

# Die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern (LT-Drs.Nr. 7/80)

## **Autoren**

PD Dr. Neeltje van den Berg

Laura Rehner, M.A.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

## **Unter Mitarbeit von**

Dipl. Geogr. Franziska Radicke

Dipl. Geogr. Ulrike Stentzel

Melanie Görsch, M.Sc.

Angelika Beyer, M.Sc.

**Institut für Community Medicine**

Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health

Universitätsmedizin Greifswald

Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald

Kontakt: [laura.rehner@uni-greifswald.de](mailto:laura.rehner@uni-greifswald.de)

Greifswald, im Mai 2018

## Inhalt

Zusammenfassung .....	2
1 Einleitung .....	4
2 Grundlagen und Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung.....	6
2.1 Palliativversorgung.....	6
2.2 Hospizversorgung .....	7
2.3 Gesetzliche Grundlagen.....	8
2.4 Strukturen der Palliativversorgung.....	9
2.5 Qualifikationen der Leistungserbringer .....	15
3 Analyse der Versorgungsstrukturen in Mecklenburg – Vorpommern.....	17
3.1 Methodik .....	17
3.2 Ergebnisse der geografischen Analysen .....	18
4 Analyse der Inanspruchnahme der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern...23	
4.1 Altersverteilung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern .....	23
4.2 Morbidität von Palliativpatienten.....	26
4.3 Prävalenzen onkologischer Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern.....	27
4.4 Inanspruchnahme der stationären Palliativversorgung .....	28
5 Leitfadengestützte Experteninterviews .....	41
5.1 Ergebnisse der Experteninterviews .....	41
6 Schriftliche Befragungen.....	46
6.1 Ergebnisse der schriftlichen Befragungen .....	49
7 Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung .....	67
8 Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern und Handlungsempfehlungen.....	69
8.1 Problembereiche .....	69
8.2 Handlungsempfehlungen.....	70
Danksagung .....	74
Literatur .....	75
Anhang.....	78

## Zusammenfassung

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat im Dezember 2016 beschlossen, die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern evaluieren zu lassen (LT-Drs. Nr. 7/80). Das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald hat diesen Auftrag im Rahmen des Projektes „Regionale Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ übernommen.

Ziele der Evaluation waren die Analyse der in Mecklenburg-Vorpommern vorhandenen Strukturen sowie die Identifizierung von infrastrukturellen, organisatorischen und qualitätsbezogenen Problembereichen in der Hospiz- und Palliativversorgung. Hierzu wurden geografische Analysen, Experteninterviews<sup>1</sup> und eine schriftliche Befragung der Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung (Leistungserbringer in der ambulanten und stationären spezialisierten Palliativversorgung, Hospize, Hausärzte, Pflegeeinrichtungen) durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragungen wurden im Rahmen des *Runden Tisches zur Hospiz- und Palliativversorgung* in Mecklenburg-Vorpommern diskutiert und interpretiert. Zusätzlich wurden stationäre Abrechnungsdaten analysiert.

Die Analysen zeigen, dass durch die ländlichen Strukturen in Mecklenburg-Vorpommern in einigen Regionen die Dichte spezifischer oder sogar aller Leistungserbringer in der Hospiz- und Palliativversorgung gering ist. Dadurch werden die zu versorgenden Regionen einzelner Leistungserbringer sehr groß. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, vor allem zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung sowie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor verbessert werden müssen. Ein häufiges Problem ist die häusliche Überforderung bei der Betreuung von Palliativpatienten, die vorübergehende Aufnahme auf einer Palliativstation ist zurzeit nicht ohne weiteres möglich. Weitere Problembereiche sind fehlende Qualifikationen der Leistungserbringer in der Primärversorgung (Hausärzte, ambulanter Pflegedienst) und in Pflegeeinrichtungen.

Folgende Handlungsempfehlungen werden an die identifizierten Problembereiche adressiert:

- Eine bessere Abstimmung und Kooperation zwischen den Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung
- Entwicklung von innovativen, regional orientierten Versorgungskonzepten unter Einbeziehung von telemedizinischen Funktionalitäten

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Bericht die männliche Schreibform angewendet. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Männer und Frauen gleichermaßen.

- Die Möglichkeit zur übergangsweisen stationären Aufnahme von Palliativpatienten aufgrund der Indikation „häusliche Überforderung“
- Förderung der Palliativqualifikationen in der Primärversorgung und im Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen
- Implementierung von Palliativkonsildiensten in allen Landkreisen
- Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle auf Landesebene

## 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 einer 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 beruhenden Hospiz- und Palliativversorgung zum Wohle der Betroffenen [1, 2].

Im Jahr 2015 wurde das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet. Es beinhaltet Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken Menschen für gesamt 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 und geringe Bevölkerungsdichte 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 das Institut für Community Medicine der Greifswalder Universitätsmedizin beauftragt, einen Evaluationsbericht zur Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu erstellen (Landtagsbeschluss vom 08.12.2016, LT-Drs. Nr. 7/80). Hierbei soll die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung mit Hinblick auf die zukünftigen Bedarfe und Versorgung vor allem im ländlichen Raum dargestellt werden.

Im vorliegenden Bericht wird eine Übersicht zur aktuellen Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern gegeben. Es wurden Erreichbarkeitsanalysen durchgeführt, die Akteure in den Hospiz- und Palliativversorgung wurden umfassend befragt und stationäre

Daten zur Inanspruchnahme der Palliativversorgung analysiert. Auf der Basis dieser Analysen sind Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung identifiziert und Handlungsempfehlungen für die zukünftige Versorgung abgeleitet worden.

## 2 Grundlagen und Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung

### 2.1 Palliativversorgung

Für die Palliativversorgung werden unterschiedliche Begriffe verwendet, zu den häufigsten gehören *Palliative Care* und *Palliativmedizin*. Der Begriff *Palliativmedizin*, welcher auch häufig als Synonym für *Palliative Care* genutzt wird, empfinden viele Akteure als zu stark medikalisierend, er würde deshalb den verschiedenen Dimensionen der *Palliative Care* nicht gerecht. Aus diesem Grund empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. die Verwendung des Begriffes *Palliativversorgung*, welcher beiden vorgestellten Begriffen gerecht werden soll [6]. Der Begriff *palliativ* stammt von dem lateinischen Wort *pallium* (Umhang, Mantel) und *palliare* (bedecken, tarnen, lindern) ab, Patienten sollen demgemäß umhüllt und geschützt werden [7]. Häufig wird die *Palliativversorgung* missverstanden und als Gegenstück der kurativen Therapie betrachtet, sie versteht sich jedoch viel mehr als Ergänzung zu dieser [8].

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 weit möglichst 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 Ärzten, Pflegenden, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern bewerkstelligt. Es soll mittels Prävention und frühzeitiger Linderung von Symptomen ein Leiden des Patienten verhindert werden [7, 9].

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 [8-11].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [12] 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.“

### 2.1.1 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 dem Jugendlichen findet ebenfalls wie in der Palliativversorgung bei Erwachsenen durch ein multiprofessionelles Team statt [6, 13].

## 2.2 Hospizversorgung

Der Begriff *Hospiz* leitet sich aus dem lateinischen Wort *hospitium*, was so viel bedeutet wie Gastfreundschaft, Gasthaus oder Herberge, und zu *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 [14].

Im Fokus der Hospizversorgung stehen der sterbende Mensch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen sowie seine Angehörigen. Die Hospizbegleitung hat ihre Wurzeln hauptsächlich im bürgerschaftlichen Engagement [6]. Die Hospizversorgung beinhaltet sowohl die Auseinandersetzung mit Fragen, die die sterbenskranke Person und ihre Angehörigen beschäftigen sowie den Menschen mit seinen sozialen Belangen und in seiner biografischen Individualität zu erfassen und entsprechend zu begleiten [6, 15]. Die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und deren Angehörigen wird sowohl von Haupt- und Ehrenamtlichen durchgeführt. Diese 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 dabei Würde, Ruhe und Frieden dem Versorgten zu geben und diese zu erhalten [6].

### 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 Kinder und deren Familien während der Erkrankung, aber auch die Begleitung der Hinterbliebenen über den Tod hinaus. Die Kinder- und Jugendhospizversorgung sieht sich als einen Teil eines multiprofessionellen Teams, welches auch die pädiatrische Palliativversorgung einschließt [6, 16].

Trotz der historisch unterschiedlichen Entstehungen in Deutschland sind die Hospizversorgung und die Palliativversorgung als Ausdruck einer gemeinsamen Haltung zu begreifen [9]. Der Begriff der *Palliativversorgung* hat im Gesundheitssystem und in der Gesetzgebung seit 2009 vermehrt Anwendung gefunden. Sie findet hier in 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 mit all ihren Facetten ist in diesem Begriff miteingeschlossen [6]. In Anlehnung an die „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa“ der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) [9] wird im folgenden Text der Begriff *Palliativversorgung* synonym für die Hospiz- und Palliativversorgung verwendet.

### 2.3 Gesetzliche Grundlagen

Die Palliativversorgung ist in mehreren Gesetzesbüchern 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 [17]. 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. Es werden beispielsweise Pflegeeinrichtungen zur Zusammenarbeit mit Ärzten und Hospizdiensten verpflichtet [3].

Durch das HPG sind im SGB V zwei neue Paragraphen 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, inklusive Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren [18]. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) 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-SV gibt dennoch mit diesem Schreiben den Krankenkassen eine Art Lotsenfunktion, da auch auf Beratungsangebote der lokalen Leistungserbringer hingewiesen werden soll [19].

§132g SGB V „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ beinhaltet die palliativmedizinische Versorgung in Pflegeheimen. Es soll in Pflegeeinrichtungen eine Beratung für die letzte Lebensphase im Rahmen einer Fallbesprechung gemeinsam mit dem Pflegeempfänger, 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 [17]. Das Ziel des neuen §132g SGB V ist es, 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 zu tragen haben [17, 18].

## **2.4 Strukturen der Palliativversorgung**

### **2.4.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung**

Das Erkennen eines palliativen Versorgungsbedarfes ist eine grundlegende Kompetenz der Primärversorgung. Die Bezugsperson (Hausarzt/Pflegefachkraft) in der Primärversorgung eines schwerkranken Menschen ist meistens eine nicht palliativ-spezialisierte Fachkraft. Aus diesem Grund können viele Gesundheitsberufe im ambulanten und stationären Bereich als Akteure der allgemeinen Palliativversorgung betrachtet werden [20].

Bei der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) handelt es sich um eine palliativmedizinische Basisversorgung im Rahmen der generellen Tätigkeit eines Hausarztes. Für die Durchführung von Leistungen in der AAPV sollten Hausärzte eine

palliativmedizinische Basisqualifikation besitzen, welche aus einer 40-stündigen Kursweiterbildung in der Palliativmedizin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) besteht. 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 [21].

Die AAPV ist ein wichtiger Bestandteil zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten. Neben der Kommunikation und Therapiezielfindung besteht die allgemeine Palliativversorgung aus der Symptomkontrolle und aus der Koordination der Behandlung ggf. mit Einbezug einer spezialisierten Palliativversorgung [20].

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 [21].

Trotz der Empfehlung, dass Hausärzte, welche eine AAPV durchführen, eine palliativmedizinische Basisqualifikation vorweisen sollten, können Leistungen der AAPV von hausärztlichen Vertragsärzten ohne zusätzliche palliativmedizinische Qualifikation abgerechnet werden [22].

Laut Grote-Westrick und Vollbracht [23] erhielten etwa 24% der Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2014 Leistungen im Rahmen der AAPV.

#### **2.4.2 Qualitätssicherungsvereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung**

Mit Wirkung vom 01.10.2017 wurde eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) im EBM (Abrechnungskatalog für die ambulante vertragsärztliche Versorgung) eingeführt, mit welcher das Hospiz- und Palliativgesetz weiter umgesetzt werden soll. Die neuen GOPs zur „Qualitätssicherungsvereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (QSV-AAPV) soll die Übergänge zwischen kurativer Behandlung, AAPV und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) verbessern (Abbildung 1). Anders als in der AAPV müssen die Ärzte für die Abrechnung 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 von Patienten [24, 25].

### 2.4.3 Spezialisierte ambulanten Palliativversorgung

Die SAPV bietet Versorgungsleistungen für Patienten, die durch die Komplexität ihrer Symptome und Beschwerden durch die AAPV und QSV-AAPV nicht mehr 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 [20].

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 hinzu gezogen 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 [26].

Etwa 10% der Sterbenden benötigt eine spezialisierte Palliativversorgung [20]. Nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [26] 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 [27].

SAPV-Teams schließen in den jeweiligen Bundesländern eigene Verträge mit den 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 Spitzenverbände der Krankenkassen zur SAPV.

SAPV muss ärztlich angeordnet und von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigt werden, ebenfalls muss der Empfänger mit der Versorgung einverstanden sein [20, 28].

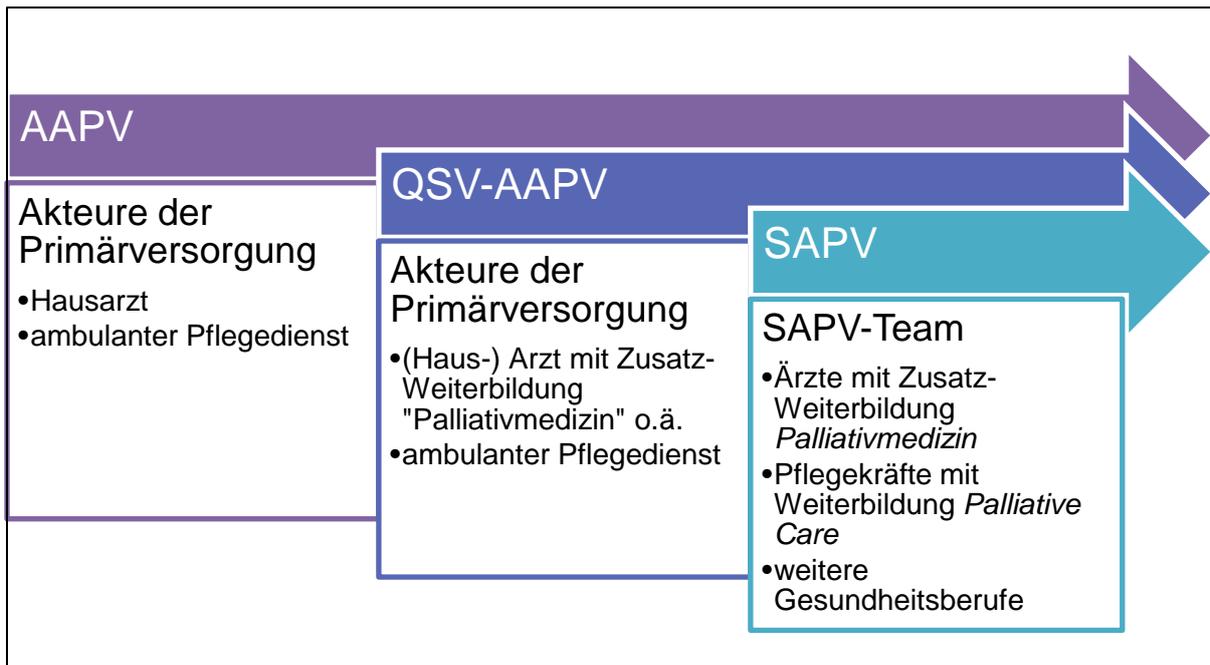


Abbildung 1 Eigene Darstellung AAPV – QSV-AAPV – SAPV

#### 2.4.4 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 einer anderen 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 [26].

Eine stationäre Palliativbehandlung ist nicht nur während der finalen oder präfinalen Phase einer Krankheit indiziert. Das Patientenkontingent 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.

Das Mitarbeiterteam einer Palliativstation unterliegt besonderen Anforderungen. Es wird von den Teammitgliedern einer Palliativstation erwartet, dass sie über eine spezialisierte palliative Weiterbildung verfügen. Ebenfalls wird das Kernteam einer Palliativstation von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe z. B. Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und ehrenamtlichen Hospizhelfern unterstützt. Ergänzend

hinzukommen weitere Berufsgruppen wie z. B. Logopädie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Wundpflegespezialisten [26].

Palliativpatienten benötigen eine intensive Betreuung, erstrebenswert ist ein Pflegeschlüssel von 1:1, besser noch 1,2:1. In Einrichtungen, in denen auch Kinder palliativmedizinisch versorgt werden, sollte pro Schicht eine Pflegefachkraft mit pädiatrischer Qualifikation vertreten sein. Ärzte auf einer Palliativstation sollten maximal 5-6 Betten betreuen [26, 29].

Die Kosten der Versorgung auf einer Palliativstation werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen. Die Vergütung erfolgt zum größten Teil nach Fallpauschalen (DRG), jedoch besteht auch die Möglichkeit, in sogenannten Tagessätzen abzurechnen, was von etwa 30% der Einrichtungen gemacht wird [10].

Nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [26] sollten etwa 8-10 Betten pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen.

#### **2.4.5 Palliativdienst im Krankenhaus**

Palliativdienste im Krankenhaus bieten für Klinikpersonal auf Normalstationen 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, auch in Häusern, in denen keine spezialisierte Palliativstation vorhanden ist. Ebenfalls sollte er 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, 10, 20].

In jedem Krankenhaus mit mehr als 250 Betten sollte ein Palliativdienst vorhanden sein, jedoch sollte im Bedarfsfall jedem Krankenhaus dieser Dienst zur Verfügung stehen. Diese Form des Unterstützungs- und Betreuungsmodells ist bisher nur in wenigen Ländern gut etabliert, hierzu gehören Frankreich, Belgien, Irland und UK [26].

#### **2.4.6 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 [6].

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 [10].

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“ [26].

#### **2.4.7 Tageshospiz**

Tageshospize, auch teilstationäre Hospize genannt, sind meist einem stationären Hospiz angegliedert. Das Ziel dieser Einrichtungen ist eine soziale und therapeutische Betreuung der Patienten. Damit soll einer sozialen Isolation vorgebeugt und Angehörige und weitere Betreuungspersonen entlastet werden [10, 26].

Nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [26] 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 [26].

#### **2.4.8 Ambulante Hospizdienste**

Ambulante Hospizdienste bieten eine psychosoziale Begleitung für Patienten und Angehörige an. Sie bestehen üblicherweise aus ehrenamtlichen Mitarbeitern und hauptamtlichen Koordinatoren. Sie haben eine wichtige Funktion bei der psychosozialen und emotionalen Unterstützung der Betroffenen inne. 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, 10].

Finanzierungsmöglichkeiten für ambulante Hospizdienste bestehen zum Teil über Zuschüsse der GKV zu den Personalkosten der Koordinatoren, wenn diese bestimmte Voraussetzungen erfüllen [10]. Es sollte nach den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ [26] einen ambulanten Hospizdienst auf 40.000 Einwohner geben.

## 2.4.9 Trauerarbeit

Bei der Trauerarbeit handelt es sich um ein Angebot der 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 Palliativversorgung, dass die Trauerreaktion erfasst und abgeschätzt wird, um den Patienten und seine Nahestehenden bedarfsorientiert zu begleiten [9].

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

## 2.5 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 [20]. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über ärztliche und pflegerische Weiterbildungsmöglichkeiten bezüglich der Palliativversorgung.

### 2.5.1 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 [20, 30].

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 [31].

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 [20]. Ambulant tätige Ärzte müssen für die palliativmedizinischen GOPs keine palliativmedizinische Qualifikation nachweisen [24].

### 2.5.2 Fort- und Weiterbildung der Pflege

In der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege“ [32] 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“ [32] zu absolvieren ist. Eine differenzierte Darstellung der Inhalte, um 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 [30].

Die Prüfungsordnung für die Altenpflege erwähnt die Palliativversorgung nicht ausdrücklich, jedoch wird hier auf die Versorgung von schwerkranken und sterbender Menschen hingewiesen, was auch Maßnahmen der Palliativversorgung beinhalten kann [30].

Das seit 1996 bestehende und anerkannte Basiscurriculum *Palliative 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 [20, 30].

### 2.5.3 Fort- und Weiterbildung anderer 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. Ebenfalls gibt es für diese Berufsgruppe eine anerkannte Weiterbildung, welche aus einem 40-stündigen Basiskurs und darauf aufbauenden 20-stündigen Aufbaukurs besteht [20].

Spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten für Seelsorger und Pharmazeuten, Apotheker, medizinische Assistenzberufe sowie Pflegehelfer werden angeboten [20, 30].

## 3 Analyse der Versorgungsstrukturen in Mecklenburg – Vorpommern

### 3.1 Methodik

Die verschiedenen Leistungserbringer im Bereich der Palliativversorgung wurden auf der Basis verschiedener Datenquellen identifiziert:

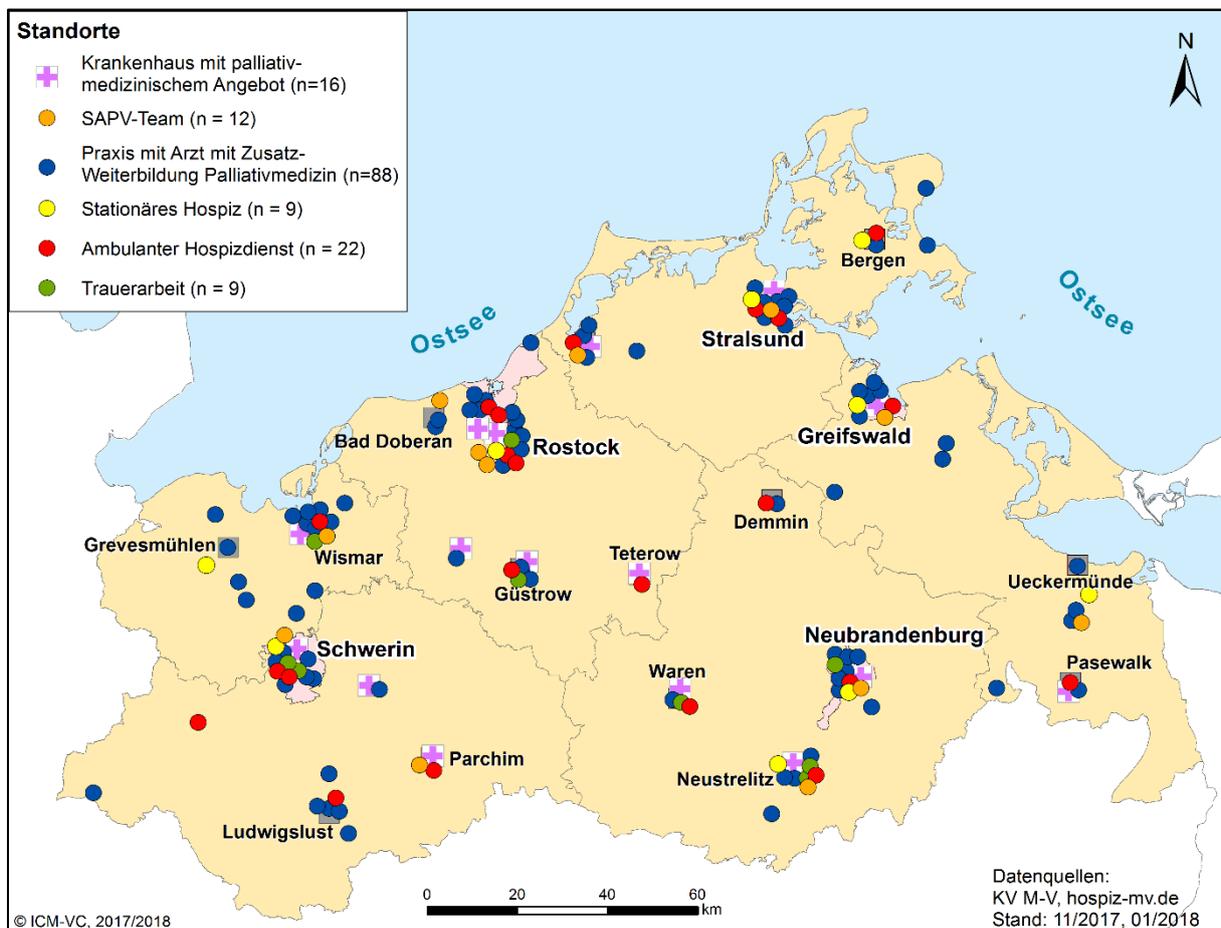
- niedergelassene Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* mit Hilfe des Internetauftrittes der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV),
- SAPV-Teams, Hospize, Krankenhäuser mit palliativmedizinischem Angebot, ambulante Hospizdienste und Anbieter von Trauerarbeit über den Internetauftritt der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LAG) sowie über die KVMV
- 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 PalliativVerbands e. V. bezüglich eines 30 km Versorgungsradius sowie Abrechnungsmöglichkeiten für Hausbesuche der SAPV-Teams für unterschiedliche Distanzen zu Patienten berücksichtigt.

Daten zur Inanspruchnahme von stationären Leistungen (InEK-Daten von 2011 bis 2016) wurden durch das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung gestellt und mit Hilfe des GIS der Bevölkerung in den Gemeinden zugeordnet. Daten zur Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern wurden aus dem zentralen Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern (Stand 10.01.2018) abgerufen [34]. Die kartografische Darstellung der Ergebnisse der Analysen erfolgte auf der Basis des geografischen Informationssystems.

### 3.2 Ergebnisse der geografischen Analysen

Bei der Analyse der palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern wurden zwölf SAPV-Teams, neun Hospize, 16 Krankenhäuser mit palliativmedizinischem Angebot, 88 Arztpraxen mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*, 22 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 [26]. 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].

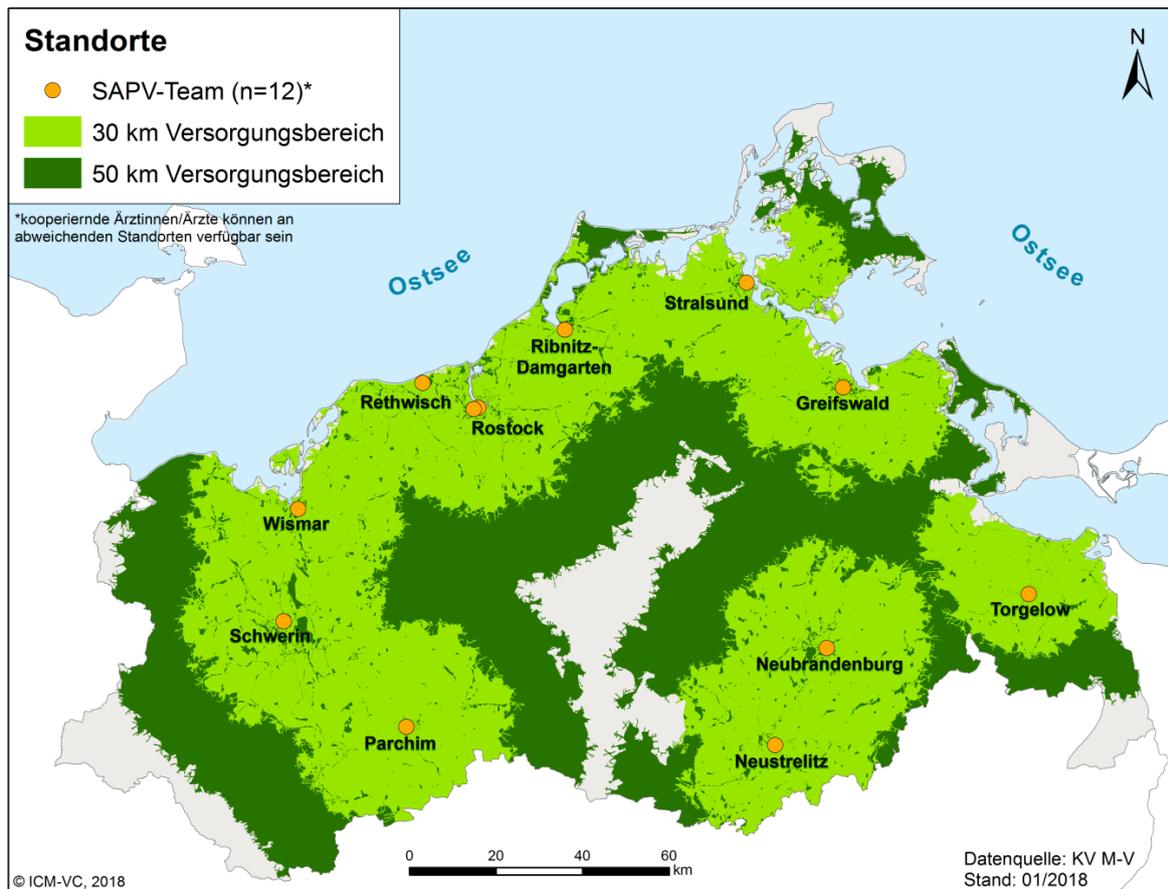
Niedergelassene Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* (Abbildung 2) sind in allen Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern vertreten. Es gibt pro 100.000 Einwohner 5,4 Arztpraxen mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* in Mecklenburg-Vorpommern. Eine offizielle Bedarfsplanung für Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ liegt nicht vor, da es sich hierbei um keine Facharztausbildung handelt. Ebenso kann die Anzahl der Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung nicht ins Verhältnis mit der Anzahl der Palliativpatienten in Mecklenburg-Vorpommern gesetzt werden, da hierfür bis Redaktionsschluss des Berichtes die benötigten Abrechnungsdaten der Krankenkassen und der KVMV fehlten.

### **3.2.1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern**

Nach der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e. V. [27] sollten die Einzugsbereiche eines SAPV-Teams einen Radius von 30 km möglichst nicht übersteigen. Für weitere Fahrten sieht die Gebührenordnung einen Zuschlag vor. In Mecklenburg-Vorpommern reichen die Versorgungsgebiete der SAPV-Teams häufig über einen Radius einen 30 km 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 (Abbildung 3). Da es in einigen SAPV-Teams kooperierende Ärzte an anderen Standorten gibt, ist der tatsächliche Versorgungsradius einzelner SAPV-Teams in der praktischen Versorgung größer. Daten hierzu standen für dieses Gutachten nicht zur Verfügung<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Für die Darstellung der SAPV-Teams standen nur die Hauptstandorte der SAPV-Teams zur Verfügung. Standorte von eventuellen ärztlichen Kooperationspartnern wurden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt. Standorte der kooperierenden Ärzte würden die Einzugsbereiche verändern.



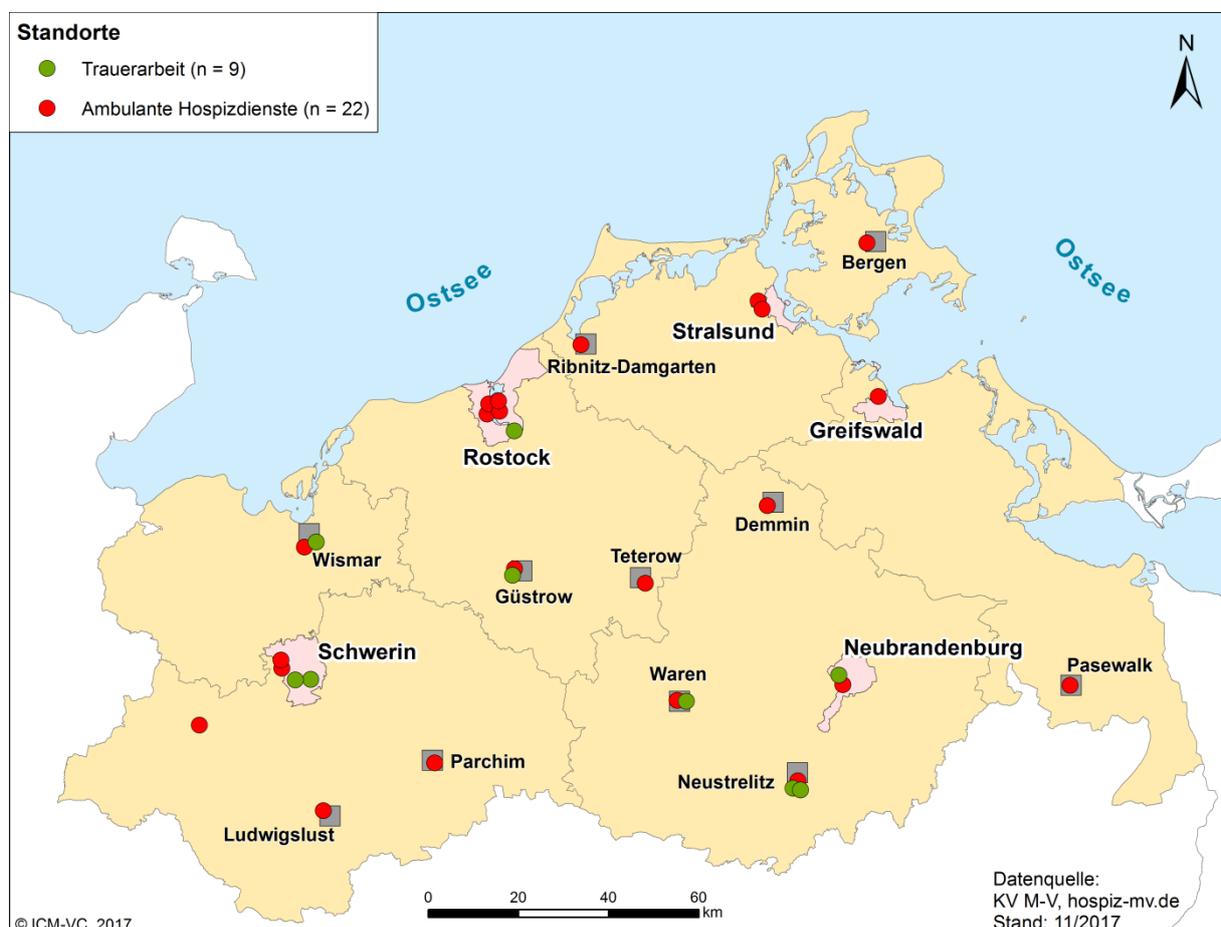
**Abbildung 3:** Darstellung der 30 km und 50 km Versorgungsbereiche der SAPV-Teams

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 [26]. Aktuell gibt es in Mecklenburg-Vorpommern zwölf SAPV-Teams (inklusive ein pädiatrisches SAPV-Team). Bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl von 1,6 Mio. Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern ergibt das eine Versorgungsratio von 0,74, die also etwas unterhalb der Empfehlung liegt. Für die Erfüllung der Empfehlung wären 16 -17 SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern notwendig. Tabelle 1 zeigt die Anzahl der SAPV-Teams pro 100.000 Einwohner in den jeweiligen 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 der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care.

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

**Tabelle 1: Anzahl der SAPV-Teams bezogen auf die Einwohnerzahlen der Landkreise** (Quelle Einwohnerdaten: Zentrales Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 10.01.2018)

### 3.2.2 Ehrenamtliche palliative Versorgungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern



**Abbildung 4:** Räumliche Verteilung der ehrenamtlichen Angebote in Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 4 zeigt eine Übersicht der Verteilung von ehrenamtlichen Angeboten in der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Auf der Karte ist zu erkennen, dass in einem Großteil des Landkreises Vorpommern-Greifswald keine ehrenamtlichen Leistungen angeboten werden. Nach der Empfehlung der „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ sollte das Verhältnis von ambulanten Hospizdiensten 2,5 pro 100.000 Einwohner betragen [26]. Berechnet man die aktuelle Anzahl an ambulanten Hospizdiensten pro 100.000 Einwohner, so beträgt die Anzahl aktuell 1,35 pro 100.000 Einwohner. Aktuell sind 22 ambulante Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern aktiv. Um den Soll-Wert zu erfüllen, werden 41 ambulante Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern benötigt. Folgende Tabelle stellt die Ist-Anzahl und Soll-Anzahl der ambulanten Hospizdienste für die einzelnen Landkreise dar.

Landkreis	Anzahl Einwohner	Ist-Anzahl ambulante Hospizdienste pro 100.000 Einwohner	Ist-Anzahl ambulante Hospizdienste	Soll-Anzahl ambulante Hospizdienste
<b>Stadt Rostock</b>	207.507	1,93	4	5,19
<b>Stadt Schwerin</b>	97.853	2,04	2	2,45
<b>Mecklenburgische Seenplatte</b>	263.725	1,52	4	6,59
<b>Landkreis Rostock</b>	215.646	0,97	2	5,39
<b>Vorpommern-Rügen</b>	227.064	1,76	4	5,68
<b>Nordwestmecklenburg</b>	165.978	0,60	1	4,15
<b>Vorpommern-Greifswald</b>	238.015	0,84	2	5,95
<b>Ludwigslust-Parchim</b>	215.243	1,39	3	5,38
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>1.63.1031</b>	<b>1,35</b>	<b>22</b>	<b>40,78</b>

**Tabelle 2:** Übersicht der Anzahl der ambulanten Hospizdienste pro 100.000 Einwohner (Quelle Einwohnerdaten: Zentrales Informationsregister Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 10.01.2018)

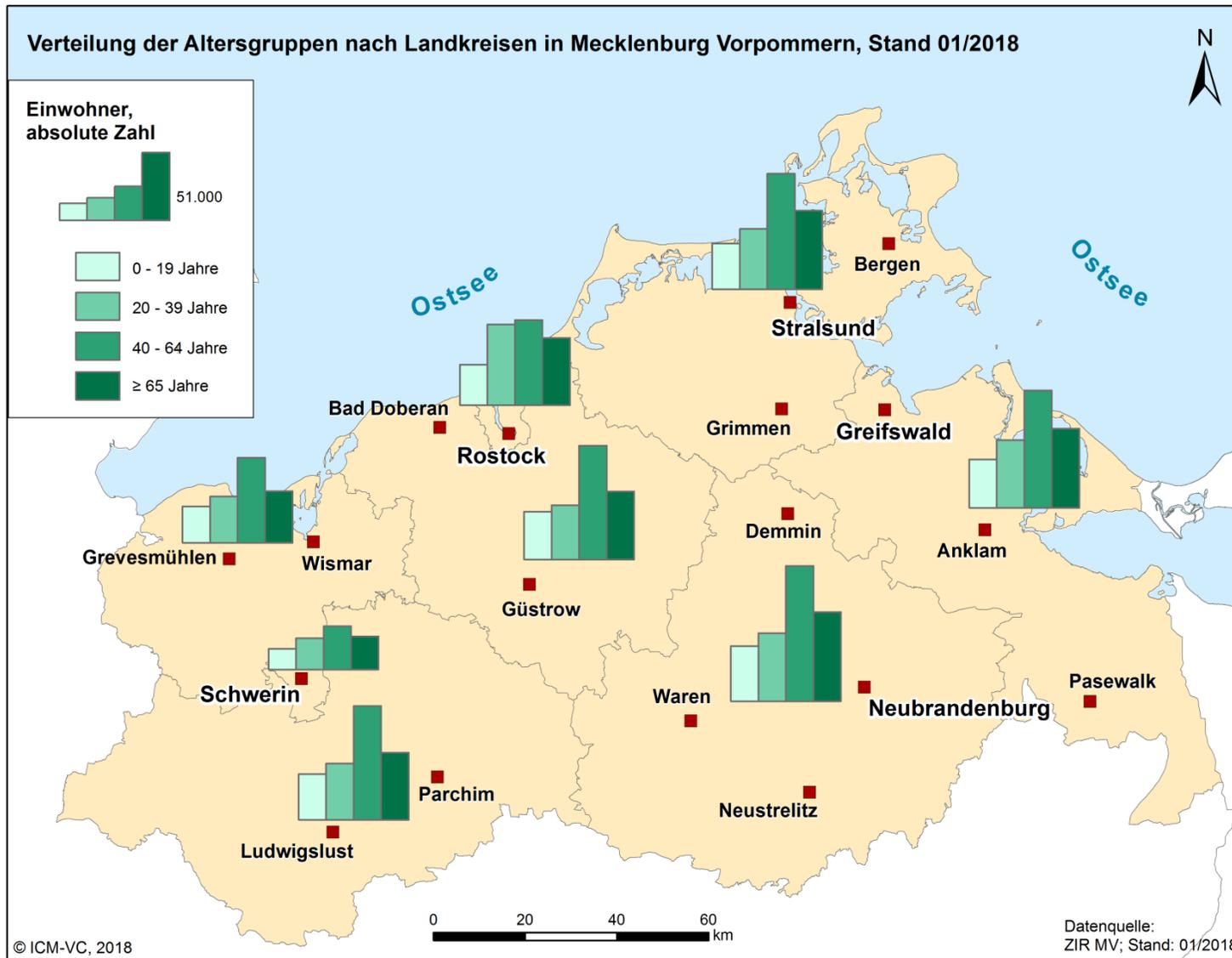
Tageshospize konnten für Mecklenburg-Vorpommern nicht ermittelt werden. Wird die Empfehlung der „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ von 1 Tageshospiz pro 150.000 Einwohner angenommen, so werden in Mecklenburg-Vorpommern ca.11 (10,87) Tageshospize benötigt [26].

## **4 Analyse der Inanspruchnahme der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern**

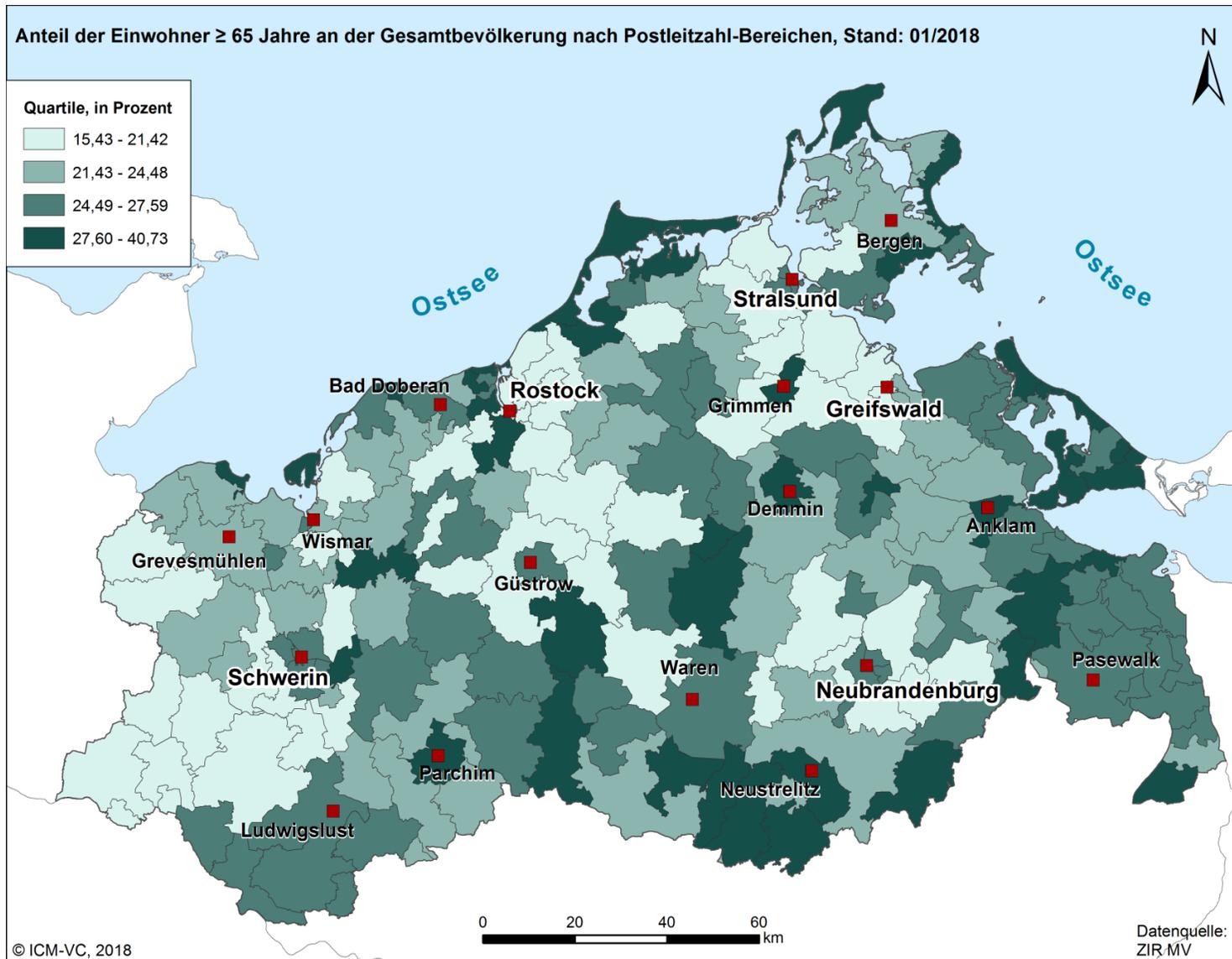
### **4.1 Altersverteilung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern**

Abbildung 5 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 (0-19 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 (Abbildung 6) erstellt, auf welcher die Verteilung der über 65 jährigen Personen für die jeweiligen Postleitzahlenbereiche in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt wurde. Die Regionen rund um die größeren Orte („Speckgürtel“) haben in der Regel den geringsten Anteil an Einwohnern über 65 Jahre. 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 5** Altersgruppen in absoluten Zahlen nach Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern



**Abbildung 6** Anteil der Anwohner über 65 Jahre von Mecklenburg-Vorpommern nach Gemeinden

## 4.2 Morbidität von 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 [9].

In den meisten Fällen handelt es sich bei den Krankheiten von Palliativpatienten jedoch um nicht heilbare, progredient verlaufende und weit fortgeschrittene Erkrankungen [29]. Tumorpatienten machen mit etwa 95% 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 [29, 30].

22,2% der im Jahr 2016 im HOPE-Register<sup>3</sup> registrierten Palliativpatienten hatten eine nicht-onkologische Erkrankung. 5,1% der Palliativpatienten wiesen eine Erkrankung des Kreislaufsystems auf und 3,5% hatten Erkrankungen des Nerven- und Atemsystems [35].

Dass der Anteil der Palliativpatienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen gering ist, 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 [23].

Demgegenüber berichtet das Robert Koch-Institut [10], dass ein Großteil (75%) der Patienten, welche eine AAPV in Deutschland erhielten, vor allem neurologische und kardiovaskuläre Krankheiten aufwiesen [10].

---

<sup>3</sup> 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 [7].

## 4.3 Prävalenzen onkologischer Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern

### 4.3.1 Methodik

Auf der Basis Prävalenzraten von Krebserkrankungen in Deutschland des Zentrums für Krebsregisterdaten und Bevölkerungszahlen des zentralen Informationsregisters Mecklenburg-Vorpommern (Abruf 10.01.2018) Prävalenzraten der häufigsten Krebserkrankungen für Mecklenburg-Vorpommern berechnet [34, 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 [36].

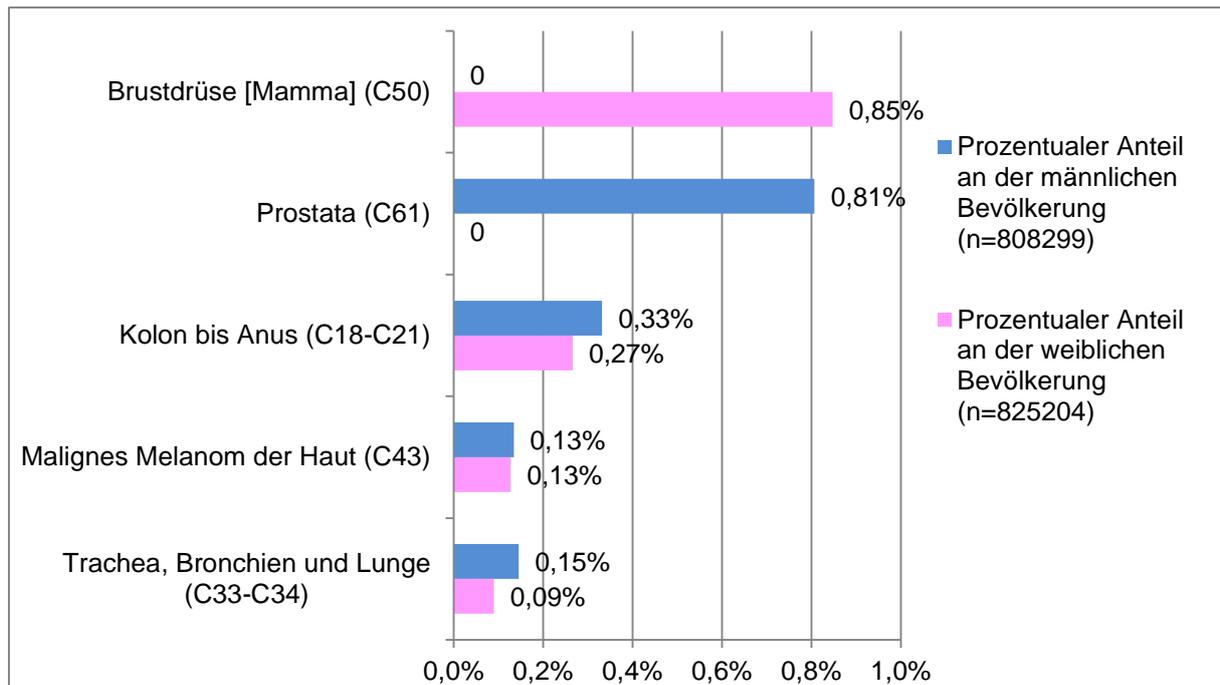
### 4.3.2 Ergebnisse

Auf Basis des Bundesdurchschnitts wurde die Prävalenzrate für onkologische Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern ermittelt. Etwa 2,2% (n=35.730) der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern hatte im Jahr 2016 eine onkologische Erkrankung.

Zu den häufigsten Erkrankungen im Jahr 2016 gehörten Erkrankungen der Brustdrüse [Mamma] (ICD-10<sup>4</sup> C5), der Prostata (ICD-10 C61), bösartige Neubildungen des Kolon einschließlich Rektum und Anus (ICD-10 C18-C21), Malignes Melanom der Haut (ICD-10 C43) und bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und Lunge (ICD-10 C33-C34). Abbildung 7 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, Rektums und Anus mit 0,33% (n= 2.682) in der männlichen und mit 0,27% (n=2.197) in der weiblichen Bevölkerung (Abbildung 7).

---

<sup>4</sup> 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 7** Prozentualer Anteil der häufigsten onkologischen Erkrankungen an der weiblichen und männlichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern (Datenquelle: zentrales Informationsregister M-V, Datenabfrage 10.01.2018, Zentrums für Krebsregisterdaten, 2018)

#### 4.4 Inanspruchnahme der stationären Palliativversorgung

Ziel der Analyse der Inanspruchnahme der palliativmedizinischen Leistungen ist eine regionale Analyse der Patienten- und Leistungszahlen in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2011 bis 2016. Dabei wird untersucht, ob es regionale Unterschiede in der stationären palliativmedizinischen Versorgung gibt.

Durch die unterschiedlichen Versorgungsangebote der Palliativversorgung und der unterschiedlichen Finanzierungsformen müssen für eine vollständige Analyse der Inanspruchnahme der Palliativversorgung Daten aus verschiedenen Quellen herangezogen werden.

Leistungen im ambulanten Bereich (AAPV und SAPV) werden nach Gebührenordnungspositionen (GOP) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Diese Abrechnungsdaten liegen bei den gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung vor. Abrechnungsdaten der stationären Versorgung liegen in Form von Operations- und Prozedurenschlüssel = OPS bei den gesetzlichen Krankenkassen vor. Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern verfügt über Abrechnungsdaten der stationären Versorgung (OPS) in räumlicher Aufteilung auf der Datengrundlage des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK-Daten).

Es wurden Abrechnungsdaten der ambulanten und stationären Palliativversorgung bei den gesetzlichen Krankenkassen (21.08.2017), der kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (21.08.2017) und des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (13.06.2017) beantragt.

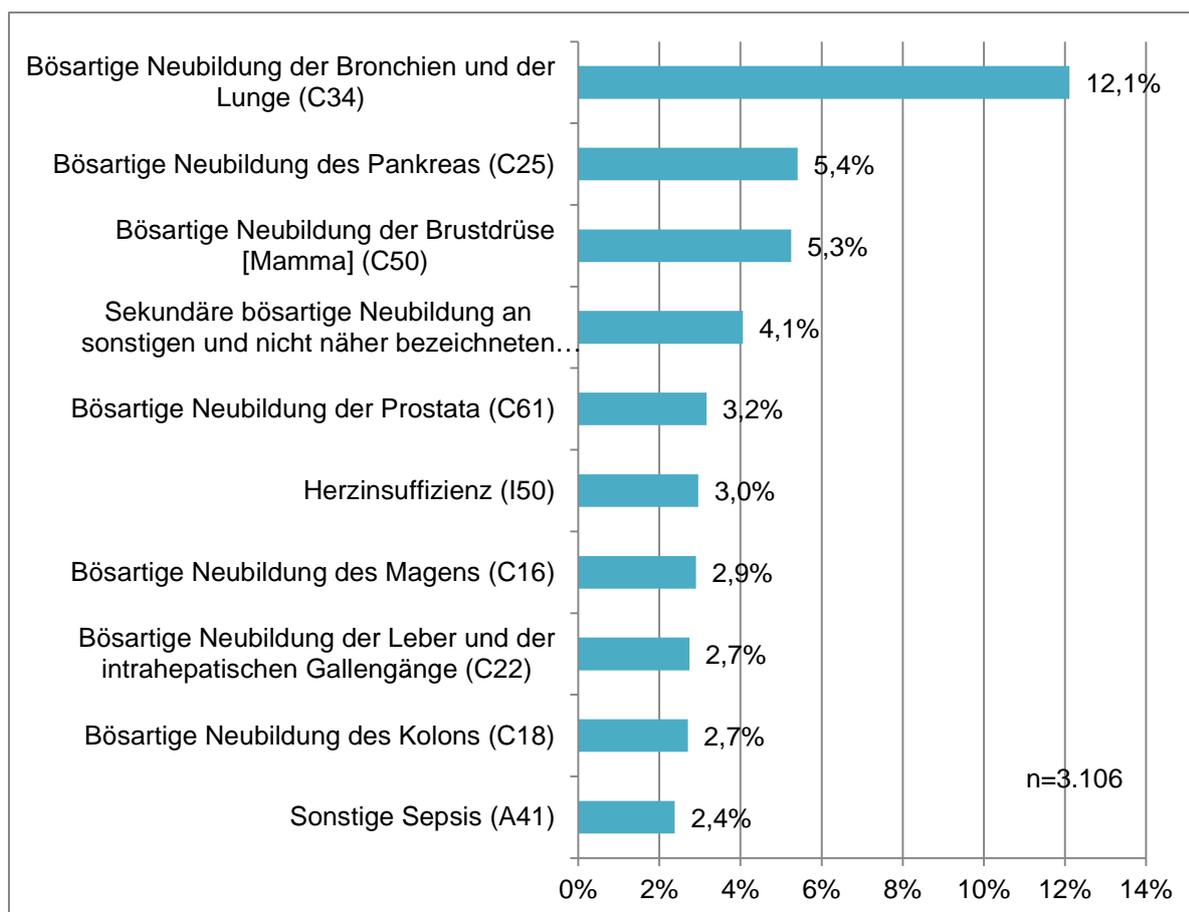
Zum Redaktionsschluss für diesen Bericht lagen nur die InEK-Daten aus dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit vor, so dass für diese erste Auflage des Berichts nur die stationäre Versorgung analysiert werden konnte. Sobald eine Analyse der Inanspruchnahme der ambulanten Palliativversorgung vorliegt, wird eine zweite Auflage des Berichts herausgegeben.

#### **4.4.1 Stationäre Versorgung - InEK-Daten**

Bei dem InEK-Datensatz handelt es sich um Abrechnungsdaten von stationären Leistungen der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern. 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 [38]. Auf der Basis dieser Daten wurde die Anzahl an palliativen stationären Behandlungsfällen in Mecklenburg-Vorpommern berechnet sowie die Diagnosen der Patienten. Für eine regionale Analyse der Inanspruchnahme der stationär abgerechneten palliativ-spezifischen OPS wurden die Leistungen den Postleitzahlbereichen der Wohnorte der Patienten zugeordnet.

##### **4.4.1.1 Diagnosen der 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. An sechster Stelle steht eine nicht-onkologische Diagnose, 3% der Palliativpatienten, die in 2016 stationär palliativmedizinisch behandelt wurden, hatten eine Herzinsuffizienz (Abbildung 8).



**Abbildung 8** Übersicht der 10 häufigsten stationären ICD-10 Kategorien bei stationären Palliativleistungen in 2016

#### 4.4.1.2 Analyse der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Die Häufigkeit palliativer stationärer Abrechnungen wurde anhand palliativ-spezifischer OPS für die Jahre 2011-2016 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 stationären 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 wie z. B.

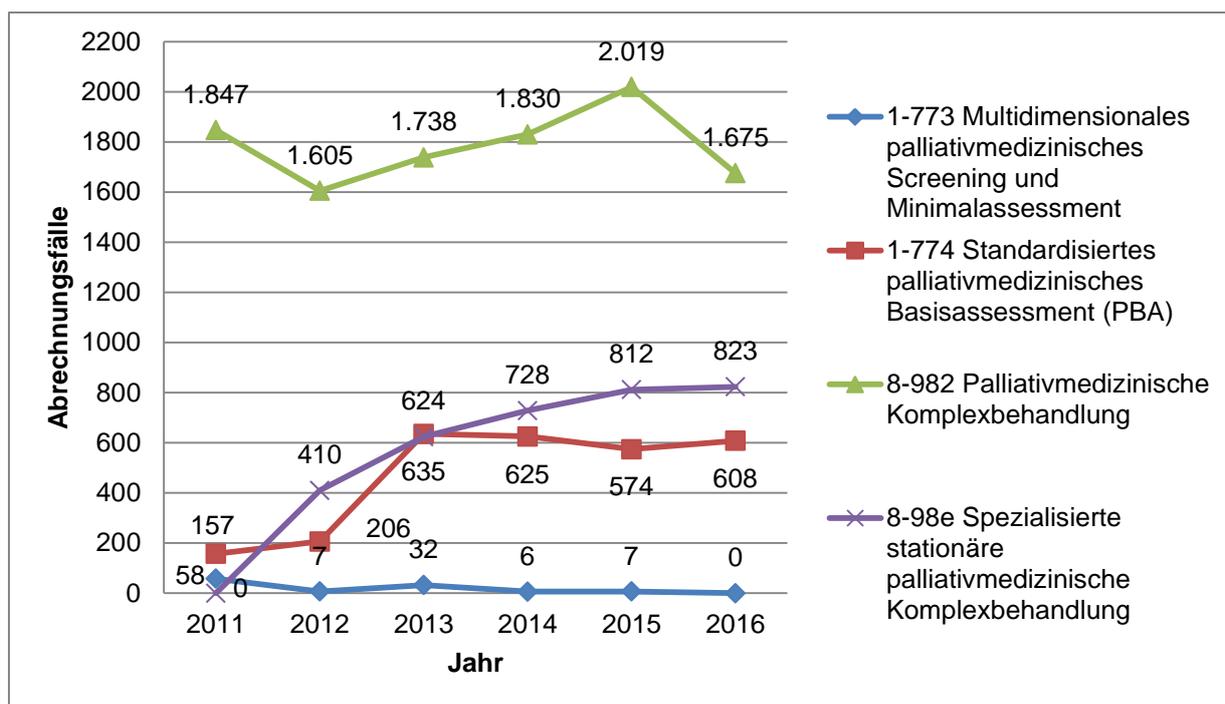
Schmerzanamnese, Lebensqualität, Symptomintensität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, psychische Belastung und die Alltagskompetenz [38].

Bei der OPS 1-774 *standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)* 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 (z. B. Schmerzanamnese, Lebensqualität, Symptomintensität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Alltagskompetenz, Ernährung und psychische Belastung) [38].

Die OPS 8-982 *palliativmedizinische Komplexbehandlung* beinhaltet eine ganzheitliche Behandlung 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 progredient, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung“ [38]. Die zeitgleiche Abrechnung des OPS-Codes 8-98e ist ausgeschlossen. Ebenfalls sollte die Pflege 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 [38].

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“ [38]. Die Betreuung 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 ebenfalls obligat [38].

Abbildung 9 stellt die Anzahl der einzelnen abgerechneten OPS-Codes für die Jahre 2011 bis 2016 dar.



**Abbildung 9** Übersicht der Anzahl der abgerechneten OPS in M-V in den Jahren 2011-2016

Abbildung 9 zeigt die Häufigkeit der abgerechneten palliativmedizinischen OPS von 2011 bis 2016. Die palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-892) ist der über die Jahre 2011-2016 am häufigsten abgerechnete OPS in Mecklenburg-Vorpommern.

Die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-92e) wurde erst im Jahr 2012 eingeführt und verzeichnete eine stetige Zunahme in den letzten 6 Jahren [38].

Die Abrechnungshäufigkeit des *standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments* (OPS 1-774) verbleibt seit dem Jahr 2013 mit etwa 600 abgerechneten Leistungen auf dem gleichen Niveau. Anhand dieser Zahl lässt sich erkennen, wie häufig das Assessment angewendet wurde, jedoch wurde während diesen stationären Aufenthalten keine spezialisierte und komplexe palliativmedizinische Behandlung (OPS 8-98e und OPS 8-892) durchgeführt. Ansonsten wäre diese höher bewertete OPS vermutlich priorisiert abgerechnet worden, da sich diese OPS-Ziffern bei der Abrechnung gegenseitig ausschließen [38].

Die OPS *1-773 Multidimensionales palliativmedizinisches Screening* wurde insgesamt in sehr geringen Zahlen abgerechnet.

In einer weiteren Analyse wurde das durchschnittliche Alter der Patienten der abgerechneten 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 stetig zu (Tabelle 3). Das Alter der

Patienten, die auf einer Normalstation palliativmedizinisch behandelt wurden (OPS 8-982 – *palliativmedizinische Komplexbehandlung*) ist ähnlich zu dem der Patienten, die auf einer Palliativstation behandelt wurden (OPS 8-98e – *spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung*). Der Altersrange der Patienten bei den jeweiligen Leistungen ist sehr breit, es wurden auf beiden Stationstypen sowohl sehr junge als auch sehr alte Patienten betreut.

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

Jahr	Anzahl	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, die zwischen 2011-2016 die OPS 8-98e „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ erhalten haben

Jahr	Anzahl	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

**Tabelle 3** Übersicht durchschnittliches Alter der Patienten, die zwischen 2011 und 2016 eine stationäre palliativmedizinische Behandlung erhielten

Die InEK-Daten wurden den Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern zugeordnet und in Bezug zur Bevölkerung gesetzt. Diese Analyse hatte zwei Ziele:

1. Regionale Analyse der Inanspruchnahme von stationär-palliativmedizinischen Leistungen,
2. Analyse des regionalen Zugangs zur stationären palliativmedizinischen Versorgung.

Für den Bevölkerungsbezug wurden Daten des zentralen Informationsregisters Mecklenburg-Vorpommern genutzt (Datenabfrage am 10.01.2018). Für die Analyse des Zugangs zur Versorgung wurden die Bevölkerungsdaten auf der Basis der amtlichen Bevölkerungszusammenstellung in Mecklenburg-Vorpommern altersstandardisiert (Stand 31.12.2016). Ziel der Altersverteilung ist, dass die Inanspruchnahme der Leistungen unabhängig von der Altersstruktur in den Regionen dargestellt wird, damit der Zugang zur

Versorgung zwischen den einzelnen Regionen unabhängig von Unterschieden in der Altersstruktur verglichen werden kann. Die Ergebnisse der Analysen wurden in Quartilen (Werte, die eine Stichprobe von Daten in vier gleiche Teile teilen) kartografisch dargestellt.

Auf den folgenden Karten sind Krankenhäuser abgebildet, welche keine palliativmedizinische Versorgung anbieten (rote Kreuze) und welche, die nach der Beschreibung der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. [39] mindestens die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-892) durchführen (lila Kreuze). Weiter wurden die Standorte der SAPV-Teams auf den Karten vermerkt.

Abbildung 10 zeigt die summierte Anzahl der Patienten, die zwischen 2012 und 2016<sup>5</sup> eine *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-982) erhalten haben, also eine palliativmedizinische Behandlung auf einer Normalstation. Die Inanspruchnahme dieser Leistung ist regional sehr unterschiedlich. Die Regionen bei Rügen und Stralsund, um Grimmen, Demmin, Anklam, Neubrandenburg, Boizenburg und Grevesmühlen zeigen weniger (unter 4,16 pro 1.000 Einwohner) Fälle mit der OPS 8-982 *palliativmedizinische Komplexbehandlung*. Eine Ursache 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. Im Umkehrschluss lässt sich daraus ableiten, dass in den Regionen Pasewalk, Güstrow, Teterow, Crivitz, Schwerin, Ribnitz-Damgarten, in welchen mehr als 4,15 Fälle pro 1.000 Einwohner zu sehen sind, Einrichtungen vorhanden sind, die nur Voraussetzungen für eine *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-982) erfüllen. In diesen Regionen könnte der Zugang zu einer spezialisierten stationären Palliativversorgung eingeschränkter sein, eventuell kann ein solcher Bedarf über die SAPV in diesen Regionen kompensiert werden (Abbildung 10).

Abbildung 11 zeigt die regionale Verteilung der OPS 8-98e *spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* summiert für die Jahre 2012 bis 2016. In den Bereichen bei Greifswald, Wolgast, Anklam, Grimmen und Bützow zeigt sich eine höhere Anzahl (über 1,28 Fälle pro 1.000 Einwohner) der Abrechnungsfälle. In diesen Regionen befinden sich wohnortnah Krankenhäuser mit einer eigenständigen Palliativeinheit. 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 [38]. 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 (unter 1,29 Fälle pro 1.000

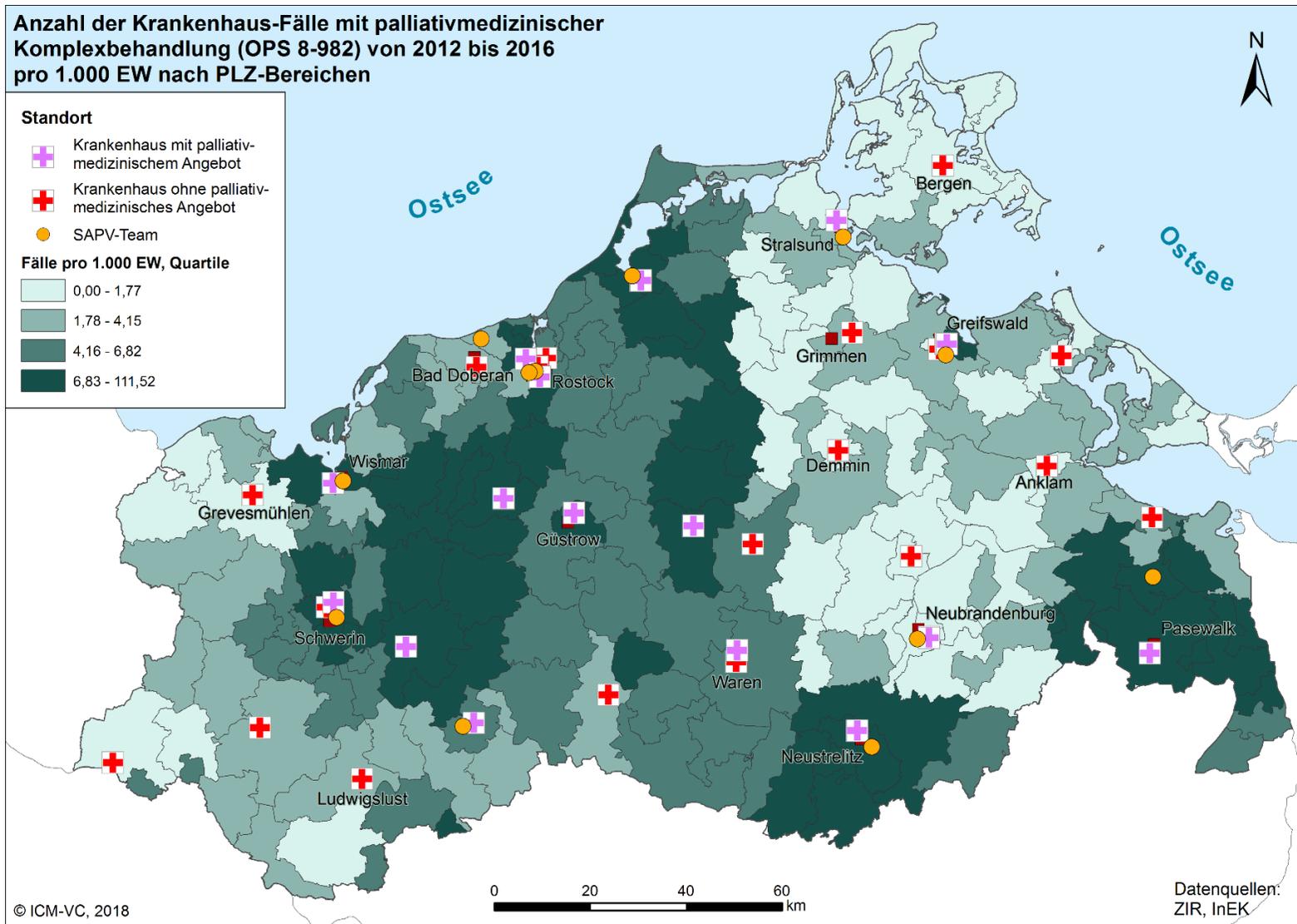
---

<sup>5</sup> Die Jahre 2012 bis 2016 aus dem Grund, dass im Jahr 2011 die OPS 9-98e noch nicht vorhanden war, vgl. Abbildung 9. [38]

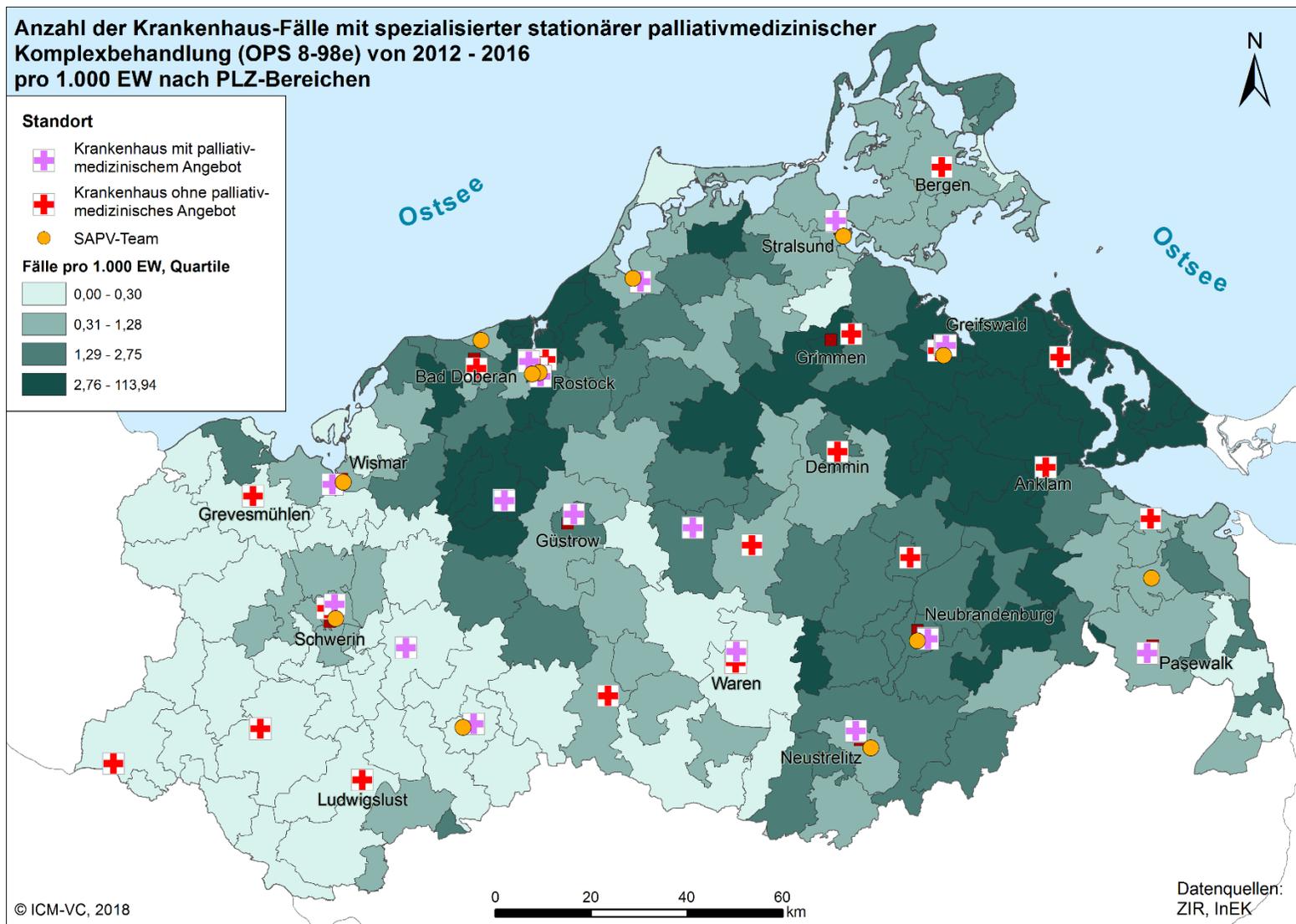
Einwohner). In diesen Regionen ist die Inanspruchnahme einer spezialisierten Palliativversorgung geringer als beispielsweise in Greifswald oder Neubrandenburg.

Die Inanspruchnahme von stationären palliativmedizinischen Leistungen ist, wenn die palliativmedizinische und die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung zusammen betrachtet werden, regional recht gleichmäßig verteilt. Ausnahmen bilden die Regionen bei Boizenburg und bei Ludwigslust. Eine mögliche Erklärung ist, dass Patienten in diesen Regionen eine palliativmedizinische Behandlung außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern erhalten haben.

Die Abbildungen 10 und 11 stellen die Anzahl der Krankenhaus-Fälle für die OPS 8-982 *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (Abbildung 10) und für die OPS 8-98e *spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (Abbildung 11) summiert für die Jahre 2012 bis 2016 für die Postleitzahlbereiche in Mecklenburg-Vorpommern dar.



**Abbildung 10** Anzahl der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung (OPS-8-982) pro 1000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern



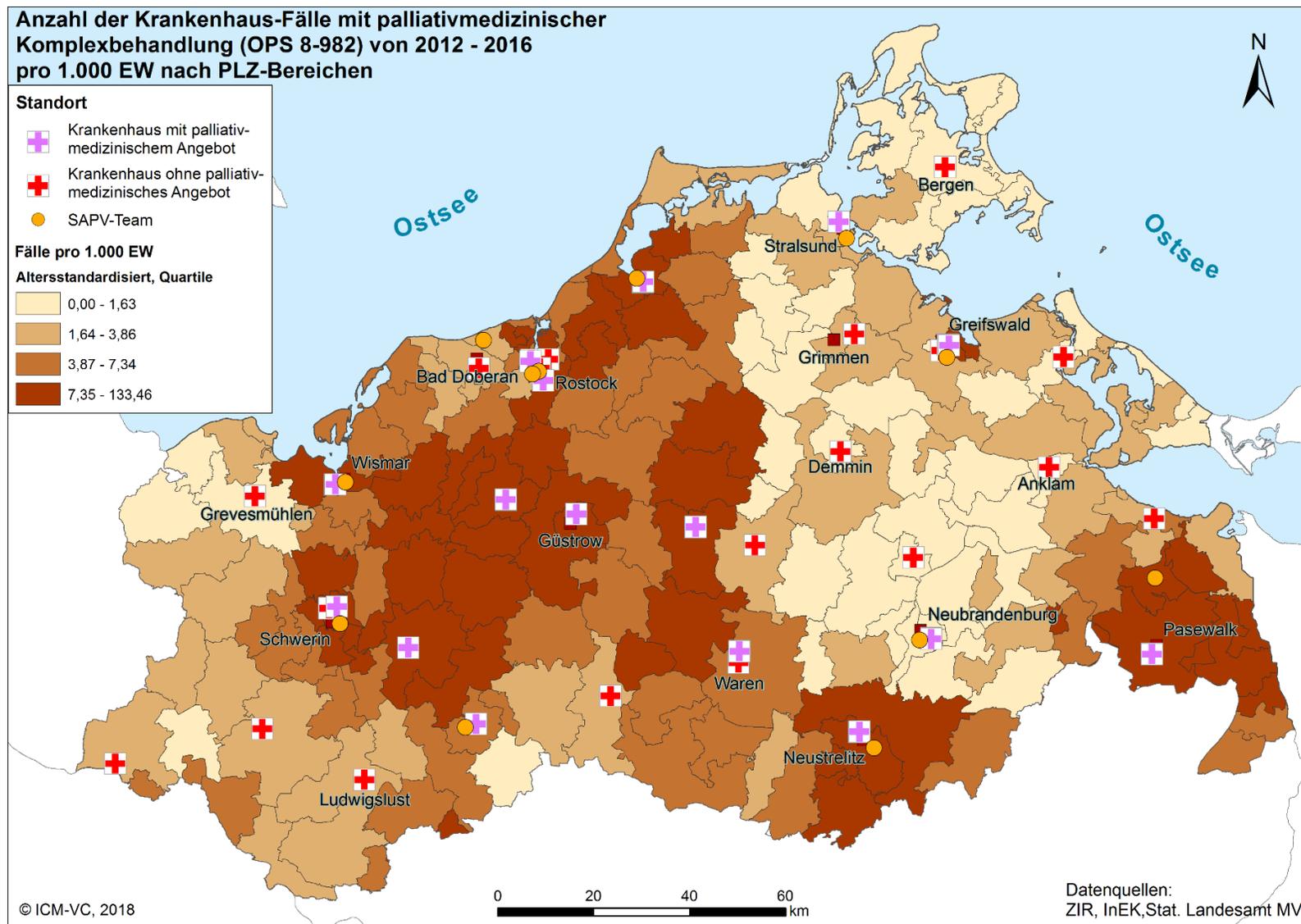
**Abbildung 11** Anzahl der Fälle mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung (OPS-8-98e) pro 1000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern

Die Abbildung 12 und 13 zeigen die OPS 8-982 *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (Abbildung 12) und die OPS 8-98e *spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (Abbildung 13), jedoch wurde bei diesen Karten eine Altersstandardisierung vorgenommen. Dadurch werden altersbedingte Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen korrigiert. Durch diese Darstellung kann der Zugang zur Versorgung unabhängig von regionalen Unterschieden im Altersaufbau der Bevölkerung verglichen werden.

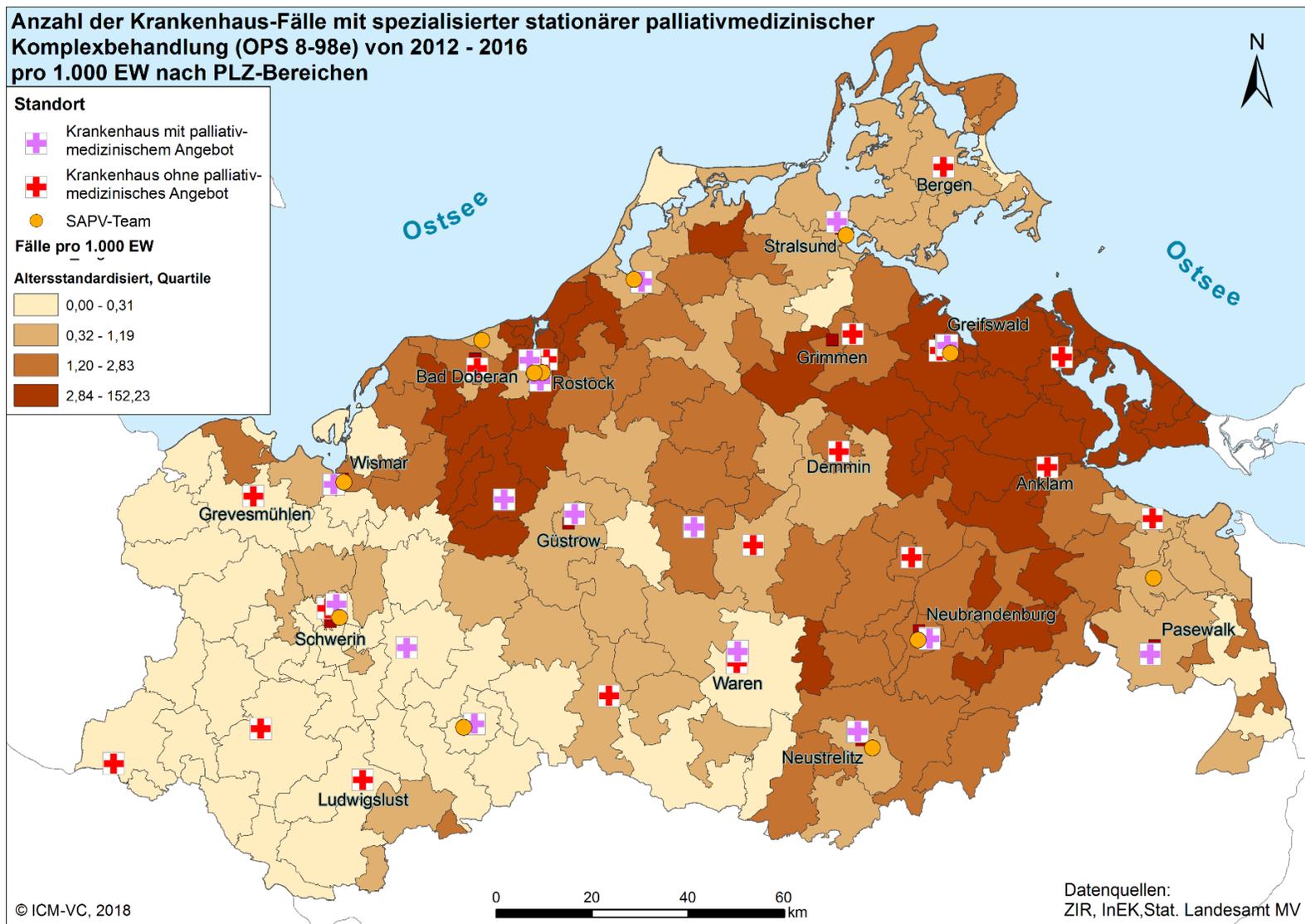
In der Region, die von der Insel Rügen im Norden über Demmin nach Neubrandenburg im Süden des Landes reicht, ist die altersstandardisierte Inanspruchnahme der *palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (OPS 8-982) relativ gering (max. 3,86 Fälle pro 1.000 Einwohner) (Abbildung 12). Ähnlich verhält es sich bei der altersstandardisierten Darstellung der *spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (OPS 8-98e) in den Regionen Grevesmühlen über Schwerin bis Ludwigslust (Abbildung 13).

Die Anzahl der Fälle, die eine *spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-98e) erhielten, ist im westlichen Teil des Landes auffällig geringer (max. 2,75 Fälle pro 1.000 Einwohner). Es ist wahrscheinlich, dass ein Teil der Patienten in diesem Teil des Landes Leistungen in Schleswig-Holstein oder Hamburg in Anspruch nehmen (Abbildung 11).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Analysen, dass bei der stationären palliativmedizinischen Versorgung eine wohnortnahe Betreuung wichtig für Patienten und Angehörige ist. In Regionen ohne Krankenhaus mit einer spezialisierten Palliativstation kann nur eine Palliativbetreuung abhängig von den Kompetenzen und Erfahrungen der qualifizierten Fachkräfte auf einer Normalstation (OPS 8-982) in Anspruch genommen werden. Auf diese Weise werden fehlende spezialisierte Angebote zum Teil kompensiert. Allerdings ist davon auszugehen, dass in diesen Regionen im spezialisierten Bereich potenziell eine Unterversorgung vorliegt. Eine genauere Analyse sollte in Kombination mit Leistungsdaten der ambulanten Palliativversorgung vorgenommen werden. Dies soll in einer zweiten Auflage der Evaluation durchgeführt werden.



**Abbildung 12** Anzahl der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung (OPS-8-982) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern, altersstandardisiert



**Abbildung 13** Anzahl der Fälle mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung (OPS-8-98e) pro 1.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereichen in Mecklenburg-Vorpommern, altersstandardisiert

## 5 Leitfadengestützte Experteninterviews

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

Für die Einzelinterviews wurden nach der Methode des „purposive sampling“ fünf Experten aus dem ambulanten und stationären Bereich sowohl mit direktem Patientenkontakt als auch aus Führungspositionen ausgewählt.

Der Interviewleitfaden wurde literaturbasiert erstellt und beinhaltete Fragen zur aktuellen Situation der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern, zu speziellen Problembereichen und zur Qualität der stationären und ambulanten Palliativversorgung sowie zu innovativen Versorgungsmodellen aus Sicht der jeweiligen Experten. Die Interviews wurden entweder telefonisch oder persönlich geführt. Sie wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend mit der Software MAXQDA transkribiert und in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring [40] analysiert.

### 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 verschiedenen Blickwinkeln 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.

#### 5.1.1 Einschätzung der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die befragten Experten schätzten die 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 Barrieren und Problembereiche 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 eine eventuelle 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, vom herkömmlichen pflegerischen Denken sich 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 im Klinikum 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 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, welche die Koordination der Palliativversorgung inne hat, fehlen würde. 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 nur 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 gebe 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 angemerkt, dass SAPV-Teams bereits einiges per Telefon machen würden. Als ergänzende Betreuungsmöglichkeit z. B. bei der Symptomkontrolle als Entscheidung, ob ein Hausbesuch notwendig ist, würde die Telemedizin sich jedoch gut eignen können. Es wurde von den befragten Personen jedoch betont, dass der persönliche Kontakt und das persönlich Gespräch in der Palliativversorgung sehr wichtig und nicht zu ersetzen sind. 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)*

Ebenfalls wurde eine elektronische Patientenakte thematisiert. Diese 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 den eigenen Tod ginge. Wünschenswert wären eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch eine Koordinierungsstelle sowie ein jährlich stattfindender Aktionstag. Außerdem sollte das Thema im Schulunterricht thematisiert werden.

Auf die Fragen, 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 Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen wurde unter anderem angegeben, dass mit vereinzelt Pflegeeinrichtungen mit Hinblick auf SAPV gut zusammengearbeitet wird. Ebenfalls 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 Palliativversorgung zu gewährleisten. Folgendes 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 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 Befragungen

Auf der Basis der Ergebnisse der Expertenbefragungen wurde ein Fragebogen zur schriftlichen Befragung der Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern erstellt. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 72 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 Implementation telemedizinischer Funktionalitäten in der Palliativversorgung, die Möglichkeit des Austausches an einem Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung und die Einrichtung einer landesweiten Koordinierungsstelle. Das Antwortformat des Fragebogens bestand aus Skalen, zusätzlich bestand die Möglichkeit weitere Bemerkungen einzufügen.

Die standardisierte Befragung wurde als Hybridbefragung (Beantwortung Online und 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 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 Palliativversorgung tätigen Akteuren setzte sich wie folgt zusammen:

- Ärzte mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ (n= 75; Stand: 19.10.17; ohne Zweigpraxis)
- Stationäre Hospize (n=8)
- SAPV-Teams (n=11)
- Krankenhäuser mit palliativen 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 4 stellt die Anzahl der Hausärzte, Pflegedienste/Pflegestützpunkte und Pflegeheime in den Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern dar. In Tabelle 5 ist die Anzahl der für die einzelnen Landkreise gezogenen Zufallsstichproben dargestellt.

**Tabelle 4** Verteilung der Hausärzte, Pflegedienste, Pflegestützpunkte und Pflegeheime auf die Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern

Leistungserbringer/ Anzahl	Ludwigslust- Parchim (N)	Mecklenburgische- Seenplatte (N)	Nordwest- mecklenburg (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 5** Übersicht der Stichprobenziehung

Leistungserbringer / Anzahl	Ludwigslust- Parchim (N)	Mecklenburgische- 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 Befragungen

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 Email. 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 14).

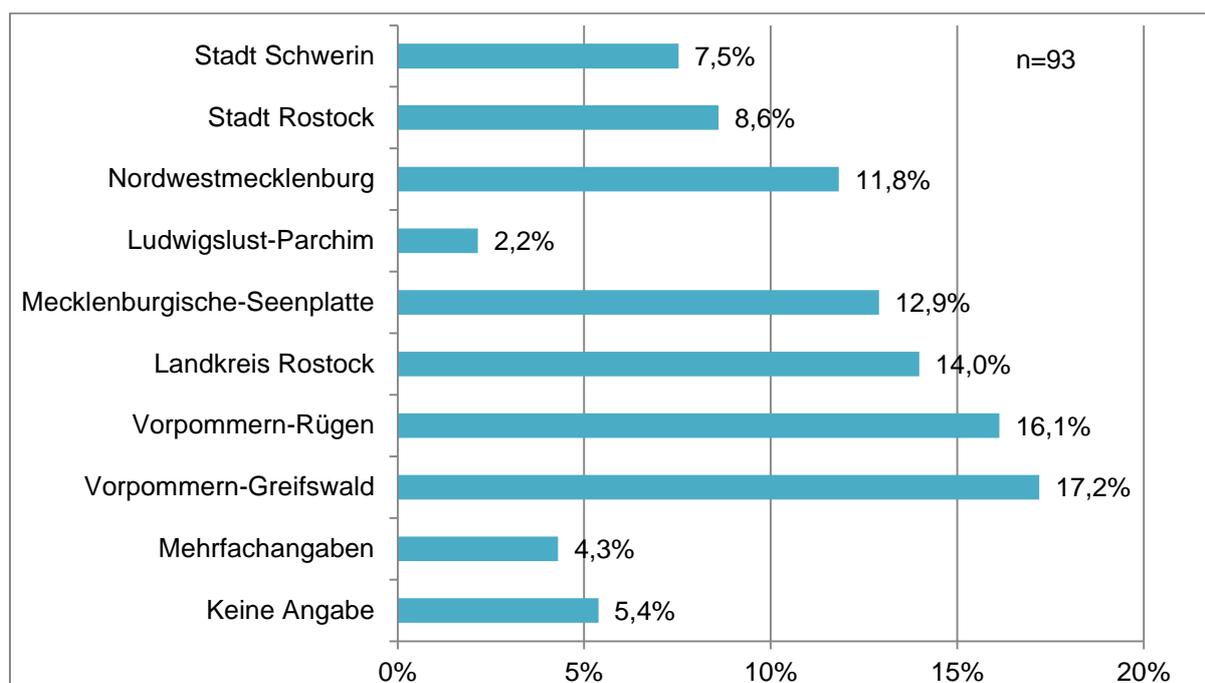
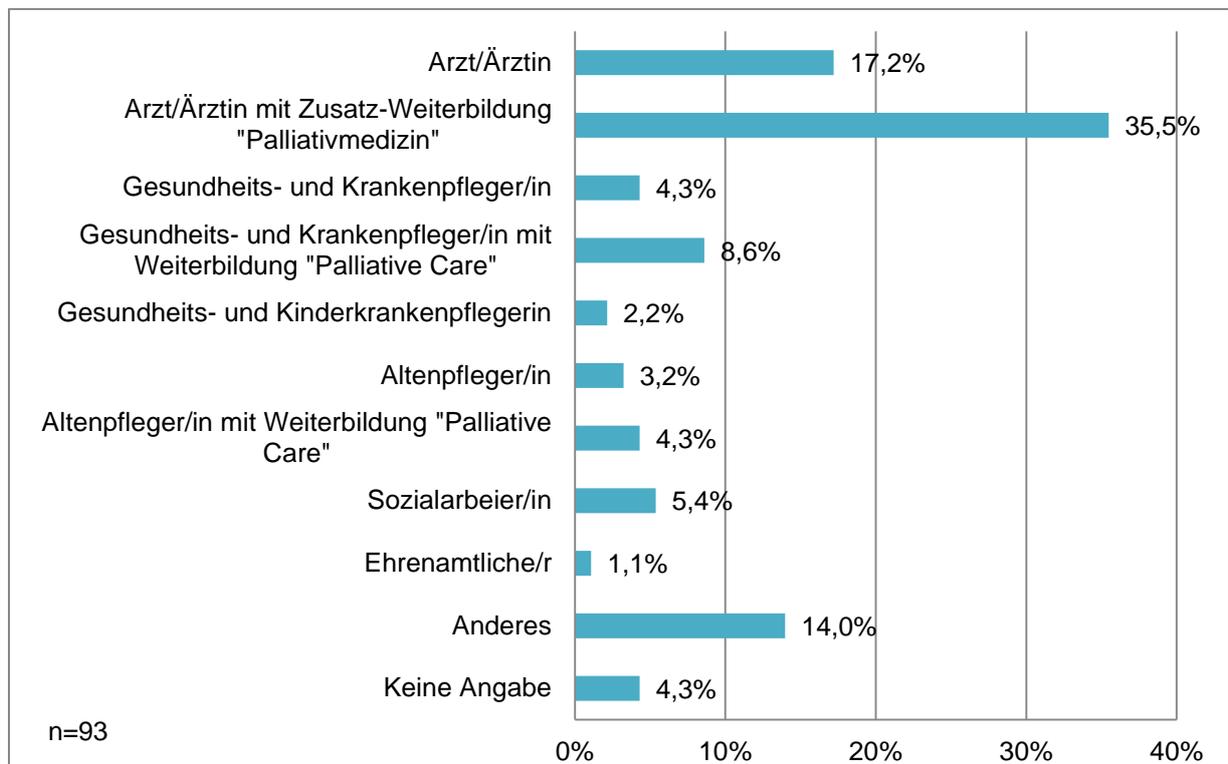


Abbildung 14 Ort/Landkreis der Einrichtung der Befragten

61,3 % (n=57) der Teilnehmer waren weiblich. 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 Kinderkrankenschwester mit der Weiterbildung „Palliative Care“, Psychologen und Medizinische Fachangestellte waren nicht unter den Teilnehmern vertreten (Abbildung 15).



**Abbildung 15** 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, Ehrenamtkoordination
- 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 angegeben und drei (3,2%) Personen machten keine Angaben zu ihrem Tätigkeitsbereich. Unter „Weitere“ wurde ein 24h-Intensivpflegedienst genannt. Mehrere Teilnehmer gaben an, sowohl als auch z. B. in einer Arztpraxis mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ und in der SAPV tätig zu sein (n=6) (Abbildung 16).

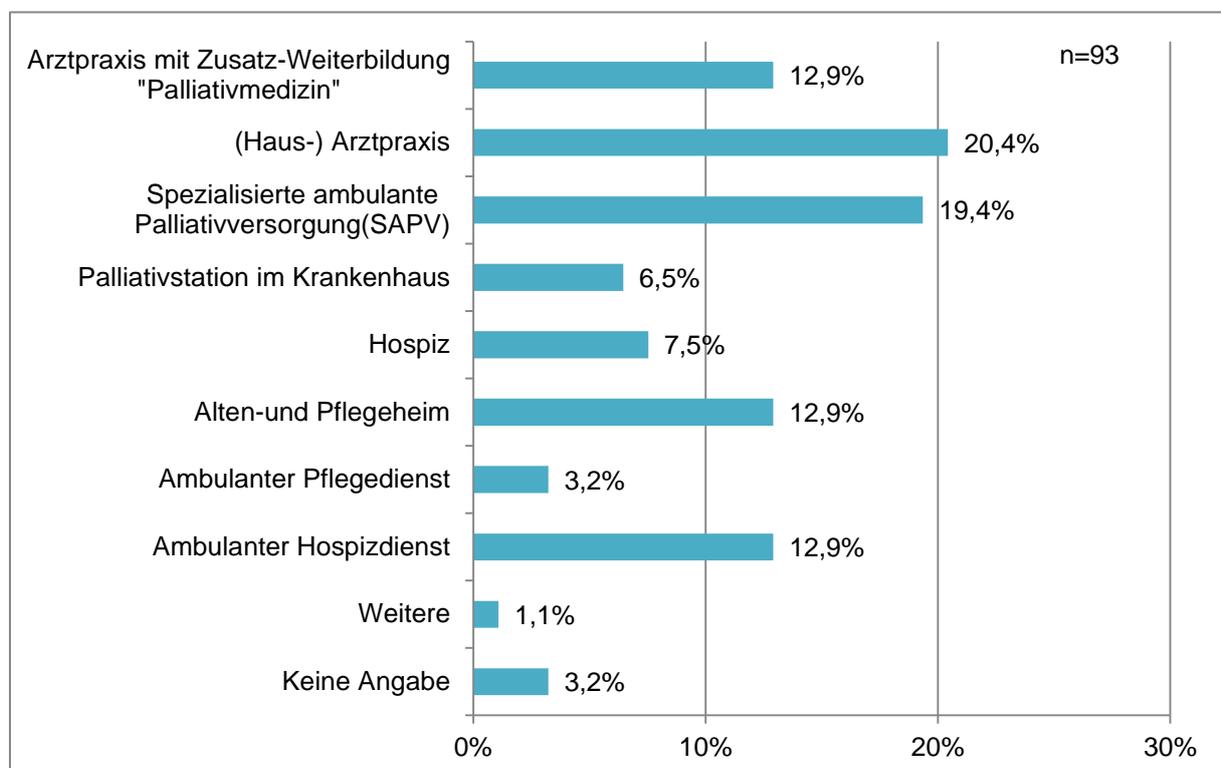


Abbildung 16 Tätigkeiten der Teilnehmer der Befragung (Mehrfachangaben waren möglich)

### 6.1.2 Strukturelle Angaben

47,3 % (n=44) der Befragten gaben an, dass der Versorgungsradius ihrer Einrichtung mehr als 30 km sei (Abbildung 17).

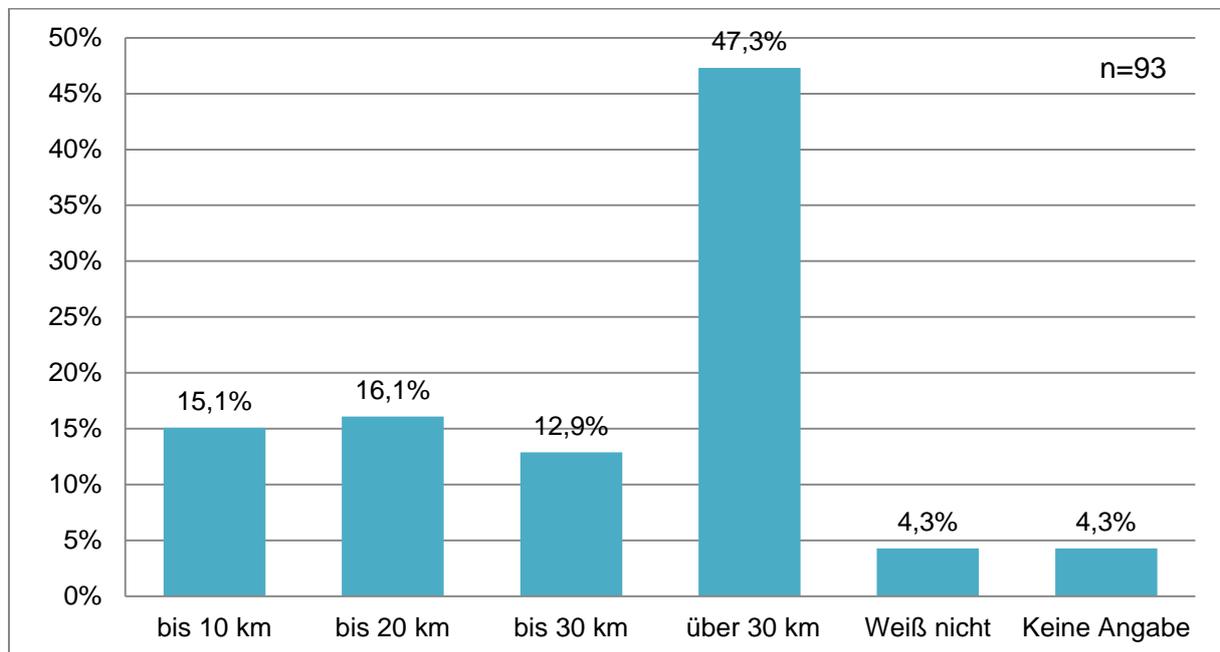


Abbildung 17 Angaben zur Größe des Versorgungsradius der Befragten

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.

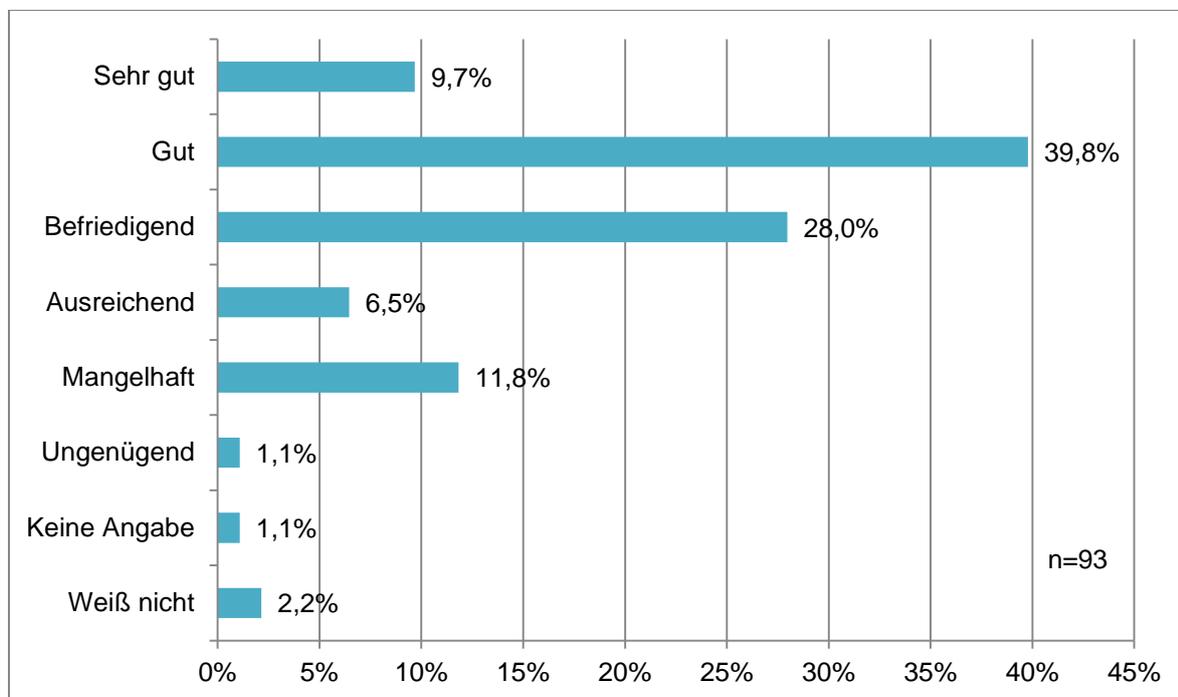
Ob eine ausreichende *stationäre* pädiatrische Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern vorhanden ist, konnte von 74,2% (n=69) der Befragten nicht beantwortet werden (*weiß nicht*) und 17,2% (n=16) verneinten dies.

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

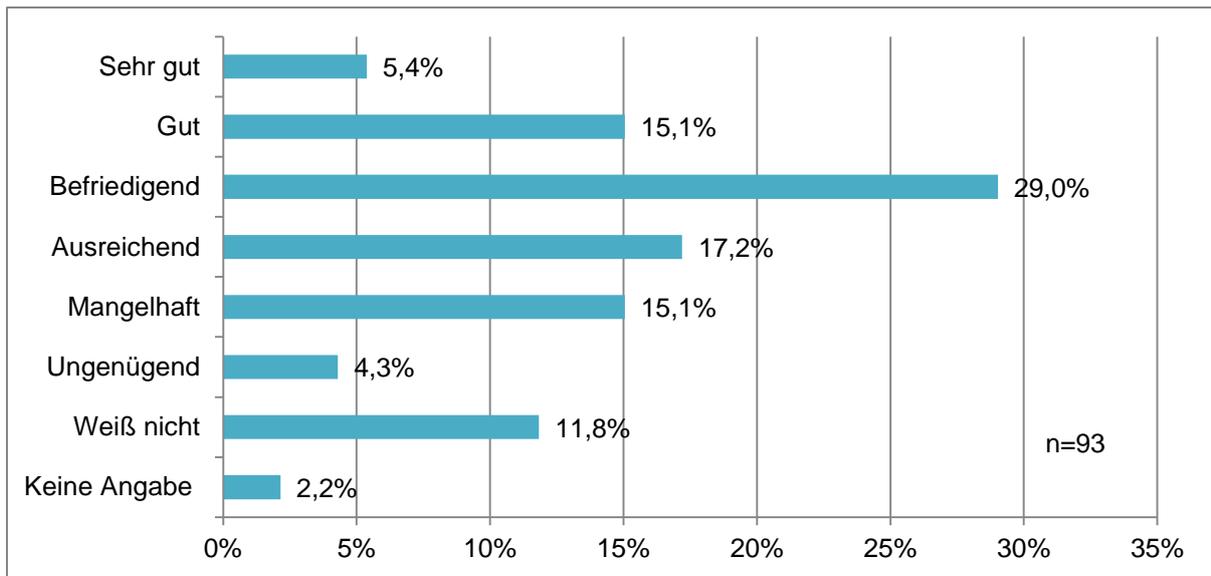
45,2% (n=42) der Teilnehmer waren der Meinung, dass in Mecklenburg-Vorpommern eine ausreichende stationäre Palliativversorgung vorhanden ist, 41,9% (n=39) verneinten diese Frage. 10,8% (n=10) gaben an, es nicht zu wissen und 2,2 % (n=2) beantworteten die Frage nicht.

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 (SD=1,2) bewertet. 9,7% (n= 9) der Befragten bewerteten die Strukturen der Palliativversorgung mit *sehr gut*, 39,8% (n=37) mit *gut* und *befriedigend* 28% (n=26) (Abbildung 18).



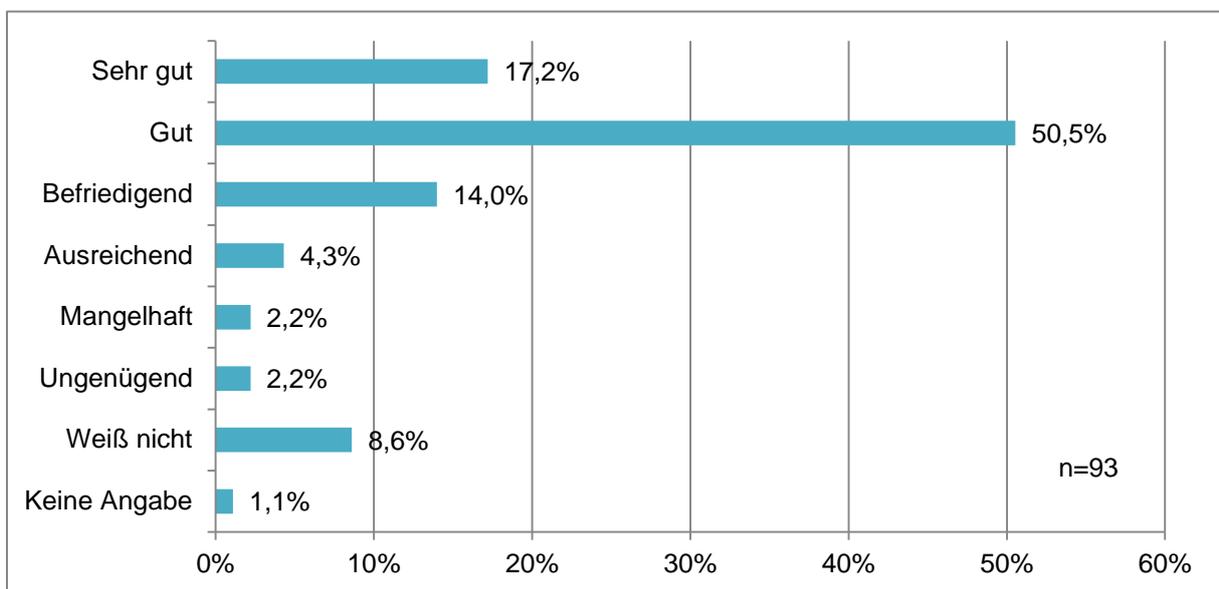
**Abbildung 18** Wie bewerten Sie im Allgemeinen die aktuellen Strukturen der ambulanten Palliativversorgung (SAPV, APPV, ambulanter Hospizdienst etc.) in Mecklenburg-Vorpommern?

Die Zugangsmöglichkeiten zu palliativen Versorgungsleistungen für Patienten aus *ländlichen Regionen* wurden im Mittel mit der Schulnote 3,4 (SD= 1,3) 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 19).



**Abbildung 19** Bewertung des Zugangs zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus ländlichen Regionen

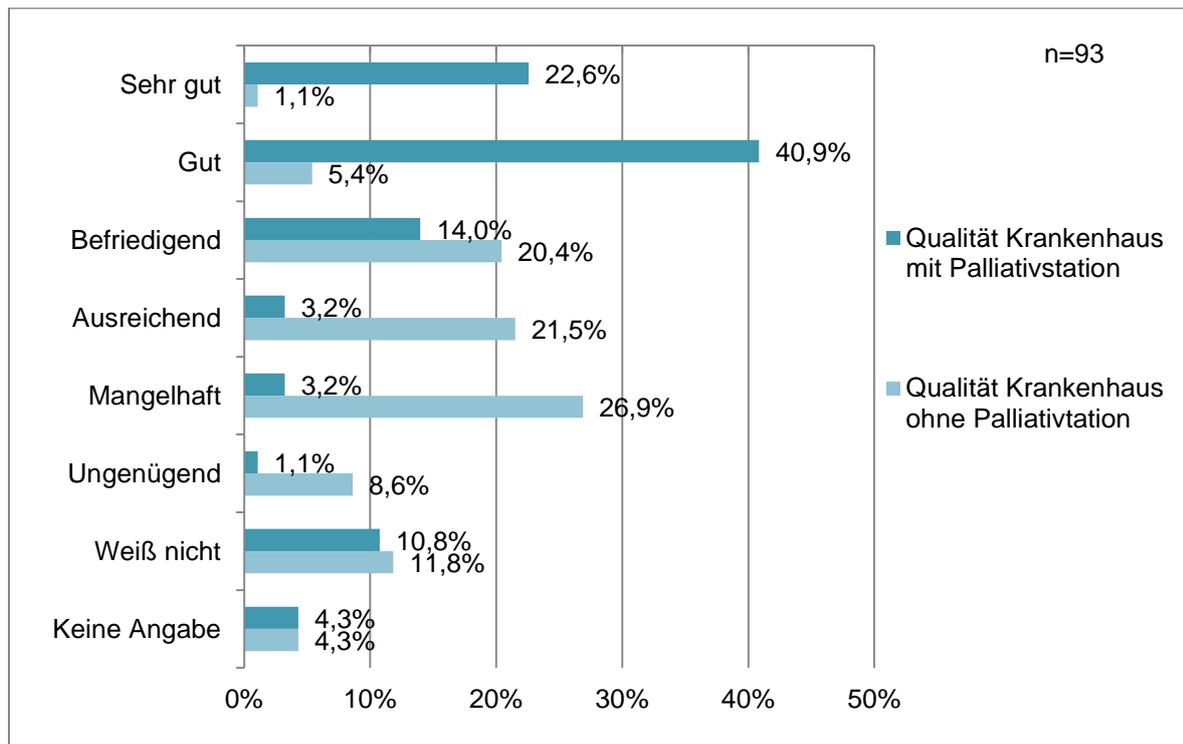
Die Benotung des Zuganges zu Angeboten der Palliativversorgung für Patienten aus *der Stadt*, betrug im Durchschnitt die Note 2,2 (SD= 1.0). Hier bewerten 50,5% (n=47) der Befragten die Zugangsmöglichkeiten als *gut*, 17,2% (n=16) mit *sehr gut* und 2,2 % (n=2) mit *ungenügend* (Abbildung 20).



**Abbildung 20** Bewertung des Zugangs zu palliativen Versorgungsangeboten für Patienten aus der Stadt

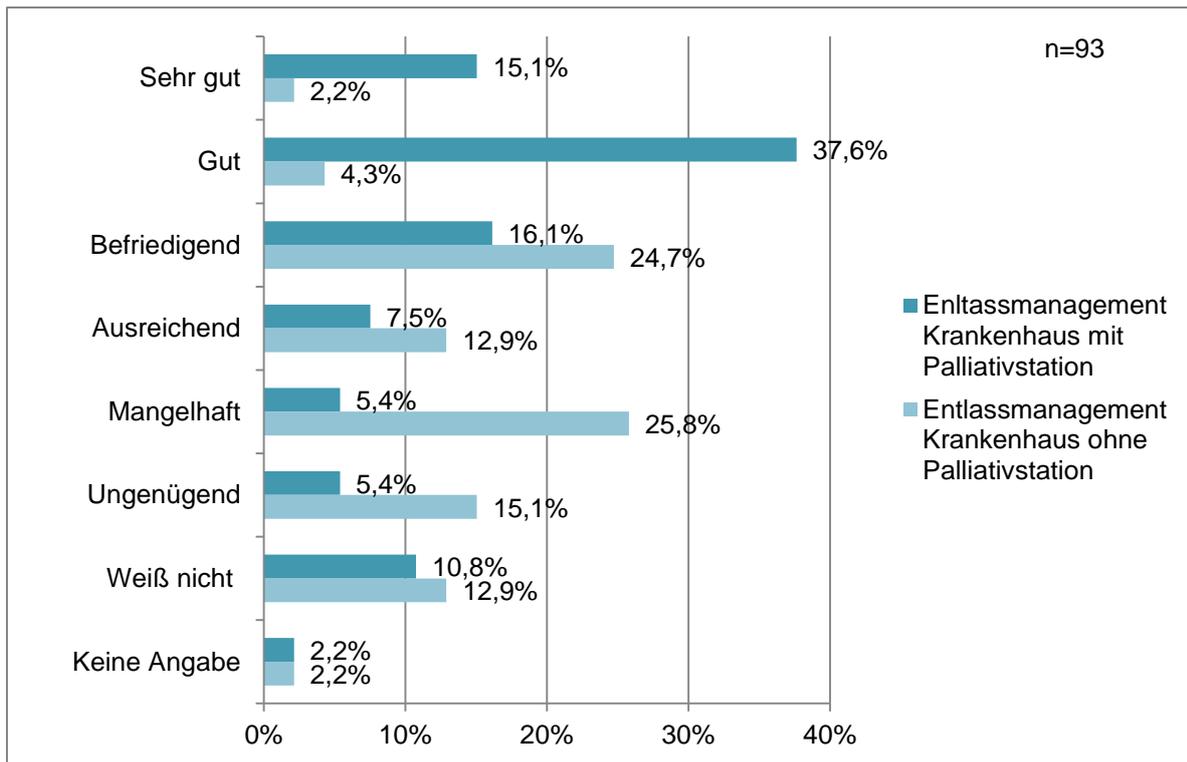
Die Teilnehmer wurden darum gebeten die Qualität der Palliativversorgung in einem Krankenhaus mit und ohne Palliativstation zu bewerten. Die Palliativversorgung in einem

Krankenhaus *mit* Palliativstation wurde durchschnittlich mit der Note 2,1 (SD=1,1) 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 (SD=1,2) bewertet. Hier gaben 26,9% (n=25) der Teilnehmer *mangelhaft* an und 5,4% (n=5) *gut* an. Folgende Abbildung stellt vergleichend die Bewertung der Qualität im Krankenhaus *mit* und *ohne* Palliativstation dar (Abbildung 21).



**Abbildung 21** Wie bewerten Sie die 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 (SD=1,4) bewertet. Das Entlassmanagement für Palliativpatienten aus einem Krankenhaus *ohne* Palliativstation erhielt eine durchschnittliche Bewertung von 4,2 (SD=1,3). Insgesamt bewerteten 15,1% der Teilnehmer (n=14) das Entlassmanagement von Palliativpatienten in die Häuslichkeit aus einem Krankenhaus mit Palliativstation als *sehr gut*, 37,6% (n=35) *gut* oder 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 22).



**Abbildung 22** Wie bewerten Sie das Entlassmanagement in die 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 Weiterbildung *Palliative Care* für Pflegende gebeten. Die Befragten hatte die Möglichkeit von 1=*sehr wichtig*, 2=*eher wichtig*, 3=*eher unwichtig* und 4=*sehr unwichtig* auszuwählen.

Die ärztliche Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* wurde im Mittel als *eher wichtig* (MW=1,5; SD=0,8) 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 von Ärzten mit Zusatz-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* (MW=1,3; SD=0,6) bewertet worden. Von den unterschiedlichen Berufsgruppen wurde die Weiterbildung *Palliative Care* z. B. von 50% (n=8) der Ärzte als *sehr wichtig* eingestuft, ebenfalls wurde sie von den Gesundheits- und Krankenpflegern mit dieser Weiterbildung mit 50% (n=1) als *sehr wichtig* angeben.

### 6.1.6 Vorgehen bei der Identifizierung von Bedarf für Palliativversorgung

Ärzte mit und ohne Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin*, Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten und Alten- und Pflegeheimen wurden gefragt, wie sie verfahren, wenn bei einem Patienten Bedarf an Palliativversorgung festgestellt wird. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte mittels offenem Textfeld.

#### 6.1.6.1 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.

#### 6.1.6.2 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.“*

#### 6.1.6.3 Tätigkeitsbereich ambulanter Pflegedienst

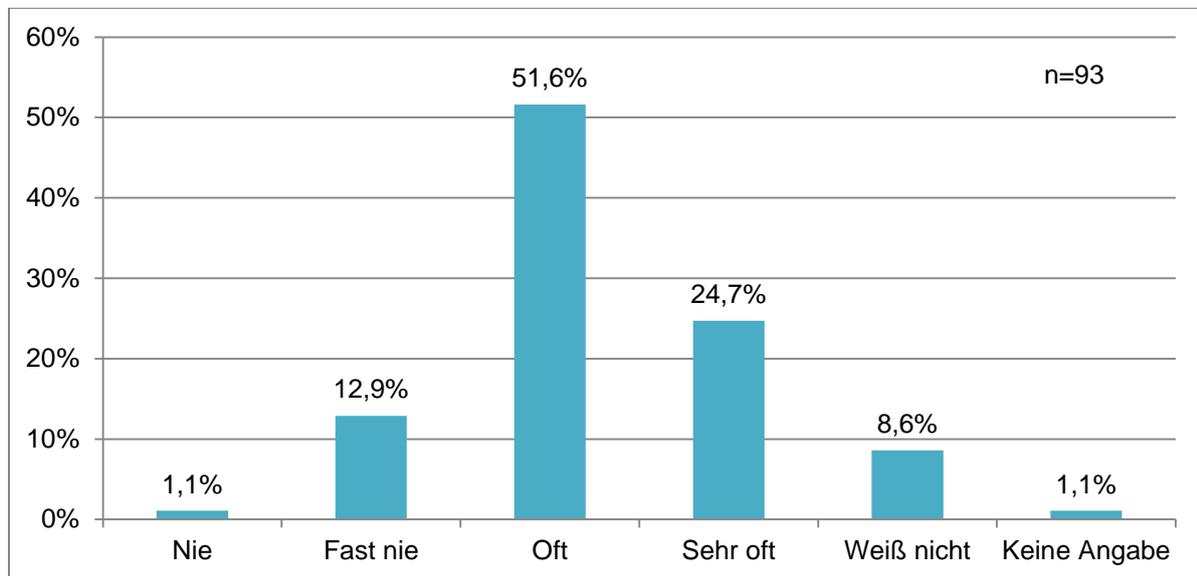
Eine in diesem Bereich tätige Person gab an, dass sie den Hausarzt informiert, Palliativmediziner einschaltet und den Patienten fragt, ob er diese Behandlung wünscht. Ebenfalls wurde angegeben, dass der zuständige Arzt bzw. Palliativmediziner kontaktiert wird.

#### 6.1.6.4 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. Ebenso 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.

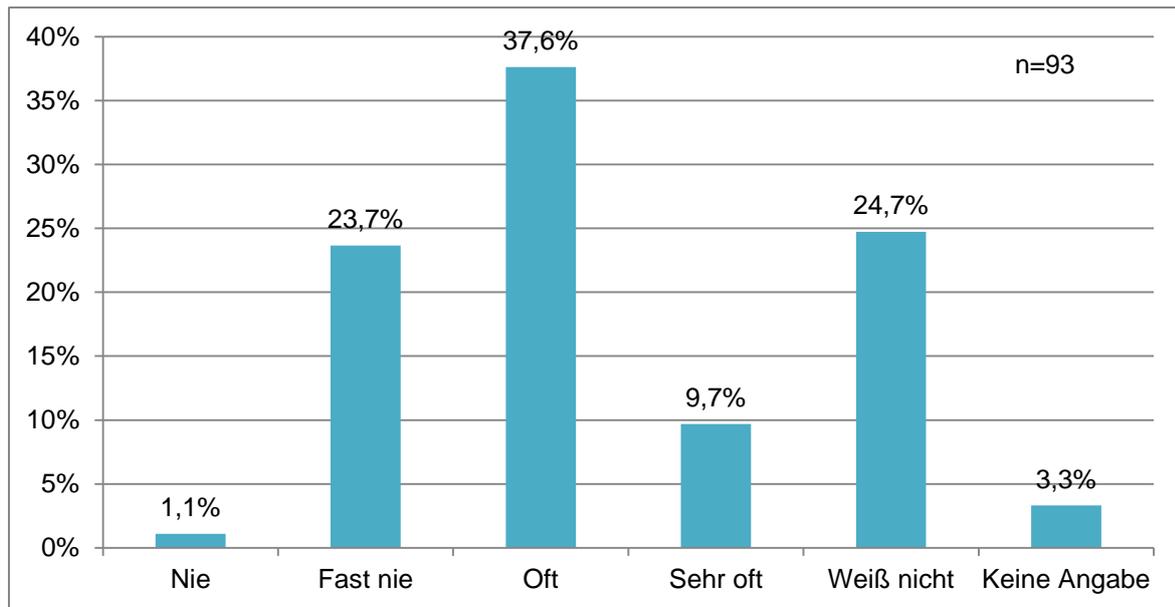
### 6.1.7 Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern

Häusliche Überforderung ist häufig der Grund für eine Aufnahme auf eine stationäre Palliativstation. 51,6% (n=48) der Befragten beantworteten diese Fragen mit *oft* oder 24,7% (n=23) *sehr oft* (Abbildung 23). Problematisch ist, dass häusliche Überforderung bisher keine abrechenbare offizielle Indikation für eine stationäre Aufnahme ist.



**Abbildung 23** Wie häufig ist der Grund für eine stationäre Aufnahme die häusliche Überforderung im Umfeld des Patienten?

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 24).



**Abbildung 24** 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 6 zeigt die Ergebnisse der Befragung dazu. Die Kooperation zwischen SAPV und Hospizen wurde am besten bewertet (MW=1,3; SD=1,1). Die Kooperation zwischen Hausarzt und SAPV erhielt im Durchschnitt die Note 2,5 (SD=1,5). Die Benotung der Kooperation zwischen einem Krankenhaus ohne Palliativstation und SAPV betrug im Mittel 3,6 (SD=1,2). Die Kooperation zwischen einem Krankenhaus ohne Palliativstation und einem Hausarzt wurde im Durchschnitt mit 3,5 (SD=1,1) benotet. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und der SAPV erhielt im Mittel die Note 2,8 (SD=1,5).

	<b>Beobachtungen</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Krankenhaus mit Palliativstation und Hospiz	72	2	1	1	6
Krankenhaus ohne Palliativstation und Hospiz	56	3,6	1,2	2	6
Krankenhaus mit Palliativstation und SPV	71	1,9	1	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

**Tabelle 6** *Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?*

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 Pflegeeinrichtungen

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

Die Frage „*Wie bewerten Sie das Wissen des Pflegepersonals zu Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen?*“ ist im Mittel mit der Note 4,0 (SD=1,3) beantwortet worden. Die Untergruppenanalyse ergab, dass selbst Personen, welche in einem Alten- und Pflegeheim tätig sind, das Wissen des Pflegepersonals im Mittel mit 3,5 (SD=1,4) bewerten.

Die Qualität der Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen wurde im Durchschnitt mit der Note 3,9 (SD=1,3) bewertet. Aus dem Tätigkeitsbereich Alten- und Pflegeeinrichtung wurde die durchschnittliche Note 3,8 (SD=1,5) 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. Die Umfrageteilnehmer wurden ebenfalls 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 (SD=1,5) aus, die Note *sehr gut* 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 (SD=1,4).

### 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) mit als *eher wichtig* angegeben.

Ebenfalls 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 Teilnehmer ist sie *sehr unwichtig*. 50,5% (n=47) der Befragten gaben ab an, dass eine Koordinierungsstelle im Landkreis verortet sein sollte (Abbildung 25).

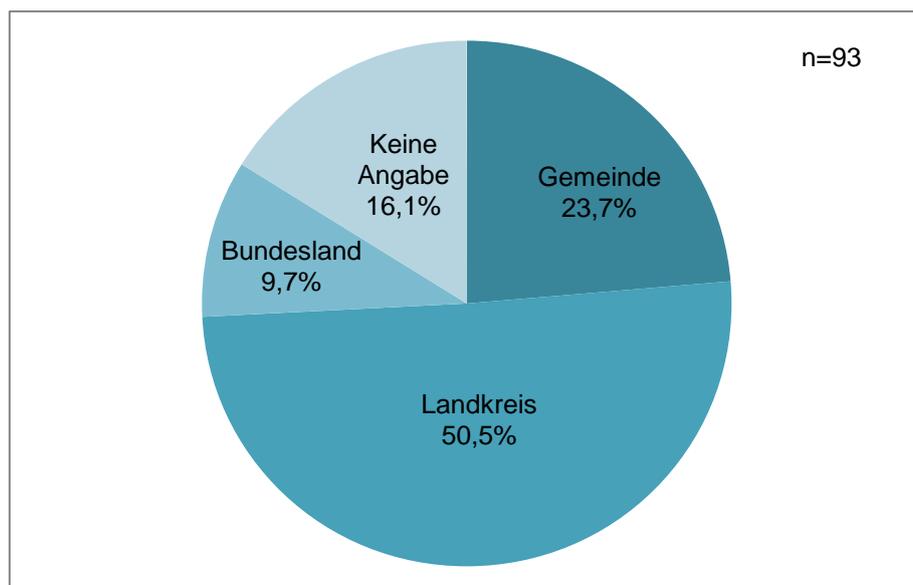


Abbildung 25 Wo sollten Koordinierungsstellen verortet sein?

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

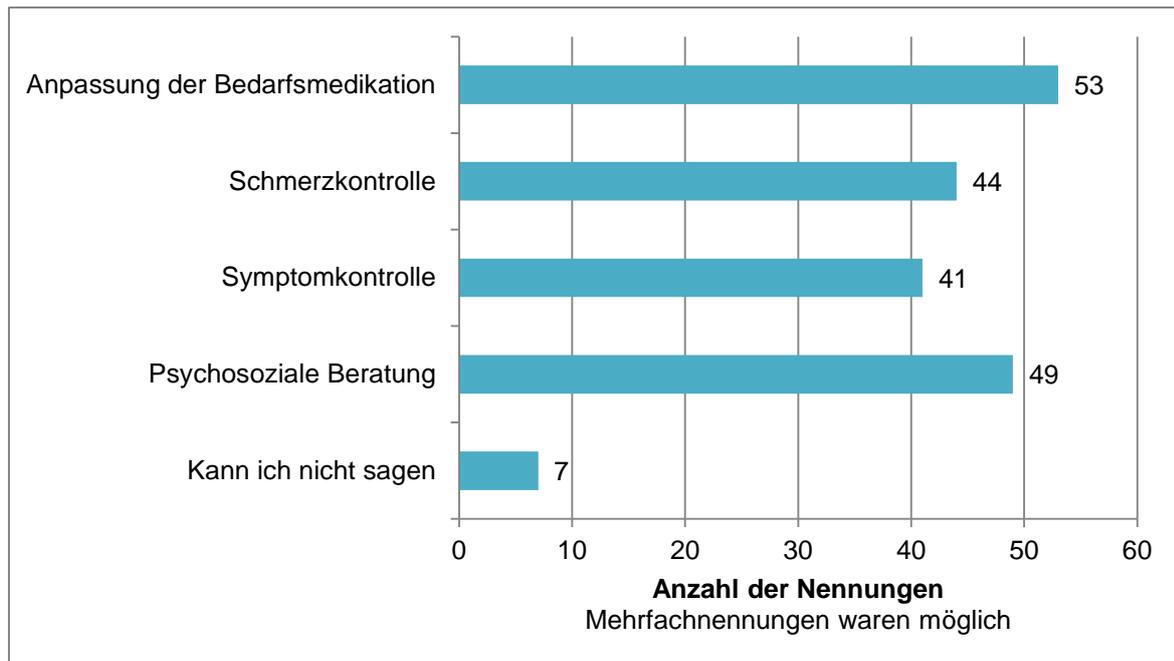
- Koordination und Vernetzung zwischen anfragenden Personen und Leistungserbringern
- Kommunikation und Vernetzung zwischen den Leistungserbringern
- Förderung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern
- Unterstützung und Information für Patient und Angehörige
- Weiterbildungsangebote, Schulungen
- 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 bedeutet 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 nicht-christliche Religionen wie z. B. Buddhismus oder der Islam bei der Tätigkeit der Befragten eine Rolle spielt, 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) stehen dieser Versorgungsoption positiv gegenüber. Eine Übersicht zu den Angaben der einzelnen Berufsgruppen befindet sich im Anhang „Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung“. Die Anpassung der Bedarfsmedikation (53 Nennungen) und die psychosoziale Betreuung (49 Nennungen) der Patienten wurden bei möglichen telemedizinischen Tätigkeiten am häufigsten angegeben (Abbildung 26).



**Abbildung 26** 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

Die Möglichkeit der offenen Antworten wurde jedoch 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. Es wurde vor allem vermehrt darauf hingewiesen, dass Videokonsultation und telefonische Beratung zwischen den einzelnen Leistungserbringern als sinnvoll erachtet werden.

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* angegeben.

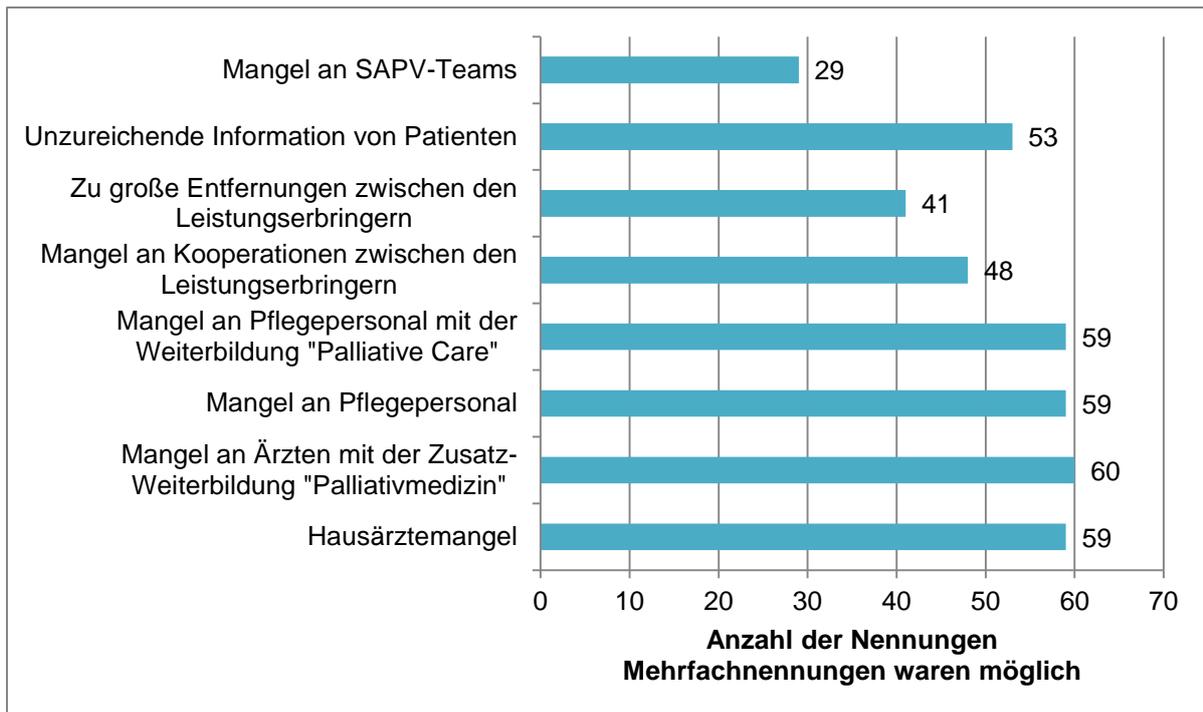
Eine Palliativberatungsstelle für Patienten und Angehörige wurde von 69,9% (n=65) der Befragten als *sehr wichtig* benannt

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“ dies als *sehr wichtig* (75%; n=3). Weitere Ergebnisse der Berufsgruppenanalyse befinden sich im Anhang „Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung“.

Einige Teilnehmer nutzen das Anmerkungsfeld. Es wurde angeregt, dass sich solch eine Telefonnummer eher auf der regionalen Ebene befinden sollte 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 für die Palliativversorgung genannt sowie ein allgemeine Mangel an Ärzten und Pflegepersonal (59 Nennungen) (Abbildung 27).



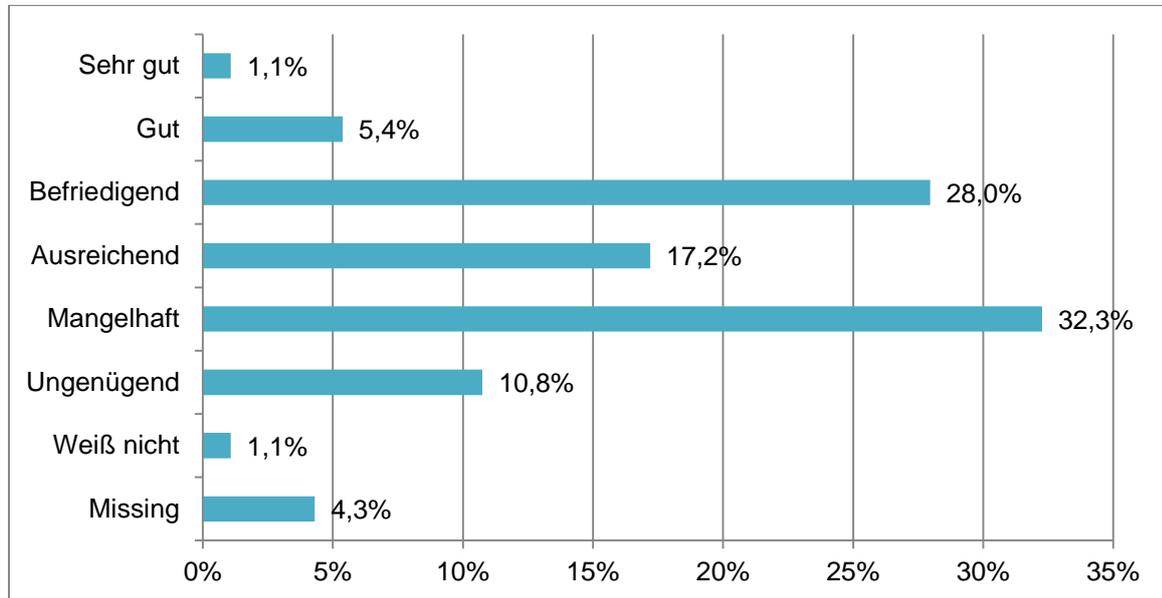
**Abbildung 27** Welche Aspekte gefährden Ihrer Meinung nach eine angemessene Versorgung von Palliativpatienten in Mecklenburg-Vorpommern?

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 wenige 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
- Aufspaltung der Leistungserbringer, bürokratische Hürden, mangelndes Vertrauen in die hausärztlichen Kernkompetenzen (Aufspaltung der palliativmed. Versorgung, Abrechnungshindernisse)
- Knappe Personalaufstellung in Pflegeheimen und Pflegediensten

### 6.1.11 Informationsbedarf zur Hospiz- und Palliativversorgung

Ein Großteil der Befragten war der Meinung, dass Patienten und ihre Angehörigen über die Möglichkeiten der Palliativversorgung nicht richtig informiert sind. Im Mittel wurde dafür die Note 4,1 (SD=1,2) vergeben (Abbildung 28).



**Abbildung 28** Wie sind Ihrer Meinung nach 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 (SD=1,2) bewertet. Die Subgruppenanalyse der Berufsgruppen ergab, dass Ärzte ohne Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* eine durchschnittliche Bewertung von 2,4 (SD=0,8) vergaben. Im Vergleich dazu bewerteten Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung *Palliativmedizin* den Informationsstand der Hausärzte im Mittel mit 3,4 (SD=1).

Ebenfalls sollte der Informationsstand zur Hospiz- und Palliativversorgung von ambulanten Pflegediensten bewertet werden. Diese erhielten im Mittel die Note 3,3 (SD=1,1).

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 fand im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit ein Runder Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern statt. Die Mitglieder des Runden Tisches setzen sich aus Vertretern der stationären Palliativversorgung, Bundesverband privater Anbieter, KVMV, Krankenhausgesellschaft, gesetzlichen Krankenkassen, Verband der Ersatzkassen, Landkreistag MV, DBfK Nordost e.V. und den Ministerien für Soziales, Integration und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit zusammen. In diesem Rahmen wurden erste Ergebnisse der schriftlichen Befragung, welche zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen war, mit dem Ziel, die Ergebnisse und eventuell daraus resultierende Handlungsempfehlungen zu diskutieren, vorgestellt. Inhalte waren vorläufige Ergebnisse zu den folgenden Themen:

- Bewertung der Zugangsmöglichkeiten zur Palliativversorgung in ländlichen und städtischen Regionen
- Bewertung der Qualität der Palliativversorgung im ambulanten und stationären Sektor
- Kooperationen zwischen den einzelnen Leistungserbringern
- Eventuelle Barrieren und Hindernisse für eine angemessene Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern
- Rolle des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung und die Einrichtung einer landesweiten Koordinierungsstelle

Ein Diskussionspunkt war die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen. In diesem Bereich wurden Probleme bei der Schnittstelle AAPV/SAPV, besonders in Pflegeheimen genannt. Die Anwesenden waren sich darüber einig, dass es große Unterschiede bei der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtung gibt. Ferner waren sich die Teilnehmer darüber einig, dass die Strukturen in Pflegeeinrichtungen verbessert werden sollten. Es wurde hierbei auch der Fachkräftemangel in den Einrichtungen thematisiert sowie Probleme in der Qualifizierung des Pflegepersonals bezüglich *Palliative Care*. Hier wäre es wünschenswert, wenn *Palliative Care* in die Pflegeausbildungen mit aufgenommen werde. 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.

Bei der ambulanten Palliativversorgung sei nicht immer klar, wann AAPV und ab wann SAPV stattfindet. Es finde zudem ein zu geringer Austausch zwischen Hausärzten und Palliativmedizinern statt, dieser entstehe jedoch gleichwohl von beiden Seiten. Hausärzte sollen mit der neuen GOP QSV-AAPV gestärkt werden. Eine Qualifizierung der Hausärzte im Bereich Palliativmedizin sollte aktiv gefördert werden. Zur Verbesserung der

Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Palliativmedizinern sollten z. B. regionale Palliativkonsildienste implementiert werden.

Die Themen aus der Diskussion bestätigten zum einen die Ergebnisse der Experteninterviews und die vorläufigen Ergebnisse der schriftlichen Befragung. Weiter wurden Anregungen zu den geografischen Darstellungen für die Überarbeitung dieser mitgenommen. Ebenfalls sind weitere Ansprechpartner für noch offene Fragen identifiziert und darauf folgend kontaktiert worden.

## 8 Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern und Handlungsempfehlungen

### 8.1 Problembereiche

Aus den Ergebnissen der InEK-Datenanalyse, der geografischen Analysen, der Experteninterviews und der schriftlichen Befragung kristallisieren sich infrastrukturelle, organisatorische und qualitätsbezogene Problembereiche in der Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern heraus.

#### 8.1.1 Zugang und Erreichbarkeit

Durch die Ländlichkeit großer Teile von Mecklenburg-Vorpommern, in manchen Regionen verbunden mit einer sehr geringen Bevölkerungsdichte, entstehen große Einzugsregionen für einzelne Leistungserbringer. Damit verbunden sind große Entfernungen zwischen Leistungserbringern und Patienten. Weite Fahrtstrecken können eine Barriere für die ambulanten Leistungserbringer in der AAPV und SAPV darstellen, da Hausbesuche hier einen wichtigen Teil der Versorgung ausmachen. In der stationären palliativmedizinischen Versorgung können große Distanzen ein Problem für Angehörige der Patienten sein.

Die geografischen Analysen der stationären Leistungen zeigen, dass nicht in allen Regionen des Landes ein ausreichender Zugang zur stationären spezialisierten Palliativversorgung gegeben ist.

#### 8.1.2 Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen

In den Expertengesprächen, bei der schriftlichen Befragung sowie am Runden Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung wurde übereinstimmend thematisiert, dass die Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen derzeit unzureichend ist und dringend ausgebaut werden muss. Pflegeempfänger mit einem palliativmedizinischen Bedarf werden nicht immer rechtzeitig identifiziert und eine zeitnahe geeignete Palliativversorgung ist nicht immer gewährleistet. Eine wesentliche Ursache ist der Mangel an Pflegekräften mit einer *Palliative Care*-Qualifikation.

#### 8.1.3 Häusliche Überforderung

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen übereinstimmend, dass bei einem Teil der Palliativpatienten und ihren Angehörigen es im Verlauf der Erkrankung zu einer psychischen, sozialen aber auch medizinisch-pflegerischen häuslichen Überforderung kommt, welche eine zeitweilige stationäre Palliativversorgung notwendig macht.

Derzeit muss eine stationäre Aufnahme auf einer Palliativstation in einem Krankenhaus jedoch immer medizinisch begründet werden – eine häusliche Überforderung reicht hierfür nicht aus.

#### **8.1.4 Kooperation zwischen den Leistungserbringern**

Aus den Ergebnissen der schriftlichen Befragungen, der Experteninterviews und des Runden Tisches lässt sich erkennen, dass die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern an mehreren Stellen verbessert werden kann. Besonders die Kooperation zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung sowie zwischen den ambulanten und stationären Sektoren des Gesundheitssystems. Wichtig sind an dieser Stelle

- eine bessere Zusammenarbeit zwischen AAPV und SAPV
- ein effektives Entlassmanagement im Krankenhaus zur Verbesserung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und
- die Einbindung von Pflegeeinrichtungen in palliativmedizinische Netzwerke.

#### **8.1.5 Qualifizierung**

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass in manchen Bereichen qualifizierte Mitarbeiter in der Palliativversorgung fehlen. Dies betrifft hauptsächlich den hausärztlichen Bereich, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen.

## **8.2 Handlungsempfehlungen**

### **8.2.1 Verbesserung der Versorgungsstrukturen durch eHealth und Telemedizin**

Die geografischen Analysen, die Auswertung der InEK-Daten, die Ergebnisse der Experteninterviews und der schriftlichen Befragung ergaben, dass es strukturelle Lücken in der Palliativversorgung hauptsächlich in den ländlichen Bereichen von Mecklenburg-Vorpommern gibt. Ein großes Potential zur Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung haben eHealth und telemedizinische Funktionalitäten. Auf diese Weise kann die Zusammenarbeit zwischen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung sowie zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor unterstützt und verbessert werden.

Hierfür gibt es verschiedene Optionen:

- Regionale digitale Patientenakte, auf welche alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer Zugriff haben

- ⇒ Erleichtert und verbessert den Austausch von Daten und Informationen. Voraussetzung ist, dass die regionale Patientenakte Schnittstellen mit den Dokumentationssystemen der beteiligten Leistungserbringer hat, damit eine doppelte Dokumentation möglichst weitgehend vermieden werden kann.
- Telemedizinische Verbindungen zwischen Pflegeeinrichtungen und SAPV-Teams und/oder Palliativstationen für die Betreuung von Palliativpatienten
  - ⇒ Durch die Implementation von Videokonferenzverbindungen in Verbindung mit gegenseitigem Zugriff auf die Patientenakten kann die Versorgung von Palliativpatienten auch in kleinen Pflegeeinrichtungen verbessert werden. Im hausärztlichen Bereich ist hier das Projekt eVi (elektronische Visite; [www.elvi.de](http://www.elvi.de)) in Schleswig-Holstein beispielhaft und könnte auf die Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern übertragen werden.
- Telemedizinische Betreuung von Palliativpatienten in der Häuslichkeit
  - ⇒ Die Frequenz von Hausbesuchen kann verringert werden, wenn einzelne Hausbesuche durch telefonische Visiten oder Visiten mittels Videokonferenz ersetzt werden. Die telemedizinische Betreuung kann auch eine Option für das Monitoring von Symptomen und Schmerzen sowie für die Unterstützung bei der Gabe von Bedarfsmedikation darstellen.

Da die Evidenz für die Anwendung von eHealth und Telemedizin in der Palliativversorgung noch eingeschränkt ist und z. B. auch Arbeitsabläufe entwickelt werden müssen, sollten solche Versorgungsmodelle zunächst in Modellprojekten geprüft werden. Ein Großteil der Teilnehmer der schriftlichen Befragung kann sich vorstellen, Patienten ergänzend zur üblichen Versorgung via Telefon oder Videokonferenz zu betreuen (siehe Kapitel „6.1.10 Verbesserung der Versorgung“). Versorgungskonzepte mit eHealth und telemedizinischen Funktionalitäten besitzen insbesondere für ländliche Regionen ein großes Potential, das auch für die Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern genutzt werden sollte.

### **8.2.2 Verbesserung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern**

Ergebnisse der schriftlichen Befragungen und der Experteninterviews zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern verbessert werden muss. Mit der Empfehlung zur Förderung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Stärkung von Netzwerkstrukturen wird ebenfalls 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. Eine

organisierende Plattform, wie z. B. eine Koordinierungsstelle kann hier unterstützend wirken. (siehe auch Abschnitt „Zentrale Koordinierungsstelle“ auf Seite 71).

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

Wir empfehlen die Einrichtung von Palliativkonsildiensten auf der Ebene der Landkreise. Diese unterstützen Kliniken ohne Palliativstation, Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und Hausärzte, fördern die Vernetzung und können zu einer Verbesserung der regionalen Versorgung beitragen. Da für diese eine 24-Stunden-Verfügbarkeit bestehen muss, können diese beispielsweise an SAPV-Teams oder an Palliativstationen in einem Krankenhaus angesiedelt werden.

### **8.2.3 Häusliche Überforderung**

Eine häusliche Überforderung des Patienten und seinem Umfeld 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, sollte die kurzfristige Einweisung auf eine Palliativstation als zeitlich begrenzte Übergangslösung möglich und abrechenbar sein.

Die Begründung 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 erbracht werden kann. Die Aufnahme sollte sowohl im Anschluss an eine bisher indizierte Palliativversorgung auf der Station stattfinden können als auch in Krisensituationen.

### **8.2.4 Förderung der Fort- und Weiterbildung**

Es ist notwendig, alle Akteure, welche in der Primärversorgung (z. B. Hausärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) tätig sind, für den Bedarf der Palliativversorgung zu sensibilisieren. Mit der Empfehlung zur Förderung der palliativmedizinischen Fort- und Weiterbildung in der Primärversorgung wird auch einer Handlungsempfehlung der „CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Handlungsfeld 1“ entsprochen [1].

In Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege ist es besonders wichtig, dass der Bedarf für eine Palliativversorgung rechtzeitig erkannt wird. Es sollte deswegen in jeder Pflegeeinrichtung eine Palliative Care Fachkraft verfügbar sein. Ein hoher Bedarf besteht auch bei den ambulanten Pflegediensten.

In größeren Krankenhäusern und Krankenhäusern der Maximalversorgung können innovative Konzepte für die Qualifizierung im Bereich der Palliativversorgung entwickelt und implementiert werden. Ein Beispiel ist das interprofessionelle Lernen (IPL) von Ärzten und Pflegekräften, welches an der Universitätsmedizin Greifswald modellhaft durchgeführt wird. Interprofessionelles Lernen kann insbesondere in der Palliativversorgung die Kooperation in interprofessionellen Teams verbessern.

### **8.2.5 Zentrale Koordinierungsstelle**

Aktuell gibt es keine zentrale Koordinierungsstelle in Mecklenburg-Vorpommern. Aus diesem Grund sollte eine zentrale Koordinierungsstelle für die Palliativversorgung auf Landesebene in Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet werden. Sie soll Ansprechpartner für alle Leistungserbringer, insbesondere für Hausärzte, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen und Patienten und Angehörige sein. Die Hauptaufgaben der Koordinierungsstelle sehen wir in:

- Koordinierung und Registrierung von Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen,
- Vermittlung von regionalen Ansprechpartnern der spezialisierten Palliativversorgung,
- Informations- und Beratungsmöglichkeiten für die Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung,
- Informationsstelle für die Vermittlung von Trauer- und weiteren Selbsthilfegruppen für Angehörige.

Die Koordinierungsstelle sollte an einer geeigneten vorhandenen Struktur angesiedelt werden, zum Beispiel an einer Pflegeberatung.

## Danksagung

Die AutorInnen möchten sich herzlich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Experteninterviews und der schriftlichen Befragung bedanken, die durch ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus der Praxis zum vorliegenden Evaluationsbericht beigetragen haben. Ein besonderer Dank für die informativen Gespräche geht an Frau Winkler (KVMV), Frau Voglau (KVMV), Frau Ewald (AOK-Nordost), Herrn Dr. Goepel (Klinik für Geriatrie, Rehabilitation und Palliativmedizin, Neubrandenburg) und Herrn Dr. Jülich (Palliativstation, Unimedizin Greifswald). Des Weiteren möchten wir Frau Wenske von der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. für die Vermittlung von Gesprächspartnern im Bereich der Palliativversorgung danken. Ein weiterer Dank geht an dieser Stelle an die KollegInnen des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere an Frau Claaßen, Frau Lichtenstein und Herrn Wagner, für die kollegiale Zusammenarbeit.

## 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 [10.05.2017]; Available from: [www.charta-zur-betreuung-sterbender.de](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de).
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. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., *Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung*. 2015.
7. Prütz, F. und A.-C. Saß, *Daten zur Palliativversorgung in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2017. **60**(1): p. 26-36.
8. Müller-Busch, H.C., *Eine kurze Geschichte der Palliativmedizin*, in *Basiswissen Palliativmedizin*, M.W. Schnell und C. Schulz, Editors. 2012, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 2-7.
9. 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.
10. Robert Koch-Institut, *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. 2015, Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Berlin.
11. 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.
12. Weltgesundheitsorganisation. *WHO Definition of Palliativ Care 2002*. 2002 [cited 2017 01.08.2017]; Available from:

[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf).

13. Craig, F., et al., *IMPaCCT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 2008. **9**(02): p. 61-66.
14. Pleschberger, S., *Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care*, in *Lehrbuch Palliative Care*, C. Knipping, Editor. 2007, Verlag Hans Huber: Bern. p. 24-29.
15. Müller-Busch, H.C., *Intensivmedizin - Palliativmedizin Widerspruch oder Ergänzung?* Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther, 2001. **36**(12): p. 726-734.
16. Deutscher Kinderhospizverein e. V. 15.01.2018]; Available from: <https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/startseite/>.
17. Melching, H., *Neue gesetzliche Regelungen für die Palliativversorgung und ihre Implikationen für Politik und Praxis*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017. **60**(1): p. 4-10.
18. *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Hospiz- und Palliativgesetz - HPG*, in *Bundesgesetzblatt*. 2015, Bundesanzeiger Verlag: Bonn. p. 2114 - 2118.
19. GKV Spitzenverband, *Regelungen des GKV-Spitzenverbandes vom 20.06.2016 für die Information der Versicherten über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase nach § 39b Abs. 2 Satz 2 SGB V*, GKV Spitzenverband, Editor. 2016.
20. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, und AWMF, *S3-Leitlinie "Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung"*. AWMF-Registernummer: 128/001OL, 2015. **Langversion 1.1**.
21. Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP, *Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) - Stand 23.04.2013*, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Editors. 2013.
22. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Online-Version des EBM*. 05/2017]; Available from: <http://www.kbv.de/html/online-ebm.php>.
23. Grote-Westrick, M. und E. Vollbracht, *Spotlight Gesundheit - Thema: Palliativversorgung*, in *Faktencheck Gesundheit*. 2015, Bertelsmann Stiftung.
24. Voglau, A., *Ausbau der ambulanten Palliativversorgung*. Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017. **26**(301): p. 8-9.
25. Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut - Neue Leistungen in EBM*. PraxisNachrichten, 2017.

26. Radbruch, L. und S. Payne, *Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2*. Palliativmedizin, 2011. **12**(06): p. 260-270.
27. 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.
28. Müller, D. und B. Wistuba, *Die Situation von Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland*. 2014, Konrad Adenauer Stiftung e.V.,.
29. Arbeitskreis "Palliativmedizin" der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, *Konzept zur stationären Palliativversorgung im Krankenhaus*, Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V., Editor. 2017.
30. Cremer-Schaeffer, P. und L. Radbruch, *Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2012. **55**(2): p. 231-237.
31. Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, *Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern*. 2012.
32. *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege*, B.d.J.u. Verbraucherschutz, Editor. 2003.
33. LOGIBALL. *DeutschlandPlus*. 2017 [cited 2017].
34. Zentrales Informationsregister (Datenabruf 10.01.2018).
35. Lindena, G., *HOPE 2016 - Bericht*. 2016.
36. Zentrum für Krebsregisterdaten. 2018; Available from: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html).
37. Swart, E. und P. Ihle, *Routinedaten im Gesundheitswesen*. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Vol. 1. 2005, Bern: Hans Huber Verlag.
38. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. 05/2017]; Available from: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm>.
39. Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e. V. 05/2017]; Available from: <http://www.hospiz-mv.de/hospizarbeit/Landkarte.php?menu=Landkarte>.
40. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 2008: Beltz.

## Anhang

Analyse InEK-Daten .....	79
Weitere Ergebnisse der schriftlichen Befragung .....	82

## Analyse 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

<b>Durchschnittliches Alter der Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-773 „multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment“ erhielten</b>					
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	-	-	-	-	-
<b>Durchschnittliches Alter der Patienten, die zwischen 2011-2016 die OPS 1-774 „Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment“ erhielten</b>					
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 palliativmedizinisches 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

## ANHANG

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 palliativmedizinisches 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)	-	n=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)	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25% (n=1)	-	-	50% (n=2)	25% (n=1)	-	n=4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	12,5% (n=1)	-	12,5% (n=1)	75% (n=6)	-	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	-	-	50% (n=1)	50% (n=1)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	33,3% (n=1)	33,3% (n=1)	-	-	33,3% (n=1)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=1)	-	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	-	40% (n=2)	-	60% (n=3)	-	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	100% (n=1)	-	-	-	-	-	n=1
Anderes	-	-	7,7% (n=1)	92,3% (n=12)	-	-	n=13

## ANHANG

### 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)	-	-	n=12
(Haus-) Arztpraxis	26,3% (n=5)	47,4% (n=9)	15,8% (n=3)	5,3% (n=1)	5,3% (n=1)	-	n=19
SAPV	-	11,1% (n=2)	27,8% (n=5)	55,6% (n=10)	-	5,6% (n=1)	n=18
Palliativstation im Krankenhaus	-	-	16,8% (n=1)	83,3% (n=5)	-	-	n=6
Hospiz	-	-	-	100% (n=7)	-	-	n=7
Alten- und Pflegeheim	8,3% (n=1)	8,3% (n=1)	-	58,3% (n=7)	25% (n=3)	-	n=12
Ambulanter Pflegedienst	33,3% (n=1)	-	33,3% (n=1)	-	-	33,3 (n=1)	n=3
Ambulanter Hospizdienst	8,3% (n=1)	16,7% (n=2)	8,3% (n=1)	66,7% (n=8)	-	-	n=12
Trauerarbeit	-	-	-	-	-	-	n=0
Anderes	100% (n=1)	-	-	-	-	-	n=1

### Betreuen Sie auch Kinder und deren Angehörige?

Berufsgruppe	Ja	Nein	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	37,5% (n=6)	62,5% (n=10)	-	n=16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	21,2% (n=7)	72,7% (n=24)	6,1% (n=2)	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25% (n=1)	75% (n=3)	-	n=4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=2)	75% (n=6)	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	100% (n=2)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	100% (n=3)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=1)	75% (n=3)	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	60% (n=3)	20% (n=1)	20% (n=1)	n=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)	-	n=16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	69,7%(n=23)	30,3% (n=10)	-	-	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	50% (n=2)	50% (n=2)	-	-	n=4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=2)	62,5% (n=5)	12,5% (n=1)	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50% (n=1)	50% (n=1)	-	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	33,3% (n=1)	33,3% (n=1)	-	33,3% (n=1)	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	50% (n=2)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	60% (n=3)	40% (n=2)	-	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r					n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	n=1
Anderes	15,4% (n=2)	61,5% (n=8)	23,1% (n=3)	-	n=13

## ANHANG

### 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)	-	n=16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	12,1% (n=4)	15,2% (n=5)	72,7% (n=24)	-	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	25% (n=1)	75% (n=3)	-	n=4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	37,5% (n=3)	62,5% (n=5)	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	-	100% (n=2)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	-	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	100% (n=4)	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	-	20% (n=1)	80% (n=4)	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	n=1
Anderes	-	23,1% (n=3)	69,2% (n=9)	7,7% (n=1)	n=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)	-	n=16
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	6,1% (n=2)	24,2% (n=8)	63,6% (n=21)	6,1% (n=2)	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	25% (n=1)	75% (n=3)	-	n=4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	37,5% (n=3)	62,5% (n=5)	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	-	100% (n=2)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	-	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	100% (n=4)	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	-	40% (n=2)	-	60% (n=3)	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	n=1
Anderes	-	23,1% (n=3)	76,9% (n=10)	-	n=13

ANHANG

**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)	-	-	n=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)	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	-	50% (n=2)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	-	n=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)	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50% (n=1)	-	50% (n=1)	-	-	-	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)	-	-	-	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	25% (n=1)	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	20% (n=1)	20% (n=1)	60% (n=3)	-	-	-	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	n=1
Anderes	-	38,5% (n=5)	30,8% (n=4)	7,7% (n=1)	15,4% (n=2)	7,7% (n=1)	-	n=13

*Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)*

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
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	1,4	1	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-
Altenpfleger/in	3	2,3	0,6	2	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	4	3	1,8	1	5
Psychologe/in	-	-	-	-	-
Sozialarbeiter/in	5	2,4	0,9	1	3
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-
Ehrenamtliche/r	1	2	.	2	2
Anderes	13	3,2	1,4	2	6

## ANHANG

### 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)	-	n=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)	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	-	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	-	n=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)	-	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50% (n=1)	-	-	50% (n=1)	-	-	-	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	-	33,3% (n=1)	-	-	-	66,7% (n=2)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	-	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	40% (n=2)	-	40% (n=2)	-	20% (n=1)	-	-	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	n=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)	-	n=13

*Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)*

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
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	1	3	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	8	4	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	.	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	4	2,8	1,7	1	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3	1,2	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	3	.	3	3
Anderes	12	4,1	1,3	2	6

## ANHANG

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

Berufsgruppe	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß nicht	Keine Angabe	Gesamt
Arzt /Ärztin	25% (n=4)	50% (n=8)	-	12,5% (n=2)	-	-	12,5% (n=2)	-	n=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)	-	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	50% (n=2)	-	-	-	25% (n=2)	25% (n=2)	-	n=4
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	75% (n=6)	12,5% (n=1)	12,5% (n=1)	-	-	-	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50% (n=1)	50% (n=1)	-	-	-	-	-	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)	-	-	-	-	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	-	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	40% (n=2)	-	60% (n=3)	-	-	-	-	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	-	n=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)	-	n=13

*Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)*

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
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

ANHANG

**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)	-	n=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)	n=32
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	-	-	-	n=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)	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50% (n=1)	-	-	-	-	-	50% (n=1)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	33,3% (n=1)	-	-	-	-	66,7% (n=2)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	-	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	20% (n=1)	40% (n=2)	40% (n=2)	-	-	-	--	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	-	n=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)	n=13

*Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)*

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
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	2	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	.	2	2
Anderes	11	2,4	1	1	5

ANHANG

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)	-	n=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)	n=32
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	-	-	-	25% (n=1)	-	75% (n=3)	-	n=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)	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	-	50% (n=1)	-	-	-	50% (n=1)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	-	33,3 (n=1)	-	-	-	66,7% (n=2)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	-	-	40% (n=2)	40% (n=2)	20% (n=1)	-	-	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	-	n=1
Anderes	-	-	7,7% (n=1)	23,1% (n=3)	23,1% (n=3)	30,8% (n=1)	15,4% (n=2)	-	n=13

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Arzt /Ärztin	13	4,1	1,3	2	6
Arzt /Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	29	4,2	1	2	6
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3	5	0	5	5
Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	7	3,6	1,5	1	5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1	3	.	3	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	0				
Altenpfleger/in	1	3	.	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	.	2	2
Anderes	11	4,9	1	3	6

ANHANG

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)	-	n=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)	-	n=32
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	50% (n=2)	-	-	-	25% (n=1)	25% (n=1)	-	n=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)	-	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	-	50% (n=1)	-	-	-	-	50% (n=1)	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	33,3% (n=1)	-	-	-	-	66,7% (n=2)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	50% (n=2)	25% (n=1)	-	25% (n=1)	-	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	-	40% (n=2)	20% (n=1)	-	-	20% (n=1)	20% (n=1)	-	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	n=1
Anderes	-	69,2% (n=9)	15,4% (n=2)	-	7,7% (n=1)	7,7% (n=1)	-	-	n=13

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Beob.	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	.	2	2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	0				
Altenpfleger/in	1	2	.	2	2
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	4	3	1,4	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	4	3,3	1,9	2	6
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	3	.	3	3
Anderes	13	2,7	1,3	2	6

ANHANG

**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)	-	n=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)	n=33
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	-	-	-	-	50% (n=2)	25% (n=1)	25% (n=1)	-	n=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)	-	-	n=8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	50% (n=1)	-	50% (n=1)	-	-	-	-	-	n=2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Altenpfleger/in	-	-	66,7% (n=2)	-	-	-	33,3% (n=1)	-	n=3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	-	-	25% (n=1)	25% (n=1)	50% (n=2)	-	-	-	n=4
Psychologe/in	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Sozialarbeiter/in	-	-	40% (n=2)	-	-	40% (n=2)	-	20% (n=1)	n=5
Medizinische Fachangestellte/r	-	-	-	-	-	-	-	-	n=0
Ehrenamtliche/r	-	-	100% (n=1)	-	-	-	-	-	n=1
Anderes	-	-	30,8% (n=4)	7,7% (n=1)	15,4% (n=2)	23,1% (n=3)	23,1% (n=3)	-	n=13

Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen (Schulnoten 1-6)

Berufsgruppe	Beob.	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	1,4	1	3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /in mit Weiterbildung „Palliative Care“	0				
Altenpfleger/in	2	3	0	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	4	4,3	1	3	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	4	4,5	1,7	3	6
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	3	.	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	Prozent
Weiß nicht	3	3.23%
Sehr wichtig	67	72.04%
Eher wichtig	16	17.20%
Eher unwichtig	4	4.30%
Sehr unwichtig	1	1.08%
Keine Angabe	2	2.15%
Total	93	100.00%

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

Übersicht Benotung gesamt		
	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	2	2.15%
Sehr wichtig	60	64.52%
Eher wichtig	17	18.28%
Eher unwichtig	11	11.83%
Sehr unwichtig	1	1.08%
Keine Angabe	2	2.15%
Total	93	100%

## ANHANG

**Wie bewerten Sie die Kooperation zwischen den folgenden Leistungserbringern der Palliativversorgung?  
Krankenhaus mit Palliativstation und Hospiz**

<b>Übersicht Benotung gesamt</b>		
	Anzahl	Prozen
Weiß nicht	19	20.43%
Sehr gut	21	22.58%
Gut	39	41.94%
Befriedigend	7	7.53%
Ausreichend	2	2.15%
Mangelhaft	2	2.15%
Ungenügend	1	1.08%
Keine Angabe	2	2.15%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100.00%</b>

*Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche (Schulnoten 1-6)*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	10	1,6	0,7	1	3
(Haus-) Arztpraxis	13	2,1	1	1	5
SAPV	15	2,1	1	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	2	2
Ambulanter Hospizdienst	10	2,4	1,1	1	4
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2	.	2	2

### **Kooperation Krankenaus ohne Palliativstation und Hospiz**

#### **Übersicht Benotung gesamt**

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	33	35.48%
Gut	11	11.83%
Befriedigend	20	21.51%
Ausreichend	11	11.83%
Mangelhaft	9	9.68%
Ungenügend	5	5.38%
Keine Angabe	4	4.30%
Total	93	100.00

#### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche (Schulnoten 1-6)*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
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	2	5
Palliativstation im Krankenhaus	4	4,3	1	3	5
Hospiz	6	2,7	0,8	2	4
Alten- und Pflegeheim	4	4,5	1	4	6
Ambulanter Pflegedienst	2	4	1,4	3	5
Ambulanter Hospizdienst	6	5,2	1,3	3	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4	.	4	4

## ANHANG

### **Kooperation Krankenhaus mit Palliativstation und SAPV**

#### **Übersicht Benotung gesamt**

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	20	21.51%
Sehr gut	27	29.03%
Gut	33	35.48%
Befriedigend	6	6.45%
Ausreichend	2	2.15%
Mangelhaft	3	3.23%
Keine Angabe	2	2.15%
Total	93	100.00%

#### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	10	1.5	.7071068	1	3
(Haus-) Arztpraxis	13	1.846154	.8006408	1	4
SAPV	17	1.823529	1.074436	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	6	1.333333	.5163978	1	2
Hospiz	4	2.5	1.732051	1	5
Alten- und Pflegeheim	4	2.5	1.732051	1	5
Ambulanter Pflegedienst	3	2	0	2	2
Ambulanter Hospizdienst	11	2	.8944272	1	4
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	3	.	3	3

### **Kooperation Krankenhaus ohne Palliativstation und SAPV**

#### **Übersicht Benotung gesamt**

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	34	36.56%
Gut	12	12.90%
Befriedigend	17	18.28%
Ausreichend	11	11.83%
Mangelhaft	12	12.90%
Ungenügend	4	4.30%
Keine Angabe	3	3.23%
Total	93	100%

#### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	6	3.166667	1.169045	2	5
(Haus-) Arztpraxis	13	2.846154	.898717	2	5
SAPV	14	3.285714	1.325987	2	6
Palliativstation im Krankenhaus	4	4.75	1.5	3	6
Hospiz	3	3.333333	.5773503	3	4
Alten- und Pflegeheim	4	4.25	.5	4	5
Ambulanter Pflegedienst	2	4	1.414214	3	5
Ambulanter Hospizdienst	7	5	.5773503	4	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	5	.	5	5

## ANHANG

### **Kooperation Krankenhaus mit Palliativstation und Hausarzt**

<b>Übersicht Benotung gesamt</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Weiß nicht	21	22.58%
Sehr gut	6	6.45%
Gut	35	37.63%
Befriedigend	16	17.20%
Ausreichend	5	5.38%
Mangelhaft	6	6.45%
Ungenügend	1	1.08%
Keine Angabe	3	3.23%
Total	93	100%

### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	11	2	1	1	4
(Haus-) Arztpraxis	16	2.9375	1.340087	2	6
SAPV	15	2.066667	.7037316	1	4
Palliativstation im Krankenhaus	6	2.333333	.5163978	2	3
Hospiz	4	3	1.414214	2	5
Alten- und Pflegeheim	4	3	1.414214	2	5
Ambulanter Pflegedienst	3	2.666667	.5773503	2	3
Ambulanter Hospizdienst	7	3.428571	1.133893	2	5
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4	.	4	4

### **Kooperation Krankenhaus ohne Palliativstation und Hausarzt**

<b>Übersicht Bewertung gesamt</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Weiß nicht	33	35.48%
Gut	12	12.90%
Befriedigend	17	18.28%
Ausreichend	13	13.98%
Mangelhaft	13	13.98%
Ungenügend	1	1.08%
Keine Angabe	4	4.30%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	7	3.142857	1.069045	2	5
(Haus-) Arztpraxis	16	3.1875	1.046821	2	5
SAPV	13	3.307692	1.182132	2	5
Palliativstation im Krankenhaus	4	4.5	.5773503	4	5
Hospiz	3	3.666667	1.154701	3	5
Alten- und Pflegeheim	5	4	1.224745	2	5
Ambulanter Pflegedienst	2	4.5	2.12132	3	6
Ambulanter Hospizdienst	3	4	1	3	5
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4	.	4	4

## ANHANG

### ***Kooperation Hausarzt und SAPV***

#### **Übersicht Bewertung gesamt**

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	33	35.48
Gut	12	12.90
Befriedigend	17	18.28
Ausreichend	13	13.98
Mangelhaft	13	13.98
Ungenügend	1	1.08
Keine Angabe	4	4.30
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>

#### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
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	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	.	2	2

## **Kooperation Hausarzt und Hospiz**

### **Übersicht Benotung gesamt**

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	21	22.58
Sehr gut	12	12.90
Gut	22	23.66
Befriedigend	17	18.28
Ausreichend	8	8.60
Mangelhaft	7	7.53
Ungenügend	3	3.23
Keine Angabe	3	3.23
Total	93	100.00

### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
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	3	3
Hospiz	7	2,9	1,7	1	5
Alten- und Pflegeheim	6	3,3	1,5	2	6
Ambulanter Pflegedienst	3	3	1	2	4
Ambulanter Hospizdienst	9	3,6	1,5	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2	.	2	2

## ANHANG

### ***Kooperation SAPV und Hospiz***

#### **Übersicht Bewertung gesamt**

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	30	32.26
Sehr gut	20	21.51
Gut	32	34.41
Befriedigend	4	4.30
Ausreichend	3	3.23
Mangelhaft	1	1.08
Keine Angabe	3	3.23
Total	93	100.00

#### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
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	1	1	1
Ambulanter Hospizdienst	10	2,3	0,7	2	4
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2	.	2	2

## Kooperation Pflegeheim und SAPV

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	25	26.88
Sehr gut	10	10.75
Gut	28	30.11
Befriedigend	11	11.83
Ausreichend	4	4.30
Mangelhaft	5	5.38
Ungenügend	6	6.45
Keine Angabe	4	4.30
Total	93	100.00

### Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	Beob.	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	0,7	1	3
Hospiz	3	2,3	0,6	2	3
Alten- und Pflegeheim	11	2,4	1,9	1	6
Ambulanter Pflegedienst	1	3	.	3	3
Ambulanter Hospizdienst	9	3,7	1,4	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	4	.	4	4

## ANHANG

### *Kooperation Pflegeheim und Hospiz*

#### Übersicht Bewertung gesamt

	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	39	41.94
Sehr gut	5	5.38
Gut	15	16.13
Befriedigend	13	13.98
Ausreichend	7	7.53
Mangelhaft	4	4.30
Ungenügend	7	7.53
Keine Angabe	3	3.23
Total	93	100.00

#### *Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

Tätigkeitsbereich	Beob.	Mittelwert	SD	Min	Max
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	5	3,6	1,7	1	5
(Haus-) Arztpraxis	7	3	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	.	3	3
Ambulanter Hospizdienst	9	4,2	1,6	2	6
Trauerarbeit	0				
Anderes	1	2	.	2	2

## Kooperation Pflegedienst und SAPV

Übersicht Bewertung gesamt		
	Anzahl	Prozent
Weiß nicht	26	27.96
Sehr gut	12	12.90
Gut	28	30.11
Befriedigend	15	16.13
Ausreichend	7	7.53
Mangelhaft	3	3.23
Ungenügend	1	1.08
Keine Angabe	1	1.08
Total	93	100.00

### Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche

Tätigkeitsbereich	Beob.	Mittelwert	SD	Min	Max
Arztpraxis mit Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“	9	2	1	1	4
(Haus-) Arztpraxis	13	2,5	.0,8	1	4
SAPV	18	2,1	1	1	5
Palliativstation im Krankenhaus	5	2,4	0,9	1	3
Hospiz	1	3	.	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	.	2	2

## ANHANG

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

*Durchschnittliche Bewertung durch die Berufsgruppen*

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
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	.	3	3
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	3	3	1,7	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3	1,2	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	4	.	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	Beob.	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	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	2	2
Altenpfleger/in mit Weiterbildung „Palliative Care“	3	4	1,7	2	5
Psychologe/in	0				
Sozialarbeiter/in	5	3,4	1,1	2	5
Medizinische Fachangestellte/r	0				
Ehrenamtliche/r	1	4	.	4	4
Anderes	12	4,4	1,3	2	6

## Spielen nicht-christliche 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

## ANHANG

### 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)	-	-	-	-	-	-

### 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)	-	-	-	-	-	-
Anderes	30,8% (n=4)	38,5% (n=5)	-	7,7% (n=1)	15,4% (n=2)	7,7% (n=1)	13

ANHANG

**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*

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

## ANHANG

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

*Durchschnittliche Bewertung durch die Tätigkeitsbereiche*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Beob.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
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	2	5
Palliativstation im Krankenhaus	6	2,7	0,5	2	3
Hospiz	7	4	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