

Kongress-Bericht



Kongress: Sterben im Krankenhaus **12.10.2013 Universitätsaula Gießen**

Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern
2012-2013



Prof. Dr. Wolfgang George
Jahnstraße 14
D- 35394 Gießen
☎: 0641-9482-111
e-mail: george@transmit.de

***Sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen***

der Kongress liegt nun einige Tage zurück und ich hoffe Sie konnten über Informationen und Inspirationen hinaus etwas mit für Ihren Arbeitsalltag nehmen, das geeignet ist die Situation der im Krankenhaus Sterbenden zu verbessern. Zugleich war es uns wichtig alldenjenigen die auf einem guten Weg sind bzw. über eine längst etablierten Sterbekultur- und Praxis zu verfügen, zu ermutigen und zu bestärken.

2 Krankenhausvertreterinnen haben auch bereits zu uns Kontakt aufgenommen ob wir nicht in deren Umfeld und Stadt, den 2. Kongress zum Thema 2014 im Herbst durchführen wollen. Gerne können Sie auch ihr Interesse prüfen denn wir werden uns nicht vor dem kommenden Frühjahr festlegen.

Ganz sicher können Sie spätestens dann mit einer erneuten Kontaktaufnahme von uns rechnen. Wir werden ihnen u.a. berichten, wie weit das Projekt vorangebracht ist bzw. wie wir uns erneut begegnen könnten.

Ihr Wolfgang George

Ps Ich habe erlaubt ihnen unseren Leistungskatalog als Anhang zur Verfügung zu stellen. Für weitere Informationen stehen wir ihnen zur Verfügung

KONGRESSABLAUF

09.00 – 09.30 Uhr Grußwort und Einführung: *Adriaan Dorresteijn, Vizepräsident der Justus-Liebig-Universität, Wolfgang George, Leiter TransMIT-Zentrum für Versorgungsforschung und Beratung*

09.30 – 10.15 Uhr Referat: *“Ergebnisse der Gießener Studie” Wolfgang George, Gießen*

10.15 – 10.45 Uhr Referat: *“Bedeutung der Mittelverknappung für das Lebensende in stationären Gesundheits-Einrichtungen” Andreas Goldschmidt, Universität Trier*

10.45 – 11.15 Uhr Referat: *Situation auf der Intensivstation Marco Gruß, Städtisches Krankenhaus Hanau*

11.15 – 11.45 Uhr Referat: *Situation in der onkologischen Versorgung André Banat, Gesundheitszentrum Friedberg*

11.45 – 12.45 Uhr Mittagspause & Presse-Konferenz

12.45 – 13.15 Uhr Fokusgespräch *“Aufgabe / Anforderung an das Krankenhaus-Qualitätsmanagement” Hedwig Semmusch, Frankfurt*

13.15 – 13.30 Uhr Fokusgespräch *“Betroffenen-Integration” Wolfgang George*

13.30 – 14.00 Uhr Fokusgespräch *“Aus- und Weiterbildung der beruflich Handelnden” Hilarion Gottfried Petzold, Düsseldorf*

14.00 – 14.30 Uhr Fokusgespräch *“Das Hospiz – Ort des Lebens, Ort des Sterbens” Rochus Allert, Köln*

14.30 – 15.00 Uhr Pause

15.00 – 15.45 Uhr Gemeinsame Aussprache: *Wie kann das Thema weiterentwickelt werden? Mögliche Kooperationsformen Wolfgang George und Viktor Szymczak*

15.45 – 16.00 Uhr Zusammenfassung: *Tagesergebnisse Wolfgang George*

16.00 Uhr Ausklang

Moderation: *Wolfgang George und Christoph Kranich, Hamburg*

Interview: dpa mit Wolfgang George vom 9.10.2013¹
Ist Sterben in Würde im Krankenhaus möglich?

Gießen. Pro Jahr sterben mehr als 400.000 Menschen im Krankenhaus. Der Gießener Psychologe Wolfgang George hat Mediziner und Pflegepersonal gefragt, ob das Sterben dort in Würde möglich ist. Die Studie zeigt klare Defizite auf.

Mehr als 400.000 Menschen in Deutschland sterben nach Angaben des Statistischen Bundesamts jedes Jahr in einem Krankenhaus. Der Gießener Psychologe Wolfgang George vom TransMit-Zentrum für Versorgungsforschung und Beratung hat untersucht, unter welchen Bedingungen sie dort ihre letzten Lebensstunden verbringen. Dafür hat er bundesweit 1428 Ärzte und Pfleger befragt. George hat das auch schon im Jahr 1988 gemacht. Die Ergebnisse der aktuellen Studie stellt er am 12. Oktober auf dem Kongress "Sterben im Krankenhaus" in Gießen vor.

Haben Sie persönlich Angst davor, selbst einmal im Krankenhaus zu sterben?

Wolfgang George: Nein, habe ich nicht. Weil ich weiß, wie meinen Bedürfnissen dort Rechnung getragen würde. Es sollte unser Ziel sein, dass Patienten in solchen Stunden froh sind, die Nähe und Sicherheit eines Krankenhauses zu spüren. Weil sie wissen: Sie sind dort in guten Händen.

Aber Sie sehen auch Defizite. Was sind die wichtigsten Erkenntnisse Ihrer jüngsten Studie?

George: Wir sind in einzelnen Bereichen längst nicht so weit, wie das möglich wäre. Zum Beispiel gibt es in deutschen Krankenhäusern Schmerztherapien, und es sollte klar sein, dass diese auch für Sterbende zur Verfügung stehen. 34 Prozent der von uns Befragten sagen aber, dass die Patienten unzureichend mit Schmerzmitteln versorgt würden.

Ein anderes Beispiel: die Angehörigen werden - obwohl es in aller Regel sehr wohl möglich wäre - nicht in die Situation des Sterbenden miteinbezogen, also angeleitet, damit sie beim Essen, Waschen oder Kämmen helfen können. Auch die räumliche Umgebung beurteilen nur 17 Prozent der Befragten als gut oder sehr gut. Das heißt, Menschen sterben in Zimmern, die alles andere als freundlich sind und wo das Abschiednehmen vielleicht nicht so einfach möglich ist.

Was hat sich seit Ihrer ersten Untersuchung vor 25 Jahren geändert?

George: Es sind nur kleine Verbesserungen. So gibt es inzwischen für Angehörige im Krankenhaus die Möglichkeit zu übernachten. Das gab es damals überhaupt nicht. Auch werden heute Angehörige und Patienten besser über Prognose und Situation aufgeklärt. Wir haben die Mediziner und Pfleger auch gefragt, ob sie glauben, dass an ihrem Arbeitsplatz ein würdevolles Sterben möglich ist. Vor 25 Jahren haben 70 Prozent gesagt: Das ist nicht der Fall. Das hat sich zwar verbessert, aber in der aktuellen Studie sagen immer noch mehr als 40 Prozent, dass die Würde des Sterbenden nicht hinreichend berücksichtigt wird.

Können Sie das näher erläutern?

George: 43 Prozent der Befragten sind beispielsweise der Meinung, dass zu oft unnötig lebensverlängernde Maßnahmen an Sterbenden ergriffen werden. 1988 sagten das nur 32 Prozent.

Haben Ärzte und Pfleger Zeit, um sich angemessen um Sterbende zu kümmern?

George: Nein. Der entschleunigte Prozess des Sterbens trifft da auf das beschleunigte System

¹ Anstelle des Vortrages, der in seinen Inhalten im Buch niedergelegt ist und auf Anfrage zu erhalten ist.

Krankenhaus. Das ist eine große Herausforderung. Viele Ärzte und Pflegende laufen deswegen mit schlechtem Gewissen herum. Zudem sieht sich das Personal - insbesondere die Ärzte - schlecht auf die Betreuung von Sterbenden vorbereitet. 38 Prozent aller Befragten sagen, sie seien durch ihre Ausbildung nur mangelhaft darauf vorbereitet worden.

Wo sehen sie am dringendsten Handlungsbedarf, um die Situation sterbender Krankenhauspatienten zu verbessern?

George: Es kann nicht sein, dass das Krankenhaus als Ort des Sterbens eine Art Terra incognita ist, dass unsere aufgeklärte Gesellschaft an dieser Stelle kaum empirisch abgesicherte Kenntnisse hat. Am wichtigsten ist uns deshalb, dass das Thema seiner Bedeutung angemessen diskutiert wird. Zurzeit bestimmen die Erfahrungen der Hospizbewegung den Diskurs zum Thema, obwohl die Wahrscheinlichkeit, dass jemand in einem Hospiz stirbt, gegenwärtig bei unter fünf Prozent liegt. (dpa)

Vortrag: Prof. Dr. Andreas Goldschmidt, Universität Trier
Ökonomische Randbedingungen

Im Spannungsfeld zwischen ethischen Maximen und ökonomischen Zwängen durch Gesetzgeber und Krankenkassen ist die deutsche Hospiz- und Palliativbetreuung auf dem Weg zu einer am Patienten ausgerichteten Sterbebegleitung. Dabei treffen die Tabuisierung des Sterbens und die Angst vor dem eigenen Tod auf unzureichend vorbereitete Einrichtungen, hilfloses Personal und Ärzte, die den Tod eines Patienten immer noch als Scheitern empfinden. Kann ein Sterben in Würde angesichts explodierender Kosten durch immer älter werdende und länger pflegebedürftige Patienten gelingen?

Vortrag: PD. Dr. Marco Gruß (M.A.)
Klinik f. Anästhesiologie, operative Intensivmedizin & Schmerztherapie, Klinikum-Hanau
Sterben auf der Intensivstation

„Viele Erkrankungen, welche früher für Patienten den sicheren Tod bedeuteten, können heute durch moderne intensivmedizinische Verfahren therapiert werden. Auch Patienten in höherem Lebensalter oder mit teilweise erheblichen Vorerkrankungen können größere Operationen mit gutem postoperativem Outcome überstehen. In den letzten Jahren wird daher zunehmend öffentlich diskutiert, ob und in welchem Maße die moderne Intensivmedizin dazu verwendet werden soll, alles, was technisch machbar ist, auch durchzuführen. Insbesondere die organersetzende Therapie bei kritisch Kranken ist teilweise in den Ruf geraten, lediglich das Unaufhaltbare, das „Sterben“ zu verlängern und hinauszuzögern, wenn eine kurative Therapie oft nicht mehr möglich erscheint. Im Vergleich zu Normalstationen hat Sterben auf Intensivstation insofern etwas „Besonderes“, da viele Ärzte und Pflegende, aber auch Angehörige antizipieren, dass allein die Aufnahme auf eine Intensivstation zwangsläufig dazu führen muss, dass die dort vorhandenen Überwachungs- und Therapiemaßnahmen auch angewendet werden. Davon ausgehend kann dann eine Ab- oder Rückkehr hiervon sofort den Beigeschmack, etwas „nicht getan“ bzw. unterlassen zu haben, bekommen. Der Themenkomplex „Sterben auf der Intensivstation“ ist erst in den letzten Jahren systematisch betrachtet und analysiert worden. Dabei ist vor allem deutlich geworden, dass für einen sicheren und guten Umgang mit sterbenden Patienten intensive interdisziplinäre Diskussionen über Einstellungen, ethische Grundsätze und Vorgehensweise wertvoll sind und Konflikte innerhalb des Teams aber auch zwischen behandelnden Ärzten/Schwestern und Angehörigen verhindern können. Eine optimale Begleitung eines sterbenden Patienten ist nicht einfach zu erreichen und erfordert viel Engagement aller Beteiligten – aber es lohnt sich!“

Vortrag: PD. Dr. MBA Gamal André Banat, Gesundheitszentrum Wetterau
Die Situation in der onkologischen Versorgung

Mit einer geschätzten Neuerkrankungsrate von ca. 500000 im Jahr 2013 belegt die Statistik weiter eine jährliche Zunahme der neu aufgetretenen Krebserkrankungen in Deutschland. Nach Altersstandardisierung ergeben sich zwar seit 1999 für Männer und Frauen abnehmende Sterberaten,

jedoch steigt die absolute Zahl der Krebstodesfälle bedingt durch die steigende Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung weiterhin an. Die Diagnose Krebs bleibt mit einer geschätzten Anzahl von ca. 230000 Krebstodesfällen im Jahr 2013 und damit einer Gesamtmortalität von nahezu 45% in der Todesursachenstatistik auf Platz 2, bei den Jüngeren unter 65 Jahren deutlich an der Spitze. Im Umfeld des sich rasant entwickelnden medizinischen Fortschritts, des Glaubens an immer neuere erfolgreiche Wirkmechanismen der onkologischen Therapien verliert das Sterben heute seine Natürlichkeit. Es schwieriger geworden zu sterben, da derzeit in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen vieles in bester Absicht getan wird, was die Menschen ungewollt, aber aktiv am friedlichen Sterben hindert. Der Tod wird unsichtbar, abgeordnet an medizinische und pflegerische Einrichtungen. Nach einer längeren Behandlungs- und Pflegephase sterben die meisten Menschen nicht in vertrauter Umgebung, sondern genau dort, wo sie am Ende nicht hinwollten: in einem Krankenhaus. Wir wissen, dass das Sterben in Krankenhäusern und Pflegeheimen oft alles andere als ein schöner Tod ist und die meisten Menschen lieber daheim sterben möchten, aber 50 bis 60 Prozent der onkologischen Patienten schaffen es nicht mehr ins Hospiz oder nach Hause entlassen zu werden. Die Frage stellt sich: warum gelingt das nur einer kleinen Minderheit? Liegt dies an der fehlenden Unterstützung, an der zu geringen Anzahl an professionellen Einrichtungen, an der unzureichenden Ausbildung oder sind es gar die ökonomischen Anreize, welche fehlgesetzt sind? Oder fühlen sich doch die Patienten und ihre Angehörige sicherer aufgehoben in unseren Akutkrankenhäusern?

**Impuls-Vortrag: Hedwig Semmush, proCum Cert Zertifizierungsgesellschaft
Sterbebegleitung Beispielhaft**

Durch die Fallzahlsteigerungen und die damit verbundene Therapiedichte wird die Zeit des Pflegepersonals immer knapper. Dadurch ist vieles wieder verloren gegangen, was vor zehn Jahren bei der Sterbebegleitung selbstverständlich war. Einige Krankenhäuser haben sich bewusst mit dem Thema auseinandergesetzt und schulen ihre Mitarbeiter und stellen Ressourcen zur Verfügung. Einige Beispiele der *best practice* werden in dem Kurzvortrag eingeführt.

**Vortrag: Prof. Dr. (mult.) Hilarion PETZOLD Univ.-Prof. emer. FU Amsterdam.
Aus- und Weiterbildung der beruflich Handelnden für den Umgang mit Sterbenden**

Sterben ist ein terminaler Lebensprozess mit *biologisch-somatischen, psychischen, ökologischen, sozialen* und *kulturellen* sowie *geistigen* und *ethischen* Dimensionen, in dem das Leben zu Ende geht und dem kein Lebewesen entgehen kann. Dieser Prozess kann sanft, aber auch sehr belastend verlaufen und sollte menschlich, pflegerisch, medizinisch und psychologisch so begleitet werden, dass optimale ärztliche, insbesondere palliative Versorgung und pflegerische Betreuung gegeben sind und die Begleitung durch Angehörige und Freunde gewährleistet werden kann. Wo indiziert ist hier auch thanatopsychologische bzw. -therapeutische Unterstützung erforderlich. Eine solche komplexe Sicht von Lebens-Sterbeprozessen macht für Menschen, die in den verschiedenen Professionen mit Sterbenden arbeiten – Angehörige der Pflegeberufe, ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, FamilientherapeutInnen, SeelsorgerInnen – neben ihrer Grundausbildung qualifizierende Weiterbildungen erforderlich, die sie für diese schwere, aber auch sinnvolle Aufgabe fachlich ausrüsten. Da jedem Menschen eine begrenzte Lebenszeit gegeben ist, bedeutet die Arbeit mit „Todkranken und Sterbenden“ immer auch eine Konfrontation mit dem kommenden eigenen Tod und Sterben und oft auch mit Angst, Leiden und Schmerzen. Das sind Themen, denen man sich in diesem Aufgabebereich stellen muss und die deshalb auch in Weiterbildungen einen wichtigen Raum durch persönliche und professionelle „Selbsterfahrung“ einnehmen müssen. Man kann die starken Eindrücke der Sterbesituation nicht nur dissoziieren oder verdrängen, weil mit solcher „Bewältigung durch Abwehr“ eine adäquate Stressregulation nicht möglich ist und sich Verspannungen und dysfunktionale physiologische Reaktionen aufbauen können. Der Blick auf die eigene Endlichkeit kann einen aufbauenden Effekt für die eigene Lebensführung und die Ermutigung zu einer persönlichen Lebenskunst mit sich bringen, eine Sensibilisierung für empathische Prozesse sich selbst und anderen gegenüber, die zugleich ein wichtiges Handwerkszeug für den Umgang mit den PatientInnen und ihren Angehörigen sind. Die wissenschaftlich abgestützte Schulung von Empathie ist ohnehin ein wichtiger Weiterbildungsinhalt, der methodisch gestaltet werden muss. In vierzig Jahren der therapeutischen und supervisorischen Arbeit im gerontologischen und thanatotherapeutischen Bereich, der Sterbebegleitung und der Schulung von Krankenschwestern und HospizmitarbeiterInnen haben wir in

der Integrativen Therapie ein reiches Repertoire an Weiterbildungsmethoden entwickelt, die für die komplexen Aufgaben in diesem Feld ausrüsten (*Spiegel-Rösing, Petzold 1984; Petzold, Müller 2005*). Neben der Vermittlung von thanatologischem und gerontopsychologischem Fachwissen (palliativmedizinisches und palliativpflegerisches Rüstzeug ist Gegenstand berufsspezifischer Fortbildungen) müssen praktische Beratungs- und Begleitungsmethoden vermittelt werden, die das situationsspezifische Eingehen auf den Patienten oder die Patientin und ihre Bedürfnisse – Genderspezifität ist hier wichtig – ermöglichen. Praktiken der Linderung, der Distraction, der Aufhellung düsterer Stimmung sind auf der Basis einer guten „Passung“ einzusetzen, um die Lebensqualität von Sterbenden verbessern. Das ist eine zentrale Aufgabe. Die Möglichkeiten der „multiplen sensorischen Stimulierung“ (mit Düften, Lotionen, Tastmaterialien, Musik, Bildern aus Natur und Kunst durch Fotobände) können Entlastung bringen, aber auch Hilfen im Gespräch bei dem Überdenken und Auswerten des eigenen Lebens mit den Methoden der „Lebensbilanz“ und des „life review“ als Unterstützung der „Gewissensarbeit“, die manche Menschen zu leisten haben und leisten wollen. Gerade die Weltkriegsgeneration wird immer wieder vom Aufkommen traumatischer Erfahrungen belastet (*Petzold 2004*). Weiterbildung muss ein solches methodisches Repertoire vermitteln. In professioneller Selbsterfahrung werden solche Methoden durch das eigene Erleben der Methoden gelehrt und gelernt. Die Kunst des „Linderns“, nicht nur auf medikamentöse Weise, muss reaktualisiert werden und die Qualität des „Beistand-Seins“ und die Methodik der „Trostarbeit“ (*Petzold 2012b; Bonanno 2012*) auf Seiten der HelferInnen muss geschult und entwickelt werden, weil es bei Prozessen des Abschiednehmens in Sterbeprozessen immer auch um Trauer und Trost geht und zuweilen um den Umgang mit „complicated grief“ (*Petzold 2010c*). Natürlich gilt das auch für die Angehörigenarbeit, die gleichfalls eine wichtige Aufgabe ist, um bei eventuell anstehender „Versöhnungsarbeit“ in schwierigen Familiendynamiken Hilfen zu geben und pathologisch entgleisenden Trauerprozessen vorzubeugen. Die Weiterbildungserfordernisse sind also komplex, weil es sich bei der Sterbebegleitung um eine anspruchsvolle, komplexe Arbeit – besonders bei langen Sterbeprozessen oder bei der Begleitung von Kindern und Jugendlichen – handelt, die eine hohe Fachlichkeit, menschliche Reife und persönliche Integrität erfordern. Weiterbildungsprogramme haben dieser Komplexität Rechnung zu tragen.

Vortrag: **Prof. Dr. Allert, Katholische Hochschule Köln**
Das Hospiz: Ort des Lebens – Ort des Sterbens

These 1: „Sterben im Krankenhaus“ als isolierte Fragestellung, und hier insbesondere bei Tumorerkrankungen, war in der Versorgungsforschung großenteils Thema der Vergangenheit.

These 2: Leben und Sterben, bis zuletzt bei möglichst hoher Lebensqualität, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, in durchlässigen, vernetzten und bestmöglich aufeinander abgestimmten Versorgungsstrukturen muss Thema der Zukunft sein.

These 3: Zu diesen vernetzten Versorgungsstrukturen zählen u. a.: – Betreuung in der eigenen Wohnung durch Sozialstationen – ambulante Versorgung durch Haus- und niedergelassene Fachärzte – allgemeine ambulante Palliativversorgung – spezielle ambulante Palliativversorgung – ambulantes Hospiz – stationäres Hospiz – Altenheim – und selbst verständlich auch das Krankenhaus, stationär wie ambulant, als integraler Bestandteil des Versorgungsnetzwerkes. Auch bei u. U. wechselnden Versorgungsformen können dabei zentrale Bezugspersonen erhalten bleiben (z. B. ambulantes Hospiz).

These 4: Das Hospiz als Ort kann zwar in der Form des stationären Hospizes auch eine räumliche Einrichtung sein. Vor allem ist es aber ein Konzept, das Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Lebensbegleitung (End of Life Care).

These 5: Ganzheitliche Sterbe- und Lebensbegleitung beinhaltet im wesentlichen Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie psychosoziale und seelsorgliche Begleitung. Diese Begleitung wird geleistet durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss speziell qualifizierter Ehrenamtlicher und der Angehörigen.

These 6: Das Hospiz und die Hospizkonzeption sind aktuell - trotz des Bedarfs an Weiterentwicklung im Detail - ein Erfolgsmodell im bundesdeutschen Gesundheitswesen. Fortschritte an Humanität für die Betroffenen werden verbunden mit einer Begrenzung des Kostenanstiegs. Dies wird möglich u. a. durch eine konsequente Realisierung der Zielsetzung „ambulant vor stationär“ sowie die Reaktivierung von Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe.

These 7: Aktuell muss es darum gehen, in der Bundesrepublik Deutschland hospizliche Versorgungsformen, unter Einschluss des Krankenhauses, flächendeckend auf- und auszubauen.

Leistungsübersicht TransMIT-Zentrum für Versorgungsforschung und Beratung:

Nachhaltige Versorgung als Ziel: Das Zentrum wurde 2010 von den Professoren Wolfgang George, Friedrich Grimminger und Andre Banat begründet. Ziel der Leistungsangebote ist es, die von den unterschiedlichsten Akteuren der Gesundheitsversorgung erbrachten Leistungen in deren **Nachhaltigkeit** (Lebens-, Umwelt-, Kosten- und Leistungsqualität) für die Betroffenen zu bewerten. Von hervorragender Bedeutung hierfür sind das erreichte Ausmaß der Patienten- und Familieneinbindung und die mit dieser verbundenen Praxis einer integrierten und regional organisierten Gesundheitsversorgung. In dieser werden die verschiedenen Leistungspartner - prinzipiell unter regional-örtlicher Regieführung d.h. dem Hausarzt und der Familie des Patienten - koordiniert. Eine biografische und den Lebenslagen orientierte Arbeitsmethode, ermöglichen das nachhaltige Patienten- und Familienverständnis. Das regionale Krankenhaus ist Träger der medizinischen Qualität.

Leistungskatalog

- Identifizierung, Datenerhebung und Auswertung versorgungsrelevanter Parameter
- Gutachten und Planungen zu versorgungs-relevanten Fragestellungen
- Gesundheitliche Lebensqualitätsforschung
- Versorgungsrelevantes Projektmanagement: wie der Aufbau von Education- bzw. Beratungs-Center
- Kooperativ-integrierte Kooperations- und Geschäftsformate zwischen professionellen Akteuren
- Aufbau regionaler Versorgungskonzepte
- Gutachten zu oben genannten Sachverhalten

Vorgehen Das methodische Vorgehen folgt entlang eines 4-stufigen Prozess:

1. Ziel und Design-/ Methodenbestimmung mit dem Auftraggeber (danach Auftragserstellung)
2. Datenerhebung und Auswertung
3. Ergebnisbericht und Vorgehensempfehlung (Berichtabgabe und Präsentation der Ergebnisse)
4. Projektmanagement *und* Personaltraining (*optional*)

Zielgruppen

- Betreiber- bzw. Trägergesellschaften von Einrichtungen
- Verbände des Gesundheitswesens
- Versicherungen
- Patienten- und Selbsthilfe
- öffentliche Auftraggeber

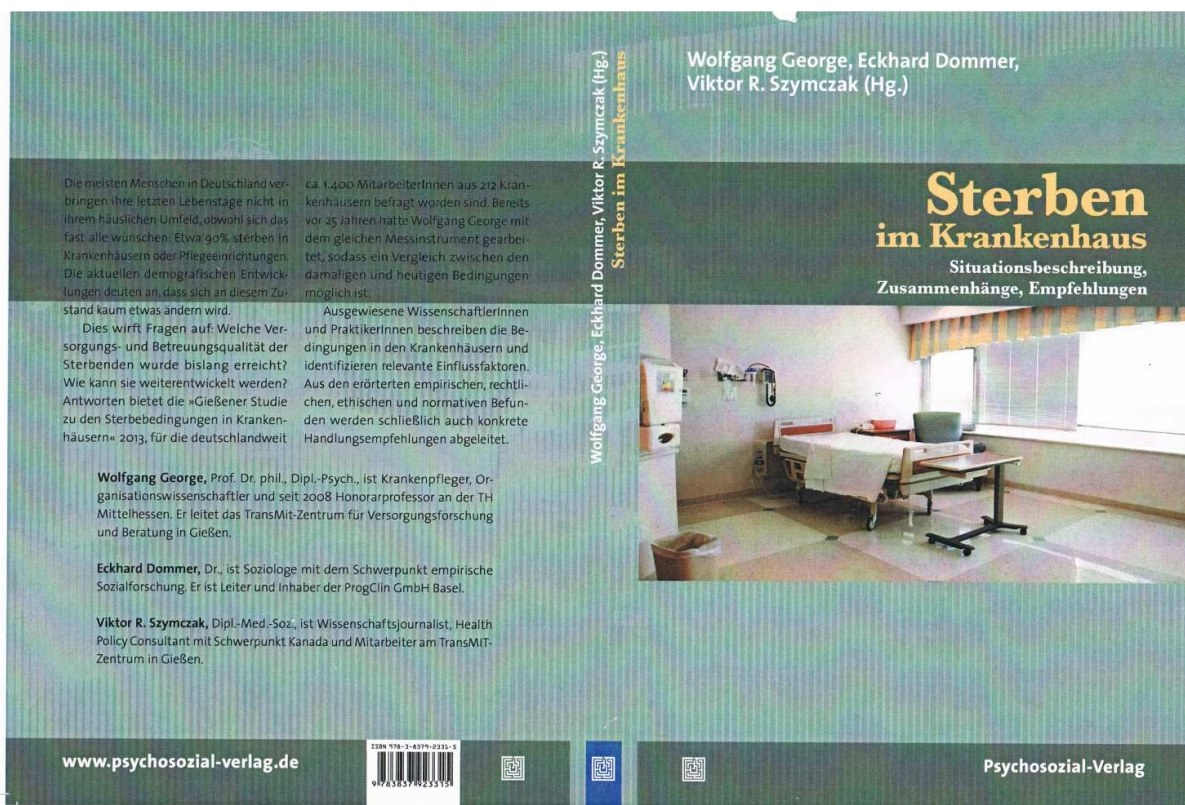
Nutzen für den Auftraggeber

- Verbesserung des Qualitätsmanagement durch Ausweitung der Befundlage
- Ermittlung ursächlicher Bedingungen und Zusammenhänge
- Unabhängige Experteneinschätzung und Empfehlung
- Erhöhung der Versorgungszufriedenheit
- Gegenstand der Qualitäts- bzw. Öffentlichkeitsberichterstattung

Kosten

- Abrechnung erfolgt per geleistete Manntage und üblichen Pauschalen. Näheres regelt das Angebot bzw. der Leistungsvertrag.

Das Buch zum Thema wurde am Tag des Kongresses vorgestellt und ist ab sofort im Buchhandel erhältlich.



Ausgewiesene Wissenschaftler und Praktiker beschreiben die Situation und identifizieren relevante Einflussfaktoren. Auf der Basis der erörterten empirischen, rechtlichen, ethischen und normativen Befunde werden schließlich auch konkrete Handlungsempfehlungen vorgestellt.

Mit Beiträgen von: R. Allert, U. Barandun Schäfer, G. Becker, G. Dannenmaier, E. Dommer, M. Eberlein-Gonska, W. George, S. Goebel, A. J. W. Goldschmidt, R. Gronemeyer, M. Größ, K. Jors, C. Kranich, A. Lauterbach, A. Newerla, H. Pargger, J. Siegrist, A. Simon, H-J. Schade, V. R. Szymczak, und M. A. Weigand.

Der Kongress „Sterben im Krankenhaus“ wurde von folgenden Organisationen unterstützt und ermöglicht:



Medizinisches Seminar George

