

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Claudia Bausewein

**Palliativdienste im Krankenhaus: eine
deutschlandweite Umfrage**

Dissertation
Zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
An der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Kathrin Heinrich
aus München

2021

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatterin: Prof. Dr. Claudia Bausewein

Mitberichterstatter: PD Dr. Michael Lauseker

Prof. Dr. Monika Führer

Dekan: Prof. Dr. dent. med. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 04.02.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	1
2	Einleitung	2
2.1	Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland.....	2
2.2	Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung entsprechend der Leitlinie	3
2.3	Strukturen der Palliativversorgung.....	4
2.4	Palliativdienst im Krankenhaus.....	4
2.4.1	Definition	4
2.4.2	Empfehlungen Leitlinie/ Bayrisches Gesundheitsministerium.....	5
2.4.3	Einfluss eines Palliativdienstes auf die Patientenversorgung.....	7
3	Studienziele.....	9
4	Methoden	10
4.1	Studiendesign	10
4.2	Entwicklung des Fragebogens und Pilotierung	10
4.3	Studienpopulation	18
4.4	Durchführung der Befragung	19
4.5	Auswertung und Datenanalyse.....	19
4.6	Doppelte IP-Adressen	20
4.7	Ethikvotum	22
5	Ergebnisse	23
5.1	Teilnahme	23
5.2	Allgemeine Fragen	23
5.3	Personal.....	24
5.4	Räumliche Ausstattung	29
5.5	Integration in das Krankenhaus – Erreichbarkeit	29
5.6	Kooperationen.....	31
5.7	Weitere Angebote	32
5.8	Patienten.....	33
5.9	Dokumentation	36
5.10	Qualitätsmanagement	39
5.11	Prozessqualität.....	39
5.12	Finanzierung/Abrechnung	41
5.13	Offene Fragen	43
5.14	Planung Palliativdienst	45
6	Diskussion.....	46
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	46

6.2	Diskussion der Ergebnisse	47
6.2.1	Allgemeine Fragen	47
6.2.2	Personal.....	47
6.2.3	Räumliche Ausstattung	48
6.2.4	Integration in das Krankenhaus.....	48
6.2.5	Kooperation.....	50
6.2.6	Weitere Angebote	50
6.2.7	Patienten.....	51
6.2.8	Dokumentation.....	53
6.2.9	Qualitätsmanagement	55
6.2.10	Prozessqualität.....	56
6.2.11	Finanzierung/Abrechnung	56
6.2.12	Offene Fragen.....	57
6.2.13	Planung Palliativdienst	58
6.3	Diskussion der Methoden	58
6.3.1	Rücklauf	58
6.3.2	Modalität der Umfrage	59
7	Aktuelles und Ausblick.....	62
8	Zusammenfassung	65
9	Literaturverzeichnis	66
10	Danksagung	69
11	Anhang	70
11.1	Online-Fragebogen	70
11.2	Einladung	97
11.3	Anschreiben	97

1 Abstract

Hintergrund

Während der letzten Jahre gab es zunehmende Bemühungen, die Palliativversorgung von terminal erkrankten Menschen in Deutschland zu verbessern. Palliativmedizinische Strukturen haben längst Einzug in Leitlinien gefunden und sind zum Teil bereits gesetzlich verankert worden. Über Palliativdienste im Krankenhaus gibt es vergleichsweise wenige Daten. Daher ist es Ziel der Studie, Anzahl, Struktur und Arbeitsweise der Palliativdienste in Deutschland zu beschreiben.

Methoden

Querschnittserhebung im Rahmen einer Online-Umfrage bei allen Palliativdiensten deutschlandweit zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zwischen dem 03.06.2016 und dem 15.07.2016. Die Einladung zur Umfrage wurde via E-Mail versendet. Deskriptive Statistik, die Auswertung wurde mittels SPSS durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt wurde die Umfrage von 151 Teilnehmern bearbeitet. In 115 Fällen war bereits ein Palliativdienst vorhanden. Die teilnehmenden Palliativdienste waren in ganz Deutschland angesiedelt. In 30% der Fälle war der Palliativdienst das einzige palliativmedizinische Angebot am jeweiligen Krankenhaus. In der über 80% der Fälle waren die Ärzte und in über 60% der Fälle das pflegerische Personal nicht ausschließlich im Palliativdienst tätig. In 40% der Fälle gehörte der Dienst zu einer eigenen Palliativabteilung.

Zusammenfassung

Die Bemühungen, die palliativmedizinische Versorgung zu stärken, haben auch eine Zunahme an Palliativdiensten bewirkt. Die vorliegende Umfrage gibt einen ersten Einblick in den Aufbau, sowie die Funktions- und Arbeitsweise dieser Dienste. Die weitere Entwicklung dieser Versorgungsform wird v.a. durch die Finanzierungsmöglichkeiten im DGR-System abhängen.

2 Einleitung

2.1 Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland

Palliativmedizinische Versorgung ist die Sicherstellung der bestmöglichen Lebensqualität von terminal erkrankten Patienten bis zu ihrem Lebensende. Diese Versorgung ist interdisziplinär und multiprofessionell und bezieht den Patienten sowie seine Angehörigen mit ein. Die palliativmedizinische Versorgung bejaht das Leben und sieht Sterben als einen normalen Prozess, der weder beschleunigt noch verzögert werden soll (Sepulveda, 2002). Elemente der palliativmedizinischen Versorgung sind unter anderem Symptom- und Schmerzkontrolle, ebenso wie psychologische und spirituelle Aspekte der Patientenbetreuung (Sepulveda, 2002).

Der Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung ist stetig zunehmend, da immer mehr Patienten durch verbesserte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten trotz schwerer, unheilbarer Krankheiten ein hohes Alter erreichen (Schmacke, 2007).

Eine retrospektive Analyse von Totenscheinen in Deutschland über zehn Jahre zwischen 2001 und 2011 zeigte, dass nur jeder vierte Todesfall zuhause stattfand und mehr als die Hälfte der Bevölkerung im Krankenhaus verstarb (Dasch B, 2015). Daraus ergibt sich eine zunehmende Notwendigkeit an stationärer palliativmedizinischer Versorgung, um eine adäquate Betreuung von Patienten am Lebensende im Krankenhaus zu gewährleisten.

In den vergangenen Jahren gab es verschiedene Bemühungen, die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland zu stärken. Seit 2004 gibt es in Deutschland die Zusatzweiterbildung für Palliativmedizin. Im Jahr 2004 gab es in Deutschland an drei Universitäten Lehrstühle für Palliativmedizin, im Jahr 2011 waren es bereits acht. 2009 wurde das Fach Palliativmedizin als 13. Querschnittsbereich in die Approbationsordnung für Ärzte integriert, damit wurde Palliativmedizin zum Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium. Auch der rechtliche Rahmen wurde angepasst: im Jahr 2007 gab es eine Änderung für den ambulanten Bereich, indem die gesetzlichen Vorgaben zur Hospizversorgung (§§ 37b und 132 SGB V) um den Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung ergänzt wurde.

„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“ Dieser Satz wurde am 01.12.2015 im Zuge des „Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz, HPG)“ im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB) – Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach § 27 Absatz 1 Satz ergänzt.

All diese Maßnahmen haben eine Zunahme der palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland erwirkt. Gab es 1996 insgesamt 28 Palliativstationen und 30 stationäre Hospize (Stand 05/2011 Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin), so waren es im März 2019 circa 240 stationäre Hospize, davon 17 für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und circa 330 Palliativstationen, davon 3 für Kinder und Jugendliche. (Stand 05.03.2019, (DHPV, 2019)).

2.2 Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung entsprechend der Leitlinie

In der S3-Leitlinie Palliativmedizin werden verschiedene Möglichkeiten der Palliativversorgung von Menschen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung definiert. Die palliativmedizinische Versorgung wird in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung (SPV) unterteilt (Leitlinienprogramm, 2019). Die Leitlinie schlägt einen Behandlungspfad für Patienten mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen vor. Über die Ermittlung der Komplexität der Patientensituation wird festgelegt, welche Form der Palliativversorgung in die Patientenbehandlung integriert werden soll (Leitlinienprogramm, 2019).

Um der spezialisierten Palliativversorgung zugeordnet zu werden, muss eine versorgende Einheit bestimmte Kriterien erfüllen muss (Leitlinienprogramm, 2019):

- Patientenbedürfnisse erfordern eine komplexere und aufwändigere Versorgungsleistung als in der Allgemeinen Palliativversorgung.
- Leistungserbringer haben ihr Tätigkeitsfeld überwiegend oder ausschließlich in der SPV.

- Leistungserbringer verfügen über spezifische palliativmedizinische Qualifikation und Erfahrung.
- Teamansatz und Multiprofessionalität sind konzeptionelle und strukturelle Voraussetzung.
- 24-h-Verfügbarkeit der Komplexleistung ist gewährleistet.

Das Kernteam einer spezialisierten Palliativversorgung soll aus einem Arzt und einer Pflegekraft mit spezialisierter palliativmedizinischer Qualifikation sowie mindestens einer weiteren Berufsgruppe bestehen, die im Idealfall überwiegend oder ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung tätig sind (Leitlinienprogramm, 2019).

2.3 Strukturen der Palliativversorgung

In Deutschland werden gemäß der Leitlinie verschiedene Versorgungsstrukturen der spezialisierten Palliativversorgung definiert (Leitlinienprogramm, 2019):

- Palliativstation
- Palliativdienst im Krankenhaus
- Ambulante spezialisierte Palliativversorgung
- Spezialisierte Palliativambulanz
- Palliativmedizinische Tagesklinik und Tageshospiz

Entscheidend für eine kontinuierliche Patientenbetreuung hat sich die sektorenübergreifende Kooperation zwischen stationären und ambulanten Strukturen gezeigt (Leitlinienprogramm, 2019).

2.4 Palliativdienst im Krankenhaus

2.4.1 Definition

Ein Palliativdienst ist die Möglichkeit, Patienten mit einer nicht-heilbaren Erkrankung, die nicht auf einer Palliativstation behandelt werden, palliativmedizinisch zu betreuen

(Leitlinienprogramm, 2019). Diese Betreuung erfolgt als Mitbehandlung durch Visiten auf der primär behandelnden Station in enger Absprache mit den Primärbehandlern (Leitlinienprogramm, 2019). Mit unterschiedlichen Evidenzgraden empfiehlt die Leitlinie, dass „jedes Krankenhaus, das Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt“ (Leitlinienprogramm, 2019) einen Palliativdienst anbieten soll und dass allen solchen Patienten der Kontakt zu einem Palliativdienst angeboten werden soll (Leitlinienprogramm, 2019).

Bei den Palliativdiensten konnte ebenso wie bei anderen palliativmedizinischen Angeboten eine Zunahme verzeichnet werden. Exemplarisch sei hier das Bundesland Bayern genannt. Im Jahr 2011 waren 22 Dienste, im Jahr 2015 bereits 53 Palliativdienste genehmigt (Anneser, 2018).

2.4.2 Empfehlungen Leitlinie/ Bayrisches Gesundheitsministerium

Das Bayrische Gesundheitsministerium gibt bestimmte Qualitätskriterien vor, die Palliativdienste für ihre Anerkennung erfüllen müssen (August 2015 (STMGP-Bayern, 2015)):

Als Kriterien der Strukturqualität werden folgende Aspekte genannt:

- Personelle Zusammensetzung aus einem Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, einer Pflegekraft mit abgeschlossenem 160 Stunden Palliative Care Kurs und einem Sozialarbeiter/Sozialpädagoge mit Kenntnissen im Case Management von Palliativpatienten
- Der Dienst muss zu den üblichen Arbeitszeiten erreichbar sein.

Als Kriterien der Prozessqualität werden vom Bayrischen Gesundheitsministerium folgende Aspekte gefordert:

- Betreuung von Palliativpatienten unabhängig von deren Grunderkrankung
- Durchführung eines Basisassessments
- Regelmäßige Dokumentation
- Wöchentliche Besprechung

- Durchführung von
 - aktivierend- oder begleitend-therapeutischer Pflege
 - Entlassplanung.

In der Leitlinie Palliativmedizin werden folgende Kriterien der Strukturqualität genannt (Leitlinienprogramm, 2019):

- Eigenständiges Team
- Multiprofessionelles Team mit mindestens drei Berufsgruppen: Ärzte, Pflegende und ein Vertreter eines weiteren Therapiebereiches
- Eigener Raum für Besprechungen und Dokumentation
- Erreichbarkeit zu den Regelarbeitszeiten im Krankenhaus
- Kommunikation der Indikationskriterien, Teamstruktur, Erreichbarkeit und Arbeitsweise des Palliativdienstes an alle Abteilungen, die Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung betreuen

Als Merkmale der Prozessqualität werden in der Leitlinie folgende Kriterien genannt (Leitlinienprogramm, 2019):

- Individualisierte Therapieplanung
- Regelmäßige Evaluation des Therapieziels
- Regelmäßige Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen
- Austausch mit zuweisenden und weiterführenden Behandelnden und Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten
- Multiprofessionelle, regelmäßige Teamtreffen zur Fallbesprechung
- Gemeinsame multiprofessionelle Dokumentation
- Angebot einer externen Supervision für alle Teammitglieder

2.4.3 Einfluss eines Palliativdienstes auf die Patientenversorgung

Es gibt verschiedene Arbeiten, die den Einfluss von Palliativdiensten auf die Versorgung von terminal erkrankten Patienten untersuchen. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass durch die Mitbetreuung durch einen Palliativdienst die Verschlechterung der Lebensqualität am Lebensende aufgehalten und Symptome gelindert werden konnten (Higginson, 2002). Durch den Einsatz von Palliativdiensten konnte die Entlassung von Patienten nach Hause besser koordiniert werden, so dass die Patienten ihre letzten Lebenstage nicht im Krankenhaus verbringen mussten (Higginson, 2002). Untersuchungen haben gezeigt, dass durch den Einsatz spezialisierter Palliativversorgung im ambulanten Bereich die Inanspruchnahme von Notaufnahmen und akutmedizinischen Versorgungseinrichtungen reduziert werden konnten (Murtagh, 2014). Auch der Anteil an stationären Aufnahmen terminal erkrankter Patienten kann durch rechtzeitige Anbindung an spezialisierte ambulante Palliativdienste vermindert werden (Murtagh, 2014). Dies ist auch aus gesundheitsökonomischer Sicht relevant (Murtagh, 2014), da die Kosten für medizinische Versorgung vor allem im letzten Lebensjahr hoch sind (Schmacke et al., 2016). Ob die Rate an Wiederaufnahmen oder an Inanspruchnahme der Notaufnahme durch die Anbindung an Palliativdienste im Krankenhaus vermindert werden konnte, wurde bislang nicht untersucht. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass durch die frühzeitige Anbindung an Palliativdienste im Krankenhaus eine signifikante Kostenreduktion während des stationären Aufenthaltes erzielt werden konnte, da weniger intensive Therapien indiziert wurden (Morrison, 2008).

Terminal erkrankte Patienten leiden häufig an Symptomen wie Atemnot, Angst, Depression oder Übelkeit (Delgado-Guay, 2009). In randomisierten Studien konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz von Palliativdiensten im Krankenhaus neben der Symptomkontrolle auch die Lebensqualität sowie die Stimmung der Patienten signifikant verbessert wurde (Hanks, 2002, Jack, 2006). Auch in einer Untersuchung, die keinen signifikanten Einfluss auf die Symptomkontrolle zeigen konnte, konnte eine höhere Patientenzufriedenheit erzielt werden und die Rate an Wiederaufnahmen auf Intensivstationen vermindert werden (Gade, 2008). Auch die Dauer von Intensivaufenthalten konnte durch den Einsatz von Palliativdiensten

verkürzt werden (Norton, 2007). In Situationen am Ende des Lebens, in denen keine absehbare Chance auf eine Erholung besteht, werden häufig noch intensive Therapien oder Verlegungen auf Überwachungsstationen indiziert. Solche lebensverlängernden Maßnahmen sind für Patienten und deren Angehörige belastend (SUPPORT Principal Investigators, 1995) und können durch die frühzeitige Änderung des Therapieziels vermieden werden (Morrison, 2008).

Es gibt keine deutschlandweiten Angaben über die genaue Anzahl von Palliativdiensten in Krankenhäusern. Auch Angaben darüber, wie sich die Dienste zusammensetzen oder innerhalb des Krankenhauses funktionieren, fehlten bislang. Auch darüber, ob die oben genannten Strukturempfehlungen aus der Leitlinie Eingang in den klinischen Alltag gefunden haben, gab es zum Zeitpunkt der Umfrage keine Daten.

Mit der hier aufgelegten Umfrage sollte erstmalig deutschlandweit eine Erfassung über das Vorhandensein und die Arbeitsweise von Palliativdiensten im Krankenhaus ermöglicht werden.

3 Studienziele

Primäres Ziel der Umfrage war die Beschreibung der Aktivitäten der Palliativdienste in Deutschland.

Um diese Aktivitäten besser beschreiben zu können, wurden mehrere sekundäre Ziele definiert:

1. Beschreibung der strukturellen Rahmenbedingungen der Dienste (personelle Zusammensetzung, räumliche Ausstattung)
2. Beschreibung der Integration in das übergeordnete Krankenhaus (kooperierende Einrichtungen, Kontaktaufnahme/Anforderung, Angebot von Fortbildungsmaßnahmen, Teilnahme an Tumorkonferenzen)
3. Beschreibung von Prozessqualität (Dokumentation des Dienstes, Qualitätsmanagement/Zertifizierung)
4. Beschreibung der Finanzierung und Abrechnungsmodalitäten
5. Beschreibung der betreuten Patienten (Anzahl, Grunderkrankung, Symptome und Bedürfnisse, Weiterversorgung/ Entlassung)

4 Methoden

Die Methoden werden entsprechend den CHERRIES-Guidelines für das Reporting von Online-Umfragen (The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys) dargestellt. Die Checkliste ist analog dem CONSORT Statement oder dem QUOROM Statement eine Empfehlung, um die Qualität Internet-basierter Umfragen sicherzustellen.(Eysenbach, 2004)

4.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Querschnittsstudie mit einer Online-Umfrage bei Palliativdiensten in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Dazu wurde ein strukturierter Fragebogen mit insgesamt 58 Fragen entwickelt.

4.2 Entwicklung des Fragebogens und Pilotierung

Basierend auf dem „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“, aktueller Literatur über Palliativdienste (Murtagh, 2014, Kutner, 2004, Higginson, 2010, Virik, 2002) und klinischen Erfahrungen wurde eine erste Version des Fragebogens entwickelt. Der „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ (<https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>) ist eine Datenbank der DGP, welche Informationen über die bestehende palliativmedizinische Versorgung in Deutschland sammelt. Zum Zeitpunkt der Umfrage befand sich der Wegweiser noch im Aufbau. Ein Teil der Fragen wurde direkt aus dem „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ übernommen. Diese Fragen waren im endgültigen Fragebogen mit einem (*) gekennzeichnet.

Ziel der Umfrage war unter anderem die Erfassung der Anzahl, der Struktur und der Arbeitsweise der Palliativdienste in Deutschland. Im Fragebogen wurden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entsprechend der Einteilung von Donabedian abgefragt (Donabedian, 1966). Der Fragebogen enthielt 41 Fragen, die als Multiple-Choice-Fragen angelegt waren, davon 22 mit der Möglichkeit der Mehrfachantwort. Bei insgesamt 37 Fragen bestand die

Möglichkeit zur Freitexteingabe. Bei 20 Fragen war die Freitextantwort als Erweiterung innerhalb der MC-Frage – zum Beispiel als „Andere“ oder „Wenn ja, welche“ – möglich. Drei der offenen Fragen dienten als Erweiterung zu einer vorhergehenden geschlossenen Frage. Die aufgeführte Unterscheidung der offenen Fragen erfolgte analog einer Veröffentlichung im BMC Medical von Alicia O'Cathain zum Thema Freitextantworten (O'Cathain, 2004)

Der Fragebogen enthielt Fragen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Palliativdiensten im Krankenhaus. Zur Erfassung der Strukturqualität dienten die Fragen 2 – 26. Sie umfassten die personelle (Frage 4 – 12) und räumliche Ausstattung (Frage 13) sowie die Finanzierung (Frage 47 – 49) und die Einbindung in das übergeordnete Krankenhaus. Die Prozessqualität wurde zu den Bereichen Dokumentation (Frage 34) und Qualitätsmanagement (Frage 43 und 44) abgefragt. Frage 45 fragt explizit die in der S3 Leitlinie genannten Kriterien der Prozessqualität ab. Im Bereich der Ergebnisqualität wurde das Überprüfen der Patientenzufriedenheit (Frage 36/37) und das Erfüllen der von der S3-Leitlinie vorgegebenen Zielen abgefragt (Frage 45 und 46). Die Umfrage orientiert sich an der ersten Version der S3-Leitlinie für Palliativmedizin.

Im Nachfolgenden werden die Fragen im Detail dargestellt. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.

Der erste Block umfasste drei Fragen zum Vorhandensein eines Palliativdienstes und weiteren palliativmedizinischen Angeboten. Frage 1 war die einzige Pflichtfrage des Fragebogens. Wenn sie mit „ja“ beantwortet wurde, wurde der Teilnehmern zu Frage 2 weitergeleitet, bei Auswahl einer anderen Antwortmöglichkeit direkt zu Frage 54 (siehe Tabelle 13). Damit sollten auch Palliativdienste erfasst werden, die noch in Planung oder im Aufbau waren.

Allgemeine Fragen	
01.	Gibt es an Ihrem Haus aktuell einen Palliativdienst?
02.	Seit wann besteht Ihr Palliativdienst? (Jahr)
03.	Gibt es weitere palliativmedizinische Angebote im Krankenhaus?

Tabelle 1: Frage 1 - 3; Allgemeine Fragen

Der zweite Fragenabschnitt erfasste die Personalstruktur. Dabei ging es um Vollkräfte pro Berufsgruppe (Arzt, Pflegende, Sozialarbeiter) und die Qualifikation der Mitarbeiter (Zusatzbezeichnung Palliative Care oder Palliativmedizin). In einer weiteren Frage wurde nach Berufsgruppen gefragt, die in der vorangehenden Frage nicht erfasst wurden. Außerdem ging es um die Zugehörigkeit des jeweiligen Palliativdienstes zur übergeordneten Fachabteilung sowie um die Fachrichtung des Leiters und der ärztlichen Mitarbeiter des Palliativdienstes.

Da die Leitung des Palliativdienstes nicht notwendigerweise ärztlich sein musste, gab es die Auswahlmöglichkeit „Arzt“ und „Pflege“. Bei „Arzt“ wurde unterschieden, ob die Leitung einem Arzt aus dem Krankenhaus oder aus einer niedergelassenen Praxis oblag.

In Frage 10 bis 12 ging es darum, ob der Leiter, die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter ausschließlich im Palliativdienst tätig waren oder ob sie noch andere Tätigkeiten, wie zum Beispiel Stationsarbeit, Arbeit in Ambulanzen oder ähnliches ausübten.

Personal	
04.	Angaben zu den angestellten Berufsgruppen im Palliativdienst (bitte in VK = Vollkräfte angeben)
05.	Welche weiteren therapeutischen Berufe sind in Ihrem Palliativdienst noch vertreten?
06.	Zu welcher Fachabteilung gehört der Palliativdienst?
07.	Welche Berufsgruppe leitet den Palliativdienst?
08.	Aus welcher medizinischen Fachrichtung kommt der Leiter des Palliativdienstes?
09.	Welche weiteren Fachrichtungen sind durch die Ärzte im Palliativdienst vertreten?
10.	Ist der Leiter des Palliativdienstes ausschließlich im Palliativdienst tätig?
11.	Sind die ärztlichen Mitarbeiter ausschließlich im Palliativdienst tätig?
12.	Sind die pflegerischen Mitarbeiter ausschließlich im Palliativdienst tätig?

Tabelle 2: Frage 4 - 12; Personalstruktur

In Frage 13 wurde die räumliche Ausstattung des Palliativdienstes erfragt.

Räumliche Ausstattung	
13.	Wie ist die räumliche Ausstattung Ihres Palliativdienstes?

Tabelle 3: Räumliche Ausstattung

Der dritte Fragenblock umfasste die Integration in das Krankenhaus, in dem der Palliativdienst angesiedelt war. Wichtige Unterpunkte waren hier die Erreichbarkeit des Palliativdienstes, eventuell vorhandenes Informationsmaterial und wer den Dienst anfordern konnte.

Integration in das Krankenhaus – Erreichbarkeit	
14.	Wie ist der Palliativdienst generell erreichbar?
15.	Wann ist der Palliativdienst erreichbar?
16.	Wer kann den Palliativdienst anfordern?
17.	Wie kann der Palliativdienst angefordert werden?
18.	Gibt es einen Flyer / eine Broschüre / Informationsmaterial?
19.	Hat der Palliativdienst einen eigenen Internetauftritt?

Tabelle 4: Integration in das Krankenhaus

Im Fragenabschnitt „Kooperation“ ging es um bestehende Kooperationen mit hospizlichen, palliativmedizinischen und onkologischen Einrichtungen.

Kooperation	
20.	Gibt es verbindliche Kooperationen (z.B. Vertrag, schriftliche Vereinbarung) mit hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen außerhalb des eigenen Krankenhauses?
21.	Gibt es Kooperationen mit onkologischen Zentren?

Tabelle 5: Kooperation

Der sechste Fragenabschnitt erfasste weitere Angebote des Palliativdienstes wie beispielsweise unterstützende Angebote für Mitarbeiter oder die Teilnahme an interdisziplinären Besprechungen.

Weitere Angebote	
22.	Welche weiteren Angebote bietet der Palliativdienst / Ihre Einrichtung?
23.	Gibt es unterstützende Angebote für Ihre Mitarbeiter?
24.	Nehmen Mitarbeiter des Palliativdienstes an interdisziplinären Besprechungen (z.B. Tumorkonferenzen) teil?
25.	Wie viele Stunden pro Woche nehmen Ihre Mitarbeiter an interdisziplinären Besprechungen (z.B. Tumorkonferenzen) teil?
26.	An welchen Tumorkonferenzen nehmen Mitarbeiter Ihres Palliativdienstes teil?

Tabelle 6: Weitere Angebote

Fragenblock sieben erfasste die vom Palliativdienst betreuten Patienten. Es ging um die Anzahl der Patienten sowie um deren Grunderkrankung. Auch die Betreuungsdauer wurde erfasst.

Patienten	
27.	Seit wann betreuen Sie schon Patienten in Ihrer Klinik im Rahmen des Palliativdienstes? (Monat/Jahr)
28.	Wie viele Patienten haben Sie im letzten Kalenderjahr (2015) betreut?
29.	Die Betreuungsdauer durch den Palliativdienst im letzten Kalenderjahr (2015) betrug in Tagen?
30.	Welche Patienten wurden im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut?
31.	Welchen Anteil machten die jeweiligen Patientenzahlen aus?
32.	Wo wurden die Patienten im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut?
33.	Was geschah mit Ihren Patienten nach Ende der Betreuung im letzten Kalenderjahr (2015)?

Tabelle 7: Patienten

Im folgenden Abschnitt wurden die Dokumentation sowie die Zertifizierung des Palliativdienstes abgefragt.

Dokumentation	
34.	Wie erfolgt die Dokumentation des Palliativdienstes?
35.	Wie gelangt die Konsilantwort an die behandelnde Station?
36.	Wird die Behandlungsqualität und der Einfluss des Palliativdienstes auf die Behandlung der Patienten regelmäßig überprüft? (z.B. mit Fragebogen zu Beginn und Ende der Behandlung)
37.	Nutzen Sie standardisierte Fragebögen (z.B. Midos, POS, IPOS) in der Patientenbetreuung?
38.	Wenn ja, welche?
39.	Ist Ihre Einrichtung zertifiziert?
40.	Durch wen erfolgte die Zertifizierung?

Tabelle 8: Dokumentation

Frage 41 bis 44 fragten die Durchführung von Qualitätsmanagement und die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen ab. Als Antwortmöglichkeiten standen „SORGSAM“ und das Nationale Hospiz- und Palliativregister sowie „Andere“ zur Verfügung. Bei SORGSAM handelt es sich um ein Qualitätshandbuch für stationäre Hospize, das gemeinsam von DHPV e.V./Dt. Caritasverband e.V./Diakonisches Werk der EKD e.V. herausgegeben wurde. Obwohl es für stationäre Hospize gedacht ist, wurde es hier als Antwortmöglichkeit angegeben, da es ein ähnliches Verzeichnis für Palliativdienste noch nicht gibt. Das Nationale Hospiz- und Palliativregister ist ein Tool zur Datenerfassung, das von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) aufgebaut wurde. Hier werden die Daten aufbereitet, ausgewertet und am Ende mit den Daten anderer Einrichtungen verglichen. Dies hat zum Ziel, eine gewisse Vergleichbarkeit auf Bundesebene herbeizuführen und die Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland voranzubringen (<https://www.hospiz-palliativ-register.de/>; 20.07.2019).

Qualitätsmanagement	
41.	Führen Sie regelmäßig Befragungen zur Zufriedenheit durch?
42.	Wenn ja, mit wem?
43.	Gibt es innerhalb Ihres Dienstes Qualitätsmanagement?
44.	Nehmen Sie an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil?

Tabelle 9: Qualitätsmanagement

Als ein Bestandteil der Strukturqualität wurde die Finanzierung abgefragt. Dabei ging es um den Träger der übergeordneten Einrichtung, also des Krankenhauses, in dem der Palliativdienst angesiedelt ist, sowie um die Finanzierung des Palliativdienstes selbst.

Finanzierung/Abrechnung	
47.	Wer ist der Träger der Einrichtung
48.	Wie wird Ihr Palliativdienst finanziert?
49.	Wenn Zusatzentgelte über OPS, bei wie vielen Patienten konnten Sie im Kalenderjahr 2015 eine OPS kodieren?

Tabelle 10: Finanzierung, Abrechnung

Mit der Abfrage der Postleitzahl in Frage 50 sollte ein Überblick über die Verteilung der vorhandenen Dienste gewonnen werden. Um die Anonymität zu gewährleisten, mussten nur die ersten zwei Ziffern angegeben werden.

Postleitzahl	
50.	Geben Sie bitte die ersten zwei Stellen Ihrer Postleitzahl an.

Tabelle 11: Postleitzahl

Frage 51 bis 53 waren offene Fragen. Sie sollten dem Teilnehmer die Möglichkeit geben, Dinge mitzuteilen, die im Fragebogen nicht zur Sprache kamen.

Offene Fragen	
51.	Was ist für Ihre Arbeit im Krankenhaus förderlich?
52.	Welchen Hindernissen begegnen Sie bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus?
53.	Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Tabelle 12: Offene Fragen

Frage 54 bis einschließlich Frage 58 waren nur zu beantworten, wenn Frage eins mit „Nein, Palliativdienst befindet sich im Aufbau“, „Nein, Palliativdienst geplant“ oder „Nein, kein Palliativdienst geplant“, also noch kein Palliativdienst am entsprechenden Krankenhaus bestand. In diesem Fragen-Abschnitt sollten Details zu einem möglicherweise geplanten Palliativdienst erfasst werden.

Planung Palliativdienst (nur zu beantworten, wenn es noch keinen Palliativdienst gibt oder einer in Planung ist)	
54.	Befindet sich Ihre Einrichtung gerade im Aufbau?
55.	Wann planen Sie, mit der Patientenbetreuung zu beginnen? (Monat/Jahr)
56.	Ist an Ihrem Haus ein Palliativdienst geplant? Wenn ja, teilen Sie uns bitte, wenn möglich, schon bestehende Details zur Planung mit.
57.	Etwaige Details zur Planung (Eröffnung, Personal etc)
58.	Geben Sie bitte die ersten zwei Stellen Ihrer Postleitzahl an.

Tabelle 13: Planung Palliativdienst

Zum Schluss konnte eine E-Mail-Adresse angegeben werden, um an einer Verlosung (als Anreiz für die Teilnahme an der Umfrage) teilzunehmen. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurde diese Frage getrennt von allen anderen Fragen bearbeitet.

Die erste Version des Fragebogens wurde in Papierform bei zwei Mitarbeitern des Palliativdienstes der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des Klinikums Großhadern, sowie bei zwei Kollegen anderer Palliativeinheiten pilotiert. Die Mitarbeiter wurden gebeten, den Aufbau des Fragebogens, die gestellten Fragen, sowie die Antwortmöglichkeiten zu überprüfen. Die Änderungsvorschläge wurden eingearbeitet und der endgültige Fragebogen

daraus erstellt. Es handelte sich bei den Änderungsvorschlägen vorrangig um Formulierungen sowohl der Fragestellungen wie auch der Antwortmöglichkeiten. Teils waren inhaltliche Änderungen nötig, um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit zu gewährleisten. Es gab keine wesentlichen Anpassungen. Auch die Online-Version wurde von Mitarbeitern verschiedener Palliativdienste auf Funktionalität überprüft. Hierbei sollte vor allem überprüft werden, ob alle Funktionen wie beispielsweise Mehrfachantworten, Zahleneingabe oder Freitexteingaben wie vorgesehen funktionierten.

4.3 Studienpopulation

Alle Palliativdienste in Krankenhäusern in Deutschland wurden eingeladen, an der Umfrage teilzunehmen. Die Einladung erfolgte elektronisch via E-Mail. Es handelte sich also um eine geschlossene Umfrage, die nur einem eingeladenen Teilnehmerkreis zur Verfügung stand.

Da es bisher kein Verzeichnis von Palliativdiensten in Deutschland gibt, wurde die Einladung für die Online-Umfrage einem breiten Pool von Einrichtungen und möglichen Professionellen in der Palliativmedizin geschickt, der sich wie folgt zusammensetzte:

- 290 Palliativstationen, die über die DGP kontaktiert wurden
- 4885 DGP-Mitglieder im Rahmen der Rundmail 08/2016 am 08.06.16
- 52 Palliativdienste in Bayern. Die Adressen dieser Dienste wurden im August 2015 über eine Liste der bayerischen Palliativdienste auf der Website des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit in Erfahrung gebracht.
[\(http://www.stmpb.bayern.de/palliativmedizin/pall_quali_med_dienste.htm\)](http://www.stmpb.bayern.de/palliativmedizin/pall_quali_med_dienste.htm)

Hierbei konnten Überschneidungen nicht ausgeschlossen werden, es ist also möglich, dass einzelne Palliativabteilungen die Mail mehrfach erhalten haben.

4.4 Durchführung der Befragung

Die endgültige, pilotierte Version des Fragebogens wurde in „SurveyMonkey“ (<https://www.surveymonkey.de/>), einem Online-Umfrage-Tool, programmiert. Die insgesamt 58 Fragen waren auf 25 Seiten verteilt. Die Teilnehmer hatten jederzeit die Möglichkeit, den Fragebogen zwischenzuspeichern, die Umfrage zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzuführen.

Die Teilnahme an der Umfrage war freiwillig und erfolgte anonym. Bei der Auswertung fiel auf, dass bei jedem Datensatz eine IP-Adresse miterfasst wurde. Die Datensätze wurden getrennt von den erfassten IP-Adressen verarbeitet und ausgewertet, so dass die Anonymität gewährleistet blieb.

Die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage erfolgte via E-Mail. Am 03.06.2016 wurde die erste Einladung versandt. Die E-Mail enthielt ein Anschreiben sowie den Link zur endgültigen Umfrage. Am 04.07.2016 wurde ein E-Mail-Reminder versandt, der erneut den Link enthielt. Die Umfrage lief bis einschließlich 15.07.16. Der genaue Text des Anschreibens und des Reminders finden sich im Anhang.

Um die Teilnahme an der Umfrage zu verbessern, bestand die Möglichkeit, am Ende der Umfrage eine E-Mail-Adresse anzugeben, um an einer Verlosung von zwei Exemplaren „Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin“ (Hrsg.: Claudia Bausewein, Robert Twycross) und zwei Exemplaren des „Leitfaden Palliativmedizin“ (Hrsg.: Claudia Bausewein, Susanne Roller) teilzunehmen. Die Bücher wurden von Frau Prof. Bausewein zur Verfügung gestellt.

4.5 Auswertung und Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS Version 23 und später Version 25 (Statistical Package for the Social Sciences) der Firma IBM sowie mit Excel. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Bei den geschlossenen Fragen wurden die Häufigkeiten der jeweils gegebenen Antworten berechnet. Die unter „Andere“ oder „Sonstiges“ gegebenen Antworten wurden

zusammengefasst. Wenn eine Antwort in der Freitexteingabe bereits als Antwortmöglichkeit vorhanden war, wurde sie zu dieser Möglichkeit dazugerechnet.

Bei Fragen, in denen eine Zahleneingabe möglich und erforderlich war, wurde der Mittelwert, der Median sowie die Standardabweichung berechnet. Bei Fragen mit Freitext-Eingabe (Frage 51 – 53, Frage 57) wurden Antworten nach Themen und Untergruppen sortiert und dementsprechend präsentiert.

4.6 Doppelte IP-Adressen

Bei der Durchsicht der erhobenen Datensätze fiel auf, dass einige IP – Adressen mehrfach, das heißt mit mehreren Beantwortungen auftauchten. Es wurde gefolgert, dass dies Fragebögen waren, die vom selben Benutzer mehrfach geöffnet bzw. beantwortet wurden. Möglicherweise hing es auch damit zusammen, dass einige der Benutzer die Umfrage nicht zwischenspeicherten, sondern einmal durchklickten und beendeten und sie die Umfrage somit mehrfach beantworteten.

Bei „SurveyMonkey“ findet man zum Thema IP – Adressen folgende Informationen:

„IP-Adressen können zu einem Computer, jedoch nicht zu einer Person nachverfolgt werden. Personen, die sich einen Computer teilen, haben eine gemeinsame IP-Adresse. Darüber hinaus sind einige IP-Adressen an Proxyserver gebunden, was bedeutet, dass sich mehrere Computer dieselbe IP-Adresse teilen. In vielen Unternehmen gibt es eine einzige unternehmensweite Telefonnummer, über die eingehende Anrufe angenommen werden. Wenn ein Anruf eingeht, wird er zu der entsprechenden Person bzw. Durchwahl weitergeleitet. Das Gleiche kann in Computernetzwerken geschehen. Ein Unternehmen kann über einen einzigen Computer verfügen, über den die Internetverbindungen für alle Computer im Unternehmensnetzwerk weitergeleitet werden. Wenn Sie in Ihrer Umfrage mehrere Beantwortungen mit derselben IP-Adresse erkennen, ist es möglich, dass eine Einzelperson die Umfrage mehrere Male beantwortet hat. Es ist aber auch möglich, dass mehrere Personen in einem Unternehmen vom Unternehmensnetzwerk aus auf die Umfrage zugreifen.“

(<https://help.surveymonkey.com/articles/de/kb/How-do-I-turn-off-the-IP-addresses-collection-on-the-responses> [13.12.2016, 18:27 Uhr])

Es ist daher auch möglich, dass es sich bei ähnlichen IP – Adressen um verschiedene Kliniken innerhalb eines Klinikverbundes handelt. Daher wurden IP – Adressen, die sich in den letzten zwei beziehungsweise drei Ziffern unterschieden, als getrennte Beantwortungen gewertet,

Um die Ergebnisse nicht zu verfälschen, wurde versucht, die nicht komplett ausgefüllten oder gar nicht bearbeiteten Fragebögen herauszusuchen und pro IP-Adresse nur einen Fragebogen zu erhalten. Mithilfe von Tabelle 1 soll detailliert erklärt werden, warum entschieden wurde, den jeweiligen Fragebogen zu behalten und in die Auswertung miteinzubeziehen.

Um die Anonymisierung zu gewährleisten, sind jeweils nur die ersten fünf Ziffern der IP-Adresse angegeben.

IP – Adresse	Häufigkeit	Gelöschte Fragebögen	In Umfrage ausgewerteter Fragebogen
80.146.xxx.x	2	Frage 1 mit „nein“ beantwortet, sonst keine Frage beantwortet	Frage 1 mit „ja“ beantwortet, weitere Fragen beantwortet
62.27.5x.xxx	3	Zweimal Frage 1 mit „nein“ beantwortet, keine weiteren Fragen beantwortet	Frage 1 mit „ja“ beantwortet, weitere Fragen beantwortet
62.134.xx.xxx	2	Frage 1 mit „nein“ beantwortet, sonst keine Frage beantwortet	Frage 1 mit „ja“ beantwortet, weitere Fragen beantwortet
213.14x.xxx.xxx	3	Zweimal Frage 1 mit „ja“ beantwortet, keine weiteren Fragen beantwortet	Frage 1 mit „ja“ beantwortet, weitere Fragen beantwortet
132.18x.xxx.x	2	Nur bis Frage 3 ausgefüllt	Kompletter Fragebogen ausgefüllt
194.12x.xxx.xx	2	Frage 1: „im Aufbau“, keine weiteren Fragen beantwortet	Frage 1: „in Planung“, weitere Fragen beantwortet
212.77.xxx.xxx	2	Weitgehend deckungsgleich, weniger Fragen beantwortet	

134.13x.xx.x	2	Weitgehend deckungsgleich, weniger Fragen beantwortet	
138.24x.x.x	3	Teils keine sinnvollen Antworten (offene Fragen)	Der Vollständigste
217.91.xx.xxx	2	Ergänzt, zusammengeführt	
212.18x.x.xxx	3	Einmal nicht ausgefüllt	Zwei behalten, Schlussfolgerung, dass ein Träger 2 Dienste
217.7.1xx.xx	3	Frage 1: „ja“, „im Aufbau“, keine weiteren Fragen beantwortet	Frage 1: „in Planung“, weitere Fragen beantwortet
194.15.xxx.xx	4	Zweimal nur Frage 1 beantwortet	Zweimal bei Verlosung E-Mail angegeben, als eigenständig gewertet
213.23.xx.xxx	2		Vollständig
213.16.x.xx	3		Zwei zusammengeführt, da bei einem die erste Hälfte, bei dem anderen die zweite Hälfte ausgefüllt war. Einer schien ein komplett anderer Dienst zu sein
195.24x.xxx.xx	2	Ergänzt, zusammengeführt	
132.19x.xxx.xx	2		Vollständig
141.67.xxx.xxx	2		Den Vollständigeren ergänzt
217.91.xx.xxx	2		Den Vollständigeren ergänzt

Tabelle 14: Erläuterung zu den doppelt vorhandene IP-Adressen; Frage 1 ist die Frage nach dem Palliativdienst

4.7 Ethikvotum

Da es sich um eine anonyme, freiwillige Datenerhebung unter Professionellen handelte, wurde kein Ethikvotum eingeholt.

5 Ergebnisse

5.1 Teilnahme

Mit der Umfrage konnten Informationen über 115 bereits bestehende Palliativdienste erhoben werden.

Die Erhebung der Daten erfolgte vom 03.06.2016 bis einschließlich 15.07.2016.

Analog den CHERRIES-Guidelines soll hier keine klassische Response Rate definiert werden. Stattdessen werden bei jeder Frage die Teilnehmer angegeben, die die Frage beantwortet haben. Es gibt keine Erkenntnis darüber, wie viele Personen die Umfrage geöffnet, aber nicht beantwortet haben, so dass keine Rate berechnet werden kann.

5.2 Allgemeine Fragen

Die Frage, ob es an dem jeweiligen Haus aktuell einen Palliativdienst gibt wurde von 151 Personen beantwortet. 115/151 Teilnehmer gaben an, dass sie einen Palliativdienst hatten. Da alle weiteren Fragen nicht verpflichtend waren, ist die Zahl der Antwortenden für jede Frage anders und wird jeweils angegeben. 12/151 Teilnehmer gaben an, dass sich der Palliativdienst gerade im Aufbau befand, in 10/151 Einrichtungen war ein Palliativdienst geplant. In 14/151 Einrichtungen gab es keinen Palliativdienst und es war auch kein Dienst geplant.

86 Teilnehmer beantworteten die Frage, seit wann der jeweilige Palliativdienst bestand. 4/86 Diensten entstanden zwischen 1990 und 2000. Von 2001 und bis einschließlich 2005 waren es 11 Dienste. In den 10 Jahren vor der Umfrage (2006 – 2015) entstanden 68 Dienste, davon 36 in den Jahren 2011 – 2015. In den Jahren 2013 – 2015 wurden 24 dieser Palliativdienste etabliert. Im Jahr 2016 waren bis zum Zeitpunkt der Umfrage bereits drei neue Dienste hinzugekommen.

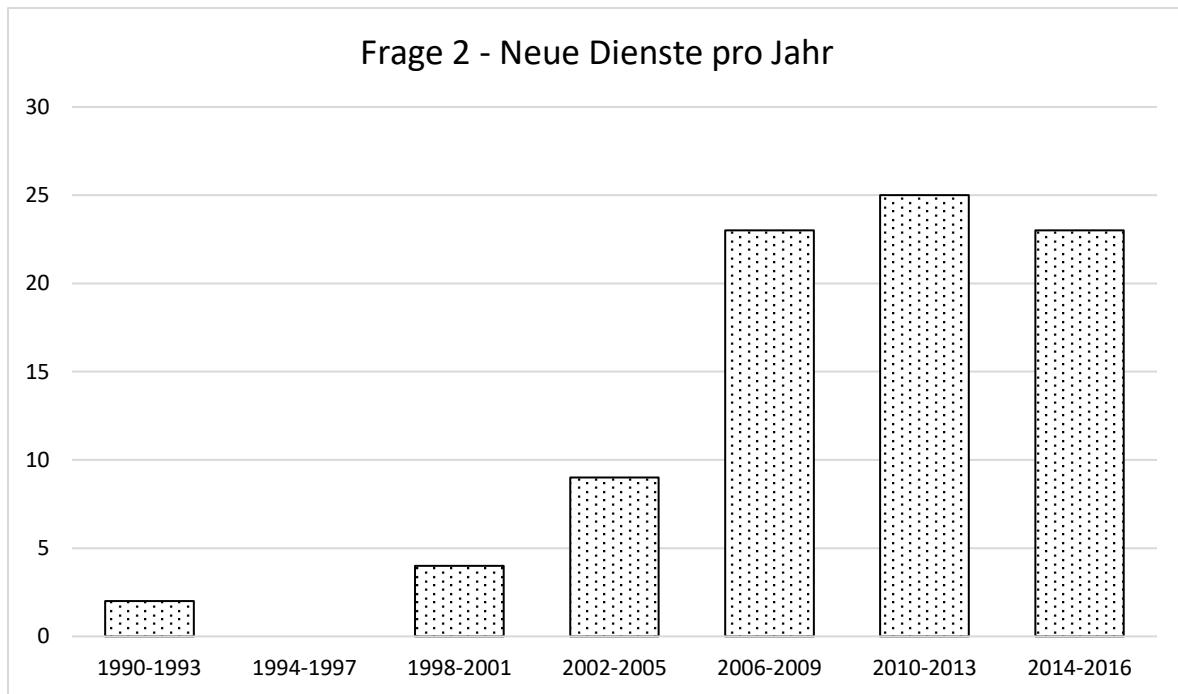


Abbildung 1: Frage 2, n=86/115

Frage 3 untersuchte die weiteren palliativmedizinischen Angebote im jeweiligen Krankenhaus. Sie wurde von 108 Teilnehmern beantwortet. In 35/108 Krankenhäusern (ca. 30%) war der Palliativdienst das einzige Angebot. In 70/108 Krankenhäusern war zusätzlich eine Palliativstation vorhanden, diese hatte in 52/70 Krankenhäusern mehr als sechs Betten. In 25/108 Fällen gab es zusätzlich eine SAPV und in 22/108 Fällen eine palliativmedizinische Ambulanz.

5.3 Personal

Im zweiten Fragenabschnitt ging es um die Personalstruktur der Palliativdienste. Hier sollten unter anderem die angestellten Berufsgruppen, die Leitungsstruktur und die Zugehörigkeit zur übergeordneten Fachabteilung erfasst werden.

04. Angaben zu den angestellten Berufsgruppen im Palliativdienst (n = 115)				
Berufsgruppe	Einrich-tungen	VK im Durchschnitt	VK Median	VK Standard-abweichung
Fachärzte (insgesamt)	87	2,08	1,50	3,30
Davon mit Zusatzbezeichnung Palliative Care/Palliativmedizin	86	1,71	2,00	0,96
Assistenzärzte	62	0,69	0,00	1,43
Krankenpflege (insgesamt)	82	3,42	2,00	4,12
Davon mit Zusatzbezeichnung Palliative Care/Palliativmedizin	82	3,11	2,00	3,20
Psychologen	75	0,98	1,00	1,33
Davon mit Zusatzbezeichnung Palliative Care/Palliativmedizin	58	0,32	0,00	0,477
Seelsorger (insgesamt)	79	1,34	1,00	1,48
Davon mit Zusatzbezeichnung Palliativ Care/Palliativmedizin	56	0,32	0,00	0,53
Sozialarbeiter (insgesamt)	75	1,31	1,00	1,41
Davon mit Zusatzbezeichnung Palliative Care/Palliativmedizin	65	0,47	0,00	0,59
Sozialarbeiter mit Zusatzbezeichnung Case Manager	62	0,39	0,00	0,84
Apotheker	62	0,36	0,00	0,60

Tabelle 15: Frage 4; im Schnitt n = 72/115

In Frage 4 wurden die Vollkräfte (VK), die im Palliativdienst vertreten waren, erfasst (s. Tabelle 3). Im Schnitt wurde diese Frage von 72 Teilnehmern beantwortet. Dieser Durchschnitt errechnet sich aus der Zahl der Antworten, die pro Berufsgruppe gegeben wurden. Im Durchschnitt arbeiteten in den Palliativdiensten 2 Fachärzte, 0,6 Assistenzärzte und nahezu 3,5 Pflegekräfte. Von den Fachärzten hatten ca. 80% eine palliativmedizinische Zusatzqualifikation, bei den Pflegekräften waren es sogar 90%. Im Schnitt verfügten die Palliativdienste über 1 Psychologen, sowie jeweils 1,3 Seelsorger und Sozialarbeiter. Eine Zusatzqualifikation im Bereich Palliativmedizin verfügten in diesen Berufsgruppen nur zwischen 20 und 30%. Jeweils knapp 0,4 Vollstellen entfielen auf Sozialarbeiter mit der Zusatzbezeichnung Case Manager und Apotheker.

05. Welche weiteren therapeutischen Berufe sind in Ihrem Palliativdienst noch vertreten?		
(n = 77)		
PhysiotherapeutIn / KrankengymnastIn	71	92,2%
Andere	31	40,3%
PsychotherapeutIn	29	37,7%
KunsttherapeutIn	28	36,4%
ErnährungsberaterIn	27	35,1%
MasseurIn	19	24,7%
MusiktherapeutIn	19	24,7%

Tabelle 16: Frage 5; n=77/115

Frage 5 sollte die Berufsgruppen erfassen, die in Frage 4 nicht abgefragt wurden. Die Frage wurde von 77 Teilnehmern beantwortet. Die Frage war aus dem „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ übernommen. In über 90% der Fälle verfügte der Dienst über Physiotherapeuten/ Krankengymnasten. In jeweils knapp einem Drittel waren im Palliativdienst Psychotherapeuten, Kunsttherapeuten und Ernährungsberater angesiedelt. Masseure und Musiktherapeuten waren in ca. 25% Teil des Palliativdienstes. Unter „Andere“ wurden folgende Berufsgruppen angegeben: Atemtherapie (6x), Ergotherapie (6x), Schmerztherapeut (3x), Seelsorge (4x); Psychoonkologie (3x), Logopädie (4x), Klangschalentherapie (2x), außerdem Farblichttherapie, Heileurythmie, Aroma-, Körper- und Wundtherapie, tiergestützte Therapie und Sozialdienst. Von den Teilnehmern, die hier unter „Andere“ Seelsorge angaben, hatte nur ein Teilnehmer auch in Frage 4 in der Kategorie „Seelsorge“ angegeben, dass es eine feste VK für Seelsorger im Palliativdienst gab.

In mehreren Fällen wurde angegeben, dass die anderen Berufsgruppen nicht direkt zum Palliativdienst gehörten, sondern bei Bedarf aus der Klinik hinzugezogen werden konnten.

Frage 6 erfasste die Zugehörigkeit des Dienstes zur übergeordneten Fachabteilung. Die Verteilung ist in Abbildung 4 dargestellt. In 36/90 Fällen gehörte der Dienst einer eigenen Palliativabteilung an. In den restlichen Fällen war der Dienst an die Anästhesie (19/90), die Inneren Medizin (17/90) und die Onkologie (13/90) angebunden.

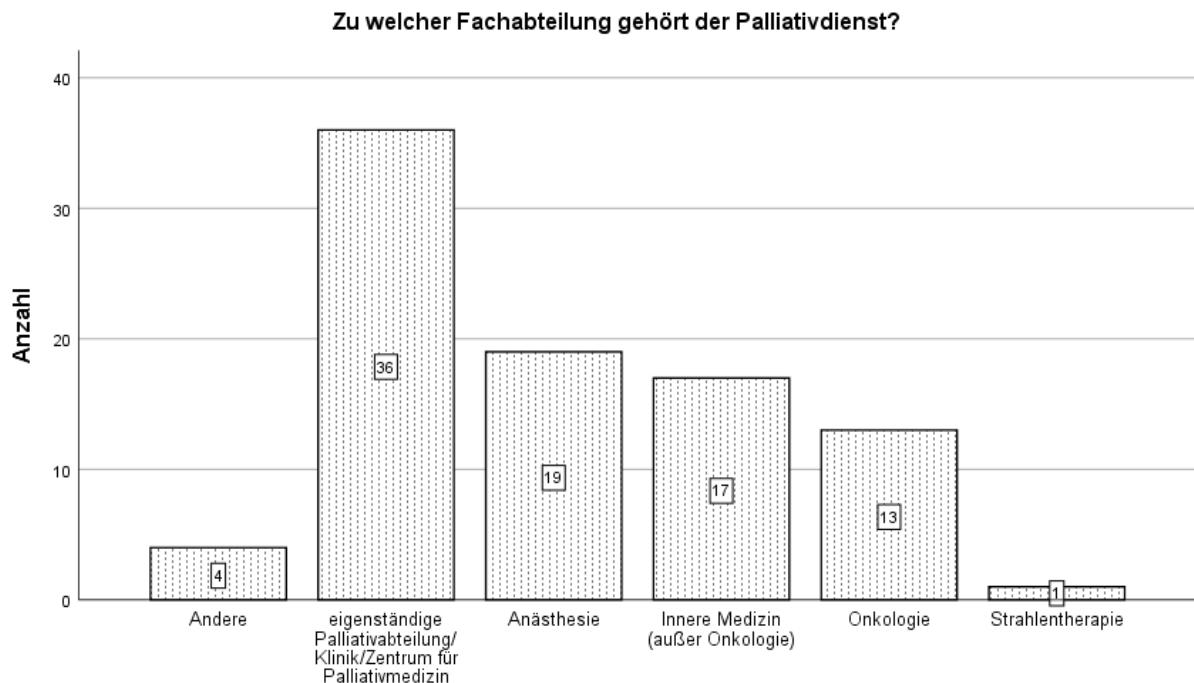


Abbildung 2: Frage 6; n = 90; response rate 90/115 = 78,3%

Unter „Andere“ wurde angegeben: Palliativschwerpunkt, zweimal Neurologie und einmal Frührehabilitation.

Frage 7 fragte die Berufsgruppe ab, die den Palliativdienst leitet. Sie wurde von 87 Teilnehmern beantwortet. In der überwiegenden Zahl der Fälle (82/87) wurde der Palliativdienst von einem Arzt geleitet. Dieser kam in einem Fall nicht aus dem Krankenhaus, sondern aus einer externen Praxis beziehungsweise einem externen SAPV Team. In fünf Fällen wurde der Dienst von Pflegekräften geleitet. Im Kommentarfeld wurde in zwei Fällen angegeben, dass es sich bei der Leitung um eine gemeinsame Spitze aus Arzt und Pflegekraft handelt.

Der ärztliche Leiter kam in über der Hälfte der Fälle (47/87) aus der Inneren Medizin, einschließlich der Onkologie. In circa einem Drittel (32/87) der Fälle kam der Leiter aus der Anästhesie. Weitere vertretene Fachrichtungen waren Allgemeinmedizin (2/87), Neurologie (3/87), Strahlentherapie (2/87) und unter „Andere“ Palliativmedizin, Geriatrie und Chirurgie.

Die 87 Beantwortungen entsprachen bis auf eine Teilnahme den 87 Beantwortungen aus Frage 7. Einer der Teilnehmer, die in Frage 7 „Pflege“ gewählt hatten, beantwortete Frage 8 nicht.

Weitere Fachrichtungen, die durch die ärztlichen Mitarbeiter des Palliativdienstes vertreten waren, sind in Frage 9 erfasst worden. Diese Frage wurde von 71 Teilnehmern beantwortet.

Die am häufigsten angegebene Fachrichtung war Innere Medizin (ohne Onkologie) mit 35 Fällen, gefolgt von Anästhesie (26/71) und von Onkologie (23/71). Weitere Fachrichtungen waren die Geriatrie (11/71), Allgemeinmedizin (7/71), Strahlentherapie (3/71) und Neurologie (2/71). Unter „Andere“ wurden Urologie, Gynäkologie, Chirurgie und Psychiatrie angegeben.

In den Fragen 10 – 12 wurde abgefragt, ob die Mitarbeiter des Palliativdienstes nur im jeweiligen Dienst tätig waren, oder ob sie auch andere Tätigkeiten erfüllten (s. Tabelle 7).

Frage 10 wurde von 89 Teilnehmern, Frage 11 von 82 und Frage 12 von 87 Teilnehmern beantwortet. Während die pflegerischen Mitarbeiter zu knapp 40% (33/87) ausschließlich im Palliativdienst tätig waren, waren es bei den ärztlichen Mitarbeitern (15/82) und bei den Leitern des Dienstes (17/89) nur jeweils knapp 20%.

Ist der Leiter/ Sind die ärztlichen/ pflegerischen Mitarbeiter ausschließlich im Palliativdienst tätig?			
	Leiter des Dienstes (n = 89)	Ärztliche Mitarbeiter (n = 82)	Pflegerische Mitarbeiter (n = 87)
Ja	17 (19,1%)	15 (18,3%)	33 (37,9%)
Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf Allgemeinstation	15 (16,9%)	24 (29,3%)	26 (29,9%)
Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf Palliativstation	32 (36,0%)	33 (40,2%)	21 (24,1%)
Nein, zusätzlich Arbeit in Funktionsbereich (z.B. Ambulanz)	26 (29,2%)	24 (29,3%)	10 (11,5%)
Nein, zusätzlich Mitarbeit in SAPV	11 (12,4%)	9 (11,0%)	6 (6,9%)
Nein, Arbeit im niedergelassenen Bereich	4 (4,5%)	5 (6,1%)	
Andere	20 (22,5%)	15 (18,3%)	14 (16,1%)

Tabelle 17: Fragen 10 – 12; Mehrfachantwort möglich

5.4 Räumliche Ausstattung

In Frage 13 wurde die räumliche Ausstattung des Palliativdienstes erfragt. Die Frage wurde von 90 Teilnehmern beantwortet. In über der Hälfte der Fälle (51/90) hatte der Dienst eigene Büroräume zur Verfügung.

5.5 Integration in das Krankenhaus – Erreichbarkeit

In Frage 14 wurde die Erreichbarkeit des Palliativdienstes abgefragt. Mehrfachantwort war hier möglich. Von 89 Teilnehmern, die die Frage beantwortet hatten, gaben 78 an, dass der Dienst über Telefon erreichbar sei. In 51/89 Fällen war der Dienst über ein eigenes Handy erreichbar, in 23 Fällen über Funk und in 65 Fällen über das krankenhauseigene Computersystem. Unter „Sonstiges“ wurden Konsil/Konsilschein/Konsilanforderung (4x), Sekretariat und Tagesklinik der Onkologie, Fax (2x), E-Mail (2x), Anrufbeantworter (2x) und DECT Telefon angegeben.

In Frage 15 wurde erfasst, wann der Palliativdienst erreichbar ist. Die Frage wurde von 89 Teilnehmern beantwortet, Mehrfachantworten waren möglich. 80/89 Dienste waren nur zu den Regalarbeitszeiten des Krankenhauses erreichbar. 11/89 Dienste waren über 24 Stunden an 7 Tagen der Woche erreichbar. Nachts und am Wochenende waren 4/89 Dienste über eine eigene Rufbereitschaft, 24/89 Dienste über die Rufbereitschaft der Palliativabteilung und in 4/89 Dienste waren über die Rufbereitschaft der SAPV erreichbar. Die Erreichbarkeit soll in der folgenden Tabelle noch danach unterschieden werden, ob es im übergeordneten Krankenhaus noch weitere palliativmedizinische Angebote gab.

15. Wann ist der Palliativdienst erreichbar?					
	Keine weiteren Angebote (n=35)	Palliativ-station ≥ 6 Betten (n=52)	Palliativ-station < 6 Betten (n=18)	SAPV Dienst (n=25)	Palliativ-medizinische Ambulanz (n=22)
Regelarbeitszeit Krankenhaus	28	37	12	20	18
24 Stunden / 7 Tage die Woche	2	4	5	3	2
Eigene Rufbereitschaft	0	1	3	1	0
Rufbereitschaft der Palliativstation	1	19	4	10	10
Rufbereitschaft des SAPV-Dienstes	1	2	1	3	2

Tabelle 18: Verknüpfung Frage 4 mit Frage 15

In Frage 16 und 17 ging es um die Möglichkeiten der Anforderung des Palliativdienstes. In Tabelle 19 ist aufgeschlüsselt, durch wen der Palliativdienst angefordert werden kann. Mehrfachantworten waren möglich, die einzelnen Gruppen wurden von 64-89 Teilnehmern bearbeitet. Eine Anforderung durch Ärzte war immer möglich, Pflegekräfte konnten den Dienst in knapp 90% der Fälle anfordern. Eine Anforderung durch Patienten und Angehörige war ebenfalls in über der Hälfte der Fälle möglich. Andere Berufsgruppen wie Psychoonkologen, Schmerztherapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter konnten den Dienst im Mittel in knapp 80% der Fälle ebenfalls anfordern.

16. Wer kann den Palliativdienst anfordern?		
	Ja	Nein
Ärzte	89/89 (100%)	
Angehörige	36/64 (56,3%)	28/64 (43,8%)
Patienten selbst	44/67 (65,7%)	23/67 (34,3%)
Pflegende	68/76 (89,5%)	8/76 (10,5%)
Psychoonkologie	47/64 (73,4%)	17/64 (26,6%)
Schmerztherapie	55/64 (85,9%)	9/64 (14,1%)
Seelsorge	47/64 (73,4%)	17/64 (26,6%)
Sozialdienst	54/67 (80,6%)	13/67 (19,4%)

Tabelle 19: Frage 16; Mehrfachantwort möglich

Frage 17 wurde von 89 Teilnehmern beantwortet. Auch hier war die Mehrfachauswahl möglich. 72/89 Dienste konnten telefonisch, in 43 Fällen über ein Handy und in 21 Fällen über Funk erreicht werden. In 67 Fällen konnte der Palliativdienst über das krankenhauseigene Computersystem angefordert werden. Unter „Sonstiges“ wurde angegeben, dass der Dienst in 14 Fällen durch einen Konsilschein bzw. Konsilauftrag, in 2 Fällen über persönlichen Kontakt auf Station, in jeweils 4 Fällen via Fax und E-Mail und einmal mittels DECT-Telefon angefordert werden konnte.

Frage 18 fragte ab, ob es eine Broschüre oder Informationsmaterial über den Palliativdienst gab. 70/87 Teilnehmer gaben an, dass ihr Palliativdienst über eine Broschüre oder über Informationsmaterial verfügte.

Frage 19 fragte den Internetauftritt des Palliativdienstes ab. Nur 10/88 Palliativdienste hatten einen eigenständigen Internetauftritt, 39 Dienste hatten einen Internetauftritt im Rahmen der Klinik für Palliativmedizin.

5.6 Kooperationen

In diesem Fragenabschnitt ging es um die Zusammenarbeit des Palliativdienstes mit anderen Einrichtungen.

Frage 20 fragte ab, ob es verbindliche Kooperationen (z.B. Vertrag, schriftliche Vereinbarung) mit hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen außerhalb des eigenen Krankenhauses gab. Diese Frage wurde von 87 Teilnehmern beantwortet, eine Mehrfachauswahl war möglich. 27/87 Teilnehmern gaben an, dass es keinerlei verbindliche Kooperationen gab. 41/87 Dienste kooperierten mit einem ambulanten Hospizdienst, 36/87 Dienste kooperierten mit einem stationären Hospiz. Bei 2/87 Diensten gab es Kooperationen mit einer palliativmedizinischen Tagesklinik/einem palliativmedizinischen Hospiz, bei 4/87 Diensten Kooperationen mit Palliativambulanzen, bei 26/87 Diensten gab es Kooperationen mit Palliativstationen, bei 40/87 mit SAPV-Teams und bei 7/87 mit Brückenpflege.

In Frage 21 ging es um Kooperationen mit onkologischen Zentren. Bei 64/88 Palliativdiensten gab es Kooperationen mit onkologischen Zentren, 52/88 davon mit Zentren innerhalb des eigenen Krankenhauses, 12 Palliativdienste kooperierten mit onkologischen Zentren außerhalb des eigenen Krankenhauses.

5.7 Weitere Angebote

Der folgende Fragenabschnitt sollte weitere Angebote beziehungsweise Tätigkeiten des Palliativdienstes erfassen.

Frage 22 wurde von 81 Teilnehmern beantwortet. 67/81 Palliativdienste boten Fort- und Weiterbildungen, 50/81 Dienste boten Inhouseschulungen in den eigenen Krankenhäusern an. Fallkonferenzen wurden von 49/81 Diensten, Trauerbegleitung von 28/81 und Qualitätszirkel von 32/81 Diensten angeboten. Unter „Sonstiges“ wurden folgende Angaben gemacht: Trauergottesdienst, Info-Veranstaltungen, Vorträge für die Öffentlichkeit, Cancer center Patiententag, Arbeitsgemeinschaften, Weiterbildungsakademien. Dreimal wurde angegeben, dass alle weiterführenden Angebote zusammen mit der Palliativstation, dem Hospizverein oder der SAPV durchgeführt wurde.

Frage 23 fragte unterstützende Angebote für die Mitarbeiter des Palliativdienstes ab. Diese Frage wurde von 86 Teilnehmern beantwortet, Mehrfachnennungen waren hier möglich. Nur bei 7/86 Diensten gab es keine unterstützenden Angebote. In 64/86 Palliativdiensten wurde Supervision angeboten, in 54/86 Diensten wurden Fallbesprechungen angeboten. Unter „Andere“ wurden folgende Antworten gegeben: Teamtag/regelmäßige Teambesprechung/Gemeinschaftsunternehmungen, Seelsorger, Qualitätszirkel Palliative Care für Pflege: innerhäuslich und umliegende Pflegedienste, Hospiz, im Rahmen der Klinik für Palliativmedizin/der Palliativstation, Fortbildungen (2x), Finanzierung, Ethikkommittee und Einzelgespräche bei der Leitung.

Frage 24 und 25 befassten sich mit der Teilnahme an interdisziplinären Besprechungen wie zum Beispiel Tumorkonferenzen. Frage 24 wurde von 87 Teilnehmern beantwortet. In 55

Fällen nahmen Mitarbeiter des Palliativdienstes an interdisziplinären Besprechungen/Tumorkonferenzen teil. In Frage 25 ging es um die Teilnahmedauer. Sie wurde von 57 Teilnehmern beantwortet. Im Durchschnitt nahmen Mitarbeiter der Palliativdienste 2,2 Stunden pro Woche an interdisziplinären Besprechungen teil.

5.8 Patienten

Der folgende Fragenabschnitt befasste sich mit den vom Palliativdienst betreuten Patienten.

Frage 27 fragte ab, seit wann der Dienst Patienten betreut. Die Frage wurde von 71 Teilnehmern beantwortet. Zwei der Dienste begannen vor dem Jahr 2000 mit der Patientenbetreuung. Zwischen 2001 und 2009 nahmen 30 Dienste ihre Arbeit auf und zwischen 2009 und Mitte 2016 (Zeitpunkt der Umfrage) waren es bereits 39 Palliativdienste.

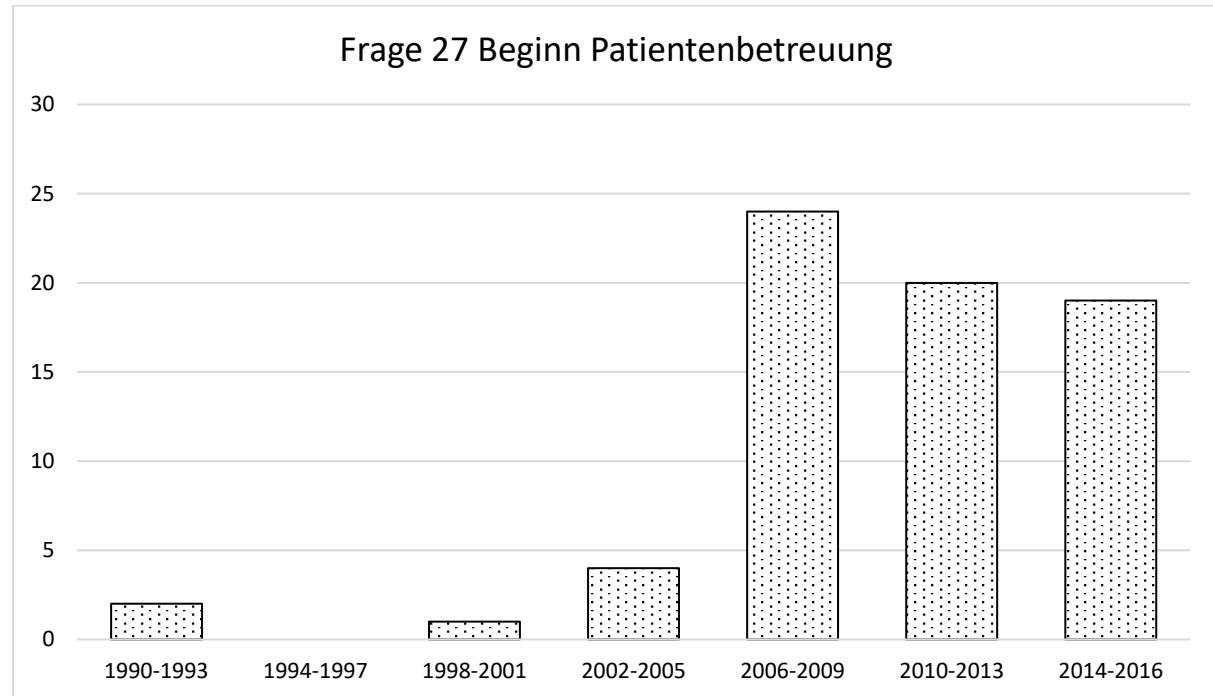


Abbildung 3: Frage 27; n=71/115

In Frage 28 ging es um die Anzahl der betreuten Patienten. Sie bestand aus zwei Teilfragen:

1. Wie viele Patienten haben Sie im letzten Kalenderjahr (2015) betreut? Diese Frage wurde von 64 Teilnehmern beantwortet. Im Durchschnitt wurden 254 Patienten betreut, die mediane Patientenzahl betrug 175. Die Spanne reichte von 20 Patienten/Jahr bis zu über 900 Patienten/Jahr.
2. Davon verstorben während der Mitbehandlung durch den Dienst? Diese Frage wurde von 49 Teilnehmern beantwortet. Im Durchschnitt verstarben 73 der betreuten Patienten pro Jahr (35,3%) während der Mitbehandlung, die mediane Anzahl der verstorbenen Patienten betrug 35.

Frage 29 erfragte in drei Teilfragen die Betreuungsdauer. Die minimale Betreuungsdauer ($n = 50/115$) betrug im Durchschnitt 1,68 Tage (Median 1 Tag), die mittlere Betreuungsdauer ($n = 44/115$) 9 Tage (Median 7) und die maximale Betreuungsdauer ($n = 47/115$) 38,1 Tage (Median 27).

In Frage 30 und 31 wurde die Grunderkrankungen der behandelten Patienten sowie der Anteil der jeweiligen Patienten an der Gesamtzahl abgefragt.

30. Welche Patienten wurden im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut?			31. Welchen Anteil machten die jeweiligen Patientenzahlen aus?			
Patienten mit	Fälle	Prozent	Durchschnitt	Median	Standardabweichung	Fälle
Onkologischen Erkrankungen	68/71	95,8%	76,8%	80,3%	23,6%	63
Nicht-onkologischen Erkrankungen	63/71	88,7%	14,2%	9,5%	14,9%	60
Nicht-onkologischen, neurologischen Erkrankungen	51/71	71,8%	10,4%	5,0%	20,4%	54
AIDS	7/71	9,9%	0,1%	0,0%	0,2%	38
Kinder und Jugendliche	5/71	7,0%	0,2%	0,0%	0,8%	40
Andere	6/71	8,5%	0,3%	0,0%	1,6%	32

Tabelle 20: Frage 30 (n=71/115) und Frage 31

Frage 32 fragte den Ort der Betreuung durch den Palliativdienst ab. Die Frage wurde von 70 Teilnehmern beantwortet, Mehrfachantworten waren hier möglich. In 68/70 Fällen wurden die Patienten auf Allgemeinstationen betreut, in 47 Fällen auf Intensivstationen/Intermediate Care Stationen, in 19 Fällen in Ambulanzen der einzelnen Fachabteilungen und in 22 Fällen in der Notaufnahme betreut. Unter „Andere“ wurden Palliativeinheit (2x), neurologische Station, ambulant und Akutgeriatrie angegeben.

In Frage 33 wurde von 52 Teilnehmern beantwortet. Bei dieser Frage sollte in Prozentwerten angegeben werden, was mit den Patienten nach Beendigung der Betreuung durch den Palliativdienst geschah. Nur bei 22 Teilnehmern ergab die Summe der Antworten 100%. Bei vier Teilnehmern entsprach die Summe der Antworten der in Frage 28 angegebenen

Patientenzahlen. Hier wurde dann die Prozentzahl errechnet. Aus den nun insgesamt 26 gültigen Antworten wurden die in Tabelle 6 angegebenen Mittelwerte errechnet.

33. Was geschah mit Ihren Patienten nach Ende der Betreuung im letzten Kalenderjahr (2015)?			
	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Im Krankenhaus verstorben	26,0%	25,0%	16,4%
Verbleib auf Primärstation	9,4%	0,0%	17,4%
Übernahme auf interne Palliativstation	9,4%	0,0%	13,7%
Verlegung auf externe Palliativstation	3,9%	1,0%	6,0%
Verlegung in anderes Krankenhaus	1,4%	0,0%	7,1%
Verlegung in ein Pflegeheim mit SAPV-Anbindung	6,1%	5,0%	6,1%
Verlegung in ein Pflegeheim ohne SAPV-Anbindung	5,7%	3,0%	7,1%
Entlassung nach Hause mit SAPV-Anbindung	17,4%	15,5%	15,2
Entlassung nach Hause ohne SAPV-Anbindung	10,1%	10,0%	8,8%
Entlassung in Hospiz	6,7%	5,0%	6,3%
Entlassung in Kurzzeitpflege	3,6%	1,1%	4,4%
Sonstige Einrichtungen	0,3%	0,0%	0,8%

Tabelle 21: Frage 33

5.9 Dokumentation

Der nachfolgende Fragenabschnitt befasste sich mit der Dokumentation innerhalb des Palliativdienstes sowie mit der Zertifizierung des Dienstes.

In Frage 34 und 35 wurde erfasst, wie die Dokumentation des Palliativdienstes erfolgte und wie die Konsil-Empfehlung an die betreffende Station gelangte. Die Fragen wurden jeweils von 71 Teilnehmern beantwortet. Eine Mehrfachauswahl war in beiden Fragen möglich. In 50/71 Diensten erfolgte die Dokumentation in einer Papierakte, in 43/71 Diensten elektronisch im Krankenhaussystem und in 9/71 Diensten elektronisch mit eigener Software. Es bestand die Möglichkeit, als Freitextantwort den Namen der verwendeten Software anzugeben. Hierunter

wurde fünfmal PalliDoc, zweimal ISPC, SAP, ID DIACOS Spezial Palliativ, Diacos und Geridoc Palliativ genannt.

In 43/71 Diensten wurde die Empfehlung mündlich kommuniziert, 35/71 Dienste kommunizierten die Empfehlung telefonisch. 48/71 Dienste kommunizierten die Empfehlungen schriftlich und elektronisch, 39/71 Dienste schriftlich auf Papier.

Frage 36 wurde von 67 Teilnehmern beantwortet. Sie erfasste, ob die Behandlungsqualität und der Einfluss des Palliativdienstes auf die Behandlung der Patienten regelmäßig überprüft wurde, was von 20/67 Teilnehmern bejaht wurde. Der zweite Teil der Frage bestand aus der Spezifizierung dieser Überprüfung. Hier wurden noch von 14 Teilnehmern Angaben gemacht. Darunter waren folgende Angaben: Teilweise mündliche oder telef. Nachfragen/ tägliche Symptomkontrolle, Doku in allgemeine Akte und Pall.-Akte/ tägliche Evaluation der Symptome und Abschlussevaluation/ Persönliche Visiten im Verlauf, klinische Einschätzung/ Mündlich abgefragt und schriftlich in Palliativakte dokumentiert (Patienten, Angehörige, behandelndes Personal)/ Minimales Dokumentationssystem (MIDOS)/ keine standardisierte Überprüfung, Schrift. Anmerkung/ Evaluation auf Erfassungsbogen bei Abschluss/ Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS), jedoch noch nicht regelmäßig/ Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) (4x)/ Fragebögen/ Assessment zu Beginn und nach Abschluss.

Ein weiterer Aspekt in der Überprüfung der Patientenbetreuung war die Nutzung von standardisierten Fragebögen. Dies wurde in Frage 37 abgefragt. Diese Frage wurde von 65 Teilnehmern beantwortet, 45/65 Dienste verwendeten derartige Fragebögen. Frage 38 diente der genaueren Spezifizierung der verwendeten Fragebögen. In 16/46 Fällen wurde MIDOS, in 2/46 Fällen Palliative Care Outcome Scale (POS) und in 2/46 Fällen IPOS verwendet. Das Distress Thermometer fand in 6/46 Fällen Verwendung, der Karnofsky Index in 13 Fällen, der ECOG in 5/46 Fällen, das palliativmedizinische Basisassessment in 8/46 Fällen und der Barthel Index in 11 Fällen. In der Kategorie „Andere“ antworteten 11 Teilnehmer. Weitere Angaben, die unter andere gemacht wurden, waren das Hornheider Screening Instrument für Psychoonkologie, Borg sowie HOPE und SENS. SENS ist eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliativmedizin (Eychmüller). SENS steht für Symptome,

Entscheidungsfindung, Netzwerk und Support. Die Borg Skala dient der Erfassung von Atemnot.

In Frage 39 wurde die Zertifizierung des Palliativdienstes abgefragt. 67 Teilnehmer beantworteten die Frage. 3/67 Dienste waren innerhalb einer eigenen Palliativabteilung zertifiziert, 26/67 Palliativdienste innerhalb eines onkologischen Zentrums und in 22/67 Dienste im Rahmen der Gesamtzertifizierung des Krankenhauses. In 16 Fällen war der Palliativdienst nicht zertifiziert.

Frage 40 diente der Spezifizierung der in Frage 39 gegebenen Antworten. Die gemachten Angaben sind in der nachfolgenden Tabelle den Antworten aus Frage 39 zugeordnet. In Klammern ist die jeweilige Häufigkeit der angegebenen Zertifizierung aufgeführt.

Ja, innerhalb eigener Palliativabteilung	Ja, innerhalb eines onkologischen Zentrums	Ja, innerhalb der Gesamtzertifizierung des Krankenhauses
EQ ZERT (1)	TÜV (3)	TÜV (3)
OnkoZert (2)	OnkoZert (10)	OnkoZert (2)
	DIN ISO (1)	DIN ISO (5)
	KTQ (1)	KTQ (5)
	DKG (7)	Dekra (2)
	DGHO (2)	proCum Cert (2)
		WIESO-CERT (1)

Tabelle 22: Frage 40; n=45/115

EQ ZERT: Zertifizierungsinstitut der Steinbeis-Stiftung, es werden Managementsysteme und Personal zertifiziert (<https://www.eqzert.de/index.php/zertifizierung>, 02.02.2019). OnkoZert: unabhängiges Institut für die Überprüfung und Zertifizierung von Organkrebs- und onkologischen Zentren (<https://www.onkozert.de/>, 02.02.2019). KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (<https://www.ktq.de/>, 02.02.2019). DKG: Deutsche Krebsgesellschaft; DGHO: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Dekra: deutsche Prüfgesellschaft (<https://www.dekra.de/de/startseite/>, 02.02.2019), bei proCum Cert und WIESO-CERT um Zertifizierungsgesellschaften.

5.10 Qualitätsmanagement

Als ein Aspekt des Qualitätsmanagements wurde in Frage 41 abgefragt, ob in regelmäßigen Abständen Befragungen zur Zufriedenheit im Allgemeinen durchgeführt wurden. Die Frage wurde von 63 Teilnehmern beantwortet, davon wurden in 20 Diensten Befragungen zur Zufriedenheit durchgeführt.

Frage 42 war die Ergänzung zur vorhergehenden Frage, in der angegeben werden sollte, ob die o.g. Befragungen zur Zufriedenheit mit Patienten und/oder Angehörigen durchgeführt wurden. Mehrfachantworten waren hier möglich. Die Frage wurde von 31 Teilnehmern beantwortet. Nur ein Teilnehmer, der in Frage 41 „Ja“ angegeben hatte, beantwortete Frage 42 mit „nicht zutreffend“. In 14 Fällen wurden beide Antwortmöglichkeiten gewählt, in 4 Fällen nur „Patienten“ und in einem Fall nur „Angehörige“.

Frage 43 fragte gezielt ab, ob es innerhalb des Palliativdienstes Qualitätsmanagement gab, was bei 29/64 Diensten der Fall war.

Frage 44 fragte die Teilnahme an bestimmten Qualitätssicherungsmaßnahmen ab. Die Frage wurde von 59 Teilnehmern beantwortet. 44/59 Dienste nahmen an keiner Maßnahme teil, 14/59 Dienste nahmen am Nationalen Palliativ- und Hospizregister teil. Ein Teilnehmer wählte „Andere“ und gab HOPE (Hospiz- und Palliativ-Erfassung) an. Die Antwortmöglichkeit „SORGSAM“ wurde von keinem Teilnehmer ausgewählt.

5.11 Prozessqualität

Frage 45 und 46 fragten die Durchführung von Elementen und Behandlungsmaßnahmen ab, die in der S3-Leitlinie Palliativmedizin als Merkmale von Palliativdiensten genannt werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 23 und 24 aufgeführt. In beiden Fragen war eine Mehrfachauswahl möglich, beide Fragen wurden von 64 Teilnehmern beantwortet. In Frage 45 wurden strukturelle Aspekte der Therapieplanung und -organisation abgefragt. In über 90% der Fälle führte der Palliativdienst eine individualisierte Therapieplanung, Austausch mit Zuweisern oder weiterbehandelnden Ärzten sowie regelmäßige Teamtreffen durch. Die Evaluation des

Therapieziels sowie der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen wurde von über 70% der Dienste durchgeführt.

In Frage 46 wurden die in der S3-Leitlinie aufgeführten „Behandlungsmaßnahmen“ abgefragt. Der überwiegende Anteil der Maßnahmen wurde zwischen 80 – 99% der Fälle durchgeführt. Hierunter fielen unter anderem die Erfassung sowie die Behandlung von Symptomen der Patienten, die ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen, die vorausschauende Versorgungsplanung, die Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung sowie die Mitbegleitung in der Sterbephase und die Unterstützung der Mitglieder des primären Behandlungsteams. Die Rituale des Abschiedsnehmen und Erinnerns (knapp 52%) sowie die Vermittlung von Trauerbegleitung (77%) wurden von etwas weniger Diensten angeboten.

45. Führen Sie folgende in der S3-Leitlinie Palliativmedizin genannten Elemente im Palliativdienst durch? (n = 64)		
Individualisierte Therapieplanung	61	95,3%
Austausch mit zuweisenden und weiterführenden Behandelnden und Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten	60	93,8%
Multiprofessionelle, regelmäßige Teamtreffen zur Fallbesprechung (mindestens 1x/Woche)	59	92,2%
Evaluation des Therapieziels	50	78,1%
Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen	45	70,3%

Tabelle 23: Frage 45; n=64/115

46. Welche der folgenden in der S3-Leitlinie Palliativmedizin genannten „Behandlungsmaßnahmen“ führt Ihr Palliativdienst durch? (n = 64)		
Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung	63	98,4%
Mitbegleitung in der Sterbephase	62	96,9%
Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen	60	93,8%
Behandlung von Symptomen und Problemen in allen vier Dimensionen	60	93,8%
Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen, v. a. bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung	59	92,2%
Vorausschauende Versorgungsplanung	57	89,1%
Unterstützung der Mitglieder des primären Behandlungsteams	54	84,4%
Vermittlung von Trauerbegleitung	49	76,6%
Rituale des Abschiedsnehmen und Erinnerns	33	51,6%
Sonstiges (Überleitung in SAPV/Hospiz)	1	1,6%

Tabelle 24: Frage 46; n=64/115

5.12 Finanzierung/Abrechnung

In Frage 47 wurde erfasst, wer der Träger der übergeordneten Einrichtung ist. Sie wurde von 67 Teilnehmern beantwortet. In 36 Fällen wurde das Krankenhaus von staatlichen und kommunalen Krankenhausgruppen finanziert, in 11 Fällen von privaten Krankenhausträgern und in 20 Fällen von konfessionellen und überwiegend gemeinnützigen Krankenhausgruppen.

Frage 48 erfrage konkret die Finanzierung des Palliativdienstes ab. Die Frage wurde 64 Teilnehmern beantwortet. Mehrfachantworten waren hier möglich. In 46 Fällen wurden der Dienst über ein Zusatzentgelt über OPS, in 19 Fällen über interne Leistungsverrechnung und in 22 Fällen über Querfinanzierung innerhalb des Krankenhauses finanziert. In 8 Fällen wurde der Dienst über Spendengelder finanziert und in 2 Fällen über Stiftungen.

In Frage 49 konnte genauer spezifiziert werden, für wie viele Patienten welche OPS kodiert werden konnte.

OPS	Zahl der Beantwortungen	Patienten im Durchschnitt
8-982.0 (bis zu 6 Behandlungstage)	32	115,8
8-892.1 (mind. 7 bis höchstens 13 Behandlungstage)	36	59,1
8-892.2 (mind. 14 bis höchstens 20 Behandlungstage)	33	18,2
8-982.3 (mind. 21 Behandlungstage)	29	9,2
1-774 (Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment)	15	112,3

Tabelle 25: Frage 49

In Frage 50 konnten die Teilnehmer die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl der Adresse des Palliativdienstes angeben. Die Verteilung ist in Abbildung 19 angegeben.

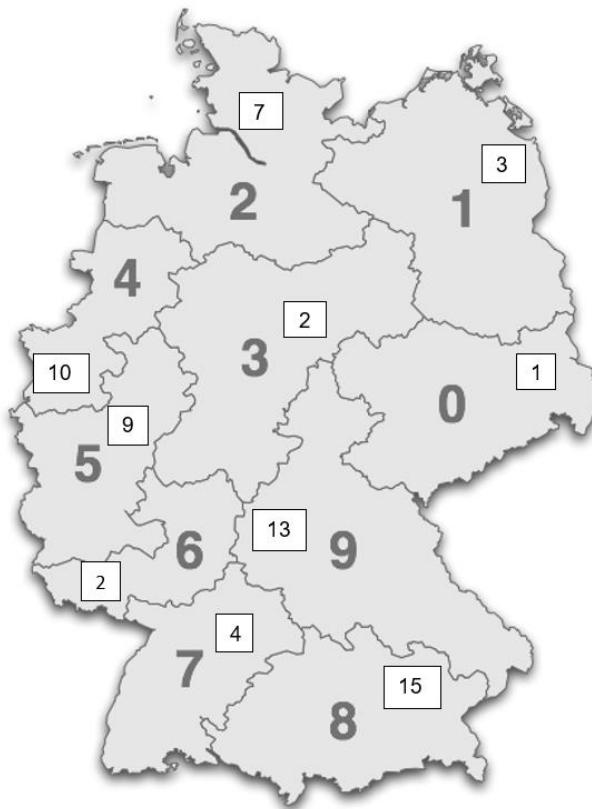


Abbildung 4: Frage 50; n=90; Grafik übernommen aus <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/4/47/PLZ-Deutschland.png>

5.13 Offene Fragen

Frage 51 bis 53 waren offene Fragen. Hier soll eine Zusammenfassung der Antworten gegeben werden, die vollständigen Antworten finden sich im Anhang.

Frage 51 fragte ab, was für die Arbeit des Palliativdienstes im Krankenhaus förderlich sei. Diese Frage wurde von 67 Teilnehmern beantwortet. Die Antworten sollen hier nach Themen zusammengefasst dargestellt werden.

- Unterstützung durch Verwaltung/Vorstand und Politik
- Finanzielle Ressourcen
- Personelle Ressourcen
 - o Eigene Stellenanteile nur für Palliativdienst
 - o Freistellung
 - o Festes Team
 - o Klare Strukturen
- Kooperation mit anderen Abteilungen
 - o Interdisziplinarität
 - o Offenheit der anderen Abteilungen
 - o Kooperation mit ärztlichen Kollegen sowie mit außerärztlichen Berufsgruppen
 - o Zusammenarbeit mit ambulanten Strukturen
 - o Akzeptanz durch andere Abteilungen
 - o Präsenz auf anderen Stationen
- Screening, frühzeitige Patientenvorstellung

Frage 52 fragte Hindernisse ab, denen der Palliativdienst bei der Arbeit im Krankenhaus begegnete. Sie wurde ebenfalls von 67 Teilnehmern beantwortet. Angegeben wurden unter anderem:

- Zeitmangel
- Zu späte Anmeldung der Patienten
 - o „Vermutlich werden wir noch viel zu selten und zu spät geholt“

- „Palliativversorgung wird häufig als Endstation und letzte Möglichkeit gesehen und daher sehr lange gemieden, daher häufig ‚Feuerwehreinsätze‘“
- Fehlende Akzeptanz in anderen Kliniken
 - „Machtkämpfe“
 - „Streitigkeiten wer der Kopf ist“
 - mangelnde Wertschätzung
 - „Meinen wohl auch, die Pat. gingen dann für sie verloren, sehen den Dienst nicht als Ergänzung, muss noch besser bewusst gemacht werden“
 - ständig wechselndes Arztpersonal bei den primären Behandlern auf Station
 - Nichtumsetzung der Konsilempfehlung („wir können nur beraten/empfehlen, aber nicht anordnen“), Verlorengehen von Informationen
- Kein eigenes Personal für den Palliativdienst
 - Personalmangel
 - Arbeit im Palliativdienst „nebenbei“
- Finanzierung
 - „Ökonomie-getriggerte Entscheidungen“
 - „die Kollision zwischen der Palliativstation als besonderer Einrichtung und ‚teuren‘ Therapien (medizinische Tumortherapie/ Strahlentherapie), die nur im DRG-System Entgelt-wirksam sind => Patienten mit Tumor-spezifischer Therapie können nicht auf der Palliativstation behandelt werden, selbst wenn es aufgrund der Schwere und Komplexität der Symptome sinnvoll wäre“
- Überlastung

Frage 53 sollte den Teilnehmern die Möglichkeit geben, Dinge mitzuteilen, die im bisherigen Fragebogen noch nicht zur Sprache gekommen waren. Diese Frage wurde von 28 Teilnehmern beantwortet.

- Wunsch nach Verpflichtung zur Einrichtung von palliativer Versorgung
- Bessere Finanzierungsmöglichkeiten
 - Reduktion der Mindestzahl der Behandlungstage für Komplexbehandlung

- Standardisierung der Finanzierungsgrundlage
- Die Tagesgrenze bei der Abrechenbarkeit über OPS stellt ein Hindernis dar
- Standardisierung der personellen Aussstattung

5.14 Planung Palliativdienst

Der letzte Fragenabschnitt war nur für Teilnehmer zu beantworten, die die erste Frage damit beantwortet hatten, dass bislang kein Palliativdienst bestand. Dies traf auf insgesamt 36 Teilnehmer zu.

Frage 54 sollte erfassen, ob sich die Einrichtung gerade im Aufbau befand. Sie wurde von 30 Teilnehmern beantwortet. In 10 Fällen befand sich die Einrichtung im Aufbau, in 20 Fällen nicht.

In Frage 55 wurde gefragt, ab wann die Patientenbetreuung geplant sei. 18 Teilnehmer beantworteten die Frage, in den meisten Fällen war der Betreuungsbeginn für zwischen 2016 und 2017 geplant. In einigen Fällen war der Beginn noch nicht terminiert.

Die Fragen 56 und 57 befassten sich mit den geplanten Diensten. In 15 Fällen war ein Palliativdienst geplant. Dies ging aus Frage 56 hervor, die von 20 Teilnehmern beantwortet wurde. Frage 57 war als offene Frage konzipiert und fragte Details zur Planung ab. An mehreren Stellen ist zunächst ein Team aus einem Arzt und einer Pflegekraft vorgesehen, zum Teil waren vor allem finanzielle und strukturelle Aspekte noch nicht geklärt.

In Frage 58 konnten die ersten beiden Stellen der Postleitzahlen des geplanten Dienstes angegeben werden. Hier antworteten drei Teilnehmer: 93 / 50 / 45

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Diese Ergebnisse der vorliegenden Umfrage beschreiben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei Palliativdiensten in deutschen Krankenhäusern.

Insgesamt beantworteten 151 Personen den Fragebogen, in 115 Fällen war ein Palliativdienst vorhanden. Der Großteil dieser Dienste (n=68) entstand in den letzten 10 Jahren vor der Umfrage. In ca. 30% der Fälle waren die Dienste in Krankenhäusern ohne weitere palliativmedizinische Angebote angesiedelt. Im Schnitt setzte sich das Personal aus zwei Fachärzten und drei Krankenpflegern zusammen, von denen der überwiegende Anteil die Zusatzbezeichnung Palliative Care erworben hatte. Geleitet wurden die Dienste in der überwiegenden Zahl der Fälle von Ärzten, vereinzelt lag die Leitung bei Pflegekräften. Weitere Berufsgruppen waren in vielen Fällen nicht direkt Teil des Palliativdienstes, sondern wurden bei Bedarf hinzugezogen. In knapp 70% kooperierten die Palliativdienste mit externen Einrichtungen wie beispielsweise SAPV-Teams oder Hospizen.

Die befragten Dienste betreuten im Schnitt 254 Patienten im Jahr 2015, der Großteil dieser Patienten (76,8%) litt an onkologischen Erkrankungen. Die Betreuung dieser Patienten erfolgte in über 90% auf Allgemeinstationen. Nur 20% der Dienste betreuten auch ambulante Patienten.

Die teilnehmenden Palliativdienste waren in Deutschland verteilt angesiedelt, wobei sich knapp 80% der Palliativdienste in den alten Bundesländern befanden.

Zum Zeitpunkt der Umfrage gab es trotz der in der Leitlinie für Palliativmedizin empfohlenen Strukturen für Palliativdienste keine einheitliche Personal-, Finanzierungs- und Prozessstruktur. Mittlerweile gibt es eine eigene OPS für die Abrechnung der durch einen Palliativdienst erbrachten Leistungen. Hierauf wird im Bereich „Ausblick“ näher eingegangen.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Trotz der niedrigen Zahl an Beantwortungen konnte durch die Umfrage ein Einblick in die Funktions- und Arbeitsweise der Palliativdienste in Krankenhäusern gewonnen werden.

6.2.1 Allgemeine Fragen

Der überwiegende Anteil der Palliativdienste (68/86) entstand im Zeitraum zwischen den Jahren 2006 und 2015. Allein für das Bundesland Bayern lässt sich über die letzten Jahre ein deutlicher Anstieg der genehmigten Palliativdienste verzeichnen. Waren es 2011 noch 22 Dienste, so waren im Jahr 2015 bereits 53 Palliativdienste in Bayern genehmigt (Anneser, 2018). Nur ca. 30% der Dienste waren in Krankenhäusern ohne weitere palliativmedizinische Angebote angesiedelt. Ein Aspekt, der hier nicht abgefragt wurde, der aber von Interesse wäre, ist die weitere Charakterisierung des Krankenhauses, in dem der Palliativdienst arbeitet. Der Träger der Einrichtung wurde im Bereich Finanzierung abgefragt. Es wurde zwischen staatlich/kommunal, privat oder konfessionell/gemeinnützig unterschieden, die Antwortmöglichkeit, dass es sich um ein universitäres Krankenhaus handelt, fehlte. Weitere Punkte, die abgefragt werden sollten, sind beispielsweise die Bettenzahl oder ob es sich bei dem Krankenhaus um ein maximalversorgendes Haus handelt. Die Bettenzahl ist dahingehend von Interesse, da es Empfehlungen gibt, die Vorhaltung eines Palliativdienstes für Häuser ab einer bestimmten Größe mit 200 stationären Betten verpflichtend einzuführen (Radbruch, 2009b, DHPV, 2015).

6.2.2 Personal

In der S3-Leitlinie wird empfohlen, dass jedes Team eines Palliativdienstes aus mindestens drei Berufsgruppen bestehen soll (Leitlinienprogramm, 2019). Dies wird von der Umfrage nicht dezidiert abgefragt. Die Umfrage erfasst die pro Berufsgruppe vorhandenen Vollstellen. Mehrere Teilnehmer gaben an, dass weitere Berufsgruppen wie beispielsweise Ernährungsberater oder Schmerztherapeuten nicht fester Bestandteil des Teams waren,

sondern bei Bedarf hinzugezogen werden konnten. Dies ist eine in der Literatur beschriebene mögliche Arbeitsweise; es ist nicht zwingend notwendig, dass alle verschiedenen Berufsgruppen Teil des tatsächlichen Teams sind, sondern dass diese Berufe in enger Absprache kooperieren und bei Bedarf hinzukommen (Radbruch, 2009b). Entscheidend für die Arbeit eines Palliativdienstes ist der multiprofessionelle, interdisziplinäre Ansatz (Radbruch, 2009a) sowie letztendlich Teamarbeit (Junger, 2007). Die Teamarbeit scheint den stärksten Effekt auf die effektive Symptomkontrolle von palliativen Patienten zu haben (Higginson, 2003).

Nur knapp 20% der ärztlichen Mitarbeiter waren ausschließlich für den Palliativdienst tätig. Der Großteil des ärztlichen Personals arbeitete zusätzlich auf Stationen oder in Ambulanzen. Bei den pflegerischen Mitarbeitern waren knapp 40% ausschließlich im Palliativdienst angestellt. Es muss ein Ziel der Weiterentwicklung der Palliativdienste in Deutschland sein, dass es feste Stellenanteile nur für die Dienste gibt. Dies gewährleistet eine kontinuierliche Patientenbetreuung und den Erwerb adäquater Expertise bei den Behandlern. Die Teammitglieder eines Palliativdienstes sollten möglich ausschließlich in der Palliativmedizin tätig sein (Radbruch, 2009a). Durch die Einführung der OPS 8-98h speziell für Palliativdienste ist die genaue Zuordnung von Stellenanteilen für den Palliativdienst verpflichtend geworden.

6.2.3 Räumliche Ausstattung

Die in der S3-Leitlinie empfohlenen eigenen Räumlichkeiten waren nur in knapp über der Hälfte der Fälle vorhanden (Leitlinienprogramm, 2019).

6.2.4 Integration in das Krankenhaus

In den meisten Fällen war der Palliativdienst telefonisch, über Funk oder über das krankenhauseigene Computersystem erreichbar. Der Großteil der Dienste war jedoch nur zu den Regelarbeitszeiten des Krankenhauses verfügbar. Nun stellt sich die Frage, ob die Notwendigkeit für einen Palliativdienst besteht, 24 Stunden an 7 Tagen der Woche verfügbar

zu sein. In 30% der Fälle war der Palliativdienst über eine Rufbereitschaft erreichbar. Diese Rufbereitschaft gehörte jedoch im Großteil der Fälle zur Palliativstation. Da aber gerade in Häusern ohne Palliativstation die Versorgung durch einen Palliativdienst von höchster Relevanz ist(Leitlinienprogramm, 2019), muss hinterfragt werden, ob es nicht möglich ist, eine Art Hotline oder Rufdienst zu etablieren. Dies könnte in Notfällen, in denen eine rasche palliativmedizinische Anbindung oder Unterstützung bei Fragen der Symptomkontrolle notwendig ist, sowohl für Patienten wie auch für das primäre Behandlungsteam eine relevante Unterstützung bringen. In der Leitlinie für Palliativmedizin ist derzeit jedoch einzige die Erreichbarkeit zu den Regelarbeitszeiten im Krankenhaus empfohlen(Leitlinienprogramm, 2019). Ein palliativmedizinischer Notdienst geht mit einem erhöhten Personalbedarf einher. Um über die neu eingeführte OPS 8-98h ein Zusatzentgelt für Palliativdienste abrechnen zu können, ist die Erreichbarkeit über 24 Stunden an 7 Tagen der Woche in der Zwischenzeit jedoch Voraussetzung.

Die Anforderung des Palliativdienstes konnte immer durch den Arzt erfolgen, in knapp 90% der Fälle auch durch die Pflegekräfte. Angehörige oder Patienten konnten den Dienst zwischen 50% und 65% der Fälle anfordern. Es erscheint nicht zwingend notwendig, dass die Anforderung des Palliativdienstes über die Patienten selbst möglich ist. Der Patient hat die Möglichkeit, über das primäre Behandlerteam jederzeit um die palliativmedizinische Betreuung zu bitten. Das einzige Risiko besteht darin, dass die Anbindung zu spät erfolgt, da es Unklarheiten bei der Zuständigkeit zwischen Dienst und Primärbehandler gibt. Dieser Punkt wurde auch in den offenen Fragen immer wieder thematisiert. Die Aufgabenverteilung muss klar geregelt werden. Der Dienst berät das primär behandelnde Team und spricht lediglich Empfehlungen aus, die Umsetzung dieser Empfehlung bleibt jedoch die Verantwortlichkeit des Primärbehandlers (Radbruch, 2009b).

Entscheidend scheint hier außerdem die Bekanntmachung des Dienstes durch Informationsmaterial oder den Internetauftritt zu sein. Es ist dringend notwendig, Patienten und auch Ärzte über das palliativmedizinische Angebot zu informieren und damit die Zugangswege zu sichern (Radbruch, 2009a). Die S3-Leitlinie empfiehlt, dass die „Teamstruktur, Indikation

und Erreichbarkeit des Palliativdienstes klar definiert werden“ (Leitlinienprogramm, 2019). Die Kommunikation dieser Informationen an die Abteilungen, die Patienten behandeln, die potenziell palliativmedizinische Betreuung benötigen, ist essentiell, um eine frühzeitige Integration der Palliativmedizin zu ermöglichen.

6.2.5 Kooperation

In knapp 70% der Fälle (60/87 Beantwortungen) bestanden verbindliche Kooperationen zwischen dem Palliativdienst und anderen palliativmedizinischen Einrichtungen. Es wurden sowohl Hospize, Tageskliniken wie auch SAPV-Dienste genannt. Diese Kooperationen sind für die Dienste von Bedeutung, da eine der Hauptaufgaben eines stationären Palliativdienstes in der Überleitung von Patienten in die Versorgung außerhalb des Krankenhauses besteht (Radbruch, 2009b). Wie in Frage 33 erkennbar, werden die durch den Palliativdienst behandelten Patienten in immerhin knapp 50% der Fälle in Einrichtungen mit palliativmedizinischer Betreuung verlegt.

Die sektorenübergreifende Versorgung von Patienten, also zwischen stationären und ambulanten Palliativstrukturen ist eine entscheidende Voraussetzung für eine kontinuierliche Patientenbetreuung (Leitlinienprogramm, 2019). Damit sind die oben genannten Kooperationen ein wichtiger Bestandteil in der Patientenversorgung.

In über 70% der Fälle (64/88) gab es Kooperationen mit onkologischen Zentren. Diese Kooperationen sind insbesondere im Hinblick auf die frühzeitige Anbindung von onkologischen Patienten an die notwendige Palliativversorgung von Bedeutung.

6.2.6 Weitere Angebote

Die Sichtbarkeit des Palliativdienstes innerhalb des Krankenhauses ist entscheidend für die Arbeit des Dienstes. Dies kann unter anderem durch die regelhafte Teilnahme an

interdisziplinären Tumorkonferenzen gewährleistet werden (Booth, 2010). In der vorliegenden Umfrage gaben 55 Teilnehmer an, an interdisziplinären Konferenzen teilzunehmen.

Unterstützende Angebote für Mitarbeiter des Palliativdienstes gab es in 92% der Palliativdienste. Hierbei handelte es sich unter anderem um Supervision und Fallbesprechungen. Das Angebot von Supervision ist ein Kriterium der Prozessqualität, das in der S3-Leitlinie vorgegeben und in knapp 75% der Fälle angeboten wird. Die Wichtigkeit der Unterstützung für Mitglieder eines Palliativdienstes darf nicht unterschätzt werden und wird auch empfohlen (Radbruch, 2009b). Das Risiko für die Entwicklung eines Burnout bei Angestellten in mobilen Palliativteams war signifikant höher als bei Angestellten von beispielsweise Palliativstationen (Dreano-Hartz, 2016)

6.2.7 Patienten

Durchschnittlich wurden von den Palliativdiensten im Jahr 2015 254 Patienten betreut. Die Spanne reicht jedoch von 20 Patienten bis zu über 900 Patienten. Hier fehlt als Zusatzinformation die Bettenzahl des übergeordneten Krankenhauses, um diese Zahlen besser einordnen zu können.

Wie in anderen Bereichen der Palliativversorgung waren auch bei den befragten Palliativdiensten Patienten mit onkologischen Grunderkrankungen die größte Patientengruppe (knapp 77%). Dies wurde bereits in anderen Untersuchungen beobachtet, in denen der Hauptanteil von Patienten, die in einem universitären Haus durch einen Palliativdienst betreut wurden, Patienten mit onkologischen Erkrankungen, Demenz und HIV waren (Manfredi, 2000). Eine weitere Aufschlüsselung der weiteren Patientengruppen wäre von Interesse, um beispielsweise den Anteil von geriatrischen Patienten besser zu erfassen. Bei den Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen muss genauer erfasst werden, an welchen Krankheiten die Patienten litten. In der vorliegenden Umfrage wurde lediglich unterschieden, ob es sich um neurologische oder nicht-neurologische nicht-onkologische Erkrankungen handelte. Im Zuge des demographischen Wandels rücken auch immer mehr chronische nicht-onkologische

Erkrankungen in den Vordergrund (Davies, 2004). Patienten werden älter und leben durch verbesserte Diagnostik und Therapie länger mit chronischen Erkrankungen wie beispielsweise kardiovaskulären Erkrankungen. Damit steigt auch der Anteil an Patienten mit derartigen Erkrankungen, die eine spezialisierte Palliativversorgung benötigen. Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei onkologischen Patienten zu beobachten. Durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten können Patienten länger mit einer malignen Erkrankung leben und bedürfen daher vermehrt einer palliativmedizinischen Betreuung, die sich um Aspekte wie Symptomkontrolle oder andere Probleme kümmert (Higginson, 2008). In anderen Berichten konnte über die Jahre eine Veränderung der behandelten Patienten im Hinblick auf die primäre Diagnose beobachtet werden (Rogers, 2017).

Der Hauptanteil der Patienten (>90%) wurde auf den jeweils primär behandelnden Allgemeinstationen mitbetreut. Nicht erhoben wurden in dieser Umfrage die überweisenden beziehungsweise anfordernden Abteilungen. Ambulante Patienten machten mit knapp 27% nur einen geringen Anteil aus. Dennoch erhalten gerade onkologische Patienten häufig bis kurz vor dem Tod noch ambulante, aggressive Chemotherapien (Earle, 2004) und haben einen nicht unerheblichen Bedarf an Unterstützung beispielsweise im Bereich der Symptomkontrolle (Whitmer, 2006, Morita, 2008). Die Mitbetreuung durch ein Palliativteam scheint außerdem das Outcome bei schwerkranken, ambulanten Patienten zu verbessern (Rabow, 2004). Die Versorgung von ambulanten Patienten durch Palliativdienste im Krankenhaus sollte daher mit in den Fokus gerückt werden. Auch dies ist möglicherweise ein wichtiger Aspekt in einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung.

In knapp 40% der Fälle wurden die Patienten nach Ende der Betreuung durch den Palliativdienst an Einrichtungen mit palliativmedizinischer Versorgung angebunden. Über die Rate an Wiederaufnahmen nach Entlassung gibt es keine Daten. Durch ein strukturiertes Follow-up der betreuten Patienten könnte erhoben werden, wie häufig die aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten wieder stationär aufgenommen werden mussten. Untersuchungen legen nahe, dass die Rate der Wiederaufnahmen durch den Einfluss von Palliativdiensten vermindert werden kann (Glasgow, 2019).

Durch die Verwendung von standardisierten Screening Instrumenten auf den behandelnden Stationen könnten potentielle Patienten, die von einer Mitbetreuung durch den Palliativdienst profitieren, früher identifiziert werden (Rogers, 2017). Dies scheint notwendig, da auch in der vorliegenden Umfrage circa 30% der durch den Palliativdienst betreuten Patienten noch im Krankenhaus verstarben. Begleitung sterbender Patienten ist ein wichtiger Bestandteil palliativmedizinischer Versorgung, jedoch kann durch frühzeitige Anbindung versucht werden zu verhindern, dass Patienten im Krankenhaus versterben.

6.2.8 Dokumentation

Nur ein kleiner Anteil der befragten Palliativdienste nutzte ein eigenes Softwaresystem zur Dokumentation, die Mehrzahl der Dienste dokumentierte die Empfehlungen in einer Papierakte oder elektronisch im Krankenhaussystem. Ziel muss die bestmögliche Kommunikation der Therapieempfehlung und damit die Ermöglichung einer raschen Umsetzung sein. Nur in etwa 70% der Fälle wurde die Therapieempfehlung auch schriftlich an die primär behandelnde Station übermittelt. 60% respektive 50% übermittelten die Therapieempfehlung mündlich oder telefonisch. Die Kommunikation der Empfehlung stellt die unmittelbare Schnittstelle des Palliativdienstes mit der primär behandelnden Abteilung dar.

Die Art der gegebenen Empfehlungen wurde in der Umfrage nicht erfasst. Hier findet sich in der Literatur beispielsweise die Unterteilung „pharmakologisch“, „nicht-pharmakologisch“, „Therapiezieländerung“ oder „Unterstützung im Entlassmanagement“ (Virik, 2002). Dies hat nicht in erster Linie mit der Struktur der Palliativdienste zu tun, beschreibt jedoch die Arbeit der Dienste näher, so dass dies in einer erneuten Umfrage erfasst werden könnte.

In diesem Fragenblock wurde auch die Verwendung von standardisierten Fragebögen abgefragt. Hier zeigte sich eine starke Heterogenität bei den verwendeten Bögen. Es wurden sowohl Bögen angegeben, die nicht spezifisch für die Palliativmedizin sind und lediglich den Allgemeinzustand des Patienten beschreiben (ECOG, Karnofsky-Index) wie auch Bögen, die explizit für die Erfassung palliativmedizinischer Aspekte sind (palliativmedizinisches

Basisassessment, HOPE) Die Verwendung von einheitlichen Fragebögen wäre eine Möglichkeit, eine Standardisierung und besseren Vergleichbarkeit der Dienste zu gewährleisten. Die in einem Fall angegebene Borg Skala ist ein Instrument zur Erfassung von Atemnot. Hier wird der Fokus also lediglich auf ein mögliches Symptom gelegt. Da bei terminal erkrankten Patienten jedoch unterschiedliche Symptome auftreten können (Delgado-Guay, 2009), ist eine multidimensionale Symptomerfassung notwendig.

Durch die Verwendung eigens für die Palliativmedizin entwickelter Dokumentationsbögen wie MIDOS, POS und IPOS kann eine umfassende Dokumentation der Symptome eines Palliativpatienten gewährleistet werden. In diesen Bögen wird nicht nur das Vorhandensein verschiedener Symptome, sondern auch der vom Patienten empfundene Schweregrad abgefragt. In der Leitlinie Palliativmedizin sind diese Bögen als mögliches Instrument zur Bestimmung der Bedürfnisse und der Probleme des Patienten genannt (Leitlinienprogramm, 2019). Die Erfassung der Patientenbedürfnisse ist ein Bestandteil zur Ermittlung der Komplexität der Patientensituation (Leitlinienprogramm, 2019). Über die Ermittlung der Komplexität der Patientensituation kann wie eingangs erwähnt, festgelegt werden, welche Palliativversorgung ein Patient benötigt. Damit sind auch die genannten Bögen essentieller Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung. Die Beurteilung der Symptome wie Atemnot, Übelkeit und Schmerz sollten zu Beginn, während und nach einer symptomatischen Therapie erfolgen (Leitlinienprogramm, 2019).

Mehrere Dienste sind über die Gesamtzertifizierung des Krankenhauses oder über die Zertifizierung des onkologischen Zentrums zertifiziert. Nur drei Dienste sind über die eigene Palliativabteilung zertifiziert. Die Zertifizierung erfolgte jeweils durch unterschiedliche Einrichtungen. Gerade im Hinblick auf eine notwendige und wünschenswerte Standardisierung ist eine Zertifizierung nach einheitlichen Standards und durch idealerweise ähnliche Zertifizierungsstellen wünschenswert. Des Weiteren ist keine der aufgeführten Zertifizierungen spezifisch für palliativmedizinische Versorgungsstrukturen. Dies hat zur Folge, dass nicht der Aufbau oder die Qualität der palliativmedizinischen Versorgung überprüft wird, sondern meist nur das Vorhandensein eines Palliativdienstes. Die DGP hat in Kooperation mit ClarCert ein

Verfahren zur Anerkennung und Zertifizierung für Palliativstationen etabliert. Im Rahmen dieses Verfahrens werden Palliativstationen daraufhin überprüft, ob sie in der Lage sind, die Anforderungen an die Patientenversorgung zu erfüllen, die in der S3-Leitlinie für Palliativmedizin gefordert sind. Die Überprüfung erfolgt anhand eines Erhebungsbogens, der verschiedene Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abfragt ((DGP, 2017); Stand 17.03.2019). Hierbei wird zwischen Kriterien unterschieden, die entweder nur für die Anerkennung durch die DGP, nur für die Zertifizierung oder für beides notwendig sind. Ein weiterer Schritt für die Standardisierung der palliativmedizinischen Versorgung wäre ein ähnliches Zertifizierungsverfahren für Palliativdienste im Krankenhaus. Dadurch würde sichergestellt, dass Palliativdienste bestimmte Strukturkriterien erfüllen, um als solcher Dienst anerkannt zu werden.

6.2.9 Qualitätsmanagement

Unter dem Begriff Qualitätsmanagement werden alle organisatorischen Maßnahmen zusammengefasst, die die Gewährleistung bestimmter Standards sicherstellen sollen. In der vorliegenden Umfrage wurden unter diesem Oberbegriff unter anderem abgefragt, ob die Zufriedenheit der Patienten und/oder der Angehörigen regelhaft überprüft wurde. Dies fällt unter den Aspekt der Ergebnisqualität. Nur in etwa einem Drittel der Fälle wurden derartige Abfragen durchgeführt.

Qualitätsmanagement im eigentlichen Sinne gab es in knapp der Hälfte der Dienste. Nur ein geringer Teil der Palliativdienste nahm an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teil. Hier besteht sicher Verbesserungsbedarf, auf die Notwendigkeit eines Kriterienkataloges für Palliativdienste wurde im Zuge der Diskussion der Zertifizierung bereits eingegangen.

In diesem Zusammenhang hätte die Teilnahme am „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ abgefragt werden können.

6.2.10 Prozessqualität

In der S3-Leitlinie Palliativmedizin werden bestimmte Aspekte der Behandlung sowie der Therapieplanung aufgeführt, die ein Palliativdienst anbieten und erfüllen soll. Hierbei handelt es sich um Bestandteile einer palliativmedizinischen Behandlung wie beispielsweise die Erfassung und Behandlung von Symptomen. Auch spezifische Maßnahmen zur Sicherung der Prozessqualität wie „Individualisierte Therapieplanung“ wurden abgefragt (S3-Leitlinie, 2015). Die Kriterien werden im Schnitt von ca. 70% - 90% der Dienste erfüllt. Hier könnte man in weiterführenden Befragungen durchaus mehr ins Detail gehen und beispielsweise abfragen, wie die verschiedenen Aspekte erfüllt werden. Die Kriterien der Strukturqualität wie beispielsweise Personal oder Räumlichkeiten bekamen mehr Platz mit eigenen Fragen eingeräumt, so dass es notwendig erscheint, hier in weiterführenden Untersuchungen den Fokus zu erweitern und die Prozessqualität dezidierter abzufragen.

6.2.11 Finanzierung/Abrechnung

Wie bereits eingangs erwähnt, wurde in der Frage nach dem Träger der übergeordneten Einrichtung nur zwischen staatlichen/kommunalen, konfessionellen/gemeinnützigen Krankenhausgruppen und privaten Trägern unterschieden.

In 46/64 Fällen rechnete der Palliativdienst über OPS ab. Zum Zeitpunkt der Umfrage gab es keine eigene OPS zur Abrechnung eines Palliativdienstes. Der weitaus größte Anteil der Patienten wurde über die OPS 8-982.0, also für bis zu sechs Behandlungstage abgerechnet. Dies zeigt, dass der Palliativdienst oft nur für einen kurzen Zeitraum an der Behandlung der Patienten teilnimmt.

In Frage 50 konnten die Teilnehmer die ersten beiden Stellen der Postleitzahl des Palliativdienstes angeben. Hier zeigt sich eine ungleichmäßige Verteilung innerhalb Deutschlands. Während es in Bayern/Baden-Württemberg bereits über 20 Palliativdienste gab, waren es Sachsen/Berlin-Brandenburg/Mecklenburg-Vorpommern weniger als zehn. Hier scheint es innerhalb Deutschlands ein Ungleichgewicht zu geben. Die Inkraftsetzung des

deutschlandweit gültigen Hospiz- und Palliativgesetztes könnte möglicherweise dazu beitragen, dies auszubalancieren, da die palliativmedizinische Versorgung nun nicht mehr reine Ländersache ist.

6.2.12 Offene Fragen

Mit Frage 51 – 53 wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, Aspekte anzugeben, die im Rest der Umfrage nicht zur Sprache gekommen waren. In der ersten Frage ging es um Dinge, die für die Arbeit des Palliativdienstes förderlich waren. Hier wurden vor allem Aspekte der Strukturqualität, wie beispielsweise finanzielle und personelle Ressourcen angegeben. Unter anderem wurden eigene Stellenanteile für den Palliativdienst gefordert. Wie in Frage 19 erfasst, waren bei den ärztlichen Mitarbeitern nur knapp 20% und bei den pflegerischen Mitarbeitern knapp 40% ausschließlich im Palliativdienst tätig. Die Leitlinie Palliativmedizin empfiehlt ein festes, eigenständiges Kernteam für den Palliativdienst. Hierauf wurde im Bereich „Personal“ bereits ausführlich eingegangen. Ein eigenständiges Team kann eine adäquate Patientenversorgung sowie die Behandlungskontinuität gewährleisten. Jünger et al haben bereits Kriterien beschrieben, die für eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit im palliativmedizinischen Team notwendig sind (Junger, 2007).

Als förderlich wurden außerdem Kooperation mit anderen Abteilungen innerhalb des Krankenhauses sowie Kooperationen mit ambulanten Strukturen beschrieben.

Ein Aspekt, der als problematisch genannt wurde, war die fehlende Akzeptanz der mitbehandelnden Kliniken. Hier wurde mehrfach angesprochen, dass eine Beteiligung des Palliativdienstes häufig zu „Streitigkeiten wer der Kopf ist“ führen würde und dass aus Angst, den Patienten zu verlieren, der Palliativdienst häufig zu spät oder gar nicht gerufen würde. Im Hinblick auf derartige Probleme erscheint es von höchster Relevanz, die Palliativmedizin und vor allem die Palliativdienste besser bekannt zu machen. Vor allem das Konzept der Mitbetreuung und Unterstützung des primären Behandlungsteams muss in den Vordergrund gerückt werden. Die Inanspruchnahme eines Palliativdienstes kann nicht nur für Patienten

sondern auch für die behandelnden Kollegen als Entlastung empfunden werden (Schmacke, 2016). Die Wahrnehmung des Palliativdienstes und dessen Aufgabenfeld in anderen Kliniken ist ein relevanter Aspekt für die Arbeit des Dienstes. Hier sind immer wieder Missverständnisse beschrieben, wenn es beispielsweise um die genauen Aufgaben oder Zuständigkeiten der Palliativdienste geht (Oakley, 2005).

Einige Teilnehmer bemängeln, dass Empfehlungen teils nur unzureichend, teils gar nicht umgesetzt werden oder dass Informationen verloren gehen. Hier kommt die oben bereits diskutierte Dokumentation ins Spiel. Eine schriftliche Dokumentation des Konsiles sowie der Empfehlungen im krankenhauseigenen Computersystem kann am ehesten garantieren, dass möglichst wenig Information zwischen den Abteilungen verloren geht. Außerdem ist die Information dann auch für Kollegen nach einer eventuellen Verlegung innerhalb des Krankenhauses problemlos einsehbar.

6.2.13 Planung Palliativdienst

Insgesamt 36 Teilnehmer gaben an, dass es an ihrer Einrichtung zum Zeitpunkt der Umfrage noch keinen bestehenden Palliativdienst gab. In 10 Fällen befand sich der Dienst gerade im Aufbau, in 15 Fällen war ein Palliativdienst geplant. Diese Zahlen zeigen, dass die Zunahme der Palliativdienste in Deutschland weiter voranschreitet. Leider wurden hier nur von drei Teilnehmern die ersten Zahlen der Postleitzahl angegeben, so dass nicht erkennbar ist, ob sich hier bereits regionale Unterschiede ausgleichen.

6.3 Diskussion der Methoden

6.3.1 Rücklauf

Eine Schwäche der Umfrage ist die Rücklaufquote. Obwohl die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage an über 4000 E-Mail-Adressen versendet wurde, wurde Frage 1 von nur 151 Personen beantwortet. Es gibt keine Daten darüber, wie viele Teilnehmer den Link öffneten, ohne die Umfrage zu bearbeiten. Dies sollte bei erneuter Durchführung einer derartigen

Umfrage erfasst werden. Es liegen keine genauen Daten über die Anzahl von Palliativdiensten in Deutschland vor, dennoch erscheinen 115 positive Rückmeldungen eher gering.

6.3.2 Modalität der Umfrage

Online-basierte Umfragen bieten im Vergleich zu postalisch oder telefonisch durchgeführten Umfragen den Vorteil, dass sie deutlich kostengünstiger durchzuführen sind und rascher an eine größere Gruppe von potentiellen Teilnehmern verteilt werden können (Andrews, 2003). Ein weiterer Vorteil ist die elektronische Verfügbarkeit der Daten und damit ein geringeres Fehlerpotential beim Übertragen der erhobenen Daten in eine Datenbank. Auch bietet eine Online-Umfrage den Vorteil, dass eingestellt werden kann, ob beispielsweise Mehrfachantworten möglich sind (Andrews, 2003). Weiter unten wird diskutiert werden, dass auch dieses System fehleranfällig ist. Online-Umfragen sind außerdem ein sehr nutzerfreundliches System, da der Teilnehmer selbst entscheiden kann, wann er an der Umfrage teilnimmt, beliebig viel Zeit bei der Beantwortung der Fragen hat und die Umfrage im Idealfall zwischenspeichern kann und zu einem späteren Zeitpunkt wieder fortfahren kann (Regmi, 2016).

Die Modalität der Umfrage war geeignet, eine breite Zielgruppe zu erreichen. Durch die Verteilung mittels E-Mail besteht das Risiko, dass die E-Mail in der täglich sehr hohen Anzahl an eingehenden Nachrichten untergeht oder als „Spam“ verloren geht.

Ein weiterer Schwachpunkt war die Optionalität der Fragenbeantwortung. Dadurch, dass nur die erste Frage verpflichtend war, nahm die Zahl der Beantwortungen im Laufe des Fragebogens ab. Obwohl in der ersten Frage 115 Teilnehmer angaben, dass ein Palliativdienst vorhanden, erreichten die Beantwortungen der folgenden Fragen diese Zahl nicht mehr. Das wäre durch die Verpflichtung zur Beantwortung sowie die Antwortmöglichkeit „Keine Angabe“, „unbekannt“ oder „nicht zutreffend“ vermeidbar. Dadurch ist die Umfrage nur zu einem bestimmten Maß aussagekräftig.

Trotz der Pilotierung und der mehrfachen Überprüfung sowohl des Papierfragebogens wie auch der Online-Version, sind einzelne Fehlfunktionen und Redundanzen nicht aufgefallen und so in den finalen Fragebogen mit integriert gewesen. Hierbei handelt es sich zum Teil um inhaltliche Fehler, zum Teil um Eingabefunktionen, die nicht wie ursprünglich geplant funktionierten. Diese sollen hier kurz dargestellt werden. In Frage 5, die aus dem „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ übernommen wurde, waren als Auswahlmöglichkeiten sowohl „KrankengymnastIn“ als auch „PhysiotherapeutIn“ angegeben. Da die Antwortmöglichkeiten zwar redundant sind, aber nicht die gleiche Zahl an Antworten hatten, wurden sie als zwei getrennte Antworten gewertet. In Frage 26, in der die Teilnahme an Tumorkonferenzen abgefragt wurde, war die Mehrfachauswahl nicht möglich, so dass weder die Beantwortung noch die Auswertung der Frage sinnvoll möglich waren.

Bei Fragen, die durch die Eingabe eines Zahlenwertes beantwortet werden sollten (exemplarisch Frage 4) konnten die Teilnehmer nicht wie ursprünglich geplant nur numerische Daten eingeben, sondern auch Text. Dies führte teilweise zu nicht verwertbaren Antworten. Bei Fragen, die Prozentwerte abfragten (exemplarisch Frage 33) war es möglich, Zahlenwerte einzugeben, die insgesamt die 100% als Summe überstiegen. Hier wäre es weiterhin notwendig gewesen, die Eingabe aller Kategorien verpflichtend zu machen, da manche Teilnehmer nur einzelne Kategorien ausfüllten und damit nicht klar war, ob die anderen Antworten nicht zutrafen oder nur nicht ausgefüllt wurden. Damit müsste der Teilnehmer bei einer Kategorie dann beispielsweise „0“ eingeben, anstatt sie komplett unausgefüllt zu lassen. Außerdem war auch dort die Eingabe von Text möglich, so dass auch in dieser Frage einige der gegebenen Antworten nicht verwertbar waren. Bei Fragen, bei denen Zahlenwerte als Antwort gefordert sind, könnte man sowohl das Beantworten als auch das Auswerten vereinfachen, indem man die Antworten beispielsweise als Skalen formatiert, so dass die Teilnehmer nur aus vorgegebenen Zahlen auswählen können.

Außerdem wäre es notwendig gewesen, manche Beantwortungen miteinander zu verknüpfen. Beispielsweise wurde in Frage 15 bei einem Teilnehmer angegeben, dass der Palliativdienst über die Rufbereitschaft der Palliativstation erreichbar sei, obwohl in Frage 3 angegeben

wurde, dass es keine weiteren palliativmedizinischen Angebote gab. Hier wäre eine Funktion einzupflegen, die verhindert, dass ein Teilnehmer „Palliativstation“ auswählen kann, wenn er zuvor angegeben hatte, dass es keine Palliativstation gab. Eine ähnliche Verknüpfung wäre bereits bei Frage 1 sinnvoll anwendbar gewesen. Alle Teilnehmer, die angaben, dass es keinen Palliativdienst gab, hätten direkt zu Frage 54 weitergeleitet werden sollen. Dennoch gab es von den 36 Beantwortungen drei Fragebögen, in denen weitere Fragen ab Frage 2 beantwortet wurden. Das bedeutet, dass die Weiterleitung möglicherweise nicht immer funktioniert hat. Oder die Angabe in Frage 1 war falsch und es bestand ein Palliativdienst. Die Beantwortungen, in denen angegeben war, dass es keinen Dienst gab und dennoch der Fragebogen weiter ausgefüllt war, wurden nur ab Frage 54 ausgewertet.

Eine der relevantesten Fehlfunktionen war die Erfassung von IP-Adressen trotz der geplanten anonymen Datenerhebung. Die Anonymisierung wurde durch die Trennung des Datensatzes von den erhobenen IP-Adressen gewährleistet.

Während der Auswertung fiel die Problematik der mehrfach vorhandenen IP-Adressen auf. Wie im Kapitel „Methoden“ erläutert, wurde dies auf Fehler bei der Zwischenspeicherung oder das Fortführen der Umfrage an einem anderen PC zurückgeführt. Die Auswertung erfolgte dann anhand der zusammengeführten Fragebögen. Dies ist eine relevante Schwäche der Umfrage. Die Verwendung einer Funktion, die die mehrfache Benutzung der gleichen IP-Adresse verhindert, könnte diese Problematik vermeiden. Dies wäre über die Funktion eines Weblink-Collectors möglich. Bei einem Collector handelt es sich um ein Tool zur Versendung der Umfrage. Über einen Weblink-Collector kann die Umfrage so konfiguriert werden, dass dem Teilnehmer bei erneutem Benutzen angezeigt wird, dass er bereits an der Umfrage teilgenommen hat ((SurveyMonkey, 2019); 09.02.2019). Da der Link zur Umfrage aber in eine E-Mail einkopiert wurde, wurde diese Funktion nicht genutzt.

7 Aktuelles und Ausblick

Im „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ sind mittlerweile Informationen zu 69 Palliativdiensten (Stand 01/2020) abrufbar.

Zum Zeitpunkt der Umfrage gab es noch keine auf die Arbeit der Palliativdienste angepasste Finanzierungsmöglichkeit. Dies war auch in den Freitext-Antworten ein wiederholter Kritikpunkt. Seit 2017 besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, ein Zusatzentgelt für Palliativdienste zu verhandeln. Dieses Zusatzentgelt wird mit der OPS 8-98h kodiert. In dieser OPS ist klar festgelegt, welche Merkmale ein Palliativdienst erfüllen muss, um darüber abrechnen zu können. Auch hier wird ein multiprofessionelles Team aus einem Arzt, einer Pflegekraft und mindestens einer weiteren Berufsgruppe vorausgesetzt. Die ärztliche Leitung muss durch einen Facharzt mit Zusatz Palliativmedizin, die pflegerische Leitung durch eine Pflegekraft mit Anerkennung einer palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden. Der Dienst muss 24 Stunden an 7 Tagen der Woche erreichbar und für die fallführende Abteilung beratend tätig sein können. Des Weiteren muss für jeden Patienten zu Beginn der Behandlung ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment durchführen und dann für die fallführende Abteilung einen mit der Abteilung abgestimmten individuellen Behandlungsplan erstellen. Die Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse müssen patientenindividuell dokumentiert werden. Die Behandlung der Patienten soll aktiv und ganzheitlich erfolgen und die Symptomkontrolle und die psychosoziale Stabilisierung zum Ziel haben. Die Behandlung erfolgt als Ergänzung zur Behandlung der fallführenden Abteilung und wenn nötig unter Einbeziehung der Angehörigen. Die DGP legt großen Wert darauf, dass der Dienst nicht einer anderen Fachdisziplin „weisungsgebunden unterstellt“ sondern als „ergänzender, fachlich eigenständiger Leistungserbringer der Spezialisierten Palliativversorgung“ fungieren soll. Der Palliativdienst soll außerdem wöchentliche Teambesprechungen abhalten. Diese Merkmale sind dem Glossar der AG Stationäre Versorgung der DGP zur OPS 8-98h in der Fassung vom 01.12.2017 entnommen. Diese Merkmale definieren sehr klar bestimmte Aspekte der Struktur- und Prozessqualität für

Palliativdienste. Somit ist die Einführung dieser OPS nicht nur eine Möglichkeit einer einheitlichen Finanzierung, sondern auch ein Weg zu einer generellen Standardisierung der Palliativdienste in Deutschland.

Die Möglichkeit, für Palliativdienste ein Zusatzentgelt über eine OPS zu erhalten, gibt den Palliativdiensten die Möglichkeit, die geleistete Arbeit auch finanziell abzubilden.

Durch eine erneute Durchführung dieser Umfrage könnte die Entwicklung der Palliativdienste in Deutschland besser dargestellt und nachvollzogen werden. Dabei könnten die oben aufgeführten Schwachstellen korrigiert werden und außerdem versucht werden, eine größere Teilnehmerzahl zu erreichen, um eine repräsentative Darstellung der aktuellen Situation zu erhalten.

Die vorliegende Umfrage beleuchtet die Arbeitsweise der Palliativdienste, nicht aber den Einfluss auf die betreuten Patienten. Dies war nicht das Ziel der Umfrage, wäre aber für weiterführende Arbeiten möglicherweise ein Ansatzpunkt, da in internationalen Arbeiten bereits ein positiver Einfluss auf Lebensqualität und Symptomkontrolle gezeigt werden konnte (Murtagh, 2014). Die Nutzung von Patient reported outcomes könnte eine Möglichkeit darstellen, den Effekt der Arbeit eines Palliativdienstes auf die behandelten Patienten zu untersuchen. Auch der Einfluss auf die Angehörigen eines Patienten könnte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Ebenfalls von Interesse ist die wirtschaftliche Komponente der Arbeit der Palliativdienste. Zunächst einmal besteht immer die Sorge, dass durch zusätzliche Betreuung von Patienten zusätzliche Kosten für das Gesundheitswesen entstehen. Daraus würde sich durch den steigenden Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung im Zuge des demographischen Wandels eine hohe Kostenbelastung ergeben (Schmacke, 2007). Aus vorliegenden Daten geht hervor, dass die palliativmedizinische Versorgung von Patienten durchaus kosteneffizienter ist als andere Versorgungsmöglichkeiten (Smith, 2014). Denkbar wäre beispielsweise, dass durch das frühzeitige Einbinden eines Palliativdienstes Entscheidungen zur Therapielimitierung früher getroffen werden können. Hierdurch können unnötige Therapien

oder Intensivaufenthalte vermieden werden. Eine andere Theorie ist, dass ein Teil der Kosten in der Patientenversorgung aus dem Krankenhaus in die Heimversorgung von Patienten verschoben werden und daher die scheinbar geringeren Kosten entstehen (Higginson, 2002). Der Kontakt zu einem Palliativdienst im Krankenhaus kann für Patienten eine Anbindung an ein SAPV-Team ermöglichen, wodurch die Aufnahme in Krankenhäuser oder die Nutzung der Notaufnahme bei terminal erkrankten Patienten vermieden werden kann (Murtagh, 2014). Es konnte zudem gezeigt werden, dass Patienten, die zuvor von einem Palliativdienst betreut wurden, deutlich seltener kurz nach Entlassung aus dem Krankenhaus wieder aufgenommen werden mussten (Glasgow, 2019). Der Einfluss von Palliativdiensten in Krankenhäusern auf die Akut-Versorgung von Patienten muss noch weiter untersucht werden. Letztlich ist in Anbetracht des demographischen Wandels vor allem eine Veränderung der Versorgungskonzepte notwendig (Schmacke, 2007).

8 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit der vorliegenden Umfrage ein erster Einblick in die Arbeitsweise von Palliativdiensten in Deutschland gewonnen wurde. Verschiedene Aspekte der Struktur- und Prozessqualität sind ausführlich behandelt worden. Letztlich ist die Umfrage nicht geeignet, eine deutschlandweit geltende Aussage über die Situation der Palliativdienste in Krankenhäusern zu geben. Die Ergebnisse vermitteln jedoch einen ersten Eindruck und zeigen verschiedene Aspekte auf, die weiter untersucht werden sollten. Durch eine erneute Durchführung der Umfrage könnte ein Vergleich über die Entwicklung der Palliativdienste über die letzten Jahre gezogen werden.

9 Literaturverzeichnis

- Andrews, D., Nonnecke, B. & Preece, J. 2003. Conducting Research on the Internet: Online Survey Design, Development and Implementation Guidelines. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16, 185-210.
- Anneser, J., Thurn, T. & Borasio, G. D. 2018. [The Development of Palliative Care Hospital Support Teams (HPCTs) in Bavaria from 2011-2015: Tasks, Acceptance, Structure and Funding]. *Gesundheitswesen*, 80, 888-893.
- Booth, S., Edmonds, P. & Kendall, M. 2010. *Palliative Care in the Acute Hospital Setting - A Practical Guide*, Oxford University Press.
- Dasch B, B. K., Gude P, Bausewein C 2015. Place of death: trends over the course of a decade—a populationbased study of death certificates from the years 2001 and 2011. *Dtsch Arztebl Int* 112, 496–504.
- Davies, E. & Higginson, I. 2004. Better Palliative Care for Older People. *Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe*.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., et al. 2009. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*, 17, 573-9.
- Dgp. 2017. *Erhebungsbogen Palliativmedizin* [Online]. Available: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erhebungsbogen_Palliativstationen_20171010.pdf [Accessed 17.03.2019 2019].
- Dhpv. 2019. *Zahlen und Fakten* [Online]. Available: https://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html [Accessed 07.08.2018].
- Dhpv & Dgp 2015. Palliativversorgung im Krankenhaus Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes (DHPV) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz (HPG).
- Donabedian, A. 1966. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44, Suppl:166-206.
- Dreano-Hartz, S., Rhondali, W., Ledoux, M., et al. 2016. Burnout among physicians in palliative care: Impact of clinical settings. *Palliat Support Care*, 14, 402-10.
- Earle, C. C., Neville, B. A., Landrum, M. B., et al. 2004. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol*, 22, 315-21.
- Eychmüller, S. https://www.palliative-stadt-sq.ch/wp-content/uploads/2014/02/PPP_SENS-Modell-03.09.15.pdf [Online]. Available: https://www.palliative-stadt-sq.ch/wp-content/uploads/2014/02/PPP_SENS-Modell-03.09.15.pdf [Accessed].
- Eysenbach, G. 2004. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*, 6, e34.
- Gade, G., Venohr, I., Conner, D., et al. 2008. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med*, 11, 180-90.
- Glasgow, J. M., Zhang, Z., O'Donnell, L. D., et al. 2019. Hospital palliative care consult improves valuebased purchasing outcomes in a propensity score–matched cohort. *Palliat Med*, 33, 452-456.
- Hanks, G. W., Robbins, M., Sharp, D., et al. 2002. The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer*, 87, 733-9.
- Higginson, I. J. & Costantini, M. 2008. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *Eur J Cancer*, 44, 1414-24.
- Higginson, I. J. & Evans, C. J. 2010. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J*, 16, 423-35.
- Higginson, I. J., Finlay, I., Goodwin, D. M., et al. 2002. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage*, 23, 96-106.

- Higginson, I. J., Finlay, I. G., Goodwin, D. M., et al. 2003. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*, 25, 150-68.
- Jack, B., Hillier, V., Williams, A., et al. 2006. Improving cancer patients' pain: the impact of the hospital specialist palliative care team. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 15, 476-80.
- Junger, S., Pestinger, M., Elsner, F., et al. 2007. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med*, 21, 347-54.
- Kutner, J. S., Metcalfe, T., Vu, K. O., et al. 2004. Implementation of an ad hoc hospital-based palliative care consult service. *J Pain Symptom Manage*, 28, 526-8.
- Leitlinienprogramm 2019. Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung - Langversion 2.0.
- Manfredi, P. L., Morrison, R. S., Morris, J., et al. 2000. Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage*, 20, 166-73.
- Morita, T., Fujimoto, K., Namba, M., et al. 2008. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer*, 16, 101-7.
- Morrison, R. S., Penrod, J. D., Cassel, J. B., et al. 2008. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*, 168, 1783-90.
- Murtagh, F. 2014. Can palliative care teams relieve some of the pressure on acute services? *BMJ*, 348, g3693.
- Norton, S. A., Hogan, L. A., Holloway, R. G., et al. 2007. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med*, 35, 1530-5.
- O'Cathain, A. & Thomas, K. J. 2004. "Any other comments?" Open questions on questionnaires - a bane or a bonus to research. *BMC Medical Research Methodology*.
- Oakley, C., Pennington, K. & Mulford, P. 2005. Perceptions of the role of the hospital palliative care team. *Nurs Times*, 101, 38-42.
- Rabow, M. W., Dibble, S. L., Pantilat, S. Z., et al. 2004. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med*, 164, 83-91.
- Radbruch, L. & Payne, S. 2009a. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16, 278-289.
- Radbruch, L. & Payne, S. 2009b. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 16, 278-289.
- Regmi, P. R., Waithaka, E., Paudyal, A., et al. 2016. Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *Nepal J Epidemiol*, 6, 640-644.
- Rogers, M. & Dumanovsky, T. 2017. How We Work: Trends and Insights in Hospital Palliative Care. . *The Center to Advance Palliative Care and the National Palliative Care Research Center*.
- S3-Leitlinie 2015. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Leitlinienprogramm Onkologie.
- Schmacke, N. 2007. [Palliative care with respect to demographic change. How much can society afford?]. *Med Klin (Munich)*, 102, 582-5.
- Schmacke, N., Stamer, M., Mueller, V., et al. 2016. Der integrierte Palliative Dienst: Beginn einer neuen Krankenhauskultur. Eine Studie zur Sicht der Professionellen im Klinikum Links der Weser auf den palliativen Liaisondienst. *Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen*.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., et al. 2002. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24, 91-6.
- Smith, S., Brick, A., O'hara, S., et al. 2014. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med*, 28, 130-50.
- Stmpg-Bayern. 2015. *Qualitätskriterien Palliativmedizinische Dienste in Bayern* [Online]. Available: http://www.stmpg.bayern.de/palliativmedizin/pall_quali_med_dienste.htm [Accessed 01.08.2015 2015].

- Support Principal Investigators 1995. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*, 274, 1591-8.
- SurveyMonkey. 2019. *Help* [Online]. Available: <https://help.surveymonkey.com/articles/de/kb/What-settings-allow-multiple-responses-from-one-computer> [Accessed 19.02.2019].
- Virik, K. & Glare, P. 2002. Profile and evaluation of a palliative medicine consultation service within a tertiary teaching hospital in Sydney, Australia. *J Pain Symptom Manage*, 23, 17-25.
- Whitmer, K. M., Pruemer, J. M., Nahleh, Z. A., et al. 2006. Symptom management needs of oncology outpatients. *J Palliat Med*, 9, 628-30.

10 Danksagung

An erster Stelle möchte ich Frau Professor Dr. Claudia Bausewein für ihr Vertrauen und die Unterstützung während unserer Zusammenarbeit danken.

Allen Teilnehmern der Umfrage danke ich für ihre Zeit und das Ausfüllen der Fragebögen, durch die diese Arbeit erst ermöglicht wurde.

Meinen Eltern, meiner Schwester und dir, Bernhard, danke ich nicht nur für die Unterstützung bei meiner Dissertation, sondern auch für alles andere.

Nicht zuletzt gilt mein Dank Ben, ohne dessen Motivation und Zuspruch ich diese Arbeit wohl niemals vollendet hätte und der mir mit schier unendlicher Geduld als Mentor zur Seite steht.

11 Anhang

11.1 Online-Fragebogen

Herzlich Willkommen bei der Umfrage zum Thema Palliativdienste im Krankenhaus.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die palliativmedizinische Versorgung von Patienten im Krankenhaus, die primär nicht auf einer Palliativstation versorgt werden, stellt die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte oft vor große Herausforderungen.

In vielen Krankenhäusern werden die Stationsteams bei dieser Aufgabe mittlerweile von einem Palliativdienst, manchmal auch Palliativmedizinischer (Konsil-)Dienst genannt, unterstützt. Dieser Dienst ist ein multiprofessionelles Team, das – entweder zusätzlich zu einer bestehenden Palliativstation oder ohne eine solche – Patienten mit komplexen Symptomen und Bedürfnissen mitbetreut und die primär behandelnden Ärzte und Pflegenden unterstützt und berät.

Im neuen Hospiz- und Palliativgesetz werden auch erstmals Palliativdienste als weitere Organisationsform für die spezialisierte Palliativversorgung genannt. In Deutschland gibt es bereits eine ganze Reihe solcher Palliativdienste im Krankenhaus. Allerdings ist wenig über die Struktur, Zusammensetzung, Arbeitsweise und Finanzierung dieser Dienste bekannt. Daher möchten wir im Rahmen einer Online-Umfrage mehr über bestehende Palliativdienste in Deutschland erfahren.

Die Umfrage enthält 58 Fragen, von denen 20 Fragen sehr eng an den Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) angelehnt sind. Diese Fragen sind durch ein Sternchen (*) markiert. Falls Sie Ihren Dienst noch nicht auf dem Wegweiser registriert haben, können Sie die Antworten für die Umfrage auch für die Registrierung beim Wegweiser verwenden.

Die Beantwortung der Umfrage wird ca. 15-20 Minuten dauern. Die Daten werden anonymisiert gespeichert und ausgewertet.

Einige der Fragen beziehen sich auf Leistungszahlen Ihres Palliativdienstes von 2015. Die Beantwortung der Fragen dürfte Ihnen leichter fallen, wenn Sie diese Zahlen zur Hand haben.

Sie können die Umfrage ändern, bis Sie sie endgültig abgeschlossen haben. Damit können Sie fehlende Daten nachschauen, wenn Ihnen diese nicht vorliegen. Möchten Sie die Umfrage zwischenspeichern, so klicken Sie bitte auf die Schaltfläche "Beenden". Sie können dann am gleichen Gerät mit dem Umfrage-Link dort weitermachen, wo Sie aufgehört haben.

Da wir versuchen, ein möglichst breites Bild der Palliativdienste in Deutschland zu bekommen, kann es sein, dass Sie über mehrere Verteiler zu dieser Umfrage eingeladen werden. Wir möchten Sie bitten, pro Palliativdienst nur einmal die Fragen zu beantworten.

Wir verlosen unter den Teilnehmern der Umfrage zwei Bücher "Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin" und zwei Leitfäden Palliativmedizin. Bitte nennen Sie uns am Ende der Umfrage Ihre email-Adresse, wenn Sie teilnehmen möchten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie die Umfrage bis zum 30.06.2016 beantworten würden Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

**Prof. Dr. Claudia Bausewein
Sprecherin der DGP LV Bayern**

**Dr. Birgit Haberland, Dr. Ines Groh
Fachreferat Palliativdienste DGP LV Bayern**

**Kathrin Heinrich
cand. med., Doktorandin**

* 1. Gibt es an Ihrem Krankenhaus aktuell einen Palliativdienst?

- Ja
- Nein, Palliativdienst befindet sich im Aufbau
- Nein, Palliativdienst geplant
- Nein, kein Palliativdienst geplant

2. *Seit wann besteht Ihr Palliativdienst? (Jahr)

3. Gibt es weitere palliativmedizinische Angebote im Krankenhaus?

- Nein
- Ja, Palliativstation >= 6 Betten
- Ja, Palliativbetten < 6 Betten
- Ja, SAPV- Dienst (getragen vom jeweiligen Krankenhaus)
- Ja, Palliativmedizinische Ambulanz

Personal

4. *Angaben zu den angestellten Berufsgruppen im Palliativdienst (bitte in VK = Vollkräfte angeben)

Fachärzte (insgesamt)

Davon mit
Zusatzbezeichnung
Palliative Care/
Palliativmedizin

Assistenzärzte

Krankenpflege
(insgesamt)

Davon mit
Zusatzbezeichnung
Palliative
Care/Palliativmedizin

Psychologen
(insgesamt)

Davon mit
Zusatzbezeichnung
Palliative
Care/Palliativmedizin

Seelsorger
(insgesamt)

Davon mit
Zusatzbezeichnung
Palliativ
Care/Palliativmedizin

Sozialarbeiter
(insgesamt)

Davon mit
Zusatzbezeichnung
Palliativ
Care/Palliativmedizin

Sozialarbeiter mit
Zusatzbezeichnung
Case Manager

Apotheker

5. *Welche weiteren therapeutischen Berufe sind in Ihrem Palliativdienst noch vertreten?
(Mehrfachnennung möglich)

- ErnährungsberaterIn
- KrankengymnastIn
- KunsttherapeutIn
- Masseur
- MusiktherapeutIn
- PhysiotherapeutIn
- PsychotherapeutIn
- Andere

6. *Zu welcher Fachabteilung gehört der Palliativdienst?

- eigenständige Palliativabteilung/ Klinik/Zentrum für Palliativmedizin
- Anästhesie
- Gynäkologie
- Innere Medizin (außer Onkologie)
- Onkologie
- Strahlentherapie
- Andere

7. Welche Berufsgruppe leitet den Palliativdienst?

- Arzt (aus dem Krankenhaus)
- Arzt (aus externer Praxis/aus externem SAPV-Team)
- Pflege

Andere

8. *Aus welcher medizinischen Fachrichtung kommt der Leiter des Palliativdienstes? (Mehrfachnennung möglich)

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Gynäkologie
- Innere Medizin, einschließlich Onkologie
- Neurologie
- Strahlentherapie
- Andere

9. *Welche weiteren Fachrichtungen sind durch die Ärzte im Palliativdienst vertreten?
(Mehrfachnennung möglich)

- Allgemeinmedizin
- Anästhesie
- Geriatrie
- Innere Medizin (ohne Onkologie)
- Neurologie
- Onkologie
- Strahlentherapie
- Andere

10. Ist der Leiter des Palliativdienstes ausschließlich im Palliativdienst tätig? (Mehrfachnennung möglich)

- Ja
- Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf einer Allgemeinstation
- Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf Palliativstation
- Nein, zusätzlich Arbeit in einem Funktionsbereich, z.B. Ambulanz
- Nein, zusätzlich Mitarbeit in der SAPV
- Nein, zusätzlich Arbeit im niedergelassenen Bereich
- Andere

11. Sind die ärztlichen Mitarbeiter ausschließlich im Palliativdienst tätig? (Mehrfachnennung möglich)

- Ja
- Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf einer Allgemeinstation
- Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf Palliativstation
- Nein, zusätzlich Arbeit in einem Funktionsbereich, z.B. Ambulanz
- Nein, zusätzlich Mitarbeit in der SAPV
- Nein, zusätzlich Arbeit im niedergelassenen Bereich
- Andere

12. Sind die pflegerischen Mitarbeiter ausschließlich im Palliativdienst tätig? (Mehrfachnennung möglich)

- Ja
- Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf einer Allgemeinstation
- Nein, zusätzlich Stationsarbeit auf Palliativstation
- Nein, zusätzlich Arbeit in einem Funktionsbereich, z.B. Ambulanz
- Nein, zusätzlich Mitarbeit in der SAPV
- Andere

Räumliche Ausstattung

13. Wie ist die räumliche Ausstattung Ihres Palliativdienstes

- Eigene Büroräume
- Keine eigene Büroräume

Integration in das Krankenhaus - Erreichbarkeit

14. Wie ist der Palliativdienst generell erreichbar? (Mehrfachnennung möglich)

- Telefon (Festnetz)
- Handy
- Funk
- krankenhauseigenes Computersystem
- Sonstiges (bitte angeben)

15. Wann ist der Palliativdienst erreichbar? (Mehrfachnennung möglich)

- Zu den Regearbeitszeiten des Krankenhauses
- 24 Stunden und 7 Tage in der Woche
- Nachts/ am Wochenende über eine eigene Rufbereitschaft
- Nachts/ am Wochenende über die Rufbereitschaft der Palliativstation
- Nachts/ am Wochenende über die Rufbereitschaft des SAPV

16. Wer kann den Palliativdienst anfordern? (Mehrfachnennung möglich)

	ja	nein
Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychoonkologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerztherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seelsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialdienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Wie kann der Palliativdienst angefordert werden? (Mehrfachnennung möglich)

- Telefon (Festnetz)
- Handy
- Funk
- krankenhauseigenes Computersystem
- Sonstiges (bitte angeben)

18. Gibt es einen Flyer/ eine Broschüre/Informationsmaterial?

- Ja
- Nein

19. Hat der Palliativdienst einen eigenen Internetauftritt?

- Ja, komplett selbstständig
- Ja, im Rahmen der Klinik für Palliativmedizin/ des Palliativzentrums
- Nein

Kooperation

20. *Gibt es verbindliche Kooperationen (z.B. Vertrag, schriftliche Vereinbarung) mit hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen außerhalb des eigenen Krankenhauses? (Mehrfachnennung möglich)

- Nein
- Ja, mit ambulanter Hospizdienst
- Ja, mit stationärem Hospiz
- Ja, mit palliativmedizinischer Tagesklinik/-hospiz
- Ja, mit Palliativambulanz
- Ja, mit
- Palliativstation Ja,
- mit SAPV-Dienst

Ja, mit Brückenpflege

21. Gibt es Kooperationen mit onkologischen Zentren?

- Ja, innerhalb des eigenen Krankenhauses
- Ja, außerhalb des eigenen Krankenhauses
- Nein

Weitere Angebote

22. *Welche weiteren Angebote bietet der Palliativdienst/Ihre Einrichtung? (Mehrfachnennung möglich)

Fort- und Weiterbildung

Inhouseschulung

Fallkonferenzen

Trauerbegleitung

Qualitätszirkel

Sonstiges (bitte angeben)

23. Gibt es unterstützende Angebote für Ihre Mitarbeiter? (Mehrfachnennung möglich)

Nein

Ja, Supervision

Ja, Fallbesprechung

Ja, andere

24. Nehmen Mitarbeiter des Palliativdienstes an interdisziplinären Besprechungen (z.B. Tumorkonferenzen) teil?

Ja

Nein

25. Wie viele Stunden pro Woche nehmen Ihre Mitarbeiter an interdisziplinären Besprechungen (z.B. Tumorkonferenzen) teil?

26. An welchen Tumorkonferenzen nehmen Mitarbeiter des Palliativdienstes teil?

- Gastrointestinale Tumore
- Gynäkologische Tumore
- Hämatologische Erkrankungen
- Kopf-Hals-Tumore
- Lungentumore
- Mammakarzinome
- Neuroonkologische Tumore
- Urologische Tumore

Andere

Patienten

27. Seit wann betreuen Sie schon Patienten in Ihrer Klinik im Rahmen des Palliativdienstes?
(Monat/Jahr)

28. *Wie viele Patienten haben Sie im letzten Kalenderjahr (2015) betreut?

Anzahl

Davon verstorben während
der Mitbehandlung durch
den Dienst (Zahl)

29. *Die Betreuungsdauer durch den Palliativdienst im letzten Kalenderjahr (2015) betrug in Tagen?

Minimal

Mittel

Maximal

30. *Welche Patienten wurden im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut? (Mehrfachnennung möglich)

- Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Patienten mit nicht-onkologischen internistischen Erkrankungen
- Patienten mit nicht-onkologischen, neurologischen Erkrankungen
- Patienten mit AIDS
- Kinder und Jugendliche
- Andere Patientengruppen

31. Welchen Anteil machten die jeweiligen Patientenzahlen aus? (Bitte Prozentangaben)

Patienten mit onkologischen Erkrankungen

Patienten mit nicht-onkologischen, internistischen Erkrankungen

Patienten mit nicht-onkologischen, neurologischen Erkrankungen

Patienten mit AIDS

Kinder und Jugendliche

andere Patientengruppen

32. Wo wurden die Patienten im letzten Kalenderjahr von Ihnen betreut? (Mehrfachnennung möglich)

- Allgemeinstationen
- Intensivstationen/ Intermediate Care
- Ambulanzen der einzelnen Fachabteilungen
- Nothilfe/Notaufnahme
- Andere

33. Was geschah mit Ihren Patienten nach Ende der Betreuung im letzten Kalenderjahr (2015)?
(Prozentangabe)

Im Krankenhaus verstorben	<input type="text"/>
Verbleib auf Primärstation	<input type="text"/>
Übernahme auf interne Palliativstation	<input type="text"/>
Verlegung auf externe Palliativstation	<input type="text"/>
Verlegung in anderes Krankenhaus	<input type="text"/>
Verlegung in ein Pflegeheim mit SAPV- Anbindung	<input type="text"/>
Verlegung in ein Pflegeheim ohne SAPV- Anbindung	<input type="text"/>
Entlassung nach Hause mit SAPV-Anbindung	<input type="text"/>
Entlassung nach Hause ohne SAPV-Anbindung	<input type="text"/>
Entlassung in Hospiz	<input type="text"/>
Entlassung in Kurzzeitpflege	<input type="text"/>
Sonstige Einrichtungen	<input type="text"/>

Dokumentation

34. Wie erfolgt die Dokumentation des Palliativdienstes? (Mehrfachnennung möglich)

- Papierakte
- Elektronisch im Krankenhaussystem
- Elektronisch mit eigener Software

Wenn Software, welche? (ISPC, PalliCare, PalliDoc etc)

35. Wie gelangt die Konsilantwort an die behandelnde Station? (Mehrfachnennung möglich)

- Mündlich
- Telefonisch
- Schriftlich (Papierform)
- Schriftlich (elektronisch)

Ergebnisqualität

"Ziel ist die Linderung der Beschwerden und Stabilisierung der Krankheits- und Betreuungssituation, so dass die Patienten wenn möglich nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder ein stationäres Hospiz entlassen werden können. Ist dies nicht möglich, ist eine würdevolle Sterbebegleitung in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachabteilungen anzustreben ." Fachprogramm Palliativversorgung in Krankenhäusern des Bayerischen Gesundheitsministeriums

36. Wird die Behandlungsqualität und der Einfluss des Palliativdienstes auf die Behandlung der Patienten regelmäßig überprüft (z.B. mit Fragebogen zu Beginn und Ende der Behandlung)?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie?

37. Nutzen Sie standardisierte Fragebögen (z.B. Midos, POS, IPOS) in der Patientenbetreuung?

- Ja
- Nein

38. Wenn ja, welche?

- Midos
- POS
- IPOS
- Distress Thermometer
- Psychoonkologisches Basisassessment (POBADO)
- Karnofsky Index
- Barthel Index
- Andere: Welche?

39. *Ist Ihre Einrichtung zertifiziert?

- Ja, innerhalb eigener Palliativabteilung
- Ja, innerhalb eines onkologischen Zentrums
- Ja, innerhalb der Gesamtzertifizierung des Krankenhauses
- Nein

40. *Durch wen erfolgte die Zertifizierung?

Qualitätsmanagement

41. *Führen Sie regelmäßig Befragungen zur Zufriedenheit durch?

- Ja
- Nein

42. *Wenn ja, mit wem? (Mehrfachnennungen möglich)

- Patienten
- Angehörige
- nicht

zutreffend

43. Gibt es innerhalb Ihres Dienstes Qualitätsmanagement?

- Ja
- Nein

44. Nehmen Sie an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil?

- Nationales Palliativ- und Hospizregister
- SORGSAM
- An keinem
- Andere

Prozessqualität

45. Führen Sie folgende in der S3-Leitlinie Palliativmedizin genannten Elemente im Palliativdienst durch? (Mehrfachnennung möglich)

- Individualisierte Therapieplanung
- Austausch mit zuweisenden und weiterführenden Behandelnden und Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten
- Multiprofessionelle, regelmäßige Teamtreffen zur Fallbesprechung (mindestens 1x/Woche)
- Evaluation des Therapieziels
- Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen

46. Welche der folgenden in der S3-Leitlinie Palliativmedizin genannten "Behandlungsmaßnahmen" führt Ihr Palliativdienst durch? (Mehrfachnennung möglich)

- Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen
- Behandlung von Symptomen und Problemen in allen vier Dimensionen
- Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen, v. a. bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung
- Vorausschauende Versorgungsplanung
- Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung
- Mitbegleitung in der Sterbephase
- Rituale des Abschiedsnehmen und Erinnerns
- Vermittlung von Trauerbegleitung
- Unterstützung der Mitglieder des primären Behandlungsteams
- Sonstiges (bitte angeben)

Finanzierung/Abrechnung

47. Wer ist der Träger der Einrichtung?

- Staatliche und kommunale Krankenhausgruppen
- Private Krankenhausträger
- Konfessionelle und überwiegend gemeinnützige Krankenhausgruppen

48. (*) Wie wird Ihr Palliativdienst finanziert? (Mehrfachnennung möglich)

- Zusatzentgelt über OPS
- Interne Leistungsverrechnung
- Querfinanzierung innerhalb des Krankenhauses
- Spendengelder
- Stiftungen
- Andere

49. Wenn Zusatzentgelte über OPS, bei wie vielen Patienten konnten Sie im Kalenderjahr 2015 eine OPS kodieren?

(OPS 8-982 = Palliativmedizinische Komplexbehandlung)
OPS 8-982.0 (bis zu 6 Behandlungstage)

OPS 8-982.1 (mind. 7 bis höchstens 13 Behandlungstage)

OPS 8-982.2 (mind. 14 bis höchstens 20 Behandlungstage)

OPS 8-982.3 (mind. 21 Behandlungstage)

OPS 1-774 (Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment)

Postleitzahl

50. Geben Sie bitte die ersten zwei Stellen Ihrer Postleitzahl an. (Bsp.: 12xxx)

51. Was ist für Ihre Arbeit im Krankenhaus förderlich?

52. Welchen Hindernissen begegnen Sie bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus?

53. Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Planung Palliativdienst

**Diese Seite ist nur zu bearbeiten, wenn es an Ihrem Haus noch keinen Palliativdienst gibt.
Sollte es bereits einen Dienst geben, drücken Sie bitte einfach "Weiter".**

54. *Befindet sich Ihre Einrichtung gerade im Aufbau?

- Ja
 Nein

55. *Wann planen Sie, mit der Patientenbetreuung zu beginnen? (Monat/Jahr, Format mm/jjjj)

56. Ist an Ihrem Haus ein Palliativdienst geplant? Wenn ja, teilen Sie uns bitte, wenn möglich, schon bestehende Details zur Planung mit.

- Ja
 Nein

57. Etwaige Details zur Planung (Eröffnung, Personal etc)

58. Geben Sie bitte die ersten zwei Stellen Ihrer Postleitzahl an. (Bsp.: 12xxx)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

59. Sollten Sie an der Verlosung teilnehmen wollen, geben Sie bitte hier eine Email-Adresse ein, unter der wir Sie erreichen können.

11.2 Einladung

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

hiermit laden wir Sie herzlich dazu ein, an unserer Umfrage zum Thema „Palliativdienste im Krankenhaus“ teilzunehmen. Näheres dazu entnehmen Sie bitte dem Anschreiben. Dort finden Sie auch den Link, der Sie direkt zur Umfrage bringt.

Wir würden uns freuen, wenn Sie die Umfrage bis 30.06.2016 beantworten würden.

Sollten Sie nicht der richtige Ansprechpartner für dieses Thema sein, würden wir Sie bitten, die E-Mail an den entsprechenden Kollegen weiterzuleiten.

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Prof. Dr. Bausewein.
(Claudia.Bausewein@med.uni-muenchen.de)

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Kathrin Heinrich

Sprecherin der DGP-Bayern

cand. med., Doktorandin

11.3 Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die palliativmedizinische Versorgung von Patienten im Krankenhaus, die primär nicht auf einer Palliativstation versorgt werden, stellt die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte oft vor große Herausforderungen.

In vielen Krankenhäusern werden die Stationsteams bei dieser Aufgabe mittlerweile von einem Palliativdienst, manchmal auch palliativmedizinischer (Konsiliar-)Dienst genannt, unterstützt. Dieser Dienst ist ein multiprofessionelles Team, das – entweder zusätzlich zu einer bestehenden Palliativstation oder ohne eine solche – Patienten mit komplexen

Symptomen und Bedürfnissen mitbetreut und die primär behandelnden Ärzte und Pflegenden unterstützt und berät.

Im neuen Hospiz- und Palliativgesetz werden auch erstmals Palliativdienste als weitere Organisationsform für die spezialisierte Palliativversorgung genannt. In Deutschland gibt es bereits eine ganze Reihe solcher Palliativdienste im Krankenhaus. Allerdings ist wenig über die Struktur, Zusammensetzung, Arbeitsweise und Finanzierung dieser Dienste bekannt. Daher möchten wir im Rahmen einer Online-Umfrage mehr über bestehende Palliativdienste in Deutschland erfahren.

Die Umfrage enthält 581 Fragen, von denen 20 Fragen sehr eng an den Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) angelehnt sind. Falls Sie sich dort noch nicht registriert haben, können Sie die Antworten für die Umfrage und auch für die Registrierung beim Wegweiser verwenden.

Einige der Fragen beziehen sich auf Leistungszahlen Ihres Palliativdienstes aus dem Jahr 2015. Die Beantwortung der Fragen dürfte Ihnen leichter fallen, wenn Sie diese Zahlen zur Hand haben.

Die Beantwortung der Umfrage wird ca. 15-20 Minuten dauern. Die Daten werden anonymisiert gespeichert und ausgewertet.

Sie können die Umfrage ändern, bis Sie sie endgültig abgeschlossen haben. Damit können Sie fehlende Daten nachschauen, wenn Ihnen diese nicht vorliegen. Möchten Sie die Umfrage zwischenspeichern, so klicken Sie bitte auf die Schaltfläche "Beenden". Sie können dann am gleichen Gerät mit dem Umfrage-Link dort weitermachen, wo Sie aufgehört haben.

Da wir versuchen, ein möglichst breites Bild der Palliativdienste in Deutschland zu bekommen, kann es sein, dass Sie über mehrere Verteiler zu dieser Umfrage eingeladen werden. Wir möchten Sie bitten, pro Palliativdienst nur einmal die Fragen zu beantworten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie die Umfrage bis 30.06.2016 beantworten würden.

Unter den Teilnehmern werden zwei Exemplare von „Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin“ und zwei Exemplare des „Leitfaden Palliativmedizin“ verlost. Um an der Verlosung teilzunehmen, können Sie am Ende der Umfrage Ihre Email-Adresse eingeben.

Hier geht's zur Umfrage: <https://de.surveymonkey.com/r/HHDRKCG>

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme an der Umfrage

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Dr. Birgit Haberland, Dr. Ines Groh

Sprecherin der DGP LV -Bayern

Fachreferat Palliativdienste DGP LV Bayern

Kathrin Heinrich

cand. med., Doktorandin

Eidesstaatliche Versicherung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema „Palliativdienste im Krankenhaus: eine deutschlandweite Umfrage“ selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 19.01.2020

Kathrin Heinrich