

## Anhang zu der Publikation:

«Keine Zeit zu warten ...

Von der möglichst gerechten Zuteilung knapper Palliativbetten»



Brigit Kaderli



**Brigit Kaderli**

**Anhang zu der Publikation:**

**„Keine Zeit zu warten...“**\_\_\_\_\_

Von der möglichst gerechten Zuteilung knapper Palliativbetten“

Der vorliegende Text ist im Rahmen des Master of Advanced Studies "Ethische Entscheidungsfindung in Organisation und Gesellschaft" an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, entstanden. Es handelt sich um den Anhang einer separat publizierten Masterthesis. Sowohl Thesis als auch Anhang wurden leicht überarbeitet und ergänzt.

Version 1.0, 2013

ISBN 978-3-906020-10-5

Als pdf: [ethikprojekte.ch/reson](http://ethikprojekte.ch/reson)

Kopieren erlaubt: [creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/)





## **Einleitung**

Im Rahmen der Publikation „Keine Zeit zu warten...Von der möglichst gerechten Zuteilung knapper Palliativbetten“, hat die Autorin ein Priorisierungsverfahren entwickelt und implementiert. Den Ausgangspunkt für diese Publikation bildeten die Befragungen der Mitglieder der Leitung Pflege (Stiftung Diaconis, Palliative Care, Bern). Mit dem Ziel grösstmöglicher Transparenz werden die transkribierten Interviews im vorliegenden Anhang ungekürzt wiedergegeben. Die Leiterin Palliative Care und die Stationsleiterin haben die Texte gegengelesen und sich mit der nicht anonymisierten Veröffentlichung einverstanden erklärt. An dieser Stelle sei ihnen ganz herzlich für ihre Mitarbeit gedankt!

Der Anhang beinhaltet ausserdem Dokumente zur Vor- und Nachbereitung der Befragungen, der von der Autorin (ebenfalls Mitglied der Leitung Pflege) ausgefüllte Fragebogen und die entwickelte Kriterienliste.

## **Inhaltsverzeichnis**

Anhang I: Vorbereitung der Untersuchung.....	04
Anhang II: Resultate der Untersuchung.....	06
Anhang III: Analyse der Resultate.....	27

## **Anhang I: Vorbereitung der Untersuchung**

### **Planung der Interviews**

- Information und Anfrage für die Interviews an Leiterin Palliative Care und Stationsleiterin
- Termine vereinbaren (je eine Stunde)
- Raum reservieren
- Aufnahmegerät organisieren
- Fragebogen erstellen
- Fragebogen von Begleiterin prüfen lassen und anpassen
- eine Woche vor dem geplanten Interview: Fragebogen an Interviewpartnerinnen abgeben

### **Vorbereitung der Interviews**

- Dafür sorgen, dass die Gespräche ohne Störungen durchgeführt werden können.
- Die Befragten darüber informieren, dass die Interviews aufgenommen und ihnen wörtlich transkribiert zur Prüfung und Genehmigung vorgelegt werden.

### **Durchführen der Interviews**

- Gespräch gemäss Fragebogen strukturieren
- Interviewte möglichst frei erzählen lassen; maximale Interview-Dauer: 1 Stunde

## Fragebogen für die Interviews mit der Leitung Pflege

1. Nach welchen Kriterien entscheidest du, wenn mehrere Patientinnen und Patienten angemeldet sind und nur **ein** freies Bett zur Verfügung steht?

2. In welcher Reihenfolge würdest du die Patientinnen und Patienten bei dieser Ausgangslage aufnehmen? (siehe Zusatzblatt)

- Nummeriere zuerst intuitiv, ohne lange nachzudenken, von 1-5
- Lies dann die Patientensituationen nochmals sorgfältig durch und überprüfe die intuitive Entscheidung. Wie schätzt du die Situation jetzt ein?
- Welche offiziellen und inoffiziellen Kriterien hast du bei der Priorisierung angewendet? Warum?
- Wie beeinflusst der Anmeldeweg der wartenden Menschen deine Entscheidung? (z.B. prophylaktische Anmeldung in früher Krankheitsphase mit später dringendem Bedarf; dringender Bedarf ohne vorherige Anmeldung; andere)
- Bleiben Patienten, die von zu Hause aus erste Priorität hatten an erster Stelle, wenn sie wegen fehlendem DPC-Bett notfallmässig in einem Spital hospitalisiert werden mussten? Warum? Warum nicht?

3. Welche von den angemeldeten Menschen unabhängigen Faktoren beeinflussen deine Entscheidung?

4. Wie könnte deiner Meinung nach die Zuteilung der knappen Betten gerechter erfolgen als bisher? Welche Hilfsmittel würden dich dabei unterstützen?

5. Hast du durch dieses Gespräch neue Erkenntnisse gewonnen? Welche?

## Anhang II: Resultate der Untersuchung

### 1. Interview mit der Stationsleiterin, geführt am 24.10.2011

#### Legende:

- **schwarz fett** = Im Vorfeld abgegebene Interviewfragen der Verfasserin
- **rot** = Stationsleiterin
- **fett** = stark betontes Wort / – = kurze Pause / ... = längere Pause
- schwarz = Nachfragen, Bemerkungen der Autorin während dem Gespräch
- [...] = nachträgliche, erklärende Bemerkungen der Autorin

#### 1. Nach welchen Kriterien entscheidest du, wenn mehrere Patientinnen und Patienten angemeldet sind und nur ein freies Bett zur Verfügung steht?

Für mich ist die Dringlichkeit der Indikation wesentlich, Indikation heisst: Akuter Palliative Care-Bedarf. Ob es unkontrollierte Symptome sind, das ist für mich massgebend. Und – gleichzeitig auch - ob jemand zu Hause ist und falls ich ihn nicht aufnehmen könnte, anderswo hospitalisiert werden müsste. Nebst dem ist für mich wesentlich, welche personellen Ressourcen ich habe und wie das restliche Patientengut auf der Station aussieht. Ist eine Betreuung und Pflege bei uns möglich? Dies sind die wesentlichen Kriterien, wenn ich die Möglichkeit habe auszuwählen oder wenn ich auswählen muss.

#### 2. In welcher Reihenfolge würdest du die Patientinnen und Patienten bei dieser Ausgangslage aufnehmen?

##### 2.a Nummeriere zuerst intuitiv, ohne lange nachzudenken, von 1-5

1. Frau Frei 2. Frau Salevi 3. Herr Bieri 4. Herr Bucher 5. Herr Meister

**2.b Lies dann die Patientensituationen nochmals sorgfältig durch und überprüfe die intuitive Entscheidung. Wie schätzt du die Situation jetzt ein?**

Es ist genau die gleiche Reihenfolge. Vielleicht kannst du mir noch sagen, wie Du die Reihenfolge gemacht hättest, wenn Frau Frei noch nicht hätte eintreten wollen? Dann hätte ich zuerst Frau Salevi aufgenommen, dann Herr Bieri, Herr Bucher und Herr Meister. Frau Frei wäre dann irgendwann gekommen. Also die gleiche Reihenfolge und Frau Frei wäre nach hinten gerutscht, bis sie kommen möchte. Ja, ich hätte sie sicher nicht präventiv aufgenommen... [beide lachen] Das können wir uns nicht leisten...

**2.c Welche offiziellen und inoffiziellen Kriterien hast du bei der Priorisierung angewendet? Warum?**

Ja. Das ist natürlich ganz klar, die Indikation bei Frau Frei mit der akuten Leukämie, das geht massiv schnell. Die Komplikationsgefahr ist offensichtlich, die Kurzatmigkeit, die Magendarmblutung. Es sind dringende Symptome, man muss versuchen, sie zu behandeln, sie in den Griff zu bekommen, wie man dem auch sagt. Es ist eindeutig, dass sie bald sterben wird, da kannst du überhaupt nicht zuwarten. Offizielles Kriterium ist natürlich ganz klar wieder die Indikation, die gegeben sein muss: Bei Frau Salevi sind es die unkontrollierten Symptome (Schmerzen und Nausea) und auch die psychosoziale Situation ist eindeutig erschwert und sehr komplex, mit den Kindern. Dies ist bei Frau Salevi und bei Herrn Bieri dasselbe... Und bei Herrn Bucher ist es so, dass er im Moment im Zentrumspital ist. Es ist auch ein Leiden da, aber irgendwie ist er trotzdem umsorgt. Ich gehe davon aus, dass man ihn dort – auf Grund der ambulanten Chemotherapie – bereits kennt. Er hatte bereits mehrere Spitalaufenthalte, ist nicht ganz fremd. Und bei Herrn Meister, das sage ich, ist inoffiziell. Die Herzinsuffizienz ist auf Grund der ungenügenden Erfahrung ganz schwierig einzuschätzen. Manchmal geht es ganz schnell und manchmal – ich staune immer wieder – kann es sich noch lange hinziehen.

Wir haben hier einen Fehler gemacht als wir sagten, „jetzt hat es dann bald ein freies Bett“. Die Situation hat sich ja dann stabilisiert, aber auf Grund der moralischen Verpflichtung müsste ich ihn trotzdem aufnehmen. Aber die Indikation – ist nicht gegeben. Darum kommt er für mich an letzter Stelle. In Kauf nehmend, dass es nicht korrekt ist, weil man es ihm zugesagt hat.

Für mich kommt noch dazu, dass ich ihn wahrscheinlich weiterverlegen müsste und dies kann auch nicht die Lösung sein. Leuten mit eindeutigen Indikationen, die ganz klar Akut-Palliative Care benötigen, muss ich den Vorzug geben – obwohl man sagen kann, dass es moralisch nicht korrekt ist, wenn andere sich darauf eingestellt hatten, bald zu kommen. Ich kann es einfach sagen, weil ich nicht involviert war, ich kann ganz neutral urteilen und dies ist nicht zu unterschätzen. Und ich denke, dies ist eben das Inoffizielle: Wie man mit den Leuten verbunden ist, ob man die Besichtigungen gemacht hat...dass man da noch klar sieht – also es fragt sich ja, was klar sehen denn heisst [Lachen]. Aber wenn ich jetzt wirklich die Indikationen anschau, dann ist es eindeutig. Bei dir ist also die Dringlichkeit der Indikation ganz entscheidend. Dann eben der aktuelle Aufenthaltsort, das sieht man sowohl bei Frau Frei, die von zu Hause kommt, als auch bei Herrn Bucher, bei dem du weisst, dass er im Zentrumspital „versorgt“ ist, also diese zwei Sachen.....plus die psychosoziale Situation. Es sind ganze Familiensysteme, die zum Teil dramatische Wendungen nehmen. Genau, du hast ja auch jene mit den Kindern an 2. und 3. Stelle...das fällt auch auf. Genau. Ja, ganz eindeutig. Ich denke, dass wir hier eine grosse Verantwortung haben. Wegen dem Eskalieren, wegen unserem Auftrag. Genau dafür ist unsere Institution gemacht, und nicht, weil wir uns moralisch verpflichten müssen, weil wir jemandem zugesagt haben. Er stabilisiert sich, hat die Indikation eigentlich nicht mehr. Da sagen zu müssen, dem geben wir jetzt den Vorrang und daneben eskaliert – nebst unkontrollierten Symptomen – ein Familiensystem, das ist nicht korrekt. Aber: nicht zu unterschätzen. Aber mir wäre es wichtig, daran zu arbeiten, zu objektivieren. Vom Persönlichen wegzukommen. Ja. Obwohl es immer wieder passiert...Ja, und es färbt eben die Entscheidung, häufig, ohne dass man es merkt.

**2.d Wie beeinflusst der Anmeldeweg der wartenden Menschen deine Entscheidung? (z.B. prophylaktische Anmeldung in früher Krankheitsphase mit später dringendem Bedarf; dringender Bedarf ohne vorherige Anmeldung; andere)**

Ich habe schon fast einen Monat nicht mehr mit den Anmeldungen gearbeitet und ich merke, dass ich es aus Distanz anschau und dass dies eine grosse Rolle spielt. Ich sage, für mich ist die Indikation wichtig. Ich bekomme am Freitagnachmittag einen Anruf. Dieser Mensch ist nicht angemeldet, aber ich sehe, dass es völlig unkontrollierbare Symptome sind, zu Hause.

Dann hat er für mich den Vorzug gegenüber jemandem, der einigermaßen stabil im Spital ist, schon lange angemeldet ist, respektive vielleicht unter unkontrollierbaren Symptome litt, aber im Spital aufgehoben ist. Dann gebe ich jenem zu Hause den Vorzug. Weil er ansonsten zwischenhospitalisiert werden müsste.

Wenn ich jedoch zwei so genannt gleichwertige habe, der eine ist schon lange angemeldet, hat aber auch eine hohe Indikation, und der andere wurde kurzfristig angemeldet, beide kommen von zu Hause. Dann gebe ich jenem den Vorzug, der schon länger angemeldet ist. Aber immer im Kontext verstanden: Wo ist dieser Mensch im Moment? Ich weiss aus Erfahrung, wie es zu Hause ist. Es ist einfach so, dort hast du keine 24-Stunden-Betreuung. Auch wenn es in einem Spital nicht immer optimal ist, aber dort ist immer eine 24-Stunden-Betreuung gewährleistet und dies ist für mich entscheidend. Wenn jemand bereits zwei Wochen im Spital ist und auf ein Bett wartet und dann jemand in einer derartigen Notsituation angemeldet wird, dann ist es für mich klar. Das heisst, ich beachte es nicht in erster Linie ...es spielt auch eine gewisse Rolle, aber nicht gleich prioritär wie die Dringlichkeit der Indikation. **Nein, nein...**

Weil – nein, für mich ist dies nicht entscheidend, weil ja jeder seinen Prozess anders macht. Es gibt Leute, die sich früh anmelden, denen du dann immer wieder ein freies Bett meldest und die es dann nicht wollen. Dies kommt dem fast gleich. Es ist fast, als ob keine Anmeldung hier gewesen wäre. Dort muss man nämlich eher aufpassen, dass man nicht denkt, jetzt hat man schon so oft ein Bett gemeldet und er wollte es nie nehmen, also – „hat er gehabt“ – aber die Gefahr ist dann ebenso gross...dies könnte bei Herrn Bieri eine gewisse Rolle spielen...Eine Rolle spielen, wo man sich immer wieder sagen muss: Nein, dies spielt keine Rolle, es ist **ihr** Prozess. Gerade im Moment der Anmeldung muss man dies wieder neu überblicken – egal, was vorher geschehen ist. Weil es ja ein schwieriger Prozess ist, einen Mann von zu Hause wegzugeben, wenn er nicht will. Dies ist eine Niederlage, das tut weh, weil die Ehefrau wahrscheinlich im Innersten gespürt hat, dass es jetzt forever ist. Und ich finde, dass man dies nicht verurteilen darf, und darum spielt es für mich keine Rolle. Es kann aber auch sein, dass jemand sagt, jetzt habe ich mich schon so lange angemeldet, ich habe mich so lange gefreut. Ja, da kann ich in mir auch eine gewisse Verpflichtung spüren. Aber ich merke, ich kann es am meisten objektivieren, wenn ich immer wieder die Indikation in den Vordergrund stelle und nicht das – „Drumherum“. Aber dies ist sehr einfach gesagt, aber – es ist ganz schwierig.

Und ich kann es jetzt wahnsinnig einfach sagen, weil ich so lange nicht mehr mit den Anmeldungen „gemacht“ habe, das merke ich... Das ist eben gerade ganz gut. Weil ich den Fragebogen ja ausgefüllt habe und voll involviert war. Von daher finde ich es höchst spannend, was jetzt hier geschieht.

**2.e Bleiben Patientinnen, die von zu Hause aus erste Priorität hatten, an erster Stelle, wenn sie wegen fehlendem DPC-Bett notfallmässig in einem Spital hospitalisiert werden mussten? Warum? Warum nicht?**

Dies sind jene, denen man immer gesagt hat, dass sie kommen können, sobald es ein Bett hat. Man hatte vielleicht mehrmals mit ihnen Kontakt – und dann reicht es gerade knapp nicht...

Ja. Ich habe hier geschrieben „nicht automatisch“.

Die Indikation ist wieder massgebend und – die personellen Ressourcen und das restliche Patientengut. Das Gesamte anschauen, also nicht nur den Menschen, der da kommen will, sondern das Rundherum in diesem Moment. Wenn gleichzeitig jemand von zu Hause kommt, zwischenhospitalisiert werden müsste und die Indikation dringend ist – gebe ich ihm den Vortritt. Ja, das ist schon so. Ja.

**3.e Welche von den angemeldeten Menschen unabhängigen Faktoren beeinflussen deine Entscheidung?**

Diese Frage habe ich nicht recht verstanden. Was meinst du mit unabhängigen Faktoren? Du hast es bei der ersten Frage zum Teil schon gesagt. Ich bin froh, wenn du es noch etwas „usbeindlich“. Da geht es wirklich um alles, was nicht mit den angemeldeten Leuten zusammenhängt, sondern mit der Abteilung, mit den personellen Ressourcen. Einfach alles, was nicht durch Indikation gegeben ist oder wie lange angemeldet und von wo, sondern das, was von der Abteilung her gegeben ist. Das ist gemeint. Die personellen Ressourcen. Ich kann das Beispiel bringen von der Patientin mit ALS. Wir haben neun Betten, nur **den** Personalbestand und jetzt kommt eine sehr intensive Patientin, die sehr viele Ressourcen braucht. Da muss ich auf weitere Zeit hinaus denken, kann nicht nur für den heutigen Tag denken. Jetzt haben wir auch gerade ein solches Beispiel: Es kommt ein unruhiger Patient. Wir nehmen ihn auf, aber wir haben die benötigten Sitzwachen noch nicht abgedeckt.

Wir können da in etwas „inelauere“, aber es kann sein, dass es „verhett“, dass wir die Leute für die Nacht finden. Es könnte prekär werden – muss aber nicht. Und dort muss ich je nach Situation schauen, was ich vorher bereits aufgleisen muss. Es ist nicht alles vorhersehbar, aber ich will verhindern, dass die Nachtwache „strudelt“ oder der Spätdienst oder der Tagdienst. Wichtig ist, dass man die Pflege der anderen Patienten gewährleisten kann, dass kein Ungleichgewicht entsteht. Solche „Ungleichgewichter“ hat man immer wieder, Tageweise.

Aber es darf nicht über lange Zeit sein. Und es ist auch nicht alles vorhersehbar. Aber wenn es vorhersehbar ist, dann muss ich es bedenken. Kann ich alles zur Verfügung stellen?

Sei es an Technik, wenn jemand eine Thoraxdrainage oder einen Verband unter Anästhesie braucht, ist dies technisch nicht machbar. Für einen Verband unter Anästhesie braucht es derartige Aufwendungen, diesen Patienten können wir leider nicht aufnehmen. Und für die Thoraxdrainage fehlt uns einfach die Einrichtung, damit wir es machen können. Auch muss ich präventiv klären, wenn z.B. auf Grund des kulturellen Hintergrundes Patienten mit grossen Familien kommen, die sich gewohnt sind, immer das Zimmer voll Besuch zu haben. Oder das Sprachliche. Ich muss klären, ob man dies irgendwie managen kann. Dies ist kein Grund, jemanden nicht zu nehmen. Ich muss jedoch prüfen, ob es im Moment drin liegt, ob ich alles innert vernünftiger Zeit organisieren kann. Und nicht einfach aufnehmen und denken: Ja, jetzt schauen wir einmal. Und ja, da ist noch die ärztliche Situation, die auch noch hinzu kommt... In einer Situation mit einem sehr komplexen Familiensystem, hätte ich sagen müssen, dass wir diese Patientin im Moment nicht aufnehmen können, da die Kontinuität von **einer** Arztperson nicht gewährleistet ist. Da hatte ich nicht die Möglichkeit zu wählen, weil ich freie Betten hatte, die besetzt werden mussten. Der finanzielle Druck ist sicher auch ein Faktor, dass du es nicht immer optimal machen kannst. Die Betten **müssen** belegt sein. Dies hatten wir schon länger nicht mehr, aber wenn er da ist, ist er unangenehm. Weil du es dann nicht immer „günstig“ planen kannst und du es machen musst – obwohl es personell oder auf Grund der Patienten-Konstellation nicht „günstig“ ist. Dieser Druck ist da, da haben wir nicht volle freie Hand. Ja, dies sind so die unabhängigen Faktoren.

#### **4. Wie könnte deiner Meinung nach die Zuteilung der knappen Betten gerechter erfolgen als bisher? Welche Hilfsmittel würden dich dabei unterstützen?**

Also für mich ist eindeutig: den Anzumeldenden mitteilen, dass wir eine differenzierte Indikationsformulierung benötigen. Wir müssen uns überlegen, ob es eine Kriterienliste zum Ankreuzen oder etwas anderes braucht. Und ob dann wirklich die individuellen, wesentlichen Indikationskriterien erfasst werden, ohne dass wir vorher gross pflegerische Abklärungen machen müssen. Du würdest also den Zuweisenden bereits einen Bogen geben, auf dem sie ankreuzen könnten, welche Indikationskriterien gegeben sind? Ja, zum Objektivieren. Gibt es eine objektivierbare Indikationsliste, auf der es keine Rolle spielt, was **ich** noch dazu meine und in die nicht so viel hineininterpretiert werden kann. Die Frage ist jedoch, ob dann die Gewichtung der Problematik wirklich daraus ersichtlich wird. Dies müsste ja sein. Genau, das eine sind die Kriterien, das andere ist, wie sie gewichtet werden. Ja, kann man daraus lesen, wie gewichtig es ist? Ich finde, das ist das Objektivierbarste. Mit den wenigen personellen Ressourcen, die wir haben. Wenn wir es **wirklich** objektivieren wollten, dann müssten wir jedes Mal die pflegerische Erfassung machen und noch dann bist du nicht sicher, weil die Informationen von der jeweiligen Pflegenden, dem jeweiligen Arzt abhängen. Ja. Aber ich habe den Eindruck, es wäre am sinnvollsten, daran zu arbeiten.

#### **5. Hast du durch dieses Gespräch neue Erkenntnisse gewonnen? Welche?**

Ich glaube das Wesentliche ist schon, zu merken, dass ich sehr frei bin von Emotionen. Ich kann ziemlich *sec* entscheiden. Und dies wünsche ich mir. Dann hast du bei den einzelnen Leuten auch nicht gemerkt, wer es ist? Einmal bei jemandem, aber es ist gleich wieder in den Hintergrund getreten, es war gar nicht da. Und es war auf eine Weise weg, dass es keine grosse Rolle spielte. Genau. An das Beispiel, das ich an erste Stelle gesetzt habe, habe ich mich auch nicht erinnert...

Da kann ich auf Grund meiner Vorgeschichte [mehrjährige Pflegetätigkeit auf der Hämato-Onkologie] höchstens sagen, wie rasant es gehen kann. Und weil ich weiss, wie schlecht einschätzbar es bei Herrn Meister ist. Ich habe natürlich schon gelesen, wie die weiteren Abklärungen getroffen wurden. Wenn wir jetzt da gewesen wären [Indikation bei der ersten Abklärung auf Grund der akuten Dyspnoe, Angst und

zunehmender Schwäche], wäre für mich eine andere Reihenfolge entstanden. Dann kannst du auch nachvollziehen, dass man zu jenem Zeitpunkt entschieden hat, ihn zu nehmen? Absolut, absolut, weil da die Symptomatik ganz offensichtlich war. Ich hätte in dem Moment schauen müssen, wo er ist, aber er war immer noch im Spital und immer noch umsorgt. Das ist für mich das Entscheidende. Und da waren Leute gar nicht umsorgt. Und auch mit den „Glioblastomern“: Wenn diese Leute x Mal den Platz wechseln müssen, nebst der psychosozialen Situation, ist dies wahnsinnig ungünstig. Dies gibt Unruhe für beide Systeme. Wichtig sind Diagnose und Diagnosekenntnis, die gibt ja auch die Indikation, weil es miteinander zusammenspielt. Und es ist schon so, dass ich da anders entschieden hätte, da wäre ich in den Clinch gekommen. Noch mehr. Wäre er mit akuter Dyspnoe daheim gewesen, wäre er oben auf die Liste gekommen. So sind sie [Frau Frei und Herr Meister] für mich praktisch gleichwertig. Spielt es eine Rolle, dass Herr Meister Jahrgang 23 hat nein und Frau Frei Jahrgang 58 und Herr Bucher Jahrgang 85? Spielt dies irgendwie eine Rolle bei deiner Entscheidung? Ich glaube, es geht mir mehr um das psychosoziale System. Ich denke, dass ich mehr auf die Jahrgänge achten würde, wenn ich mit diesen Leuten zu tun hätte. [zu Frau Bucher] Das ist auch sozial, aber es ist nicht ein ganzes Familiensystem involviert. Es ist hart, aber es ist einfach so. Obwohl man sagen kann, dass alle fast gleich jung sind. Ausser Herr Meister. Genau. Und da ist es wirklich die akute Dyspnoe und die akute Angst, auch wenn er Jahrgang 23 hat. Dem müsste man nochmals nachgehen. Aber in dem Moment ist er ja im Spital. Und das ist der Unterschied, dass er 24 Stunden umsorgt ist und diese Leute sind nicht 24 Stunden umsorgt. Also schlussendlich waren ja alle im Spital. Ja, aber... Die einzige, die effektiv noch zu Hause war, war Frau Frei. Frau Salevi und Herr Bieri waren in einem Stadtspital, nicht Zentrumspital, Herr Bucher im Zentrumspital. Genau. Noch eine letzte Frage, wahrscheinlich letzte [Lachen]: Frau Salevi ist die einzige, die schon einmal bei uns war. Spielt dies eine Rolle? Macht es sie prioritärer als andere? Weil man ihnen damals sogar noch gesagt hat, dass sie dann hohe Priorität haben wird? Hat dies mitgeholfen, dass du sie an zweite Stelle genommen hast? Jetzt nicht, weil ich mich sehr auf die Indikationen konzentriert hatte. Da [bei Frau Salevi] ist noch die Nausea gekommen, das ist eng, das ist in dem Moment wahnsinnig. Aber ich denke, dass es im Alltag im Hintergrund eine Rolle spielt. Aber jetzt habe ich keine emotionale Verbindung. Darum. Genau, am Anfang hast du ja gesagt, dass dies auch eine grosse Rolle spielt, wenn man involviert ist, Verbindungen zu den Leuten hat. Und zu jemandem, der schon einmal bei uns hospitalisiert war, hat man die fast sicher.

Entweder zur Patientin selbst oder zu den Angehörigen. Das ist so, ja, das ist so. Sehr aufschlussreich, finde ich. [beide lachen] Diese Unterscheidung ist gross, extrem gross. Hast du noch etwas dazu zu sagen, was du noch nirgends unterbringen konntest? Oder ist es für dich so abgeschlossen? Ja. So das Gerech-Sein, das ist schon...was ist denn gerecht oder? Das ist schon die Frage. Kann ich davon ausgehen, wenn ich mich schon früh angemeldet habe – das ist ja fast wie eine Warteliste. Ja, wenn ich mich an einem Ort anmelde, und mir gesagt wird, dass ich auf die Warteliste komme, dann erwarte ich da eine gewisse Verbindlichkeit. Das ist so, ich erwarte es...deswegen habe ich die Anmeldung früh gemacht. Also ist es eigentlich nicht in Ordnung, wenn jemand, der dies nicht gemacht hat, früher aufgenommen wird als ich. Andererseits kann ich auch sagen, dass es korrekt ist, da die einen es einfach nicht können. Und doch sind sie in der gleichen oder vielleicht in dem Moment in der grösseren Not, weil der andere einfach ein wenig cleverer gewesen war und denkt, „i go go bsetze“. Ich sage dem jetzt ein wenig überspitzt so, „i go go bsetze“. Dass dann der den Vorrang bekommt. Ich persönlich muss sagen, dass ich jenem den Vorrang geben möchte, der die Indikation hat.

Ich merke, dass mir dieses „Bsetze“ stinkt [Lachen]. Ich denke, da hat meine eigene Geschichte einen Einfluss. Obwohl ich selber – je nach Situation und umso gewichtiger – auch froh bin. Es ist ein Clinch, es ist ein Clinch...Es ist ein Clinch. Aber schlussendlich bin ich krank und keiner von uns weiss, wie er reagiert, wenn er krank ist. Also weisst du: Bin ich jetzt jemand, der bereit ist, sich frühzeitig anzumelden und darf ich davon profitieren, dass ich dies konnte? Bei gleichzeitigen, gleichwertigen Anmeldungen, nur einem Bett – in dem Moment ist es ok. Aber sonst bleibt für mich die Frage noch unbeantwortet, ob es fair ist. Ich denke, darüber muss man sich einig sein und ich glaube, dass dies unter uns noch Grauzone ist. Es ist auch Grauzone unter uns, dass jeder eine andere emotionale Verbindung hat und man dann manchmal fast ein wenig untereinander fightet. Und sagt „Du, den müssen wir unbedingt nehmen!“ [beide lachen] Oder? Also letzte Woche, dieser Mann, dieser Vater, das ging mir durch den Kopf, unsere Diskussion war nicht korrekt. Wegen der emotionalen Verpflichtung gegenüber der Tochter, die wir kennen. Ja genau. Aber es ist nicht korrekt, was wir gemacht haben, es ist nicht korrekt – es ist nicht korrekt. Wir müssten es losgelöst von dem schaffen. Umso mehr müssen wir schauen, wie die Indikation ist. Wir müssen uns einig werden, auch mit den Jahrgängen, denke ich. Wie gewichten wir den Jahrgang? Ist es korrekt zu sagen, „der ist noch jung“? Als ob ein alter Mensch in der gleichen Situation nicht das gleiche Anrecht

hätte. Und warum machen wir es dann? Wir müssen uns klarer werden, **warum** wir die jüngeren Jahrgänge priorisieren. Es ist für mich etwas anderes, wenn wir merken, dass kleine Kinder involviert sind, wenn wir es also von den psychosozialen Systemen abhängig machen, aber...aber natürlich ist das Risiko höher, dass es Komplikationen gibt, als bei jemandem, der nicht mehr im Berufsalltag ist, der keine Betreuungspflichten mehr hat. Ich denke auch, dass dies das Entscheidende ist, nicht der Jahrgang an und für sich. **Nein, nicht der Jahrgang an und für sich. Sprich, der ältere Mensch könnte ja auch ein desolates System haben. Ich finde, Familie M. [aktuell betreute Patientin Jahrgang 1930 und Ehemann], das ist ein Klassiker. Frau M. haben wir auch auf Grund des schwierigen Systems aufgenommen.** Ja, die Beziehung zwischen den beiden war sehr problematisch, sie hatte sich so im Stich gelassen gefühlt. **Genau. Und sie ist auch alt. Und ja, es kommt mir noch ein anderer Patient in den Sinn: Ein Vater, ein Verdingbub, bei dem es ganz schwierig war. Gewisse Töchter hatten Jahre keinen Kontakt mehr und dieses Zusammenfinden können oder das Wissen, dass dieser Vater, der alles für die Familie getan hatte, in Ruhe sterben konnte, war sehr wichtig. Ich finde, dass dies höchstes Gut ist. Man darf nicht das Kriterium haben, „der ist jetzt alt und es ist eh Zeit dafür, dass er stirbt“ [Lachen]. Also kann er ja irgendwo sterben. Und ich denke, da müssten wir uns einig sein. Und wir müssten streng sein mit uns, damit es korrekt läuft. Nicht dass der eine das Alter mehr gewichtet. Oder schauen, was passiert mit mir, wenn ich Jahrgang 85 sehe. Da passiert etwas mit mir, das macht etwas mit mir. Wir reagieren anders und wir kommunizieren es auch anders.** Genau. Aber dort kann man natürlich auch argumentieren, dass für jemanden, der mit Jahrgang 85 sterben muss, das Sterben an und für sich eine andere Dramatik hat, als für jemanden, der Jahrgang 23 hat. Dort denke ich kann man unter Umständen mit dem Alter argumentieren. **Man könnte, aber man muss es klar anschauen...** und auch klar begründen. **Ja, genau.** Und das Alter ist nicht einfach per se massgebend. Sonst hätten wir hier sagen können, wir nehmen einfach den jüngsten zuerst, schön nach Alter und dann hätte es eine andere Reihenfolge gegeben. **Dann hätte es eine andere Reihenfolge gegeben, ganz genau. Das ist so. Ja, richtig.**

## 2. Interview mit der Leiterin Palliative Care, geführt am 24.10.2011

### Legende:

- **schwarz fett** = Im Vorfeld abgegebene Interviewfragen der Verfasserin
- **blau** = Leiterin Palliative Care
- **fett** = stark betontes Wort / – = kurze Pause / ... = längere Pause
- **schwarz** = Nachfragen, Bemerkungen der Autorin während dem Gespräch
- [...] = nachträgliche, erklärende Bemerkungen der Autorin

### 1. Nach welchen Kriterien entscheidest du, wenn mehrere Patientinnen und Patienten angemeldet sind und nur ein freies Bett zur Verfügung steht?

Das Anmeldedatum; die Dringlichkeit; der Bedarf nach Palliative Care, der mit der Dringlichkeit und dem Alter zusammenhängt.

### 2. In welcher Reihenfolge würdest du die Patientinnen und Patienten bei dieser Ausgangslage aufnehmen? (siehe Seiten 2 und 3)

#### 2.a. Nummeriere zuerst intuitiv, ohne lange nachzudenken, von 1-5

Ich habe versucht, es zuerst so zu machen, habe aber gemerkt, dass es bei mir nicht geht, ich habe es nicht „geschnallt“. Ich musste nachher wirklich nochmals schauen, **wer** ist jetzt wirklich zu Hause und **wer** ist im Spital und war dann überrascht, dass so viele im Spital sind. Da hat es wieder ein wenig anders ausgesehen. Darum musste ich es wirklich nochmals intensiv lesen.

**2.b. Lies dann die Patientensituationen nochmals sorgfältig durch und überprüfe die intuitive Entscheidung. Wie schätzt du die Situation jetzt ein?**

Und so bin ich darauf gekommen: Frau Frei als erstes, weil sie zu Hause ist. Danach – Frau Salevi, weil sie bereits bei uns war. Weil ich dies ein wichtiges Kriterium finde, weil ich möchte, dass sich unsere Arbeit in diese Richtung entwickelt, dass die Leute mehrmals kommen und sich wirklich darauf verlassen können, dass sie nachher sofort wieder kommen können, wenn sie es nötig haben. Danach Herr Bucher, weil – genau, ich habe dann noch gedacht, Herr Bucher oder Herr Meister, und habe dann Herrn Meister eine Stufe zurückgesetzt, weil er sich stabilisiert hat und die Indikation eigentlich nicht mehr gegeben war. Und dann finde ich hat jemand, bei dem die Indikation klar gegeben ist, Vorrang. Und als letztes Herr Bieri. Ihn habe ich als letzten genommen, weil er ein paar Mal die Möglichkeit hatte zu kommen und immer wieder abgelehnt hat. Und er ja jetzt hospitalisiert ist, eigentlich an einem sicheren Ort ist, das hat, was er erhält. Da hatte ich das Gefühl, da ist er eigentlich der hinterste, obwohl er es auch nötig hätte.

**2.c. Welche offiziellen und inoffiziellen Kriterien hast du bei der Priorisierung angewendet? Warum?**

Offizielle Kriterien sind für mich: Patienten, die bereits auf Palliative Care waren, das ist ganz wichtig. Wo sie betreut werden, ist die zweite Sache. Jene, die zu Hause sind, haben bei mir immer sehr eine hohe Priorität, vor jenen die hospitalisiert sind. Und bei jenen, die hospitalisiert sind, kommt es stark auf die Dringlichkeit, auf die Indikation an. Und mit Dringlichkeit meine ich auch, wie schnell sie eine Lösung brauchen oder wie schlecht die Betreuung dort ist, wo sie sind, dass sie einfach möglichst schnell „usechöme“. Und die Indikation? Und die Indikation ist mehr das, ob sie wirklich zu uns gehören, ob sie Palliative Care brauchen. Also sind die Symptome nicht kontrolliert, ist das psychosoziale System in einer Krise, Sterbegleitung. Jene, die wir bei den Informationen an die Zuweisenden aufgelistet haben. Kannst du spontan sagen, ob die körperlichen und die psychosozialen Symptome eine gleich grosse Rolle spielen, wenn du dies entscheidest?

Oder gewichstest du die einen oder die anderen mehr? ...Ich habe das Gefühl, dass sie gleichwertig sind. Ja, ich denke, dass auch das psychische Leiden stark eine Rolle spielen kann. Wobei die körperlichen Symptome vielleicht offensichtlicher sind, klarer. Jemand, der drei Mal täglich erbricht, das kann man viel besser messen oder sich vorstellen, wie dies ungefähr ist, als wenn uns gesagt wird, dass die Ehefrau extrem Mühe hat mit dieser Situation und der Patient die ganze Zeit weint. Graubereich, wie wir sagen. Ja genau. Und was für mich auch noch ein wichtiges Kriterium ist, aber dies ist erst in den letzten Wochen entstanden, ist die Alternative. Gibt es noch irgendeine andere Möglichkeit? Eben, könnten sie mit mehr Unterstützung nicht doch nochmals nach Hause gehen oder könnten sie in ein Pflegeheim eintreten. Inoffizielle Kriterien – die kommen zwar dann vielleicht bei den unabhängigen Faktoren... Aber dies sind jene, die nicht direkt mit den Patienten zusammenhängen. Jene, die mit den Patienten zusammenhängen, gerne hier. Also jene, die mit Patienten und Angehörigen zusammenhängen. Es kommt immer auf die Güte der Informationen an, die man hat. Auf den Detaillierungsgrad der Informationen, diese können auch von einer Pflegefachperson sein. Oder, wenn man wirklich von den Angehörigen das Bild sehr geschildert erhält und so das Leiden spürt, in dem die Leute drin sind. Ich merke, dass mich dies schon beeinflusst. Dass ich manchmal fast intuitiv eine Anmeldung weiter nach vorne nehme, oder [Lachen] und hoffe, dass sie möglichst bald kommen können. Und hast du das Gefühl, das ist gut und gerechtfertigt, oder hast du manchmal das Gefühl, hm, das ist eigentlich ein wenig kritisch, wenn ich dies so mache? Es ist einfach schwierig, bei anderen hat man es nicht, und die kommen dann hinten dran und das ist dann eigentlich nicht mehr richtig, oder? Das ist dann eigentlich ungerecht. Genau. Das waren jetzt inoffizielle Kriterien, gibt es da noch andere als jene, wenn du jemanden kennst und mehr von ihnen weißt? Gibt es noch andere, die du mehr „aus dem Bauch heraus“ machst? Vielleicht kann es auch noch einen Einfluss haben, wenn man sich an jemanden erinnert, den man schon hatte. Wenn sich eine Situation ähnlich ist und man nachher denkt: au ja, da muss man jetzt unbedingt Hand bieten können... Vielleicht noch so die Familiensituation, das wäre aber mehr ein offizielles. Eben wenn zum Beispiel jemand Kinder hat, jüngere Kinder. Das ist schon auch noch so ein Kriterium, das für mich wichtig ist. Also das wäre eigentlich das, was du unter 3 gesagt hast bei Dringlichkeit und Indikation, die steigt. Ja, genau.

**2.d. Wie beeinflusst der Anmeldeweg der wartenden Menschen deine Entscheidung? (z.B. prophylaktische Anmeldung in früher Krankheitsphase mit später dringendem Bedarf; dringender Bedarf ohne vorherige Anmeldung; andere)**

Dies wurde mir erst bewusst, als wir kürzlich darüber gesprochen haben, dass dies bei Dir einen Einfluss hat, dass du es dir überlegst. Bei mir hat es bisher eher weniger eine Rolle gespielt. Ich merke, dass bei mir wichtiger ist, wie sich die aktuelle Situation präsentiert, ja. Und häufig sind ja jene, die länger angemeldet sind, noch zu Hause und dann kommen sie sofort „ufe“, weil mein zweites Kriterium ja der Ort der Betreuung ist. Aber nie mit der Überlegung, dass es eigentlich korrekt wäre, jene Menschen, die sich schon so lange „drum ta hei“ gegenüber anderen zu bevorzugen, die sich erst im letzten Moment damit auseinandersetzen. Und wenn Du jetzt zwei hast, die zu Hause sind, die im gleichen Moment kommen wollen. Jemand ist seit drei Monaten angemeldet und jemand wird in dem Moment notfallmässig angemeldet, spielt es dann eine Rolle? ...Ja, ich denke, **dann** würde ich jemanden, der länger angemeldet ist, bevorzugen. Ja...Ich hatte ja kürzlich die Situation, dass drei Leute von zu Hause kamen: Ein Notfall eines Hausarztes, der sich noch nie darum gekümmert hat, eine Patientin, die wir bereits hatten und jemand, der durch SEOP [Spitalexterne Onkologie- und Palliativpflege] angemeldet worden ist, die uns auch schon bekannt war. Und dann war für mich klar: die Patientin, die bei uns war und von zu Hause kommt, als erstes, dann jene von SEOP, von der wir auch schon etwas länger wussten, dass es nötig ist und erst am Schluss der Notfall des Hausarztes. Weil alle drei von zu Hause kommen, ist die hohe Dringlichkeit klar. Aber vielleicht könnte man ja sagen, die einen sind besser in einem anderen Spital zu betreuen als die anderen. Ist dies dann eher in den Hintergrund gerückt oder hast du dies miteinander abgewogen? Dies konnte ich nicht beurteilen, weil ich zu wenige Informationen hatte. Ich hätte viel mehr wissen müssen, um dies entscheiden zu können. Aber wenn du mehr gewusst hättest, hätte es auch noch mehr reingespielt, denkst du? Ich glaube, ich habe es mir nicht überlegt, weil dies noch nie so vorgekommen ist. Aber es wäre eigentlich eine gute Überlegung. Weisst Du, ich merke jetzt, wo Du es sagst, dass man dies auch noch überlegen sollte. Aber ich glaube nicht, dass ich es mir spontan überlegt hätte.

**2.e. Bleiben Patientinnen, die von zu Hause aus erste Priorität hatten, an erster Stelle, wenn sie wegen fehlendem DPC-Bett notfallmässig in einem Spital hospitalisiert werden mussten? Warum? Warum nicht?**

Ich habe geschrieben eher nicht, weil mir dies gerade kürzlich mit Herrn G. passierte. Da merkte ich: Nein, das mache ich jetzt nicht einfach so, der wartet jetzt wieder. Weil ich denke, dass sie ja dann „versorget“ sind. Sie haben ja dann Pflege, medizinische Betreuung. Und wir möchten ja vermeiden, dass Leute unnötig hospitalisiert werden, auf Grund des betriebenen Aufwandes. Dieser Aufwand ist ja dann schon passiert, wenn sie hospitalisiert sind. Und was ich auch schlecht finde, wenn die Leute nur ganz kurz hospitalisiert sind und dann gleich wieder verlegt werden müssen. Es kommt ein wenig drauf an. Wenn es zum Beispiel jemand ist, der auf dem Notfall ist, würde ich es eher machen, als wenn jemand bereits auf der Abteilung ist. Bei jemandem, der schon zwei, drei Tage auf der Abteilung ist, finde ich, dass diese Person auch noch etwas länger warten kann. Dies ist eher gefühlsmässig. Aber dann ist dies, verglichen mit den anderen Kriterien, die du vorhin erwähnt hast, eher zweitrangig? Dann geht es eigentlich wieder nach jenen Kriterien, die du unter 2.c. erwähnt hast, diese sind nachher entscheidend? Ja, genau... Genau, da kann man natürlich schon wieder sagen, Ort der Betreuung, oder? Wenn man das Gefühl hat, die Betreuung dort ist schlecht, dann bin ich eher bereit zu sagen, dass sie kommen sollen, als wenn ich das Gefühl habe, dass es dort gut läuft. Genau. Dann ist aber die Begründung schon nicht mehr unbedingt jene, dass sie da die „eins“ waren, sondern eben jene, dass sie ungenügend betreut sind, oder? Ja.

**3. Welche von den angemeldeten Menschen unabhängigen Faktoren beeinflussen deine Entscheidung?**

Also was noch wichtig ist, ist die Abteilungssituation, vor allem wenn es pflegeintensive Patienten sind, ob wir diese Pflege überhaupt machen können. Je nachdem rutscht dann noch jemand nach hinten oder wird zum Beispiel nicht aufs Wochenende aufgenommen, sondern erst in der nächsten Woche. Ja, das ist es eigentlich.

Was denkst du, wenn wir zu wenige Anmeldungen haben, gibt es dann noch etwas, das die Entscheidung beeinflusst? Wenn wir zu wenige Anmeldungen haben, muss man gar keine so grosse Abwägung machen. Dann nehme ich zum Beispiel eher jemanden auf, bei dem ich denke, dies könnte auch jemand für ein Pflegeheim sein. Da denke ich, es macht Sinn, ihm eine Übergangslösung anzubieten. Dann bin ich viel offener. Eigentlich auch aus finanziellen Gründen, oder? Oder was ist dort das Hauptmotiv? Klar ist es natürlich auch, damit wir die Betten belegen können. Dann habe ich keinen Grund, jemanden abzulehnen, wenn wir ja das Bett haben. Und ich meine, diesem Menschen kann ich etwas Gutes tun. Ich würde es jedoch nicht machen, wenn ich bei jemandem klar den Eindruck hätte, dass er später ins Pflegeheim verlegt werden müsste. Dann wäre ich sehr vorsichtig, ihn zu uns zu nehmen, weil ich das Gefühl hätte, dieser Person nichts Gutes zu tun. Aber bei jemandem, bei dem ich unsicher bin, ob es wirklich noch zu einer Pflegeheimverlegung kommt, bei dem ich denke, dass es noch ein paar Wochen gehen könnte, aber er wahrscheinlich hier sterben wird. Diese Person würde ich aufnehmen. Auch wenn bezüglich Dringlichkeit nicht so ein Druck besteht. Oder auch wenn zum Beispiel die Symptome relativ gut kontrolliert sind und die psychosoziale Situation gut ist, oder? Dann denke ich, dass es eine ganz normale End of life-Care ist.

**4. Wie könnte deiner Meinung nach die Zuteilung der knappen Betten gerechter erfolgen als bisher? Welche Hilfsmittel würden dich dabei unterstützen?**

Das ist jene Frage, die ich gerne zuerst beantwortet hätte, weil ich gemerkt habe, dass ich gerne grundlegende Dinge sagen würde.

Ich merke, dass für mich das ganze Thema manchmal sehr belastend ist. Und es hilft mir, wenn ich es ein wenig distanzierter anschauen und sagen kann – du hast mal das Wort Luxusproblem gebraucht – ah, jetzt befasse ich mich wieder mit einem Luxusproblem. Es ist ja besser so als anders, und vor allem muss ich mir jeweils sagen, dass ich es nie gerecht machen kann. Ich kann zwar versuchen, es möglichst gerecht zu machen, aber ich sollte mich nicht zu sehr unter Druck setzen und das Gefühl haben, dass es ganz genau stimmen muss, was ich hier mache.

Weil ich es gar nie kann, diesen Anspruch kann ich gar nicht haben, weil ich die Situationen nie so genau kenne, dass ich es wirklich richtig abschätzen kann. Und vor allem kenne ich auch die Zukunftsentwicklung nicht. Es wird also immer ein gewisser Fehler drin sein. Aber du machst es nach bestem Wissen und Gewissen...nach bestem Wissen und Gewissen und manchmal auch Handgelenk mal Pi, um mich auch ein wenig zu entlasten. Damit ich nicht zu sehr unter dieser Situation leide...Ja, es ist ein Gerechtigkeitsproblem, es ist ein Dilemma und das werden wir nie ganz lösen können...aber ich finde es gut, wenn wir versuchen, es möglichst gut zu lösen. Und einerseits erhoffe ich mir durch die Erweiterung [von Diaconis Palliative Care, in Planung] eine gewisse Entlastung, aber es wird nie ganz weg sein, weil wir auch mit mehr Betten wieder entscheiden müssen. Und darum finde ich es wichtig, dass du deine Arbeit machst und dass wir gewisse ethische Überlegungen reinbringen können. Dass wir miteinander schauen, wie wir was gewichten und was vor was kommt, damit wir bewusster damit umgehen. Und ich denke, dass da vielleicht ein Hilfsmittel helfen würde, um ein wenig einen Überblick zu erhalten. Ist jemand zu Hause, welche Indikationen sind gegeben, wann provisorisch angemeldet, wann aktuell angemeldet...um die verschiedenen Kriterien auf einer Übersicht relativ schnell zu sehen. Dies würde vielleicht helfen. Oder auch gemäss dem, was Du herausfindest, bezüglich Gewichtung der Kriterien oder bezüglich Leuchtanzeigen für die eine oder andere Richtung. Also schon ein Versuch einer besseren Objektivität? Und Systematisierung. Es würde natürlich auch helfen, wenn man vor Ort gehen und die Situationen dort anschauen würde, aber da ist der Aufwand-Nutzen einfach fragwürdig. Ich denke, das ist eher unrealistisch. Es wäre auch gut, wenn Leute dort wären, die es beurteilen würden. Wir hatten ja auch schon die Situation, dass wir zwei Patienten von der gleichen Abteilung hatten und die Pflegenden fragen konnten, welche Person sie eher schicken würden. Dies wäre wirklich auch eine Hilfe. Das mit dem Besuchen hast du ja in einzelnen Fällen gemacht...und es war immer gut. Wenn man die Leute sieht, ist es einfach ganz anders. Es wird vieles klar. Ja genau. Dann kann man ziemlich gut abschätzen.

### **5. Hast du durch dieses Gespräch neue Erkenntnisse gewonnen? Welche?**

Eigentlich nicht. Das „Aha“ bezüglich Berücksichtigung des Anmeldeweges erlebte ich bei einem früheren Gespräch. Ich hatte mir vorher nie bewusst überlegt, wie viel dies beeinflussen sollte. Ansonsten habe ich eher versucht, mir bewusst zu werden und auszudrücken, was eigentlich läuft. Und eben, an eine Übersicht habe ich gedacht. Wir hatten früher für die Abteilungsbelegung so ein „Ding“, auf dem wir ankreuzen konnten. Genau. So etwas könnte man vielleicht auch brauchen, um zu sehen... Weil wenn man es so sieht [wie auf den dem Fragebogen beiliegenden Beispielen der Patientinnen und Patienten], ist es schwierig, die Übersicht zu gewinnen. Und in den Anmeldeformularen ist es eigentlich auch so. Wenn man dort ein kleines Hilfsmittel hätte, auf dem man auf einen Blick sehen könnte „das chunnt ufe, das isch wichtig“ oder „das chunnt ehnder chly hingere“, wäre die Priorisierung einfacher. Und eben vielleicht nicht nur die Kriterien, sondern bereits eine gewisse Gewichtung. Wie haben wir es abgemacht, wie wollen wir es gewichten? Ja.

### **3. Fragebogen, durch die Autorin ausgefüllt am 22.10.2011**

Legende:

- schwarz fett = Fragen der Autorin auf dem Fragebogen
- grün = Antworten der Autorin auf dem Fragebogen

**1. In welcher Reihenfolge würdest du die Patientinnen und Patienten bei dieser Ausgangslage aufnehmen?**

**Nummeriere zuerst intuitiv, ohne lange nachzudenken, von 1-5**

1. Frau Frei 2. Herr Buch 3. Frau Salevi 4. Herr Bieri 5. Herr Meister

**2.b Lies dann die Patientensituationen nochmals sorgfältig durch und überprüfe die intuitive Entscheidung. Wie schätzt du die Situation jetzt ein?**

Ich entscheide gleich, habe jedoch grosse Mühe, v.a. beim Abwägen zwischen 3 und 4. Ich stelle fest, dass mir in solchen Situationen das Abwägen mit meinen Kolleginnen sehr wichtig ist.

**2.c Welche offiziellen und inoffiziellen Kriterien hast du bei der Priorisierung angewendet? Warum?**

**Offiziell (bzw. halb offiziell, da die Gewichtung nicht festgelegt ist)**

- Patienten von zu Hause haben erste Priorität: Darum: 1. Frau Frei. Sie ist die einzige Patientin von zu Hause; die Pflege wäre auch mit zusätzlicher spitalexterner Unterstützung zu Hause nicht mehr möglich.
- Patienten mit dringlicher Indikation (unkontrollierter Symptomatik, schwieriger psychosoziale Situation) 1. Frau Frei: unkontrollierte Symptomatik; 2. Herr Bucher: instabile psychische Situation, unkontrollierte Symptomatik, isolierter Patient; 3. Frau Salevi: unkontrollierte Symptomatik, stark belastete Familie; 4. Herr Bieri: unkontrollierte Symptomatik, eskalierende Familiensituation, junge Kinder
- Reihenfolge Anmeldedatum: Bei Herrn Bucher, Herrn Bieri und Herrn Meister beachtet
- Bereits früher auf DPC hospitalisiert
- Deshalb Frau Salevi vor Herrn Bieri – nicht aber vor Herrn Bucher, da er – bei priorisierter Aufnahme – nur ganz kurz im Zentrumspital wäre, sich also nicht zuerst dort und dann auf DPC einleben muss (=inoffizielles Kriterium)

**Inoffizielle Kriterien**

- Anmeldeweg berücksichtigt: Herr Bucher vor Herrn Bieri, da dieser mehrmals freie Betten abgelehnt hat.

- Grosse Unsicherheit bei Herrn Meister: Indikation jetzt fraglich. Bei längerem Warten (lassen) wird evtl. ein Pflegeheimplatz gefunden. Andererseits war baldige Verlegung schon angekündigt, was bei ihm und den Betreuenden den Eindruck von ungerechter Behandlung geweckt hat. Habe dann die „Diplomatie“ mit wichtigen Zuweisenden weniger gewichtet als die Dringlichkeit der Indikation.
- Sind die Patientin und der Patient, die ich persönlich kenne, „zufällig“ an erster und zweiter Stelle? Wohl kaum...Beziehung, Verbindung, Empathie, unmittelbares Spüren des Leidens erhöhen den Wunsch, den betreffenden Patienten bald aufzunehmen und färben die Gewichtung der Kriterien.

**2.d Wie beeinflusst der Anmeldeweg der wartenden Menschen deine Entscheidung? (z.B. prophylaktische Anmeldung in früher Krankheitsphase mit später dringendem Bedarf; dringender Bedarf ohne vorherige Anmeldung; andere)**

Es ist mir ein Anliegen, frühe Anmeldung zu „belohnen“. Ich denke, dass es für Patienten (und Angehörige), die über lange Zeit wussten, dass sie auf DPC sterben wollen, schwieriger ist, dann doch in einem Akutspital zu sterben als für Patienten, die sich nie mit Palliative Care beschäftigt haben.

**2.e Bleiben Patientinnen, die von zu Hause aus erste Priorität hatten, an erster Stelle, wenn sie wegen fehlendem DPC-Bett notfallmässig in einem Spital hospitalisiert werden mussten? Warum? Warum nicht?**

Eher ja...Sie waren z.T. über Tage/Wochen ganz nahe an der Verlegung auf DPC. Nur weil es nicht ganz gereicht hat, müssen sie dann (zu) lange warten. Falls sie nur einzelne Tage im Akutspital waren, sinnvoll, weil sie dort noch nicht „richtig“ angekommen sind.

Eher nein, wenn gleichzeitig eine Patientin von zu Hause eintreten sollte. Nur eben: Wenn die zwischenzeitlich hospitalisierte Patientin wochen- oder monatelang angemeldet war und jener von zu Hause erst am Tag x, dann empfinde ich es als ungerecht...

**3. Welche von den angemeldeten Menschen unabhängigen Faktoren beeinflussen deine Entscheidung?**

- Stationssituation: „Patientenmix“; personelle Ressourcen/Spielraum; zur Verfügung stehende Fachpersonen und Materialien (z.B. keine PDA am Wochenende u.a.)
- Wochentag: Für Wochenenden werden bewusst Patienten in weniger komplexen Situationen und geringerer Komplikationsgefahr aufgenommen.
- Finanzen: Wir sind auf hohe Bettenbelegung angewiesen. Kann die Patientin mit der dringlichsten Indikation erst übermorgen eintreten, das Bett ist aber bereits ab morgen frei, dann muss einem anderen Patienten der Vorzug gegeben werden.

**4. Wie könnte deiner Meinung nach die Zuteilung der knappen Betten gerechter erfolgen als bisher? Welche Hilfsmittel würden dich dabei unterstützen?**

- Kriterienliste mit allen offiziellen Kriterien inkl. Gewichtung
- Klärung der Vorwochenend-Situation, da dies immer wieder zu Unmut führt, siehe 2.c., mittleres inoffizielles Kriterium
- PB Entscheidungsfindung

**5. Hast du durch das Ausfüllen des Fragebogens neue Erkenntnisse gewonnen? Welche?**

Spannend, dass ich viele Kriterien als halboffiziell empfinde, dort jedoch gleichzeitig realisiere, dass sie sehr unterschiedlich interpretiert werden können. Der Vergleich mit den anderen Befragten wird interessant und aufschlussreich sein.

## Anhang III: Analyse der Resultate

### Analyse der problemzentrierten Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse

#### Ziele der Analyse

Aufzeigen, wie und mit welchen Begründungen die Verantwortlichen die bei der Zuteilung der knappen Palliativbetten angewendeten offiziellen und inoffiziellen Kriterien gewichten.

Aufzeigen, wie nach Meinung der Verantwortlichen die Zuteilung der knappen Palliativbetten gerechter erfolgen könnte als bisher und welche Hilfsmittel sie dabei unterstützen würden.

#### Kriterien für die induktive Kategorienbildung

Aus den Zielen der Analyse werden folgende Kriterien für die Kategoriendefinition abgeleitet:

##### Kriterien zu 1. Ziel:

- Alle genannten, offiziellen und inoffiziellen Kriterien bilden je eine Kategorie: Dringlichkeit, Indikation, Aufenthaltsort, Alter, Anmeldedatum, Abteilungssituation u.a. Dies soll einen Überblick über alle angewendeten Kriterien ermöglichen.
- Zusätzlich werden mit zentralen Begriffen wie Gewichtung, Entscheidung, Priorisierung, Reihenfolge u.a. Kategorien gebildet, die aufzeigen sollen, wie diese Kriterien von den verschiedenen Verantwortlichen gewichtet bzw. interpretiert werden.

##### Kriterien zu 2. Ziel:

- Mit den Schlüsselbegriffen **Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit** sollen Kategorien gebildet werden, die aufzeigen, welche Verfahren die Verantwortlichen und die Betroffenen als gerecht bzw. ungerecht empfinden und was für sie demzufolge eine „möglichst gerechte Zuteilung“ bedeutet und beinhaltet.

- Aus allen genannten Vorschlägen zu **Verfahren und Hilfsmitteln** zur gerechteren Zuteilung der knappen Palliativbetten werden Kategorien gebildet, um die Ideen der Verantwortlichen vollständig aufzuzeigen.

### **Vorgehen bei der induktiven Kategorienbildung**

Die beiden transkribierten Interviews und der von der Autorin ausgefüllte Fragebogen wurden Zeile für Zeile geprüft. Dabei wurden zu Textstellen, die zu der Kategoriendefinition passen, Kategorien gebildet (vgl. Mayring 2002: 116). Weitere dazu passende Textstellen wurden der gleichen Kategorie zugeordnet und laufend neue, der Kategoriendefinition entsprechende Kategorien geschaffen. Die Zuordnung der Textstellen erfolgte elektronisch, dabei wurden die in den Interviews verwendeten Farben beibehalten, damit ersichtlich bleibt, welche Antworten von wem stammen.

Nach dem Kategorisieren des Fragebogens und des ersten Interviews wurden die erstellten Kategorien jeweils geprüft und angepasst.

Zur besseren Übersicht wurden folgende Hauptkategorien gebildet, denen alle Kategorien zugeordnet wurden:

- Reihenfolge der Aufnahme beim Patientenbeispiel
- Von mindestens zwei der Befragten als „offiziell“ eingeschätzte Kriterien
- Als „inoffiziell“ eingeschätzte Kriterien
- Faktoren, die die Gewichtung unbewusst beeinflussen
- Entscheidungsfindung
- Erleben von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit in Zusammenhang mit der Zuteilung der knappen Betten
- Schritte zur gerechteren Zuteilung

Nach dem Kategorisieren des dritten Interviews wurden die Kategorien nochmals leicht revidiert und es erfolgte ein letzter Materialdurchgang.

Gewisse Textstellen könnten verschiedenen Kategorien zugeteilt werden. Die Autorin hat sich entschieden, die Textstelle jeweils jener Kategorie zuzuteilen, zu der sie die treffendste Aussage enthält. In einem nächsten Schritt sollen die unter einer Kategorie aufgeführten Textstellen zusammengefasst und jeweils mit einem treffenden Zitat der Interviewten verdeutlicht werden. Bei dieser Zusammenfassung stellt die Autorin fest, dass einzelne Kategorien so stark mit anderen verwandt sind, dass sie beschliesst, diese zusammenzufügen. Auch werden die Titel nochmals leicht angepasst. So werden die personellen Ressourcen und die Betreuungsintensität zusammengefügt, da alle Befragten diese Bereiche in einen engen Kontext setzen. Die Kategorie „Fehlende Alternativen“ enthält nur eine Aussage, die zur Kategorie „Aufenthaltsort Spital“ passt. Qualität und Quantität der Informationen gehört thematisch zu der persönlichen Beziehung, die zusammengefassten Textstellen werden deshalb dort untergebracht. Bei der Zusammenfassung stellt sich heraus, dass es sehr problematisch ist, die Themen Gewichtung, Priorisierung und Verantwortung bei der Entscheidungsfindung – mit Distanz zu den Kriterien – zusammenzulegen. Deshalb beschliesst die Autorin, die Textstellen zur Gewichtung und Priorisierung direkt bei den entsprechenden Kriterien zu platzieren. Da die meisten Aussagen bezüglich Gerechtigkeit/Ungerechtigkeit beide Pole enthalten, wurden sie in der Zusammenfassung gebündelt. Dasselbe gilt für die vorgeschlagenen Verfahren und Hilfsmittel. Auch diese Kategorien fließen zu stark ineinander, um sie einzeln zusammenfassen zu können.

### **Definitive Kategorien:**

Reihenfolge der Aufnahme beim Patientenbeispiel

Als „offiziell“ eingeschätzte Kriterien und deren Gewichtung

- Palliativ-Indikation ist gegeben (mit unterschiedlicher Dringlichkeit)
- Aufenthaltsort der Patientin/des Patienten zum Zeitpunkt der Zuteilung des freien Palliativbettes: zu Hause/im Spital
- Reihenfolge der Anmeldungen
- Die Patientin/der Patient war bereits zu einem früheren Zeitpunkt auf DPC hospitalisiert

- Abteilungssituation zum Zeitpunkt der Zuteilung des freien Bettes: Personelle Ressourcen und  
Betreuungsintensität der aktuell betreuten und der angemeldeten Patientinnen und Patienten /  
Vorbereitungsarbeiten innert nützlicher Frist möglich / Finanzen

Als „inoffiziell“ eingeschätzte Kriterien und deren Gewichtung

- Von zu Hause aus an erster Stelle auf Warteliste – nach notfallmässiger „Zwischenhospitalisati-  
on“ weiterhin erste Priorität
- Moralische Verpflichtung zur Aufnahme, weil baldige Verlegung zugesagt wurde
- Angebotene Betten von Patientinnen und Patienten zu Hause mehrmals abgelehnt
- Junge Patientinnen und Patienten haben eine höhere Dringlichkeit als ältere
- Zusätzlichen Verlegungen der betroffenen Patientinnen und Patienten sollen reduziert/verhindert  
werden
- Faktoren, die die Gewichtung unbewusst beeinflussen
- Persönliche Beziehung zu angemeldeten Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen prägt  
die Entscheidung
- Eigene Erfahrungen, Erinnerungen

Erleben von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit in Zusammenhang mit der Zuteilung der knappen Betten

Schritte zur gerechteren Zuteilung

Unter den Verantwortlichen zu klärende Grauzonen

Vorschläge zu zukünftigen Verfahren und Hilfsmitteln

## Zusammenfassung der induktiven Kategorienbildung und Zuordnung der Interview-Aussagen

### Legende:

- **Schwarz fett** = induktiv gebildete Kategorien
- blau = Leiterin Palliative Care
- rot=Stationsleiterin
- grün = Antworten der Autorin auf Fragebogen und – wenn deklariert – Statements aus Interviews
- schwarz = Nachfragen, Bemerkungen der Autorin während dem Gespräch
- [...] = nachträgliche, erklärende Bemerkungen der Autorin

### Reihenfolge der Aufnahme beim Patientenbeispiel

(intuitiv gewählt und – nach weiterem Überlegen – von allen Befragten identisch gewählt)

- |                 |                 |                 |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. Frau Frei    | 1. Frau Frei    | 1. Frau Frei    |
| 2. Herr Bucher  | 2. Frau Salevi  | 2. Frau Salevi  |
| 3. Frau Salevi  | 3. Herr Bieri   | 3. Herr Bucher  |
| 4. Herr Bieri   | 4. Herr Bucher  | 4. Herr Meister |
| 5. Herr Meister | 5. Herr Meister | 5. Herr Bieri   |

„Ich stelle fest, dass mir in solchen Situationen das Abwägen mit meinen Kolleginnen sehr wichtig ist.“

## **Als „offiziell“ eingeschätzte Kriterien (Von mindestens zwei der Befragten) und deren Gewichtung**

### **Palliativ-Indikation ist gegeben**

Alle Befragten sind sich einig, dass die Palliativ-Indikation gegeben ist, wenn die Patientin/der Patient unter unkontrollierten Symptomen leidet und/oder das Familiensystem stark belastet ist. Bei der Priorisierung spielt dieses Kriterium bei allen eine zentrale Rolle. „Ich habe dann Herr Meister eine Stufe zurückgesetzt, weil er sich stabilisiert hat und die Indikation eigentlich nicht mehr gegeben war. Und dann finde ich hat jemand, bei dem die Indikation klar gegeben ist, Vorrang.“ Die Leiterin Palliative Care erwähnt, dass körperliche und psychische Symptome gleich gewertet werden, dass jedoch die körperlichen offensichtlicher erkennbar sind. Die Stationsleiterin betont, den bei manchen Menschen sehr akuten Palliative Care-Bedarf: „Die Komplikationsgefahr ist offensichtlich, die Kurzatmigkeit, die Magendarmblutung. Es sind dringende Symptome, man muss versuchen, sie zu behandeln, sie in den Griff zu bekommen. Es ist eindeutig, dass sie bald sterben wird, da kannst du überhaupt nicht zuwarten.“

Die Belastung des Familiensystems wird mit den Begriffen „schwierige psychosoziale Situation“, „eskalierende Familiensituation“, „psychosoziales System in einer Krise“, „isolierter Patient“ und „involvierte junge Kinder“ umschrieben. „Es sind ganze Familiensysteme, die zum Teil dramatische Wendungen nehmen.“ Von einzelnen genannt werden die Sterbebegleitung, das überforderte Betreuungssystem und der Hinweis auf die Informationen an die Zuweisenden. Synonym zum Begriff Palliativ-Indikation wird mehrmals (akuter) Palliative Care-Bedarf verwendet.

### **Aufenthaltsort der Patientin/des Patienten zum Zeitpunkt der Zuteilung des freien Palliativbettes**

#### **zu Hause:**

Die Frage „Wo ist dieser Mensch im Moment?“ steht bei allen Befragten im Zentrum. Sie sind sich einig, dass Patientinnen und Patienten, die zu Hause betreut werden, eine höhere Priorität haben als jene, die hospitalisiert sind.

Begründet wird dies damit, dass diese Menschen anderswo hospitalisiert werden müssen, falls sie nicht auf DPC aufgenommen werden können, dass die Pflege auch mit zusätzlicher spitalexterner Unterstützung zu Hause nicht mehr möglich ist und mit der fehlenden 24-Stunden-Betreuung. „...Und da waren Leute gar nicht umsorgt...“

#### **im Spital:**

Die Stationsleiterin betont die weniger hohe Priorität von Hospitalisierten gegenüber Patientinnen und Patienten von zu Hause. Sie begründet dies damit, dass ein im Zentrumspital hospitalisierter Mensch zwar auch leidet, er jedoch umsorgt ist und ihm das Behandlungsteam auf Grund früherer Aufenthalte bereits vertraut ist. „Auch wenn es in einem Spital nicht immer optimal ist, aber dort ist immer eine 24-Stunden-Betreuung gewährleistet und dies ist für mich entscheidend.“

Die Leiterin Palliative Care betont, dass bei Entscheiden zwischen mehreren hospitalisierten Patientinnen und Patienten die Dringlichkeit der Indikation entscheidend ist. Sie berücksichtigt bei der Frage der Dringlichkeit auch die Qualität der aktuellen Betreuung, die Frage, wie rasch dieser Mensch eine Lösung braucht und jene nach vorhandenen Alternativen wie Austritt mit zusätzlicher Unterstützung oder Übertritt in ein Pflegeheim.

#### **Reihenfolge der Anmeldungen**

Alle Befragten stufen die Reihenfolge der Anmeldungen als offizielles Kriterium ein. Zwei von ihnen berücksichtigen sie auch bei der Priorisierung im Patientenbeispiel. Die Gewichtung ist unterschiedlich. Die Autorin findet, dass länger angemeldete Patientinnen (von zu Hause) bei akutem Bedarf höhere Priorität haben sollen als notfallmässig angemeldete mit gleicher Indikation. Die frühe Anmeldung soll „belohnt“ werden. „Ich denke, dass es für Patienten (und ihre Angehörige), die über lange Zeit wussten, dass sie auf DPC sterben wollen, schwieriger ist, dann doch in einem Akutspital zu sterben als für Patienten, die sich nie mit Palliative Care beschäftigt haben.“

Die Leiterin Palliative Care und die Stationsleiterin würden zwar das Anmeldedatum bei mehreren dringlichen Anfragen von zu Hause ebenfalls berücksichtigen, sie stellen jedoch explizit die Indikation und das Berücksichtigen der aktuellen Gesamtsituation in den Vordergrund. Die Stationsleiterin betont, dass jeder seinen Prozess mache und dass dies nicht verurteilt werden dürfe. „Aber schlussendlich bin ich krank und keiner von uns weiss, wie er reagiert, wenn er krank ist... Bin ich jetzt jemand, der bereit ist, sich frühzeitig anzumelden und darf ich davon profitieren, dass ich dies konnte?“

### **Die Patientin/der Patient war bereits zu einem früheren Zeitpunkt auf Diaconis Palliative Care hospitalisiert**

Zwei der Befragten haben dieses Kriterium bei der Reihenfolge im Patientenbeispiel berücksichtigt. Für die Leiterin Palliative Care ist es ein zentrales Kriterium: „... ich möchte, dass sich unsere Arbeit in diese Richtung entwickelt, dass die Leute mehrmals kommen und sich wirklich darauf verlassen können, dass sie nachher sofort wieder kommen können, wenn sie es nötig haben.“ Die Stationsleiterin denkt, dass dieses Kriterium im Alltag im Hintergrund eine Rolle spielt.

### **Abteilungssituation zum Zeitpunkt der Zuteilung des freien Bettes**

#### **Personelle Ressourcen und Betreuungsintensität der aktuell betreuten und der angemeldeten Patientinnen und Patienten**

Alle Befragten wägen bei der Zuteilung des freien Bettes die verfügbaren personellen Ressourcen, die Intensität der aktuell betreuten Menschen und den voraussichtlichen

Betreuungsaufwand der zukünftigen Patientin/des zukünftigen Patienten ab. „Wir haben neun Betten, nur den Personalbestand und jetzt kommt eine sehr intensive Patientin, die sehr viele Ressourcen braucht. Da muss ich auf weitere Zeit hinaus denken, kann nicht nur für den heutigen Tag denken.“ An den Wochenenden werden wenn möglich Patientinnen und Patienten in weniger komplexen Situationen und mit geringerer Komplikationsgefahr aufgenommen.

### **Vorbereitungsarbeiten innert nützlicher Frist möglich**

Zwei Mitglieder der Leitung Pflege betonen die Wichtigkeit der guten Vorbereitung vor dem Eintreten der neuen Patientin, des neuen Patienten.

So hat in gewissen Situationen ein sofort „eintrittsbereiter“ Patient – „das heisst: Kostengutsprache klar (...), Arzt hat ok gegeben; Gespräch mit Patientin und Angehörige hat stattgefunden (...) und sie sind mit der Verlegung einverstanden; das benötigte Material ist organisierbar“ – Vortritt, auch wenn die Indikation bei einem anderen Menschen dringlicher wäre. Wichtig ist auch zu klären, ob benötigte Fachpersonen innert nützlicher Frist verfügbar sind (wie etwa Painnurse, Dolmetscherin u.a.). „Und es ist auch nicht alles vorhersehbar. Aber wenn es vorhersehbar ist, dann muss ich es bedenken.“

### **Finanzen**

Zwei der Befragten betonen, dass der finanzielle Druck die Entscheidungen bei der Zuteilung der freien Betten zum Teil beeinflusst, da DPC auf eine hohe Bettenbelegung angewiesen ist. „Kann die Patientin mit der dringlichsten Indikation erst übermorgen eintreten, das Bett ist aber bereits ab morgen frei, dann muss einem anderen Patienten der Vorzug gegeben werden.“

### **Als „inoffiziell“ eingeschätzte Kriterien und deren Gewichtung**

#### **Von zu Hause aus an erster Stelle auf Warteliste – nach notfallmässiger „Zwischenhospitalisation“ weiterhin erste Priorität**

Für die Autorin ist dies ein Kriterium, insbesondere wenn ein Mensch über längere Zeit an erster Stelle und damit nahe an der Verlegung war. Falls jedoch eine andere Patientin/ein anderer Patient mit dringlicher Indikation von zu Hause eintreten sollte, hat dieser Priorität. Die Stationsleiterin betont, dass auch hier die Gesamtsituation angeschaut werden muss inklusive Indikation, personelle Ressourcen und restliches Patientengut. Die Leiterin Palliative Care sagt, dass diese Menschen ja dann „versorgt“ sind und deshalb nicht mehr erste Priorität haben. Auch findet sie, dass es keinen Sinn macht, jemanden so kurz nach der Hospitalisation erneut zu verlegen – ausser sie/er könne direkt von der Notfallstation nach DPC verlegt werden. Die Autorin denkt hingegen, dass eine Verlegung nach wenigen Tagen im Akutspital sinnvoll

wäre, weil sie dort noch nicht „richtig“ angekommen sind. Unsicher sind alle drei. „Also hier finde ich es ganz schwierig zu werten, was jetzt wirklich korrekter ist.“

### **Moralische Verpflichtung zur Aufnahme, weil baldige Verlegung zugesagt wurde**

Zwei der Befragten spüren eine gewisse moralische Verpflichtung gegenüber Herrn Meister, seinen Angehörigen und dem Betreuungsteam. Da jedoch die Indikation nicht mehr gegeben war, wird er von beiden auf der Warteliste an die fünfte Stelle zurück versetzt.

„Habe dann die „Diplomatie“ mit wichtigen Zuweisenden weniger gewichtet als die Dringlichkeit der Indikation.“ „...obwohl man sagen kann, dass es moralisch nicht korrekt ist, wenn andere sich darauf eingestellt hatten, bald zu kommen.“ Die Stationsleiterin findet es falsch, Patientinnen und Patienten mitzuteilen, dass wir bald ein Bett für sie haben. Sie ist sich jedoch bewusst, dass wir dies – im Rahmen der Anmeldevorbereitungen fürs Wochenende – regelmässig so handhaben. „Ich denke, dass wir hier eine grosse Verantwortung haben. Wegen dem Eskalieren, wegen unserem Auftrag. Genau dafür ist unsere Institution gemacht und nicht, weil wir uns moralisch verpflichten müssen, weil wir jemandem zugesagt habe. Er stabilisiert sich, hat die Indikation eigentlich nicht mehr. Da sagen zu müssen, dem geben wir jetzt den Vorrang und daneben eskaliert – nebst unkontrollierten Symptomen – ein Familiensystem, das ist nicht korrekt.“

### **Angebotene Betten von Patientinnen und Patienten zu Hause mehrmals abgelehnt**

Die Autorin und die Leiterin Palliative Care berücksichtigen dieses Kriterium beim Festlegen der Reihenfolge im Patientenbeispiel: „Herr Bucher vor Herr Bieri, da dieser (vor Zwischenhospitalisation) mehrmals freie Betten abgelehnt hat.“ Die Stationsleiterin hingegen ist überzeugt, dass dies keine Rolle spielen darf. „Nein, dies spielt keine Rolle, es ist ihr Prozess.“ Sie plädiert dafür, zum Zeitpunkt der Zuteilung des freien Bettes alles neu zu überblicken, unabhängig davon, was vorher geschehen ist, und erneut die Indikation ins Zentrum zu stellen.

## **Junge Patientinnen und Patienten haben eine höhere Dringlichkeit als ältere**

„Wir müssen schauen, was passiert mit mir, wenn ich Jahrgang 85 sehe. Da passiert etwas mit mir, das macht etwas mit mir. Wir reagieren anders und wir kommunizieren es auch anders.“ In der Abschlussfrage des Interviews mit der Stationsleiterin entsteht eine rege Diskussion zwischen der Autorin und der Befragten. Die beiden sind sich einig, dass unter gewissen Bedingungen mit dem Alter argumentiert werden darf. Sie gehen davon aus, dass die Belastung für die Betroffenen und die Angehörigen grösser ist, wenn jemand in jungem Alter stirbt. Insbesondere auch deshalb, weil die Gefahr deutlich grösser ist, dass massive psychosoziale Probleme entstehen – etwa mit involvierten minderjährigen Kindern und durch stark veränderte Rollen in der Familie. „Gleichzeitig darf man nicht vergessen, dass auch Leute in hohem Alter zum Teil unter massiven Schwierigkeiten leiden. Gerade auch, wenn es solche Streitigkeiten gibt in der Familie, ungeklärte Dinge.“ Die beiden kommen zum Schluss, dass das Alter nicht per se massgebend ist und dass in der Leitung Pflege geklärt werden muss, wie und warum das Alter als Kriterium berücksichtigt wird. „Man darf nicht das Kriterium haben, der ist jetzt alt und es ist eh Zeit dafür, dass er stirbt. Also kann er ja irgendwo sterben.“

## **Zusätzlichen Verlegungen der betroffenen Patientinnen und Patienten sollen reduziert/verhindert werden**

Alle drei Befragten achten bei den Entscheidungen darauf, dass die angemeldeten Menschen wenn möglich nicht mehrmals verlegt werden müssen. So kann es sinnvoll sein, jemanden etwas länger warten zu lassen, weil in der Zwischenzeit eventuell ein Pflegeheimplatz gefunden werden kann. „Wenn diese Leute (mit Glioblastom) x Mal den Platz wechseln müssen (...), ist dies wahnsinnig ungünstig. Dies gibt Unruhe für beide Systeme.“

## **Faktoren, die die Gewichtung unbewusst beeinflussen**

### **Persönliche Beziehung zu angemeldeten Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen prägt die Entscheidung**

„Sind die Patientin und der Patient, die ich persönlich kenne, „zufällig“ an erster und zweiter Stelle? Wohl kaum...Beziehung, Verbindung, Empathie, unmittelbares Spüren des Leidens erhöhen den Wunsch, den betreffenden Patienten bald aufzunehmen und färben die Gewichtung der Kriterien.“

Die Stationsleiterin, die vor dem Interview während einem Monat nicht in die Aufnahmeentscheidung involviert war, äussert mehrmals, dass sie das Patientenbeispiel aus Distanz betrachten und dadurch neutraler und objektiver urteilen konnte. Sie betont, dass dies bei der Beurteilung eine wesentliche Rolle spielt und sie sich dadurch viel besser auf das Wesentliche – die Indikationen – konzentrieren konnte. „Ich glaube das Wesentliche ist schon zu merken, dass ich sehr frei bin von Emotionen. Ich kann ziemlich schnell entscheiden. Und dies wünsche ich mir.“

Die Befragten sind sich einig: Sobald sie die Betroffenen persönlich kennen, beeinflusst dies ihre Entscheidung. Neben der persönlichen Beziehung beeinflussen auch Güte und Menge der zur Verfügung stehenden Informationen Gewichtung und Priorisierung. „Oder wenn man wirklich von den Angehörigen das Bild sehr geschildert erhält und so das Leiden spürt, in dem die Leute drin sind. Ich merke, dass mich dies schon beeinflusst. Dass ich manchmal fast intuitiv eine Anmeldung weiter nach vorne nehme und hoffe, dass sie möglichst bald kommen können...das ist dann eigentlich nicht mehr richtig, oder?“

### **Eigene Erfahrungen, Erinnerungen**

„Vielleicht kann es auch noch einen Einfluss haben, wenn man sich an jemanden erinnert, den man schon hatte. Wenn sich eine Situation ähnlich ist und man nachher denkt: au ja, da muss man jetzt unbedingt Hand bieten können...“ Die Befragten weisen mehrmals darauf hin, dass gemachte Erfahrungen die Gewichtung und Priorisierung beeinflussen.

Erwähnt werden jahrelange berufliche Erfahrungen auf einem anderen Spezialgebiet, Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten auf DPC in vergleichbaren Situationen und Prägungen aus der Kindheit. „Ich merke, dass mir dieses „Bsetze“ stinkt. Ich denke, da hat meine eigene Geschichte einen Einfluss.“

### **Erleben von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit in Zusammenhang mit der Zuteilung der knappen Betten**

„Ich merke, dass für mich das ganze Thema manchmal sehr belastend ist.“ Dies äussert die Leiterin Palliative Care auf die Frage, wie die Zuteilung gerechter erfolgen könnte. Sie sagt denn auch: „...Ja, es ist ein Gerechtigkeitsproblem, es ist ein Dilemma und das werden wir nie ganz lösen können...aber ich finde es gut, wenn wir versuchen, es möglichst gut zu lösen.“

Die Stationsleiterin macht sich Gedanken zur Gerechtigkeit bezüglich Berücksichtigung des Anmeldedatums. Einerseits kann sie nachvollziehen, dass Leute, die sich früh anmelden, eine gewisse Verbindlichkeit erwarten. Sie versteht auch, dass diese Menschen es nicht in Ordnung finden, wenn sie dann später eintreten können als andere, die sich nicht rechtzeitig angemeldet hatten. Gleichzeitig stellt sie fest, dass es bei den anderen Leuten Gründe dafür gab, dass sie sich nicht angemeldet haben, sich nicht anmelden konnten. „Bei gleichzeitigen, gleichwertigen Anmeldungen, nur einem Bett – in dem Moment ist es ok. Aber sonst bleibt für mich die Frage noch unbeantwortet, ob es fair ist, wenn der früher angemeldete Patient das Bett erhält.“

Die Autorin erlebt es hingegen als ungerecht, wenn ein Patient, der nicht angemeldet war, sofort eintreten kann und eine „zwischenhospitalisierte“ Patientin, die wochen- oder monatelang angemeldet war, weiterhin warten muss. Auch berichtet sie davon, dass die lange Wartezeit nach Ankündigung der baldigen Verlegung bei den Betroffenen, den Betreuenden und auch bei sich selbst den Eindruck von ungerechter Behandlung geweckt hat.

Bezüglich Aufnahme von pflegeintensiven Patientinnen und Patienten betont die Stationsleiterin die Wichtigkeit, dass die Pflege der anderen Patienten gewährleistet werden kann, damit nicht über längere Zeit Ungleichgewichte entstehen.

„Ich kann zwar versuchen, es möglichst gerecht zu machen, aber ich sollte mich nicht zu sehr unter Druck setzen und das Gefühl haben, dass es ganz genau stimmen muss, was ich hier mache. Weil ich es gar nie kann, diesen Anspruch kann ich gar nicht haben, weil ich die Situationen nie so genau kenne, dass ich es wirklich richtig abschätzen kann. Und vor allem kenne ich auch die Zukunftsentwicklung nicht. Es wird also immer ein gewisser Fehler drin sein.“

## **Schritte zur gerechteren Zuteilung**

### **Unter den Verantwortlichen zu klärende Grauzonen**

„Ich denke, darüber muss man sich einig sein und ich glaube, dass dies unter uns noch Grauzone ist.“

Alle Befragten äussern sich während dem Interview zu Graubereichen, die in der Leitung Pflege geklärt und offen gelegt werden müssen. Die Autorin wünscht sich die Klärung der Vorwochenend-Situation, da diese immer wieder zu Unmut führt. Es geht dabei um die Frage, ob Menschen, die bei freiem Bett am Wochenende aufgenommen würden, vorinformiert werden sollen oder nicht.

Der Stationsleiterin ist es wichtig zu klären, wie mit den Grauzonen „Alter“, „Anmeldedatum“ und „emotionale Verbindungen“ umgegangen wird. **„Wir müssten es losgelöst von emotionalen Verbindungen schaffen. Und die Indikation immer wieder ins Zentrum stellen.“**

Auch die Leiterin Palliative Care stellt die gemeinsame Klärung in den Vordergrund: **„Und darum finde ich es wichtig, dass du deine Arbeit machst und dass wir gewisse ethische Überlegungen reinbringen können. Dass wir miteinander schauen, wie wir was gewichten und was vor was kommt, damit wir bewusster damit umgehen.“**

### **Vorschläge zu zukünftigen Verfahren und Hilfsmitteln**

Alle Mitglieder der Leitung Pflege wünschen sich, die Zuteilungsentscheide zukünftig mit mehr Distanz und Objektivität fällen zu können. Die Stationsleiterin betont die Wichtigkeit, vom Persönlichen weg zu kommen. Dies könnte erreicht werden, wenn bei allen Angemeldeten frühzeitig die pflegerische Abklärung gemacht würde.

Aber: „...noch dann bist du nicht sicher, weil die Informationen von der jeweiligen Pflegenden, dem jeweiligen Arzt abhängen.“ Ausserdem schätzt sie die Situation so ein, dass die Umsetzung mit den wenigen personellen Ressourcen, die für die Abklärungen zur Verfügung stehen, unrealistisch wäre.

Ihrer Meinung nach könnte die Objektivität erhöht werden, wenn die Zuweisenden die Indikation in Zukunft bereits auf dem Anmeldeformular differenziert formulieren müssten, zum Beispiel auf einer Kriterienliste zum Ankreuzen. „Gibt es eine objektivierbare Indikationsliste, auf der es keine Rolle spielt, was ich noch dazu meine und in die nicht so viel hinein interpretiert werden kann. Die Frage ist jedoch, ob dann die Gewichtung der Problematik wirklich daraus ersichtlich wird. Dies müsste ja sein.“ Die Leiterin Palliative Care fände es hilfreich, die Patientinnen und Patienten vor Ort zu besuchen. Sie hat früher in einzelnen Situationen sehr gute Erfahrungen gemacht. „Wenn man die Leute sieht, ist es einfach ganz anders. Es wird vieles klar.“ Sie denkt jedoch, dass bei diesem Vorgehen Aufwand-Nutzen im Ungleichgewicht sind. Hilfreich fände die Leiterin Palliative Care auch, wenn Leute vor Ort wären, die die Situation beurteilen könnten. „Wir hatten ja auch schon die Situation, dass wir zwei Patienten von der gleichen Abteilung hatten und die Pflegenden fragen konnten, welche Person sie eher schicken würden. Dies wäre wirklich auch eine Hilfe.“ Ausserdem wünscht sie sich eine Übersicht, um schneller den Überblick über die Situation den angemeldeten Patientinnen und Patienten zu erhalten, zum Beispiel mit Informationen zur Indikation, zum Anmeldedatum und anderen Kriterien. Bezüglich Gewichtung der Kriterien erhofft sie sich Hilfestellungen durch die ethischen Überlegungen der Autorin. Die Verfasserin möchte eine Kriterienliste mit den offiziellen Kriterien inklusive deren Gewichtung erstellen und den Entscheidungsfindungsprozess in einem Prozessbeschrieb darstellen. Sie hofft, dass es auf Grund der ethischen Analyse möglich wird, Tendenzen bezüglich Gewichtung der verschiedenen Kriterien festlegen zu können. Ausserdem findet sie, dass bei gleichzeitigen dringenden Anfragen von zu Hause vermehrt überlegt werden müsste, welche dieser Patientinnen und Patienten besser in einem Akutspital betreut werden könnten als andere. Auch dies ist eine Frage der Dringlichkeit der Indikation. Die Leiterin Palliative Care erhofft sich auch durch die Erweiterung von Diaconis Palliative Care eine gewisse Entlastung, aber „es wird nie ganz weg sein, weil wir auch mit mehr Betten wieder entscheiden müssen.“

## Gewichtung der Kriterien zur Priorisierung bei knappen Betten: Test mit Patientinnen und Patienten aus dem für die Interviews verwendeten Beispiel

Palliative Care

diaconis

Wir begleiten Menschen

### Gewichtung der Kriterien zur Priorisierung bei knappen Betten

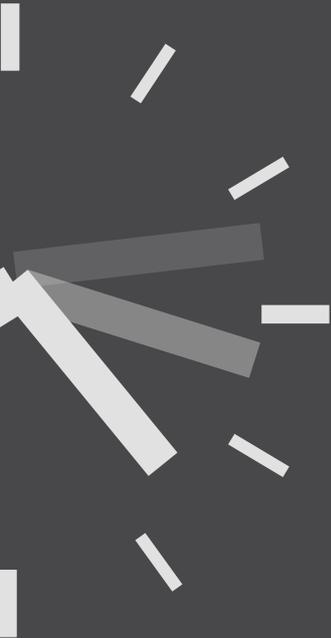
Abklärung bei allen Angemeldeten unter fünfzig Jahren durchgeführt

Datum: \_\_\_\_\_ Visum: \_\_\_\_\_ Aufnahme Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

	Kriterien	Gewichtung ↓	Namen Patientinnen/Patienten →				
			Hr. Bucher	Hr. Meister	Fr. Salevi	Hr. Bieri	Fr. Frei
Befinden der Betroffenen	Eskalierende Symptome und/oder massive psychosoziale Belastungen und/oder rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes und/oder hohes Komplikationsrisiko ***	8			8		8
	ungenügend kontrollierte Symptome und/oder psychosoziale Belastungen und/oder sich abzeichnende Verschlechterung und/oder sich abzeichnendes Komplikationsrisiko	7	7			7	
	Symptome gut eingestellt und psychosoziale Situation stabil → Übertritt in PH absehbar, Gefahr von zusätzlichen Verlegungen	2		2			
Betreuungsort und -qualität	Zu Hause: Betreuungsnetz durch 24-Stunden-Betreuung überlastet → Alternativen prüfen (Ausbau Spitex; Hospitalisation) → In Kombination mit ***	7 +4					7 +4
	Pflegeheim oder Rehaklinik oder Akutspital, in dem Patientin/Patient unbekannt ist: Betreuungsteam überfordert/überlastet und/oder bei Einweisung Zusage für rasche Verlegung gemacht	6				6	
	Akutspital mit guter Betreuungsqualität (z.B. auf der Station, auf der die Patientin/der Patient bekannt ist)	2	2	2	2		
Diverse Kriterien	Anmeldedatum/Reihenfolge der Anmeldung 1. Anmeldung: 5 / 2. Anmeldung: 4 / 3. Anmeldung: 3 4. Anmeldung: 2 / 5. Anmeldung: 1	5-1	5	2	3	4	1
	Patientin/Patient war bereits auf DPC hospitalisiert	4			4		
	Vor „Zwischenhospitalisation“ an 1. Stelle auf Warteliste	3	3			3	
	Baldige Verlegung und/oder prioritärer Eintritt von zu Hause wurde den Betroffenen zugesagt	2		2	2		2
	Höchste Punktezahl: schattierter Bereich ausfüllen → falls Fragen 1+2 mit ja beantwortet werden können → prioritäre Aufnahme; Falls nicht: Fragen bei den andern Patienten in Reihenfolge der Punktezahl prüfen	Total →	17	8	19	20	22
Situation DPC	Vermutete Betreuungsintensität der angemeldeten Patientin / des angemeldeten Patienten	1-4					
	1. Mit aktuell betreuten Patientinnen/Patienten vereinbar? bei Bedarf mit Unterstützung der nächsten Dienste	ja/ nein					
	2. Vorbereitungsarbeiten bis zu Eintrittstermin möglich?	ja/ nein					







## Anhang zu der Publikation:

«Keine Zeit zu warten ...

Von der möglichst gerechten Zuteilung knapper Palliativbetten»



ISBN 978-3-906020-10-5

reSON