

Aus der Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Innenstadt der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. K. Friese

Die letzte Lebensphase auf einer Palliativstation
Eine retrospektive Untersuchung von 294 gynäkologisch-onkologischen
Patientinnen in den Jahren 1996-2001

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Swantje Hansen
aus Hamburg
2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Harald Sommer

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Gian Domenico Borasio
Priv. Doz. Dr. Dr. Fuat Oduncu M.A., E.M.B.

Mitbetreuung durch
den promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 24.04.2008

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung	5
2. Einleitung	6
2.1. Einführung in das Hospizwesen und die internationale und nationale Entwicklung im historischen Kontext	6
2.1.1. Der Hospizgedanke im historischen Kontext	6
2.1.2. Hospizangebote	8
2.1.3. Internationale Entwicklung	11
2.1.4. Entwicklung in Deutschland	12
2.1.5. Die <i>Palliativstation St. Johannes von Gott</i> , München	15
2.2. Definition und Grundsätze der Palliativmedizin	17
2.3. Symptome und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin und Hospizarbeit	19
2.3.1. Schmerz	19
2.3.2. Obstipation	21
2.3.3. Übelkeit und Erbrechen	22
2.3.4. Dyspnoe	23
3. Methodik	24
3.1. Datenerhebung	24
3.2. Datenauswertung	24
4. Ergebnisse (1996-2001)	25
4.1. Allgemeine Hospizdaten	25
4.1.1.1. Aufnahmen Gesamt	25
4.1.1.2. Aufnahmen anteilig gynäkologisch	26
4.1.2.1. Entlassungen Gesamt	26
4.1.2.2. Entlassungen anteilig gynäkologisch	27
4.1.3.1. Todesfälle Gesamt	27
4.1.3.2. Todesfälle anteilig gynäkologisch	28
4.1.4. Todesursachen allgemein	29
4.2. Patientinnenbezogene Daten	30

4.2.1. Persönliche Patientinnendaten	30
4.2.1.1. Nationalität	30
4.2.1.2. Konfession	31
4.2.1.3. Beruf	31
4.2.1.4. Familienstand	32
4.2.1.5. Kinder	33
4.2.1.6. Bisherige Versorgung	34
4.2.1.7. Patientin kommt von	35
4.2.2. Tumordaten	36
4.2.2.1. Karzinomart	36
4.2.2.2. TNM-Klassifikation	37
4.2.2.3. Alter bei Erstdiagnose	44
4.2.2.4. Histologie	49
4.2.2.5. Rezeptoren Mamma	51
4.2.2.6. Primärtherapie	52
4.2.2.7. Second-line Therapie	57
4.2.2.8. Third-line Therapie	61
4.2.2.9. Todesursache	65
4.2.2.10. Alter bei Tod	72
4.2.3. Patientinnenbezogene Hospizdaten	77
4.2.3.1. Aufenthaltsdauer	77
4.2.3.2. Orientierung bei Aufnahme	78
4.2.3.3. Mobilität bei Aufnahme	78
4.2.3.4. Diagnosen bei Aufnahme	79
4.2.3.5. Symptome bei Aufnahme	80
4.2.3.6. Karnofsky-Index	81
4.2.3.7. Akzeptanz	82
4.2.3.8. Hauptsymptome während Aufenthalt	83
4.2.3.9. Diagnostik	84
4.2.3.10. Supportive Therapie	85
4.2.3.11. Invasive Therapie	86
4.2.3.12. Begleitende Therapie	87
4.2.3.13. Ernährung	88
4.2.3.14. Ausscheidung	89
4.2.3.15. Seelsorge	90

4.2.3.16. Familieneinbindung	91
4.2.3.17. Medikamente	92
4.2.3.18. Medikamente 24 Std. vor dem Tod	94
4.2.3.19. Anwesende bei Tod	95
4.2.3.20. Sterbeart	96
5. Diskussion	97
5.1. Zeitpunkt des Beginns der palliativmedizinischen Betreuung und Auseinandersetzung mit dem Tod	97
5.2. Unsicherheit in der Abgrenzung der Palliativmedizin von der aktiven Sterbehilfe	100
5.3. Bewertung der erhobenen Daten und Unterschiede zu klinischem Vorgehen	101
5.4. Forschung und Dokumentation	104
5.5. Aus- und Weiterbildung - Sterbeaufklärung	105
5.6. Entwicklung der Palliativmedizin im stationären und ambulanten Bereich	107
5.7. Finanzierung	109
6. Zusammenfassung	111
7. Literaturverzeichnis	113
8. Erhebungsbogen	117
9. Danksagung	123
10. Lebenslauf	124

Lass mich nicht bitten, vor Gefahr bewahrt zu werden,
sondern ihr furchtlos zu begegnen,
lass mich nicht das Ende der Schmerzen erleben,
sondern das Herz, das sie besiegt,
lass mich auf dem Kampffeld des Lebens
nicht nach Verbündeten suchen,
sondern nach meiner eigenen Stärke,
lass mich nicht in Sorge und Furcht nach Rettung rufen,
sondern hoffen, dass ich Geduld habe,
bis meine Freiheit errungen ist, gewähre mir,
dass ich kein Feigling sei, der deine Gnade
nur im Erfolg erkennt;
lass mich aber den Halt deiner Hand fühlen,
wenn ich versage.

Tagore

1. Zielsetzung

In der vorliegenden Arbeit werden die letzten Lebenstage und -wochen von 294 gynäkologischen Patientinnen auf einer Palliativstation betrachtet. Es stellte sich die Frage, an welcher gynäkologischen Neoplasie die Patientinnen erkrankt waren und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an den Patientinnen während der Erkrankung und speziell in den letzten Lebenstagen auf der Palliativstation durchgeführt worden waren. Des Weiteren wird betrachtet, woran die Patientinnen verstarben, wie die subjektive Qualität des Versterbens der Patientinnen war und ob die Familien der Sterbenskranken an der Betreuung beteiligt waren.

Aus der Sammlung der auf der Palliativstation erhobenen Daten und den daraus abgeleiteten Ergebnissen soll im Vergleich mit Daten aus der Klinik Bad Trissl (Promotionsarbeit von Dr. Stefan Gastroph, Universitäts-Frauenklinik Maistraße der Ludwig-Maximilians Universität München) vor dem Hintergrund der aktuellen internationalen Literatur eine Bewertung stattfinden.

Es ergeben sich folgende Ziele dieser Arbeit:

1. Die unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Ansätze der Palliativmedizin und der kurativen Medizin sind aufzuzeigen und die Problemfelder darzustellen.
2. Der Umgang und die Auseinandersetzung der Gesellschaft mit Krankheit und Tod unter besonderer Berücksichtigung des medizinischen Personals sind herauszuarbeiten und daraus Verbesserungsmöglichkeiten herzuleiten.
3. Bestehende Unsicherheiten in der Abgrenzung der Palliativmedizin von der aktiven Sterbehilfe seitens des medizinischen Personals sind darzustellen.
4. Ein weiteres Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt auf dem Stand der Forschung und der Ausbildung des medizinischen Personals.
5. Die Inanspruchnahme und die Effektivität der derzeitigen Betreuungssituation sollen über eine Analyse des palliativen Versorgungssystems bestimmt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen ein Beitrag sein für die wachsende Bedeutung der Palliativmedizin in Deutschland.

2. Einleitung

Im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit wird zunächst eine Einführung in das Hospizwesen und die internationale und nationale Entwicklung im historischen Kontext erfolgen. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Palliativstation *St. Johannes von Gott der Barmherzigen Brüder* in München gelegt, in der die Datenerhebung dieser Arbeit stattgefunden hat. Anschließend wird die Palliativmedizin definiert und deren Grundsätze werden dargestellt. Es folgt ein Kapitel über Symptome und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin.

Im zweiten Abschnitt wird die Methodik dieser Arbeit und im dritten Abschnitt werden die erhobenen Daten dargestellt.

Der vierte Abschnitt beinhaltet die Diskussion.

Ein letzter Abschnitt stellt eine Zusammenfassung des Sachverhaltes dar.

Ein Literaturverzeichnis und der Erhebungsbogen befinden sich im Anhang.

2.1. Einführung in das Hospizwesen und die internationale und nationale Entwicklung im historischen Kontext

2.1.1. Der Hospizgedanke im historischen Kontext

Der Name Hospiz leitet sich von dem lateinischen Wort „hospicium“ ab und bedeutet „Herberge“. Die Geschichte der Hospize lässt sich auf den Beginn des Christentums im römischen Reich zurückführen. Im 4. Jahrhundert n. Chr. übernahmen christliche Orden die Leitung dieser Hospize. Aufnahme fanden alle Menschen unabhängig von ihrer Herkunft oder Religion. Hospize waren überall in Europa zu finden. Reisende wurden versorgt mit Essen und einem Schlafplatz, oft auch mit medizinischer Hilfe und Pflege (häufig waren sie Hospiz und Hospital zugleich). Im Mittelalter bildeten sich einige Hospitalorden. Mit der Reformation und der Schließung vieler Klöster verlor sich jedoch allmählich auch die Hospizidee (24). Vornehmlich im 19. Jahrhundert wurde der Hospizgedanke wieder aufgegriffen. Madame Jeanne Garnier aus Lyon gründete ein Hospiz, auch *Calvaire* genannt. Ihr wird auch zugeschrieben, das Wort „Hospiz“ zum ersten Mal ausschließlich mit der Betreuung und Begleitung Sterbender in Zusammenhang gebracht zu haben (64).

Industrialisierung und Urbanisierung führten dazu, dass großfamiliäre Verbände im 20. Jahrhundert verloren gegangen sind. Diese Auflösung, aber auch persönliche Ängste führen dazu, dass Menschen sich gegen das Sterben zu Hause entscheiden. So begründeten Teilnehmer einer Umfrage, warum der Wunsch nach einem Ende in heimischer Umgebung zum Teil verschwiegen wird, wie folgt: Angst vor Einsamkeit, vor Schmerzen und vor der Belastung von Angehörigen (35). Die moderne Hospizbewegung versucht diese Ängste zu mildern und einem Isolationsgefühl entgegenzuwirken.

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts starben in Deutschland fast alle Menschen zu Hause, dort, wo sie auch gelebt hatten, in einer vertrauten Umgebung. Die Konfrontation mit Sterben, Tod und Trauer war durch die tägliche Begegnung in Familie und Nachbarschaft gegeben. Man konnte auf Rituale zurückgreifen, die den Betroffenen und den Angehörigen bei der Begleitung Unterstützung gewährten, den Weg aus diesem Leben zu gehen. Sie nahmen bewusst wahr, dass der eigene Tod bevorstand (5). Im Laufe des 20. Jahrhunderts verlagerte sich das Sterben durch Industrialisierung und Urbanisierung in die Klinik. "Sterben ist zu einem einsamen, isolierten Prozess außerhalb der Gemeinschaft der Mitmenschen geworden" (26). Es entstanden Schrecken und Mystik, wo Beistand und Hilfe nötig gewesen wären. Heute sind uns Rituale zur Bewältigung von Sterben, Tod und Trauer größtenteils verloren gegangen.

Betrachten wir den Arztberuf im historischen Kontext, so war eine wesentliche Aufgabe des Berufsstandes, im Augenblick des Versterbens der Patienten anwesend zu sein. Bis Ende des 19. Jahrhunderts zählte es nicht zu den ärztlichen Aufgaben, den Eintritt des Todes zu verhindern. Entsprechend dem medizinischen Entwicklungsstand war dies auch nur selten möglich. Der Arzt war ein Begleiter des Sterbenden, der Symptome lindern sollte und die trauernde Familie während und nach dem Versterben des Angehörigen betreute. Die medizinische Entwicklung mit ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ließ jedoch die Herausforderung und Hoffnung, den Tod zu besiegen, ständig wachsen (84).

Die Palliativmedizin entwickelte sich aus der Hospizbewegung als eine medizinische Fachrichtung. Im Gegensatz zur kurativen Medizin, die das Ziel der Heilung von Erkrankungen hat, konzentriert sich die Palliativmedizin auf die Linderung von Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität, wenn die Lebenserwartung kurz ist. Die dem Patienten verbleibende Zeit soll so angenehm wie möglich gestaltet werden, eine Lebensverlängerung wird nicht mehr angestrebt. Die Behandlung der Grunderkrankung hat zu diesem fortgeschrittenen Zeitpunkt bereits stattgefunden oder ist nicht mehr möglich (9). Die Dauer der für den Patienten verbleibenden Zeit ist dabei nicht ausschlaggebend.

Aufgrund der Alters- und Gesellschaftsstruktur in Deutschland gerät die Palliativmedizin zusehends in den Vordergrund: Im Jahre 2020 werden ca. 8 Mrd. Menschen auf diesem Planeten leben. In Deutschland wird sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Menschen in den nächsten Jahrzehnten erheblich verschieben. Im Jahr 2050 wird- nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes- die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre oder älter sein (70). Durch die Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung nimmt seit Anfang des 20. Jahrhunderts auch die absolute Zahl der Malignomfälle zu. Während um 1920 der Anteil der krebsbedingten Todesfälle noch bei etwa 3-5 % lag, ist er bis in die Gegenwart auf ca. 25-30% angestiegen. Damit sind Tumorerkrankungen die zweithäufigste Todesursache (70). In den Ländern der westlichen Welt ist mit einer weiteren Zunahme der Tumorerkrankungen zu rechnen (11). Gemessen an diesen Zahlen ist die Anzahl der Patienten, die außerhalb eines Krankenhauses, speziell in einem Hospiz oder einer Palliativstation sterben, mit 3-4% sehr gering (39).

2.1.2. Hospizangebote

Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten, die das Essentielle eines Hospizangebotes ausmachen, stößt man nach JC Student auf fünf Grundelemente von Qualitätsmerkmalen (73):

Hospizkonzept

- 1) Der sterbende Mensch und seine Angehörigen (im weitesten Sinne) sind gemeinsame Adressaten des Hospizes. Im Unterschied zum herkömmlichen Gesundheitswesen zentrieren sich die Hospize um die Wünsche der sterbenden Menschen und deren Angehörige.
- 2) Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt. Diesem Team gehören mindestens ein Arzt, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Seelsorger an.
- 3) Freiwillige Helferinnen und Helfer werden in die Arbeit des Hospizes einbezogen. Sie repräsentieren das Element „Normalität“ im Hospiz. Sie tun ganz Alltägliches.
- 4) Das Hospizteam verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der lindernden (palliativen) Therapie. Eine der häufigsten Ursachen für Selbsttötungsabsichten sterbender Menschen liegt darin, dass der Schwerstkranke unter quälenden Schmerzen leidet oder diese fürchtet.

- 5) Hospize gewährleisten Kontinuität der Betreuung. Es ist rund um die Uhr ein kompetenter Mitarbeiter anzutreffen.

Für die weltweite Hospizbewegung ist die Vielfalt der Formen charakteristisch. Im Folgenden nimmt die Verfasserin eine Grobeinteilung vor.

Die Hospizinitiativen

Die Hospizinitiativen stellen die zahlenmäßig größte Gruppe dar. Es existieren keine genauen Zahlen, doch es wird geschätzt, dass es an die tausend Initiativen in Deutschland gibt, die in der Sterbebegleitung tätig sind. Diese Initiativen werden vor allen Dingen von ehrenamtlichen Mitarbeitern getragen, die die Hospizidee durch Öffentlichkeitsarbeit, aber auch durch Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörige in die Gesellschaft tragen. Sie selbst leisten keinen Pflegedienst, sondern gewährleisten eine ausreichende Präsenz, entlasten die Angehörigen, stehen aber auch für eine kritisch distanzierte Bewertung.

Die ambulanten Hospize

Ambulante Pflegedienste sind Voraussetzung für die häusliche Betreuung schwerkranker Patienten. Um sich als solche Institution verstehen zu können, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst muss gewährleistet sein.
- Das Team der Helfer muss über gute Kenntnisse, Erfahrungen und Möglichkeiten der Symptomkontrolle (insbesondere der Schmerztherapie) verfügen.
- Für die Familie müssen ausreichend Entlastungsangebote bereitstehen.
- Sie verfügen in der Regel über ein Team von Haupt- und Ehrenamtlichen.

Die stationären Hospize (Palliativstationen)

In Deutschland haben sich stationäre Hospize in zwei Formen entwickelt. Es gibt sie als Sonderstation in einem Akutkrankenhaus. In der Regel werden diese als Palliativstationen bezeichnet. Es existieren aber auch unabhängige stationäre Hospize.

Aufgenommen werden Patienten, die wegen einer inkurablen fortgeschrittenen Erkrankung mit Symptomen wie z.B. Schmerzen oder psychosozialen Problemen einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Ziel der Behandlung ist die Entlassung in die häusliche Umgebung mit ausreichender Symptomkontrolle (40). Zumeist entsprechen die Palliativstationen in der Struktur einer Krankenhausstation. Dennoch ist es das Ziel, eine

familiäre Atmosphäre zu schaffen. So ist die Raumgestaltung von dieser Zielvorstellung gekennzeichnet. Wie auf einer Krankenhausstation verfügen Palliativstationen über eine ständige Präsenz von Pflegern und Ärzten. Ein großer Teil der Patienten findet bis zum Tod ein letztes Zuhause.

Die unabhängigen stationären Hospize haben palliativmedizinisch geschulte Pflegekräfte. Sie werden durch freiwillige Helfer unterstützt. Die Hausärzte der Patienten oder niedergelassene Ärzte, die mit dem stationären Hospiz kooperieren, übernehmen oftmals die medizinische Versorgung.

Tageshospiz

Tageshospize sind in der Regel teilstationäre Hospize, die oftmals einem stationären Hospiz oder einer Palliativstation zugeordnet sind. Sie können jedoch auch als eigenständige Institution betrieben werden. Ihre Aufgabe ist es, mit einer palliativmedizinischen Versorgung anzufangen, um den schwerkranken Menschen und deren Angehörigen ein möglichst langes Leben zu Hause zu ermöglichen. Dabei ist das Ziel, eine stationäre Aufnahme zu vermeiden oder einen stationären Aufenthalt zu verkürzen. Zwei Modelle sind zu unterscheiden. Während sich bei einem die Institutionen mehr den psychosozialen Aufgaben (Krankheitsbewältigungsstrategien, Beschäftigungstherapie etc.) widmen, bieten bei dem anderen die Institutionen zusätzlich Physiotherapie, Symptomkontrolle und ein medizinisches Angebot mit kompetenter Schmerztherapie an (40). Die ärztliche Betreuung erfolgt überwiegend über die Hausärzte. Tageshospize sind in Deutschland erst im Entstehen.

Hospiz

Von einem Hospiz im engeren Sinne wird erst dann gesprochen, wenn alle fünf Grundelemente der Qualitätsmerkmale erfüllt sind (s. o. Hospizkonzept). Hospize sind unabhängige Häuser, die in der Regel über eine eigenständige Organisationsstruktur verfügen. Aufgenommen werden schwerstkranken und sterbende Menschen, die durch eine inkurable und weit fortgeschrittene Erkrankung eine begrenzte Lebenserwartung haben. Eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus ist bei diesen Menschen nicht mehr erforderlich und eine ambulante Betreuung nicht möglich. Meist wird die ärztliche Betreuung durch niedergelassene Ärzte sichergestellt (38).

2.1.3. Internationale Entwicklung

Die moderne Hospizbewegung des 20. Jahrhunderts führt ihr Verständnis von Hospizarbeit auf die mittelalterlichen Hospize und Hospitäler zurück. In der neueren Zeit nahm die Hospizbewegung zunächst nicht in Deutschland, sondern international ihren Anfang. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die internationale Entwicklung gegeben.

Das erste moderne Hospiz (*Our Lady's Hospice*) wurde im Jahre 1879 in Dublin von der irischen Nonne Mary Aikenhead und der von ihr mit gegründeten Schwesternschaft, der irischen *Sisters of Charity* in Dublin eröffnet. Die Nonnen gaben ihrem Haus den Namen „Hospiz“, um deutlich zu machen, dass der Tod nicht Endstation ist, sondern nur ein Durchgang. Ziel war es, den Armen und Leidenden zu helfen und zu dienen (19).

1967 eröffnete die englische Ärztin und Sozialarbeiterin Cicely Saunders in einem Vorort von London das *St. Christopher's Hospice*. Cicely Saunders war die erste, die auf dem Gebiet der Schmerzbekämpfung intensiv forschte (6). Der *Hospice Information Service* registrierte in Großbritannien im Jahr 2000 über 230 Hospize und Palliativstationen, 339 Konsiliardienste in Krankenhäusern und über 400 Hausbetreuungsdienste und 232 Tageseinrichtungen (Day Care Center). In Großbritannien kommen, bezogen auf eine Millionen Einwohner, 53 stationäre Palliativbetten und 6,8 ambulante Dienste - im Vergleich zu anderen europäischen Ländern mit Abstand die meisten (61). Der Schwerpunkt der Betreuung liegt in England auf der Versorgung des Patienten in seinem häuslichen Umfeld.

Zwischen der amerikanischen Hospizentwicklung und der Engländerin Saunders besteht ein enger Zusammenhang. Ein Vortrag von Cicely Saunders veranlasste Florence Wald (ehemalige Leiterin der *Yale-University of Nursing*) und Reverend Edward Doherty (Professor für Klinikseelsorge und Leiter des seelsorgerischen Dienstes des *Yale-New Haven Hospitals*) 1974 das erste amerikanische Hospiz in New Haven zu gründen. Die erste ärztliche Leiterin wurde Dr. Sylvia Lack, die vom *St. Christopher's Hospice* dorthin wechselte (15). Bereits drei Jahre nach der Gründung des ersten Hospizes in New Haven wurde der nationale Dachverband „*National Hospice Organisation*“ gegründet. Heute gibt es in Amerika etwa 2000 Hospizinitiativen, die überwiegend im ambulanten Bereich tätig sind.

1975 prägte der kanadische Urologe Balfour Mount den Begriff „palliativ“, als er den „*Palliative Care Service*“ am Royal Victoria Hospital in Montreal, Canada, gründete (64). Parallel zu der aufkommenden Hospizbewegung veröffentlichte die Schweizer Ärztin und Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross 1969 ihr Aufsehen erregendes Buch „*On Death and*

Dying“ (Interviews mit Sterbenden) in den USA. Sie beschreibt darin die seelischen Mechanismen und den intrapsychischen Umgang von Menschen mit ihren Gefühlen im Angesicht des bevorstehenden Todes.

Kübler-Ross unterscheidet fünf verschiedene Phasen, die Menschen dabei durchleben – nicht linear und nicht jeder Mensch gleich, einzelne Phasen teils wiederholend oder überspringend (45):

- Phase 1: Nicht-wahr-haben-wollen und Isolierung
- Phase 2: Zorn
- Phase 3: Verhandeln
- Phase 4: Depression
- Phase 5: Zustimmung

Durch ihre Arbeiten gelang es, einen Einblick in die Gefühlswelt Todkranker zu nehmen. Sie schuf damit die Möglichkeit, sich besser einfühlen und Sterbende verstehen zu können. Gleichzeitig legte sie den Grundstein für eine Intensivierung der Sterbeforschung, der Thanatologie.

Ausgehend von England verbreitete sich die Hospizidee in Europa vor allem in Irland, Norwegen und der Schweiz. Hospizinitiativen und Hospizeinrichtungen gibt es heute in über 40 Ländern. Außer in den angloamerikanischen Ländern gründeten sie sich u.a. in Skandinavien, Südafrika, Neuseeland, Frankreich, Italien, Japan und neuerdings auch in Polen und in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion.

2.1.4. Entwicklung in Deutschland

In Deutschland hat die Entwicklung der Palliativmedizin gegenüber Großbritannien wesentlich verzögert begonnen (**Tab.1**, (40)).

Tab.1: Palliativstationen/ Hospize Deutschland – Großbritannien

	Deutschland	Großbritannien
1967	-	1
1980	-	> 50
1985	1 (1/0)	> 100
1990	6 (3/3)	> 145
1995/96	58 (28/30)	> 200
2000	152 (65/87)	> 230

In Klammern: 1. Zahl: Palliativstationen, 2. Zahl: Hospize

Erst in den 90er Jahren kam es in Deutschland zu einem Anstieg der ambulanten Dienste, Palliativstationen und Hospize (**Abb. 1**).

Die Hospizbewegung in Deutschland war von Beginn an durch Vorurteile belastet. Die Gründe erschließen sich, wenn die deutsche Geschichte vor und nach dem zweiten Weltkrieg genauer betrachtet wird. Vor allem in der damals ausgeübten staatlichen Praxis der Euthanasie und in der Verwendung des negativ besetzten Begriffes der „Sterbeklinik“ liegen Gründe für einen kritischen Umgang. Ein 1971 gesendeter Dokumentarfilm von Jesuitenpater Reinhold Iblacker „Noch 16 Tage... eine Sterbeklinik in London“ verstärkte zunächst das Misstrauen der deutschen Bevölkerung gegenüber der Hospizidee. Der Film zeigte das *St. Christopher's Hospice* in London und berichtete von der Idee, Institutionen zur Sterbebegleitung einzurichten. Zu diesem Zeitpunkt war in Deutschland jedoch bereits im Vorfeld eine Euthanasie-Diskussion in Gang gekommen. Man missverstand das Projekt als Absonderung Schwerstkranker.

In den letzten Jahren entstanden große Organisationen, die das Thema „Sterbebegleitung“ und „Sterben in Würde“ zum Programm erhoben und dies öffentlich diskutierten. So konnten sich der Hospizgedanke und die Palliativmedizin auch in Deutschland allmählich durchsetzen.

Seit der Gründung einer ersten Palliativstation 1983 in Köln wurden bis 1990 zunächst nur zwei weitere Palliativstationen eröffnet. Ab 1990 gab es einen stetigen Anstieg dieser Einrichtungen (60). Innerhalb der letzten Jahre hat sich das Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen vervielfacht. Während im Jahr 1990 nur drei stationäre Hospize und drei Palliativstationen existierten, ist die Zahl im Jahr 2007 auf 142 stationäre Hospize und 126 Palliativstationen angestiegen. Erst in den letzten Jahren kam es, parallel zur Entwicklung im stationären Bereich, zu einer deutlichen Zunahme der ambulanten Dienste. Konnte 1990 noch kein ambulanter Dienste verzeichnet werden, waren es 2007 bereits 1079 (**Abb.1**; (60)).

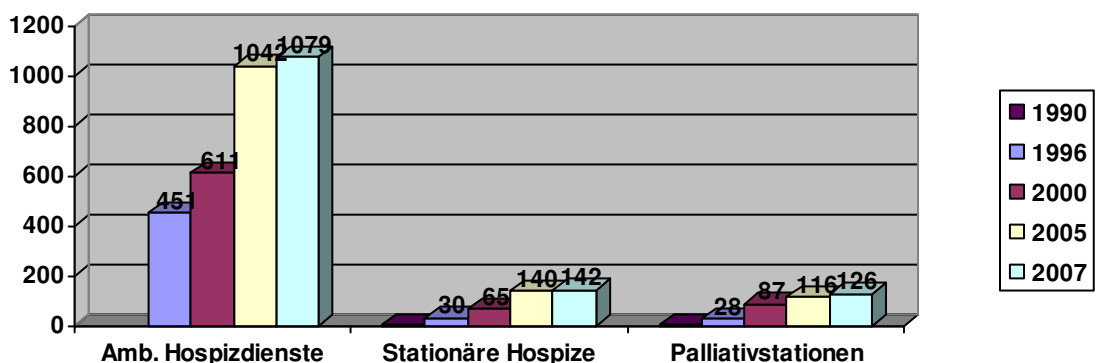


Abb.1: Entwicklung der Hospizeinrichtungen in Deutschland 1996-2007

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Hospizentwicklung in Deutschland und versucht, eine aktuelle Bestandsaufnahme vorzunehmen. Es werden einzelne Initiativen oder Einrichtungen hervorgehoben, die speziell in der deutschen Geschichte herausragen oder einen Beleg für die Vielfältigkeit der Initiativen in diesem Bereich darstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es in Deutschland weder einheitliche Inhalte und Standards für Hospizinitiativen gibt noch eine Dachorganisation – vergleichbar dem englischen *"Hospice Information Service"* oder der amerikanischen *"National Hospice Organisation"* -, die eine zentrale Erfassung vornimmt oder verbindlich ist.

Der eigentliche Beginn der Verbreitung der Hospizidee in Deutschland ist in Köln anzusiedeln. Dort wurde im Jahre 1983 eine palliative Modellstation mit fünf Betten (als Teil einer Station der Chirurgischen Universitätsklinik) gegründet. Initiator dieses Modellprojektes war Pfarrer H.R. Zielinski. 1992 zog die Station in das neu errichtete Dr. Mildred Scheel Haus um, ein Geschenk der *Deutschen Krebshilfe e.V.*, und verfügte von nun an über 15 Betten. Die „*Dr. Mildred Scheel Akademie*“, ebenfalls eine Initiative der *Deutschen Krebshilfe e.V.*, bietet Personen, die mit Krebskranken und Sterbenden arbeiten, ein umfassendes Aus- und Weiterbildungsangebot. Sie kann derzeit als bedeutendste nationale Einrichtung bezeichnet werden, die kompetent und umfassend für alle Berufsgruppen, Laienhelfer und Angehörige Trainings- und Ausbildungseinheiten anbietet (33).

Das Altersheim „*Haus Hörn*“ in Aachen wurde 1986 um das „*Hospiz Haus Hörn*“ erweitert. Gründer waren der katholische Priester Dr. Paul Türks und seine Mitbrüder des „*Oratorium des hl. Philipp Neri*“. Es war das erste Hospiz in Deutschland, das den Mut aufbrachte, sich auch namentlich so zu nennen.

Im Laufe der Jahre haben sich zahlreiche Hospizinitiativen und palliativmedizinische Einrichtungen etabliert. Im Jahr 1988 wurde die *Deutsche Hospizhilfe e.V.* gegründet. Sie arbeitet überregional, unterhält keine eigenen Hospizinitiativen oder –einrichtungen, steht aber bei Neugründungen sowie Betroffenen und deren sozialem Umfeld beratend zur Seite. Eine bundesweite Interessenvertretung gründete sich 1992 mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.* Mit dem Zusammenschluss aller 16 Landesarbeitsgemeinschaften in der *BAG Hospiz* im Jahr 2000 wurde auf überregionaler Ebene ein wichtiger Schritt in Richtung dieses Netzwerkes getan (58).

Die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* wurde 1994 ins Leben gerufen. Die Gesellschaft stellt sich die Aufgabe, alle medizinischen Berufsgruppen zur gemeinsamen

Arbeit zu vereinen. In diesem Rahmen werden unter anderem Aus- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

Im Mai 1996 wurde in München die *Deutsche Hospiz Stiftung* durch den *Malteserorden* gegründet. Die Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, die Hospizarbeit finanziell zu unterstützen und die Hospizidee in die Öffentlichkeit zu tragen.

Der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin wurde im Herbst 1999 an der Universität Bonn eingerichtet. Es folgten die Universitäten Köln, Aachen, München und Göttingen. Ein weiterer ist in Jena geplant. 8 von 36 medizinischen Fakultäten verfügen über eine Palliativstation.

2.1.5. Die *Palliativstation St. Johannes von Gott, München*

Im Folgenden wird die Einrichtung "*Palliativstation St. Johannes von Gott am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München Nymphenburg - Klinische Einrichtung für palliative Medizin*" vorgestellt. Diese Einrichtung war der Kooperationspartner für die vorliegende Arbeit.

Anfang 1991 nahm die „*Palliativstation St. Johannes von Gott*“ am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München als erste und bis Herbst 1997 einzige bayerische Einrichtung für palliative Medizin ihre Arbeit auf, zunächst mit 10 Betten in einer renovierten Station des Krankenhauses. Der *Caritasverband* der Erzdiözese München übernahm die Trägerschaft der ambulanten Arbeit, der *Malteser Hilfsdienst* half bei der Schulung ehrenamtlicher Hospizhelfer und die „*Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul*“ übernahmen die Pflegedienstleitung. Seit Mai 1993 besteht das neu gestaltete Stationsgebäude mit 25 Betten.

Die *Palliativstation St. Johannes von Gott* ist als eine eigenständige Fachabteilung eingegliedert in das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München. Das stationäre Angebot wird durch das ambulante des Ambulanten Hospizes der Caritas ergänzt.

Die 25 Betten der Palliativstation werden nach folgenden Kriterien belegt (34):

- Aufnahme finden Patienten mit fortgeschrittenem, nicht mehr heilbarem Tumorleiden, HIV-Erkrankungen oder anderen schweren Krankheitsbildern (z.B. aus dem neurologischen Spektrum), deren Lebenserwartung sechs Monate nicht überschreitet.
- Es liegen Symptome vor, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen; rein pflegerische oder soziale Probleme stellen keinen Aufnahmegrund dar.

- Die Patienten wissen über ihre Erkrankung und deren Stadium Bescheid, ebenso über die Inhalte und Zielrichtung der palliativen Behandlung und erklären sich damit einverstanden.

Auf einen Patienten kommen 1,3 Pflegekräfte. Unabhängig vom Krankenhaus hat das Pflegepersonal eine eigene Pflegedienstleitung. Neben Krankenschwestern und -pflegern arbeiten auf der Station AltenpflegerInnen und KrankenpflegehelferInnen. Die regelmäßige Mitarbeit dreier *Barmherziger Schwestern* wurde abgelöst durch 3-4 indische Schwestern der *Sisters of the Destitutes*, eine karitativ tätige Frauengemeinschaft. Ergänzt wird das Team durch Praktikanten und Hospizhelfer.

Die Palliativstation wird durch den Internisten Dr. Binsack geleitet. Dieser war zuvor mehrere Jahre in der Onkologie tätig und hospitierte in englischen Hospizen. Unterstützt wird er von zwei weiteren Internistinnen, Frau Dr. Roller und Frau Dr. Petersen.

Eine Sozialarbeiterin ist für alle sozialen Probleme, die sich für Patienten und Angehörige während des stationären Aufenthaltes ergeben, zuständig. Zu ihrem Aufgabengebiet gehören (2):

- Organisation von Entlassungen
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen in sozialen Fragen
- Unterstützung des Patienten bei der Regelung letzter Angelegenheiten
- Klärung der finanziellen Situation
- Unterstützung bei der Klärung familiärer Probleme
- Vermittlung von Hospizhelfern
- Beratung der Angehörigen nach dem Tode des Patienten

Katholische und evangelische Seelsorge sind ein integraler Bestandteil der Patientenversorgung. Auf der Palliativstation wird sie vom Prior des Hauses und Gesamtleiter der *Palliativstation St. Johannes von Gott* Pater Leodegar Klinger ausgeübt. Die Patienten geben bei Aufnahme an, ob sie seelsorgerische Betreuung wünschen. Anders als auf anderen Stationen, ist Pater Leodegar oft auch Ansprechpartner für die Angehörigen.

An mindestens zwei Vormittagen pro Woche kommt die Musiktherapeutin und Psychologin.

Eine Malerin und Graphikerin arbeitet mit den Patienten auf der Station oder auch über den ambulanten Dienst zu Hause.

Im Oktober 2004 wurde das Konzept durch den Träger *Barmherzige Brüder*, unterstützt durch den *Malteser Hilfsdienst*, um das Johannes-Hospiz mit 12 Betten erweitert.

2.2. Definition und Grundsätze der Palliativmedizin

Verschiedenste Kriterien dienen dazu, medizinisches Handeln zu erläutern, zu differenzieren und zu kategorisieren. Zwei davon sind die Unterscheidung in die kurative und die palliative Medizin. Als kurativ wird die Medizin betrachtet, die sich der Heilung von Krankheiten widmet, als palliativ diejenige, die Krankheiten und deren Symptome lindert. Im Nachfolgenden wird ein Überblick über die Palliativmedizin gegeben.

Das lateinische Wort „pallium“ bedeutet „der Mantel“. Ebenso wie ein schützender, wärmender Mantel soll die Palliativmedizin für Wohlbefinden und Beschwerdefreiheit während einer Erkrankung oder des Sterbeprozesses sorgen. Nicht mehr die Heilung oder die langfristige Besserung stehen im Vordergrund, sondern die Linderung von Symptomen. Die Palliativmedizin scheint auf den ersten Blick eine neue Fachdisziplin zu sein, deren Wurzeln im England der 60er Jahre zu finden sind. Blickt man jedoch auf die erste Hälfte des 20. Jahrhundert zurück, war Palliation das Hauptziel des Arztes, denn oft konnte er viele Erkrankungen nicht heilen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahr 2002 Palliativmedizin wie folgt: „Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt“ (31).

Die Definition der EAPC (European Association for Palliative Care) aus dem Jahre 2003 lautet ähnlich: „Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben (obwohl die Lebenserwartung gelegentlich mehrere Jahre betragen kann). Palliativmedizin schließt die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten ein“ (49).

Die Deutsche Gesellschaft der Palliativmedizin (DGP) entwickelte eine eigene Definition. Sie entspricht im Wesentlichen der WHO-Definition, ist aber wesentlich kürzer: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist“ (22).

Unter Palliativtherapie versteht man „die antineoplastische Therapie, die bei fehlendem kurativen Ansatz Einfluss auf die Tumorerkrankung selbst nimmt“ (38). Davon zu

unterscheiden ist die Supportivtherapie. Sie ist die Vermeidung oder Therapie tumorbedingter Nebenwirkungen oder Komplikationen.

Wie bereits erwähnt, ist es das Ziel der Palliativmedizin, eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Dazu gehören folgende Inhalte und Prinzipien (40):

1) Physische Aspekte

Medikamentöse Symptomkontrolle (z.B. bei Schmerz, Dyspnoe, Nausea, Emesis, Obstipation, Obstruktion, Verwirrtheit, terminalem Rasseln)

Entscheidung für oder gegen Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase

Interventionelle Therapie (z.B. Stents, Lasertherapie)

Physiotherapie (Lymphödembehandlung, Krankengymnastik)

2) Psychische, soziale und spirituelle Aspekte

Berücksichtigung der psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl bei der Krankheit als auch beim Sterben und in der Zeit danach

3) Intensive Auseinandersetzung mit speziellen Fragen der Kommunikation und Ethik

Arzt- und Patientenbeziehung

Selbstbestimmung des Patienten

Grenzen der Behandlung (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Therapieabbruch)

Sterbehilfe und Sterbebeistand

2.3. Symptome und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin und Hospizarbeit

Die Symptomkontrolle ist das Behandlungsziel in der Palliativmedizin. Tumorschmerzpatienten leiden in der Regel an mehreren Symptomen gleichzeitig. Im Vordergrund steht meistens die Behandlung von Schmerzen (**Tab.2**, (81)).

Tab.2: Prevalent symptoms of advanced cancer patients

Pain 84%	Constipation 52%
Easy fatigue 69%	Early satiety 51%
Weakness 66%	Dyspnea 50%
Anorexia 66%	Weight loss 50%
Lack of energy 61%	Cough 49%
Dry mouth 57%	Anxiety 48%

Zu erwähnen sind des Weiteren psychologische, kulturelle, soziale und spirituelle Probleme (85). In Anlehnung an Woodruff wird daher auch vom „total suffering“ des Patienten gesprochen. Das palliativmedizinische Gesamtkonzept berücksichtigt alle Symptome und Verstärkungsfaktoren (63).

Im Folgenden Abschnitt werden die häufigsten Symptome und ihre Behandlungen dargestellt.

2.3.1. Schmerz

Von allen Symptomen, die eine Tumorerkrankung begleiten können, ist der Tumorschmerz eines der am meisten gefürchteten. Liegt die Schmerzprävalenz in einem frühen Tumorstadium bei einem 1/3, so beträgt sie in fortgeschrittenen Stadien bereits mehr als 70% (88). Vor der Behandlung von Tumorschmerzen sollte die Schmerzursache geklärt werden. Auch wenn in den meisten Fällen als Hauptursache der Tumorschmerz zugrunde liegt, müssen weitere Ursachen ausgeschlossen werden. Neben tumorbedingten Ursachen kommen therapiebedingte, tumorassoziierte und tumorunabhängige Ursachen in Frage (**Tab.3**, (46)). Zudem ist es möglich, dass bei einem Patienten verschiedene Schmerzsyndrome gleichzeitig vorliegen. Akute Schmerzen können in chronische Schmerzen übergehen oder auch nebeneinander bestehen (7; 78).

Tab.3: Schmerzursachen

Tumorbedingt (60-90%)
- Knochen-/ Weichteilinfiltration - Kompression und Infiltration von Nerven, Blut- und Lymphgefäßen - Lymphödem mit konsekutiver Durchblutungsstörung - Tumornekrose an Schleimhäuten mit Ulzerationen und Perforation
Therapiebedingt (10-25%)
- Operation (Nervenläsionen, Vernarbungen, Ödem, Phantomschmerz) - Radiatio (Fibrose, Neuropathie, Mukositis, Osteoradionekrose)
Tumorassoziiert (5-20%)
- paraneoplastisches Syndrom - Zosterneuralgie, Pilzinfektion - Venenthrombose
Tumorunabhängig (3-10%)
- Migräne - Spannungskopfschmerz

Bei Schmerzen können die häufigen psychosozialen Begleitumstände einer chronischen Erkrankung wie beispielsweise Angst, Schlafstörungen, Depression, Trauer oder soziale Isolation die individuelle Schmerzwahrnehmung verstärken, sodass selbst ohne Krankheitsprogredienz die Schmerzintensität zunehmen kann (34).

Eine befriedigende Schmerztherapie muss sich daher um eine allumfassende Symptomkontrolle bemühen. Nichtpharmakologische Maßnahmen der Krankenpflege, der physikalischen Therapie oder der psychosozialen sowie spirituellen Begleitung können die palliativmedizinische Symptomkontrolle unterstützen. Das Ziel einer Tumorschmerztherapie ist die Schmerzreduktion bei minimalen Nebenwirkungen. Sie soll so effektiv wie möglich und nur so invasiv wie nötig sein.

Man unterscheidet die kausale von der symptomatischen Therapie. Unter kausaler Therapie versteht man die Bestrahlung, Hormon- oder Chemotherapie. Unter symptomatischer Therapie die enterale, parenterale oder rückenmarksnahe Pharmakotherapie, Nervenblockaden, neuroablative und neurostimulatorische Verfahren, Psychotherapie und Physiotherapie.

In der kausalen, analgetischen Therapie stellt vor allem die Strahlentherapie eine wirkungsvolle Option dar. Unabhängig von der Tumorhistologie kann sie bei Schmerzen, die unter Bewegung und Belastung auftreten, bei 70-80% der Patienten zu einer Schmerzlinderung führen (44). Zusätzlich dazu hat sie einen positiven Effekt auf die Stabilität des Achsenskeletts. Dagegen ist die Indikation für eine Chemo- und

Hormontherapie unter analgetischen Gesichtspunkten nur wenig gesichert. Dieses wurde bisher nur selten in Studien als Erfolgskriterium untersucht.

Bei der symptomatischen Therapie ist bei der Wahl der Medikamente nicht das Krankheitsstadium ausschlaggebend, sondern die subjektiv empfundene Schwere der Schmerzen seitens des Patienten (10). 1986 gab die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das so genannte WHO-Stufenschema zur Therapie von Tumorschmerzen heraus (**Tab.4**, (86)). Seitdem wurden diese Empfehlungen in mehreren großen Studien überprüft und gelten heute als Grundlage der Tumorschmerztherapie. Starke Opioide wie Morphin sind die Eckpfeiler der Schmerztherapie.

Tab.4: WHO–3-Stufen-Schema

WHO-Therapiestufe	Schmerzintensität	Medikation
Stufe 1	Leicht bis mäßig	Nichtopioide
Stufe 2	Mäßig bis stark	Nichtopioide + mittelstarke Opioide
Stufe 3	Stark bis sehr stark	Nichtopioide + starke Opioide

Antidepressiva und Antikonvulsiva stellen eine weitere Möglichkeit der Therapie dar.

Bei Kenntnis der Schmerzursache und sachgerechter Wahl der systemischen Analgetika können Tumorschmerzen in mehr als 80% der Fälle effektiv behandelt werden (74). Als Begleiterscheinung können bei der Therapie mit starken Opioiden schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten. Es kommt hauptsächlich zu Obstipation, Übelkeit und Sedierung, in selteneren Fällen zu Verwirrtheit und Halluzinationen.

2.3.2. Obstipation

Neben Schmerzen ist die Obstipation eines der häufigsten Symptome bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung (52%) (81). Meist wird die Obstipation durch direkte Einflüsse der Tumorerkrankung ausgelöst, oft in Verbindung mit Medikamentennebenwirkungen. Die Symptome hängen von der Höhe der Obstruktion ab (Magen-, Dünndarm-, Dickdarmniveau). Durch eine verlängerte Verweildauer der Fäzes im Darm droht bei einer nicht behandelten Obstipation eine Darmparalyse bis hin zum paralytische Ileus mit Miserere. Zuweilen liegen psychologische Gründe vor, die mit Gefühlen von Scham und dem Verlust der Privatsphäre bei Patienten zusammenhängen (10).

Ca. 3-5% der Patienten leiden in den letzten Lebenstagen und –wochen unter einem mechanischen oder paralytischen Ileus. Auch eine Kombination aus beidem ist möglich.

Besonders betroffen sind Patienten mit einem Ovarialkarzinom (25-40%) und kolorektalen Karzinomen (8; 10). An den meisten durch Medikamente bedingten Komplikationen sind Opioide und ihre Nebenwirkungen beteiligt (75; 77).

Therapeutisch werden bei Obstruktion aufweichende oder stimulierende Laxantien gegeben. Beim mechanischen Ileus ist in vielen Fällen ein operatives Vorgehen aufgrund einer inoperablen Situation nicht mehr möglich. Alternativ müssen die Symptome dann medikamentös behandelt werden (z.B. durch Antiemetika, Analgetika, antisekretorische Medikamente oder Steroide) (8; 10).

2.3.3. Übelkeit und Erbrechen

Bei 40-70% der Patienten mit einem weit fortgeschrittenen Tumorstadium gehören Übelkeit und Erbrechen zu den häufigsten gastrointestinalen Symptomen. Jüngere Patienten unter 65 Jahren sind häufiger betroffen als ältere, Frauen häufiger als Männer (8). Circa 30% aller auf Opioide neu eingestellten Patienten verspüren Übelkeit während der ersten Behandlungswoche (10).

Ebenso wie in der Schmerztherapie hat die kausalthérapeutische Behandlung Priorität. Als Antiemetika stehen unterschiedliche Medikamente zur Verfügung, die über eine Antagonisierung im ZNS oder der Peripherie, je nach Ursache und der klinischen Situation, ihre Wirkung entfalten (8; 10). Übelkeit, hervorgerufen durch gastrointestinale Obstruktion, der so genannte mechanische Ileus, stellt eine besondere Form dar (s.o.). Bei unstillbarem Erbrechen sind eine nasogastrale Ablaufsonde oder eine PEG in Erwägung zu ziehen (12).

2.3.4. Dyspnoe

Kulturgeschichtlich ist die Luft mit dem Leben gleichgesetzt („Odem einhauchen“). Das mag erklären, dass die Angst zu ersticken besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit bedarf. Dyspnoe ist ein häufiges Symptom bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (50%) (81). Die Ursachen können pulmonaler (z.B. durch Pleuraerguss, Lymphangiosis carcinomatosa), kardialer (z.B. durch Linksherzinsuffizienz) oder gemischter (z.B. durch Anämie, Aszites, Schmerzen) Genese sein. In vielen Fällen geht die Dyspnoe mit einer respiratorischen Insuffizienz einher (10).

Auch hier gilt, dass eine kausale Therapie Vorrang vor symptomatischer Behandlung haben sollte. Die Effektivität der medikamentösen Einflüsse ist begrenzt und kann im

Einzel Fall nicht vorhergesagt werden (79). Die Anwendung von Antibiotika ist aufgrund des fraglichen Benefit umstritten (30; 44). Bei einer akuten Infektion hängt die Behandlung vom stabilen Zustand des inkurablen Patienten ab und ist obligatorisch. Anders dagegen verhält es sich bei terminal Kranken, bei denen Symptome mit palliativen Maßnahmen beherrschbar sind und eingreifende Therapien nicht mehr indiziert sind (78). Als begleitende nichtmedikamentöse Maßnahme kann die Sauerstoffgabe Erleichterung bringen, die jedoch bei Patienten eine psychische Abhängigkeit entwickeln kann und daher nicht eine Reflexantwort auf äußere Atemnot sein sollte (13). Des Weiteren ist eine spezielle Atemgymnastik und psychosoziale Begleitung hilfreich. In der Terminalphase kommt es häufig zu einem atemsynchronen Rasseln, da der Patient aus zunehmender muskulärer Schwäche und Bewusstseinsstörung die Sekrete nicht mehr abhusten oder schlucken kann. Dies ist besonders für Angehörige und Betreuer sehr belastend, während es vermutlich vom Patienten selbst nicht mehr in dieser Form wahrgenommen wird. Bewährt haben sich hier die Gabe eines Anticholinergikums und die Lagerung in aufrechter Position. Gelegentlich ist eine nasopharyngeale oder oropharyngeale Absaugung nicht vermeidbar (13).

3. Methodik

3.1. Datenerhebung

Um die Daten der zwischen dem 01.01.1996 und 31.12.2001 auf der *Palliativstation St. Johannes von Gott* des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in München gestorbenen gynäkologischen Patientinnen eruieren zu können, wurden die Aufnahme- und Entlassbücher der Palliativstation herangezogen. Von den somit ermittelten 316 Patientinnen wurden anschließend die Akten aus den Archiven herausgesucht. 21 Akten waren nicht auffindbar, 1 Akte war unvollständig und ging nicht in die Auswertung ein. Für die Betrachtung verblieben 294 zu analysierende Patientinnen.

Zur Datenerhebung wurde eine Computermaske verwendet, die von der Universitäts-Frauenklinik Maistraße der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Verfasserin vor Akteneinsicht entworfen und während der Datenerfassung überarbeitet wurde (siehe folgende Seite). Dabei wurden alle Daten zur Person, zur Diagnose, zur jeweiligen Behandlung vor und während des Hospizaufenthaltes und zum Sterbeprozess dokumentiert.

3.2. Datenauswertung

Die Datenerhebung war im Januar 2003 abgeschlossen.

Bei der Auswertung der Daten wurde vorwiegend tabellarisch, summarisch und Durchschnittswerte ermittelnd vorgegangen.

Zur Datenerfassung wurde das Programm Access von Microsoft in der Version von 1997 verwendet.

Für die Auswertung der Daten und für das Erstellen des vorliegenden Textes wurden zunächst die Programme Excel und Word aus dem Microsoft Office Programm in der Version von 1998 benutzt. Im Verlauf der Auswertung wurden die Versionen der oben genannten Programme von 2003 verwendet.

4. Ergebnisse (1996-2001)

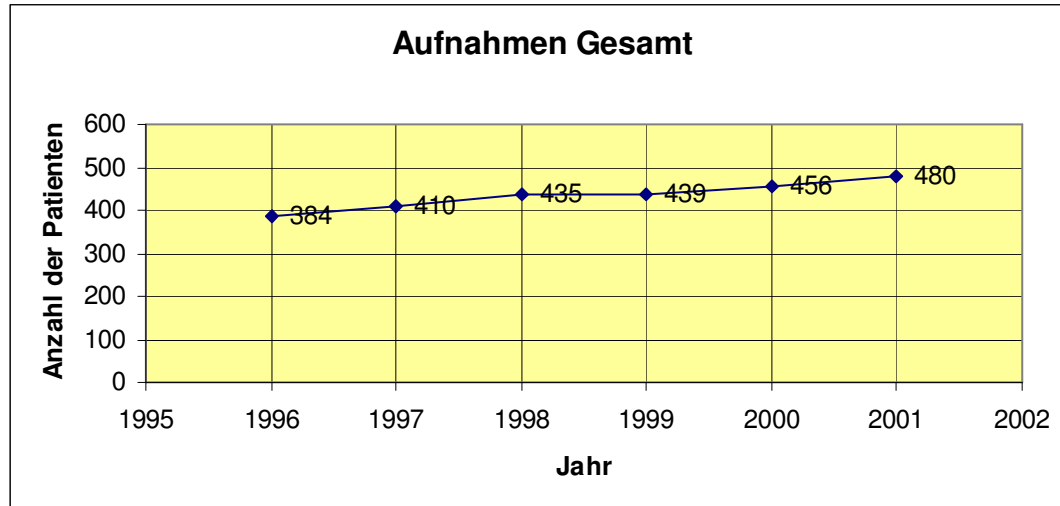
4.1. Allgemeine Hospizdaten

Im folgenden Ergebnisteil werden allgemeine Hospizdaten präsentiert. Sie beziehen sich auf alle Patienten, die in den Jahren 1996-2001 mit unterschiedlichen Erkrankungen auf der Palliativstation aufgenommen wurden. Wieder aufgenommene Patienten sind dabei eingeschlossen.

Vergleichend wird jeweils der Anteil der untersuchten gynäkologischen Patientinnen gegenüber gestellt.

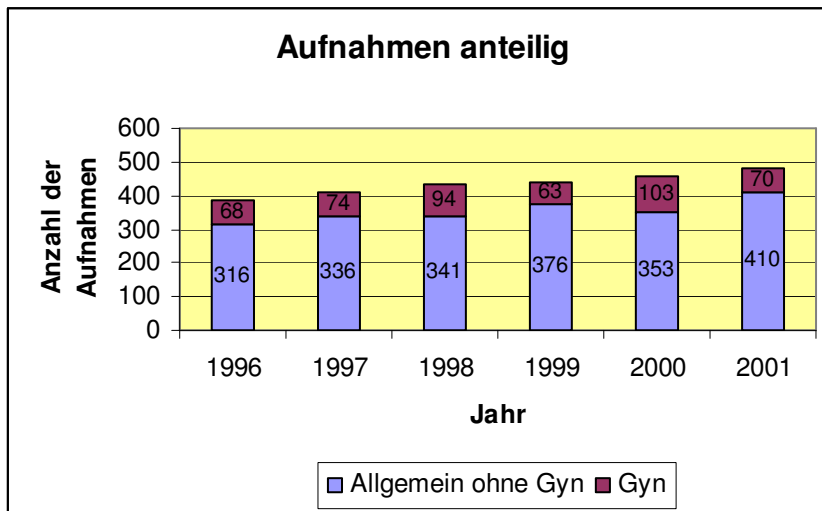
4.1.1.1. Aufnahmen Gesamt

Im Laufe der Jahre kam es zu einer Steigerung der Patientenaufnahmen. Im Jahr 1996 wurden 384 Patienten auf der Palliativstation aufgenommen. Im Jahr 2001 waren es bereits 480 Patienten.



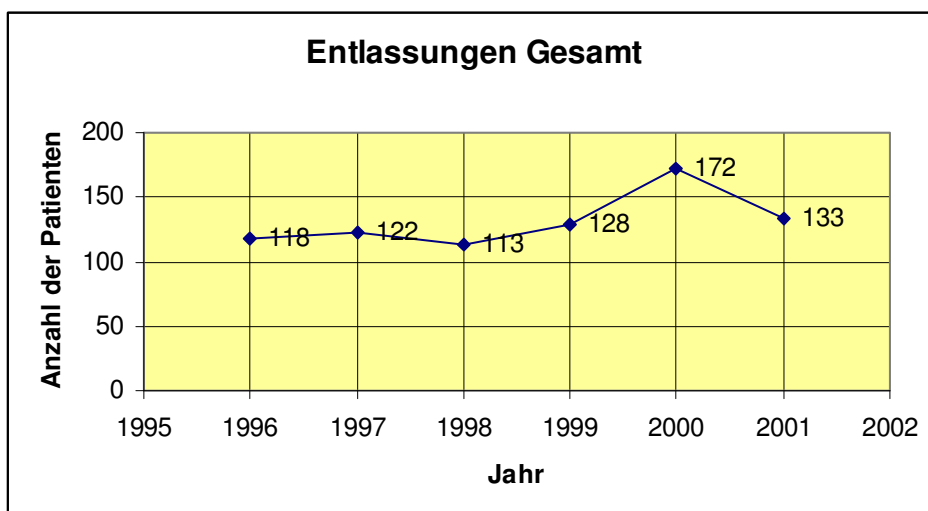
4.1.1.2. Aufnahmen anteilig gynäkologisch

An den Gesamtaufnahmen auf die Palliativstation gab es eine Schwankungsbreite bezüglich der anteilig gynäkologischen Aufnahmen. Der geringste Anteil gynäkologischer Aufnahmen bestand im Jahr 1999 (16,7%). Der höchste Anteil im Jahr 2000 (29,1%).



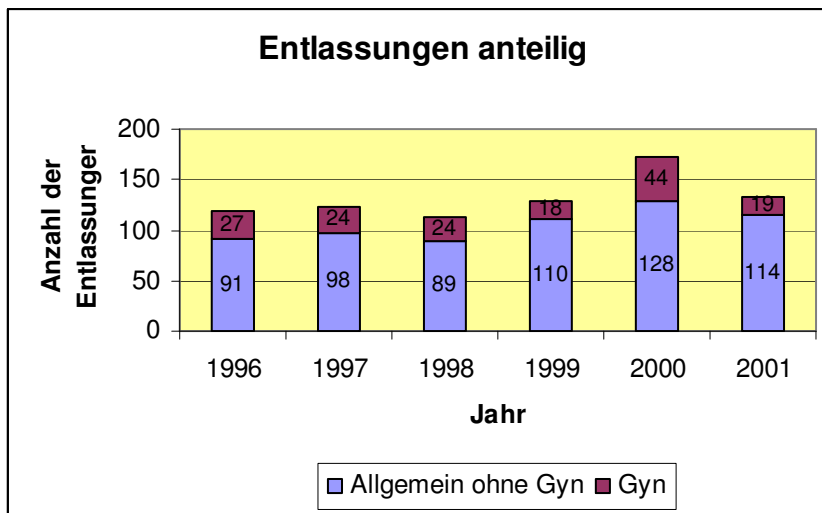
4.1.2.1. Entlassungen Gesamt

Die Aufnahme auf der Palliativstation bedeutet nicht zwangsweise, dass die Patienten dort versterben. Die Gründe für eine Aufnahme können z.B. auch Symptome sein, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen, die jedoch nicht absehbar zum Tode führen. Im Jahr 1998 wurden die wenigsten Patienten (25,9%) wieder von der Palliativstation entlassen. Die meisten Patienten (48,9%) konnten im Jahr 1996 entlassen werden.



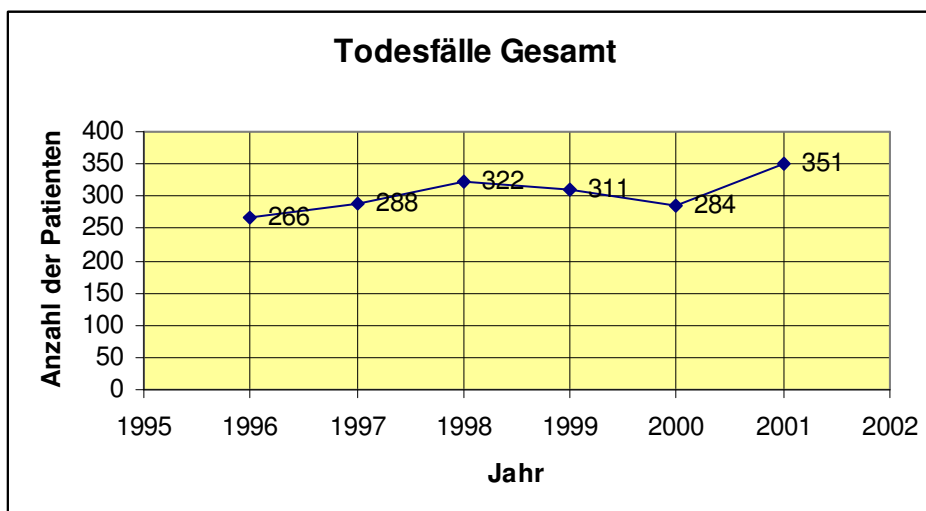
4.1.2.2. Entlassungen anteilig gynäkologisch

Der Anteil der Patientinnen mit einer gynäkologischen Entlassungsdiagnose an den Gesamtentlassungen blieb über den Untersuchungszeitraum annähernd gleich (ca.25%). Lediglich im Jahr 1999 wurden deutlich weniger Patientinnen (16,3%) im Jahr 2000 mehr Patientinnen (34,3%) von der Palliativstation entlassen.



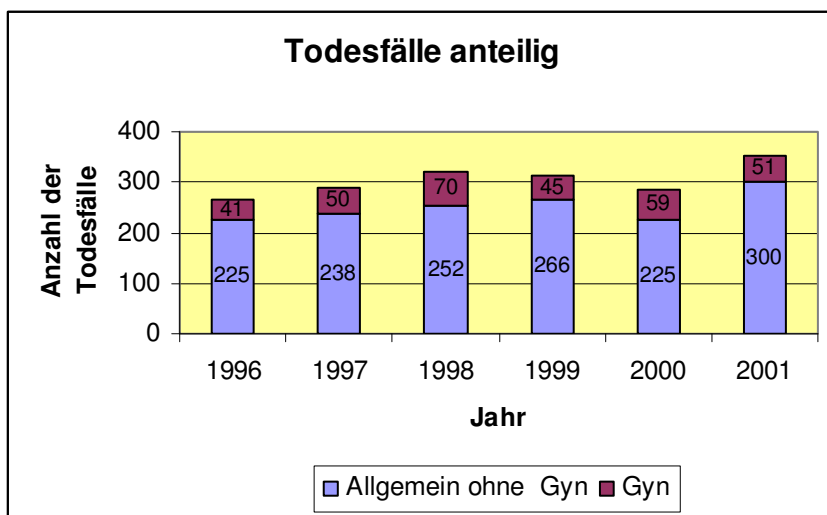
4.1.3.1. Todesfälle Gesamt

Bezogen auf die Gesamtaufnahmen verstarben im Jahr 2000 die wenigsten Patienten (62,2%). Die meisten Todesfälle wurden im Jahr 1998 verzeichnet (74%).



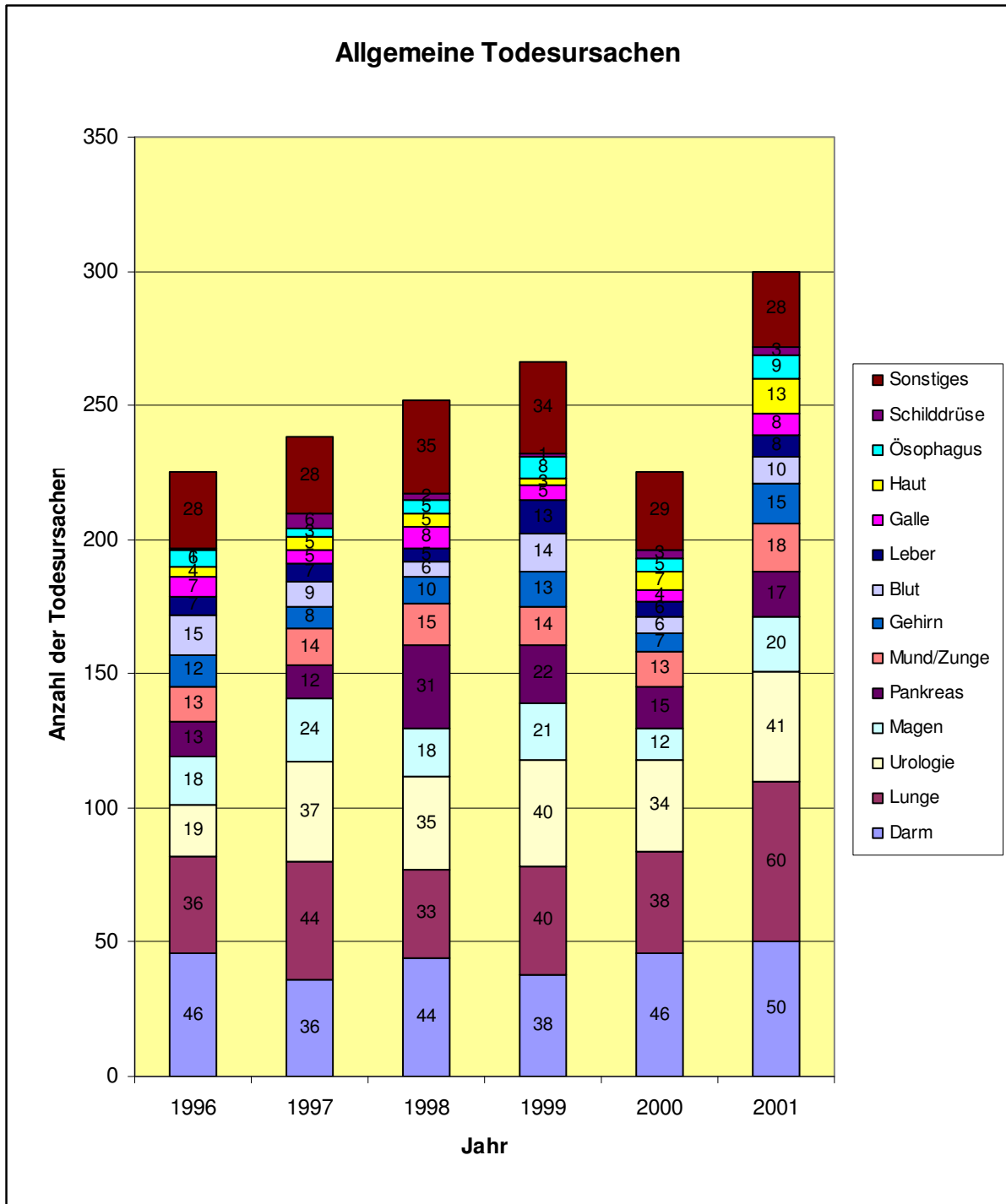
4.1.3.2. Todesfälle anteilig gynäkologisch

Die Patientinnenanzahl, die an gynäkologischen Malignomen auf der Palliativstation verstorben sind, variiert anteilig an den Gesamttodesfällen im Jahr 1999 mit der niedrigsten Anzahl von 14,4% bis zum Jahr 1998 mit der höchsten Anzahl von 21,7% Todesfällen.



4.1.4. Todesursachen allgemein

Unter diesem Punkt wurden alle nichtgynäkologischen Grunderkrankungen der Patienten erfasst, die auf der Palliativstation verstorben sind. Der größte Anteil der Erkrankungen waren maligne Grunderkrankungen. Der Literatur entsprechend waren die häufigsten Erkrankungen maligne Tumore des Darmes und der Lunge. Unter „Sonstiges“ waren neurologische Erkrankungen (z.B. ALS) und HIV eingeschlossen.



4.2. Patientinnenbezogene Daten

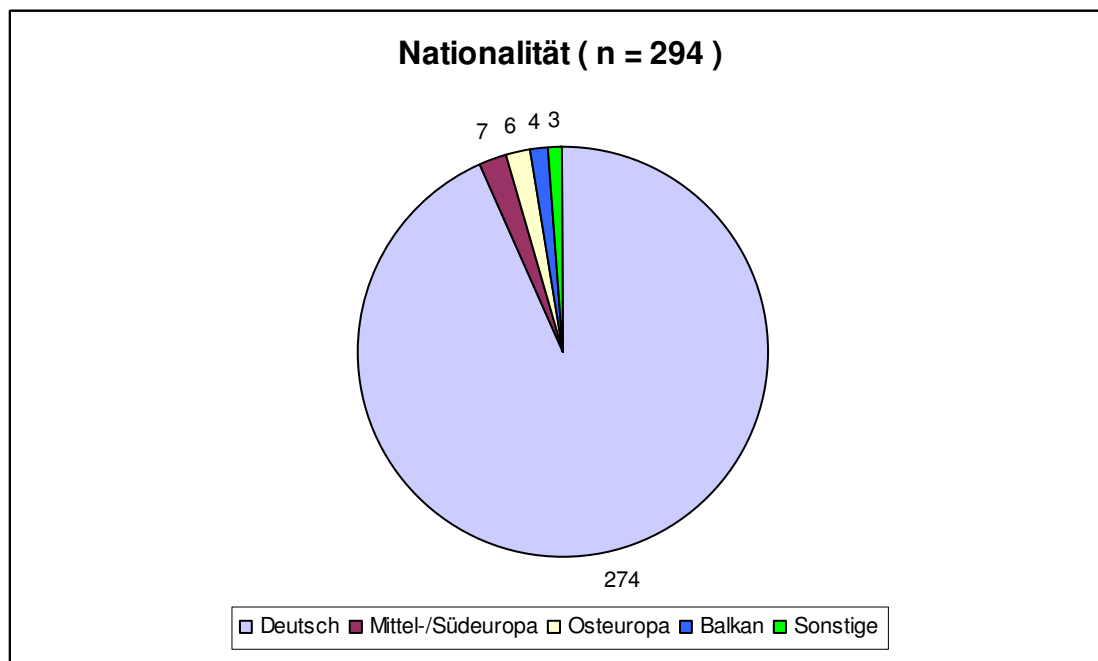
Im folgenden Ergebnisteil werden die retrospektiven Daten präsentiert, die sich ausschließlich auf die gynäkologischen Patientinnen beziehen.

4.2.1. Persönliche Patientinnendaten

Die persönlichen Patientinnendaten zeigen die Situation der Frauen vor der Aufnahme auf die Palliativstation.

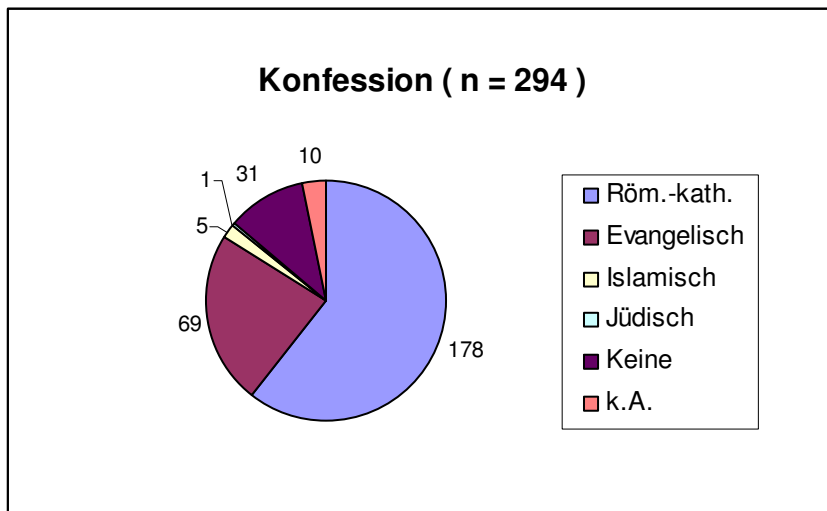
4.2.1.1. Nationalität

Der größte Teil der Patientinnen (274 Frauen, 93,2%) kam aus Deutschland. 7 Frauen (2,38%) hatte die Staatsangehörigkeit von Ländern aus Mittel- und Südeuropa (Österreich, Schweiz, Italien und Portugal), 6 Frauen (2,04%) kamen ursprünglich aus Osteuropa (Tschechien, Slowakei und Polen), weitere 4 Frauen (1,36%) vom Balkan. 3 Frauen (1,02%) kamen aus Afghanistan (1) und der Türkei (2).



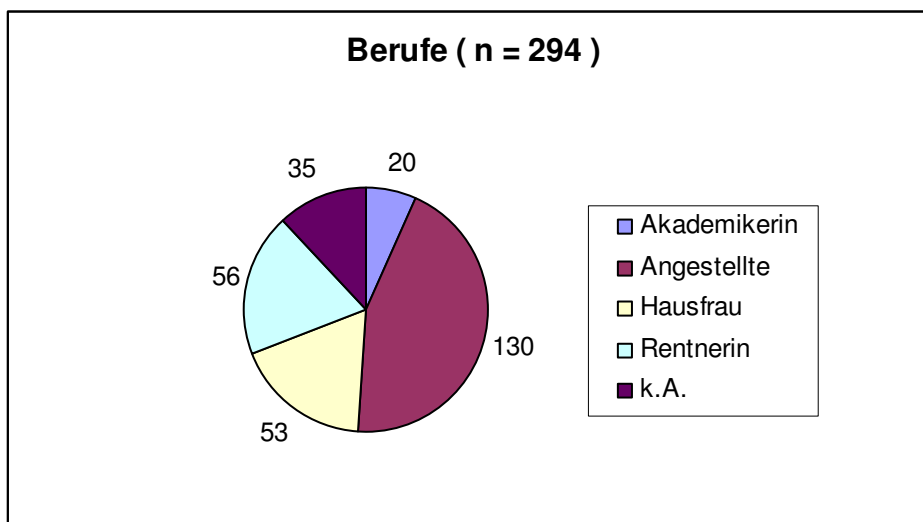
4.2.1.2. Konfession

Der prozentual größte Anteil entfiel erwartungsgemäß mit 178 Patientinnen auf den römisch-katholischen Glauben (60,54%), gefolgt von 69 Patientinnen (23,42%) mit evangelischem Glauben. Nur 5 Patientinnen (1,7%) gaben den moslemischen und nur eine Patientin (0,34%) den jüdischen Glauben an. 31 Frauen (10,53%) erklärten keiner Glaubensgemeinschaft anzugehören, bei 10 Patientinnen (3,4%) lagen keine Angaben vor.



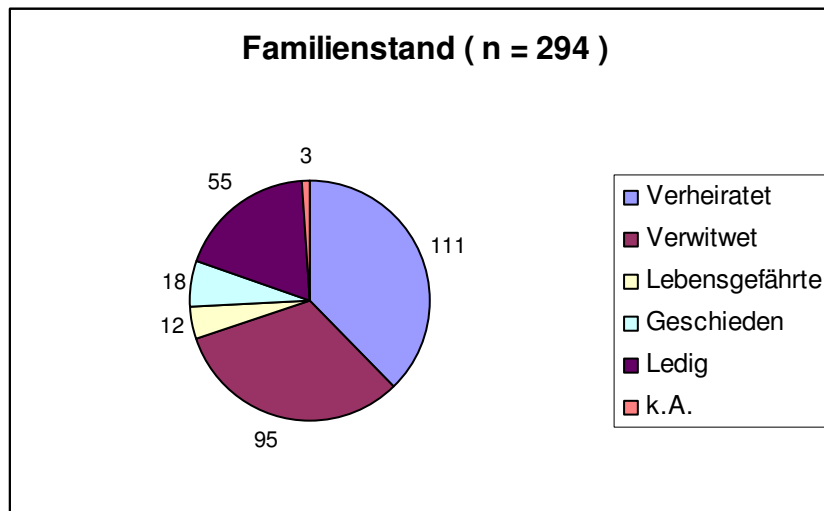
4.2.1.3. Beruf

Von 294 Patientinnen waren 130 Angestellte (44,22%), 56 Rentnerinnen (19,05%), 53 Hausfrauen (18,03%), 20 Frauen (6,8%) gaben an Akademikerinnen zu sein. Von 35 Patientinnen (11,9%) waren keine Angaben dokumentiert.



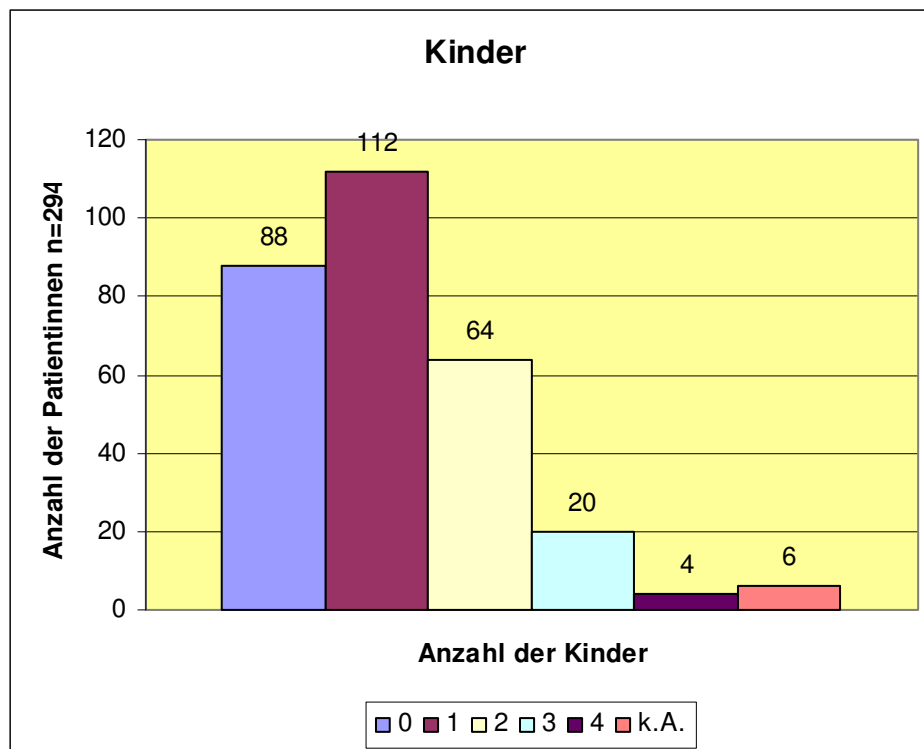
4.2.1.4. Familienstand

Die meisten der Patientinnen lebten in einer Beziehung. 111 Patientinnen waren verheiratet (37,76%), 12 lebten in einer Lebensgemeinschaft (4,08%). Mit 95 Frauen (32,31%) war fast ein Drittel der Patientinnen verwitwet. Die übrigen Frauen waren entweder geschieden (18 Frauen; 6,12%) oder ledig (55 Frauen; 18,71%). Keine Angaben lagen von 3 Frauen (1,02%) vor.



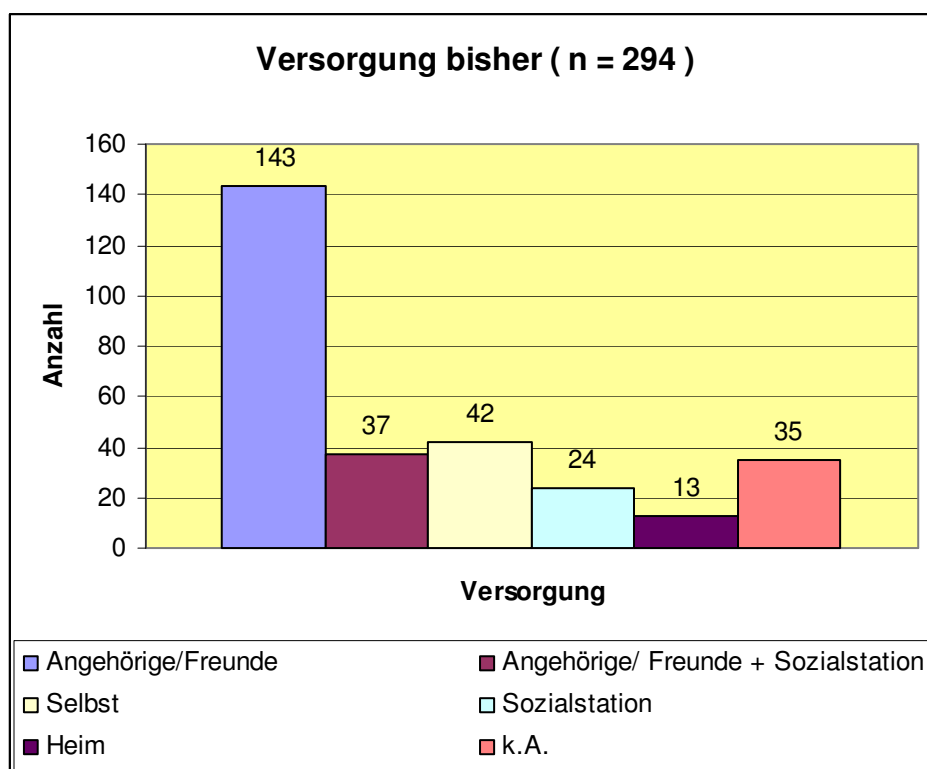
4.2.1.5. Kinder

Auf der Palliativstation wurden überwiegend Frauen betreut, die keine Kinder (88 Frauen; 29,93%) oder nur ein Kind (112 Frauen; 38,1%) hatten. Weitere 64 Frauen (21,77%) hatten 2 Kinder, 20 Frauen hatten 3 Kinder (6,8%). Nur 4 Patientinnen waren Mütter von vier Kindern. 6 Frauen (2,04%) hatten keine Angaben gemacht.



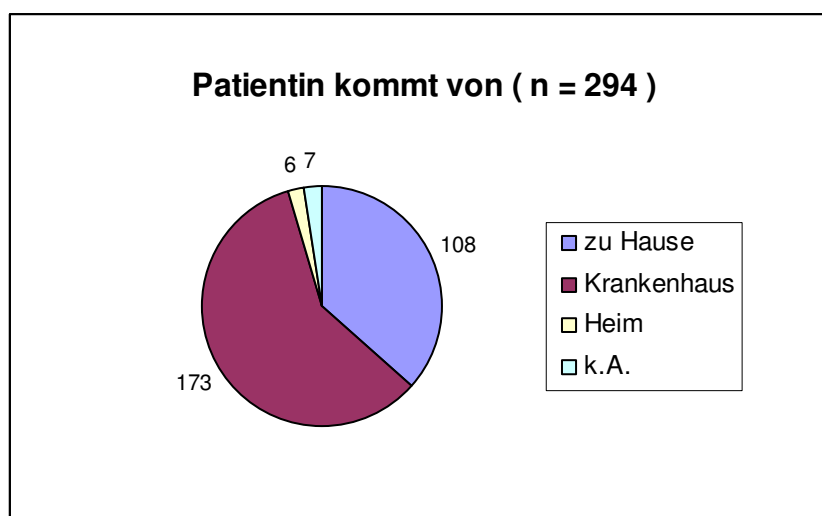
4.2.1.6. Bisherige Versorgung

Fast 50% der Frauen (143 Frauen; 47,92%) wurden vor ihrem Tod von Angehörigen oder Freunden zu Hause gepflegt. Bei 37 Patientinnen (12,58%) haben die Angehörigen/Freunde in der Pflege Unterstützung von einer Sozialstation bekommen. 42 Frauen (14,29%) waren bis zur Aufnahme auf der Palliativstation in der Lage sich selbst zu versorgen. 24 Patientinnen (8,16%) wurde durch eine Sozialstation mitversorgt. 13 Frauen (4,42%) waren vorher in einem Heim untergebracht. Bei 35 Frauen (11,9%) war die bisherige Versorgung nicht dokumentiert.



4.2.1.7. Patientin kommt von

Über die Hälfte der Patientinnen wurde aus einem Krankenhaus aufgenommen (173 Frauen; 58,84%). Der Umweg, den die Patientin unter Umständen über die Klinik nehmen musste, weil die Symptome zu Hause nicht mehr ausreichend gelindert werden konnten und die Palliativstation noch kein Bett frei hatte, ist nicht erfasst worden. 108 Patientinnen (36,73%) wurden von zu Hause auf die Palliativstation eingeliefert. Erwartungsgemäß wenige Frauen kamen aus einem Heim (6 Frauen; 2,04%). Bei 7 Frauen (2,38%) lagen keine Angaben vor.

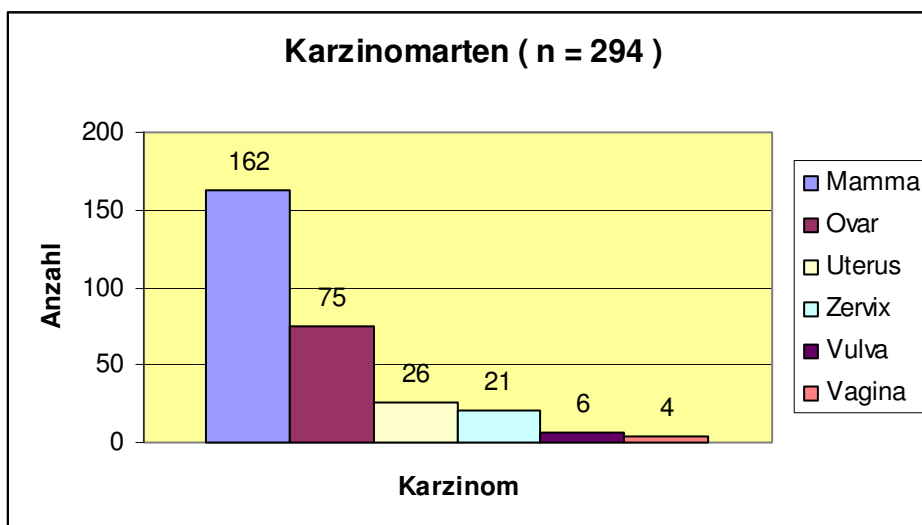


4.2.2. Tumordaten

Die Tumordaten beinhalten Informationen über die gynäkologischen Erkrankungen und Therapien der untersuchten Patientinnen. Diese beziehen sich ausschließlich auf die Zeit vor dem palliativmedizinischen Aufenthalt. Vor Beginn der Datenerhebung war zunächst eine umfassendere Erhebung der Tumordaten geplant. Im Verlauf der Datenerhebung stellte sich jedoch heraus, dass zahlreiche Parameter in den Akten der Palliativstation nicht oder nur unvollständig zu eruieren waren. Dies lag im Besonderen an den oft fehlenden oder unzureichenden Arztbriefen zur Verlegung. Daher konnten die Daten zur Lokalisation von Metastasen und zum Zeitraum bis zur Progression der Tumorerkrankung nicht erhoben werden.

4.2.2.1. Karzinomart

Erwartungsgemäß dominierte, anderen Statistiken entsprechend, das Mammakarzinom. Von 294 Patientinnen lag bei 162 (55,1%) von ihnen ein Mammakarzinom vor. Anders als in der Literatur beschrieben war die Häufigkeitsverteilung bei dem Ovarial- und Endometriumkarzinom umgekehrt. Als das zweithäufigste Karzinom stellte sich in dieser Untersuchung das Ovarialkarzinom heraus (75 Frauen; 25,51%). Erst an dritter Stelle lag das Endometriumkarzinom (26 Frauen; 8,84%). Es folgte mit 7,14% bei 21 Frauen das Zervixkarzinom. Das seltene Vulvakarzinom trat bei 6 Frauen (2,04%) auf, das noch seltenere Vaginalkarzinom bei 4 Frauen (1,36%).



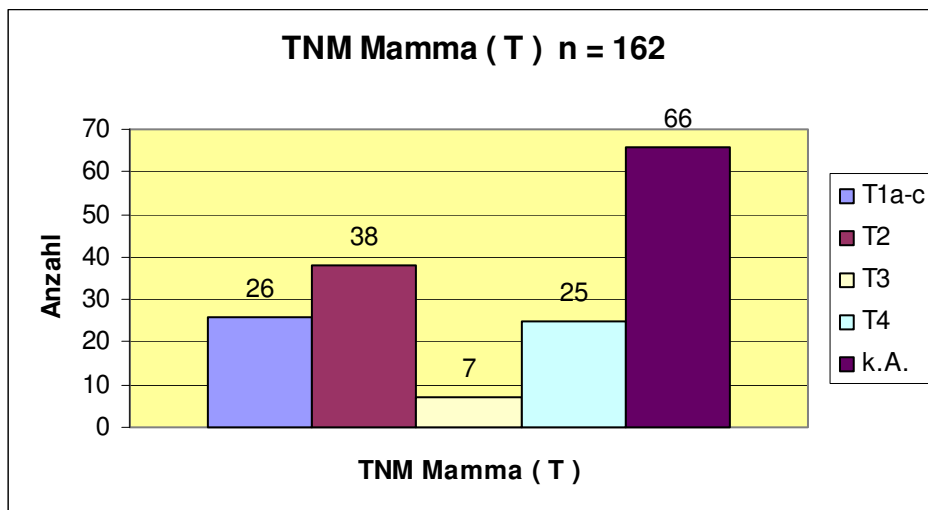
4.2.2.2. TNM-Klassifikation

Die Dokumentation der TNM-Klassifikation bei Erstdiagnose in den zugrunde liegenden Akten war zum Teil nur sehr unzureichend. Bei einigen Patientinnen lagen zum Teil keine Angaben oder nur unvollständig dokumentierte vor (zum Teil nur vereinzelte Parameter der TNM-Klassifikation). Daher wird im Folgenden mangels ausreichender Daten auf eine grafische Darstellung der Endometrium-, Zervix-, Vulva- und Vaginalkarzinome verzichtet. Diese Daten werden kurz in Textform dargestellt.

Mammakarzinom

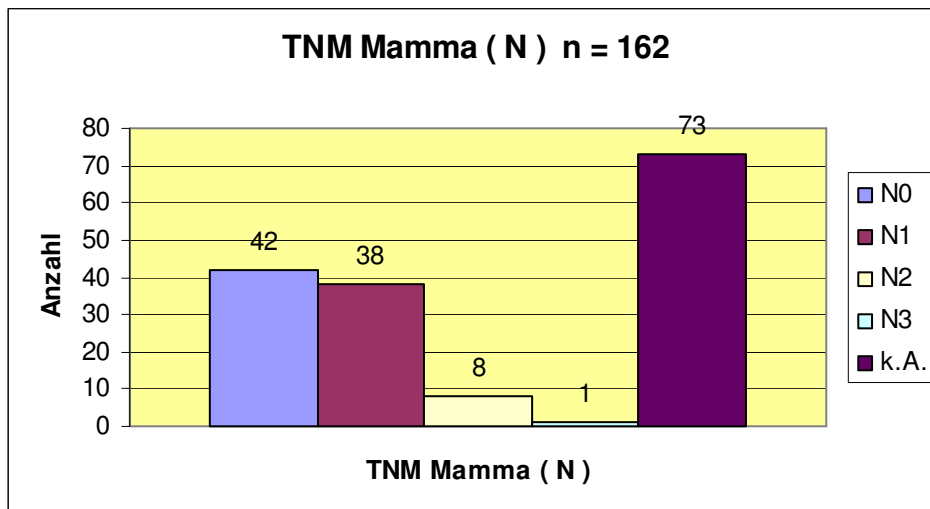
TumorgroÙe

Von 162 Patientinnen, die an einem Mammakarzinom erkrankten, diagnostizierte man dieses bei 26 Frauen (16,05%) im Stadium T1a-c. Bei 38 Frauen (23,46%) im Stadium 2, bei weiteren 7 Frauen (4,32%) im Stadium 3. Das Stadium 4 wurde bei 25 Patientinnen (15,43%) diagnostiziert. Bei über einem Drittel der Frauen (66 Frauen, 40,74%) wurden keine Angaben zur TumorgroÙe festgehalten.



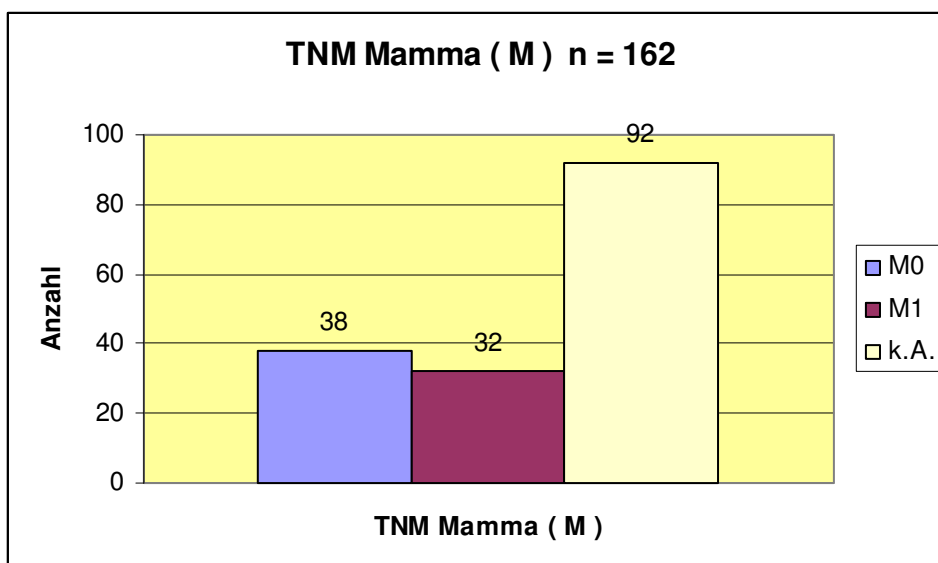
Nodalstatus

Bei 42 Frauen (25,93%) der Mammakarzinom-Patientinnen war der Nodalstatus N0, bei weiteren 38 Frauen (23,46%) N1, bei 8 Patientinnen (4,94%) N2 und bei 1 Patientin (0,62%) N3. In fast der Hälfte der Akten lagen keine Angaben diesbezüglich vor.



Metastasen

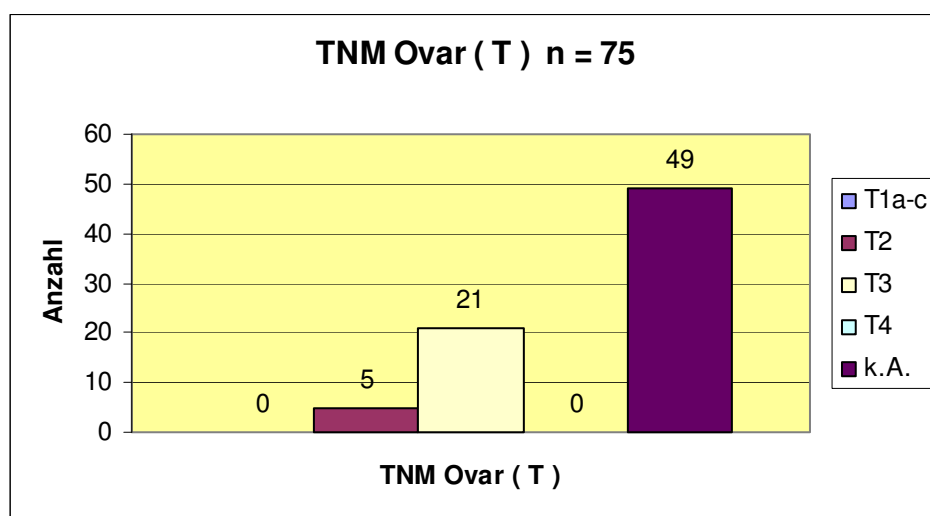
Bei knapp einem Viertel der Mammakarzinom-Patientinnen lagen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Metastasen (M0) vor (38 Frauen; 23,46%). 32 Frauen (19,7%) der Patientinnen hatten bereits das Stadium M1. Zu 92 Frauen (56,79%) lagen keine Angaben vor.



Ovarialkarzinom

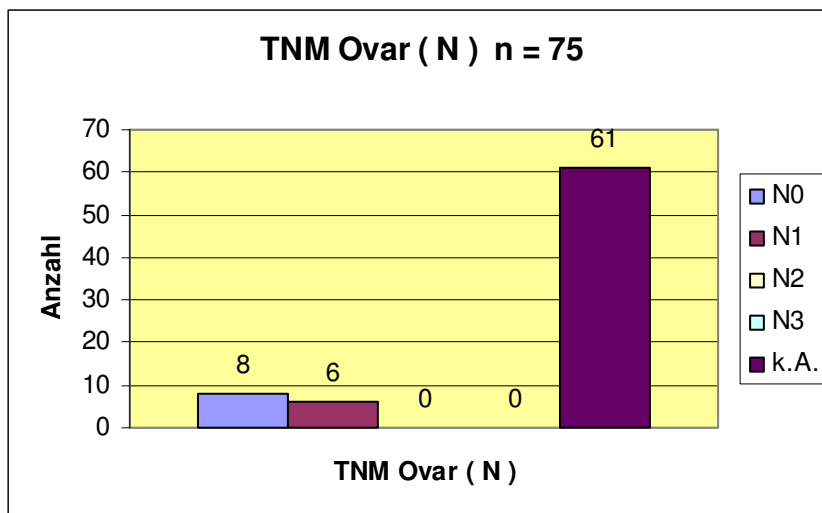
Tumorgröße

Von 75 Frauen, die an einem Ovarialkarzinom erkrankten, diagnostizierte man dieses bei keiner Frau im Stadium T1a-c oder T4. Bei nur 5 Frauen (6,67%) wurde die Neubildung im Stadium T2 diagnostiziert. Die höchste Anzahl an Erstdiagnosen stellte man im Stadium T3 (21 Frauen; 28%). Bei über der Hälfte der Patientinnen (49 Frauen; 65,33%) lag keine Dokumentation diesbezüglich vor.



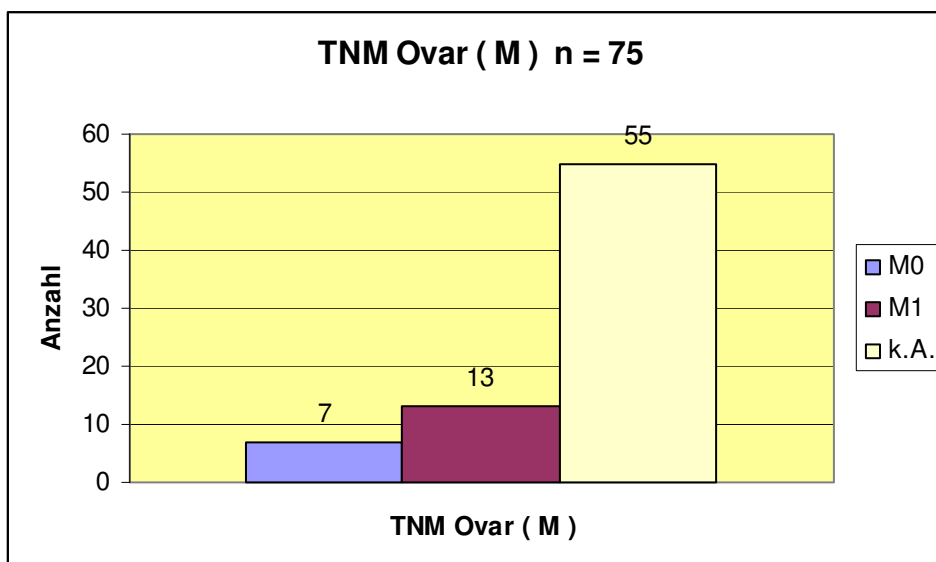
Nodalstatus

Wie bereits eingangs erläutert war die Dokumentation der Tumordaten zum Teil mangelhaft. Bei 81,33% (61 Frauen) der Patientinnen ließen sich keine Angaben zum Nodalstatus eruieren. 8 Frauen (10,67%) hatten den Nodalstatus N0. 6 weitere Patientinnen (8%) N1.



Metastasen

Ähnlich wie bei dem Nodalstatus war die Dokumentation der Metastasen unzureichend. Bei 55 Frauen (73,33%) lagen keine Angaben vor. Bei 7 Frauen (9,33%) wurden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Metastasen (M0) gefunden. Bei 13 Patientinnen (17,33%) lag das Stadium M1 vor.



Endometriumkarzinom

Alle nachfolgenden Daten der TNM-Klassifikation beziehen sich auf 26 Patientinnen mit einem Endometriumkarzinom.

Tumorgröße

Von 26 Frauen, die an einem Endometriumkarzinom erkrankten, diagnostizierte man dieses bei 3 Frauen (11,54%) im Stadium T1a-c. Bei 2 Frauen (7,69%) wurde die Neubildung im Stadium T3 und nur bei einer Patientin (3,85%) im Stadium T4 diagnostiziert. Bei drei Viertel der Patientinnen (20 Frauen; 76,92%) lag keine Dokumentation diesbezüglich vor.

Nodalstatus

Wie bereits eingangs erläutert war die Dokumentation der Tumordaten zum Teil mangelhaft. Bei keiner der Patientinnen ließen sich Angaben zum Nodalstatus eruieren.

Metastasen

Bei 15,38% (4 Frauen) der Patientinnen lag ein Metastasenstadium M0 vor. 2 Frauen (7,69%) hatten das Stadium M1. Bei 20 Patientinnen (76,92%) lagen keine Angaben vor.

Zervixkarzinom

Alle nachfolgenden Daten der TNM-Klassifikation beziehen sich auf 21 Patientinnen mit einem Zervixkarzinom.

Tumorgröße

Von 21 Patientinnen, die an einem Zervixkarzinom erkrankten, diagnostizierte man dieses bei 2 Frauen (9,52%) im Stadium T1a-c. Bei weiteren 2 Frauen (9,52%) im Stadium 2, bei einer Frau (4,76%) im Stadium 3. Bei drei Viertel der Frauen (16 Frauen, 76,19%) wurden keine Angaben zur Tumorgröße festgehalten.

Nodalstatus

Bei 85,71% (18 Frauen) der Patientinnen ließen sich keine Angaben zum Nodalstatus eruieren. 3 Frauen (14,29%) hatten den Nodalstatus N0.

Metastasen

Ähnlich wie bei dem Nodalstatus war die Dokumentation des Metastasenstadiums unzureichend. Bei 19 Frauen (90,48%) lagen keine Angaben vor. Bei 1 Frau (4,76%) wurden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Metastasen gefunden. Bei 1 Patientin (4,76%) lag das Stadium M1 vor.

Vulvakarzinom

Alle nachfolgenden Daten der TNM-Klassifikation beziehen sich auf 6 Patientinnen mit einem Vulvakarzinom.

Tumorgröße

Von 6 Frauen, die an einem Vulvakarzinom erkrankten, diagnostizierte man dieses bei jeweils einer Frau (16,67%) im Stadium T1a-c oder T2. Bei 4 Patientinnen (66,67%) lag keine Dokumentation diesbezüglich vor.

Nodalstatus

Bei 83,33% (5 Frauen) der Patientinnen ließen sich keine Angaben zum Nodalstatus eruieren. 1 Frau (16,67%) hatte den Nodalstatus N1.

Metastasen

Bei 4 Frauen (66,67%) lagen keine Angaben vor. Bei 2 Frauen (33,33%) wurden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Metastasen gefunden.

Vaginalkarzinom

Alle nachfolgenden Daten der TNM-Klassifikation beziehen sich auf 4 Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom.

Tumorgröße

Von 4 Patientinnen, die an einem Vaginalkarzinom erkrankten, diagnostizierte man dieses bei 1 Frau (25%) im Stadium T2. Bei drei Viertel der Frauen (3 Frauen, 75%) wurden keine Angaben zur Tumorgröße festgehalten.

Nodalstatus

Bei 75% (3 Frauen) der Patientinnen ließen sich keine Angaben zum Nodalstatus eruieren. 1 Frau (25%) hatte den Nodalstatus N0.

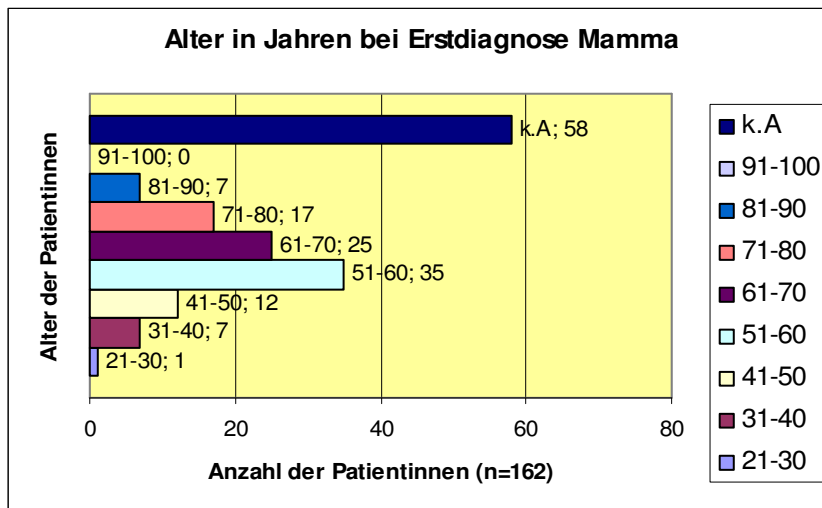
Metastasen

Bei keiner der Patientinnen ließen sich Angaben zu Metastasen eruieren.

4.2.2.3. Alter bei Erstdiagnose

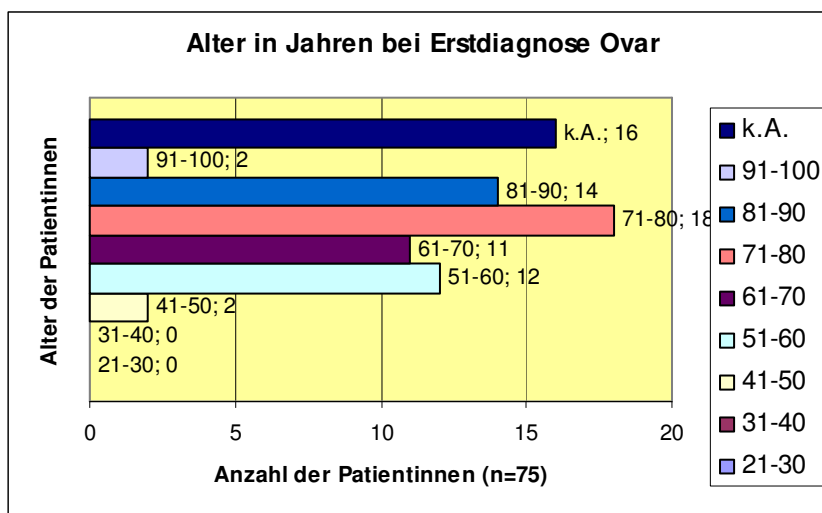
Mammakarzinom

Die meisten der 162 Patientinnen erkrankten im Alter zwischen 51 und 60 Jahren (35 Frauen; 21,6%). Damit lagen sie etwas unter dem mittleren Erkrankungsalter in Deutschland (63,9 Jahre). 25 Frauen (15,43%) kamen aus der Altersgruppe 61- 70 Jahre, 17 Patientinnen (10,49%) aus der Altersgruppe 71 bis 80 Jahre. Nur 7 Frauen waren bei der Erstdiagnose 81 bis 90 Jahre alt. Erwartungsgemäß waren die Altersgruppen unter 50 Jahre weniger vertreten. Nur 1 Frau (0,62%) war zwischen 21 bis 30 Jahren. 7 Patientinnen (4,32%) kamen aus der Altersgruppe 31- 40 Jahre. Weitere 12 Frauen (7,41%) waren zwischen 41 bis 50 Jahre alt. Bei 58 Patientinnen (35,8%) lagen keine Angaben vor.



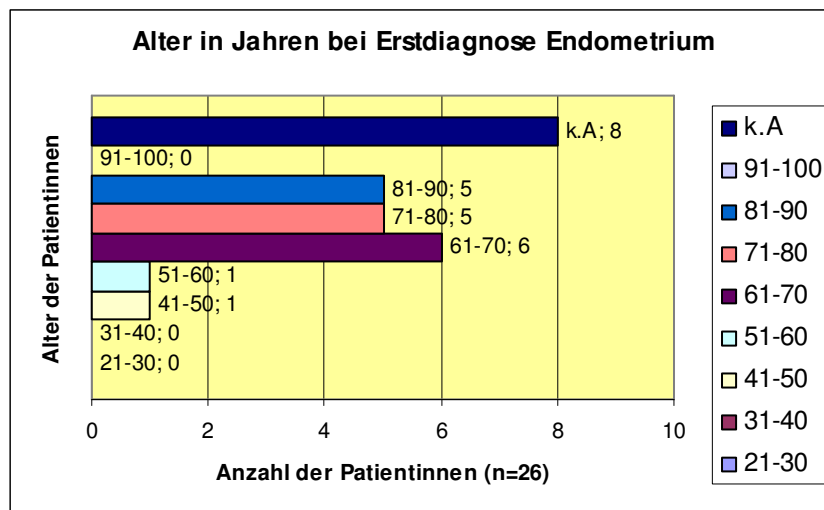
Ovarialkarzinom

Die meisten der 75 Patientinnen, die an einem Ovarialkarzinom erkrankten, waren bei Erstdiagnose zwischen 71-80 Jahre alt (18 Frauen; 18,67%). Damit lagen sie nur knapp über dem in der Literatur angegebenen mittleren Erkrankungsalter von 68 Jahren. Weitere 14 Frauen (18,67%) erkrankten in der Altersgruppe 81 bis 90 Jahre. Nur 2 Patientinnen (2,67%) kamen aus der Altersgruppe 91 bis 100 Jahre. In der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre gab es 12 Patientinnen (16%) und in der Altersgruppe 61 bis 70 Jahre 11 Frauen (14,67%). Nur 2 Patientinnen (2,67%) waren bei Erstdiagnose zwischen 41-50 Jahre alt. In den Altersgruppen 21 bis 30 Jahre und 31 bis 40 Jahre gab es keine Erkrankungsfälle. Bei 16 Patientinnen (21,33%) lagen keine Angaben vor.



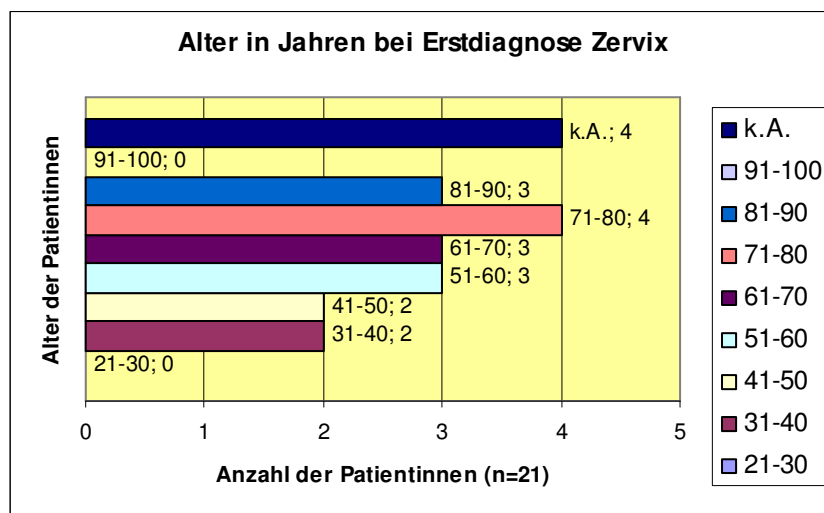
Endometriumkarzinom

Das mittlere Erkrankungsalter bei einem Endometriumkarzinom liegt in Deutschland bei 68 Jahren. Die meisten der 26 Patientinnen, die an einem Endometriumkarzinom erkrankten waren, befanden sich in den Altersgruppen über 60 Jahre. 6 Frauen (23,08%) erkrankten, im Alter von 61 bis 70 Jahren, 5 Patientinnen (19,23%) in der Altersgruppe 71 bis 80 Jahre und 5 weitere Frauen (19,23%) im Alter von 81 bis 90 Jahren. In den Altersgruppen unter 60 Jahren gab es nur zwei Erkrankungsfälle. 1 Patientin (3,85%) war aus der Altersgruppe 41 bis 50 Jahre, die andere im Alter zwischen 51 bis 60 Jahre. Bei 8 Patientinnen (30,77%) lagen keine Angaben vor.



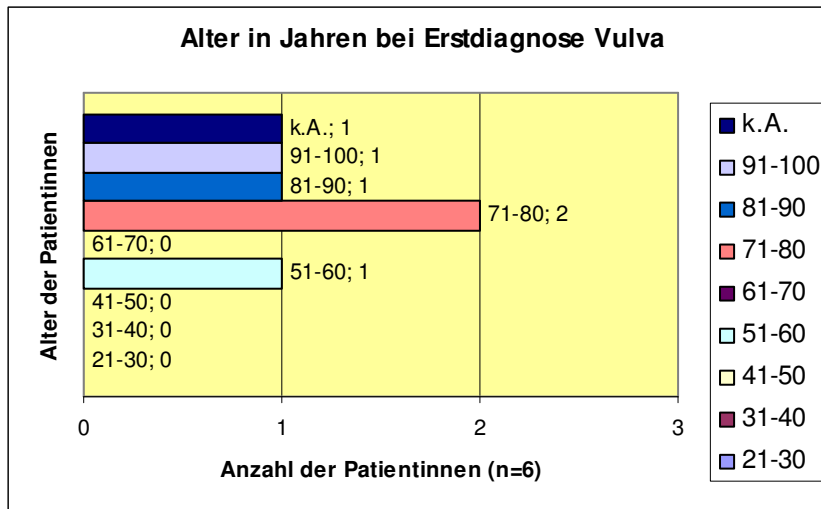
Zervixkarzinom

Das mittlere Erkrankungsalter bei einem Zervixkarzinom liegt in Deutschland bei 54,7 Jahren. Die 21 Patientinnen auf der Palliativstation zeigten eine relativ gleiche Verteilung des Alters bei Erstdiagnose. Jeweils 2 Patientinnen (9,52%) kamen aus den Altersgruppen 31 bis 40 Jahre und 41 bis 50 Jahre. Jeweils 3 Frauen (14,29%) teilten sich auf die Altersgruppen 51 bis 60 Jahre, 61 bis 70 Jahre und 81 bis 90 Jahre auf. 4 Patientinnen (19,05%) waren zwischen 71 und 80 Jahre alt. Zu 4 Frauen (19,05%) lagen keine Angaben vor.



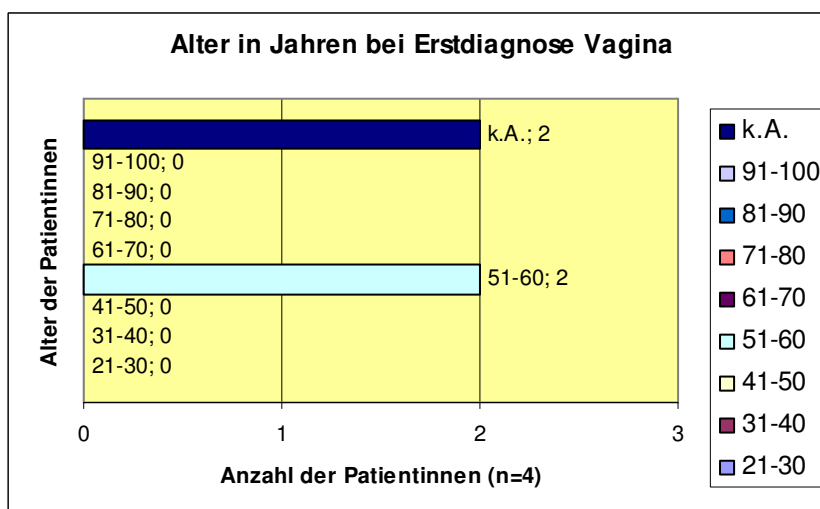
Vulvakarzinom

Die meisten der 6 Patientinnen, die an einem Vulvakarzinom erkrankten, lagen bei Erstdiagnose über dem mittleren Erkrankungsalter von 69,2 Jahren in Deutschland. 2 Frauen (33,33%) kamen aus der Altersgruppe 71 bis 80 Jahre. Jeweils 1 Patientin (16,67%) kam aus der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre, 81 bis 90 Jahre und 91 bis 100 Jahre. Zu 1 Patientin (16,67%) lagen keine Angaben vor.



Vaginalkarzinom

Von 4 Patientinnen, die an einem Vaginalkarzinom erkrankten, waren 2 Frauen bei der Erstdiagnose zwischen 51 und 60 Jahre alt. Zu weiteren 2 erkrankten Frauen lagen keine Angaben vor.



4.2.2.4. Histologie

Bei der Dokumentation der Histologie fehlte bei fast allen Tumorentitäten etwa die Hälfte dieser Angaben. Daher wird auf eine grafische Umsetzung verzichtet und stattdessen zur besseren Veranschaulichung die Tabelle gewählt.

Mammakarzinom

Histologie Mamma	Anzahl	Prozent
Duktal-invasiv	63	38,89%
Lobulär-invasiv	13	8,02%
Adeno	4	2,47%
Sonstige	8	4,94%
k.A.	74	45,68%
	162	100,00%

Ovarialkarzinom

Histologie Ovar	Anzahl	Prozent
Adeno	18	24,00%
Serös	14	18,67%
Muzinös	3	4,00%
k.A.	40	53,33%
	75	100,00%

Endometriumkarzinom

Histologie Endometrium	Anzahl	Prozent
Adeno	5	19,23%
Mischform	5	19,23%
Sarkom	3	11,54%
k.A.	13	50,00%
	26	100,00%

Zervixkarzinom

Histologie Zervix	Anzahl	Prozent
Plattenepithel	11	52,38%
Adeno	2	9,52%
Anaplastisch	1	4,76%
k.A.	7	33,33%
	21	100,00%

Vulvakarzinom

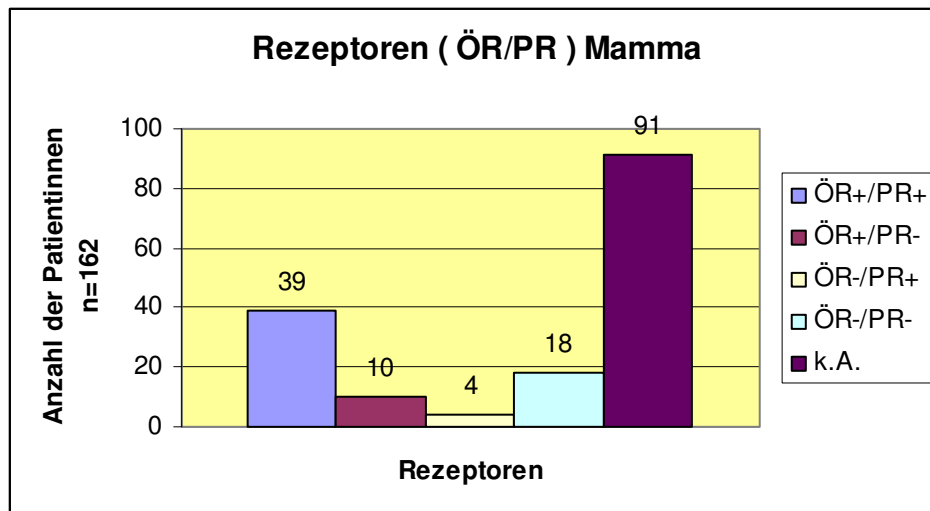
Histologie Vulva	Anzahl	Prozent
Plattenepithel	2	33,33%
k.A.	4	66,67%
	6	100,00%

Vaginalkarzinom

Histologie Vagina	Anzahl	Prozent
Plattenepithel	1	25,00%
Glandulär-papillär	1	25,00%
k.A.	2	50,00%
	4	100,00%

4.2.2.5. Rezeptoren Mamma

Von 162 Patientinnen hatten 39 Frauen (24,07%) positive Östrogen- und Progesteronrezeptoren. Bei 10 Patientinnen (6,17%) wurden positive Östrogen- und negative Progesteronrezeptoren nachgewiesen. Weitere 4 Frauen (2,47%) hatten negative Östrogen- und positive Progesteronrezeptoren. Bei 18 Patientinnen (11,11%) lag ein negativer Rezeptorstatus vor. Zu 91 Frauen (56,17%) lagen keine Angaben vor.

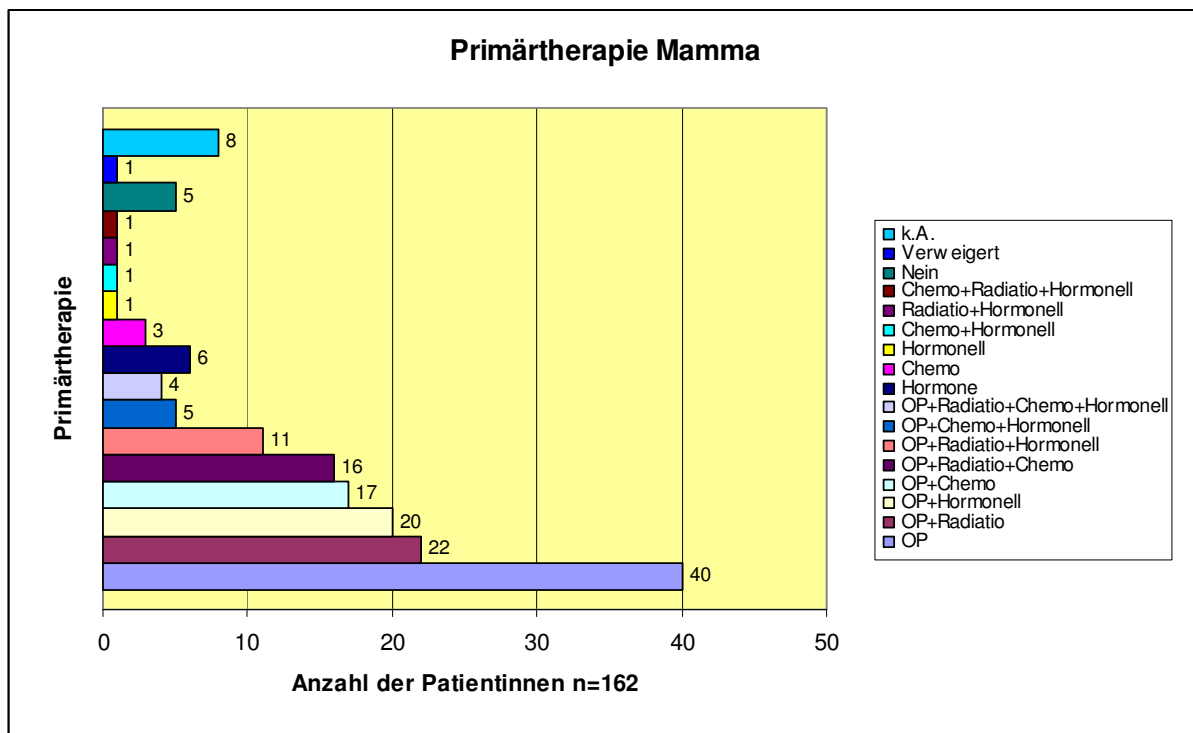


4.2.2.6. Primärtherapie

In die Primärtherapie wurden alle Therapien eingeschlossen, die die Patientinnen nach der Erstdiagnose erhielten. Dabei spielte es keine Rolle, ob die begonnene Therapie adjuvant oder palliativ war.

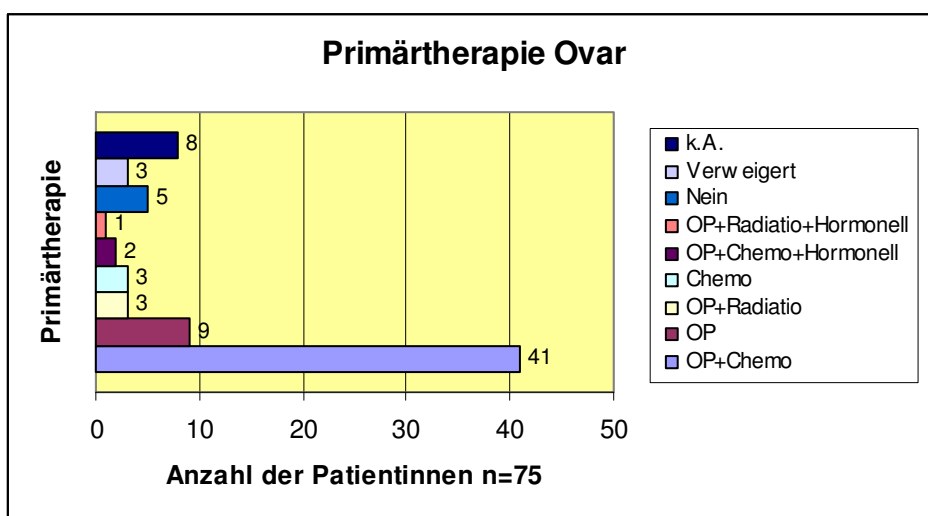
Mammakarzinom

Von 162 Mammakarzinom-Patientinnen erhielten 40 Frauen (24,69%) als einzige Therapie eine Operation. Es wurde keine Unterscheidung zwischen Tumorexzision, brusterhaltender Therapie oder Ablatio gemacht. Die größte Anzahl der Patientinnen (59 Frauen; 36,42%) erhielt eine Zweifachtherapie bestehend aus einer Operation plus Chemotherapie, Radiatio oder hormoneller Therapie. Insgesamt 36 Patientinnen (26,55%) wurden operiert und erhielten mehr als eine zusätzliche Therapie. 13 Frauen (8,03%) wurden nicht mehr operiert. Sie erhielten als kausale Therapie Chemotherapie, Radiatio oder hormonelle Therapie. 5 Frauen (3,09%) wurden nicht therapiert. Hier lag in der Regel eine palliative Situation vor. Eine Frau (0,62%) verweigerte jegliche Therapie. Bei 8 Patientinnen (4,94%) lagen keine Angaben vor.



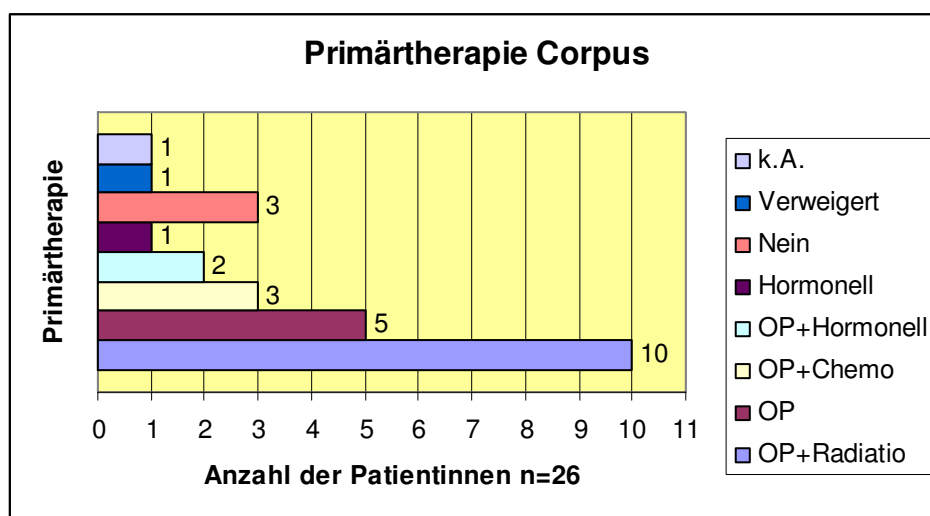
Ovarialkarzinom

Von 75 Ovarialkarzinom-Patientinnen erhielten 41 Frauen (54,67%) eine Kombination aus einer Operation und Chemotherapie. 9 Patientinnen (12%) wurden ausschließlich mit einer Operation versorgt. Bei 6 Frauen (8%) wurde eine Kombination aus einer Operation und/oder Radiatio, Chemotherapie und hormoneller Therapie durchgeführt. 3 Patientinnen (4%) erhielten ausschließlich eine Chemotherapie. 5 Frauen (6,67%) wurden nicht therapiert. Weitere 3 Frauen (4%) verweigerten jegliche Therapie. Zu 6 Patientinnen (10,67%) lagen keine Angaben vor.



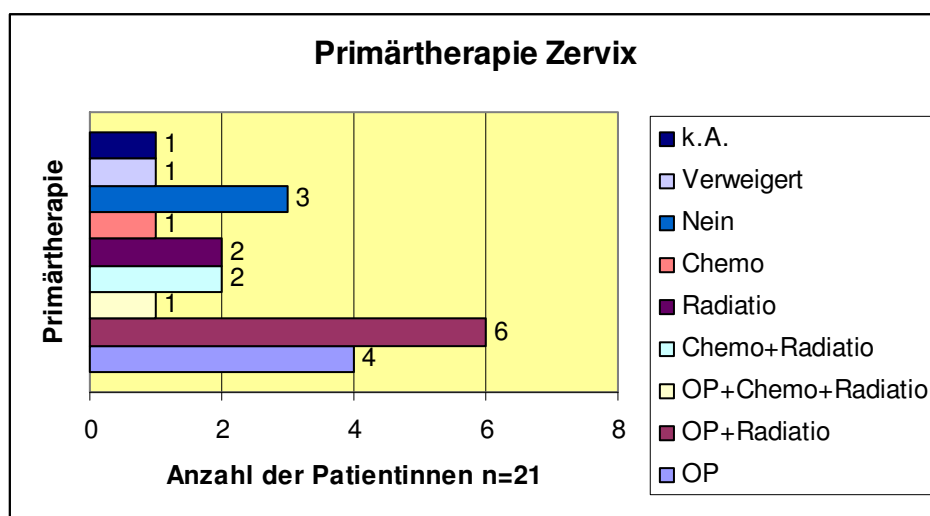
Endometriumkarzinom

Von 26 Frauen mit einem Endometriumkarzinom wurden 10 Patientinnen (38,46%) mit einer Kombination aus einer Operation und einer Radiatio therapiert. 5 Frauen (19,23%) erhielten ausschließlich eine Operation. Weitere 5 Frauen (19,23%) wurden mit einer Kombination aus einer Operation plus Chemotherapie oder hormoneller Therapie behandelt. 1 Patientin (3,85%) erhielt ausschließlich eine hormonelle Therapie. Bei 3 Patientinnen (11,54%) wurde keine Therapie durchgeführt. 1 Frau (3,85%) verweigerte jegliche Therapie. Bei 1 Patientin (3,85%) lagen keine Angaben vor.



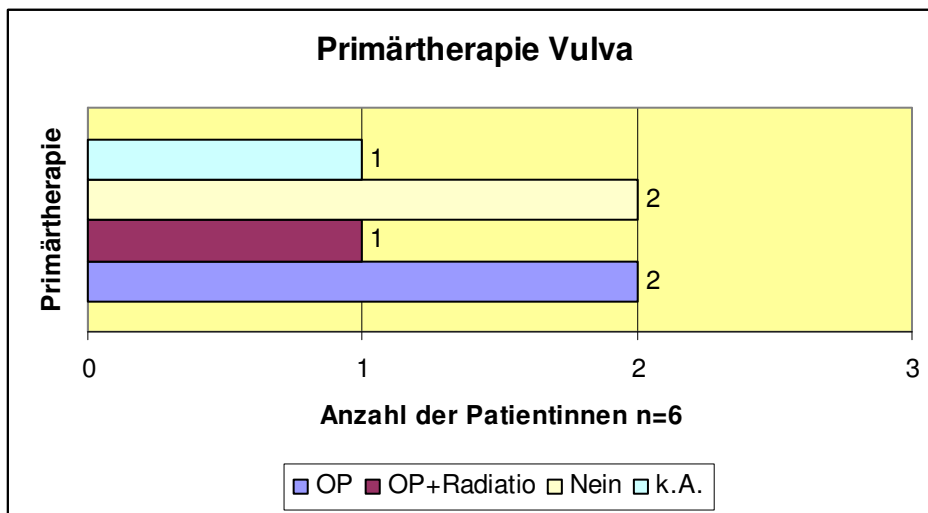
Zervixkarzinom

Von 21 Zervixkarzinom-Patientinnen erhielten 6 Frauen (28,57%) eine Kombination aus einer Operation und einer Radiatio. 4 Patientinnen (19,05%) wurden ausschließlich mit einer Operation therapiert. 1 Frau (4,76%) erhielt eine Kombination aus einer Operation, Chemotherapie und einer Radiatio. 5 weitere Patientinnen (23,8%) wurden mit einer Chemotherapie und einer Radiatio behandelt. Bei 3 Frauen (14,29%) wurde keine Therapie durchgeführt. 1 Patientin (4,76%) verweigerte die Therapie. Zu 1 Frau (4,76%) lagen keine Angaben vor.



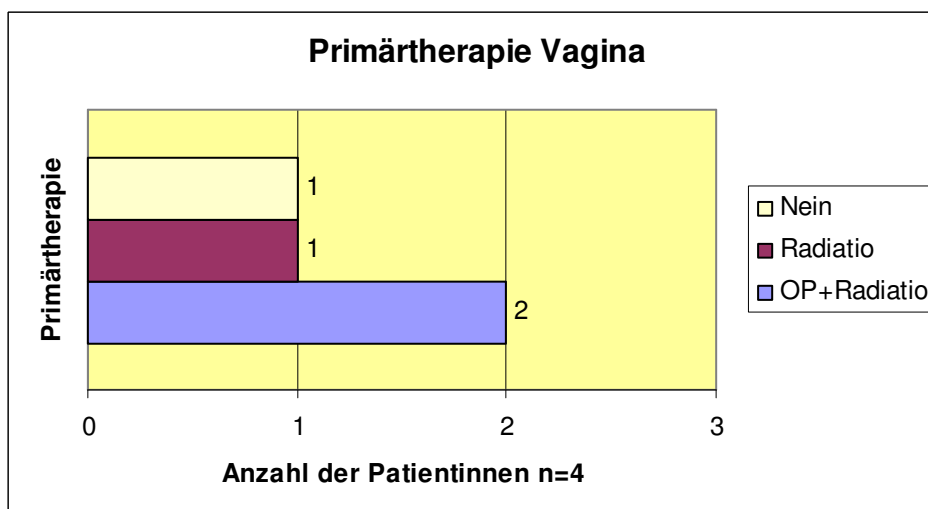
Vulvakarzinom

Von 6 Vulvakarzinom-Patientinnen erhielten 2 Frauen (33,33%) eine Operation. 1 Patientin (16,67%) wurde mit einer Kombination aus einer Operation und einer Radiatio therapiert. Bei 2 Frauen (33,33%) wurde keine Therapie durchgeführt. Zu 1 Patientin (16,67%) lagen keine Angaben vor.



Vaginalkarzinom

Bei 4 Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom wurde bei 2 Frauen (50%) eine Operation mit anschließender Radiatio durchgeführt. 1 Patientin (25%) erhielt ausschließlich eine Radiatio. Bei einer weiteren Frau (25%) wurde keine Therapie durchgeführt.

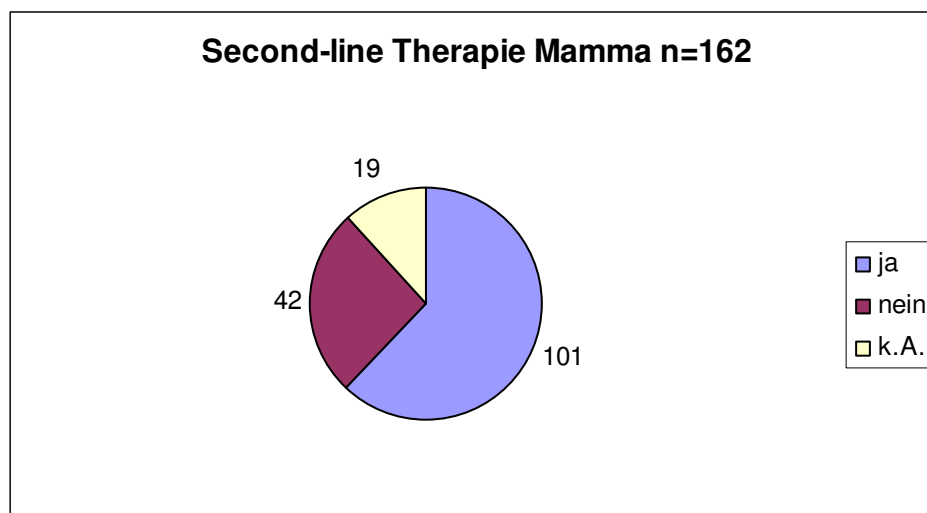


4.2.2.7. Secondline Therapie

Auf Grund der zum Teil mangelhaften Dokumentation der Tumordaten wird nur unterschieden zwischen Patientinnen, die eine Secondline-Therapie erhalten haben, und denen, bei denen auf diese verzichtet wurde.

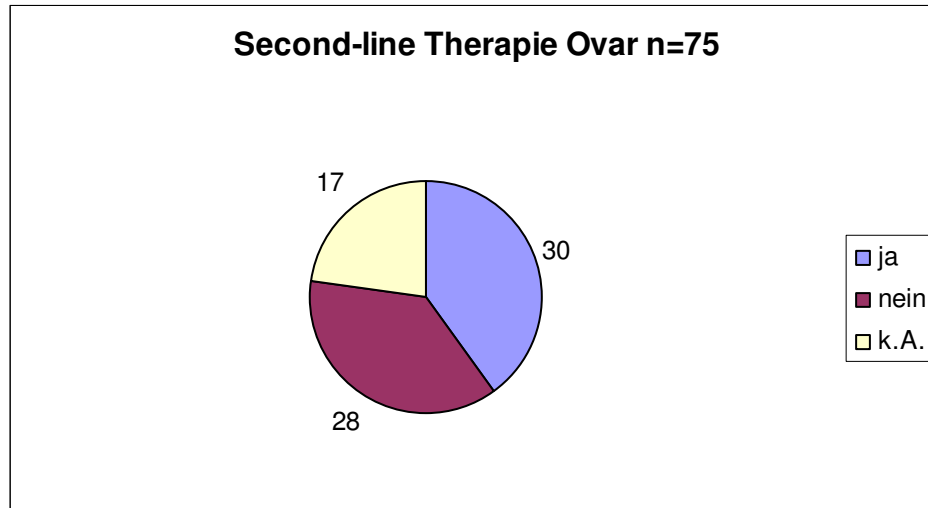
Mammakarzinom

Von 162 Patientinnen, die an einem Mammakarzinom erkrankten, erhielten 101 Frauen (62,35%) eine Second-line Therapie. Bei 42 Patientinnen (25,93%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 19 Frauen (11,73%) lagen keine Angaben vor.



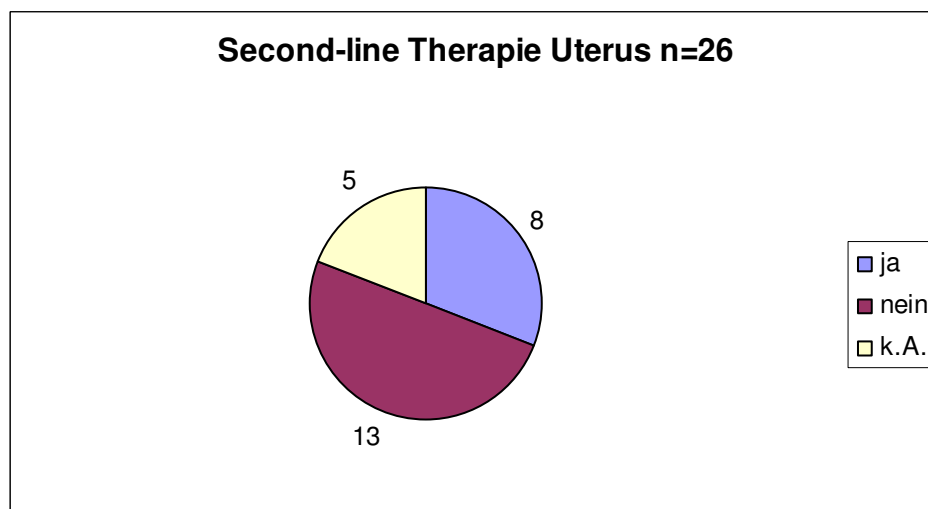
Ovarialkarzinom

Von 75 Patientinnen, die an einem Ovarialkarzinom erkrankten, erhielten 30 Frauen (40%) eine Second-line Therapie. Bei 28 Patientinnen (37,33%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 17 Frauen (22,67%) lagen keine Angaben vor.



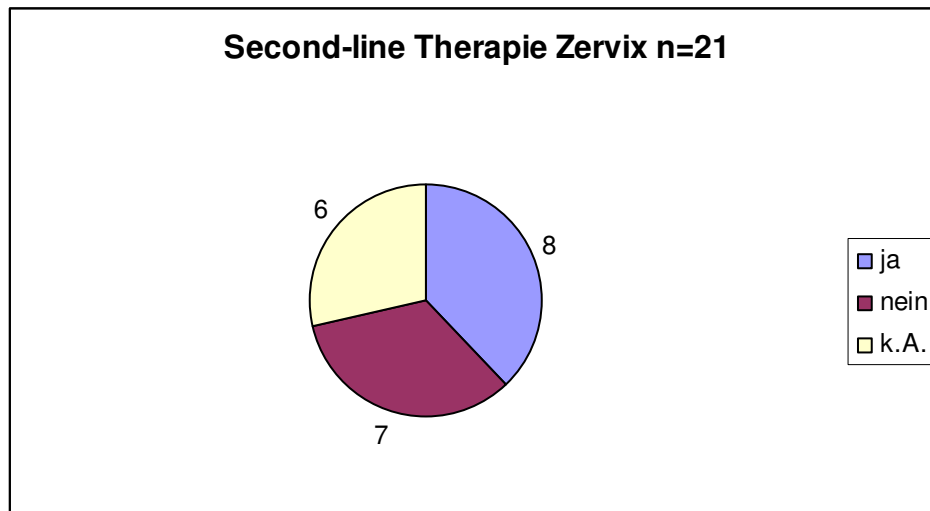
Endometriumkarzinom

Von 26 Patientinnen, die an einem Endometriumkarzinom erkrankten, erhielten 8 Frauen (30,77%) eine Second-line Therapie. Bei 13 Patientinnen (50%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 5 Frauen (19,23%) lagen keine Angaben vor.



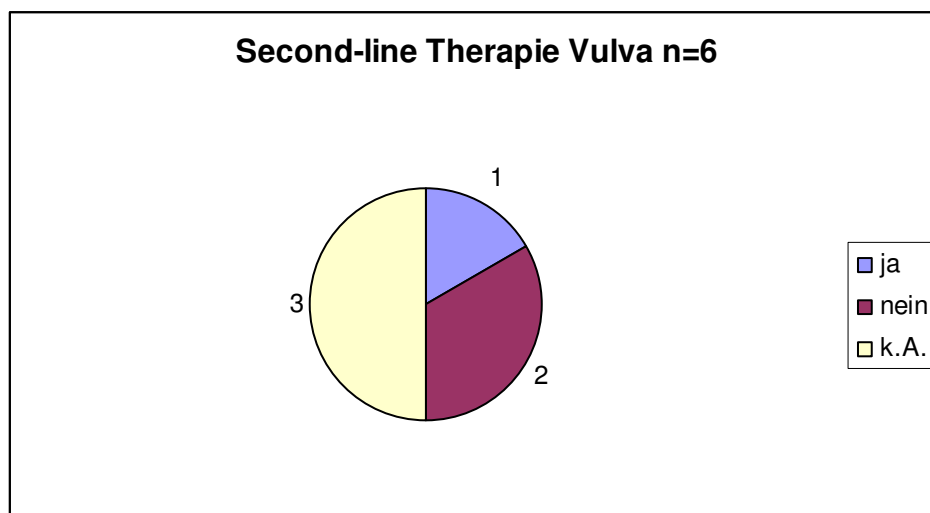
Zervixkarzinom

Von 21 Patientinnen, die an einem Zervixkarzinom erkrankten, erhielten 8 Frauen (38,1%) eine Second-line Therapie. Bei 7 Patientinnen (33,33%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 6 Frauen (28,57%) lagen keine Angaben vor.



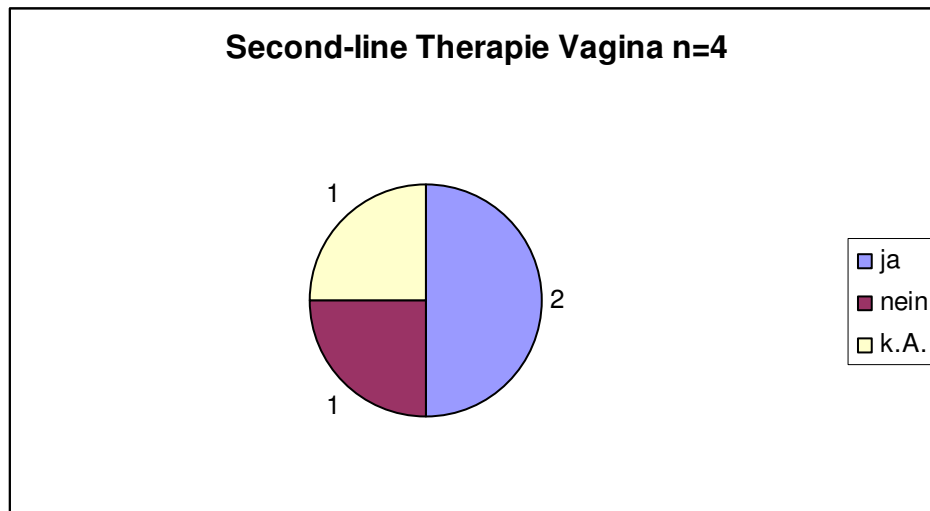
Vulvakarzinom

Von 6 Patientinnen, die an einem Vulvakarzinom erkrankten, erhielt 1 Frau (16,67%) eine Second-line Therapie. Bei 2 Patientinnen (33,33%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 3 Frauen (50%) lagen keine Angaben vor.



Vaginalkarzinom

Von 4 Patientinnen, die an einem Vaginalkarzinom erkrankten, erhielten 2 Frauen (50%) eine Second-line Therapie. Bei 1 Patientin (25%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 1 Frau (25%) lagen keine Angaben vor.

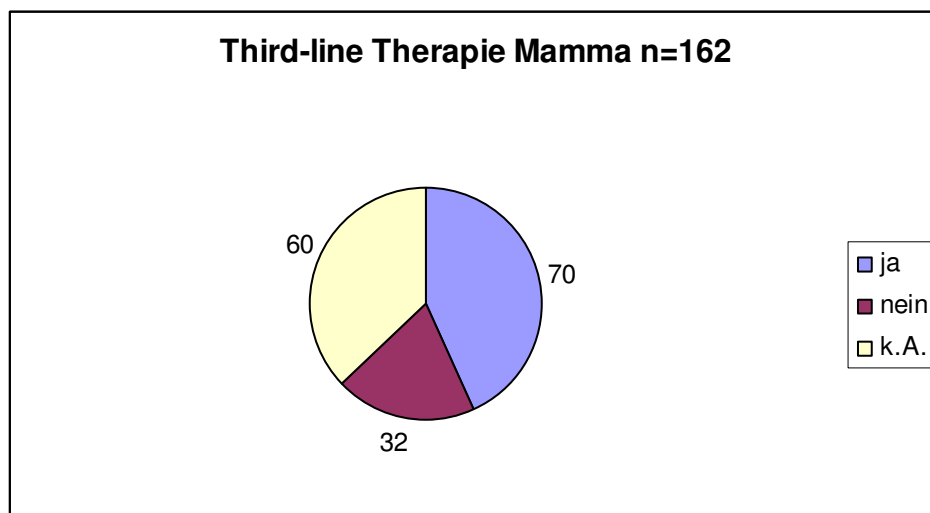


4.2.2.8. Thirdline-Therapie

Auf Grund der zum Teil mangelhaften Dokumentation der Tumordaten wird nur unterschieden zwischen Patientinnen, die eine Thirdline-Therapie erhalten haben, und denen, bei denen auf diese verzichtet wurde.

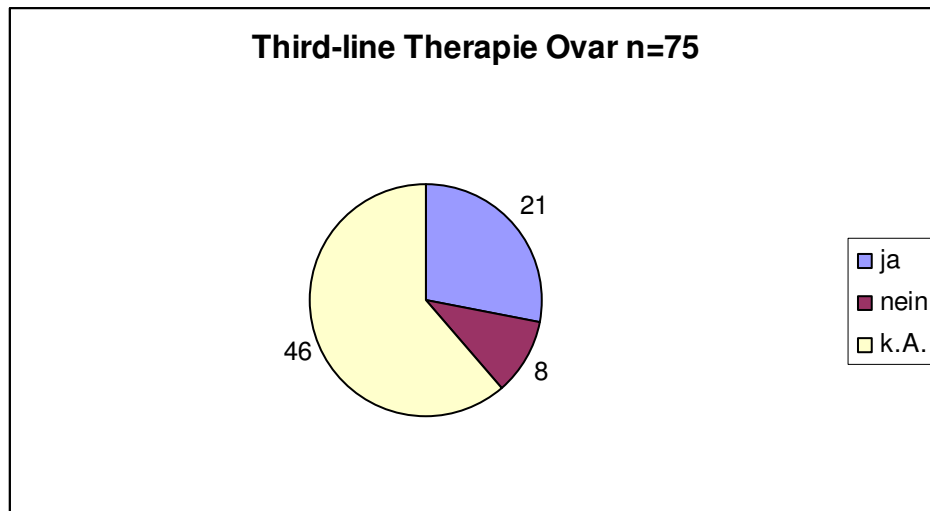
Mammakarzinom

Von 162 Patientinnen, die an einem Mammakarzinom erkrankten, erhielten 70 Frauen (43,21%) eine Third-line Therapie. Bei 32 Patientinnen (19,75%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 60 Frauen (37,04%) lagen keine Angaben vor.



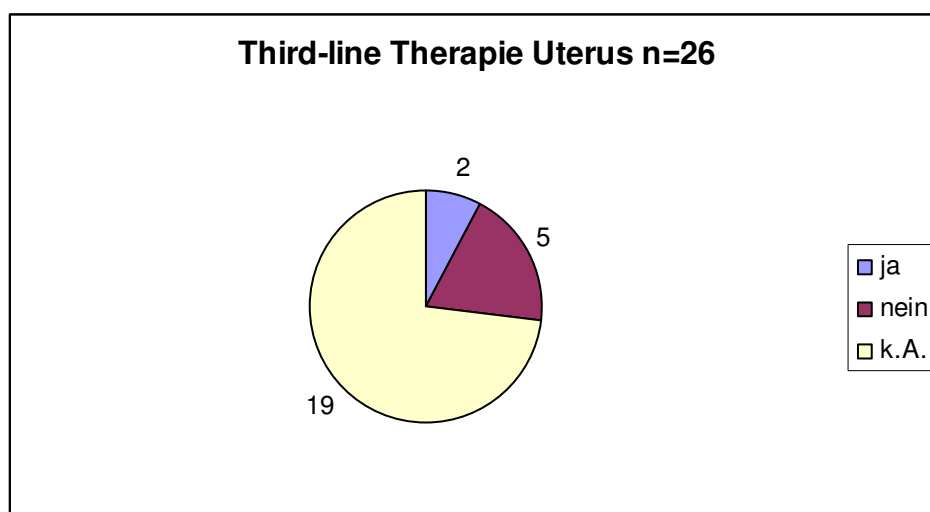
Ovarialkarzinom

Von 75 Patientinnen, die an einem Ovarialkarzinom erkrankten, erhielten 21 Frauen (28%) eine Third-line Therapie. Bei 8 Patientinnen (10,67%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 46 Frauen (61,33%) lagen keine Angaben vor.



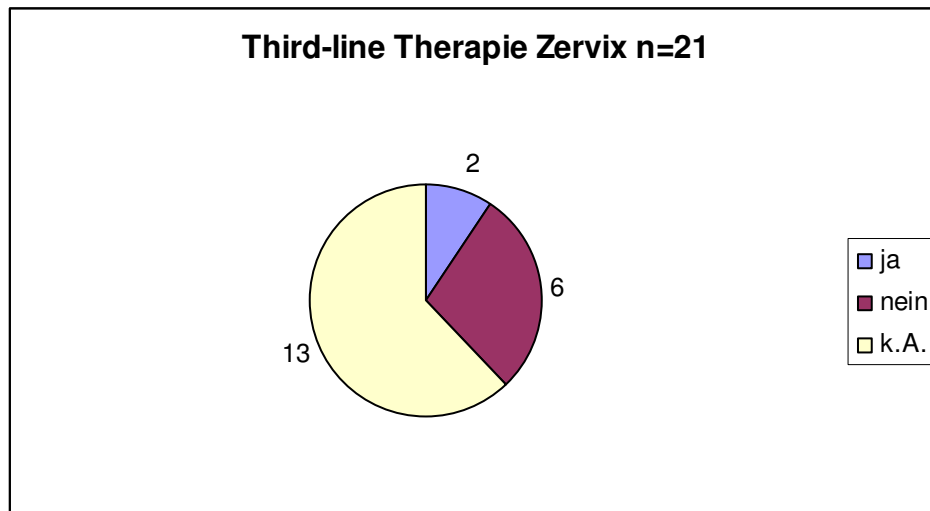
Endometriumkarzinom

Von 26 Patientinnen, die an einem Endometriumkarzinom erkrankten, erhielten 2 Frauen (7,69%) eine Third-line Therapie. Bei 5 Patientinnen (19,23%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 19 Frauen (73,08%) lagen keine Angaben vor.



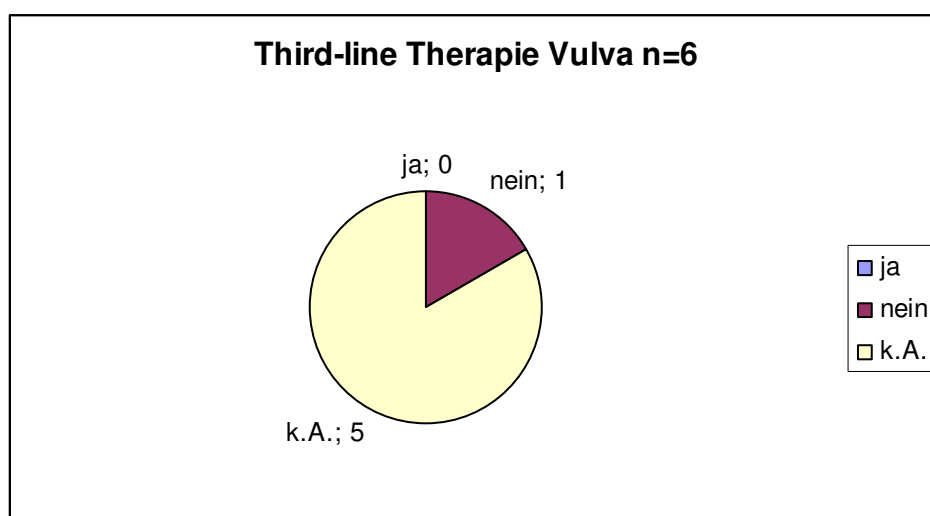
Zervixkarzinom

Von 21 Patientinnen, die an einem Zervixkarzinom erkrankten, erhielten 2 Frauen (9,52%) eine Third-line Therapie. Bei 6 Patientinnen (28,57%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 13 Frauen (61,9%) lagen keine Angaben vor.



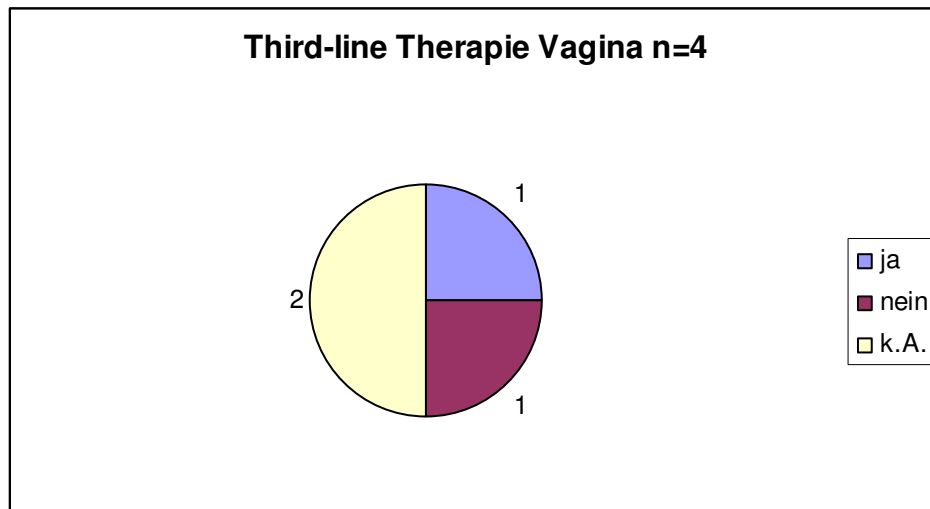
Vulvakarzinom

Von 6 Patientinnen, die an einem Vulvakarzinom erkrankten, erhielt keine Frau eine Third-line Therapie. Bei 1 Patientin (16,67%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 5 Frauen (83,33%) lagen keine Angaben vor.



Vaginalkarzinom

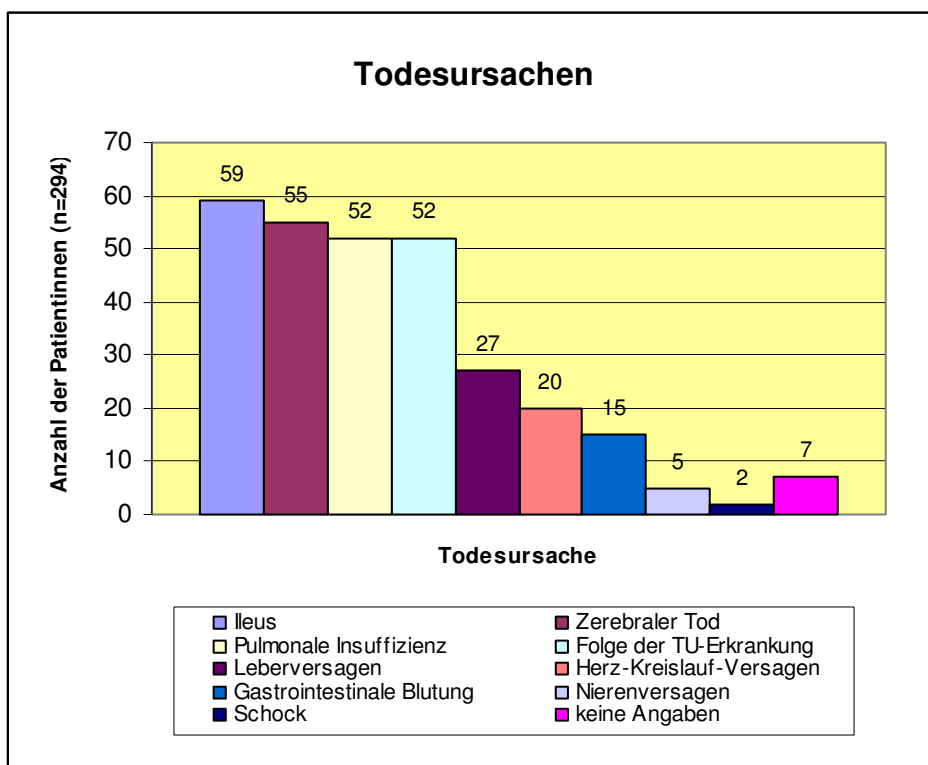
Von 4 Patientinnen, die an einem Vaginalkarzinom erkrankten, erhielt eine Frau (25%) eine Third-line Therapie. Bei 1 Patientin (25%) wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Bei 2 Frauen (50%) lagen keine Angaben vor.



4.2.2.9. Todesursache

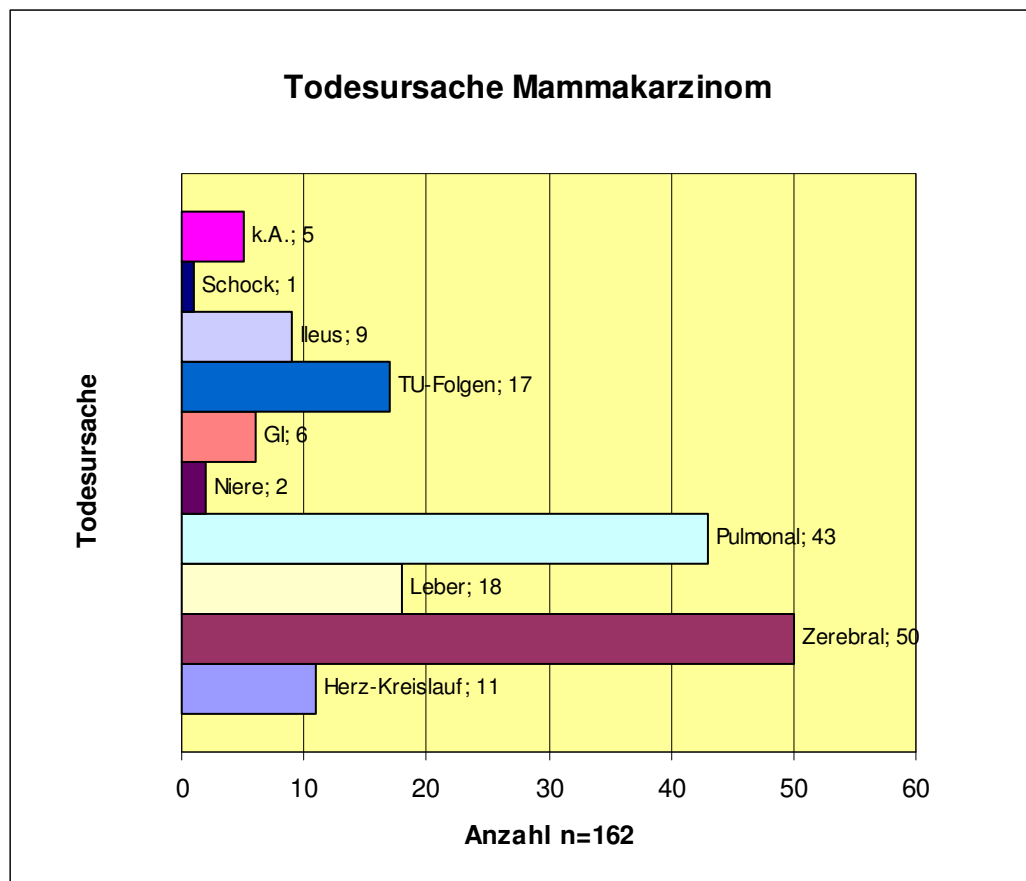
Unter Todesursachen wurden die Gründe, die zum Tod der Patientin führten, betrachtet.

Bei gynäkologischen Malignomen bestehen klassische Metastasierungswege. Diese betreffen überwiegend die Lunge, die Leber und das Gehirn, beim Mammakarzinom auch die Knochen. Unter Folgen der Tumorerkrankung wurden die Tumorkachexie, die Tumorblutung, thromboembolische Geschehen und das Multiorganversagen eingeschlossen. Als Folge der Metastasierung verstarben 55 Frauen (18,71%) an einer zerebralen Ursache, 52 Frauen (17,69%) an pulmonaler Insuffizienz und 27 Frauen (9,18%) an Leberversagen. 59 Patientinnen (20,07%) starben an den Folgen eines Ileus.



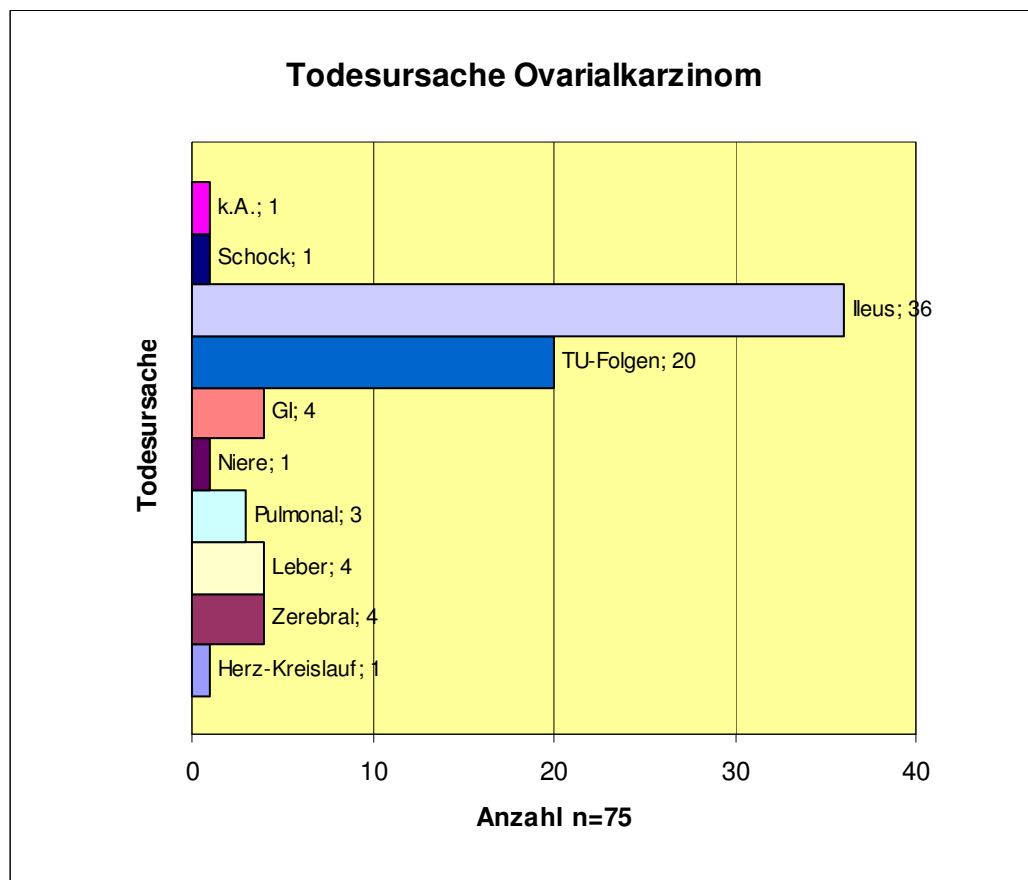
Mammakarzinom

Beim Mammakarzinom bestätigen sich die klassischen Metastasierungswege als Todesursache. 50 Patientinnen (30,86%) verstarben an einer zerebralen Ursache, 43 Patientinnen (26,54%) an einer pulmonalen Insuffizienz und 18 Patientinnen (11,11%) an Leberversagen. Bei 5 Patientinnen (3,09%) lagen keine Angaben vor.



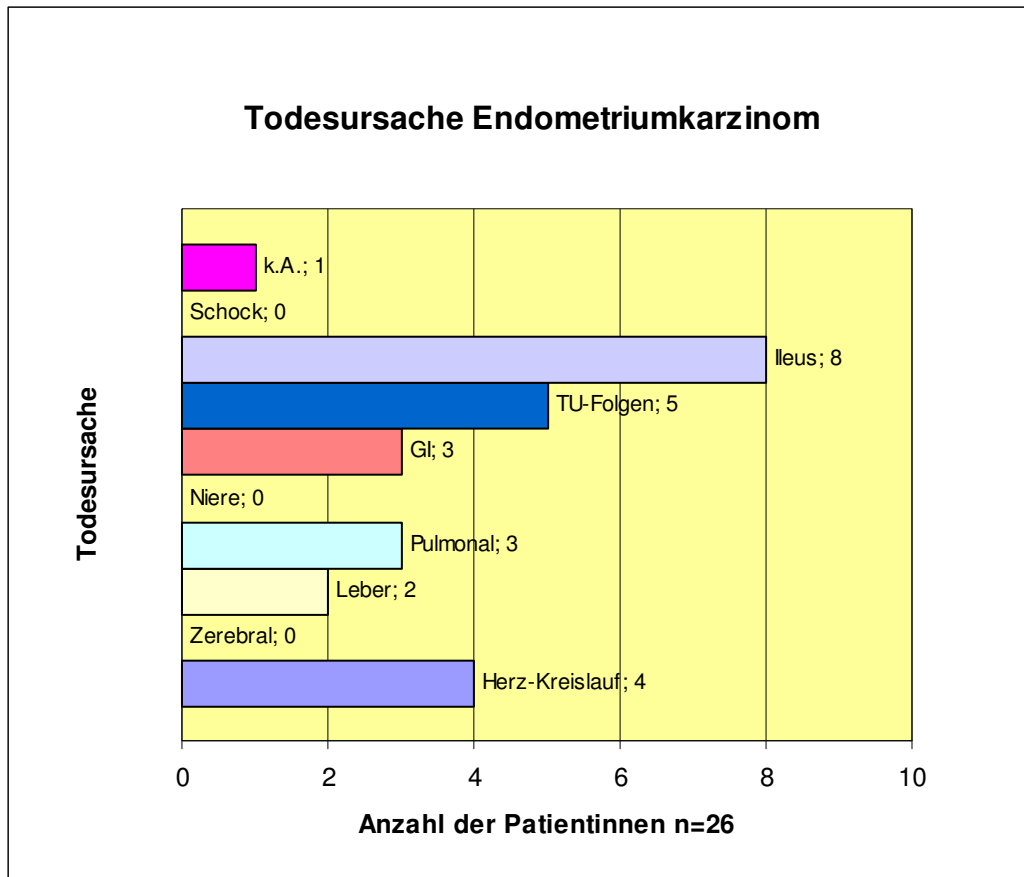
Ovarialkarzinom

Patientinnen, die an einem Ovarialkarzinom erkranken, neigen auf Grund der anwachsenden Tumormassen zu einem Ileus. Dieser stellt in vielen Fällen die Todesursache dar. Fast die Hälfte der Patientinnen (36 Frauen, 48%) verstarb an einem Ileus. Häufig führt auch der Tumor selbst zu Blutungen. 20 Patientinnen (26,67%) hatten als Todesursache die Folgen der Tumorerkrankung. Bei 1 Patientin (1,33%) lagen keine Angaben vor.



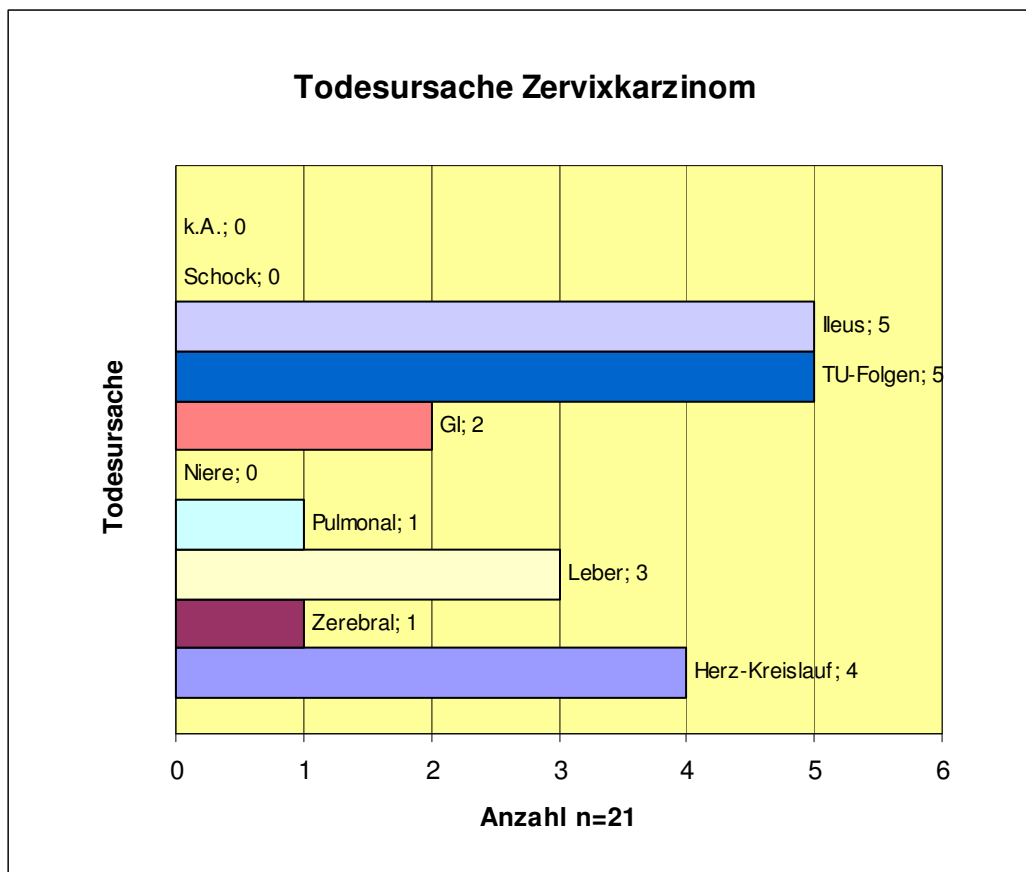
Endometriumkarzinom

8 Patientinnen (30,77%) verstarben an den Folgen eines Ileus, 5 weitere Frauen (19,23%) an den Folgen der Tumorerkrankung. An den klassischen Metastasierungswegen verstarben 3 Frauen (11,54%) durch eine pulmonale Insuffizienz und 2 Frauen (7,69%) auf Grund eines Leberversagens. An zerebralen Ursachen verstarb keine Patientin. Bei 1 Patientin (3,85%) lagen keine Angaben vor.



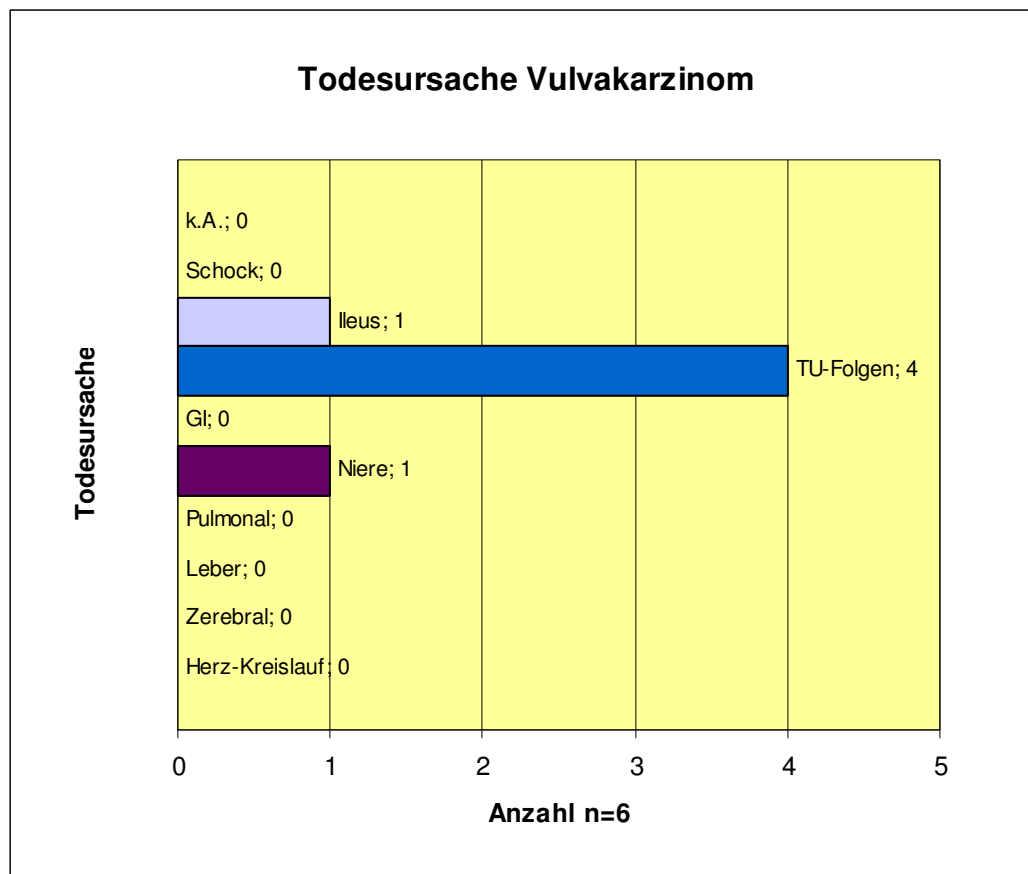
Zervixkarzinom

Da das Zervixkarzinom in erster Linie lokal wächst und auf Grund der anatomischen Nähe zum Darm diesen ummauert, spielen der Ileus und die Tumorfolgen als Todesursache eine große Rolle. Jeweils 5 Patientinnen (23,81%) verstarben an den Tumorfolgen oder den Folgen eines Ileus.



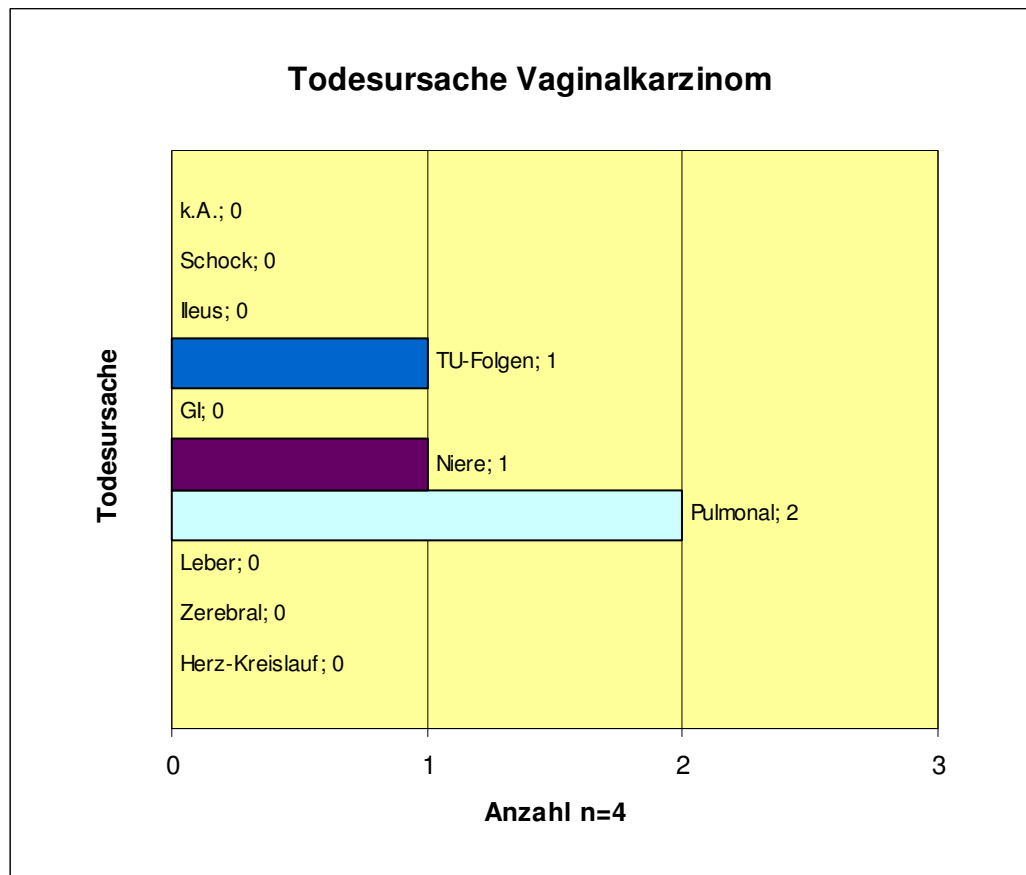
Vulvakarzinom

Ebenso wie beim Zervixkarzinom wächst das Vulvakarzinom lokal. Daher sind die Todesursachen durch lokal bedingte Komplikationen bedingt. 4 Patientinnen (66,67%) verstarben an den Tumorfolgen. Jeweils 1 weitere Patientin (16,67%) hatte als Todesursache einen Ileus oder Nierenversagen.



Vaginalkarzinom

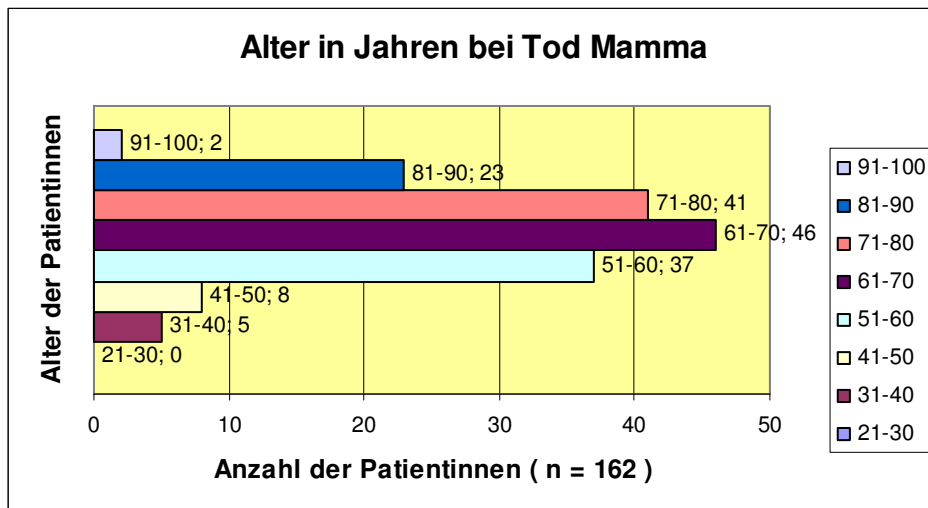
Durch das lokal wachsende Vaginalkarzinom sind jeweils 1 Patientin (25%) an Nierenversagen und den Tumorfolgen verstorben. 2 weitere Patientinnen (50%) hatten als Todesursache ein pulmonales Versagen.



4.2.2.10. Alter bei Tod

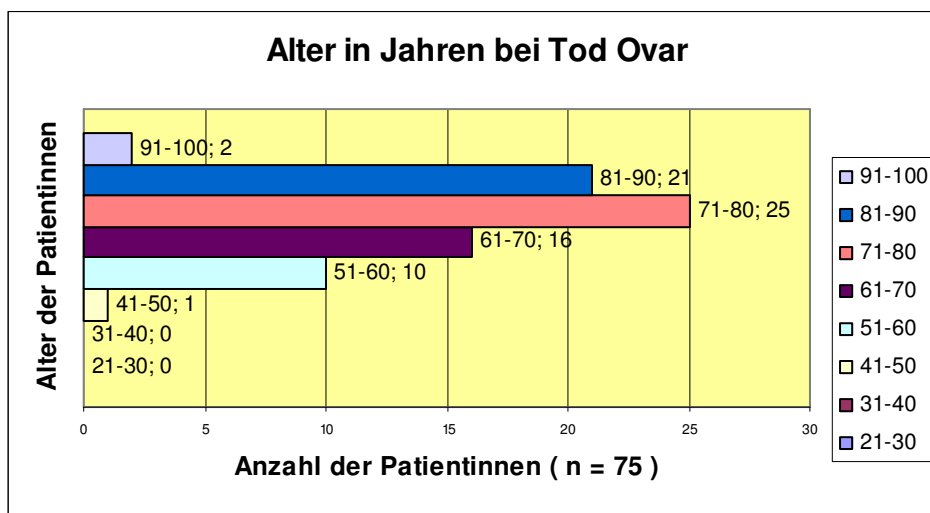
Mammakarzinom

Das mittlere Sterbealter beim Mammakarzinom liegt in Deutschland bei 71,6 Jahren. Die meisten der 162 Patientinnen (124 Frauen, 76,55%), die an einem Mammakarzinom auf der Palliativstation verstarben, kamen aus den Altersgruppen von 51 bis 80 Jahren. 23 Patientinnen (14,2%) waren zwischen 71 und 80 Jahre alt. 2 Frauen verstarben in der Altersgruppe 91 bis 100 Jahre. Unter einem Alter von 50 Jahren verstarben 8 Frauen (4,94%) zwischen 41 und 50 Jahre. Weitere 5 Frauen (3,09%) waren in der Altersgruppe 31 bis 40 Jahre. Die jüngste, an einem Mammakarzinom verstorbene Patientin war zum Zeitpunkt des Todes 33 Jahre alt, die älteste Patientin war 97 Jahre alt.



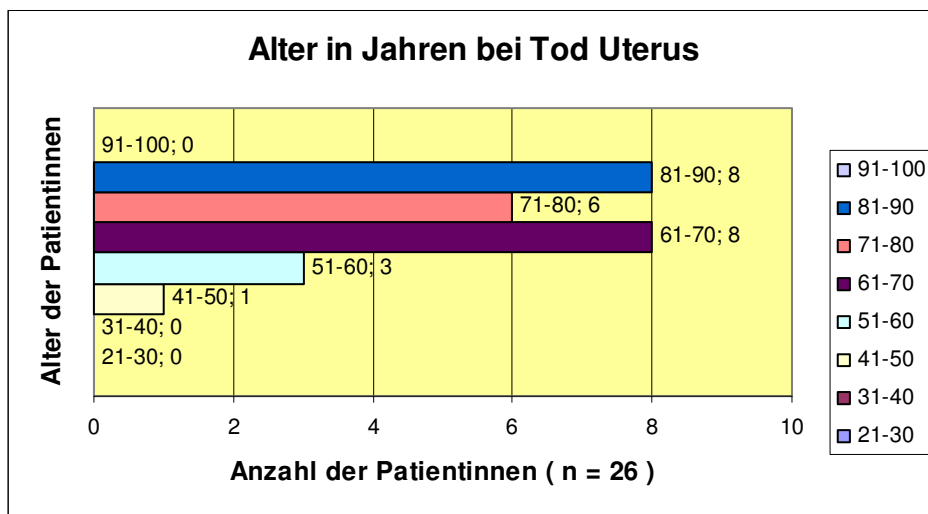
Ovarialkarzinom

Das mittlere Sterbealter beim Ovarialkarzinom liegt in Deutschland bei 72,6 Jahren. Auf der Palliativstation verstarben von 75 Patientinnen, die an einem Ovarialkarzinom erkrankten, 62 Frauen (82,66%) in den Altersgruppen 61 bis 90 Jahre. 2 Patientinnen (2,67%) waren zum Zeitpunkt des Todes zwischen 91 bis 100 Jahre alt. 11 Frauen waren unter 60 Jahre. Davon starben 10 Frauen (13,33%) im Alter zwischen 51 bis 60 Jahre. Die jüngste Patientin (1,33%) war zum Zeitpunkt des Todes 44 Jahre alt, die älteste verstorbene Patientin war 93 Jahre alt.



Endometriumkarzinom

Das mittlere Sterbealter beim Endometriumkarzinom liegt in Deutschland bei 74,3 Jahren. Von 26 Patientinnen, die auf der Palliativstation verstorben sind, kamen 22 Frauen (84,62%) aus den Altersgruppen 61 bis 90 Jahre. 4 Frauen waren unter 60 Jahre alt. 3 Patientinnen (11,54%) waren aus der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre. Die jüngste Patientin (3,85%) war zum Zeitpunkt des Todes 46 Jahre alt, die älteste verstorbene Patientin war 90 Jahre alt.

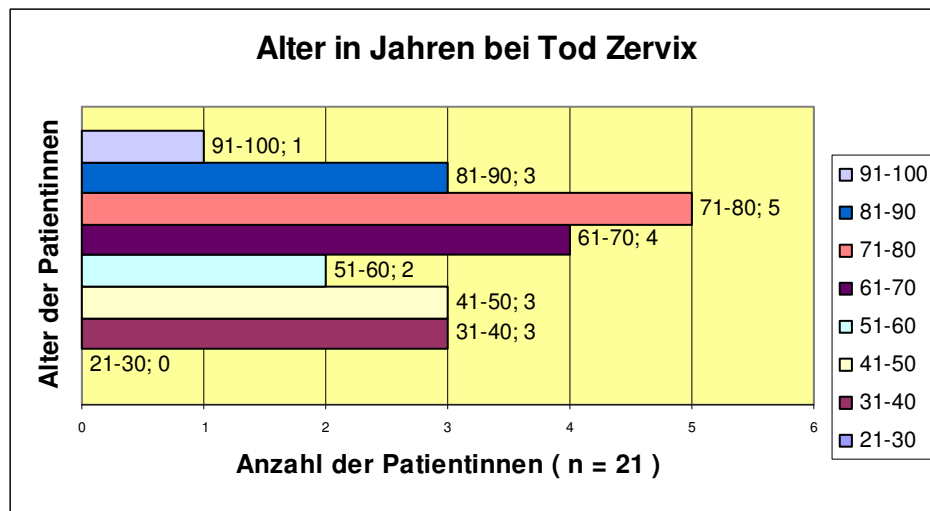


Zervixkarzinom

Das mittlere Sterbealter beim Zervixkarzinom liegt in Deutschland bei 68,6 Jahren.

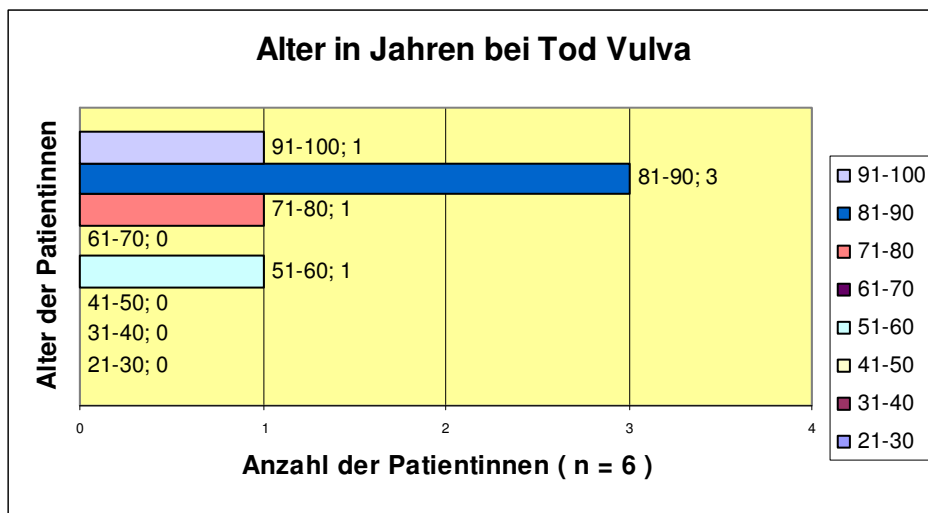
Die Anzahl der 21 Patientinnen, die auf der Palliativstation an einem Zervixkarzinom verstorben sind, verteilt sich annähernd auf alle Altersgruppen von 31 bis 90 Jahre gleich.

Die jüngste Patientin war zum Zeitpunkt des Todes 37 Jahre alt, die älteste Patientin 91 Jahre.



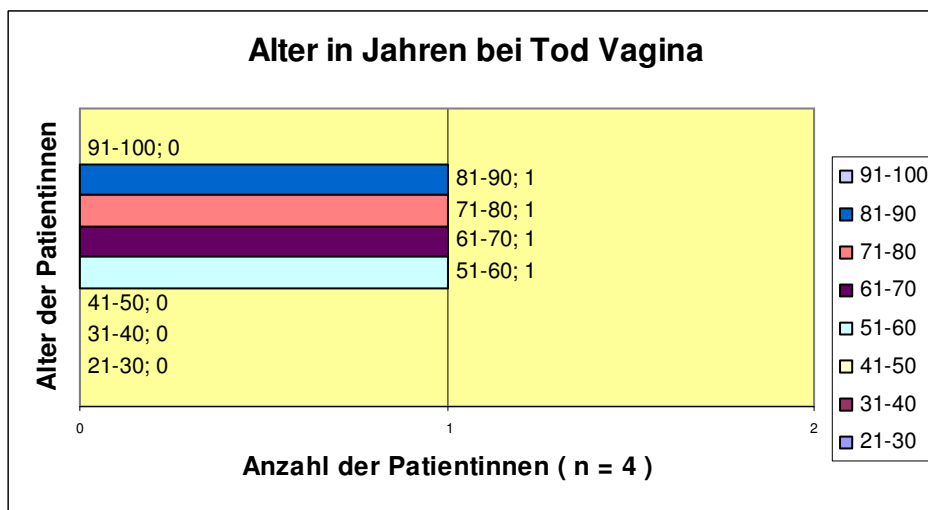
Vulvakarzinom

Das mittlere Sterbealter beim Vulvakarzinom liegt in Deutschland bei 78,3 Jahren. Von 6 Patientinnen, die auf der Palliativstation an einem Vulvakarzinom verstarben, waren 3 Frauen (50%) zwischen 81 und 90 Jahre alt. Die jüngste Patientin war zum Zeitpunkt des Todes 59 Jahre alt, die älteste Patientin 92 Jahre.



Vaginalkarzinom

Das Vaginalkarzinom ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Von 4 Patientinnen, die auf der Palliativstation an einem Vaginalkarzinom verstarben, kam jeweils 1 Frau (25%) aus den Altersgruppen zwischen 51 und 90 Jahren. Die jüngste Patientin war zum Zeitpunkt des Todes 59 Jahre alt, die älteste Patientin 92 Jahre.

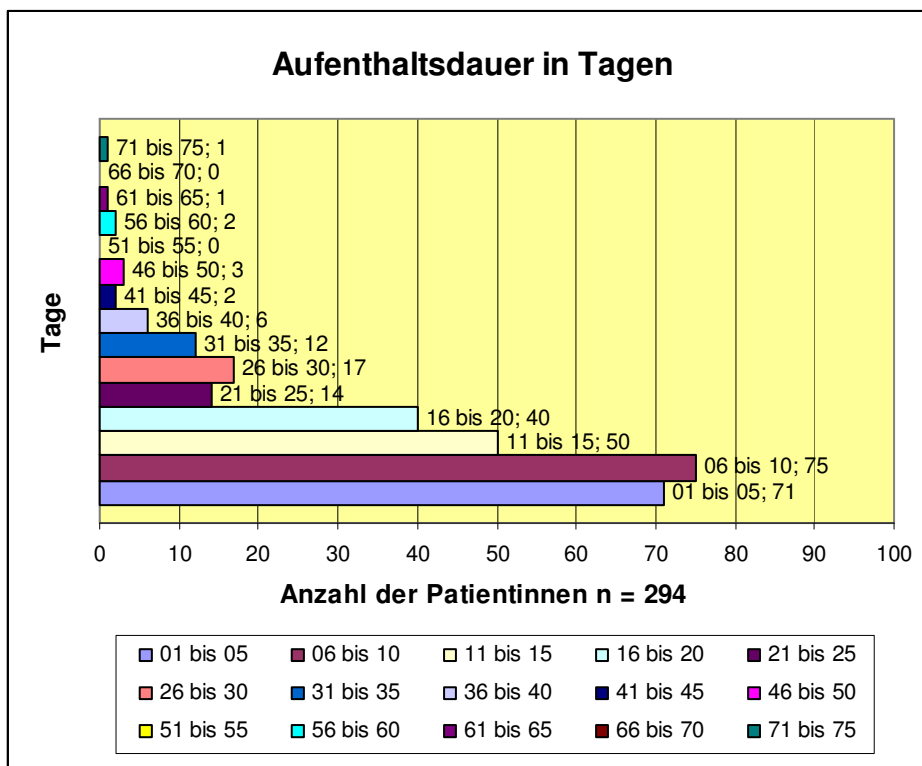


4.2.3. Patientinnenbezogene Hospizdaten

Im folgenden Abschnitt werden die patientinnenbezogenen Ergebnisse zum Aufenthalt auf der Palliativstation dargestellt.

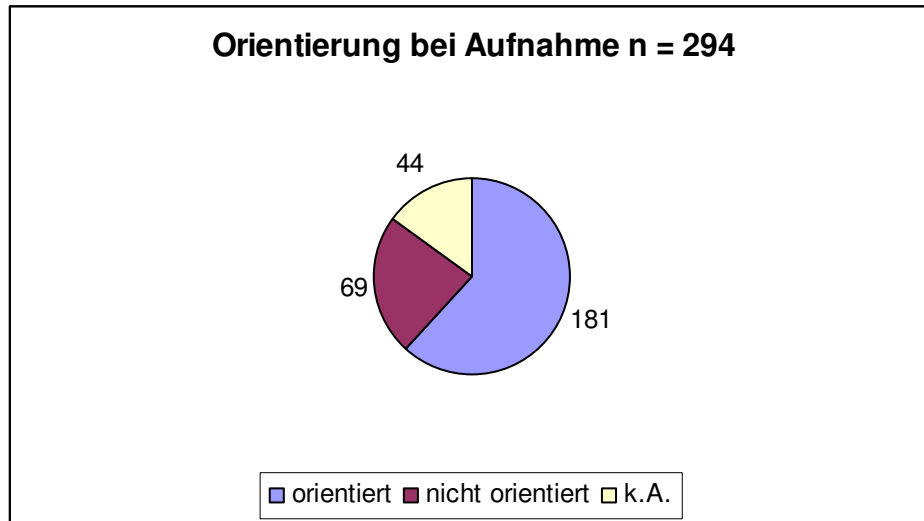
4.2.3.1. Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 13,73 Tage. Fast 50% der 294 Patientinnen waren bis zu 10 Tage auf der Palliativstation. 71 Frauen (24,15%) verbrachten bis zu 5 Tage, weitere 75 Frauen (25,52%) bis zu 10 Tage bis zu ihrem Tod auf der Palliativstation. Über ein Drittel der Patientinnen (144 Frauen; 35,38%) profitierten bis zu 25 Tage von der Palliativbetreuung. Nur 2 Patientinnen (68%) waren mehr als zwei Monate auf der Palliativstation.



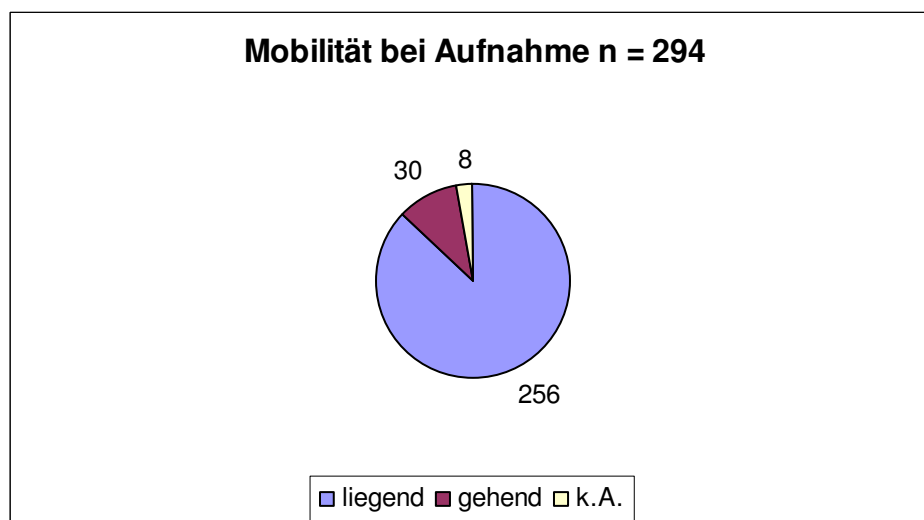
4.2.3.2. Orientierung bei Aufnahme

Bei der Aufnahme war fast ein Viertel der Patientinnen (69 Frauen; 23,47%) nicht orientiert. Bei 44 Frauen (14,96%) lagen keine Angaben vor.



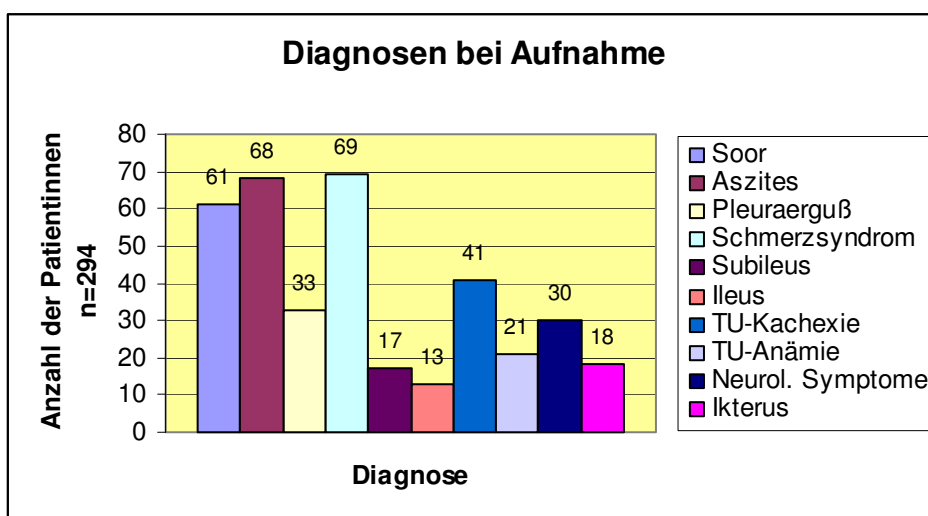
4.2.3.3. Mobilität bei Aufnahme

Von 294 Patientinnen wurden 256 Frauen (87,07%) liegend zur Aufnahme auf die Palliativstation transportiert. 30 Frauen (10,2%) kamen zu Fuß. Bei 8 Frauen (2,72%) lagen keine Angaben vor.



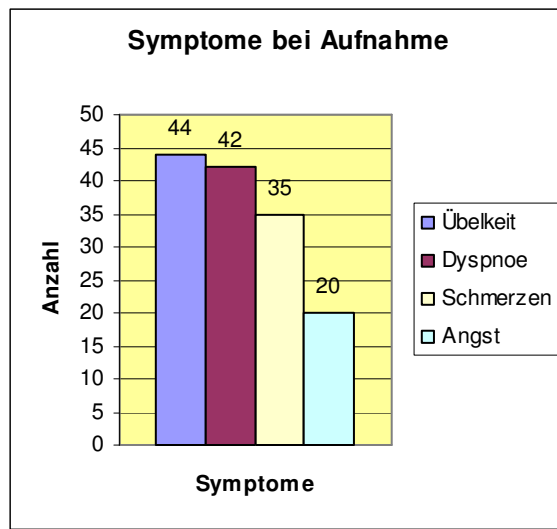
4.2.3.4. Diagnosen bei Aufnahme

Die Diagnosen bei Aufnahme wurden als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu „Diagnosen“ vorlag. Die häufigsten Diagnosen bei Aufnahme waren das Schmerzsyndrom (69 Frauen, 23,47%), Aszites (68 Frauen; 23,13%) und Soor (61 Frauen; 20,75%). Weitere Nennungen hatten tumorspezifische Komplikationen wie die Tumorkachexie (41 Frauen; 13,95%), Pleuraerguss (33 Frauen; 11,22%), neurologische Symptome (30 Frauen; 10,2%) und Subileus bzw. Ileus (30 Frauen; 10,2%).



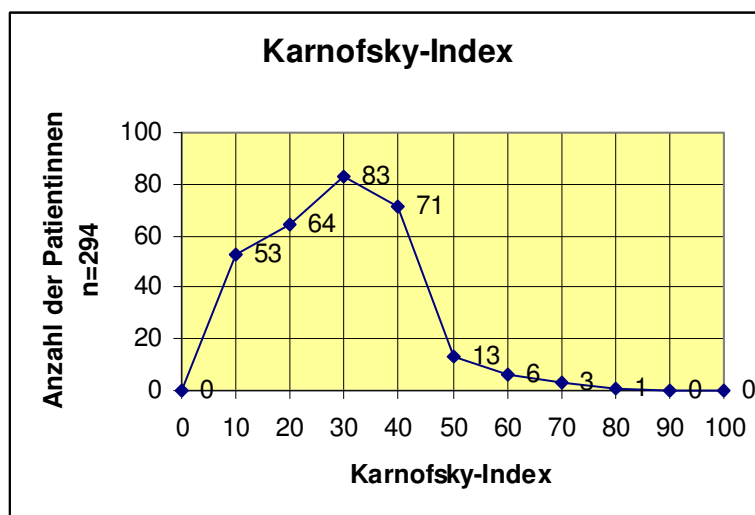
4.2.3.5. Symptome bei Aufnahme

Die Symptome bei Aufnahme wurden als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu „Symptome“ vorlag. Von 294 Patientinnen klagten 44 Frauen (14,97%) über Übelkeit. Weitere 42 Patientinnen (14,29%) berichteten über Dyspnoe. 35 Frauen (11,9%) gaben Schmerzen an. 20 Patientinnen (6,8%) erklärten, dass sie Angst haben.



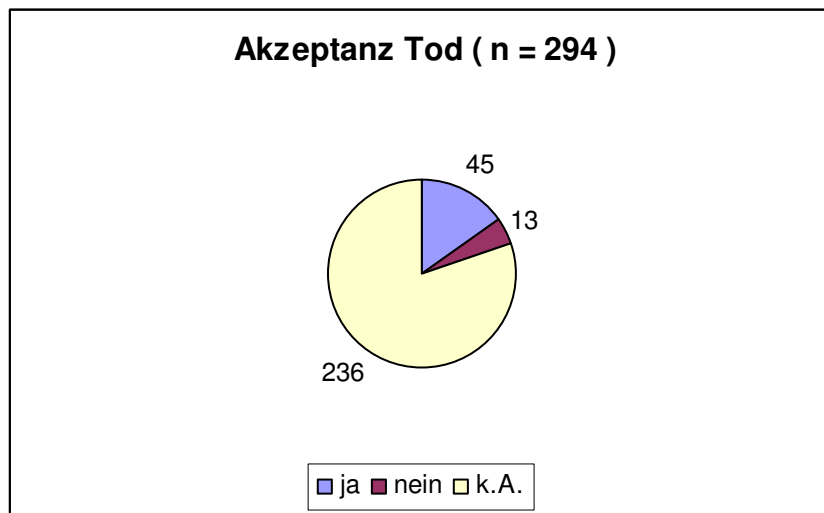
4.2.3.6. Karnofsky-Index bei Aufnahme

Der Karnofsky-Index dient in der Onkologie dazu mit Hilfe verschiedener standardisierter Indizes näherungsweise die Leistungsfähigkeit bzw. das Maß der Pflegebedürftigkeit eines Kranken festzustellen. Zum Teil war der Karnofsky-Index bei Aufnahme dokumentiert worden. War dies nicht geschehen, wurde von der Verfasserin eine Einstufung der Patientin mittels der Skala zur Beurteilung des Allgemeinzustandes vorgenommen. Der größte Anteil der Patientinnen (271 Frauen; 92%) erreichte nicht mehr als 40 Punkte. Definitionsgemäß waren sie damit überwiegend bettlägerig und benötigten spezielle Hilfe und Pflege.



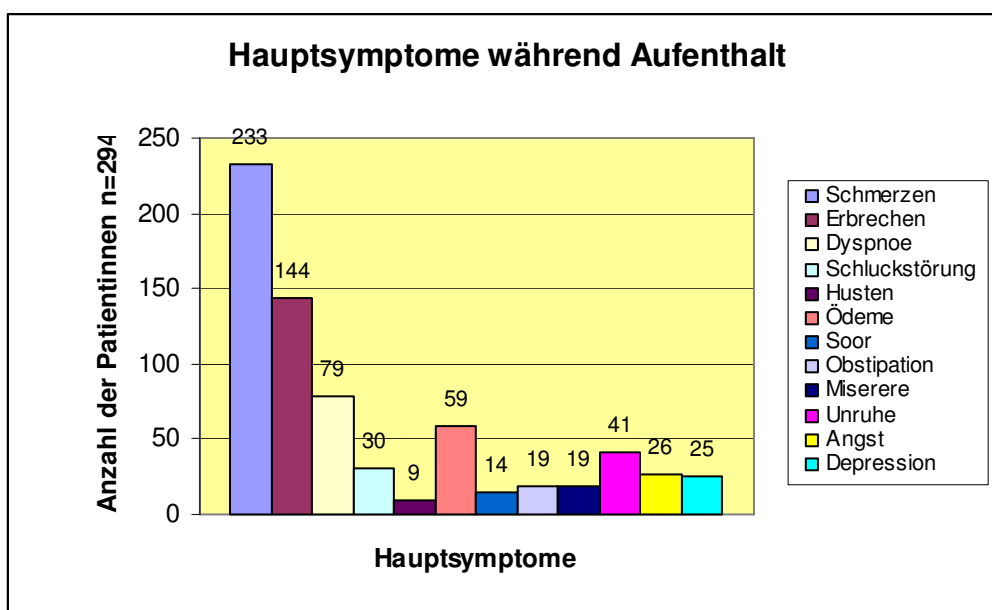
4.2.3.7. Akzeptanz

Über die Aussage, ob die Patientin die Situation akzeptiert hat, lag nur eine sehr unvollständige Dokumentation vor. Bei 236 Patientinnen (80,27%) fand sich kein Eintrag zur Akzeptanz. 45 Frauen (15,31%) gaben an den bevorstehenden Tod zu akzeptieren. 13 Patientinnen (4,42%) äußerten explizit dies nicht zu tun.



4.2.3.8. Hauptsymptome während Aufenthalt

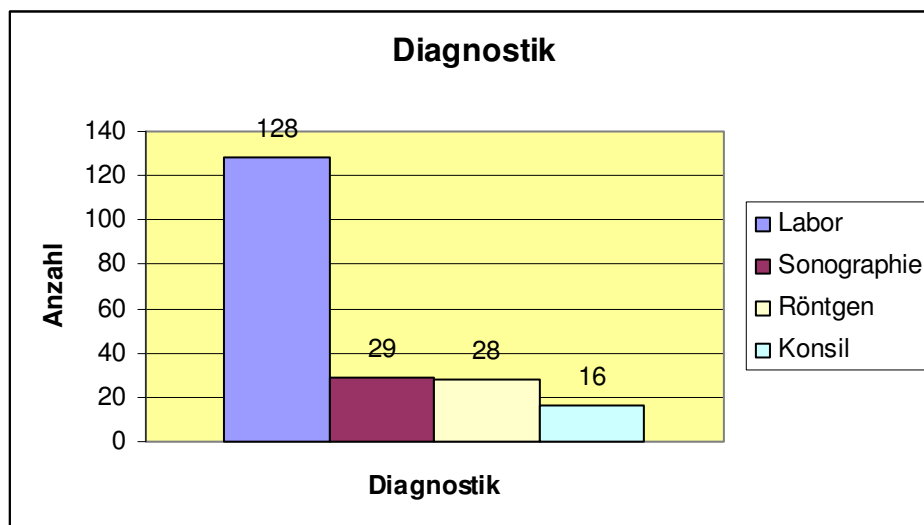
Unter diesem Punkt wurden über den gesamten Aufenthalt der Patientinnen die Beschwerden dokumentiert. Die Hauptsymptome wurden als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu „Hauptsymptom“ vorlag. Über drei Viertel der Patientinnen (79,25%) gaben Schmerzen an. Fast die Hälfte (144 Frauen; 48,98%) klagte über Erbrechen, ein weiteres Viertel der Frauen (79 Frauen; 26,87%) hatte Dyspnoe. Diese Ergebnisse decken sich mit den bekannten Hauptsymptomen in der Palliativmedizin.



4.2.3.9. Diagnostik

Die Diagnostik wurde als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu „Diagnostik“ vorlag.

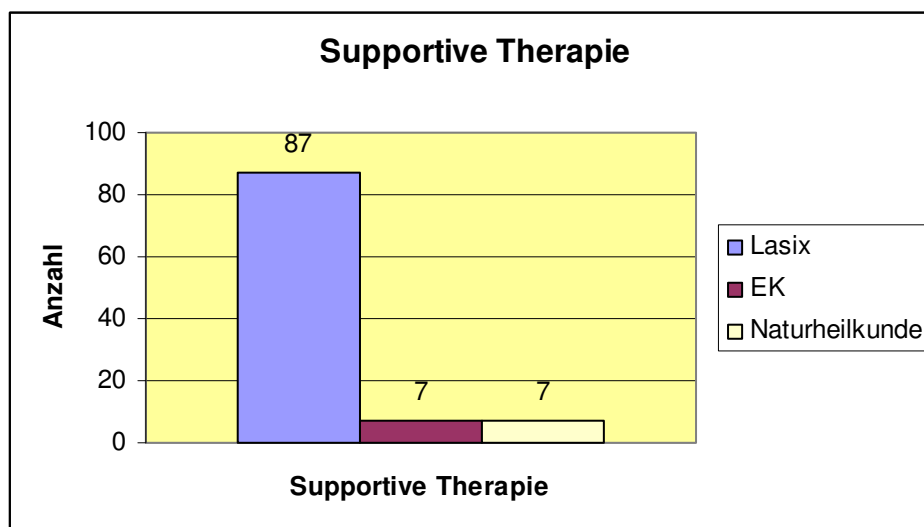
Von 294 Patientinnen erhielten 128 Frauen (43,54%) eine Laboruntersuchung. Üblicherweise wurde dies zur Anämiediagnostik, Überprüfung der Nieren-, Leber und Gerinnungsparameter, Blutzuckermessung und Ermittlung von Calciumwerten und der Alkalischen Phosphatase bei Knochenmetastasen durchgeführt. 29 Patientinnen (9,86%) wurden sonographiert. Dieses diente in der Regel zur Kontrolle von Aszites und Pleuraergüssen. 28 Frauen (9,52%) erhielten eine Röntgenuntersuchung zum Ausschluss von Erkrankungen der Lunge (Atemnot, Pneumonie) oder dem Ausschluss von Frakturen. Bei 16 Frauen wurde ein Konsil durchgeführt. In den meisten Fällen hing dies mit dem Verdacht auf Frakturen oder eines Ileus zusammen. Hier stellte sich die Frage einer chirurgischen Intervention.



4.2.3.10. Supportive Therapie

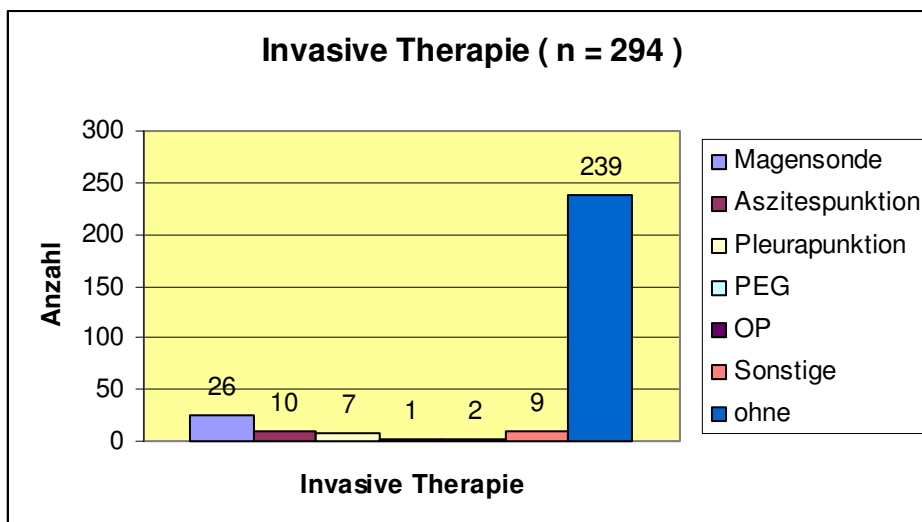
Unter supportiver Therapie wurde untersucht, ob die Patientinnen Erythrozytenkonzentrate (EK) bei einer Tumorblutung, unterstützende Naturheilkunde oder Lasix zum Ausschwemmen bei Herzinsuffizienz bekommen haben. Die supportive Therapie wurde als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu „Supportive Therapie“ vorlag.

87 Patientinnen (29,95%) erhielten zur Verbesserung der pulmonalen Leistung Lasix. 7 Frauen (2,38%) wurden mit Erythrozytenkonzentraten substituiert. Weitere 7 Frauen (2,38%) erhielten naturheilkundliche Präparate.



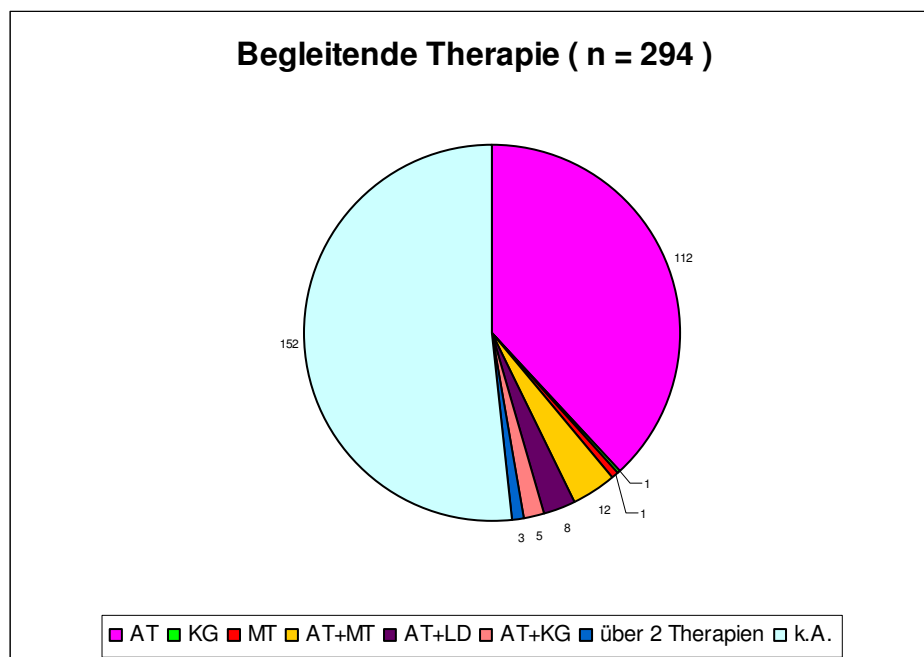
4.2.3.11. Invasive Therapie

In diesem Teil der Auflistung wurde ein gezieltes Augenmerk auf die unterschiedlichen invasiven Therapien gelegt. Diese wurden mit dem Ziel zur Verbesserung der Lebensqualität eingesetzt. Zur pulmonalen und abdominalen Entlastung wurden bei 10 Patientinnen (3,4%) Aszitespunktionen und bei 7 Frauen (2,38%) Pleurapunktionen durchgeführt. Bei 26 Patientinnen (8,84%) wurde zur Unterstützung der Ernährung eine Magensonde gelegt. 1 weitere Patientin (0,34%) erhielt eine PEG. Zur Stabilisierung des Achsenskeletts bei starker ossärer Metastasierung wurden auf Grund pflegerischer Probleme bei 2 Patientinnen (0,68%) Operationen durchgeführt. Unter Sonstige wurden das Legen von ZVKs, urologische Interventionen (Double-J-Einlage) und eine Punktion der Leiste zusammengefasst. 239 Patientinnen (81,3%) erhielten keine invasive Therapie.



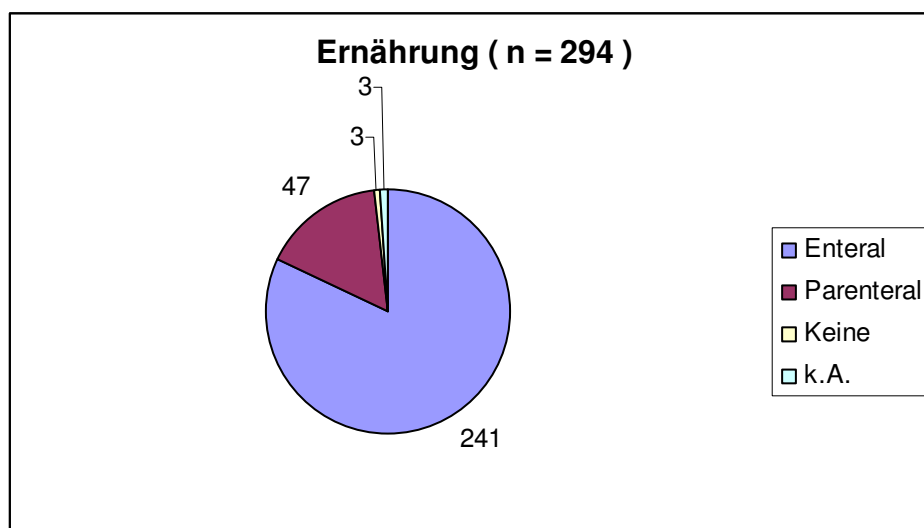
4.2.3.12. Begleitende Therapie

In die begleitende Therapie wurden folgende Behandlungsformen eingeschlossen: Atemtherapie (AT), Krankengymnastik (KG), Musiktherapie (MT) und Lymphdrainage (LD). Bei etwas über der Hälfte der Patientinnen (152 Frauen; 51,7%) lagen keine Angaben zu einer begleitenden Therapie vor. Dies lag zum einen an mangelnder Dokumentation, aber auch an der zum Teil kurzen Aufenthaltsdauer, so dass die Patientinnen von dieser Therapieform nicht mehr profitieren konnten. Über ein Drittel der restlichen Patientinnen erhielten ausschließlich eine Therapieform. 112 Frauen bekamen Atemtherapie (38,1%), 1 Frau Krankengymnastik (0,34%) 1 weitere Frau Musiktherapie (0,34%). 25 Patientinnen (8,5%) erhielten zwei verschiedene Therapieangebote. Bei 3 Frauen (1,02%) wurden 3 oder mehr begleitende Therapien durchgeführt.



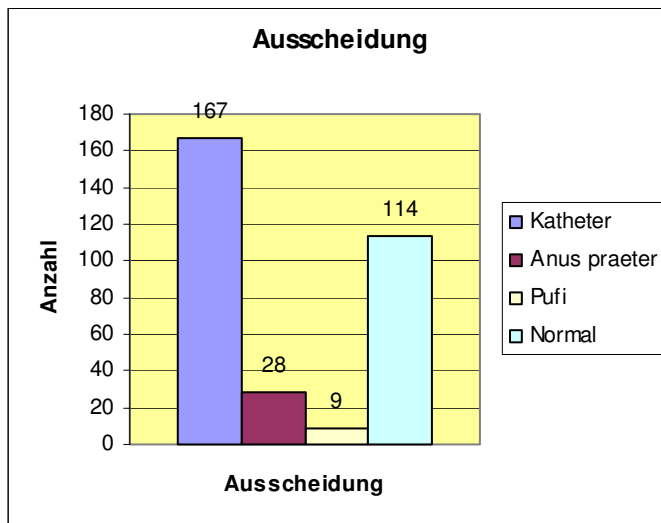
4.2.3.13. Ernährung

Das Ziel der Palliativmedizin ist es den Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten. Dazu gehört die normale Nahrungsaufnahme. Von 294 Patientinnen wurden 241 Patientinnen (81,97%) enteral ernährt. Bei 47 Frauen (15,99%) war eine parenterale Ernährung notwendig geworden. Zum einen war hier eine Nahrungsaufnahme auf Grund von Stenosen durch die Tumorerkrankung nicht mehr möglich, zum anderen gab es Patientinnen, deren Bewusstseinszustand eine enterale Nahrungsaufnahme nicht möglich machte. 3 Patientinnen (1,02%) verstarben kurz nach der Aufnahme. Zu weiteren 3 Frauen (1,02%) lagen keine Angaben vor.



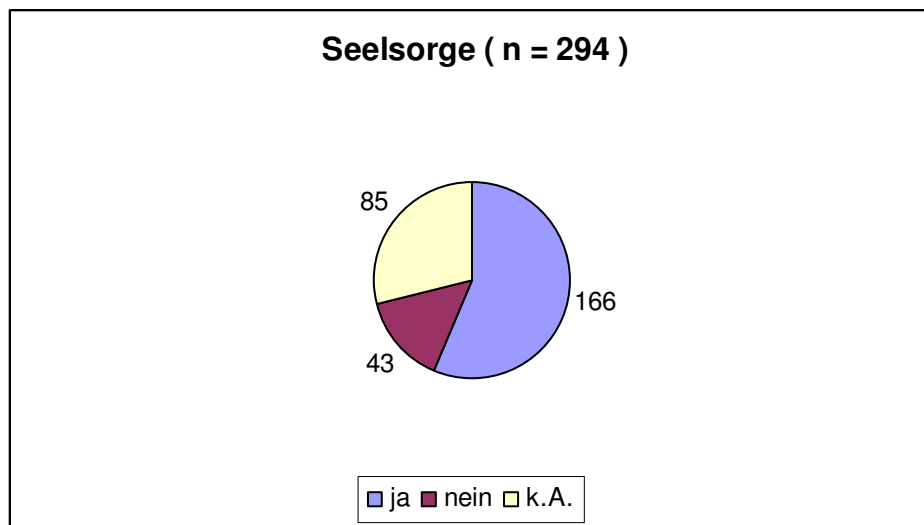
4.2.3.14. Ausscheidung

Über die Hälfte der 294 Patientinnen (167 Frauen; 56,8%) erhielten während des Aufenthaltes einen Blasenkatheter oder wurden bereits mit ihm eingeliefert. 28 Patientinnen (9,52%) wurden mit einem Anus praeter aufgenommen, bei 9 Frauen lag ein Pufi (3,06%). Bei einer dieser Patientinnen wurde während des stationären Aufenthaltes ein Pufi aus medizinischen Gründen gelegt. Über ein Drittel der Patientinnen (114 Frauen; 38,78%) hatte eine normale Ausscheidung.



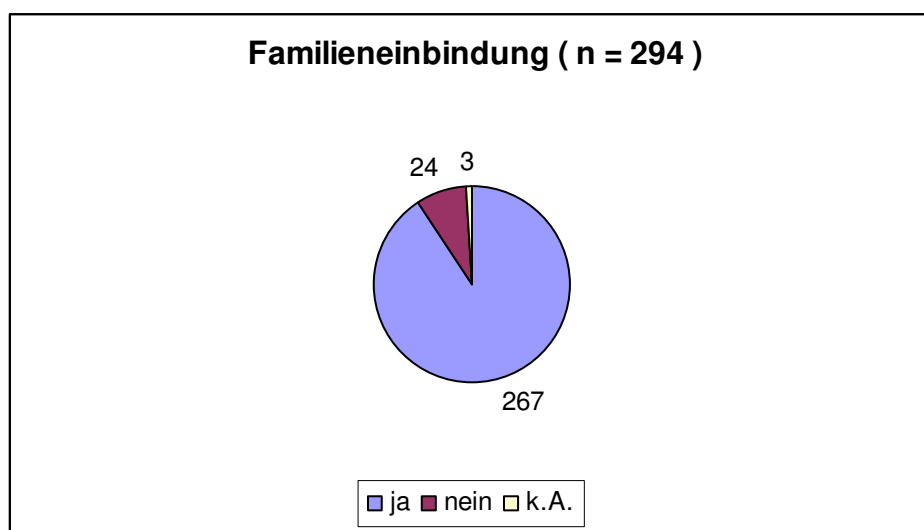
4.2.3.15. Seelsorge

Auf der Palliativstation wird jeder Patientin eine seelsorgerische Betreuung angeboten. Diese besteht aus einer evangelischen Pfarrerin und einem katholischen Pater. Bei der Auswertung wurde kein Unterschied bezüglich der Konfession gemacht. Über die Hälfte der Patientinnen (166 Frauen; 56,46%) wünschten eine seelsorgerische Betreuung während des Aufenthaltes. 43 Patientinnen (14,63%) entschieden sich dagegen. Bei 85 Frauen (28,91%) lag keine Dokumentation vor.



4.2.3.16. Familieneinbindung

Unter dem Punkt der „Familieneinbindung“ wurde festgehalten, ob Angehörige oder Freunde in die letzte Phase des Lebens der Patientin eingebunden waren. Dies traf bei 267 Patientinnen (90,82%) zu. Bei 24 Frauen (8,16%) gab es keine Familieneinbindung. Dies lag zum einen daran, dass diese Frauen keine weiteren Familienangehörigen oder Freunde hatten. Zum anderen gab es 3 Patientinnen, die aus unterschiedlichen persönlichen Gründen den Kontakt mit ihrer Familie abgebrochen hatten. Bei 3 Patientinnen (1,02%) waren keine Angaben dokumentiert.



4.2.3.17. Medikamente

Unter dem Punkt „Medikamente“ wurden alle Medikamente erfasst, die den Patientinnen während des Aufenthaltes gegeben wurden.

„Medikamente“ wurde als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu Medikamenten vorlag.

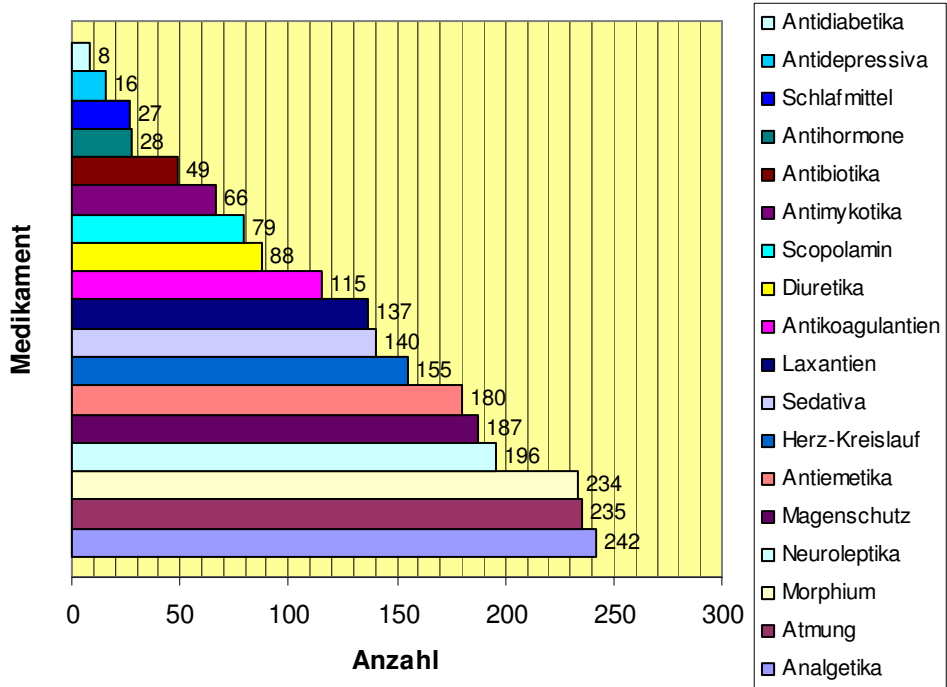
Von allen Symptomen, die eine Tumorerkrankung begleiten können, ist der Tumorschmerz eines der am meisten gefürchteten. 1986 gab die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das so genannte WHO-Stufenschema zur Therapie von Tumorschmerzen heraus. Die analgetische Therapie beginnt mit nicht opioiden Analgetika. 242 Patientinnen (82,31%) erhielten diese als einzige Schmerzmittelgabe oder in Kombination mit Opioiden. Starke Opioide sind die Eckpfeiler der Schmerztherapie. 234 Patientinnen (79,59%) erhielten diese in Form von Morphin.

Neben Schmerzen ist die Obstipation eines der häufigsten Symptome bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung. Als ein weiterer Risikofaktor ist die Opioidgabe anzusehen. Um dieser Obstipation vorzubeugen, wurden 137 Patientinnen (46,6%) Laxantien verabreicht.

Bei 40-70% der Patienten mit einem weit fortgeschrittenen Tumorstadium gehören Übelkeit und Erbrechen zu den häufigsten gastrointestinalen Symptomen. Über die Hälfte der Patientinnen (180 Frauen; 61,22%) erhielten Antiemetika.

Ein weiteres häufiges Symptom ist die Dyspnoe. Die Ursachen sind unterschiedlicher Genese. Die Effektivität der medikamentösen Einflüsse ist begrenzt und kann im Einzelfall nicht vorhergesagt werden. 235 Frauen (79,93%) erhielten Medikamente, die die Atmung unterstützen. Die Anwendung von Antibiotika ist aufgrund des fraglichen Benefits umstritten. Bei einer akuten Infektion hängt die Behandlung vom stabilen Zustand des inkurablen Patienten ab. 49 Patientinnen (16,67%) erhielten während ihres Aufenthaltes Antibiotika. Aus zunehmender muskulärer Schwäche und Bewusstseinsstörung kommt es in der Terminalphase häufig zu einem atemsynchronen Rasseln, da der Patient die Sekrete nicht mehr abhusten oder schlucken kann. Bewährt hat sich hier die Gabe eines Anticholinergikums. Auf der Palliativstation wurde in diesem Fall bei 79 Frauen (26,87%) Scopolamin gegeben.

Medikamente

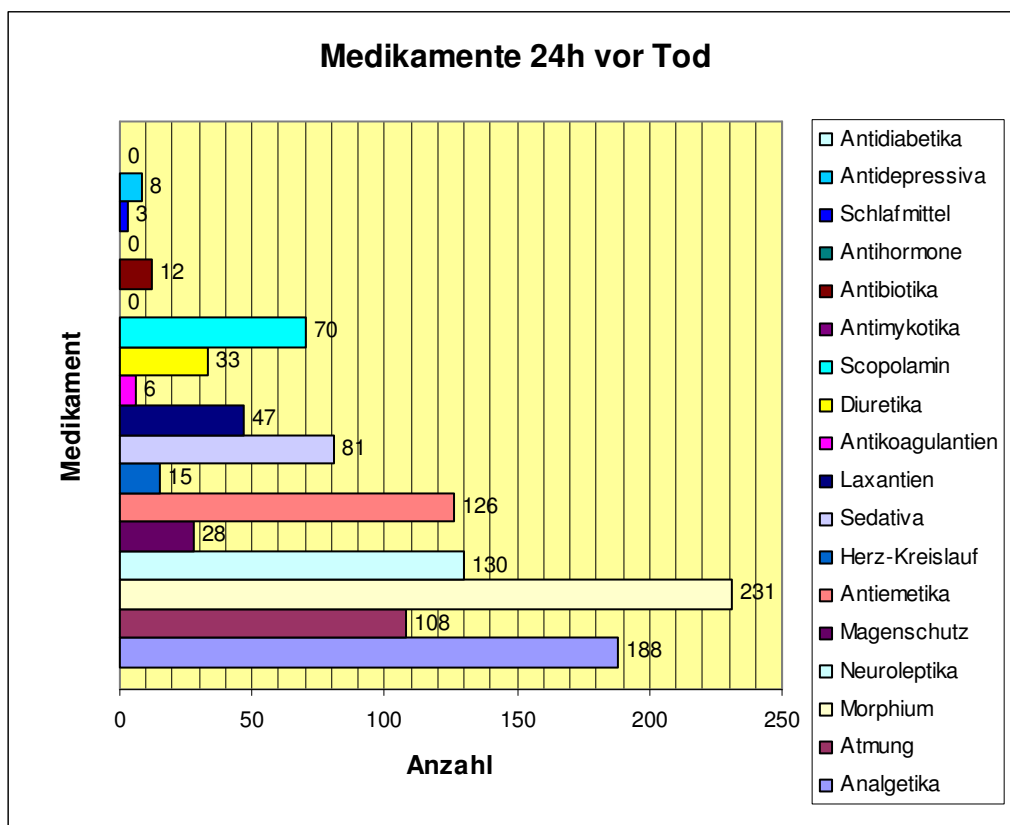


4.2.3.18. Medikamente 24 Stunden vor dem Tod

Unter dem Punkt „Medikamente 24 Stunden vor dem Tod“ wurden alle Medikamente erfasst, die den Patientinnen innerhalb der letzten 24 Stunden vor ihrem Tod gegeben wurden.

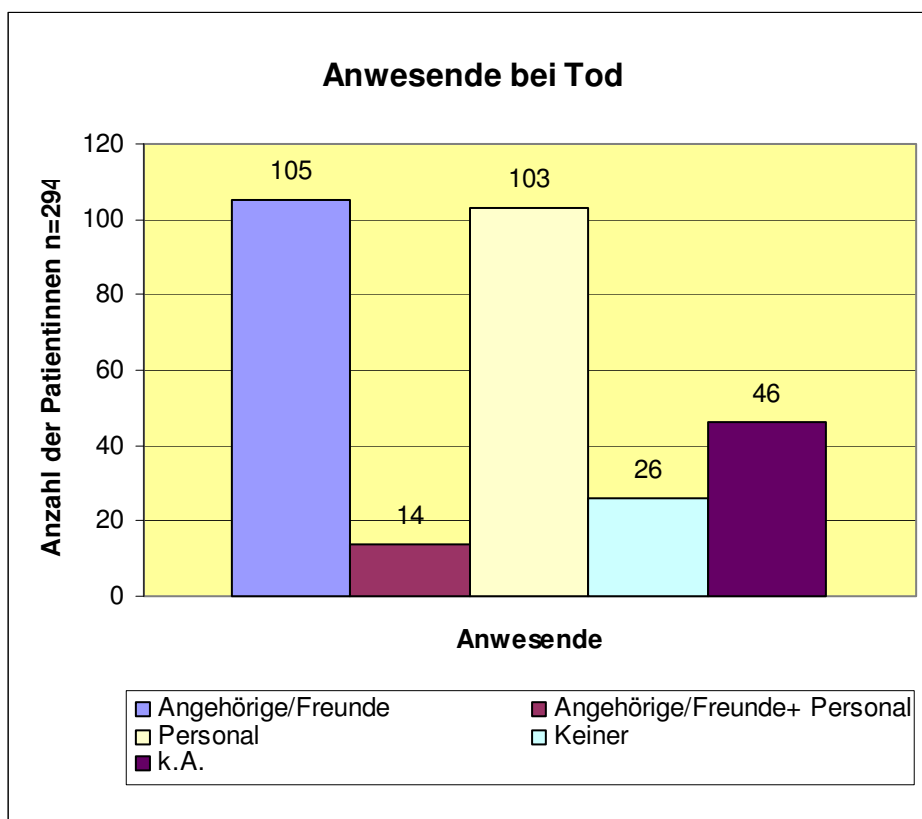
„Medikamente 24 Stunden vor dem Tod“ wurde als Mehrfachantworten-Set konzipiert, d.h. in die Auswertung gingen alle Fälle ein, bei denen mindestens eine Angabe zu Medikamenten vorlag. Auffallend war, dass die Medikamentengabe deutlich reduziert wurde. Lediglich die Anzahl der Patientinnen, die in den letzten 24 Stunden Morphium (231 Frauen; 78,57%) und Scopolamin (70 Frauen; 23,81%) erhielten, war im Vergleich zur Medikamentengabe während des Gesamtaufenthaltes nahezu gleich. Die Gabe von nichtopioiden Analgetika war rückläufig (188 Frauen; 63,95%).

Deutlich abgenommen hatte die Gabe von Laxantien (47 Frauen; 15,99%), Medikamenten für die Atmung (108 Frauen; 36,73%) und Antiemetika (126 Frauen; 42,86%).



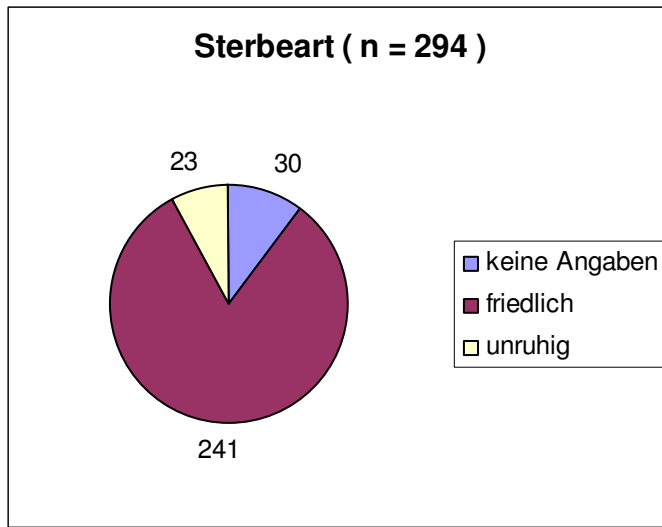
4.2.3.19. Anwesende bei Tod

Unter dem Begriff „Anwesende bei Tod“ wurde der Personenkreis erfasst, der bei Eintritt des Todes der Patientin anwesend war. Es wurde die Unterscheidung von Angehörigen (Familie), Freunde und Personal getroffen. Das Personal wurde repräsentiert von Ärzten, Pflegepersonal und Seelsorgern. Bei drei Viertel der Patientinnen (222 Frauen; 76%) war mindestens eine Person zum Zeitpunkt des Todes anwesend. Bei 119 Frauen (41%) waren dies Angehörige oder Freunde, zum Teil begleitet durch Personal der Station. 103 Frauen (35%) wurden ausschließlich durch Personal begleitet. Nur ein geringer Teil (26 Frauen; 9%) starb ohne eine Begleitung. Ein erklärtes Ziel der Mitarbeiter ist es, Schwerstkranke bis zum Schluss zu betreuen. Die Mehrzahl der allein gestorbenen Frauen verstarb in der Nacht. Die Gründe lagen in der reduzierten Personalstruktur in der Nacht. Bei 46 Frauen (16%) lagen keine Angaben vor.



4.2.3.20. Sterbeart

Unter „Sterbeart“ wurde anhand der Dokumentation versucht einzuschätzen, ob die Patientinnen den bevorstehenden Tod akzeptiert haben und friedlich einschlafen konnten. Der größte Teil der 294 Patientinnen (241 Frauen; 81,97%) verstarb friedlich. 23 Frauen (7,82%) waren zum Zeitpunkt des Todes unruhig und zum Teil gequält. Bei 30 Patientinnen (10,2%) lagen keine Angaben vor.



5. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden über den gesamten Untersuchungszeitraum (1996-2001) 2.604 Patienten aufgenommen, die palliativmedizinisch betreut werden mussten. Wurden 1996 noch 384 Patienten aufgenommen, waren es 2001 schon 480 (4.1.1.1.¹). Über den Gesamtzeitraum konnten 786 Patienten (30%) nach einer palliativen Therapie wieder entlassen werden (4.1.2.1.). Insgesamt wurden 1.822 Patienten (70%) bis zu ihrem Tod begleitet. In den meisten Fällen handelte es sich um Patienten mit einer malignen Grunderkrankung (92,4%) (4.1.4.). Insgesamt wurden 472 Patientinnen mit einer malignen gynäkologischen Grunderkrankung aufgenommen. Damit stellten sie 12% der gesamten Aufnahmen dar (4.1.1.2.). Ausgewertet wurden die Akten von 294 Patientinnen, die an gynäkologischen Neoplasien auf der Palliativstation verstarben.

Das Durchschnittsalter bei der Aufnahme betrug 68,9 Jahre. Die jüngste Patientin war 33 Jahre, die älteste 97 Jahre alt.

Erwartungsgemäß dominierte in dieser Arbeit das Mammakarzinom (55,10%), gefolgt von Malignomen des Ovars (25,51%), des Endometriums (8,84%) und der Zervix (7,14%). Maligne Neoplasien von Vulva (2,04%) und Vagina (1,36%) haben in der Statistik einen marginalen Anteil (4.2.2.1.). 156 gynäkologische Patientinnen konnten nach einer palliativmedizinischen Therapie wieder entlassen werden (ca. ein Drittel der Aufnahmen mit einer gynäkologischen Neoplasie) (4.1.2.2.).

5.1. Zeitpunkt des Beginns der palliativmedizinischen Betreuung und Auseinandersetzung mit dem Tod

Viele Patienten werden erst in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium palliativmedizinisch betreut, in dem sich der Nutzen für Patienten und Angehörige deutlich reduziert. Dieses hat diese Arbeit ebenfalls bestätigt. Nahezu 50% der Patientinnen wurden erst die letzten 10 Tage ihres Lebens palliativmedizinisch betreut. Weitere 40% in den letzten 20 Tagen. Nur ca. 16% hatten eine Aufenthaltsdauer von bis zu 40 Tagen und lediglich 3% bis zu 75 Tagen (4.2.3.1.). Dieses spiegelt sich ebenfalls im erhobenen Karnofsky-Index (**Tab1**; (43)) bei der Aufnahme wider. Er dient in der Onkologie dazu, mit Hilfe verschiedener standardisierter Indizes näherungsweise die Leistungsfähigkeit

¹ Im Folgenden beziehen sich diese Angaben auf die Grafiken/ Daten im Ergebnisteil

bzw. das Maß der Pflegebedürftigkeit eines Kranken festzustellen. Der größte Anteil der Patientinnen (271 Frauen) hatte nicht mehr als 40 Punkte (92%) (4.2.3.6.).

Tab1: Skala zur Beurteilung des Allgemeinzustandes (Karnofsky-Index)

Punkte	Karnofsky-Index
100	Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung
90	Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome
80	Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome
70	Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit
60	Gelegentliche Hilfe, aber noch weitgehende Selbstversorgung
50	Häufige Unterstützung und medizinische Versorgung erforderlich
40	Überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe und Pflege erforderlich
30	Dauernd bettlägerig, evtl. Krankenhauseinweisung, jedoch keine akute Lebensgefahr
20	Schwerkrank, aktive unterstützende Therapie, evtl. Krankenhauseinweisung
10	Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung
0	Tod

Es ist davon auszugehen, dass nur ein geringer Teil der Patientinnen das palliative Therapieangebot nutzen konnte. Diese Annahme wird auch durch die Auswertung der „begleitenden Therapie“ (Krankengymnastik, Atemtherapie, Musiktherapie) unterstützt. Bei über der Hälfte der Patientinnen wird in den Akten keine Angabe zur begleitenden Therapie gemacht (4.2.3.12.), so dass davon auszugehen ist, dass diese Patientinnen entweder keine Therapie erhalten haben oder diese nicht dokumentiert wurde.

Die Gründe liegen zum einen in der Fehleinschätzung der Ärzte über die Dauer des finalen Stadiums (80). Dass 16 Personen noch innerhalb von 4 Wochen vor dem Tod mit im Nachhinein inoperablen Situs operiert wurden, zeigt, dass eine Fehleinschätzung der medizinischen Möglichkeiten vorlag (diese Daten stammen aus der Promotionsarbeit von Stephan Gastroph). Bestätigt wird dieses Ergebnis durch eine kanadische Studie bei 233 todkranken Tumorpatienten. Die Forscher überprüften, wie gut die Prognose der Kollegen über die Dauer der verbleibenden Lebensspanne mit der Realität übereinstimmte. Nur bei einem von vier Patienten trafen die Vorhersagen zu (80).

Ein weiterer Aspekt ist die Sorge der Ärzte, ihre Patienten zu verlieren, oder die Angst vor finanziellen Belastungen für die Angehörigen oder den Patienten (57). Häufig befinden sich die Patienten in einem früheren Stadium der Krankheit in einer Phase, die von Hoffnung geprägt ist. In dieser Phase befürchten die Patienten, dass „dort nichts mehr gemacht“ und sie „zum Sterben abgeschoben“ werden würden. (17) Es ist davon auszugehen, dass die Patienten erst zu diesem späten Zeitpunkt eine Palliativstation

aufsuchen, weil sie erst in dieser Phase die endgültige Akzeptanz des eigenen Todes erreicht haben.

Des Weiteren ist in der mangelnden gesellschaftlichen Aufklärung ein Grund für die häufig sehr späte Einweisung zu sehen. Die Unwissenheit in der Gesellschaft wird in einer Umfrage deutlich. So konnten von 200 in einer Fußgängerzone befragten Passanten im Jahre 1998 lediglich 35% den Begriff Hospiz in sachlich richtiger Form der Sterbebegleitung zuordnen. Nur 27% hatten von der Existenz eines örtlichen Hospizdienstes gehört (55). Die Ergebnisse decken sich mit einer Umfrage der Deutschen Hospizstiftung. Nach einer ungestützten Emnid-Umfrage kannte nur 1% der Bevölkerung den Begriff „Palliativmedizin“ (1997). 25,3% kannten den Begriff „Hospiz“ (1999). Anschließend wurden den Befragten die Begriffe erläutert und nach der Zustimmung für den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit gefragt. Während in der Befragung von 1997 nur 34,8% der Bevölkerung diese Arbeit befürworteten, stimmten bereits im Jahre 2000 56,6% zu (23). Diese Umfragen machen die Notwendigkeit deutlich, dass eine grundsätzliche Aufklärung zum Thema „Palliative Betreuung“ erfolgen muss. Sie zeigen aber auch, dass das Thema mehr in das Bewusstsein der Menschen rückt. Dies bestätigte sich auch in dieser Arbeit anhand der zunehmenden Patientenzahlen im Bereich der Palliativmedizin (1996: 384; 2001: 480) (4.1.1.1.).

Eine infauste Prognose kann das Selbstbild des Arztes demontieren und ihn Strategien einsetzen lassen, die sein bedrohtes Selbstbild retten. Der Endpunkt einer malignen Erkrankung kann als ärztliche Niederlage und somit als narzisstische Kränkung und Infragestellung seiner professionellen Kompetenz gewertet werden. Konsequenzen daraus können Reaktionen sein, die z.B. in der Anwendung nicht mehr indizierter nebenwirkungsreicher Chemotherapie oder in der Verweigerung suffizienter Schmerztherapie liegen. Hinzukommen können unnötige Hospitalisierung der Patienten mit weiterer Einschränkung der Autonomie. Sicherlich spielen in einigen Fällen auch die eigenen verdrängten Todesängste eine Rolle. Hier könnten institutionalisierte Fallbesprechungsgruppen, die sich mit dem professionellen Selbstbild, der eigenen Begrenztheit onkologischen Handelns und des eigenen Lebens auseinandersetzen, hilfreich sein. Die erste Konsequenz daraus sollte die Umformulierung des ärztlichen Behandlungsauftrags sein. Statt „siegreicher Kampf gegen den Krebs“ sollte das Ziel stattdessen „maximale Minimierung der Beschwerden durch optimale symptomatische Therapie“ sein. Diese Umformulierung entlastet den Arzt, denn er muss nun keinen übermächtigen Gegner mehr bekämpfen. Für die Patienten bedeutet dies eine große Hilfe,

denn nur unter dauerhaft suffizienter Schmerztherapie können sie sich anderen Themen zuwenden. Offene Kommunikation, auch wenn sie erst in der Sterbephase eingeführt wird, empfinden die Patienten als Entlastung. Sie dürfen angstfrei und unzensiert Gefühle und Gedanken äußern. Empirisch ist seit Jahrzehnten das erhöhte verbale und nonverbale Kommunikations- und Interventionsbedürfnis Sterbender nachgewiesen (32).

5.2. Unsicherheit in der Abgrenzung der Palliativmedizin von der aktiven Sterbehilfe

Noch immer haben viele Mediziner das Gefühl, alles tun zu müssen, was technisch und therapeutisch möglich ist, damit ihnen hinterher juristisch keine Vorwürfe gemacht werden können (68). Daher ist es für den Mediziner notwendig, Sterbebegleitung von Sterbehilfe juristisch abgrenzen zu können. Auch von Seiten des Pflegepersonals bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Grenzen des Gesetzes, von Ärzten angeordnete Medikamente zu verabreichen (87). In einer Untersuchung von Kirschner und Elkeles zeigten sich in der deutschen Ärzteschaft erhebliche Unsicherheiten. 40% der befragten Ärzte gaben diesbezüglich Probleme an (36).

2004 veröffentlichte die Bundesärztekammer „Die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“. In der Präambel wird bekräftigt, dass die Ärzteschaft aktive Sterbehilfe ablehnt. Zugleich wird betont, dass Ärzte nicht unter allen Umständen zur Lebenserhaltung verpflichtet sind. Dennoch besteht eine erhebliche Unsicherheit, welche Maßnahmen denn tatsächlich, juristisch untermauert, beendet werden dürfen und was zur unverzichtbaren Basisbetreuung gehört. Beispielsweise sind zwar 69,8% der Ärzte der Überzeugung, dass bei Sterbenden eine künstliche Beatmung beendet werden darf, aber nur noch 41,5% meinen, dass dies auch juristisch erlaubt ist (82). Hinzu kommt, dass viele klinisch tätige Ärzte das Abbrechen von Therapien ethisch als unterlassene Hilfeleistung oder sogar Euthanasie sehen (69).

Die Palliativmedizin strebt nach ganzheitlicher Fürsorge. „Nicht der Leidende, sondern die Symptome von Leid, wie zum Beispiel Schmerz und Einsamkeit werden beseitigt“ (42). Hier grenzt sich die Palliativmedizin zur aktiven Sterbehilfe ab. Eine 2003 publizierte Untersuchung hat gezeigt, dass deutsche Ärzte desto eher eine positive Haltung gegenüber aktiver Sterbehilfe einnehmen, je geringer ihre eigenen medizinischen und ethischen Kenntnisse sind, je geringer ihre professionelle Erfahrung ist und je geringer das Wissen alternativer Möglichkeiten der Leidensminderung ist (52). Wenngleich ausreichend Daten fehlen, so spricht doch vieles dafür, dass hierzulande in weiten Teilen der Ärzteschaft und der Pflegenden Wissenslücken und Missverständnisse über die Möglichkeiten der

Sterbebegleitung und der therapeutischen, ethischen und rechtlichen Prinzipien bei fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung bestehen.

Während der Einsatz der Palliativmedizin in den vergangenen Jahren in der Gesellschaft vermehrt Zuspruch fand, nahm, laut einer Umfrage der *Deutschen Hospizstiftung*, die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe ab (1997: 41,2%, 2000:35,4%). Die Zahl der Unentschlossenen sank (1997: 23,9%, 2000: 8,1%) (23). Dies ist ein Indiz dafür, dass die Bemühungen der letzten Jahre erfolgreich waren, das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben durch Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland bekannter zu machen. Daher sollte die konsequente und flächendeckende Umsetzung der Palliativmedizin in Deutschland gefördert werden, um den Menschen eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe aufzeigen zu können.

5.3. Bewertung der erhobenen Daten und Unterschiede zu klinischem Vorgehen

Im Folgenden werden die diagnostischen und therapeutischen Unterschiede der palliativmedizinischen Behandlung und Betreuung zu denen der Klinik anhand der erhobenen Daten herausgearbeitet. Als Vergleichsparameter der Klinik dienten, sofern vorliegend, hierzu Daten aus der Promotionsarbeit von Dr. Stefan Gastroph (Universitäts-Frauenklinik Maistraße der Ludwig-Maximilians Universität München).

Das klinisch-diagnostische Vorgehen zeigte markante Unterschiede zum palliativmedizinischen Vorgehen. So wurden bei fast doppelt so vielen Patientinnen in der Klinik Laboruntersuchungen durchgeführt (Klinik: 83,6%, Palliativstation: 43,54%). Sowohl eine Sonographie (Klinik: 92,4%, Palliativstation: 9,86%) als auch eine radiologische Diagnostik (Klinik: 91,4%, Palliativstation: 9,52%) wurde in der Klinik fast 10mal so häufig durchgeführt (**Tab2**).

Tab2: Vergleich Diagnostik Klinik/Palliativstation

	Klinik	Palliativstation
Labor	83,6%	43,54%
Sonographie	92,4%	9,86%
Radiologische Diagnostik	91,4%	9,53%

Während der letzten vier Wochen des Klinikaufenthaltes erhielten 43,8% der Patientinnen eine Chemotherapie. Zur Gabe einer antihormonellen Therapie wurden keine Angaben gemacht. 3,2% wurden noch unter kurativer Absicht im letzten Lebensmonat operiert. In allen dieser Fälle wurde dieser Versuch wegen inoperablem Situs abgebrochen. In der

palliativ-medizinischen Betreuung wurde keine Chemotherapie durchgeführt. Es erhielten über den gesamten Aufenthalt auf der Palliativstation 9,52% eine antihormonelle Therapie. In zwei Fällen wurde während des Aufenthaltes auf der Palliativstation eine palliative OP durchgeführt. Diese diente in beiden Fällen zur Entlastung bei tumorbedingter Obstruktion. Eine Radiatio wurde auf der Palliativstation nicht durchgeführt. Hierzu fehlten Angaben zum Klinikaufenthalt (**Tab3**).

Tab3: Vergleich Therapie Klinik/Palliativstation in den letzten 4 Lebenswochen

	Klinik	Palliativstation
Operation	3,2%	0,68%
Chemotherapie	43,8%	Keine
Radiatio	k.A.	Keine
Hormonelle Therapie	k.A.	9,52%

k.A.: Keine Angaben

Unterschiede bestanden auch in der invasiven Therapie. Während in der Klinik bei 17,4% aller Patientinnen in den letzten 4 Lebenswochen eine Aszites- oder Pleurapunktion durchgeführt wurde, erhielten auf der Palliativstation während des gesamten Aufenthaltes 3,4% eine Aszitespunktion und 2,38% eine Pleurapunktion. 81,29% wurden ohne invasive Therapie behandelt (4.2.3.11.).

Als supportive Gabe erhielten 9% der Patientinnen in der Klinik Erythrozyten- und 3,4% Thrombozytenkonzentrate, während auf der Palliativstation nur 2,38% der Patientinnen Erythrozytenkonzentrate erhielten, keine jedoch ein Thrombozytenkonzentrat (4.2.3.10.).

Dieser Gedanke spiegelt sich auch in der medikamentösen Betreuung wider. Fast 80% der Patientinnen klagten während des Aufenthaltes über Schmerzen, ca. 27% über Dyspnoe (4.2.3.8.). Sie erhielten Analgetika und Morphin zur Schmerzbekämpfung (jeweils ca. 80%) und medikamentöse Unterstützung für die Verbesserung des Atemprozesses (79,3%). Infektionen sind häufige Begleiterkrankungen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten führt in der Palliativmedizin der Verdacht auf eine Infektion jedoch nicht zwangsläufig zu weiteren diagnostischen Maßnahmen und/ oder zu einer antibiotischen Therapie. 16,67% der Patientinnen erhielten während ihres Aufenthaltes eine Antibiose, 4,08% während der letzten 24 Stunden vor ihrem Tod. Befindet sich ein Kranker erkennbar in der akuten Sterbephase, ändert sich auch die Gabe der Medikamente. Alle nicht mehr als notwendig angesehenen Medikamente werden reduziert oder abgesetzt. Lediglich die Anzahl der Patientinnen, die

in den letzten 24 Stunden Morphium (78,57%) und Scopolamin (23,81%) erhalten haben, blieb zu der während des Gesamtaufenthaltes nahezu gleich (4.2.3.17.).

Zur Erhaltung der Lebensqualität gehört die Möglichkeit der selbstständigen Nahrungsaufnahme und Kontrolle der Körperfunktionen. 241 Patientinnen (82%) wurden ausschließlich enteral ernährt (4.2.3.13.). Über 50% (56,8%) der Patientinnen hatten einen Blasendauerkatheter. Dieses lässt vermuten, dass hier hohe pflegerische Anforderungen eine Rolle spielen. Dennoch besteht diesbezüglich Verbesserungsbedarf, um die Würde des Menschen zu wahren. Die vorangehenden Parameter (Medikamente, Ernährung) von Patientinnen, die in der Klinik verstorben sind, wurden in der Arbeit von Stefan Gastroph nicht untersucht.

Der Wunsch zu Hause gepflegt zu werden, ist für die Patienten von großer Bedeutung. Nach einer Studie gaben 50-70% der Tumorkranken an, dass sie den Wunsch haben, zu Hause zu sterben (1; 48). Dies ist jedoch meist nicht möglich, da nach einer Fragebogenerhebung 25% der Patienten wegen Überforderung der Angehörigen in der häuslichen Pflege eingewiesen werden mussten (25). Als weitere Gründe sind unzureichende soziale Absicherung (z.B. keine Familienangehörige) und mangelnde Schmerz- und Symptomkontrolle zu nennen (50; 4).

Dass der Wunsch besteht, zu Hause gepflegt zu werden, zeigt auch das Untersuchungsergebnis dieser Arbeit. So wurden über 80% der Patientinnen vor der Einweisung auf die Palliativstation zu Hause gepflegt oder haben sich selbst versorgt (4.2.1.6.). In der Realität sterben jedoch 60-80% der Schwerkranken in Krankenhäusern oder Pflegeheimen (83).

Immerhin noch ca. ein Drittel der von Palliativstationen bzw. vom Hospizdienst ambulant betreuten Patienten im Jahre 1998 musste stationär aufgenommen werden (50; 4).

Um es mehr Patienten zu ermöglichen, zu Hause zu sterben, sollte es ein Ziel sein, die ambulante Versorgung auszubauen.

Psychische und soziale Belastungen spielen in der Palliativmedizin eine wichtige Rolle. Probleme wie (Todes-) Angst, Trauer, Niedergeschlagenheit, Scham und Enttäuschung sind emotionale Reaktionen des Patienten und seines Umfeldes, die in der Behandlung berücksichtigt werden müssen (54). Daher ist eine fachpsychologische Behandlung der Patienten und Beratung der Angehörigen im Kernbereich des palliativmedizinischen Angebots in jeder Einrichtung unverzichtbar. Auf der Palliativstation erhielten 56,5% der Patientinnen eine seelsorgerische Betreuung. Fast 15% waren ohne seelsorgerische Betreuung (4.2.3.15.). Zum einen gab es Patientinnen, die dies nicht wünschten, zum anderen waren einige der Patientinnen bereits somnolent.

Die Familie war mit 90,8% in den Verlauf eingebunden (4.2.3.16.). Die intensive Betreuung der Sterbenden zeigt sich auch in der Anwesenheit während des Todes. 84,4% Patientinnen starben nicht allein (4.2.3.19.). Sie wurden entweder von der Familie und Freunden oder aber vom Personal in den Tod begleitet. Über 80% der Patientinnen verstarben friedlich (4.2.3.20.). Inwieweit sich in Hinsicht auf die Begleitung Anstöße oder sogar Druck vom Patienten selbst oder dem klinischen Umfeld (Ärzte, Schwestern) durchsetzen, ist schwer auseinander zu halten (18). Der hohe Anteil der Familieneinbindung und der spirituellen Zuwendung muss als wesentliche und positive Erkenntnis gewertet werden.

5.4. Forschung und Dokumentation

Um eine Optimierung in der Palliativmedizin zu erreichen, ist Forschung notwendig. Dennoch sind aussagekräftige Studien über die Betreuung von schwerstkranken Patienten am Lebensende und den zusätzlichen Nutzen durch stationäre und/ oder ambulante palliativmedizinische Dienste in Deutschland rar und auch im internationalen Vergleich eher selten. Dieses zeigte sich auch in der eigenen Literaturrecherche.

Infolge ethischer Probleme sind sie nicht einfach durchzuführen. Die Patienten erfüllen oft nicht die Einschlusskriterien für klinische Studien, sie leiden unter Schwäche, Müdigkeit und kognitiven Einschränkungen. Die Lebenserwartung ist oft zu kurz, um an Studien mit langen Beobachtungszeiträumen teilzunehmen. Neben diesen Gründen bestehen Hindernisse auf der emotionalen Ebene. Forschung in der Palliativmedizin gilt bei manchen Angehörigen und sogar bei einigen Ärzten als unethisch. Die Diskussion um palliativmedizinische Forschung erstreckt sich oft nur auf das Symptom Schmerz. Genauso wichtig sind aber Forschungsfragen zu anderen körperlichen Symptomen und zu den Bereichen Sozialhilfe, Psychotherapie und zur Einstellung zum Sterben und zur Trauerarbeit. Palliativmedizin ist einer der wenigen Bereiche, die nicht nur den Patienten, sondern auch Angehörige und Bezugspersonen in die Forschung einbeziehen sollten. Als Folge wurde 1997 von der European Association for Palliative Care (EAPC) das Research Steering Committee eingeführt, um die palliativmedizinische Forschung zu fördern.

Eine ethisch vertretbare Forschung gehört zu den großen Herausforderungen in der Zukunft.

Die Dokumentation anhand von standardisierten Instrumenten als Symptomkontrolle und Optimierung der Therapie wird ebenfalls nur unzureichend eingesetzt. Der Schmerz ist das

bei Patienten und Angehörigen am meisten gefürchtete Symptom. Von Cicely Saunders wurde der Begriff „total pain“ eingeführt. Er beschreibt einen ätiologischen Symptomkomplex bestehend aus physischen, emotionalen, sozialen, ökonomischen und spirituellen Komponenten. Dabei ist die Empfindung jedes Einzelnen sehr individuell. Eine Studie mit 358 Patienten nach einer Knochenmarktransplantation konnte dies nachweisen. Psychologische und soziale Einflüsse waren signifikante Prädiktoren auf den Einfluss des Schmerzempfindens (76). Die Erfassung von Schmerzen und Symptomen ist in der Schmerztherapie und auch in der Palliativmedizin etabliert (53; 56). Fast alle stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland gaben in einer Umfrage an, sowohl Schmerzen als auch andere Symptome regelmäßig zu dokumentieren. Auch bei den ambulanten Pflegediensten dokumentieren mehr als 80% Schmerzen und andere Symptome (59). Eine Dokumentation anhand von standardisierten Instrumenten wurde jedoch nur sehr selten durchgeführt, sollte jedoch als eine Symptomkontrolle komplexer Beschwerden erfolgen.

5.5. Aus- und Weiterbildung – Sterbeaufklärung

Für die Optimierung der Palliativmedizin ist eine Verbesserung der Ausbildungssituation nicht nur für Studenten, sondern auch für bereits praktizierende Ärzte, das Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Seelsorger und Psychologen anzustreben. Eine Übersicht der publizierten Studien zeigt, dass spezialisierte interdisziplinäre Palliativteams sowohl die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen in der Terminalphase verbessern als auch die Ressourcenausnutzung durch Verminderung der Verweildauer in stationären Akuteinrichtungen optimieren können (29).

Die Palliativmedizin hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einem eigenständigen Fach in der Medizin entwickelt. Seit dem Jahr 1997 gibt es ein Lehrbuch für Palliativmedizin sowie weitere palliativmedizinische Bücher, Leitfäden und Informationsbroschüren. Die „Zeitschrift für Palliativmedizin“ erscheint regelmäßig seit dem Jahr 1999, und die erste Verleihung des Förderpreises für Palliativmedizin der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* erfolgte im Jahr 2000. Dennoch ist die universitäre Forschung und Lehre im Bereich der Palliativmedizin sowie die palliative Fort- und Weiterbildung in Deutschland im Vergleich zu den angloamerikanischen Ländern noch unterentwickelt. Gesundheitspolitisch wurde die Bedeutung der Palliativmedizin erkannt, und auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 wurde die

Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ in die (Muster-) Weiterbildungsordnung aufgenommen (27).

Derzeit existieren fünf Lehrstühle für Palliativmedizin an deutschen Universitäten (siehe Kapitel 2.2.). Ein weiterer ist in Jena geplant. 8 von 36 medizinischen Fakultäten verfügen über eine Palliativstation. Lediglich München und Bonn haben die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach an ihren Fakultäten eingeführt. Dies ist als ein Schritt zu werten, wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet in Deutschland zu etablieren. Auch wenn die Palliativmedizin in die Approbationsordnung aufgenommen wurde, hängt es immer noch vom Engagement der einzelnen Fakultäten ab, ob palliativmedizinische Inhalte prüfungsrelevant sein können. Ein wesentliches Ziel ist es daher, die Palliativmedizin flächendeckend und bedarfsgerecht zu etablieren. In allen Bereichen unserer Gesundheitsversorgung sind Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichem Ausmaß mit schwerkranken und sterbenden Menschen konfrontiert. Analog zur universitären Ausbildung sollte diskutiert werden, wie auch Fachärzte im ambulanten und stationären Bereich motiviert werden können, eine Weiterbildung zu absolvieren.

Neben der Ausbildungsoptimierung ist es wichtig, das Sterben wieder als selbstverständlichen Prozess in das gesellschaftliche Miteinander zu integrieren.

„Niemand zuvor wurden in der Geschichte der Menschheit Sterbende so hygienisch aus der Sicht der Lebenden hinter eine Kulisse des gesellschaftlichen Lebens fortgeschafft, niemals zuvor wurden menschliche Leichen so geruchlos und mit solcher technischen Perfektion aus dem Sterbezimmer ins Grab expediert“ (26).

Dieser Satz verdeutlicht, dass die Auseinandersetzung mit dem Tod in der Gesellschaft nur rudimentär stattfindet.

Eine angemessene Ausbildung und Information können helfen, diese besonderen Umstände zu bewältigen. Dabei muss sich die individuelle Einstellungs- und Verhaltensweise ändern. Dieses legt den Begriff der Erziehung nahe. In den USA wurden bereits seit 1975 an den entsprechenden Bildungseinrichtungen Lehrstühle für „death education“ errichtet. Darüber hinaus erfolgte sogar an Grundschulen die Einrichtung von „Sterbeerziehung“ (14). Anliegen ist es, Sterben und Tod soweit wie möglich von Schrecken und Mystik zu befreien und die Fähigkeit zu schaffen, Betreuenden und Hinterbliebenen Beistand zu leisten. Darüber hinaus dient die „Sterbeerziehung“ dazu, sich des eigenen Todes bewusst zu werden und somit auch bewusster zu leben. In Europa wurde der Begriff zunächst nicht akzeptiert. Man kritisierte, dass es bereits eine Körper-,

Sexual-, Sprach- und Verkehrserziehung gäbe und eine „Sterbeerziehung“ nur schwer vorstellbar sei. So wurde der Begriff „Sterbeaufklärung“ gewählt.

Ziel sollte es sein das Bewusstsein von Tod, Sterben und Trauer wieder mehr in das Leben aller Menschen zu integrieren und den Hospiz- bzw. Palliativgedanken in der Alltags-, Lebens- und Berufswelt - somit in der gesamten Gesellschaft- zu verankern.

5.6. Entwicklung der Palliativmedizin im stationären und ambulanten Bereich

Seit den 80er Jahren bemühen sich auch in Deutschland Hospizinitiativen nach englischem Vorbild um eine Reform der ambulanten und stationären Betreuung Sterbender. Dies führte zu einem wachsenden Angebot stationärer Versorgungseinrichtungen. Während sich die Anzahl der stationären Versorgungseinrichtungen erhöhte, wurden im ambulanten Bereich zunächst nur vereinzelt Initiativen unterstützt.

Eine Analyse der in den letzten 20 Jahren weltweit gemachten Erfahrungen mit „Palliative Care Delivery Systems“ verglich 1999 41 dieser ambulanten Dienste hinsichtlich ihres Nutzens (21). Die Ergebnisse belegen, dass Palliativmedizin auch im ambulanten Sektor auf hohem Niveau angeboten werden kann.

Diese Folgerung wird auch durch ein Projekt aus Berlin bestätigt. Das Berliner *Home-Care-Projekt* betreut schwerstkranke Tumorpatienten, deren Mobilität deutlich eingeschränkt ist, in ihrer Wohnung. Die präfinale Einweisungsrate konnte deutlich gesenkt werden. In einer durchschnittlich 44-tägigen Betreuungszeit konnten die meisten Patienten zu Hause versterben (61%), weitere 20% verbrachten ihre letzte Lebenszeit unter der Betreuung von *Home-Care*-Ärzten in einem stationären Hospiz oder in einem Pflegeheim (3%). Lediglich 19% der Patienten mussten präfinal in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Der präfinale stationäre Aufenthalt dauerte durchschnittlich neun Tage und lag damit deutlich unter der präfinalen Krankenhausverweildauer von Krebspatienten im Berliner Durchschnitt (16 Tage) (65). Der Kontakt zum ambulanten Hospizdienst wurde am häufigsten durch die Angehörigen hergestellt (34%), gefolgt vom Krankenhaus (17%), Pflegediensten (12%) und Heimen (10%). Interessant erscheint, dass von Palliativstationen kaum Kontaktforderungen kommen (4,9%), beinahe so selten wie von den Patienten selbst (4,6%) (70).

Hausärzte und in die Betreuung eingebundene Dienste sollten in ihrer Arbeit unterstützt werden, auch wenn davon auszugehen ist, dass trotz bester ambulanter Versorgung und des Angebotes stationärer Hospize ca. 15 bis 25% aller Tumorpatienten am Lebensende doch noch in eine Klinik eingewiesen werden müssen (66).

Die Rolle der Hausärzte wurde von den meisten Patienten als besonders wichtig empfunden, und bei 81% der Patienten wurde im letzten Lebensmonat ein Hausbesuch durchgeführt. Die Schmerztherapie durch die Hausärzte wurde in 47% und die Symptomkontrolle in 34-41% als unzureichend beurteilt (1). Dies mag unter anderem daran liegen, dass im Durchschnitt jeder Hausarzt nur 1-2 Tumorpatienten pro Jahr sieht, so dass diese aufgrund der begrenzten Patientenzahl nur sehr wenig Erfahrung in Schmerztherapie und Symptomkontrolle haben (28).

Spezialisierte palliativmedizinische Dienste sollten einen festen Platz in der ambulanten Versorgungsstruktur des Gesundheitswesens erhalten. Ziel sollte es sein, dass es den Patienten möglich gemacht wird, eventuell betreut durch ihre Angehörigen, in ihrer häuslichen Umgebung zu sterben.

Ergänzend könnte es sinnvoll sein, ähnlich wie für Schwangere, Konfliktberatungsstellen für Schwerkranke, Sterbende und deren Angehörige einzurichten.

Im Folgenden soll auf die Entwicklung der Palliativmedizin im stationären und ambulanten Bereich eingegangen werden.

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes starben im Jahr 2004 insgesamt 818.271 Menschen. Davon wurden 33.200 (4%) Sterbende durch eine ambulante Hospizeinrichtung betreut. In stationären Hospizeinrichtungen wurden 10.925 Sterbende (1,3%) gepflegt und begleitet (70).

Für den stationären palliativmedizinischen Bereich liegen die Bedarfsschätzungen derzeit bei ca. 50 Palliativ- und Hospizbetten pro eine Million Einwohner (41; 72). Ein Problem im ambulanten Bereich stellen die nur vagen Bedarfszahlen dar. Eine vorsichtige Schätzung geht von einem ambulanten Palliativdienst pro 200.000 Einwohner aus (47). Andere Schätzungen gehen davon aus, dass für 250.000 Einwohner ein ambulanter Palliativdienst zur Verfügung stehen sollte (42). Dann müssten bundesweit mindestens 320 solcher Dienste vorhanden sein. Zurzeit sind es allerdings nur 40-50 qualifizierte Palliativdienste. In die Überlegungen zur Bedarfsplanung sollte die soziodemographische Struktur mit eingehen. Ein hoher Anteil an Ein-Personen-Haushalten, hohes mittleres Alter und eine hohe Bevölkerungsdichte gehen mit einem erhöhten Bedarf einher (67).

Zurzeit werden hierzulande 126 Palliativstationen, 142 stationäre Hospize/ Tageshospize und 1079 ambulante Dienste gezählt (23). Doch mit 9,1 Palliativbetten und 12,4 Hospizbetten pro eine Million Einwohner befindet sich Deutschland mit insgesamt 21,5 Betten pro eine Million Einwohner immer noch in einer deutlichen Situation der Unterversorgung (62). Nur 3-4% der Patienten, die an Krebserkrankungen sterben, können

damit auf Palliativstationen betreut werden. Hochrechnungen haben ergeben, dass zirka 17-18% nicht heilbarer Tumorpatienten eine vorübergehende stationäre Behandlung auf solchen Stationen benötigen (20). Bedenkt man außerdem, dass die Verteilung stationärer Palliativeinrichtungen erhebliche regionale Differenzen aufweist, wird deutlich, dass weite Landesteile völlig unterversorgt sind. Ein Vergleich der Bettendichte in den Bundesländern ergibt eine weite Spannbreite von vier Betten (Thüringen) pro eine Million Einwohner bis 24 Betten pro eine Million Einwohner (Bremen) (42).

Trotz der unbestrittenen Unterversorgung sollte man diskutieren, ob eine flächendeckende Versorgung mit Hospizen sinnvoll ist, da sonst unter Umständen die Gefahr der Entwicklung von „Sterbeghetto“ besteht.

Die Unterversorgung mit spezialisierten Pflegediensten im ambulanten Bereich ist noch erheblich größer als im stationären Sektor. Die oben genannte Zahl der ambulanten Palliativdienste ist sicherlich zu hoch, da diese nichts über die Qualifikation der Dienste aussagt (60; 47). Nur ein äußerst geringer Anteil der ambulanten Dienste erfüllt die von der *DGP* und *BAG Hospiz* geforderten Minimalkriterien eines qualifizierten Palliativdienstes (37). Ein weiteres Problem stellt die meist fehlende Überprüfbarkeit von Qualitätsmerkmalen dar (3). Die Angaben im Palliativführer beruhen nur auf Selbstangaben der einzelnen Einrichtungen (59). Eine Überprüfung dieser Angaben oder generell der Qualität der Einrichtungen ist derzeit nicht möglich. Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit und zur internen Qualitätssicherung ist es notwendig geworden, die Angebote der einzelnen Vereine und Einrichtungen zu beschreiben und Unterscheidungsmerkmale anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln.

Nach wie vor bleibt es Aufgabe aller Hospizeinrichtungen in Deutschland, ein „Netzwerk Hospiz“ aufzubauen, das auf die Bedürfnisse des sterbenden Menschen eingeht und diesem ein Sterben in Würde ermöglicht. Mit dem Zusammenschluss aller 16 Landesarbeitsgemeinschaften in der *BAG Hospiz* im Jahr 2000 wurde auf überregionaler Ebene ein wichtiger Schritt in Richtung dieses Netzwerkes getan (58).

5.7. Finanzierung

Schwierig ist sicherlich in der heutigen Zeit die Frage der Finanzierung und der Kostenerstattung. Der DRG Gruppenalgorithmus berücksichtigt nicht die Unterschiede zwischen kurativer und palliativer Medizin.

Die qualitativ anspruchsvolle Pflege Schwerstkranker und Sterbender wird nicht berücksichtigt. In der neuen Gebührenordnung für ärztliche Leistungen im ambulanten Sektor (EBM 2000plus) sind keinerlei Definitionen und Qualifikationen an den Begriff „Palliativmedizinische Betreuung“ geknüpft. Fachärzten, die sich palliativmedizinisch qualifiziert haben, ist es nicht erlaubt, diese Ziffer abzurechnen, da sie als „arztgruppenspezifische Leistung“ allein den Hausärzten vorbehalten ist (66). Nur Leistungen im Sinne palliativer Pflege oder medizinischer Verrichtungen können derzeit über die Krankenkassen abgerechnet werden. Dennoch spielt sie bei den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur eine untergeordnete Rolle. Knapp 1,5% aller Ausgaben der GKV werden für diesen Bereich ausgegeben (42). So haben die meisten ambulanten Hospiz- und Palliativdienste mehrere Finanzierungsquellen, regelmäßige Spendeneinnahmen sind ein wichtiger Faktor.

Als ersten Schritt plant die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung, die Palliativmedizin im Leistungs- und Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern und die ambulante Palliativversorgung auszubauen (51). Weitere Schritte müssen folgen, um der Palliatividee gerecht zu werden.

6. Zusammenfassung

Das Hospizwesen in Deutschland bemüht sich seit Jahren, die Hospizideen in das Gesundheitssystem zu integrieren. Die Notwendigkeit der Palliativmedizin ergibt sich aus der demographischen und sozialen Entwicklung, den medizinischen Möglichkeiten der Lebens- und Sterbeverlängerung, der unverändert hohen Sterblichkeit bei Erkrankungen, die nicht geheilt werden können, aber bei denen Patienten unter physischen und psychischen, sozialen und existentiellen Problemen leiden, und aus den ethischen Fragestellungen am Lebensende inklusive der Diskussion um aktive Sterbehilfe.

Hierzu ist es notwendig, dass Leiden, Sterben und Tod enttabuisiert werden und eine ethisch-gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Thema Sterbehilfe stattfindet. Ärzte und Pflegepersonal haben oft keine klaren Vorstellungen vom psychischen und physischen Sterbeprozess und kaum Kenntnisse davon, wie fachkundige Hilfe für sterbende Menschen aussehen sollte. Die Kontrolle körperlicher Symptome erfolgt überwiegend nach dem „try and error“-Prinzip. Eine psychotherapeutische Auseinandersetzung fehlt meist völlig. Um dem hohen Anspruch der Palliativmedizin gerecht zu werden, brauchen wir eine neue Form der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Aus- und Fortbildungssituation muss daher für alle Berufsgruppen verbessert werden und verpflichtend sein, im ärztlichen Bereich im Rahmen des universitären Lernkatalogs schon während des Studiums. Eine ethisch vertretbare Forschung zählt zu den größten Herausforderungen, um mit zuverlässigen Kenntnissen eine optimale Therapie durchführen zu können.

Das Ziel muss der Ausbau eines strukturellen Netzwerkes von stationären Einrichtungen und palliativmedizinischen Konsiliardiensten in Krankenhäusern, von stationären Hospizen zur Palliativpflege, von ambulanten Palliativbetreuungs- und –beratungsdiensten und die Verbreitung palliativmedizinischer Kompetenz unter den niedergelassenen Ärzten sein. Ein solches Betreuungsnetz trägt dazu bei, den Krankenhausaufenthalt unheilbar Kranker zu verkürzen oder gar zu vermeiden und die palliativ-medizinische und palliativpflegerische Betreuung zu Hause zur echten Alternative werden zu lassen und damit dem Wunsch vieler Patienten und ihrer Angehörigen, zu Hause und in Würde zu sterben, nachkommen zu können.

Neben dem medizinischen Personal ist im Besonderen die Politik gefragt. Sie muss sich in den nächsten Jahren verstärkt mit der Problematik beschäftigen und ihren Beitrag dazu leisten, dass für die Umsetzung der Palliatividee Gelder bereitgestellt werden.

Diese Arbeit zeigt, dass die Palliativmedizin in Bewegung geraten ist. Es ist jedoch zu betonen, dass der gegenwärtige Stand der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland noch immer unzureichend ist. Die Arbeit zeigt aber auch, dass die Palliativmedizin trotz erheblichen Handlungsbedarfes auf dem richtigen Weg ist.

7. Literaturverzeichnis

1. Addington-Hall J., Mc Carthy M. Dying from cancer: results of a national population-based navigation. *Pall Med* 1995; 9: 295-305
2. Aichmüller-Lietzmann G. Palliativmedizin in der Praxis - dargestellt am Beispiel der Palliativstation des Johannes-Hospizes in München. Lit-Verlag, Münster: 1998; 48-50
3. Ajemian IC. Palliative care in Canada: 1990. *J Palliat Care* 1990; 6: 47-50
4. Anderson MA., Helms LB., Hanson KS., DeVilder NW. Unplanned hospital readmissions: a home care perspective. *Nurs Res* 1999; 48: 299-307
5. Aries Ph. Geschichte des Todes. Deutscher Taschenbuchverlag, München: 1987; 2. Auflage
6. Baines M. Dem totalen Schmerz begegnen. In: Saunders. 1993; 41-54
7. Banning A., Sjörgen P., Henrikson K. Pain causes in 200 patients referred to a multidisciplinary cancer pain clinic. *Pain* 1991; 45: 45-48
8. Bausewein C. Übelkeit, Erbrechen, Ileus – palliative Therapiestrategien. Tumorzentrum Rheinland-Pfalz. Jahrestagung 2000
9. Bausewein B. Palliativmedizin und Hospizarbeit. In: Manual Supportive Maßnahmen und symptomorientierte Therapie in der Hämatologie und Onkologie. Zuckschwerdt, München: 2001; 1. ed; 311-316
10. Beck D., Kettler D. Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. *Schmerz* 2001; 15: 320-332
11. Becker N. Atlas of cancer mortality in the federal Republic of Germany (1981-1990). Springer, Berlin Heidelberg New York: 1991; 3. ed
12. Binsack T. Behandlung von Obstipation, Übelkeit und Obstruktion. DPG 2000. Kongressprogramm
13. Binsack T. Atemnot bei sterbenden Patienten. In: Manual Supportive Maßnahmen und symptomorientierte Therapie in der Hämatologie und Onkologie. Zuckschwerdt, München: 2001; 1. ed; 179-183
14. Blumenthal-Barby K., Özkan I. 10 Jahre perimortale Forschung – Versuch einer Bilanz. *Psychomed* 1993; 5: 6-10
15. Buckingham RW. Hospiz – Sterbende menschlich begleiten. Herder Verlag, Freiburg 1993
16. Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dt Ärzteblatt* 2004; 17: A-1298-1299
17. Casarett DJ., Karlawish JH. Are special ethical guidelines needed for palliative care research? *J Pain Symptom Manage* 2000; Aug 20 (2): 130-139
18. Cassel CK., GS Omenn. Caring for patients at the end of life. *West J Med* 1995; 165: 223-305
19. Christ in der Gegenwart im Bild. Monatliche Beilage des Herder Verlages, Freiburg: Nie allein sein... 1993; 6: 88-94
20. Clemens KE., Ostgathe Chr., Klaschik E. Palliativmedizin und Interdisziplinarität – Auftrag und Wirklichkeit. *Kliniker* 2005; 34: 11-14
21. Critchley P et al. Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others? A systematic review of comparative studies. *J Palliat Care* 1999; 15: 40-47
22. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin www.dgpalliativmedizin.de

23. Deutsche Hospizstiftung 2007 (www.hospize.de)
24. Doyle D., Hanks GWC., MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Univ Press, Oxford: 1996
25. DPG 2000 Kongressprogramm 30.09.2000 Lebensqualität in der letzten Lebensphase: Fragebogenerhebung bei präfinalen Tumorpatienten und ihren Angehörigen
26. Elias N. Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/ Main: 1982
27. Engelbrecht J. Die Palliativmedizin in der Weiterbildungsordnung. Pall Med 2005; 6 Abstract
28. Hartenstein R. Palliativmedizin aus der Sicht eines Internisten. In: Klaschik E, Nauck F (Hrsg): Palliativmedizin – Bestandteil interdisziplinären Handelns. pmi Vlg, Frankfurt: 1996
29. Hearn J., Higginson IJ. Do specialist palliative treatment care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliat Med 1998; 12: 317-332
30. Hillier R. Terminally ill patient: medical and nursing care. In: Aaronson NK, Beckmann J (eds.) The quality of life cancer patients. Raven Press, New York: 1987; 239-253
31. Hospiz- und Palliativführer 2006. Stationäre und ambulante Hospizeinrichtungen in Deutschland.
32. Huppmann G., Werner A. Sterben in der Institution: psychologische Aspekte. Med. Mensch Ges. 1982; 7: 155-168
33. Jonen-Thielemann I. Zehn Jahre Palliativstation: Chirurgische Universitätsklinik Köln. In: Klaschik E., Nauck F. (Hrsg) Palliativmedizin heute. Springer, Berlin Heidelberg New York: 1994; 103-116
34. Kappauf HW. Palliativmedizin in der Praxis. Bayer Ärzteblatt 2003; 11: 599-601
35. Kasseler Hospital: www.kasseler-hospital.de. Grundlagen der Palliativ- und Hospizarbeit
36. Kirschner R., Elkeles T. Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten. Gesundheitswesen 1998; 60: 247-253
37. Klaschik E., Nauck F., Radbruch L., Sabatowski R. Palliativmedizin – Definition und Grundzüge. Der Internist 2000; 41: 606-611
38. Klaschik E. Palliativmedizin – Geborgenheit und Hilfe in der Endphase des Lebens. Int Welt Onkologie 2000; 4: 32-33
39. Klaschik E. Entwicklungsbedarf. Gegenwärtiger Stand der Palliativmedizin in Deutschland. Forum DKG 2000; 2: 28-29
40. Klaschik E., Nauck F., Ostgathe C., Hoffmann-Menzel H. Palliativmedizin – Eine ärztliche Verpflichtung. Anaesthesiol Reanimat 2002; 27: 68-74
41. Klaschik E. Palliativmedizin. In: Husebö S, Klaschik E. Palliativmedizin. Springer, Berlin Heidelberg New York: 2003; 1-35
42. Klaschik E. Palliativmedizin im Trend der Zeit. Schmerztherapie 2004; 2: 8-10
43. Klinikleitfaden Innere Medizin – Untersuchung, Diagnostik, Therapie, Notfall. J. Braun. Jungjohann, Neckarsulm, Lübeck, Ulm: 1994; 466
44. Kranzbühler H. Strahlentherapie gegen Tumorschmerz. Ther Umsch 1998; 55: 423-425
45. Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Knaur, München: 2001; 62-186
46. Leitlinienkommission. Leitlinien zur Tumorschmerztherapie. Tumordiagn Ther 1999; 20: 105-129

47. Lesser D. Organisationsformen der Palliativmedizin: Stationäre und ambulante Einrichtungen. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg). Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart: 1997; 55-61
48. Levy B., Selare AB. Fatal illness in general practice. J Roy College of General Practitioners 1976; 26: 303-397
49. Materstvedt LJ., Clark C., Ellershaw J., Førde R., Boeck Gravgaard AM., Müller-Busch HC., Porta i Sales J., Rapin CH. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Thics Task Force. Palliative Medicine 2003; 17: 97-101
50. McWhinney IR., Bass MJ., Orr V. Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team. CMAJ 1995; 152: 361-367
51. Mißlbeck A., Fuhr C. Palliativ-Versorgung – dringend gewünscht, doch wer bezahlt? Ärzte Zeitung 09.02.2006
52. Müller-Busch HC., Klaschik E., Oduncu F., Schindler T., Woskanjan S. Euthanasie bei unerträglichem Leid? Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002. Palliativmedizin 2003; 4: 75-84
53. Nauck F. Dokumentation und Qualitätskontrolle in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart: 1997; 971-978
54. Neuwöhner K., Lindena G., Radbruch L., Nauck F., Heine O. Psychische Belastungen von Patienten in Palliativeinrichtungen. Ergebnisse der Kerndokumentation 2004 mit dem Modul „Psychoonkologische Basisdokumentation Po-BaDo“. Pall Med 2005; 6 Abstract
55. Nyhsen C., Weber M., Schüz J., Faust G.: An der Hand oder durch die Hand eines Menschen sterben? Ergebnisse einer Befragung zu Sterbehilfe und Hospizbewegung. Med Klin 1999; 94: 563-540
56. Parris WCV. Assessment of cancer pain. In: Parris WCV (ed): Cancer Pain Management. Butterworth-Heinemann, Boston: 1997; 39-47
57. Richter KK. USA: Care, not cure. Hospiz betont die Lebensqualität. Dt Ärzteblatt 1997; 25: A-976-980
58. Roß J., Müller M. Was ist Hospizarbeit? In: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2006/2007
59. Sabatowski R., Radbruch L., Loick G., Nauck F., Müller M. Palliativmedizin 2000 – Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Bonn, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 1999
60. Sabatowski R., Radbruch L., Müller M., Nauck F., Elsner F., Grond S. Ambulante Palliativ- und Hospizdienste in Deutschland. Z Palliativmed 1 2000; 1: 17-24
61. Sabatowski R., Radbruch L., Nauck F., Loick G., Meuser T., Lehmann KA. Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Schmerz 2001; 15 312-319
62. Sabatowski R., Radbruch L., Nauck F. Hospiz- und Palliativführer 2004. Z Palliativmed 2004; 5: 2-586
63. Saunders C. The management of terminal illness. Arnold, London: 1967
64. Saunders C. Foreword. In Doyle D., Hanks G., MacDonald D. (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford: 1998; 2 ed; p VII
65. Schindler T. Krebskranken ein Sterben zu Hause ermöglichen – Palliativmedizinische Versorgung auf hohem Niveau kann auch im ambulanten Sektor gewährleistet werden, wenn die entsprechenden Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Dt Ärztebl 2000; 97: 2688-2692
66. Schindler T. Probleme der ambulanten Versorgung. Im Focus der Onkologie 2005; 3: 48-51

67. Schneider N., Dreier M., Amelung VE., Buser K. Analysen der Krankenhausaufenthalte von verstorbenen Krebspatienten unter regionalspezifischen Gesichtspunkten. *Palliativmedizin* 2006; 7: 25-30
68. Schreiber H-L. Grenzen der Therapie und Sterbehilfe: Juristische Aspekte. *Forum DKG* 1997; 12: 332-334
69. Sprung CL. Changing attitudes and practice in foregoing life-sustaining treatments. *JAMA* 1990; 263: 2211-2215
70. Statistisches Bundesamt. www.statistik-bund.de
71. Stauber M., Weyerstahl T. *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Thieme Verlag, Stuttgart: 2001; 227-229
72. Strumpf M., Zenz M., Donner B. Germany: Status of cancer pain and palliative care. *JPSM* 1996; 12: 109
73. Student JC. Was ist ein Hospiz? In: Student JC (Hrsg.) *Das Hospiz-Buch*. Lambertus, Freiburg im Breisgau: 1999; 21-34
74. Sykes J., Johnson R., Hanks GW. ABC of palliative care: difficult pain problems. *BMJ* 1997; 315: 867-869
75. Sykes NP. Constipation and diarrhoea. In: Dyle D., Hanks GWC., MacDonald N (eds.) *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford University Press, Oxford: 1998; 513-526
76. Syriala KL., Chapko ME. Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain* 1995: 61-69
77. Twycross RG., Hartcourt JMV. The use of laxatives at a palliative care center. *Palliat Med* 1991; 5: 27-33
78. Twycross RG., Lichter J. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks GWC, Mac Donald N (eds.) *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford University Press, Oxford: 1993; 1. ed; 651-661
79. Ventafridda V., Spoldi E., Da Conno F. Control of dyspnoea in advanced cancer patients. *Chest* 1990; 98: 1544-1545
80. Viganò A., Dorgan M., Bruera E., Suarez-Almazor ME. The relative accuracy of the clinical estimation of the duration of life for patients with end of life cancer. *Cancer* 1999; 86: 170-176
81. Walsh D., Donelli S., Rybicki L. The symptoms of advanced cancer. Relationship to age, gender and performance status in 1000 patients. *Support Care Cancer* 2000; 8: 175-179
82. Weber M., Stiehl M., Reiter J., Rittner CH. Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz. *Dt Ärzteblatt* 2001; 48: A 3184-3188
83. Wernicke B. Hausbetreuungsdienste. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Schattauer, Stuttgart: 1997
84. Westrich A. Wie alles begann: Geschichte der Hospizbewegung. In: Everding G, Westrich A (Hrsg.) *Würdig leben bis zum letzten Augenblick*. Beck'sche Reihe, Nördlingen: 2001; 9-16
85. Woodruff RK., Jordan L., Eicke JP., Chan A. Palliative care in a general teaching hospital. 2. Establishment of a service. *Med J Aust* 1993; 155: 662-665
86. World Health Organisation: *Cancer pain relief*. World Health Organisation, Genf
87. Young A., Volker D., Rieger PT., Thorpe DM. Oncology nurses attitudes regarding voluntary, physician-assisted dying for competent, terminally ill patients. *Oncol Nurs Forum* 1993; 20: 445-451
88. Zech D., Buzello W. Schmerzbehandlung. In: Puchlmaier H, Müller JM, Jonen-Thielemann I (Hrsg.) *Palliative Krebstherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York: 1991; 223-269 .

8. Datenerhebungsbogen

Liste der Verstorbenen

Bearbeitung Ausgabe Ende

Studienzentrum Prof. Sommer - Tumorpatienten Absmeier Anna

Patientendaten

PID: Aktennummer:

Nachname: Geburtsdatum: Fam.-Stand:

Vorname: Sterbedatum: Alter bei Tod:

Konfession: Nationalität:

Kinder: Beruf:

Versorg. bisher: Pat. kommt von: Aufenthaltsdauer:

Tumordaten

Karzinomart: pTMN-Klassifikation:

Erstdiagnose: FIGO:

Histologie: Alter bei ED:

Östrogen-Rez.: Progesteron-Rez.:

Angehörigenbefragung

Diagnostik/Therapie
72 Std. vor Sterben

1 Patientendaten / Tumordaten
2 Therapien
3 Metastasen
4 Diagnostik/Ausscheidung/Sonstiges
5 Hospiz

Seite 1/5

Datensatz: von 794

Formularansicht

Liste der Verstorbenen

Bearbeitung Ausgabe Ende

Studienzentrum Prof. Sommer - Tumorkranken Absmeier Anna

Metastasen 1

Datum Leber Peritonealcarcinose
 Therapie Lunge Lymphangiosis carcinomatosa
 lokal Gehirn
 Skelett Haut

Metastasen 2

Datum Leber Peritonealcarcinose
 Therapie Lunge Lymphangiosis carcinomatosa
 lokal Gehirn
 Skelett Haut

1 Patientendaten / Tumordaten
 2 Therapien
 3 Metastasen
 4 Diagnostik/Ausscheidung/Sonstiges
 5 Hospiz
Seite 3/5

Datensatz: von 794

Start | RD3... | Inte... | Inb... | D:\... | Micr... | Star... | OPP... | SQL... | List... | Micr... | 16:12

Liste der Verstorbenen

Bearbeitung Ausgabe Ende

Studienzentrum Prof. Sommer - Tumorkranken Absmeier Anna

Diagnostik innerhalb der letzten 4 Wochen

CT EKG
 MR Leber-Szinti
 Röntgen Knochen-Szinti
 Sonographie GAS
 Op Labor
 UKG

Ausscheidung

Katheter
 Pufli
 Anus praeter
 normal

Sonstiges

Seelsorge
 Fam.-Einbindung
 Sterbear
 Tod erwartet
 Ernährung
 Todesursache

1 Patientendaten / Tumordaten
 2 Therapien
 3 Metastasen
 4 Diagnostik/Ausscheidung/Sonstiges
 5 Hospiz
Seite 4/5

Datensatz: von 794

Start | RD3... | Inte... | Inb... | D:\... | Micr... | Star... | OPP... | SQL... | List... | Micr... | 16:12

Liste der Verstorbenen

Bearbeitung Ausgabe Ende

Studienzentrum Prof. Sommer - Tumorpatienten Absmeier Anna

Hospiz

Zustand bei Aufnahme	>>		Medikation	>>	
Diagnosen bei Aufnahme	>>		24-Std-Medikation	>>	
Diagnostik	>>		Anwesende		K5
Supportive Therapie		nein	Sonstiges	30/20/20/10; Frau Beer (Tochter): 786920; Frau Sedelmayer (Tochter): 796547	
Physik. Therapie					
Hauptsymptomatik	>>				

1 Patientendaten / Tumordaten
 2 Therapien
 3 Metastasen
 4 Diagnostik/Ausscheidung/Sonstiges
 5 Hospiz
Seite 5/5

Datensatz: 1 von 794

Formularansicht

Liste der Verstorbenen

Bearbeitung Ausgabe Ende

Hospiz - Zustand bei Aufnahme Alili Nazlije

<input checked="" type="checkbox"/> liegend	<input checked="" type="checkbox"/> wach
<input checked="" type="checkbox"/> in Begleitung Angehöriger	<input checked="" type="checkbox"/> orientiert
<input checked="" type="checkbox"/> mit Sanitäter eingeliefert	<input type="checkbox"/> ängstlich
<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Dyspnoe
<input type="checkbox"/> schlafend	<input type="checkbox"/> gehend
<input type="checkbox"/> nicht orientiert	<input type="checkbox"/> allein
<input type="checkbox"/> Schmerzen	

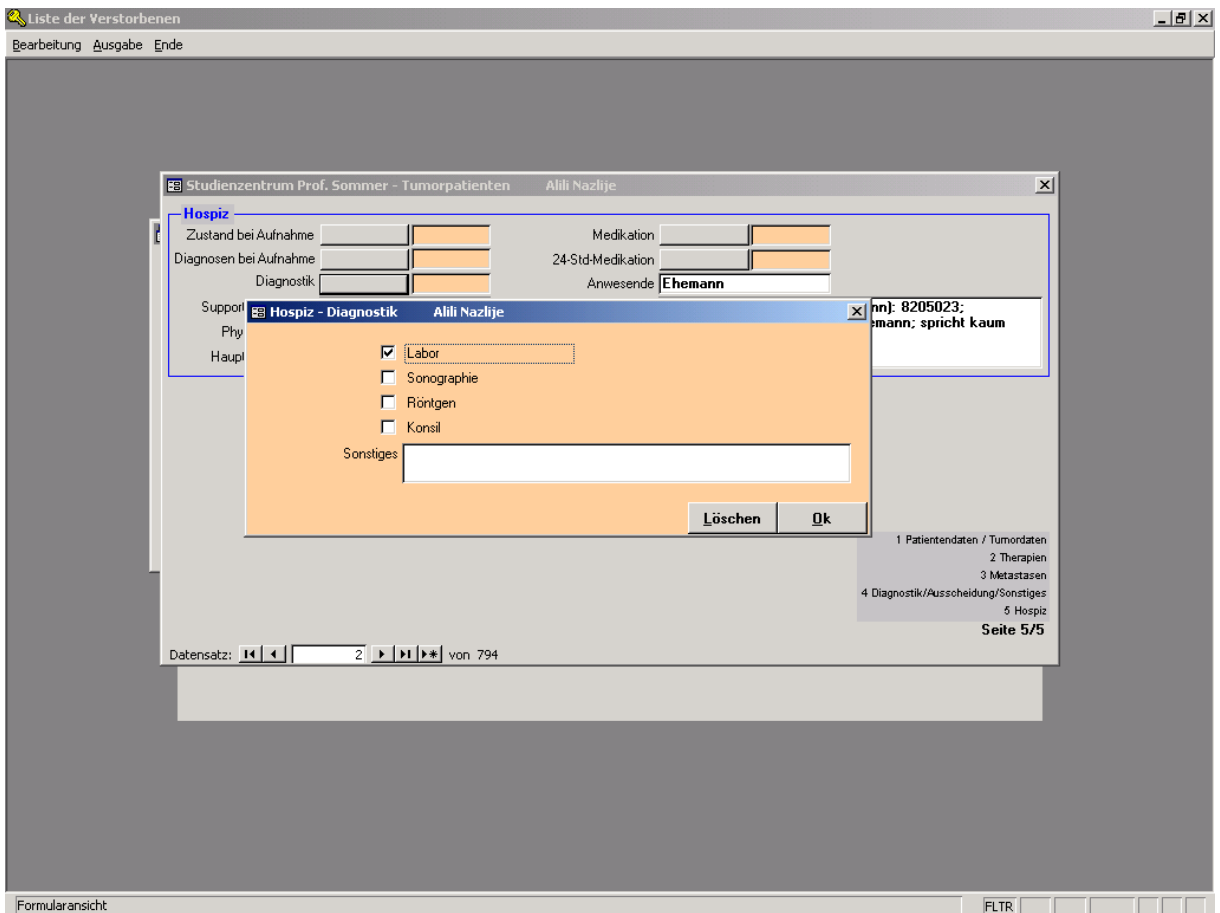
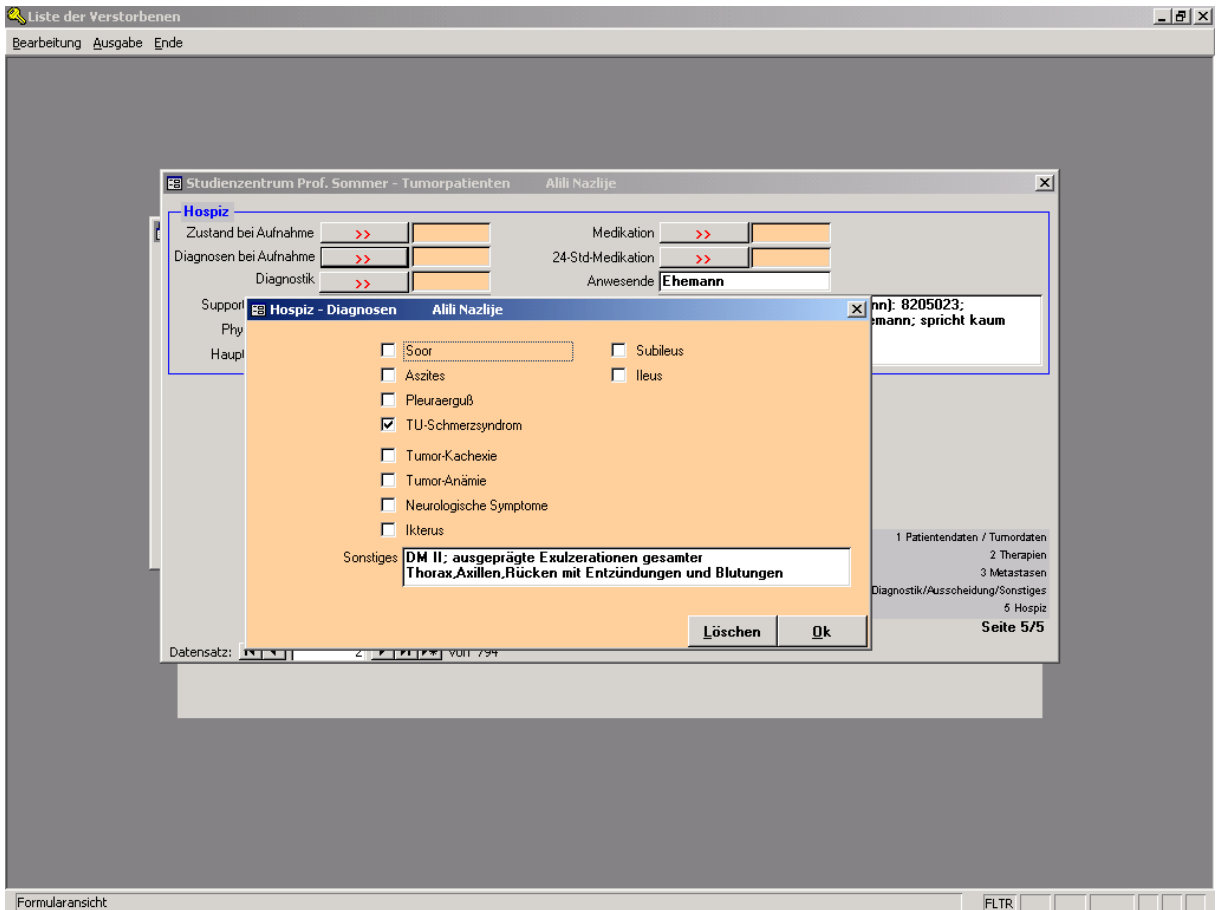
Sonstiges

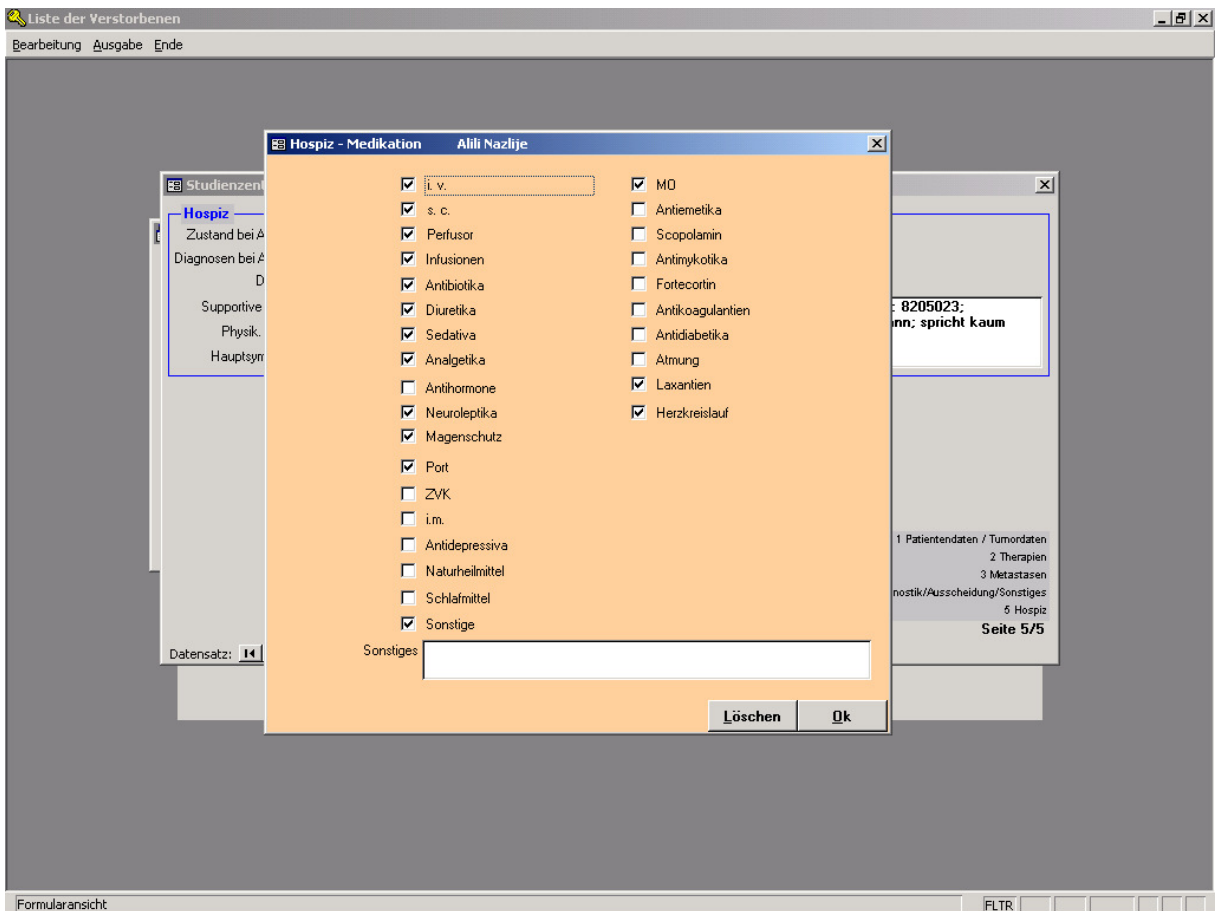
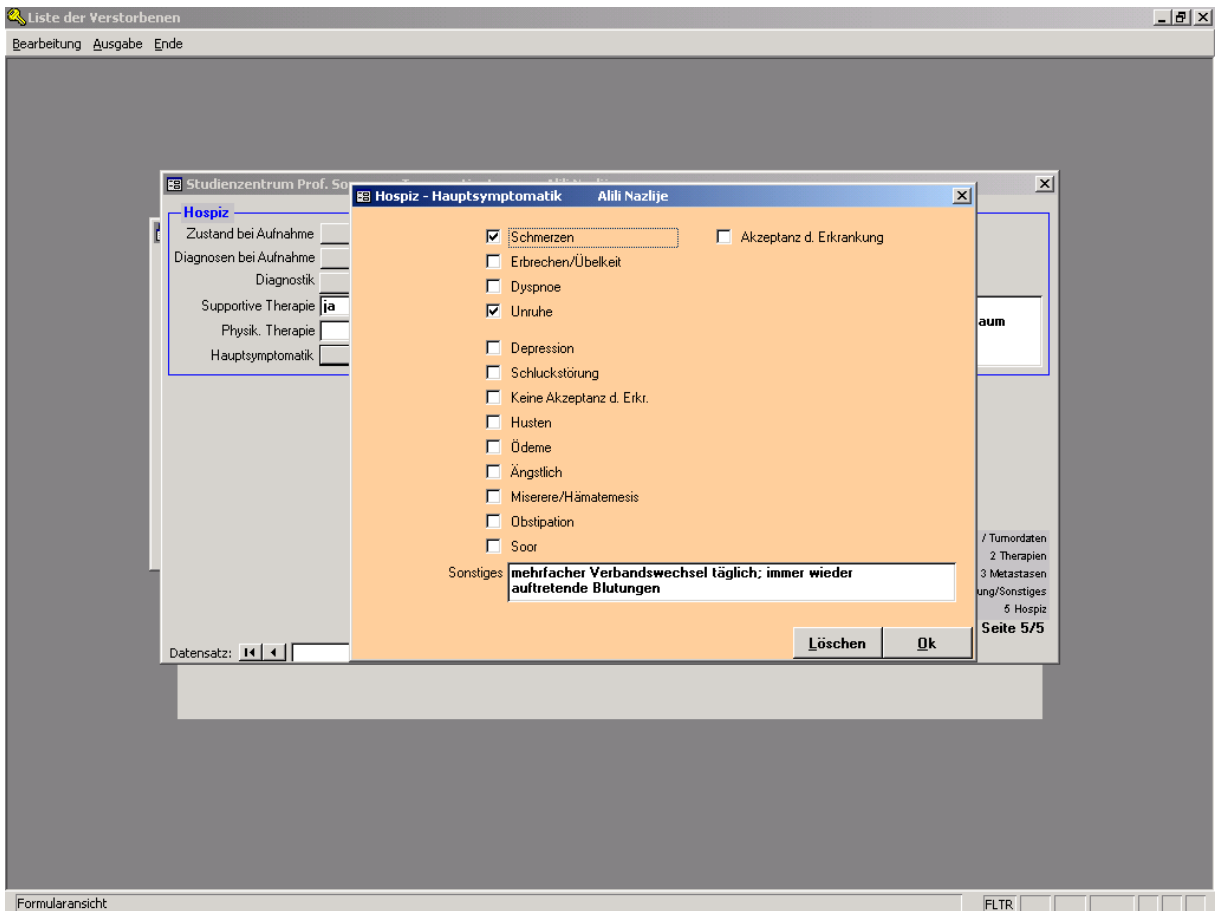
Löschen Ok

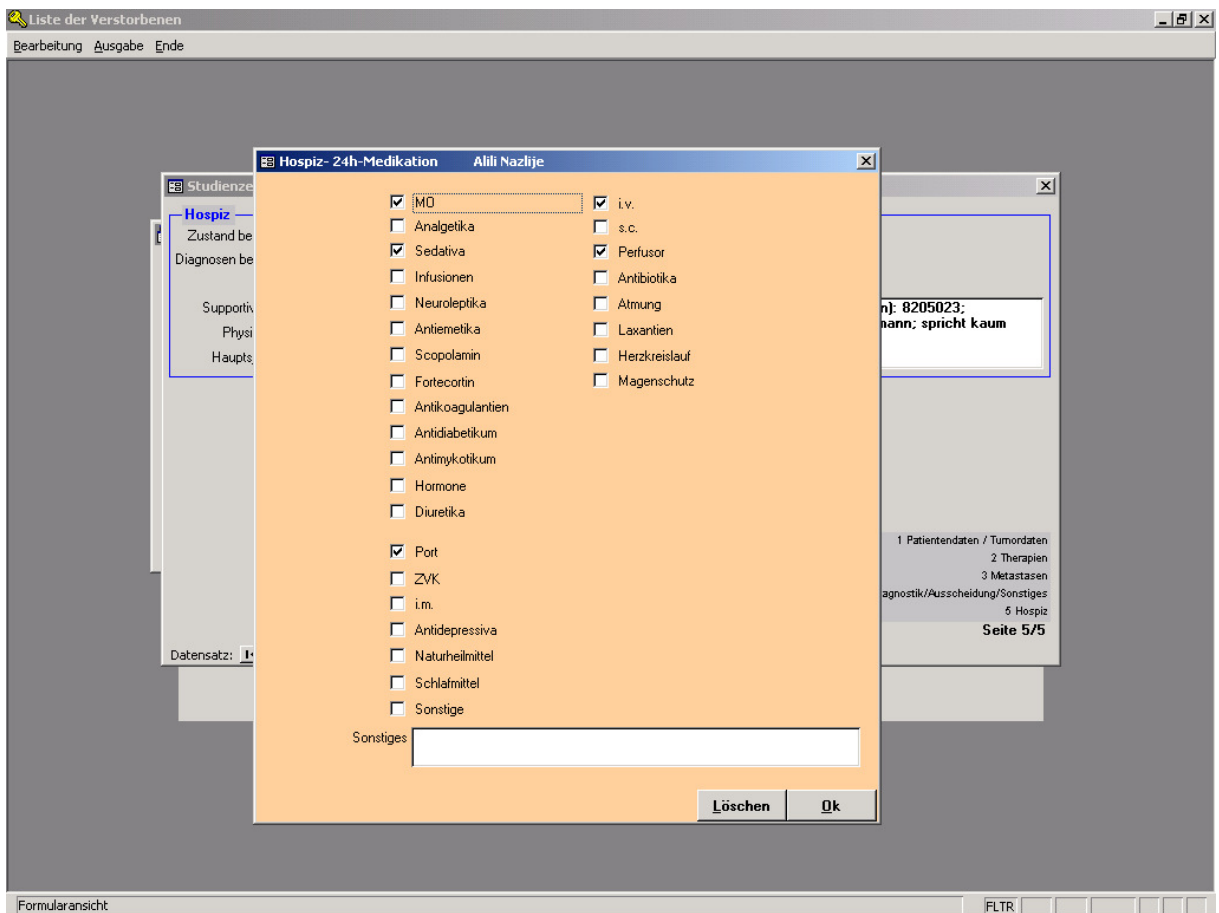
1 Patientendaten / Tumordaten
 2 Therapien
 3 Metastasen
 4 Diagnostik/Ausscheidung/Sonstiges
 5 Hospiz
Seite 5/5

Datensatz: 2 von 794

Formularansicht







9. Danksagung

Für die Möglichkeit diese Arbeit an der Universitäts-Frauenklinik Maistraße durchzuführen möchte ich mich herzlich bei Herr Prof. Dr. med. K. Friese bedanken.

Für die freundliche Überlassung der Daten danke ich sehr herzlich dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Im Besonderen Herrn Prof. Dr. med. T. Binsack und seiner Abteilung der Palliativstation, die mir immer ein Gefühl der Unterstützung und Willkommenheit gegeben haben.

Während der Zeit, in der diese Arbeit entstand, spürte ich jederzeit die Kompetenz, die anspruchsvolle Erfahrung und das persönliche Engagement meines Betreuers Herrn Prof. Dr. med. H. Sommer. Er stand mir mit seinen Ideen, Hinweisen und seiner Zeit stets hilfreich zur Seite. Ich bin ihm hierfür ganz besonders dankbar.

Ein weiterer Dank gilt Herrn Dr. med. G. Rammel, der mir mit viel Geduld den Eintritt in das Reich der Datenverarbeitung verschaffte.

Mit besonderer Unterstützung haben mich meine Eltern Werner und Heidrun Hansen und meine Schwestern Mareike Hansen-Reich und Svenja Scheerer, bedacht, die in all den Jahren nie bezweifelt haben, dass diese Arbeit einmal in gebundener Form den Weg durch die Instanzen gehen würde.

10. Lebenslauf

Swantje Hansen
Herzogstraße 49
80803 München
Geb. 04.06.1971 in Hamburg

1977 – 1981	Besuch der Grundschule Friedrich-Frank-Bogen, Hamburg
1981 – 1990	Besuch des Gymnasium Bornbrook, Hamburg
Juni 1990	Allgemeine Hochschulreife
1990 – 1991	Freiwilliges soziales Jahr im Ev. Bethesda-Krankenhaus, Hamburg
1991 – 1992	Medizinstudium, LMU München
1992 – 1994	Studium der Biologie und Politik, TU Berlin
1994 – 2001	Medizinstudium, LMU München
August 1995	Ärztliche Vorprüfung
August 1996	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
September 2000	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
November 2001	Ärztliche Prüfung
2001 – 2003	Ärztin im Praktikum, Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum Dritter Orden, München
ab 2003	Assistenzärztin, Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum Dritter Orden, München
September 2007	Facharztprüfung Gynäkologie und Geburtshilfe