

Aus dem Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
(Lehrstuhl: Prof. Dr. med. G.D. Borasio)

Der palliativmedizinische Konsiliardienst
am Klinikum der Universität München:
Akzeptanz und Entwicklung der Leistungen
über einen 5-Jahres-Zeitraum
(2002-2007)

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

vorgelegt von
Matthias Gockel
aus Wuppertal
2008

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. med. G.D. Borasio

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. M. Volkenandt

Dekan: Prof. Dr. Dietrich Reinhard

Tag der mündlichen Prüfung: 19.06.2008

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	5
1.1 Symptome am Lebensende.....	5
1.2 Aufgabe der Palliativmedizin.....	6
1.3 Sterbeorte in Deutschland.....	7
1.4 Klinische Palliativversorgung	8
1.4.1 Palliativmedizinische Konsiliardienste in Deutschland.....	9
1.4.2 Entwicklung des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin (IZP) der LMU	12
1.4.3 Aufgabengebiet und Arbeitsweise des palliativmedizinischen Konsiliardienstes im IZP.....	12
2. Methodik	14
2.1. Konzeptioneller Ansatz.....	14
2.2. Erhebung der Patientendaten.....	14
2.3. Stationserhebung zum Jahr 2007	14
3. Ergebnisse	16
3.1. Patientenkollektiv	16
3.2. Demografische Daten.....	16
3.3. Diagnosen	18
3.4 Betreuungsdauer	19
3.5 Anfragende Einrichtungen.....	19
3.5.1 Kliniken.....	19
3.5.2.Stationen	20
3.6.Outcome.....	20
3.7. Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten.....	22
3.8. Schmerzen.....	23
3.9. Stationsbefragung	24

4. Diskussion	25
4.1. Methode	25
4.2. Erhobene Daten	25
4.3 Patientenkollektiv	26
4.4. Diagnosen	27
4.5. Betreuungsdauer	29
4.6. Anfragende Stationen und Kliniken.....	29
4.7. Outcome.....	31
4.8. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten	32
4.9. Symptom Schmerz.....	35
4.10. Befragung der Stationsmitarbeiter.....	36
5. Zusammenfassung	37
6. Literatur	40
7. Anhang	45
8. Lebenslauf	48

1. Einleitung

1.1 Symptome am Lebensende

Trotz aller medizinischen Fortschritte der letzten 100 Jahre ist eine Vielzahl von Krankheiten weiterhin nicht heilbar. Auch wenn sich die Überlebenszeiten vieler Erkrankungen durch medizinische Interventionen verlängert haben, sind progrediente, nicht heilbare Erkrankungen immer noch für den Großteil der Todesfälle in Deutschland verantwortlich.

Pro Jahr sterben in Deutschland ca. 820.000 Menschen. Nur bei einer Minderheit sind Ursachen, die zu einem raschen und unmittelbaren Tod führen, verantwortlich. Die offizielle Todesursachenstatistik [Statistisches Bundesamt, 2006] führt hier etwa den akuten Myokardinfarkt mit 7,8 %, Pneumonie mit 2,4 % und Unfälle mit 2,4 % auf. Die große Mehrheit der Menschen stirbt an Krankheiten mit einem langsamen Verlauf. So liegen kardiovaskuläre Erkrankungen wie z.B. die ischämische Kardiomyopathie mit 43 % an erster Stelle der Ursachen, gefolgt von bösartigen Neubildungen mit 26 %.

Die Prävalenz der Todesursachen wird sich in den nächsten Jahren nicht grundsätzlich ändern; demografische und medizinische Entwicklungen, wie steigende Lebenserwartung, Zunahme von Multimorbidität und Verlängerung der Überlebenszeiten inkurabler Erkrankungen, werden jedoch zu einem erhöhten Versorgungsbedarf führen. [WHO, 2004]

Die Symptome in dieser zunehmend längeren letzten Lebensphase sind seit einigen Jahren verstärkt Gegenstand der medizinischen Forschung. Diese beschreibt ein hohes Aufkommen von belastenden Symptomen vor allem in der Terminalphase vieler Erkrankungen [von Gunten, 2005; Soloway, 2005; Higginson, 1997]. Trotz unterschiedlicher Pathophysiologie sind diese Symptome ähnlich und werden von den Patienten subjektiv auch ähnlich wahrgenommen. Zu den häufigsten und gleichzeitig belastendsten Symptomen zählen Schmerzen, Dyspnoe, Schwäche und Delir [Higginson, 1997; Solano, 2006].

Außerdem beeinflussen progrediente und zum Tode führende Erkrankungen nicht nur die Patienten selbst, sondern sie haben auch Auswirkungen auf deren soziales Umfeld, ihre Familie und Partner. Allein die physiologischen Prozesse des Sterbens können – selbst wenn sie für den Betroffenen selber erträglich sind - zu einer deutlichen Belastung von Angehörigen und Betreuenden führen. Als Beispiel sei hier die terminale Rasselatmung genannt, bei der nicht mehr abgehustetes Sekret beim komatösen Patienten zu lauten Atemgeräuschen führt. Dieses teilweise dramatische Geräusch ist vor allem für Angehörige oft eine starke Belastung [Wee, 2006] und kann noch lange Zeit nach dem Tod des Patienten die Hinterbliebenen bei der Verarbeitung ihres Verlustes behindern.

1.2 Aufgabe der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin hat sich die Betreuung von Menschen in dieser letzten Lebensphase zur Aufgabe gemacht. Schwerpunkte dabei sind eine adäquate Symptomkontrolle sowie die psychosoziale Begleitung der Patienten und ihrer Bezugspersonen.

Auch wenn diese Aufgaben grundsätzlich eine der ältesten Herausforderungen der Medizin und in jeder klinischen Fachdisziplin relevant sind, versucht die Palliativmedizin durch Integration und Weiterentwicklung des vorhandenen Wissens eine Optimierung dieser Versorgung.

1989 veröffentlichte die European Association for Palliative Care (EAPC) eine Definition der Palliativmedizin [EAPC], welche von der WHO weiterempfohlen wurde. 2002 veröffentlichte die WHO eine neue und modifizierte Version [Sepúlveda]:

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin vertritt inhaltlich dieselbe Position wie die WHO, fasst die Definition jedoch noch kürzer: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“

Historisch bedingt hat sich die Palliativmedizin lange Jahre schwerpunktmäßig auf die Behandlung von Tumorerkrankungen konzentriert. Spricht eine Tumorerkrankung nicht auf onkologische Therapien an, verläuft sie relativ rasch tödlich, mit einer kurzen, oft symptomreichen Terminalphase und fehlenden Möglichkeiten, diese aufzuhalten. Durch diese Eigenschaften wurde bei Tumorerkrankungen der Bedarf an einer medizinischen Betreuung in der Sterbephase besonders deutlich [Doyle, 1993].

Dieser Schwerpunkt spiegelt sich immer noch in den Erkrankungsmustern von Patienten in palliativmedizinischen Einrichtungen. Wie die Definitionen von WHO, EAPC und DGP jedoch zeigen, sieht die Palliativmedizin ihre Zuständigkeit unabhängig von der Art der Erkrankung bezogen auf eine allgemeine Symptomkontrolle und Begleitung während der letzten Lebensphase.

Patienten mit progredienten Nicht-Tumorerkrankungen sind in palliativmedizinischen Einrichtungen immer noch unterdurchschnittlich vertreten. Vor allem Betroffene von chronischen progredienten, kardialen und pul-

monalen Erkrankungen wie der ischämischen Kardiomyopathie, der COPD und degenerativen neurologischen Erkrankungen wie der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) oder Morbus Parkinson sind hier zu nennen.

Da vor allem kardiale und pulmonale Erkrankungen in Deutschland eine hohe Prävalenz bei den Todesursachen haben, ist hier von einer gesamtgesellschaftlich relevanten Unterversorgung auszugehen, da neuere Untersuchungen keine Unterschiede in der Prävalenz von Schmerzen und Luftnot bei Patienten mit Krebs, pulmonalen, renalen oder kardialen Erkrankungen fanden [Solano, 2006].

1.3 Sterbeorte in Deutschland

70 Prozent aller Deutschen sterben in einer Einrichtung, in einer Klinik, einem Pflege- oder Altenheim. Fast die Hälfte der Betroffenen findet sein Ende in einem Krankenhaus [Enquete-Kommission, 2005], obwohl das selten der gewünschte Sterbeort ist. So konnte in einer Angehörigenbefragung gezeigt werden, dass zwei Drittel der in einem Krankenhaus verstorbenen Patienten, die von einem Hospizdienst betreut wurden, lieber in ihrer häuslichen Umgebung gestorben wären [van Oorschot, 2005].

Die Sterbephase hat in den meisten Kliniken keinen gesonderten Stellenwert, für den letzten Lebensabschnitt stehen oft weder medizinisch noch räumlich-organisatorisch besondere Strukturen zur Verfügung.

Zwar gab es bereits gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts einzelne Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Schwerstkranken und Sterbenden [Dunlop/Hockley, 1998]. Aufgrund der enormen Fortschritte der kurativen Medizin in den folgenden Jahrzehnten traten diese Entwicklungen jedoch wieder in den Hintergrund.

Mit der Entwicklung der modernen Palliativmedizin kam es zu einer Erneuerung: 1967 wurde in London als erste palliativmedizinische Einrichtung das St. Christopher's Hospice gegründet [Twycross, 1980]. Ausgehend von diesem Vorbild entwickelten sich zunächst in England, dann in den angloamerikanischen Ländern und von dort aus weltweit ähnliche Einrichtungen, welche zunächst meist nur von motivierten Einzelpersonen getragen wurden. Erst seit den 1990er Jahren werden sie institutionalisiert, strukturell verankert und in gesellschaftlich relevantem Ausmaß errichtet.

In Deutschland wurde die erste Station 1983 in Köln eröffnet, 1996 existierten 24, 2000 48 und 2008 bereits 155 Palliativstationen [Enquete-Kommission, 2005; Schindler, 2006]. Seit den 90er Jahre entstanden in Deutschland außerdem Hospizinitiativen, ambulante Hospizdienste, Palliativdienste sowie stationäre Hospize. Während Hospizinitiativen meist rein ehrenamtliche Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeitsaufgaben wahrnehmen, versorgen Hospiz- wie Palliativdienste Patienten entsprechend der oben genannten Definitionen der WHO und der Fachgesellschaften.

Hierbei bieten die Hospizdienste den Betroffenen in erster Linie psychosoziale Begleitung durch entsprechend geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter an, während die Palliativdienste in Kooperation und Vernetzung mit anderen Gesundheitseinrichtungen (Hausärzten, Palliativstationen, Krankenhäuser, Hospize) zusätzlich Hilfe und Unterstützung bei Fragen der medizinischen Symptomkontrolle anbieten.

1.4 Klinische Palliativversorgung

1.4.1 Palliativstationen in Deutschland

Im klinischen Bereich haben sich sowohl in Deutschland als auch weltweit zwei Strukturen der Palliativversorgung entwickelt: Palliativstationen und palliativmedizinische Konsiliardienste (im weiteren PMK). Im englischsprachigen Ausland werden PMK mit einer Vielzahl von synonymen oder ähnlichen Begriffen bezeichnet, wie z.B. „Palliative Care Team“, „Hospital Support Team“, „Terminal Care Support Team“, „Mobile Palliative Team“ oder „Pain and symptom management consult team“.

Palliativstationen sind eigenständige, an ein Krankenhaus angeschlossene oder integrierte Stationen, die Patienten mit einer unheilbaren, voranschreitenden Erkrankung behandeln, deren Symptome oder psychosozialen Probleme eine stationäre Versorgung erfordern. Hauptziel ist eine Verbesserung der Symptome und der Lebensqualität, so dass die Entlassung und Weiterversorgung außerhalb des Krankenhauses, entweder in der häuslichen Umgebung oder einer Pflegeeinrichtung, möglich ist. Dies ist in 30 – 50 % der Fälle möglich. Lässt sich dieses Ziel aufgrund des raschen Voranschreitens der Erkrankung nicht erreichen, so ist eine bestmögliche Symptomkontrolle in der Sterbephase angestrebt.

Die meisten deutschen Palliativstationen haben eine Größe von 8 -12 Betten, einen angestrebten Pflegeschlüssel von 1,4:1 (Pflege:Patient) und eine Arztstelle für 8 -10 Betten [Sabatowski, 2001]. Ergänzt wird diese Versorgung durch Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen, Physiotherapeuten und andere therapeutische Berufe, meist auf Teilzeit- oder Honorarbasis.

Wichtiges Kennzeichen von Palliativstationen ist das Bekenntnis zu multi-professioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit, um das Ziel der bestmöglichen somatischen, psychosozialen und spirituellen Versorgung zu erreichen. Zusätzlich zu einer besonders personalintensiven und individuellen Betreuung der Patienten ist auf Palliativstationen neben der kompetenten Schmerztherapie und Symptomkontrolle auch eine umfassende Betreuung und Begleitung der Angehörigen möglich.

Neben dieser klinischen Versorgung eignen sich Palliativstationen auch sehr gut zur Aus- und Weiterbildung von angegehendem palliativmedizini-

schem Personal, da hier, aufgrund des hohen Anteils an Patienten mit komplexen und komplizierten Problemen, in relativ kurzer Zeit breite Erfahrung in den Gebieten Symptomkontrolle, Kommunikation und ethische Entscheidungen gewonnen werden kann [Klaschik, 2000].

In der Literatur wird ein Bedarf von ca. 30 Palliativbetten pro eine Million Einwohner angegeben, wobei sich diese Berechnung nur auf Tumorpatienten bezieht [Enquetekommission, 2005]. Anfang 2008 gab es in Deutschland 155 Palliativstationen mit 1187 Betten, d.h. eine Versorgungsdichte von 14,4 Palliativbetten pro eine Million Einwohner [DGP, 2008]. Aufgrund des Personalschlüssels einer Palliativstation ist eine Ausweitung auf das oben genannte Verhältnis nur mit hohen Kosten erreichbar, und es ist fraglich, ob sie weiterhin gesundheitspolitisch gewünscht bzw. realisierbar sein wird [Buser, 2004; Schneider 2005].

Die Einrichtung von Palliativstationen birgt außerdem die Gefahr, dass auf den anderen Stationen einer Klinik der Wunsch und die Erwartung entstehen können, jeden sterbenden Patienten zu verlegen [Dunlop/Hockney, 1998]. Auf diesem Weg kann es zu einer Tabuisierung und „Auslagerung“ des Sterbens kommen sowie zu einem Verlust von Kompetenz im Umgang mit Sterbenden im Sinne eines „Deskilling“ [Ellershaw, 2002].

Aus diesen Gründen kam es nach der zunehmenden Verbreitung und Einrichtung von Palliativstationen weltweit zu einem Ausbau von palliativmedizinischen Konsiliardiensten, inzwischen sind diese etwa in Großbritannien der am stärksten wachsende Bereich der Palliativversorgung mit 417 PMK im Jahr 2007 [Sabatowski, 2001; EAPC, 2007].

1.4.1 Palliativmedizinische Konsiliardienste in Deutschland

Entsprechend der geografischen Entstehung und Verbreitung der modernen Hospiz- und Palliativbewegung wurde der erste PMK 1975 in New York [O’Neil, 1992] etabliert. In Europa folgte 1976 als erstes das St. Thomas’s Hospital in London [Bates, 1981]. Das Konzept erwies sich als erfolgreich und bereits im Jahr 2000 existierten mehr als 6560 Teams in 87 Ländern [Dunlop/Hockney, 1998].

Während sich die erste Einrichtung einer Palliativstation in Deutschland auf das Jahr 1983 in Köln festlegen lässt, fehlen historische Zahlen für die Entwicklung von PMK in Deutschland, da die Konsiltätigkeit anfangs oft von bestehenden Stationen oder engagierten Mitarbeitern ohne feste organisatorische und finanzielle Strukturen mitgeleistet wurde.

Strukturell handelt es sich bei einem PMK um eine Gruppe von Krankenhausmitarbeitern, die im Prinzip allen Stationen eines Krankenhauses beratend zur Verfügung steht. Abhängig von der Organisationsform können das eigenständige Einrichtungen sein, aber auch Teil einer palliativmedizi-

nischen Abteilung/Station oder Teil einer anderen Abteilung, z.B. der Onkologie oder Anästhesie. Je nach finanzieller Ausstattung und Bereitschaft des jeweiligen Trägers reicht ihr Umfang von einer einzelnen Pflegekraft in Teilzeitbeschäftigung bis hin zu einem Team aus vollzeitangestellten Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und einer Sekretariatskraft, ergänzt durch andere therapeutische Berufe (Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger, Atemtherapie, etc).

Aufgabe eines PMK ist die Beratung des primär behandelnden Stationsteams zur Schmerz- und sonstigen Symptomkontrolle, die Unterstützung von Angehörigen, Hilfe bei der Kommunikation zwischen Patient, Angehörigen und Behandelnden, sowie die Organisation und Unterstützung bei der Entlassung in die häusliche Umgebung [Weissman, 1997]. Ist eine ausreichende Symptomkontrolle auf der anfragenden Station nicht möglich, entscheidet der PMK über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme auf eine Palliativstation.

Da ein PMK als beratende Einrichtung nur auf Anfrage der primär behandelnden Stationsteams, hier vor allem der Stationsärzte, tätig wird, ist ihre Wirksamkeit unmittelbar an ihre Akzeptanz gekoppelt [Rodriguez, 2007]. Von großer Bedeutung ist hier die krankenhausinterne Kommunikation, speziell die Art und Weise, wie die angebotenen Unterstützungsleistungen der PMK kommuniziert und bekannt gemacht werden. Dies erklärt etwa in Einzelfällen die Umbenennung von „Terminal Care Support Team“ zu „Pain and symptom management consult team“, mit dem Ziel, möglichst bereits vor der unmittelbaren Sterbephase hinzugezogen zu werden [Dunlop / Hockney, 1998].

Im Vergleich zu Palliativstationen haben PMK sowohl Vor- als auch Nachteile. PMK stellen ihre palliativmedizinische Kompetenz bei Bedarf auf den Normal- und Intensivstationen zur Verfügung. Da die primäre pflegerische und ärztliche Zuständigkeit bei den jeweiligen Stationsteams liegt, kann mit relativ wenig Personal palliativmedizinisches Wissen an viele der Mitarbeiter anderer Stationen im Sinne eines Multiplikatoreffekts weitergegeben werden. Dies umfasst sowohl eine effektive Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase als auch - im Sinne eines Rollenmodells - die Vermittlung von spezifischen Techniken und Haltungen, z.B. in der Kommunikation und Orientierung an der Lebensqualität des Patienten [Dunlop/Hockney, 1998].

Durch flexible Steuerung der Frequenz und des Umfangs der Visiten durch den PMK ist eine optimale und ökonomischere Nutzung der Ressourcen als bei einer Palliativstation möglich. So kann bei komplizierten Symptomen mehrmals täglich ein beratender Kontakt mit den Mitarbeitern des PMK nötig sein, nach der Stabilisierung dann jedoch die Betreuung wieder vollständig von der jeweiligen Station übernommen werden.

PMK können zu einem frühen Zeitpunkt einen niedrigschwelligen Kontakt zwischen Patienten und der Palliativmedizin herstellen, wenn die Symptome noch nicht die Aufnahme auf eine Palliativstation erfordern. Dies kann besonders dann hilfreich sein, wenn die Patienten sich innerhalb ihrer Krankheitsverarbeitung noch nicht mit ihrer begrenzten Lebenserwartung auseinandergesetzt haben und einer Aufnahme auf eine Palliativstation noch kritisch gegenüberstehen.

Neben diesen positiven Aspekten unterliegt die Wirksamkeit von PMK jedoch auch Einschränkungen: Der größte Nachteil in der Arbeit von PMK ist die Verwischung von Zuständigkeiten. Für die Umsetzung von Maßnahmen zur Symptomkontrolle sind die PMK-Mitarbeiter auf die jeweiligen Stationsteams angewiesen. Verzögert sich diese Umsetzung oder unterbleibt sie völlig, kann dies zu einer Belastung für das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und dem PMK werden. Andererseits werden die Mitarbeiter im PMK aufgrund ihrer Kompetenz und Ausbildung in Kommunikation - gerade in schwierigen Situationen - oft zu Vertrauenspersonen der Patienten, was zu negativen Reaktionen der Primärteams führen kann. Im Vergleich zur autonomen Betreuung der Patienten auf eigenen Palliativstationen sind häufiger Kompromisse notwendig, was ein hohes Frustrationsrisiko für die Mitarbeiter des PMK beinhalten kann [Dunlop/Hockney, 1998].

Mit der Verbreitung von PMK nahm in den letzten 15 Jahren auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Bereich zu. Inzwischen liegen diverse Einzel- und Übersichtsarbeiten zu Wirksamkeit, aber auch Wirtschaftlichkeit von PMK vor. So konnte bereits 1995 belegt werden, dass PMK im Bereich der Symptomkontrolle signifikante Verbesserungen erreichen konnten, indem Schmerzen, Übelkeit und Dyspnoe reduziert wurden [Ellershaw, 1995]. Diese Ergebnisse konnten in der Folgezeit bestätigt werden, auch wenn qualitativ hochwertige Forschung im Bereich der Palliativmedizin aus methodischen und ethischen Gründen oft erschwert ist [Higginson, 2003].

Neben der unmittelbaren Symptomkontrolle verbessern PMK auch das Verständnis von Patienten und Angehörigen von ihrer Erkrankung und Prognose und ermöglichen so eine Beschäftigung mit ihren Wünschen für diese letzte Lebensphase [Jack, 2004].

Neben diesen unmittelbar patientenbezogenen Aspekten wurden in den letzten Jahren auch medizinökonomische Fragen bearbeitet. Hier konnte z.B. gezeigt werden, dass PMK zu einer Reduktion von Tagestherapiekosten und Gesamtklinikkosten beitragen können, da die veränderte Kommunikation dazu führt, dass nicht indizierte Verlegungen auf Intensivstationen unterbleiben, unnötige Therapien korrigiert und Entlassungen früher möglich werden [Penrod, 2006; Gade, 2008]

1.4.2 Entwicklung des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin (IZP) an der LMU

Bereits im Mai 1994 fand im Klinikum Großhadern eine gemeinsame interdisziplinäre Veranstaltung der Medizinischen Klinik III, der Klinik für Anästhesie und der Neurologischen Klinik in Zusammenarbeit mit der Krankenhausseelsorge, dem Sozialdienst und der Pflegedienstleitung unter der Überschrift „Palliativtherapie bei terminal Kranken und Sterbenden“ statt. Im Jahr 1998 wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Medizinischen Klinik III, der Klinik für Anästhesiologie und der Neurologischen Klinik gebildet, die unter Federführung von Prof. Borasio ein Konzept für die Etablierung einer Palliativstation samt PMK am Klinikum Großhadern erstellte. Dieses Konzept wurde 1999 vom Krankenhausplanungsausschuss für Hochschulklinika genehmigt. Als Folge wurde die Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung gegründet. Der Palliativmedizinische Konsiliardienst nahm als ersten Teil der Einrichtung am 1.12.1999 seine Arbeit auf.

2003 wurden die ersten 6 provisorischen Palliativbetten im Klinikum eingerichtet. 2004 wurde die interdisziplinäre Einrichtung zu einem eigenständigen Zentrum des Klinikums der Universität München und ergänzend zum bisherigen Konsildienst eine Palliativstation mit 10 Betten eröffnet. Dadurch wurde die eigenständige stationäre Versorgung von Patienten mit komplexen und schwierigen Symptomen möglich, während der PMK seine Arbeit wie bisher fortführte.

1.4.3 Aufgabengebiet und Arbeitsweise des palliativmedizinischen Konsiliardienstes im IZP

Die Arbeitsweise des PMK hat sich in den untersuchten Jahren nicht geändert. Der PMK wird von denjenigen Stationen, die Bedarf an einer palliativmedizinischen Beratung und Unterstützung haben, telefonisch oder schriftlich angefordert. Der betroffene Patient oder die Patientin werden möglichst zeitnah von einem ärztlichen Mitarbeiter aufgesucht, um eine initiale Erhebung der vorliegenden Probleme und Symptome durchzuführen. Abhängig davon wird vom PMK-Arzt entschieden, ob ein weiterer Mitarbeiter hinzugezogen wird und welcher Bedarf für die weitere Mitbetreuung besteht.

Organisatorisch entwickelten sich dabei zwei unterschiedliche Arten der Begleitung und Beratung: Bei einzelnen isolierten Fragen der Symptomkontrolle oder Problemen, die nicht mehrere Berufsgruppen des PMK in Anspruch nehmen, wird der Patient als Einzelkonsil geführt und nach erfolgreicher Symptombesserung nur noch bei Bedarf und auf Nachfrage aufgesucht. Bei komplexeren Problemen, welche die Beteiligung von mehr als einer Berufsgruppe des PMK erfordern, wird der Patient täglich von mindestens einem Mitarbeiter visitiert um zeitnah Veränderungen zu er-

kennen und darauf reagieren zu können. Eine solche Beratung wird als konsiliarische Vollbetreuung gewertet.

Die Tätigkeit des PMK umfasst mehrere Schwerpunkte:

- *Symptomkontrolle*

Abhängig von den jeweiligen Beschwerden des Patienten werden palliativmedizinische oder palliativpflegerische Empfehlungen zu einer Therapie z.B. bei Schmerzen, Dyspnoe oder Übelkeit gegeben. Dies kann auch in einer Empfehlung zur Beendigung einer nicht mehr indizierten, aber nebenwirkungsreichen Therapie bestehen.

In den letzten Jahren wurde der PMK im Klinikum Grosshadern verstärkt auch von Intensivstationen zu Therapiezieländerungen angefragt, wenn aggressive Therapien nicht länger im Interesse des Patienten erschienen. Hier lag die Hauptaufgabe in der Klärung der Wünsche aller Beteiligten und einer Erläuterung der rechtlichen und medizinethischen Rahmenbedingungen.

- *Psychosoziale Begleitung*

Neben der Linderung körperlicher Symptome unterstützen PMK die Patienten auch bei psychosozialen Problemen. Hierzu gehören Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung und Sinnfindung, wie auch organisatorische Hilfe bei der Regelung wichtiger Angelegenheiten wie Planung von Testamenten, Versorgung von Angehörigen und ähnlichen Themen.

- *Entlass- und Verlegungsmanagement*

Besteht keine Notwendigkeit mehr für einen weiteren Aufenthalt auf der anfragenden Station, so unterstützt der PMK die Organisation der weiteren Versorgung. Hierzu werden die Ressourcen des Patienten im gemeinsamen Gespräch analysiert, so z.B. Pflegebedarf, Anzahl und Kompetenz der Bezugspersonen, räumliche Situation und finanzielle Möglichkeiten.

Erscheint eine häusliche Versorgung möglich, erfolgt bei Bedarf eine Beratung der anfragenden Station zu Pflegeschneleinstufung, Finden eines geeigneten Pflegedienstes, Organisation von Hilfsmitteln und ggf. Hinzuziehen eines örtlichen Hospiz- oder Palliativdienstes im Sinne eines „case managements“.

Ist eine häusliche Entlassung nicht möglich, so erfolgt die Mithilfe bei der Verlegung in ein Hospiz, in Einzelfällen auch in ein Pflegeheim.

- *Vorsorge / Prophylaxe*

Wenn es von den Patienten gewünscht wird, so erfolgt eine Beratung zu Fragen der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht und die Erstellung eines Notfallplans für den Fall einer weiteren Verschlechterung, so dass in solchen Fällen ein an den Wünschen des Patienten orientiertes Vorgehen möglich ist und es nicht zu unnötigen und belastenden Notfalleinweisungen in Paniksituationen von Patient und Angehörigen kommt.

2. Methodik

2.1. Konzeptioneller Ansatz

In dieser Arbeit werden die Daten zu Anfragen an den palliativmedizinischen Konsiliardienst des Klinikums Großhadern in den Jahren 2002 und 2007 verglichen. Das Jahr 2002 wurde als Startpunkt ausgewählt, da zwei Jahre zuvor der PMK seine Arbeit aufnahm und erst 2002 als erstes vollständiges Jahr der kontinuierlichen Arbeit nach seiner vollständigen Implementierung betrachtet werden kann. 2004 wurde die Palliativstation des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin eröffnet. Drei Jahre später scheint ein geeigneter Zeitpunkt, um deren Einfluss auf Arbeit und Outcome eines PMK messen und analysieren zu können.

Die Patientendaten wurden retrospektiv erhoben und deskriptiv analysiert. Ergänzend dazu wurde im Frühjahr 2008 mit Hilfe eines eigens entwickelten Fragebogens eine Befragung derjenigen Stationen durchgeführt, welche im Jahr 2007 die meisten Anfragen an den PMK gestellt hatten, die Details sind unter 2.3. angegeben.

2.2. Erhebung der Patientendaten

Mit Beginn seiner Arbeit wurden sämtliche Anfragen an den PMK täglich in eine fortlaufende Dokumentation in Form einer Exceldatei im Sekretariat des IZP aufgenommen. Für jeden Patienten wurden Name, Geburtsdatum und Diagnose dokumentiert. Nach einem ersten Kontakt mit einem Mitarbeiter des PMK wurde im Rahmen einer morgendlichen Besprechung entschieden, ob der Patient aufgrund komplexer Probleme eine beratenden Vollbetreuung von mehreren Mitarbeitern und Berufsgruppen des PMK bedurfte oder aufgrund einer einzelnen definierten Fragestellung z.B. zur Schmerztherapie als Konsil geführt und auch nur auf Anfrage der behandelnden Station erneut aufgesucht wurde. Ebenso wurde nach dem Erstkontakt eine Dokumentation bzgl. Schmerzen und dem Vorliegen einer Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht durchgeführt. Bei Ausscheiden aus der Betreuung aus dem PMK wurden die Gründe hierfür ebenfalls dokumentiert.

2.3. Stationserhebung zum Jahr 2007

Alle beim PMK vorliegenden Anfragen aus dem Jahr 2007 wurden stationsweise nach der Häufigkeit sortiert. Die am häufigsten anfragenden Stationen, welche kumulativ 60 % der Anfragen ausmachten, wurden im Frühjahr 2008 für eine Befragung aufgesucht. Dies waren zwei gastroenterologische, zwei onkologische, zwei neurochirurgische, zwei HNO-, eine strahlentherapeutische, eine gynäkologische und eine neurologische Station.

Auf diesen insgesamt 11 Stationen wurde jeweils der pflegerischen Stationsleitung und den Stationsärzten ein Fragebogen ausgehändigt. Waren diese Personen nicht anzutreffen, wurden die jeweiligen Vertreter befragt (siehe Fragebogen im Anhang).

Neben Angaben über ihre jeweilige Klinik und Berufsgruppe wurden die Befragten auch um eine Schätzung der Häufigkeit von Palliativkonsilen im Jahr 2007 gebeten. Hintergrund ist die Frage, ob die anfragenden Stationen die Anzahl ihrer Palliativpatienten korrekt wahrnehmen. In acht Einzelfragen wurde danach gefragt, wie hilfreich sie die Arbeit des PMK für die jeweilige Station einschätzten. Hierzu sollte von den Befragten eine Markierung auf einer numerischen Zehnerskala mit den Endpunkten „überhaupt nicht hilfreich“ und „sehr hilfreich“ angebracht werden.

Diese Frage wurde jeweils zu den Items Gesamteindruck, Symptomkontrolle, schwierige Kommunikationssituationen, Therapieentscheidungen / Therapiezieländerungen, schwierige psychosoziale Situationen (z.B. Angehörige), Unterstützung des Stationsteams, Organisation der Weiterversorgung und Erstellung von Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten gestellt. Darüber hinaus konnten zusätzliche, als fehlend angesehene Items ergänzt sowie offene Kommentare gegeben werden.

Sämtliche Patientendaten wurden aus einer Excel-Datei in die Statistiksoftware SPSS für Windows, Version 15.0 exportiert, die Daten der Stationsbefragung direkt in SPSS eingegeben.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die erfassten Daten und ihre Auswertung vorgestellt:

3.1. Patientenkollektiv

2002 wurden 459 Patienten vom PMK beraten, davon n=134 (29 %) im Rahmen eines einmaligen Konsils, n=328 (71 %) im Rahmen einer beratenden palliativmedizinischen Vollbetreuung entsprechend der Definition unter 1.4.4.

2007 wurden 405 Patienten beraten, davon n=64 (15,8 %) im Rahmen eines einmaligen Konsils, n=341 (84,2 %) im Rahmen einer Vollbetreuung. Es zeigt sich also eine Zunahme der Vollbetreuungen um n=13 (4 %), während die Gesamtzahl der Konsildienstkontakte um n=57 (12 %) zurückging.

3.2. Demografische Daten

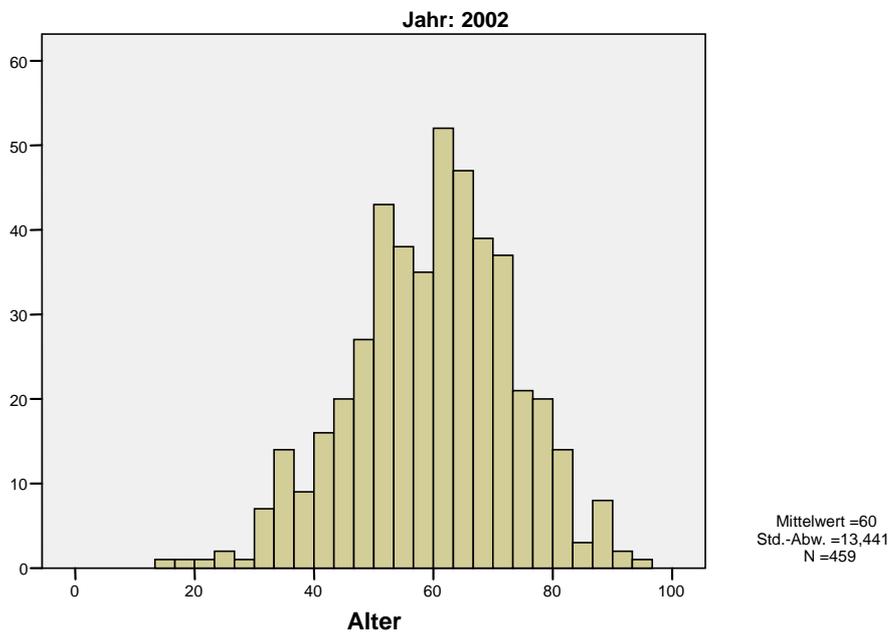
Von den 2002 betreuten Patienten waren n=245 (53 %) weiblichen, n=217 (47 %) männlichen Geschlechts, im Jahr 2007 waren n=208 weiblich (51,4 %), n=197 männlich (48,6 %).

Bei Betrachtung der Altersverteilung zeigte sich 2002 ein Mittelwert von 60 Jahren, der Median lag bei 62 Jahren, bezogen auf die gesamte Patientengruppe. Geschlechtsspezifisch lag für Patientinnen der Mittelwert bei 58,8 Jahren, der Median bei 62 Jahren, für Patienten bei 61,3 Jahren bzw. 61 Jahren. Der jüngste Patient war 14 Jahre, der älteste 94 Jahre alt.

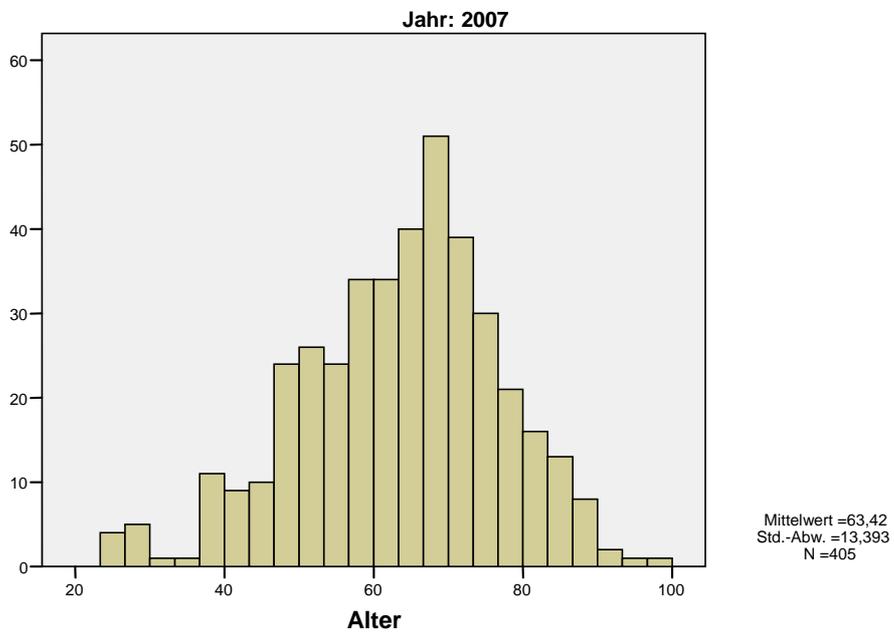
Für 2007 zeigte sich ein gesamter Altersmittelwert von 63,4, Median 65 Jahren, geschlechterspezifisch lagen Mittelwert und Median bei 64,7 bzw. 66 Jahren bei Frauen und 62,1 bzw. 64 Jahren bei Männer. Der jüngste Patient in 2007 war 24 Jahre alt, der älteste 98 Jahre.

Sowohl Alters- als auch Geschlechtunterschiede waren nicht signifikant.

Alter



Alter



Grafik 1: Altersverteilung der Patienten des PMK nach Jahren getrennt

3.3. Diagnosen

In 2002 und 2007 waren insgesamt nur 9 verschiedene der in beiden Jahren insgesamt 27 vorhandenen Diagnosen für jeweils mehr als 60 % der Primär Diagnosen der betreuten Patienten verantwortlich (Tabelle 1). Diese führenden Diagnosen umfassten nur maligne Erkrankungen; nicht maligne Diagnosen waren in beiden Jahren nur mit insgesamt 4,1 % (2002) bzw. 4,0 % (2007) vertreten.

	2002		2007		
Diagnose	n	%	n	%	
Mammakarzinom	79	17,2	53	13,1	
Bronchialkarzinom	42	9,2	25	6,2	
Hämatologische Neoplasie	41	8,9	37	9,1	
HNO-Karzinom	32	7,0	33	8,1	
Glioblastom	28	6,1	45	11,1	p = 0,008
Pankreaskarzinom	27	5,9	21	5,2	
Nierenzellkarzinom	22	4,8	8	2,0	p = 0,025
Colorektales Karzinom	13	2,8	24	5,9	p = 0,024
Sarkom	22	4,8	17	4,2	

Tabelle 1: Häufigste Diagnosen der Konsilpatienten (kursiv die Referenzwerte des jeweils anderen Jahres, die nicht zu den führenden 60 % zählten)

2002 litten 93,8 % (n=430) der betreuten Patienten an einer onkologischen Erkrankung, bei den übrigen 6,2 % (n=29) der Diagnosen handelte es sich um Patienten mit ALS mit 1,7 % (n=8), Hirninfarkten oder Blutungen mit 0,4 % (n=2) oder nichtmaligne Erkrankungen wie COPD oder Leberzirrhose mit insgesamt 4,1 % (n=19). Bei drei Patienten war die Diagnose nicht dokumentiert worden.

2007 machten die onkologischen Erkrankung 92,7 % (n=367) der Diagnosen aus, von den verbleibenden 9,3 % (n=38) hatten die neurodegenerativen Erkrankungen (ALS und Basalganglienerkrankungen) einen Anteil von 3,6 % (n=11). Nichtmaligne Erkrankungen machten 4 % (n=16) aus.

Eine Sonderstellung nehmen Patienten mit Glioblastomen ein, da diese Erkrankung zwar pathophysiologisch eine Krebserkrankung ist, aufgrund ihrer ausschließlichen ZNS-Manifestation und Klinik jedoch versorgungstechnisch eine neurologische Erkrankung ist und aus diesem Grund in Deutschland auch fast ausschließlich von Neurologen und Neurochirurgen behandelt wird.

Betrachtet man Patienten mit Glioblastomen daher als neurologische Patienten, so lag der Anteil der neurologischen Diagnosen 2002 bei 8,2 % (n=38), 2007 bei 16,4 % (n=67)

3.4 Betreuungsdauer

2002 wurden konsiliarisch gesehene Patienten (n=134) im Mittel 4,2 Tage betreut, vollbetreute Patienten 9,4 Tage. Minimal dauerte der Kontakt jeweils einen Tag, maximal 49 Tage für ein Konsil, 71 Tage für eine Betreuung. 2007 lag der Mittelwert für Konsile bei 3,8 Tagen, für Betreuungen bei 6,0 Tagen. Die maximale Kontaktdauer lag bei 28 Tagen für ein Konsil und 42 Tagen für eine Betreuung.

3.5 Anfragende Einrichtungen

3.5.1 Kliniken

Von den insgesamt 15 Kliniken des Klinikums Großhadern stellten 2002 13 Kliniken (86,7 %), 2007 14 Kliniken (93,3 %) Anfragen an den PMK. Hierbei kamen in beiden Jahren 80 % der Anfragen von jeweils nur sechs Kliniken, wobei die Kliniken für Hämatologie / Onkologie, Gastroenterologie, Chirurgie und Gynäkologie in beiden Jahren zu dieser Gruppe gehörten, die Kliniken für Neurologie, HNO, Neurochirurgie und Strahlentherapie gehörten jeweils nur in einem Jahr zu den sechs am häufigsten anfragenden Kliniken. (Tabelle 2).

Die einzige Klinik, die in beiden Jahren keine Anfragen stellte, war die Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Klinik für Kardiologie stellte in 2002 keine Anfragen an den PMK. Da seit 2003 die Koordinierungsstelle Kinderpalliativmedizin (KKiP) ihre Arbeit aufnahm, wurden Anfragen der im Klinikum Grosshadern untergebrachten Abteilung für Kinderkardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin von dieser abgedeckt. Diese Anfragen sind jedoch nicht Teil dieser Untersuchung.

Klinik	2002		2007		
	n	%	n	%	
Hämatologie / Onkologie	149	32,3	112	27,7	P = 0,04
Gastroenterologie	53	11,5	73	18,0	p = 0,014
Neurologie	48	10,4	28	6,9	
Chirurgie	43	9,3	28	6,9	
Gynäkologie	38	8,2	38	9,4	
HNO	35	7,6	28	6,9	
Urologie	25	5,4	5	1,2	p = 0,001
Neurochirurgie	21	4,5	42	10,4	p = 0,001
Orthopädie	20	4,3	5	1,2	p = 0,007
Strahlentherapie	15	3,2	32	7,9	p = 0,003
Anästhesie	6	1,3	5	1,2	
Herzchirurgie	3	0,6	1	0,2	
Notaufnahme	3	0,6	3	0,7	
Nuklearmedizin	2	0,4	3	0,7	
Kardiologie	0	0	2	0,5	
Herzchirurgie	4	0,8	1	0,2	

Tabelle 2: Anfragende Kliniken

3.5.2.Stationen

Das Klinikum Großhadern besitzt insgesamt 57 Normal- und Intensivstationen. 2002 kamen von 44 Stationen Anfragen (77,2 %), in 2007 von 47 Stationen (82,5 %). Hierunter waren 2002 7 Intensivstationen mit insgesamt 26 Anfragen, 2007 8 Intensivstationen mit 27 Anfragen.

Sowohl in 2002 als 2007 machten jeweils 8 Stationen 50 % der Anfragen für den PMK aus. Vier Stationen gehörten in beiden Jahren zu diesen acht am häufigsten anfragenden Stationen: zwei hämatologisch-onkologische Stationen, eine HNO- und eine gynäkologische Station.

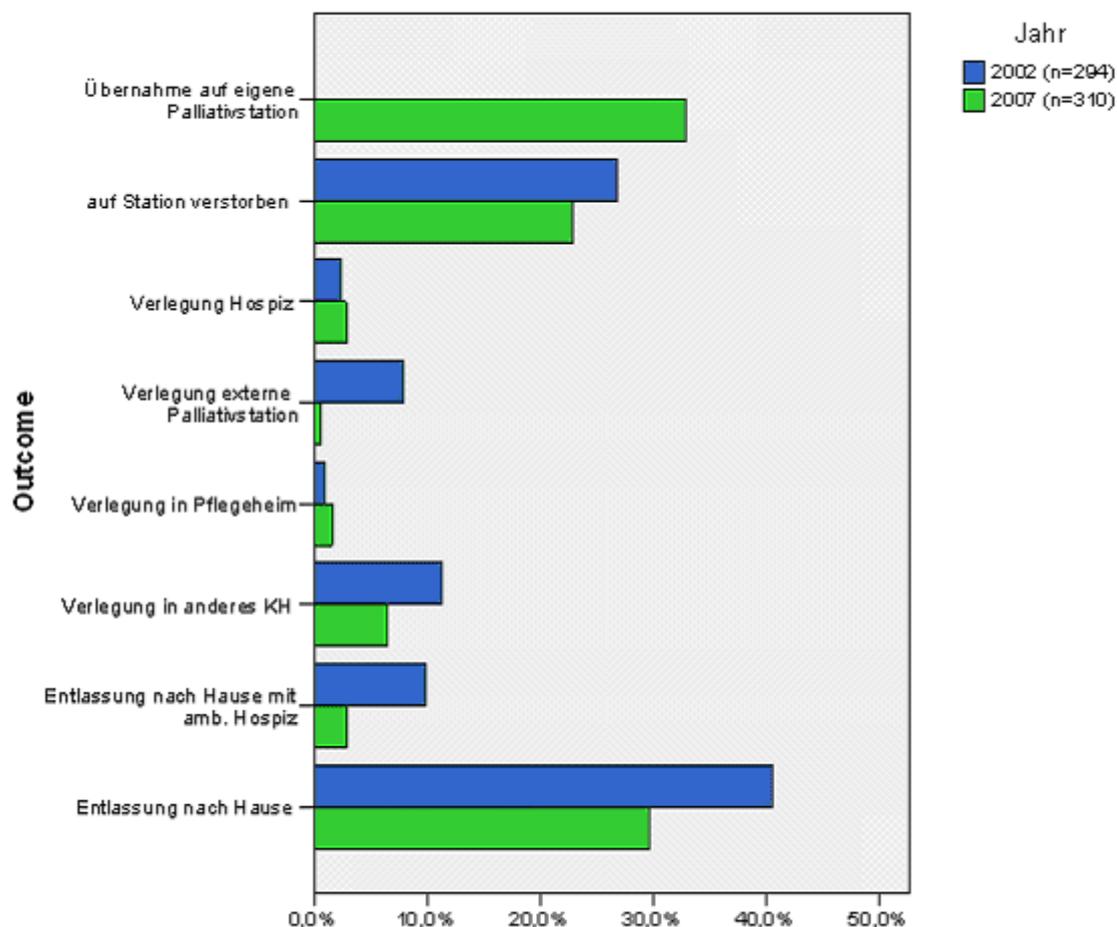
3.6.Outcome

Nur von den vollbetreuten Patienten des PMK lag eine Dokumentation bzgl. des Outcomes vor, nicht jedoch für nur konsiliarisch beratene Patienten. Patienten, die im Rahmen ihres teilweise langen Klinikaufenthaltes auf mehreren Stationen mehrfach vom PMK betreut wurden, wurden bei dieser Auswertung nur einmalig berücksichtigt.

2002 konnte bei 294 Patienten des PMK das Outcome betrachtet werden, 2007 bei 310 Patienten (Grafik 2).

2002 wurden insgesamt 147 Patienten (50 %) nach Hause entlassen, von diesen 29 (9,9 %) mit Anbindung an einen ambulanten Hospizdienst. 2007 wurde ein geringerer Anteil, nämlich 92 Patienten (29,7 %) nach Hause entlassen, hiervon 9 (2,9 %) mit Hospizdienstanbindung.

78 Patienten (26,5 %) verstarben 2002 während ihrer Begleitung durch den PMK auf den Stationen, 2007 lag diese Zahl bei 71 (22,9 %) (Grafik 3).



Grafik 2: Outcome der Patienten des PMK

Outcome	2002		2007		
	n	%	n	%	
Entlassung nach Hause	147	50,5	100	31,6	p < 0,001
Verlegung in anderes KH	33	11,3	20	6,5	p = 0,013
Verlegung in Pflegeheim	3	1,0	5	1,6	
Verlegung externe Palliativstation	23	7,9	2	0,6	p < 0,001
Verlegung Hospiz	7	2,4	9	2,9	
auf Station verstorben	78	26,8	71	22,9	
Übernahme auf eigene Palliativstation	0	0,0	103	32,9	
Gesamt	291		310		

Tabelle 3: Outcome der Patienten des PMK

2007 wurden dagegen 103 der vom PMK betreuten Patienten auf die eigene Station übernommen. (Tabelle 4).

Zwei Patienten stabilisierten sich im Verlauf des Aufenthaltes auf der Palliativstation so, dass sie eine Fortführung der bisherigen onkologischen Therapie wünschten und hierfür in eine externe Klinik verlegt wurden.

Outcome Patienten Palliativstation	Patienten mit vorheriger Betreuung durch den PMK		Patienten ohne vorheriger Betreuung durch den PMK (interne und externe Zuverlegungen)		
	n	%	n	%	
Entlassung nach Hause	21	20,4	66	35,5	p = 0,007
Verlegung in andere Abteilung oder Station	0	0	2	1,1	
Verlegung in anderes KH	2	1,9	4	2,2	
Verlegung Hospiz	16	15,5	14	7,5	p = 0,033
auf Station verstorben	64	62,1	98	52,7	
Verlegung in Pflegeheim	0	0	2	1,1	
Gesamt	103	100,0	186	100,0	

Tabelle4: Outcome der Patienten des PMK, welche 2007 auf die eigene Palliativstation übernommen wurden

3.7. Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten

Der PMK im Klinikum Grosshadern legte von Beginn seiner Arbeit an darauf Wert, dass möglichst jeder vom PMK gesehene Patient nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht befragt wurde und diese, falls vorhanden, in Kopie in die Akten übernommen wurde. Fehlte sie, wurde das Angebot einer Beratung gemacht und bei der Erstellung geholfen. Dennoch ließen sich für 2002 nur bei 348 von 462 (75,3 %) Patienten entsprechende Informationen aus der Dokumentation herauslesen, 2007 war dies bei 354 von 405 (87,4 %) Patienten möglich.

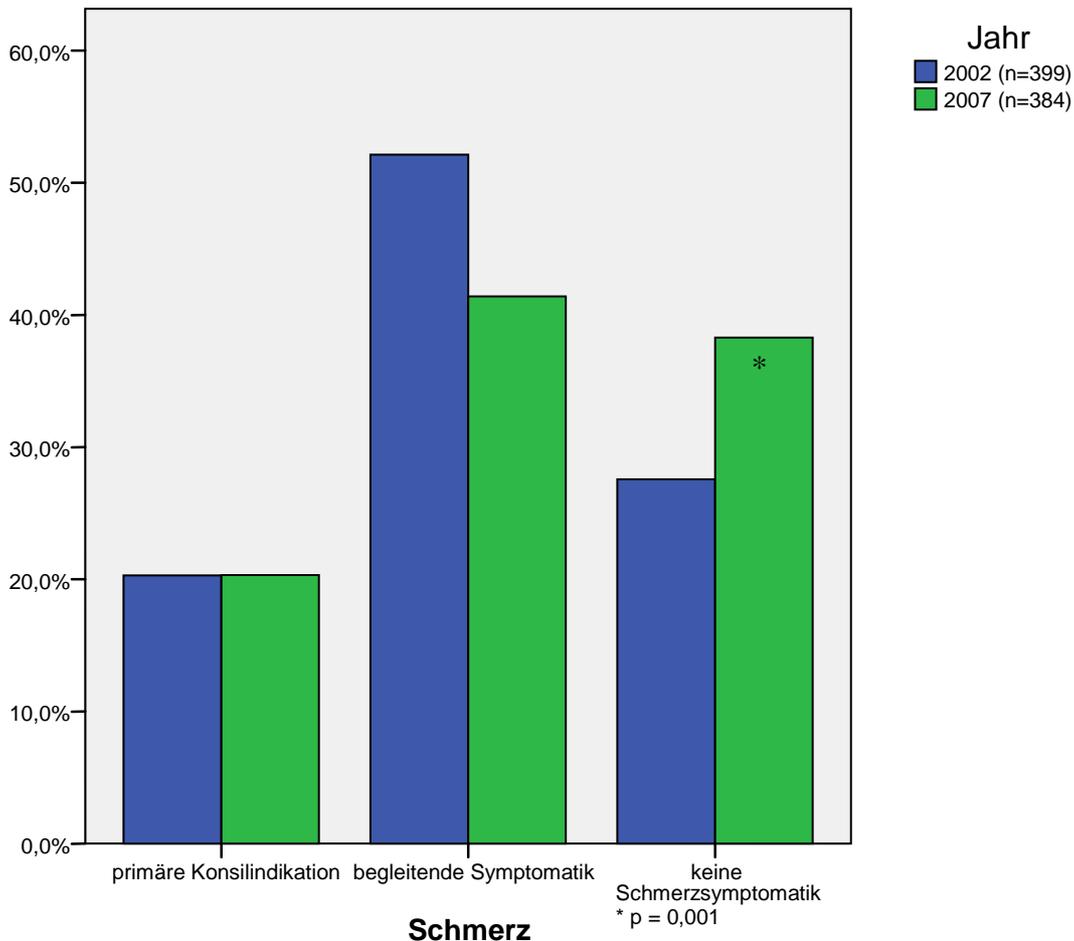
Innerhalb der auswertbaren Daten zeigte sich ein ähnlicher Prozentsatz von Patienten, die keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht hatten, jedoch ein fast doppelt so hoher Anteil von Patienten in 2007, diese Zunahme war hochsignifikant ($p < 0,001$). 2007 wurde nur noch einem halb so hohen Prozentsatz von Patienten Informationsmaterial zur Patientenverfügung mitgegeben. (Tabelle 5)

	2002		2007		
	n	%	n	%	
Patient besitzt bereits Patientenverfügungen / VV	30	8,6	63	17,8	p < 0,001
Patient besitzt keine PV / VV	259	74,4	265	74,9	
PV / VV angesprochen/abgelehnt	7	2,0	3	0,8	
Infomaterial mitgegeben	33	9,5	14	4,0	p = 0,003
PV mit Patient ausgefüllt	11	3,2	1	0,3	p = 0,002
VV mit Patient ausgefüllt	2	0,6	1	0,3	
PV und VV mit Patient ausgefüllt	5	1,4	7	2,0	
Präoperative PV mit Patient ausgefüllt	1	0,3			
Gesamt	348	100,0	354	100,0	

Tabelle 5: Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bei PMK-Patienten

3.8. Schmerzen

2002 ließen sich bei 399 Patienten (86,4 %), 2007 bei 384 (94,8 %) Angaben über Schmerzen auswerten. Es wurde unter „Schmerz als primärem Grund für die Anforderung des PMK“, „Schmerz als therapiebedürftigem Symptom“, welches erst während des Konsils identifiziert wurde und „keinen klinisch relevanten Schmerzen“ unterschieden (Grafik 3).

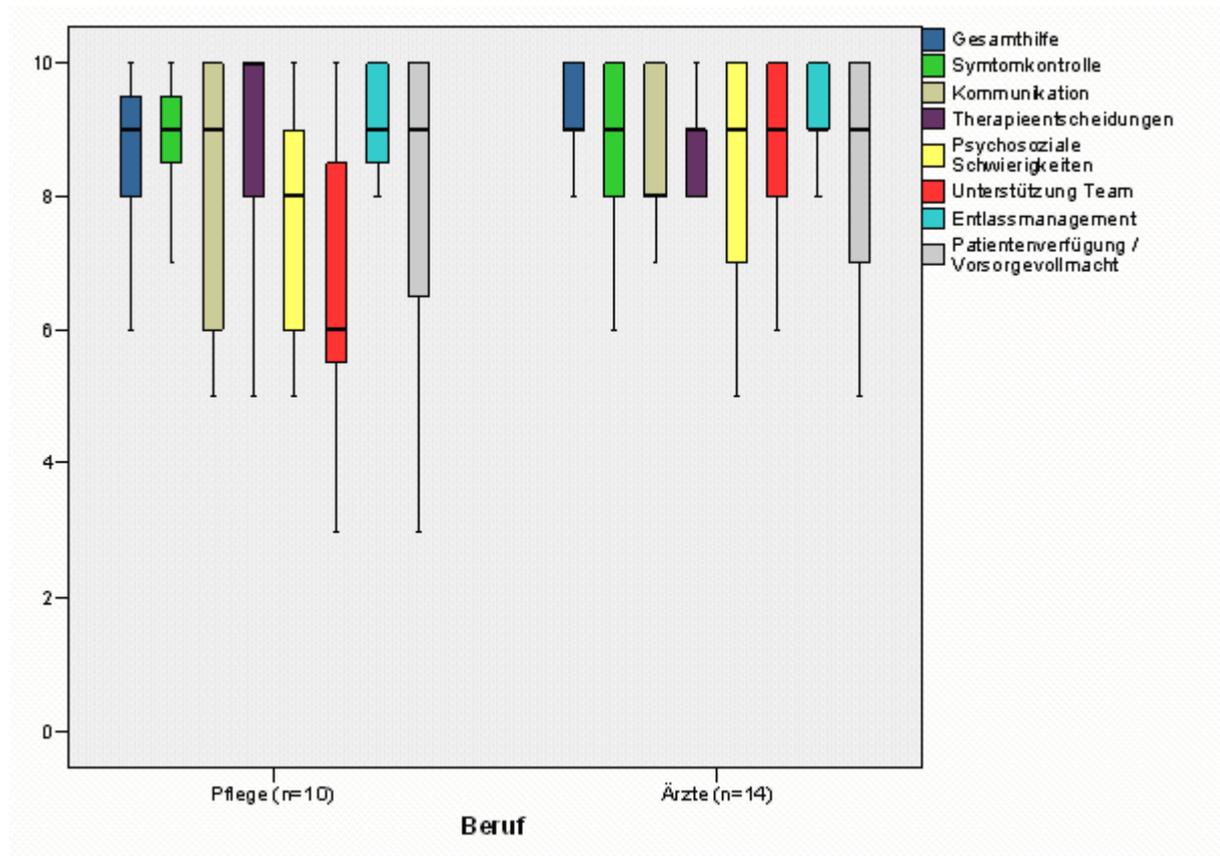


Grafik 3: Häufigkeit und Ausprägung von Schmerz bei PMK-Patienten

Während der Anteil von Schmerzen als primärer Konsilgrund in beiden Jahren gleich blieb, kam es zu einer Abnahme von relevanten begleitenden Schmerzen von 52,1 % auf 41,4 %, während der Anteil von Patienten ohne relevante Schmerzen von 27,6 % auf 38,3 % signifikant zunahm.

3.9. Stationsbefragung

Von insgesamt 27 befragten Personen (Pflege n=11, Ärzte n=16) konnten die Antworten von 24 ausgewertet werden (88,9 %). Drei Fragebögen wurden nicht zurückgesandt. Die Antworten sind, aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, im Folgenden dargestellt (Grafik4).



Grafik 4: Stationseinschätzung der Hilfe (0 – 10) durch den PMK, nach Berufsgruppen ausgewertet

Sowohl in der globalen Einschätzung, als auch in den Einzelitems wurde die Arbeit von den Stationen als hilfreich empfunden. Am hilfreichsten wurde von den Pflegenden die Unterstützung in den Bereichen Symptomkontrolle, Therapieentscheidungen/Therapiezieländerung und Entlassmanagement gesehen (Median = 9), am wenigsten hilfreich im Bereich Teamunterstützung (Median = 6) und Kommunikation (Median = 8). Unter den befragten Ärzten wurde die Hilfe in sämtlichen Bereichen als sehr hilfreich angesehen (Median 9), lediglich im Bereich „schwierige Kommunikation“ lag der Median mit 8 etwas niedriger. Diese Unterschiede waren jedoch sowohl im Vergleich der Berufsgruppen, als auch in einer Unterscheidung nach operativen und konservativen Fächern nicht signifikant.

Die Einschätzung, wie viele Patienten der PMK im Jahr 2007 auf den jeweiligen Stationen betreut hatte, wich in beiden Berufsgruppen nicht signifikant von der tatsächlichen Konsilhäufigkeit ab.

4. Diskussion

Im Rahmen dieser Studie wird die Arbeit des palliativmedizinischen Konsiliardienstes am Münchner Universitätsklinikum Grosshadern im Abstand von fünf Jahren untersucht. Der Schwerpunkt der Fragestellung liegt bei der möglicherweise in diesem Zeitraum gewandelten Betrachtung des Dienstes durch die anfragenden Stationen, dessen Akzeptanz, sowie Charakteristika des Patientenkollektivs.

4.1. Methode

Die Arbeit wurde als retrospektive Auswertung von parallel zur klinischen Routinearbeit gewonnenen Daten durchgeführt. Hierzu wurden die seit Beginn der Arbeit des PMK dokumentierte Patientendaten codiert und statistisch ausgewertet.

Ein Nachteil dieses retrospektiven Ansatzes liegt darin, dass die Auswahl der erfassten Daten beschränkt ist und sich fehlende oder fehlerhafte Werte nur noch sehr eingeschränkt erneut erheben lassen. Die erhobenen Rohdaten wurden nicht primär für die vorliegende Auswertung erhoben. Zusätzliche Daten, die methodisch im Rahmen dieser Arbeit als wünschenswerte erkannt wurden, ließen sich nicht mehr nacherheben.

Für die zukünftige Dokumentation von Konsildiensten folgt daraus, dass von Anfang an zukünftige Auswertungen bedacht werden sollten, natürlich bei kritischer Beurteilung des Aufwandes. Im Falle einer prospektiven Datenerhebung könnten wichtige Daten viel gezielter im Hinblick auf die Studienfragestellung erhoben werden.

Auf der anderen Seite ermöglicht die retrospektive Auswertung von Routinedaten eine viel höhere Ausschöpfung der gesamten Patientenzahl über einen längeren Zeitraum, da nur ein geringer zusätzlicher zeitlicher und personeller Aufwand entsteht und Fehlzeiten seltener sind.

Diese Arbeit stellt eine Auswertung der Daten von mehr als 800 Patienten eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes im Abstand von fünf Jahren vor, die erste Arbeit dieser Größenordnung in Deutschland.

4.2. Erhobene Daten

Lediglich Schmerz wurde im PMK als Symptom dokumentiert und semi-quantifiziert - als „Hauptkonsilindikation“, „therapiebedürftiges Symptom“ oder „nicht vorhanden“. Auch wenn sich auf diesem Weg wichtige Daten über die Prävalenz erheben ließen, so war keine routinemäßige Verlaufsdokumentation vorhanden, so dass keine Aussagen über die Wirksamkeit der PMK-Interventionen möglich waren.

Andere, ebenfalls stark belastende Symptome wie Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Depression oder Delir wurden nicht erhoben, so dass sich in der analysierten Dokumentation nur ein Ausschnitt der Belastung der Patienten darstellt. Da in der Literatur diese Symptome jedoch in ihrer Prävalenz als vergleichbar häufig oder sogar häufiger als Schmerzen angegeben werden und sie nicht nur bei onkologischen Erkrankungen auftreten, erscheint es sinnvoll, diese zukünftig in die zeitnahe Dokumentation einzubeziehen

Subjektive Symptome wie die oben genannten weisen eine hohe intra- und interindividuelle Varianz und im sind Falle einer Fremdbeobachtung zusätzlich gefährdet für Verzerrungen sind. Trotz dieser Gefahr erscheint eine Quantifizierung, z.B. über eine numerische Skala, auch im Rahmen der Routinedokumentation sinnvoll, da so eine Qualitätskontrolle der eigenen Arbeit möglich wird.

Bei der Auswertung der Daten fiel auch das Fehlen von Angaben über das soziale Umfeld der Patienten auf. Nimmt man die Definition der WHO [WHO, 2002] zur Grundlage, so sieht die Palliativmedizin ihre Aufgabe auch in der Unterstützung und Begleitung der Angehörigen und Bezugspersonen der Patienten. Eine rein quantitative Dokumentation von unterstützenden (z.B. Partner) und unterstützungsbedürftigen (z.B. kleine Kinder) Bezugspersonen könnte so zumindest einen zeitnahen Überblick über den potentiellen Bedarf aufzeigen und die Auswertung möglicher Korrelationen mit Problemen in der Weiterversorgung aufzeigen.

4.3 Patientenkollektiv

Insgesamt wurden 2002 $n=462$ und 2007 $n=405$ Patienten in die Analyse einbezogen. Dies entspricht etwas 0,5 % Prozent der ca. 78500 jährlich stationär behandelten Patienten im Klinikum Grosshadern.

Die Klinik mit der höchsten Anfragenzahl in beiden beobachteten Jahren, die Klinik für Hämatologie und Onkologie mit ca. 3500 stationär behandelten Patienten pro Jahr, ließ sowohl 2002 wie 2007 weniger als 5 % ihrer Patienten vom PMK betreuen, wobei aufgrund personeller Verzahnung zwischen dem PMK und der Klinik für Onkologie der Prozentsatz in dieser Klinik als überdurchschnittlich bewertet werden muss.

In anderen Kliniken lag dieser Prozentsatz deutlich unter 5 %, ohne das dies nur durch andere Patientenpopulationen zu erklären ist. So nahmen Anfragen der Klinik für Orthopädie von 20 Anfragen (2002) auf 5 (2007) ab, während anhand der ICD-10-Codierung im Qualitätsbericht der LMU von einer Prävalenz von mindestens 60 – 100 Fällen/Jahr auszugehen ist. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei einer Querschnittsuntersuchung einer Krankenhauspopulation eines Monats bei 23 % der Patienten entweder Ärzte oder Pflegepersonal die Einschaltung eines PMK für sinnvoll erachteten [Gott, 2001].

Es ist daher von einem deutlich höheren Bedarf bzw. Potential an palliativmedizinischen Konsilen im untersuchten Krankenhaus auszugehen, als während der beiden Untersuchungsjahre stattfanden.

2002 lag der Altersmedian der untersuchten Population für Männer bei 61,5 Jahren, für Frauen bei 59,8 Jahren, in 2007 bei 63,9 bzw. 66,2 Jahren. Wie in vergleichbaren Untersuchungen lässt sich zwar keine Geschlechterpräferenz erkennen, jedoch zeigt sich in anderen Veröffentlichungen ein etwas geringeres [Ellershaw, 1995] oder vergleichbares [O'Mahony, 2005] Durchschnittsalter der untersuchten Patienten.

Dies deckt sich teilweise mit subjektiven Erfahrungen von palliativmedizinischen und onkologischen Kollegen. Als ein überregionales Universitätsklinikum werden im Klinikum Grosshadern tendenziell jüngere Patienten mit komplizierteren Verläufen behandelt, was sich dann auch in der palliativmedizinisch betreuten Population niederschlägt. Dies zeigt sich besonders bei der Gruppe der Sarkompatienten, bei denen der Altermedian mit 49,1 (2002, n=22) und 53,8 (2007, n=17) Jahren deutlich unter dem der anderen Diagnosen liegt und sich deren Häufung im Patientenkollektiv möglicherweise durch die Existenz einer überregionalen klinischen Arbeitsgruppe am Klinikum Grosshadern erklären lässt.

4.4. Diagnosen

In beiden untersuchten Jahren machten onkologische Diagnosen mehr als 90 % der Erkrankungen der betreuten Patienten aus. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, entspricht dies der Verteilung der Krankheiten in vergleichbaren Untersuchungen. Gleichzeitig deckt sie sich nicht mit der demografischen Verteilung der deutschen Todesursachenstatistik und Krankheitsprävalenz [Statistisches Bundesamt, 2007]. In dieser sind Tumorerkrankungen nur für 25,7 % der Todesfälle verantwortlich.

Hierfür gibt es mehrere mögliche Erklärungen: Nicht jede zum Tode führende Erkrankung bereitet belastende und damit behandlungsbedürftige oder behandlungsfähige Symptome. Erkrankungen, die z.B. zu einer raschen Dekompensation der Leberfunktion und einem hepatischen Koma führen, müssen den Betroffenen nicht körperlich belasten und erfordern lediglich eine adäquate Pflege zur Verhinderung von Sekundärkomplikationen wie Dekubitus. Akute Infekte können bei einer bestehenden schweren Grunderkrankung so schnell zum Tode führen, so dass eine palliativmedizinische Anbindung oder kausale oder symptomorientierte Behandlung nicht mehr möglich ist.

Diese Beispiele erklären jedoch nicht die grundsätzliche Unterrepräsentation nichtonkologischer Erkrankungen im Patientenkollektiv des PMK, da es keine grundsätzlichen Unterschiede in der Häufigkeit belastender Sym-

ptome zwischen verschiedenen weit fortgeschrittenen, onkologischen und nichtonkologischen Erkrankungen gibt [Solano, 2006].

Eine mögliche Erklärung für die Häufung onkologischer Patienten innerhalb der Palliativmedizin kann im unterschiedlichen Verlauf der Erkrankungen liegen: Die meisten Tumorerkrankungen verlaufen trotz Progress in bildgebenden und laborchemischen Verfahren relativ symptomarm oder mit gut kontrollierbaren Symptomen. Erst in der letzten Phase der Erkrankung kommt es zu einem relativ raschen, meist nur Wochen bis wenige Monate dauernden Verfall des Allgemeinzustandes, der mit dem Tod endet und meist auch unter aggressiven Therapien nicht reversibel ist. Trotz einer klinischen Unsicherheit, was den richtigen Zeitpunkt angeht, lässt sich meist ein „Point-of-no-return“ ausmachen, ab dem der Versuch einer Lebensverlängerung nur noch in Ausnahmen Erfolg hat.

Nicht-onkologische Erkrankungen wie die fortgeschrittene Herzinsuffizienz oder COPD zeigen eine langsamere, kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Zusätzlich zu dieser generellen Verschlechterung kommt es zu einzelnen Krisen, z.B. durch kardiale Dekompensation mit Lungenödem oder pulmonale Infekte mit Verschlechterung der respiratorischen Situation, für die jedoch kausale, z.T. aggressive und intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten bestehen, welche im Krankheitsverlauf zunächst oft eine Rehabilitation in annähernd den Zustand vor der Krise ermöglichen.

Oft tritt der Tod bei diesen Erkrankungen entweder innerhalb einer nicht mehr beherrschbaren Krise oder durch Verzicht auf die Intervention auf Wunsch des Patienten ein. In beiden Fällen besteht aber eine hohe prognostische Unsicherheit bezüglich der Erfolgchancen einer Behandlung. Ein „Point-of-no-return“ ist in diesen Fällen meist nur retrospektiv, nach frustriertem Verlauf, möglich.

Aufgrund dieser Unterschiede ist es bei nicht-onkologischen Erkrankungen deutlich schwieriger, den Beginn einer Terminalphase klar zu benennen, was die Beendigung kurativer bzw. kausaler Maßnahmen und eine Therapiezieländerung hin zur reinen Symptomkontrolle erschwert.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, führte diese Einsicht bei einigen PMK zur Bezeichnungsänderungen. Auf diesem Weg sollte es den primär behandelnden Stationsteams ermöglicht werden, den PMK zur Behandlung von vorhandenen Symptomen hinzuzuziehen, ohne dass eine Entscheidung, ob es sich bereits um die Terminalphase handelt, getroffen werden musste.

Durch einen frühzeitigen Kontakt kann das am Patientenwunsch orientierte Vorgehen eines PMK die Möglichkeit bieten, jenseits der Betreuung in der Terminalphase, den Patienten zu helfen, Entscheidungen für den weiteren Verlauf der Erkrankung zu unterstützen und möglicherweise nicht

mehr gewünschten aggressiveren Interventionen vorzubeugen. In diesem Bereich besteht noch Informationsbedarf.

In einer Studie konnte im Jahr 2000 gezeigt werden, dass selbst Patienten, die eine Patientenverfügung erstellt hatten, bereits selber schwer erkrankt waren oder einen nahen Angehörigen durch eine Krankheit verloren hatten, nur in weniger als 50 % wussten, dass sie rechtlich in der Lage sind, eine bereits begonnene Therapie zu beenden. Dies überrascht, da die gleiche Patientengruppe zu 70% korrektes Wissen über ihr Recht besaß, die Einleitung einer Therapie abzulehnen [Silveira, 2000]. Dies bedeutet, dass ein relevanter Anteil von Patienten nicht einmal über die Voraussetzungen für eine palliativmedizinische Behandlung informiert ist, der Anteil mit adäquatem Wissen über diese Therapiemöglichkeiten dürfte also noch geringer sein.

4.5. Betreuungsdauer

Im Vergleich zu 2002 hatte sich 2007 die mittlere Betreuungsdauer im PMK von 9,4 auf 6 Tage um mehr als 50 % signifikant verkürzt ($p=0,004$). Hierfür sind zwei Erklärungen möglich:

2007 konnten durch die Eröffnung einer eigenen Palliativstation Patienten mit komplexen und aufwendigen Symptomen auf diese übernommen und dort behandelt werden, während dies 2002 nur durch Verlegung in eine externe Palliativstation möglich war, ein Vorgehen, das für Patienten und behandelndes Stationsteam eine höhere Hemmschwelle darstellte.

Zwischen 2002 und 2007 erhöhte sich außerdem die Anzahl der in München verfügbaren Hospizbetten, so dass kürzere Wartezeiten die Folge waren. Dies zeigt sich auch darin, dass sich die mediane Betreuungsdauer von Patienten, die in ein Hospiz verlegt wurden, von 11 auf 8 Tage verkürzte. Aufgrund der geringen Anzahl dieser Patienten (2002: $n=7$, 2007: $n=11$) hatte dies jedoch keinen relevanten Einfluss auf die durchschnittliche Betreuungsdauer.

Leider liegen keine Daten vor, zu welchem Zeitpunkt ihres Klinikaufenthaltes die Patienten dem PMK vorgestellt wurden, so dass keine Angaben darüber gemacht werden können, ob es hier signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Kliniken und Diagnosegruppen gibt, die sich möglicherweise verbessern ließen.

4.6. Anfragende Stationen und Kliniken

Während 2002, also bereits ein Jahr nach Einführung des PMK, bereits 77,2 % der Stationen des Klinikums Grosshadern zumindest einzelne Konsile anforderten, stieg diese Zahl in 2007 auf 82,5 %, war also annähernd

flächendeckend, da einige der Stationen aus strukturellen Gründen nicht oder nur selten Anfragen an die Palliativmedizin stellen. So behandeln die Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation und die Wöchnerinnenstation per definitionem nur in absoluten Ausnahmen Palliativpatienten, während die Station der Klinik für Nuklearmedizin im Sinne einer Serviceeinrichtung die Patienten nur für sehr kurze Zeit innerhalb eines längeren Krankenhausaufenthaltes behandelt und der PMK-Kontakt bereits vor oder nach dieser Behandlung stattfinden konnte.

Trotz dieser weiten Verbreitung waren jedoch nur 14 % der Stationen für die Hälfte der Anfragen verantwortlich. Während dies im Falle der Onkologie durch das Patientenkollektiv erklärt werden kann, fiel an anderen Kliniken auf, dass ihre Stationen den PMK deutlich unterschiedlich nutzen, obwohl ihre Patienten homogene Erkrankungsmuster aufwiesen.

Für diese heterogene Nutzung des PMK kommen verschiedene Erklärungen in Frage: 2002 und 2007 konnte in zwei Arbeiten gezeigt werden, dass die Stationsärzte und -pflegekräfte sehr unterschiedliche Vorstellungen von den Aufgaben und Möglichkeiten der Palliativmedizin hatten, was wiederum Auswirkungen auf die Bereitschaft und Indikationsstellung für eine PMK-Anforderung hat [Rodriguez, 2007; Payne, 2002].

Die daraus resultierenden Haupthindernisse zum Hinzuziehen des PMK umfassen mehrere Aspekte:

- Enge Definition der Palliativmedizin

Bedingt durch die historischen Parallelen der Palliativmedizin mit der Hospizbewegung wird Palliativmedizin im Bewusstsein vieler Menschen und auch Mitarbeitern in Medizinberufen immer noch oft mit der unmittelbaren Sterbephase in Verbindung gebracht. Für Patienten, die sich nicht in der unmittelbaren Terminalphase befinden, wird in solchen Fällen keine Indikation für eine Kontaktaufnahme erkannt.

- Konflikte bei der Therapiezielfindung

Zur Zurückhaltung bei den Behandelnden anderer Stationen führt auch die Tatsache, dass durch mehrfache und ergebnisoffene Gespräche mit dem Patienten dessen Wünsche bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens klar werden und diese von den medizinisch-fachlichen Vorstellungen der Primärbehandelnden abweichen können. In diese Fällen entsteht leicht der Eindruck, dass der PMK diese Vorstellungen in Frage stellt oder versucht, den Patienten in eine andere Richtung zu beeinflussen [Dunlop, 1998]. Auch wenn dies objektiv nicht zutreffen mag, so kann schon der subjektive Eindruck negativen Einfluss auf die Bereitschaft zu zukünftige Anfragen haben.

- Ökonomischer Druck

Auch wenn hierzu Literaturangaben fehlen, so führen aus eigener Erfahrung die oft psychosozial orientierten Gespräche des PMK gelegentlich

zum Aufdecken von Schwierigkeiten der Versorgung im häuslichen Umfeld, die eine Entlassung des Patienten erschweren und zeitlich verzögern können. Besonders in Kliniken, die unter starkem wirtschaftlichen oder Anfragedruck stehen und auf rasche Entlassungen drängen, können diese Verzögerungen zu einer verminderten Bereitschaft zu Konsilanfragen führen, da die nachgewiesenermaßen auch ökonomischen Vorteile eines PMK (verringerte Rehospitalisierung, seltenere Notfallaufnahmen, Reduktion von Therapiekosten) der jeweiligen Abteilung nur bedingt selbst zu Gute kommen.

- Kommunikationsschwierigkeiten

Eine der Voraussetzungen für die Anforderung eines PMK-Kontaktes ist, dass der Patient über die Aufgabe dieses Dienstes aufgeklärt wurde, was notwendigerweise ein Gespräch über Prognose und Unheilbarkeit der jeweiligen Erkrankung erfordert. Hat der betreffende Arzt aus verschiedenen Gründen Ängste vor oder Schwierigkeiten mit einem solchen Gespräch oder assoziiert er Palliativmedizin mit dem unmittelbaren und baldigen Tod, so werden Palliativkonsile nur in Einzelfällen angefordert werden.

Diese Hindernisse sind nur schwer zu objektivieren, können aber zentral in der Erklärung von Anfrageunterschieden sein. In der vorliegenden Arbeit sind sie beispielsweise mit hoher Wahrscheinlichkeit mitverantwortlich für die Erhöhung des Konsilanteils der Klinik für Strahlentherapie von 3,2 % auf 7,9 %. Hier ist davon auszugehen, dass der Anstieg der Konsilanfragen unmittelbar an personelle Veränderung auf ärztlicher Seite gekoppelt war.

4.7. Outcome

Bei Betrachtung der in beiden untersuchten Jahren häufigsten Outcome-Parameter „Entlassung nach Hause“, „Hospizverlegung“ und „Versterben auf Station“ zeigen sich zwischen 2002 und 2007 deutliche Unterschiede. Der Anteil von Patienten, die direkt oder nach einem vorherigen Aufenthalt auf der Palliativstation in ihre häusliche Umgebung entlassen werden konnten, nahm um 10 % ab, der Anteil der verstorbenen (+16 %) oder in ein Hospiz verlegten Patienten (+ 5,3 %) zu.

Diese Veränderungen sind größer als der Anteil der 2002 in auswärtige Einrichtungen verlegten Patienten, über die keine weiteren Daten vorliegen, somit handelt es sich um qualitative Unterschiede, nicht nur um Resultate fehlender Daten.

Eine Palliativstation hat aufgrund ihres Schwerpunkts und Personalausstattung oft bessere Rahmenbedingungen, um eine Entlassung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Symptome wie Schmerzen lassen sich besser reduzieren, Unterstützung durch Fachdienste besser organisie-

ren und möglicherweise vorhandene Ängste bei Patienten und Angehörigen in Gesprächen vermindern oder ausräumen.

Da trotz dieser Möglichkeiten der Anteil der Entlassungen sank, jedoch 62,1 % der auf die Palliativstation aufgenommenen PMK-Patienten verstarben, liegt die Vermutung nahe, dass die vom PMK in 2007 betreuten Patienten in einem schlechteren Allgemeinzustand als 2002 waren. Diese Vermutung wird dadurch unterstützt, dass auch der Anteil der Hospizverlegungen stieg, jedoch nicht in dem Umfang wie die Zunahme der Todesfälle. Zum Beleg dieser These wären längerfristige prospektive Erhebungen der medizinischen und soziodemografischen Daten nötig. In der Literatur finden sich jedoch bisher nur Einzelerhebungen über wenige Wochen oder Monate, nicht jedoch mehrjährige Verläufe.

Bei der Analyse der Ergebnisse fällt ebenfalls auf, dass in 2007 signifikant mehr Patienten auf die eigene Palliativstation aufgenommen wurden, als 2002 in externe Palliativstationen verlegt wurden.

Hierfür lassen sich mehrere Erklärungen finden. Die Verlegung in ein externes Krankenhaus stellt für schwerkranke Patienten eine starke körperliche Belastung dar, die nur in Abwägung von Nutzen und Risiko bei ausgeprägten Symptomen, die anderweitig schwer zu beherrschen sind, durchgeführt wird. Zusätzlich stellt es für Patient und Angehörige oft eine Belastung dar, das bisher behandelnde Krankenhaus und Behandlungsteam zu verlassen und sich an eine neue Einrichtung in einer schwierigen Lebensphase zu gewöhnen.

Aus diesen Gründen wurden 2002 einige der Patienten, deren Behandlung auf einer Palliativstation eigentlich indiziert gewesen wäre, vermutlich öfters weiterhin konsiliarisch betreut, während 2007 eine Aufnahme auf die eigene Station durchgeführt wurde.

Eine zusätzliche Erklärung liegt in der Tatsache, dass es 2002 in München insgesamt 25 Palliativbetten gab, während die Zahl 2007 auf 45 gestiegen war. Durch die geringere Bettenzahl waren Wartezeiten 2002 oft länger, so dass bei einer nur sehr begrenzten Lebenserwartung Patienten verstarben, bevor ein Bett auf einer Palliativstation zur Verfügung stand.

4.8. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten

Eine Patientenverfügung soll dazu dienen, behandelnden Ärzten und Angehörigen zu helfen, Therapieentscheidungen in Übereinstimmung mit den Wünschen des Patienten zu treffen, auch wenn dieser körperlich oder geistig nicht mehr in der Lage ist, diese persönlich zu äußern. Eine Vorsorgevollmacht überträgt das Recht, Entscheidungen für einen Patienten zu treffen, auf eine von diesem benannte Vertrauensperson. Diese kann

dann diese Ermächtigung umsetzen, wenn der Betroffene selber nicht mehr zu den entsprechenden Entscheidungen fähig ist.

Diese im vorhinein getroffenen Entscheidungen können sowohl den Einsatz als auch den Verzicht auf lebenserhaltende oder verlängernde Therapien beinhalten, so z.B. die Frage künstlicher Beatmung, Ernährung oder Antibiotikagabe im Fall von Infektionen. Besonders im Bereich der Palliativmedizin lassen sich viele potentielle Komplikationen im weiteren Krankheitsverlauf vorhersehen und das gewünschte oder zumindest das nicht gewünschte Vorgehen in einem gemeinsamen Gespräch zwischen Arzt und Patient thematisieren.

Erstmalig wurde das Konzept einer Patientenverfügung 1967 von Kutner vorgeschlagen [Hong, 1996]. Es ist in den vergangenen vierzig Jahren in vielen Ländern zunehmend in die öffentliche und fachliche Diskussion getreten, verstärkt in den vergangenen zehn Jahren.

Vor allem seit den neunziger Jahren konnte in verschiedenen Arbeiten gezeigt werden, dass dieses Konzept zwar ein wichtiges Werkzeug zur Wahrung der Autonomie des Patienten ist, jedoch auch viele Unklarheiten und Schwierigkeiten bei der Umsetzung bestehen.

In Deutschland ist die grundsätzliche rechtliche Situation seit einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs im Jahr 2003 geregelt. Nach dieser sind, in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Bundesärztekammer, lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen zu unterlassen, wenn sie dem zuvor geäußerten Willen des Patienten (schriftlich oder mündlich) widersprechen und keine Anzeichen für eine nachträgliche Änderung dieser Willensäußerung erkennbar sind [Bundesärztekammer, 2007]

Ein Problem in der praktischen Umsetzung der Rechtsprechung besteht in der Tatsache, dass zum einen sehr viele verschiedene Vordrucke für Patientenverfügungen existieren und diese zum anderen oft generelle Formulierungen verwenden, die nicht immer exakt auf die dann eintretende Situation zutreffen. So lässt sich die Frage, ob der Sterbeprozess „mit großer Wahrscheinlichkeit unabwendbar und unmittelbar begonnen hat“ [Bayerisches Staatsministerium der Justiz, 2005] erst mit dem Tod des Patienten und somit im Nachhinein endgültig beantworten. Besonders bei nichtonkologischen Erkrankungen ist die Terminalphase oft Folge von im Prinzip behandelbaren Komplikationen, bei denen der Erfolg oder Misserfolg einer Therapie nur mit Wahrscheinlichkeiten angegeben werden kann, diese Therapien jedoch extrem belastende Maßnahmen wie Aufenthalte auf Intensivstationen beinhalten können.

Hier sind die Vorerfahrungen und Wertvorstellungen des Patienten von großer Bedeutung, um in konkreten Situationen seinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Da viele Patienten falsche oder unklare Vorstellungen vom möglichen Verlauf einer unheilbaren Erkrankung und der eigentlichen

Sterbephase haben, ist ein Gespräch mit einem hierin erfahrenen Arzt wünschenswert.

Allerdings ist es hierfür von zentraler Bedeutung, dass der aufklärende Arzt über den tatsächlichen Verlauf der jeweiligen Erkrankung kompetent informiert ist. So konnte am Beispiel der ALS gezeigt werden, dass die tatsächliche Terminalphase häufig viel friedlicher verläuft, als dies von vielen Ärzten angenommen wird [Neudert, 2001].

Auch bei einer von adäquat informierten Patienten erstellten Patientenverfügung ist es im Einzelfall unklar, wie strikt Patienten diese im Fall des Falles umgesetzt haben möchten. In einer Arbeit konnte gezeigt werden, dass bei chronischen Dialysepatienten, die im hypothetischen Fall einer zusätzlichen Alzheimerdemenz eine Beendigung der Dialyse wünschen, nur ein Drittel diese Anweisung als absolut verbindlich umgesetzt sehen wollte, während ein weiteres Drittel dem Arzt größte Freiheiten bei seiner Therapieentscheidung einräumte [Sehgal, 1992].

Diese Ergebnisse werden auch von neueren Arbeiten aus Deutschland gestützt [van Oorschot, 2004; Steinbach, 2004]. Neuere Untersuchungen lassen zusätzlich vermuten, dass schwerkranke Patienten in ihrer letzten Lebensphase einen höheren Wert auf die Verbindlichkeit ihrer Patientenverfügungen legen [Jox, 2007].

Hier wird deutlich, dass es sich bei der Erstellung von Patientenverfügungen um einen komplexen, idealerweise in mehreren Gesprächen stattfindenden Prozess handelt. Aufgrund der Unsicherheiten bezüglich des Verlaufs von Erkrankungen empfiehlt sich die Anfertigung einer zusätzlichen Vorsorgevollmacht, so dass eine Vertrauensperson des Patienten in der Lage ist, rechtlich verbindlich ihr Wissen über Wünsche und Werte des Betroffenen im Gespräch mit den Behandelnden in die Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen.

Trotz zunehmender Bekanntheit von Patientenverfügungen, (der Onlinebuchhandel Amazon führt allein 175 Bücher zu dem Stichwort), hatten 2002 lediglich 8,6 % (n=30), 2007 allerdings schon 17,8 % (n=63) bereits eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht. Diese Zahl liegt etwas höher als die ca. 10–15 %, die in der Literatur für die Gesamtbevölkerung angegeben werden [Deutsche Stiftung Hospiz, 2005]. Bedingt durch eine bekannte unheilbare Erkrankung ist im Patientenkollektiv des PMK von einer höheren Sensibilität für dieses Thema auszugehen.

In o.g. Studie wussten 70 % der Befragten von der Möglichkeit einer Patientenverfügung [Deutsche Stiftung Hospiz, 2005], 80 % waren jedoch der Meinung, dass für die Erstellung eine fachkundige Beratung sinnvoll und nötig ist. Im klinischen Alltag werden Patientenverfügungen oft erst thematisiert, wenn sie von den Behandelnden angesprochen werden. Dies bedeutet, dass das Thema Tod und Verlauf der Terminalphase bewusst

von den behandelnden Ärzten angesprochen werden muss, ein Themenkomplex, der auch in Disziplinen wie der Onkologie, in denen unheilbare Erkrankungen zum professionellen Alltag, gehören, oft mit Ängsten besetzt ist [Rodriguez, 2008]. Hier können PMK aufgrund ihrer in Patientenkommunikation geschulten Mitarbeiter eine deutliche Unterstützung bieten und gleichzeitig die Kompetenz und Sicherheit der Stationsmitarbeiter durch gemeinsame Patientengespräche fördern.

Gleichzeitig legt der relativ hohe Anteil von Fehldaten im Jahr 2002 die Vermutung nahe, dass die Kompetenz in der Thematisierung von Patientenverfügungen gegenüber bereits schwer erkrankten Patienten auch von den Mitarbeitern eines PMK erst erlernt werden muss, dies jedoch angesichts der gesunkenen Anzahl von Fehldaten in 2007 offensichtlich gut möglich ist.

4.9. Symptom Schmerz

Während der Prozentsatz an Patienten, deren Schmerzen Hauptindikation für ein Palliativkonsil waren, in beiden untersuchten Jahren annähernd gleich blieb, nahmen die behandlungsbedürftigen Schmerzen um 10,7 % ab, der Anteil der Patienten ohne Schmerzen um den gleichen Anteil zu.

Die in der vorliegenden Arbeit benutzte Schmerzdokumentation lässt keine Quantifizierung zu, so dass nur beschränkte Aussagen über Art und Wirksamkeit des PMK möglich ist. Alleine das Vorhandensein eines zweiten, noch stärker belastenden Symptoms wie z.B. Luftnot, würde Schmerzen als Hauptindikation für ein Konsil ablösen, ohne seine Intensität zu verändern und seine Behandlungsbedürftigkeit zu verbessern. Für eine zukünftige genauere Analyse ist eine Quantifizierung des Schmerzes z.B. über eine numerische Skala wünschenswert.

In verschiedenen Arbeiten konnte nachgewiesen werden, dass ein PMK die Schmerztherapie von Patienten in Krankenhäusern verbessert [Ellershaw, 1995]. Da die hier vorliegenden Daten beim Erstkontakt mit den Patienten erhoben wurden, kann eine Abnahme der Schmerzen jedoch nicht durch die Intervention des PMK selber erklärt werden, sondern muss entweder in einer Veränderung der Schmerzursachen bei den Patienten oder einer Verbesserung der schmerztherapeutischen Kompetenz der behandelnden Stationen liegen.

Entsprechende Studien, die eine entsprechende Verbesserung der Kompetenz der anfragenden Stationen durch die klinische Arbeit und Fortbildungen eines PMK zeigten, stammen überwiegend aus dem englischen Sprachraum und untersuchten vorrangig die Kompetenzen von Pflegepersonal. Sie sind jedoch aufgrund unterschiedlicher berufsrechtlicher Rahmenbedingungen nur eingeschränkt auf Deutschland übertragbar.

Der Eindruck, dass über fünf Jahre der Arbeit des PMK ein größerer Teil der Patienten eine ausreichende Schmerztherapie ohne Hinzuziehen des PMK erhielt, lässt sich ohne zusätzliche Angaben aus den vorliegenden Daten nicht beweisen, entspricht jedoch zumindest teilweise der klinischen Erfahrung.

4.10. Befragung der Stationsmitarbeiter

Bei der Auswertung der Frage, wie hilfreich die Beratung durch den PMK empfunden wurde, zeigte sich ein homogenes Bild innerhalb der befragten Stationen. Sowohl in der Globalbewertung als auch in den Untergruppen lag der Median der benutzten Zehnerskala über 8, was eine große Hilfe des PMK für die Stationen anzeigt. In den freien Kommentaren fanden sich keine zusätzlichen Items neben den abgefragten, die von den Stationen als fehlend in der Arbeit dem PMK gesehen wurden. Es zeigt sich somit zum einen eine hohe Akzeptanz des PMK fünf Jahre nach seiner Gründung, zum anderen eine Ausrichtung seiner Arbeit an den Bedürfnissen der anfragenden Stationen.

Interessant ist das Ergebnis, dass die Arbeit des PMK auch im Bereich „Unterstützung des Stationsteams“ mit einem Median von 9 als sehr hilfreich erfahren wurde. Dieser Bereich ist nicht Teil der unmittelbaren Patientenversorgung, sondern eher im Bereich der Supervision anzusiedeln. Dass hier der PMK als hilfreich empfunden wird, wirft die Frage auf, in welchem Umfang die Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten eine Belastung für die Stationen darstellt und zusätzlicher Unterstützung auf Ebene der Klinikorganisation bedarf.

Aufgrund der Auswahl der am häufigsten anfragenden Stationen ist es methodisch nicht möglich, Aussagen über die Stationen zu treffen, welche nur sehr selten Anfragen an den PMK stellen. Hier wären weitere zukünftige Untersuchungen z.B. in Form qualitativer Interviews mit den Behandelnden aufschlussreich und wünschenswert, da es bisher unklar ist, ob fehlende Symptome und Probleme auf Seiten der Patienten, hohe Kompetenz der jeweiligen Stationen oder Hemmungen den PMK anzufragen Ursache dieser Unterschiede sind.

5. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Dissertation ist die Analyse der Arbeit des palliativmedizinischen Konsiliardienstes am Universitätsklinikum Grosshadern im Abstand von fünf Jahren (2002 und 2007).

Hierbei werden die Zusammensetzung und Veränderungen des betreuten Patientenkollektivs in Hinblick auf demografische Daten, Diagnosen, Symptome, Vorliegen von Patientenverfügungen, Betreuungsdauer, anfragende Kliniken und Outcome untersucht.

Zusätzlich wird der Einfluss der Eröffnung einer eigenen Palliativstation zwischen den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten untersucht.

Eine weitere Fragestellung ist die Akzeptanz und Beurteilung des Konsiliardienstes durch die anfragenden Stationen sechs Jahre nach seiner Entstehung.

Unterschiede zeigten sich in den Diagnosen der Patienten, hier nahm die Anzahl der Glioblastompatienten signifikant zu, während die Zahl der Patienten mit Nierenzell- und Colorektale Karzinome signifikant abnahm. Bei allen anderen Diagnosen waren keine signifikanten Veränderungen zu erkennen.

Bereits 2002, ein Jahr nach Gründung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes, wurde er von 77,2 % der einzelnen Stationen und 93,3 % der Kliniken angefragt, fünf Jahre später von 82,5 % der Stationen und weiterhin 93,3 % der Kliniken.

Bei den anfragenden Kliniken fanden sich mehrere signifikante Veränderungen, Anfragen der Gastroenterologie, Neurochirurgie, Strahlentherapie und Kardiologie nahmen zu, Anfragen der Onkologie, Urologie und Orthopädie nahmen ab, wobei zahlenmäßig die Anfragezunahme der Neurochirurgie und Strahlentherapie am größten war, die Anfrageabnahme in der Urologie und Orthopädie.

Die Daten zeigen, dass der PMK offensichtlich einen vorhandenen klinischen Bedarf deckt, da diese hohe Akzeptanz innerhalb des gesamten Klinikums in kurzer Zeit erreicht wurde. Gleichzeitig scheint die Anfrage stark an einzelnen Personen der jeweiligen Stationen zu liegen, da die Anfragehäufigkeit einzelner Stationen unabhängig von den Diagnosen der dort behandelten Patienten stark schwankte.

Die mittlere Betreuungsdauer nahm von 2002 zu 2007 signifikant von 9,4 auf 6 Tage ab, gleichzeitig nahm der Anteil der nach Hause entlassenen Patienten deutlich ab (31,6 % gegenüber 50,5 %), ebenso der Anteil der auf externe Palliativstationen (0,6 % gegenüber 7,9) und in externe Krankenhäuser (6,5 % gegenüber 11,3 %) verlegten Patienten. Gleichzeitig wurden 32,9 % der PMK-Patienten auf die eigene Palliativstation aufgenommen. Die Abnahme des Anteils der während ihrer konsiliarischen Betreuung verstorbenen Patienten war nicht signifikant.

Anhand dieser Veränderungen ist anzunehmen, dass die aus medizinisch-pflegerischen oder sozialen Gründen schwierige poststationäre Weiterversorgung der Hauptgrund für die 2002 noch längere Betreuungsdauer war.

Diese Vermutung ergibt sich aus der Tatsache, dass die auf die eigene Palliativstation aufgenommenen Patienten im Vergleich zu Patienten, welche ohne vorherige konsiliarische Betreuung aus externen Kliniken oder von daheim aufgenommen wurden, eine signifikant geringere Entlass-, jedoch eine höhere Verlegungsrate in ein Hospiz hatten, ohne dass sich die Mortalitätsrate zwischen diesen beiden Gruppen signifikant unterschied.

Bei dem in der letzten Lebensphase oft sehr belastenden Symptom Schmerz zeigte sich mit ca. 20 % in beiden Jahren ein konstanter Anteil von Patienten, bei denen Schmerz die Hauptindikation für ein Hinzuziehen des Konsiliardienstes war, jedoch nahm der Anteil an begleitender Schmerzsymptomatik signifikant ab, während der Anteil von Patienten ohne Schmerzen signifikant zunahm. Dies ist theoretisch durch ein verbessertes Wissen über Schmerztherapie auf den anfragenden Stationen zu erklären, zum Beleg dieser Hypothese wären jedoch weitergehende Untersuchungen nötig.

Der Anteil von PMK-Patienten mit Patientenverfügungen und/oder Vorsorgevollmachten lag 2007 mit 17,8% mehr als doppelt so hoch als 2002 (8,6%). Das ist höher als der in der Literatur geschätzte Anteil in der Gesamtbevölkerung und zeigt die zunehmende Bedeutung dieser Vorsorgeinstrumente. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Anteil in den nächsten Jahren weiter erhöhen wird. Vermutlich ist diese Zunahme bedingt durch die in den letzten Jahren verstärkte öffentliche Diskussion und Informationskampagnen, sowie möglicherweise auch durch eine verbesserte Information durch den PMK.

Sechs Jahre nach seiner Gründung wurde der palliativmedizinische Konsiliardienst von allen 2008 befragten Stationen als hilfreich empfunden, wobei die größte Hilfe im Bereich Symptomkontrolle und Entlassmanagement gesehen wurde. Bei dieser Bewertung fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegenden und Ärzten.

Anhand der vorliegenden Analyse zeigt sich, dass der palliativmedizinische Konsiliardienst des Klinikums Großhadern bereits kurz nach seiner Gründung von einem Großteil der Kliniken in Anspruch genommen wurde und diese Akzeptanz in den folgenden fünf Jahren bestehen blieb.

Es zeigen sich jedoch im Vergleich der beiden Jahre deutliche Unterschiede in der Anfragehäufigkeit der einzelnen Kliniken bzw. einzelner Stationen innerhalb der Kliniken, welche sich nicht alleine durch die jeweiligen Erkrankungsmuster der dort behandelten Patienten erklären lassen.

Bleiben Symptome und Diagnosen im Jahresvergleich 2002 und 2007 weitestgehend unverändert, so lässt sich ableiten, dass die Akzeptanz und Einschätzung der einzelnen für eine Konsilanfrage verantwortlichen Mitarbeiter einen zentralen Einfluss auf die Anfragehäufigkeit der jeweiligen Station hat.

Zur Verbesserung der Patientenversorgung ist hier für die Zukunft sowohl eine genauere Bedarfsanalyse, auch eine Analyse der Gründe für und gegen ein Konsil von Seiten der Anfragenden, z.B. in Form von Interviews wünschenswert. Auf diese Weise könnte im Interesse der Patienten die entsprechende klinikinterne Informations- und Öffentlichkeitsarbeit verbessert werden.

Schließlich zeigen die Daten, dass bei Einrichtung eines Konsiliardienstes eine regelmäßige Evaluation der Anfragehäufigkeiten sinnvoll ist, um auf Akzeptanzprobleme einzelner Stationen oder Mitarbeiter zeitnah reagieren zu können.

6. Literatur

Bates T, Hoy AM, Clarke DG, Laird PP
The St Thomas' Hospital terminal care support team. A new concept of hospice care.
Lancet. 1981 May 30;1(8231):1201-3.

Bayerisches Staatsministerium d. Justiz (Herausgeber)
Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter: Durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
Beck Juristischer Verlag (2008); 10. Auflage

Bundesärztekammer
Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis
Deutsches Ärzteblatt 2007 Mar 30; 13:891-896

Buser K, Amelung V, Brandes I et al
Palliativversorgung in Niedersachsen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (2004)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
www.dgpalliativmedizin.de

Deutsche Stiftung Hospiz
Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen?
(2005)

Deutscher Bundestag
Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, Bundestagsdrucksache 15/5858, 22.06.2005

Doyle D, Hanks G, MacDonald N
Oxford Textbook of Palliative Medicine (1993)
Oxford University Press.

Dunlop RJ, Hockley JM
Hospital-based palliative care teams (1998)
Oxford University Press

Ellershaw J
Clinical pathways for care of the dying: an innovation to disseminate clinical excellence.
J Palliat Med. 2002 Aug;5(4):617-21

Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC
Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team.
Palliat Med. 1995 Apr;9(2):145-52.

European Association for Palliative Care.
Report and recommendations of a workshop of palliative medicine,
education and training for doctors in Europe. European Association for
Palliative Care, (1993) Mailand

Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH,
Williams MP, Liberson M, Blum M, Della Penna R
Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial.
J Palliat Med. 2008 Mar;11(2):180-90.

Gott MC, Ahmedzai SH, Wood C
How many inpatients at an acute hospital have palliative care needs?
Comparing the perspectives of medical and nursing staff.
Palliat Med. 2001 Nov;15(6):451-60.

Higginson I
Epidemiologically based needs assessment for palliative and terminal
care.
Abingdon, Radcliffe Medical Press, 1997

Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A,
Douglas HR, Normand CE
Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences
of patients and their caregivers?
J Pain Symptom Manage. 2003 Feb;25(2):150-68.

Hong CY, Goh LG, Lee HP
The advance directive--a review.
Singapore Med J. 1996 Aug;37(4):411-8

Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J
Hospital based palliative care teams improve the insight of cancer
patients into their disease.
Palliat Med. 2004 Jan;18(1):46-52.

Jox RJ, Krebs M, Bickhardt J, Heßdörfer K, Roller S, Borasio GD
How strictly should advance decisions be followed? The patients' opinion
Palliat Med. (in press)

Klaschik E
Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge,
Internist (Berl). 2000 Jul;41(7):606-11

Neudert C, Oliver D, Wasner M, Borasio GD
The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis.
J Neurol. 2001 Jul;248(7):612-6

O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, Selwyn PA
The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data.
J Palliat Med. 2005 Oct;8(5):1033-9

O'Neill WM, O'Connor P, Latimer EJ
Hospital palliative care services: three models in three countries.
J Pain Symptom Manage. 1992 Oct;7(7):406-13.

Payne S, Sheldon F, Jarrett N, Large S, Smith P, Davis CL, Turner P, George S
Differences in understanding of specialist palliative care amongst service providers and commissioners in South London.
Palliat Med. 2002 Sep;16(5):395-402.

Penrod JD, Deb P, Luhrs C, Dellenbaugh C, Zhu CW, Hochman T, Maciejewski ML, Granieri E, Morrison RS
Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation.
J Palliat Med. 2006 Aug;9(4):855-60. Erratum in: J Palliat Med. 2006 Dec;9(6):1509.

Rodriguez KL
Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals.
J Palliat Med. 2007 Feb;10(1):99-110

Rodriguez KL, Gambino FJ, Butow PN, Hagerty RG, Arnold RM
'It's going to shorten your life': framing of oncologist-patient communication about prognosis.
Psychooncology. 2008 Mar;17(3):219-25.

Sabatowski R
Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland, Schmerz, Volume 15, Number 5 / Oktober 2001

Schindler T
Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, Volume 49, Number 11 / November 2006
Schneider N, Amelung VE, Buser K
Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2005

Sehgal A, Galbraith A, Chesney M, Schoenfeld P, Charles G, Lo B
How strictly do dialysis patients want their advance directives followed?
JAMA. 1992 Jan 1;267(1):59-63.

Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A
Palliative Care: the World Health Organization's global perspective.
J Pain Symptom Manage. 2002 Aug;24(2):91-6

Silveira MJ, DiPiero A, Gerrity MS, Feudtner C
Patients' knowledge of options at the end of life: ignorance in the face of death.
JAMA. 2000 Nov 15;284(19):2483-8.

Solano JP, Gomes B, Higginson IJ
A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease.
J Pain Symptom Manage. 2006 Jan;31(1):58-69.

Solloway M, LaFrance S, Bakitas M, Gerken M
A chart review of seven hundred eighty-two deaths in hospitals, nursing homes, and hospice/home care. J Palliat Med. 2005 Aug;8(4):789-96.

Statistisches Bundesamt, 2006
www-genesis.destatis.de
Twycross RG
Hospice care – redressing the balance in medicine.
J R Soc Med 73:827–835

van Oorschot B
Sterben, Sterbehilfe und Therapieverzicht aus Angehörigensicht - Ergebnisse einer Hinterbliebenenbefragung,
Psychother Psych Med 2005; 55: 283-290

von Gunten CF
Interventions to manage symptoms at the end of life.
J Palliat Med. 2005;8 Suppl 1:S88-94.

Wee BL, Coleman PG, Hillier R, Holgate SH.
The sound of death rattle I: are relatives distressed by hearing this sound?
Palliat Med. 2006 Apr;20(3):171-5.

Weissman DE
Consultation in palliative medicine.
Arch Intern Med. 1997 Apr 14;157(7):733-7. Review.

WHO, The solid facts, 2004
www.euro.who.int

World Health Organisation
Cancer pain relief.
Genf 1990

7. Anhang

Klinikum der Universität München

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin

Leitung: Prof. Dr. G.D. Borasio – Dr. C. Bausewein – Dr. A. Beyer

Klinik für Anaesthesiologie

Medizinische Klinik III - Großhadern

Neurologische Klinik

Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. K. Peter

Direktor: Prof. Dr. W. Hiddemann

Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. Th. Brandt



_____ LMU
Ludwig _____
Maximilians _____
Universität _____
München _____

Erhebung Palliativmedizinischer Konsildienst

Klinik:

Neurochirurgie: Med. III: Med. II: Gynäkologie:

Strahlentherapie: HNO: Neurologie:

Berufsgruppe:

Ärztlicher Dienst: Pflegedienst:

1.

Wie häufig wurde nach Ihrer Einschätzung im letzten Jahr der Palliativmedizinische Konsildienst (PMK) auf Ihrer Station hinzugezogen?

- nie
- 1 - 2
- 2 - 5
- 5 - 10
- 10 - 20
- 20 - 30
- 30 - 40

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen auf der Skala von 0 (=überhaupt nicht hilfreich) bis 10 (= sehr hilfreich) an, was am ehesten Ihrer Einschätzung entspricht.

2.

Wie hilfreich empfanden Sie die Unterstützung durch den PMK **insgesamt**?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	
Überhaupt nicht hilfreich	Sehr hilfreich



3. In welchen **Einzelbereichen** war die Unterstützung für Sie hilfreich?

3.1. Hilfe bei der Symptomkontrolle (Schmerz, Atemnot, Übelkeit, etc.)

0	—	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7	—	8	—	9	—	10
Überhaupt nicht hilfreich																				Sehr hilfreich

3.2.
Hilfe bei schwierigen Kommunikationssituationen

0	—	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7	—	8	—	9	—	10
Überhaupt nicht hilfreich																				Sehr hilfreich

3.3.
Hilfe bei Therapieentscheidungen / Therapiezieländerungen

0	—	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7	—	8	—	9	—	10
Überhaupt nicht hilfreich																				Sehr hilfreich

3.4.
Hilfe bei schwierigen psychosozialen Situationen (z.B. Umgang mit Angehörigen)

0	—	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7	—	8	—	9	—	10
Überhaupt nicht hilfreich																				Sehr hilfreich

3.5.
Unterstützung / Entlastung Stationsteam

0	—	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7	—	8	—	9	—	10
Überhaupt nicht hilfreich																				Sehr hilfreich

3.6.

Hilfe bei der Organisation der poststationären Weiterversorgung / Entlassung

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	
Überhaupt nicht hilfreich	Sehr hilfreich

3.7.

Hilfe bei der Erstellung von Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10	
Überhaupt nicht hilfreich	Sehr hilfreich

4.

Gibt es Bereiche, die hier nicht angesprochen wurden, in denen Sie sich zusätzliche Unterstützung gewünscht hätten?

5.

Freie Kommentare:

8. Lebenslauf

Name: Matthias Gockel

geboren am: 15.07.1970

Geburtsort: Wuppertal

Familienstand: verheiratet

Schulbildung und Studium:

1976 - 78 Firmengrundschole der Beton und Monierbau AG Ain-el-Kebira, Algerien

1978 - 80 Grundschule Alarichstraße, Wuppertal

1980 - 82 Städt. Gymnasium Sedanstraße, Wuppertal

1982 - 86 Deutsche Schule Riad, Saudi-Arabien

1986 - 89 Städt. Gymnasium Sedanstraße, Wuppertal

18.05.1989 Abitur

1989 - 91 Zivildienst

1991 - 2000 Studium der Humanmedizin an der Ruhruniversität Bochum

30.10.2000 Ärztliche Prüfung

Berufstätigkeit:

2001 - 02 Arzt im Praktikum in der Medizinischen Klinik III der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Großhadern

01.08.2002 Approbation als Arzt

2002 - heute Assistenzarzt im Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, Standort Großhadern