

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Direktor:
Prof. Dr. Carsten Bokemeyer

Psychosoziale Betreuung schwerstkranker Patienten und ihrer Angehörigen auf einer Palliativstation –

Eine quantitative Versorgungsanalyse am
Beispiel der Palliativstation am UKE

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Matthias Heiland
aus Münster

Hamburg 2020

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am 07.05.2020

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Karin Oechsle

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. Karin Wulff

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: PD Dr. Cueneyt Demiralay

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Definition der Palliativmedizin	6
1.2 Geschichte der Palliativmedizin	9
1.3 Versorgungsmöglichkeiten in der Palliativmedizin	11
1.4 Psychosoziale Belastungen und Versorgung.....	15
1.5 Ziel der Arbeit.....	19
2. Material und Methoden	20
2.1 Studiendesign und Einschlusskriterien	20
2.2 Datengewinnung	20
2.2.1 Stichprobenbeschreibung	20
2.3 Datenanalyse	23
3. Ergebnisse	25
3.1 Stichprobenbeschreibung	25
3.1.1 Soziodemographische Daten.....	25
3.1.2 Krankheitsassoziierte Daten	26
3.1.3 Versorgungsassoziierte Daten.....	28
3.2 Psychosoziale Belastung	30
3.3 Psychosoziale Versorgung.....	33
3.4 Einflussfaktoren auf den Umfang psychosozialer Versorgung.....	35
3.4.1 Zusammenfassung der Einflussfaktoren	44
4. Diskussion	45
4.1 Psychosoziale Belastung	47
4.2 Psychosoziale Versorgung.....	48
4.3 Einflussfaktoren auf den Umfang psychosozialer Versorgung.....	50
4.4 Limitationen der Arbeit	52
5. Schlussfolgerungen	53

6. Zusammenfassung	55
7. Summary	56
9. Abkürzungsverzeichnis	57
10. Literaturverzeichnis	58
11. Tabellenverzeichnis	66
12. Abbildungsverzeichnis.....	67
13. Anhang.....	68
14. Danksagung	71
15. Lebenslauf	72
16. Eidesstattliche Erklärung.....	73

Kein Leugnen hilft, kein Widerstreben,
wir müssen sterben, weil wir leben.

Wilhelm Busch

1. Einleitung

Der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt zeichnen in der Gesellschaft zunehmend ein Bild von intensiveren Versorgungsumfängen im letzten Lebensabschnitt eines Menschen. In einer Gesellschaft, die von Geschwindigkeit und medizinischer Rationalisierung geprägt ist, fällt es jedoch zunehmend schwerer, sich einer individuellen und den eigenen Bedürfnissen entsprechenden, auch psychosozialen Betreuung im letzten Lebensabschnitt gewiss sein zu können.

Neben der rein medizinischen Versorgung zum Zeitpunkt einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungssituation eines Menschen muss sich die Gesellschaft und alle an der Versorgung von Menschen Beteiligten also die Frage stellen, mit welchen weiteren psychosozialen, auch interdisziplinären Möglichkeiten einem schwerstkranken oder sterbenden Menschen ein würdevoller und individualisierter Lebensabend ermöglicht werden kann. Hier kommt die Palliativmedizin mit ihren interdisziplinären Versorgungsansätzen zum Tragen.

1.1 Definition der Palliativmedizin

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Palliativmedizin als „einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002)

Das lateinische Verb „palliare – umhüllen, ummanteln“ skizziert hierbei die Grundhaltung der Palliativmedizin, den Patienten und seine Angehörigen mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt allen Handelns zu stellen. In der Versorgung von Patienten in palliativer Erkrankungssituation steht hierbei nicht die Verlängerung oder gar die Verkürzung des Lebens, sondern das Lindern von Leiden, die Beschwerdefreiheit sowie die Lebensqualität im Mittelpunkt der Versorgung.

Die European Association for Palliative Care (EAPC) definiert die Palliativmedizin als eine „aktive, umfassende Versorgung eines Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle bzw. Linderung von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel. Palliativversorgung ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst den Patienten und dessen Angehörige. In diesem Sinn bietet Palliativversorgung das grundlegendste Konzept der Versorgung - dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod hin zu erhalten“ (European Association for Palliative Care, 2004).

Grundprinzip einer umfassenden Versorgung ist nach Auffassung Gian Domenico Borasio die „Betrachtung der Familie, Angehörigen und der schwerstkranken Patienten als ganzheitliche Einheit, einer *unit of care*, deren Sorgen und Bedürfnisse umfänglich berücksichtigt werden müssen, um einer vielschichtig komplexen Situation der Versorgung eines schwerstkranken Patienten gerecht zu werden. Hierzu bedarf es keiner alleinigen Fachdisziplin als Leitinstanz, sondern des Zusammenwirkens der Stärken verschiedener Fachdisziplinen auf Augenhöhe, um den Focus der Palliativmedizin im Focus zu behalten: Die Lebensqualität der Patienten und derer Familien.“ (Borasio GD, 2011)

Palliativmedizin als Ganzes kann, frühzeitig integriert, in dieser Versorgung einen wichtigen Beitrag zum Gelingen einer guten Versorgung beitragen.

So konnten Temel et al. in einem Beitrag des *New England Journal of Medicine* zum Thema „Early Integration of Palliative Care“ zeigen, dass bei 151, in zwei Gruppen randomisierte Patienten mit fortgeschrittenem metastasierten Bronchialkarzinom, die Gruppe mit frühzeitig eingebundener palliativmedizinischer Versorgung eine bessere Lebensqualität angab, weniger Depressionen beschrieb und weniger Chemotherapie erhielt (Temel et al., 2010).

2016 veröffentlichte dieselbe Autorengruppe dazu eine randomisierte Studie mit 350 Patienten mit erstmalig diagnostiziertem unheilbaren Tumorleiden, von denen die Hälfte eine frühzeitige palliative Komplexbehandlung, die andere Hälfte eine medizinische Grundversorgung ohne interdisziplinäre Palliativversorgung erhielt. Auch hier zeigte sich, dass eine frühe Implementierung von Palliativmedizin zur Verbesserung der Lebensqualität führen kann (Temel JS, 2016).

1.2 Geschichte der Palliativmedizin

Die Geschichte der Palliativmedizin geht auf die Arbeit *Dame Cicely Saunders* zurück. Im Rahmen der von ihr formulierten *hospice care* befasste sie sich erstmals mit der umfassenden Berücksichtigung verschiedener Dimensionen des Leidens sterbenskranker Menschen. Im Vordergrund stand hierbei die multiprofessionelle Betreuung der Patienten durch Spezialisten verschiedener Berufsgruppen, sowie ehrenamtlicher Helfer (Bardenheuer J, 2008). Zentrale Fragestellung war die Erhaltung von Selbstbestimmung und Lebensqualität der Erkrankten (Shepard D A E, 1977). Cicely Saunders erarbeitete die Mehrdimensionalität von Schmerz und Leiden in einem von ihr als *total pain* bezeichneten Konzept. Der schwerstkranke Patient leidet dem zufolge an Beschwerden, die das rein körperliche Leiden übersteigen und eine psychische, physische, soziale und spirituelle Dimension beinhalten, die umfassender Berücksichtigung in ihrer Versorgung bedürfen.

Diesen Gedanken einer spezialisierten Einrichtung zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen verfolgend eröffnete in diesem Zusammenhang 1967 mit dem St. Christopher's Hospice in London das weltweit erste Hospiz der modernen Hospiz- und Palliativbewegung (Twycross, 1980). Die Überlegungen zur Multiprofessionalität in der Versorgung Sterbender mündeten ab Mitte der 1970er Jahre in die *palliative care* - Idee, die im Zuge ihrer Verbreitung ihren Weg über die Grenzen Großbritanniens hinweg in den Rest Europas und nach Nordamerika fand (Bardenheuer J, 2008).

1986 eröffnete in Deutschland das erste Hospiz in Aachen, 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin von vierzehn Ärzten in Köln gegründet und damit die strukturierte curriculäre Verbreitung der palliativmedizinischen Idee in der Bundesrepublik etabliert. Seither verzeichnet die Gesellschaft einen stetigen Zuwachs an spezialisierten Medizinerinnen und wuchs bereits bis zum Jahr 2016 auf etwa 10.000 deutsche Ärzte mit entsprechender Zusatzbezeichnung an (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2016).

Auch die Zahl der spezialisierten Versorgungseinrichtungen für Patienten in palliativer Erkrankungssituation in Deutschland verzeichnet in diesem Zeitraum eine stetige

Zunahme an klinikgebundenen Palliativstationen und Hospizeinrichtungen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014), siehe Abbildung 1.

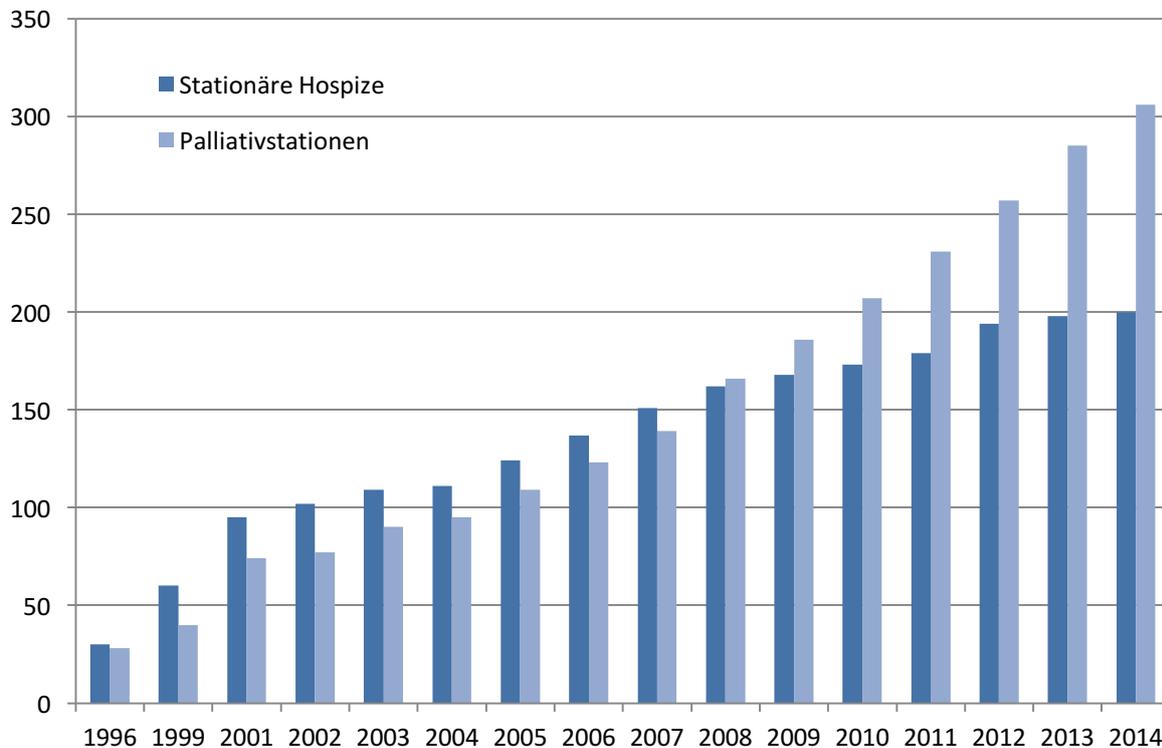


Abbildung 1: Entwicklung der Anfangszeit der palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Oktober 2014

In der Entwicklung der palliativmedizinischen Versorgung etablierten sich unterschiedliche Modelle der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Was mit der Einrichtung eines Hospizes 1967 in London begann, ist heute nur eine von mehreren Möglichkeiten für Patienten in palliativer Erkrankungssituation, (multi)professionell versorgt zu werden.

1.3 Versorgungsmöglichkeiten in der Palliativmedizin

Allgemeine und spezialisierte ambulante palliative Versorgung

Vielfach haben Patienten in palliativer Erkrankungssituation den Wunsch, am Lebensende nicht im Krankenhaus bzw. einer Pflege- oder Hospizeinrichtung, sondern in der gewohnten häuslichen Umgebung versorgt zu werden (Gomes B, 2012).

In der ambulanten palliativen Versorgung soll daher laut Fegg dem Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung begegnet werden, die letzte Lebensphase im häuslichen Umfeld zu verbringen (Fegg M, 2015). Die ambulante palliative Versorgung unterscheidet sich in zwei Formen: die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sowie die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Im überwiegenden Teil der häuslichen Betreuung von Patienten in palliativer Erkrankungssituation kommt dem laut Nauck dem Hausarzt, den Angehörigen und einem ambulanten Pflegedienst eine wichtige Rolle zu. Die Symptomkontrolle, beispielsweise eine ausreichende Analgesie, sowie die sachgerechte Pflege des Patienten können sichergestellt werden.

Aufgaben dieser sogenannten Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die „grundlegende Behandlung von auftretenden Symptomen und anderen psychophysischen Belastungen, die Erörterung von Prognose und Behandlungsziel und/oder die Absprachen von möglichen Komplikationen, zum Beispiel mit Blick auf erneute stationäre Behandlungen oder invasive bzw. lebensverlängernde Maßnahmen.“ (Nauck F, 2014).

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Um Patienten in palliativer Erkrankungssituation auch bei komplexen Symptomgeschehen eine Versorgung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen, wurde 2007 ein rechtlicher Anspruch auf eine besondere Form zusätzlicher Unterstützung (§ 37b SGB V, § 132d SGB V) eingerichtet, wenn sich eine allgemeine

ambulante palliative Versorgungsintensität nicht mehr als ausreichend erweist (Gemeinsamer Bundesausschuss GBA, 2010).

Alt-Epping definiert diese Form der ambulanten Versorgung durch sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgungsteams (SAPV) als ein „intensiviertes, multiprofessionelles ambulantes palliativmedizinisches Unterstützungsangebot für schwerkranke und sterbende Patienten in besonders komplexen Belastungssituationen“ (Alt-Epping B et al., 2015).

Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin dient sie „dem Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung soweit wie möglich zu erhalten sowie ihnen ein würdiges Leben zuhause, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen zu ermöglichen. Die 24-stündige Erreichbarkeit der SAPV-Teams an sieben Tagen der Woche und die vernetzte Tätigkeit von in der Palliativversorgung ausgewiesenen Berufsgruppen sind unverzichtbar“ (DGP, 2020)

Der Gesetzgeber ging nach einem Positionspapier zur Palliativversorgung von Schneider in seiner Begründung dieses Gesetzes davon aus, dass 10 % aller Sterbenden (80.000 Menschen im Jahr bei ca. 800.000 Sterbenden) eine SAPV zumindest vorübergehend benötigen. Daher wurde ein Bedarf von bundesweit ca. 330 palliativmedizinischen SAPV-Teams geschätzt. Das entspricht einem Team je 250.000 Einwohnern (Schneider N, 2008).

Neben der häuslichen Versorgung gibt es als institutionelle Möglichkeit eine Versorgung im Hospiz oder auf einer Palliativstation.

Das Hospiz

Hospize sind Einrichtungen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, schwerstkranke Patienten in ihrer letzten Lebensphase im Sinne der Palliativmedizin zu versorgen. Es gibt hierbei ambulante, teilstationäre und stationär tätige Hospizvereinigungen (Siftung-Patientenschutz, 2018).

Schwerstkranke Patienten und ihre Angehörigen erhalten hier „Begleitung, Beratung und medizinisch-pflegerische Versorgung. Dabei spielt die Kontrolle der verschiedenen Symptome eine große Rolle, unter anderem die Schmerztherapie.

Bei allen pflegerischen und medizinischen Handlungen steht aber der (geäußerte oder mutmaßliche) Wille des Kranken an erster Stelle. Außerdem wird für Angehörige Trauerbegleitung angeboten. Träger dieser Häuser der Sterbebegleitung sind zumeist gemeinnützige Vereine, aber auch Kirchen, gemeinnützige Organisationen und Stiftungen. Die medizinische Versorgung wird unterschiedlich gewährleistet. Einige stationäre Hospize stehen unter ärztlicher Leitung, andere arbeiten mit niedergelassenen Ärzten vor Ort zusammen, wobei der Patient sein Recht auf freie Arztwahl geltend machen kann. Dann ist es oft der langjährige Hausarzt des Kranken, der die medizinische und menschliche Begleitung seines Patienten bis zu dessen Lebensende übernimmt“ (Wikipedia, 2020).

Eine fachliche Weiterbildung mit palliativmedizinischen Inhalten ist dabei hilfreich, jedoch kein notwendiges Kriterium für eine ärztliche Tätigkeit auf diesem Feld der Patientenbetreuung (Student, 2016).

Die Palliativstation

Die Versorgung auf einer Palliativstation eines Krankenhauses hat die Aufgabe, Patienten mit fortgeschrittener lebensbegrenzender Erkrankung in ihrer Lebensqualität und Symptomkontrolle zu unterstützen und eine möglichst leidensarm geprägte Entlassung in die vertraute Umgebung zu gewährleisten.

Hier kommt neben den dort tätigen Ärzten und pflegerischen Kräften ein breites Spektrum an Fachdisziplinen wie Sozialarbeiter, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten, Psychologen, Mitarbeiter der physikalischen Therapie und nicht zuletzt ehrenamtliche Helfer zum Einsatz, die eine möglichst breit gefächerte Versorgung in stationärem Umfeld sicherstellen.

Etwa 15% der Krankenhäuser in Deutschland verfügen laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin über eine der ca. 300 Palliativstationen (DGP, 2015).

Palliativmedizin am UKE

Die Palliativstation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) besteht seit 2008 und ist an das *Universitäre Cancer Center Hamburg (UCCH)* unter dem Dach des *Hubertus Wald Tumorzentrums* angegliedert. Die heutige Eigenständigkeit der Station besteht in dieser Form seit 2011 und beinhaltet die Versorgungsmöglichkeit von zwölf Patienten in Einzelzimmern und Unterbringung derer Angehöriger.

Das für die medizinische und psychosoziale Begleitung zuständige Versorgungsteam im UKE ist multiprofessionell organisiert und setzt sich aus Mitarbeitern verschiedener Fachdisziplinen zusammen, die es in Ihrer Gesamtheit möglich machen, jedem neu aufgenommenen Patienten der Palliativstation innerhalb von 24 Stunden eine psychosoziale Versorgung zukommen zu lassen.

Die Mitarbeiter, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Psychoonkologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern sowie Musik- und Kunsttherapeuten decken dabei ein großes Spektrum an psychosozialer Versorgung ab.

Die ärztlichen Mitarbeiter der Palliativstation werden zudem konsiliarisch im Rahmen einer durchgängigen Erreichbarkeit im gesamten Universitätsklinikum bei palliativmedizinischen Fragestellungen hinzugezogen und in dieser Tätigkeit bei Bedarf von Mitarbeitern der psychosozialen Fachdisziplinen der Palliativstation unterstützt.

Ziel der Versorgung ist immer die Stabilisierung und Linderung körperlicher Beschwerden und/oder psychosozialer sowie spiritueller Probleme, um so eine Weiterversorgung Zuhause oder in anderen Einrichtungen, wie z.B. einem Hospiz oder Pflegeheim, zu ermöglichen. Daher wird in der Regel eine begrenzte Aufenthaltsdauer auf der Palliativstation angestrebt.

1.4 Psychosoziale Belastungen und Versorgung

Psychosoziale Belastungen

Die multidimensionalen Belastungen in einer palliativen Erkrankungssituation sind für den Patienten und alle Versorgenden eine große Herausforderung, die über rein medizinische Fragestellungen hinausgeht.

Mit der Frage nach Einflussfaktoren der Lebensqualität von schwerstkranken Patienten befassten sich Chang et al im Jahr 2000 im Rahmen einer Studie mit 240 tumor erkrankten Patienten. Hierbei zeigte sich, dass die vielfältige Symptomlast in palliativen Erkrankungssituationen in ihrer Quantität signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten hat. Je höher die Zahl der erlebten Symptome, desto geringer sei die Wahrnehmung von Lebensqualität. (Chang VT et al., 2000).

Die Frage nach Inhalt und Ausprägung der Symptomlast schwerstkranker Patienten muss daher eine Schlüsselfrage zur Erarbeitung einer gezielten Behandlung sein. Mehnert und Hartung kamen in einer psychoonkologischen Erhebung 2015 zu dem Ergebnis, dass zu den häufigen Symptomen von Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung „chronische Schmerzen, krebsspezifische Fatigue, psychosoziale Belastungen sowie Einschränkungen der Selbstständigkeit, der Teilhabe an Arbeit und der Lebensqualität“ gehören (Mehnert & Hartung, 2015).

Es erscheint nachvollziehbar, dass die Symptomlast eines palliativ erkrankten Menschen ein Mischbild aus körperlichen Beschwerden und daraus entstehender oder isoliert bestehender psychosozialer Symptome ist. Singer et al. berichten in diesem Kontext 2010 in einer Metaanalyse mit 1448 Patienten mit Tumorerkrankung, dass ein Drittel der Erkrankten in palliativer Erkrankungssituation an Störungen des mentalen Wohlbefindens leiden (Singer S, 2010).

Im Rahmen der *unit of care* wird den Angehörigen eine zentrale Rolle der Versorgung zuteil, bei der sie verschiedenen Rollen und Aufgaben gerecht werden müssen. So

sind sie nicht nur Betreuende und Pflegende und damit ein wichtiger Teil der Versorgung, sondern auch Mitbetroffene, die Ängste und Sorgen haben.

Etwa 75% der pflegenden Angehörigen fühlen sich mittel bis schwer belastet, viele leiden unter Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen, Herz-Kreislaufkrankungen, sozialer Isolation, Depression oder Erschöpfung (Fringer, 2010).

In einer prospektiven Evaluation von Angst und Depression bei 33 Angehörigen von Palliativpatienten berichten Oechsle et al. 2012, dass 70% der Angehörigen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten auf die Palliativstation Symptome einer manifesten Angst bzw. 73% einer Depression zeigten. Dies wiederum beeinflusste die Einschätzung der Symptome der Patienten und so indirekt deren Behandlung (Oechsle K, 2012).

Die Berücksichtigung der Symptomlast eines schwerstkranken Patienten und die Einbeziehung seiner Angehörigen haben demnach einen hohen Stellenwert in der palliativmedizinischen Versorgung.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) empfiehlt in diesem Zusammenhang das standardisierte multidimensionale Erfassen von Symptomlast und psychosozialer Belastung in Form eines palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn einer jeden Palliativbehandlung. Grundlage kann hier unter anderem der MIDOS-Fragebogen sein, in dem Symptomlast gezielt abgefragt und quantitativ erfasst wird (Stiel S et al, 2010), um eine gezielte symptombezogene Versorgung initiieren zu können.

Im Fokus des Basisassessments stehen die Erfassung körperlicher, sowie konsekutiv resultierender und isoliert bestehender psychosozialer Symptome.

Psychosoziale Versorgung

Die psychosoziale Versorgung schwerstkranker Patienten umfasst „alle Bereiche, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden des Patienten und seiner Familie beitragen, inklusive Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und –bewältigung, Kommunikation, sozialer und finanzieller Belange und Beziehungen zu anderen“ (National Council For Hospice And Specialist Palliative Care Services, 1997).

Eine grundlegende psychosoziale Versorgung wird hierbei alltäglich durch Pflegekräfte und Ärzte unter anderem im Rahmen von Patienten- und Angehörigengesprächen geleistet. Für einen Teil der Patienten ist eine spezialisierte palliative Versorgung wichtig, die allen Patienten grundsätzlich zur Verfügung gestellt wird. Hierbei kommen Psychoonkologen, Musik- und Kunsttherapeuten, sowie Seelsorgern und Sozialarbeiter zum Tragen.

Psychosoziale Interventionen allgemein scheinen in ihrer Gesamtheit bei Patienten in palliativer Erkrankungssituation positive Auswirkungen auf die Funktionalität, auf Schmerzen und andere belastende Symptome, sowie auf Nebenwirkungen der Behandlung zu haben und die emotionale und psychische Befindlichkeit und Lebensqualität zu verbessern, wie auch Walker et al. in einer Studie mit 58 tumor erkrankten Patienten darstellen konnten (Walker MS, 2003).

Auch die *American Society of Clinical Oncology* und der *American Academy of Hospice and Palliative Medicine* befasste sich 2016 mit der Thematik der ihrer Einschätzung nach wichtigsten Bestandteile der primären Palliativversorgung neben onkologisch-medizinischer Versorgung, die zu mehr Zufriedenheit bei Patienten und behandelnden Ärzten sowie andere an der Versorgung teilnehmenden Berufsgruppen führen. Hierfür wurden umfangreiche Behandlungsberichte aus palliativmedizinischen Versorgungseinrichtungen ausgewertet und die Bestandteile der Versorgung hinsichtlich ihrer Wichtigkeit, der Durchführbarkeit und der Angemessenheit bewertet. Die Stellungnahme bezieht sich primär auf die palliativmedizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung und hoher Symptomlast. Eine der wichtigsten Gewichtungen erhielt nach Einschätzung des Gremiums jedoch generell die Patientenkommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung mit

schwerstkranken Patienten (Bickel E, 2016). Die Patientenkommunikation als Teil der generellen psychosozialen Palliativversorgung nimmt demnach in ambulanter Versorgungsform einen äußerst wichtigen Stellenwert ein. Bisher wurde jedoch noch nicht ausreichend untersucht, wie hoch dieser Stellenwert in der stationären Palliativmedizin ist. Umfangreiche quantitative Analysen zur stationären Versorgung von schwerstkranken Patienten sind nicht vorhanden.

In ihrer 2016 durchgeführten Studie mit 88 palliativmedizinischen Ärzten und Pflegekräften gaben die von Fan et al. befragten Fachkräfte zu diesem Thema an, dass der Hauptteil ihrer psychosozialen Arbeit mit Patienten in palliativer Erkrankungssituation das Gespräch mit Patienten und Angehörigen über den Verlauf der Erkrankung und die Zukunftsplanung darstellt (Fan SY, 2016), was jedoch nicht quantitativ erfasst wurde, sondern den Eindruck der behandelnden Fachkräfte wiedergibt.

Das wissenschaftliche Befassen mit Palliativmedizin ist eine vergleichsweise junge Disziplin der Forschung, umfangreiche Erhebungen, die größere Patientenkollektive in ihrer gesamtpsychosozialen Betreuung betrachten, sind nicht vorliegend.

In welcher Form psychosoziale Versorgung von Palliativpatienten also generell stattfindet und welche Teilaspekte diese Form der Versorgung dominieren, ist in wissenschaftlichen Arbeiten nicht zu eruieren.

Die fachlich-disziplinär separierte Versorgungsanalyse einer psychosozialen Betreuung könnte also hilfreich sein, um unterschiedliche Gewichtungen der Versorgung hervorzuheben und in Zukunft bei der palliativmedizinischen Versorgung zu berücksichtigen.

Es stellt sich in diesem Kontext ferner die Frage, ob es Zusammenhänge zwischen patienteneigenen Charakteristika und Umfang der psychosozialen Versorgung auf einer Palliativstation geben könnte.

1.5 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist eine Evaluation, welche Symptome und Belastungen Palliativpatienten somatisch aber auch in psychosozialen Kontext aufweisen und ob sich dies mit bisherigen Daten deckt.

In diesem Zusammenhang soll eine detaillierte Auswertung psychosozialer Versorgungsumfänge des Patientenkollektivs erfolgen. Die vorliegende Arbeit soll daher einen Überblick über den quantitativen Umfang separat betrachteter psychosozialer Versorgungsformen terminal erkrankter Patienten geben sowie in einem weiteren Schritt beleuchten, inwiefern soziodemographische, krankheits- und versorgungsassoziierte Charakteristika Einfluss auf den Umfang psychosozialer Betreuung in einem palliativmedizinischen Setting haben.

Um diese Studienziele zu erreichen, wurde zunächst ein Überblick über das Patientenkollektiv auf der Palliativstation am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf im Zeitraum eines Jahres erarbeitet und hierbei neben soziodemographischen und krankheitsbezogenen auch versorgungsassoziierte Aspekte des Patientenkollektivs berücksichtigt.

Darüber hinaus entsteht durch die Auswertung der jeweiligen Basisassessmentdaten der Palliativpatienten ein umfangreicher Einblick in die Symptomlast und psychosoziale Belastungssituation der Patienten.

Da die Datenlage zur quantitativen Auswertung psychosozialer Versorgung auf einer Palliativstation keine vergleichbare Erhebung aufweist, soll diese Arbeit einen sinnvollen Beitrag zur palliativmedizinischen Studienlage erbringen.

2. Material und Methoden

2.1 Studiendesign und Einschlusskriterien

Ziel dieser retrospektiven Arbeit war die quantitative Versorgungsanalyse auf einer Palliativstation am Beispiel der Palliativstation am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. Eingeschlossen wurde jeder Patient, der sich im Zeitraum vom 01.11.2011 bis zum 31.10.2012 auf der Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) befand.

Dies ergibt eine Fallzahl von 428 stationären Aufenthalten.

2.2 Datengewinnung

Die Ermittlung der relevanten Daten erfolgte aus den jeweiligen elektronischen Patientenakten, in welchen auf der Palliativstation des UKE neben allen soziodemographischen Daten sämtliche Untersuchungsbefunde, Behandlungspläne, sowie pflegerische und psychosoziale Betreuungsumfänge dokumentiert werden.

Nach erfolgtem Patientenkontakt, einer Untersuchung oder Behandlung dokumentieren die verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen ihre Anwesenheit in Minuten im klinischen EDV-System, welches retrospektiv quantitativ ausgewertet werden konnte.

2.2.1 Stichprobenbeschreibung

Patienten- und krankheitsbezogene Parameter

Aus der Patientenakte wurden die soziodemographischen Charakteristika Geburtsdatum, Alter, Geschlecht, Familienstand, sowie die Anzahl etwaiger Kinder extrahiert.

Ebenso wurden Grunderkrankung(en), sowie wichtige Nebenerkrankungen des Patienten erfasst. Des Weiteren wurde ermittelt, von woher der Patient auf die Palliativstation verlegt wurde. Hierbei wurde erfasst, ob der Patient von einer anderen onkologischen Station, von einer anderen nicht-palliativen Station des UKEs, aus der

Notaufnahme, von der Intensivstation, aus dem häuslichen Umfeld, aus einem anderen Krankenhaus oder anderen, bisher nicht genannten Einrichtungen auf die Palliativstation überwiesen wurde, wie viele Tage er auf der Palliativstation verbracht hat und ob er auf der Palliativstation verstorben oder zur weiteren Versorgung entlassen wurde.

Psychosoziale Belastung

Im Folgenden wurde die Dokumentation des palliativmedizinischen Basisassessments, welches bei Aufnahme des Patienten auf die Palliativstation erfolgt, aus der Patientenakte extrahiert. So wurde von jedem Patienten zunächst der Performance-Status nach ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) erfasst, mit dem nach einer Analyse von Oken aus dem Jahr 1982 eine erste Einschätzung des körperlichen Allgemeinzustandes, gemessen an einem Score-System gelingt. Bewertet wird primär die Fähigkeit des Patienten, die Aufgaben des Alltags selbstständig zu bewältigen. Im Einzelnen gestaltet sich der ECOG-Status wie folgt: Vergeben werden von 0 (Volle Leistungsfähigkeit) bis 5 (Tod) insgesamt sechs Punkte. Einen Punkt erhält der Patient bei einer potentiellen Einschränkung unter schwerer Arbeitsbelastung, jedoch der Fähigkeit einer Bürotätigkeit. Zwei Punkte bei Wachheit und Mobilität an über 50% der Zeit des Tages, jedoch ohne die Fähigkeit, Arbeit zu verrichten. Der Patient versorgt sich selbst. Drei Punkte erhält, wer über die Hälfte des Tages immobilisiert im Stuhl oder Bett verbringt und eine Selbstversorgung nur eingeschränkt gewährleisten kann. Patienten, die vollständig immobil sind und eine Selbstversorgung in keinem Maße möglich ist, erhalten vier Punkte im ECOG-System (Oken MM et al., 1982). Der Performance-Status wurde vom behandelnden Arzt in der Gesamtschau der Befunde und des Patientenzustandes eingeschätzt und stellt damit einen subjektiven Eindruck dar.

Weiterhin wurde aus dem Basisassessments eine Einschätzung der Belastungssituation des Patienten abgeleitet. Ausgangspunkt des Assessments ist das Minimale Dokumentationssystem MIDOS, welches eine subjektive Selbsteinschätzung der Patienten wiedergibt. Der MIDOS-Fragebogen wird nach Stiel aufgrund seiner „geringen Belastung, des niedrigen Zeitaufwandes und hohen Beteiligungsquoten zur täglichen Selbsteinschätzung von Problemen und

Symptomen“ für Menschen in palliativer Erkrankungssituation empfohlen. „Statistische Kennwerte bestätigen gute externe und interne Validität und Reliabilität des Messinstrumentes“ (Stiel et al, 2010)

Verwendet wurde er in erweiterter Form mit Fragestellung nach Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Luftnot, Verstopfung, Schwäche, Appetitmangel, Müdigkeit, Wunden, Hilfsbedarf bei Aktivitäten, Depressivität, Anspannung, Desorientiertheit, Organisation des Umfelds, Überforderung Angehöriger, Diarrhoe, Angst, Schlafstörungen und Mundtrockenheit, welche jeweils mit vier Punkten (0=keine, 1=leicht, 2=mittel, 3=schwer) bewertet werden.

Umfang der psychosozialen Versorgung

Ermittelt wurde der individuelle Versorgungsumfang in Minuten eines jeden Patienten durch die verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen. Dem Patienten wird ein breites Angebot an Möglichkeiten offeriert. Im Rahmen der allgemeinen psychosozialen Versorgung finden Patienten- und Angehörigengespräche durch Ärzte und Pflegekräfte statt, im Rahmen der spezialisierten Versorgung Psychologie, Musik- und Kunsttherapie, sowie Seelsorge und Sozialarbeit. Die jeweiligen Behandlungs- oder Gesprächszeiten werden quantitativ (in Minuten) in der elektronischen Patientenakte erfasst und für den jeweiligen Tag abgespeichert. Die täglichen Betreuungszeiten der jeweiligen Berufsgruppen wurden für den gesamten Betreuungszeitraum addiert, um für jede Fachdisziplin eine Gesamtbetreuungszeit für den Patienten über den Aufenthalt hinweg zu erhalten.

2.3 Datenanalyse

Deskriptive Analyse

Es erfolgte zunächst die deskriptive Analyse der patienten-, krankheits- und versorgungsassoziierten Charakteristika, der erhobenen Symptomlast, sowie der extrahierten Versorgungsumfänge.

Eingeschlossen in die statistische Analyse des Versorgungsumfangs psychosozialer Unterstützung wurden hierbei all jene Patienten, die eine entsprechende Betreuung durch die jeweiligen Fachdisziplinen, das heißt mehr als 0 Minuten Betreuungsumfang pro Tag, erhalten haben. Hierbei wurde die tägliche Betreuungszeit in Relation zur Zahl der Aufenthaltstage berechnet und dann als Ausgangspunkt der weiteren Analysen genutzt. Somit wurde ein jeweils mittlerer Versorgungsumfang pro Tag durch die jeweilige Berufsgruppe extrahiert.

Prüfung auf Einflussfaktoren

Es erfolgte daraufhin die Untersuchung möglicher Einflussfaktoren (Prädiktoren) auf die psychosozialen Versorgungsumfänge in Bezug auf die einzelnen Berufsgruppen in Unterteilung zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgungsangebote.

Als Analysemethode wurde hierfür eine multivariate lineare Regressionsanalyse durchgeführt, bei der in Form einer Rückwärtsselektion schrittweise diejenige unabhängige Variable eliminiert wurde, welche die kleinste partielle Korrelation mit der jeweils abhängigen Variablen aufweist, bis entweder keine Variablen mehr im Modell vorhanden waren oder keine die verwendeten Ausschlusskriterien erfüllte.

Abhängige Variable war im vorliegenden Fall jeweils der Versorgungsumfang in Minuten pro Tag der verschiedenen Versorgungsangebote:

Die generelle psychosoziale Versorgung durch Ärzte und Pflegepersonal im Rahmen von Patienten- bzw. Angehörigengespräche, sowie die spezialisierte Versorgung durch Psychologen, Musik- und Kunsttherapeuten, soziale (durch Sozialarbeiter) und spirituelle (durch Krankenhausseelsorger gewährleistete) Versorgung der Patienten.

Unabhängige Variablen waren jeweils das Alter, das Geschlecht, die Partnerschaftssituation, die Liegedauer auf der Palliativstation, das Versterben auf der Palliativstation oder außerhalb, der ECOG-Status des Patienten, sowie die im Rahmen des palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) erhobenen Symptome und psychosoziale Belastung.

Bei untereinander stark korrelierenden unabhängigen Variablen wurde ab einem Korrelationskoeffizienten nach Pearson $r \geq 0,05$ auf Basis inhaltlicher Überlegungen eine Entscheidung bezüglich des Verbleibs einer der jeweils beiden Variablen im Regressionsmodell getroffen. Für die danach verbliebenen Variablen erfolgte eine zusätzliche Multikollinearitätsdiagnostik in Bezug auf Tolerance Values ($TV < 0,6$) und Varianzinflationsfaktor ($VIF < 0,6$).

Signifikante Variablen wurden sodann in die Regressionsanalyse inkludiert. Die Korrelationstestung erfolgte in allen folgenden Regressionschritten.

Zur Überprüfung der Signifikanz des jeweiligen Regressionsmodells wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, wobei alle Signifikanztestungen auf einem Level von 0,05 durchgeführt wurden.

Alle gewonnenen Daten wurden in einer Microsoft Excel Datenbank (Version 8.0 für Windows) dokumentiert. Die statistische Aufarbeitung und Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 20.0, (IBM USA).

3. Ergebnisse

Insgesamt konnten für 428 Patienten vollständige Datensätze erhoben werden. Bei 27 Patienten lag nur ein partieller Datensatz vor, sodass sie in die Auswertung nicht mit einbezogen wurden. Dies entspricht einem Auswertungsumfang von 94% aller Patientenaufenthalte im Studienzeitraum.

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Soziodemographische Daten

Im Durchschnitt waren die Patienten bei Aufnahme 66 Jahre alt, der Altersmedian betrug 67 Jahre (Range: 19 – 97 Jahre). Die Geschlechterverteilung ergab einen Anteil von 198 weiblichen (46%) und 230 männlichen (54%) Patienten. 276 der Patienten (65%) hatten zum Zeitpunkt des Aufenthaltes auf der Palliativstation einen festen Lebenspartner, 135 Patienten (32%) gaben an, keinen Partner zu haben. 228 (53%) Patienten hatten ein oder mehrere Kinder. 107 (25%) hatten kein Kind. Bei 93 Patienten (22%) war nicht bekannt bzw. ermittelbar, ob Kinder vorhanden sind (Tab. 1).

Tabelle 1 : Soziodemographische Daten der Patienten

Soziodemographische Daten der Patienten (n=428)		Patienten (% von 428)
Geschlecht	Männlich	230 (54%)
	Weiblich	198 (46%)
Familienstand	Partner	276 (65%)
	Kein Partner	135 (32%)
	Nicht bekannt	17 (3%)
Kinder	Ein oder mehrere Kinder	228 (53%)
	Kein Kind	107 (25%)
	Nicht bekannt	93 (22%)

3.1.2 Krankheitsassoziierte Daten

Grunderkrankungen

An einer Tumorerkrankung litten 345 (81%) der Patienten. Der größte Anteil waren hier 103 Patienten (24%) mit einem Bronchialkarzinom als Grunderkrankung. 62 Patienten (14%) hatten einen gastrointestinalen/hepatobiliären Tumor, 47 (11%) einen urogenitalen oder Nierentumor. Es wurden 83 Patienten (19%) mit nichtonkologischen Erkrankungen ermittelt. Hierzu gehörten auch alle Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, die keiner neoplastischen Erkrankung zugeordnet werden konnten (Tab. 2).

Tabelle 2 : Grunderkrankung der Patienten

Grunderkrankung der Patienten (N=428)		
	Patienten	Anteil
Bronchialtumor	103	24 %
Gastroint. / hepatobiliärer Tumor	62	14 %
Urogenitaler Tumor	47	11 %
Hämatologisches Malignom	40	9 %
Gynäkologischer Tumor	31	7 %
Pankreastumor	25	6%
Hirntumor	26	6%
Endokriner Tumor	9	2%
Nichttumor-Erkrankung	83	19%
	428	100

Nebenerkrankungen

Insgesamt 192 Patienten (42%) hatten eine und 153 (34%) hatten zwei Nebenerkrankungen. 49 (11%) hatten keine, dagegen 46 (10%) drei und vier Patienten (1%) hatten vier Nebenerkrankungen.

Die Verteilung der im Kollektiv vorliegenden (zum Teil mehrfachen) Nebenerkrankungen wurde hierbei mit 219 Patienten (33%) dominiert von Erkrankungen kardiovaskulärer Genese. Insgesamt 116 Patienten (18%) litten an stoffwechsel- oder endokrin bedingten Störungen, 77 (12%) der Nebenerkrankungen waren respiratorischer Art, 72 Patienten (11%) hatten eine nicht näher kategorisierte andere Erkrankung, 69 Patienten (10%) litten unter einer Suchterkrankung. Insgesamt 40 Patienten (6%) hatten eine neurologische, 36 (5%) eine psychogene und 27 (4%) eine andere Tumorerkrankung. Vier Patienten (1%) hatten eine Nebenerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis.

Tabelle 3 : Nebenerkrankung der Patienten

Nebenerkrankung der Patienten auf der Palliativstation (Mehrfachangaben möglich), (N=660)		
	Nebenerkrankungen	Anteil an allen registrierten Nebenerkrankungen
Kardiovaskulär	219	33 %
Stoffwechsel	116	18 %
Respiratorisch	77	12 %
Suchterkrankung	69	10 %
Neurologisch	40	6%
Psychogen	36	5%
Weitere Tumorerkrankung	27	4%
Rheumatologisch	4	1%
Nicht näher kategorisiert	72	11%
	660	100

3.1.3 Versorgungsassoziierte Daten

Versorgungssituation vor Aufnahme

Die Frage nach der Versorgungssituation, bevor der Patient auf die Palliativstation übernommen wurde, lieferte folgende Ergebnisse:

Zunächst wurde ermittelt, wie die Wohnsituation eines jeden Patienten generell vor Aufnahme in ein Krankenhaus war. Hier zeigte sich, dass der Großteil der Patienten (395 Patienten, 89%) zuhause wohnte, bzw. dort versorgt wurden. Bei 22 Patienten (5%) war die Versorgungssituation nicht ermittelbar, 18 Patienten (4%) kamen aus einem Pflegeheim und 9 Patienten (2%) aus einem Umfeld des betreuten Wohnens.

Eine zweite Auswertung sollte klären, welche Stationen der Patient evtl. bis zur Aufnahme auf die Palliativstation durchlaufen hatte. Jeweils 111 Patienten (25%) wurden direkt aus der Zentralen Notaufnahme oder von anderen klinischen Stationen zugeführt. 93 Patienten (21%) kamen von einer onkologischen Station. 80 Patienten (18%) sind aus dem häuslichen Umfeld bzw. einer Pflegeeinrichtung ohne Aufnahme auf einer anderen klinischen Station aufgenommen worden. Jeweils 18 Patienten (4%) stammten von der Intensivstation oder einem externen Krankenhaus und bei 13 Patienten (3%) konnte der vorherige Aufenthalt nicht geklärt werden.

Dauer des Aufenthaltes

Es wurde bei allen stationär versorgten Patienten die Aufenthaltsdauer auf der Palliativstation ermittelt. Bei Patienten, die noch am Tag der Aufnahme verstorben sind, wurde die Anzahl der Betreuungstage mit Null angegeben.

Hierbei ergibt sich folgendes Bild: Im Zeitraum zwischen dem 01.11.2011 bis zum 31.10.2012 verbrachte ein aufgenommener Patient durchschnittlich 9 Tage auf der Palliativstation (Range: 0-33 Tage).

Insgesamt hatte die Palliativstation in diesem Zeitraum ein Versorgungsvolumen von 3740 Betreuungstagen.

Ende der Versorgung auf der Palliativstation

Im Zeitraum vom 01.11.2011 bis zum 31.10.2012 sind von 428 betreuten Patienten 210 (49%) auf der Palliativstation verstorben. 218 Patienten (51%) konnten die Palliativstation wieder verlassen, um einer anderen Versorgungsumgebung zugeführt zu werden.

Von den 218 Patienten, die die Palliativstation verlassen haben, konnten 128 Patienten (30%) nach Hause entlassen werden. 56 Patienten (13%) sind in ein Hospiz, 21 Patienten (5%) auf eine andere Station und 13 Patienten (3%) in ein Pflegeheim verlegt worden.

Tabelle 4 : Stationäres Versterben bzw. poststationäre Versorgung

Stationäres Sterben und poststationäre Versorgung der Patienten (N=428)

	Patienten	Anteil
Auf der Station verstorben	210	49 %
Nach Hause entlassen	128	30 %
In ein Hospiz verlegt	56	13 %
Verlegung auf andere Station	21	5 %
Verlegung in Pflegeheim	13	3 %
	428	100

3.2 Psychosoziale Belastung

Bei der Neuaufnahme eines palliativ zu betreuenden Patienten im UKE wird ein palliativmedizinisches Basisassessment zur Ermittlung der Symptomlast erhoben (siehe 2.4). Die Ermittlung der Daten aus den Assessment-Bögen konnte bei 428 Patienten gelingen (Tab. 5).

Es fiel auf, dass 70% der Patienten mit einem ECOG-Status 3 oder 4 eingestuft waren, d.h. sich selber nur unzureichend selbst versorgen konnten, bzw. vollständig pflegebedürftig waren. Die am meisten genannten Symptome mittlerer oder schwerer Intensität in unserem Kollektiv waren im Rahmen des Basisassessments:

Schwäche (96%/408 Patienten), Hilfe bei Aktivitäten (87%/369 Patienten), Appetitmangel (83%/356 Patienten) und Schwierigkeiten bei der Organisation des Umfeldes (83%/355 Patienten). (Tab. 5)

Tabelle 5 : Basisassessment und Symptomlast

Basisassessment / Symptomlast	Intensität	Patienten (Anteil) n (%)
ECOG-Status	Eins	17 (4%)
	Zwei	109 (26%)
	Drei	194 (45%)
	Vier	108 (25%)
Schmerzen	Keine	56 (13%)
	Leicht	70 (16%)
	Mittel	137 (32%)
	Stark	164 (38%)
Übelkeit	Keine	100 (23%)
	Leicht	166 (39%)
	Mittel	83 (19%)
	Stark	78 (18%)
Erbrechen	Kein	178 (42%)
	Leicht	122 (29%)
	Mittel	68 (16%)

Basisassessment / Symptomlast	Intensität	Patienten (Anteil) n (%)
	Stark	59 (14%)
Luftnot	Keine	88 (21%)
	Leicht	114 (27%)
	Mittel	107 (25%)
	Stark	118 (28%)
Verstopfung	Keine	111 (26%)
	Leicht	124 (29%)
	Mittel	122 (29%)
	Stark	70 (16%)
Schwäche	Keine	5 (1%)
	Leicht	14 (3%)
	Mittel	80 (19%)
	Stark	328 (77%)
Appetitmangel	Kein	13 (3%)
	Leicht	58 (14%)
	Mittel	112 (26%)
	Stark	244 (57%)
Müdigkeit	Keine	8 (2%)
	Leicht	76 (13%)
	Mittel	153 (36%)
	Stark	190 (45%)
Wunden / Dekubitus	Keine	321 (75%)
	Wunden vorhanden	106 (25%)
Hilfsbedarf bei Aktivitäten des Alltags	Kein	12 (3%)
	Leicht	46 (11%)
	Mittel	119 (28%)
	Stark	250 (59%)
Depressivität	Keine	62 (15%)
	Leicht	183 (43%)
	Mittel	126 (30%)
	Stark	56 (13%)
Anspannung	Kein	12 (3%)

Basisassessment / Symptomlast	Intensität	Patienten (Anteil) n (%)
	Leicht	92 (22%)
	Mittel	169 (40%)
	Stark	154 (36%)
Desorientiertheit	Keine	240 (56%)
	Leicht	81 (19%)
	Mittel	51 (12%)
	Stark	55 (13%)
Organisation Umfeld	Kein	24 (6%)
	Leicht	48 (11%)
	Mittel	118 (28%)
	Stark	237 (55%)
Überforderung Angehöriger	Kein	32 (8%)
	Leicht	42 (10%)
	Mittel	138 (32%)
	Stark	215 (50%)
Diarrhoe	Keine	288 (67%)
	Leicht	78 (18%)
	Mittel	33 (8%)
	Stark	28 (7%)
Angst	Keine	34 (8%)
	Leicht	132 (31%)
	Mittel	165 (39%)
	Stark	96 (22%)
Schlafstörungen	Keine	73 (17%)
	Leicht	175 (41%)
	Mittel	121 (28%)
	Stark	58 (14%)
Mundtrockenheit	Keine	89 (21%)
	Leicht	87 (20%)
	Mittel	128 (30%)
	Stark	123 (29%)

3.3 Psychosoziale Versorgung

Erfasst und ausgewertet wurden der psychosoziale Versorgungsumfang in Minuten pro Tag von insgesamt 428 Patienten, zu denen ein vollständiger Datensatz ihrer Betreuungszeiten vorlag. Darüber hinaus lagen bei 27 Patienten keine vollständigen Daten vor, sodass diese nicht in die Erhebung inkludiert wurden. Erfasst wurde die Dauer von allgemeiner psychosozialer Versorgung in Form von direktem Patienten- bzw. Angehörigengespräch durch Ärzte und Pflegekräfte der Station, sowie die Zeiten der speziellen psychosozialen Versorgung, die durch Fachkräfte aus den Bereichen Psychologie / Psychoonkologie, Musik- und Kunsttherapie (die ebenfalls psychologische Unterstützung anbieten), Sozialarbeit und Seelsorge geleistet wurden. Die Auswertung der Unterstützungszeiten erfolgte für die jeweilige Fachdisziplin in Minuten pro Aufenthaltstag auf der Palliativstation für jeden Patienten. Hierdurch wurde auch dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass die jeweilige Aufenthaltsdauer der Patienten auf der Palliativstation differierte. So wurde eine direkte Vergleichbarkeit der Unterstützungsumfänge möglich (Tab. 6).

Tabelle 6 : Psychosoziale Versorgung der Patienten

Psychosoziale Versorgung pro Patient in Minuten pro Aufenthaltstag (N=428)				
	Mittelwert (SD)	Median	Range	
			min	max
Allgemeine psychosoziale Versorgung				
Patientengespräch	55,8 (22.1)	53,3	3,3	156,3
Angehörigengespräch	25,0 (24.6)	17,4	0,3	180,0
Spezialisierte Psychosoziale Versorgung				
Psychologen, Musik- & Kunsttherapie	15,4 (12,7)	11,6	0,9	80,0
Sozialarbeit	5,9 (6,5)	3,8	0,5	60,0
Seelsorge	5,0 (7,6)	2,7	0,6	90,0

Ein großer Teil der psychosozialen Unterstützung wurde von Seiten der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Station geleistet. Auf das direkte Patientengespräch fielen im Schnitt 55,8 Minuten (Median 53,3, SD 22,1) pro Tag, auf das Angehörigengespräch 25,0 Minuten (Median 17,4, SD 24,6). Das ergibt eine Unterstützungszeit von durchschnittlich 80,8 Minuten am Tag, die durch Ärzte und Pflegekräfte geleistet wurden.

Dem gegenüber stehen Unterstützungszeiten der spezialisierten psychosozialen Versorgung von durchschnittlich insgesamt 26,3 Minuten pro Tag in Form von Psychologen, Musik- und Kunsttherapie mit 15,4 Minuten (Median 11,6, SD 12,7), Sozialarbeit mit 5,9 Minuten (Median 3,8, SD 6,5) und Seelsorge mit 5,0 Minuten (Median 2,7, SD 7,6).

3.4 Einflussfaktoren auf den Umfang psychosozialer Versorgung

Im Folgenden sollen Einflussfaktoren der Nutzung von psychosozialer Versorgung der Patienten in palliativer Versorgungssituation analysiert werden. Im Einzelnen wurde untersucht, ob individuelle Patientenattribute als Prädiktoren für den Umfang der Nutzung eines bestimmten Unterstützungsangebots fungieren.

Einflussfaktoren auf den Umfang des Patientengesprächs

Bei einem Durbin Watson Wert von 1,947 kann von unabhängigen Fehlerwerten ausgegangen werden. Im Zuge der Testung von Interkorrelationen und Multikollinearitäten wurden bivariate Korrelationen zwischen den Variablen Hilfsbedarf und ECOG, Erbrechen und Übelkeit, sowie Angst und Anspannung detektiert. Aus diesem Grund wurden die Hilfsbedarf, Anspannung und Erbrechen nicht für die weitere Analyse berücksichtigt. Abhängige Variable war das Patientengespräch (durch Ärzte und Pflegekräfte) in Minuten pro Tag bei $n=428$.

Das finale Regressionsmodell ist statistisch signifikant mit $F(3,405)=15,394$ und $p \leq 0,001$. Bei der Erhebung des Bestimmtheitsmaßes des Modells wurden $R^2=0,102$ und unter Berücksichtigung der Stichprobengröße das angepasste $R^2=0,096$ bestimmt.

Das Modell erklärt somit 9,6% der Varianz in Bezug auf die abhängige Variable Dauer des Patientengesprächs in Minuten pro Tag. Die Effektstärke f nach Cohen beträgt 0,326, was einem mittleren Effekt entspricht.

Mit kürzerer Liegedauer, geringerer Müdigkeit und höherer Symptomlast in Form von Schlafstörungen steigt der Umfang an Patientengespräch pro Tag signifikant an (Tabelle 7).

Tabelle 7 : Einfluss auf den Umfang des Patientengesprächs

Einfluss auf den Umfang des Patientengesprächs (finales Modell der Regression)						
Einflussfaktoren	β	Standard- fehler	95%- Konfidenz- intervall		Standardisiertes β	Signifikanz (p)
Liegedauer in Tagen	-0,983	0,173	-1,323	-0,644	-0,269	<0,001
Müdigkeit	-3,389	1,307	-5,958	-0,821	-0,123	0,010
Schlafstörungen	3,592	1,137	1,357	5,826	0,150	0,002

Abhängige Variable : Patientengespräch in Minuten pro Tag (n=428); Toleranzwerte: Liegedauer in Tagen: 0,996, Müdigkeit: 0,980, Schlafstörung: 0,984. Varianzinflationswerte (VIF): Liegedauer in Tagen: 1,004, Müdigkeit: 1,020, Schlafstörung: 1,016.

Einflussfaktoren auf den Umfang des Angehörigengesprächs

Bei einem Durbin Watson Wert von 1,912 kann von unabhängigen Fehlerwerten ausgegangen werden. Im Zuge der Testung von Multikollinearitäten wurden bivariate Korrelationen zwischen den Variablen Hilfsbedarf und ECOG, Erbrechen und Übelkeit, sowie Angst und Anspannung detektiert. Die Variablen Hilfsbedarf, Erbrechen und Angst wurden in der Analyse deswegen nicht weiter berücksichtigt. Abhängige Variable war das Angehörigengespräch (durch Ärzte und Pflegekräfte) in Minuten pro Tag bei $n=428$.

Das finale Regressionsmodell ist statistisch signifikant mit $F(5,357)=37,542$ und $p \leq 0,001$. Bei der Erhebung des Bestimmtheitsmaßes des Modells wurden $R^2=0,345$ und unter Berücksichtigung der Stichprobengröße das angepasste $R^2 = 0,335$ bestimmt.

Das Modell erklärt somit 33,5% der Varianz in Bezug auf die abhängige Variable Angehörigengespräch. Die Effektstärke f nach Cohen beträgt 0,710, was einem starken Effekt entspricht.

Mit geringerer Liegedauer, in Partnerschaft lebend, sowie einem hohen ECOG-Status und bei Tod des Patienten auf der Palliativstation steigt der Umfang an Angehörigengespräch signifikant an (Tabelle 8).

Tabelle 8 : Einfluss auf den Umfang des Angehörigengesprächs

Einfluss auf den Umfang des Angehörigengesprächs
(finales Modell der Regression, n=428)

Einflussfaktoren	β	Standard- fehler	Konfidenz- intervall		Stand. β	Sign. (p)
Alter	-0,154	0,079	-0,310	0,002	-0,084	0,053
Partnerschaft	-7,716	2,301	-12,242	-3,190	-0,144	0,001
Liegedauer	-1,047	0,190	-1,420	-0,674	-0,258	<0,001
Patient auf Station verstorben	-16,868	2,341	-21,473	-12,264	-0,343	<0,001
ECOG-Status	4,814	1,428	2,006	7,662	0,154	0,001

Abhängige Variable : Angehörigengespräch (n=428); Toleranzwerte: Auf Station verstorben 0,810 – Partnerschaft 0,997; Varianzinflationswerte Partnerschaft 1,003 – Auf Station verstorben 1,234.

Einflussfaktoren auf den Umfang der spezialisierten Versorgung durch Psychologie, Kunst- und Musiktherapie

Bei einem Durbin Watson Wert von 1,632 kann von unabhängigen Fehlerwerten ausgegangen werden. Im Zuge der Testung von Multikollinearitäten wurden bivariate Korrelationen zwischen den Variablen Hilfsbedarf und ECOG, Erbrechen und Übelkeit, Angst und Anspannung, Depressivität und Anspannung detektiert. Für die folgende Regressionsanalyse wurden die Variablen Hilfsbedarf, Anspannung, Angst und Erbrechen deswegen nicht berücksichtigt. Abhängige Variable war die Betreuung in Form von Psychologie, Musik- und Kunsttherapie in Minuten pro Tag bei $n=428$.

Das finale Regressionsmodell ist statistisch signifikant mit $F(3,339)=20,171$ und $p \leq 0,001$. Bei der Erhebung des Bestimmtheitsmaßes des Modells wurden $R^2=0,151$ und unter Berücksichtigung der Stichprobengröße das angepasste $R^2=0,144$ bestimmt. Das Modell erklärt somit 14,4% der Varianz in Bezug auf die abhängige Variable Dauer der Betreuung durch Psychologie, Kunst- und Musiktherapie in Minuten pro Tag.

Die Effektstärke f nach Cohen beträgt 0,422, was einem starken Effekt entspricht

Mit geringerem Alter, einer geringeren Liegedauer in Tagen, sowie bei Versterben auf Station steigt der Umfang an Versorgung in Form von Psychologie, Musik- und Kunsttherapie pro Tag signifikant an (Tabelle 9).

Tabelle 9 : Einfluss auf den Umfang von Psychologie, Kunst- und Musiktherapie

Einfluss auf den Umfang von Psychologie, Musik- und Kunsttherapie (finales Modell der Regression)						
Einflussfaktoren	β	Standard- fehler	95%- Konfidenz- intervall		Standardisiertes β	Signifikanz (p)
Alter in Jahren	-0,101	0,048	-0,197	-0,006	-0,105	0,037
Liegedauer in tagen	-0,670	0,115	-0,696	-0,444	-0,308	<0,001
Patient ist auf Station verstorben	-3,799	1,352	-6,457	-1,140	-0,149	0,005

Abhängige Variable: Psychologie, Musik- und Kunsttherapie (n=428); Toleranzwerte: Alter in Jahren: 0,991, Liegedauer in Tagen 0,699, Patient ist auf Station verstorben: 0,892. Varianzinflationswerte (VIF): Alter in Jahren: 1,009, Liegedauer in Tagen: 1,113, Patient ist auf Station verstorben: 1,121.

Einflussfaktoren auf den Umfang der Sozialarbeit

Bei einem Durbin Watson Wert von 1,733 kann von unabhängigen Fehlerwerten ausgegangen werden. Im Zuge der Testung von Multikollinearitäten wurden bivariate Korrelationen zwischen den Variablen Hilfsbedarf und ECOG, Erbrechen und Übelkeit, Angst und Anspannung, sowie Depressivität und Anspannung detektiert. Für die folgende Regressionsanalyse wurden die Variablen Hilfsbedarf, Anspannung, Erbrechen, sowie aus theoretischen Überlegungen Überforderung Angehöriger nicht für die weitere Analyse berücksichtigt. Abhängige Variable war die Sozialarbeit in Minuten pro Tag bei $n=428$.

Das finale Regressionsmodell ist statistisch signifikant mit $F(3,243)=9,657$ und $p \leq 0,001$. Bei der Erhebung des Bestimmtheitsmaßes des Modells wurden $R^2=0,107$ und unter Berücksichtigung der Stichprobengröße das angepasste $R^2=0,095$ bestimmt.

Das Modell erklärt somit 9,5% der Varianz in Bezug auf die abhängige Variable Dauer der Sozialarbeit in Minuten pro Tag. Die Effektstärke f nach Cohen beträgt 0,346, was einem mittleren Effekt entspricht.

Mit geringerer Liegedauer steigt der Umfang an Sozialarbeit pro Tag signifikant an (Tabelle 10).

Tabelle 10 : Einfluss auf den Umfang von Sozialarbeit

Einfluss auf den Umfang von Sozialarbeit (finales Modell der Regression)						
Einflussfaktoren	β	Standard- fehler	95%- Konfidenz- intervall		Standardisiertes β	Signifikanz (p)
Liegedauer in Tagen	-0,357	0,069	-0,494	-0,220	-0,316	<0,001
Schmerzen	-0,752	0,401	-1,541	0,037	-0,118	0,062
Schlafstörungen	0,746	0,438	-0,117	1,610	0,106	0,090

Abhängige Variable : Sozialarbeit (n=428); Toleranzwerte: Liegedauer in Tagen: 0,969, Schmerzen: 0,929, Schlafstörungen: 0,955. Varianzinflationswerte (VIF): Liegedauer in Tagen: 1,032, Schmerzen: 1,077, Schlafstörungen: 1,047.

Einflussfaktoren auf den Umfang der Seelsorge

Abhängige Variable war die Nutzungsdauer von Seelsorge in Minuten pro Tag pro Patient. Die Voraussetzungen der multiplen linearen Regressionsanalyse wurden getestet. Die Fehlerwerte folgen annähernd einer Normalverteilung (Histogramm und Diagramm siehe Anhang).

Bei einem Durbin Watson Wert von 1,532 kann von unabhängigen Fehlerwerten ausgegangen werden. Im Zuge der Testung von Multikollinearitäten wurden bivariate Korrelationen zwischen den Variablen Hilfsbedarf und ECOG, Erbrechen und Übelkeit, Angst und Anspannung, sowie Depressivität und Anspannung detektiert. Für die folgende Regressionsanalyse wurden die Variablen Hilfsbedarf, Anspannung, Angst und Erbrechen, sowie aus theoretischen Überlegungen Überforderung Angehöriger nicht für die weitere Analyse berücksichtigt. Abhängige Variable war die Seelsorge in Minuten pro Tag bei $n=428$.

Das finale Regressionsmodell ist statistisch signifikant mit $F(2,243)=16.959$ und $p \leq .001$. Bei der Erhebung des Bestimmtheitsmaßes des Modells wurden $R^2=0,122$ und unter Berücksichtigung der Stichprobengröße das angepasste $R^2=0,115$ bestimmt. Das Modell erklärt somit 11,5% der Varianz in Bezug auf die abhängige Variable Dauer der Seelsorge in Minuten pro Tag. Die Effektstärke f nach Cohen beträgt 0,373, was einem starken Effekt entspricht.

Mit geringerer Liegedauer, sowie bei Versterben auf Station steigt der Umfang von Seelsorge pro Tag **signifikant an** (Tabelle 11).

Tabelle 11 : Einfluss auf die Dauer von Seelsorge

Einfluss auf die Dauer von Seelsorge (finales Modell der Regression)						
Einflussfaktoren	β	Standard- fehler	95%- Konfidenz- intervall		Standardisiertes β	Signifikanz (p)
Liegedauer in Tagen	-0,355	0,082	-0,518	-0,193	-0,270	<0,001
Patient ist auf Station verstorben	-2,477	0,962	-4,371	-0,583	-0,161	0,011

Abhängige Variable: Seelsorge (n=428); Toleranzwerte: Liegedauer in Tagen: 0,925, Patient ist auf Station verstorben: 0,925. Varianzinflationswerte (VIF): Liegedauer in Tagen: 1,081, Patient ist auf Station verstorben: 1,081.

3.4.1 Zusammenfassung der Einflussfaktoren

In allen Fällen zeigt sich eine geringe Liegedauer in Tagen als Prädiktor für einen steigenden Umfang der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung im vorliegenden Kollektiv.

Bei weniger Müdigkeit und mehr Schlafstörungen steigt der Umfang an Patientengespräch.

Bei geringerer Liegedauer, in Partnerschaft lebend, sowie einem hohen ECOG-Status und bei Tod des Patienten auf der Palliativstation steigt der Umfang an Angehörigengespräch.

Mit geringerem Alter, einer geringeren Liegedauer in Tagen, sowie bei Versterben auf Station steigt der Umfang an Versorgung in Form von Psychologie, Musik- und Kunsttherapie.

bei Versterben auf Station steigt der Umfang von Seelsorge pro Tag.

4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit erfolgte eine quantitative Erfassung soziodemographischer, krankheits- und versorgungsassoziierter Patientencharakteristika sowie der allgemeinen und spezialisierten psychosozialen Versorgung von 428 Patienten während ihres Aufenthaltes auf der Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Zeitraum vom 01.11.2011 bis zum 31.10.2012.

Die bisherige systematische Datenlage zu Patientencharakteristika auf Palliativstationen ist gering, eine detaillierte Aufstellung von soziodemographischen, krankheits- und versorgungsassozierten Patientencharakteristika eines größeren Kollektivs ebenfalls. Die Erhebung psychosozialer Versorgungsumfänge war in der Literatur nicht zu eruieren, sodass diese vorliegende Arbeit erstmals systematische Zahlen dazu liefern kann.

Die Geschlechterverteilung auf der Palliativstation war mit 230 männlichen Patienten (54%) und 198 weiblichen Patienten (46%) ausgeglichen. 345 Patienten (81%) litten an einer neoplastischen Erkrankung, die im Geschlechtervergleich von männlichen Patienten moderat dominiert werden: 2012 erkrankten in Deutschland insgesamt etwa 482.500 Menschen an einer neoplastischen Erkrankung, wovon ca. 47% (229.900) Frauen und 53% (252.600) Männer waren (Deutsches Krebsregister, 2017), was so insgesamt zur leichten quantitativen Dominanz der männlichen Patienten auf der Palliativstation beitragen könnte.

Zwei Drittel (65%) aller in dieser Studie eingeschlossenen Patienten hatten einen festen Partner und mehr als die Hälfte (53%) ein oder mehrere Kinder. Hier stellt sich die Frage ob Patienten, die ein familiäres Betreuungsumfeld haben, einen leichteren Zugang zu einer stationären Palliativversorgung erhalten. Erklärbar wäre dies eventuell durch ein familiäres Bestreben einer möglichst umfassenden Betreuung des erkrankten Angehörigen.

Der überwiegende Teil der Erkrankten auf der Palliativstation litt an einer Krebserkrankung (81%/345 Pat.). Viele Patienten (33%/219 Pat.) litten zudem zusätzlich unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Neoplastische und kardiovaskuläre Erkrankungen gehören seit Jahren zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland, daher ist dieses Merkmal bei einem Patientenkollektiv auf einer Palliativstation zu erwarten, zumal ein Großteil der Krebserkrankungen häufig einen langsam progredienten Prozess darstellt, der sicher ein längeres Behandlungs- und Betreuungskonzept verlangt als andere, akuter verlaufende Erkrankungen, sodass die Fragestellung einer professionellen Palliativversorgung bei Krebserkrankten vermutlich eher gestellt wird.

Vor Aufnahme in die klinische Versorgung eines Krankenhauses wohnten 89% (395 Patienten) zuhause, bzw. wurden dort betreut. Nur 6% der Patienten auf der Palliativstation im Zeitraum des Untersuchungsjahres kamen aus Pflegeheimen bzw. einem betreuten Wohnen. Es stellt sich die Frage, ob Patienten, die sich bereits in einer Form der Betreuung (Pflegeheim, betreutes Wohnen) weniger schnellen Zugang zur stationären (auch palliativen) Versorgung haben. Eventuell aus einer Überlegung heraus, sie seien ja bereits „versorgt“?

Ein Patient verbrachte im Durchschnitt neun Tage auf der Palliativstation, in deren Anschluss ca. die Hälfte (51%, 218 Patienten) in eine andere Versorgungsumgebung entlassen werden konnte.

Diese Zahlen decken sich im Vergleich mit anderen Institutionen in Deutschland. So wurde für die Palliativstation des Klinikums Großhadern in einer Befragung von 2009 ebenfalls eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von neun Tagen auf der berichtet sowie die Entlassung etwa der Hälfte aller Patienten in eine fortführende Institution (Schlemmer M, 2009).

Auch die Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz gibt an, etwa die Hälfte ihrer Patienten im Verlauf von der Palliativstation entlassen zu können (Meinert M, Caputo R, Universitätsmedizin Mainz, 2018).

4.1 Psychosoziale Belastung

In der Auswertung der Symptomlast der Patienten fiel auf, dass 70% (302) der Patienten mit einem ECOG-Status 3 oder 4 eingestuft waren, d.h. sich selber nur unzureichend selbst versorgen konnten bzw. vollständig pflegebedürftig waren, was nachvollziehbar erscheint, wenn man die generelle Notwendigkeit zur Versorgung auf einer Palliativstation betrachtet.

Die am meisten genannten Symptome mittlerer oder schwerer Intensität in unserem Kollektiv waren im Rahmen des Basisassessments:

Schwäche (96%/408 Patienten), Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens (87%/369 Patienten), Appetitmangel (83%/356 Patienten) und Schwierigkeiten bei der Organisation des Umfeldes (83%/355 Patienten).

Ein Vergleich des vorliegenden Kollektivs mit der Datenbank der Hospiz- und Palliativ-Erfassung HOPE aus dem Jahr 2017 zeigt deutliche Parallelen zu anderen palliativen Versorgungseinrichtungen, die in dieser Datenbank kumuliert werden:

Die Datenbank HOPE führt im Jahr 2017 bei insg. 842 Patientendokumentationen die Symptome Schwäche (77%), Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens (77%), Müdigkeit (67%) und Appetitmangel (64%) als die wichtigsten Symptome im Rahmen des erfassten palliativmedizinischen Basisassessments (HOPE-Bericht 2017, CLARA Klinische Forschung Clinical Analysis, Research and Application, 2017).

Mehnert und Hartung kamen in ihren Erhebungen zur psychoonkologischen Versorgung 2015 zu dem Ergebnis, dass zu den „häufigen Problemen von Krebspatienten im längerfristigen Krankheitsverlauf chronische Schmerzen, krebsspezifische Fatigue, psychosoziale Belastungen sowie Einschränkungen der Selbstständigkeit, der Teilhabe an Arbeit und der Lebensqualität“ gehören (Mehnert & Hartung, 2015).

Singer et al. berichteten 2010 in einer Metaanalyse mit insg. 1448 tumorerkrankten Patienten, dass ein Drittel der Erkrankten in palliativer Erkrankungssituation an Störungen des mentalen Wohlbefindens leiden (Singer S, 2010) und Speck befasste sich 2016 in einer Übersichtsarbeit mit der psychosozialen und speziell kulturell-spirituellen Betreuung von Patienten in palliativer Erkrankungssituation und stellte heraus, dass es viele Patienten im Zuge ihrer Erkrankung begrüßen, wenn sich das

sie betreuende Personal mit über das Medizinische hinausgehenden Fragestellungen ihrer Kultur und ihres Glaubens befassen (Speck P, 2016).

4.2 Psychosoziale Versorgung

Allgemeine psychosoziale Versorgung

Im Rahmen der Auswertung der vorliegenden Studie wurde eindrücklich, wie wichtig eine allgemeine palliativmedizinische Versorgung bei aller Spezialisierungsoptionen zu sein scheint. Eindrücklich war hier die quantitative Dominanz des direkten Patientengesprächs, welches mit 55,8 Minuten (52%) pro Tag den größten Anteil an Unterstützung ausmachte. Auch das Gespräch mit Angehörigen, welches mit 25,0 Minuten (23%) pro Tag einen hohen Stellenwert einnimmt, zeigt die Wichtigkeit der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung in unserer Studie.

Damit nehmen das Patienten- und Angehörigengespräch, welches durch Pflegekräfte und Ärzte erfolgt, insgesamt 80,8 von 107,1 durchschnittlichen Minuten pro Tag ein, was einem Anteil von 75% der täglichen psychosozialen Versorgung eines Patienten in unserer Studie entspricht.

Dieses Ergebnis deckt sich inhaltlich mit den Eindrücken von Fan et al. In ihrer 2016 durchgeführten Studie mit 88 palliativmedizinischen Ärzten und Pflegekräften. Hier gaben die befragten Fachkräfte zu diesem Thema an, dass der Hauptteil der psychosozialen Arbeit mit ihren Patienten in palliativer Erkrankungssituation das Gespräch mit Patienten und Angehörigen durch sie selber darstellt (Fan SY, 2016), was jedoch nicht quantitativ erfasst wurde, sondern den Eindruck der behandelnden Fachkräfte wiedergibt.

Im Oktober 2016 evaluierten 31 Mitglieder der American Society of Clinical Oncology und der American Academy of Hospice and Palliative Medicine die ihrer Einschätzung nach wichtigsten Bestandteile der primären Palliativversorgung neben onkologisch-medizinischer Versorgung, die zu mehr Zufriedenheit bei Patienten und Versorgenden führen. Eine der größten Gewichtungen erhielt nach Einschätzung der Studienverantwortlichen die direkte Patientenkommunikation durch Pflegekräfte und Ärzte (Bickel E, 2016).

Die vorliegenden Ergebnisse einer ausgeprägten Wichtigkeit der allgemeinen Palliativversorgung legen konsequent eine notwendige qualitativ hochwertige Ausbildung für Pflegekräfte und Ärzte nahe, die den Ansprüchen dieser Aufgabe gerecht wird. Inwiefern sind Pflegekräfte und Ärzte dieser Anforderung bisher gewachsen, inwieweit werden Kommunikationsstrategien und Kenntnisse beherrscht, die der Komplexität einer kommunikativen Palliativversorgung gerecht werden? Systematische Studien sind hierzu nicht vorhanden und könnten zur Optimierung der pflegerischen und ärztlichen Ausbildung beitragen.

Spezialisierte psychosoziale Versorgung

Auch die weiterführende spezialisierte psychosoziale Versorgung der Patienten durch Psychologen, Musik- und Kunsttherapeuten, sowie Sozialarbeiter und Seelsorger macht mit 25% des Versorgungsumfangs einen sehr wichtigen Teil der palliativmedizinischen Betreuung in dem untersuchten Patientenkollektiv aus, wobei mit 14% der Versorgung die Betreuung durch Psychologen, Musik- und Kunsttherapeuten hier im Fokus steht.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass nicht jeder Patient aller verschiedenen Möglichkeiten einer speziellen palliativmedizinischen Versorgung im Verlauf seiner Erkrankung bedarf. Hier liegt die Frage nahe, mit welchen Methoden unterschieden werden kann, welcher Patient eine spezielle Palliativversorgung benötigt. Hier sind Screening Methoden zur psychosozialen Last der Patienten und weitere Forschung vonnöten, die eine schnelle Einschätzung zur optimalen Behandlung möglich machen.

4.3 Einflussfaktoren auf den Umfang psychosozialer Versorgung

Bei der Analyse der Einflussfaktoren (Prädiktoren) auf den Umfang verschiedener psychosozialer Versorgungsangebote fällt auf, dass eine geringe Liegedauer in Tagen stets ein positiver Prädiktor für einen hohen Umfang von allgemeiner und spezialisierter psychosozialer Versorgung ist. Dies ist prinzipiell durch den Sachverhalt erklärbar, dass bei kurzer Liegedauer der Patienten sehr viele klinische Fragestellungen und Probleme in kurzer Zeit durch die multiprofessionelle Betreuung bearbeitet werden.

Ferner interessant ist eine ganz grundlegende Überlegung zur Geschlechterverteilung in psychosozialen Versorgungsumfängen. Es existieren zahlreiche Hypothesen in Alltag und Wissenschaft, die sich mit der Frage befassen, ob und warum Frauen einen leichteren Zugang zu psychosozialen Kommunikationsangeboten finden.

Singer und Kollegen beschrieben 2011 den Sachverhalt, dass Frauen zwar im ambulanten Sektor einen größeren Teil der Ratsuchenden ausmachten, dies jedoch nicht auf die stationäre psychosoziale Versorgung übertragbar ist, wie ihre Studie aussagte, die sich auf Zahlen des Tumorregisters Leipzig und psychoonkologische Versorgungsdaten beruft. Demnach sei die Geschlechterverteilung in der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Gesprächen stationär quantitativ ausgewogen (Singer et al, 2011).

Die generelle Annahme, Frauen fänden einen leichteren Zugang zu psychosozialen Inhalten und könnten sich daher leichter Gesprächsangeboten „öffnen“, wird für die stationäre Versorgung palliativer Patienten auch in unserer Studie nicht bestätigt. Es finden sich im Untersuchungskollektiv geschlechterunabhängig die gleichen Versorgungsumfänge, was als durchweg positives Merkmal der Palliativversorgung im vorliegenden Kollektiv gedeutet werden kann, da es einen Hinweis auf geschlechterunabhängige psychosoziale Versorgung darstellt.

Der Faktor, ob ein Patient im Rahmen seines Aufenthaltes auf der Palliativstation verstorben ist, hatte Einfluss auf die Versorgungsumfänge von direktem Angehörigengespräch, der Versorgung durch Psychologen, Kunst- und Musiktherapeuten und durch Seelsorger.

Der bevorstehende Tod eines Menschen auf einer Palliativstation ist immer eine vulnerable Situation für den Patienten, alle an der Versorgung beteiligten und vor allem seine Angehörigen. So konnten Williams und Mc Corkle 2011 in einem Überblick über 19 Studien zeigen, dass die psychosoziale Belastung versorgender Angehöriger oft die des Patienten in fortgeschrittener Erkrankungssituation übersteigen (Williams AL, 2011)

Dies bestätigt den Ansatz von Palliativmedizin in Form von Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Um dieser Aufgabe und den hohen Anforderungen in diesem Kontext jedoch gerecht werden zu können, braucht es suffiziente Trainings aller Berufsgruppen.

Lebt ein Patient in Partnerschaft und weist zudem einen höheren ECOG-Status als Ausdruck hohen Hilfsbedarfes auf, so steigt der Umfang an Gespräch mit Angehörigen, was deutlich macht, diese zwingend in das Versorgungskonzept eines Schwerkranken miteinzubeziehen, was auch im Kontext der klinischen Implikation aus Sicht der Versorgenden sinnvoll erscheint.

Die sich andeutenden Prädiktoren für den psychosozialen Versorgungsumfang auf einer Palliativstation zeigen einen grundsätzlichen Forschungsbedarf und eine darüber hinaus gehende Notwendigkeit, Bedürfnisse von Palliativpatienten gezielt näher zu erforschen und zu beschreiben. Dies ist in dieser Arbeit nicht erfolgt und könnte zum besseren Verständnis einer individuellen psychosozialen Versorgung beitragen.

4.4 Limitationen der Arbeit

Bei aller wissenschaftlichen Sorgfalt ergeben sich dennoch methodische Kritikpunkte an Teilaspekten der Studie.

Generell bedingt das Studiendesign einer retrospektiven Auswertung die Problematik, dass Aussagen zum Kausalzusammenhang von beschriebenen Faktoren und deren Richtung limitiert sind.

Überdies erfolgte im Rahmen der Erhebung klinischer Routinedaten, die die Basis der vorliegenden Arbeit darstellen, keine Erfassung der psychosozialen Bedürfnisse der Patienten. In diesem Zusammenhang muss ferner berücksichtigt werden, dass deswegen keine Kenntnis vorliegt, ob ein Patient den Umfang seiner Versorgung selber eingefordert hat, so dass auch hier in letzter Konsequenz keine Aussage zu Bedürfnissen und gezieltem Einfordern der Versorgungsformen ausgegangen werden kann.

Insgesamt sollte bei der Betrachtung der unterschiedlichen Versorgungsumfänge zudem berücksichtigt werden, dass Ärzte und Pflegekräfte als Teil der permanent vertretenen Berufsgruppen auf einer Palliativstation vermutlich einen durch ihre ständige Anwesenheit bedingten leichteren Zugang zu den Patienten haben als die spezialisierten psychosozialen Berufsgruppen, was den Umfang, aber auch die Dokumentation quantitativer Betreuungsumfänge betrifft.

5. Schlussfolgerungen

Als bedeutende Erkenntnis der Studie ist im Rahmen der psychosozialen Versorgung die Wichtigkeit des direkten Gesprächs mit den Patienten und ihren Angehörigen durch Pflegekräfte und Ärzte hervorzuheben. In unserer Studie macht die Kommunikation einen sehr gewichtigen Teil der psychosozialen Versorgung aus, was konsekutiv die fundierte Ausbildung von Pflegekräften und Ärzten in dieser Fertigkeit fordert. Ärzte und Pflegekräfte brauchen gezielte Schulungen über Kommunikationsstrategien, der Anteil an diesbezüglicher Kompetenzen muss in den Ausbildungsinhalten vermehrt berücksichtigt werden.

Patienten scheinen im stationären Umfeld unabhängig ihres Geschlechts psychosoziale Versorgung in Anspruch zu nehmen, jedoch scheint ein Großteil der Patienten in stationärer Palliativversorgung in ein familiäres Umfeld eingebettet zu sein, was die Frage nach Entscheidungskausalitäten für oder gegen eine stationäre Palliativversorgung aufkommen lässt. Auch hier kann im Rahmen von Forschung untersucht werden, inwieweit familiäre Umgebung ausschlaggebend für die Versorgung von Schwerstkranken ist.

Das Begleiten im Sterbeprozess und der Umgang mit dem Tod bleibt auch eine Kernaufgabe der Palliativmedizin, die über pflegerische und ärztliche Kompetenzen unter anderem auf eine breite fachliche Expertise an Seelsorge zurückgreifen kann. Dies scheint bei Betrachtung der hohen Belastung durch Sterben und Tod auf einer Palliativstation ein wichtiger Aspekt zu sein. Ein frühes Einbeziehen von Seelsorgern und der fachliche Diskurs scheint ein wichtiger Baustein in einer guten Versorgung zu sein.

Die vorliegende Arbeit konnte Aspekte zur Erforschung der sozioökonomischen, krankheits- und versorgungsassoziierten Eigenschaften von Patienten auf einer Palliativstation, sowie die Umfänge von psychosozialer Versorgung in allgemeiner und spezieller Form beitragen sowie Einflussfaktoren ausschließen oder bestätigen. Weitere Forschung muss die Teilaspekte von Palliativmedizin weiter beleuchten. Es

sollten im Rahmen der wissenschaftlichen Auseinandersetzung gezielt Bedürfnisse und Wünsche von Patienten in palliativmedizinischem Kontext erforscht und erarbeitet werden. Unklar blieb in der vorliegenden Arbeit in diesem Kontext die Frage nach dem bestehenden Bedürfnis der Patienten nach gezielter psychosozialer Versorgung. Es wurde retrospektiv lediglich der quantitative Umfang der Versorgung eruiert. Es sind prospektive Patientenbefragungen zur psychosozialen Versorgung vonnöten. Die hierdurch gewonnenen Erkenntnisse könnten prospektiv helfen, die individuelle psychosoziale Versorgung der Schwerstkranken und ihrer Angehörigen zu verbessern.

Klinisch interessant erscheint zudem, dass unveränderbare Attribute wie das Alter und das Geschlecht eines Patienten keinen Einfluss auf den quantitativen Umfang der psychosozialen Versorgung haben.

6. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war eine Analyse der psychosozialen Symptomlast sowie Art und Umfang der allgemeinen und spezialisierten psychosozialen Betreuung von 428 schwerstkranken Patienten auf der Palliativstation des UKE im Zeitraum eines Jahres. Überdies sollte evaluiert werden, inwiefern soziodemographische, krankheits- und versorgungsassoziierte Charakteristika Einfluss auf den Umfang multiprofessioneller psychosozialer Betreuung nehmen.

Führende psychosoziale Belastungsmerkmale der schwerstkranken Patienten waren Schwäche (96%), Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens (87%), Appetitmangel (83%) und Schwierigkeiten bei der Organisation des eigenen Umfeldes (83%). Dies deckt sich mit der nationalen palliativmedizinischen Datenbank HOPE.

75% der vielfältigen psychosozialen Betreuung erfolgte in Form von direktem Patienten- oder Angehörigengespräch durch Pflegekräfte und Ärzte, was sich auch in der internationalen Studienlage widerspiegelt. Dem gegenüber steht eine Betreuungszeit von 25% durch die spezialisierte psychosoziale Versorgung. Psychosoziale Betreuung findet in ihrem Umfang überdies entgegen allgemeingesellschaftlicher Erwartungen geschlechterunabhängig statt.

Etwa 70% der Patienten konnten sich bei Aufnahme auf die Palliativstation nur unzureichend selbst versorgen, was mit deutlich vermehrter Intensität an Angehörigengespräch einherging. Eine kurze Verweildauer führt zu einem generell hohen psychosozialen Versorgungsumfang; verstirbt ein Patient auf der Palliativstation führt dies zu einem erhöhten Maß an direkten Angehörigengesprächen und spezialisierter Versorgung durch Psychologen, Kunst- bzw. Musiktherapeuten, sowie durch Seelsorger.

Wichtige Erkenntnisse dieser Studie für den klinischen Alltag sind die hohe Bedeutung der psychosozialen Begleitung durch Ärzte und Pflegende auch in diesem multiprofessionellen Setting, was die unbedingte Notwendigkeit deren fundierter Kommunikationsausbildung mit sich bringt; die weitreichende Einbeziehung Angehöriger in das Therapiekonzept, sowie eine konsekutiv weiterführende detaillierte Forschung auf dem Feld der psychosozialen Betreuung Schwerstkranker und derer Angehöriger.

7. Summary

The aim of the present work was to analyze the psychosocial symptom load and the type and scope of general and specialized psychosocial care of 428 critically ill patients on the palliative care unit of the UKE over a period of one year. In addition, the extent to which sociodemographic, disease-related and care-related characteristics influence the scope of multi-professional psychosocial care should be evaluated.

Leading psychosocial stress characteristics of the seriously ill patients were weakness (96%), need for help with activities in daily life (87%), lack of appetite (83%) and difficulties in organizing their own environment (83%). This coincides with the national palliative care database HOPE.

75% of the diverse psychosocial care was provided in the form of a direct patient or family discussion by nurses and doctors, which is also reflected in the international study situation. In contrast, there is a care period of 25% due to the specialized psychosocial care. The extent of psychosocial care is also gender-independent, contrary to general social expectations.

About 70% of the patients were not able to take care of themselves adequately when admitted to the palliative care unit, which was accompanied by a significantly increased intensity of the family discussion. A short stay leads to a generally high level of psychosocial care. If a patient dies on the palliative care unit, this leads to an increased level of direct family discussions and specialized care by psychologists, art and music therapists, and pastors.

Important findings of this study for everyday clinical practice are the high relevance of general psychosocial care by nurses and physicians even in this multiprofessional setting absolutely requiring their comprehensive communication training, especially for nurses and physicians; the extensive involvement of relatives in the therapy concept, as well as consecutive detailed research in the field of psychosocial care for the critically ill and their relatives.

9. Abkürzungsverzeichnis

UKE	-	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
DGP	-	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	-	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
BAG Hospiz	-	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
PCT	-	palliative care team
SAPV	-	Spezialisierte ambulante Palliativeversorgung
AAPV	-	Allgemeine ambulante Palliativeversorgung
EAPC	-	European Association for Palliative Care

10. Literaturverzeichnis

Alt-Epping B et al. (April 2015). Specialized palliative home care, an interprofessional network. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, S. 4: 430-435.

Bardenheuer J, A. M. (2008). *Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Baumann. (2012). *Körperliche Bewegung in der onkologischen Palliativmedizin*. Berlin: Springer Verlag.

Bengel J. (2017). *Pschyrembel online*. Berlin: De Gruyter.

Bickel E, M. K. (23. Oktober 2016). Defining High-Quality Palliative Care in Oncology Practice: An American Society of Clinical Oncology/American Academy of Hospice and Palliative Medicine Guidance Statement. *Journal of Oncology Practice*, 828-838.

Borasio GD. (September 2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliative Support Care*(9), S. 1-2.

Borasio GD. (2012). *Über das Sterben*. München: C.H. Beck.

Chang VT et al. (1. März 2000). Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a Veterans Affairs medical center. *Cancer*, 88(5), S. 1175-1183.

Clemens KE, K. E. (2009). Übelkeit, Erbrechen und Obstipation in der palliativen Situation. *Deutsches Ärzteblatt CME kompakt*, 1 (1), S. 16.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (Oktober 2014). Abgerufen am 2. Februar 2016 von

http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Entwicklung_Palliativ_und_Hospiz_station%C3%A4r_1996-2014.JPG

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (Oktober 2015). <http://www.dgpalliativmedizin.de/>. Abgerufen am 2. Februar 2016 von http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Entwicklung_Palliativ_und_Hospiz_station%C3%A4r_1996-2014.JPG

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2016). Abgerufen am 21. Juni 2016 von <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (Juni 2016). Von <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> abgerufen

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2016). Abgerufen am 12. 3 2016 von <http://www.dgpalliativmedizin.de>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (Januar 2011). Aachener Str. 5, 10713 Berlin.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2012). *Sterben in Deutschland - Wissen und Einstellungen zum Sterben.* Berlin.

Deutsches Krebsregister. (18. 12 2017). <http://www.krebsgesellschaft.de>. Abgerufen am 18. 12 2017 von <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/krebshaeufigkeit-die-aktuellen-.html>

Ekert B, E. C. (2013). *Psychologie für Pflegeberufe.* Stuttgart: Thieme.

- Erbguth FJ, E. L. (2016). Therapieentscheidungen am Ende des Lebens. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, S. 141(20): 1484-1496.
- Ernst J, L. A. (23. Juli 2009). Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhaltene Versorgung onkologischer Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*(134(31/32)), S. 1567-1572.
- European Association for Palliative Care. (2004). *Definition of Palliative Care*.
- Fan SY, L. I. (Oktober 2016). Psychosocial Care Provided by Physicians and Nurses in Palliative Care: A Mixed Methods Study. *Journal of pain and symptom management*.
- Fegg M, L. M. (2015). What influences end-of-life decisions?: Results of a representative German survey. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, S. 58: 1118-1123.
- Ferrand et al. (2008). Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions: French multicenter Mort-a-l'Hopital survey. *Archive of internal medicine*, S. 168; 867-875.
- Frick E, R. T. (2009). *Spiritualität und Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fringer. (2010). *Pflegenden Angehörigen ehrenamtlich helfen* (1. Aufl., Bd. 1). Tectum-Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss GBA. (15. April 2010). <http://www.g-ba.de>. Abgerufen am 14. Oktober 2014 von Bundesanzeiger 2010 : Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007, zuletzt geändert am 15.04.2010.: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf.

Gomes B, H. I. (August 2012). Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*(23), S. 2010-2015.

HOPE-Bericht 2017, CLARA Klinische Forschung Clinical Analysis, Research and Application. (22. November 2017). www.hope-clara.de. Abgerufen am 27. Januar 2018 von <https://www.hope-clara.de/impressum.php>

Jensen W, B. L. (22. May 2014). Physical exercise and therapy in terminally ill cancer patients: a retrospective feasibility analysis. *Supportive care in cancer*(5), S. 1261-1268.

Klaschik, & Nauck. (2000). Palliativmedizin - Definitionen und Grundzüge. *Internist* 41, S. 606-611.

Kordovan S, P. P. (April 2016). Prospective Study on Music Therapy in Terminally Ill Cancer Patients during Specialized Inpatient Palliative Care. *Journal of Palliative Medicin*(19), S. 394-399.

Leitlinienprogramm Onkologie. (2014). *S3-Leitlinie Psychonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*.

Lin WC, F. S. (2015). Psychosocial care and the role of clinical psychologists in palliative care. *american journal of hospital palliative care*, S. 861–868.

Malcolm L, M. G.-R. (Dezember 2016). Strength in numbers: patient experiences of group exercise within hospice palliative care. *BMC palliative care*, S. 97.

Maslow A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*(50/4), S. 370-396.

Mehnert, A., & Hartung, T. (März 2015). Psychoonkologische Versorgungsforschung. *Der Nervenarzt*(86), S. 258-265.

- Meinert M, Caputo R, Universitätsmedizin Mainz. (23. Januar 2018). *Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz*. Abgerufen am 23. Januar 2018 von <http://www.unimedizin-mainz.de/palliativmedizin/klinische-partner/palliativstation.html>
- National Council For Hospice And Specialist Palliative Care Services. (1997). Feeling better: Psychosocial Care in Specialist Palliative Care. *Occasional Paper*(13).
- Nauck F. (2014). *Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW – kooperatives integratives Versorgungskonzept*. Abgerufen am 14. Oktober 2014 von www.mpepa.nrw.de: <http://www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheit/konzeptpalliativ.pdf>. Zugegriffen: 14. Oktober 2014
- Oechsle K, G. K. (November 2012). Einfluss von Angst und Depression bei Angehörigen von Palliativpatienten auf die Einschätzung der Symptombelastung des Patienten. *Zeitschrift für Palliativmedizin*(6).
- O'Kelly J, K. J. (21. April 2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*(3), S. 235-241.
- Oken MM et al., C. R. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, S. 5:649-655.
- Schlemmer M. (November 2009). *Lebensmut.org*. Abgerufen am 16. Dezember 2017 von Palliativmedizin und - pflege : Interview mit Dr. Marcus Schlemmer: http://www.lebensmut.org/wp-content/uploads/2014/01/Interview_Palliavmedizin_Schlemmer_Nov_2009.pdf
- Schneider N. (2008). Die neue spezialisierte Palliativversorgung - ein Positionspapier. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, S. 84: 4.

- Shepard D A E. (5. März 1977). Principles and practice of palliative Care. *Canadian Medical Association Journal*, S. 522-526.
- Siftung-Patientenschutz. (18. März 2018). www.Siftung-Patientenschutz.de. Von <https://www.stiftung-patientenschutz.de/themen/leistungserbringer> abgerufen
- Singer et al. (August 2011). Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten . *Der Psychotherapeut*(56), S. 386-393.
- Singer S, D.-M. J. (Mai 2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Annals of oncology*, 21(5), S. 925-930.
- Speck P. (Juni 2016). Culture and spirituality: essential components of palliative care. *Postgraduate Medical Journal*(92), S. 341-345.
- Statistisches Bundesamt. (2014). www.destatis.de. Abgerufen am 4. August 2014, 13:30 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/Irbev04.html>
- Stiel et al. (1. Oktober 2010). Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS2) für Patienten in der Palliativmedizin. Deutsche Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Schmerz* (24), S. 596–604.
- Stiel S et al. (Dezember 2010). Validerung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS2) für Patienten in der Palliativmedizin. . *Der Schmerz*(24), S. 596-604.
- Student C., C. (1999). *Das Hospiz-Buch*. Freiburg.
- Student, C. (2016). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Temel et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*(363), S. 733-742.
- Temel JS, G. J.-J. (27. Dezember 2016). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical oncology*.
- Thomas, K. (2009). *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft: theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Twycross, R. (1980). Hospice care- redressing the balance in medicine. *JR Soc Med* 73, S. 827-835.
- van der Heide, A. (2003). End of Life decision making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 362, S. 345-350.
- Van Mechelen W, A. B. (2013). Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med*, S. 27: 197-208.
- von Bredow R, B. A. (2012). Zu blau der Himmel. *DER SPIEGEL*, 22: 110-120.
- Walker MS, R. S. (2003). Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? *Psychooncology*(12), S. 291-300.
- WHO. (2002). Abgerufen am 18. März 2018 von <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO. (2016). *World report on ageing and health*. Genf.
- WHO, W. H. (2015). *Fact Sheet No. 402*. Genf.

Wikipedia. (07. April 2020). <http://www.wikipedia.de>. Von <https://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz> abgerufen

Williams AL, M. R. (September 2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative Support care*, S. 315-325.

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 : Soziodemographische Daten der Patienten	25
Tabelle 2 : Grunderkrankung der Patienten	26
Tabelle 3 : Nebenerkrankung der Patienten.....	27
Tabelle 4 : Stationäres Versterben bzw. poststationäre Versorgung	29
Tabelle 5 : Basisassessment und Symptomlast.....	30
Tabelle 6 : Psychosoziale Versorgung der Patienten.....	33
Tabelle 7 : Einfluss auf den Umfang des Patientengesprächs.....	36
Tabelle 8 : Einfluss auf den Umfang des Angehörigengesprächs.....	38
Tabelle 9 : Einfluss auf den Umfang von Psychologie, Kunst- und Musiktherapie ...	40
Tabelle 10 : Einfluss auf den Umfang von Sozialarbeit.....	42
Tabelle 11 : Einfluss auf die Dauer von Seelsorge	44

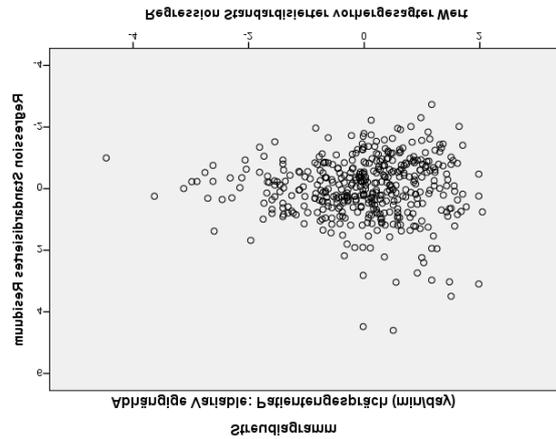
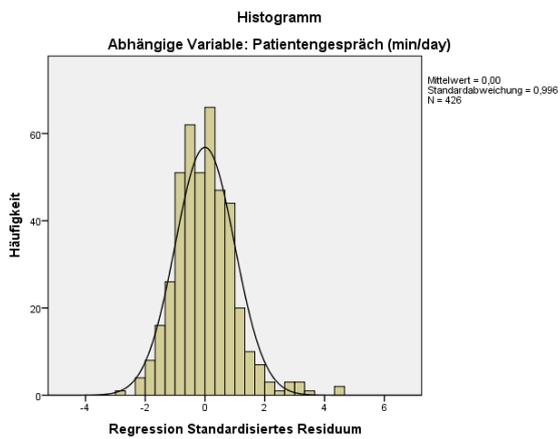
12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Anfangszeit der palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Oktober 2014.....	10
---	----

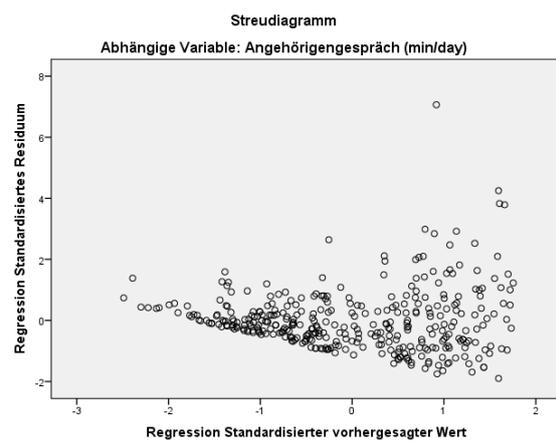
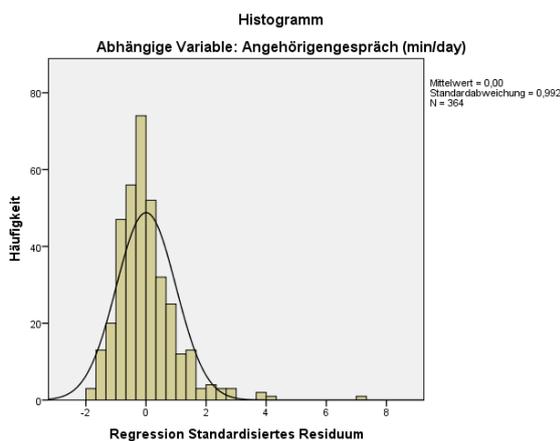
13. Anhang

Histogramme und Streudiagramme zur statistischen Bewertung der Regressionsanalysen aller abhängigen Variablen im Überblick:

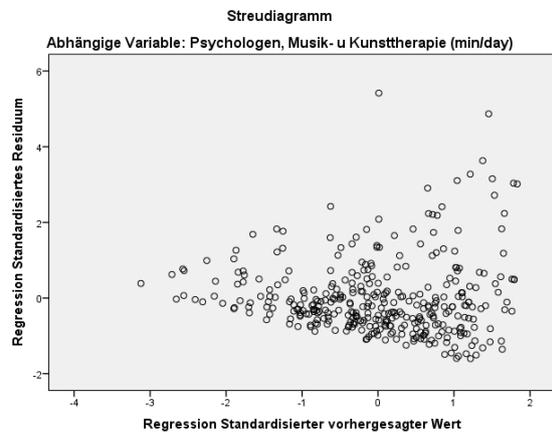
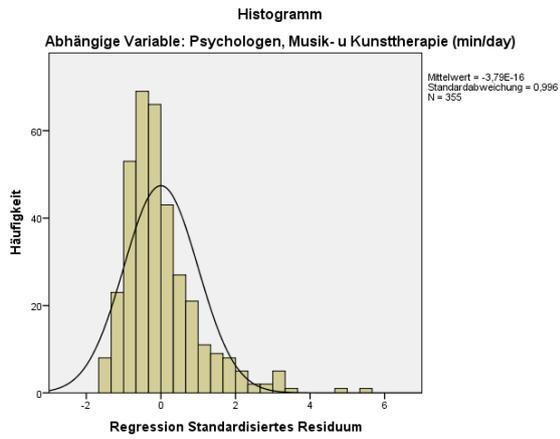
Unabhängige Variable Patientengespräch:



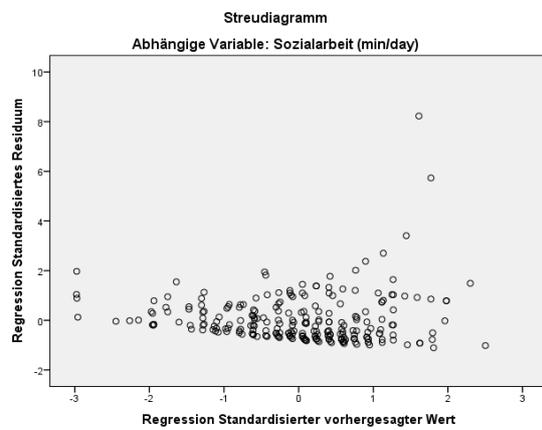
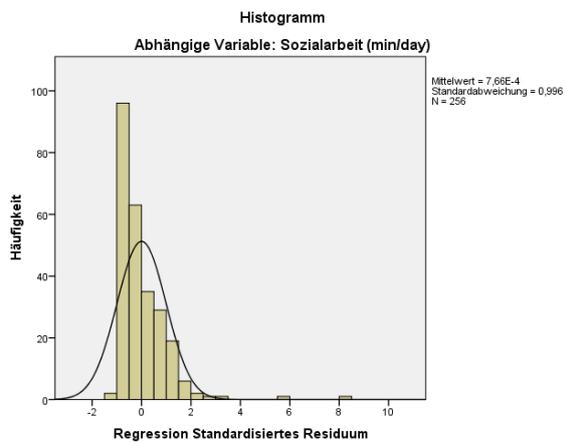
Unabhängige Variable Angehörigengespräch:



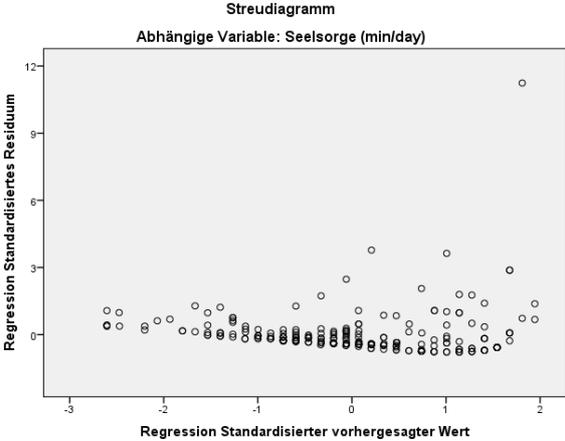
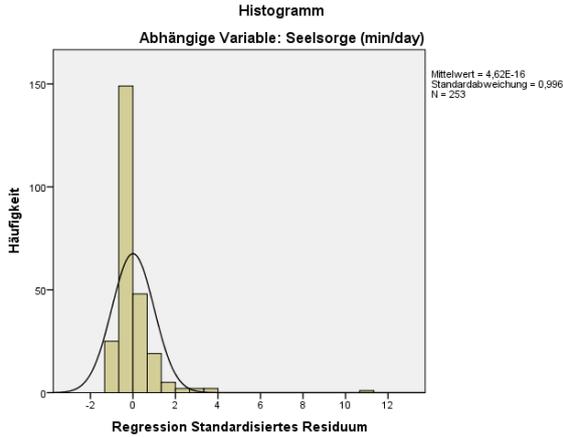
Unabhängige Variable Psychologie, Musik- und Kunsttherapie:



Unabhängige Variable Sozialarbeit:



Unabhängige Variable Seelsorge:



14. Danksagung

Ich möchte zunächst Frau Prof. Dr. med. Karin Oechsle für die Überlassung des Dissertationsthemas, die geduldige Unterstützung in allen Phasen der Fertigstellung dieser Arbeit und den stets freundlichen Kontakt von Herzen danken.

Frau Dipl.-Soz. Anneke Ullrich hat mich überdies in langen Gesprächen und Analysen immer wieder sehr auf die wichtigen Aspekte der Arbeit fokussiert. Zu jeder Zeit waren Frau Professor Oechsle und Frau Ullrich ein Fels in der Brandung und immer für mich ansprechbar. Vielen, vielen Dank dafür. Ich danke in diesem Zusammenhang auch Frau Dr. med. Anne Kamphausen für die Unterstützung bei der Datenanalyse.

Ein Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf der Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die mir immer einen freundlichen Empfang bereitet, mir einen Platz zur Datenrecherche zur Verfügung gestellt haben und frischen Kaffee zu später Stunde in Reserve hielten.

Sie leisten unersetzbare Arbeit für die Menschen, die Sie betreuen.

Meinem langjährigen Freund und Weggefährten, Herrn Brandamtsrat Tobias Heckenkamp möchte ich für seine unermüdliche Motivation, den bedingungslosen Zusammenhalt und die Verlässlichkeit zu jeder Zeit danken.

Ich danke meinen beiden Familien für die stoische mentale Unterstützung dieses Projekts, sowie meinem Freund Lasse für den regelmäßigen sportlichen Ausgleich zu Arbeit und Dissertation.

Zuletzt danke ich meiner Frau, Dr. med. Anneke Heiland für all die langen Gespräche, den Zuspruch, das Erdulden auch zäher Phasen der Fertigstellung und all die gemeinsame Zeit zusammen. Schön dass es Dich gibt.

15. Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

16. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: