospizversorgung ist mit all ihren Facetten in diesem Begriff eingeschlossen [11].

3 Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung

In diesem Kapitel werden die Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung beschrieben. Im Abschnitt zur ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung werden zunächst die allgemeine, die besonders qualifizierte und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung dargestellt. Danach folgen Abschnitte zu den ehrenamtlichen Angeboten der ambulanten Hospizdienste und Trauerarbeitsgruppen für Angehörige.

3.1 Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

3.1.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Das Erkennen eines palliativen Versorgungsbedarfes ist eine grundlegende Kompetenz der Primärversorgung. Die meisten Bezugspersonen (Hausärzte/Pflegekräfte) in der Primärversorgung eines schwerkranken Menschen sind nicht für die Palliativversorgung spezialisiert. Aus diesem Grund können viele Angehörige von Gesundheitsberufen im ambulanten und stationären Bereich als Akteure der allgemeinen Palliativversorgung betrachtet werden [18].

Bei der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) handelt es sich um die palliativmedizinische Basisversorgung im Rahmen der generellen Tätigkeit eines Hausarztes, für deren Durchführung die Hausärzte eine palliativmedizinische Basisqualifikation besitzen sollten. Diese besteht aus einer 40-stündigen Kursweiterbildung in der Palliativmedizin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP). Zu den weiteren Akteuren der AAPV gehören Pflegedienste und ambulante Hospizdienste. Pflegedienste, welche an der AAPV beteiligt sind, sollten ebenfalls mindestens auf Leitungsebene eine Basisqualifikation in *Palliative Care* (160 Stunden) nachweisen können [19].

Trotz der Empfehlung, dass Hausärzte, welche Leistungen der AAPV erbringen, eine palliativmedizinische Basisqualifikation vorweisen sollten, können diese Leistungen der AAPV von hausärztlichen Vertragsärzten ohne zusätzliche palliativmedizinische Qualifikation abgerechnet werden [20].

Die AAPV ist ein wichtiger Bestandteil der häuslichen Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten. Neben der Kommunikation und Therapiezielfindung besteht die AAPV aus der Symptomkontrolle und aus der Koordination der Behandlung ggf. mit Einbezug einer spezialisierten Palliativversorgung [18].

Das Ziel der AAPV ist es, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung der Betroffenen weitestgehend zu erhalten, zu fördern und zu verbessern, um so ein würdiges Leben bis zum Tod möglichst außerhalb des Krankenhauses zu unterstützen [19].

Laut Grote-Westrick und Vollbracht [21] erhielten etwa 24 % der Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2014 Leistungen im Rahmen der AAPV.

3.1.2 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Mit Wirkung zum 01.10.2017 wurden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung, eingeführt. Mit diesen soll das Hospiz- und Palliativgesetz weiter umgesetzt werden. Die neuen GOPs zur *Qualitätssicherungsvereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung* (QSV-AAPV) sollen die Übergänge zwischen kurativer Behandlung, AAPV und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) verbessern (Abbildung 1). Anders als in der AAPV müssen die Ärzte für die Abbrechung der GOPs für die QSV-AAPV eine entsprechende Genehmigung von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erhalten, für welche sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen. Hierzu gehören unter anderem praktische und theoretische Kenntnisse der Palliativversorgung, aber auch eine koordinierende Funktion in der palliativmedizinischen Versorgung der Patienten [22, 23].

3.1.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) bietet Versorgungsleistungen für Patienten, die durch die Komplexität ihrer Symptome und Beschwerden im Rahmen der AAPV und der QSV-AAPV nicht ausreichend betreut werden können. SAPV-Teams ermöglichen trotz des hohen Versorgungsaufwandes eine spezialisierte Palliativversorgung in der gewohnten Umgebung (zu Hause, Pflegeeinrichtung, Hospiz) des Patienten. Das Ziel ist es, den Palliativpatienten in der gewohnten Umgebung zu versorgen und eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. SAPV-Teams bieten für die Patienten und ihre Angehörigen Sicherheit in einer schwierigen Lebensphase und tragen dazu bei, dass Patienten trotz einer schweren Erkrankung ihre verbleibende Lebenszeit bis zum Tod in der gewohnten Umgebung verbringen können [18].

Auch die SAPV-Teams sind multiprofessionell zusammengesetzt. Zu den Teams gehören palliativ geschulte Ärzte sowie Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und ggf.

weitere Berufsgruppen. Die SAPV-Teams haben oft eine Konsiliar- und Mentorenfunktion inne und sind bei der Schmerztherapie, Symptomkontrolle und psychosozialen Betreuung unterstützend tätig. Ein SAPV-Team kann beratend zur Versorgung hinzugezogen werden, aber auch eine ganzheitliche Palliativversorgung des Patienten übernehmen. Das Besondere an der SAPV ist, dass sie 24-Stunden an sieben Tage pro Woche erreichbar ist [24].

Etwa 10 % der Sterbenden benötigt eine spezialisierte Palliativversorgung [18]. Nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [24] sollte es ein SAPV-Team auf 100.000 Einwohner geben. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e. V. sprechen die Empfehlung aus, dass der Versorgungsradius von SAPV-Teams nicht größer als 30 km sein sollte [25].

SAPV-Teams schließen in den jeweiligen Bundesländern eigene Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen ab. Die wesentlichen vertraglichen Inhalte orientieren sich an den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von SAPV und an den gemeinsamen Empfehlungen der GKV-Spitzenverbände der Krankenkassen zur SAPV.

Die SAPV muss ärztlich angeordnet und von der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) genehmigt werden, ebenfalls muss der Empfänger mit der Versorgung einverstanden sein [18, 26].

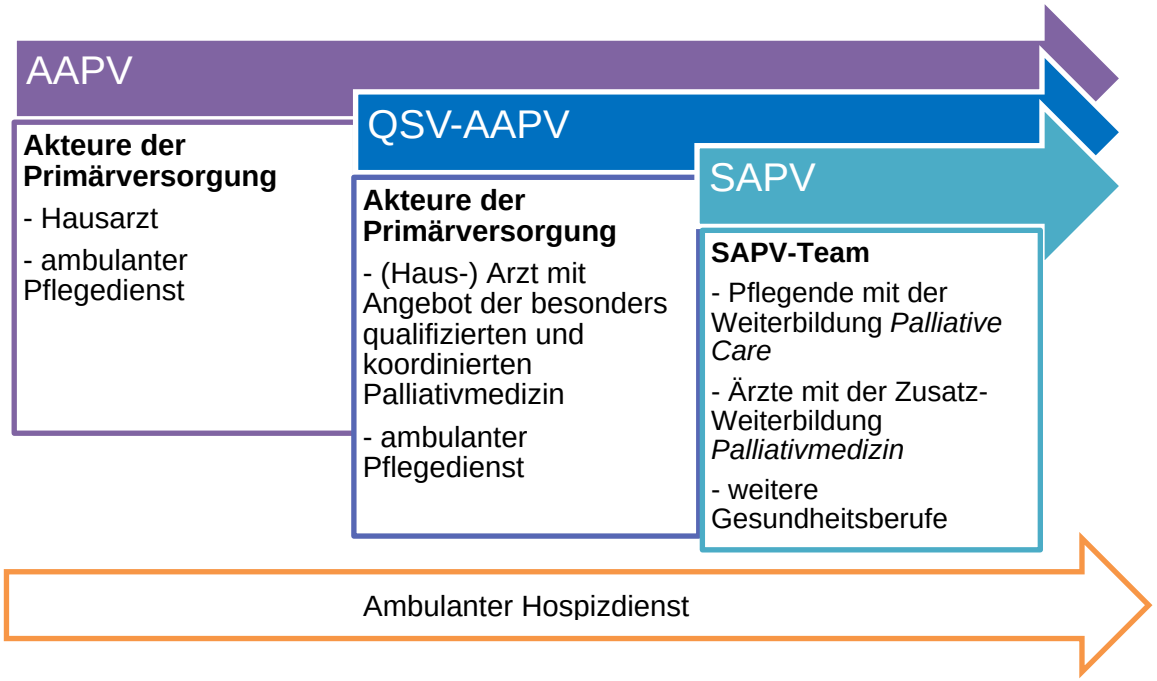

Abbildung 1: Struktur der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung (Eigene Darstellung)

3.1.4 Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste bieten eine psychosoziale Begleitung für Patienten und deren Angehörige an. Sie bestehen üblicherweise aus ehrenamtlichen Mitarbeitern und hauptamtlichen Koordinatoren. Sie haben eine wichtige Funktion bei der psychosozialen und emotionalen Unterstützung der Betroffenen. Die Begleitung der Angehörigen kann über den Tod des Patienten hinaus in der Phase der Trauer stattfinden. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes werden durch hauptamtliche Koordinatoren angeleitet und professionell begleitet [6, 11].

Finanzierungsmöglichkeiten für ambulante Hospizdienste bestehen zum Teil über Zuschüsse der GKV zu den Personalkosten der Koordinatoren, wenn diese bestimmte Voraussetzungen erfüllen [6]. Es sollte nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [24] einen ambulanten Hospizdienst auf 40.000 Einwohner geben.

3.1.5 Trauerarbeit

Bei der Trauerarbeit handelt es sich um ein Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung, welches dazu dient, Nahestehende des Patienten auf den bevorstehenden Verlust vorzubereiten. Die Trauerbegleitung kann auch nach dem Tod des Patienten weiter von den Angehörigen in Anspruch genommen werden. Es gehört zu den Aufgaben einer ganzheitlich orientierten Hospiz- und Palliativversorgung, dass die Trauerreaktion erfasst und abgeschätzt wird, um den Patienten und die ihm Nahestehenden bedarfsorientiert zu begleiten [14].

Eine Angabe zur notwendigen Anzahl an Trauerarbeitsangeboten zur Deckung des Bedarfes in der Bevölkerung konnte nicht recherchiert werden.

3.2 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Im Folgenden werden die stationären Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung mit ihren wesentlichen Merkmalen dargestellt.

3.2.1 Palliativstation im Krankenhaus

Bei einer Palliativstation handelt es sich um eine Einheit in einem Krankenhaus, welche auf die Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten spezialisiert ist. In den meisten Fällen handelt es sich um eine eigenständige Abteilung innerhalb eines Krankenhauses, sie kann

aber auch an eine andere Abteilung angegliedert sein. Zu den Aufgaben einer Palliativstation gehört es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und den Patienten und seine Angehörigen psychologisch und sozial zu unterstützen. Ziel ist es, den Patienten möglichst so weit zu stabilisieren, dass eine Entlassung nach Hause oder in eine andere Versorgungseinrichtung möglich wird [24].

Eine stationäre Palliativbehandlung ist nicht nur während der finalen oder präfinalen Phase einer Krankheit indiziert. Das Patientenklientel einer Palliativstation besteht vielmehr aus Patienten, die eine spezialisierte multiprofessionelle Betreuung benötigen. Für eine stationäre Aufnahme eines Palliativpatienten können medizinische, pflegerische, psychologische oder spirituelle Probleme zu Grunde liegen [24].

Das Mitarbeiterteam einer Palliativstation muss besondere Anforderungen erfüllen. Es wird von den Teammitgliedern einer Palliativstation erwartet, dass sie über eine spezialisierte palliative Weiterbildung verfügen. Das Kernteam einer Palliativstation wird von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe wie Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Hospizdiensten unterstützt. Ergänzend kommen weitere Berufsgruppen wie z. B. Logopädie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Wundpflegespezialisten dazu [24].

Palliativpatienten benötigen eine intensive Betreuung, erstrebenswert ist ein Pflegeschlüssel von einer Pflegefachkraft pro Patient, besser noch 1,2 Pflegefachkräfte pro Patient. In Einrichtungen, in denen auch Kinder palliativmedizinisch versorgt werden, sollte pro Schicht eine Pflegefachkraft mit pädiatrischer Qualifikation vertreten sein. Ein Arzt auf einer Palliativstation sollte maximal 5 bis 6 Patienten betreuen [24, 27].

Die Kosten der Versorgung auf einer Palliativstation werden von den Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen. Die Vergütung erfolgt zum größten Teil über Fallpauschalen (DRG). Es besteht die Möglichkeit, in sogenannten Tagessätzen abzurechnen, die von etwa 30 % der Einrichtungen genutzt wird [6].

Nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [24] sollten etwa 8-10 Betten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen.

3.2.2 Palliativdienst im Krankenhaus

Palliativdienste im Krankenhaus bieten für Klinikpersonal auf Allgemeinstationen Fachberatung und Unterstützung zur Palliativversorgung von einzelnen Patienten an. Ein Palliativdienst besteht aus palliativmedizinisch erfahrenen Ärzten, Pflegefachkräften und ggf. weiteren Gesundheitsberufen. Er bietet die Möglichkeit einer spezialisierten palliativen Fachberatung, Unterstützung und Mitbetreuung von Palliativpatienten auf Allgemeinstationen

im Krankenhaus. Dies gilt auch für Häuser, in denen keine Palliativstation vorhanden ist. Der Palliativdienst sollte sich mit anderen Diensten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses vernetzen. Das Ziel dieses Dienstes ist es, die Versorgung des Patienten zu verbessern und bei der Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich unterstützend mitzuwirken [6, 11, 18].

In jedem Krankenhaus mit mehr als 250 Betten sollte ein Palliativdienst vorhanden sein. Es sollte jedoch im Bedarfsfall jedem Krankenhaus dieser Dienst (ggf. extern) zur Verfügung stehen. Diese Form des Unterstützungs- und Betreuungsmodells ist bisher nur in wenigen anderen Ländern gut etabliert, hierzu gehören Frankreich, Belgien, Irland und Vereinigtes Königreich [24].

3.2.3 Stationäres Hospiz

Palliativpatienten werden in ein stationäres Hospiz aufgenommen, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nicht (mehr) notwendig ist und/oder wenn die Versorgung zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung nicht gewährleistet werden kann. Die Hauptziele des stationären Hospizes sind die Erhaltung der Lebensqualität und die Reduzierung von Symptomen sowie die Unterstützung bei der Trauer. In stationären Hospizen liegt der Fokus auf der sozialen und pflegerischen Betreuung des Palliativpatienten. Die ärztliche Versorgung führen entweder der Hausarzt des Patienten oder Ärzte eines SAPV-Teams durch [11].

Die GKV gewährt für eine stationäre Hospizversorgung einen Zuschuss für vereinbarte Zuschussleistungen von 95 % bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten zu den Kosten unter Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung (§ 39a (1) SGB V). Die übrigen Kosten werden vom Hospiz selbst getragen, z. B. durch Spendeneinnahmen [6].

Die „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ hat für die Anzahl an spezialisierten Hospiz- und Palliativbetten eine gemeinsame Empfehlung ausgesprochen, siehe hierfür Kapitel 2.4.4 „Palliativstation im Krankenhaus“ [24].

3.2.4 Tageshospiz

Tageshospize, auch teilstationäre Hospize genannt, sind meist an ein stationäres Hospiz angegliedert. Das Ziel dieser Einrichtungen ist die soziale und therapeutische Betreuung der Patienten. Damit soll einer sozialen Isolation vorgebeugt und Angehörige und weitere Betreuungspersonen entlastet werden [6, 24].

Nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [24] sollte pro 150.000 Einwohner ein Tageshospiz zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich jedoch um eine Schätzung, da bisher nur wenige Zahlen zum Bedarf an Tageshospizen zur Verfügung stehen [24].

3.3 Qualifikationen der Leistungserbringer

Die palliativmedizinischen Qualifikationen für die einzelnen Berufsgruppen sind bisher nicht einheitlich geregelt. Oft ist eine eindeutige Zuordnung zur Basis- und spezialisierten Qualifikation nicht möglich [18]. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick der Weiterbildungsmöglichkeiten für ärztliche, pflegerische und weitere Berufsgruppen hinsichtlich der Hospiz- und Palliativversorgung.

3.3.1 Fort- und Weiterbildung Ärzte

Die Palliativmedizin ist im Studium der Humanmedizin seit 2009 ein Pflichtlehrfach (Querschnittsbereich QB 13) und notwendig für die ärztliche Approbation. Seit 2013 werden nur noch Medizinstudierende zum praktischen Jahr zugelassen, wenn ein Nachweis über die palliativmedizinische Ausbildung vorgelegt werden kann [18, 28].

Um die Zusatz-Bezeichnung *Palliativmedizin* zu erlangen, muss ein Arzt eine nicht weiter spezifizierte Facharztanerkennung nachweisen können, zusätzlich muss ein 40-stündiger Basiskurs und 12 Monate praktische Mitarbeit bei einem zur Weiterbildung in Palliativmedizin Befugten absolviert werden. Die 12 Monate können verkürzt werden, in dem an Fallseminaren und Supervision teilgenommen wird [29].

Für die Abrechnung der stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-982) oder der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-89e) wird als Mindestanspruch eine fachliche Behandlungsleitung durch einen Arzt mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* vorausgesetzt [18]. Ambulant tätige Ärzte müssen für die palliativmedizinischen GOPs keine palliativmedizinische Qualifikation nachweisen [22].

3.3.2 Fort- und Weiterbildung in der Pflege

In der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege“ [30] ist ein Hinweis zu Ausbildungsinhalten bezüglich palliativer pflegerischer Maßnahmen zu finden. Hier wird beschrieben, dass im Rahmen der praktischen Ausbildung die stationäre und ambulante

Versorgung von Menschen aller Altersgruppen in „präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten“ [30] zu absolvieren ist. Eine differenzierte Darstellung der Inhalte, die den Ausgebildeten helfen soll, den besonderen Anforderungen der Palliativversorgung in der Pflege gerecht zu werden, ist jedoch nicht vorhanden. Aus diesem Grund kann nicht von einer standardisierten palliativen Ausbildung von Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegern gesprochen werden [28].

Die Prüfungsordnung für die Altenpflege erwähnt die Palliativversorgung nicht ausdrücklich, jedoch wird hier auf die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen hingewiesen, was auch Maßnahmen der Palliativversorgung beinhalten kann [28].

Das seit 1996 bestehende und anerkannte Basiscurriculum P*alliative Care* von Kern/Müller/Aurnhammer ist aktuell die Grundlage für die Weiterbildung von Pflegefachkräften in der Palliativversorgung. Die DGP informiert über anerkannte und registrierte Kurse, welche den Anforderungen des § 39a SGB V entsprechen. Das Curriculum hat einen Umfang von 160 Stunden und ist eine standardisierte und qualitätsgesicherte Weiterbildung. Die Weiterbildung *Palliative Care* ist in vielen Einrichtungen eine Grundvoraussetzung für die Mitarbeit in der Palliativversorgung [18, 28].

3.3.3 Fort- und Weiterbildung weiterer Berufsgruppen

Für Fachkräfte aus Berufsgruppen, die in der Palliativversorgung psychosozial tätig sind (z. B. Psychologie, Sozialarbeit), wird ein Palliative Care-Kurs mit einem Umfang von 120 Stunden angeboten. Für Psychologen gibt es auch ein eigenes Weiterbildungsangebot für *Palliative Care.*

Bayern ist das einzige Bundesland, welches in der physiotherapeutischen Ausbildung Grundkenntnisse der Palliativversorgung vermittelt. Für diese Berufsgruppe gibt es eine anerkannte Weiterbildung, welche aus einem 40-stündigen Basiskurs und zusätzlich aus einem darauf aufbauenden 20-stündigen Kurs besteht [18].

Spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten für Seelsorger und Pharmazeuten, Apotheker, medizinische Assistenzberufe sowie Pflegehelfer werden ebenfalls angeboten [18, 28].

4 Bestandsaufnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurden auf der Basis verschiedener Datenquellen identifiziert:

- niedergelassene Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* mit Hilfe des Internetauftrittes der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KV-MV) [31],
- SAPV-Teams, Hospize, Krankenhäuser mit palliativmedizinischem Angebot, ambulante Hospizdienste und Anbieter von Trauerarbeit über den Internetauftritt der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LAG) [32], die KV-MV und das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern,
- Pflegedienste, Pflegeheime und Pflegestützpunkte wurden über den Internetauftritt des Ministeriums für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern ermittelt.

Die Zuordnung der Leistungserbringer zu den Landkreisen erfolgte über die geografischen Koordinaten der Adressen. Zur kartografischen Darstellung wurde das Geografische Informationssystem (GIS) ArcGIS™ in der Version 10.5 des Softwareherstellers ESRI® Inc. verwendet. Für die SAPV-Teams wurden PKW-Erreichbarkeitsanalysen mit ArcGIS™ mit dem Modul Network Analyst durchgeführt. Die Quelle der Straßendaten war NavStreet von NAVTEQ [33]. Für die Erreichbarkeitsanalysen wurden Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V. bezüglich eines 30 km Versorgungsradius angewendet. Die 50 km Distanz wurden aufgrund der Abrechnungsmöglichkeiten (30 km und >50 km) für Hausbesuche der SAPV-Teams für unterschiedliche Distanzen zu den Patienten für die geografische Darstellung ergänzend berücksichtigt (Abbildung 7).

Bei der Analyse der palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern wurden elf SAPV-Teams, ein pädiatrisches SAPV-Team, neun Hospize, 17 Krankenhäuser mit palliativmedizinischem Angebot (*Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung und/oder Palliativmedizinische Komplexbehandlung*), 89 Arztpraxen mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*, 50 Arztpraxen mit dem Zusatzangebot *besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizin*, 23 ambulante Hospizdienste sowie neun Angebote für Trauerarbeit identifiziert. Die räumliche Verteilung der palliativmedizinischen Leistungserbringer wird in der Abbildung 2 gezeigt.

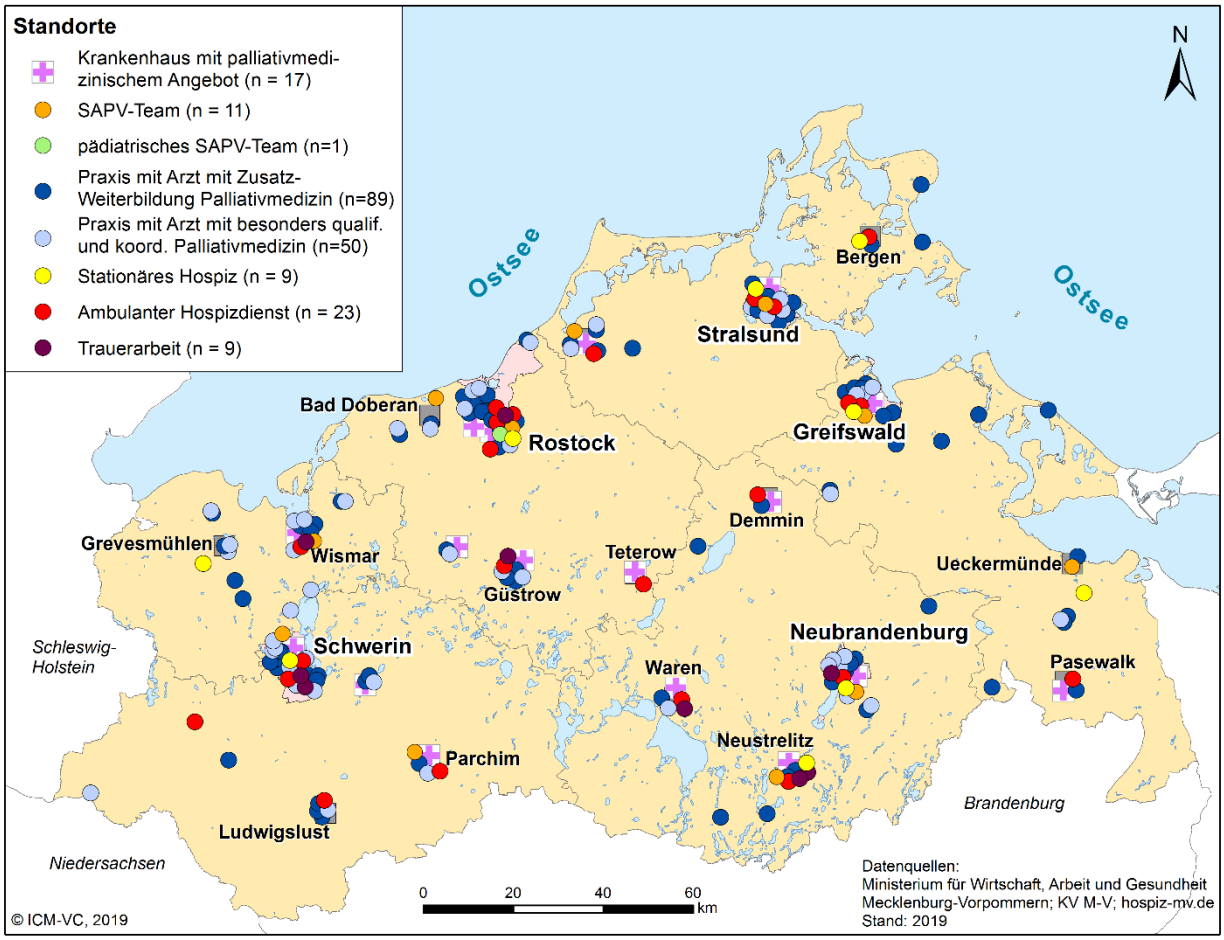

Abbildung 2: Standorte der Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Auf Abbildung 2 ist zu erkennen, dass in den Oberzentren (Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Stralsund und Greifswald) eine höhere Dichte an Angeboten vorhanden ist. Ebenfalls ist zu sehen, dass die eher ländlichen Regionen weniger Versorgungsangebote aufweisen. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim und im Landkreis Rostock sind keine stationären Hospize vorhanden.

In den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ wird der Bedarf für eine spezialisierte stationäre Versorgung auf acht bis zehn Betten pro 100.000 Einwohner geschätzt [24]. Mecklenburg-Vorpommern erfüllt diesen geschätzten Bedarf mit insgesamt 9,74 spezialisierten Betten pro 100.000 Einwohnern und liegt mit dieser Bettenanzahl im Bundesdurchschnitt an erster Stelle [4].

Tageshospize konnten für Mecklenburg-Vorpommern nicht ermittelt werden. Wird die Empfehlung der „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ von einem Tageshospiz pro 150.000 Einwohner angenommen, so werden in Mecklenburg-Vorpommern ca.11 (10,87) Tageshospize benötigt [24].

4.1 Altersverteilung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 3 stellt die Altersverteilung in den jeweiligen Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern in absoluten Zahlen dar. Zu erkennen ist, dass in allen Landkreisen die Altersgruppe der 40 bis 64-Jährigen am größten ist und dass die Gruppe der jungen Menschen (0 bis 19 Jahre) in jedem Landkreis die kleinste Gruppe ausmacht.

Da ein Großteil der Patienten, welcher eine Palliativversorgung benötigt, über 65 Jahre alt ist, wurde eine weitere Karte erstellt (Abbildung 4), auf welcher die Verteilung der über 65-jährigen Personen für die jeweiligen Postleitzahlenbereiche in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt wird. Die Regionen rund um die größeren Orte („Speckgürtel“) haben in der Regel den geringsten Anteil an Einwohnern über 65 Jahren. Große Anteile an älteren Menschen gibt es in Teilen von Usedom, Rügen, Darß-Zingst, dem südlichen Teil des Landkreises Vorpommern-Greifswald und in Teilen des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte.

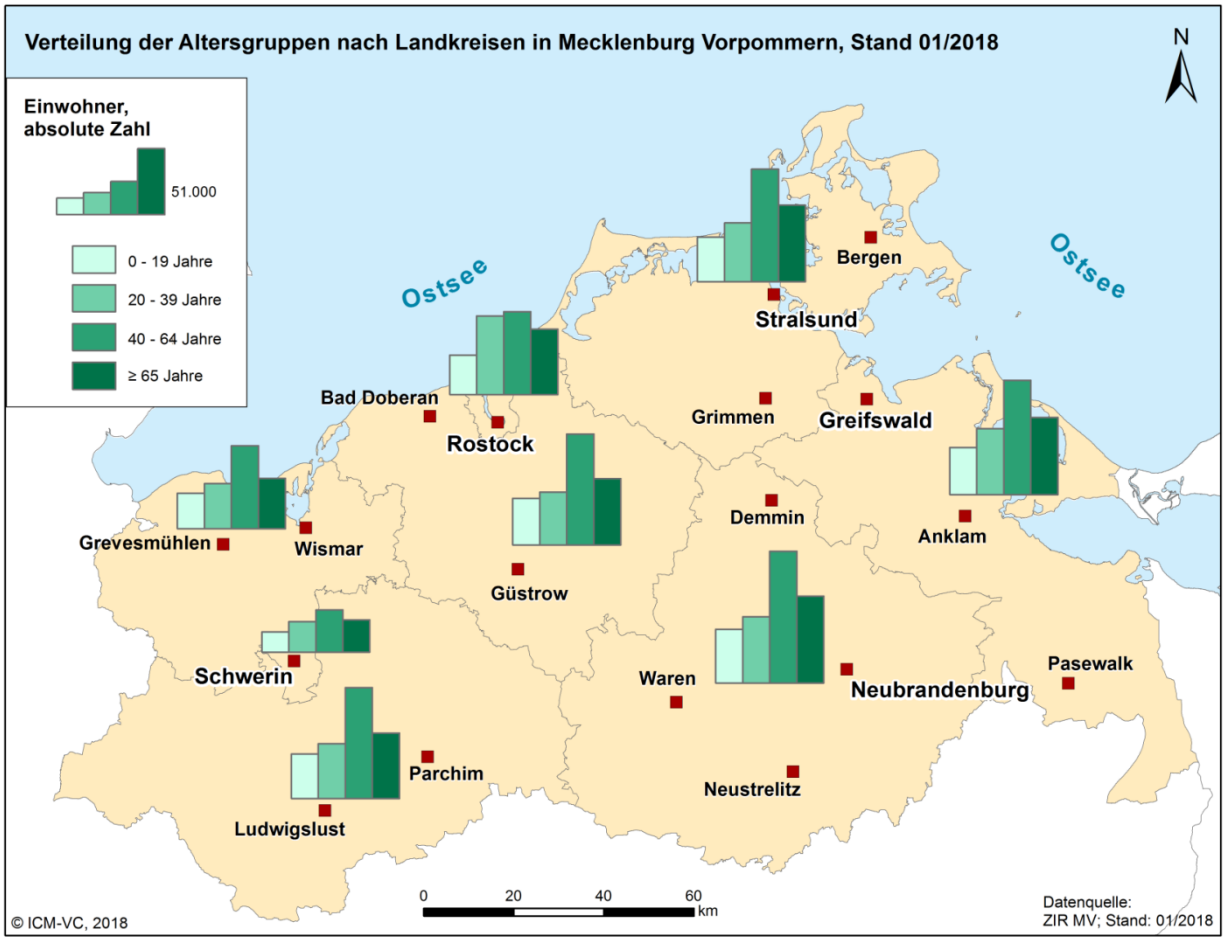

Abbildung 3: Altersgruppen in absoluten Zahlen nach Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern

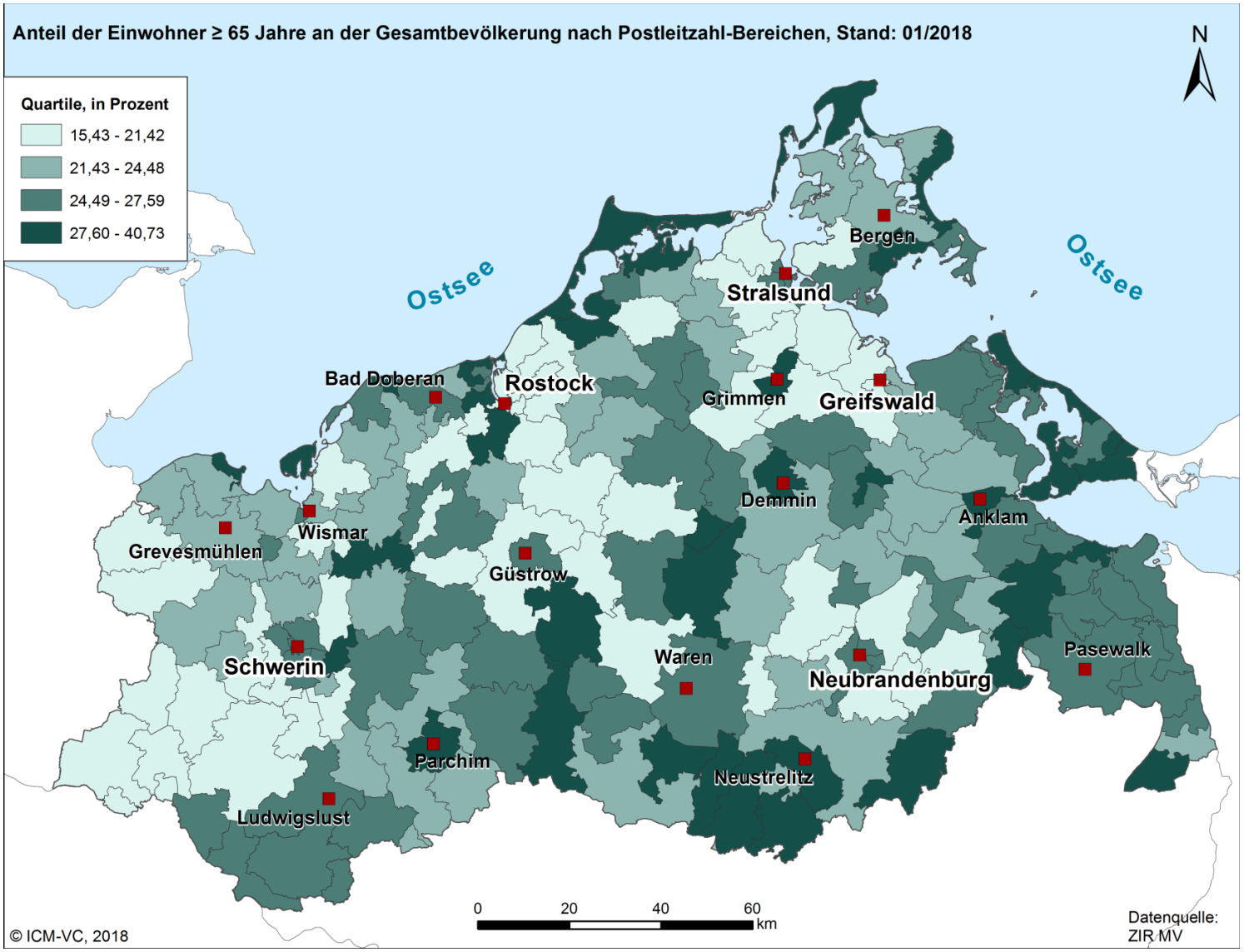

Abbildung 4: Anteil der Anwohner über 65 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern nach Postleitzahlen

4.1.1 Morbidität von Hospiz- und Palliativpatienten

Die Palliativversorgung ist nicht auf vorab definierte medizinische Diagnosen festgelegt. Es handelt sich vielmehr um ein Versorgungskonzept, welches für alle Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung zugänglich sein muss. Jeder Patient sollte ungeachtet von Alter, Diagnose und Prognose Zugang zur Palliativversorgung erhalten, wenn diese gewünscht und akzeptiert wird. Sie kann die krankheitsspezifische Therapie unterstützen und ergänzen oder auch die alleinige Form der Versorgung darstellen [14].

In den meisten Fällen handelt es sich bei den Krankheiten von Palliativpatienten jedoch um nicht heilbare, progredient verlaufende und weit fortgeschrittene Erkrankungen [27].

80 % der Hauptdiagnosen der Palliativpatienten machen bösartige Neubildungen aus. Weitere Erkrankungen haben eine untergeordnete Rolle inne, hierzu gehören mit 3,3 % Erkrankungen des Kreislaufsystems, 3,2 % Erkrankungen des Nervensystems und 2,3 % des Atmungssystems [6].

Tumorpatienten machen aktuell den größten Anteil der Patienten in der Palliativversorgung in Deutschland aus. Jedoch gibt es weitere Krankheitsbilder, welche eine palliativmedizinische Versorgung notwendig machen können. Hierzu gehören Patienten mit chronischen Nieren- oder Herzerkrankungen, neurologischen Krankheitsbildern, wie z. B. Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Creutzfeld-Jakob-Erkrankung und fortgeschrittene Demenz, sowie Patienten mit fortgeschrittenen Lungenerkrankungen mit einer Bett-zu-Stuhl-Mobilität oder die fortgeschrittene Leberzirrhose. Auch geriatrische Symptomkomplexe können eine palliativmedizinische Behandlung erforderlich machen. Eine weniger in der Öffentlichkeit präsente Patientengruppe sind Menschen mit AIDS, welche ebenfalls eine Palliativversorgung benötigen können [27, 28].

77,8 % der im Jahr 2016 im HOPE-Register[2] registrierten Palliativpatienten hatten eine bösartige Neubildung als Hauptdiagnose. 5,1 % der Palliativpatienten wiesen eine Erkrankung des Kreislaufsystems auf und 3,5 % hatten Erkrankungen des Nerven- und Atemsystems [34].

Der Anteil der Palliativpatienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen ist gering. Das liegt zum Teil daran, dass diese Patienten meist höhere Barrieren zu überwinden haben als onkologische Patienten, um eine spezialisierte Palliativversorgung zu erhalten. Zum Beispiel haben behandelnde Ärzte die Möglichkeit einer spezialisierten Palliativbehandlung bei nicht-onkologischen Patienten seltener im Blick [21].

[2] Bei der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) werden Kerndatensätze für die Versorgung von Palliativpatienten in Deutschland erhoben, welche zur Dokumentierung und zur Qualitätssicherung genutzt werden. Bei HOPE handelt es sich um eine freiwillige Teilnahme, aus diesem Grund sind die Daten nicht repräsentativ [34].

Demgegenüber berichtet das Robert Koch-Institut [6], dass ein Großteil (75 %) der Patienten, welche eine AAPV in Deutschland erhielten, vor allem neurologische und kardiovaskuläre Krankheiten aufwiesen [6].

4.1.2 Prävalenzraten onkologischer Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern

Die Prävalenzraten der häufigsten Krebserkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern wurden auf der Basis von Daten des Deutschen Zentrums für Krebsregisterdaten und Bevölkerungszahlen des Zentralen Informationsregisters Mecklenburg-Vorpommern (Abruf 10.01.2018) berechnet [35, 36]. Diese Berechnungen der Prävalenzraten beruhen auf der Annahme, dass die Rate der Krankheitshäufigkeiten in Mecklenburg-Vorpommern in den jeweiligen Altersgruppen der durchschnittlichen bundesdeutschen Rate entspricht [35]. Dementsprechend beträgt die Prävalenzrate für onkologische Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern etwa 2,2 % (n=35.730) der Bevölkerung im Jahr 2016.

Zu den häufigsten onkologischen Erkrankungen im Jahr 2016 gehörten Erkrankungen der Brustdrüse [Mamma] (ICD-10[3] C5), der Prostata (ICD-10 C61), bösartige Neubildungen des Kolon einschließlich Rektum und Anus (ICD-10 C18-C21), der Haut [malignes Melanom] (ICD-10 C43) und bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und Lunge (ICD-10 C33-C34). Abbildung 5 veranschaulicht den prozentualen Anteil der weiblichen und männlichen Bevölkerung, welche die genannten Erkrankungen aufwiesen. Bei den Frauen ist Krebs der Brustdrüse (Mamma) die häufigste Erkrankung (0,85 %; n= 6.993,68), bei Männern Prostatakrebs (0,81 %; n= 6.522,12). An zweiter Stelle folgen bösartige Neubildungen des Kolons, einschließlich des Rektums und Anus mit 0,33 % (n= 2.682) in der männlichen und mit 0,27 % (n=2.197) in der weiblichen Bevölkerung (Abbildung 5).

[3] Bei der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) handelt es sich um das wichtigste Diagnoseklassifikationssystem in der Medizin. Die ICD ist die Grundlage der gesetzlich vorgeschriebenen Verschlüsselungen von Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich. Die ICD werden in Deutschland für eine Reihe von amtlichen Statistiken wie z.B. Todesursachenstatistik verwendet [37].

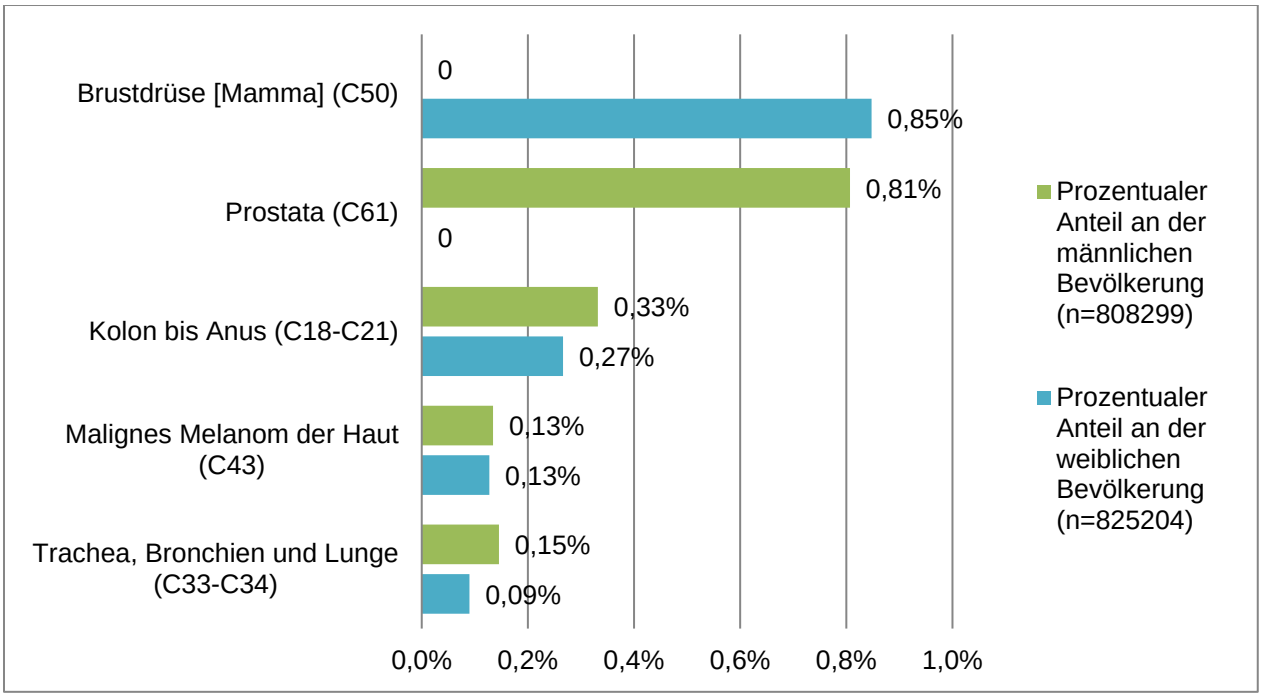

Abbildung 5: Prozentualer Anteil der häufigsten onkologischen Erkrankungen in der weiblichen und männlichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern (Datenquelle: Zentrales Informationsregister M-V, Datenabfrage 10.01.2018; Zentrum für Krebsregisterdaten, 2018)

4.2 Ehrenamtliche Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Insgesamt konnten 9 Anbieter von Trauerarbeit und 23 ambulante Hospizdienste recherchiert werden. Auf Abbildung 6 ist eine Übersicht der Verteilung der Standorte von ehrenamtlichen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu sehen. Auf der Karte ist zu erkennen, dass sich die Standorte der ambulanten Hospizdienste größtenteils in den Städten befinden. Dies lässt jedoch keine Aussage darüber zu, wie das Umland von den ambulanten Hospizdiensten versorgt wird und wie weit die jeweiligen Dienste zu den Patienten fahren, da die ehrenamtlichen Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste in der Regel von ihrem Wohnort zu den jeweiligen Patienten starten.

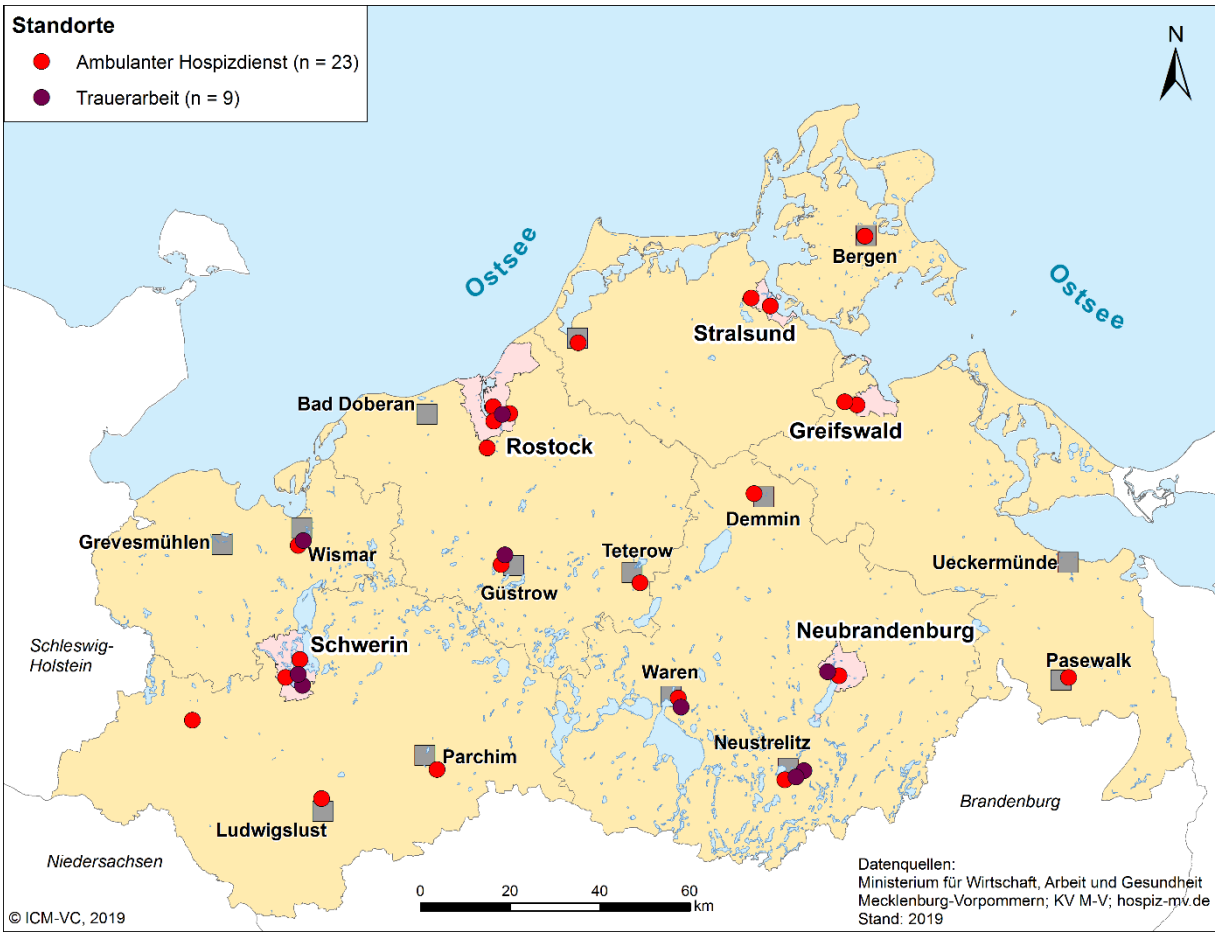

Abbildung 6: Räumliche Verteilung der ehrenamtlichen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Radbruch und Payne [24] beschreiben in den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“, dass das Verhältnis von ambulanten Hospizdiensten zur Wohnbevölkerung 2,5:100.000 oder 1,25:100.000 sein sollte, je nach Besiedlung der Regionen.

Mecklenburg-Vorpommern ist ein Bundesland, das eine durchschnittliche Einwohnerdichte von 69 Personen pro km² hat [38]. Auch die Altersverteilung der Bevölkerung (siehe Kapitel 4) und die zum Teil weiten Wegstrecken sollten bei der Berechnung der benötigten Versorgungsstruktur berücksichtigt werden [39]. Darum wurde die Empfehlung von 2,5 ambulanten Hospizdiensten pro 100.000 Einwohner angenommen und die Berechnungen für die Versorgungssituation mit dieser Empfehlung durchgeführt. Demnach beträgt die Anzahl an ambulanten Hospizdiensten in Mecklenburg-Vorpommern 1,41 pro 100.000 Einwohnern [24].

Aktuell sind 23 ambulante Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern aktiv. Um den Soll-Wert zu erfüllen, werden 41 ambulante Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern benötigt. Die Berechnung der Ist- und Soll-Anzahl der ambulanten Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigt nur die Standorte der Einrichtungen, nicht die Anzahl an ehrenamtlichen Mitarbeitenden sowie deren Wohnsitze in der Region.

Tabelle 1 stellt die Ist-Anzahl und Soll-Anzahl der ambulanten Hospizdienste für die einzelnen Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern dar.

Tabelle 1: Übersicht der Anzahl der ambulanten Hospizdienste pro 100.000 Einwohner in den Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern (Eigene Berechnung, Quelle Einwohnerdaten: Zentrales Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 10.01.2018)

Landkreis	Anzahl Einwohner	Ist-Anzahl ambulanter Hospizdienste pro 100.000 Einwohner	Ist-Anzahl ambulanter Hospizdienste (absolut)	Soll-Anzahl ambulanter Hospizdienste (2,5:100.000)
Stadt Schwerin	97.853	2,04	2	2,45
Stadt Rostock	207.507	1,93	4	5,19
Vorpommern-Rügen	227.064	1,76	4	5,68
Mecklenburgische Seenplatte	263.725	1,52	4	6,59
Ludwigslust-Parchim	215.243	1,39	3	5,38
Vorpommern-Greifswald	238.015	1,26	3	5,95
Landkreis Rostock	215.646	0,97	2	5,39
Nordwest-mecklenburg	165.978	0,60	1	4,15
Mecklenburg-Vorpommern	**1.63.1031**	**1,41**	**23**	**40,78**

Um die tatsächliche Versorgungssituation der ambulanten Hospizdienste und Trauerarbeit zu erfassen, wurde eine Befragung durchgeführt. Es wurden alle ambulanten Hospizdienste (n=23) und Anbieter von Trauerarbeit (n=9), welche auf der Webpage der LAG Hospiz- und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. geführt werden (Stand Oktober 2018), mit der Bitte angeschrieben, einen Fragebogen auszufüllen [32]. Der Fragebogen beinhaltete Fragen zur Anzahl der haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden und zur Größe des Versorgungsgebietes.

Der Rücklauf an beantworteten Fragebögen von Anbietern der Trauerarbeit betrug 3 von 9. Ein Fragebogen konnte nicht ausgewertet werden, da er nur die Information beinhaltete, dass sich die Trauergruppe aufgelöst hat. Die zwei weiteren Teilnehmer gaben an, dass sie 40 und 2 ehrenamtliche Mitarbeitenden haben. Die Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeitenden wurde mit jeweils 2 Personen angegeben. Die Häufigkeit der Gruppengespräche wurde mit 1-mal und 2-mal monatlich angegeben.

23 ambulante Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern erhielten einen Fragebogen. Der Rücklauf an beantworteten Fragebögen betrug 65,2 % (n=15). Im Durchschnitt haben die ambulanten Hospizdienste 1 bis 3 (SD=0,8; MW=1,5) hauptamtlich und 33 ehrenamtlich Mitarbeitende (SD=11,5; Min=20; Max=64). Die Kilometer-Größe des Versorgungsgebietes

wurde von den Befragten im Mittel mit 57,5 km (SD= 39,2; Min=10; Max=150) geschätzt. Die Frage, wie viele Kilometer die Mitarbeitenden im Durchschnitt zu den Patienten fahren, wurde im Mittel mit 12 km beantwortet (SD=4,4; Min=5; Max=20).

4.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Nach der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V. sollten die Einzugsbereiche eines SAPV-Teams einen Radius von 30 km möglichst nicht überschreiten [25]. Für weitere Fahrten sieht die Gebührenordnung einen Zuschlag vor. In Mecklenburg-Vorpommern reichen die Versorgungsgebiete der SAPV-Teams häufig über einen 30 km Radius hinaus. Der überwiegende Teil des Landes, mit Ausnahme der Grenzregion der Landkreise Rostock und Mecklenburgische Seenplatte, befindet sich in einem 50 km-Radius zu den SAPV-Teams. An der Bundeslandgrenze können Patienten auch von SAPV-Teams aus den Bundesländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen oder Brandenburg versorgt werden (Abbildung 7).

Um ein detaillierteres Bild der Strukturen der SAPV-Teams zu erhalten, wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt. Der Fragebogen beinhaltete Fragen zur Anzahl der durchschnittlich gefahrenen Kilometer der Mitarbeitenden und zur Zusammensetzung des Versorgungsteams. Es wurden alle SAPV-Teams (n=12) in Mecklenburg-Vorpommern angeschrieben. Der Rücklauf an beantworteten Fragebögen betrug 83,3 % (n=10). Im Durchschnitt haben die SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern eine Mitarbeiteranzahl von 15 Personen (SD=9,4; Min=4; Max=33), diese setzt sich im Durchschnitt aus 10 Pflegenden (SD=6,8; Min=3; Max=22) und 5 Ärzten (SD=4,2; Min=1; Max=15) zusammen. Die durchschnittliche Kilometeranzahl, die von den Mitarbeitern zu den Patienten zurückgelegt wird, wurde mit 32,2 km (SD=2,6; Min=8; Max=100) angegeben.

Weiter wurde die Anzahl der kooperierenden Ärzte der SAPV-Teams erfragt, die nicht formal Mitglied im SAPV-Team sind. Ein SAPV-Team machte hierzu keine Angaben. Im Mittel kooperieren 24,4 (SD=36,3; Min=3; Max=100) niedergelassene Ärzte mit einem SAPV-Team.

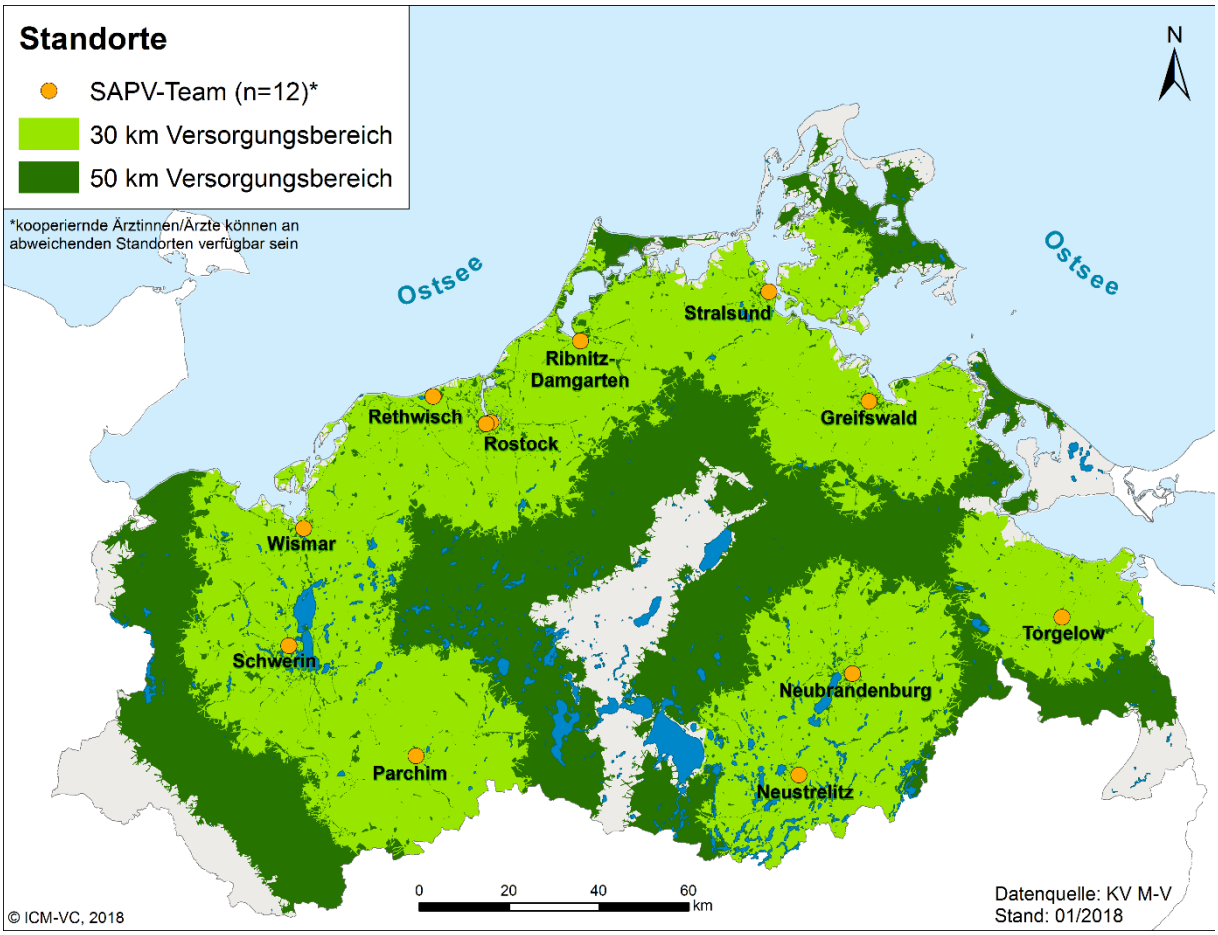

Abbildung 7: Darstellung der 30 km- und 50 km- Versorgungsbereiche der SAPV-Teams

Nach der Einschätzung der „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ beträgt der Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung ein SAPV-Team für 100.000 Einwohner [24]. Aktuell gibt es in Mecklenburg-Vorpommern zwölf SAPV-Teams (inklusive eines pädiatrischen SAPV-Teams in Rostock). Bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl von 1,6 Mio. Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern ergibt das eine Versorgungsratio von 0,74, die damit unterhalb der Empfehlung liegt. Für die Erfüllung der Empfehlung wären 16 -17 SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern notwendig. Tabelle 2 zeigt die Ist-Anzahl der SAPV-Teams absolut und pro 100.000 Einwohner sowie die Soll-Anzahl in den Landkreisen. In den Landkreisen Rostock (0,46), Ludwigslust-Parchim (0,46) und Nordwestmecklenburg (0,60) liegt die Anzahl der SAPV-Teams deutlich unterhalb der Empfehlung.

Tabelle 2: Anzahl der SAPV-Teams, bezogen auf die Einwohnerzahlen der Landkreise (Quelle Einwohnerdaten: Zentrales Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 10.01.2018)

Landkreis	Anzahl Einwohner	Ist-Anzahl SAPV-Teams pro 100.000 Einwohner	Ist-Anzahl SAPV-Teams (absolut)	Soll-Anzahl SAPV-Teams (1:100.000)
Stadt Schwerin	97.853	1,02	1	0,98
Stadt Rostock	207.507	0,96	2	2,08
Vorpommern-Rügen	227.064	0,88	2	2,27
Vorpommern-Greifswald	238.015	0,84	2	2,31
Mecklenburgische Seenplatte	263.725	0,76	2	2,64
Nordwestmecklenburg	165.978	0,60	1	1,66
Landkreis Rostock	215.646	0,46	1	2,16
Ludwigslust-Parchim	215.243	0,46	1	2,15
Mecklenburg-Vorpommern	**1.631.031**	**0,74**	**12**	**16,31**

5 Leitfadengestützte Experteninterviews

Im Rahmen der Berichtserstellung wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Ziel der Experteninterviews war es, einen Zugang zum Feld *Hospiz- und Palliativversorgung* zu erhalten und für die folgende schriftliche Befragung aus Sicht der Experten wichtige Themen und Aspekte der Hospiz- und Palliativversorgung zu identifizieren.

Die interviewten Experten waren Vertreter der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung aus dem ambulanten und stationären Sektor.

Der Interviewleitfaden wurde literaturbasiert erstellt und beinhaltete Fragen zur aktuellen Situation der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern, zu speziellen Problembereichen und zur Qualität der stationären und ambulanten Palliativversorgung sowie zu innovativen Versorgungsmodellen aus Sicht des jeweiligen Experten. Die Interviews wurden telefonisch geführt. Sie wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Für die Transkription wurde die Software MAXQDA genutzt. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [40].

5.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Insgesamt wurden fünf Akteure aus der Palliativversorgung einzeln interviewt. Die Interviewten waren Vertreter aus den Bereichen stationäre Palliativversorgung, SAPV, niedergelassene Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*, ambulanter Hospizdienst, Hospiz und Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. Durch dieses Spektrum an unterschiedlichen Fachkompetenzen und die verschiedenen Blickwinkel konnte ein vielseitiges Bild der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern herausgearbeitet werden. In den nächsten Abschnitten werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Experteninterviews thematisch geordnet dargestellt und mit Zitaten verdeutlicht.

5.1.1 Einschätzung der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die befragten Experten schätzten die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern überwiegend als gut ein, jedoch wurde darauf hingewiesen, dass es keine flächendeckende Versorgung in allen Sektoren gebe. Ein Teilnehmer gab an, dass Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu Nachbarländern auf einem guten Stand sei und im

Bundesdurchschnitt ganz weit vorne liege (Teilnehmer B). Ein anderer Teilnehmer sieht die Situation differenzierter:

> *„Also ich finde wir sind auf einem guten Weg mit noch einigen Baustellen. Sofern der Plan, dass wirklich flächendeckend versorgt wird, das kann ich nicht bestätigen. Also flächendeckende Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern für Palliativpatienten haben wir nicht. Das heißt in manchen Gebieten gibt es keinen SAPV-Dienst, ganz schlechte Anbindung zum ambulanten Hospizdienst, weil es sehr ländlich ist, die Entfernung überwunden werden muss. […] Klinisch gesehen sind wir ganz gut aufgestellt, aber gerade die ambulante Versorgung macht mir schon manchmal Kopfzerbrechen […] Und in so ländlichen Strukturen ist eine ambulante Versorgung auch wirklich nicht ganz so einfach zu realisieren, […] also das Ziel ist ja flächendeckend zu arbeiten und das funktioniert meiner Meinung nach noch nicht hundertprozentig."* (Teilnehmer C)

5.1.2 Barrieren und Problembereiche

Als Barriere und Problembereich wurde von fast allen Teilnehmern eine mangelhafte Kooperation zwischen Hausärzten und SAPV-Teams genannt. Beispielsweise gab eine befragte Person an, dass Hausärzte die SAPV-Teams zu wenig in die Versorgung mit einbeziehen. Als Ursache hierfür wurde zum Teil Unwissenheit über ambulante palliativmedizinische Versorgungsangebote genannt, aber auch die Sorge, den Patienten zu verlieren.

> *„[…] Ne also wenn ich sozusagen einen Patienten ein Leben lang betreut habe, 20 Jahre lang und jetzt hat er 2 Monate zu leben. Dann ist es aus der Sicht der Hausärzte unsinnig, dass ein zusätzlicher Dienst kommt. Sondern der sagt, das kann ich doch alleine."* (Teilnehmer A)

Ebenfalls wurden Krankenhäuser ohne Palliativstation genannt, welche Palliativbetten anbieten. Hier sei es eine große Herausforderung für die Pflegenden, sich vom herkömmlichen pflegerischen Denken auf die Palliativsituation einzustellen, aber auch, dass zeitliche und personelle Kapazitäten in so einer Situation häufig fehlen würden. In diesen Einrichtungen sei es Zufall, ob Palliativpatienten nach der Krankenhausentlassung eine entsprechende Anschlussversorgung erhielten, da nicht alle Ärzte in den Krankenhäusern über die ambulanten Möglichkeiten ausreichende Kenntnisse haben würden.

Die Größe der Versorgungsgebiete der SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern wurde ebenfalls als Problembereich benannt, jedoch wurde sich auch kritisch zu der Empfehlung der der DGP und DHPV bezüglich eines maximalen Versorgungsradius von 30 km für SAPV-Teams geäußert.

> *„[…] wie viele SAPV-Teams bräuchten wir denn im Land und lohnt es sich in manchen Regionen nur im Umkreis von 30 Kilometern zu behandeln. Haben wir überhaupt genug Patienten im Umkreis von 30 Kilometern oder müssen wir viel […] weitere Entfernungen in Kauf nehmen, um überhaupt wirtschaftlich auch arbeiten zu können. Das ist auch immer eine Frage, die da hinter steckt. Ja und da glaube ich, ist es schon wirklich oft eine Herausforderung, Patienten in der Häuslichkeit zu versorgen.“* (Teilnehmer C)

Ein weiterer Aspekt, welcher von den Interviewteilnehmern thematisiert wurde, war der fehlende Austausch zwischen den einzelnen Akteuren. Weiter wurde durchgehend angegeben, dass eine übergeordnete Stelle fehlen würde, welche die Koordination der Palliativversorgung durchführt. Ein Teilnehmer äußerte sich hierzu wie folgt:

> *„Da glaube ich, da braucht es noch eine bessere Vernetzung, auch um über […] Probleme zu sprechen und vielleicht muss ja, muss es auch ein Umdenken in den Köpfen der Menschen geben, um zu sagen, wir müssen hier mehr auf Zusammenarbeit setzen einfach auch, als jeder macht es für sich. Also Vernetzung ist da auch noch mal ein großes Thema, das ist landesweit übergreifend, also* [dass es] *im gesamten Bundesland übergreifend eine bessere Vernetzung gibt. Eine Struktur dafür geschaffen wird. So im Moment habe ich fast den Eindruck, dass jeder seinen eigenen […] Stiefel fährt, es wird selbst mit den Krankenkassen gesprochen, aber so untereinander wird da wenig kommuniziert gerade im SAPV-Bereich.“* (Teilnehmer C)

5.1.3 Berücksichtigung kultureller Besonderheiten

Die Interviewteilnehmer wurden ferner danach gefragt, ob kulturelle oder religiöse Besonderheiten wie z. B. Patienten, die sich dem Islam oder dem Buddhismus zugehörig fühlen, eine Rolle bei ihrer Tätigkeit spielen. Es wurde durchgehend geantwortet, dass andere Kulturen bisher eher eine Nebenrolle innehätten. Weiter wurde berichtet, dass, wenn

notwendig, andere Kulturen berücksichtigt werden würden und dass man darauf vorbereitet sei. Zwei teilnehmende Personen aus dem ambulanten Sektor antworteten Folgendes dazu:

> *„Ich glaube Mecklenburg-Vorpommern ist eines der Länder, wo das am wenigsten auftritt. Natürlich wird es auch hier die geben und gerade mit […] den Menschen die in den letzten zwei Jahren zu uns gekommen sind als Flüchtlinge, hier Heimatsuchende so zu sagen. Da wird der Bedarf schon ein Stück größer werden, in der Regel haben die auch ihre eigenen Leute mit denen sie darüber sprechen. Aber […] da muss glaube ich noch einiges passieren. Weil wir einfach auch noch nicht so stark damit konfrontiert wurden.“* (Teilnehmer C)

> *„Also ich habe selbst als die Flüchtlingswelle so doll war in meiner Praxis einen Flüchtling gesehen. Einen. Aber sonst es spielt wirklich keine Rolle in unserer Region. Dahin gäbe es aber ein Problem, weil keine türkische[n] Schwestern […] oder auch sonst keine Dolmetscher die man da irgendwie einsetzen könnte. Ne das betrifft uns nicht.“* (Teilnehmer D)

5.1.4 eHealth und Telemedizin

Das Thema eHealth und Telemedizin fand in den Interviews eine uneinheitliche Resonanz. Es könnten via Videokonferenz Palliativbesprechungen abgehalten werden und insbesondere junge Patienten könnten von dieser Versorgungsform profitieren. Es wurde jedoch auch angemerkt, dass genau diese neue Möglichkeit der Betreuung für ältere Menschen ein Hindernis darstellen könnte. Ebenfalls wurde nebenbei bemerkt, dass SAPV-Teams bereits einiges per Telefon machen würden. Als ergänzende Betreuungsmöglichkeit z. B. bei der Symptomkontrolle mit der Entscheidung, ob ein Hausbesuch notwendig ist, würde die Telemedizin sich jedoch gut eignen können. Es wurde von den befragten Personen jedoch betont, dass persönliche Kontakte und Gespräche in der Hospiz- und Palliativversorgung sehr wichtig und nicht zu ersetzen seien. Folgendes Zitat verdeutlicht dies:

> *„Gerade in der Palli ist es dann doch so, dass es doch sehr sensibel und sehr, sehr persönlich ist und da ist der persönliche Kontakt sehr wichtig. Also wirklich da würde ich die Telemedizin wirklich nur so als Ergänzung* [sehen].*“* (Teilnehmer D)

Das Thema elektronische Patientenakte wurde durchgehend als positiv empfunden, jedoch sollte sichergestellt sein, dass alle Akteure (Hausarzt, SAPV, Pflegedienst, Notarzt, etc.)

darauf Zugriff haben, nur so könnten auch unnötige Krankenhauseinweisungen oder Reanimationen vermieden werden.

5.1.5 Information der Bevölkerung

Auf die Frage, ob die Bevölkerung ausreichend zu dem Thema Hospiz- und Palliativversorgung informiert sei, gaben die Teilnehmer an, dass das Thema in den Medien mittlerweile präsent sei. Ebenfalls habe sich im Vergleich zu den letzten Jahren der Informationsstand deutlich gebessert. Das Thema müsse jedoch aktiv angesprochen werden, da es immer noch viele Menschen gibt, die sich nicht gerne mit Sterben und Tod auseinandersetzen möchten, vor allem wenn es um das eigene Sterben ginge. Wünschenswert wären eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch eine Koordinierungsstelle sowie ein jährlich stattfindender Aktionstag. Außerdem sollte das Thema im Schulunterricht regelhaft eine Rolle spielen.

Auf die Frage, ob alle Patienten die Versorgung erhalten, die sie wünschen und benötigen, antwortete eine teilnehmende Person unter anderem Folgendes:

> *„Nein. Weil einfach der Patient gar nicht weiß was nötig ist manchmal.“*
>
> (Teilnehmer B)

5.1.6 Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen

Zur Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen wurde unter anderem angegeben, dass mit vereinzelten Pflegereinrichtungen mit Hinblick auf SAPV gut zusammengearbeitet wird. Es wurde das subjektive Gefühl geäußert, dass in diesen Einrichtungen kein oder zu wenig ausreichend qualifiziertes Personal vorhanden sei sowie die Personalschlüssel zu gering seien, um eine gute Hospiz- und Palliativversorgung zu gewährleisten. Das folgende Zitat verdeutlicht die geäußerten Problembereiche in den Pflegeeinrichtungen.

> *„In der Regel haben alle Pflegeheime in der Pflege ein Konzept, vielleicht sogar ein Leitbild. Aber wie wird […] das gelebt, wird das überhaupt gelebt? Und sind die personellen Ressourcen überhaupt gegeben um Palliativversorgung gewährleisten zu können, schon alleine vom Personalschlüssel her aber auch vom palliativen Denken her sind die […] ausreichend dafür geschult? Ich glaube, da in diesen stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, da muss noch ganz viel passieren.“* (Teilnehmer C)

Zur Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gab es nur wenige Aussagen bei den Befragten, da im Bereich der palliativen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung für alle Befragten bisher wenige Berührungspunkte bestanden.

6 Schriftliche Befragung

Auf der Basis der Ergebnisse der Experteninterviews wurde ein Fragebogen zur schriftlichen Befragung der Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern erstellt. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 65 Fragen. Es wurde neben Angaben zur Person (Alter, Geschlecht, Tätigkeit und Tätigkeitsbereich) auch die Größe des Versorgungsgebietes sowie die Anzahl der betreuten Patienten im Jahr 2016 erfragt. Die Teilnehmer sollten die Zusammenarbeit der einzelnen Leistungserbringer bewerten und angeben, welche Aspekte eine adäquate Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern gefährden könnten. Der Fragebogen beinhaltete ebenfalls die Bewertung der Relevanz der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* und die der pflegerischen Weiterbildung *Palliative Care*. Weitere Themen waren die Implementierung telemedizinischer Funktionalitäten in der Hospiz- und Palliativversorgung, die Möglichkeit des Austausches an einem Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung und die Einrichtung einer landesweiten Koordinierungsstelle. Das Antwortformat des Fragebogens bestand für den Großteil der Items aus Likert-Skalen, teilweise gab es die Möglichkeit, in offenen Textfeldern Bemerkungen einzufügen.

Die standardisierte Befragung wurde als Hybridbefragung (Beantwortung entweder online oder auf Papier) angelegt, wobei der Fokus auf der Onlineumfrage lag und nur Personen/Einrichtungen per Post kontaktiert wurden, für die keine Email-Adresse recherchiert werden konnte. Der Fragebogen wurde mit der Software EvaSys erstellt, jeder Fragebogen hatte eine eigene TAN (Transaktionsnummer) zur Verhinderung einer mehrfachen Beantwortung des Fragebogens. Die Papierfragebögen wurden mit QR-Code und TAN versehen, so dass die postalisch angeschriebenen Teilnehmer auch die Möglichkeit hatten, alternativ online an der Befragung teilzunehmen. Am 27.10.2017 wurden die Fragebögen online und postalisch versendet, mit einer Antwortfrist bis zum 11.11.2017. Nach Ablauf der Frist wurde an die Teilnehmer, die den Fragebogen online erhalten hatten (65,4 %), im Abstand von etwa 1,5 Wochen zwei Mal eine Erinnerungsmail verschickt.

Die Stichprobe setzte sich aus zwei Gruppen zusammen:

- Gruppe I: Leistungserbringer, die in der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern tätig sind
- Gruppe II: Leistungserbringer bzw. Einrichtungen, die an der allgemeinen Versorgung von Patienten und Pflegeempfängern beteiligt sind.

Gruppe I: Für die Identifizierung der Teilnehmer in Gruppe I dienten als Informationsquellen das Verzeichnis der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LAG) sowie die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KM-MV) unter der Anwendung des Filters „Palliativmedizin“. Insgesamt konnten

n=141 Akteure/Einrichtungen, welche speziell in der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern tätig sind, identifiziert werden. Die Gruppe mit den in der Hospiz- und Palliativversorgung tätigen Akteuren setzte sich wie folgt zusammen:

- Ärzte mit Zusatzweiterbildung *Palliativmedizin* (n= 75; Stand: 19.10.17; ohne Zweitpraxis)
- Stationäre Hospize (n=8)
- SAPV-Teams (n=11)
- Krankenhäuser mit palliativem Versorgungsangebot (n=16)
- Ambulante Hospizdienste (n=22)
- Anbieter von Trauerarbeit (n=9)

Gruppe II: Gruppe II bestand aus einer Stichprobe aus Hausärzten, Pflegediensten, Pflegestützpunkten und Pflegeheimen. Zum Zeitpunkt der Stichprobenplanung gab es 1.265 Hausärzte, 242 Pflegeheime, 1.104 Pflegedienste und 19 Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 29.09.2017). Um eine gleichmäßige räumliche Verteilung der Teilnehmer zu erhalten, wurde aus jedem Landkreis eine zufällige Stichprobe von 10 % der potentiellen Befragungsteilnehmer gezogen. Da manche Landkreise eine geringe Anzahl an Hausärzten, Pflegediensten und -stützpunkten und Pflegeheimen aufweisen und dadurch die Stichprobe nur wenige Akteure ergeben würde, wurde stets eine minimale Anzahl von zehn Leistungserbringern gezogen.

Tabelle 3 stellt die Anzahl der Hausärzte, Pflegedienste/Pflegestützpunkte und Pflegeheime in den Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern dar. In Tabelle 4 ist die Anzahl der für die einzelnen Landkreise gezogenen Zufallsstichproben dargestellt.

Tabelle 3: Verteilung der Hausärzte, Pflegedienste, Pflegestützpunkte und Pflegeheime auf die Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern

Leistungs-erbringer	Ludwigslust-Parchim (N)	Mecklen-burgische-Seenplatte (N)	Nordwest-mecklen-burg (N)	Rostock (N)	Schwerin (N)	Landkreis Rostock (N)	Vorpommern-Rügen (N)	Vorpommern-Greifswald (N)	Gesamt (N)
Hausärzte	64	208	125	53	78	152	178	207	1.065
Pflegedienste und -stützpunkte	143	216	79	100	50	139	155	241	1.123
Pflegeheime	35	43	22	24	13	37	33	35	242
Gesamtzahl in den Landkreisen	242	467	226	177	141	328	366	483	2.430

Tabelle 4: Übersicht der Stichprobenziehung

Leistungs-erbringer	Ludwigslust-Parchim (n)	Mecklen-burgische-Seenplatte (n)	Nordwest-mecklenburg (n)	Rostock (n)	Schwerin (n)	Landkreis Rostock (n)	Vorpommern-Rügen (n)	Vorpommern-Greifswald (n)	Gesamt (n)
Hausärzte	16	21	13	15	10	15	18	21	129
Pflegedienste und -stützpunkte	14	22	10	10	10	14	16	24	120
Pflegeheime	10	10	10	10	10	10	10	10	80
Gesamtzahl in der Stichprobe	40	53	33	35	30	39	44	55	329

Insgesamt ergab sich aus den Gruppen I und II eine Stichprobengröße von n=470 Leistungserbringern. Bei den Befragungen war es das Ziel, sowohl Ärzte als auch Pflegende in die Befragung mit einzubeziehen. Dadurch vergrößerte sich die Stichprobe auf n=489 Befragte, da bei manchen Einrichtungen sowohl ärztliche als auch pflegerische Ansprechpartner ermittelt werden konnten.

6.1 Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Der Ergebnissteil enthält zusammenfassende Ergebnisse der schriftlichen Befragung. Im Anhang „Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung“ befinden sich vertiefende Ergebnisse, z. B. Subgruppenanalysen.

Insgesamt wurden n=489 Fragebögen verschickt, davon 169 postalisch und 320 per E-Mail. Der Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen betrug insgesamt n=93 (19 %).

6.1.1 Angaben zur Person und Tätigkeit

Der größte Rücklauf der Fragebögen kam aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald (17,2 % ; n=16), der geringste aus dem Landkreis Ludwigslust-Parchim (2,2 %; n=2). Vier Teilnehmer (4,3 %) gaben mehrere Orte ihrer Einrichtung an, diese wurden unter „Mehrfachangaben“ zusammengefasst. Die folgende Abbildung veranschaulicht den Rücklauf der Landkreise, aus welchen geantwortet wurde (Abbildung 8).

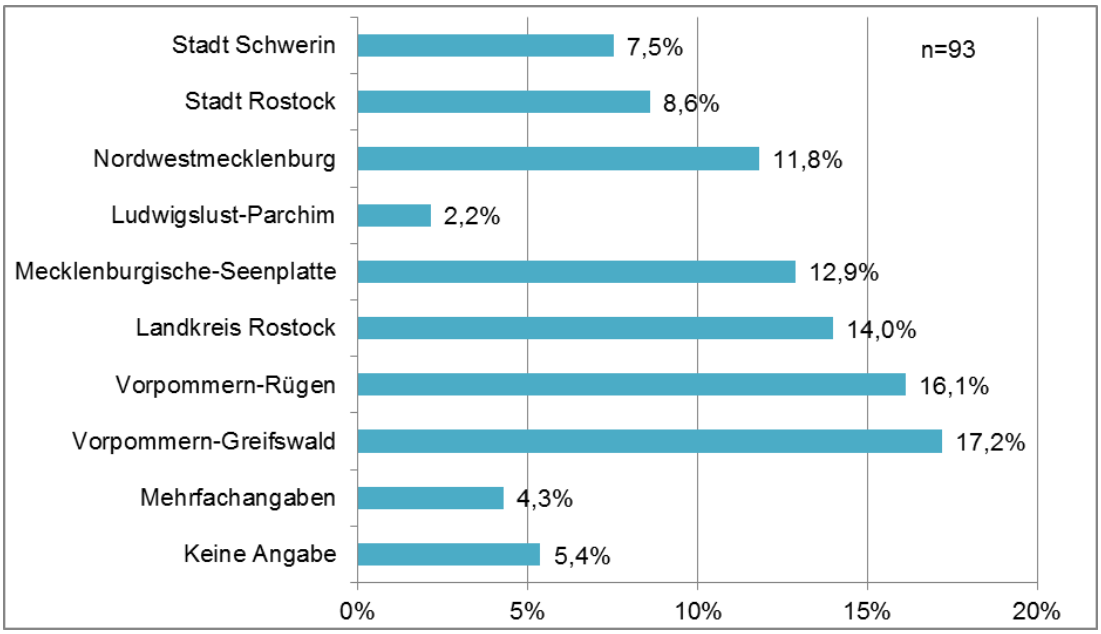

Abbildung 8: Ort/Landkreis der Einrichtung der Befragten

61,3 % (n=57) der Teilnehmer waren Frauen. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 48,9 Jahre. Die durchschnittliche Dauer der Berufserfahrung der Befragten in der Hospiz- und Palliativversorgung betrug 8,9 Jahre (SD=5,7; Min. 0; Max. 27). Im Jahr 2016 wurden von den Teilnehmern im Mittel 83,2 (SD=131,9; Min. 0; Max. 700, Median=25) Palliativpatienten betreut.

Von den n=93 zurückgesendeten Fragebögen stammte der größte Teil von Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* (35,5 %, n=33). Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit der Weiterbildung *Palliative Care*, Psychologen und Medizinische Fachangestellte waren nicht unter den Teilnehmern vertreten (Abbildung 9).

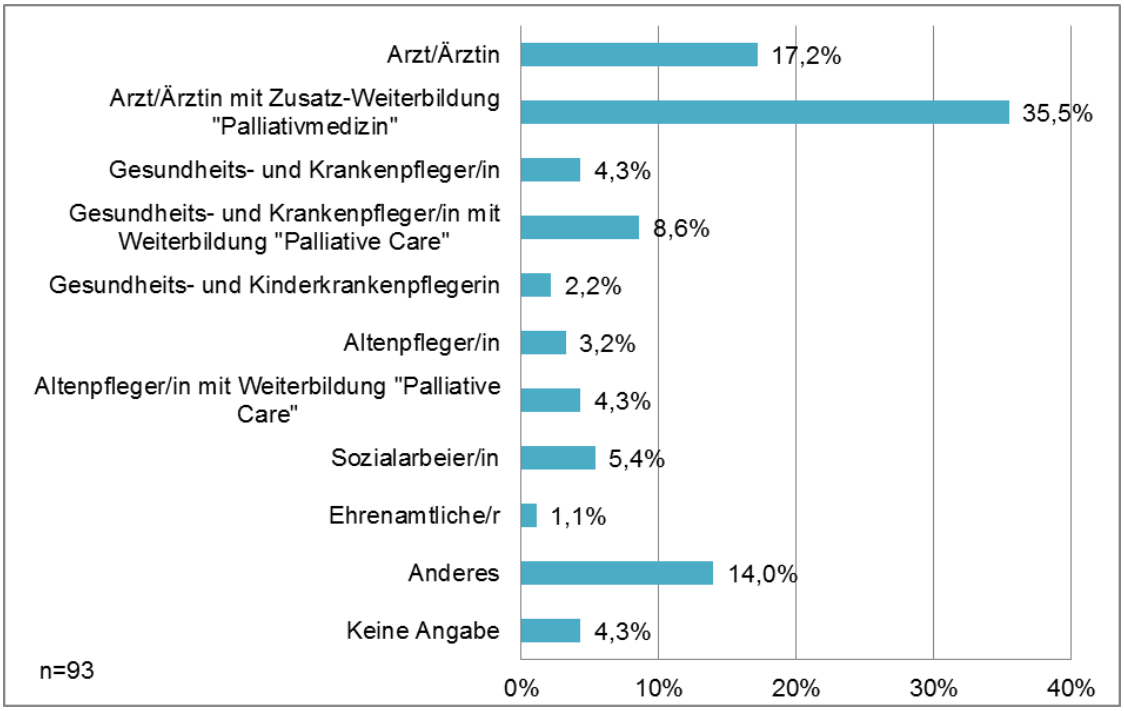

Abbildung 9: Berufe der Akteure, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben

Unter „Anderes“ (n=13; 14 %) wurden folgende Tätigkeiten genannt:

- Einrichtungsleiter Hospiz
- Koordination Hospizdienst (n=4)
- Hospiz- und Pflegedienstleitung
- Öffentlichkeitsarbeit/Fundraising, Ehrenamtskoordination
- Koordinatorin ambulanter Kinderhospiz- und Familienbegleitdienst
- Einrichtungsleitung Pflegeheim
- Hausleitung und Leitung AG-Palliativ
- Altenpflegerin mit der Zusatzqualifikation Pflegedienstleitung
- Leiterin ambulanter Hospizdienst

- Einrichtungsleiter

Ein Großteil der Teilnehmer war in einer (Haus-) Arztpraxis (n=19/20,4 %) oder in einem SAPV-Team (n=18/19,4 %) tätig. 12,9 % (n=12) Teilnehmer waren in Alten- und Pflegeheimen beschäftigt. Der Bereich der Trauerarbeit wurde nicht angeben und drei Personen (3,2 %) machten keine Angaben zu ihrem Tätigkeitsbereich. Unter „Weitere“ wurde ein 24h-Intensivpflegedienst genannt. Mehrere Teilnehmer gaben an, sowohl z. B. in einer Arztpraxis mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* als auch in der SAPV tätig zu sein (n=6) (Abbildung 10).

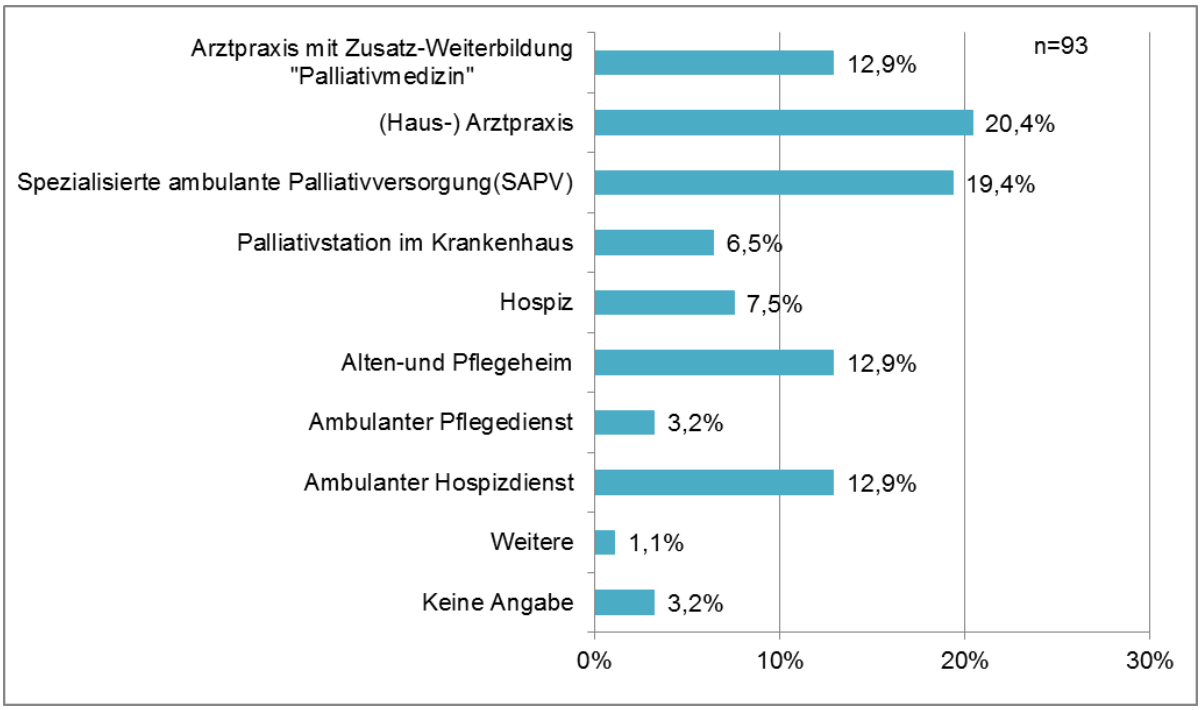

Abbildung 10: Tätigkeiten der Teilnehmer der Befragung (Mehrfachangaben waren möglich)

6.1.2 Strukturelle Angaben

47,3 % (n=44) der Befragten gaben an, dass der Versorgungsradius ihrer Einrichtung mehr als 30 km sei (Abbildung 11).

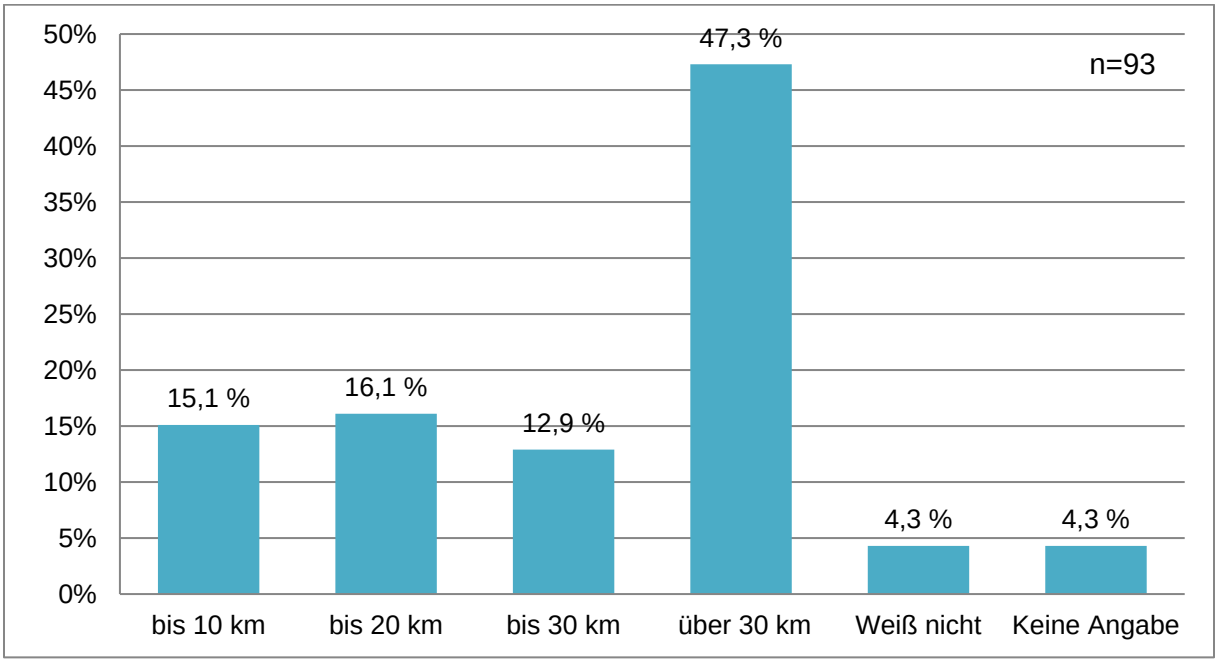

Abbildung 11: Angaben zur Größe des Versorgungsradius der Befragten

Die Frage, ob die Teilnehmer regelmäßig die Möglichkeit haben, an einer Supervision teilzunehmen, wurde von 50,5 % (n=47) bejaht, 48,4 % (n=45) verneinten dies und eine Person machte keine Angabe hierzu.

6.1.3 Pädiatrische Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Da es in Mecklenburg-Vorpommern nur ein pädiatrisches SAPV-Team gibt und einen ambulanten Hospizdienst für Kinder, wurde die Frage gestellt, ob auch Kinder betreut werden. Die Frage wurde von 71 % (n=66) der Teilnehmer verneint.

Ob eine ausreichende *stationäre* pädiatrische Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern vorhanden ist, konnte von 74,2 % (n=69) der Befragten nicht beantwortet werden (*weiß nicht*) und 17,2 % (n=16) verneinten dies.

Die Frage nach einer ausreichenden *ambulanten* pädiatrischen Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurde von 72 % (n=67) mit *weiß nicht* beantwortet und 20,4 % (n=19) gaben *nein* als Antwort an.

6.1.4 Bewertung der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

45,2 % (n=42) der Teilnehmer waren der Meinung, dass in Mecklenburg-Vorpommern eine ausreichende stationäre Palliativversorgung vorhanden ist, 41,9 % (n=39) verneinten diese Frage. 10,8 % (n=10) gaben an, es nicht zu wissen und 2,2 % (n=2) beantworteten die Frage nicht.

Für die Bewertung der Strukturen der Palliativversorgung wurde das deutsche Schulnotensystem angewendet. Die Frage *„Wie bewerten Sie im Allgemeinen die aktuellen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV, AAPV, ambulanter Hospizdienst, etc.) in Mecklenburg-Vorpommern?“* wurde im Durchschnitt mit der Note 2,7 bewertet. 9,7 % (n= 9) der Befragten bewerteten die Strukturen der Palliativversorgung mit *sehr gut*, 39,8 % (n=37) mit *gut* und 28 % (n=26) mit *befriedigend* (Abbildung 12).

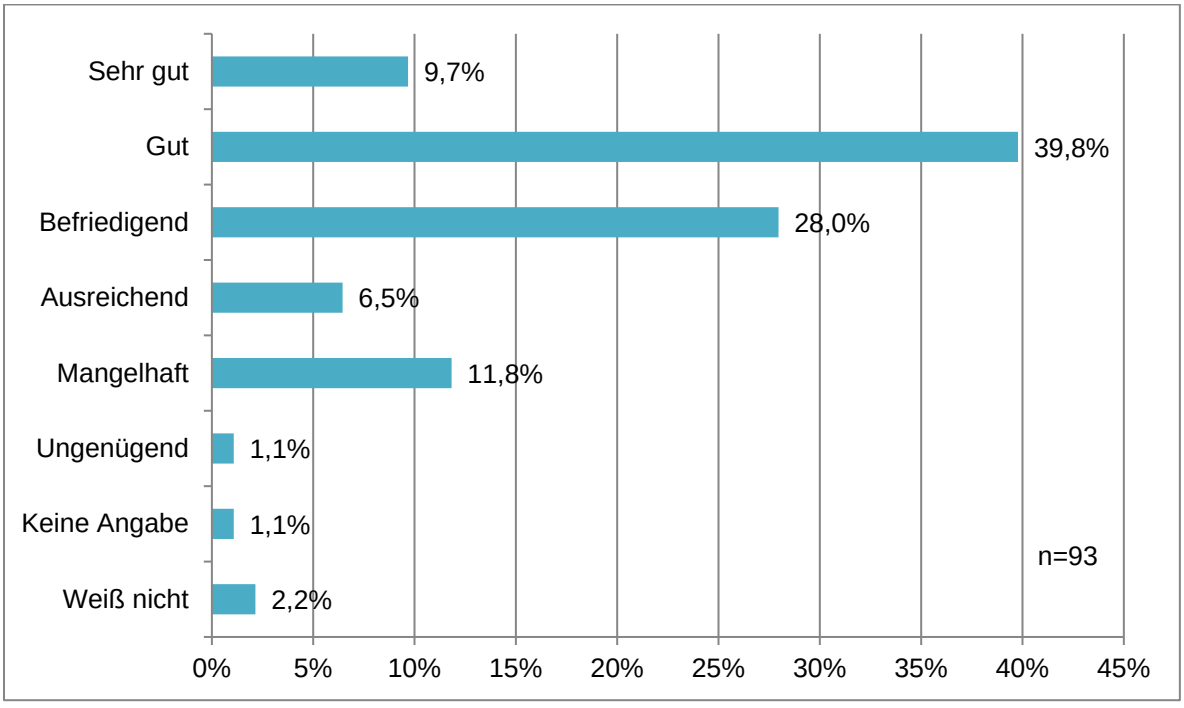

Abbildung 12: Bewertung der aktuellen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV, APPV, ambulanter Hospizdienst etc.) in Mecklenburg-Vorpommern

Die Zugangsmöglichkeiten zu palliativen Versorgungsleistungen für Patienten aus *ländlichen Regionen* wurden im Mittel mit der Schulnote 3,4 bewertet. 29 % (n=27) der Befragten bewerteten die Zugangsmöglichkeiten mit *befriedigend*, 15,1 % (n=14) gaben *mangelhaft* und 4,3 % (n=4) *ungenügend* an (Abbildung 13).

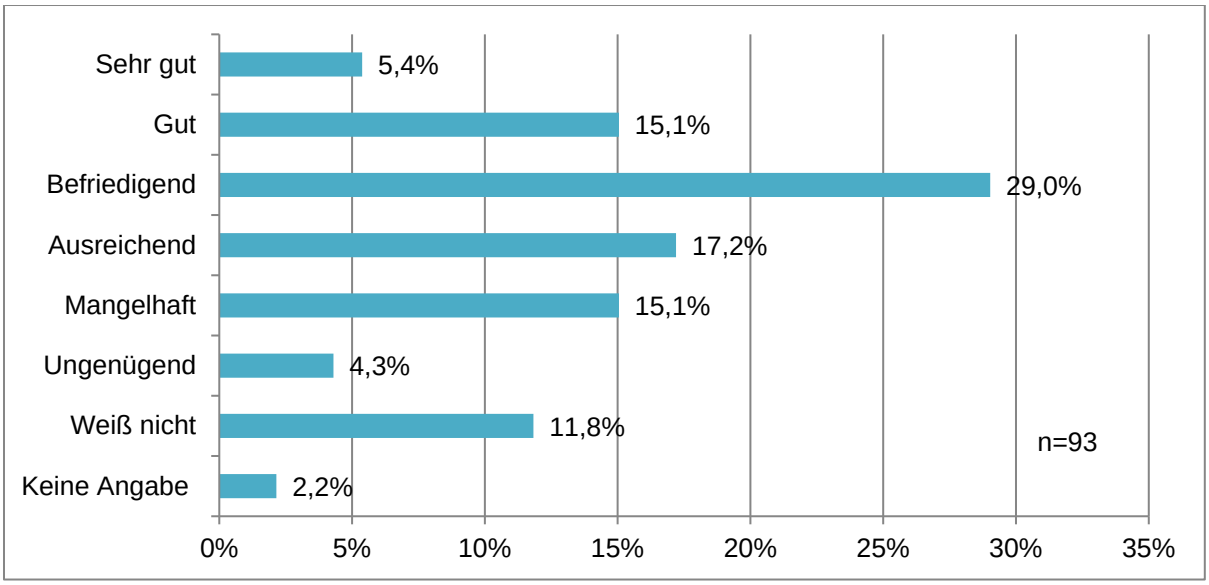

Abbildung 13: Bewertung des Zugangs zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus ländlichen Regionen

Die Benotung des Zuganges zu Angeboten der Palliativversorgung für Patienten aus *der Stadt*, betrug im Durchschnitt die Note 2,2. Hier bewerteten 50,5 % (n=47) der Befragten die Zugangsmöglichkeiten als *gut*, 17,2 % (n=16) mit *sehr gut* und 2,2 % (n=2) mit *ungenügend* (Abbildung 14).

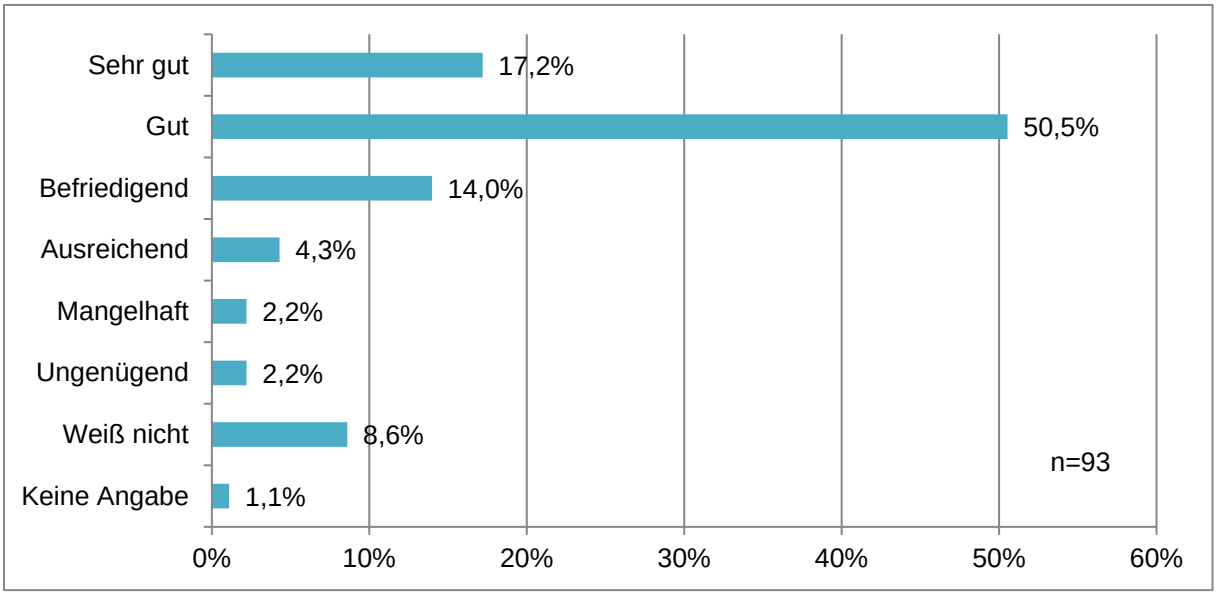

Abbildung 14: Bewertung des Zugangs zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus der Stadt

Die Teilnehmer wurden darum gebeten, die Qualität der Palliativversorgung in einem Krankenhaus mit und ohne Palliativstation zu bewerten. Die Palliativversorgung in einem Krankenhaus *mit* Palliativstation wurde durchschnittlich mit der Note 2,1 bewertet. 40,9 %

(n=38) der Teilnehmer gaben hier *gut* und 3,2 % (n=3) *mangelhaft* an. Die Benotung der Palliativversorgung in einem Krankenhaus *ohne* Palliativstation wurde mit einer Benotung im Mittel von 4,1 bewertet. Hier gaben 26,9 % (n=25) der Teilnehmer *mangelhaft* und 5,4 % (n=5) *gut* an. Folgende Abbildung stellt vergleichend die Bewertung der Qualität im Krankenhaus *mit* und *ohne* Palliativstation dar (Abbildung 15).

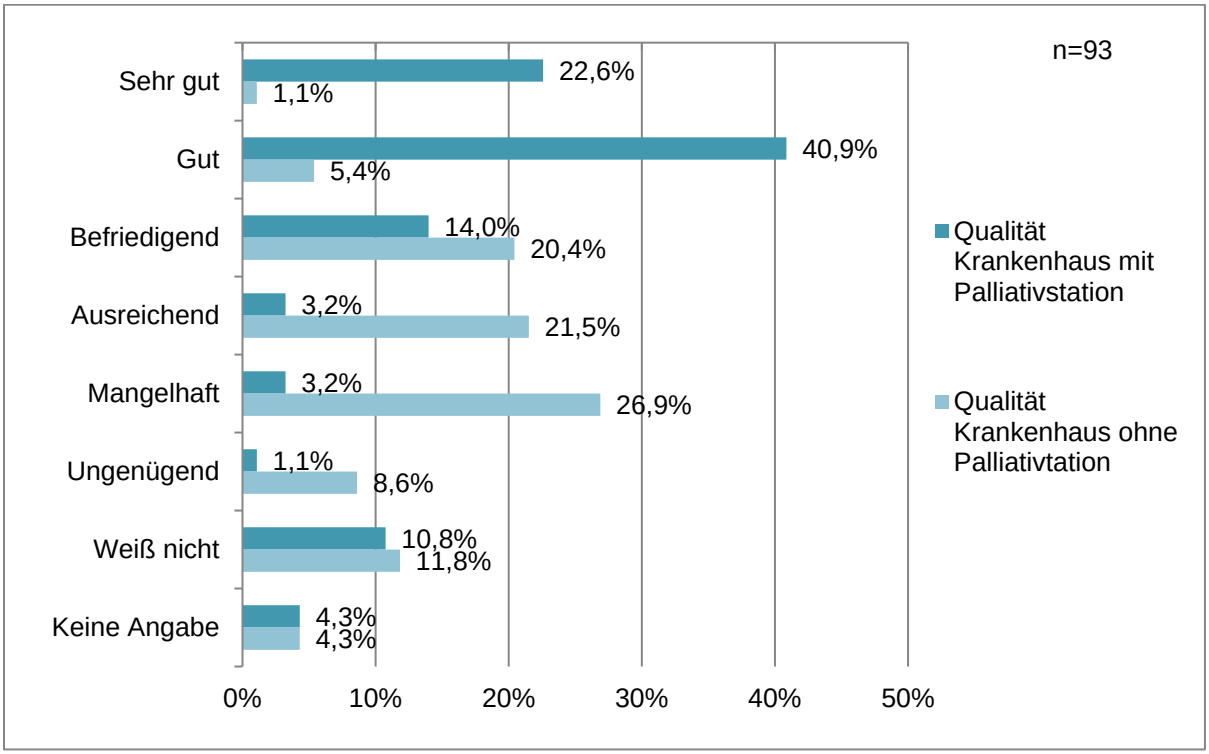

Abbildung 15: Bewertung der Qualität der Versorgung von Palliativpatienten in einem Krankenhaus mit/ohne Palliativstation

Das Entlassmanagement in die Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus *mit* Palliativstation wurde im Durchschnitt mit der Note 2,6 bewertet. Das Entlassmanagement für Palliativpatienten aus einem Krankenhaus *ohne* Palliativstation erhielt eine durchschnittliche Bewertung von 4,2. Insgesamt bewerteten 15,1 % der Teilnehmer (n=14) das Entlassmanagement von Palliativpatienten in die Häuslichkeit aus einem Krankhaus mit Palliativstation als *sehr gut*, 37,6 % (n=35) als *gut* und 16,1 % (n=15) als *befriedigend*. Für Krankenhäuser ohne Palliativstation betrug diese Anzahl der *sehr guten* Nennungen 2,2 % (n=2), *mangelhaft* 25,8 % (n=24) und *ungenügend* 15,1 % (n=14) (Abbildung 16).

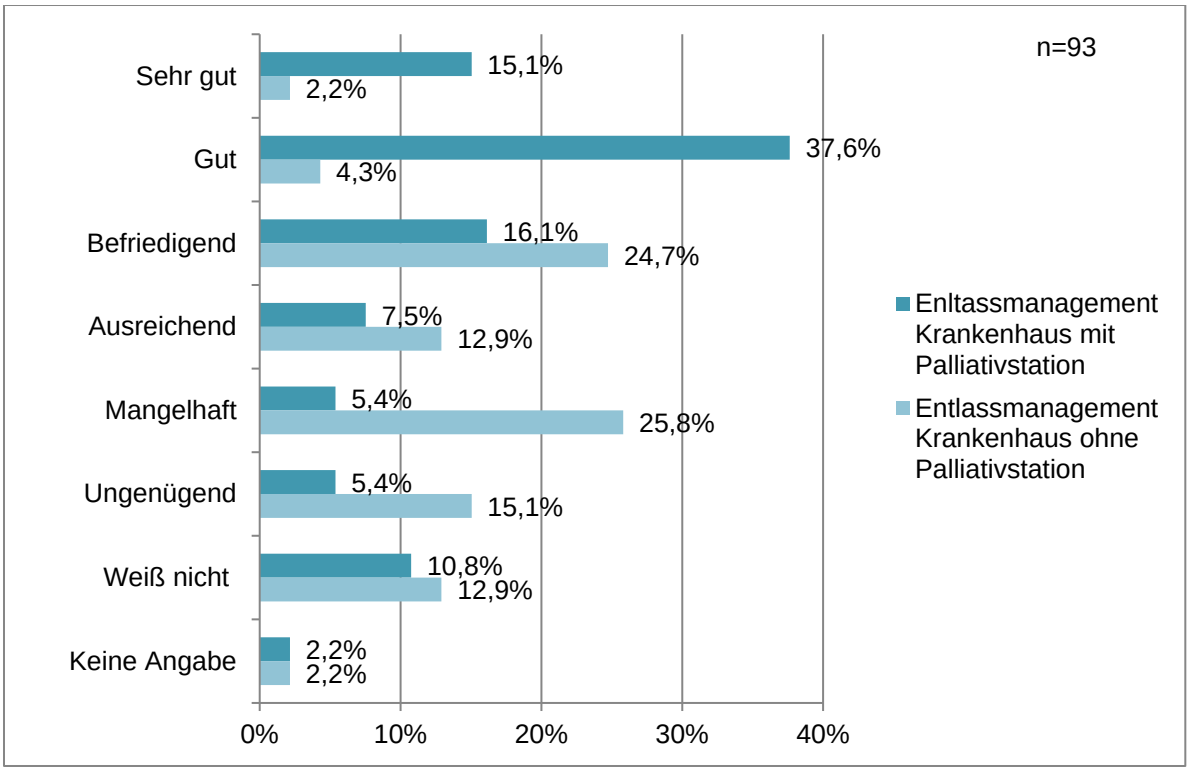

Abbildung 16: Bewertung des Entlassmanagements in der Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus mit/ohne Palliativstation

6.1.5 Relevanz der Qualifikationen der Leistungserbringer

Die Teilnehmer wurden um eine Einschätzung der Relevanz der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* und der pflegerischen Weiterbildung *Palliative Care* gebeten. Die Befragten hatten die Möglichkeit von 1=*sehr wichtig*, 2=*eher wichtig*, 3=*eher unwichtig* und 4=*sehr unwichtig* auszuwählen.

Die ärztliche Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* wurde im Durchschnitt als *eher wichtig* eingestuft. Hier gab beispielsweise die Berufsgruppe der Ärzte mit 31,3 % (n=5) *sehr wichtig* und 31,3 % (n=5) *eher unwichtig* an. Hingegen wurde auch die Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* von Ärzten mit dieser Weiterbildung von 12,1 % (n=4) als *eher unwichtig* eingestuft.

Die Weiterbildung *Palliative Care* für Pflegende ist von den Teilnehmern im Durchschnitt als *sehr wichtig* bewertet worden. Von den unterschiedlichen Berufsgruppen wurde die Weiterbildung *Palliative Care* z. B. von 50 % (n=8) der Ärzte als *sehr wichtig* eingestuft.

6.1.6 Identifizierung von Bedarf für Palliativversorgung

Die Teilnehmer wurden gebeten, anzugeben wie sie verfahren, wenn sie bei einem Patienten einen Bedarf für eine Hospiz- und Palliativversorgung feststellen. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte mittels offenem Textfeld.

Gruppe Arzt/Ärztin

Die meisten Ärzte (n=11 von n=16) gaben an, mit anderen Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung zusammenzuarbeiten. Der Patient wird zunächst in eigener Tätigkeit betreut, in der präfinalen Phase wird (bei Bedarf) ein SAPV-Team hinzugezogen. Eine Person gab an, dass sie dem Patienten die Möglichkeiten (z. B. Hospiz, Intensivstation, SAPV, Pflegedienst etc.) darlegt und dann dem Votum des Patienten folgt.

Gruppe Arzt/Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin

In dieser Gruppe werden Leistungen der AAPV/SAPV überwiegend selbst durchgeführt, gegebenenfalls in Kooperation mit weiteren Leistungserbringern. Das folgende Zitat verdeutlicht dies:

> *„Erfragen der Symptome (angelehnt an HOPE-Fragebogen), Besprechung der Möglichkeiten mit dem Patienten. Solange der Patient zu mir in die Praxis kommen kann, übernehme ich die Palliativversorgung selbst; ggf. mit zusätzlicher Unterstützung durch Pflegedienst und/oder ambulanten Hospizdienst. Bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes Übergabe an SAPV-Team, meist überlappende Mitbetreuung durch das SAPV-Team für einige Zeit.“*

Tätigkeitsbereich ambulanter Pflegedienst

Eine in diesem Bereich tätige Person gab an, dass sie den Hausarzt informiert, Palliativmediziner einschaltet und den Patienten fragt, ob er diese Behandlung wünscht. Ebenfalls wurde angegeben, dass der zuständige Arzt bzw. ein Palliativmediziner kontaktiert wird.

Tätigkeitsbereich Alten- und Pflegeheim

In diesem Tätigkeitsbereich gab eine Person an, dass nach dem „Standard und Konzept zur Sterbebegleitung“ verfahren wird. Welches Konzept dies genau ist, wurde nicht beschrieben. Weiter wurde beschrieben, dass eine „gemeinsame Gesprächsrunde mit Betroffenen, nach Möglichkeit mit Angehörigen, Palliativarzt und Palliativteam des Hauses, um gemeinsam Wünsche/Bedürfnisse und Begleitung zu besprechen“ stattfindet. Ferner wurde angegeben, dass der ambulante Hospizdienst in die Betreuung eingebunden wird.

6.1.7 Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern

Eine häusliche Überforderung ist häufig ein Grund für die Aufnahme auf einer Palliativstation. 51,6 % (n=48) der Befragten beantworteten die Frage nach der Häufigkeit mit *oft* oder 24,7 % (n=23) mit *sehr oft* (Abbildung 17).

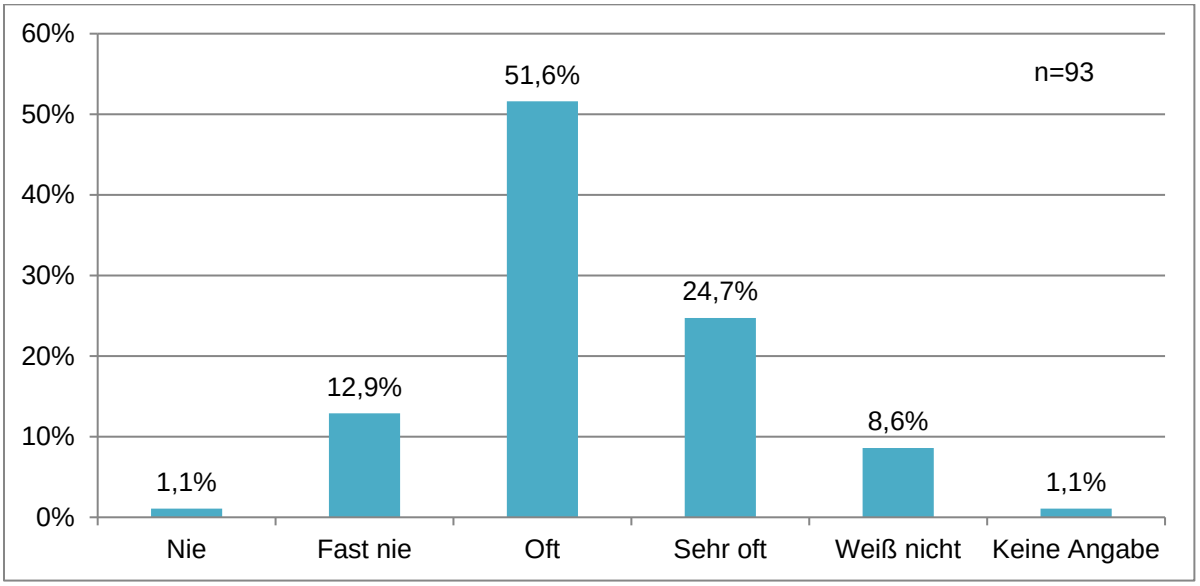

Abbildung 17: Häufigkeit der häuslichen Überforderung im Umfeld des Patienten als Grund für eine stationäre Aufnahme

Die Häufigkeit einer Entlassung von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus ohne palliative Anschlussversorgung wurde von 37,6 % (n=35) mit *oft* angegeben, hingegen gaben 23,7 % (n=22) der Befragten *fast nie* und 24,7 % (n=23) der Teilnehmer *weiß nicht* an (

Abbildung 18).

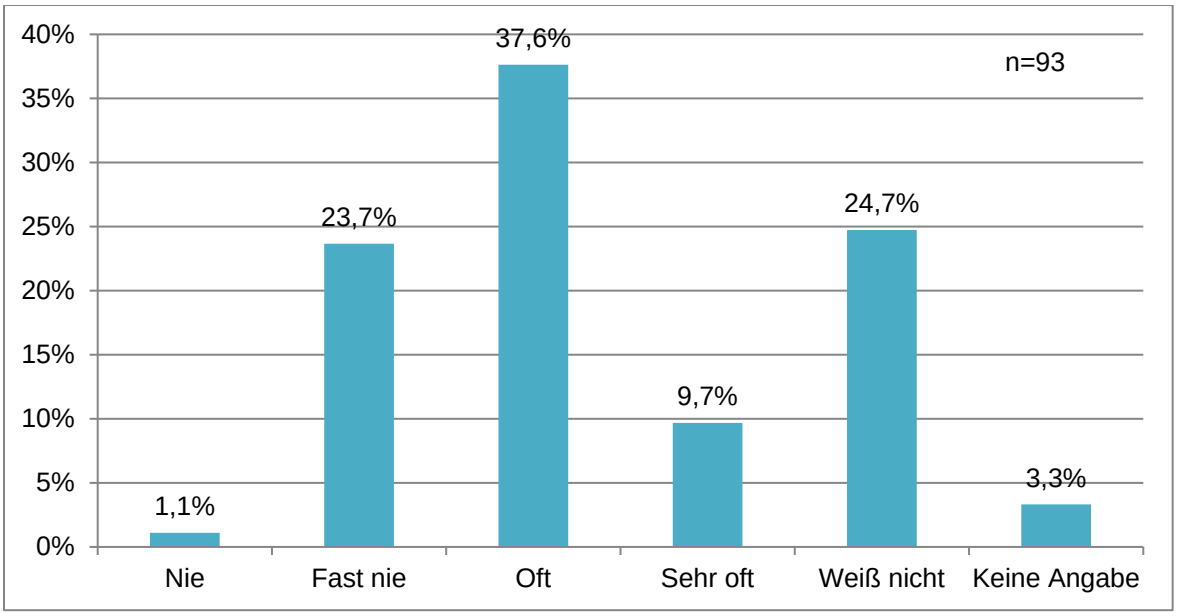

Abbildung 18: Wie häufig werden Palliativpatienten ohne palliative Anschlussversorgung aus dem Krankenhaus entlassen?

58,1 % (n=54) der Teilnehmer war der Meinung, dass Palliativpatienten oft an ihrem Wunschort betreut/versorgt werden. 14 % (n=13) der Befragten beantworteten diese Frage mit *fast nie* und 12,9 % (n=12) mit *weiß nicht*.

Ein wichtiger Aspekt der Hospiz- und Palliativversorgung ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Befragung dazu. Die Kooperation zwischen SAPV und Hospizen wurde am besten bewertet (MW=1,3). Die Kooperation zwischen Hausarzt und SAPV erhielt im Durchschnitt die Note 2,5. Die Benotung der Kooperation zwischen einem Krankenhaus ohne Palliativstation und SAPV betrug im Mittel 3,6. Die Kooperation zwischen einem Krankenhaus ohne Palliativstation und einem Hausarzt wurde im Durchschnitt mit 3,5 benotet. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und SAPV erhielt im Mittel die Note 2,8 (Tabelle 5).

Tabelle 5: Benotung in Schulnoten (1-6) der Kooperation zwischen den Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung

	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Krankenhaus mit Palliativstation und Hospiz	72	2,0	1,0	1	6
Krankenhaus ohne Palliativstation und Hospiz	56	3,6	1,2	2	6
Krankenhaus mit Palliativstation und SPV	71	1,9	1,0	1	5
Krankenhaus ohne Palliativstation und SAPV	56	3,6	1,2	2	6
Krankenhaus mit Palliativstation und Hausarzt	69	2,6	1,1	1	6
Krankenhaus ohne Palliativstation und Hausarzt	56	3,5	1,1	2	6
Hausarzt und SAPV	82	2,8	1,3	1	6
Hausarzt und Hospiz	69	2,8	1,4	1	6
SAPV und Hospiz	60	1,9	0,9	1	5
Pflegeheim und SAPV	64	2,8	1,5	1	6
Pflegeheim und Hospiz	51	3,2	1,5	1	6
Ambulanter Pflegedienst und SAPV	66	2,5	1,1	1	6

Mehrere Befragte gaben an, dass die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure durch mehr Kommunikation und Austausch unter den einzelnen Leistungserbringern sowie der Ausbau eines Netzwerkes und Weiterbildung aller an der Versorgung beteiligten Personen/Institutionen gefördert werden kann.

6.1.8 Palliativversorgung in Pflegeinrichtungen

61,3 % (n=57) der Befragten sind der Meinung, dass in Alten- und Pflegeheimen derzeit keine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung vorhanden ist.

Die Frage *„Wie bewerten Sie das Wissen des Pflegepersonals zu Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen?“* wurde im Mittel mit der Note 4,0 beantwortet. Die Untergruppenanalyse ergab, dass selbst Personen, welche in einem Alten- und Pflegeheim tätig sind, das Wissen des Pflegepersonals im Mittel mit 3,5 bewerten (Tabellen befinden sich im Anhang).

Die Qualität der Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen wurde im Durchschnitt mit der Note 3,9 bewertet. Aus dem Tätigkeitsbereich Alten- und Pflegeeinrichtung wurde die durchschnittliche Note 3,8 vergeben.

Ob eine angemessene Palliativversorgung in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung besteht, wurde von 32,3 % (n=30) der befragten Personen verneint und 59,1 % (n=55) gaben an, es nicht zu wissen. Weiter wurden die Teilnehmer gebeten, das Wissen zu Palliative Care des Pflege-/Betreuungspersonals in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung zu bewerten. 62,4 % (n=58) beantworteten die Frage mit *weiß nicht*, im Mittel fiel die Bewertung durch die anderen Teilnehmer mit der Note 4,2 aus, die Note *sehr gut* (1) wurde nicht vergeben.

62,4 % (n=58) der Befragten gaben bei der Frage zur palliativen Versorgungsqualität in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung *weiß nicht* und 10,8 % (n=10) *mangelhaft* an. Die ermittelte durchschnittliche Benotung betrug 4,2 (Tabellen befinden sich im Anhang).

6.1.9 Austausch und Kooperation zwischen den Akteuren

Die Möglichkeit, sich an einem Runden Tisch zur Palliativversorgung mit anderen Akteuren auszutauschen, wurde von 57 % (n=53) der Befragten als *sehr wichtig* und von 31,2 % (n=29) als *eher wichtig* angegeben.

Darüber hinaus wurde in diesem Zusammenhang nach der Relevanz einer landesweiten Koordinierungsstelle gefragt. 34,4 % (n=32) der Befragten gaben an, dass für sie eine Koordinierungsstelle *sehr wichtig* sei und für 12,9 % (n=12) der Teilenehmer ist sie *sehr unwichtig*. 50,5 % (n=47) der Befragten sind der Ansicht, dass eine Koordinierungsstelle im Landkreis verortet sein sollte (Abbildung 19).

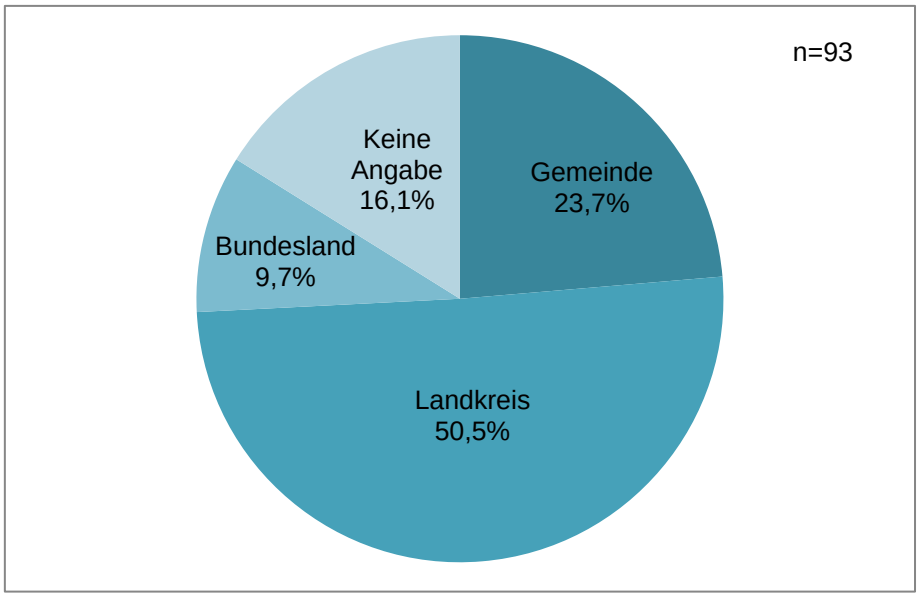

Abbildung 19: Wo sollten Koordinierungsstellen verortet sein?

Als mögliche Aufgaben einer Koordinierungsstelle wurde zusammengefasst Folgendes genannt (die Reihenfolge stellt keine Wertung dar):

- Koordination und Vernetzung zwischen anfragenden Personen und Leistungserbringern
- Kommunikation und Vernetzung zwischen den Leistungserbringern
- Förderung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern
- Unterstützung und Information für Patient und Angehörige
- Weiterbildungsangebote, Schulungen
- Aufklärung und Beratung
- Unterstützung bei rechtlichen Fragen (Patientenverfügung, Vorsorge-und Betreuungsvollmacht)
- Kommunikation mit den Ämtern
- Finanzielle Beratung
- Optimierung der Patientenversorgung
- Beratung und Unterstützung der Landesregierung

Es wurden jedoch auch kritische Anmerkungen gemacht, z. B. dass eine Koordinierungsstelle mehr bürokratischen Aufwand darstellt und dass Personal für administrative Aufgaben benötigt werde, welches dann in der direkten Patientenversorgung fehlen würde.

6.1.10 Verbesserung der Versorgung

Mit der Frage *„Besteht Ihrer Meinung nach ein Schulungsbedarf bezüglich Sterben und Tod in anderen Religionen?“* wurde von 78,5 % (n=73) der Befragten bejaht. Ob nichtchristliche Religionen wie z. B. Buddhismus oder der Islam bei der Tätigkeit der Befragten eine Rolle spielen, wurde von 58,1 % (n=54) verneint.

54,8 % (n=51) der Befragten können sich vorstellen, Palliativpatienten ergänzend zur üblichen Versorgung telemedizinisch per Telefon oder Videokonferenz zu betreuen. Insbesondere die Ärzte (mit und ohne Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin) standen dieser Versorgungsoption positiv gegenüber. Eine Übersicht zu den Angaben der einzelnen Berufsgruppen befindet sich im Anhang. Die Anpassung der Bedarfsmedikation (53 Nennungen) und die psychosoziale Betreuung (49 Nennungen) der Patienten wurden bei möglichen telemedizinischen Tätigkeiten am häufigsten angegeben (Abbildung 20).

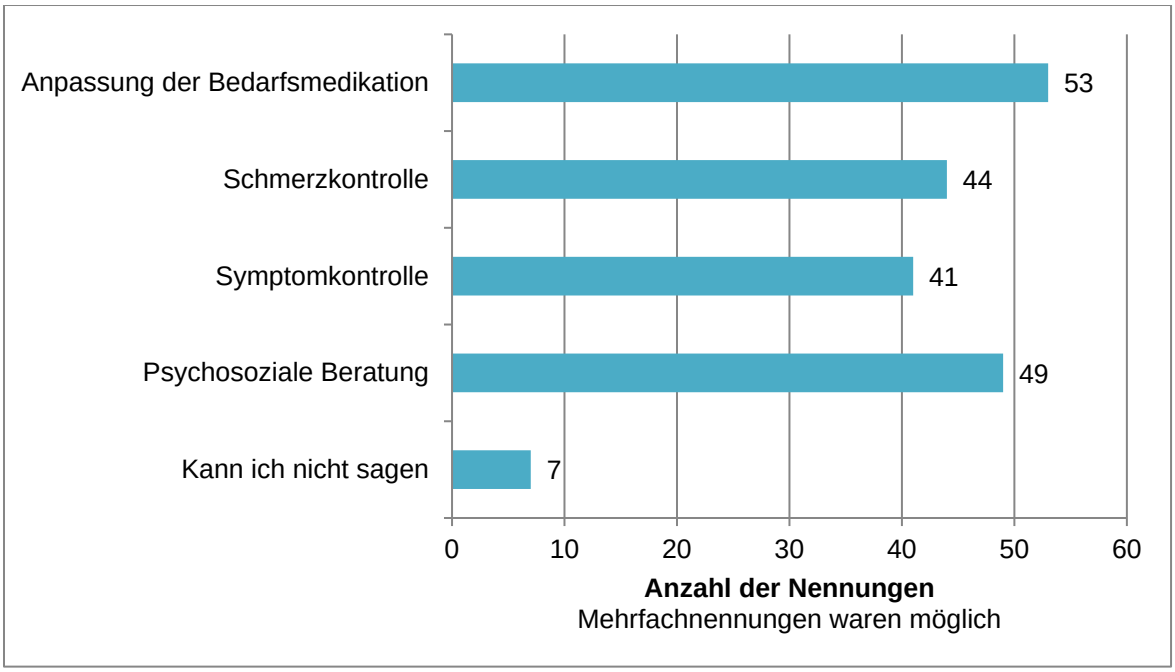

Abbildung 20: Welche (ergänzende) Betreuung von Palliativpatienten ist durch telefonische Beratung oder Videokonsultation möglich?

Als weitere mögliche Tätigkeiten, die telemedizinisch durchgeführt werden könnten, wurde genannt (Reihenfolge stellt keine Wertung dar):

- Beratung und Betreuung von Angehörigen
- Maßnahmenevaluierung bei unvorhersehbarer Symptomverschlechterung (z. B. Atemnot)
- Stärkung der betreuenden Angehörigen in einzelnen Situationen
- Videokonsultation zwischen Hausarzt (AAPV) und Palliativmediziner
- Sozialberatung
- Psychosoziale und spirituelle Beratung
- Koordination

Es wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass Videokonsultation und telefonische Beratung zwischen den einzelnen Leistungserbringern als sinnvoll erachtet werden. Die Möglichkeit der offenen Antworten wurde auch genutzt, um Bedenken zu äußern. Zum einen wurde angegeben, dass „Videokonferenzen den Ansprüchen einer palliativen Versorgung nicht gerecht“ werden und dass der persönliche Kontakt mit Patienten und Angehörigen wichtig sei.

Die Relevanz einer elektronischen Patientenakte, auf welche alle Akteure Zugriff haben, wurde von 47,3 % (n=44) der Teilnehmer als *sehr wichtig* und von 26,9 % (n=25) als *eher wichtig* eingeschätzt.

Eine Palliativberatungsstelle für Patienten und Angehörige wurde von 69,9 % (n=65) der Befragten als *sehr wichtig* benannt.

Eine zentrale Palliativ-Beratungstelefonnummer für Patienten und Angehörige wurde von 53,8 % (n=50) als *sehr wichtig* und von weiteren 28 % (n=26) als *eher wichtig* eingestuft.

55,9 % (n=52) der Befragten finden die Etablierung einer zentralen Palliativ-Beratungstelefonnummer für niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Alten- und Pflegeheime *sehr wichtig* oder *eher wichtig* (31,2 %; n=29). Die Untergruppenanalyse der Berufsgruppen ergab, dass ein Großteil der Gesundheits- und Krankenpfleger eine zentrale palliative Beratungstelefonnummer als *eher wichtig* (75 %; n=3) angaben. Im Gegensatz dazu empfindet die Mehrheit der Altenpfleger mit der Weiterbildung *Palliative Care* diese als *sehr wichtig* (75 %; n=3). Weitere Ergebnisse der Berufsgruppenanalyse befinden sich im Anhang „Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung“.

Einige Teilnehmer nutzten das Anmerkungsfeld. Es wurde angeregt, dass sich solch eine Telefonnummer eher auf der regionalen Ebene befinden solle und dass die beratenden Personen nicht nur Ärzte sein sollten. Ebenfalls wurde angeregt, dass das Beratungstelefon einer Koordinierungsstelle zugeordnet werden könne.

Zu den Aspekten, welche nach der Meinung der Befragten eine angemessene Palliativversorgung gefährde, wurde insgesamt ein Mangel an ärztlichen und pflegerischen Personal mit einer Schulung in Palliative Care genannt sowie ein allgemeiner Mangel an Ärzten und Pflegepersonal (59 Nennungen) (Abbildung 21).

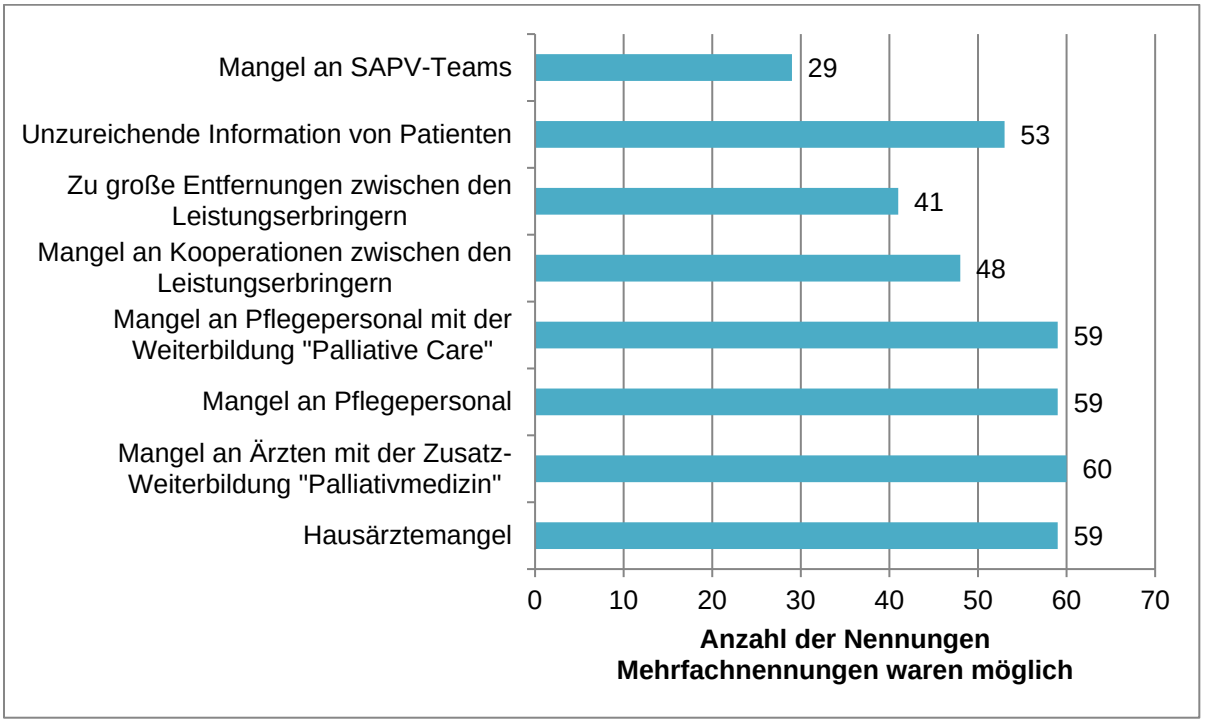

Abbildung 21: Welche Aspekte gefährden eine angemessene Versorgung von Palliativpatienten in Mecklenburg-Vorpommern?

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, weitere gefährdende Aspekte für die Palliativversorgung im Freitext zu nennen:

- Ökonomisierung von Pflege und Therapie
- Fehlende Bereitschaft der Hausärzte, die Patienten in eine SAPV-Versorgung zu geben (n=4)
- Zu wenig stationäre Hospize in MV
- Fehlendes Engagement von Ehrenamtlichen im ambulanten Hospizdienst, insbesondere in ländlichen Regionen
- Mangelnde Aufklärung der Bevölkerung über Möglichkeiten der Palliativmedizin
- Zu wenig Zeit
- Krankenkassen
- Aufsplittung der Leistungserbringer, bürokratische Hürden, mangelndes Vertrauen in die hausärztlichen Kernkompetenzen (Aufsplittung der palliativmedizinischen Versorgung, Abrechnungshindernisse)
- Knappe Personalaufstellung in Pflegeheimen und Pflegediensten

6.1.11 Informationsbedarf zur Hospiz- und Palliativversorgung

Ein Großteil der Befragten war der Ansicht, dass Patienten und ihre Angehörigen über die Möglichkeiten der Palliativversorgung nicht ausreichend informiert sind. Im Mittel wurde dafür die Note 4,1 vergeben (Abbildung 22).

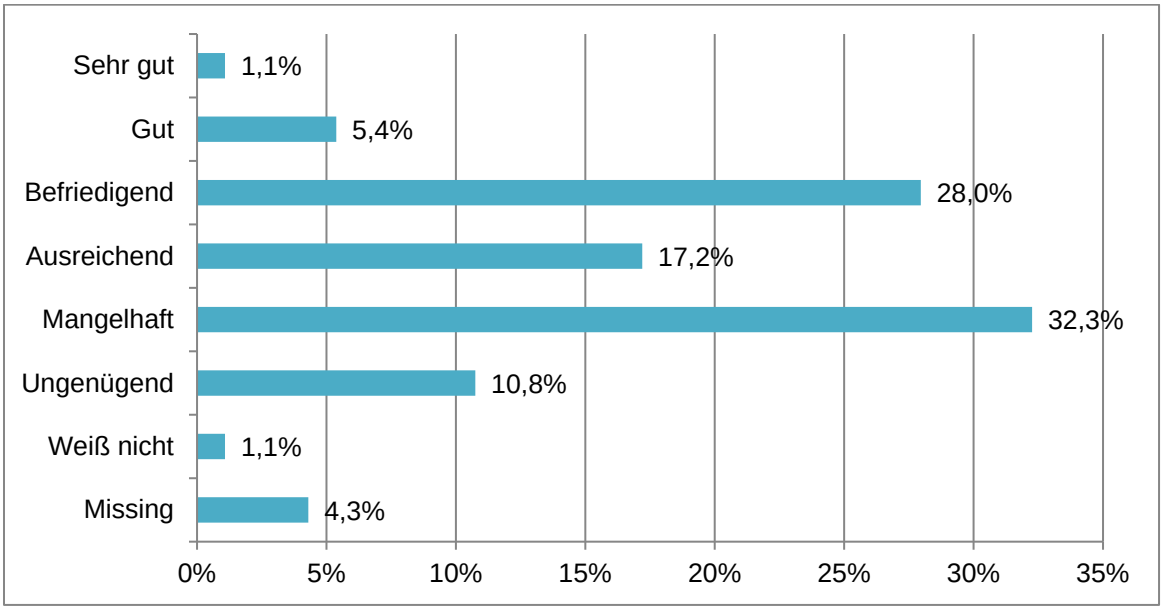

Abbildung 22: Wie sind Patienten/Angehörige über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung informiert?

Der Informationsstand bei Hausärzten zum Thema Palliativversorgung wurde von den Befragten im Mittel mit der Note 3,5 bewertet. Die Subgruppenanalyse der Berufsgruppen ergab, dass Ärzte ohne Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* eine durchschnittliche Bewertung von 2,4 vergaben. Im Vergleich dazu bewerteten Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* den Informationsstand der Hausärzte im Mittel mit 3,4 (Tabellen befinden sich im Anhang).

Ebenfalls sollte der Informationsstand zur Hospiz- und Palliativversorgung von ambulanten Pflegediensten bewertet werden. Diese erhielten im Mittel die Note 3,3.

Ein Aktionstag zum Thema Palliativ- und Hospizversorgung zur Aufklärung der Bevölkerung wurde von den Befragten sehr befürwortet (80,7 %; n=75).

7 Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung

Am 04.12.2017 und am 25.10.2018 fand im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern ein Runder Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern statt. Die Mitglieder des Runden Tisches setzten sich aus Vertretern folgender Institutionen zusammen:

- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern
- Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern
- Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern
- Städte- und Gemeindetag e. V.
- Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KV-MV)
- Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- Krankenkassen
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
- Verband der Ersatzkassen
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern
- Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegende Nordost e. V.
- Stationäre Palliativeinheiten an Tumorzentren

In diesem Rahmen wurden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und die daraus abgeleiteten Problembereiche und resultierenden Handlungsempfehlungen diskutiert. Ein Diskussionspunkt war die Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. Die Anwesenden waren sich darüber einig, dass es große Unterschiede bei der Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen gibt. Ferner waren die Teilnehmer der Ansicht, dass die Strukturen in Pflegeeinrichtungen verbessert werden sollten. Es wurde hierbei auch der Fachkräftemangel in den Einrichtungen thematisiert sowie Probleme bei der Qualifizierung des Pflegepersonals bezüglich *Palliative Care*. Hier wäre es wünschenswert, dass *Palliative Care* in die Pflegeausbildungen mit aufgenommen würde. Die Teilnehmer waren der Ansicht, dass es mindestens eine *Palliative Care*-Fachkraft pro Pflegeeinrichtung geben sollte. Es wurde jedoch auch betont, dass die Pflegekräfte sehr gute Arbeit leisten und diese besser vergütet

werden sollte. Ebenfalls sollten mehr niedergelassene Ärzte die Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* absolvieren.

Die häusliche Überforderung wird als relevantes Thema betrachtet. Jedoch sollte es andere Möglichkeiten geben als eine Krankenhauseinweisung.

Die Schnittstelle zwischen AAPV und SAPV sei ein weiterer Problembereich. Es sei zu dem nicht immer eindeutig, ab wann AAPV und ab wann SAPV stattfindet. Es finde ein zu geringer Austausch zwischen Hausärzten und Palliativmedizinern statt, dieser gehe jedoch von beiden aus. Die Vernetzung der Hausärzte und Palliativmediziner sollte nach Ansicht der Teilnehmer des Runden Tisches auch mit bereits vorhandenen Strukturen gefördert werden, hier können zum Beispiel die Stammtische der Hausärzte oder die Qualitätszirkel der SAPV-Teams genutzt werden. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Palliativmedizinern sollten z. B. regionale Palliativkonsiliardienste implementiert werden. Weiter werden die Hausärzte mit der neuen GOP *QSV-AAPV* gestärkt (siehe Kapitel 3.1.2). Eine Qualifizierung der Hausärzte im Bereich der *Palliativmedizin* sollte aktiv gefördert werden.

8 Inanspruchnahme der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Durch die sektorübergreifenden Versorgungsangebote der Hospiz- und Palliativversorgung und deren unterschiedliche Finanzierungsformen müssen für eine vollständige Analyse der Inanspruchnahme Daten aus mehreren Quellen herangezogen werden [6]. Leistungen im ambulanten Bereich (AAPV und SAPV) werden nach Gebührenordnungspositionen (GOP) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Die ambulanten Abrechnungsdaten liegen bei den Gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Abrechnungsdaten der stationären Versorgung liegen in Form von *Operations- und Prozedurenschlüsseln* (OPS) bei den Gesetzlichen Krankenkassen und beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vor. Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern verfügt über Abrechnungsdaten der stationären Versorgung (OPS) auf der Datengrundlage des InEK. Eine sektorübergreifende Analyse der Routinedaten ist aktuell nur mit Daten von Krankenkassen möglich, für dieses Projekt wurden Daten der BARMER GEK genutzt.

Ziel der vorliegenden Analyse war es, die Inanspruchnahme der palliativmedizinischen Leistungen in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2011 bis 2016 (stationäre Leistungen; InEK-Daten) und 2014 bis 2017 (ambulante Leistungen; Daten der KV-MV) analysiert. Die verschiedenen Zeiträume der Datenanalysen sind der unterschiedlichen Verfügbarkeit der Daten geschuldet. Eine wichtige Frage dabei war, ob bei der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung regionale Unterschiede existieren. Ergänzend wurde eine Analyse von sektorübergreifenden Behandlungsmustern durchgeführt (Basis: Daten der BARMER GEK).

8.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die KV-MV ist für die Vergütung vertragsärztlich erbrachter Leistungen durch niedergelassene Ärzte verantwortlich und hat Abrechnungsdaten für die Jahre 2014 bis 2017 zur Verfügung gestellt [41].

Im Jahr 2014 wurde bei insgesamt 11.215 Patienten mindestens eine allgemeine ambulante palliativmedizinische Leistung abgerechnet, im Jahr 2017 waren es 9.825 Patienten (Abbildung 23). Das ist ein Rückgang um 12 %. Eine mögliche Erklärung für diesen Rückgang ist, dass die Anzahl der niedergelassenen Ärzte, die im Rahmen der AAPV palliativmedizinische Leistungen abrechnen, ebenfalls rückläufig ist. Im Jahr 2014 betrug die

Anzahl 843 Ärzte, im Jahr 2017 noch 766 Ärzte, das entspricht einem Rückgang um 10 % (Abbildung 23).

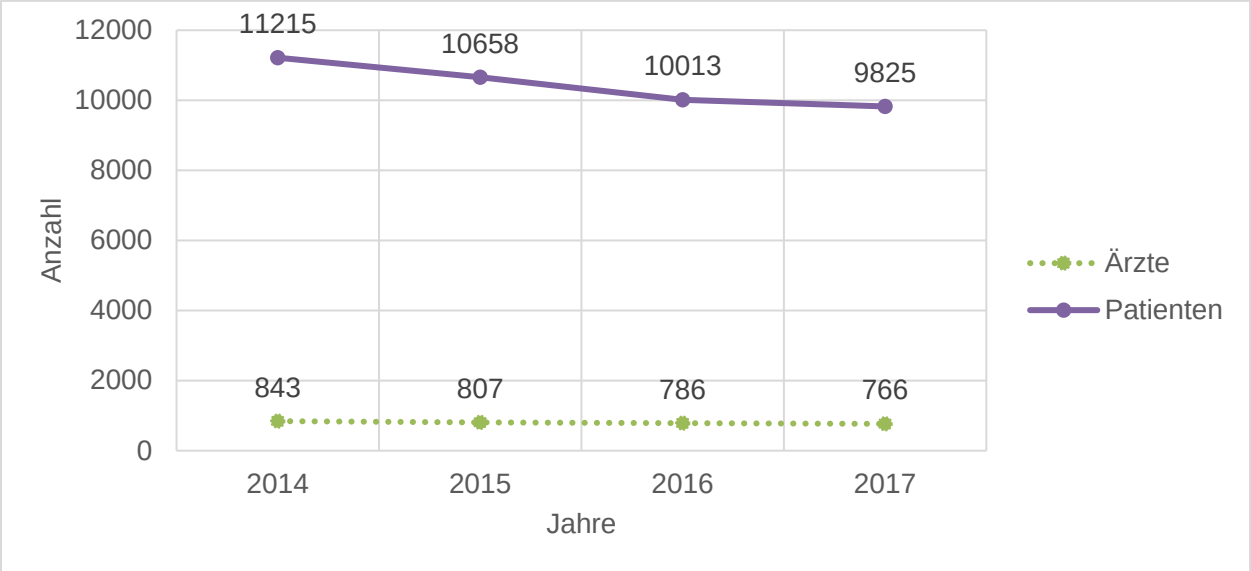

Abbildung 23: Anzahl der ambulanten Patienten und Ärzte, die mindestens eine allgemeine palliativmedizinische GOP in den Jahren 2014 bis 2017 in Mecklenburg-Vorpommern erhalten oder abgerechnet haben (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe Okt. 2018)

Das durchschnittliche Alter der Patienten in der AAPV betrug im Jahr 2014 74,7 Jahre, im Jahr 2017 waren sie durchschnittlich 75,6 Jahre alt (Tabelle 6).

Tabelle 6: Durchschnittliches Alter der Patienten, die von 2014 bis 2017 mindestens eine allgemeine ambulante palliativmedizinische Leistung erhalten haben (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe Okt. 2018)

Jahr	Anzahl der Patienten	Alter in Jahren (Mittelwert)	SD	Min.	Max.
2014	11.215	74,7	13,2	2,1	110,6
2015	10.658	74,8	13,2	0	111,5
2016	10.013	75,1	13,2	0	107,2
2017	9.825	75,6	13,3	0	105,0

Der Anteil der Frauen, die mindestens eine allgemeine ambulante Palliativversorgung erhalten haben, war in den Jahren 2014 bis 2017 etwas höher als im Vergleich zu den männlichen Patienten (Abbildung 24).

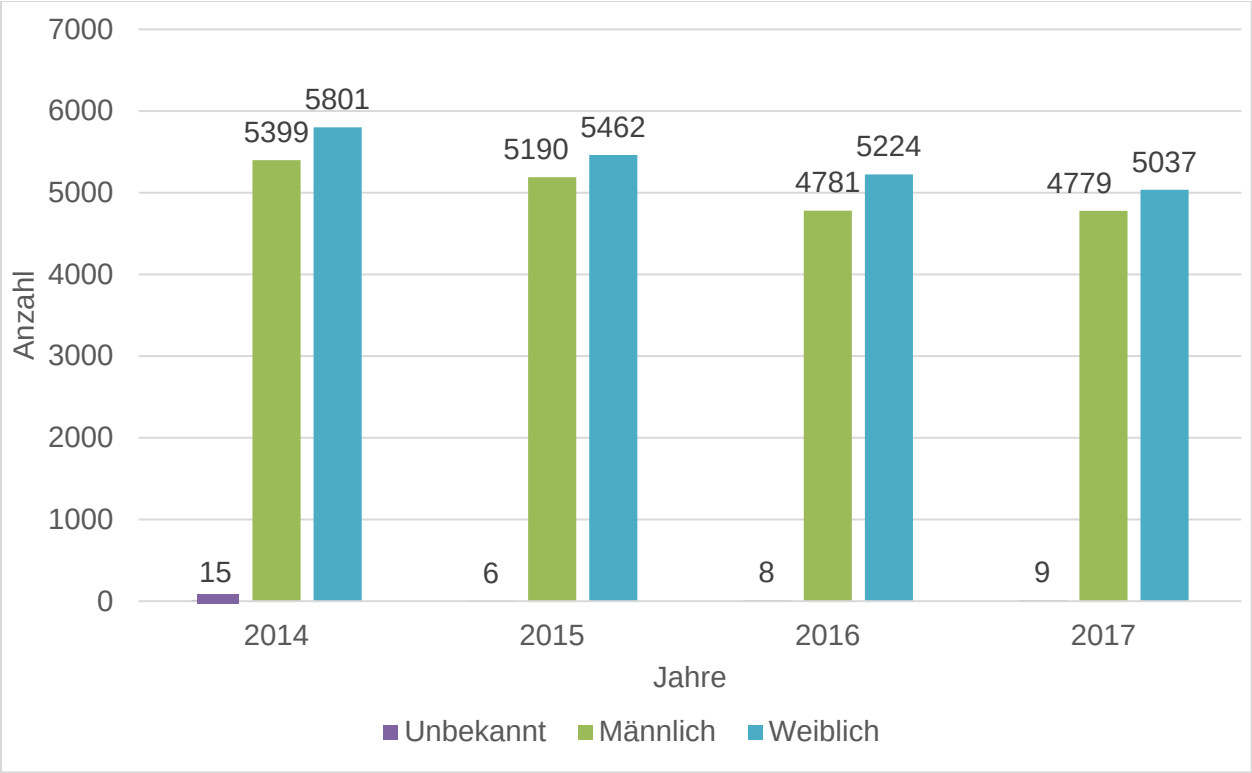

Abbildung 24: Übersicht der Geschlechterverteilung der Patienten in der AAPV in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2014 bis 2017 (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe Okt. 2018)

Im Jahr 2014 erhielten 8.760 Patienten eine *Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan (*GOP 03370). In 2017 wurde diese Leistung bei 6.734 Patienten abgerechnet. Die GOP *pädiatrische Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan* (GOP 04370) wurde im Jahr 2014 bei zwei Patienten abgerechnet, 2015 waren es sechs, 2016 fünf und 2017 waren es vier Patienten (Tabelle 7).

Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Patienten in den Jahre 2014 bis 2017, die im Rahmen der AAPV Leistungen erhalten haben. Die GOPs 37300 bis 37320 gehören zur QSV-AAPV (Qualitätssicherungsvereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung) und waren erst ab dem vierten Quartal 2017 abrechenbar. Dies erklärt deren geringe Anzahl. Es können pro Arztbesuch mehrere GOP pro Patienten abgerechnet werden.

Tabelle 7: Anzahl der Patienten, die die jeweilige GOP in den Jahren 2014 bis 2017 erhalten haben Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe Okt. 2018)

GOP	Beschreibung	2014	2015	2016	2017
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan (einmal im Krankheitsfall)	8760	7396	6906	6734
03371	Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000/04000 für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis (mindestens 15 Minuten, einmal im Behandlungsfall)	7363	7814	7297	6400
03372	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 (Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (mindestens 15 Minuten, je vollendete 15 Minuten, maximal für 75 Minuten)	13962	14094	13967	15371
03373	Zuschlag zu den GOP 01411, 01412, 01415 (dringende Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (je Besuch, nicht im Notfall)	4744	4752	4323	3721
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan (einmal im Krankheitsfall)	2	6	5	4
04371	Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000/04000 für die palliativmedizinische Betreuung in der Arztpraxis (mindestens 15 Minuten, einmal im Behandlungsfall)	30	25	20	12
04372	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 (Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (mindestens 15 Minuten, je vollendete 15 Minuten, maximal für 75 Minuten)	5	5	9	15
04373	Zuschlag zu den GOP 01411, 01412, 01415 (dringende Besuche) für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (je Besuch, nicht im Notfall)	1	1	2	2
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	-	-	-	262
37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt	-	-	-	107
37305	Zuschlag zu den GOPs 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	-	-	-	586
37306	Zuschlag zu den GOPs 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit	-	-	-	112
37314	Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	-	-	-	3
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	-	-	-	13
37318	Telefonische Beratung	-	-	-	102
37320	Fallkonferenz	-	-	-	144

8.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die Versorgung durch ein SAPV-Team wird in der Regel über die Kassenärztliche Vereinigung auf der Basis von bundeslandspezifischen Sonderverträgen abgerechnet.

Die KV-MV konnte für zehn der zwölf SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern Daten zur Verfügung stellen. Ein SAPV-Team (Region Neubrandenburg) hat einen bilateralen Vertrag mit den Krankenkassen und rechnet ohne Beteiligung der KV-MV ab. Ein weiteres SAPV-Team widersprach der Datenweitergabe durch die KV-MV. Die SAPV kann von niedergelassenen Ärzten oder von Ärzten im Krankenhaus verordnet werden. Wird die SAPV durch einen Arzt im Krankenhaus verordnet, ist dies in den Daten der KV-MV nicht ersichtlich.

Abbildung 25 gibt eine Übersicht über die Anzahl der Patienten, die in den Jahren 2014 bis 2017 Leistungen der SAPV erhalten haben, die über die KV-MV abgerechnet wurden. In Mecklenburg-Vorpommern wurden im Jahr 2014 insgesamt 1.569 Patienten durch die zehn SAPV-Teams betreut. Die Anzahl der durch diese SAPV-Teams betreuten Patienten nimmt über die Jahre kontinuierlich zu, im Jahr 2017 erhielten in Mecklenburg-Vorpommern 2.424 Patienten eine SAPV.

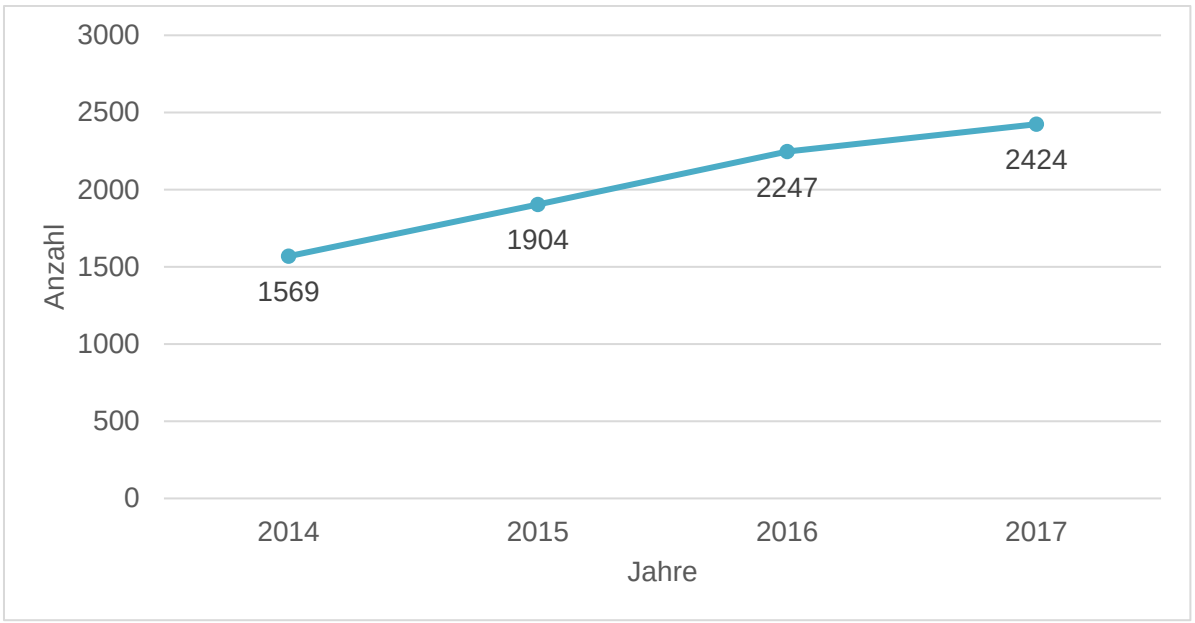

Abbildung 25: Anzahl der durch zehn SAPV-Teams betreuten Patienten über die Jahre 2014 bis 2017 (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe Okt. 2018)

Das durchschnittliche Alter der versorgten Patienten betrug im Jahr 2014 72,5 Jahre, im Jahr 2017 betrug das Alter im Mittel 73,59 Jahre. In der folgenden Tabelle ist der Verlauf des Alters der Patienten über die Jahre 2014 bis 2017 dargestellt (Tabelle 8).

Tabelle 8: Durchschnittliches Alter der Patienten, die von 2014 bis 2017 Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erhalten haben (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe: Okt. 2018)

Jahr	Anzahl Patienten	Alter in Jahren (Mittelwert)	SD	Min.	Max.
2014	1.569	72,5	12,4	14,7	102,5
2015	1.904	72,4	12,5	8,4	102,2
2016	2.247	73,8	12,4	18,9	103,7
2017	2.424	73,6	12,7	20,3	100,2

Die Geschlechterverteilung der Patienten in der SAPV ist im Vergleich zur AAPV umgekehrt, in den Jahren 2014 bis 2017 war die Anzahl der männlichen SAPV-Patienten geringfügig höher (Abbildung 26).

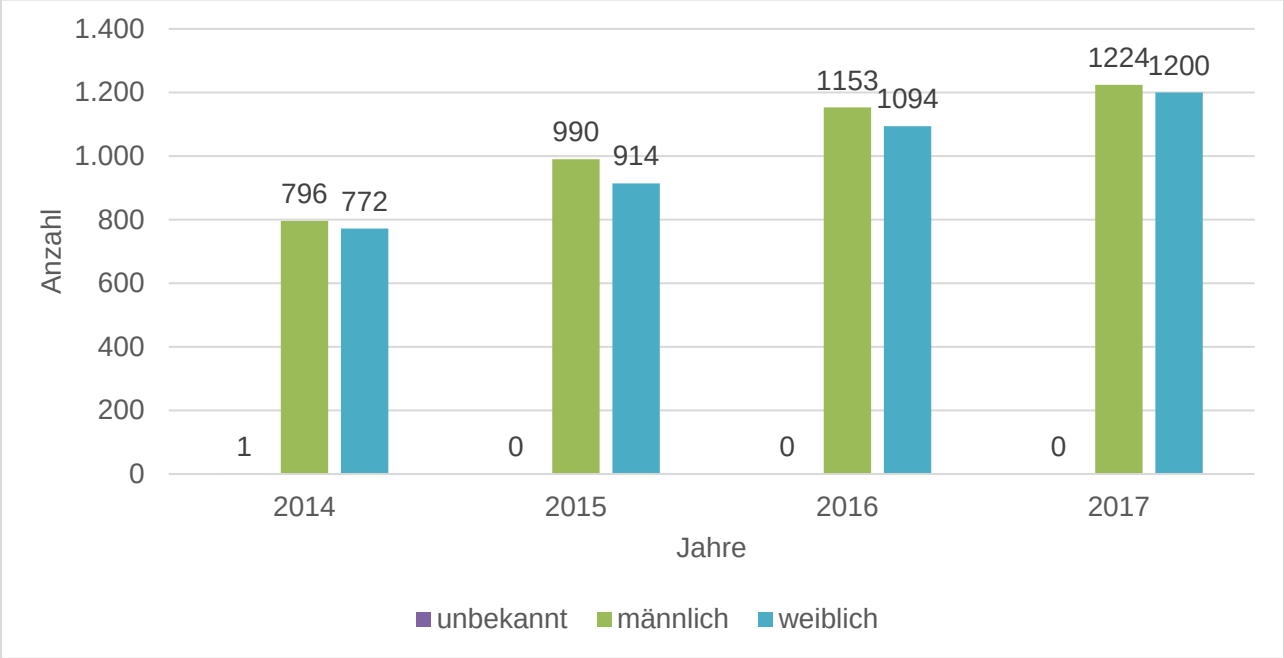

Abbildung 26: Geschlechterverteilung der SAPV-Patienten in den Jahren 2014 bis 2017 in Mecklenburg-Vorpommern (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe: Okt. 2018)

SAPV-Teams rechnen nach pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten sowie nach dem Ort ab, an dem die Leistung erbracht wurde (z. B. *pflegerischer Hausbesuch im privaten Haushalt* oder *ärztlicher Hausbesuch in vollstationärer Pflegeeinrichtung)*.

Es gibt eine Reihe von Leistungen, die im Rahmen einer Betreuung durch ein SAPV-Team abgerechnet werden können:

- Das *Eingangsassessment* beinhaltet unter anderem eine palliativmedizinische und psychosoziale Anamnese und die Erstellung eines Therapiekonzeptes sowie die Bewertung der häuslichen und familiären Gegebenheiten. Ziel ist die Sicherstellung einer palliativmedizinischen ambulanten Versorgung. Wird bei diesem Erstbesuch festgestellt, dass es sich um keine palliative Situation handelt, so organisiert das SAPV-Team den Rücktransfer in die Regelversorgung (z. B. Kontaktaufnahme zum Hausarzt) [42].
- Die *Tagespauschale* beinhaltet alle durch das SAPV-Team erbrachten koordinierenden, beratenden und organisatorischen Leistungen [42].
- Die Ziffer *Pflegerische Hausbesuche* beinhaltet einzelne Leistungen, die nach § 5 Abs. 3 SAPV-Richtlinie des G-BA bei Bedarf erbracht werden. Hierzu gehört beispielsweise die Überprüfung des Therapiekonzeptes und die Beratung von Patienten und deren Angehörigen zur palliativen Versorgung sowie die psychosoziale Betreuung [42].
- Die Ziffer *Ärztlicher Hausbesuch* beinhaltet palliativmedizinische Maßnahmen, die aufgrund ihrer Komplexität nur von einem Arzt mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* abgerechnet werden können. Hierzu gehören beispielsweise Portpunktionen, Anlage eines Venenkatheters, Infusionen und Pleurapunktionen [42].
- Die Ziffer *Aktiveinsatz Rufbereitschaft* beinhaltet, dass das SAPV-Team für eine Krisenintervention zwischen 20.00 und 6.00 Uhr zu einem Patienten gerufen wurde (*Unzeitenzuschlag*) [42].
- Die Ziffer *Vollständige Versorgung SAPV-Team* beinhaltet eine Vollversorgung des Patienten durch das SAPV-Team, es findet keine gleichzeitige medizinische Behandlungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst statt. Die Vollversorgung erfolgt durch pflegerische und ärztliche Mitglieder des SAPV-Teams. Zu dieser Leistung gehört unter anderem die Symptomkontrolle und psychosoziale Stabilisierung sowie eine 24 Std. Rufbereitschaft [42].
- Für die Zuschläge der *Wegaufwendungen* gibt es eine Staffelung von 31. bis 50. km und ab 51 km. Dabei ist zu beachten, dass als Abfahrtsort zum Patienten grundsätzlich der Sitz des SAPV-Teams gilt. [42].

Im Jahr 2014 wurde das *Eingangsassessment* von den SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern bei 1.481 Patienten abgerechnet. Die Anzahl hat in den darauffolgenden Jahren kontinuierlich zugenommen, im Jahr 2017 waren es 2.159 Patienten.

Die Anzahl der Leistung *Zuschlags ärztlicher Hausbesuch 31. - 50. Km* nimmt im Verlauf der Jahre kontinuierlich zu, im Jahr 2014 waren es 251 Patienten bei denen diese Leistung abgerechnet wurde, im Jahr 2017 458 Patienten. Der *Zuschlag pflegerische Hausbesuche 31. - 50. Km* wurde im Jahr 2014 bei 236 Patienten abgerechnet, auch hier nimmt die Anzahl kontinuierlich zu, ebenso der *Zuschlag pflegerische Hausbesuche ab 51. Km* (2014: n=118;

2017: n=259). Die Pauschale für den ärztlichen Hausbesuch wurde für die Entfernung über 51 km im Untersuchungszeitraum nicht abgerechnet (Abbildung 9).

Tabelle 9: Anzahl an Patienten, die die aufgeführten Leistungen der SAPV mindestens einmal erhalten haben (2014 bis 2017) (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe: Oktober 2018)

Leistung	**Anzahl der Patienten**			
Jahre	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Eingangsassessment	1481	1759	2034	2159
Tagespauschale	1394	1693	1996	2170
Pflegerische Hausbesuche	1280	1574	1896	2090
Ärztliche Hausbesuche	1357	1646	1940	2115
Ärztlicher Hausbesuch im Hospiz	255	293	334	351
Aktiveinsätze Rufbereitschaft	450	347	432	427
Vollständige Versorgung SAPV-Team	7	6	2	2
Zuschlag Wegeaufwendungen ab 31. Km	382	566	679	724
Zuschlag pflegerischer Hausbesuch 31. – 50 Km	236	276	342	378
Zuschlag ärztlicher Hausbesuche 31. – 50 Km	251	375	417	458
Zuschlag pflegerischer Hausbesucht ab 51. Km	118	178	247	259
Zuschlag ärztlicher Hausbesuch ab 51. Km	-	-	-	-
Kennzeichnung des Todestages	-	-	1045	1641

Die Analyse der Abrechnungsziffern zum Ort der Leistungserbringung konnte nur für die Jahre 2015 bis 2017 durchgeführt werden, da diese erst seit 2015 erfasst werden. Im Jahr 2015 wurde bei 1.333 Personen mindestens eine Leistung der SAPV im *privaten Haushalt* durchgeführt. Im Jahr 2017 betrug diese Anzahl 1.831. An zweiter Stelle steht die ärztliche Leistungserbringung in Hospizen, die Anzahl der Patienten steigt hier von 324 in 2015 bis 357 im Jahr 2017. In *vollstationären Pflegeeinrichtungen* wurden im Jahr 2015 insgesamt 229 Patienten durch ein SAPV-Team betreut, diese Anzahl stieg im Jahr 2017 auf 347 an (Tabelle 10). Patienten können Leistungen an mehreren Versorgungsorten erhalten und deswegen mehrfach gezählt werden.

Die meisten Patienten, die eine Betreuung durch ein SAPV-Team erhalten, werden in der eigenen Häuslichkeit versorgt, die Anzahl der Patienten nimmt hier zwischen 2015 und 2017 um etwa 27 % zu. Die Leistungen in stationären Pflegeheimen nehmen im gleichen Zeitraum um etwa 34 % zu.

Tabelle 10: Übersicht der Leistungserbringung nach Versorgungsort (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Datenübergabe: Oktober 2018)

Abgerechnete Örtlichkeit der SAPV	2015	2016	2017
Privater Haushalt	1333	1623	1831
Hospiz	324	341	357
vollstationäre Pflegeeinrichtung	229	359	347
Sonstiger Ort	141	158	331
Teilstationäre Pflegeeinrichtung	46	48	10
Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe	1	-	-
Einrichtung der Eingliederungshilfe	-	2	1

Auf der Basis der Postleitzahl des Wohnortes der betreuten Patienten wurde eine bevölkerungsbezogene regionale Analyse mit dem Ziel durchgeführt, eventuell bestehende regionale Lücken in der Betreuung von Patienten mit SAPV zu identifizieren. Für die regionale Analyse wurde das *Eingangsassessment* durch die SAPV-Teams ausgewertet, welches ein Indikator für den Start der SAPV ist. Die Abrechnungsdaten wurden in Bezug zur Bevölkerung gesetzt und altersstandardisiert, damit ein Vergleich der Regionen nicht durch Unterschiede in der Bevölkerungsdichte und Altersverteilung beeinflusst wird. Daten zur Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern wurden aus dem zentralen Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern abgerufen (Stand 10.01.2018) [36].

Die Ergebnisse der regionalen Analyse wurden kartografisch mit Hilfe des Geografischen Informationssystems ArcGIS™ dargestellt. Insgesamt zeigen sich große Unterschiede zwischen den Postleitleitzahlregionen in Bezug auf die Anzahl der Patienten.

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald (in den Städten Pasewalk, Anklam, Greifswald und auf der Insel Usedom), in den Regionen um die Städte Stralsund, Grimmen, Waren, Neustrelitz und Schwerin wurde das Eingangsassessment für die SAPV am häufigsten durchgeführt (Abbildung 27).

Eine geringe Anzahl an durchgeführten Eingangsassessments gibt es auf der gesamten Insel Rügen, in den Regionen rund um Ludwigslust, verteilt um die Stadt Güstrow sowie zwischen Bad Doberan und Grevesmühlen. Da die Daten eines der SAPV-Teams nicht verfügbar waren und die Region dieses SAPV-Teams nicht genau bekannt ist, könnte in einer Region eine Unterschätzung der Anzahl der Leistungen vorliegen. In der Region um Neubrandenburg wurde ebenfalls das Eingangsassessment nur selten abgerechnet, hier ist jedoch bekannt, dass die Abrechnungsdaten des SAPV-Teams in Neubrandenburg nicht bei der KV-MV vorliegen. Aus diesem Grund ist dieser Bereich in der Abbildung 27 schraffiert dargestellt.

Die Häufigkeit der Anzahl der durchgeführten *Eingangsassessments* kann mit der Anzahl der SAPV-Teams in den jeweiligen Landkreisen in Zusammenhang gesetzt werden (Abbildung 27). In den Landkreisen Ludwigslust-Parchim und Rostock beträgt die Anzahl der abgerechneten Leistungen der SAPV 0-3 pro 1.000 Einwohner. In diesen Landkreisen liegt

die Anzahl der SAPV-Teams im Bezug zur Bevölkerung deutlich unterhalb der Empfehlung der DGP. In den Landkreisen Vorpommern-Greifswald und in Teilen der Mecklenburgischen-Seenplatte ist die Anzahl der abgerechneten *Eingangsassessments* höher als in anderen Regionen, hier entspricht die Anzahl der SAPV-Teams pro 100.000 Einwohner in etwa der Empfehlung der DGP (vgl. Kapitel 3.1.3).

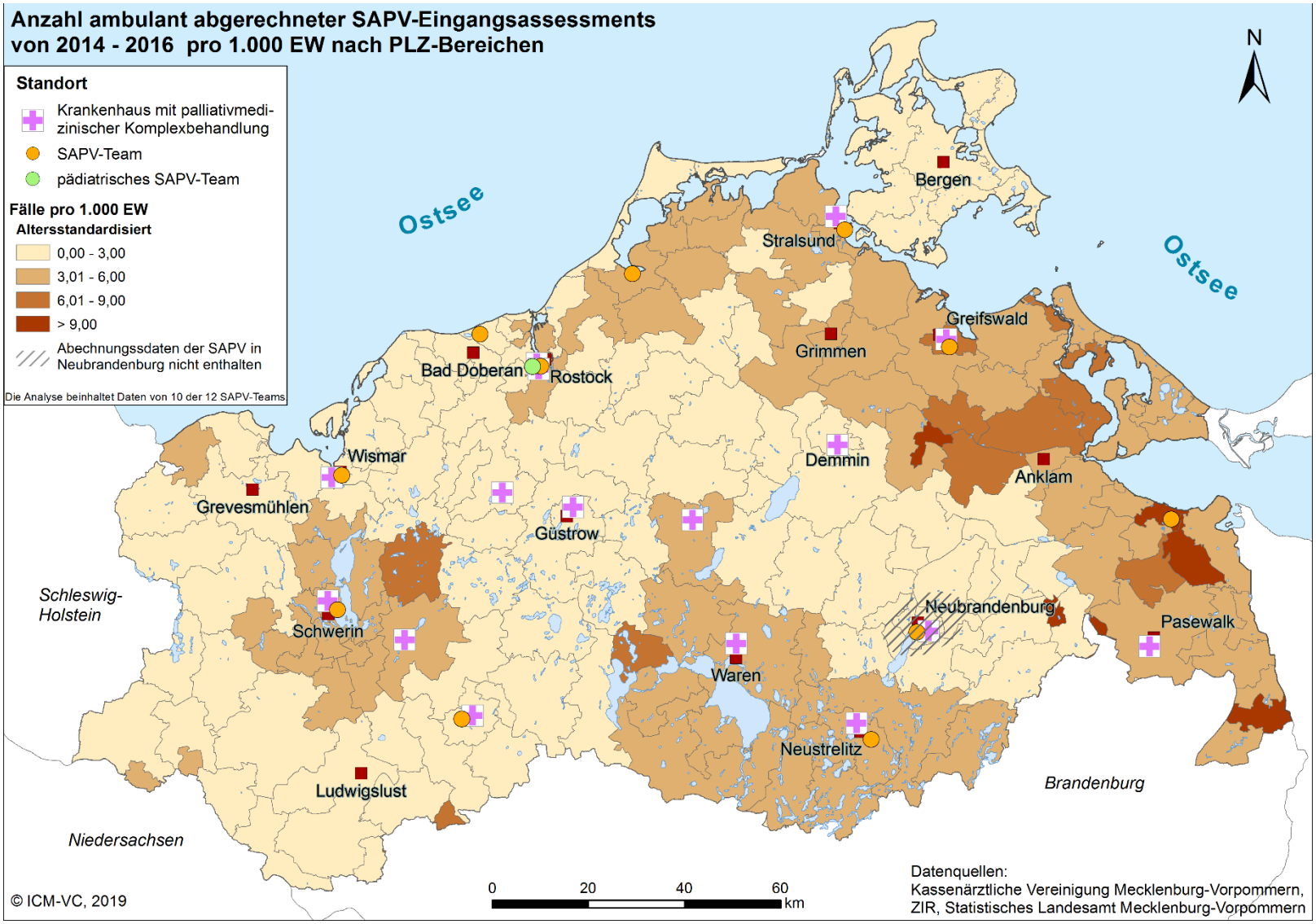

Abbildung 27: Anzahl der abgerechneten Eingangsassessments der SAPV-Teams auf Postleitzahlenebene in Mecklenburg-Vorpommern (altersstandardisiert)

8.3 Ehrenamtliche Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Bei ambulanten Hospizdiensten handelt es sich um ehrenamtliche Leistungen, die erbrachten Leistungen werden an keiner zentralen Stelle dokumentiert. Um diese trotzdem ermitteln zu können, wurden die ambulanten Hospizdienste schriftlich befragt (siehe auch das Kapitel 4.2). Dabei wurden zum einen die Anzahl der begleiteten Personen und zum anderen die Betreuungsorte wie z. B. *zu Hause* oder *in einer Pflegeeinrichtung* für das Jahr 2017 abgefragt.

Die ambulanten Hospizdienste, die sich an der Befragung beteiligten (n=15; 65,2 % von 23), betreuten im Jahr 2017 im Durchschnitt 60,3 Personen (Min.=13; Max.=291). In den meisten Fällen wurde die Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt, das waren im Durchschnitt 26,7 Patienten pro ambulantem Hospizdienst (MW=26,7). Einige wenige Besuche fanden in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung statt (MW=1,1) (Tabelle 11). Ob diese Zahlen dem Versorgungsbedarf entsprechen, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilen.

Tabelle 11: Übersicht der Örtlichkeiten und Anzahl der Palliativpatienten durch ambulante Hospizdienste im Jahr 2017 (MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min.=Minimum, Max.=Maximum; Datenquelle: Eigene Befragung)

Besuche durch ambulante Hospizdienste (2017)	Anzahl (MW)	SD	Min.	Max.
Hausbesuche	26,7	28,2	3	122
Besuche in Pflegeeinrichtungen	21,6	20,1	0	70
Besuche im Hospiz	13,3	27,3	0	96
Besuche im Krankenhaus	10,4	17,2	0	62
Besuche in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	1,1	3,2	0	12

Die zwei Teilnehmer der Trauerarbeit meldeten, dass sie im Jahr 2017 24 und 80 Personen begleitet haben. Die durchschnittliche Gruppengröße wurde mit 8 und 12 Personen benannt.

8.4 Stationäre Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Ziel dieser Analyse war die Ermittlung der regionalen bevölkerungsbezogenen Inanspruchnahme von stationären palliativmedizinischen Leistungen und die Identifizierung möglicher regionaler Unterschiede.

Daten zur Inanspruchnahme der stationären Leistungen (InEK-Daten für die Jahrgänge 2011 bis 2016) wurden durch das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung gestellt. Daten zur Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern wurden aus dem zentralen Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern abgerufen (Stand 10.01.2018) [36]. Die kartografische Darstellung der Ergebnisse der Analysen erfolgte mit dem Geografischen Informationssystem ArcGIS™.

Bei dem InEK-Datensatz handelt es sich um Abrechnungsdaten von stationären Leistungen der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern. Die Krankenhäuser sind verpflichtet diese an die InEK GmbH zu übermitteln (Datenlieferung nach § 21 KHEntgG). Diese Daten werden den Gesundheitsabteilungen der jeweiligen Landesministerien zur Verfügung gestellt. Im Onlinekatalog des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden palliativ relevante OPS identifiziert und beim Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit beantragt [43]. Auf der Basis dieser Daten wurde die Anzahl der palliativen stationären Behandlungsfälle in Mecklenburg-Vorpommern sowie die Verteilung der Diagnosen der Patienten ermittelt. Für eine regionale Analyse der Inanspruchnahme der stationär abgerechneten palliativspezifischen OPS wurden die Leistungen den Postleitzahlenbereichen der Wohnorte der Patienten zugeordnet, in Bezug zur Wohnbevölkerung gesetzt sowie eine Altersstandardisierung vorgenommen.

8.4.1 Analyse der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Die Häufigkeit palliativer stationärer Abrechnungen wurde anhand palliativspezifischer OPS für die Jahre 2011 bis 2016 analysiert. In Mecklenburg-Vorpommern wurden folgende stationäre OPS in diesem Zeitraum abgerechnet:

- OPS 1-773 *Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment*
- OPS 1-774 *Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)*
- OPS 8-982 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung*
- OPS 8-98e *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung*

Der OPS-Code *1-773 Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment* darf nur einmal pro stationärem Aufenthalt und nicht gemeinsam mit den OPS-Codes 1-774, 8-982 und 8-98e abgerechnet werden. Er beinhaltet die standardisierte Untersuchung von mindestens drei Aspekten der Palliativversorgung z. B. Schmerzanamnese, Lebensqualität, Symptomintensität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, psychische Belastung und die Alltagskompetenz [43].

Bei der OPS *1-774 Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment* handelt es sich um einen Abrechnungscode, welcher nur einmal pro stationärem Aufenthalt und nicht im Zusammenhang mit den OPS-Codes 8-982 und 8-98e abgerechnet werden kann. Er beinhaltet die Durchführung eines standardisierten Messverfahrens von mindestens fünf Bereichen der Palliativversorgung [43].

Die OPS *8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung* beinhaltet eine ganzheitliche Behandlung auf einer Normalstation unter der Leitung eines Facharztes mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* „zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurativen Ansatz und ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung“ [43]. Die Pflege sollte durch in diesem Bereich geschultes Personal durchgeführt werden. Der OPS-Code beinhaltet außerdem den Einbezug von mindestens drei der Therapiebereiche wie z. B. Psychologie, Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Physiotherapie und Ergotherapie Die zeitgleiche Abrechnung des OPS-Codes 8-98e ist ausgeschlossen [43].

Der OPS-Code *8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* schließt die Abrechnung des OPS-Codes 8-982 aus. Die OPS 8-98e beinhaltet eine „kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten“ [43]. Die medizinische Behandlung setzt einen Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* und mindestens 6-monatiger Behandlungserfahrung von Palliativpatienten voraus. Ebenfalls sollte die pflegerische Leitung eine anerkannte Weiterbildung in *Palliative Care* vorweisen können. Eine ärztliche Anwesenheit von mindestens sieben Stunden am Tag (Montag-Freitag) ist erforderlich [43].

Abbildung 28 zeigt die Anzahl der Abrechnungsfälle der OPS-Codes für die Jahre 2011 bis 2016. Die Anzahl der Abrechnungsfälle entspricht nicht der Anzahl der Patienten, da für einen Patienten mehrfach Leistungen abgerechnet werden können. Die nachfolgenden Analysen beziehen sich immer auf die Leistungen (Abrechnungsfälle). Da keine Patienten-ID im Datensatz vorhanden war, konnten die Leistungen für einzelne Patienten nicht berechnet werden.

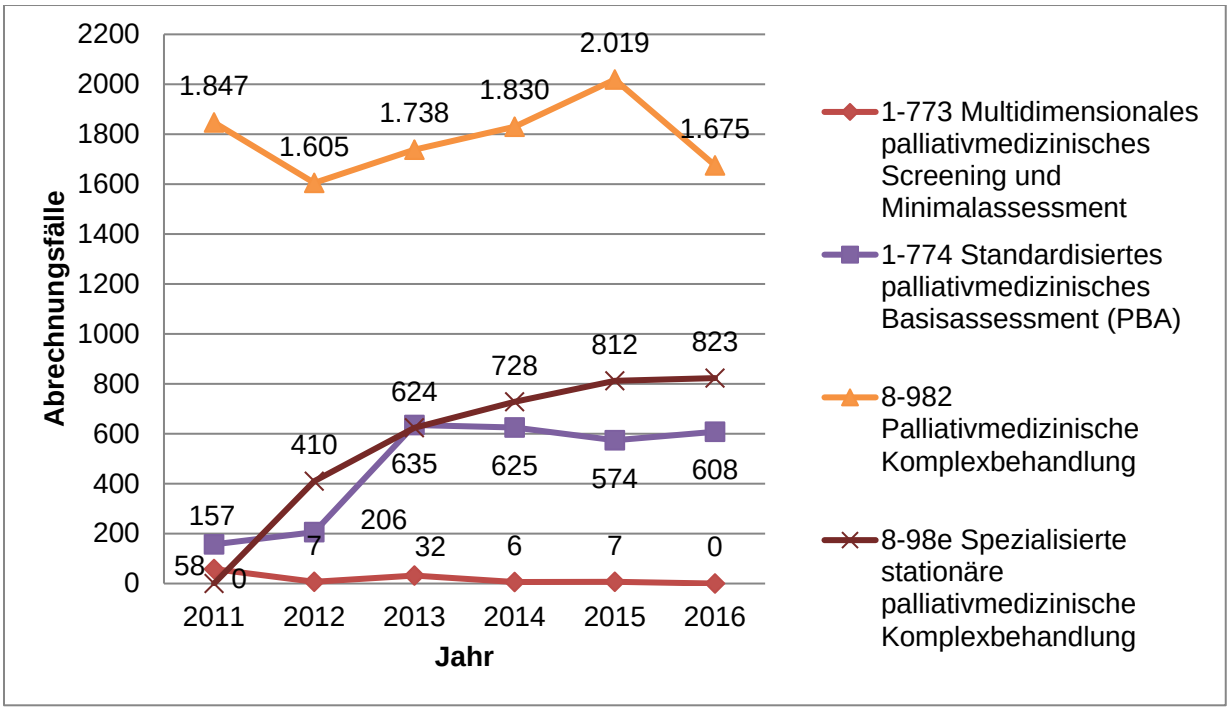

Abbildung 28: Übersicht der Anzahl der abgerechneten OPS in M-V in den Jahren 2011-2016 (Datenquelle: InEK, Datenübergabe: September 2017)

Die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-892) ist über die Jahre 2011-2016 die am häufigsten abgerechnete palliativmedizinische OPS in Mecklenburg-Vorpommern.

Die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-98e) wurde erst im Jahr 2012 eingeführt und verzeichnet seitdem eine stetige Zunahme (Abbildung 28) [43].

Die Abrechnungshäufigkeit des *Standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments* (OPS 1-774) verbleibt seit dem Jahr 2013 mit etwa 600 abgerechneten Leistungen pro Jahr auf dem gleichen Niveau.

Die OPS *1-773 Multidimensionales palliativmedizinisches Screening* wurde nur selten abgerechnet.

In einer weiteren Analyse wurde das durchschnittliche Alter der Abrechnungsfälle der OPS 8-982 und OPS 8-98e für die jeweiligen Jahre ermittelt. Das durchschnittliche Alter nimmt im Verlauf der Jahre 2011 bis 2016 für beide OPS zu (Tabelle 12). Die Altersverteilung der Abrechnungsfälle, die die OPS 8-982 (*Palliativmedizinische Komplexbehandlung)* erhielten, ist ähnlich der bei den Abrechnungsfällen, die auf einer Palliativstation erbracht wurden (OPS 8-98e – *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung*). Der Altersrange der Abrechnungsfälle für diese beiden OPS ist sehr breit, es gab für beide Stationstypen sowohl sehr junge als auch sehr alte Abrechnungsfälle.

Tabelle 12: Altersverteilung der palliativspezifischen Abrechnungsfällen zwischen 2011 und 2016 (Datenquelle: InEK, Datenübergabe: September 2017)

Alter der Patienten mit Abrechnungsfällen der OPS 8-982 (P*alliativmedizinische Komplexbehandlung*) von 2011 bis 2016

Jahr	Anzahl	Alter in Jahren (Mittelwert)	SD	Min.	Max.
2011	1.847	68,67	12,88	1	99
2012	1.605	70,19	11,76	22	99
2013	1.738	70,60	11,67	23	102
2014	1.830	71,13	11,87	24	98
2015	2.019	71,48	12,07	19	101
2016	1.675	71,32	12,27	15	99

Durchschnittliches Alter der Patienten für die Abrechnungsfälle von 2011 bis 2016 der OPS 8-98e (*Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung*)

Jahr	Anzahl	Alter in Jahren (Mittelwert)	SD	Min.	Max.
2011	-	-	-	-	-
2012	410	68,07	12,07	26	98
2013	624	69,34	12,32	21	100
2014	728	69,77	12,65	30	103
2015	812	70,09	12,56	25	98
2016	823	71,40	12,87	21	100

Die InEK-Daten wurden auf der Ebene der Postleitzahlenbereiche zur Verfügung gestellt. Mit Hilfe des Geografischen Informationssystems ArcGIS™ wurden die Einwohnerzahlen (verfügbar auf Gemeindeebene) den Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern zugeordnet. Auf diese Weise konnte für die abgerechneten Palliativleistungen ein Bevölkerungsbezug hergestellt werden.

Für den Bevölkerungsbezug wurden Daten des Zentralen Informationsregisters Mecklenburg-Vorpommern genutzt (Datenabfrage am 10.01.2018). Für die Analyse der Inanspruchnahme zur Versorgung wurden die Bevölkerungsdaten der Postleitzahlenbereiche auf der Basis der amtlichen Bevölkerungszusammenstellung in Mecklenburg-Vorpommern altersstandardisiert (Stand 31.12.2016). Ziel der Altersstandardisierung ist, dass die Inanspruchnahme der Leistungen unabhängig von der Altersstruktur in den Regionen dargestellt wird, damit die Inanspruchnahme der Versorgung zwischen den einzelnen Regionen unabhängig von Unterschieden in der Altersstruktur verglichen werden kann. Die Ergebnisse der Analysen wurden kartografisch dargestellt.

Auf den folgenden Karten sind die Standorte der Krankenhäuser abgebildet, die laut des Internetauftrittes der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LAG) mindestens die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-892) durchführen [32]. Zusätzlich wurden die Standorte der Krankenhäuser, die keine

palliativmedizinische Versorgung anbieten und die Standorte der SAPV-Teams auf den Karten abgebildet.

Abbildung 29 zeigt die summierte Anzahl der *Palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (OPS 8-982) für die Jahre 2014 bis 2016. Die Inanspruchnahme dieser Leistung ist regional sehr unterschiedlich. In den Regionen Rügen und um Stralsund, Grimmen, Demmin, Anklam, Neubrandenburg, Boizenburg und Grevesmühlen wurden weniger Fälle mit der OPS 8-982 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung abgerechnet* (<2 pro 1.000 Einwohne) im Vergleich zu der Region um Pasewalk (>6 pro 1.000 Einwohner). Ein Grund dafür könnte sein, dass es in diesen Regionen Krankenhäuser mit einer eigenständigen Palliativstation gibt, welche die Voraussetzungen für die Abrechnung der *Spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (OPS 8-98e) erfüllen (Abbildung 29).

Abbildung 30 zeigt die regionale Verteilung der OPS 8-98e *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* summiert für die Jahre 2014 bis 2016. Die OPS 8-98e darf nur von Krankenhäusern abgerechnet werden, wenn diese eine eigenständige Palliativstation mit palliativmedizinisch qualifizierten Personal und mit mindestens fünf Betten vorweisen können [43]. In den Bereichen bei Greifswald, Wolgast, Anklam, Grimmen und Bützow befinden sich wohnortnah Krankenhäuser mit einer eigenständigen Palliativstation. Hier werden diese OPS häufiger abgerechnet (>3 pro 1.000 Einwohner).

Im Gegensatz dazu ist in den Regionen Pasewalk, Ribnitz-Damgarten, Waren, Grevesmühlen, Schwerin, Crivitz, Parchim, Ludwigslust und Boizenburg die Anzahl der Abrechnungen der OPS 8-98e geringer (1 oder weniger Fälle pro 1.000 Einwohner). In diesen Regionen wird die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* seltener in Anspruch genommen, was mit der Verfügbarkeit einer eigenständigen stationären Palliativeinheit im Zusammenhang stehen könnte (Abbildung 30).

Die Inanspruchnahme von stationären palliativmedizinischen Leistungen ist, wenn die palliativmedizinische und die Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung zusammen betrachtet werden, regional gleichmäßig verteilt. Ausnahmen bilden die Regionen bei Boizenburg und bei Ludwigslust, in denen weniger Fälle abgerechnet wurden. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass Patienten in diesen Regionen ihre palliativmedizinische Behandlung ganz oder teilweise außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern erhalten haben.

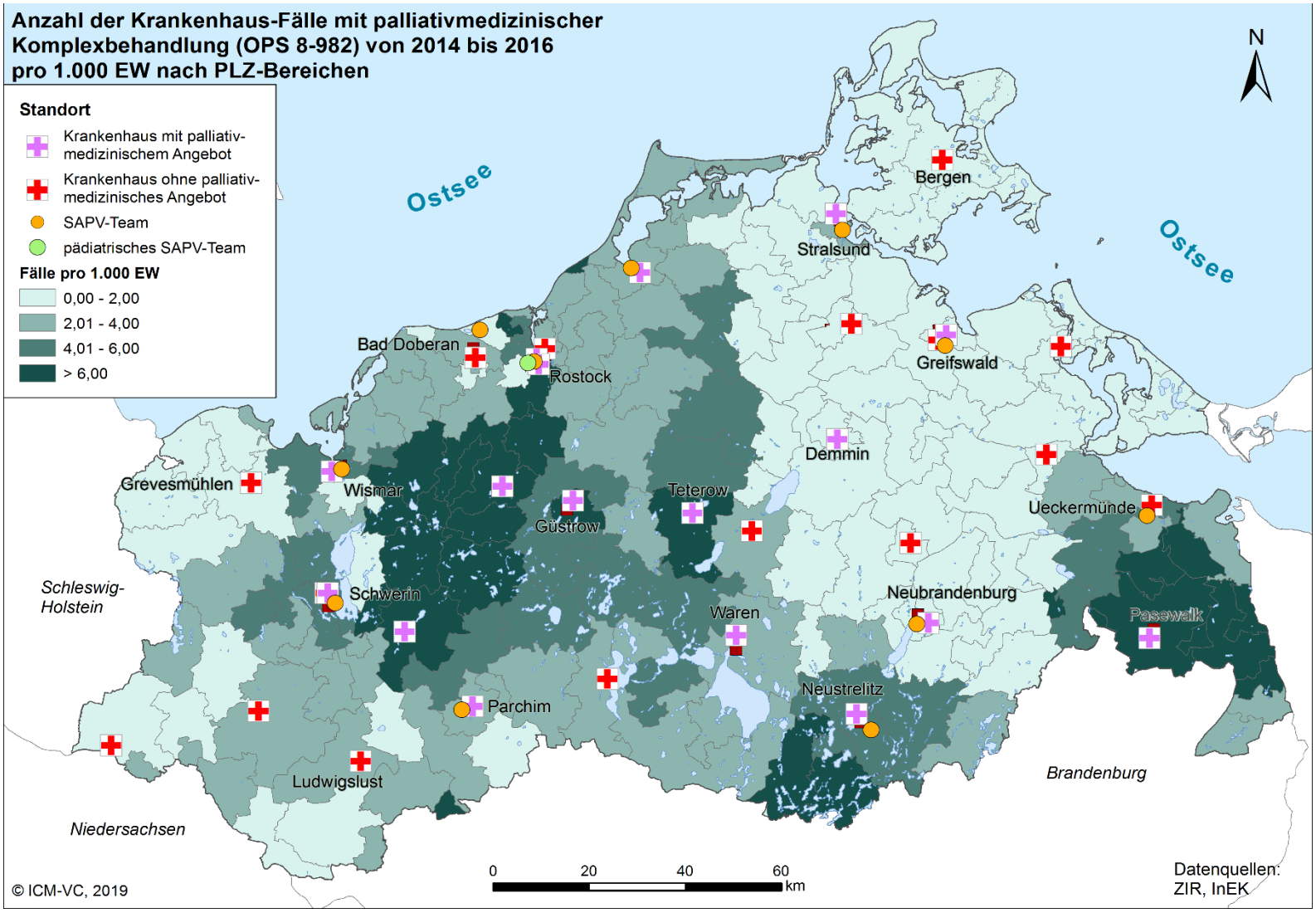

Abbildung 29: Anzahl der Fälle mit *Palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-982) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern

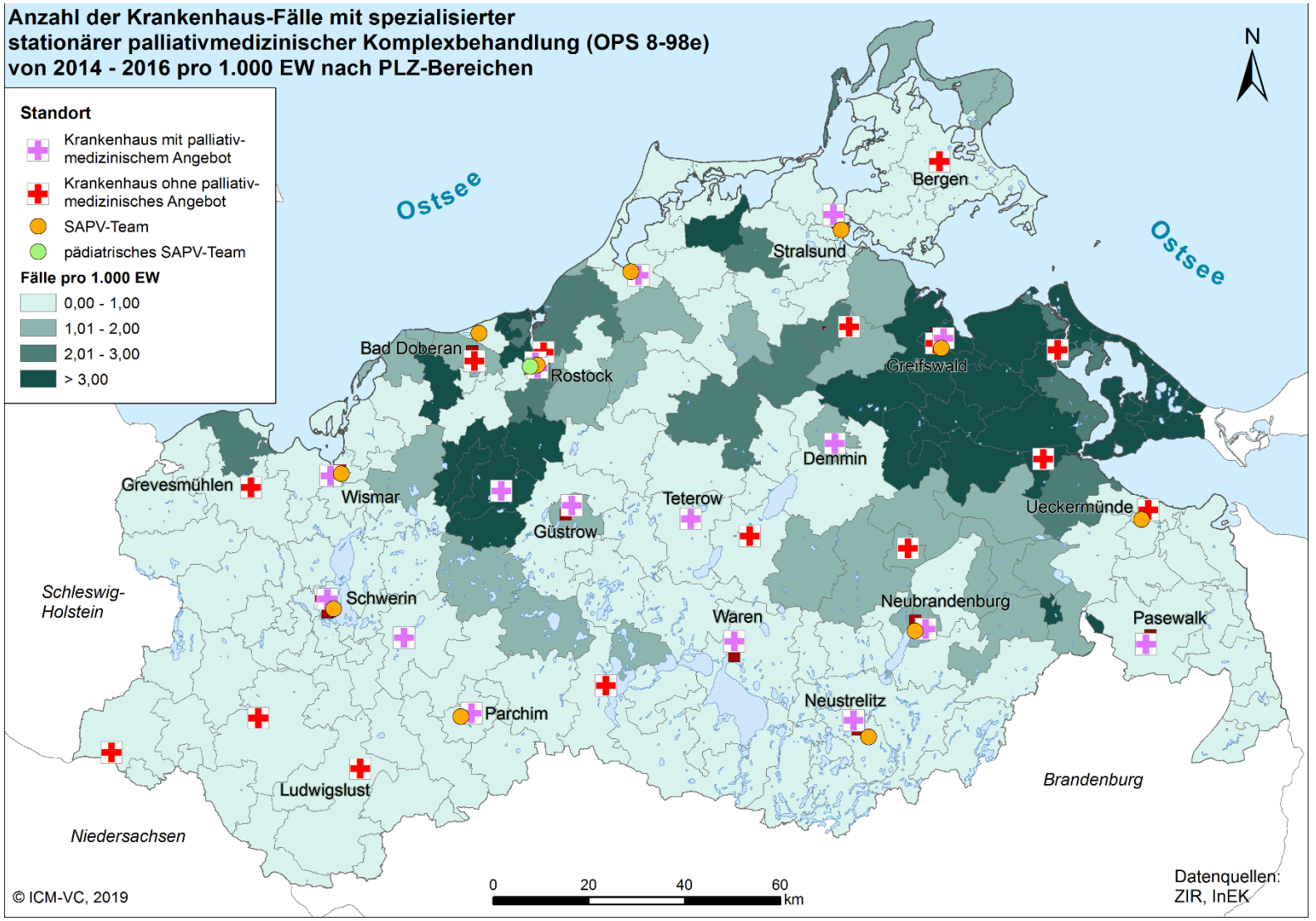

Abbildung 30: Anzahl der Fälle mit *Spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-98e) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 31 zeigt die bevölkerungsbezogene Abrechnungshäufigkeit der OPS 8-*982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung* und Abbildung 32 die OPS 8-98e *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* aggregiert für die Jahre 2014 bis 2016. Bei diesen Abbildungen wurde eine Altersstandardisierung vorgenommen, d.h. die Inanspruchnahme kann unabhängig von regionalen Unterschieden im Altersaufbau der Bevölkerung verglichen werden.

In der Region, die von der Insel Rügen im Norden über Demmin nach Neubrandenburg im Süden des Landes reicht, ist die altersstandardisierte Inanspruchnahme der *Palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (OPS 8-982) relativ gering (3 oder weniger Fälle pro 1.000 Einwohner) (Abbildung 31). Ähnlich verhält es sich bei der altersstandardisierten Darstellung der *Spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (OPS 8-98e) in den Regionen Grevesmühlen, Schwerin, Parchim und Ludwigslust (Abbildung 32).

Die Anzahl der Fälle, für die eine *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-98e) abgerechnet wurde, ist im westlichen Teil des Landes geringer (1 Fall oder weniger pro 1.000 Einwohner) als im nordöstlichen Teil von Mecklenburg-Vorpommern (>3 Fälle pro 1.000 Einwohner). Eine Erklärung könnte sein, dass in diesem Teil des Landes ein Teil der Patienten Leistungen außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern wie z. B. in Schleswig-Holstein oder Hamburg in Anspruch nimmt (Abbildung 32).

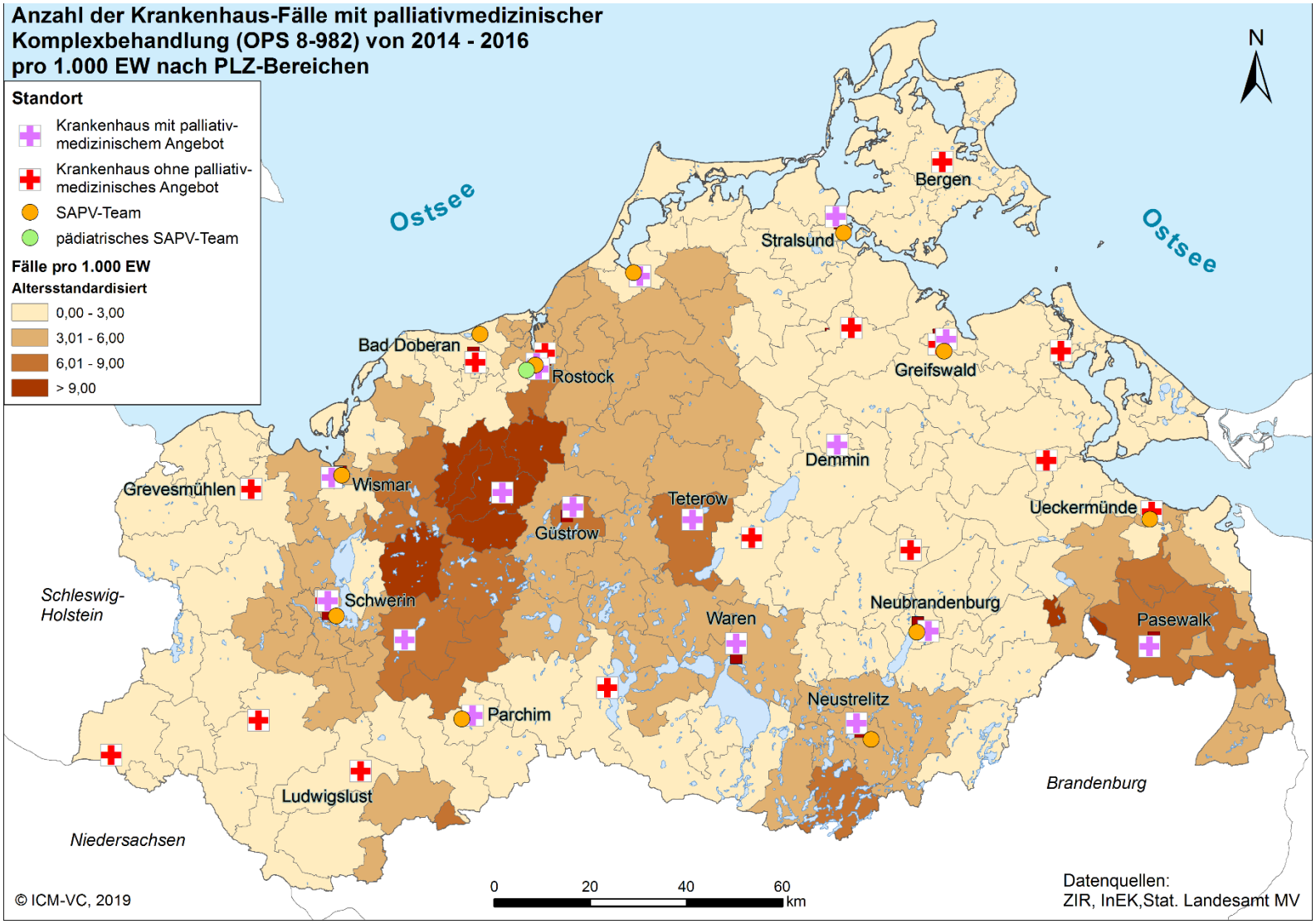

Abbildung 31: Anzahl der Fälle mit *Palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-982) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern, altersstandardisiert

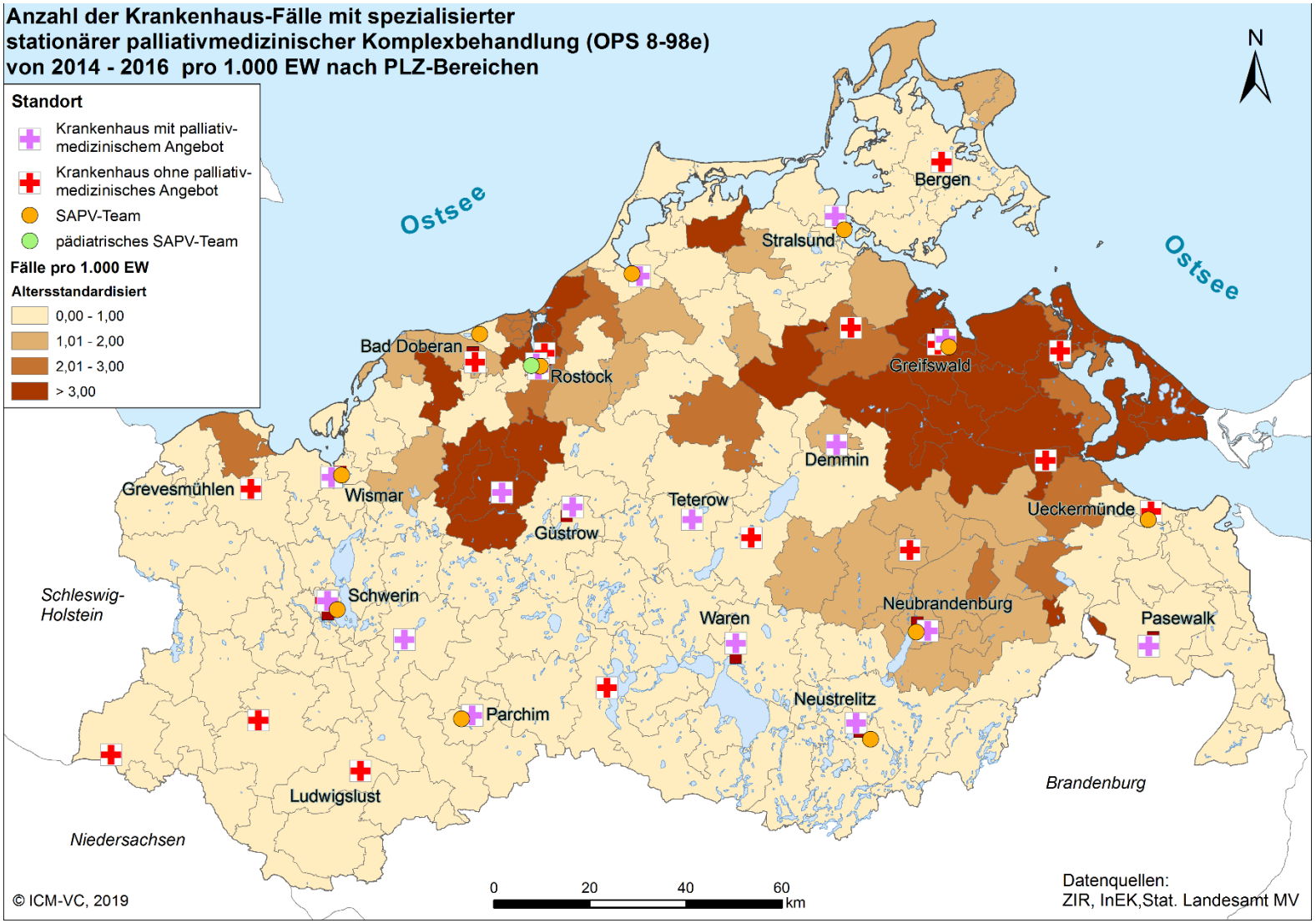

Abbildung 32: Anzahl der Fälle mit *Spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS-8-98e) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern, altersstandardisiert

8.4.2 Diagnosen der stationären Palliativpatienten

Im Jahr 2016 wurden in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 3.106 stationäre palliativmedizinische Fälle abgerechnet. Mit 12,1 % (n=376) machte die Diagnosegruppe *Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge* (ICD-10 C34) die größte Gruppe der stationären palliativmedizinischen Behandlungsfälle in Mecklenburg-Vorpommern aus. Mit 5,4 % (n=168) schließt sich die ICD-10-Kategorie *Bösartige Neubildung* des *Pankreas* (ICD-10 C25) an. Der größte Anteil einer nicht-malignen Diagnose bei Patienten, die im Jahr 2016 stationär palliativmedizinisch behandelt wurden, entfiel mit 3 % auf die Herzinsuffizienz (Abbildung 33).

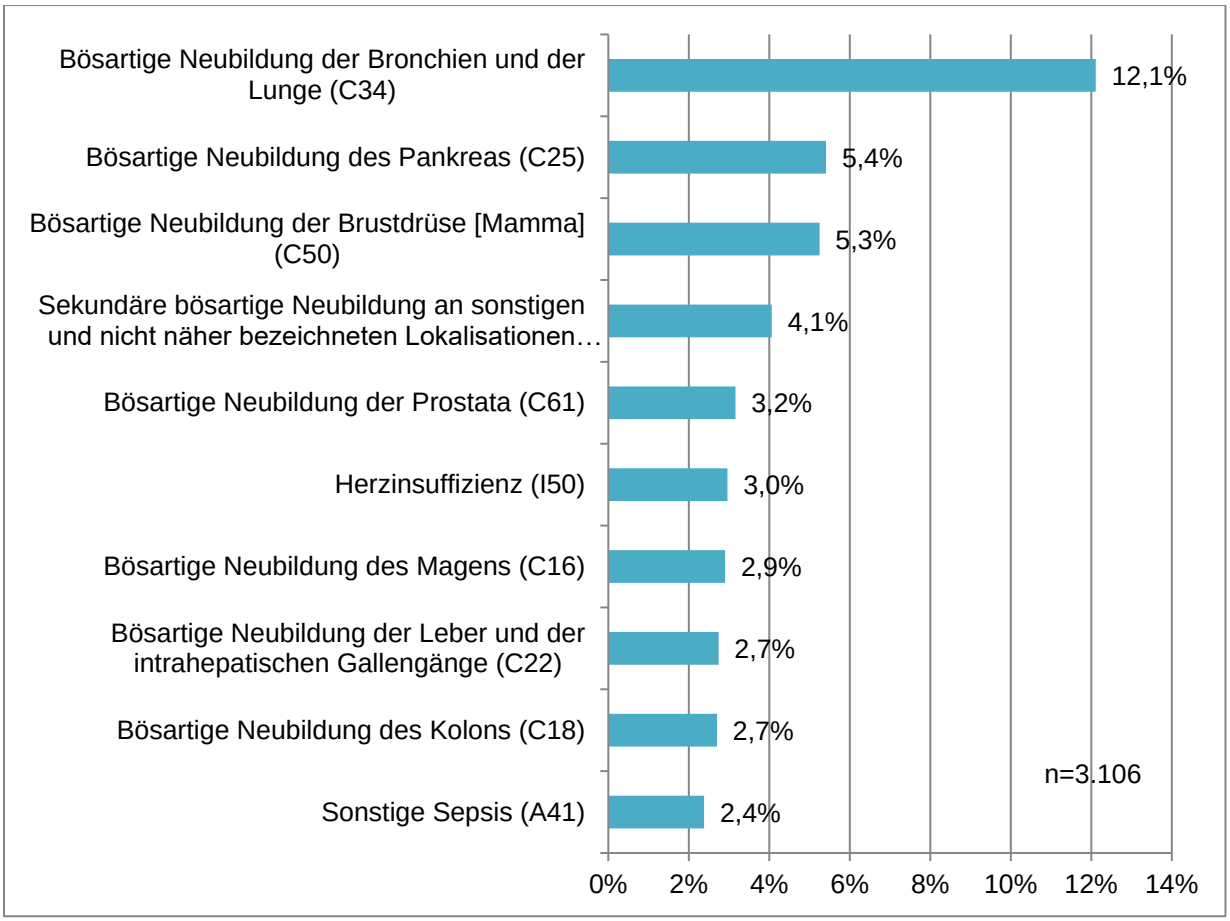

Abbildung 33: Übersicht der 10 häufigsten stationären ICD-10 Kategorien bei stationären Palliativleistungen im Jahr 2016 (Datenquelle: InEK, Datenübergabe: September 2017)

8.5 Sektorübergreifende Analyse der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Für eine Analyse der sektorübergreifenden Hospiz- und Palliativversorgung werden verbundene Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich benötigt. Die Gesetzlichen Krankenkassen verfügen über Daten beider Sektoren. Die Datenbestände können nur kassenspezifisch ausgewertet werden. Für die Analyse in diesem Bericht konnten Daten der BARMER GEK herangezogen werden, die über das Data-Warehouse der BARMER GEK zur Verfügung gestellt wurden. Das Data-Warehouse der BARMER GEK umfasst aktuell Daten von bundesweit 9,2 Mio. Versicherten (Stand August 2018) [44]. In Mecklenburg-Vorpommern sind 270.000 Personen bei der BARMER GEK versichert (Stand Januar 2017), das entspricht etwa 17 % der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Eingeschlossen in die Analyse wurden alle Versicherten der BARMER GEK, die in Mecklenburg-Vorpommern leben und während des Beobachtungszeitraumes (2015 bis 2017) durchgehend bei der BARMER GEK versichert waren. Die Identifizierung der Versicherten als Palliativpatienten erfolgte anhand von palliativspezifischen GOPs und OPS. Im Datensatz waren keine Abrechnungsdaten der SAPV enthalten. Als Indikator für Leistungen der SAPV wurden daher die GOPs zur Erst- und Folgeverordnung einer SAPV verwendet. Die Ergebnisse wurden anhand der Daten der KV-MV und des InEK validiert. Folgende Fragestellungen in Bezug auf die sektorübergreifende palliativmedizinische Versorgung wurden untersucht:

- Wie viele Patienten erhielten in den Jahren 2015 bis 2017 eine stationäre oder/und ambulante palliativmedizinische Behandlung?
- Wie lange dauert eine palliativmedizinische Versorgung im Durchschnitt?
- Welche sektorübergreifenden Behandlungsmuster können in der Palliativversorgung identifiziert werden?
- Wie häufig erhalten Patienten nach einer stationären palliativmedizinischen Versorgung eine palliativmedizinische Anschlussversorgung?

Für die Analysen wurden Versicherte eingeschlossen, die in den Jahren 2015 und 2016 erstmalig eine ambulante oder stationäre palliativmedizinische Behandlung erhalten haben. Um den Verlauf der Behandlung zu analysieren, wurde ermittelt, welche einzelnen ambulanten, stationären oder im Hospiz erbrachten Leistungen an welchem Datum abgerechnet wurden. Sind Versicherte innerhalb des Beobachtungszeitraumes verstorben, so wurde das Todesdatum anhand des Austrittsgrundes „Verstorben“ aus der Versicherung ermittelt.

In den Jahren 2015 und 2016 wurden in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 1.888 BARMER GEK-Versicherte identifiziert (davon 53,3 % Frauen), die erstmalig eine palliativmedizinische

Versorgung erhielten. Diese wurden anhand der Daten bis Ende 2017 beobachtet. Um sicherzustellen, dass eine im Beobachtungszeitraum abgerechnete palliativmedizinische Leistung tatsächlich die im Krankheitsverlauf des betreffenden Patienten erste palliativmedizinische Leistung war, wurde zusätzlich das Abrechnungsjahr 2014 berücksichtigt. D.h. für alle Patienten mit palliativmedizinischen Leistungen in 2015 wurde geprüft, ob für diese bereits im Vorjahr palliativmedizinische Leistungen abgerechnet worden waren. War dies der Fall, wurde der betreffende Patient aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Durch dieses Vorgehen wurde sichergestellt, dass in dieser Analyse der Ablauf palliativmedizinischer Leistungen eines Patienten ab der ersten Leistung betrachtet wurde.

Das durchschnittliche Alter der identifizierten Personen mit Beginn einer palliativmedizinischen Leistungsabrechnung in 2015 und 2016 war 74,0 Jahre. Am Ende des Beobachtungszeitraums (31.12.2017) waren von den 1.888 identifizierten Personen 1.357 (71,9 %) verstorben. Zwischen der ersten palliativmedizinischen Leistungsabrechnung und dem Todesdatum lagen durchschnittlich 125 Tage (Median 52 Tage).

1.417 der 1.888 Patienten (75 %) erhielten die erste palliativmedizinische Behandlung im Rahmen der AAPV. Bei 93 Patienten (4,9 %) begann das Behandlungsmuster mit der Verschreibung einer SAPV-Betreuung. 333 Patienten (17,6 %) erhielten die erste palliativmedizinische Behandlung im Krankenhaus. 45 Patienten (2,4 %) zogen in ein Hospiz ein, ohne dass vorher palliativmedizinische Leistungen abgerechnet wurden (Abbildung 34).

Um die sektorübergreifenden Behandlungsmuster der Palliativpatienten zu beschreiben, wurde ein *Sankey Diagramm* erstellt. Mit dieser Darstellung können komplexe Versorgungsabläufe visualisiert werden [45]. Das Sankey Diagramm bietet den Vorteil, komplexe Versorgungsabläufe aggregiert darstellen zu können. Diese Methode der Visualisierung macht es möglich, eine Übersicht über den gesamten Versorgungsablauf zu erhalten [46]. Zu beachten ist, dass es sich hierbei um die Visualisierung von Behandlungsmustern handelt, in der die einzelnen Patientenpfade zusammengefasst und aggregiert dargestellt werden. Die Patientenpfade sind in der Wirklichkeit meist komplexer. Mit dem Sankey Diagramm können keine zeitgleichen Verordnungen und mehrfache Wechsel zwischen den Versorgungsformen dargestellt werden. Bei zeitgleichen Verordnungen wurde die jeweils am meisten spezialisierte Versorgungsform für die Darstellung gewählt. Bei mehrfachen Wechseln wird ab der zweiten Phase nur noch die höher spezialisierte Versorgungsform dargestellt. Wenn ein Patient beispielsweise mehrfache Wechsel zwischen AAPV und SAPV hat, wurde im Sankey Diagramm ab der zweiten Phase die SAPV abgebildet.

Erste Palliativbehandlung in der AAPV

Von den 1.417 Patienten, die ihre erste Palliativbehandlung im Rahmen der AAPV erhielten, wurden 1.016 Patienten (71,7 %) während der Beobachtungszeit ausschließlich in der AAPV betreut. 220 Patienten (15,5 %) erhielten im Verlauf ihrer Behandlung auch Leistungen der SAPV, 138 (9,7 %) wurden im Krankenhaus palliativmedizinisch versorgt und 43 (3,0 %) Patienten zogen im weiteren Verlauf in ein Hospiz ein. Von den Patienten, die ausschließlich AAPV erhalten haben, waren zum Ende des Beobachtungszeitraumes noch 451 am Leben (44,4 %) (Abbildung 34).

Patienten mit Leistungen der SAPV

Insgesamt bekamen 313 Patienten eine SAPV-Verordnung, davon erhielten 93 Patienten (28,0 %) SAPV als initiale Leistung, ohne vorher Leistungen der AAPV. Von den 313 Patienten erhielten 231 Patienten (70,6 %) ausschließlich SAPV bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes. Von den Patienten, die ausschließlich SAPV erhielten (n=231), sind 206 Patienten zum Ende des Beobachtungszeitraums verstorben, die übrigen 25 Patienten waren am 31.12. 2017 noch am Leben. Von den 313 Patienten mit SAPV sind 56 Patienten (17,9 %) im weiteren Verlauf stationär in einem Krankenhaus palliativmedizinisch versorgt worden. 26 Patienten (8,3 %) wurden im Verlauf in einem Hospiz betreut (Abbildung 34).

Palliativbehandlung im Krankenhaus

Von den 527 Patienten, die im Verlauf ihrer Erkrankung im Krankenhaus palliativmedizinisch behandelt wurden, verstarben 222 Patienten (42,1 %) im Krankenhaus. Nach dem Krankenhausaufenthalt mit palliativmedizinischer Versorgung erhielten 51 Patienten (9,7 %) nach der Entlassung AAPV, 59 Patienten (11,2 %) SAPV und 85 Patienten (16,1 %) zogen in ein Hospiz (Abbildung 34).

110 Patienten (20,9 %) der 527 Patienten, die eine palliativmedizinische Versorgung im Krankenhaus erhielten, bekamen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt keine palliativmedizinische Anschlussbehandlung. Von diesen 110 Patienten verstarben 23 Patienten (20,9 %) innerhalb einer Woche nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Abbildung 34).

Betreuung im Hospiz

Insgesamt zogen 199 (10,5 %) der identifizierten Palliativpatienten in ein Hospiz ein. 43 Patienten (21,6 %) erhielten vor dem Einzug ins Hospiz AAPV, 26 Patienten (13,1 %) SAPV und 85 Patienten (42,7 %) kamen aus einem Krankenhaus mit stationärer palliativmedizinischer Eirichtung. Am 31.12.2017 waren 197 (99,0 %) der 199 Patienten verstorben (Abbildung 34).

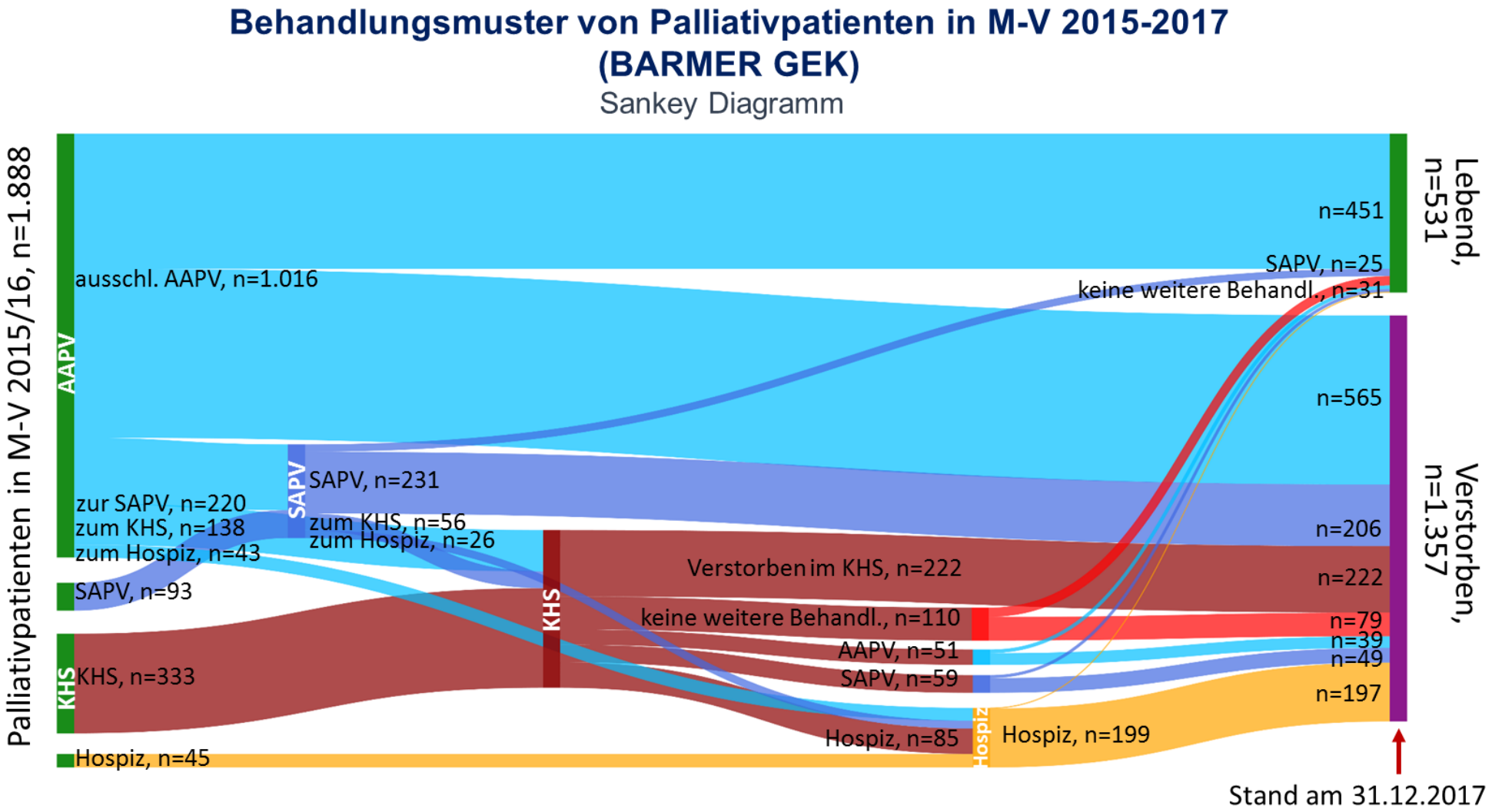

Abbildung 34: Behandlungsmuster von Palliativpatienten der BARMER GEK-Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern, die 2015 oder 2016 die erste palliativmedizinische Behandlung erhalten haben. Das Sankey-Diagramm ist von links nach rechts zu lesen. Die Horizontalachse stellt nicht die Dauer der Betreuung dar, es wird nur die Reihenfolge der verschiedenen Betreuungsstationen abgebildet (Datenquelle: BARMER Data-Warehouse, Datenübergabe: April 2018)

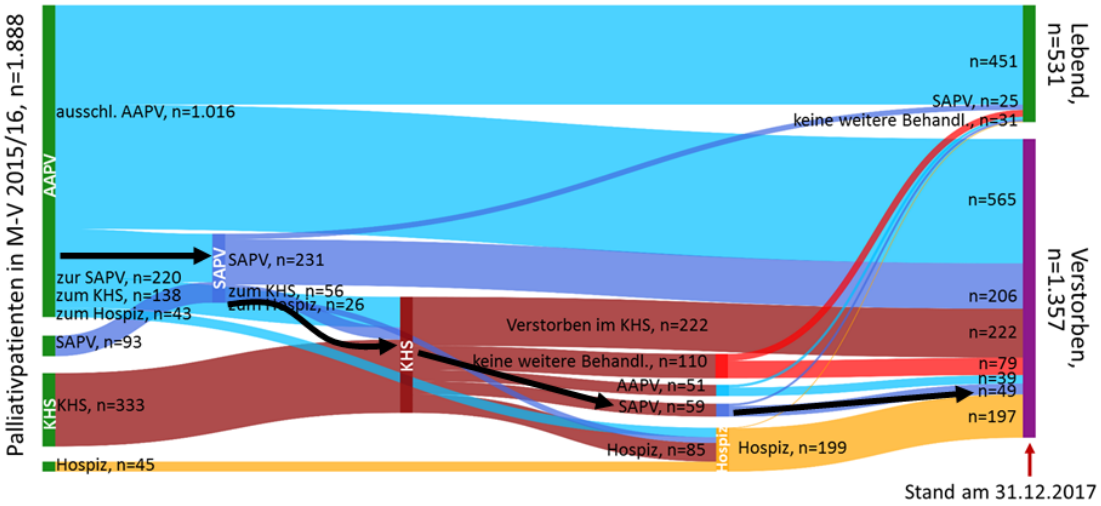

Abbildung 35: Lesehilfe zum Sankey-Diagram. Die schwarzen Pfeile zeigen einen ausgewählten Behandlungspfad (siehe Text unten)

Abbildung 35 zeigt eine Lesehilfe zum Sankey-Diagramm in Abbildung 34. Das Diagramm wird von links nach rechts gelesen, die schwarzen Pfeile symbolisieren einen möglichen Behandlungspfad eines Palliativpatienten. Im Zeitraum vom 1.1.2016 bis 31.12.2017 erhielten von den Versicherten der Barmer 1.417 Patienten die erste palliative Leistung im Rahmen der AAPV. Davon wechseln in der nächsten Stufe 220 Patienten in die SAPV. Von diesen 220 Patienten findet bei 56 Patienten eine palliativmedizinische Behandlung im Krankenhaus statt. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus bekommen davon 49 Patienten bis zum Versterben eine SAPV-Betreuung.

Wie auf Seite 88 ausgeführt, zeigt das Sankey-Diagramm für viele Patienten vereinfachte Verläufe. Tatsächlich kommen wesentlich komplexere Behandlungsverläufe vor. Im Folgenden sind zwei besonders komplexe Behandlungsverläufe exemplarisch dargestellt. Hierbei wurde jeweils angenommen, dass eine verordnete SAPV-Betreuung auch durchgeführt wurde.

Beispiel I:

Erste palliativmedizinische Behandlung (08.2015) → AAPV → stationäre palliativmedizinische Behandlung → SAPV → stationäre palliativmedizinische Behandlung → AAPV → SAPV → stationäre palliativmedizinische Behandlung → AAPV → Hospiz → AAPV → SAPV → Verstorben (05.2017)

Beispiel I zeigt einen Patienten, der nach der ersten palliativmedizinischen Behandlung im Rahmen der AAPV eine palliativmedizinische Behandlung im Krankenhaus erhalten hat. Nach

der Entlassung findet eine Anschlussbetreuung in der SAPV statt, es folgt eine weitere stationäre palliativmedizinische Behandlung. Darauf wird der Patient zunächst im Rahmen der AAPV betreut, es folgt wieder SAPV und dann wieder eine stationäre palliativmedizinische Behandlung. Im Anschluss wird eine Betreuung wieder Rahmen der AAPV durchgeführt, darauf folgt eine Aufnahme und Entlassung aus dem Hospiz mit anschließender Betreuung im Rahmen der AAPV und SAPV bis zum Versterben. Zweimal fand nach einer spezialisierten Behandlung eine nicht-spezialisierte Behandlung (AAPV) statt. In beiden Fällen musste anschließend wieder auf spezialisierte Versorgung zurückgegriffen werden.

Beispiel II:

Erste palliativmedizinische Behandlung (08.2016) → AAPV → SAPV → AAPV → SAPV → AAPV → stationäre palliativmedizinische Behandlung → AAPV → SAPV → AAPV → stationäre palliativmedizinische Behandlung → AAPV → Verstorben (04.2017)

Beispiel II zeigt einen komplexen Verlauf mit vielen Wechseln zwischen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung. Es ist zu erkennen, dass nach dem Wechsel in die AAPV eine palliativmedizinische Betreuung im Krankenhaus erfolgte. Immer, wenn die Versorgungsstufe abgesenkt wurde, schloss sich ein stationärer Aufenthalt an. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass aus der Absenkung eine Unterversorgung resultierte, in Folge derer sich die Situation des Patienten so sehr verschlechterte, dass ein stationärer Aufenthalt notwendig wurde.

Tabelle 13 zeigt die Anzahl der Wechsel zwischen den verschiedenen Versorgungsformen der Palliativversorgung für alle in dieser Analyse berücksichtigten Patienten. 71 % (n=1.340) der Patienten haben im Verlauf ihrer Palliativbetreuung nur eine Versorgungsform erhalten. Mehr als drei Wechsel gab es im Beobachtungszeitraum bei 6,6 % (n=126) Patienten. Mehr als sieben Wechsel zwischen den Versorgungsformen kamen bei 0,6 % der Patienten vor. Häufige Wechsel zwischen den Versorgungsformen können einen Hinweis auf einer unzureichenden Koordination der Versorgung sein. In der Regel ist die Anzahl der Wechsel begrenzt.

Tabelle 13: Übersicht der Häufigkeit der Wechsel zwischen den einzelnen Versorgungsformen (Datenquelle: BARMER GEK, Datenübergabe: April 2018)

Anzahl der Wechsel zwischen den Versorgungsformen	Anzahl Patienten (N)	Prozent
1	1.340	71,0
2	266	14,1
3	156	8,3
4	57	3,0
5	31	1,6
6	16	0,9
7	10	0,5
> 7	12	0,6
Gesamt	1.888	100,0

Eine wichtige Frage ist, wie und ob Palliativpatienten während der finalen Sterbephase betreut werden. Die zugrundeliegenden Daten der BARMER GEK können jedoch keine genauen Auskünfte darüber geben, da hierfür die Abrechnungsdaten der SAPV und den ambulanten Pflegediensten (außerhalb der SAPV) fehlen. Es wurde beispielhaft die Patientengruppe, die ausschließlich AAPV erhalten hat, analysiert (n=1.016). Davon waren bis zum Ende des Beobachtungszeitraums (31.12.2017) 565 Patienten verstorben. 44,1 % (n=223) dieser Patienten erhielten bis zu ihrem Versterben (weniger als 7 Tage zwischen Erhalt der letzten AAPV und dem Versterben) eine AAPV Betreuung. Bei den übrigen 55,9 % der Patienten fand mehr als 7 Tage vor dem Versterben keine Betreuung im Rahmen der AAPV statt. Es ist kein Wechsel in eine andere Versorgungsform der Palliativbetreuung ersichtlich.

8.5.1 Einschränkungen der Sektorübergreifenden Datenanalyse

Die in diesen Analysen benutzten Abrechnungsdaten (InEK-Daten, Daten der KV-MV und Daten der BARMER GEK) haben einige Limitationen. Eine allgemeine Einschränkung bei der Nutzung von Abrechnungsdaten ist, dass Abrechnungsdaten für die Abrechnung von Leistungen erhoben werden, nicht für die Darstellung der Diagnostik oder Therapie. Deswegen bilden diese Daten die Behandlungsrealität nicht vollständig und nur mit Einschränkungen ab.

In den Daten der BARMER GEK liegen keine Abrechnungsziffern von Leistungen der SAPV vor. Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass bei Abrechnung einer Verordnung für Leistungen der SAPV diese auch stattgefunden hat.

Es ist in den Daten der BARMER GEK nicht ersichtlich, ob ein Klinikarzt im Anschluss an eine stationäre Behandlung eine 7-tägige Betreuung durch ein SAPV-Team verordnet hat. Deshalb ist es möglich, dass die Anzahl der Patienten, die nach dem Krankenhausaufenthalt keine SAPV erhalten haben, in dieser Analyse überschätzt wird.

9 Identifizierte Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung

9.1 Rückgang der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

Zwischen 2014 und 2017 wurden zwei Drittel der abgerechneten Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern im ambulanten Sektor durchgeführt (AAPV und SAPV). Der größte Teil der palliativmedizinischen Versorgung wurde im Rahmen der AAPV von niedergelassenen Hausärzten geleistet. Durch die Zunahme der Anzahl der älteren Menschen in Mecklenburg-Vorpommern ist es wahrscheinlich, dass der Bedarf an palliativmedizinischen Leistungen zunimmt. Die Anzahl der Patienten mit Leistungen der AAPV nahm zwischen 2014 und 2017 allerdings um 12 % ab. Gleichzeitig verringerte sich die Anzahl der niedergelassenen Ärzte, die Leistungen der AAPV abrechnen, um 10 %. Diese Entwicklung ist bedenklich, denn hier könnte sich eine Lücke in der palliativmedizinischen Versorgung entwickeln oder eine bereits bestehende sich weiter verschärfen. Die Frage, ob die neue Versorgungsform der QSV-AAPV dem entgegenwirken kann, ist aktuell noch nicht zu beantworten.

9.2 Zugang und Erreichbarkeit

Durch die Ländlichkeit von großen Teilen in Mecklenburg-Vorpommern, die verbunden ist mit einer teilweise geringen Bevölkerungsdichte, entstehen große Einzugsregionen für einzelne Leistungserbringer. Daraus folgen häufig weite Entfernungen zwischen Leistungserbringern und Patienten.

Im Bereich der SAPV nimmt die Anzahl der ärztlichen und pflegerischen Hausbesuche über 31 km zwischen 2014 und 2017 kontinuierlich zu, ebenso die Anzahl der pflegerischen Hausbesuche über 51 km. Dies bedeutet, dass die Hausbesuche durchschnittlich mehr Zeit in Anspruch nehmen. Weite Fahrtstrecken können eine Herausforderung für die AAPV und SAPV darstellen, da Hausbesuche hier einen wichtigen Teil der Versorgung ausmachen.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist ein Zusammenhang mit der Abdeckung der Regionen durch SAPV-Teams und/oder stationären Palliativstationen sichtbar: In Regionen, in denen die Anzahl der SAPV-Teams unterhalb der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. liegt, ist auch die Anzahl an Patienten, die durch SAPV-Teams betreut werden, geringer. Das Gleiche gilt für Regionen mit einem Krankenhaus mit Palliativstation, in diesen Regionen ist die Anzahl der Patienten, die im Krankenhaus spezialisierte Palliativleistungen erhalten, deutlich höher. Da sich die Regionen mit SAPV-

Teams für einen Großteil mit den Regionen mit stationären Palliativstationen überlappen, gibt es in Mecklenburg-Vorpommern große regionale Unterschiede in der Versorgung mit spezialisierten Palliativleistungen. In Regionen, in denen sich kein SAPV-Team und kein Krankenhaus mit Palliativstation befinden, werden insgesamt deutlich seltener spezialisierte Leistungen abgerechnet.

9.3 Kooperation zwischen den Leistungserbringern

Die Ergebnisse der Befragung der Leistungserbringer deuten darauf hin, dass einige Patienten nach einer stationären palliativmedizinischen Behandlung ohne Anschlussversorgung entlassen werden. Diese Ergebnisse können nicht abschließend anhand der Routinedaten der BARMER GEK überprüft werden, da 1) nicht nachgeprüft werden kann, wann genau eine Leistung erbracht wurde, 2) Abrechnungsdaten der SAPV-Teams in den Daten der BARMER-GEK fehlen und 3) Anschlussverordnungen für die Betreuung durch ein SAPV-Team in den Daten nicht sichtbar sind, wenn sie durch Klinikärzte erfolgen. Hier sind Analysen mit Daten aus weiteren Quellen notwendig.

9.4 Kontinuität der Hospiz- und Palliativversorgung und Koordination

Die Analyse der Patientenpfade über die Sektorgrenzen hinweg zeigt, dass nicht in allen Fällen eine optimale Betreuung stattfindet. Trotz Einschränkungen der Daten deuten die im Kapitel 8.5 dargestellten Patientenpfade mit den vielen Wechseln zwischen der allgemeinen und spezialisierten palliativen Versorgungsformen in einigen Fällen auf eine fehlende Kontinuität der Versorgung hin. Häufige Wechsel zwischen der allgemeinen und spezialisierten Versorgungsform können einen Hinweis darauf geben, dass hier die Koordination der Versorgung und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern nicht ausreicht.
Die Ergebnisse dieser Analyse werden bestätigt durch die Ergebnisse der Experteninterviews, der schriftlichen Befragung und sowohl als auch durch die Diskussionen am Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Auch hier wurde angemerkt, dass z.B. eine Anschlussbetreuung an einem Krankenhausaufenthalt nicht immer stattfindet und dass eine übergeordnete Koordination der Hospiz- und Palliativversorgung fehle.

9.5 Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass 61 % der Antwortenden der Meinung sind, dass in Pflegeeinrichtungen derzeit keine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung

vorhanden ist. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind Orte der letzten Lebensphase, es ist wahrscheinlich, dass hier ein hoher Bedarf für eine Hospiz- und Palliativversorgung besteht.

Die Ergebnisse der Datenanalyse der KV-MV bestätigen diese Einschätzung der befragten Akteure: in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden nur in geringem Ausmaß Leistungen der SAPV-Teams abgerechnet.

Die Ergebnisse der Befragung der ambulanten Hospizdienste zeigen, dass Besuche durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter mehrheitlich in der Häuslichkeit der Patienten stattfinden. Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen sind selten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung werden nur in Einzelfällen besucht. Ein Erklärungsgrund dafür kann sein, dass das Pflege- und Betreuungspersonal in stationären Einrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung den Bedarf für eine zusätzliche Begleitung in der letzten Lebensphase nicht immer erkennt.

9.6 Qualifizierung der Primärversorger in Palliative Care/ Palliativmedizin

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass in einzelnen Bereichen qualifizierte Mitarbeiter für die Hospiz- und Palliativversorgung fehlen. Dies betrifft hauptsächlich Leistungserbringer in der Primärversorgung wie z. B. den hausärztlichen Bereich, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Aus den Expertengesprächen, den Ergebnissen der schriftlichen Befragung sowie der Diskussion am Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung lässt sich ableiten, dass die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen derzeit unzureichend ist und dringend ausgebaut werden muss. Bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen wird laut den Ergebnissen ein palliativmedizinischer Bedarf nicht immer rechtzeitig identifiziert und eine zeitnahe geeignete Palliativversorgung ist deshalb nicht immer gewährleistet. Eine Erklärung dafür kann der Mangel an Personal mit einer *Palliative Care*-Qualifikation sein. Diese Schlussfolgerung wird durch die geringe Anzahl an abgerechneten Leistungen der SAPV-Teams für Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen der Eingliederungshilfe bestätigt.

Die Abrechnungsdaten der SAPV-Teams zeigen, dass wenige Leistungen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung durchgeführt wurden. Es lässt sich jedoch nicht erkennen, ob diese Menschen nicht im Kreise der Familie (anderer Abrechnungsort) betreut wurden und dann eine andere Abrechnungsziffer erhalten haben. Die Befragungsergebnisse der ambulanten Hospizdienste zeigen, dass Menschen mit Behinderung nur in Ausnahmefällen

eine Hospiz- und/oder spezialisierte Palliativversorgung erhalten haben. Auch hier erscheint es wahrscheinlich, dass ein Bedarf nicht immer erkannt wurde. Weitere Untersuchungen sollten für diesen Bereich durchgeführt werden, um eine mögliche Versorgungslücke zu identifizieren und gegebenenfalls zu schließen.

9.7 Häusliche Überforderung

Die Ergebnisse der Expertengespräche und der schriftlichen Befragung zeigen übereinstimmend, dass es bei einem Teil der Palliativpatienten und ihren Angehörigen im Verlauf der Erkrankung zu einer psychischen und sozialen, aber auch pflegerischen häuslichen Überforderung kommt, welche eine zeitweilige stationäre Aufnahme des Patienten notwendig macht. Jedoch muss eine Aufnahme auf eine Palliativstation in einem Krankenhaus immer medizinisch begründet werden – eine häusliche Überforderung der Angehörigen reicht für eine stationäre Aufnahme nicht aus.

10 Handlungsempfehlungen

10.1 Zugang und Erreichbarkeit: Integration von eHealth und Telemedizin in die Hospiz- und Palliativversorgung

Die geografischen Analysen, die Auswertung der InEK-Daten, die Ergebnisse der Experteninterviews und der schriftlichen Befragung ergaben, dass es strukturelle Lücken in der Hospiz- und Palliativversorgung hauptsächlich in den ländlichen Bereichen von Mecklenburg-Vorpommern gibt. Ein großes Potential zur Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung haben eHealth und telemedizinische Funktionalitäten. Mit ihrer Hilfe können sich Leistungserbringer interdisziplinär, interprofessionell und sektorenübergreifend vernetzen. Beispiele für Telemedizin- und eHealth-Anwendungen sind gemeinsam genutzte regionale Patientenakten und telemedizinische Konsultationen zwischen Leistungserbringern in der allgemeinen Palliativversorgung (z.B. Hausärzte, Pflegedienste, Pflegeheime) und spezialisierten Leistungserbringern (z.B. stationäre spezialisierte Einrichtungen, SAPV-Teams). Auf diese Weise kann die Zusammenarbeit zwischen der allgemeinen und spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung sowie zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor unterstützt und verbessert werden.

Die telemedizinische Betreuung soll dabei stets ergänzend eingesetzt werden. Keinesfalls kann Telemedizin die Anwesenheit vor Ort ersetzen. Die Häufigkeit von Hausbesuchen könnte jedoch verringert werden, wenn einzelne Hausbesuche durch telefonische Visiten oder Visiten mittels Videokonferenz ergänzt werden. Auch für das Monitoring von Symptomen und Schmerzen sowie für die Unterstützung bei der Gabe der Bedarfsmedikation kann die telemedizinische Betreuung eine Option sein.

Da die Evidenz für die Anwendung von eHealth und Telemedizin in der Hospiz- und Palliativversorgung noch eingeschränkt ist und effektive Arbeitsabläufe noch nicht definiert sind, sollten solche Versorgungsmodelle zunächst in Modellprojekten entwickelt und evaluiert werden. Ein Großteil der Teilnehmer der schriftlichen Befragung kann sich vorstellen, Patienten ergänzend zur üblichen Versorgung via Telefon oder Videokonferenz zu betreuen (vgl. Kapitel 6.1.10 Verbesserung der Versorgung). Versorgungskonzepte, die eHealth und telemedizinische Funktionalitäten einbeziehen, besitzen insbesondere für ländliche Regionen ein großes Potential, das auch für die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern genutzt werden sollte.

10.2 Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern

Ergebnisse der Experteninterviews und der schriftlichen Befragungen zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern unterstützt und verbessert werden muss. Mit der Empfehlung zur Förderung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Stärkung von Netzwerkstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern wird einer Handlungsempfehlung der „CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Leitsatz 2, Handlungsfeld 3“ entsprochen [2].

Eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit kann durch qualifizierte Mitarbeiter vor allem in Pflegeeinrichtungen, Hausarztpraxen und ambulanten Pflegediensten gefördert werden. Die Vernetzung kann durch bereits vorhandene Strukturen wie z. B. durch bestehende Stammtische oder Qualitätszirkel der SAPV-Teams gefördert werden. Die Vernetzung auf Hausarztebene kann durch die neue Vereinbarung für die besonders qualifizierte und koordinierte Palliativversorgung ausgebaut werden. Hierbei sind stationäre Pflegeeinrichtungen miteinzubeziehen. Eine organisierende Plattform, wie z. B. eine Koordinierungsstelle, kann hier unterstützend wirken.

Eine Standardisierung des Entlassmanagements für Palliativpatienten einschließlich einer direkten Kommunikation der entlassenden Klinik mit den weiterbehandelnden Leistungserbringern in der ambulanten Versorgung kann den Übergang aus dem stationären in den ambulanten Sektor verbessern. Insbesondere das Entlassmanagement der Krankenhäuser ohne Palliativstation sollte unterstützt und gefördert werden, z. B. durch die Einrichtung von palliativmedizinischen Konsiliardiensten.

Die Kooperation zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung sowie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor des Gesundheitssystems sollte gefördert werden, um für alle Patienten eine kontinuierliche Versorgung ohne Unterbrechungen oder Abbrüche der palliativmedizinischen Versorgung sicherzustellen.

10.3 Palliativmedizinischer Konsiliardienst

Aus den Ergebnissen der Befragungen und der Analyse der Sekundärdaten lässt sich die Empfehlung der Einrichtung von palliativmedizinischen Konsiliardiensten ableiten. Diese sollten mindestens auf der Ebene der Landkreise eingerichtet werden. Die palliativmedizinischen Konsiliardienste sollen Krankenhäuser ohne Palliativstation, Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Hausärzte unterstützen. Sie können die sektorübergreifende Vernetzung der Angebote fördern und

dadurch erheblich zu einer Verbesserung der regionalen Versorgung beitragen. Da für die Konsiliardienste eine 24-Stunden-Verfügbarkeit bestehen muss, können diese beispielsweise an SAPV-Teams oder an Palliativstationen in Krankenhäusern angegliedert werden. Ein Beispiel hierfür ist der Kassenbezirk Westfalen-Lippe (Nordrhein-Westfalen). Hier wurde zur Förderung der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung ein palliativmedizinischer Konsiliardienst eingeführt. Dort wird die ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung in zwei Stufen organisiert [47]. Die SAPV Musterverträge wurden so konzipiert, dass AAPV und SAPV in einem Vertrag integriert sind [48]. Das Ziel dieser Integration ist die flächendeckende ambulante Palliativversorgung für alle Patienten mit einem palliativen Versorgungsbedarf [48]. Es soll auf diesem Wege ein niederschwelliger Zugang für Palliativpatienten zur Palliativversorgung gewährleistet werden, vor allem aber ein unbürokratischer Übergang von AAPV zur SAPV [48]. Die Palliativversorgung stützt sich in Westfalen-Lippe auf die Zusammenarbeit der Palliativmediziner mit den Hausärzten. In diesen Verträgen verpflichten sich Hausärzte vertraglich zur Zusammenarbeit mit den regionalen palliativmedizinischen Konsiliardiensten [47].

10.4 Koordinierungsstelle

Aktuell gibt es keine Koordinierungsstelle für die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Die Ergebnisse der Experteninterviews, der schriftlichen Befragung und der Datenanalysen weisen auf einen Bedarf für eine Koordinierungsstelle für die Hospiz- und Palliativversorgung hin. Aus diesem Grund sollten Koordinierungsstellen für die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet werden. 50,5 % der Teilnehmer der schriftlichen Befragung gaben an, dass die Koordinierungsstellen auf Landkreisebene verortet werden sollten, 9,7 % waren für die Bundeslandebene (siehe Kapitel 6.1.9).

Die Koordinierungsstellen sollen als Ansprechpartner für alle Leistungserbringer, insbesondere für Hausärzte, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen aber auch für Patienten und Angehörige sein. Die Hauptaufgaben sehen wir in:

- der Vermittlung von regionalen Ansprechpartnern der spezialisierten Palliativversorgung,
- Informations- und Beratungsmöglichkeiten für die Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung,
- einer zentralen Anlaufstelle für die Vermittlung von ambulanten Hospizdiensten, Trauerarbeit und weiteren Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten, Zu- und Angehörige,

- die Koordinierung und Registrierung von Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen.

Teile dieser Punkte werden bereits von einzelnen Akteuren wie z. B. Krankenkassen oder Pflegestützpunkten erbracht. Jedoch ist es sinnvoll, dass Betroffene und Leistungserbringer einen festen Ansprechpartner haben. Es sollen für die Koordinierungsstellen möglichst keine neuen Strukturen geschaffen werden. Möglich wäre, dass diese an geeigneten unabhängigen vorhandenen Strukturen angesiedelt werden, zum Beispiel bei der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. oder an den Pflegestützpunkten.

10.5 Förderung der Qualifizierung

Es ist notwendig, alle Akteure, die in der Primärversorgung tätig sind (z. B. Hausärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen), für den Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung zu sensibilisieren.

Mit der Empfehlung zur Förderung der palliativmedizinischen Fort- und Weiterbildung in der Primärversorgung wird einer Handlungsempfehlung der „CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Handlungsfeld 1“ entsprochen [1].

Auch für Menschen, die in Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, ist es wichtig, dass der Bedarf für eine Hospiz- und Palliativversorgung rechtzeitig erkannt wird. Es sollte deswegen in jeder Einrichtung mindestens eine *Palliative Care* Fachkraft verfügbar sein. Ein wichtiger Schritt zu Ausbau und Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen ist die Umsetzung der *Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* gemäß § 132g SGB V, diese beinhaltet eine Beratungsleistung für die Pflegeempfänger in Pflegeeinrichtungen und die Vernetzung dieser mit anderen Leistungserbringern.

In kleineren Krankenhäusern und Krankenhäusern der Maximalversorgung können innovative Konzepte für die Qualifizierung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt und implementiert werden. Ein aktuelles Beispiel ist das interprofessionelle Lernen (IPL) von Medizinstudierenden und Pflegeauszubildenden, welches an der Universitätsmedizin Greifswald modellhaft durchgeführt wird. Interprofessionelles Lernen hat dort einen Schwerpunkt in der Palliativversorgung. Die beteiligten Medizinstudierenden und Auszubildenden in der Pflege werden somit früh mit den Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung vertraut gemacht. Mittelfristig kann dies die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams verbessern.

10.6 Zum Problem häuslicher Überforderung

Eine häusliche Überforderung des Patienten und seiner Angehörigen führt häufig zu einer kurzfristigen stationären Aufnahme auf einer Palliativstation, ist jedoch zurzeit keine begründete Indikation hierfür.
Für Palliativpatienten, die wegen häuslicher Überforderung vorübergehend nicht in der eigenen Häuslichkeit bleiben können und für die deshalb eine adäquate Versorgung vorübergehend dort nicht möglich ist, sollte die kurzfristige Einweisung auf eine Palliativstation als zeitlich begrenzte Übergangslösung möglich und abrechenbar sein. Bei der Diskussion am *Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern* am 25.10.2018 wurde darauf hingewiesen, dass andere Lösungen anstelle der Krankenhauseinweisung präferiert werden sollten und ein stationärer Aufenthalt nur die letzte Lösung darstellen kann. Es ist in der Diskussion offen geblieben, welche anderen Lösungen das sein können, gleichwohl wurde diese Option als sehr relevant eingestuft.

Die Begründung für eine vorübergehende stationäre Aufnahme könnte analog der Begründung für die Kurzzeitpflege verfasst werden (§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege): eine Einweisung für eine Übergangszeit auf einer Palliativstation ist indiziert, wenn die häusliche Betreuung von Palliativpatienten nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang durch Angehörige und ambulante Leistungserbringer erbracht werden kann. Die Aufnahme sollte sowohl im Anschluss an eine bisher indizierte Palliativversorgung auf einer Palliativstation stattfinden können als auch in Krisensituationen im häuslichen Umfeld.

11 Fazit

Die Analysen zeigen mehrere Problembereiche: 1) in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns ist die Dichte spezialisierter oder sogar aller Leistungserbringer in der Hospiz- und Palliativversorgung gering. Dadurch sind die Versorgungsgebiete einzelner Leistungserbringer sehr groß. 2) Es gibt Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Vor allem zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung sowie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor müssen sie verbessert werden. 3) An vielen Orten fehlen qualifizierte Leistungserbringer in der Primärversorgung (Hausärzte, ambulanter Pflegedienst), in Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. 4) Ein häufiges Problem ist die häusliche Überforderung bei der Betreuung von Palliativpatienten. Hier kann eine vorübergehende Aufnahme auf einer Palliativstation entlastend wirken. Diese ist zurzeit schwierig zu realisieren. Eine Möglichkeit in Analogie zur Kurzzeitpflege sollte geschaffen werden.

Folgende Handlungsempfehlungen adressieren die identifizierten Problembereiche:

- Entwicklung von innovativen, regional orientierten Versorgungskonzepten unter Einbeziehung von telemedizinischen Funktionalitäten und eHealth.
- Implementierung von Palliativkonsiliardiensten in den Landkreisen,
- Einrichtung von Koordinierungsstellen,
- Eine bessere Abstimmung und Kooperation zwischen den Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung,
- Förderung der Palliativqualifikationen in der Primärversorgung insbesondere in Einrichtungen der Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung,
- Die Möglichkeit zur vorübergehenden stationären Aufnahme von Palliativpatienten aufgrund der Indikation *häusliche Überforderung*.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren möchten sich herzlich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Experteninterviews und der schriftlichen Befragung bedanken, die durch ihre Beteiligung mit Wissen und Erfahrungen aus der Praxis zum vorliegenden Evaluationsbericht beigetragen haben.

Ein besonderer Dank für die informativen Gespräche geht an Frau Winkler (KV-MV), Frau Voglau (KV-MV), Frau Ewald (AOK-Nordost), Herrn Dr. Goepel (Klinik für Geriatrie, Rehabilitation und Palliativmedizin, Neubrandenburg) und Herrn Dr. Jülich (Palliativstation, Universitätsmedizin Greifswald).

Des Weiteren möchten wir Frau Wenske-Radvan von der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LAG) für ihre Unterstützung und die Vermittlung von Interviewpartnerinnen und -partnern im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung danken.

Ein weiterer Dank geht an dieser Stelle an MitarbeiterInnen des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere an Frau Claaßen, Frau Lichtenstein, Herrn Wagner und Herrn Goffrier, für die professionelle, engagierte und kollegiale Zusammenarbeit.

Ein besonderer Dank geht an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und an die BARMER GEK für das Bereitstellen von Abrechnungsdaten für die Analysen der Inanspruchnahme.

Dankbar sind wir auch für die konstruktiven Diskussionen der Ergebnisse und der daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen für diesen Bericht, die beim *Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung* geführt wurden, vielen Dank dafür an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., und Bundesärztekammer, eds. *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie* CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 2016.
2. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., und Bundesärztekammer, *CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.* 2016. **2017**(10. Mai).
3. Bundesministerium für Gesundheit, *Hospiz- und Palliativgesetz, bessere Versorgung schwerstkranker Menschen*. 2016, Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit,,: Bonn.
4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., *Hospiz- und Palliativversorgung 2016 in Deutschland*, in *Auswertung der Daten aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland*, W.H.-u.P. Deutschland, Editor. 2017, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Berlin.
5. Nauck, F., B. Alt-Epping, und G. Benze, *Palliativmedizin – Aktueller Stand in Klinik, Forschung und Lehre.* Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther, 2015. **50**(01): p. 36-46.
6. Robert Koch-Institut, *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. 2015, Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Berlin.
7. Melching, H., *Neue gesetzliche Regelungen fur die Palliativversorgung und ihre Implikationen fur Politik und Praxis.* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017. **60**(1): p. 4-10.
8. *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Hospiz- und Palliativgesetz - HPG*, in *Bundesgesetzblatt*. 2015, Bundesanzeiger Verlag: Bonn. p. 2114 - 2118.
9. GKV Spitzenverband, *Regelungen des GKV-Spitzenverbandes vom 20.06.2016 für die Information der Versicherten über Möglichkeiten persönlicher Vorsoge für die letzte Lebensphase nach § 39b Abs. 2 Satz 2 SGB V*, GKV Spitzenverband, Editor. 2016.
10. Deutscher Kinderhospizverein e. V. [cited 2018 15. Januar]; Available from: https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/startseite/.
11. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., *Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung.* 2015.
12. Prütz, F. und A.-C. Saß, *Daten zur Palliativversorgung in Deutschland.* Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2017. **60**(1): p. 26-36.

13. Müller-Busch, H.C., *Eine kurze Geschichte der Palliativmedizin*, in *Basiswissen Palliativmedizin*, M.W. Schnell undC. Schulz, Editors. 2012, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 2-7.
14. Radbruch, L., S. Payne, und E. Vorstand, *Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1.* Palliativmedizin, 2011. **12**(05): p. 216-227.
15. Heller, A. und C. Knipping, *Palliative Care - Haltungen und Orientierungen*, in *Lehrbuch Palliative Care*, C. Knipping, Editor. 2007, Verlag Hans Huber: Bern. p. 39-47.
16. Weltgesundheitsorganisation. *WHO Definition of Palliativ Care 2002*. 2002 [cited 2017 01. August]; Available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf.
17. Craig, F., et al., *IMPaCCT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa.* Zeitschrift für Palliativmedizin, 2008. **9**(02): p. 61-66.
18. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Kresbshilfe, und AMWF, *S3-Leitlinie "Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung".* AWMF-Registernummer: 128/001OL, 2015.
19. Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP, *Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) - Stand 23.04.2013*, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. undDeutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Editors. 2013.
20. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Online-Version des EBM*. [cited 2017 Mai]; Available from: http://www.kbv.de/html/online-ebm.php.
21. Grote-Westrick, M. und E. Vollbracht, *Spotlight Gesundheit - Thema: Palliativversorgung*, in *Faktencheck Gesundheit*. 2015, Bertelsmann Stiftung.
22. Voglau, A., *Ausbau der ambulanten Palliativversorgung.* Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017. **26**(301): p. 8-9.
23. Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut - Neue Leistungen in EBM.* PraxisNachrichten, 2017.
24. Radbruch, L. und S. Payne, *Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2.* Palliativmedizin, 2011. **12**(06): p. 260-270.
25. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., *Gemeinsame Hinweise von DHPV und DGP zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 37b, 132d und 92 SGB V und Eckpunkte für einen Mustervertrag.* 2008.
26. Müller, D. und B. Wistuba, *Die Situation von Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland*. 2014, Konrad Adenauer Stiftung e.V.,,.

27. Arbeitskreis "Palliativmedizin" der Krankenhausgeselleschaft Mecklenburg-Vorpommern, *Konzept zur stationären Palliativversorgung im Krankenhaus*, Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V., Editor. 2017.
28. Cremer-Schaeffer, P. und L. Radbruch, *Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland.* Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2012. **55**(2): p. 231-237.
29. Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, *Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern*. 2012.
30. *Ausbildungs- und Prüfungsverodnung für die Berufe in der Krankenpflege*, B.d.J.u. Verbraucherschutz, Editor. 2003.
31. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. [cited 2017 Mai]; Available from: http://www.kvmv.info/aerzte/60/index.html.
32. Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. [cited 2017 Mai]; Available from: http://www.hospiz-mv.de/hospizarbeit/Landkarte.php?menu=Landkarte.
33. LOGIBALL. *DeutschlandPlus*. 2017 [cited 2017.
34. Lindena, G., *HOPE 2016 - Bericht.* 2016.
35. Zentrum für Krebsregisterdaten. 2018; Available from: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html.
36. Zentrales Informationsregister (Datenabruf 10.01.2018).
37. Swart, E. und P. Ihle, *Routinedaten im Gesundheitswesen*. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Vol. 1. 2005, Bern: Hans Huber Verlag.
38. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, *Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2017*. 2017, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Schwerin.
39. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, *Statistische Berichte - Pflege, Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern*. 2015, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Schwerin.
40. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 2008: Beltz.
41. Simon, M., *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Vol. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. 2017, Bern: Hogrefe Verlag.
42. *Regionalvertrag- Region Versorgungsbereich über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäßt § 37 b i.V.m. § 132d SGB V zwischen SAPV-Team und Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD, IKK Nord, Landeswirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft sowie der Verband der Ersatzkassen*. [cited

2019 24. April]; Available from: http://www.kvmv.dgn.de/aerzte/15/30/spezialisierte_ambulante_Palliativversorgung/SAPV_Muster-Vertrag_23062014.pdf.

43. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. [cited 2017 Mai]; Available from: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm.
44. BARMER. *BARMER GEK gewinnt neue Mitglieder*. 2016; Available from: https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/mecklenburg-vorpommern/archiv-pressemitteilungen/archiv-2016/neue-mitglieder-45450.
45. Huang, C.W., et al., *A richly interactive exploratory data analysis and visualization tool using electronic medical records.* BMC Med Inform Decis Mak, 2015. **15**: p. 92.
46. Tesch, F., et al., *Konstruktion von Versorgungspfaden in Routinedaten am Anwendungsfall Rückenschmerz*, in *Agens // Methoden // Workshop 2019*. 2019, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität: Magdeburg.
47. Lux, E.A., et al., *Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe.* MMW - Fortschritte der Medizin, 2013. **155**(4): p. 44-50.
48. Dasch, B., K. Blum, und C. Bausewein, *Abschätzung der ambulanten palliativmedizinsichen Versorgungsgrades regionaler palliativmedzinischer Konsiliardienste in Westfalen-Lippe.* Gesundheitswesen, 2017. **79**(12): p. 1036-1042.

Anhang

Analyse der InEK-Daten 111

Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung 115

Analyse der InEK-Daten

Analyse der ICD-10 Kategorien

Die Tabelle stellt Häufigkeiten aller angegebenen ICD-10 Kategorien der InEK-Daten dar

Kategorien	Fälle	Prozent
Neubildungen (C)	2142	69,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I)	192	6,2
Krankheiten des Atmungssystems(J)	177	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K)	144	4,6
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A)	106	3,4
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D)	62	2,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N)	62	2,0
Krankheiten des Nervensystems (G)	45	1,45
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind(R)	41	1,32
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E)	32	1,03
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S)	32	1,03
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M)	24	0,77
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (B)	12	0,39
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (T)	11	0,35
Psychische und Verhaltensstörungen (F)	10	0,32
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L)	10	0,32
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde / Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H)	3	0,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z)	1	0,03
Gesamt	**3106**	

Analyse der durchschnittlichen Altersangaben der einzelnen OPS

Durchschnittliches Alter der Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-773 „multidimensionales palliativmedizinsiches Screening und Minimalassessment" erhielten					
Jahr	**Anzahl**	**Mittelwert**	**SD**	**Min.**	**Max.**
2011	58	64,43	13,06	41	89
2012	7	61,00	16,40	29	75
2013	32	70,31	16,04	19	92
2014	6	64,67	8,12	57	75
2015	7	70,43	9,54	55	82
2016	-				
Durchschnittliches Alter der Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-774 „Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment“ erhielten					
Jahr	**Anzahl**	**Mittelwert**	**SD**	**Min.**	**Max.**
2011	157	67,98	13,23	17	88
2012	206	71,37	11,83	35	96
2013	635	68,73	12,81	17	99
2014	625	71,12	12,33	30	103
2015	574	70,13	12,25	32	95
2016	608	69,81	12,93	21	99

Analyse der durchschnittlichen Altersangaben der weiblichen Abrechnungsfälle der einzelnen OPS

Durchschnittliches Alter der weiblichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 8-982 „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	935	69,58	13,10	20	99
2012	842	71,01	12,44	28	98
2013	900	70,70	12,40	28	102
2014	918	71,95	12,37	24	96
2015	987	72,22	12,24	28	97
2016	804	72,44	13,02	15	99

Durchschnittliches Alter der weiblichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 8-98e „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	-	-	-	-	
2012	188	69,49	12,67	35	98
2013	287	70,15	12,65	28	100
2014	350	70,74	13,54	32	103
2015	362	73,05	12,29	31	98
2016	364	73,10	13,83	21	100

Durchschnittliches Alter der weiblichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-773 „multidimensionales palliativmedizinsiches Screening und Minimalassessment" erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	19	67,68	13,97	41	89
2012	1	68,00	.	68	68
2013	16	74,38	11,08	58	92
2014	0				
2015	2	71,00	0,00	71	71
2016	-				

Durchschnittliches Alter der weiblichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-774 „Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment“ erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	68	69,44	13,41	17	88
2012	92	74,17	12,86	35	96
2013	306	70,09	13,67	29	99
2014	303	72,95	12,48	33	103
2015	270	72,02	12,44	37	95
2016	279	72,25	13,91	21	99

Analyse der durchschnittlichen Altersangaben der männlichen Abrechnungsfälle der einzelnen OPS

Durchschnittliches Alter der männlichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 8-982 „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	912	67,74	12,59	1	99
2012	763	69,30	10,89	22	99
2013	838	70,49	10,84	23	97
2014	912	70,31	11,29	30	98
2015	1	70,76	11,87	19	101
2016	871	70,30	11,45	29	96

Durchschnittliches Alter der männlichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 8-98e „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	-	-	-	-	-
2012	222	66,87	11,43	26	91
2013	337	68,65	12,00	21	95
2014	378	68,87	11,71	30	95
2015	450	67,71	12,29	25	97
2016	459	70,05	11,90	26	95

Durchschnittliches Alter der männlichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-773 „multidimensionales palliativmedizinsiches Screening und Minimalassessment" erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	39	62,85	12,47	44	88
2012	6	59,83	17,65	29	75
2013	16	66,25	19,34	19	86
2014	6	64,67	8,12	57	75
2015	5	70,20	11,67	55	82
2016	-				

Durchschnittliches Alter der männlichen Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-774 „Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment“ erhielten

Jahr	Anzahl	Mittelwert	SD	Min.	Max.
2011	89	66,87	13,06	19	88
2012	114	69,11	10,44	45	92
2013	329	67,47	11,83	17	92
2014	322	69,40	11,95	30	95
2015	304	68,45	11,85	32	93
2016	329	67,74	11,66	39	94

Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Übersicht der Verteilung der Berufsgruppen auf die Tätigkeitsbereiche

Ergebnisse zur Größe des Versorgungsgebietes / Einzugsgebietes der einzelnen Berufsgruppen (n=89; 1 TN gab keine Berufsgruppe an)

Berufsgruppe	bis 10 km	bis 20 km	bis 30 km	über 30 km	Weiß nicht	Keine Angaben	Gesamt
Arzt /Ärztin	31,3 % (n=5)	31,3 % (n=5)	18,8 % (n=3)	12,5 % (n=2)	6,3 % (n=1)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	12,1 % (n=4)	18,2 % (n=6)	18,2 % (n=6)	48,5 % (n=16)		3 % (n=1)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25 % (n=1)			50 % (n=2)	25 % (n=1)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	12,5 % (n=1)		12,5 % (n=1)	75 % (n=6)			8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in				50 % (n=1)	50 % (n=1)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*							0
Altenpfleger/in	33,3 % (n=1)	33,3 % (n=1)			33,3 % (n=1)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=1)		25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)	4
Psychologe/in							0
Sozialarbeiter/in		40 % (n=2)		60 % (n=3)			5
Medizinische Fachangestellte/r							0
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)						1
Anderes			7,7 % (n=1)	92,3 % (n=12)			13

Ergebnisse zur Größe des Versorgungsgebietes / Einzugsgebietes der einzelnen Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	10 km	20 km	30 km	>30 km	Weiß nicht	Keine Angaben	Gesamt
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	33,3 % (n=4)	8,3 % (n=1)	8,3 % (n=1)	50 % (n=6)			12
(Haus-) Arztpraxis	26,3 % (n=5)	47,4 % (n=9)	15,8 % (n=3)	5,3 % (n=1)	5,3 % (n=1)		19
SAPV		11,1 % (n=2)	27,8 % (n=5)	55,6 % (n=10)		5,6 % (n=1)	18
Palliativstation im Krankenhaus			16,8 % (n=1)	83,3 % (n=5)			6
Hospiz				100 % (n=7)			7
Alten- und Pflegeheim	8,3 % (n=1)	8,3 % (n=1)		58,3 % (n=7)	25 % (n=3)		12
Ambulanter Pflegedienst	33,3 % (n=1)	-	33,3 % (n=1)	-	-	33,3 (n=1)	3
Ambulanter Hospizdienst	8,3 % (n=1)	16,7 % (n=2)	8,3 % (n=1)	66,7 % (n=8)			12
Trauerarbeit							0
Anderes	100 % (n=1)						1

Betreuen Sie auch Kinder und deren Angehörige?

Berufsgruppe	Ja	Nein	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	37,5 % (n=6)	62,5 % (n=10)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	21,2 % (n=7)	72,7 % (n=24)	6,1 % (n=2)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25 % (n=1)	75 % (n=3)	-	4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=2)	75 % (n=6)	-	8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	100 % (n=2)	-	2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	-	-	-	0
Altenpfleger/in	-	100 % (n=3)	-	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=1)	75 % (n=3)	-	4
Psychologe/in	-	-	-	0
Sozialarbeiter/in	60 % (n=3)	20 % (n=1)	20 % (n=1)	5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)	-	-	n=1
Anderes	7,7 % (n=1)	84,6 % (n=11)	7,7 (n=1)	n=13

Ist eine ausreichende stationäre Versorgung von Palliativpatienten vorhanden?

Berufsgruppe	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	50 % (n=8)	43,8 % (n=7)	6,3 % (n=1)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	69,7 % (n=23)	30,3 % (n=10)			33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	50 % (n=2)	50 % (n=2)			4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=2)	62,5 % (n=5)	12,5 % (n=1)		8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50 % (n=1)	50 % (n=1)			2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*					0
Altenpfleger/in	33,3 % (n=1)	33,3 % (n=1)			3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	50 % (n=2)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		4
Psychologe/in					0
Sozialarbeiter/in	60 % (n=3)	40 % (n=2)			5
Medizinische Fachangestellte/r					0
Ehrenamtliche/r		100 % (n=1)			1
Anderes	15,4 % (n=2)	61,5 % (n=8)	23,1 % (n=3)		13

Ist eine ausreichende stationäre pädiatrische Palliativversorgung vorhanden?

Berufsgruppe	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	6,3 % (n=1)	12,5 % (n=2)	81,3 % (n=13)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	12,1 % (n=4)	15,2 % (n=5)	72,7 % (n=24)		33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in		25 % (n=1)	75 % (n=3)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*		37,5 % (n=3)	62,5 % (n=5)		8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in			100 % (n=2)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*					0
Altenpfleger/in			66,7 % (n=2)	33,3 % (n=1)	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*			100 % (n=4)		4
Psychologe/in					0
Sozialarbeiter/in		20 % (n=1)	80 % (n=4)		5
Medizinische Fachangestellte/r					0
Ehrenamtliche/r		100 % (n=1)			1
Anderes		23,1 % (n=3)	69,2 % (n=9)	7,7 % (n=1)	13

Besteht eine ausreichende ambulante pädiatrische Palliativversorgung?

Berufsgruppe	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	6,3 % (n=1)	6,3 % (n=1)	87,5 % (n=14)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	6,1 % (n=2)	24,2 % (n=8)	63,6 % (n=21)	6,1 % (n=2)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in		25 % (n=1)	75 % (n=3)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*		37,5 % (n=3)	62,5 % (n=5)		8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in			100 % (n=2)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*					0
Altenpfleger/in			66,7 % (n=2)	33,3 % (n=1)	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*			100 % (n=4)		4
Psychologe/in					0
Sozialarbeiter/in		40 % (n=2)		60 % (n=3)	5
Medizinische Fachangestellte/r					0
Ehrenamtliche/r		100 % (n=1)			1
Anderes		23,1 % (n=3)	76,9 % (n=10)		13

Wie bewerten Sie im Allgemeinen die aktuellen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV, AAPV, ambulante Hospizdienste etc.) in Mecklenburg-Vorpommern?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Gesamt
Arzt /Ärztin	12.5 % (n=2)	50 % (n=8)	18.8 % (n=3)	6.3 % (n=1)	12.5 % (n=2)			16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	9,1 % (n=3)	48,5 % (n=16)	21,2 % (n=7)	6,1 % (n=2)	12,1 % (n=4)		3 % (n=1)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in			50 % (n=2)	25 % (n=1)	25 % (n=1)			4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	37,5 % (n=3)		12,5 % (n=1)		12,5 % (n=1)	8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50 % (n=1)		50 % (n=1)					2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*								0
Altenpfleger/in		66,7 % (n=2)	33,3 % (n=1)					3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)	25 % (n=1)			4
Psychologe/in								0
Sozialarbeiter/in	20 % (n=1)	20 % (n=1)	60 % (n=3)					5
Medizinische Fachangestellte/r								0
Ehrenamtliche/r		100 % (n=1)						1
Anderes		38,5 % (n=5)	30,8 % (n=4)	7,7 % (n=1)	15,4 % (n=2)	7,7 % (n=1)		13

Wie bewerten Sie im Allgemeinen die aktuellen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV, AAPV, ambulante Hospizdienste etc.) in Mecklenburg-Vorpommern?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	16	2,6	1,2	1	5
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	32	2,6	1,2	1	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	4	3,8	1,0	3	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	7	2,7	1,3	1	5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	2,0	1,4	1	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	3	2,3	0,6	2	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	3,0	1,8	1	5
Psychologe/in	-	-	-	-	-
Sozialarbeiter/in	5	2,4	0,9	1	3
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	2,0	.	2	2
Anderes	13	3,2	1,4	2	6

Wie bewerten Sie die Zugangsmöglichkeit zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus ländlichen Regionen?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	6,3 % (n=1)	18,8 % (n=3)	18,8 % (n=3)	12,5 % (n=2)	6,3 % (n=1)	6,3 % (n=1)	31,3 % (n= 5)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	3 % (n=1)	21,1 % (n=7)	30,3 % (n=10)	27,3 % (n=9)	12,1 % (n=4)		3 % (n=1)	3 % (n=1)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	-	25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	12,5 % (n=1)	-	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	37,5 % (n=3)	12,5 % (n=1)			8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50 % (n=1)	-	-	50 % (n=1)					2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*									0
Altenpfleger/in	-	-	33,3 % (n=1)				66,7 % (n=2)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)				4
Psychologe/in									0
Sozialarbeiter/in	40 % (n=2)		40 % (n=2)		20 % (n=1)				5
Medizinische Fachangestellte/r									0
Ehrenamtliche/r			100 % (n=1)						1
Anderes		7,7 % (n=1)	30,8 (n=4)	15,4 % (n=2)	23,1 % (n=3)	15,4 % (n=2)	7,7 % (n=1)		13

Wie bewerten Sie die Zugangsmöglichkeit zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus ländlichen Regionen?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	11	3,2	1,5	1	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	31	3,3	1,1	1	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	4,0	1,0	3	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	4,0	1,6	1	6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	2.5	2,1	1	4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	1	3,0	.	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	2,8	1,7	1	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3,0	1,2	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	3,0	.	3	3
Anderes	12	4,1	1,3	2	6

Wie bewerten Sie die Zugangsmöglichkeit zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus der Stadt?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedig-end	Ausreich-end	Mangel-haft	Ungenüg-end	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	25 % (n=4)	50 % (n=8)		12,5 % (n=2)			12,5 % (n=2)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	21,2 % (n=7)	60,6 % (n=20)	12,1 % (n=4)			3 % (n=1)	3 % (n=1)		33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in		50 % (n=2)				25 % (n=2)	25 % (n=2)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*		75 % (n=6)	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)					8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50 % (n=1)	50 % (n=1)							2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*									0
Altenpfleger/in		66,7 % (n=2)	33,3 % (n=1)						3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)				4
Psychologe/in									0
Sozialarbeiter/in	40 % (n=2)		60 % (n=3)						
Medizinische Fachangestellte/r									0
Ehrenamtliche/r		100 % (n=1)							1
Anderes	7,7 % (n=1)	46,2 % (n=6)	15,4 % (n=2)	7,7 % (n=1)	7,7 % (n=1)		15,4 % (n=2)		13

Wie bewerten Sie die Zugangsmöglichkeit zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus der Stadt?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	14	2	1,0	1	4
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	32	2	0,9	1	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	3,3	2,3	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	2,4	0,7	2	4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	1,5	0,7	1	2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	3	2,3	0,6	2	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	2,8	1,7	1	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	2,2	1,1	1	3
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	2	.	2	2
Anderes	11	2,5	1,1	1	5

Wie bewerten Sie die Qualität der Versorgung von Palliativpatienten in einem Krankenhaus mit Palliativstation?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	18,8 % (n=3)	50 % (n=8)	12,5 % (n=2)			6,3 % (n=1)	12,5 % (n=2)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	36,4 % (n=12)	45,5 % (n=15)	6,1 % (n=2)	3 % (n=1)			6,1 % (n=2)	3 % (n=1)	32
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)				4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)	37,5 % (n=3)	25 % (n=2)				12,5 % (n=1)	8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50 % (n=1)						50 % (n=1)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*									0
Altenpfleger/in		33,3 % (n=1)					66,7 % (n=2)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		25 % (n=1)				4
Psychologe/in									0

Sozialarbeiter/in	20 % (n=1)	40 % (n=2)	40 % (n=2)				5
Medizinische Fachangestellte/r							0
Ehrenamtliche/r		100 % (n=1)					1
Anderes	7,7 % (n=1)	53,9 % (n=7)	15,4 % (n=2)	7,7 % (n=1)	7,7 % (n=1)	7,7 % (n=1)	13

Wie bewerten Sie die Qualität der Versorgung von Palliativpatienten in einem Krankenhaus mit Palliativstation?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	14	2,2	1,3	1	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	30	1,7	0,7	1	4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	4	2,8	1,7	1	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	7	2,9	1,1	1	4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1	1	.	1	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	2	2,0	2,0	2	2
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	2,8	1,7	1	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	2.2	0,8	1	3
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	2,0	.	2	2
Anderes	11	2,4	1,0	1	5

Wie bewerten Sie die Qualität der Versorgung von Palliativpatienten in einem Krankenhaus ohne Palliativstation?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin		12,5 % (n=2)	12,5 % (n=2)	18,8 % (n=3)	25 % (n=4)	12,5 % (n=2)	18,8 % (n=3)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*		3 % (n=1)	21,2 % (n=7)	27,3 % (n=9)	30,3 % (n=10)	6,1 % (n=2)	6,1 % (n=2)	6,1 % (n=2)	32
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					25 % (n=1)		75 % (n=3)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	12,5 % (n=1)		37,5 % (n=3)		37,5 % (n=3)			12,5 (n=1)	8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in			50 % (n=1)				50 % (n=1)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*									0
Altenpfleger/in			33,3 % (n=1)				66,7 % (n=2)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*		25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)	25 % (n=1)				4
Psychologe/in									0
Sozialarbeiter/in			40 % (n=2)	40 % (n=2)	20 % (n=1)				5

Medizinische Fachangestellte/r						0
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)					1
Anderes		7,7 % (n=1)	23,1 % (n=3)	23,1 % (n=3)	30,8 % (n=1)	15,4 % (n=2)	13

Wie bewerten Sie die Qualität der Versorgung von Palliativpatienten in einem Krankenhaus ohne Palliativstation?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	13	4,1	1,3	2	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	29	4,2	1,0	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	5,0	0	5	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	7	3,6	1,5	1	5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1	3,0	.	3	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	1	3,0	.	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	3.5	1,3	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3,8	0,8	3	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	2,0	.	2	2
Anderes	11	4,9	1,0	3	6

Wie bewerten Sie das Entlassmanagement in die Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus mit Palliativstation?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	12,5 % (n=2)	50 % (n=8)	12,5 % (n=2)	12,5 % (n=2)		6,3 % (n=1)	6,3 % (n=1)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	36,4 % (n=12)	21,2 % (n=7)	18,2 % (n=6)	12,1 % (n=4)	3 % (n=1)	3 % (n=1)	6,1 % (2)		32
Gesundheits- und Krankenpfleger/in		50 % (n=2)				25 % (n=1)	25 % (n=1)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*		37,5 % (n=3)	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	-		8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in		50 % (n=1)					50 % (n=1)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*									0
Altenpfleger/in		33,3 % (n=1)					66,7 % (n=2)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*		50 % (n=2)	25 % (n=1)		25 % (n=1)				4
Psychologe/in									0

Sozialarbeiter/in	40 % (n=2)	20 % (n=1)		20 % (n=1)	20 % (n=1)	5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-				0
Ehrenamtliche/r	-	100 % (n=1)				1
Anderes	69,2 % (n=9)	15,4 % (n=2)	7,7 % (n=1)	7,7 % (n=1)		13

Wie bewerten Sie das Entlassmanagement in die Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus mit Palliativstation?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	15	2,5	1,3	1	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	30	2,2	1,2	1	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	3,3	2,3	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	3,6	1,6	2	6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1	2,0	.	2	2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	1	2,0	.	2	2
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	3,0	1,4	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	4	3,3	1,9	2	6
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	3,0	.	3	3
Anderes	13	2,7	1,3	2	6

Wie bewerten Sie das Entlassmanagement in die Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus ohne Palliativstation?

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin		12,5 % (n=2)	18,8 % (n=3)	12,5 % (n=2)	31,3 % (n=5)	12,5 % (n=2)	12,5 % (n=2)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*		6,1 % (n=2)	21,1 % (n=7)	21,1 % (n=7)	21,1 % (n=7)	15,2 % (n=5)	12,1 % (n=4)	3 % (n=1)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					50 % (n=2)	25 % (n=1)	25 % (n=1)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	12,5 % (n=1)		12,5 % (n=1)		62,5 % (n=5)	12,5 % (n=1)			8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50 % (n=1)		50 % (n=1)						2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*									0
Altenpfleger/in			66,7 % (n=2)				33,3 % (n=1)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*			25 % (n=1)	25 % (n=1)	50 % (n=2)				4
Psychologe/in									0
Sozialarbeiter/in			40 % (n=2)			40 % (n=2)	-	20 % (n=1)	5

Medizinische Fachangestellte/r						0
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)					1
Anderes	30,8 % (n=4)	7,7 % (n=1)	15,4 % (n=2)	23,1 % (n=3)	23,1 % (n=3)	13

Wie bewerten Sie das Entlassmanagement in die Häuslichkeit von Palliativpatienten aus dem Krankenhaus ohne Palliativstation?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	14	4,1	1,4	2	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	28	4,2	1,2	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	5,3	0,6	5	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	4,4	1,6	1	6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	2,0	1,4	1	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	2	3,0	0	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	4,3	1,0	3	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	4	4,5	1,7	3	6
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	3,0	.	3	3
Anderes	10	4,4	1,3	3	6

Wie beurteilen Sie die Relevanz der Weiterbildung *Palliative Care* für Pflegende für die Versorgungsqualität von Palliativpatienten?

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	3	3,2 %
Sehr wichtig	67	72 %
Eher wichtig	16	17, %
Eher unwichtig	4	4,3 %
Sehr unwichtig	1	1,1 %
Keine Angabe	2	2,2 %
Total	93	100 %

Wie beurteilen Sie die Relevanz der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* für die Versorgungsqualität von Palliativpatienten?

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	2	2,2 %
Sehr wichtig	60	64,5 %
Eher wichtig	17	18,3 %
Eher unwichtig	11	11,8 %
Sehr unwichtig	1	1,1 %
Keine Angabe	2	2,2 %
Total	93	100 %

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Krankenhaus <u>mit</u> Palliativstation und Hospiz

Übersicht Benotung gesamt		
r	**Anzahl Antworten**	**Prozent**
Weiß nicht	19	20,4 %
Sehr gut	21	22,6 %
Gut	39	41,9 %
Befriedigend	7	7,5 %
Ausreichend	2	2,6 %
Mangelhaft	2	2,6 %
Ungenügend	1	1,1 %
Keine Angabe	2	2,2 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche (Schulnoten 1-6)

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	10	1,6	0,7	1	3
(Haus-) Arztpraxis	13	2,1	1,0	1	5
SAPV	15	2,1	1,0	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	6	1,5	0,8	1	3
Hospiz	7	1,7	0,5	1	2
Alten- und Pflegeheim	5	2,4	2,2	1	6
Ambulanter Pflegedienst	3	2,0	0	2	2
Ambulanter Hospizdienst	10	2,4	1,1	1	4
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2,0	.	2	2

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Krankenaus ohne Palliativstation und Hospiz

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	33	35,5 %
Gut	11	11,8 %
Befriedigend	20	21,5 %
Ausreichend	11	11,8 %
Mangelhaft	9	9,7 %
Ungenügend	5	5,4 %
Keine Angabe	4	4,3 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche (Schulnoten 1-6)

Tätigkeitsbereich	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min	Max
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	6	3,7	1,2	2	5
(Haus-) Arztpraxis	13	2,8	0,9	2	5
SAPV	12	3,3	1,0	2	5
Palliativstation im Krankenhaus	4	4,3	1,0	3	5
Hospiz	6	2,7	0,8	2	4
Alten- und Pflegeheim	4	4,5	1	4	6
Ambulanter Pflegedienst	2	4,0	1,4	3	5
Ambulanter Hospizdienst	6	5,2	1,3	3	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4,0	.	4	4

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Krankenhaus <u>mit</u> Palliativstation und SAPV

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	**Prozent**
Weiß nicht	20	21,5 %
Sehr gut	27	29,0 %
Gut	33	35,5 %
Befriedigend	6	6,5 %
Ausreichend	2	2,2 %
Mangelhaft	3	3,2 %
Keine Angabe	2	2,2 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	10	1,5	0,71	1	3
(Haus-) Arztpraxis	13	1,8	0,8	1	4
SAPV	17	1,8	1,1	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	6	1,3	0,5	1	2
Hospiz	4	2,5	1,7	1	5
Alten- und Pflegeheim	4	2,5	1,7	1	5
Ambulanter Pflegedienst	3	2,0	0	2	2
Ambulanter Hospizdienst	11	2,0	0,9	1	4
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	3,0	.	3	3

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Krankenhaus ohne Palliativstation und SAPV

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	34	36,6 %
Gut	12	12,9 %
Befriedigend	17	18,3 %
Ausreichend	11	11,8 %
Mangelhaft	12	12,9 %
Ungenügend	4	4,3 %
Keine Angabe	3	3,2 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	6	3,2	1,2	2	5
(Haus-) Arztpraxis	13	2,8	0,9	2	5
SAPV	14	3,3	1,3	2	6
Palliativstation im Krankenhaus	4	4,8	1,5	3	6
Hospiz	3	3,3	0,6	3	4
Alten- und Pflegeheim	4	4,3	0,5	4	5
Ambulanter Pflegedienst	2	4,0	1,4	3	5
Ambulanter Hospizdienst	7	5,0	0,6	4	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	5,0	.	5	5

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Krankenhaus mit Palliativstation und Hausarzt

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	**Prozent**
Weiß nicht	21	22,6 %
Sehr gut	6	6,5 %
Gut	35	37,6 %
Befriedigend	16	17,2 %
Ausreichend	5	5,4 %
Mangelhaft	6	6,5 %
Ungenügend	1	1,1 %
Keine Angabe	3	3,2 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	11	2,0	1,0	1	4
(Haus-) Arztpraxis	16	2,9	1,3	2	6
SAPV	15	2,1	0,7	1	4
Palliativstation im Krankenhaus	6	2,3	0,5	2	3
Hospiz	4	3,0	1,4	2	5
Alten- und Pflegeheim	4	3,0	1,4	2	5
Ambulanter Pflegedienst	3	2,7	0,6	2	3
Ambulanter Hospizdienst	7	3,4	1,1	2	5
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4,0	.	4	4

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Krankenhaus ohne Palliativstation und Hausarzt

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl Antworten	**Prozent**
Weiß nicht	33	35,5 %
Gut	12	12,9 %
Befriedigend	17	18,3 %
Ausreichend	13	14,0 %
Mangelhaft	13	14,0 %
Ungenügend	1	1,1 %
Keine Angabe	4	4,3 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Anworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	7	3,1	1,1	2	5
(Haus-) Arztpraxis	16	3,2	1,0	2	5
SAPV	13	3,3	1,2	2	5
Palliativstation im Krankenhaus	4	4,5	0,6	4	5
Hospiz	3	3,7	1,2	3	5
Alten- und Pflegeheim	5	4,0	1,2	2	5
Ambulanter Pflegedienst	2	4,5	2,1	3	6
Ambulanter Hospizdienst	3	4,0	1,0	3	5
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4,0	.	4	4

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Hausarzt und SAPV

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	33	35,5 %
Gut	12	12,9 %
Befriedigend	17	18,3 %
Ausreichend	13	14,0 %
Mangelhaft	13	14,0 %
Ungenügend	1	1,1 %
Keine Angabe	4	4,3 %
Total	*93*	*100 %*

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	12	2,5	1,2	1	5
(Haus-) Arztpraxis	18	2,4	1,4	1	5
SAPV	18	2,8	1,2	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	5	2,8	0,8	2	4
Hospiz	5	3,2	0,8	2	4
Alten- und Pflegeheim	10	3,0	1,4	1	6
Ambulanter Pflegedienst	3	2,7	0,6	2	3
Ambulanter Hospizdienst	8	3,8	1,7	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2,0	.	2	2

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Hausarzt und Hospiz

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	21	22,6 %
Sehr gut	12	12,9 %
Gut	22	23,7 %
Befriedigend	17	18,3 %
Ausreichend	8	8,6 %
Mangelhaft	7	7,5 %
Ungenügend	3	3,2 %
Keine Angabe	3	3,2 %
Total	93	100,0 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	9	1,9	1,1	1	4
(Haus-) Arztpraxis	15	2,1	1,3	1	5
SAPV	14	3,3	1,3	2	6
Palliativstation im Krankenhaus	3	3,0	0	3	3
Hospiz	7	2,9	1,7	1	5
Alten- und Pflegeheim	6	3,3	1,5	2	6
Ambulanter Pflegedienst	3	3,0	1,0	2	4
Ambulanter Hospizdienst	9	3,6	1,5	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2,0	.	2	2

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation SAPV und Hospiz

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl Antworten	Prozent
Weiß nicht	30	32,3 %
Sehr gut	20	21,5 %
Gut	32	34,4 %
Befriedigend	4	4,3 %
Ausreichend	3	3,2 %
Mangelhaft	1	1,1 %
Keine Angabe	3	3,2 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	9	1,4	0,5	1	2
(Haus-) Arztpraxis	4	1,5	0,6	1	2
SAPV	16	2,1	1,1	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	5	1,6	0,9	1	3
Hospiz	6	1,7	0,5	1	2
Alten- und Pflegeheim	4	2,3	1,5	1	4
Ambulanter Pflegedienst	3	2,0	1,0	1	1
Ambulanter Hospizdienst	10	2,3	0,7	2	4
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2,0	.	2	2

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Pflegeheim und SAPV

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl Antworten	**Prozent**
Weiß nicht	25	26,9 %
Sehr gut	10	10,8 %
Gut	28	30,1 %
Befriedigend	11	11,8 %
Ausreichend	4	4,3 %
Mangelhaft	5	5,4 %
Ungenügend	6	6,5 %
Keine Angabe	4	4,3 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	9	2,6	1,4	1	5
(Haus-) Arztpraxis	9	2,8	1,6	1	6
SAPV	15	2,8	1,6	1	6
Palliativstation im Krankenhaus	5	2,0	0,7	1	3
Hospiz	3	2,3	0,6	2	3
Alten- und Pflegeheim	11	2,4	1,9	1	6
Ambulanter Pflegedienst	1	3,0	.	3	3
Ambulanter Hospizdienst	9	3,7	1,4	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4	.	4	4

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Pflegeheim und Hospiz

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl Antworten	**Prozent**
Weiß nicht	39	41,9 %
Sehr gut	5	5,4 %
Gut	15	16,1 %
Befriedigend	13	14 %
Ausreichend	7	7,5 %
Mangelhaft	4	4,3 %
Ungenügend	7	7,5 %
Keine Angabe	3	3,2 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	5	3,6	1,7	1	5
(Haus-) Arztpraxis	7	3,0	0,8	2	4
SAPV	11	3,6	1,6	2	6
Palliativstation im Krankenhaus	2	3,5	2,1	2	5
Hospiz	5	2,4	0,9	2	4
Alten- und Pflegeheim	9	2,2	1,7	1	6
Ambulanter Pflegedienst	1	3,0	.	3	3
Ambulanter Hospizdienst	9	4,2	1,6	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2,0	.	2	2

Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?

Kooperation Pflegedienst und SAPV

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl Antworten	**Prozent**
Weiß nicht	26	28,0 %
Sehr gut	12	12,9 %
Gut	28	30,1 %
Befriedigend	15	16,1 %
Ausreichend	7	7,5 %
Mangelhaft	3	3,2 %
Ungenügend	1	1,1 %
Keine Angabe	1	1,1 %
Total	93	100 %

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	**Anzahl Antworten**	**Mittelwert**	**SD**	**Min**	**Max**
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	9	2,0	1,0	1	4
(Haus-) Arztpraxis	13	2,5	0,8	1	4
SAPV	18	2,1	1,0	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	5	2,4	0,9	1	3
Hospiz	1	3,0	.	3	3
Alten- und Pflegeheim	6	2,5	1,6	1	5
Ambulanter Pflegedienst	3	2,3	0,6	2	3
Ambulanter Hospizdienst	8	3,5	1,6	1	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2,0	.	2	2

Wie bewerten Sie das Wissen des Pflegepersonals zu Palliative Care in Alten- und Pflegeeinrichtungen?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	13	4,1	1,3	2	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	33	3,9	1,3	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	3,7	0,6	3	4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	4,4	1,1	3	6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	3,5	2,1	2	5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	1	3,0	.	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	3	3,0	1,7	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3,0	1,2	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	4,0	.	4	4
Anderes	13	4,5	1,1	2	6

Wie bewerten Sie die Qualität der Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	14	3,9	1,2	2	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	32	3,8	1,4	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	4,0	1,7	2	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	4,3	1,2	3	6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	3,5	2,1	2	5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	2	2,0	0	2	2
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	3	4,0	1,7	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3,4	1,1	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	4,0	.	4	4
Anderes	12	4,4	1,3	2	6

Spielen nichtchristliche Religionen (z. B. Islam, Buddhismus) bei Ihrer Tätigkeit eine Rolle?

Tätigkeitsbereich	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	41,7 % (n=5)	58,3 % (n=7)			12
(Haus-) Arztpraxis	52,6 % (n=10)	47,4 % (n=9)			19
SAPV	33,3 % (n=6)	66,7 % (n=12)			18
Palliativstation im Krankenhaus	16,7 % (n=1)	83,3 % (n=5)			6
Hospiz	85,7 % (n=6)	14,3 % (n=1)			7
Alten- und Pflegeheim	33,3 % (n=4)	66,7 % (n=8)			12
Ambulanter Pflegedienst		100 % (n=3)			3
Ambulanter Hospizdienst	33,3 % (n=4)	66,7 % (n=8)			12
Trauerarbeit					-
Anderes	100 % (n=1)				1

Wie wichtig ist für Sie eine landesweite Koordinierungsstelle für alle Akteure in der Palliativversorgung?

Tätigkeitsbereich	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	18,9 % (n=2)	27,3 % (n=3)	27,3 % (n=3)	27,3 % (n=3)	-	-	11
(Haus-) Arztpraxis	11,8 % (n=2)	29,4 % (n=5)	35,3 % (n=6)	23,5 % (n=4)	-	-	17
SAPV	40 % (n=6)	46,7 % (n=7)	6,7 % (n=1)	6,7 % (n=1)	-	-	15
Palliativstation im Krankenhaus	33,3 % (n=2)	50 % (n=3)	-	16,7 % (n=1)	-	-	6
Hospiz	71,4 % (n=5)	14,3 % (n=1)	-	14,3 % (n=1)	-	-	7
Alten- und Pflegeheim	30 % (n=3)	40 % (n=4)	30 % (n=3)	-	-	-	10
Ambulanter Pflegedienst	66,7 % (n=2)	33,3 % (n=1)	-	-	-	-	3
Ambulanter Hospizdienst	75 % (n=9)	8,3 % (n=1)	-	8,3 % (n=1)	-	8,3 % (n=1)	12
Trauerarbeit	-	-	-	-	-	-	-
Anderes	100 % (n=1)						1

Können Sie sich vorstellen, Palliativpatienten ergänzend zur üblichen Versorgung telefonisch oder via Videokonferenz zu betreuen?

Berufsgruppe	Ja	Nein	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	50 % (n=8)	50 % (n=8)	-	16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	48,5 % (n=16)	48,5 % (n=16)	3 % (n=1)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	75 % (n=3)	25 % (n=1)		4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	62,5 % (n=5)	37,5 % (n=3)		8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	100 % (n=2)			2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*				-
Altenpfleger/in		100 % (n=3)		3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	100 % (n=4)			4
Psychologe/in				-
Sozialarbeiter/in	40 % (n=2)	60 % (n=3)		5
Medizinische Fachangestellte/r				-
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)			1
Anderes	61,5 % (n=8)	30,8 % (n=4)	7,7 % (n=1)	13

Als wie wichtig stufen Sie folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Palliativversorgung ein?

Elektronische Patientenakte mit Zugriff für alle an der Palliativversorgung beteiligten Akteure (Hausarzt, Pflegedienst, SAPV etc.)

Berufsgruppe	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	31,3 % (n=5)	25 % (n=4)	31,3 % (n=5)	6,3 % (n=1)	6,3 % (n=1)		16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	42,4 % (n=14)	36,4 % (n=12)	6,1 % (n=2)	6,1 % (n=2)	6,1 % (n=2)	3 % (n=1)	33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	75 % (n=3)	25 % (n=1)					4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	87,5 % (n=7)				12,5 % (n=1)		8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in		50 % (n=1)			50 % (n=1)		2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*							-
Altenpfleger/in	66,7 % (n=2)	33,3 % (n=1)					-
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	100 % (n=4)						4
Psychologe/in							-
Sozialarbeiter/in	60 % (n=3)	20 % (n=1)			20 % (n=1)		5
Medizinische Fachangestellte/r							-
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)						1
Anderes	30,8 % (n=4)	38,5 % (n=5)	-	7,7 % (n=1)	15,4 % (n=2)	7,7 % (n=1)	13

Zentrale Palliativ-Beratungstelefonnummer für niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Alten- und Pflegeheime

Berufsgruppe	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	43,8 % (n=7)	37,5 % (n=6)	12,5 % (n=2)	6,3 % (n=1)			16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	42,4 % (n=14)	42,4 % (n=14)	9,7 % (n=3)	6,1& (n=2)			33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25 % (n=1)	75 % (n=3)					4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	87,5 % (n=7)	12,5 % (n=1)					8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in	50 % (n=1)	50 % (n=1)					2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*							-
Altenpfleger/in	100 % (n=3)						3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	75 % (n=3)	25 % (n=1)					4
Psychologe/in							-
Sozialarbeiter/in	60 % (n=3)	20 % (n=1)				20 % (n=1)	5
Medizinische Fachangestellte/r							-
Ehrenamtliche/r	100 % (n=1)						1
Anderes	84,6 % (n=11)	7,7 % (n=1)		7,7 % (n=1)			13

Wie sind Hausärzte Ihrer Meinung nach zu dem Thema Hospiz- und Palliativversorgung informiert?

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen

Berufsgruppe	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Arzt /Ärztin	14	2,4	0,8	1	4
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	32	3,4	1,0	2	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	4	3,8	1,0	3	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	8	4,3	1,3	3	6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	2	4,0	1,4	3	5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung *Palliative Care*	0				
Altenpfleger/in	2	3,0	1,4	2	4
Altenpfleger/in mit Weiterbildung *Palliative Care*	4	3,8	1,5	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	4	4,0	1,4	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	4,0	.	4	4
Anderes	11	4,3	1,1	3	6

Wie sind Ihrer Meinung nach ambulante Pflegedienste zu dem Thema Hospiz- und Palliativversorgung informiert?

Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	Anzahl Antworten	Mittelwert	SD	Min	Max
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*	9	3,1	1,3	1	5
(Haus-) Arztpraxis	13	3,1	1,3	1	6
SAPV	17	3,2	1,0	2	5
Palliativstation im Krankenhaus	6	2,7	0,5	2	3
Hospiz	7	4,0	0,6	3	5
Alten- und Pflegeheim	9	2,8	0,4	2	3
Ambulanter Pflegedienst	3	3,3	1,5	2	5
Ambulanter Hospizdienst	11	4,3	1,4	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	3	.	3	3