



Westsächsische Hochschule Zwickau

University of Applied Sciences

Fakultät für Gesundheit- und Pflegewissenschaften

Studiengang Pflegemanagement

Matrikel 142253

Bachelorthesis

Thema: Patientencharakteristika einer Palliativstation - am Beispiel des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein

Betreuende Dozenten: Prof. Dr. med. Jens Papke

Antje Jäger (M.Sc.)

Autorin: Jeannine Starkloff

Matrikelnummer: 34189

Anschrift: Astronomenweg 9, 08066 Zwickau

E-Mail: Jeannine.Starkloff.dwt@fh-zwickau.de

Zwickau, 08.08.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Definitionen und Begriffserklärungen	8
2.1.1 Palliative Care und Palliativmedizin	8
2.1.2 Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung	9
2.1.3 Palliativstation - Eine Form der spezialisierten Palliativversorgung	10
2.1.4 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	10
2.1.5 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung	11
2.2 Geschichtliche Entwicklung der Palliativversorgung	12
2.2.1 Die internationale Hospizbewegung	12
2.2.2 Die geschichtliche Entwicklung der Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland	13
2.3 Aktueller Forschungsstand	15
2.3.1 Allgemeine Literatur zur Palliativversorgung in Deutschland	15
2.3.2 Literatur zur Charakteristik von Palliativpatienten	17
3. Ziel- und Fragestellungen	20
3.1 Fragestellungen	20
3.2 Hypothesen	20
4. Methodik	21
4.1 Beschreibung der Einrichtung	21
4.2 Vorstellung der Methodik	22
5. Ergebnisse	27
5.1 Personenbezogene Daten	27
5.2 Krankheitsbezogene Daten	30
5.2.1 Aufnahme der Patienten	30
5.2.2 Entlassung der Patienten	35
5.3 Therapiebezogene Daten	38
5.3.1 Schmerzmedikation	38
5.3.2 Sonstige medikamentöse Therapieformen	40
5.3.3 Therapeutische Maßnahmen	40
5.4 Sonstiges	41

5.5 Hypothesentests	43
6. Diskussion.....	46
6.1 Methodenkritik.....	46
6.2 Diskussion der Ergebnisse	48
6.2.1 Diskussion des Alters der Palliativpatienten	48
6.2.2 Diskussion der Hauptdiagnosen der Palliativpatienten.....	49
6.2.3 Diskussion zur Schmerzmedikation von Palliativpatienten.....	51
6.2.4 Diskussion zum Thema ´Patientenverfügung`	52
6.2.5 Bedeutung des Krankenhauses als Sterbeort.....	52
6.2.6 Diskussion zur Entlassung der Palliativpatienten nach Hause	53
6.2.7 Diskussion zur Verweildauer der Palliativpatienten	54
6.2.8 Weiterentwicklung der Palliativversorgung.....	55
6.2.9 Qualitätssteigerung für Palliativstationen	57
7. Fazit.....	58
Zusammenfassung.....	59
Literaturverzeichnis	61
Anhang.....	69
Anlagenverzeichnis.....	69
Abbildungsverzeichnis - Anhang	69
Tabellenverzeichnis - Anhang	69
Eidesstattliche Erklärung	86

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
APV	allgemeine Palliativversorgung
AZ	Allgemeinzustand
CUP	Cancer of Unknown Primary = Krebserkrankung mit unbekanntem Primärtumor
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
EAPC	Empfehlung der europäischen Palliativgesellschaft
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HOPE	Hospiz- und Palliativverbund
HPG	Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung
ICD-10-GM-2017	Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -
ITS	Intensivstationen
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
LVHP	Landesverband für Hospiz- und Palliativmedizin
MS	Multiple Sklerose
NCT	Nationale Zentrum für Tumorerkrankungen
PBA	Palliativmedizinisches Basisassessment
RKI	Robert Koch-Institut
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	spezialisierte Palliativversorgung
VK	Vollzeitkraft
WHO	World Health Organization = Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebensabschnitte nach der verbleibenden Lebenszeit (Koch 2016)	6
Abbildung 2: Anzahl der Betten pro Million Einwohner von Palliativstationen in Deutschland nach Bundesländern, Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlage: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015.....	14
Abbildung 3: Anzahl an Hospiz- und Palliativarbeit in Sachsen 2016 Quelle: Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. 2017 (LVHP Sachsen e.V.)	14
Abbildung 4: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des Geschlechtes der Palliativpatienten (N = 278)	27
Abbildung 5: Relative Häufigkeitsverteilung des Familienstandes der Palliativpatienten (n = 266)	28
Abbildung 6: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Variable ´Angehörige/Freunde vorhanden` (n = 265)	29
Abbildung 7: Relative Häufigkeitsverteilung der Einweisungsarten der Palliativpatienten (n = 276)	30
Abbildung 8: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des ECOG-Status bei Aufnahme (n = 271)	30
Abbildung 9: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Aufnahmegründe, Mehrfachnennung möglich	31
Abbildung 10: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des komplexen Symptomeschehens der Palliativpatienten bei Aufnahme, Mehrfachnennung möglich	32
Abbildung 11: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen von Tumorerkrankungen nach ICD-10-GM-2017 Code (n = 240)	33
Abbildung 12: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der nichttumorbedingten Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM-2017 Code (n = 38)	34
Abbildung 13: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Entlassungsprobleme der Palliativpatienten, Mehrfachnennung möglich.....	35
Abbildung 14: Relative Häufigkeitsverteilung der Entlassungsarten der Palliativpatienten (N = 278).....	36
Abbildung 15: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des ECOG-Status bei Entlassung (n = 141)	37
Abbildung 16: Relative Häufigkeitsverteilung der Erhalt von Schmerzmedikation (N = 278). 38	
Abbildung 17: Relative Häufigkeitsverteilung der Einnahme an Schmerzmedikation laut WHO-Stufenschema, Mehrfachnennung möglich	38
Abbildung 18: Todeszeitpunkt gruppiert (n = 135)	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der allgemeinen und speziellen Versorgungsstrukturen, Quelle: EAPC White Paper on Standards and Norms (Radbruch et al. 2011a, Radbruch et al. 2011b).....	9
Tabelle 2: Untersuchungskriterien.....	23
Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen der Palliativpatienten (N = 278)	27
Tabelle 4: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Arten der Medikamente der WHO-Stufe III (n = 233)	39
Tabelle 5: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des ersten Behandlungstages mit einem Medikament WHO-Stufe III (n = 233).....	40
Tabelle 6: Ergebnisse der Verweildauer gruppiert (N = 278)	42
Tabelle 7: Relative Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnose Tumorerkrankung und dem Geschlecht (N = 278)	43
Tabelle 8: Absolute Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnose Bronchialkarzinom und dem Geschlecht (N = 278)	43
Tabelle 9: Absolute Häufigkeitsverteilung der Entlassungsart und dem Familienstand (N = 278).....	44
Tabelle 10: Absolute Häufigkeitsverteilung der Verstorbenen und dem Geschlecht (N = 278).....	45

Zur Vereinfachung der Darstellung wurde überwiegend nur die männliche Schreibweise verwendet.

Diese schließt jedoch immer weibliche, männliche und weitere Personen gleichberechtigt ein. Ferner wurden im Text alle Personen mit der Berufsbezeichnung Krankenschwester bzw. Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger; Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann einheitlich als Pflegefachkräfte bezeichnet, sofern die Berufsbezeichnung nicht zusätzlich kenntlich gemacht wird.

1. Einleitung

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“ (Saunders 1993). Cicely Saunders gilt als eine der Begründerinnen der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin. Durch die Eröffnung des St. Christopher’s Hospiz in London im Jahr 1967 kam es zu einer Revolution in der Pflege sterbender Menschen sowie zu einer Veränderung der medizinischen Praxis. Weltweit verbreitete sich ihre Vision in Hospizen und Palliativpflegeeinrichtungen und ist mittlerweile in über 120 Ländern etabliert. Immer noch werden Themen wie Sterben, Tod und Trauer gern von der Gesellschaft verdrängt. Jedoch aufgrund des demografischen Wandels ist der Themenbereich ‘Palliative Care` sehr aktuell und wird in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen. Menschen wünschen sich die Sicherheit einer guten Pflege und Begleitung am Lebensende. (Kränzle 2014)

In den letzten 25 Jahren kam es zu einer raschen bundesweiten Entwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit. Die Palliativversorgung rückt zunehmend in das Blickfeld von Politik und Öffentlichkeit. Der Bedarf an palliativen Angeboten ist sehr hoch und bis heute wurde noch keine flächendeckende Versorgung erreicht. In Deutschland erkranken jährlich rund 500.000 Menschen neu an Krebs. Obwohl die Therapiemöglichkeiten sich immer weiterentwickeln und besser werden, versterben die meisten Menschen an einer unheilbaren Erkrankung. Eine frühzeitige Palliativversorgung sorgt für mehr Lebensqualität. Denn nicht nur in der Terminal- oder Finalphase, sondern gerade in der Rehabilitations- und Präterminalphase (Abbildung 1) benötigen die Patienten Unterstützung, um in den letzten Jahren/Monaten/Wochen ein weitgehend ‘normales Leben` führen zu können.

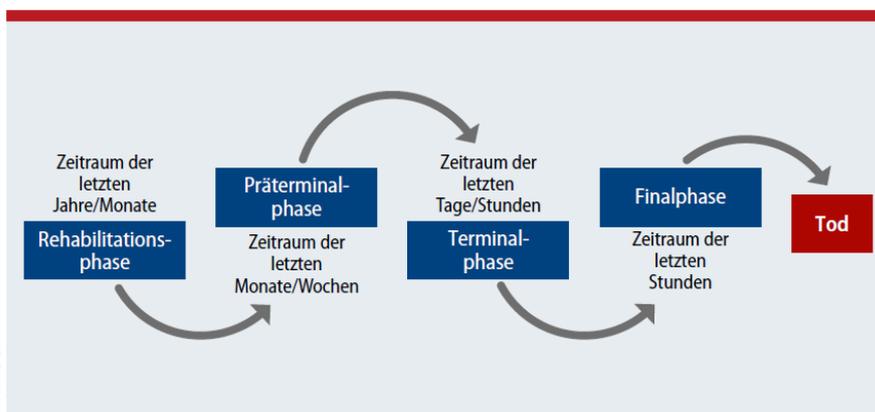


Abbildung 1: Lebensabschnitte nach der verbleibenden Lebenszeit (Koch 2016)

Patienten müssen in diesen Phasen aktive Entscheidungen treffen und Vertrauen zum palliativen Behandlungsteam aufbauen. Palliativstationen stellen eine Art der vorhande-

nen Versorgungsformen für Palliativpatienten in Deutschland dar. Diese nehmen Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen und Symptomen auf, bei denen eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Sowohl die Linderung der belastenden Symptome als auch eine Entlassung zurück in die häusliche Umgebung sind dabei das oberste Ziel. (Fuchs et al. 2012, Koch & Perret 2016, Prütz & Saß 2017)

Damit ein weiterer Ausbau der stationären als auch ambulanten Palliativversorgung möglich ist, sind Untersuchungen über das Patientengut notwendig, um eine optimale Versorgung der Palliativpatienten gewährleisten zu können. Bisher existieren im deutschsprachigen Raum nur wenige Studien über die Merkmale solcher Patienten. Deshalb beschäftigt sich die Bachelorarbeit mit der Beschreibung einer Patientencharakteristika der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein. Zunächst wird auf den theoretischen Hintergrund sowie den aktuellen Stand der Forschung eingegangen. Danach folgen die Frage- und Zielstellungen dieser Arbeit. Der Methodenteil beschreibt die untersuchte Einrichtung sowie die Darstellung des methodischen Vorgehens. Daraufhin werden die Ergebnisse der ermittelten personen-, krankheits- und therapiebezogenen Daten vorgestellt, im Anschluss diskutiert sowie Kritik am methodischen Vorgehen geübt. Abschluss der Arbeit stellt das Fazit der Untersuchung dar.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Definitionen und Begriffserklärungen

2.1.1 Palliative Care und Palliativmedizin

Unter Palliative Care ist ein ganzheitliches Betreuungskonzept zur Begleitung Schwerstkranker, Sterbender und deren Angehörigen zu verstehen. Die WHO erstellte 2002 folgende Definition dafür: "Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art." Palliative Care beinhaltet vor allem die Symptomlinderung wie Schmerzen, Übelkeit sowie Erbrechen, Atemnot, behandelt Wunden, Lymphödeme, Juckreiz oder Unruhe. Sowohl Ärzte, Pflegefachkräfte, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, Pflegedienste als auch ehrenamtliche Hospiz-Mitarbeiter müssen in einem interdisziplinären Team zusammenarbeiten. (DHPV 2017a)

„Ziel der Palliativen Pflege ist die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung einer erträglichen, Symptom freien bzw. –Symptom armen Lebensqualität des Patienten, das er trotz seiner Krankheit am täglichen Leben teilhaben kann“ (DHPV 2017a).

Ursprünglich wurde die Palliativmedizin für Tumorkranke entwickelt. Heute behandelt sie alle die Menschen, die an einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen und an einer, die Lebenserwartung begrenzenden, Erkrankung leiden. Ziel der kurativen Medizin ist die Heilung einer Erkrankung. Bei der Palliativmedizin geht es jedoch darum, die Lebensqualität der schwerstkranken und sterbenden Menschen so weit wie möglich bis zum Tod zu erhalten und Sterben zuzulassen. Nach der Definition der WHO ist palliative Therapie die umfassende und aktive Behandlung von Patienten, für deren Erkrankung eine kurative Therapie nicht mehr zugänglich und für die das Behandlungsziel die bestmögliche Lebensqualität für sie selbst sowie ihre Angehörigen ist. Die Palliativmedizin orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen. (DHPV 2017b)

2.1.2 Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung

Die Palliativversorgung wird in zwei Formen unterschieden. Eine Form ist die allgemeine Palliativversorgung (APV). Die APV beinhaltet die Palliativversorgung, die in erster Linie von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie von ambulanten Pflegediensten mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Dazu gehört auch eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen, Therapeuten sowie ambulanten Hospizdiensten. Stationäre Pflegeeinrichtungen und allgemeine Krankenhäuser gehören ebenfalls dazu. Der überwiegende Teil schwerstkranker und sterbender Menschen wird in der Regel in der allgemeinen Versorgung betreut. Reichen diese therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) einzubeziehen. Dazu gehören unter anderem stationäre Hospize, Palliativstationen und seit ihrer Einführung 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Es wird geschätzt, dass rund 10 - 15 % der Sterbenden eine spezielle Versorgung benötigen. Diese Versorgung kann nur vorübergehend oder dauerhaft sein. Das Team arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z.B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen. Die SAPV muss immer vom Arzt verordnet werden. (DGP 2009a, DGP 2009b, DHPV 2017c, DHPV 2017h)

Tabelle 1: Übersicht der allgemeinen und speziellen Versorgungsstrukturen, Quelle: EAPC White Paper on Standards and Norms (Radbruch et al. 2011a, Radbruch et al. 2011b)

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> ■ allgemeine Krankenhausstationen ■ nicht spezialisierte Palliativstationen, Palliativeinheiten, Palliativbetten ■ „Konsiliardienste“* ■ „Liaisondienste“* ■ „Palliativdienste“* ■ Palliativbeauftragte ■ durch Personal mit Basisqualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) ■ Hausärzte, teils mit Zusatzqualifikation (im neuen EBM vergütet) ■ Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation ■ ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 100.000 Ehrenamtlichen), Vergütung über § 39a SGB V ■ weitere Netzwerkpartner, z. B. Palliativstützpunkte
Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> ■ spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen, z. B. mind. 5 Betten) ■ „Palliativdienste“* ■ stationäre Hospize ■ immer durch multiprofessionelle Teams 	<ul style="list-style-type: none"> ■ SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007, geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) ■ immer multiprofessionell, oft durch Teams bzw. Teamarbeit ■ täglich 24 Std. Verfügbarkeit

2.1.3 Palliativstation - Eine Form der spezialisierten Palliativversorgung

Palliativstationen in Krankenhäusern dienen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Dabei handelt es sich um in ein Krankenhaus integrierte spezialisierte Einrichtungen. Ziele der Behandlung sind eine Verbesserung oder Stabilisierung der jeweiligen Krankheitssituation sowie die anschließende Entlassung, soweit möglich nach Hause. Neben der palliativärztlichen und palliativpflegerischen Betreuung erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen oder Physiotherapeuten. Des Weiteren können mittels Ernährungsberatern, Musik- und Kunsttherapeuten, Sprachtherapeuten oder Trauerberatern zusätzliche Angebote für die Patienten oder ihre Angehörigen geschaffen werden. Viele dieser Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen verfügen über eine spezielle palliativmedizinische Ausbildung. Im ärztlichen Bereich müssen Fachärzte eine Zusatzweiterbildung zur Palliativmedizin besitzen. Beim Pflegepersonal sollte mindestens ein Drittel der Mitarbeiter die Qualifikation Palliative Care erworben haben. Die Versorgung der Patienten auf einer Palliativstation ist sehr personalintensiv. Vorgeschlagen werden als Minimum 0,15 Arztstellen sowie 1,2 Krankenpflegestellen pro Bett. Palliativstationen verfügen durchschnittlich über 8 - 12 Betten, meist nur Einzelzimmer, eventuell mit Zustellbett, so dass für Angehörige die Möglichkeit besteht mit im Zimmer zu übernachten. Die Finanzierung der Palliativstationen erfolgt entweder über die reguläre Krankenhausfinanzierung nach dem DRG-System oder auf der Basis von Pflegesätzen über die Anerkennung als besondere Einrichtung. (Radbruch et al. 2016, DHPV 2017d)

2.1.4 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“ – mit diesem Satz werden die fünf Leitsätze der Charta überschrieben. Ziel ist es, allen Menschen, die einer hospizlich-palliativen Betreuung bedürfen, einen Zugang zu ermöglichen. Die fünf Leitsätze der Charta formulieren Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarfe, um die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zu verbessern. 1.503 Organisationen und Institutionen sowie 16.184 Einzelpersonen, darunter auch zahlreiche Politiker aller Ebenen, haben sich bisher mit ihrer Unterschrift für die Charta und ihre weitere Umsetzung eingesetzt. Die Leitsätze beinhalten folgende Themenfelder:

- Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
- Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen
- Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Entwicklungsperspektiven und Forschung
- Die europäische und internationale Dimension

Diese beruhen auf drei grundsätzlichen Zielen, deren Umsetzung in einer Nationalen Strategie angestrebt wird:

- einer in ganz Deutschland bedarfsgerechten, für alle Betroffenen zugänglichen Hospiz- und Palliativversorgung mit hoher Qualität
- einer in ganz Deutschland gesicherten Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, anderen Wohnformen sowie in der häuslichen Umgebung sowie
- einer auf wissenschaftlicher Grundlage und Qualitätssicherung beruhenden Hospiz- und Palliativversorgung zum Wohle der Betroffenen

(DHPV 2017e, Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 2017)

2.1.5 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Am 5. November 2015 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG). Dieses enthält vielfältige Maßnahmen zur Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands, vor allem auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Seitdem ist die Palliativversorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Außerdem soll die ambulante Palliativversorgung und die palliative häusliche Pflege mit gezielten Maßnahmen und finanziellen Anreizen gestärkt werden. Des Weiteren muss insbesondere in ländlichen Regionen der Ausbau der SAPV beschleunigt werden. Stationäre Kinder- und Erwachsenen-Hospize erhalten unter anderem finanzielle Hilfe für die Ausstattung. Der steigende Zuschuss der GKV trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten. Krankenhäuser haben nun die Möglichkeit, Hospizdienste mit Sterbebegleitungen zu beauftragen. Um die Hospizkultur sowie die Palliativversorgung in Krankenhäusern zu stärken, können für eigenständige Palliativstationen krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden. Außerdem können Krankenhäuser seit 2017 die Möglichkeit, krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste zu

vereinbaren. Der GKV-Spitzenverband hat den Auftrag, regelmäßig über die verschiedenen Versorgungsinstrumente zu berichten, um mehr Transparenz über die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung herzustellen. (Bundesministerium für Gesundheit 2017)

2.2 Geschichtliche Entwicklung der Palliativversorgung

2.2.1 Die internationale Hospizbewegung

Der Begriff 'Hospiz' stammt von dem lateinischen Wort 'hospitium' ab und bedeutet 'Herberge'. Ab Ende des 4. Jahrhunderts nach Christus entstanden entlang der Pilgerrou-ten in ganz Europa Herbergen, die den gleichermaßen gesunden und kranken Pilgern Gastfreundschaft boten. Später hatten diese Herbergen vorrangig die Pflege kranker Menschen zum Ziel. Des Weiteren wollte man Orte schaffen, in denen schwerstkranke und sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg versorgt und begleitet werden, damit sie an ihrem Lebensende in Würde Abschied nehmen können. Im Laufe der Jahrhunderte wurde das Thema von unterschiedlichsten Menschen systematisiert und organisiert. Im 16. und 17. Jahrhundert wurde von Vinzenz von Paul zusammen mit Louise von Marillac der Orden der Vinzentinerinnen gegründet. Damit schafften sie mit der finanziellen Hilfe von Reichen und der Tatkraft von Schwestern menschenwürdige Bedingungen zum Leben und Sterben. Am Ende des 19. Jahrhunderts stellte Mary Akinhead ihr Haus in Dublin als erstes 'modernes' Hospiz zur Verfügung. Im Jahr 1905 eröffneten ihre Schwestern ein ähnliches Haus in London. Diese früheren Hospize breiteten sich allmählich in Europa aus. Währenddessen wurde auch in Nordamerika die Notwendigkeit solch spezieller Einrichtungen erkannt. Die Dominikanerin Rose Hawthorne eröffnete 1899 ihr erstes Hospiz in New York City. Dr. Cicely Saunders aus London gelang es, viele Menschen für ihre Idee zu begeistern, ein Haus für Sterbende zu bauen. Deshalb gründete sie nach fast 20 Jahren Vorbereitung 1967 das erste moderne Hospiz St. Christopher's Hospice in London. Damit war ein Grundbaustein einer modernen Hospizbewegung gelegt. Doch viele, die davon hörten, reagierten mit neugieriger Abwehr. Der Umgang mit Sterbenden galt noch als weitgehend unanständig. Elisabeth Kübler-Ross, eine aus der Schweiz stammende Ärztin und Psychiaterin, veröffentlichte 1969 ihr Buch 'On Death und Dying'. Dieses war aus ihrer Arbeit mit sterbenden Menschen entstanden und erregte in den USA ein unglaubliches Aufsehen. Damit wurden Tabuthemen wie Sterben, Tod und Trauer gebrochen. Somit begann 1973 in New Haven/Connecticut der erste ambulante Hospizdienst seine Arbeit. Danach breitete sich die Hospizbewegung auch in vielen Ländern innerhalb und außerhalb Europas aus. Bis heute wächst das ehrenamtliche hospizliche Engage-

ment in Deutschland stetig. Derzeit engagieren sich ca. 100.000 Menschen bürgerschaftlich, ehrenamtlich oder hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativarbeit. (Student & Napiwotzky 2007, Kränzle 2014, DHPV 2017f)

2.2.2 Die geschichtliche Entwicklung der Hospizarbeit und Palliative Care in Deutschland

In Deutschland wurden in den 80er Jahren die ersten hospizlichen und palliativen Einrichtungen gegründet. Die erste Palliativstation gab es 1983 in der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums in Köln. Ein Jahr später entstand der erste ambulante Hospizdienst an der Evangelischen Fachhochschule Hannover. Eng nach dem Vorbild des St. Christopher's Hospice öffnete 1986 das erste stationäre Hospiz in Aachen seine Pforten. Dieses konnte sich jedoch nicht als Vorbild für deutsche Hospize etablieren. Deshalb wurde 1987 in Recklinghausen ein Hospiz mit neun Betten errichtet, welches zum Prototyp für deutsche stationäre Hospize wurde. In den nächsten Jahren kamen ähnliche Einrichtungen leider nur zögerlich hinzu. Die Finanzierung solcher Einrichtungen war noch zu unsicher. Erst nachdem die Finanzierung in den 1990er Jahren durch den § 37 Abs. 1 SGB V geregelt wurde, nahm die Zahl der Hospize in Deutschland rasch zu. Die Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste hat sich seit 1996 mehr als verdreifacht. (Student & Napiwotzky 2007, DHPV 2017g)

Laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gab es 2016 rund 1500 ambulante Hospize, 221 stationäre Hospize für Erwachsene, 14 Kinderhospize, 304 Palliativstationen und über 295 SAPV-Teams.

Jedes Erwachsenen-Hospiz hat im Durchschnitt ca. zehn Betten, wo pro Jahr ca. 30.000 Menschen versorgt werden. Etwa 40 Betten je eine Million Einwohner stehen derzeit in Deutschland auf Palliativstationen zur Verfügung. Die Bettenverteilung variiert von Bundesland zu Bundesland (Abbildung 2). Bundesweit verfügen nur 15 % der Krankenhäuser über Palliativstationen. Obwohl die Hospiz- und Palliativarbeit in Deutschland in den letzten Jahren eine intensive Weiterentwicklung erfuhr, verlief diese Entwicklung nicht in allen Bundesländern bzw. Regionen in gleicher Weise. Waren im Jahr 1996 nur 28 Palliativstationen und -einheiten für Erwachsene verzeichnet, hat sich die Anzahl bis Anfang April 2016 auf 304 Palliativstationen und -einheiten mehr als verzehnfacht. Die meisten davon sind in Nordrhein-Westfalen (58) zu finden, es folgen Bayern (51) und Baden-Württemberg (38). Die Abbildung 3 zeigt die aktuelle Anzahl an Palliativstationen, ambu-

lanten Hospizdiensten, SAPV-Teams, stationären Hospize sowie die Anzahl an ambulanten und stationären Kinderhospizdiensten in Sachsen. (DHPV 2016, DHPV 2017f)

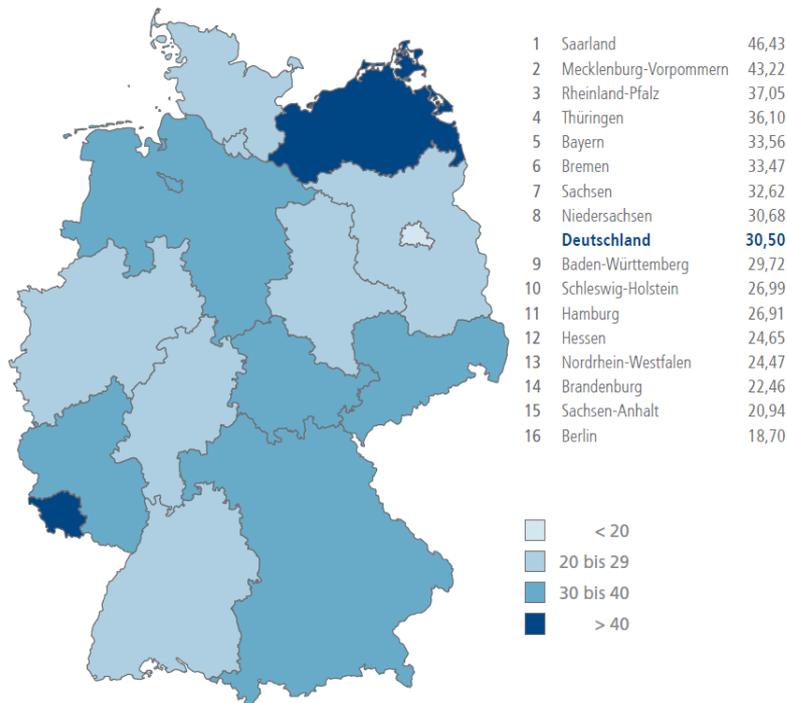


Abbildung 2: Anzahl der Betten pro Million Einwohner von Palliativstationen in Deutschland nach Bundesländern, Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlage: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015

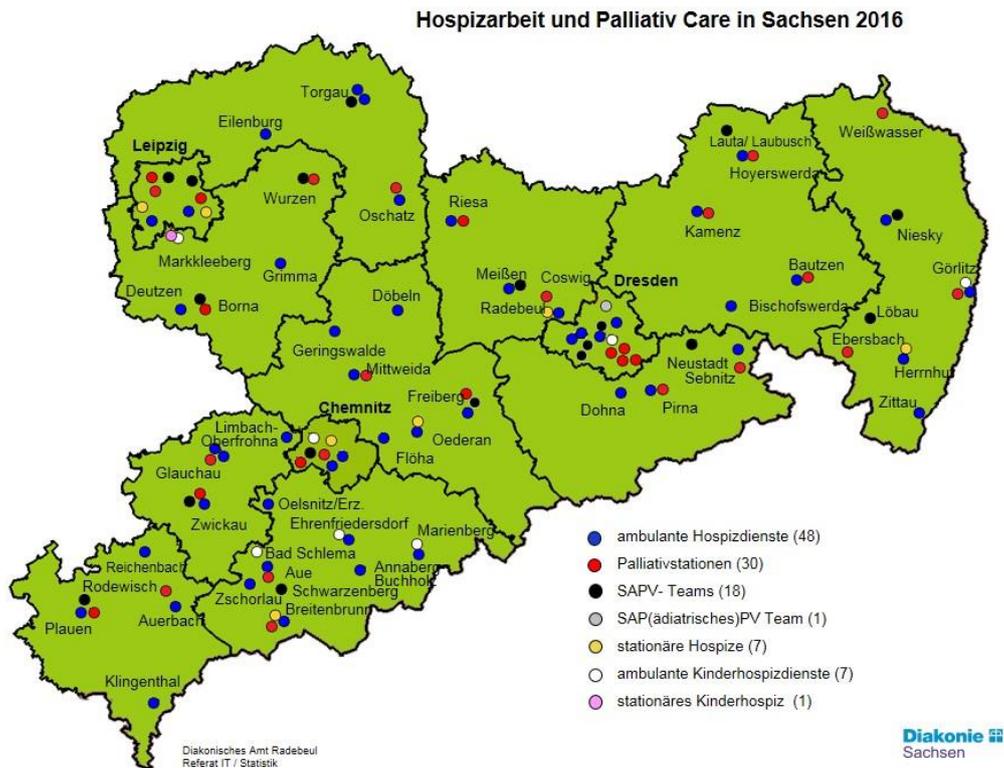


Abbildung 3: Anzahl an Hospiz- und Palliativarbeit in Sachsen 2016 Quelle: Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. 2017 (LVHP Sachsen e.V.)

2.3 Aktueller Forschungsstand

Die Palliativversorgung steht zunehmend im Blickfeld von Politik und Öffentlichkeit. Der Bedarf an palliativen Angeboten ist sehr hoch und bis heute wurde noch keine flächendeckende Versorgung erreicht. Derzeit liegen vor allem Daten zum Versorgungsangebot der Palliativversorgung in Deutschland vor. Datenbedarf besteht im Hinblick auf Personen, die eine palliative Betreuung in Anspruch nehmen wie z.B. zu deren Grunderkrankungen und soziodemografischen Merkmalen. (Prütz & Saß 2017)

2.3.1 Allgemeine Literatur zur Palliativversorgung in Deutschland

Laut der **DRG-Statistik 2015** wurden 35.381 Patienten in der Fachabteilung Palliativmedizin in Krankenhäusern behandelt, davon 17.618 männliche. Der größte Teil der Patienten (6.294) war im Durchschnitt zwischen 75 und 80 Jahre alt, dagegen nur 15 Patienten zwischen 15 und 20 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 9,7 Tage. Bei 48.428 Patienten wurde eine palliativmedizinische Komplexbehandlung durchgeführt. Auch hier lag der höchste Patientenanteil (8.855) zwischen 75 und 80 Jahren. (Statistisches Bundesamt 2016a, Statistisches Bundesamt 2016b)

Die **Ärztestatistik 2016** zeigte, dass von insgesamt 378.600 berufstätigen Ärzten 10.805 Ärzte eine Zusatz-Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin besitzen, eine Steigerung um 9 % zum Vorjahr. 4.599 Ärzte arbeiten im stationären Bereich. (Bundesärztekammer 2016)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bringt jährlich einen **Bericht über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie** heraus. In diesem ist 2015 unter anderem zu entnehmen, dass in Sachsen 398 Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin tätig sind, davon 199 im stationären Bereich. Damit bildet Sachsen eher das Schlusslicht. An Platz eins steht das Bundesland Nordrhein-Westfalen mit 2.285 Ärzten, gefolgt von Baden-Württemberg mit 1.448 und Niedersachsen mit 1.202 berufstätigen Ärzten. In Bremen arbeiten nur 68 Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung in Palliativmedizin. (G-BA 2015)

Im Mai 2015 wurde die **S3-Leitlinie 'Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung'** veröffentlicht. Ziel dieser Leitlinie ist es, eine bestmögliche Behandlung und Begleitung von erwachsenen Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung zu ermöglichen. In dieser werden Empfehlungen und Hintergrundtexte vorgestellt, welche alle, die an der Behandlung und Begleitung dieser Patienten beteiligt sind,

unterstützen sollen. Die vorliegende Leitlinie formuliert systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen auf der Basis der bestmöglichen Evidenz und klinischer Erfahrung durch eine große Anzahl von Experten. Somit soll sie Orientierung und Sicherheit in der Palliativversorgung vermitteln. Seither liegt nun eine palliativmedizinische Leitlinie in Deutschland vor, die höchsten Qualitätsstandards (S3-Niveau) entspricht. Allerdings bezieht sich die Leitlinie explizit auf Patienten mit einer Krebserkrankung. Es muss im Einzelfall geprüft werden, inwiefern die Empfehlungen auf Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen angewendet werden können. Auch diese Leitlinie macht deutlich, dass neben der jahrzehntelangen Erfahrung inzwischen auch viel Studienevidenz in der Palliativmedizin vorliegt. Circa die Hälfte der Empfehlungen sind evidenzbasiert. Sie zeigt aber auch, dass der Forschungsbedarf in diesem Gebiet weiterhin hoch ist. (Leitlinienprogramm Onkologie 2015)

In der Studie **‘Versorgung auf der Palliativstation – Sichtweise von Betroffenen’** führten Ehlert und Neitzke 22 Interviews mit Patienten über deren Erwartungen und Erfahrungen bezüglich ihrer Betreuung auf Palliativstationen durch. Als ein wichtiges Merkmal von Palliativstationen wurde genannt, dass ärztliche und pflegerische Mitarbeiter viel mehr Zeit für sie hatten. Bedingt durch den geringeren Zeitdruck des Personals nahmen die Patienten zwischenmenschliche Zuwendung anders wahr als auf Normalstationen. Zu dieser zählten mehr Freundlichkeit, Zugewandtheit und eine hohe Aufmerksamkeit für Bedürfnisse und Stimmung der Patienten. Für die Befragten spielte des Weiteren eine hohe Kompetenz des Personals bei der Symptomkontrolle eine große Rolle. Außerdem war es ihnen wichtig, dass ihre Angehörigen in die Betreuung mit einbezogen werden. Als positiv empfanden die Teilnehmer die speziellen Angebote auf Palliativstationen. Angebote zur Entspannung oder gesellige Angebote wurden besonders gern angenommen. Die Gestaltung der Räumlichkeiten fanden weiterhin Beachtung bei den Patienten. Die Patienten freuten sich über Zimmer mit Zugang zu Balkon oder Terrasse. (Ehlert & Neitzke 2013)

Papke und Lux untersuchten 2015 die **Versorgungsstrukturen der SAPV in Deutschland mittels einer Online-Erhebung**. Ziel dieser Erhebung war es, in einer Stichprobe von Ärzten den derzeitigen Zustand der SAPV aus der Perspektive der Leistungserbringer abzubilden. Aus dieser Untersuchung gehen unter anderem folgende Ergebnisse hervor. Die meisten Patienten, die der SAPV zugewiesen waren, litten an onkologischen Erkrankungen, gefolgt von kardiovaskulären, neurologischen und pulmonalen Grunderkrankungen. Durch die SAPV hatten 81,4 % der Patienten die Möglichkeit im häuslichen Umfeld zu sterben. Zwei Drittel der teilnehmenden Ärzte schätzten, dass genügend Patienten in

ihrem Versorgungsgebiet eine SAPV nutzen konnten. Doch ein Drittel der Ärzte meinte, dass der Bedarf einer SAPV groß sei, jedoch noch zu wenig bekannt und genutzt werden würde. Andererseits hätten die Ärzte zu wenig Zeit im Praxisalltag für die SAPV und es stehen zu wenig zur Verfügung. Des Weiteren sehen die Ärzte Verbesserungsbedarf in Bezug auf das Genehmigungsverfahren der Kostenträger, eine angemessene Vergütung, den Abbau von Bürokratie und Dokumentationsaufwand, die Abgrenzung gegenüber der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sowie dem Bekanntheitsgrad der SAPV. Außerdem soll der Umgang mit Betäubungsmittel-pflichtigen Medikamenten und bei Notfallversorgungen von Opioiden erleichtert werden. (Papke & Lux 2015)

2.3.2 Literatur zur Charakteristik von Palliativpatienten

2007 wurde eine Studie zum Thema **‘Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten’** durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung war es, nach hausärztlichem Verständnis, palliativ betreute Patienten und ihre Versorgung genauer zu charakterisieren. In neun Hausarztpraxen in Hannover wurde eine Patientenliste der Quartale 2/2005 – 1/2006 erstellt. Mit Hilfe dieser Liste identifizierten die Ärzte alle von ihnen palliativmedizinisch versorgten Patienten. Insgesamt wurden 221 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, davon waren 69 % Frauen. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 78,2 Jahren. 56,1 % der Patienten wurden zu Hause betreut. Die meisten Patienten waren multimorbide. Sie wiesen im Mittel 6,7 Dauerdiagnosen, am häufigsten kardiovaskuläre und neurologische Erkrankungen, auf. An Neubildungen litten 24,4 % der Patienten. (Bleeker et al. 2007)

Die **‘Retrospektive Datenanalyse von Patienten in der SAPV’** untersuchte Patienten aus städtischen und ländlichen Regionen bezüglich ihrer Pflege- und Versorgungsmerkmale. Die Stichprobe enthält 387 Patienten, die zwischen Oktober 2010 und Juni 2012 eine SAPV erhielten. Dabei war der Anteil an Patienten aus städtischen (n = 197) und ländlichen (n = 190) Wohnorten relativ gleich. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer 74,5 Jahre alt. 55,3 % der Patienten waren weiblich. Knapp die Hälfte der Patienten war verheiratet (42,6 %), 26,4 % verwitwet, 6,5 % geschieden und 4,6 % ledig. Etwa zwei Drittel der Patienten lebte in privaten Haushalten, entweder mit Angehörigen (48,1 %) oder alleine (15,5 %). 31,8 % lebte in Hospizen oder Pflegeheimen. Die meisten Patienten hatten eine Krebsdiagnose (76,8 %). Davon waren die meisten Fälle Erkrankungen der Verdauungsorgane (28,2 %). Patienten mit nichttumorbedingten Erkrankungen litten am häufigsten über Erkrankungen des Nervensystems (9,0 %) oder des Kreislaufs (4,1 %). Bei Aufnahme in die SAPV klagten viele Patienten über Schmerzen (Landkreis: 25,6 %; Stadt: 18,1 %), gastrointestinale Symptome (Landkreis: 23,4 %; Stadt: 14,6 %), neurologi-

sche/psychiatrische/psychologische Probleme (Landkreis: 16,7 %; Stadt: 18,1 %) oder respiratorische Beschwerden (Landkreis: 18,9 %; Stadt: 12,3 %) mittlerer oder starker Intensität. Außerdem hatten sie einen hohen Bedarf an Unterstützung ihres sozialen Umfeldes und ihrer Angehörigen (Landkreis: 17,7 %; Stadt: 17,2 %). 60,2 % besaßen keine Pflegestufe. Fast die Hälfte (46,8 %) hatte eine Patientenverfügung. Insgesamt wurden 66 Patienten im Verlauf zwischen ein und zehn Mal in ein Krankenhaus eingewiesen. Zu 50,1 % verstarben die Patienten zu Hause, zu 26,0 % im Pflegeheim und zu 15,9 % im Hospiz. Im Krankenhaus verstarben 5,9 % der Patienten. Bei der Untersuchung wurden keine signifikanten Unterschiede der demografischen, pflegerischen, erkrankungsbezogenen und versorgungsbezogenen Situation zwischen Patienten aus Stadt und Land gefunden. Somit zeigt die Analyse, dass diese Ergebnisse darauf hinweisen, dass Patienten aus ländlichen und städtischen Regionen ähnliche Bedürfnisse haben und ähnliche Anforderungen an SAPV-Teams stellen. (Heckel et al. 2016)

2014 wurde im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel über eine Studie zum Thema **‘Patienten mit CUP-Syndrom (Cancer of Unknown Primary): Retrospektive Auswertung von 223 Fällen mit Adeno- oder undifferenziertem Karzinom’** veröffentlicht. Dabei handelt es sich um eine retrospektiv erhobene Anfallsstichprobe. Alle Patienten mit Adeno- oder undifferenzierten CUP-Syndromen wurden für diese Studie eingeschlossen, die sich im Zeitraum 2006 - 2010 bei den Autoren (Löffler, Neben & Krämer) in der CUP-Sprechstunde am Nationalen Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg vorstellten. Das Durchschnittsalter bei Erstdiagnose lag bei 59,7 Jahren. Beide Geschlechter waren nahezu gleich häufig vertreten. 145 von 223 Patienten verstarben im Nachbeobachtungszeitraum, welcher im Durchschnitt 32,9 Monate betrug. Dabei überlebten Männer signifikant kürzer als Frauen, während sich jedoch keine Altersabhängigkeit zeigte. Die wichtigsten Prognoseparameter waren der Allgemeinzustand nach dem Funktionsstatus der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG, Erklärung siehe Anlage 1) und die Anzahl befallener Organsysteme. Über die Hälfte der Patienten hatte einen ECOG von 1. Mit einer ungünstigen Prognose assoziiert waren der Befall von Lunge, Leber oder Nennieren. (Löffler et al. 2014)

Seit dem Jahr 1999 wird im Rahmen der **Hospiz- und Palliativhebung (HOPE)** ein Kerndatensatz für die Versorgung von Palliativpatienten in ganz Deutschland erfasst. Diese ist das Ergebnis einer Initiative des Bundesgesundheitsministeriums von 1996, welches die Entwicklung eines einheitlichen Dokumentationssystems für Palliativpatienten für sinnvoll und notwendig erachtete. Durch eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der DGP, des DHPV und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) wurde ein Dokumentationsbogen

entwickelt, in dem personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten erhoben werden. Teilnehmer dieses Projektes sind unter anderem Palliativ- und onkologische Stationen, stationäre Hospize, Konsiliardienste sowie ambulante Palliativteams. (HOPE 2017)

In der Erhebung von 2015 wurden insgesamt 1.446 Datensätze aus vier unterschiedlichen Institutionen dokumentiert. Davon nahmen 37 Palliativstationen mit 996 Patienten teil, 51,7 % männliche und 48,3 % weibliche. Das durchschnittliche Alter lag bei 68,9 Jahren. Fast zwei Drittel der Patienten (62,8 %) lebte mit Angehörigen zusammen, 22 % lebten alleine und 6,9 % in Pflegeheimen. 15,1 % der Patienten hatten bei der Aufnahme die Pflegestufe 1, 12,5 % die Pflegestufe 2 und 3,4 % die Pflegestufe 3. Fast die Hälfte verfügte über eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. 41,7 % wurden mit einem ECOG von 3 eingewiesen, ein Drittel mit einem ECOG von 4. Nur 0,5 % hatten ein ECOG von 0 bei Aufnahme. Zu den häufigsten Problemen bzw. Symptomen bei der Aufnahme 2015 mit mittlerer bis starker Intensität zählen zu je über 50 % Schmerzen, Schwäche, Appetitmangel, Müdigkeit, Hilfebedarf Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Probleme mit der Organisation der Versorgung sowie Überforderung der Familie und des Umfeldes. Keine Probleme bzw. Symptome traten dagegen am häufigsten (≥ 50 %) bei Übelkeit, Erbrechen, Desorientiertheit und Pflegeprobleme wegen Wunden oder Dekubiti auf. Der größte Teil der Patienten nahm entweder keine Opioide oder Opioide der WHO-Stufe III (Erklärung siehe Anlage 2) bei Aufnahme und Entlassung ein. Vermehrten Einsatz im Verlauf der stationären Behandlung fanden Opioide der WHO-Stufe III (+19,0 %). Die Verwendung von Medikamenten der WHO-Stufe II nahm im Verlauf der Behandlung um 0,7 % zu. Der Anteil an Patienten, welcher auf Palliativstationen verstorben ist, lag bei 40,3 %. Über die Hälfte (57,0 %) der Patienten wurden entlassen oder in eine andere Einrichtung oder Station verlegt. Die durchschnittliche Verweildauer lag 2015 im Durchschnitt bei 13,5 Tagen. (Lindena 2015a, Lindena 2015b)

3. Ziel- und Fragestellungen

Anhand der Darstellung des theoretischen Hintergrundes wurde die notwendige Relevanz der durchgeführten Untersuchung deutlich. Bis heute konnten lediglich charakterliche Merkmale der Patienten von Palliativstationen durch die jährlich stattfindende HOPE ermittelt werden. Ziel dieser Untersuchung sollte sein, anhand eines deskriptiven Ansatzes die Patienten der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein bezüglich ihrer demografischen und klinischen Aspekte zu charakterisieren.

3.1 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen wurden für die quantitative Studie festgelegt:

- Welche personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten können von Palliativpatienten am Beispiel der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein ermittelt werden?
- Welche typischen Merkmale weisen die Patienten der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein auf?
- Ist der Anteil tumorerkrankter Patienten größer als der von Nichttumorerkranken?
- Wird der größte Teil der Patienten nach der stationären Behandlung ins häusliche Umfeld entlassen?

3.2 Hypothesen

Folgende Hypothesen sollten auf Ihren Zusammenhang geprüft werden:

- Männer leiden häufiger an tumorbedingten Erkrankungen als Frauen.
- Von der Hauptdiagnose 'Bronchialkarzinom' sind häufiger Männer als Frauen betroffen.
- Verheiratete Patienten bzw. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, werden häufiger zurück ins häusliche Umfeld entlassen als Alleinstehende.
- Männer versterben häufiger als Frauen auf der Palliativstation.
- Desto älter die Palliativpatienten sind, umso länger verweilen sie auf der Station.

4. Methodik

4.1 Beschreibung der Einrichtung

Das DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein ist eines der zwei DRK Krankenhäuser in Sachsen, befindet sich in Trägerschaft der DRK Gemeinnützige Krankenhaus GmbH Sachsen und ist somit eine Einrichtung des Wohlfahrtsverbandes Rotes Kreuz. Mit insgesamt 227 stationären und 22 tagesklinischen Betten ist es ein Haus der Regelversorgung. 2015 wurden über 13.700 stationäre, über 1.110 teilstationäre und über 9.600 ambulante Fälle behandelt. Es verfügt über eine Notaufnahme, eine Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, eine Frauenklinik mit Geburtshilfe und Gynäkologie, eine Hautklinik, eine Klinik für Innere Medizin, eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie über die Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin. Außerdem befindet sich eine Belegabteilung für Chirurgie, eine Diagnostische Radiologie, eine Labordiagnostik und ein psychotherapeutischer Dienst/Sozialdienst mit im Krankenhaus. Um die Behandlung der Patienten zu optimieren, wurden in speziellen Fachbereichen Kompetenzzentren eingerichtet. Diese sind das Hautkrebszentrum, das Brustkrebszentrum, das Beckenbodenzentrum, das Gynäkologische Krebszentrum sowie das Wundzentrum. (DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein 2016, DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein 2017)

Im Jahr 2007 wurde eine Palliativstation in die bereits vorhandene Schmerzklinik integriert. Mit der ersten in Chemnitz eröffneten Palliativstation bestand nun die Möglichkeit, schwerstkranken Patienten symptomorientiert zu betreuen. Sowie die Schmerz- als auch die Palliativklinik bieten ein breites Spektrum von Methoden der Schulmedizin und Naturheilverfahren zur individuellen Behandlung. Die Palliativstation (Bilder zur Palliativstation sind im Anlage 3 zusehen) verfügt über zwölf Einzelzimmer. Außerdem besteht für Angehörige die Möglichkeit, diese im Patientenzimmer oder im Gästebereich der Station unterzubringen. Weiterhin gibt es auf der Station einen großzügigen Aufenthaltsraum mit Fernseher sowie eine kleine Auswahl an Büchern. Einige Patientenzimmer als auch der Aufenthaltsraum bieten die Möglichkeit über eine Dachterrasse nach draußen zu gelangen. Die Palliativstation und die Schmerzstation sind miteinander verbunden, so dass sich der Schwesterndienstplatz genau in der Mitte zwischen beiden Stationen befindet. Das Pflegepersonal setzt sich aus insgesamt 20 Vollzeitstellen zusammen, bestehend aus Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Gesundheits- und Krankenpflegehelfern. Als Pflegesystem wird die Bereichspflege bevorzugt. Das Pflegepersonal rotiert regelmäßig zwischen Palliativstation und Schmerzstation. Das ärztliche Personal (2,5 VK) ist jedoch immer fest für einen Bereich zuständig. Die Therapeuten haben die Möglichkeit ihren Tätigkeitort

aller zwei Jahre zu wechseln. Außerdem arbeitet die Palliativstation eng mit dem Brückendienst 'Palliativprojekt Chemnitz' zusammen. Dieses ist für die Region Chemnitz, Chemnitzer Land, Stollberg, Marienberg, Zschopau, Mittweida und Rochlitz zuständig. (DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein 2016)

4.2 Vorstellung der Methodik

Die Daten der Patienten der Palliativstation wurden retrospektiv für das Jahr 2015 erhoben. Dafür wurde sich für einen quantitativen Forschungsansatz entschieden, bei dem Ausprägungen von Variablen gemessen und die Messergebnisse statistisch ausgewertet werden (Bortz & Döring 2016, S. 184). Zur Gewinnung der empirischen Daten dienten als Datenmaterial die Patientenakten. Somit wurde auf bereits vorhandene Dokumente zurückgegriffen, die völlig unabhängig von der Untersuchung produziert wurden (Bortz & Döring 2016, S. 533).

Entwicklung des Erhebungsinstruments

Da die Patientenakten nicht nur aus numerischen, sondern auch aus qualitativen Daten bestanden, musste vorerst eine quantitative Inhaltsanalyse durchgeführt werden. Nur so konnten Messwerte entstehen, die anschließend einer quantitativen Datenanalyse unterzogen werden können (Bortz & Döring 2016, S. 534). „Bei der quantitativen Inhaltsanalyse geht es darum, die formalen und inhaltlichen Merkmale von Dokumenten systematisch herauszuarbeiten und zu quantifizieren“ (Bortz & Döring 2016, S. 553). Dafür wurde im Vorfeld eine Patientenakte als Beispiel gesichtet. Die Patientenakten enthielten die Kapitel Krankengeschichte, Einverständniserklärungen, Labor, Bildgebende Verfahren, OP/Anästhesie, Histologie/Bakteriologie, Funktionsdiagnostik, sonstiges sowie Dokumentation. Um alle personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten der Palliativpatienten ermitteln zu können, stellten sich vor allem die Epikrisen der Patienten, die Dokumentation der palliativen Komplextherapie, das Palliativmedizinische Basisassessment (PBA), der Aufnahmebogen der Palliativstation sowie die Wochenkurve und Pflegedokumentation als wichtige Dokumente der Akten heraus. Danach erfolgte mit Hilfe eines Kategoriensystems die Feststellung aller möglichen Ausprägungen der Merkmale (Tabelle 2). Als Merkmalsträger dienten die Patientenakten (Bortz & Döring 2016, S. 554).

Tabelle 2: Untersuchungskriterien

Variable	Operationalisierung
Personenbezogene Daten	
Geschlecht	weiblich/ männlich
Alter	Angabe des Alters in Jahren
Familienstand	verheiratet/ ledig/ geschieden/ in einer Partnerschaft lebend/ verwitwet
Wohnort	eigene Wohnung, Haus/ Pflegeheim/ Hospiz/ Asylbewerberheim/ Betreutes Wohnen/ Kurzzeitpflege
Wohnort	Angabe des Wohnortes
Angehörige/Freunde vorhanden?	ja/ nein
Pflegestufe	Pflegestufe 1/ Pflegestufe 2/ Pflegestufe 3
Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht	ja/ nein
Krankheitsbezogene Daten	
<i>Aufnahme des Patienten</i>	
Einweisungsart	selbst/ Hausarzt/ Facharzt/ Verlegung/ Notfall
ECOG bei Aufnahme	ECOG 0/ ECOG 1/ ECOG 2/ ECOG 3/ ECOG 4
Aufnahmegrund	Symptombelastung/ AZ-Verschlechterung/ Therapieabbruch der Grunderkrankung wegen AZ-Verschlechterung/ Dekompensation der häuslichen Versorgung/ Sterbebegleitung
Komplexes Symptomgeschehen bei Aufnahme	Schmerzen/ Urogenital/ Respiratorisch/ Gastrointestinal/ (Ex)ulzerierende Wunden, Tumore/ Neurologisch, psychiatrisch, psychisch/ Sonstiges
Hauptdiagnose Tumorerkrankung	ja/ nein
Hauptdiagnosen	Angabe der Hauptdiagnose nach ICD 10 Code
<i>Entlassung der Patienten</i>	
Entlassungsprobleme	fehlender Hospizplatz/ keine SAPV/ verlängerte Symptomkontrolle/ kein PH-Platz/ auf Bitte der Angehörigen/ gegen ärzt. Rat
Entlassungsart	verstorben/ nach Hause/ Hospiz/ Verlegung/ Pflegeheim/ Kurzzeitpflege/ Reha/ Betreutes Wohnen/ Asylbewerberheim
ambulante Weiterbetreuung	SAPV/ ambulanter Hospizdienst
Vermittlung Pflegedienst	ja/ nein/ bereits vorhanden/ Patient verstorben
ECOG bei Entlassung	ECOG 0/ ECOG 1/ ECOG 2/ ECOG 3/ ECOG 4
Therapiebezogene Daten	
Schmerzmedikation	ja/ nein
Art der Schmerzmedikation	WHO-Stufe I, WHO-Stufe II, WHO-Stufe III
Art der Medikamente WHO-Stufe III	Angabe des Schmerzmedikaments WHO-Stufe III
Beginn der Behandlung mit dem eingesetzten Medikament der WHO-Stufe III	Angabe des Behandlungstages
<i>Sonstige medikamentöse Therapieformen</i>	
Parenterale Ernährung	ja/ nein
Subcutane Medikamente	ja/ nein
intravenöse Medikamente	ja/ nein
epidurale/intrathekale Medikamente	ja/ nein
Antibiotika	ja/ nein

<i>Therapeutische Maßnahmen</i>	
Psychotherapie	ja/ nein
Entspannungstherapie	ja/ nein
Kunsttherapie	ja/ nein
Physiotherapie	ja/ nein
Logopädie	ja/ nein
Sonstiges	
Inanspruchnahme des Sozialdienstes	ja/ nein
Reanimation gewünscht?	ja/ nein
Todeszeitpunkt	Uhrzeit des Todeszeitpunktes
Anwesenheit von Angehörigen zum Todeszeitpunkt	ja/ nein
Verweildauer	Angabe der Behandlungstage
Wiederaufnahme	Anzahl der wiederholten Aufenthalte pro Patient

Durch die Inhaltsanalyse konnte ein passendes Erhebungsinstrument (siehe Anlage 6) entwickelt werden. Als Vorlage dafür diente außerdem der Basisbogen der HOPE von 2015 (siehe Anlage 4) sowie ein Erhebungsdokument des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein für die Entlassung der Palliativpatienten (siehe Anlage 5). Auf dem Erhebungsinstrument wurden für alle möglichen Messergebnisse Codierungen vorgenommen. Jeder möglichen Antwort wurde genau ein spezieller Wert zugeordnet.

Durchführung der Erhebung

Die zur Datenanalyse notwendige Statistiksoftware SPSS war nicht auf dem verwendeten PC vorhanden. Deshalb musste mit Hilfe des Erhebungsinstruments vorerst eine Datenbank mit Excel eingerichtet und alle erhobenen Daten in kodierter Form aus den Patientenakten dokumentiert werden. Da nicht bei allen Untersuchungskriterien eine Vorkodierung möglich war, wurde diese zunächst in Schriftform aufgenommen und im Anschluss in eine kodierte Form gebracht. Die Datenerhebung fand zwischen April und Juli dieses Jahres statt. Mit Hilfe des Sekretariats der Schmerz- und Palliativklinik wurden die Akten aus dem Archiv angefordert. In unregelmäßigen Abständen konnten jeweils ca. 30 Patientenakten pro Tag analysiert werden. Die Ausprägung der Variable 'Reanimation gewünscht' wurde nicht anhand der Patientenverfügungen ermittelt, sondern dem PBA entnommen. So konnte für fast alle Patienten ein Wert ermittelt werden. Ansonsten hätte das Durchlesen aller Patientenverfügungen einen enormen Zeitaufwand bedeutet.

Beschreibung der Untersuchungspopulation

Die Grundgesamtheit der Untersuchung bestand aus allen aufgenommenen Patienten der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein aus dem Jahr 2015, d.h. zwischen dem 01.01.2015 und 31.12.2015. Patienten, die schon Ende 2014 aufgenom-

men und erst 2015 entlassen sowie Patienten, die Ende 2015 aufgenommen aber erst 2016 entlassen wurden ($n = 5$), wurden aus der Erhebung ausgeschlossen. Außerdem fielen alle Wiederaufnahmefälle ($n = 21$) heraus, da diese Personen bereits bei Erstaufnahme dokumentiert wurden. Somit ergab sich eine Grundgesamtheit von 278 Patienten.

Datenaufbereitung

Nach der Datenerhebung folgte die Datenaufbereitung. Ziel der Datenaufbereitung war es, die quantitativen Daten auf Vollständigkeit und Einheitlichkeit zu prüfen, doppelte Werte auszuschließen, fehlende Werte sachgerecht aufzuarbeiten, Ausreißerwerte zu erkennen und zu behandeln sowie die Plausibilität der Antwortmuster zu prüfen (Schendera 2007). Dafür wurde der vorhandene Excel-Datensatz in SPSS 20 eingefügt und die Bedeutung der Variablen sowie die vergebenen numerischen Werte festgehalten. Bestimmte Merkmale bei denen noch keine Kodierung vorlag, wie Wohnorte der Palliativpatienten, die Entlassungsprobleme sowie Arten der Physiotherapie, mussten noch numerisch umcodiert werden. Da es bei den Variablen Aufnahmegrund, komplexes Symptomm Geschehen und Entlassungsprobleme zu Mehrfachantworten kam, mussten für diese ebenfalls neue Variablen mit neuer Codierung festgelegt werden. Des Weiteren wurde noch einmal geschaut, ob alle Daten anonymisiert vorlagen, so dass keine Identifizierung der Patienten möglich war. Dopplungen und Tippfehler wurden ebenfalls entfernt. Bei einigen Variablen wie Alter, Verweildauer, Diagnosen und Sterbezeitpunkt wurden für übersichtlichere Darstellungen Skalentransformationen durchgeführt und in neue gruppierte Variablen umcodiert. Am Ende bestand der Datensatz aus 70 Variablen.

Datenanalyse

Mit Hilfe von SPSS fand eine quantitative Datenanalyse statt. Mittels absoluter und relativer Häufigkeitsverteilungen konnte eine mengenmäßige Verteilung der gesamten personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten dargestellt werden.

Für die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen wurden zwei klassische Signifikanztests verwendet. Bei nicht-metrischen Variablen kam der Chi-Quadrat-Test durch Unterstützung von SPSS zur Anwendung. Als übliches Signifikanzniveau (α) im sozialwissenschaftlichen Forschungsbereich wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festgelegt (Bortz & Döring 2016, S. 665). War der ermittelte p-Wert $\leq \alpha$, wurde die Alternativhypothese angenommen und die Nullhypothese verworfen. Bei $p > \alpha$ wurde die Nullhypothese beibehalten. Die Signifikanz wurde folgendermaßen abgestuft (Bühl 2016, S. 177):

$p > 0,05$	nicht signifikant
$p \leq 0,05$	signifikant
$p \leq 0,01$	sehr signifikant
$p \leq 0,001$	höchst signifikant

Um den Zusammenhang von zwei intervallskalierten Variablen zu überprüfen, wurde als erstes getestet, ob eine Normalverteilung der Daten vorlag. Da die Stichprobe $N > 30$ war, erfolgte die Überprüfung der Normalverteilung mittels SPSS anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Dieser ergab keine Normalverteilung, so dass die Signifikanz den Spearman's-Rho-Test durchlief. Die Korrelation wurde folgendermaßen gedeutet (Bühl 2016, S. 426):

$r \leq 0,2$	sehr geringe Korrelation
$0,2 < r \leq 0,5$	geringe Korrelation
$0,5 < r \leq 0,7$	mittlere Korrelation
$0,7 < r \leq 0,9$	hohe Korrelation
$r \geq 0,9$	sehr hohe Korrelation

Alle relativen Häufigkeiten wurden auf eine Dezimalstelle gerundet, um alle Ergebnisse übersichtlich darstellen zu können.

5. Ergebnisse

5.1 Personenbezogene Daten

Geschlecht

Von den 278 Patienten waren 47,1 % der Patienten weiblich und 52,9 % männlich (Abbildung 4).

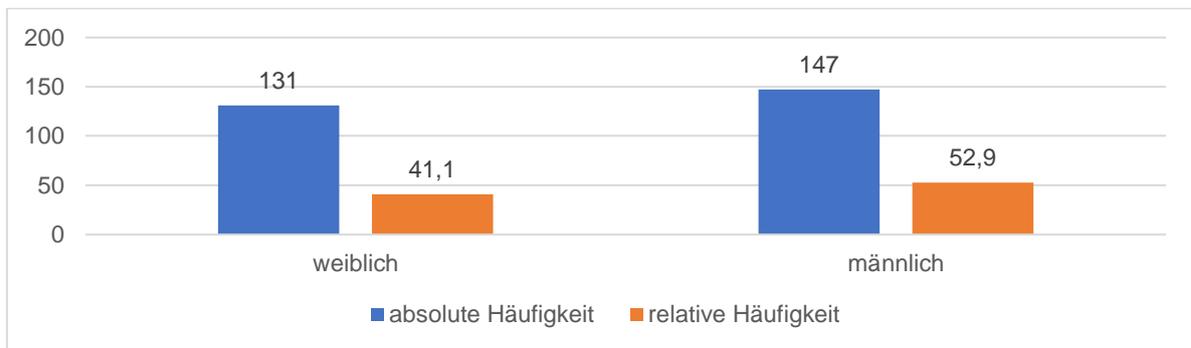


Abbildung 4: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des Geschlechtes der Palliativpatienten (N = 278)

Alter

Die Patienten waren zwischen 27 und 95 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 70,7 Jahre \pm 15,5 Jahre. Der Median lag bei 73 Jahren. Die meisten Patienten (14) waren 77 Jahre, jeweils 12 Patienten 64, 75 und 86 Jahre alt. Bei Bildung von Altersgruppen (Tabelle 3) zeigte sich, dass der größte Teil der Patienten (52; 18,7%) zwischen 71 und 75 Jahre alt waren. Die Altersgruppe älter gleich 91 Jahre war mit sechs Patienten (2,2 %) am geringsten vertreten.

Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen der Palliativpatienten (N = 278)

Altersgruppe	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
jünger gleich 50 Jahre	14	5,0
51 – 55 Jahre	24	8,6
56 – 60 Jahre	22	7,9
61 – 65 Jahre	37	13,3
66 – 70 Jahre	18	6,5
71 – 75 Jahre	52	18,7
76 – 80 Jahre	48	17,3
81 – 85 Jahre	32	11,5
86 – 90 Jahre	25	9,0
älter gleich 91 Jahre	6	2,2
Gesamt	278	100,0

Familienstand

Von 266 dokumentierten Patienten waren über die Hälfte (60,5 %) verheiratet, 17,3 % der Patienten verwitwet, 12,4 % ledig, 6,8 % lebten in einer Partnerschaft und 3 % geschieden (Abbildung 5).

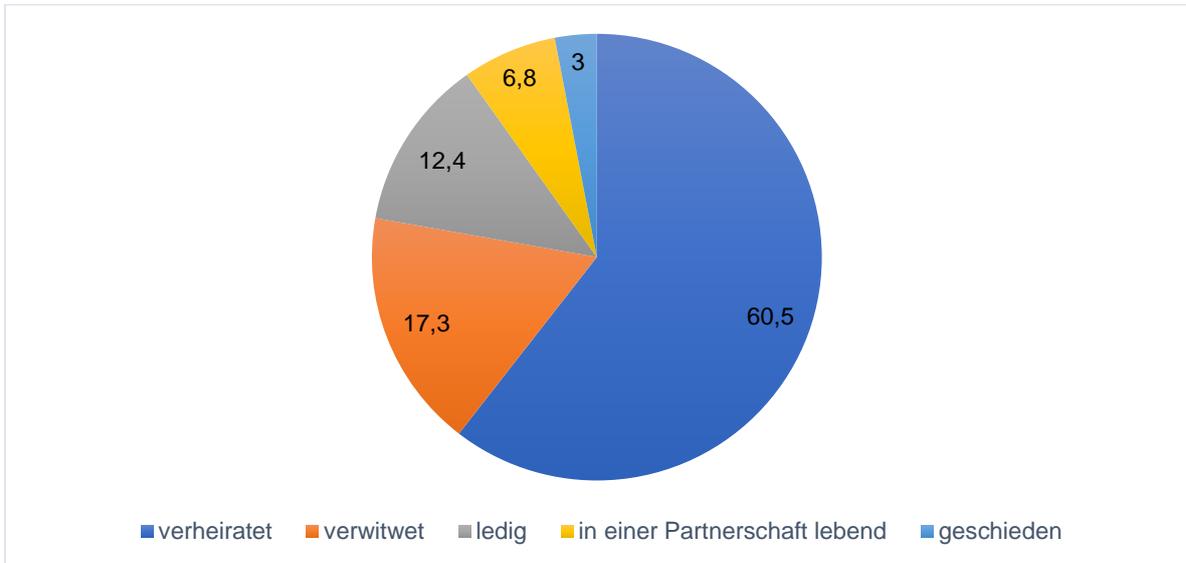


Abbildung 5: Relative Häufigkeitsverteilung des Familienstandes der Palliativpatienten (n = 266)

Wohnort

250 (94,3 %) von 265 dokumentierten Patienten wohnten in einer eigenen Wohnung bzw. Haus. Sieben Patienten (2,6 %) kamen aus einem Pflegeheim und fünf (1,9 %) wohnten im Betreuten Wohnen. Im Hospiz, in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung und in einer Asylunterkunft waren jeweils nur ein Patient (0,4 %) vor der Aufnahme untergebracht.

Wohnort

Der Großteil der Patienten kam aus einem Umkreis von ca. 50 km. Dabei waren unter anderem Städte aus dem Landkreis Zwickau, dem Erzgebirgskreis, dem Landkreis Mittelsachsen sowie dem Landkreis Leipzig vertreten. Die meisten Patienten (135) wohnten jedoch in der kreisfreien Stadt Chemnitz (siehe Anlage 7). Danach folgten die Städte Limbach-Oberfrohna mit 18 und Hohenstein-Ernstthal mit 15 Patienten. Jeweils ein Patient kam aus Dresden, Nittenau (Landkreis Schwandorf in der Oberpfalz) sowie aus Eckartsberga (Burgenlandkreis in Sachsen-Anhalt).

Angehörige oder Freunde vorhanden?

Bei 269 Patienten konnten Angaben gemacht werden, ob Angehörige vorhanden sind, dies war bei 262 Patienten (97,4 %) der Fall (Abbildung 6). Zwei Patienten (0,7 %) hatten keinen Kontakt zu ihren Angehörigen, dafür unterstützten sie aber Freunde während ihrer Erkrankung. Bei einem Patienten (0,4 %) gab zwar Angehörige, diese lebten aber nicht in Deutschland. Des Weiteren wurde ein Patient (0,4 %) von einem Berufsbetreuer vertreten. Weder Angehörige noch Freunde hatten drei Patienten (1,1 %).

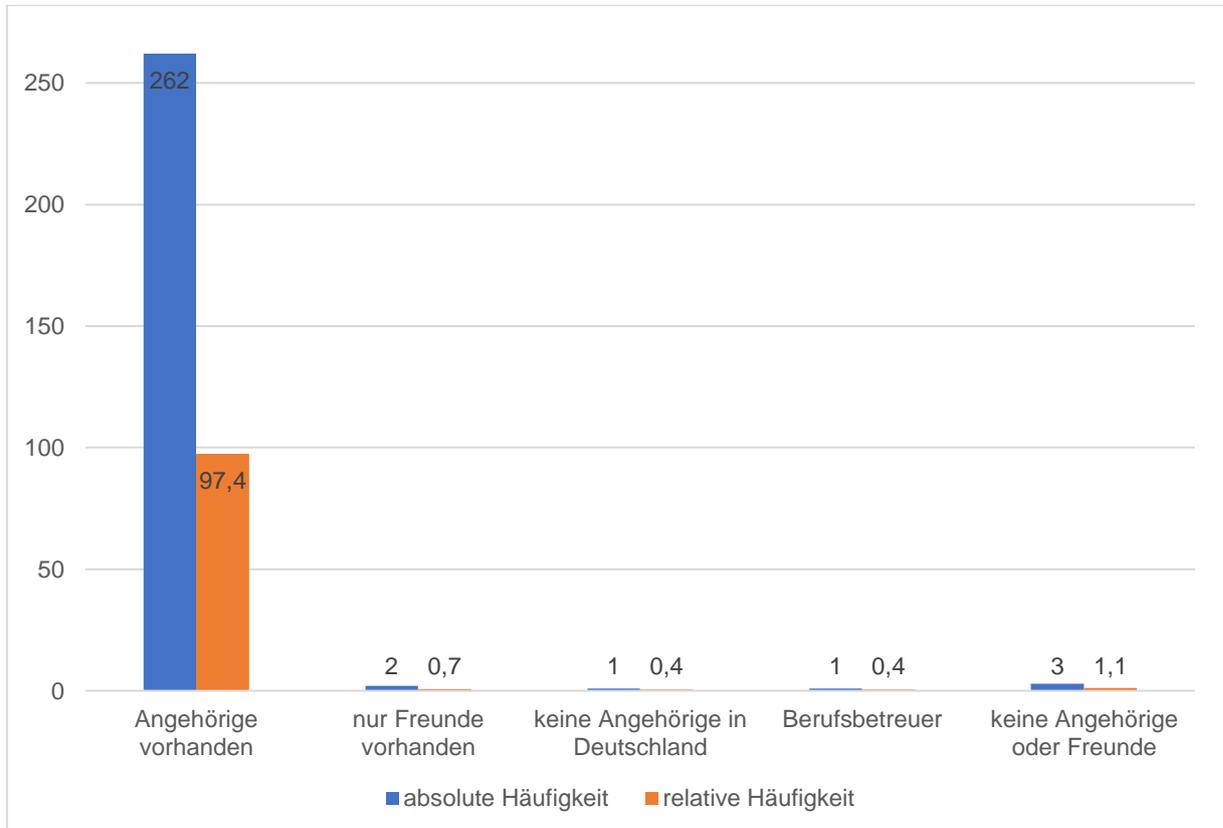


Abbildung 6: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Variable 'Angehörige/Freunde vorhanden' (n = 265)

Pflegestufe

Eine Angabe zur Pflegestufe war bei 250 Patienten möglich. Über die Hälfte der Patienten (54,0 %) besaßen keine Pflegestufe bei Aufnahme. Die Pflegestufe 1 besaßen 18,0 %, Pflegestufe 2 18,2 % sowie 4,0 % der Patienten die Pflegestufe 3. Bei 14 Patienten (5,6 %) kam es während des stationären Aufenthalts zu einer Veränderung der Pflegestufe.

Patientenverfügung

Ausführungen zur Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht lagen bei 264 Patienten vor. Mit 89,0 % konnte diese Frage mit ja beantwortet werden.

5.2 Krankheitsbezogene Daten

5.2.1 Aufnahme der Patienten

Einweisungsart

Über die Hälfte der Patienten (56,5 %) kam aufgrund einer Verlegung auf die Palliativstation. Fast ein Viertel (22,5 %) wurde von ihrem Hausarzt eingewiesen, 11,6 % der Patienten mussten als Notfall eingeliefert werden und 8,7 % von einem Facharzt. Aber nur 0,7 % wiesen sich selber ein (Abbildung 7).

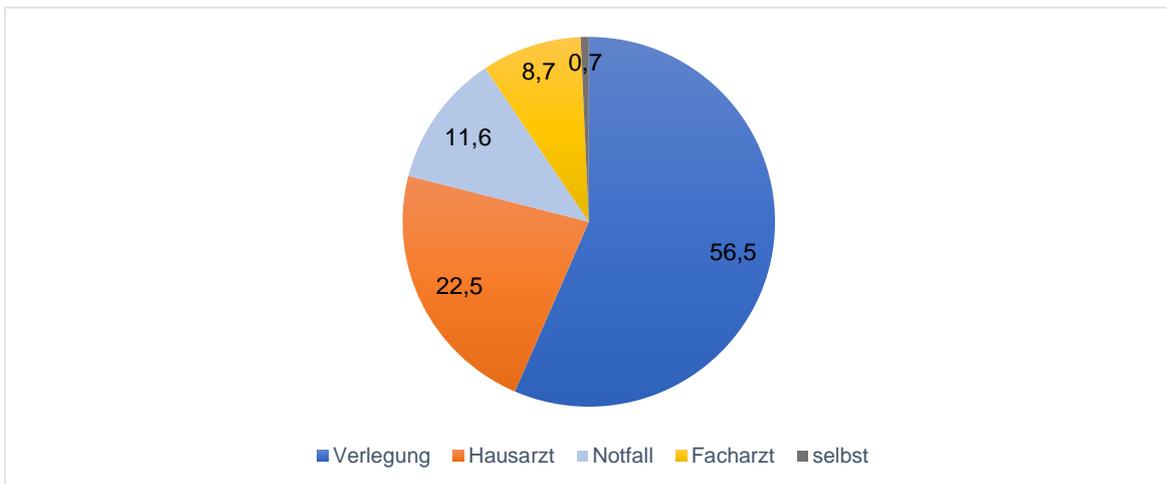


Abbildung 7: Relative Häufigkeitsverteilung der Einweisungsarten der Palliativpatienten (n = 276)

ECOG bei Aufnahme

Von 271 Personen konnte ein ECOG-Status bei der Aufnahme erhoben werden (Abbildung 8). Fast die Hälfte der Patienten (43,2 %) hatte einen Funktionsstatus von 4, über ein Viertel der Patienten (26,9 %) den ECOG-Status 3. Bei 7,7 % wurde der ECOG zwischen 3 und 4 eingestuft sowie bei 12,9 % ein ECOG-Status von 2. 5,5 % erhielten zwischen 2 und 3. 2,2 % der Patienten hatten einen ECOG-Status von 1. In einen Funktionsstatus zwischen 1 und 2 wurden 1,5 % bei Aufnahme eingestuft.

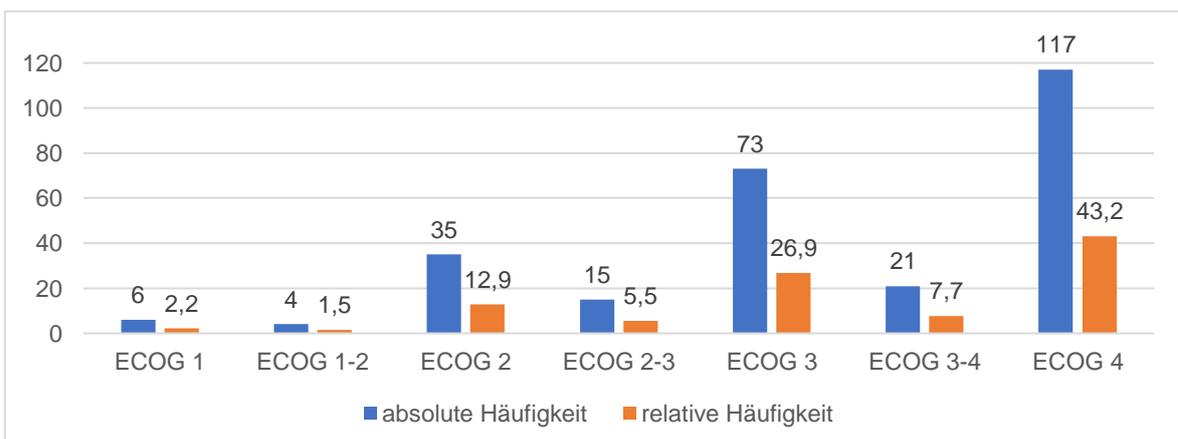


Abbildung 8: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des ECOG-Status bei Aufnahme (n = 271)

Aufnahmegrund

Der Aufnahmegrund der stationären Behandlung bestand bei den meisten Patienten aus mehreren Komponenten (Abbildung 9). 258 (92,8 %) der 278 Patienten mussten aufgrund einer Symptombelastung auf die Palliativstation aufgenommen werden. Fast die Hälfte der Patienten (46,4 %) hatte eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes (AZ). 36 Patienten (12,9 %) wurden auf Station aufgenommen, weil eine Therapiebehandlung der Grunderkrankung wegen AZ-Verschlechterung nicht mehr möglich war. Bei 29 Patienten (10,4 %) war eine Aufnahme wegen Dekompensation der häuslichen Versorgung notwendig. Nur sieben Patienten (2,5 %) waren bezüglich einer Sterbebegleitung auf der Palliativstation. Wegen der Anlage eines Spinalkatheters kam ein Patient (0,4 %).

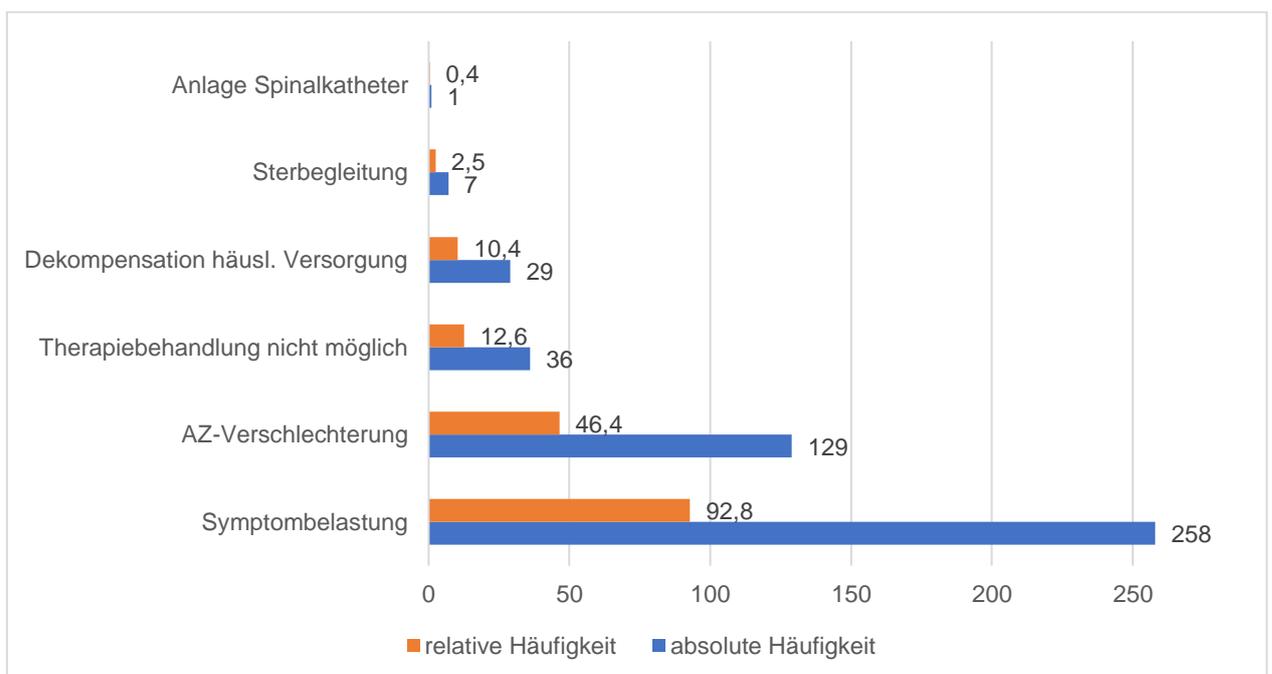


Abbildung 9: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Aufnahmegründe, Mehrfachnennung möglich

Komplexes Symptomgeschehen bei Aufnahme

Die Angabe des komplexen Symptomgeschehens bei Aufnahme umfasste Mehrfachnennungen (Abbildung 10). Rund zwei Drittel der Patienten (66,2 %) litten bei Aufnahme über Schmerzen. Über die Hälfte (59,4 %) äußerte Symptome neurologischer/psychiatrischer oder psychischer Art. Über ein Drittel (37,1 %) wiesen respiratorische Symptome auf, gastrointestinale Probleme äußerten 27,7 % der Patienten. Lediglich 7,2 % litten unter urogenitalen Symptomen sowie 1,4 % an (ex)ulzerierenden Wunden oder Tumoren. Fast die Hälfte der Patienten (46,0 %) hatten sonstige Symptome.

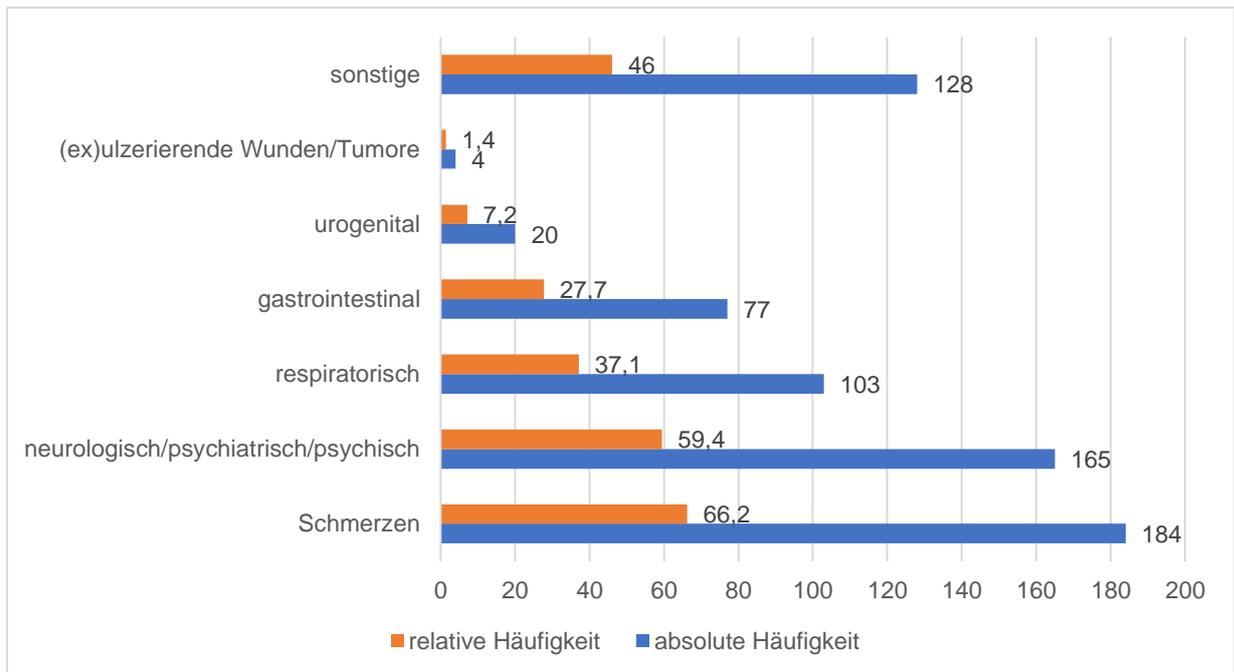


Abbildung 10: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des komplexen Symptomgeschehens der Palliativpatienten bei Aufnahme, Mehrfachnennung möglich

Hauptdiagnosen

Insgesamt hatten 86,2 % eine Tumorerkrankung als Hauptdiagnose. Am häufigsten (15,8 %) betroffen war bei den Tumorerkrankungen das Bronchialkarzinom, gefolgt vom Mamma-Karzinom mit 12,9 % und dem Prostatakarzinom mit 9,2 %. Nur jeweils ein Patient (0,4 %) litt an einem Hoden- oder Lippenkarzinom. Teilt man die einzelnen Karzinomarten ihrer entsprechenden Organgruppe (nach ICD-10-GM-2017 Code) zu, ergab sich folgende Verteilung (Abbildung 11). Dabei wurde deutlich, dass bösartige Neubildungen bei den Verdauungsorganen insgesamt am häufigsten (25,0 %) betroffen sind. Am zweithäufigsten traten bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (16,7 %) auf.

Bei den nichttumorbedingten Erkrankungen (n = 38) litten die meisten Patienten (23,7 %) an Herzinsuffizienz, gefolgt mit jeweils vier Patienten (10,5 %) an COPD Stadium IV sowie einer Sepsis. Bei Unterteilung der einzelnen Erkrankungen nach Gruppen des ICD-10-GM-2017 Codes (Abbildung 12) waren die häufigsten Patienten (39,5 %) von kardiologischen Erkrankungen betroffen. 15,7 % litten an pulmonologischen Erkrankungen.

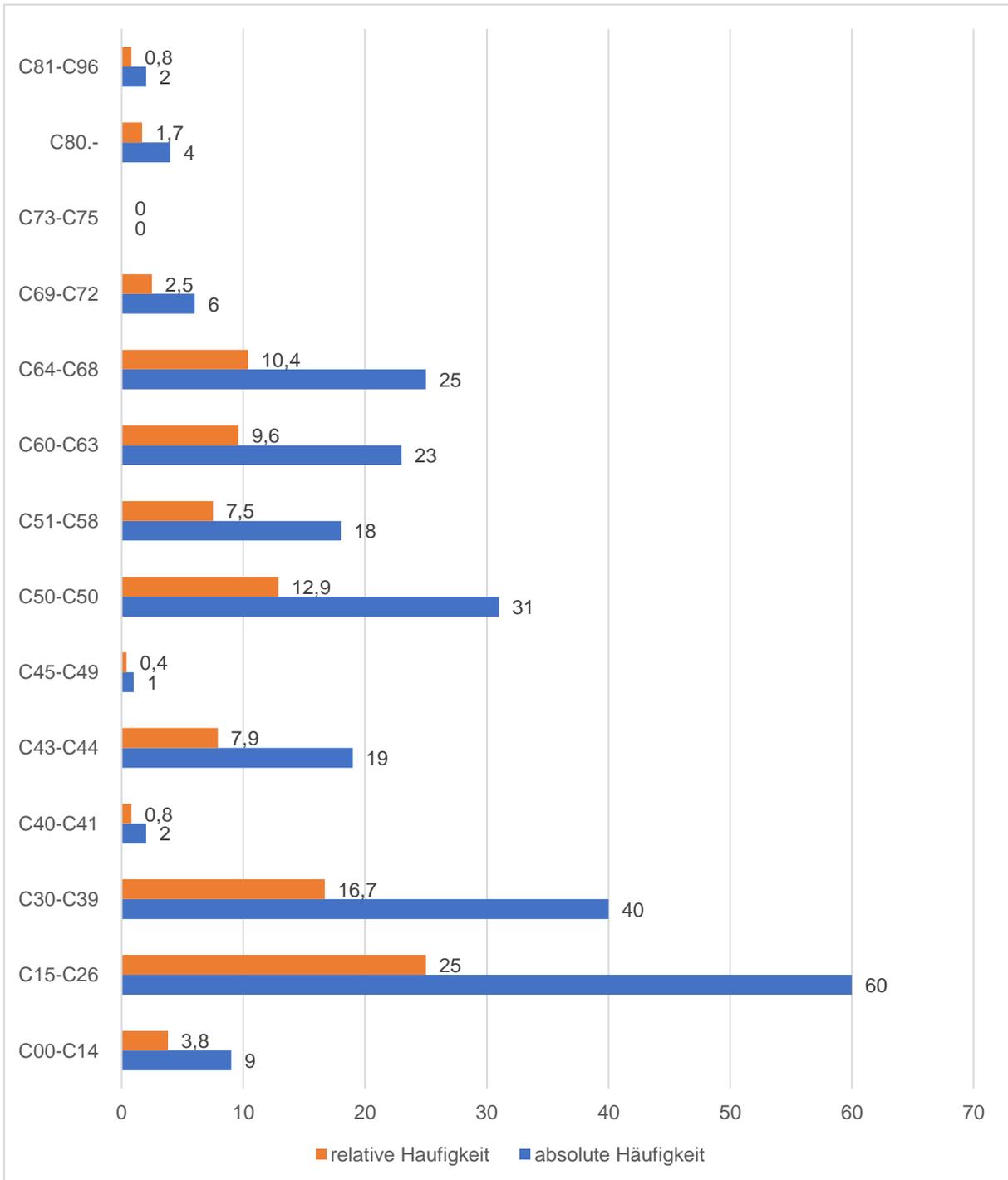


Abbildung 11: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen von Tumorerkrankungen nach ICD-10-GM-2017 Code (n = 240)

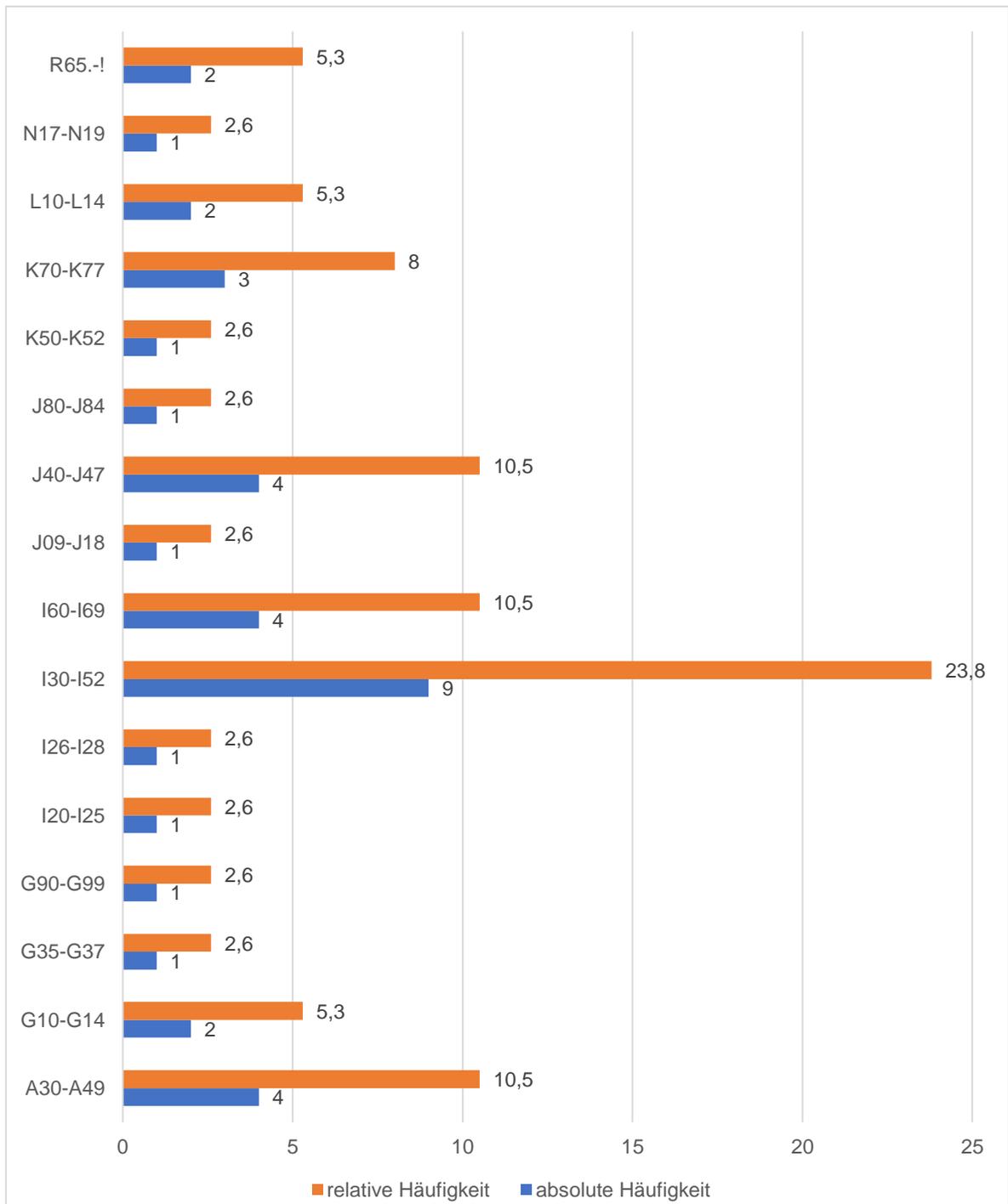


Abbildung 12: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der nichttumorbedingten Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM-2017 Code (n = 38)

Eine Beschreibung der ICD-10-GM-2017 Codes befindet sich im Anhang in Anlage 8.

5.2.2 Entlassung der Patienten

Entlassungsprobleme

Bei fast einem Viertel der 278 Patienten (22,7 %) traten Entlassungsprobleme auf (Abbildung 12). Wegen einer verlängerten Symptomkontrolle verzögerte sich bei 14,0 % der Patienten die Entlassung. 7,2 % der Patienten konnten aufgrund eines fehlenden Hospizplatzes nicht rechtzeitig entlassen werden. Sechs Patienten (2,2 %) verließen auf Bitten der Angehörigen später die Station und fünf Patienten (1,8 %) mussten auf einen Platz im Pflegeheim warten. Ein Patient entließ sich gegen den ärztlichen Rat selbst.

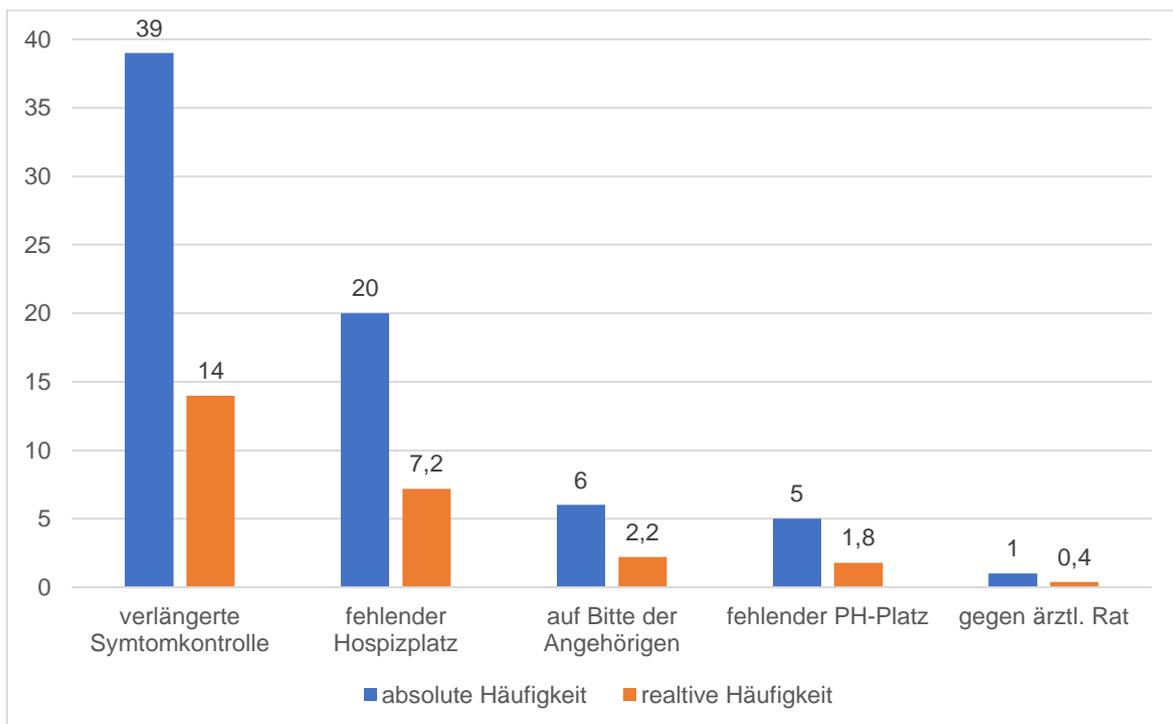


Abbildung 13: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Entlassungsprobleme der Palliativpatienten, Mehrfachnennung möglich

Entlassungsart

Fast die Hälfte der Patienten (48,6 %) verstarb während ihres Aufenthaltes auf Station. Rund ein Drittel der Patienten (32,4 %) konnte wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen werden. 11,2 % wurden in ein Hospiz verlegt sowie 4,0 % auf eine andere Station oder in ein anderes Krankenhaus. Fünf Patienten (1,8 %) kamen in eine stationäre Pflegeeinrichtung und drei Patienten (1,1 %) wurden in einer Kurzzeitpflege untergebracht. Jeweils ein Patient (0,4 %) ging nach seinem stationären Aufenthalt in eine Reha-Einrichtung, ins Betreute Wohnen oder in eine Asylunterkunft (Abbildung 14).

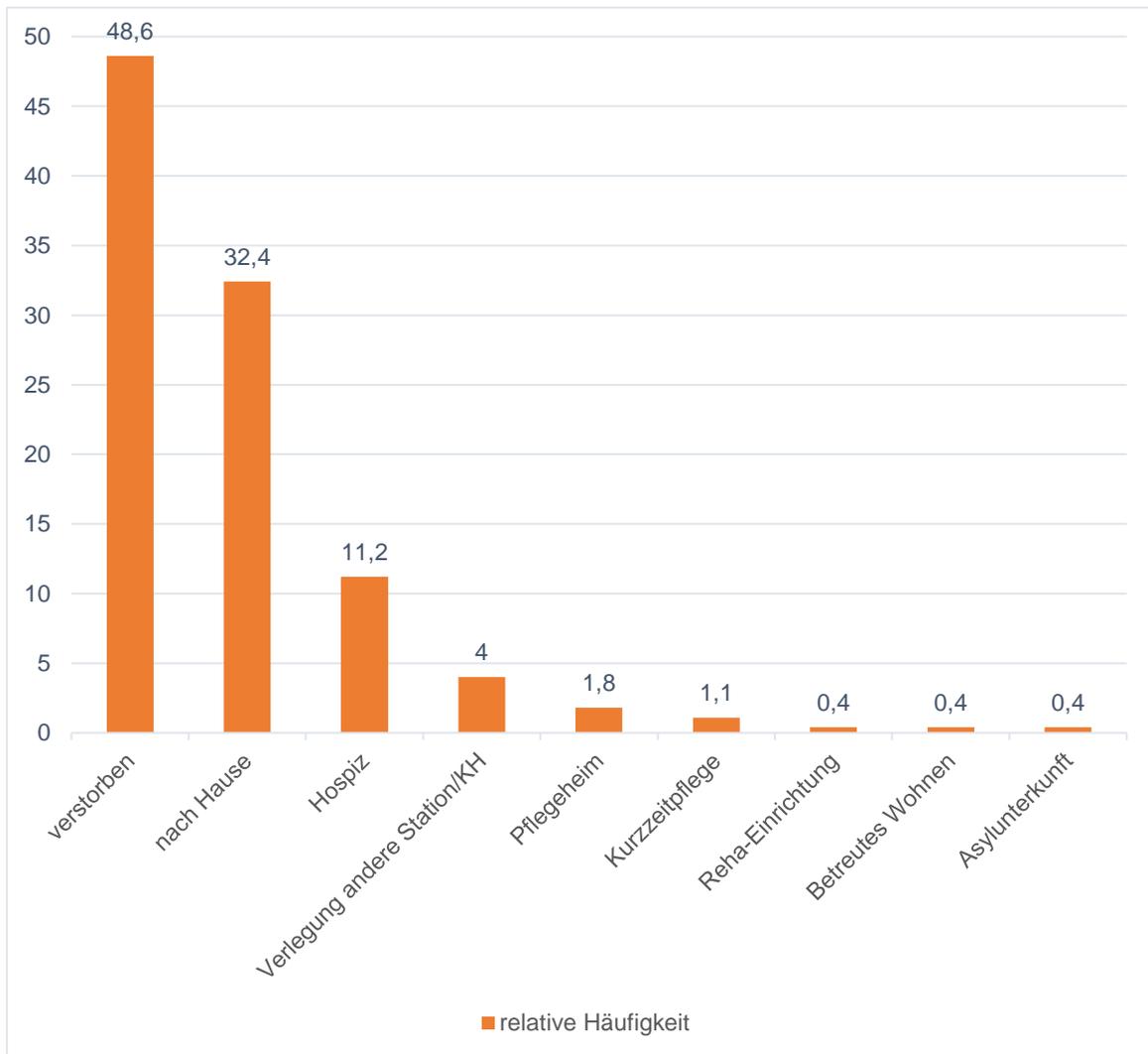


Abbildung 14: Relative Häufigkeitsverteilung der Entlassungsarten der Palliativpatienten (N = 278)

Bei fast einem Viertel der Patienten (22,3 %) wurde im Anschluss eine SAPV eingeleitet. Eine Betreuung durch einen ambulanten Hospizdienst nahmen 27,7 % nach dem Aufenthalt auf der Palliativstation in Anspruch. Bei 23 Patienten (8,4 %) fand eine Vermittlung zu einem ambulanten Pflegedienst statt.

ECOG bei Entlassung

Von 141 Personen konnte ein ECOG-Status bei Entlassung erhoben werden (Abbildung 15). Bei 137 Patienten war keine Einstufung mehr möglich, da diese während des Aufenthaltes auf der Palliativstation gestorben sind. Ca. ein Viertel der Patienten (25,5 %) konnte mit einem Funktionsstatus von 3 entlassen werden. Ebenfalls fast ein Viertel der Patienten (23,4 %) wurde mit einem ECOG-Status von 4 entlassen. Kurz dahinter folgten mit 19,9 % die Patienten mit einem ECOG-Status von 2. Mit jeweils 11,3 % wurden die Patienten mit einem Funktionsstatus zwischen 2 und 3 sowie zwischen 3 und 4 entlassen. Jeweils 4,3 % wurden bei Entlassung mit einem ECOG von 1 oder zwischen 1 und 2 eingestuft.

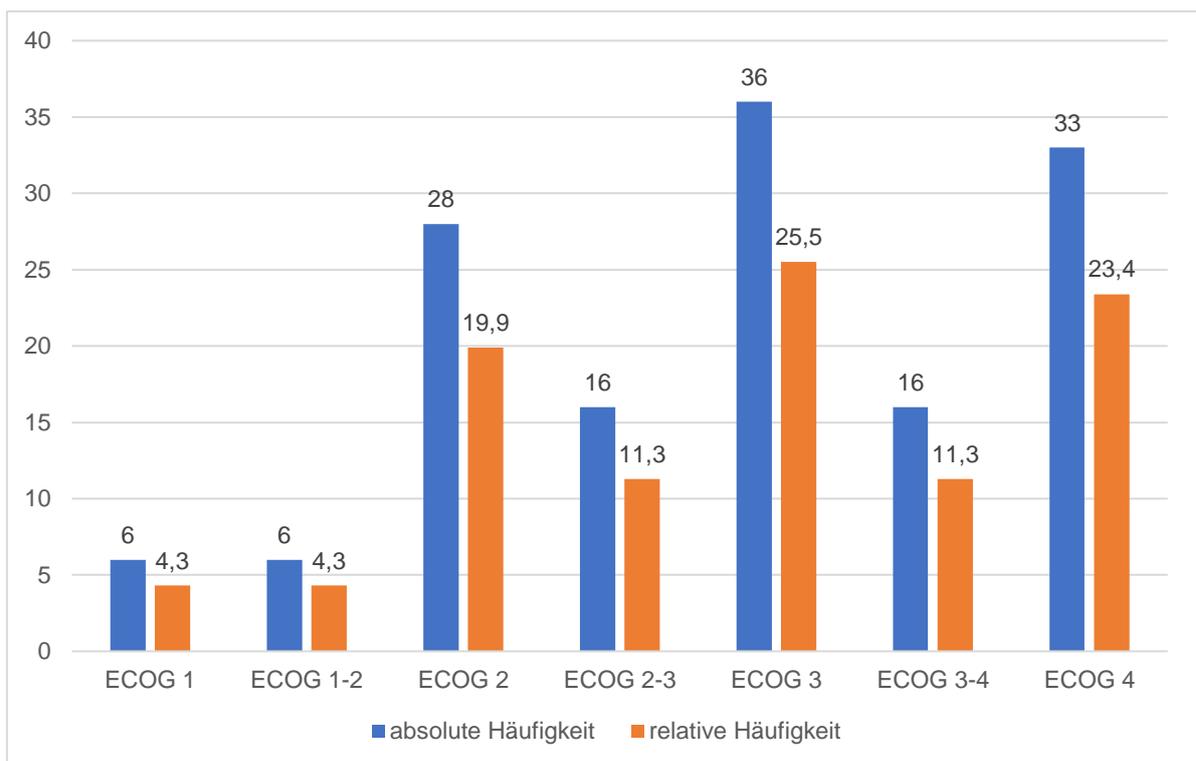


Abbildung 15: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des ECOG-Status bei Entlassung (n = 141)

5.3 Therapiebezogene Daten

5.3.1 Schmerzmedikation

Art der Schmerzmedikation

Über 90 % der Patienten aus 2015 nahmen während ihres Aufenthalts eine Schmerzmedikation (Abbildung 16) ein.

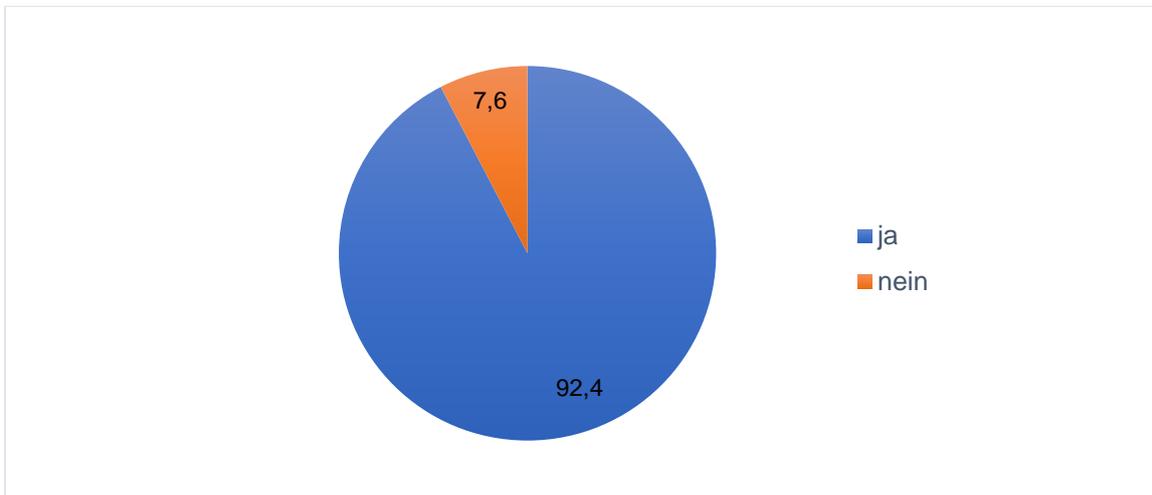


Abbildung 16: Relative Häufigkeitsverteilung der Erhalt von Schmerzmedikation (N = 278)

Alle Patienten (92,4 %), die Schmerzmedikamente verordnet bekamen, nahmen mindestens Medikamente der WHO-Stufe I ein, nur 7,9 % Medikamente der WHO-Stufe II. Jedoch bei über 80 % der Patienten wurde ein Medikament der WHO-Stufe III verabreicht (Abbildung 17).

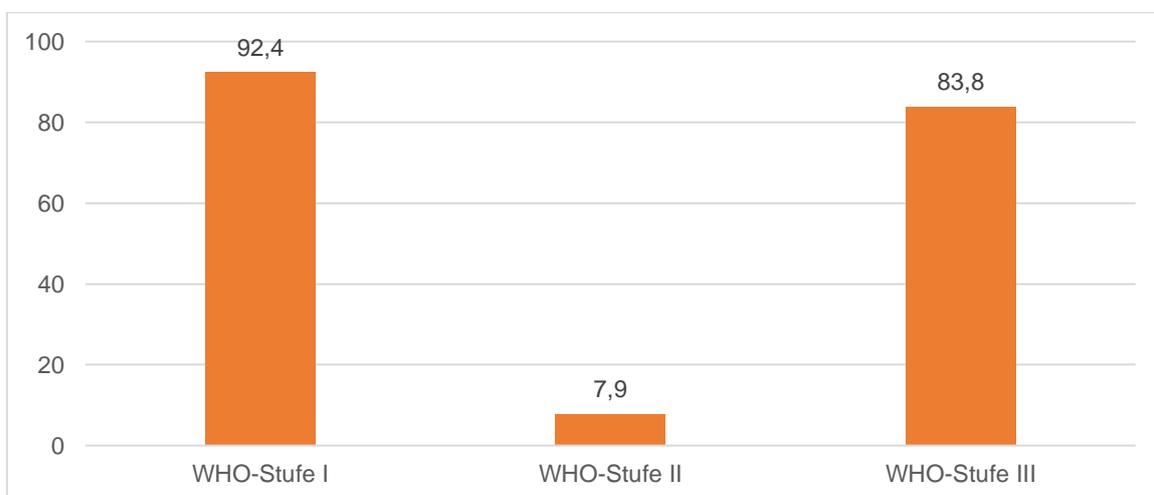


Abbildung 17: Relative Häufigkeitsverteilung der Einnahme an Schmerzmedikation laut WHO-Stufenschema, Mehrfachnennung möglich

Art der Medikamente WHO-Stufe III

Bei fast der Hälfte der Patienten (42,5 %) wurde ausschließlich Morphin verordnet (Tabelle 4). Danach folgt mit 15,0 % Fentanyl, mit 13,7 % Hydromorphon, mit 4,3 % Buprenorphin sowie Oxycodon mit 0,9 %. Oft kam es während der stationären Behandlung zu einer Rotation zwischen den verschiedenen Medikamenten der WHO-Stufe III. So wurde bei 7,7 % von Hydromorphon auf Morphin gewechselt, bei 6,4 % von Fentanyl zu Morphin, bei 4,7 % von Morphin zu Hydromorphon sowie bei jeweils 1,3 % fand ein Wechsel von Buprenorphin zu Morphin und von Fentanyl zu Hydromorphon statt. Von Oxycodon zu Morphin wurde bei 0,9 % gewechselt. Mit jeweils unter 1 % fanden Rotationen von Morphin zu Fentanyl, von Buprenorphin zu Hydromorphon sowie ein Dreifachwechsel von Fentanyl zu Hydromorphon zu Morphin statt.

Tabelle 4: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Arten der Medikamente der WHO-Stufe III (n = 233)

Medikament WHO-Stufe III	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
Morphin	99	42,5
Fentanyl	35	15,0
Hydromorphon	32	13,7
Buprenorphin	10	4,3
Oxycodon	2	0,9
von Hydromorphon zu Morphin	18	7,7
von Fentanyl zu Morphin	15	6,4
von Morphin zu Hydromorphon	11	4,7
von Buprenorphin zu Morphin	3	1,3
von Fentanyl zu Hydromorphon	3	1,3
von Oxycodon zu Morphin	2	0,9
von Morphin zu Fentanyl	1	0,4
von Buprenorphin zu Hydromorphon	1	0,4
von Fentanyl zu Hydromorphon zu Morphin	1	0,4
Gesamt	233	100

Beginn der Behandlung mit dem eingesetzten Medikament der WHO-Stufe III

Die meisten Patienten (85,8 %) erhielten ihr Medikament der WHO-Stufe III bereits ab dem ersten Behandlungstag auf der Palliativstation (Tabelle 5). Bei jeweils 2,6 % wurde es am zweiten oder vierten Tag verordnet. Fünf Patienten (2,1 %) erhielten das Medikament ab dem sechsten Behandlungstag. Ab dem siebten oder achten Tag wurde es bei jeweils 1,7 % der Patienten verordnet sowie bei 1,3 % ab dem fünften Tag. Mit jeweils

unter einem Prozent wurden die Medikamente der WHO-Stufe III am dritten, neunten, elften oder 14. Behandlungstag verabreicht.

Tabelle 5: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung des ersten Behandlungstages mit einem Medikament WHO-Stufe III (n = 233)

Beginn der Behandlung	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
1. Tag	200	85,8
2. Tag	6	2,6
3. Tag	2	0,9
4. Tag	6	2,6
5. Tag	3	1,3
6. Tag	5	2,1
7. Tag	4	1,7
8. Tag	4	1,7
9. Tag	1	0,4
11. Tag	1	0,4
14. Tag	1	0,4

5.3.2 Sonstige medikamentöse Therapieformen

Parenterale Ernährung

Über ein Drittel der Patienten (39,2 %) erhielten eine parenterale Ernährung auf der Palliativstation.

Subcutane, intravenöse und epidurale/intrathekale Medikamente

Bei 64,0 % mussten Medikamente subcutan verabreicht werden. Intravenöse Medikamente wurden bei 41,7 % der Patienten angeordnet. Nur bei einem Patienten (0,4 %) fand eine Therapie mittels epiduraler/intrathekaler Medikamente statt.

Antibiotika

20,5 % der Patienten nahmen während ihres stationären Aufenthalts Antibiotika zu sich.

5.3.3 Therapeutische Maßnahmen

Psychotherapie, Entspannungstherapie, Kunsttherapie

Bei 86,3 % fand eine Psychotherapie statt. Ein knappes Drittel der Patienten (29,6 %) bekamen eine Entspannungstherapie verordnet. Fast die Hälfte der Patienten (42,4 %) nahmen an einer Kunsttherapie teil.

Physiotherapie

Bei 276 Patienten wurde dokumentiert, ob eine Physiotherapie stattfand. In 87,9 % der Fälle konnte dies bejaht werden.

Logopädie

Bei nur sechs Patienten (2,2 %) war eine logopädische Behandlung notwendig.

5.4 Sonstiges

Inanspruchnahme des Sozialdienstes

Fast zwei Drittel (62,2 %) der 278 Patienten nahmen einen Sozialdienst während ihres stationären Aufenthalts in Anspruch.

Reanimation gewünscht?

Ein Großteil der Patienten (96,2 %) wünschte keine Reanimation.

Todeszeitpunkt

Der Todeszeitpunkt der verstorbenen Patienten (n = 135) war über Tag und Nacht relativ gleichmäßig verteilt (Abbildung 18), wobei zwischen 03:01 Uhr - 06:00 Uhr mit 16,3 % der Anteil am größten und zwischen 15:01 Uhr - 18:00 Uhr mit 8,9 % am geringsten war. Gleiche Sterbezeitpunkte wiesen zwei Patienten jeweils um 11:00 Uhr, 11:25 Uhr, 15:25 Uhr, 21:30 Uhr sowie um 21:45 Uhr auf. Sogar drei Patienten verstarben 17:40 Uhr.

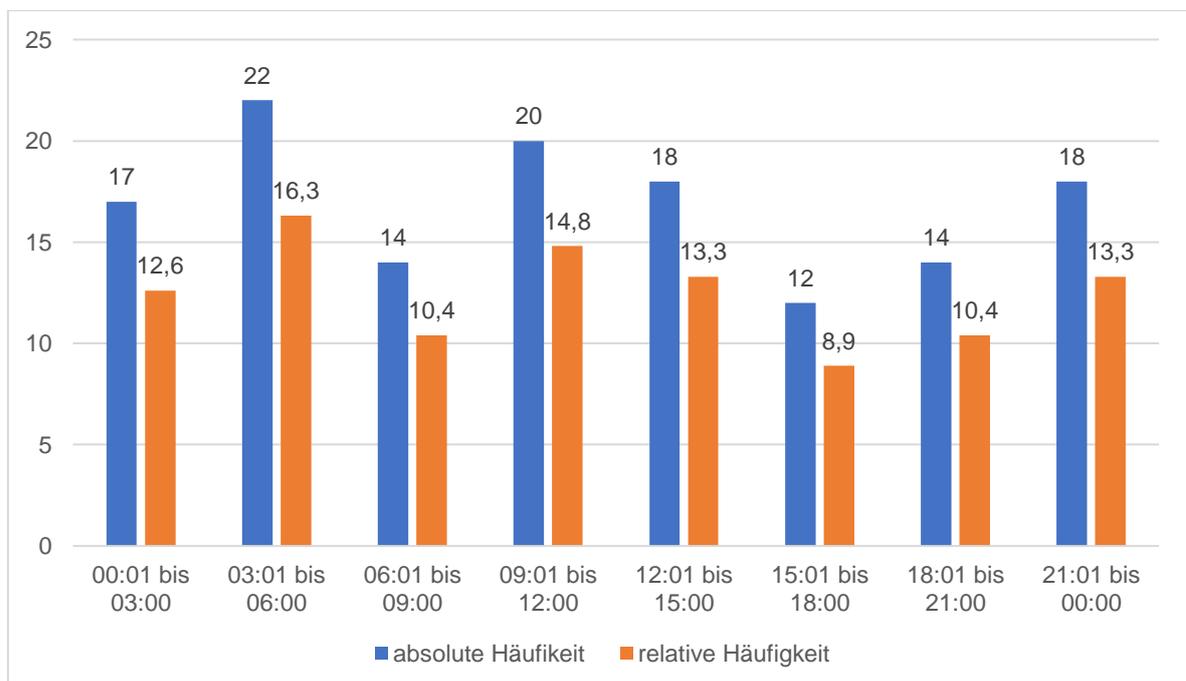


Abbildung 18: Todeszeitpunkt gruppiert (n = 135)

Anwesenheit von Angehörigen zum Todeszeitpunkt

Bei 17 (6,1 %) der 135 verstorbenen Palliativpatienten waren Angehörige zum Todeszeitpunkt anwesend.

Verweildauer

Die 278 Patienten verweilten zwischen weniger als einem Tag und 31 Tagen auf der Station (Tabelle 6). Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,0 Tagen.

Tabelle 6: Ergebnisse der Verweildauer gruppiert (N = 278)

Verweildauer gruppiert	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
weniger gleich 0 Tage	5	1,8
1 bis 5 Tage	67	24,1
6 bis 10 Tage	111	39,9
11 bis 15 Tage	67	24,1
länger gleich 16 Tage	28	10,1
Gesamt	278	100,0

Wiederaufnahme

135 der 278 dokumentierten Patienten verstarben beim Erstaufenthalt. Von den restlichen 143 Patienten wurden elf (7,7 %) ein zweites Mal aufgenommen, jeweils ein Patient (0,7 %) wurde drei- bzw. viermal aufgenommen. Fünf (3,5 %) Patienten wurden ebenfalls ein zweites Mal aufgenommen, verstarben aber während des Aufenthaltes.

5.5 Hypothesentests

1. Hypothese: Männer leiden häufiger an tumorbedingten Erkrankungen als Frauen.

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und der Hauptdiagnose 'Tumorerkrankung'.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und der Hauptdiagnose 'Tumorerkrankung'.

Tabelle 7: Relative Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnose Tumorerkrankung und dem Geschlecht (N = 278)

Hauptdiagnose Tumorerkrankung	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
ja	108	132	240
nein	23	15	38
Gesamt	131	147	278

Der Chi-Quadrat-Test ergab einen p-Wert von 0,075. Damit lag er über dem Signifikanzniveau von 0,05. Somit konnte die Nullhypothese beibehalten werden. Es bestand kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und der Hauptdiagnose 'Tumorerkrankung'.

2. Hypothese: Von der Hauptdiagnose 'Bronchialkarzinom' sind häufiger Männer als Frauen betroffen.

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und der Hauptdiagnose 'Bronchialkarzinom'.

H_1 : Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und der Hauptdiagnose 'Bronchialkarzinom'.

Tabelle 8: Absolute Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnose Bronchialkarzinom und dem Geschlecht (N = 278)

Hauptdiagnose Bronchialkarzinom	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
ja	9	29	38
nein	122	118	240
Gesamt	131	147	278

Der Chi-Quadrat-Test ergab einen p-Wert von 0,002. Damit lag er unter dem Signifikanzniveau von 0,05. Somit wurde die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Es bestand ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und zwischen dem Geschlecht und der Hauptdiagnose 'Bronchialkarzinom'.

3. Hypothese: Verheiratete Patienten bzw. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, werden häufiger zurück ins häusliche Umfeld entlassen als Alleinstehende.

- H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Familienstand 'verheiratet' oder 'in einer Partnerschaft lebend' und der Entlassungsart 'ins häusliche Umfeld zurück'.
- H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand 'verheiratet' oder 'in einer Partnerschaft lebend' und der Entlassungsart 'ins häusliche Umfeld zurück'.

Tabelle 9: Absolute Häufigkeitsverteilung der Entlassungsart und dem Familienstand (N = 278)

Entlassungsart	Familienstand		Gesamt
	verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend	ledig, verwitwet oder geschieden	
ins häusliche Umfeld	69	21	90
nicht ins häusliche Umfeld	110	78	188
Gesamt	179	99	278

Durch den Chi-Quadrat-Test konnte ein p-Wert von 0,003 ermittelt werden. Somit lag er unter dem Signifikanzniveau von 0,05. Die Nullhypothese wurde verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Es bestand ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen dem Familienstand 'verheiratet' oder 'in einer Partnerschaft lebend' und der Entlassungsart 'ins häusliche Umfeld zurück'.

4. Hypothese: Männer versterben häufiger als Frauen auf der Palliativstation.

- H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und dem Versterben auf der Palliativstation.
- H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und dem Versterben auf der Palliativstation.

Tabelle 10: Absolute Häufigkeitsverteilung der Verstorbenen und dem Geschlecht (N = 278)

Verstorben	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
ja	57	78	135
nein	74	69	143
Gesamt	131	147	278

Der Chi-Quadrat-Test zeigte einen p-Wert von 0,112. Damit lag er über dem Signifikanzniveau von 0,05. Somit konnte die Nullhypothese beibehalten werden. Es bestand kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Palliativpatienten und dem Versterben auf einer Palliativstation.

5. Hypothese: Desto älter die Palliativpatienten sind, umso länger verweilen sie auf der Station.

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Verweildauer der Palliativpatienten.

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Verweildauer der Palliativpatienten.

Da es sich bei beiden Variablen um intervallskalierte Daten handelte, musste zunächst getestet werden, ob eine Normalverteilung vorlag (Anlage 9). Der p-Wert lag jeweils unter 0,05. Damit lag keine Normalverteilung vor und es musste der Spearman-Rho-Test verwendet werden. Dieser zeigte eine sehr geringe Korrelation ($r = 0,005$). Deshalb wurde die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Es bestand ein sehr schwacher gleichläufiger Zusammenhang zwischen dem Alter und der Verweildauer der Palliativpatienten.

6. Diskussion

Ziel der Bachelorarbeit war es, typischen Merkmale der Patienten bezüglich ihrer demografischen und klinischen Aspekte auf Palliativstationen in Deutschland zu untersuchen.

6.1 Methodenkritik

Im Vorfeld der Untersuchung musste zunächst ein Krankenhaus mit Palliativstation gefunden werden, welches an einer Teilnahme interessiert war. Allein die Phase der Krankenhaussuche nahm jede Menge Zeit in Anspruch, da es von vielen Krankenhäusern keine Rückantwort gab. Erst nach mehrmaligen E-Mails und telefonischen Versuchen im DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein konnte ein erstes persönliches Treffen zur Vorstellung der Studie mit der leitenden Oberärztin sowie letztlich in Absprache mit der Geschäftsführung eine verbindliche Zusage erreicht werden. Viel Zeit ging bei der Datenerhebung erneut verloren. Da für diese, die Patientenakten benötigt wurden, war man auf die Mitarbeiter des Archivs als auch auf die Sekretärin der Schmerz- und Palliativklinik angewiesen, welche die Patientenliste erstellte. Leider wurden ab April 2017 Patientenakten ausgelagert, so dass die Mitarbeiter des Archivs damit beschäftigt waren und wenig Zeit hatten, die benötigten Akten herauszusuchen. Somit zog sich die Datenerhebung bis Anfang Juli hin. Außerdem musste bei der Datenerhebung festgestellt werden, dass einige Daten, wie die Angabe der Medikamente oder der Pflegestufe, innerhalb der Patientenakte unterschiedlich dokumentiert wurden. Auf den Epikrisen standen teilweise andere Daten als auf den Wochenkurven. Ein weiterer Nachteil bestand darin, dass in der Regel alle Akten von verstorbenen Patienten sofort ausgelagert werden. Da eine Anforderung der Patientenakten zu teuer geworden wäre, musste die Datenerhebung der Verstorbenen lediglich anhand der Epikrisen erfolgen, da diese im PC der Klinik noch einsehbar waren. Je nach Patient und Aufenthaltsdauer waren in den Epikrisen mehr oder weniger alle erforderlichen Daten enthalten. Aus diesem Grund traten bei einigen Merkmalen wie Familienstand, Wohnort, Pflegestufe oder Patientenverfügung häufig fehlende Werte auf, welche zur Verfälschung einiger Ergebnisse führten.

Einschränkungen der Ergebnisse dieser Bachelorarbeit lagen außerdem hinsichtlich der mangelnden Repräsentativität vor. Die vorliegende Studie ist zwar eine Vollerhebung aller Palliativpatienten des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein für das Behandlungsjahr 2015, jedoch keine Vollerhebung der gesamten stationären Palliativpatienten Deutschlands. Ob die vorhandene Stichprobe ein exaktes Miniaturbild der Gesamtpopulation darstellt, kann nicht genau gesagt werden (Bortz & Döring 2016, S. 298). Dafür wären

Kennzahlen aller Patienten von Palliativstationen Deutschlands notwendig gewesen. Somit konnte die Untersuchung nicht auf alle Palliativpatienten generalisiert werden.

Des Weiteren erschwerte sich die Ermittlung der Hauptdiagnosen, da keine Unterteilung zwischen Haupt- und Nebendiagnose auf den Epikrisen gegeben war. Viele Patienten litten aufgrund ihrer Karzinomerkrankung inzwischen an mehreren Karzinomen und Metastasierungen. Um die Darstellung der Ergebnisse übersichtlicher zu gestalten, wurde lediglich die Tumorerkrankung notiert, welche als erstes diagnostiziert wurde. Noch komplizierter die Hauptdiagnose festzustellen, war es bei den Patienten ohne Karzinomerkrankung. Z.B. litt fast jeder Patient als Nebendiagnose an kardiovaskulären Erkrankungen. Da musste die Diagnose im Zusammenhang mit der gestellten Anamnese ermittelt werden. Eine genaue Aufschlüsselung der Diagnosen der Palliativpatienten bedarf einer weiteren Untersuchung.

Laut der leitenden Oberärztin der Palliativstation findet das typische WHO-Stufenschema bei den Patienten zur Schmerztherapie gar keine Anwendung mehr. Dieses dient lediglich zur Orientierung. Da inzwischen auch Opioide der Stufe III in so geringen Dosierungen vorhanden sind, lassen sich diese eigentlich auch der Stufe II zuordnen. Für die Bachelorarbeit wurden die Schmerzmittel analog unterteilt, um eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen. Eigentlich wäre eine Dokumentation der Dosis noch notwendig gewesen, um eine exaktere Unterscheidung in WHO-Stufe II und III zu ermöglichen. Außerdem wurde auf die Datenerhebung der Koanalgetika bewusst verzichtet, da in der Regel jeder Patient auch Koanalgetika einnimmt. Um die Medikation der Palliativpatienten genauer zu untersuchen, bedarf es auch hier einer weiteren Arbeit. Für eine grobe Übersicht der Schmerzmedikation der Patienten reichte diese Dokumentation aus.

Mit zusätzlichem Zeitaufwand war die Übertragung der Excel-Datenbank in eine SPSS-Datenbank notwendig. Es wäre von Vorteil gewesen, die gesamte Datenerhebung gleich bei SPSS einzugeben. Diese kostenpflichtige Software war jedoch nicht auf dem PC vorhanden, welcher zur Datenerhebung genutzt werden musste.

Im gesamten Ergebnisteil ist es möglich, dass die Addition der relativen Häufigkeiten nicht immer genau 100 % ergaben. Da nur auf eine Dezimalstelle gerundet wurde, sind Rundungsfehler möglich.

Ebenfalls schwierig gestaltete sich die Suche nach geeigneten vergleichbaren Studien. Patientencharakteristika hinsichtlich Patienten von Palliativstationen sind bisher kaum vorhanden. Deshalb musste vor allem auf Untersuchungen von Palliativpatienten mit SAPV zurückgegriffen werden. Diese Versorgungsform wurde in den letzten Jahren näher analysiert.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Aus dem Jahr 2015 konnten in dieser Bachelorarbeit für alle Patienten der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein relevante personen-, krankheits- und therapiebezogene Daten ermittelt werden. Innige Ergebnisse werden nachfolgend diskutiert.

6.2.1 Diskussion des Alters der Palliativpatienten

Das Durchschnittsalter betrug 70,7 Jahre. Somit waren die Patienten im Durchschnitt etwas älter als bei der HOPE von 2015. Da lag der Mittelwert bei 68,9 Jahren. Dennoch ist der Altersdurchschnitt im Vergleich zu hausärztlichen Palliativpatienten mit 78,2 Jahren von 2007 gesunken. Aufgrund des demografischen Wandels steigt der Altersdurchschnitt dennoch stetig an. Es wird von einer mittleren Lebenserwartung von über 85 Jahre bis 2050 ausgegangen (Kojer et al. 2016, S. VII). Manche Krankheiten treten wegen der langen Latenzzeit erst im mittleren und höheren Erwachsenenalter gehäuft auf. Dazu zählen unter anderem verschiedene Formen von Krebserkrankungen. Des Weiteren führen auch oft die jahre- oder jahrzehntelange Exposition verschiedener Risikofaktoren wie Lärm, Gifte oder Rauchen zu einem alterskorrelierten Anstieg von Erkrankungen. Dadurch kommt es zu Organschädigungen bis hin zu chronischen Erkrankungen (z. B. chronische Bronchitis) oder dauerhaften Funktionsverlusten (z. B. Verluste der Hörfähigkeit). Einige Erkrankungen können zu Folgeerkrankungen führen. So begünstigt z.B. der Diabetes die Arteriosklerose und die Wahrscheinlichkeit für Herzinfarkt, Nierenversagen und Erblindung erhöhen sich. (Tesch-Römer & Susanne Wurm 2009)

Der Bedarf einer Palliativversorgung für junge Menschen darf dennoch nicht außer Acht gelassen werden. Auch dieser hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Auch junge Menschen erkranken jetzt viel häufiger an Tumorerkrankungen oder leiden oft an neurologischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose (MS) oder Amyotropher Lateralsklerose (ALS), die eine frühzeitige Palliativversorgung notwendig machen. Z.B. leben nach neuen Zahlen des Bundesversicherungsamtes mehr als 200.000 MS-Erkrankte in Deutschland, jährlich werden ca. 2.500 Menschen neu damit diagnostiziert. Erst Diagnosen treten in der

Regel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf. Das mittlere Erkrankungsalter bei ALS liegt bei 56 bis 58 Jahren. Die Erkrankungsrate von Krebserkrankungen bei den über 75-Jährigen ging in den vergangenen Jahren leicht zurück, während sie bei den jungen Erwachsenen (15 bis 44 Jahre) eher ansteigt. (RKI 2016, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft 2017, Charité – Universitätsmedizin Berlin 2017)

6.2.2 Diskussion der Hauptdiagnosen der Palliativpatienten

Aufgrund der heutzutage gegebenen modernen Diagnostik und Maßnahmen zur Früherkennung lässt sich eine Diagnose nicht nur früher, sondern teilweise auch häufiger aufstellen (RKI 2016, S. 24). Generell gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Häufigkeit des Auftretens einer Tumorerkrankung. Als häufigste Einzelhauptdiagnose bei den Tumorerkrankungen trat das Bronchialkarzinom auf. Hier konnte ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden, dass mehr Männer als Frauen von der Diagnose betroffen sind. In Deutschland gehört das Bronchialkarzinom zu den häufigsten bösartigen Erkrankungen. Laut dem Robert Koch-Institut (RKI) erkrankten ca. 35.000 Männer und 19.000 Frauen an dieser Krebsart im Jahr 2013. Auffallend ist, dass die Neuerkrankungsrate bei Männern seit Ende der 1980er Jahre langsam zurückgeht und bei Frauen kontinuierlich ansteigt. Das Erkrankungsrisiko steht im direkten Zusammenhang mit dem Tabakkonsum. Durch die veränderten Rauchgewohnheiten ist die Verbreitung der Krankheit in den letzten Jahren bei Männern gesunken, dafür bei Frauen angestiegen. Auch wenn der Anteil an Rauchern in den letzten zehn Jahren zurückgegangen ist, rauchen immer noch etwa jeder vierte Mann und jede fünfte Frau täglich oder gelegentlich. Immerhin fand ein besonders starker Rückgang bei den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren statt. Auch beim diesjährigen Weltnichtrauchertag im Mai wurde noch einmal auf die Gesundheitsrisiken hingewiesen und an die Gesundheitspolitik plädiert, weitere Maßnahmen zur Veränderung struktureller Rahmenbedingungen zu erarbeiten. Dazu zählten unter anderem regelmäßige Tabaksteuererhöhungen, ein vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung und der Schutz vor Passivrauchen. Schon die bereits bestehenden Programme wie die Umsetzung des Nichtraucherchutzgesetzes auf Bundes- und Länderebene oder Warnhinweise (Text und Bild) auf Tabakprodukten, ergänzt durch verhaltenspräventive Maßnahmen wie Schulprogramme zur Tabakprävention, trugen wahrscheinlich einen wesentlichen Anteil am Rückgang der jugendlichen Raucher bei. Es ist wichtig, die Krebsprävention weiter auszubauen. (Hartl 2011, Marquardt & DKG 2017, RKI 2017)

Doch auch die geschlechterspezifischen Karzinomerkrankungen wie Mamma-Karzinom und Prostatakarzinom nehmen einen relativ hohen Anteil an Krebserkrankungen ein. Mit etwa 30 % ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Trotz steigender Rate an Neuerkrankungen sinkt die Zahl an Sterbefälle seit einigen Jahren. Das liegt daran, dass er sich heute erfolgreicher behandeln lässt. Durch eine verbesserte Früherkennung, neue Therapiekonzepte und durch die interdisziplinäre Betreuung in den zertifizierten Zentren konnte die Heilungsrate in den letzten zehn Jahren ansteigen. Das Prostatakarzinom ist dagegen unter Männern in Deutschland die häufigste Krebserkrankung. Nach Angaben des RKI treten pro Jahr etwa 63.400 Neuerkrankungen auf. (Prien 2017, Yiallourous & DKG 2017a)

Sowohl beim Mamma-Karzinom als auch bei Prostatakarzinom wird über den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen stark diskutiert. Zwar können durch die jeweiligen Untersuchungen Krebserkrankungen im Frühstadium festgestellt werden, dennoch besteht auch ein Risiko für Überdiagnosen und falsch-positive Befunde. (RKI 2016)

Dass jedoch insgesamt das Verdauungssystem mit 25 % am häufigsten von den Tumorerkrankungen betroffen war, lässt sich auf die Größe des Systems und der darin enthaltenden Organe zurückschließen. Darmkrebs zählt bei beiden Geschlechtern zu der zweithäufigsten Karzinomerkrankung. Aufgrund der Größe des Darmes können verschiedenste Tumorarten auftreten. (Yiallourous & DKG 2017b)

Vor allem im Alter dominieren insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates. Herzinsuffizienz, Angina pectoris und Hirninfarkt zählen zu den häufigsten Diagnosen bei Krankenhausaufenthalten von Menschen ab 65 Jahren. Dabei gehören auch die chronische ischämische Herzkrankheit, der akute Myokardinfarkt und die Herzinsuffizienz zu den drei häufigsten Todesursachen in Deutschland. (Saß et al. 2009, Statistisches Bundesamt 2012)

Neben den kardiologischen Erkrankungen treten auch pulmologische Erkrankungen immer häufiger auf. COPD steht dabei im Mittelpunkt. Die WHO geht davon aus, dass sich diese bis 2020 zur dritthäufigsten Todesursache entwickeln wird und schneller zunimmt als Lungenkrebs, Herzkrankheiten und Schlaganfall. Oft beginnt die Krankheit bereits schon in den Jugendjahren und schreitet soweit fort, dass sie erst ab dem 40. Lebensjahr auffällt und messbar wird. Wie bei dem Bronchialkarzinom ist auch hier das Rauchen der größte Risikofaktor. (Dietz-Buchner 2011)

Die Zunahme an nichttumorbedingten Erkrankungen zeigt, dass mittlerweile auch hier die Notwendigkeit einer palliativmedizinischen Behandlung immer weiter vorgedrungen ist. Weitere Krankheitsbilder wie chronische Nierenerkrankungen, schwere neurologische Erkrankungen sowie komplexe geriatrische Krankheitsbilder zählen dazu (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften 2015, S. 26). Oft wird die Notwendigkeit einer Palliativbehandlung gar nicht oder erst viel zu spät bei nicht tumorbedingten erkrankten Menschen festgestellt. Daher sollten vor allem Hausärzte die Zusatz-Weiterbildung im Fach Palliativmedizin absolvieren.

6.2.3 Diskussion zur Schmerzmedikation von Palliativpatienten

Auch in dieser Untersuchung wird deutlich, dass die Schmerztherapie in der Palliativmedizin einen wesentlichen Anteil in der Behandlung hat. Über 90 % der Patienten nahmen während ihres Aufenthalts eine Schmerzmedikation ein und rund zwei Drittel der Patienten litten bei Aufnahme über Schmerzen. Der WHO-Stufenplan machte zwar eine Verbesserung der Schmerztherapie sowie die Verschreibung von Opioiden weltweit möglich, doch immer wieder kommt es in Fachkreisen zu Diskussionen, ob die Bedürfnisse der Schmerzpatienten tatsächlich ausreichend beachtet werden können. In den vergangenen Jahren haben Forscher detaillierte Einblicke in die bei Schmerzen ablaufenden Mechanismen und die Wirkungsweisen von Medikamenten gewinnen können. Durch das erbrachte Wissen wird das Stufenschema immer mehr in Frage gestellt. Es stellt sich generell die Frage, ob die Medikamente der Stufe II überhaupt notwendig sind oder ob sofort mit einem niedrig dosierten Stufe-III-Opioid begonnen werden soll (Maltoni et al. 2005). Einige Studien zeigen, dass durch die Gabe von Morphin in niedriger Dosierung bei manchen Patienten die Schmerzeinstellung besser gelingt als durch Stufe-II-Analgetika. So werden auch in der Empfehlung der europäischen Palliativgesellschaft (EAPC) niedrig dosierte Stufe-III-Opioide in der Stufe II aufgelistet, da sie in ihrer Wirkung vergleichbar sind. Ähnliche Ansichten haben auch die Ärzte der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein. Die Morphintherapie zählt heutzutage zur Standardtherapie und wird nicht nur bei Schmerzen, sondern vor allem bei Patienten mit schwerer Dyspnoe angewendet. Doch aufgrund der unerwünschten Nebenwirkungen von Morphin wie Obstipation, Schwindel, Mundtrockenheit oder Stimmungsveränderungen, werden immer wieder Untersuchungen gemacht, um Alternativen zur herkömmlichen Schmerztherapie zu finden. So zeigte z. B. Akupunktur jedoch keinen signifikanten Vorteil gegenüber Morphin bezüglich der Verringerung der Dyspnoe. (Wandtner 2008, Gehmacher 2017, Serke 2017)

6.2.4 Diskussion zum Thema 'Patientenverfügung'

Das Thema 'Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht' rückte in den vergangenen Jahren immer mehr in die Öffentlichkeit. Nicht nur in Arztpraxen oder an Straßen mit Flyern und Plakaten, auch im Fernsehen wird regelmäßig dafür geworben, eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht zu verfassen. Bei jedem Krankenhausaufenthalt ist die Frage nach dem Vorhandensein solch einer Verfügung bei der Anamnese mit eine der Ersten. Die Wahrnehmung und Sensibilisierung für Themen wie Sterben, Tod sowie Gestaltung am Lebensende aber auch der Wunsch auf ein selbstbestimmtes Leben der Menschen bestätigte sich, da auch bei der Auswertung zu dieser Arbeit eine sehr hohe Anzahl an Patientenverfügungen vorlag. Die Patienten wollen selbst entscheiden, wie es in Situationen, wo kein Wille mehr geäußert werden kann, weitergehen soll. Viele Menschen fürchten sich vor Übertherapien und künstlich verlängerten Lebensmaßnahmen. Fast 100 % der Patienten wünschten keine Reanimation. Der Erfolg bzw. Misserfolg von Wiederbelebungsmaßnahmen ist in der Regel nicht vorhersehbar und die Aussicht auf ein akzeptables Überleben kann nicht gegeben werden. Patienten auf Palliativstationen sind oft unheilbar erkrankt, so dass keine intensivmedizinische Behandlung z.B. Reanimation durchgeführt werden soll. Es ist davon auszugehen, dass die Patienten im Vorfeld dahingehend gut über ihre Erkrankung informiert wurden. (Palliativ Portal 2017)

6.2.5 Bedeutung des Krankenhauses als Sterbeort

Durch den demographischen Wandel werden stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime immer mehr zu Sterbeorten. Diese Untersuchung zeigt, dass immerhin fast die Hälfte der Behandlungsfälle (48,6 %) von 2015 auf der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein verstorben sind. Doch 76 % der Deutschen möchten die letzten Lebenstage zu Hause verbringen. Lediglich 6 % wünschen als Sterbeort das Krankenhaus. Damit liegt die Palliativstation sowohl über dem sächsischen Durchschnitt von 44,8 % als auch über dem deutschlandweiten Durchschnitt von 45,7 % der über 64-Jährigen, die in einem Krankenhaus versterben. Die kreisfreie Stadt Chemnitz lag innerhalb der Landkreise insgesamt in Sachsen mit ihrer Sterbequote im Krankenhausbereich am niedrigsten (38,9 %). Doch eine Untersuchung zeigte auch, dass der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen älteren Patienten umso größer ist, je häufiger die Krankenhäuser eine palliativmedizinische Behandlung anbieten. Da die hier genannte Sterbequote des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein lediglich die Palliativstation beinhaltet, ist sie automatisch bei der geringen Fallzahl größer. Würde man das gesamte DRK Krankenhaus betrachten, könnte die Sterbequote schon niedriger ausfallen. Außer-

dem ist zu beachten, dass bösartige Neubildungen mit zu den häufigsten Todesursachen älterer Menschen zählen (Statistisches Bundesamt 2012). Dennoch ist das Ziel von Palliativstationen, die Patienten in die häusliche Versorgung mittels SAPV und ambulanten Hospizdiensten oder in andere Einrichtungen wie Hospize zu entlassen. Solch eine Entlassung kann jedoch nur dann verantwortungsvoll erfolgen, wenn dort eine qualifizierte Weiterversorgung möglich ist. Die regionalen Besonderheiten in den einzelnen Bundesländern gewährleisten nicht immer eine adäquate, qualifizierte palliative/hospizische Weiterversorgung. Es zeigt sich, dass in Bundesländern mit vielen ambulant tätigen Palliativmedizinern der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen älteren Menschen niedriger ist. Je häufiger Krankenhäuser eine palliativmedizinische Behandlung anbieten, umso größer ist der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen älteren Patienten. Nur jeder dritte Sterbende erhält die notwendige Palliativversorgung. Dabei benötigen nach Aussage der DGP bis zu 90 % aller Menschen am Lebensende eine entsprechende Versorgung. (Bertelsmann Stiftung 2015a, Bertelsmann Stiftung 2015b, Bertelsmann Stiftung 2017)

Die Sterbequote auf Palliativstationen ist in Deutschland unterschiedlich hoch. Wo auf Palliativstationen in Bautzen, Zwickau oder München ähnliche hohe Zahlen von rund 50 % vorliegen, versterben in Berlin-Spandau nur ca. ein Drittel der Patienten auf der Station (Bausewein & Schneide 2013, Pasora 2015, Pielenhofer 2015, Ärzte Zeitung 2017).

Obwohl die Deutschen sich wünschen, zu Hause im gewohnten Umfeld im Kreise der Angehörigen zu sterben, war auffallend, dass nur lediglich bei 6,1 % Angehörige den Sterbeprozess auf Station begleitet haben. Doch der Todeszeitpunkt ist nicht immer so vorhersehbar. Die Ergebnisse der Todeszeitpunkte zeigten, dass die meisten Patienten in den Nacht- sowie frühen Morgenstunden verstarben. Deshalb war es vielleicht vielen Angehörigen gar nicht möglich oder vorhersehbar, bei dem Sterbeprozess dabei sein zu können.

6.2.6 Diskussion zur Entlassung der Palliativpatienten nach Hause

Es verstarben zwar fast die Hälfte der Patienten 2015 auf der Palliativstation des DRK Krankenhauses, doch rund ein Drittel konnte auch zurück ins häusliche Umfeld entlassen werden. Im Oberlausitz-Klinikum Bautzen wurden 2014 ähnliche Zahlen nachgewiesen (Pasora 2015). Vor allem bei Patienten, welche verheiratet waren oder in einer Partnerschaft lebten, waren häufiger wieder nach Hause zurückgekehrt, als Alleinstehende. Die Betreuung und Pflege von Angehörigen nimmt immer mehr an Bedeutung zu. Doch oft stellt diese eine große Herausforderung dar, die ihnen alle Kräfte abverlangt. Deshalb ist

es wichtig, die außerklinische ambulante Palliativversorgung auszubauen, so dass Angehörige Unterstützung durch SAPV-Teams oder ambulanten Hospizdiensten erhalten können. Die Patienten und ihre Angehörigen wünschen eine zuverlässige, lückenlose und kompetente Versorgung im gewohnten häuslichen Umfeld. Als Ansprechpartner bevorzugen sie dabei in der Regel den Hausarzt. Doch diese Versorgung kann nicht nur vom Hausarzt selbst, sondern auch von Praxismitarbeitern, Pflegekräfte oder Palliativdiensten gewährleistet werden. Der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung sollte daher vorrangig dem Grundsatz 'ambulant vor stationär' folgen. Das bedeutet, dass die Entlassung nach Hause weiterhin gefördert werden sollte und die ambulante Versorgung weiter gestärkt. Dafür ist auch ein gutes Entlassungsmanagement erforderlich. Der Sozialdienst stellt dabei eine wichtige Kontaktperson dar. Auf der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein nahmen 62,2 % der Patienten einen Sozialdienst während ihres stationären Aufenthalts in Anspruch. Unterstützung erhalten die Patienten außerdem in Zukunft durch das Inkrafttreten des Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. (Beden 2015, Grote-Westrick & Volbracht 2015, GKV Spitzenverband 2017)

6.2.7 Diskussion zur Verweildauer der Palliativpatienten

Die 278 Patienten verweilten zwischen weniger als einem Tag und 31 Tagen auf der Station. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,0 Tagen. Ähnliche Zahlen zeigt auch die DRG-Statistik 2015. Die relativ weite Spannbreite nach oben könnte auf Entlassungsprobleme zurückzuschließen sein. Da die Anpassung der Medikation bestimmten Symptomkontrollen bedarf und sich die aufgenommenen Krankheitsbilder ständig verändern bzw. erweitern, kann dies auch eine Ursache für eine längere Verweildauer sein. Außerdem konnten einige Patienten nicht entlassen werden, weil die Weiterversorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht gesichert war. So waren beispielsweise keine freien Hospiz- oder Pflegeheimplätze vorhanden. Im Raum Chemnitz gibt es nur ein stationäres Hospiz mit 16 Betten. In ganz Sachsen sind nur sieben vorhanden. Die nächsten zwei Hospize befinden sich in einer Entfernung von ca. 30 - 40 km in Oederan und Breitenbrunn. Somit sind lediglich 34 Betten in den Hospizen für den gesamt südwestsächsischen Raum vorhanden. Pflegeheimplätze sind derzeit nur begrenzt vorhanden. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in den vergangenen Jahren gestiegen und wird auch in Zukunft immer mehr zunehmen. Außerdem ist das aktuelle Angebot an stationären Pflegeeinrichtungen nicht flächendeckend, sondern regional unterschiedlich. Zwar sind an sich mehr Anbieter im Raum Chemnitz vorhanden, in Summe fällt die Menge an Angeboten für die ältere Bevölkerung jedoch auf dem Land höher als in der Stadt aus. Dafür verfügt Sach-

sen über eine große Anzahl an ambulanten Hospizdiensten, zwei davon in Chemnitz. Weiterhin wird der Bedarf an der Weiterbehandlung im ambulanten Bereich durch das SAPV-Team Chemnitz eher gewährleistet. Beide Versorger wurden auch in dieser Erhebung nicht als Entlassungsproblem benannt. (LVHP Sachsen e.V. 2017, Weiß & Sünderkamp 2016)

6.2.8 Weiterentwicklung der Palliativversorgung

Aufgrund entsprechender gesetzlicher Weichenstellungen hat sich die Hospiz- und Palliativversorgung in den letzten Jahren in Deutschland verbessert. Es wurden gezielte Maßnahmen eingeleitet, um die ambulante Palliativversorgung und die palliative häusliche Pflege zu stärken. Zum einen wurden zusätzlich vergütete Leistungen vereinbart zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit. Zum anderen wurde Palliativpflege für Pflegedienste abrechenbar und die häusliche Krankenpflege kann in Palliativsituationen auch länger als für die bisher möglichen vier Wochen verordnet werden. Doch nicht nur der ambulante Sektor der Palliativversorgung muss weiter ausgebaut werden, auch der stationäre, da weiterhin viele Menschen dort ihre letzten Lebensmonate verbringen müssen. Durch z.B. die stetige Erhöhung des Rentenalters und somit längeren Lebensarbeitszeit der pflegenden Angehörigen, aber auch durch deren Wegzug zur Arbeit in oftmals westliche Bundesländer werden gerade alleinstehende Kranke auf die stationäre Unterbringung angewiesen sein. Eine Integration von Palliativmedizin in eine Klinik kann nicht nur die Qualität der Versorgung verbessern, sondern hilft auch Kosten zu senken. Denn auch auf Normalstationen wird eine Palliativversorgung in Zukunft immer notwendiger sein. Der Verbund 'Sentara Healthcare' in den USA besteht aus zwölf Krankenhäusern in zwei Bundesstaaten. Dieser fand heraus, dass das Einbeziehen eines palliativen Dienstes in den ersten 48 h immerhin zu einer Verringerung der Verweildauer von 5,08 Tagen führen kann. Ebenfalls wurde festgestellt, dass durch eine Erstellung eines palliativmedizinischen Versorgungsplanes auf Intensivstationen (ITS) Einsparungen von 600.000 US Dollar erreicht werden konnten. Auch die Liegedauer von ITS-Patienten reduzierte sich durch eine palliativmedizinische Mitbetreuung innerhalb von 48 h nach Aufnahme um 1,12 Tage. (Klein 2016, Bundesministerium für Gesundheit 2016)

„Über lange Zeit war Palliative Care ausschließlich der Behandlung Tumorkrankter in den letzten Krankheitsstadien, allenfalls noch der Behandlung von ALS-Patienten vorbehalten“ (Kojer 2014, S. 358). Die Palliativmedizin muss sich in den nächsten Jahren vor allem an den Bedürfnissen einer erweiterten Zielgruppe anpassen. Die Versorgung von Nichttu-

morpatienten muss weiterhin ausgebaut werden. Weitere Untersuchungen in der Zukunft werden zeigen, inwieweit sich die Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin an die zunehmend älter werdende Gesellschaft anpassen müssen. Aber auch Menschen aus ethnischen Minderheiten oder aus sozial benachteiligten Gruppen, wie z.B. Obdachlose, werden nicht rechtzeitig in die Palliativversorgung überwiesen. Bereits 2009 zeigte eine Untersuchung von Behmann et al., dass eine stärkere Ausrichtung der Palliativmedizin auf ältere Patienten notwendig ist. Neben den Tumorerkrankungen werden vor allem auch demenzkranke Menschen in Zukunft auf eine umfassende palliative Versorgung angewiesen sein.

Derzeit leben fast 1,6 Millionen Demenzkranke in Deutschland. Jahr für Jahr treten etwa 300.000 Neuerkrankungen auf. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2016)

Dennoch ist der durchschnittliche Pflegebedarf im letzten Lebensabschnitt bei Tumorpatienten als auch bei Patienten mit anderen Erkrankungen ähnlich groß (Small et al. 2009).

Leider unterscheiden sich die Regelungen zur ambulanten und stationären Palliativversorgung zwischen den einzelnen Bundesländern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Um bundesweit gleiche Standards in der Palliativversorgung umsetzen zu können, fehlen bundeseinheitliche Regelungen. Oft erhalten die Patienten zu spät einen Zugang zur Palliativversorgung. Somit entsteht eine Unterversorgung über lange Zeiträume im Krankheitsverlauf. Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass oft erst nach Abbruch aller kurativen Therapieversuche eine SAPV angeboten wird. Nicht nur eine frühzeitige Integration der Palliativversorgung in die onkologische Behandlung sorgt für mehr Lebensqualität, auch bei nicht tumorbedingten Erkrankungen wurden deutliche Vorteile beschrieben. Gründe für die späte Verordnung können etwa nicht ausreichende Kenntnisse des behandelnden Arztes zur Prognosestellung, Überlastungen der SAPV-Teams oder ein fehlender Übergang von der allgemeinen zur spezialisierten Versorgung sein. Inzwischen ist die Palliativmedizin ein fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung in den universitären Studienplänen. Jeder approbierte Arzt muss seit 2014 eine Basisausbildung in diesem Fachbereich vorweisen. Doch an nur neun der 34 medizinischen Fakultäten stehen Lehrstühle für Palliativmedizin zur Verfügung. Auch in der Ausbildung der Pflegenden wird die Palliativversorgung bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Deshalb sind auch in vielen Regionen kaum spezialisierte Palliativdienste zu finden. Im Krankenhausplan von Sachsen werden insgesamt 202 Betten in 27 Palliativstationen und damit 49,88 Betten pro Million Einwohner aufgeführt (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015). Doch es wurden nur 32,62 Betten pro Million Einwohner dokumen-

tiert. In Deutschland reichen gerade vier Bundesländer an die höhere Vorgabe von 80 Betten pro Million Einwohner, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Hamburg und Saarland. Im Vergleich der Bettenanzahl gibt es anders als erwartet keine Unterschiede zwischen ostdeutschen und westdeutschen Bundesländern, sondern eher ein Nord-Süd-Gefälle. Bei einer Anzahl von 2,97 SAPV-Teams pro eine Million Einwohner steht Sachsen auf Platz neun. Mit deutlich weniger ambulanten Hospizdiensten in den ostdeutschen Bundesländern lässt sich da ein klarer Unterschied zwischen West und Ost erkennen. Auch hier steht Sachsen mit 14,58 ambulanten Hospizdiensten pro eine Million Einwohner auf dem neunten Platz. Diese Zahlen zeigen, dass vor allem in den ostdeutschen Bundesländern verstärkt ärztliches und pflegerisches Personal qualifiziert werden muss, um die Defizite bei der Zahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung 'Palliativmedizin' und der Zahl der Pflegekräfte mit Palliative-Care-Ausbildung auszugleichen. (Bertelsmann Stiftung 2015c, Bertelsmann Stiftung 2015d)

6.2.9 Qualitätssteigerung für Palliativstationen

Die Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein nimmt nicht mehr an der HOPE teil. Da die Teilnahme seit 2011 kostenpflichtig ist, ist die Teilnahme finanziell zu hoch geworden. Die HOPE-Koordinationsgruppe wird damit angehalten, das Interesse an der Teilnahme bei den deutschen Palliativstationen mit entsprechenden Anreizen zu erhalten. Seit mehreren Jahren wird in HOPE ein Benchmarking angeboten. Eine Nutzung der Daten für MDK-Rückfragen sowie für Zertifizierungen ist damit möglich. Des Weiteren können die Ergebnisse bei Fachkongressen und -vorträgen präsentiert werden. Außerdem kann man den Bericht als externes Qualitätssicherungsinstrument ansehen. Die Berichte und die Ergebnisse wurden deshalb auch in die drei zentralen Qualitätsdimensionen aufgeteilt, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (Lindena G. 2015a)

Palliativstationen können sich seit Juli dieses Jahres zertifizieren lassen. Somit bietet die DGP-Zertifizierung Palliativstationen den Nachweis, dass sie in der Lage sind, die Versorgung ihrer Patienten nach spezifizierten und normierten Vorgaben zu erbringen und schwerstkranken sowie sterbenden Patienten die bestmögliche Palliativversorgung erhalten. Dabei werden vor allem die Anforderungen der S3-Leitlinie 'Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung' sowie Zertifizierungskriterien der DKG für die Palliativversorgung in onkologischen Zentren berücksichtigt. „Mit einem Ausbau der Qualitätssicherung können gleichzeitig wichtige Informationen zur Versorgungsforschung geliefert werden“ (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften 2015, S. 31). (DGP 2017)

7. Fazit

Aus den dargestellten Ergebnissen des Jahres 2015 können begrenzt Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Versorgung der behandelten Patienten auf der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein sowie in Deutschland gezogen werden.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung konnte sich die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterentwickeln. Doch immer noch bestehen Versorgungslücken. In den nächsten Jahren sollte sich die Palliativmedizin vor allem an den Bedürfnissen einer erweiterten Zielgruppe anpassen. Auch Nichttumorpatienten müssen in Zukunft mehr über die Möglichkeiten der Palliativversorgung informiert werden, da dieser Anteil kontinuierlich ansteigen wird. Deshalb sollten Hausärzte weitergebildet werden, um den palliativen Betreuungsbedarf rechtzeitig zu erkennen und vorausschauend planen zu können. Eine große Rolle für die Ausrichtung und Planung der Versorgung am Lebensende spielen die Patientenwünsche. Dringender Handlungsbedarf besteht zum Thema 'Sterbeorte'. Anhand des Vergleiches bei den Wünschen der Bevölkerung in Deutschland wird deutlich, dass weiterhin die Notwendigkeit besteht, ambulante Strukturen der palliativen Versorgung zu stärken. (Grote-Westrick & Volbracht 2015, Prütz & Saß 2017)

Da es sich bei dieser Arbeit lediglich um eine Charakteristik von Palliativpatienten des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein handelt, sollte in Zukunft weiter in diesem Themengebiet geforscht werden. Neben der HOPE lassen sich kaum Entwicklungen der vergangenen Jahre hinsichtlich der Patientencharakteristik von Palliativstationen darstellen. Die Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein gehört zu einer wichtigen Versorgungsstruktur der stationären Palliativversorgung im Raum Chemnitz. Aufgrund der immer vielfältigeren Krankheitsbilder werden sich auch die Ziele der Palliativbehandlung stetig verändern. Um diese Weiterentwicklungen des Patientengutes schneller zu erkennen und Therapieziele aktueller zu definieren sowie auf das Patientenwohl besser einzugehen, empfiehlt es sich in Zukunft, regelmäßig solche Auswertungen über die Patientencharakteristika der Palliativstation im DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein fortzuführen.

Zusammenfassung

In den letzten 25 Jahren kam es zu einer raschen bundesweiten Entwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit. Die Palliativversorgung rückt zunehmend in das Blickfeld von Politik und Öffentlichkeit. Der Bedarf an palliativen Angeboten ist sehr hoch und bis heute wurde noch keine flächendeckende Versorgung erreicht. Palliativstationen stellen eine Art der vorhandenen Versorgungsformen für Palliativpatienten in Deutschland dar. Damit ein weiterer Ausbau der stationären als auch ambulanten Palliativversorgung möglich ist, sind Untersuchungen über das Patientengut notwendig, um eine optimale Versorgung der Palliativpatienten gewährleisten zu können. Bisher existieren im deutschsprachigen Raum nur wenige Studien über die Merkmale solcher Patienten. Ziel dieser Untersuchung sollte sein, anhand eines deskriptiven Ansatzes die Patienten der Palliativstation des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein bezüglich ihrer demografischen und klinischen Aspekte zu charakterisieren. Alle personen-, krankheits- und therapiebezogenen Daten der Patienten der Palliativstation wurden retrospektiv mittels der Patientenakten für das Jahr 2015 erhoben. Nach einigen Ausschlusskriterien ergab sich eine Grundgesamtheit von 278 Patienten, davon waren 47,1 % weiblich und 52,9 % männlich. Das Durchschnittsalter betrug 70,7 Jahre \pm 15,5 Jahre. 94,3 % der Patienten wohnten in einer eigenen Wohnung bzw. Haus und über die Hälfte war verheiratet. Der Großteil der Patienten kam aus einem Umkreis von ca. 50 km. Der Aufnahmegrund der stationären Behandlung bestand bei den meisten Patienten aus mehreren Komponenten. Fast alle Patienten (92,8 %) mussten aufgrund einer Symptombelastung auf die Palliativstation aufgenommen werden. Insgesamt hatten 86,2 % eine Tumorerkrankung als Hauptdiagnose. Am häufigsten (15,8 %) betroffen war das Bronchialkarzinom. Bei den nichttumorbedingten Erkrankungen litten die meisten Patienten (23,7 %) an Herzinsuffizienz, gefolgt mit jeweils 10,5 % an COPD Stadium IV sowie einer Sepsis. Fast die Hälfte der Patienten (48,6 %) verstarb während ihres Aufenthaltes auf Station. Der Todeszeitpunkt der verstorbenen Patienten war über Tag und Nacht relativ gleichmäßig verteilt. Rund ein Drittel der Patienten (32,4 %) konnte wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen werden. Über 90 % der Patienten nahm während ihres Aufenthalts eine Schmerzmedikation ein, davon wurde zu 92,4 % ein Medikament der WHO-Stufe I, zu 7,9 % Medikamente der WHO-Stufe II und zu über 80 % ein Medikament der WHO-Stufe III verabreicht. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,0 Tagen. Durch das Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung konnte sich die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterentwickeln. Doch immer noch bestehen Versorgungslücken (Prütz & Saß 2017). In den nächsten Jahren sollte sich die Palliativmedizin vor allem an den Bedürfnissen einer erweiterten Zielgruppe anpassen. Dringender Handlungsbedarf besteht zum Thema 'Sterbeorte'. Anhand des Vergleiches

mit den Wünschen der Bevölkerung in Deutschland wird deutlich, dass weiterhin die Notwendigkeit besteht, ambulante Strukturen der palliativen Versorgung zu stärken (Grote-Westrick & Volbracht 2015). Um Weiterentwicklungen des Patientengutes schneller zu erkennen und Therapieziele aktueller definieren sowie auf das Patientenwohl besser einzugehen, empfiehlt es sich in Zukunft, regelmäßig solche Auswertungen über die Patientencharakteristika der Palliativstation im DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein fortzuführen.

Literaturverzeichnis

Ärzte Zeitung (2017): Berlin zieht positive Bilanz für Palliativhilfe. In: Ärzte Zeitung. 4, S. 6. https://www.wiso-net.de/document/AEZT__000927017.

Bausewein C; Schneide M. (2013): Palliativmedizin – alles ganz anders? http://www.klinikum.unimuenchen.de/Pflege/download/inhalt/veranstaltungen/sueddeutscher_pflegetag/vortraege_2013/03_claudia_bausewein_und_michael_schneider.pdf (31.07.2017).

Beden M. (2015): Pflege von Angehörigen. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport. 31, S. 130-131. DOI: 10.1055/s-0035-1550109.

Behmann M.; Lückmann S. L.; Schneider N. (2009): Palliative care in Germany from a public health perspective: qualitative expert interviews. In: BMC Res Notes. 2, 116.

Bertelsmann Stiftung (2015a): Faktencheck Palliativversorgung. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Faktenblatt_Sachsen-Palliativversorgung_20151102.pdf (25.06.2017).

Bertelsmann Stiftung (2015b): Palliativversorgung. Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf (28.07.2017).

Bertelsmann Stiftung (2015c): Palliativversorgung. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Uebersorgung-Unterversorgung-palliativ.pdf (25.06.2017).

Bertelsmann Stiftung (2015d): Palliativversorgung. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf (25.06.2017).

Bertelsmann Stiftung (2017): Faktencheck Palliativversorgung. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/ergebnis-ueberblick/> (02.07.2017).

Beubler E. (2016): Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. Berlin: Springer.

Bleeker F.; Kruschinski C.; Breull A.; Berndt M.; Hummers-Pradier E. (2007): Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. In: Zeitschrift für Allgemeine Medizin. 83, S. 477 – 482. DOI 10.1055/s-2007-993199.

Bortz J.; Döring N. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin: Springer.

Bundesärztekammer (2016): Ärztestatistik.

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf (15.07.2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Hospiz- und Palliativgesetz.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf (14.07.2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html> (14.07.2017).

Bühl A. (2016): SPSS 23. Hallbergmoos: Pearson.

Charité – Universitätsmedizin Berlin (2017): <http://www.als-charite.de/home/krankheitsbild-und-diagnose/grundlagen-und-haeufigkeit/> (01.08.2017).

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2016): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (01.06.2017).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2009a): Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> (30.06.2017).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2009b): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html> (30.06.2017).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2017): Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Ab sofort können sich Palliativstationen zertifizieren lassen / Erhebungsbogen jetzt abrufbar! <https://www.dgpalliativmedizin.de/startseite/deutsche-gesellschaft-fuer-palliativmedizin-ab-sofort-koennen-sich-palliativstationen-zertifizieren-lassen1.html> (01.08.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016): Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland. http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf (01.06.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017a): Palliative Pflege/ Palliative Care. http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliative-pflege.html (01.06.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017b): Palliativmedizin. http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliativmedizin.html (11.07.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017c): Allgemeine Palliativversorgung. http://www.dhpv.de/themen_palliativ_allgemein.html (11.07.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017d): Palliativstationen. http://www.dhpv.de/themen_palliativstationen.html (11.07.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017e): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. http://www.dhpv.de/themen_charta.html (11.07.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017f): Die Hospizbewegung. http://www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html (11.07.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017g): Zahlen und Fakten. http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html (01.06.2017).

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2017h): Hospiz- und Palliativversorgung. http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html (11.07.2017).

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (2017): Was ist Multiple Sklerose? <https://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/was-ist-ms/> (01.08.2017).

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2017): Die Charta. <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html> (11.07.2017).

Dietz-Buchner E. (2011): COPD: Bald Todesursache Nr. 1? <http://www.forumgesundheit.at/portal27/forumgesundheitportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.689573> (01.08.2017).

DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein (2017): Träger. <http://rab.drk-khs.de/ueberuns/organisation/traeger/> (20.07.2017).

DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein (2016): Referenzbericht des G-BA. http://rab.drk-khs.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Qualitaet/Q-Bericht_Rabenstein_2015-xml.pdf (20.07.2017).

Ehlert J.; Neitzke G. (2013): Versorgung auf der Palliativstation. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 14, S. 73–79. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327377>.

Fuchs C.; Heiner G.; Raischl J.; Steil H.; Wohlleben U. (2012): Palliative Geriatrie. Stuttgart: Kohlhammer.

Gehmacher O. (2017): Medikamentöse Schmerztherapie. In: Husebø S.; Mathis G.: Palliativmedizin. Berlin: Springer.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV Richtlinie für das Jahr 2015. <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4282/Bericht-Evaluation-SAPV-2015.pdf> (15.07.2017)

GKV Spitzenverband (2017): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. http://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/entlassmanagement/bv_entlassman_rv_lesefassung_14_07_2017.pdf (03.08.2017).

Grote-Westrick M.; Volbracht E. (2015): Palliativversorgung. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf (26.06.2017).

Heckel M.; Stiel S.; Frauendorf T.; Hanke R. M.; Ostgathe C. (2016): Retrospektive Datenanalyse von Patienten in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – Vergleich zwischen Stadt und Landkreis. In: Das Gesundheitswesen. 78, S. 431-437.

Hartl T. (2011): Lungenkrebs: Immer mehr Frauen betroffen. <http://www.forumgesundheit.at/portal27/forumgesundheitportal/content?contentid=10007.689509&viewmode=content&portal:componentId=gtn1c032f3d-7a1b-4a37-8ca9-ad8abb2c9c5f> (27.07.2017).

HOPE Clara (2017): Exposé. https://www.hope-clara.de/download/2017_HOPE_Expose.pdf (02.06.2017).

Klein, F. (2016): Palliativmedizin früh integrieren rechnet sich. In: Schmerzmedizin. 2, S.11.

Koch H.; Perret M. (2016): Frühzeitige Palliativversorgung für mehr Lebensqualität. In: Heilberufe/ Das Pflegemagazin. 2, S. 34-37.

Kojer M.; Schmidl M. (2016): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Berlin: Springer.

Kränzle S. (2014): Geschichte und Selbstverständnis. In: Kränzle S.; Schmid U.; Seeger C.: Palliative Care. Berlin: Springer.

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (2017): Hospizarbeit & Palliativmedizin. <http://hospiz-palliativ-sachsen.de/hospizarbeit-palliativmedizin/> (11.07.2017).

Leitlinienprogramm Onkologie (2015): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Kurzversion_1.1.pdf (01.06.2017).

Lindena G. (2015a): HOPE 2015 - Bericht Basisbogen und Module. https://www.hope-clara.de/download/2015_HOPE_Bericht.pdf (12.04.2017).

Lindena G. (2015b): HOPE 2015 Basisbogen - Tabellen. https://www.hope-clara.de/download/2015_HOPE_Basistabellen.pdf. (12.04.2017).

Löffler H.; Puthenparambil J.; Hielscher T.; Neben K.; Krämer A. (2014): Patienten mit CUP-Syndrom: Retrospektive Auswertung von 223 Fällen mit Adeno- oder undifferenziertem Karzinom. In: Deutsches Ärzteblatt. 27-28/111, S. M481.

Maltoni M., Scarpi E. et al. (2005): A validation study of the WHO analgesic ladder: a two-step vs three-step strategy. In: Support Care Cancer. 13, S. 888–894.

Marquardt V.; Deutsche Krebsgesellschaft (2017): Lungenkrebs, Bronchialkarzinom: Definition und Häufigkeit. <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/definition/lunge-seite-1.html> (30.07.2017).

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung.

http://www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf (01.08.2017).

Oken M.M.; Creech R.H.; Tormey D.C.; Horton J.; Davis T.E.; McFadden E.T.; Carbone P.P. (1982): Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. In: American Journal of Clinical Oncology. 5, S. 649-655.

Palliativ Portal (2017): Palliativstationen. <http://www.palliativ-portal.de/Palliativstationen> (02.08.2017).

Papke J.; Lux E. A. (2015): Versorgungsstrukturen der SAPV in Deutschland: Ergebnisse einer Online-Erhebung. In: Schmerzmedizin. 1, S. 28 – 36.

Pasora S. (2015): Charakteristik des Patientengutes einer Palliativstation am Beispiel des Oberlausitz-Klinikums Bautzen. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Ralbitz-Rosenthal.

Pielenhofer T. (2015): Charakteristik des Patientengutes einer Palliativstation am Beispiel des Heinrich-Braun-Krankenhauses Zwickau. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Zwickau.

Prien P. (2017): Wie häufig ist Brustkrebs? <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/brustkrebs-definition-und-haeufigkeit.html> (30.07.2017).

Prütz F.; Saß A. (2017): Daten zur Palliativversorgung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. 60, S. 26–36. DOI 10.1007/s00103-016-2483-8.

Radbruch L.; Krumm N.; Elsner F. (2016): Palliativstationen – spezialisierte Einrichtungen an Krankenhäusern. In: May A.T.; Kreß H.; Verrel T.; Wagner T.: Patientenverfügungen. Berlin: Springer.

Radbruch L.; Payne S.; Bercovitch M.; Caraceni A.; De Vliege T.; Firth P.; Hegedus K.; Nabal M.; Rhebergen A.; Smidlin E.; Sjögren P.; Tishelman C.; Wood C.; de Conno F. (2011a): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin 12, S. 216–227.

Radbruch L.; Payne S.; Bercovitch M.; Caraceni A.; De Vliege T.; Firth P.; Hegedus K.; Nabal M.; Rhebergen A.; Smidlin E.; Sjögren P.; Tishelman C.; Wood C.; de Conno F. (2011b): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin 12, S. 260–270.

Robert-Koch-Institut (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile (30.07.2017).

Robert-Koch-Institut (2017): Mai 2017: Weltnichtrauchertag 2017: Tabak - Eine Gefahr für die Entwicklung. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Thema_des_Monats/Archiv2017/2017_5_Thema_des_Monats_inhalt.html (30.07.2017).

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2015): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen. http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_2014-2015_Teil_I.pdf (01.08.2017).

Saß A.; Wurm S.; Ziese T. (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Gesundheit und Krankheit im Alter. http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh_Krankh_Alter.pdf (30.07.2017).

Schendera C. F. G. (2007): Datenqualität mit SPSS. München: Oldenbourg.

Serke M. (2017): Morphin und Akupunktur im Vergleich. In: InFo Onkologie. 2, S. 28-30.

Small N.; Barnes S.; Gott M.; Payne S., Parker C.; Seamark D.; Gariballa S. (2009): Dying, death and bereavement: a qualitative study of the views of carers of people with heart failure in the UK. In: BMC Palliative Care. 8, S. 6.

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit im Alter. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Gesundheit_im_Alter0120006109004.pdf;jsessionid=2D432FB708C55C8D9F380010A242C5E5.cae1?__blob=publicationFile (31.07.2017).

Statistisches Bundesamt (2016a): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Fallpauschalen-Krankenhaus2120640157004.pdf;jsessionid=5CAB8036DE67895F045A56FC8CC914BD.cae3?__blob=publicationFile (15.07.2017)

Statistisches Bundesamt (2016b): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern - Ausführliche Darstellung.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401157014.pdf?__blob=publicationFile (15.07.2017).

Student J.-C.; Napiwotzky (2007): Palliative Care. Stuttgart: Thieme.

Tesch-Römer C.; Wurm S. (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Gesundheit und Krankheit im Alter. http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh_Krankh_Alter.pdf (30.07.2017).

Wandtner R. (2008): Säulen statt Stufen. <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizinernaehrung/schmerztherapie-saeulen-statt-stufen-1513904.html> (01.08.2017).

Weiß C.; Sünderkamp S. (2016): Regionalität in der Altenpflege in Deutschland – Eine Analyse zur Angebotssituation in den Regionen. In: Pfannstiel M. A.; Focke A.; Mehlich H.: Management von Gesundheitsregionen I. Wiesbaden: Springer.

Yiallourous M; Deutsche Krebsgesellschaft (2017a): Prostatakrebs, Krebs der Vorsteherdrüse. <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/definition-und-haeufigkeit.html> (30.07.2017).

Yiallourous M; Deutsche Krebsgesellschaft (2017b): Was ist Darmkrebs? <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/darmkrebs/definition-und-haeufigkeit.html> (30.07.2017).

Anhang

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Erklärung ECOG Funktionsstatus (Kap. 2.3.2).....	70
Anlage 2: Erklärung WHO-Stufenschema (Kap. 2.3.2)	71
Anlage 3: Bilder des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein (Kap. 4.1).....	72
Anlage 4: HOPE Basisbogen 2015 (Kap. 4.2).....	74
Anlage 5: Entlassdokumentation Palliativpatient (Kap. 4.2).....	76
Anlage 6: Erhebungsinstrument (Kap. 4.2).....	77
Anlage 7: Häufigkeitsverteilung der Wohnorte der Palliativpatienten (Kap. 5.1)	82
Anlage 8: Beschreibung der Diagnosen nach ICD-10-GM-2017-Code (Kap. 5.2.1).....	84
Anlage 9: Signifikanztest zu Hypothese 5 (Kap. 5.5).....	85

Abbildungsverzeichnis - Anhang

Abbildung 19: WHO-Stufenschema (Gehmacher 2017)	71
Abbildung 20: Luftaufnahme des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein.....	72
Abbildung 21: Vorderansicht und Seitenansicht des DRK Krankenhauses Chemnitz- Rabenstein.....	72
Abbildung 22: Gang der Palliativstation	72
Abbildung 23: Aufenthaltsraum der Palliativstation	73
Abbildung 24: Andachtsstätte an die Verstorbenen der Palliativstation.....	73
Abbildung 25: Aufenthaltsraum der Palliativstation mit Zugang zur Terrasse	73
Abbildung 26: Leitende Oberärztin Frau Dr. Schneider-Schönherr zusammen mit einem Patienten.....	73
Abbildung 27: Patientenzimmer der Palliativstation	73

Tabellenverzeichnis - Anhang

Tabelle 11: Klassifikation des ECOG (Oken et al. 1982).....	70
Tabelle 12: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Wohnorte der Palliativpatienten (N = 278)	82
Tabelle 13: Beschreibung der Tumorerkrankungen nach ICD-10-GM-2017-Code	84
Tabelle 14: Beschreibung der nichttumorbedingten Erkrankungen nach ICD-10-GM-2017- Code	84
Tabelle 15: Normalverteilungstest der Variablen Alter und Verweildauer.....	85
Tabelle 16: Spearman-Rho-Test für die Variablen Alter und Verweildauer	85

Anlage 1: Erklärung ECOG Funktionsstatus (Kap. 2.3.2)

Tabelle 11: Klassifikation des ECOG (Oken et al. 1982)

ECOG 0	Normale, uneingeschränkte Aktivität
ECOG 1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich
ECOG 2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
ECOG 3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
ECOG 4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden

Anlage 2: Erklärung WHO-Stufenschema (2.3.2)

Das sogenannte WHO–Stufenschema (Abbildung 19) wurde 1986 für die Behandlung von Tumorpatienten entwickelt. Dabei soll die Schmerzmedikation entsprechend der Schmerzintensität angepasst werden. Das WHO-Stufenschema besteht aus drei Stufen. Die Stufe I beinhaltet Nichtopioid-Analgetika wie NSAR, Paracetamol und Metamizol. In der zweiten Stufe sind schwache Opioide wie Tramadol, Codidol oder Tilidin enthalten, welche bei mittleren Tumorschmerzen eingesetzt werden, wenn Nicht-Opioide-Analgetika allein nicht ausreichen. Die dritte Stufe besteht aus den starken Opioiden (Morphium, Hydromorphon etc.). (Gehmacher 2017)

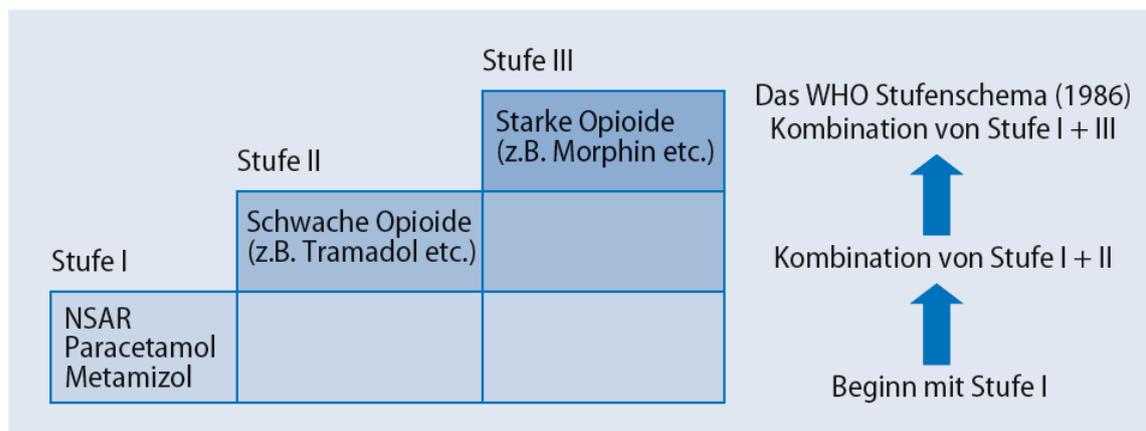


Abbildung 19: WHO-Stufenschema (Gehmacher 2017)

Des Weiteren wurden fünf Behandlungsmaxime von der WHO aufgestellt:

- 'By the mouth' – wenn möglich, orale Verabreichung der Schmerzmedikation
- 'By the clock' – immer feste Einnahmezeiten, Dosisintervall soll möglichst nicht verändert werden
- 'By the ladder' – Arzneimittelauswahl an Schmerzintensität anpassen

1996 wurden von der WHO noch zwei Punkte hinzugefügt:

- 'For the individual' – Schmerztherapie soll individuell an den Patienten angepasst werden
- 'Attention to detail' – Bedürfnisse des Patienten müssen berücksichtigt werden und Aufnahme von nicht-medikamentösen Maßnahmen in den Therapieplan

(Beubler 2016)

Anlage 3: Bilder des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein (Kap. 4.1)

Alle Bilder wurden von der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein zur Verfügung gestellt.



Abbildung 20: Luftaufnahme des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein



Abbildung 21: Vorderansicht und Seitenansicht des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein



Abbildung 22: Gang der Palliativstation



Abbildung 24: Andachtsstätte an die Verstorbenen der Palliativstation



Abbildung 23: Aufenthaltsraum der Palliativstation



Abbildung 25: Aufenthaltsraum der Palliativstation mit Zugang zur Terrasse



Abbildung 27: Patientenzimmer der Palliativstation



Abbildung 26: Leitende Oberärztin Frau Dr. Schneider-Schönherr zusammen mit einem Patienten

Anlage 4: HOPE Basisbogen 2015 (Kap. 4.2)

HOPE ©2015 Basisbogen		BA	Basisbogennr:	
Bei Erstkontakt ausfüllen	<i>Patienten – Etikett</i>		2. Geburtsdat. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Aufnahme- datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich 5. Wohn- situation <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstige: <small>nur eine Antwort</small>	
	6. SAPV-Auftrag <input type="checkbox"/> Beratung von <input type="checkbox"/> Koordination <input type="checkbox"/> additive Teilversorgung <input type="checkbox"/> vollständige Versorgung		8. Absprache/ Vorlage <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde	9. Pflegestufe <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stufe 0 <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III + <input type="checkbox"/> Stufe III
	10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: <small>(wenn keine ICD, bitte Text eintragen)</small> Hauptdiagnose ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Weitere Diagnosen ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Diagnosedatum (ca.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Weitere Diagnosen ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	7. Metastasen <input type="checkbox"/> Hirn <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> sonstige:			
	11. Ilbisherige Behandlung, Begleitung <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Hospiz (stationär) <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere Station) <input type="checkbox"/> Palliativarzt <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> Palliativpflege <input type="checkbox"/> Konsildienst <input type="checkbox"/> SAPV-Team <input type="checkbox"/> sonstige:		12. Funktionsstatus (ECOG) und Barthel-Index <input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Gehfähig, leichte Aktivität möglich <input type="checkbox"/> 2 Selbstversorgung, kann > 50% der Wachzeit aufstehen <input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig <input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig <input type="text"/> <input type="text"/> Punkte nach Barthel-Index	
13. Datum der Erfassung der Probleme beim Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
14. Probleme		Bemerkungen		
Schmerzen	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Luftnot	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Schwäche	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Pflegeprobleme wegen Wunden/ Dekubitus	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Depressivität	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Angst	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Anspannung	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Desorientiertheit, Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Probleme mit Organisation der Versorgung	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Überforderung der Familie, des Umfeldes	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
Sonstige:	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark			
15. Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel?				

Bei Aufnahme / Abschluss ausfüllen (ev. Auch bei Änderung im Verlauf)

16. Medikation bis heute		Medikamente			
<input type="checkbox"/> Nichtopioid	<input type="checkbox"/> Sedativa / Anxiolytika				
<input type="checkbox"/> Opioid WHO-Stufe 2	<input type="checkbox"/> Magenschutz				
<input type="checkbox"/> Opioid WHO-Stufe 3	<input type="checkbox"/> Laxanzien				
<input type="checkbox"/> Koanalgetika	<input type="checkbox"/> Antibiotika				
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide	<input type="checkbox"/> Diuretika				
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Kardiaka / Antihypertensiva				
<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Sonstige:				
<input type="checkbox"/> Neuroleptika					
17. Maßnahmen, Prozeduren, Begleitung					
Medikamente <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. Palliative Sedierung <input type="checkbox"/> intermitt <input type="checkbox"/> kontinuierlich	Pflege <input type="checkbox"/> aktivierend <input type="checkbox"/> begleitend <input type="checkbox"/> spezielle Lagerung (bei Fraktur usw.)	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik, Mobilisation <input type="checkbox"/> Wärme-/Kältebehandlung	<input type="checkbox"/> Diagnostik CT, MR, Endoskopie u.a. Beratung <input type="checkbox"/> zur Organisation letzter Dinge <input type="checkbox"/> zu Patientenverfügung, Vollmacht <input type="checkbox"/> Vermittlung ehrenamtlicher Unterstützung <input type="checkbox"/> Anträge b. Behörden, Versicherungen usw. <input type="checkbox"/> Anregung einer gerichtlichen Betreuung		
Ernährung <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	<input type="checkbox"/> Ödembehandlung, manuelle Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Einreibungen, Massagen, Auflagen <input type="checkbox"/> Atemtherapie	<input type="checkbox"/> Organisation der Anschlussversorgung <input type="checkbox"/> (Trauer-) Begleitung der Angehörigen		
<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Wundversorgung	Psychotherapie <input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> Support. Kurzzeittherapie, Training <input type="checkbox"/> kreative Verfahren (Kunst, Musik, Schreiben usw.) <input type="checkbox"/> Übende Verfahren (Entspannung, Hypnose ...) <input type="checkbox"/> Paar- / Familien-Beratung (Angehörige/ Pat.+Angeh.)	<input type="checkbox"/> Seelsorge <input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> Riten <input type="checkbox"/> Anderes:		
<input type="checkbox"/> Pumpensystem i.v., s.c.	<input type="checkbox"/> Rektale Abführmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (OP, Stent, Dilatation u.a.)			
Punktionen oder Drainagen <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Pleura Anlage / Wechsel <input type="checkbox"/> von ZVK / Port <input type="checkbox"/> von Tracheo-Gastro-, Uro-, Colo-Stoma <input type="checkbox"/> DK / Ablaufsonde / Suprapub. DK	Versorgung von Kathetern... <input type="checkbox"/> ZVK, Port <input type="checkbox"/> Tracheo-, Gastro-, Uro-, Colo-Stoma <input type="checkbox"/> Spülung DK/ Ablaufsonde / Suprapub. DK				
Strahlentherapie <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> fortgesetzt <input type="checkbox"/> Radiolog. Interventionen (Neurolysen, Endoskopi.u.a.)	Tumorthherapie i.v. („Chemo“) <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> fortgesetzt <input type="checkbox"/> andere medikamentöse Tumorthherapie (p.o., i.th.)				
besonderer Aufwand mit: <input type="text"/>					
18. Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?					
<input type="text"/>					
18a. Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?					
<input type="text"/>					
19. Wer hat den Bogen ausgefüllt?					
<input type="checkbox"/> Krankenpflege <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> amb. Hospiz <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Sozialarbeit <input type="checkbox"/> Andere:					
20. Datum (Entlassung / Änderung der Betreuung / Tod) <input type="text"/>					
21. Therapieende	22. Entlassung nach / Weiterbehandlung in ...		23. Sterbeort		
<input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> zuhause		
<input type="checkbox"/> Verlegung, Entlassung	<input type="checkbox"/> Hospiz (stationär)	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Heim		
<input type="checkbox"/> Ende der Dokuphase	<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere St.)	<input type="checkbox"/> Palliativarzt	<input type="checkbox"/> Hospiz		
	<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Palliativpflege	<input type="checkbox"/> Palliativstation		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Konsildienst	<input type="checkbox"/> Palliative Care Team	<input type="checkbox"/> Krankenhaus		
	<input type="checkbox"/> sonstige:		<input type="checkbox"/> nicht bekannt		
24. Abschließende Bewertung der Zufriedenheit des Teams mit der Betreuung					
für die gesamte Behandlung	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Finalphase (bei verstorbenen Pat.)	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut

Bei Abschluss ausfüllen

Anlage 5: Entlassdokumentation Palliativpatient (Kap. 4.2)

DRK gemeinnützige Krankenhaus GmbH Sachsen / DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein		
 DRK KRANKENHAUS CHEMNITZ-RABENSTEIN <small>DRK GEMEINNÜTZIGE KRANKENHAUS GMBH SACHSEN</small>	Entlassdokumentation Palliativpatient	 Deutsches Rotes Kreuz
D 26 Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin		

Entlassen am: _____

Funktionsstatus (ECOG): 0 = normale Aktivität, 1 = Gehfähig, leichte Arbeit möglich, 2 = Nicht arbeitsfähig, kann > 50 % der Wachzeit aufstehen, 3 = begrenzte Selbstversorgung, > 50 % Wachzeit bettlägrig, 4 = pflegebedürftig, permanent bettlägrig

ECOC-Aufnahme: ____

ECOC-Entlassung: ____

Vermittlung Pflegedienst: **Pflegestufe:** Einleitung Veränderung
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht: vorhanden
 nicht vorhanden, nicht erstellt während des Aufenthalts erstellt unbekannt
Entlassung mit: SAPV Ambulanter Hospizdienst Kurzzeitpflege
 Pflegeheim Hospiz
Entlassungsprobleme: fehlender Hospizplatz keine SAPV-Versorgung
 verlängerte Symptomkontrolle kein PH-Platz Auf Bitte der Angehörigen
Sozialanwaltschaftliches Handeln: **Seelsorge:**
Sitzwachen: **Kunsttherapie:**

Parenterale Ernährung Subcutane Medikamente Antibiotikatherapie
 Intravenöse Medikamente Epidurale / Intrathekale Medikamente
 Pumpenversorgung Palliative Sedierung Lagerungsbehandlung
 Dauerkatheter
Diagnostische Maßnahmen: Röntgen Sonographie Sonstige:

Komplexes Symptomgeschehen: nein
 Schmerzen Urogenital Respiratorisch Gastrointestinal
 (Ex)ulzerierende Wunden / Tumore Neurologisch / Psychiatrisch / Psychisch
 Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Bearbeiter: Dr. F. Hardt	Version: 1	Freigegeben: ChA Dr. Richter
Geprüft: Dr. med. S. Schneider	Seite: 1 von 1	Datum: 27.08.2013

Anlage 6: Erhebungsinstrument (Kap. 4.2)

Variable	Merkmalswerte	Codierung
Patientennummer	Anonymisierung der Patienten durch Angabe von fortlaufenden Nummern	
Verweildauer	Angabe der Behandlungstage	
Geschlecht	weiblich	1
	männlich	2
	keine Angabe	99
Alter	Angabe des Alters in Jahren	keine
Familienstand	verheiratet	1
	ledig	2
	geschieden	3
	in einer Partnerschaft lebend	4
	verwitwet	5
	keine Angabe	99
Wohnart	eigene Wohnung, Haus	1
	Pflegeheim	2
	Hospiz	3
	Asylbewerberheim	4
	Betreutes Wohnen	5
	Kurzzeitpflege	6
	keine Angabe	99
Wohnort	Angabe des Wohnortes	keine
Angehörige/Freunde vorhanden?	ja, Familie	1
	ja, Freunde	2
	nein	3
	nicht in Deutschland	4
	nur Betreuer vorhanden	5
	keine Angabe	99
Pflegestufe	Einleitung	1
	Veränderung	2
	Pflegestufe 1	3
	Pflegestufe 2	4
	Pflegestufe 3	5
	keine Pflegestufe	6
	keine Angabe	99
Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht	ja	1

	nein	2
	keine Angabe	99
Einweisungsart	selbst	1
	Hausarzt	2
	Facharzt	3
	Verlegung	4
	Notfall	5
	keine Angabe	99
ECOG bei Aufnahme	ECOG 0	1
	ECOG 1	2
	ECOG 1-2	3
	ECOG 2	4
	ECOG 2-3	5
	ECOG 3	6
	ECOG 3-4	7
	ECOG 4	8
	keine Angabe	99
ECOG bei Entlassung	ECOG 0	1
	ECOG 1	2
	ECOG 1-2	3
	ECOG 2	4
	ECOG 2-3	5
	ECOG 3	6
	ECOG 3-4	7
	ECOG 4	8
	keine Angabe möglich, da verstorben	9
	keine Angabe	99
Aufnahmegrund		
Symptombelastung	ja	1
	nein	2
AZ-Verschlechterung	ja	1
	nein	2
Therapieabbruch der Grunderkrankung wegen AZ-Verschlechterung	ja	1
	nein	2
Dekompensation der häuslichen Versorgung	ja	1
	nein	2
Sterbebegleitung	ja	1
	nein	2

Anlage eines Spinalkatheters	ja	1
	nein	2
Komplexes Symptomgeschehen bei Aufnahme		
Schmerzen	ja	1
	nein	2
Urogenital	ja	1
	nein	2
Respiratorisch	ja	1
	nein	2
Gastrointestinal	ja	1
	nein	2
(Ex)ulzerierende Wunden,Tumore	ja	1
	nein	2
Neurologisch,psychiatrisch,psychisch	ja	1
	nein	2
Sonstiges	ja	1
	nein	2
Hauptdiagnose Tumorerkrankung	ja	1
	nein	2
Hauptdiagnosen	Angabe der Hauptdiagnose nach ICD 10 Code	
Entlassungsprobleme	ja	1
	nein	2
	Patienten verstorben	3
fehlender Hospizplatz	ja	1
	nein	2
keine SAPV	ja	1
	nein	2
verlängerte Symptomkontrolle	ja	1
	nein	2
kein PH-Platz	ja	1
	nein	2
auf Bitte der Angehörigen	ja	1
	nein	2
gegen ärztlichen Rat	ja	1
	nein	1
Entlassungsart	verstorben	1

	nach Hause	2
	Hospiz	3
	Verlegung	4
	Pflegeheim	5
	Kurzzeitpflege	6
	Reha	7
	Betreutes Wohnen	8
	Asylbewerberheim	9
	keine Angabe	99
Amb. Weiterbetreuung durch SAPV	ja	1
	nein	2
	keine Angabe	99
Amb. Weiterbetreuung durch ambulanten Hospizdienst	ja	1
	nein	2
	keine Angabe	99
Vermittlung Pflegedienst	ja	1
	nein	2
	bereits vorhanden	3
	Patient verstorben	4
Todeszeitpunkt	Angabe der Uhrzeit des Todeszeitpunktes	
Anwesenheit von Angehörigen zum Todeszeitpunkt	ja	1
	nein	2
	nicht verstorben	3
Schmerzmedikation	ja	1
	nein	2
WHO- Stufe I	ja	1
	nein	2
WHO-Stufe II	ja	1
	nein	2
WHO-Stufe III	ja	1
	nein	2
Beginn der Behandlung mit dem eingesetzten Medikament der WHO-Stufe III	Angabe des Behandlungsbeginns in Tagen	
Art des Medikaments WHO-Stufe III	Angabe des Schmerzmedikaments der WHO-Stufe III	
Parenterale Ernährung	ja	1
	nein	2
Subcutane Medikamente	ja	1

	nein	2
intravenöse Medikamente	ja	1
	nein	2
epidurale/intrathekale Medikamente	ja	1
	nein	2
Antibiotika	ja	1
	nein	2
Psychotherapie	ja	1
	nein	2
Entspannungstherapie	ja	1
	nein	2
Kunsttherapie	ja	1
	nein	2
Physiotherapie	ja	1
	nein	2
Logopädie	ja	1
	nein	2
Inanspruchnahme des Sozialdienstes	ja	1
	nein	2
Reanimation gewünscht?	ja	1
	nein	2
Wiederaufnahme	Anzahl der wiederholten Aufenthalte pro Patient	

Anlage 7: Häufigkeitsverteilung der Wohnorte der Palliativpatienten (Kap. 5.2.1)

Tabelle 12: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung der Wohnorte der Palliativpatienten (N = 278)

Wohnort	Landkreis	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
Chemnitz	Chemnitz	135	48,6
Limbach-Oberfrohna	Zwickau	18	6,5
Hohenstein-Ernstthal	Zwickau	15	5,4
Oberlungwitz	Zwickau	8	2,9
Lichtenstein	Zwickau	7	2,5
Burgstädt	Mittelsachsen	6	2,2
Lugau	Erzgebirgskreis	6	2,2
Neukirchen	Erzgebirgskreis	5	1,8
Flöha	Mittelsachsen	4	1,4
Callenberg	Zwickau	4	1,4
Stollberg/Erzgebirge	Erzgebirgskreis	3	1,1
Marienberg	Erzgebirgskreis	3	1,1
Annaberg-Buchholz	Erzgebirgskreis	3	1,1
Erlau	Mittelsachsen	3	1,1
Oelsnitz/Erzgebirge	Erzgebirgskreis	2	0,7
Auerbach/Erzgebirge	Erzgebirgskreis	2	0,7
Schwarzenberg	Erzgebirgskreis	2	0,7
Thermalbad Wiesenbad	Erzgebirgskreis	2	0,7
Bernsdorf	Zwickau	2	0,7
Hainichen	Mittelsachsen	2	0,7
Mittweida	Mittelsachsen	2	0,7
Jöhstadt	Erzgebirgskreis	2	0,7
Olberna	Erzgebirgskreis	2	0,7
Lunzenau	Mittelsachsen	2	0,7
Geithain	Leipzig	2	0,7
Geyer	Erzgebirgskreis	2	0,7
Zschopau	Erzgebirgskreis	2	0,7
Penig	Mittelsachsen	2	0,7
Glauchau	Zwickau	1	0,4
Rochlitz	Mittelsachsen	1	0,4
Bad Schlema	Erzgebirgskreis	1	0,4
Wilkau-Haßlau	Zwickau	1	0,4
Lichtenau	Mittelsachsen	1	0,4
Döbeln	Mittelsachsen	1	0,4

Frankenberg	Mittelsachsen	1	0,4
Burkhardsdorf	Erzgebirgskreis	1	0,4
Hartenstein	Mittelsachsen	1	0,4
Gornau	Erzgebirgskreis	1	0,4
Hartmannsdorf	Mittelsachsen	1	0,4
Nittenau	Schwandorf	1	0,4
Claußnitz	Mittelsachsen	1	0,4
Augustusburg	Mittelsachsen	1	0,4
Waldenburg	Mittelsachsen	1	0,4
Jahnsdorf	Erzgebirgskreis	1	0,4
St. Egidien	Zwickau	1	0,4
Lichtenberg	Mittelsachsen	1	0,4
Taura	Mittelsachsen	1	0,4
Penig	Mittelsachsen	1	0,4
Gersdorf	Zwickau	1	0,4
Wolkenstein	Erzgebirgskreis	1	0,4
Zwönitz	Erzgebirgskreis	1	0,4
Eckerstberga	Burgenlandkreis	1	0,4
Amtsberg	Erzgebirgskreis	1	0,4
Rossau	Mittelsachsen	1	0,4
Lößnitz	Erzgebirgskreis	1	0,4
Ehrenfriedersdorf	Erzgebirgskreis	1	0,4
Striegistal	Mittelsachsen	1	0,4
Drehbach	Erzgebirgskreis	1	0,4
Dresden	Dresden	1	0,4
Gesamt		278	100,0

Anlage 8: Beschreibung der Diagnosen nach ICD-10-GM-2017-Code (Kap. 5.2.1)

Tabelle 13: Beschreibung der Tumorerkrankungen nach ICD-10-GM-2017-Code

ICD 10 Code	Beschreibung
C00-C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15-C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30-C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40-C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43-C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45-C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50-C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60-C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64-C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69-C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73-C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C80.-	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C81-C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

Tabelle 14: Beschreibung der nichttumorbedingten Erkrankungen nach ICD-10-GM-2017-Code

ICD 10 Code	Beschreibung
A30-A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
G10-G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G90-G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26-I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
J09-J18	Grippe und Pneumonie
J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J80-J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K70-K77	Krankheiten der Leber
L10-L14	Bullöse Dermatosen
N17-N19	Niereninsuffizienz
R65.-!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]

Anlage 9: Signifikanztest zu Hypothese 5 (Kap. 5.5)

Tabelle 15: Normalverteilungstest der Variablen Alter und Verweildauer

Variable	Kolmogorov-Smirnov-Test	Normalverteilung
Alter	0,000	$p < \alpha \rightarrow$ nein
Verweildauer	0,000	$p < \alpha \rightarrow$ nein

Tabelle 16: Spearman-Rho-Test für die Variablen Alter und Verweildauer

			Alter	Verweildauer
Spearman-Rho	Alter	Korrelationskoeffizient	1,000	0,005
		Sig. (2-seitig)		0,928
		Gesamt	278	278
	Verweildauer	Korrelationskoeffizient	0,005	1,000
		Sig. (2-seitig)	0,928	
		Gesamt	278	278

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorthesis selbstständig, ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Zwickau, den 08.08.2017

Jeannine Starkloff