



Wolfgang George

Sterben im Krankenhaus

Ergebnisse der 3. Gießener Studie zu den psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Bedingungen des Sterbens im Krankenhaus 2022

In eine im Jahr 2022 deutschlandweit durchgeführte Studie zu den psycho-sozialen und medizinisch-pflegerischen Sterbebedingungen in Krankenhäusern gelangten 519 Teilnehmer. Der verwendete Fragebogen entsprach weitgehend einer 2013 und 1988 verwendeten Fassung. Zusätzlich wurden Einschätzungen zu den Auswirkungen der Coronapandemie und zur Zukunft der Versorgung Sterbender erhoben. Als Ergebnis zeigte sich, dass sich die Versorgungsqualitäten nur geringfügig gegenüber denen aus dem Jahr 2013 verändert haben. Gleichzeitig wird deutlich, dass sich die unterschiedlichen Krankenhausversorgungsbereiche z. T. erheblich unterscheiden, wobei sich die Schwierigkeitslagen auf den Allgemeinstationen kumulieren. Die Coronapandemie ging mit z. T. dramatischen Auswirkungen auf Teilaspekte der Betreuung von Sterbenden – wie etwa die der Angehörigenintegration – einher. Für die Zukunft sieht ein großer Anteil der Befragten die Betreuung von Sterbenden vor sehr großen Herausforderungen. Dies deckt sich mit Einschätzungen eines an die Studie anschließenden Projektes „Wie werden wir in Zukunft sterben?“, das die Krankenhausversorgung von Sterbenden betrifft.

1. Aktuelle Situation

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 1 066 341 Millionen Verstorbene registriert, 43 % (457 743) von diesen verstarben in einem Krankenhaus.¹⁾ Da bis heute keine exakten Zahlen zu den Sterbeorten der 608 598 darüber hinaus Verstorbenen vorliegen, soll an dieser Stelle von einer qualifizierten Schätzung ausgegangen werden: zu ca. 25 % zu Hause und zu ca. 30 % in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. Hospizen (anteilig ca. 1,5 %) gestorben wurde.²⁾ In dem letzten Jahrzehnt ist ein – durch die Coronapandemie überlagerter – Trend der Verlagerung des Sterbens in die Pflegeeinrichtungen und auch das häusliche Umfeld abzubilden. Über die an den benannten Versorgungsorten erreichten psycho-sozialen und medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualitäten existieren weiterhin nur vereinzelte und cursorisch erscheinende Berichterstattungen.³⁾ Vorliegende Studienergebnisse zeichnen sich häufig dadurch aus, dass nur auf einzelne Fragestellungen (zum Beispiel Schmerztherapie), Arbeitsbereiche (in aller Regel palliative, onkologische oder intensivmedizinische Versorgung) bzw. Patientengruppen (wie etwa palliativer Patienten) fokussiert wird. Da nur selten mit gleichen oder doch zumindest vergleichbaren Verfahren und Inventaren gearbeitet wird, so sind Entwicklungen schwer abbildbar. Die vorgestellte Studie beruht auf einem Design und Messinstrument, das bereits 1988, 2013 und 2014 genutzt wurde.^{4), 5)} Ziel der Studie ist es, neben einer Situationsbestimmung erkennbare Tendenzen (b)^{6), 7), 8), 12)} und auch mögliche Auswirkungen der Coronapandemie (c) darzustellen. Aktuell (Stand 3. November 2023) zählt das RKI 176 737 an oder mit Corona Verstorbene. Dies bedeutet eine Übersterblichkeit von ca. 6 % in den letzten 3 Jahren. Die Experten des RKI gehen von einer Untererfassung aus. Alle kritischen Beobachter der letzten Jahre sind sich dahingehend einig, dass die Kran-

kenhausversorgung die tragende Säule der Beherrschung der Coronapandemie bildete, auch wenn rückblickend nicht alle Entscheidungen der Krankheitsbehandlung sich als zielführend erwiesen haben. Umso überraschender, dass die gegenwärtige Situation durch ein hohes Maß der Zukunftsunsicherheit, die bis hin zur Existenznot von Krankenhäusern auch der Grundversorgung reicht, gekennzeichnet ist. So soll im Beitrag auch ein kurzer Ausblick auf die Zukunft der stationären Versorgung gegeben werden.

2. Methode, Stichprobe und Messinstrument

Die Daten werden als absolute und prozentuale Häufigkeiten sowie als Mittelwerte und Standardabweichungen, Mittelwertvergleiche berichtet. Gruppenvergleiche werden mit Welch-ANOVA durchgeführt bzw. mit T-Tests, korrigiert nach Satterthwaite für Varianzheterogenität. Die Daten wurden im online-Umfrageprogramm LimeSurvey erhoben und mit IBM SPSS Statistics, Version 26, ausgewertet. Zielgruppe der Befragung waren Mitarbeiter aus Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Hospizen – also den Settings, die als typische Sterbeorte gelten können. Die Befragung wurde online durchgeführt. Die Multiplikation der Umfrage erfolgte über Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, auf Portalen, Expertennetzwerken, in Berufsverbänden, durch Multiplikatorenansprache (zum Beispiel Ausbildungsstätten), Pressemitteilungen in allen Bundesländern. Die Befragung erfolgte zwischen Mai und Oktober 2022. Es liegen insgesamt 519 auswertbare Datensätze aus insgesamt rund 360 Krankenhäusern vor. Bei allen Fragen bestand die Möglichkeit, keine Antwort zu geben, so dass die Zahl der Antworten auf die einzelnen Fragen variiert.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung: Krankenhäuser 2022 (Vergleich: 1988, 2013)

Item (Fallzahl 2022)	2022 (n = 519)	2013 (n = 1432)	1988
	Häufigkeit (%) oder Mittelwert (SD)	%	%
Geschlecht* (479) männlich weiblich	121 (23,8 %) 388 (76,2 %)	24 75	37 63
Alter in Jahren# (476)	40,1 (12,4)		
Berufserfahrung* (481) 0-3 Jahre 4-6 Jahre 7-15 Jahre länger als 15 Jahre	71 (13,8 %) 58 (11,3 %) 121 (23,6 %) 263 (51,3 %)		
Funktion in der Einrichtung* (483) Mitarbeiter Leitung Azubi	355 (68,9 %) 117 (22,7 %) 43 (8,3 %)		
Berufsausbildung* (475) Arzt Krankenpflegepersonal noch in Ausbildung Altenpflegekraft	49 (9,7 %) 413 (81,5 %) 39 (7,7 %) 6 (1,2 %)	19 69 10 0	23 57 20 0
Träger der Einrichtung* (472) Frei-Gemeinnütziger Träger Privater Träger Kommunaler Träger	129 (25,7 %) 85 (16,9 %) 288 (57,4 %)	59 15 24	
Größe der Einrichtung* (479) bis 50 Betten 51 bis 100 Betten 101 bis 200 Betten 201 bis 400 Betten über 400 Betten	5 (1,0 %) 11 (2,2 %) 58 (11,4 %) 139 (27,3 %) 297 (58,2 %)		
Station*+ (515) Allgemeinstation Intensiv oder Intermediate Care Onkologie Palliative Station Funktionsdienst reine Administration	161 (29,3 %) 242 (44,1 %) 50 (9,1 %) 51 (9,3 %) 31 (5,6 %) 14 (2,6 %)	43 24 8 5 (sonst.: 17)	34 26 9 (sonst.: 31)
Versorgungsstufe* (473) Grund- oder Regelversorgung Schwerpunkt- oder Fachkrankenhaus Maximalversorgung	171 (33,9 %) 119 (23,6 %) 214 (42,5 %)	54 23 21	
#: Mittelwert (Standardabweichung) *: Häufigkeit (prozentualer Anteil) +: Mehrfachnennungen waren möglich und wurden von 32 Personen genutzt			

Verwendet wurde ein fünfstufiger likertskaliertes Fragebogen, der 2013 und anteilig bereits 1988 eingesetzt wurde. Folgende Handlungsfelder werden in diesem berücksichtigt:

1. Zeitliche, personelle und räumliche Situation
2. Ausbildung der Helfer
3. Arbeitsklima im Arbeitsbereich
4. Kommunikationssituation zwischen den Helfern
5. Angehörigenintegration
6. Schmerztherapie, Lebenserhaltung und Aufklärung
7. Würdevolles Sterben und Belastungen der Helfer
8. Erfahrungen in der Coronapandemie und Zukunft der Versorgung Sterbender 

3. Ergebnisse

Ist-Situation und Vergleich Krankenhaus 2013/2022

Tabelle 2: Mittelwerte Krankenhäuser. In Klammern sind die Endpunkte der Antwortskalen angegeben. Alle Items haben eine fünf-stufige Antwortskala (1-5), das theoretische Mittel aller Items liegt bei 3.

Itemformulierung	2022	2013	1988	Vergleich 2013-2022
	M	M	M	d
1. Wie würden Sie die Vorbereitung auf die Betreuung Sterbender während Ihrer Ausbildung beschreiben? (mangelhaft - sehr gut)	2,5	2,3	1,6	0,22
2. Sind genügend qualifizierte Pflegepersonen verfügbar, um Sterbende zu betreuen? (meistens nicht - immer)	2,5	1,9	2,0	0,62
3. Sind genügend Seelsorger/innen verfügbar, um Sterbende zu betreuen? (nie - immer)	3,2	3,0	2,5	0,20
4. Wie sind die räumlichen Voraussetzungen geeignet, um Sterbende zu betreuen? (mangelhaft - sehr gut)	2,4	2,3	2,3	0,11
5. Wie schätzen Sie Ihre Einflussmöglichkeiten ein, auf die Art der Betreuung Sterbender einzuwirken? (gar keine - große)	3,5	2,9	2,7	0,55
6. Wie kollegial ist der Umgang zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (zum Beispiel zwischen Pflegepersonal und Ärzt/innen) an Ihrem Arbeitsplatz? (nicht kollegial - sehr kollegial)	3,8	3,7	2,9	0,10
7. Wie kollegial ist der Umgang der Berufskolleg/innen untereinander? (nicht kollegial - sehr kollegial)	4,1	4,1		0,001
8. Wenn ein/e Patient/in verstorben ist, wird dann im Team über diesen Tod und seine Umstände gesprochen? (nie - immer)	3,3	3,5		0,28
9. Wie oft wünschen Sie sich nach dem Tod eine/r Patient/in die Möglichkeit eines Gesprächs mit Kolleg/innen? (nie - immer)	3,3	3,3		< 0,001
10. Wie oft wünschen Sie sich nach dem Tod eine/r Patient/in die Möglichkeit eines Gesprächs mit den Angehörigen des Verstorbenen? (nie - immer)	2,9	2,9	2,4	0,02
11. Werden an Ihrem Arbeitsplatz die Angehörigen Sterbender dazu ermutigt, sich bei der Pflege zu beteiligen? (nie - immer)	2,9	2,9	2,2	0,001
12. Stört Sie die Anwesenheit von Angehörigen Sterbender bei der Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeiten? (nie - immer)	1,9	2,2		0,29
13. Könnten Sie sich vorstellen, Laienhelfer (zum Beispiel Ehrenamtliche) in die Betreuung Sterbender miteinzu-beziehen? (gar nicht - sehr gut)	3,7	3,4	2,8	0,22
14. Die Verwendung von Schmerzmitteln erfolgt an Ihrem Arbeitsplatz ... (zu wenig - zu viel)	2,7	2,6		0,08
15. Sind Sie der Auffassung, dass bei sterbenskranken Patient/innen zu häufig lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen werden? (nie - immer)	3,6	3,3	2,9	0,43
16. Werden Sterbenskranke an Ihrem Arbeitsplatz über ihre Prognose aufgeklärt? (nie - immer)	3,8	3,8	3,0	0,08
17. Werden die Patient/innen bzw. Bewohner/innen über körperliche und seelische Belastungen bei invasiven Therapieformen informiert und aufgeklärt? (nie - immer)	3,4	3,4	2,7	0,03
18. Wenn Sie das Gefühl haben, dass ein/e sterbenskranke/r Patient/in über seine/ihre Krankheitsprognose in-formiert werden möchte, gehen Sie auf dieses Bedürfnis ein? (nie - immer)	4,3	4,4	3,2	0,21
19. Sind Sie der Meinung, dass die Aufklärung von sterbenskranken Patient/innen über deren schlechte Prognose den weiteren Lebensverlauf ungünstig beeinflusst? (gar nicht - sehr)	2,2	2,5	2,8	0,24
20. Denken Sie, dass Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen mehr oder weniger Angst vor dem Sterben haben als andere Menschen? (weniger - mehr)	2,6	2,8	3,0	0,16
21. Ist die Art, wie mit verstorbenen Patient/innen an Ihrem Arbeitsplatz umgegangen wird, mit der Menschen-würde vereinbar? (gar nicht - sehr)	3,7	3,9	2,1	0,18
22. Glauben Sie, dass an Ihrem Arbeitsplatz ein würdevolles Sterben möglich ist? (nie - immer)	3,4	3,4	2,9	0,02
C1 Insgesamt (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,2			
C2 Symptomkontrolle (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,7			
C3 soziale Zuwendung durch Pflegenden (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,2			
C4 soziale Zuwendung durch Ärzte (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,2			
C5 fachliche Zuwendung durch Pflegenden (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,6			
C6 fachliche Zuwendung durch Ärzte (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,5			
C7 Einbeziehung der Angehörigen (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	1,6			
C8 Einbeziehung anderer Therapeuten (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,2			
C9 Unterstützungsangebote für Team (deutliche Verschlechterung - deutliche Verbesserung)	2,2			

M: Mittelwert
d: standardisierte Effektstärke Cohens d (0,2-0,5: schwach, 0,5-0,8: mittel, > 0,8: stark)
C1 bis C9: „Wie hat sich die Versorgungsqualität Schwerkranker und Sterbender an Ihrem Arbeitsplatz während der Coronapandemie in Bezug auf die folgenden Themen entwickelt?“



Vergleich der Krankenhausstationen

Tabelle 3: Vergleich Krankenhausstationen (Welch-ANOVA)

Name	Kurzlabel	p	Mittelwert				w ²
			Allg	Inten	Onko	Pall	
v1	Ausbildung	0,055	2,66	2,50	2,71	2,00	0,014
v2	genug Zeit	0,000	2,66	2,97	2,84	4,24	0,163
v3	Ärzte verfügbar	0,000	3,10	3,55	3,43	4,25	0,131
v4	Pflegepersonal verfügbar	0,000	2,05	2,63	2,45	3,64	0,118
v5	Seelsorger verfügbar	0,000	2,98	3,16	3,23	3,82	0,078
v6	räumliche Voraussetzungen	0,000	2,28	2,26	2,26	4,24	0,167
v7	Unterstützung SAPV	0,000	2,19	1,93	2,95	4,09	0,156
v8	Unterstützung Hospizdienst	0,000	2,09	1,74	2,12	3,71	0,197
v9	Einzelzimmer	0,000	3,94	3,33	4,19	4,70	0,201
v10	allein versterben	0,000	3,55	3,04	3,47	2,97	0,099
v11	Pflegehilfsmittel verfügbar	0,000	3,34	3,74	3,63	4,73	0,217
v13	Ihre Einflussmöglichkeiten	0,000	3,32	3,45	3,50	4,16	0,049
v14	Kollegialität zwischen Berufsgruppen	0,000	3,48	3,82	4,10	4,45	0,097
v15	Kollegialität innerhalb Berufsgruppe	0,016	3,89	4,14	4,27	4,32	0,022
v16	Gespräche im Team	0,000	3,22	3,12	3,73	4,19	0,095
v17	Wunsch nach Gespräch mit Kollegen	0,106	3,38	3,20	3,47	3,61	0,010
v18	Wunsch nach Gespräch mit Angehörigen	0,000	2,97	2,68	2,87	3,58	0,047
v19	Beteiligung Angehörige an Pflege	0,000	2,75	2,69	3,20	3,90	0,110
v20	Angehörige störend	0,727	1,85	1,99	1,97	1,97	- 0,005
v22	Laienhelfer Einbindung	0,000	3,95	3,30	3,34	4,55	0,165
v23	Möglichkeit Gespräch mit Angehörigen	0,000	3,13	3,50	3,50	4,40	0,127
v24	Unterstützung Ehrenamtliche	0,000	1,79	1,66	1,70	3,07	0,119
v25	Schmerzmittel	0,013	2,56	2,69	2,75	2,90	0,025
v26	Symptomkontrolle	0,000	3,34	3,90	3,89	4,32	0,131
v27	Lebensverlängerung zu häufig	0,000	3,48	3,87	3,59	3,24	0,121
v28	Aufklärung über Prognose	0,000	3,84	3,55	4,14	4,57	0,129
v29	Aufklärung über Belastungen	0,000	3,43	3,15	3,82	3,97	0,119
v30	Eingehen auf Informationsbedürfnis	0,045	4,27	4,18	4,37	4,67	0,017
v31	Aufklärung ungünstig	0,456	2,36	2,15	2,26	2,20	-0,001
v32	mehr Angst vor Sterben	0,071	2,72	2,49	2,42	2,07	0,014
v33	Menschenwürde	0,000	3,42	3,58	4,04	4,66	0,194
v34	würdevolles Sterben	0,000	3,27	3,18	3,54	4,33	0,238
c1	Insgesamt während Corona	0,111	2,07	2,15	2,22	2,52	0,011
c2	Symptomkontrolle	0,100	2,59	2,71	2,75	2,90	0,012
c3	soziale Zuwendung durch Pflegenden	0,020	2,06	2,24	2,29	2,76	0,023
c4	soziale Zuwendung durch Ärzte	0,007	2,04	2,17	2,21	2,76	0,030
c5	fachliche Zuwendung durch Pflegenden	0,011	2,43	2,59	2,54	2,97	0,027
c6	fachliche Zuwendung durch Ärzte	0,006	2,39	2,49	2,57	2,90	0,032
c7	Einbeziehung der Angehörigen	0,298	1,60	1,53	1,82	1,76	0,003
c8	Einbeziehung anderer Therapeuten	0,555	2,12	2,26	2,36	2,34	-0,003
c9	Unterstützungsangebote für Team	0,161	2,05	2,28	2,44	2,07	0,008

Auf die Frage: „Wie wird sich die Versorgung Sterbender in den nächsten Jahren entwickeln?“ antworten 63 % aller Befragten mit zum Teil sehr detaillierten Ausführungen zur aktuellen und zukünftigen Betreuung Sterbender und dokumentierten damit ihr großes Aussprachebedürfnis. Über die Hälfte (56 %) formuliert eine oft sehr sorgenvolle Vorhersage und dies mit unterschiedlichen Begründungen (absteigende Bedeutung): 1. Personalnot (Anzahl und Qualifizierung), 2. Ökonomisierung, 3. Fehlgeleitete Technik bzw. Management- und Führungsfehler, 4. Verweigerter gesellschaftlicher Verantwortlichkeit bzw. Anerkennung und 5. Rückzug der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. 24 % erwarten den Status quo der Bedingungen bzw. appellieren zugunsten einer Versorgungsverbesserung. 20 % erwarten an ihrem Arbeitsplatz eine Verbesserung der Versorgungssituation.

4. Diskussion

In den untersuchten Krankenhäusern haben sich die meisten Versorgungsbedingungen bzw. erreichten Ergebnisqualitäten in den zurückliegenden zehn Jahren im Durchschnitt nur geringfügig bzw. mit mittleren Effekten verändert. Auffallend ist, dass sich die Befragten als deutlich einflussreicher auf die Versorgung einwirken zu können beschreiben.⁸⁾ Dagegen wiegt der Befund, dass es häufig zu als nicht notwendig bewerteten lebensverlängernden Maßnahmen kommt (► **Tabelle 4**), problematisch, ein Trend, der sich seit 1988 verstärkt. Insbesondere die Mitarbeiter von Intensivstationen problematisieren dies. Die offensichtliche Problemlage müsste weitergehender untersucht und fachlich kontextualisiert werden.

Die Fragen zur Coronasituation und deren Auswirkung auf die Versorgung der Sterbenden können als ausgesprochen schwerwiegend für die Qualität der Betreuung zusammengefasst werden. Sie findet einen besonderen Höhepunkt in einer massiven Beeinträchtigung für die Angehörigenintegration, die vielerorts quasi nicht mehr stattfand und unter der nicht nur die Betroffenen, sondern auch zahlreiche Mitarbeiter sehr gelitten haben. Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Einschätzung, dass einmal erreichte Selbstverständnisse, Versorgungsprozesse und Strukturen keine Bestandsgarantie im Fall einer Krise besitzen.^{9), 14)}

Nicht überraschen kann, dass die Personalsituation sowohl in Bezug auf Qualifikation als auch Ressource beklagt wird. Die Unterstützung durch SAPV beharrt unverändert auf „mittlerem“ Niveau. Wie auch im Krankenhaus werden durchweg die negativen Auswirkungen der Coronapandemie beschrieben, welche auch hier in einer weitgehend als defizitär beschriebenen Zusammenarbeit mit den Angehörigen einen der problematischsten Befunde zeigt.

Die Art des Geschlechts, der Versorgungsauftrag der Einrichtung, Träger und Lage der Einrichtung besitzen einen eher geringen, Lebensalter und Funktion (Mitarbeiter bzw. Leitungskraft) einen erheblichen und die Art der Einrichtung sowie Station (nur in den KHs) einen sehr großen Einfluss. So zeigt sich einmal mehr, um wie viel besser die Ergebnisqualitäten

bzw. die hierfür notwendigen strukturellen Voraussetzungen in den palliativen Versorgungsbereichen etwa im Vergleich zu den Allgemeinstationen sind, in denen sich die Problemlagen kumulieren.

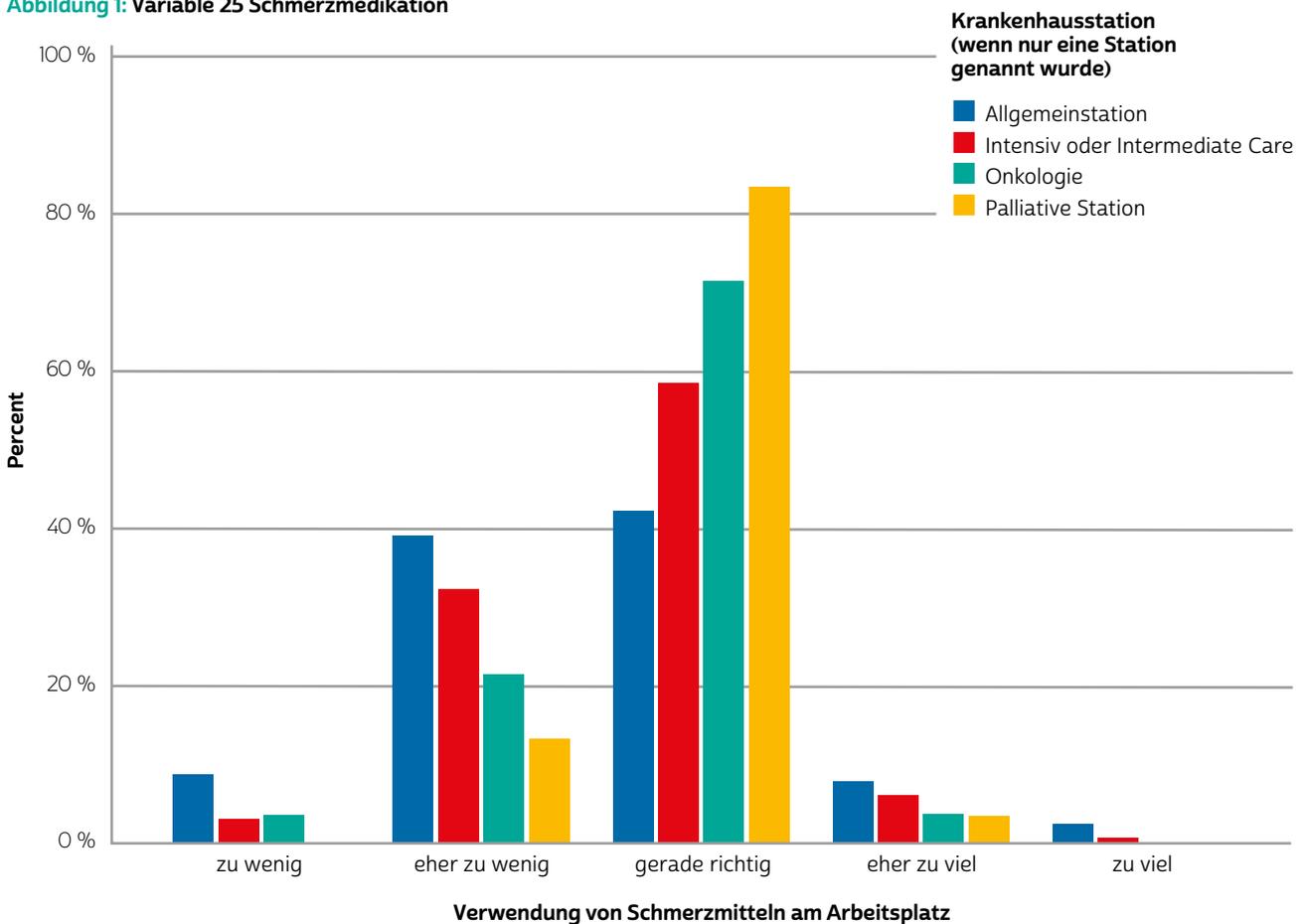
► **Abbildung 1** zeigt, dass der bloße Mittelwertvergleich bzw. die Interpretation nicht hinreichend ist, denn der Unterschied zwischen den untersuchten Arbeitsbereichen ist nicht nur statistisch signifikant, d. h. erheblich. Wie auch in der erreichten Schmerztherapie sind es die Mitarbeiter der Allgemeinstationen in den Krankenhäusern, die durchweg die problematischsten Bedingungen beschreiben. Die Liste reicht von Personalmangel (auch in Bezug auf die medizinische Betreuung), über die pflegerische Hilfsmittelausstattung bis hin zu qualifizierenden Fortbildungen und Symptomkontrolle. Auch die Auswirkungen der Coronapandemie haben die allgemeinen Versorgungsbereiche besonders hart getroffen.

So weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit der SAPV auf den palliativen, aber auch auf onkologischen Stationen weit besser gelingt als etwa auf Intensiv- oder Allgemeinstation. Die untersuchten onkologischen Arbeitsbereiche weisen fast durchgängig die „zweitbesten“ Bedingungen für die Sterbenden aus. Erinnert werden muss, dass gegenwärtig nur 340 über eine palliative Versorgung, d. h. rund jedes vierte Krankenhaus, palliative Behandlungsplätze ausweist und somit den onkologischen Versorgungsbereichen eine besondere Bedeutung zukommen könnte. Kollegialität, Einbindung der Angehörigen, Kommunikation um die Prognose und mögliche Belastungen gelingen dort in ähnlichem Ausmaß wie auf den Palliativstationen. Zugleich wird deutlich, dass die Prozesse und notwendigen strukturellen Voraussetzungen auch in den untersuchten onkologischen Bereichen deutlich verbessert werden können.

Dass die Pandemie insgesamt schwierige, für einzelne Einrichtungen nahezu katastrophale – zumeist passagere – Versorgungszustände und mit diesen verbundene Erfahrungen („allein gelassen und zugleich drangsaliert“, „Sterbende wurden verlegt“, „implizite Triagierungen“ etc.) hat entstehen lassen, wird erst bei genauerer Datenanalyse deutlich (hier ist die Berichterstattung in Durchschnittswerten wenig geeignet) und auch in der Art und Weise, wie die offene Frage zur Zukunft der Versorgung von Sterbenden beantwortet wurde: So sind es vielfach „düstere Aussichten“, die von einem zu großen Teil der Befragten beschrieben werden. Dies deckt sich mit ähnlich lautenden Einschätzungen vergleichbarer Studien.⁹⁾ Die bereits bestehende und auch antizipierte Personalnot – sowohl qualitativ als auch von deren quantitativem Ausmaß her – bereitet dabei durchweg die allergrößte Sorge und wird nach Einschätzung der Befragten die Grenzen zukünftiger Versorgungsrealitäten definieren.

Die gute Versorgungsqualität auf den Palliativstationen sollte noch stärker als bisher für einen Transfer in die anderen Versorgungsbereiche genutzt werden. Dies kann durch noch stärkere Kooperationen, wie sie sich etwa in Konsil- oder Liaisondiensten ausdrückt, gelingen. Aber auch, indem Mitarbeiter mit pal-

Abbildung 1: Variable 25 Schmerzmedikation



liativen Versorgungskompetenzen weitergebildet bzw. eingestellt werden. Dies ist auch insofern notwendig, als dass die absehbaren Handlungsszenarien allein durch die demografische Entwicklung begründet jeden Versorgungsort Sterbender als solchen zu erkennen und zu entwickeln sind. Dies kann ohne Engagement und den damit verbundenen Investitionen – auch der Krankenhausleitung und des Krankenhausträgers – nicht gelingen.

Ausblick

Durch die Ergebnisse der beschriebenen Studie – und hier insbesondere die formulierten Einschätzungen und auch Sorgen zur zukünftigen Versorgung Sterbender – ausgelöst, wurde 2022 das Projekt „Wie werden wir in Zukunft sterben? Sterben, Tod und Trauer im Jahr 2045“ initiiert. 27 Experten formulierten ihre jeweiligen Erwartungen und Szenarien. Unter diesen, zahlreiche Experten der stationären Krankenhausversorgung (zum Beispiel Intensivmedizin, palliative und onkologische Versorgung, Krankenhausmanagement, Palliative Care usw.). Um die Zukunft jenseits allen absehbaren technologischen Fortschritts zu gewinnen, bedarf es nach Herrmann Größe einer „gesellschaftlichen Vorsorgeplanung“. Dem ist zuzustimmen, nicht nur aus Kostengründen, sozial-politischen Zielsetzungen oder grundsätzlichen ethischen Erwägungen.

Literatur

- 1) https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/statement_Onliene-PK_COVID-19.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 20.10.2023.
- 2) Dasch, B. et al.: Sterbeorte. Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112: 496-504.
- 3) Sallnow, L. et al.: Report of the Lancet Commission on the Value of Death: Bringing death back into life. The Lancet. 2022; 10327: 837-884.
- 4) George, W.M., Dommer E., Szymczak, V. (Hrsg): Sterben im Krankenhaus: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial Verlag; 2014.
- 5) George, W.M. (Hrsg): Sterben in Einrichtungen der stationären Pflege: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial Verlag; 2015.
- 6) <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/mediathek/medien/mid/wunsch-und-wirklichkeit-wo-moechten-die-menschen-sterben>, zuletzt zugegriffen am 20.10.2023.
- 7) Larsen, R.: Psychosoziale Situation von Patienten, Angehörigen und Behandlungsteam: in: Larsen R. (Hrsg): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016.
- 8) Klie, T.: Pflegereport 2016: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Heidelberg: medhochzwei; 2016.
- 9) George, W.M. et al.: Erfahrungen und Belastungen in der Begleitung Sterbender; in: das Krankenhaus. 2017; 109: 1088-1100.
- 10) Baumann, K., Büssing, A.: Verlust und Trauer unter den Bedingungen der Corona-Pandemie – Was empfinden trauernde Angehörige/Zugehörige in Bezug auf ihren Bedarf an seelsorglicher bzw. psychologischer Unterstützung? Spiritual Care. 2022; 11: 2-9.
- 11) George, W.M. et al.: Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfähiger Ziel- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen; in: Handbuch Integrierte Versorgung. Heidelberg. Economica; 2006. ▶

- 12) Sitte, T.: Klarheit fürs Lebensende. Altenheim - Lösungen fürs Management. 2020; 6: 24 - 27.
- 13) Weber, K., George W.M.: Ethische Problemlagen durch die Verlegung sterbender Menschen zwischen verschiedenen Versorgungsorten und -einrichtungen. ZfME. 2020.
- 14) <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>, zuletzt zugegriffen am 20.10.2022.
- 15) George, W.M. & Weber, K. Wie werden wir in Zukunft sterben? Szenarien zu Sterben, Tod und Trauer 2045, Gießen: Psychosozial Verlag; 2023.

Weitere Informationen zur Studie 2022 bzw. zur Versorgung Sterbender im Krankenhaus können beim Verfasser angefragt werden.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Wolfgang M. George, Leiter TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung Technische Hochschule Mittelhessen, george@transmit.de

KHO wechselt Geschäftsleitung aus

Nur gut ein Jahr nach der Verschmelzung der Katholischen Hospitalvereinigung Ostwestfalen gem. GmbH (KHO) und der Sankt Elisabeth Gütersloh GmbH wurde die Geschäftsführung ausgetauscht.

Dr. Georg Rüter und **Dr. Stephan Pantenburg** haben die Geschäftsleitung der Katholischen Hospitalvereinigung zum 31. Oktober 2023 abgegeben. Darauf haben sich die Geschäftsführung und der Verwaltungsrat einvernehmlich geeinigt, hieß es. Eine Unternehmensberatung hat die Geschäftsführung übernommen. **Dr. Jan Schlenker** und **Philipp Herzog** von der Münsteraner Unternehmensberatung Borchers & Kollegen werden als Handlungsbevollmächtigte die bereits eingeleiteten Integrations- und Konsolidierungsmaßnahmen weiter umsetzen, bis eine passende Nachfolge gefunden ist.

Genau 34 Jahre hat Dr. Georg Rüter das Franziskus-Hospital in Bielefeld geführt. Er geht damit als der wahrscheinlich dienstälteste Krankenhausgeschäftsführer Deutschlands. Er ist im „Klösterchen“ – so wird die Klinik in Bielefeld genannt - geboren, seine drei inzwischen erwachsenen Kinder ebenfalls.

Georg Rüter hat die Katholische Hospitalvereinigung Ostwestfalen (KHO) über viele Jahre erfolgreich mit guten Bilanzen und schwarzen Zahlen geführt. Doch die wirtschaftlich höchst angespannte Situation der Krankenhäuser u. a. durch massiv gestiegene Sachkosten hat auch die Krankenhäuser in Ostwestfalen vor große Probleme gestellt. Dr. Stephan Pantenburg ist seit 1996 als Geschäftsführer die Entwicklung des St.-Elisabeth-Hospitals verantwortlich. Im Frühjahr hatten Rüter und Pantenburg die erste gemeinsame Bilanz vorgestellt und dabei ein ziemlich düsteres Bild der Lage gezeichnet. Vor allem die Entwicklung am Gütersloher Sankt-Elisabeth-Hospital soll für die wirtschaftlich schwierige Lage des Verbundes verantwortlich sein.

In einer Stellungnahme des Verwaltungsrats und der Gesellschafter sowie in einer Mitteilung an die Mitarbeitenden hieß es, mit der Fusion der sechs Krankenhäuser Franziskus-Hospital Bielefeld, St.-Elisabeth-Hospital Gütersloh, Marienhospital Oelde, Mathilden Hospital Herford und St.-Vinzenz-Hospital Rheda-Wiedenbrück im vergangenen Jahr seien grundlegende Weichen für die Gesundheitsversorgung in Ostwestfalen gestellt worden.

Das Zusammenwachsen der Häuser müsse wegen anstehender gesundheitspolitischer Veränderungen und großer wirtschaftlicher Herausforderungen mit viel Schwung vorgebracht werden, hieß es vom Verwaltungsrat der KHO. „Der Verwaltungsrat und die Geschäftsführung haben sich einvernehmlich für eine Veränderung in der Geschäftsführung entschieden.“ Die aktuell wirtschaftlich angespannte Situation in der Krankenhauslandschaft erfordere gezielte Maßnahmen, um die KHO wirtschaftlich und strategisch zukunftssicher aufzustellen, heißt es in der Mitteilung weiter. Mit rund 3 300 Beschäftigten ist die KHO einer der größten Anbieter stationärer Leistungen in Ostwestfalen. *Krü*



Dr. Georg Rüter und Dr. Stephan Pantenburg beenden zum 31. Oktober 2023 ihre Tätigkeit als Geschäftsführer der KHO. Foto: KHO