

Aus der Klinik für Palliativmedizin
des Klinikums Aschaffenburg,
Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg
Chefärzte: Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd J. Ebeling
Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach

Palliativmedizinische Tagesklinik
Sektorenübergreifende palliativmedizinische Versorgung
im Rahmen eines Modellprojektes

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
vorgelegt von
Alfred Paul
aus Rodgau

Würzburg, November 2014

Referent: Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach

Korreferent: Prof. Dr. med. Michael Flentje

Mündlicher Prüfer: Prof. Dr. med. Matthias Eyrich

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 17.07.2015

Der Promovend ist Arzt

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung.....	1
2. Zielsetzung	3
3. Material und Methoden	4
3.1 Behandlungsspektrum	4
3.2 Personal- und Organisationsstruktur	7
3.3 Raumkonzept	9
3.4 Evaluierung.....	10
4. Ergebnisse.....	13
4.1 Anzahl der Behandlungen	13
4.2 Behandlungszeitraum	15
4.3 Behandlungsdauer.....	18
4.4 Führende Symptome	20
4.5 Symptomkomplexe	22
4.6 Palliativmedizinische Therapie	24
4.6.1 Somatische Therapiemaßnahmen.....	24
4.6.2 Psychosoziale Therapiemaßnahmen.....	26
4.6.3 Behandlungsmodule	28
4.7 Patientenzuweisung.....	30
4.8 Weiterbehandlung.....	31
4.9 Externe Evaluierung	33
4.9.1 Haus- und Fachärzte	33
4.9.2 Patienten und Angehörige	38
5. Diskussion	42
6. Zusammenfassung	85

7.	Literaturverzeichnis.....	88
8.	Anhang	97
8.1	Abkürzungsverzeichnis.....	97
8.2	Abbildungsverzeichnis	98
8.3	Dokumentationsbogen.....	99
8.4	Bewertungsbogen Hausärzte	100
8.5	Bewertungsbogen Patienten und Angehörige	101

1. Einleitung

Während die tagesklinische Behandlung von Patienten in Großbritannien im Rahmen von „Specialist Palliative Day Care“ mit Beginn der neunzehnhundertachtziger Jahre zu einer charakteristischen und etablierten Versorgungsform wurde, ist dieses Behandlungskonzept in Deutschland weitgehend unbekannt.

In den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC)“⁷ heißt es im Zusammenhang mit bisher fehlender Evidenz dieser Versorgungsform: „Nationale Pilotprojekte sollten aufgebaut und evaluiert werden, um den Bedarf für diese Art von Versorgungsangebot zu untersuchen.“^{7(S.268)}

So ist es die Intention des Modellprojektes Palliativmedizinische Tagesklinik (PTK) am Klinikum Aschaffenburg, ein Behandlungsangebot für Patienten mit komplexen palliativmedizinischen Problemen zu etablieren, die zwar „keine 24-stündige Krankenhausbetreuung brauchen oder wünschen, für die aber eine rein ambulante palliativmedizinische Versorgung nicht ausreicht“.^{74(S.77)}

Sektorenübergreifend bezieht sich das Engagement im teilstationären „Setting“ insbesondere auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen für ambulante Palliativpatienten in Ergänzung zur AAPV und SAPV (Allgemeine bzw. Spezielle Ambulante Palliativversorgung).

Das Modellprojekt widmet sich der Fragestellung, ob die Behandlung in einer Tagesklinik als Teil eines individualisierten, ambulanten palliativmedizinischen Versorgungsangebotes eine postulierte Versorgungslücke für Palliativpatienten schließen kann, die keine stationäre Krankenhausbetreuung brauchen, jedoch von einer komplexen multiprofessionellen Betreuung unter intermittierender

Nutzung der Infrastruktur eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung profitieren.⁷⁴

Darüber hinaus ist die Frage zu klären, ob die Effizienz und die Wirksamkeit bestehender ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen durch das komplementäre teilstationäre Behandlungsangebot unterstützt und somit optimiert werden können.

In diesem Zusammenhang gilt es zu prüfen, inwieweit die Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik letztlich dazu beiträgt, im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung zu verzögern, zu verkürzen oder zu vermeiden.

2. Zielsetzung

Zusammenfassend soll im Rahmen der Untersuchung die Frage beantwortet werden, inwieweit die teilstationäre Mitbehandlung eines Palliativpatienten ein sinnvoller, ergänzender Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung aus Sicht der zuweisenden Ärzte, der Patienten und deren Angehörigen ist.

3. Material und Methoden

3.1 Behandlungsspektrum

Das multiprofessionelle Behandlungsangebot der Palliativmedizinischen Tagesklinik umfasst das gesamte palliativmedizinische Spektrum allgemeiner und spezialisierter symptomlindernder Maßnahmen.

Über die Anamnese und die körperliche Untersuchung der tagesklinischen Patienten hinaus können, falls notwendig und sinnvoll, apparative Diagnostik wie vor Ort verfügbare Röntgen-, Ultraschall- und Labordiagnostik durchgeführt werden. Weiterführende fachspezifische Untersuchungen sind durch die Integration konsiliarischer Leistungen in das palliativmedizinische Behandlungskonzept möglich. Unter Wahrung der Autonomie des Patienten wird so die effiziente Behandlung aller instabilen Symptome einer nicht heilbaren Erkrankung ermöglicht. Insbesondere steht das gesamte Spektrum schmerztherapeutischer Möglichkeiten zur Verfügung.

Nach einer sorgfältigen Risiko - Nutzen - Abwägung zählen auch invasive Therapiemaßnahmen zum Behandlungsangebot unserer Tagesklinik. Auf Wunsch des Patienten sowie bei entsprechender palliativmedizinischer Indikation werden zum Beispiel Infusionstherapien, parenterale Ernährungs-Supplementierung oder Bluttransfusionen, die Drainage von Pleuraergüssen oder Aszites sowie aufwändige Wundversorgungen, Kanülen-, Drainagen- oder Stentwechsel durchgeführt.

Die Folgen zunehmender Immobilität können im Rahmen der tagesklinischen Behandlung mit Physiotherapie und Lymphdrainagebehandlung gelindert werden.

Neben der Therapie körperlicher Symptome liegt ein weiterer Schwerpunkt der tagesklinischen Behandlung im psycho-sozialen Bereich. So werden wesentlich Psychoonkologen, Seelsorger und ehrenamtliche Hospizhelfer in die tagesklinische Behandlung eingebunden. Ergänzend besteht die Möglichkeit, Palliativpatienten durch kreative Verfahren wie Kunst- und Musiktherapie psychosozial zu stabilisieren. Darüber hinaus liegt in der Begegnung von Patienten in krankheitsbedingt ähnlicher Situation und der so möglichen gegenseitigen Stützung der Erkrankten eine wesentliche, mobilisierbare psychosoziale Ressource. Dies wird im Rahmen von Gruppentherapieangeboten, gemeinsamen Mittagessen als auch in nicht moderierten Gesprächen unter den Patienten erreicht.

Die Aufnahme und die palliativmedizinische Versorgung von betreuungsintensiven Patienten in der Tagesklinik unterstützt und entlastet wesentlich pflegende Angehörige, die häufig psychisch und physisch an der Grenze ihrer Belastbarkeit angelangt sind. Auch die multiprofessionelle Mitbehandlung betreuender Angehöriger kann in diesem Zusammenhang einer der palliativmedizinischen Therapieschwerpunkte sein.

Ein umfassendes Beratungs- und Hilfeangebot durch Ärzte und Pflegende, die Pflegeüberleitung, den Sozialdienst und ehrenamtliche Hospizhelfer gewährleisten verlässliche Hilfe in der letztlich immer instabilen Situation einer fortschreitenden unheilbaren Erkrankung. Das Beratungsangebot bezieht sich auf krankheitsassoziierte medizinische und pflegerische Probleme sowie wesentlich auf individuelle Entscheidungsfindungsprozesse. Zur Wahrnehmung der Patientenrechte wird in diesem Zusammenhang auch Hilfe bei der Formulierung einer Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung angeboten.

Darüber hinaus kann zur Klärung von Versorgungs- und Rentenansprüchen sowie zur Beantragung von Sozialleistungen der Sozialdienst hinzugezogen werden.

Die Frühintegration palliativmedizinischer Maßnahmen in den Behandlungsverlauf eines unheilbar erkrankten Menschen ist ein weiterer wesentlicher Therapieschwerpunkt in der Palliativmedizinischen Tagesklinik.

So kommt das palliativmedizinische Behandlungskonzept nicht erst in einem Krankheitsstadium zur Anwendung, in dem die Lebenszeit des Patienten nur noch Tage, Wochen oder wenige Monate beträgt. Noch während eine palliative tumorspezifische Therapie durchgeführt wird, können ein Evaluieren der vorherrschenden Symptome und die kontinuierliche Optimierung der entsprechenden Behandlung erfolgen. Gespräche über Therapieziele, darunter auch multidisziplinäre Aufklärung über Prognose und Behandlungsoptionen können so zur Entscheidungsfindung prozesshaft stattfinden, um auf diesem Weg die Lebensqualität zu verbessern und medizinisch nicht sinnvolle, aggressive Therapien am Lebensende nach Möglichkeit zu vermeiden. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung wird so auch Raum geschaffen für eine frühzeitige und ausgewogene Implementierung palliativmedizinischer Inhalte in einen zu diesem Zeitpunkt z. B. noch onkologisch geprägten Behandlungsverlauf. Die Palliativmedizinische Frühintegration wird so im geschützten Raum der PTK institutionalisiert.⁷⁴

3.2 Personal- und Organisationsstruktur

Die Palliativmedizinische Tagesklinik ist Teil der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum Aschaffenburg. Diese steht unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. Bernd Ebeling, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, und Herrn Prof. Dr. Wolfgang Fischbach, Chefarzt der Medizinischen Klinik II. Sie ist somit eine interdisziplinär geleitete klinische Einrichtung und besitzt die volle Weiterbildungsbefugnis für Palliativmedizin.

In der Palliativmedizinischen Tagesklinik erfolgt die medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten durch die speziell ausgebildeten Stationsärzte (1,5 Vollkraft-Stellen), den leitenden Oberarzt der Klinik für Palliativmedizin sowie durch fachspezifisch weitergebildetes Pflegepersonal. Für den tagesklinischen Bereich wurde ergänzend eine Pflegeplanstelle (50 %) geschaffen.

Die Einbeziehung weiterer medizinischer Fachdisziplinen sowie der Einsatz von Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Pflegeüberleitung und ehrenamtlichen Mitarbeitern der Hospizgruppe wird entsprechend des ganzheitlichen palliativmedizinischen Behandlungskonzeptes nach jeweiliger Erfordernis sowie auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen veranlasst. So wird in der letztlich immer instabilen Situation einer fortschreitenden unheilbaren Erkrankung ein verlässliches und umfassendes Hilfs- und Beratungsangebot realisiert.

Die Überweisung von Palliativpatienten in die Tagesklinik erfolgt durch die behandelnden Haus- und Fachärzte. Nach individueller Terminabsprache wird die tagesklinische Therapie montags bis freitags von 08:00 bis 16:30 Uhr durchgeführt. Es ist jeweils eine individualisierte Behandlungsdauer von weniger als 6 Stunden pro Behandlung vorgesehen. Aktuell können bis zu fünf Patienten gleichzeitig in der Tagesklinik behandelt werden.

Bei nicht vorhersehbar akut dekompensierten Symptomen wird ambulanten und teilstationären Palliativpatienten im Rahmen der räumlichen und personellen Flexibilität immer eine Behandlungsmöglichkeit in der PTK eröffnet. Sollte sich diesbezüglich ein Kapazitätsproblem ergeben, so kann die Versorgung des Patienten durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst nach stationärer Aufnahme in einer anderen Hauptabteilung des Klinikums Aschaffenburg gewährleistet werden. Hier profitieren die Patienten von der engen Zusammenarbeit und der Verzahnung der Palliativmedizinischen Tagesklinik mit dem Brust-, Darm und Onkologischen Zentrum des Klinikums.

3.3 Raumkonzept

Für die Tagesklinik wurde die Bettenkapazität des Klinikums um zwei teilstationäre Betten erweitert.

Die palliativmedizinische Tagesklinik ist im Gebäude der Klinik für Palliativmedizin untergebracht, deren gesamte Infrastruktur von den tagesklinischen Patienten genutzt werden kann.

Neben den allgemeinen Räumlichkeiten wie Wohnzimmer, „Raum der Stille“, Wohnküche, Stationsbad und Terrasse stehen für die Tagesklinik zusätzlich zwei wohnlich gestaltete Behandlungsräume zur Verfügung (siehe Abbildung 1).

So konnten anfänglich zwei, im weiteren Verlauf täglich bis zu fünf teilstationäre Patienten ihre Therapien in angenehmer Umgebung erhalten.

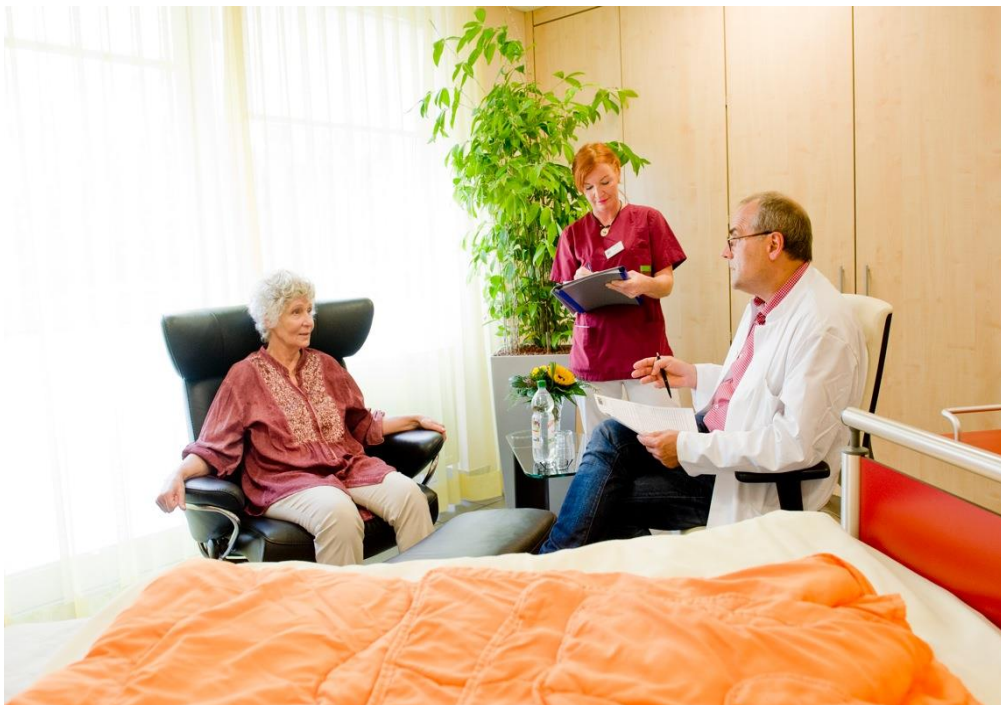


Abb. 1 Behandlungsraum der Palliativmedizinischen Tagesklinik

3.4 Evaluierung

Die Evaluierung des Projektes bezog sich auf das Leistungsspektrum der Palliativmedizinischen Tagesklinik sowie die Wirksamkeit und den individuellen Nutzen der teilstationären Behandlung für Patienten, Angehörige und den überweisenden Arzt. Sowohl Kontext, Struktur, Prozess und Ergebnis der Behandlung wurden einbezogen. Hierbei ist das Ziel die exemplarische Evaluation der Effizienz der tagesklinischen Palliativbehandlung. Die Wirksamkeit der Behandlung wurde anhand von Effizienzkriterien wie Symptomkontrolle, Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und einweisendem Arzt sowie dem Verbleib des Patienten in einer ambulanten Versorgungsform analysiert.

Während der tagesklinischen Behandlung eines Palliativpatienten wurde die Therapie mit dem überweisenden Arzt abgestimmt. Nach jeder Behandlungseinheit wurden der niedergelassene ärztliche Kollege bzw. die im Rahmen spezialisierter ambulanter Strukturen Weiterbehandelnden über die durchgeführten palliativmedizinischen Maßnahmen informiert. Spezifische Behandlungsmaßnahmen sowie das mögliche weitere Procedere wurden darüber hinaus im persönlichen Gespräch oder telefonisch erörtert.

Nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung wurde der überweisende Haus- oder Facharzt anhand eines standardisierten Bewertungsbogens (siehe Anlage 7.4) zur Qualität und zum individuellen Nutzen der Behandlung für den Patienten und den Arzt befragt.

In Frage 1 bewertete der überweisende ärztliche Kollege, inwieweit er durch die Mitbehandlung des Patienten in der PTK in seinen ärztlichen Bemühungen unterstützt wurde. Es wurde die hausärztliche Einschätzung erfragt, ob durch die Mitbehandlung in der Tagesklinik eine stationäre Aufnahme des Palliativpatienten vermieden werden konnte (Frage 2). Diese Fragestellung umfasste neben dem vollständigen Verbleib des Patienten in der ambulanten Palliativver-

sorgung auch die temporäre Vermeidbarkeit einer stationären Behandlung im Sinne der Verzögerung einer stationären Aufnahme in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung. Bei der Frage, inwieweit der Patient von den teilstationären Behandlungsangeboten aus ärztlicher Sicht profitierte, wurde zwischen der Bewertung körperlich symptomkontrollierender (Frage 3) und psychosozial stabilisierender Maßnahmen (Frage 4) differenziert. In Frage 5 erfolgte die Bewertung der Information und der Kommunikation mit dem überweisenden Haus- oder Facharzt. Inwieweit die Mitbehandlung des Patienten in der PTK ein sinnvoller ergänzender Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung ist, wurde mit Frage 6 bewertet.

Die Bewertung erfolgte numerisch: 1 („sehr gut“), 2 („gut“), 3 („zufriedenstellend“), 4 („weniger gut“), und 5 („verbesserungswürdig“).

Darüber hinaus wurde in der letzten Spalte eine Gewichtung der Sachverhalte mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung erbeten um festzustellen, welches Leistungsmerkmal der PTK für den überweisenden Arzt von größter Relevanz war.

Hinsichtlich der oben genannten Kriterien fand auch eine Befragung der Patienten bzw. der betreuenden Familienangehörigen statt (siehe Anlage 7.5).

Die Fragen widmeten sich neben der Bewertung der Räumlichkeiten, der Ausstattung und der Atmosphäre der Tagesklinik (Frage 1) detailliert den Therapie-schwerpunkten der PTK. In Frage 2 wurde die Unterstützung und Entlastung familiärer Betreuungsstrukturen durch die Behandlung bewertet. Die Vermittlung von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung war Gegenstand der Bewertung in Frage 3. In Frage 4 wurde die Aufklärung und Anleitung von Patienten und Angehörigen unter Einbeziehung ihrer Fragen (Patientenedukation) beurteilt. In Frage 5 erfolgte die Bewertung der Therapie körperlicher, in Frage 6 die Beurteilung der Therapie psychischer Beschwerden. Frage 7 widmete sich der Bewertung des Beratungsangebotes und der Hilfestellungen im Zusammen-

hang mit Entscheidungsfindungsprozessen. In Frage 8 wurden die ergänzenden Therapieangebote in der PTK wie Krankengymnastik und kreative Verfahren (Kunst- und Musiktherapie) beurteilt. Inwieweit die stationäre Behandlung des Palliativpatienten durch die PTK vermieden oder hinausgezögert werden konnte, wurde in Frage 9 beurteilt. Die prinzipielle Beurteilung der Tagesklinik als Ergänzung zu ambulanter und stationärer Behandlung war Gegenstand der Frage 10.

Auch im Bewertungsbogen für Patienten und Angehörige erfolgte die Beurteilung numerisch: 1 („sehr gut“), 2 („gut“), 3 („zufriedenstellend“), 4 („weniger gut“) und 5 („verbesserungswürdig“).

Wie im Fragebogen an die überweisenden Ärzte konnte auch hier in der letzten Spalte eine Gewichtung der Leistungs- und Strukturmerkmale vorgenommen werden.

Patienten beziehungsweise deren Angehörige hatten zusätzlich die Möglichkeit, individuell zu formulieren, welches Problem im Rahmen der Behandlung in der PTK besonders gut gelöst werden konnte. Darüber hinaus war in beiden Fragebogenversionen Raum für Anregungen und Wünsche vorgesehen.

Die Bewertungsbögen wurden an alle überweisenden ärztlichen Kollegen sowie an die in den ersten eineinhalb Betriebsjahren in der PTK behandelten Patienten beziehungsweise nach deren Tod an die betreuenden Angehörigen verschickt.

4. Ergebnisse

4.1 Anzahl der Behandlungen

In den ersten eineinhalb Betriebsjahren der Palliativmedizinischen Tagesklinik, vom 01.10.2012 bis zum 31.03.2014, konnten 82 Patienten teilstationär behandelt werden. Von den 82 Patienten waren 43 Männer und 39 Frauen. Das Lebensalter der Patienten lag im Median bei 68 Lebensjahren. Das 25%-Quantil lag bei 57, das 75%-Quantil bei 76 Lebensjahren. Die jüngste Patientin war 27, der älteste Patient 97 Jahre alt.

77 der 82 Patienten (94%) litten an weit fortgeschrittenen metastasierten malignen Grunderkrankungen, zwei der Patienten an einer dekompensierten Lebercirrhose, ein Patient an einem chronischen Immundefizienzsyndrom und zwei Patienten hatten schwere Organinsuffizienzen von Herz und Lunge mit irreversiblen Folgeschäden.

Kumulativ ergaben sich im Berichtszeitraum 526 Behandlungseinheiten. Im Median wurden bei den Patienten 3 Behandlungseinheiten realisiert. Das 25%-Quantil lag bei 2, das 75%-Quantil bei 7 Behandlungen. Im Minimum war dies bei 15 Patienten jeweils eine Behandlung, maximal wurden bei einem Patienten 37 Behandlungen durchgeführt (Häufigkeitsverteilung siehe Abb. 2).

Bei 54 der 82 Patienten (66%) erfolgten 1 bis 5 Behandlungen. Der Median lag hier bei 2 Behandlungen. In dieser Patientengruppe wurden 131 der insgesamt 526 Behandlungen (25%) realisiert.

Bei 14 der 82 Patienten (17%) wurden 6 bis 10 Behandlungen durchgeführt. Der Median lag hier bei 7. Bezogen auf diese Patientengruppe wurden 102 der insgesamt 526 tagesklinischen Behandlungen (19%) durchgeführt.

Bei 9 der 82 Patienten (11%) wurden mehr als 15 Behandlungen durchgeführt. Der Median lag hier bei 22 Behandlungen. In dieser Patientengruppe wurden 229 der insgesamt 526 Behandlungen (44%) durchgeführt.

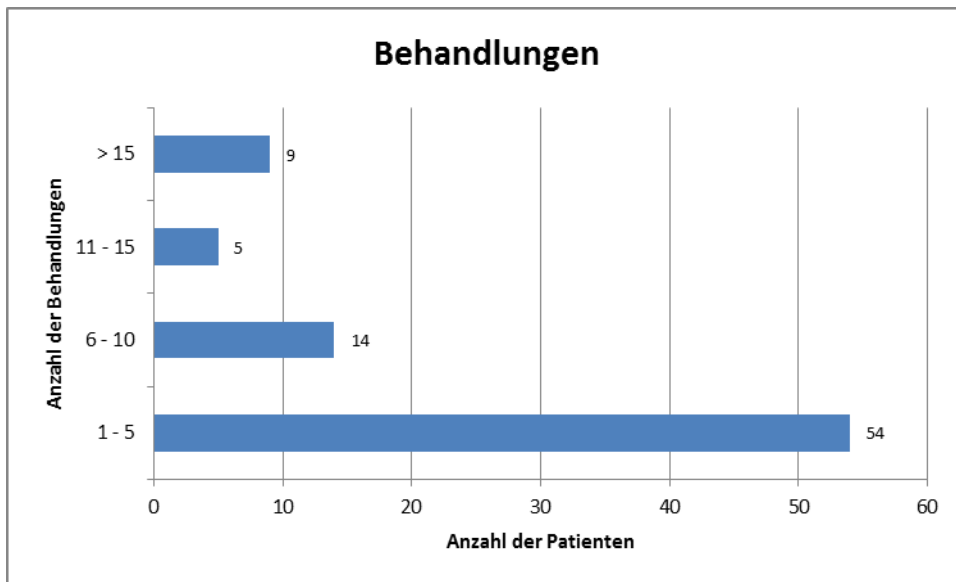


Abb. 2 Häufigkeitsverteilung der Anzahl der Behandlungen

4.2 Behandlungszeitraum

Die Patienten waren über einen Behandlungszeitraum von im Median 21 Tagen an die Tagesklinik angebunden. Das 25%-Quantil lag bei sieben Tagen, das 75%-Quantil bei 56 Tagen (Häufigkeitsverteilung siehe Abb. 3).

Der maximale individuelle Behandlungszeitraum in den ersten eineinhalb Betriebsjahren der Palliativmedizinischen Tagesklinik erstreckte sich über 413 Tage (59 Wochen) mit insgesamt 16 Behandlungen. Ein Patient, der über 126 Tage (18 Wochen) behandelt wurde, wies mit 37 die höchste Anzahl von Einzelbehandlungen auf. Im Minimum wurde bei 26 Patienten (29%) ein Behandlungszeitraum von sieben Tagen realisiert.

35 der 82 Patienten (43%) wurden über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen in der Palliativmedizinischen Tagesklinik therapiert. Im Median wurden bei diesen Patienten zwei Behandlungen realisiert.

Bei 16 der 82 Patienten (20%) ergab sich ein Behandlungszeitraum von 15 bis 28 Tagen. Bei diesen Patienten wurden im Median vier Behandlungen durchgeführt.

War der Behandlungszeitraum auf 29 bis 42 Tage ausgedehnt, so waren es im Median vier Behandlungen. Dies betraf fünf der 82 Patienten (6%).

Bei einem Behandlungszeitraum von 43 bis 56 Tagen wurden bei acht Patienten im Median neun Behandlungen durchgeführt.

Bei 16 Patienten (20%) mit einem Behandlungszeitraum von mehr als 70 Tagen (>10 Wochen) wurden im Median 15 Behandlungen durchgeführt.

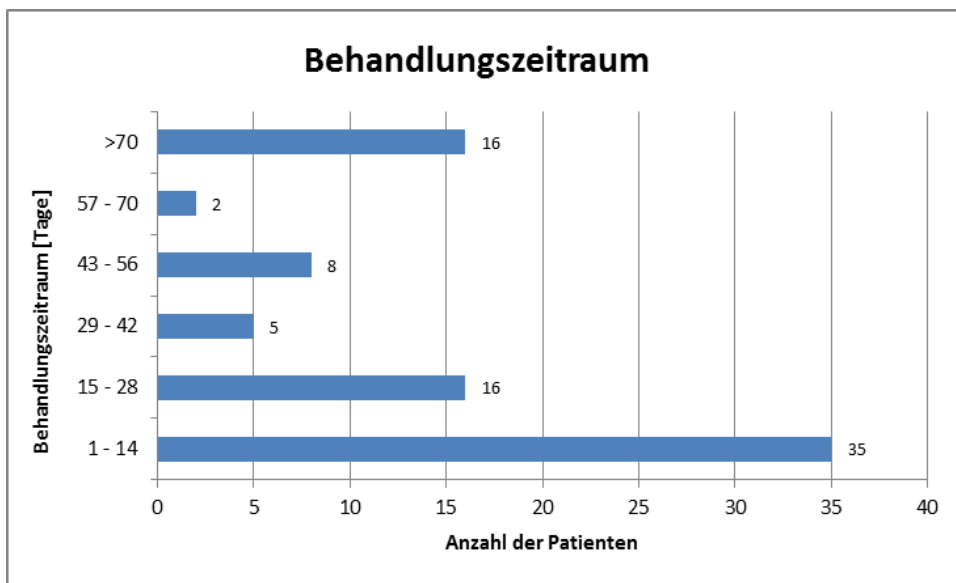


Abb. 3 Häufigkeitsverteilung der Behandlungszeiträume in Bezug auf die Anzahl der Patienten

Innerhalb des Behandlungszeitraums von 1 bis 14 Tagen fanden 67 (13%) der insgesamt 526 tagesklinischen Patientenbehandlungen statt, im Zeitraum von 15 bis 28 Tagen erfolgten 69 (13%) der Behandlungen.

Bezogen auf den Behandlungszeitraum von 29 bis 42 Tagen wurden 25 (5%) der insgesamt 526 tagesklinischen Patientenbehandlungen durchgeführt.

Im Behandlungszeitraum von 43 bis 56 Tagen fanden 80 (15%) der insgesamt 526 tagesklinischen Patientenbehandlungen statt.

Dem Behandlungszeitraum von 57 bis 70 Tagen zugeordnet, erfolgten 12 (2%) der insgesamt 526 tagesklinischen Patientenbehandlungen.

Im Behandlungszeitraum von mehr als 10 Wochen wurden 273 (52%) der Therapien durchgeführt (Häufigkeitsverteilung siehe Abb. 4).

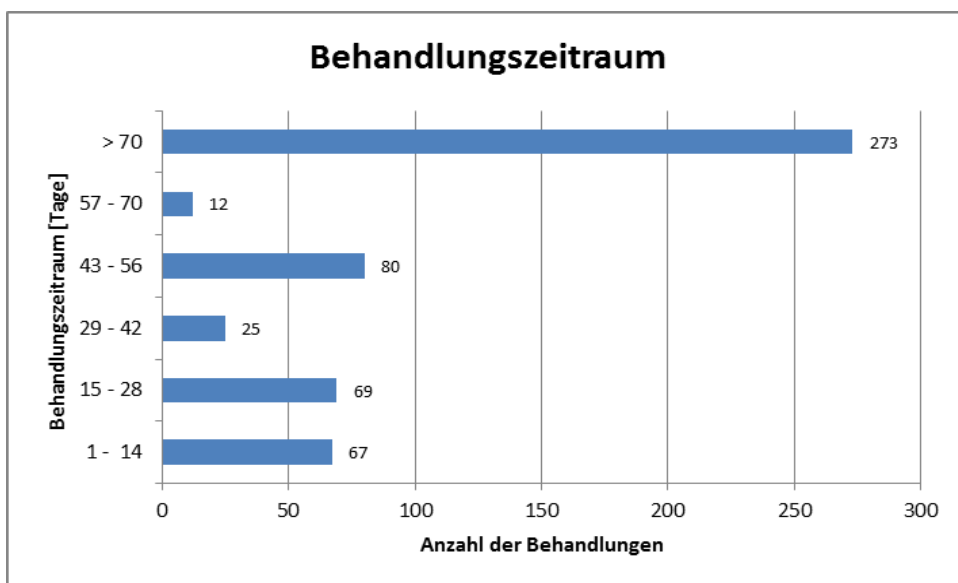


Abb. 4 Häufigkeitsverteilung der Behandlungszeiträume in Bezug auf die Anzahl der Behandlungen

4.3 Behandlungsdauer

Bei den 82 tagesklinischen Palliativpatienten betrug die Behandlungsdauer aus 526 Behandlungen im Median 199 Minuten. Das 25%-Quantil lag bei 120 Minuten, das 75%-Quantil bei 290 Minuten. Im Minimum betrug die individuelle Behandlungsdauer 45 Minuten, die maximale individuelle Behandlungsdauer betrug 443 Minuten (Häufigkeitsverteilung siehe Abb. 5).

24 der 82 Patienten (29%) hatten eine individuelle Behandlungsdauer von bis zu 120 Minuten. Der Median der Behandlungsdauer in dieser Patientengruppe lag bei 103 Minuten.

30 der 82 tagesklinischen Patienten (37%) wiesen eine individuelle Behandlungsdauer von 121 bis 240 Minuten (2 bis 4 Stunden) auf. Der Median der Behandlungsdauer in dieser Patientengruppe lag bei 181 Minuten.

Bei 16 der 82 Patienten (20%) betrug die individuelle Behandlungsdauer zwischen 241 und 360 Minuten (4 – 6 Stunden), im Median 287 Minuten.

Bei 12 der 82 Patienten (15%) wurde die Behandlungsdauer von 360 Minuten (6 Stunden) überschritten. In dieser Patientengruppe betrug die Behandlungsdauer im Median 388 Minuten.

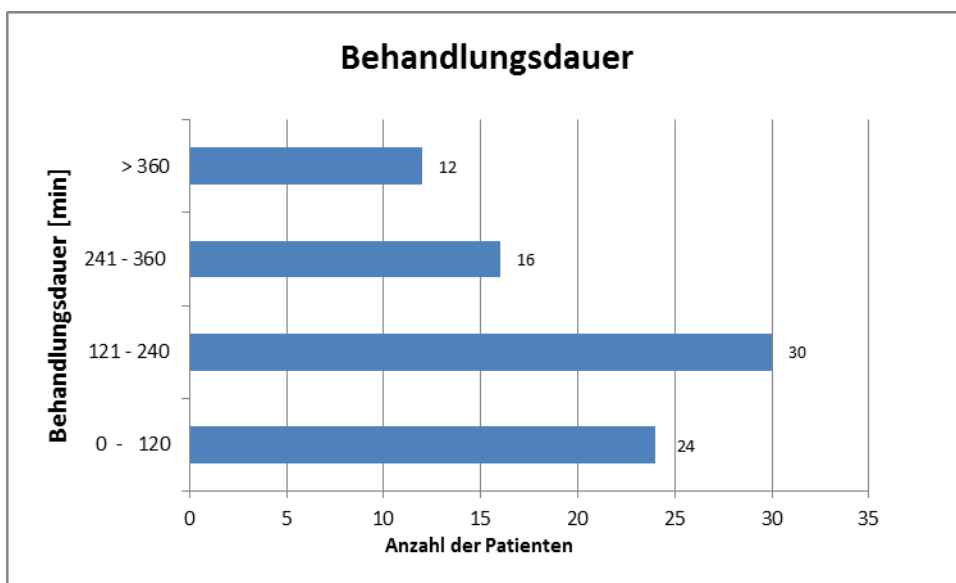


Abb. 5 Häufigkeitsverteilung der Behandlungsdauer

4.4 Führende Symptome

Führende Symptome der tagesklinischen Patienten waren Kachexie in Verbindung mit körperlicher Schwäche. Diese betraf 77 der 82 Patienten (94%) gefolgt von Schmerzen bei 71 (87%) und Fatigue bei 64 Erkrankten (78%).

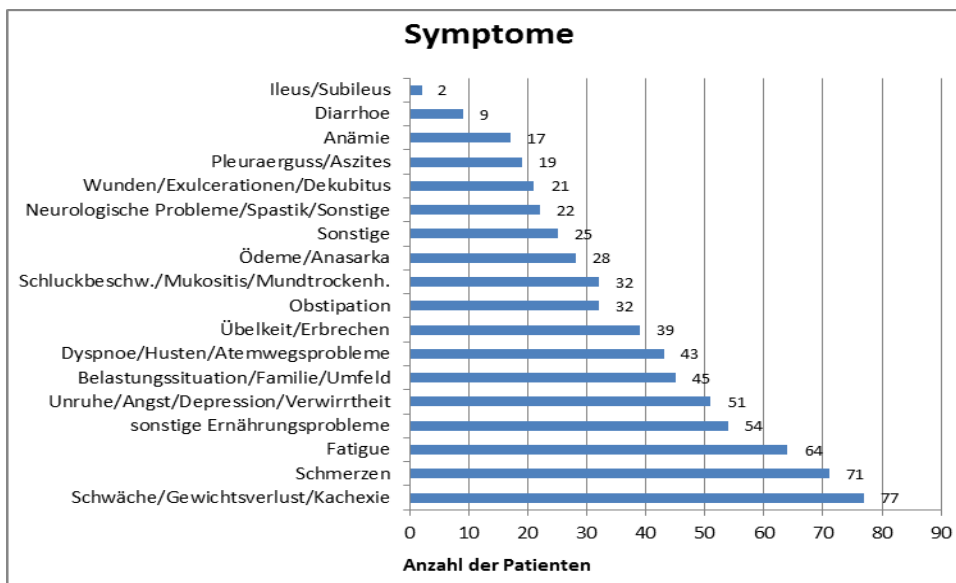
Gastrointestinale Beschwerden wie Ernährungsprobleme, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation und/oder Diarrhoe bis hin zum Ileus lagen bei insgesamt 62 (76%) der Patienten vor.

Neuropsychiatrische Symptome wie Unruhe, Angst und Depression gaben 51 (62%) der Patienten an. Atemnot betraf 43 Patienten (52%).

Bei 45 der 82 Patienten (55%) hatte ihre Erkrankung zu einer maßgeblichen psychosozialen Belastung oder zu einer Überlastung des häuslichen Umfeldes, insbesondere der Familie, geführt.

36 der 82 Patienten (44%) boten körperliche Anzeichen der Dekompensation des Grundleidens, wie Ödeme, Anasarka, Pleuraergüsse oder Aszitis.

Eine behandlungsbedürftige Anämie lag bei 17 der 82 Patienten (21%) vor. (Häufigkeitsverteilung siehe Abb. 6)



**Abb. 6 Häufigkeitsverteilung der Symptome
(Mehrfachnennungen möglich)**

4.5 Symptomkomplexe

In der PTK wurden folgende Krankheitssymptome in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit erfasst: Schwäche, Gewichtsverlust und Kachexie; Schmerzen; Fatigue; Ernährungsprobleme; neuropsychiatrische Probleme wie Unruhe, Angst und Depression; psychosoziale Belastungssituation des Patienten und der Angehörigen; Dyspnoe, Husten und sonstige Atemwegssymptome; Übelkeit und Erbrechen; Obstipation; Schluckbeschwerden; Ödeme; neurologische Symptome; Wunden oder Exulcerationen; Pleuraergüsse oder Aszites; Anämie; Diarrhoe; Subileus und Ileus.

Bezugnehmend auf die oben beschriebene Symptomerfassung lag bei den 82 tagesklinischen Patienten minimal ein palliativmedizinisch zu behandelndes Symptom vor, maximal waren es 15 Symptome. Der Median lag bei neun behandlungsbedürftigen Symptomen, das 25%-Quantil bei sieben, das 75%-Quantil bei zehn Symptomen. Im Hinblick auf das gleichzeitige Auftreten mehrerer Symptome ergab sich die Häufigkeitsverteilung in Abb. 7.

Ein bis drei Symptome fanden sich bei sieben der insgesamt 82 der in der Tagesklinik behandelten Patienten (9%). Der Median lag bei zwei Symptomen. Bei 13 der 82 Patienten (16%) lagen gleichzeitig vier bis sechs palliativmedizinisch relevante Symptome vor (Median: fünf Symptome).

38 der 82 Patienten (46%) litten unter dem gleichzeitigen Vorhandensein von sieben bis neun palliativmedizinisch behandelbaren, krankheitsbedingten Problemen. Der Median lag bei acht Symptomen.

Zehn bis zwölf teilstationär therapierbare palliativmedizinische Symptome fanden sich gleichzeitig bei 21 der 82 tagesklinischen Palliativpatienten (26%). Der Median lag bei elf Symptomen.

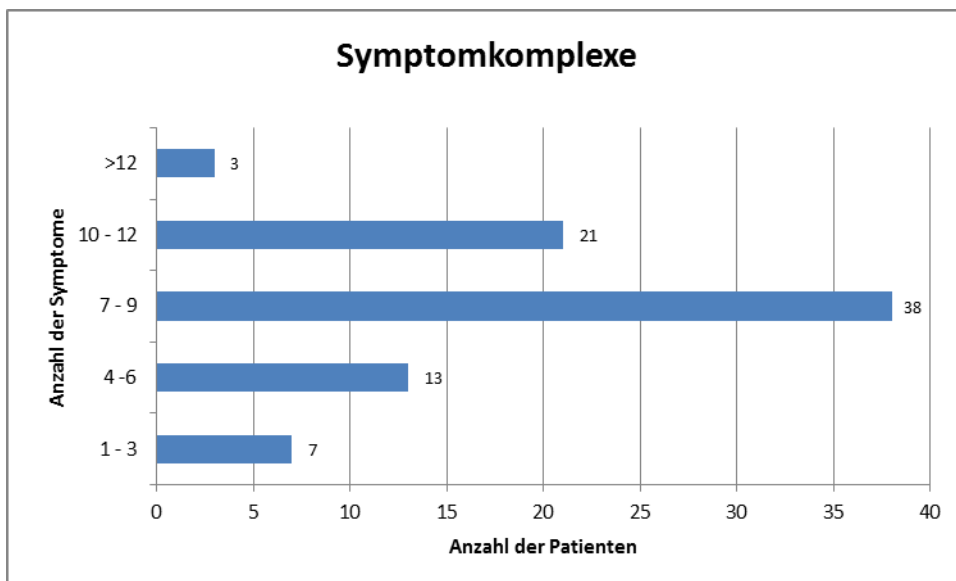


Abb. 7 Häufigkeitsverteilung von Symptomkomplexen

4.6 Palliativmedizinische Therapie

4.6.1 Somatische Therapiemaßnahmen

Im Rahmen der tagesklinischen Palliativbehandlung lagen Therapieschwerpunkte insbesondere im Bereich der Patientenedukation und der Schmerztherapie. Patientenedukation erfolgte bei 80 (98%), Schmerztherapie bei 76 (93%) der 82 teilstationären Patienten.

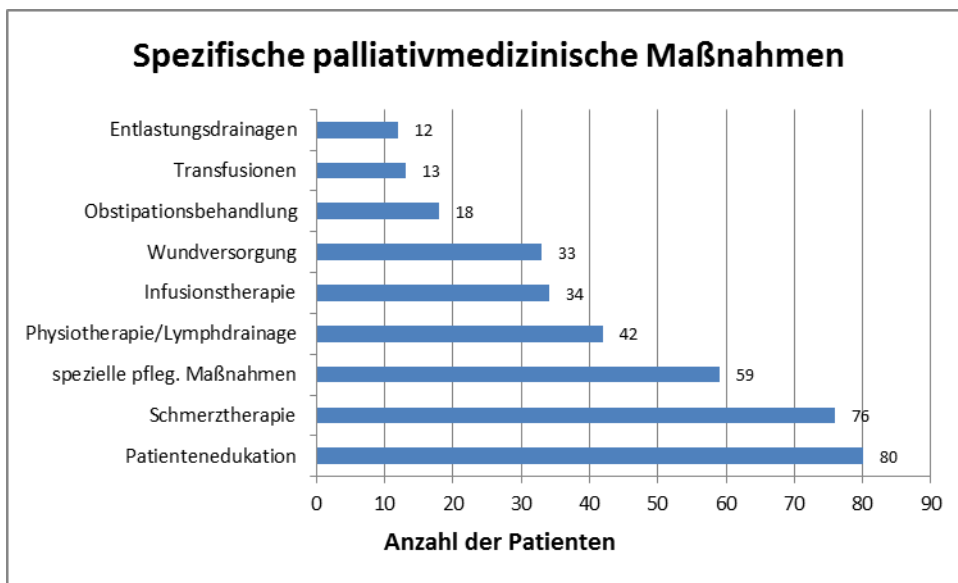
Während des tagesklinischen Aufenthaltes wurden bei 59 der 82 Patienten (72%) spezielle pflegerische Maßnahmen durchgeführt. Diese umfassten unter anderem die Behandlungen und Prophylaxen der Haut, der Atemwege und des Gefäßsystems. Es erfolgten in diesem Zusammenhang Verbände, entlastende Lagerungsmaßnahmen oder Dekubitusbehandlungen, in der Graphik als spezielle pflegerische Maßnahmen zusammengefasst. Auch das Management von Kanülen, Kathetern, Drainagen sowie Port- oder PEG- Systemen ist hier zu nennen.

Physiotherapie und/oder Lymphdrainage erfolgte bei 42 (51%) der Patienten.

Bei 47 (57%) der Patienten war intermittierend eine Infusions- und/oder Transfusions-Therapie notwendig. Bei neun (11%) der Patienten kamen beide Maßnahmen zur Anwendung.

Operative Maßnahmen wie aufwändige Wundversorgungen wurden bei 33 der 82 Patienten (40%) durchgeführt.

Eine invasive Therapie zur Entlastung von Pleuraergüssen oder Aszites mittels Drainage erfolgte bei zwölf Patienten (15%) (Häufigkeitsverteilung siehe Abb. 8).



**Abb. 8 Häufigkeitsverteilung der somatischen Therapiemaßnahmen
(Mehrfachnennungen möglich)**

4.6.2 Psychosoziale Therapiemaßnahmen

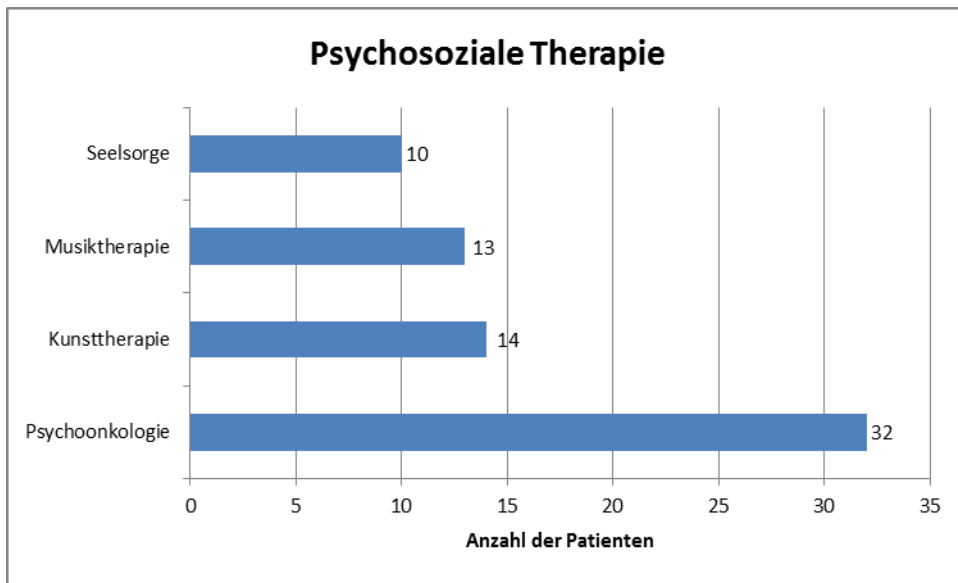
Psychosozial stabilisierende Maßnahmen wie Psychoonkologie, Kunst- und Musiktherapie sowie Seelsorge waren wesentliche Behandlungselemente in der Palliativmedizinischen Tagesklinik. 39 der 82 Patienten (48%) nahmen mindestens eines oder mehrere dieser Verfahren in Anspruch (Häufigkeitsverteilung siehe Abbildung 9).

Bei 32 Patienten (39%) erfolgte eine psychoonkologische Therapie. Im Rahmen der insgesamt 526 Behandlungen wurden 120 (23%) psychoonkologische Interventionen durchgeführt. Im Minimum war dies eine einmalige psychoonkologische Intervention. Bei längerem Behandlungszeitraum und entsprechender Indikation erfolgte die Behandlung wiederholt. Das Maximum waren 14 psychoonkologische Interventionen bei einer Patientin während einer 32-wöchigen Behandlungsdauer.

Kreative Verfahren wie Kunst- und/oder Musiktherapie kamen bei 27 (33%) der 82 tagesklinischen Patienten zur Anwendung. Sechs Patienten (7%) wählten alternierend beide Therapieverfahren.

Die gleichzeitige Anwendung von psychoonkologischer Therapie und kreativen Verfahren fand sich bei 15 (18%) der tagesklinischen Patienten.

Seelsorgerische Begleitung wurde von 10 (12%) teilstationären Patienten gewünscht.



**Abb. 9 Häufigkeitsverteilung psychosozialer Therapiemaßnahmen
(Mehrfachnennungen möglich)**

4.6.3 Behandlungsmodule

Das Leistungsspektrum der Palliativmedizinischen Tagesklinik umfasst sowohl dem Ziel der Symptomkontrolle als auch dem Wunsch des Patienten angepasste diagnostische Möglichkeiten, die lindernde Therapie körperlicher Symptome als auch psychosozial stabilisierende Maßnahmen. Darüber hinaus sind Beratungsleistungen für Patienten und deren Angehörige ein wesentliches Behandlungselement. Bei 74 der 82 Patienten (90%) wurden multiprofessionelle, komplexe Beratungsleistungen erbracht (Häufigkeitsverteilung siehe Abbildung 10).

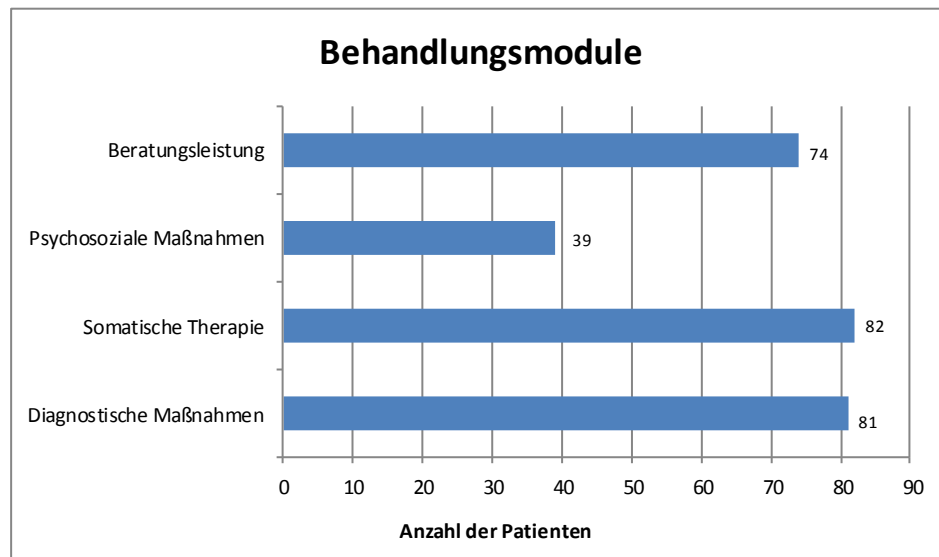
Insbesondere ärztliche und pflegerische Beratung, Ernährungsberatung, Beratung im Zusammenhang mit Pflegeüberleitung sowie Beratungen zur Entscheidungsfindung und Erstellung einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht wurden von den Patienten in Anspruch genommen. Im Rahmen der 526 Patientenbehandlungen wurden insgesamt 636 Beratungsleistungen in Anspruch genommen.

Intensive Angehörigenberatung fand bei 52 der 82 Patienten (63%) statt. In diesem Zusammenhang wurden insgesamt 142 Beratungsgespräche durchgeführt. Diese Leistung findet sich somit in 27% der 526 Behandlungen.

Sozialberatung insbesondere zur Klärung von Versorgungsansprüchen wurde im Rahmen der tagesklinischen Behandlungen bei 4 Patienten durchgeführt.

Bei 54 der 82 Patienten mit onkologischer Grunderkrankung (66%) erfolgte die teilstationäre palliativmedizinische Behandlung im Sinne der Frühintegration palliativmedizinischer Maßnahmen. In diesem Zusammenhang waren multiprofessionell begleitete Entscheidungsfindungsprozesse von großer Bedeutung. Diese betrafen insbesondere die Fortführung tumorspezifischer Therapien und die Gestaltung des Lebensendes. 37 von 82 Patienten (45%) nahmen diese

Leistung in Anspruch. Es wurden zu diesem Themenkomplex 83 Beratungen im Rahmen der insgesamt 526 tagesklinischen Behandlungen (16%) durchgeführt.



**Abb. 10 Häufigkeitsverteilung der Behandlungsmodule
(Mehrfachnennungen möglich)**

4.7 Patientenzuweisung

Die palliativmedizinische Behandlung eines Patienten in der PTK wurde von verschiedenen Seiten initiiert.

46 der 82 Patienten (56%) wurden auf Grund der Initiative des behandelnden Haus- bzw. Facharztes zugewiesen. Eine dieser Patienten kam auf Empfehlung des bereits involvierten SAPV-Teams. 28 Patienten (34%) kamen, nachdem im Rahmen des Entlassungsmanagements zum Ende eines stationären, nicht palliativmedizinisch geprägten Aufenthaltes ein Termin für die tagesklinische Palliativbehandlung vereinbart worden war. Bei acht Patienten (10%) erfolgte die Therapie in der Tagesklinik im Sinne einer teilstationären Weiterbehandlung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in der Klinik für Palliativmedizin (siehe Abbildung 11).

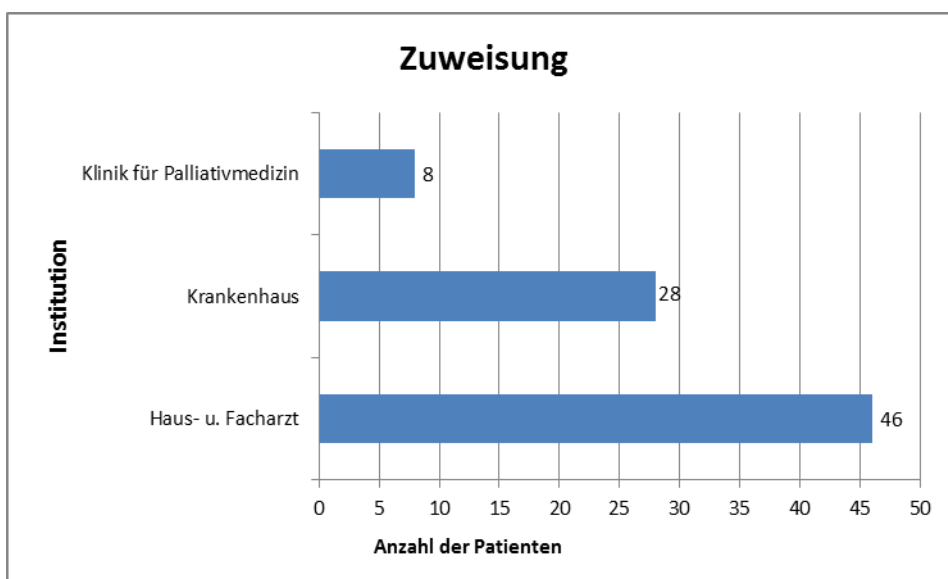


Abb. 11 Häufigkeitsverteilung der Zuweiser nach ihrem Tätigkeitsort

4.8 Weiterbehandlung

Bei 14 der 82 Patienten (17%) wurde die Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik auf Grund instabiler oder aggravierter Symptome durch eine stationäre Therapie in der Klinik für Palliativmedizin unterbrochen. Nach Rekompensation dieser Patienten im Rahmen des stationären Aufenthaltes konnte die Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik zunächst fortgesetzt werden.

Die progrediente Verschlechterung des Allgemeinzustandes und die Komplexität der Beschwerden bedingten letztlich bei 29 der 82 tagesklinischen Patienten (35%) die definitive Neu- bzw. Wiederaufnahme in die stationäre Palliativbehandlung. 23 dieser 29 Patienten (79 %) verstarben während dieses stationären Aufenthaltes in der Klinik für Palliativmedizin, drei Patienten (10%) starben danach in einem Hospiz, zwei Patienten (7%) in einer Pflegeeinrichtung und ein Patient (3%) starb danach zu Hause.

Zwölf der 82 Patienten (15%) verstarben während eines sich an die tagesklinische Behandlung anschließenden stationären Aufenthaltes in einer der onkologischen Grunderkrankung des Patienten zugeordneten Klinik des Klinikums Aschaffenburg.

Bei 28 der 82 Patienten (34%), die zuvor in der Palliativmedizinischen Tagesklinik behandelt worden waren, wurde die Weiterbehandlung bei sich verschlechterndem Allgemeinzustand zu Hause durchgeführt. Bei 5 dieser 28 Patienten (18%) erfolgte nach Absprache mit dem Hausarzt primär die Anbindung an SAPV, bei 23 der 28 Patienten (82%) erfolgte die weitere Behandlung bis zum Tod durch den Hausarzt im Rahmen von AAPV (Häufigkeitsverteilung siehe Abbildung 12).

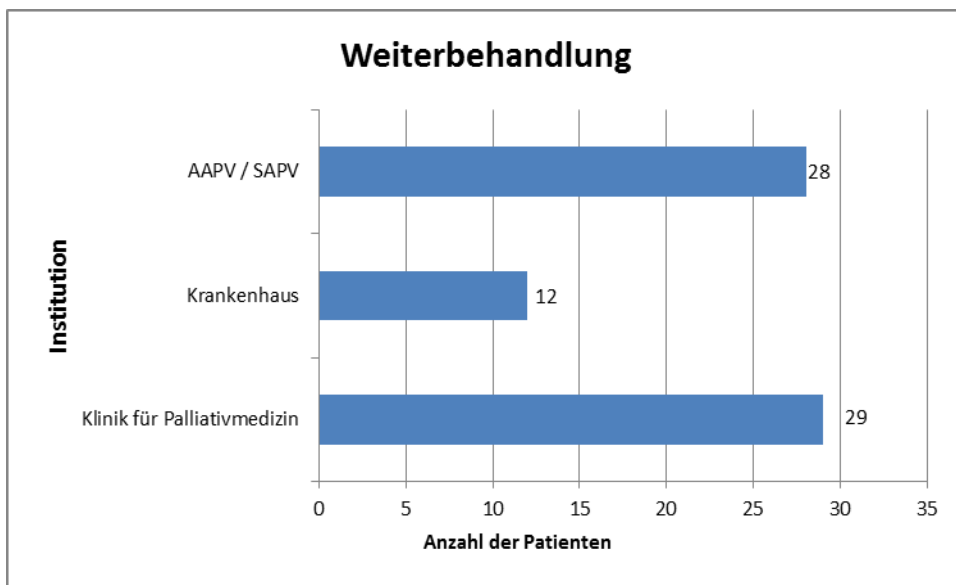


Abb. 12 Häufigkeitsverteilung des Weiterbehandlungsortes

Bis zum Ende des Berichtszeitraums, (31.03.2014) waren 69 der 82 tagesklinisch behandelten Patienten (84%) verstorben. 13 Palliativpatienten befanden sich zu diesem Zeitpunkt weiterhin in teilstationärer Behandlung.

4.9 Externe Evaluierung

4.9.1 Haus- und Fachärzte

Von den 82 Bewertungsbögen, die im Rahmen der externen Evaluierung an die überweisenden Ärzte verschickt wurden, wurden 37 beantwortet. Dies entspricht einer Quote von 45%.

Auf der Basis der sechs Themen, die von 37 Haus- bzw. Fachärzten behandelt wurden, hätten sich bei Beantwortung aller Fragen 222 Einzelbeurteilungen ergeben. Faktisch ergaben sich durch nicht gegebene Antworten in der Summe 220 Einzelbewertungen. Mit der Note 1 („sehr gut“) wurde insgesamt 104-mal (47%) bewertet, die Note 2 („gut“), wurde 81-mal (37%) vergeben. Mit der Note 3 („zufriedenstellend“) wurde 25-mal (11%), mit der Note 4 („weniger gut“) siebenmal (3%) und mit der Note 5 („verbesserungswürdig“) wurde insgesamt dreimal (1%) bewertet. Bezogen auf die 220 Einzelbeurteilungen lag der Median aller Bewertungen bei Note 2 („gut“). Das 25%-Quantil lag bei Note 1 („sehr gut“), das 75%-Quantil bei Note 2 („gut“).

Die Mitbehandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik als ein sinnvoller, ergänzender Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung (Thema 6) sowie die Unterstützung der ärztlichen Arbeit durch die Palliativmedizinische Tagesklinik (Thema 1) wurden am besten bewertet. Hier lag der Median der Bewertungen jeweils bei Note 1 („sehr gut“). Der Median in den Bewertungen der Themen 2 bis 5 lag jeweils bei Note 2 („gut“) (Häufigkeitsverteilung siehe Abbildung 13).

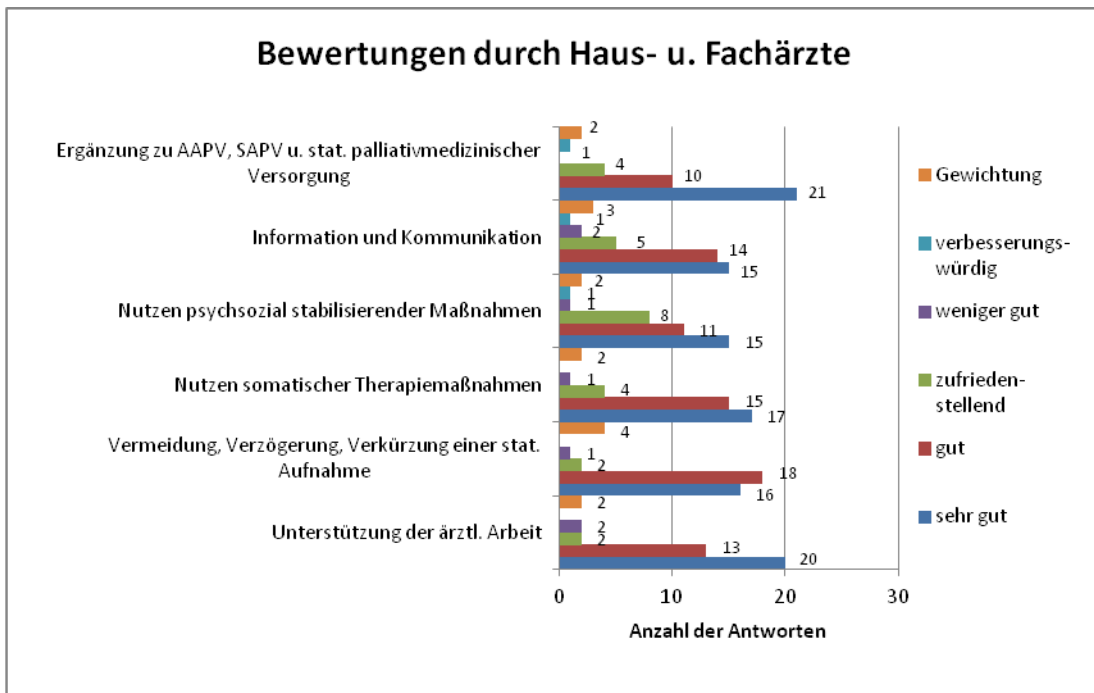


Abb. 13 Häufigkeitsverteilung der Bewertungen durch Haus- und Fachärzte

In 20 von 37 Bewertungen (54%) wurde die Unterstützung der ärztlichen Arbeit im niedergelassenen Bereich (Thema 1) mit „sehr gut“ beurteilt. 13 Ärzte (35%) bewerteten dieses Thema mit „gut“. Im Median lag die Bewertung bei Note 1 („sehr gut“). Zwei der 37 befragten Ärzte (5%) sahen sich in ihrer Arbeit „weniger gut“ unterstützt (Note 4).

Die Vermeidung, Verzögerung oder Verkürzung eines stationären Krankenhausaufenthaltes durch die Behandlung eines Patienten in der PTK (Thema 2) wurde in 16 von 37 Beurteilungen (43%) mit „sehr gut“ (Note 1), in 18 Antworten (49%) mit „gut“ (Note 2) bewertet. Einer der 37 ärztlichen Kollegen (3%) bewertete diesen Zusammenhang mit „weniger gut“ (Note 4). Im Median lag die Bewertung bei Note 2 („gut“). Die Noten 1 und 2 fanden sich in 92% der Beurteilungen.

Den Nutzen für den Patienten durch die somatischen Therapieschwerpunkte in der Tagesklinik (Thema 3) bewerteten 17 der 37 Ärzte (46%) mit „sehr gut“, 15 Kollegen (41%) bewerteten mit „gut“, 4 (11%) mit „zufriedenstellend“ und 1 Kollege (3%) mit „weniger gut“. Im Median lag die Bewertung bei Note 2. Die Noten 1 und 2 fanden sich in 86% der Beurteilungen.

Inwieweit der Patient „von psychosozial stabilisierenden Maßnahmen besonders profitierte“ (Thema 4) wurde in 15 von 36 Bewertungen (42%) mit „sehr gut“, in 11 (31%) mit „gut“, in 8 Antworten (22%) mit „zufriedenstellend“ und in jeweils einer Bewertung (3%) mit „weniger gut“ bzw. „verbesserungswürdig“ beurteilt. Im Median lag die Bewertung bei Note 2. Auf die Noten 1 und 2 entfielen 26 (72%) aller Beurteilungen.

Die Information und Kommunikation (Telefon, Kurzarztbriefe) mit dem niedergelassenen Haus- oder Facharzt (Thema 5) wurde in 37 Bewertungen 15-mal (41%) mit „sehr gut“, 14-mal (38%) mit „gut“, fünfmal (14%) mit „zufriedenstellend“, zweimal (5%) mit „weniger gut“ sowie einmal (3%) mit „verbesserungs-

würdig“ beurteilt. Im Median lag die Bewertung bei Note 2. Die Benotung mit 1 oder 2 erfolgte in 78% der Bewertungen.

Inwieweit die „Mitbehandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik ein sinnvoller, ergänzender Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung ist“ (Thema 6), wurde in 36 Bewertungen 21-mal (58%) mit „sehr gut“, zehnmal (28%) mit „gut“, viermal (11%) mit „zufriedenstellend“ und einmal (3%) mit „verbesserungswürdig“ beurteilt. Im Median lag die Bewertung dieses Themas bei Note 1. In 86% der Antworten wurde diese Fragestellung mit der Note 1 oder 2 beantwortet.

Insgesamt 15-mal wurde die Möglichkeit der Gewichtung einzelner Themen genutzt. Am häufigsten (viermal) wurde Thema 2 („... ob durch uns ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden, verzögert oder verkürzt werden konnte“) gewichtet. Zweimal bezog sich die Gewichtung auf die hier vergebene Bewertungsnote 1 („sehr gut“), zweimal auf die Note 2 („gut“).

Dreimal wurde das Thema 5 gewichtet, („... unsere Information (Telefon, Kurzarztbriefe) und Kommunikation mit Ihnen“). Einmal bezog sich die Gewichtung auf die hier vergebene Bewertungsnote 1 („sehr gut“), einmal auf die Note 2 („gut“) und einmal auf die Note 4 („weniger gut“).

Die anderen Bewertungsthemen wurden jeweils zweimal gewichtet:

Thema 1 („... inwieweit Sie durch uns in Ihrer ärztlichen Arbeit unterstützt wurden“) mit der Note 1 („sehr gut“) und der Note 4 („weniger gut“),

Thema 3, („... inwieweit Ihr Patient von somatischen Therapieschwerpunkten besonders profitierte“) mit der Note 1 („sehr gut“) und der Note 3 („zufriedenstellend“),

Thema 4, („...inwieweit Ihr Patient von psychosozial stabilisierenden Maßnahmen besonders profitierte“) wurde zweimal mit der Bewertungsnote 1 („sehr gut“) und

Thema 6, („... inwieweit unsere Mitbehandlung ein sinnvoller, ergänzender Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung ist“) wurde mit der Bewertungsnote¹ („sehr gut“) und einmal mit der Note 5 („verbesserungswürdig“) gewichtet.

4.9.2 Patienten und Angehörige

Von den 82 Bewertungsbögen, die im Rahmen der externen Evaluierung an die Patienten bzw. deren Angehörige verschickt wurden, wurden 64 beantwortet. Dies entspricht einer Quote von 78%.

Auf der Basis der vorgegebenen 10 Themen hätten sich bei Beantwortung aller Fragen 640 Einzelbeurteilungen ergeben. Faktisch erhielten wir durch nicht gegebene Antworten in der Summe 595 Einzelbewertungen. Mit der Note 1 („sehr gut“) wurde insgesamt 404-mal (68%) bewertet, die Note 2 („gut“) wurde 177-mal (30%) vergeben. Als schlechteste Beurteilung wurde die Note 3 („zufriedenstellend“) 14-mal (2%) vergeben. Bezogen auf die 595 Einzelbeurteilungen lag der Median der Bewertungen bei Note 1 („sehr gut“). Das 25%-Quantil lag bei Note 1, das 75%-Quantil bei Note 2.

Thema 10 „Für wie wichtig halten Sie unsere Tagesklinik als Ergänzung zu ambulanter und stationärer Behandlung“ und Thema 1 „Räumlichkeiten, Ausstattung und Atmosphäre der Tagesklinik“ wurden am besten bewertet. Thema 10 wurde insgesamt 60-mal beurteilt. 57-mal wurde die Note 1 („sehr gut“) vergeben, dreimal die Note 2 („gut“). Zum Thema 1 wurde insgesamt 63-mal eine Bewertung abgegeben, 53-mal die Note 1 („sehr gut“) und zehnmal die Note 2 („gut“). Der Median der Bewertungen der Themen 1 bis 10 lag bei Note 1 („sehr gut“) (Häufigkeitsverteilung siehe Abbildung 14).

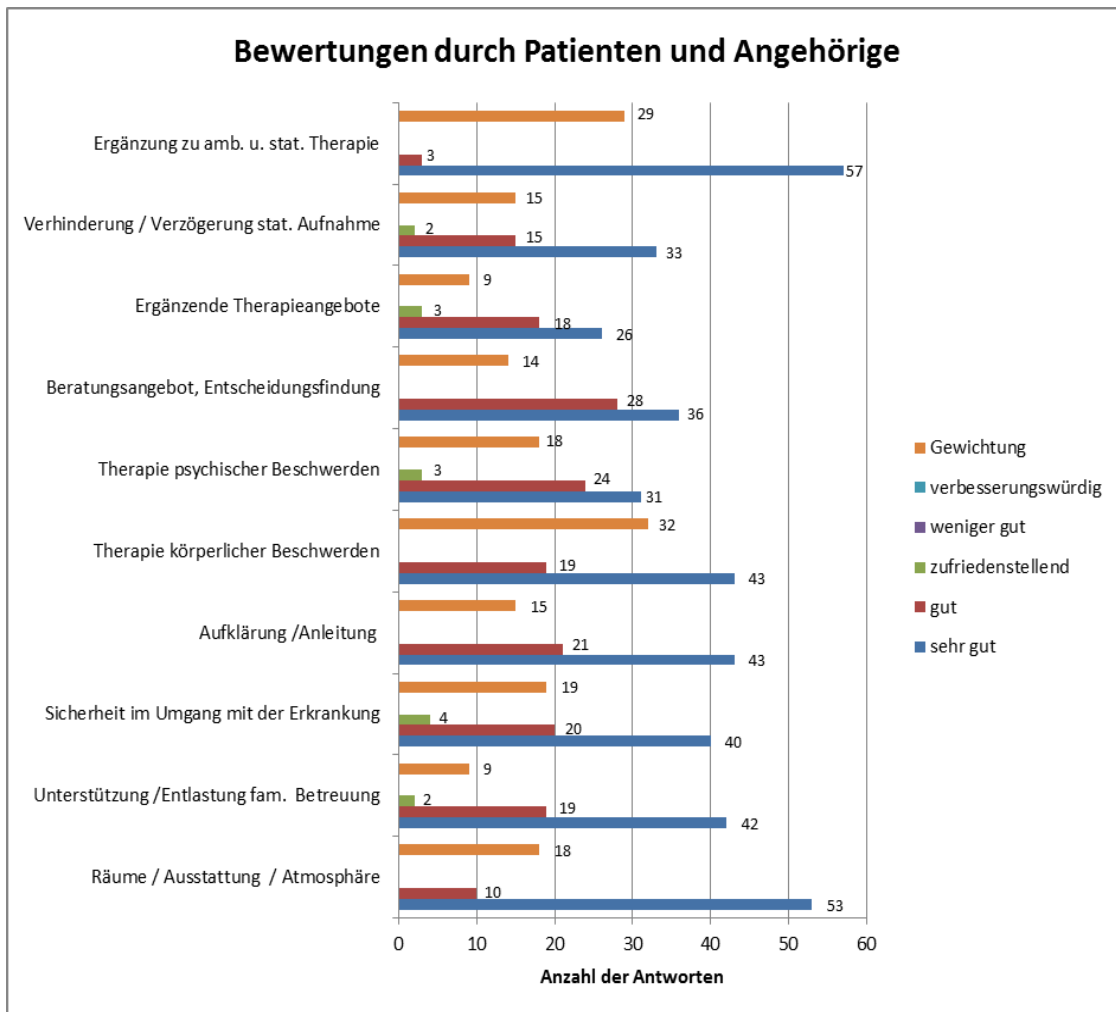


Abb. 14 Häufigkeitsverteilung der Bewertungen durch Patienten und Angehörige

„...wie sehr wir Sie in der familiären Betreuung unterstützen und entlasten konnten.“

Das Thema 2 bewerteten 42 von 63 Patienten/Angehörigen (67%) mit „sehr gut“, 19 Patienten/Angehörige (30%) mit „gut“ und einer (2%) mit „zufriedenstellend“. Der Median der Bewertungen lag bei Note 1 („sehr gut“).

„...inwieweit wir Ihnen ein Gefühl von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung geben konnten.“

Das Thema 3 wurde in 64 Bewertungen 40-mal (63%) mit „sehr gut“, 20-mal (31%) mit „gut“ beurteilt und viermal (6%) bewertet. Im Median lag die Bewertung bei Note 1.

„...unsere stetige Aufklärung und Anleitung unter Einbeziehung Ihrer Fragen.“

Das Thema 4 wurde 64-mal von Patienten/Angehörigen bewertet. 43-mal (67%) mit „sehr gut“, 21-mal (33%) mit „gut“. Der Median der Bewertungen lag bei Note 1.

„...die Behandlung körperlicher Beschwerden, z. B. Schmerzen Atemnot, Übelkeit.“

Das Thema 5 wurde in 43 von 62 Bewertungen (69%) mit „sehr gut“ beurteilt. 19 Patienten/Angehörige (31%) urteilten mit „gut“. Im Median lag die Bewertung bei Note 1.

„...die Behandlung psychischer Beschwerden, z. B. Angst, Unruhe, Niedergeschlagenheit.“

Das Thema 6 bewerteten 31 von 58 Patienten/Angehörigen (53%) mit „sehr gut“, 24 Patienten/Angehörige (41%) bewerteten mit „gut“ und 3 Patienten/Angehörige (5%) bewerteten mit „zufriedenstellend“. Im Median lag die Bewertung bei Note 1.

„...unser Beratungsangebot und unsere Hilfestellung bei der Findung von Entscheidungen.“

Das Thema 7 wurde bei insgesamt 64 Bewertungen 36-mal (56%) mit „sehr gut“ bewertet und 28-mal (44%) mit „gut“. Im Median lag die Bewertung bei Note 1.

„...unsere breitgefächerten ergänzenden Therapieangebote vor Ort, z. B. Krankengymnastik, Kunst- und Musiktherapie.“

Das Thema 8 wurde von Patienten/Angehörigen 47-mal beurteilt. 26-mal (55%) wurde die Bewertung „sehr gut“ vergeben, 18-mal (38%) wurde mit „gut“ und dreimal (6%) „zufriedenstellend“ bewertet. Im Median lag die Bewertung bei Note 1.

„...inwieweit eine stationäre Behandlung durch uns verhindert oder hinausgezögert werden konnte.“

Das Thema 9 wurde in 33 von insgesamt 50 Beurteilungen (66%) mit „sehr gut“, in 15 Antworten (30%) mit „gut“ und zweimal (4%) mit „zufriedenstellend“ bewertet. Im Median lag die Bewertung bei Note 1.

5. Diskussion

In einem Beitrag zum 7. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2008 in Wiesbaden thematisierte Radbruch, „...die große Spannbreite zwischen den einzelnen Ländern in den Konzepten zur Palliativversorgung und Hospizarbeit, so dass von Kritikern wiederholt die Entwicklung einer einheitlichen Sprache in der Palliativversorgung angemahnt wurde“. ³ Dies beschreibt ein wesentliches Problem bei der Entwicklung von internationalen Standards und Richtlinien insbesondere im Rahmen der europäischen Zusammenarbeit.⁶

Diesem umfassenden Themenkomplex widmet sich das „White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe“.^{4,5}

In diesem Positionspapier legt die European Association for Palliative Care (EAPC) einheitliche „Richtlinien für die Strukturqualität der Palliativversorgung im stationären und ambulanten Sektor“ fest.⁶

Ausgangspunkt waren die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Carlos Centeno und David Clark, die im Auftrag der EAPC „eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung der Palliativversorgung in den europäischen Ländern“⁶ durchgeführt hatten. Diese wurden im „EAPC Atlas for Palliative Care“¹² zusammenfassend veröffentlicht. Es offenbarten sich auch hier neben Übereinstimmungen große Unterschiede nicht nur in den europäischen Versorgungsstrukturen und Angeboten, auch Begriffe und die Interpretation von Programmen waren uneinheitlich.¹²

In diesem Zusammenhang wurde die Erarbeitung einer einheitlichen Terminologie als Bedingung für die Vergleichbarkeit nationaler Strukturen verlangt.¹³ Das „White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe“^{4,5} widmet sich dieser Fragestellung.

Unter Bezugnahme auf die geschilderte Variationsbreite des Versorgungsspektrums wird in diesem Positionspapier die „...soziale und therapeutische Betreuung, um die soziale Isolation zu verhindern sowie die Belastung der

Angehörigen und der Betreuungspersonen zu verringern“ als das „zentrale Anliegen“ von palliativmedizinischen Tageszentren genannt.^{7(S.268)}

In der deutschen Fassung, den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC)“⁷ wird die häufig verwendete englische Bezeichnung „Palliative Day Care Centre“ mit der Überschrift „Tageshospiz“ oder dem Begriff „Tageszentrum“^{7(S.268)} in die deutsche Sprache übertragen.

Bereits in der Wahl des Terminus „Tageshospiz“ dokumentieren sich im Hinblick auf den deutschen Sprachgebrauch unterschiedliche konzeptionelle und strukturelle Schwerpunkte im Vergleich zur Behandlung von Patienten in der Palliativmedizinischen Tagesklinik des Klinikums Aschaffenburg.

„Public Health England“ und das „National Council for Palliative Care“ zählen in der aktuellen Fassung des „National Survey of Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services“ 204 „Day Care Services“ in Großbritannien.¹

Das innerhalb dieser dort charakteristischen Versorgungsform realisierte palliativmedizinische Behandlungsangebot ist jedoch nicht einheitlich.

Der „MDS Full Report for the year 2011 – 2012“ nennt als Therapieziele soziale Interaktion, gegenseitige Unterstützung und Freundschaft; kreative und therapeutische Aktivitäten; klinische Überwachung und medizinische Routinebehandlung; Körperpflege und die Entlastung der häuslichen Betreuung.

Besondere Erwähnung findet, dass die Behandlungspraxis weit variiert und von den Einrichtungen unterschiedliche Schwerpunkte auf soziale und medizinische Aspekte der tagesklinischen Therapie gesetzt werden.¹

In einer Studie von Higgins et al. wurde dieser Sachverhalt auf der Basis einer Befragung von 43 „day care centres“ in England näher untersucht.¹⁰ Es fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der meisten Aktivitäten zwischen Einrichtungen, die sich selbst als Zentren mit medizinischem oder sozialem Schwerpunkt bezeichneten. Die Ergebnisse deuteten vielmehr darauf hin, dass es in Großbritannien Kernaktivitäten in „palliative day care“ gibt und

Varianten unter anderem in Bezug auf das medizinische Therapiespektrum und die Strukturen innerhalb derer diese Leistungen erbracht werden.¹⁰

So gibt es Zentren ohne ärztliche Präsenz, aber auch vereinzelt Einrichtungen, in denen Bluttransfusionen und Chemotherapie durchgeführt werden.^{10, 7}

Es wurde jedoch im Rahmen der zitierten Studie keine praktische Überprüfung der Angaben durchgeführt. Während die meisten übereinstimmenden Aktivitäten die Besprechung von Symptomen und Bedürfnissen der Patienten, das Monitoring von Symptomen, Körperpflege, Wundversorgung, Physiotherapie und Aromatherapie waren, wurden in Einrichtungen mit sozialem Schwerpunkt mit geringerer Wahrscheinlichkeit ein tägliches „Assessment“ neuer Symptome und Wundversorgungen durchgeführt.¹⁰

In einer Studie von Goodwin, Higginson et al. wurde im Unterschied zur Selbsteinschätzung der Tageszentren als Einrichtungen mit medizinischem oder sozialem Schwerpunkt eine Untersuchung von „palliative day care“ aus der Perspektive der Patienten vorgenommen.¹¹

Unabhängig davon, ob sich die Zentren selbst als Einrichtungen mit primär medizinischem, sozialen oder medizinisch-sozialem Schwerpunkt bezeichneten, wurde in Interviews von allen Patienten „meeting people“ als das Wichtigste im Zusammenhang mit „palliative day care“ benannt.

Weitere wichtige Aspekte waren „support“ in medizinisch charakterisierten und „getting out“ in medizinisch-sozial charakterisierten Einrichtungen.¹¹

Vor dem Hintergrund uneinheitlicher Terminologie ist es notwendig, das Modellprojekt „Palliativmedizinische Tagesklinik“ am Klinikum Aschaffenburg im Vergleich mit spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in anderen europäischen Ländern wie Großbritannien konzeptionell zu positionieren und in Beziehung zu setzen. „Specialist palliative day care“, wie sie sich als charakteristische palliativmedizinische Versorgungsform in Großbritannien darstellt, findet nur bedingt eine Entsprechung in dem hiesigen Behandlungskonzept und dem Terminus „Palliativmedizinische Tagesklinik“.

Das bedeutet, dass sowohl in Bezug auf die Intention und die Zielsetzung der palliativmedizinischen Therapiemaßnahmen, als auch hinsichtlich der Struk-

turmerkmale und des insgesamt zur Verfügung stehenden und angewandten Leistungsspektrums, mit dem Modellprojekt in Aschaffenburg ein nicht unmittelbar mit britischen Einrichtungen vergleichbares Versorgungsangebot entwickelt wurde.

Primär wird in der PTK am Klinikum Aschaffenburg neben dem „...zentralen Anliegen... eine soziale und therapeutische Betreuung, um die soziale Isolation zu verhindern sowie die Belastung der Angehörigen und der Betreuungspersonen zu verringern“^{7(S.268)} ein medizinisches symptom- und behandlungsorientiertes Versorgungskonzept realisiert. Entsprechend dokumentiert sich ein medizinischer Leistungsschwerpunkt der hiesigen Tagesklinik.

In der Tagesklinik steht neben der individualisierten Anwendung der symptombezogenen Behandlungen regelhaft der Wunsch des Patienten und des behandelnden Arztes nach einer Vermeidung oder Verzögerung eines stationären Krankenhausaufenthaltes im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen. Die Frage inwieweit dies im Zuge der tagesklinischen Mitbehandlung ermöglicht wurde, war gleichermaßen Gegenstand der Bewertung durch die Hausärzte wie auch durch die Patienten oder deren Angehörige. Der Erfolg dieser Bemühungen wurde in den Ergebnissen der Evaluation von den überweisenden Ärzten als auch von den Patienten und deren Angehörigen auf beeindruckende Weise bestätigt.

Neben der Frage, inwieweit der überweisende niedergelassene Arzt sich in seiner Arbeit unterstützt sah, war dies einer der Gradmesser der Effizienz der Palliativmedizinischen Tagesklinik, nicht nur im Hinblick auf den Wunsch der Patienten nach einer weitgehend häuslichen Versorgung sondern auch vor dem Hintergrund allgemeiner gesundheitsökonomischer Überlegungen.

Auch im Kontext der Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems muss das Konzept „Palliativmedizinische Tagesklinik“ positioniert werden. In der Bundesrepublik existieren im Rahmen der sektoralen Aufteilung der GKV-Versorgung neben der stationären palliativmedizinischen Behandlung die

allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Eine sektorenübergreifende Patientenversorgung ist in Deutschland auf der Grundlage des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 01. Januar 2012 möglich. Diesbezüglich erfolgte die Neuregelung des § 116b SGB V, in dem die ambulante Behandlung im Krankenhaus durch den Begriff der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ersetzt wurde. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden entsprechende Richtlinien erarbeitet, die die Rahmenbedingungen für diese ambulanten spezialärztlichen Leistungen in Krankenhäusern regeln. Sie gelten für definierte komplexe Krankheitsbilder mit schweren Verlaufsformen, besondere Krankheitsverläufe, seltene Erkrankungen, Erkrankungen mit geringen Fallzahlen sowie hoch spezialisierte Leistungen.⁸

Der Leistungsumfang des ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst jedoch nicht die komplexen palliativmedizinischen Krankheitsbilder und deren interdisziplinäre spezialisierte Behandlung sowie multiprofessionelle Therapiemaßnahmen im Rahmen der psychosozialen Stabilisierung. Wesentliche Charakteristika und Strukturmerkmale der tagesklinischen, interdisziplinären, palliativmedizinischen Therapie entsprechen jedoch den Richtlinien des G-BA.

Vor dem Hintergrund dieser einschränkenden gesetzlichen Regelung gelang es in Aschaffenburg nach intensiven Gesprächen mit Vertretern der politischen Entscheidungsgremien und den Kostenträgern eine sektorenübergreifende, tagesklinische, palliative Behandlungsform im Rahmen eines zunächst auf zwei Jahre befristeten Modellprojektes zu etablieren.

Außerhalb dieses offiziellen Modellprojektes „Palliativmedizinische Tagesklinik“ am Klinikum Aschaffenburg existiert nur vereinzelt ein ähnliches palliativmedizinisches Behandlungsangebot an Klinikstandorten in der Bundesrepublik. Es handelt sich hier häufig um ein nicht institutionalisiertes Therapieangebot, das bei fehlender Anerkennung durch die Kostenträger nicht refinanziert wird.

Somit ist eine funktionelle und strukturelle Vergleichbarkeit mit der Palliativmedizinischen Tagesklinik am Klinikum Aschaffenburg nur eingeschränkt gegeben.

Behandlungsspektrum

Ausgangspunkt der Initiative, eine sektorenübergreifende, palliative Behandlungsform zu etablieren, war die Beobachtung, dass wiederholt Palliativpatienten mit aggravierten Symptomen zur Restabilisierung stationär aufgenommen werden mussten, obwohl ein erweiterter Behandlungs- und Beobachtungszeitraum und die temporäre Nutzung der erweiterten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Krankenhauses den Verbleib dieser Patienten in einer ambulanten Versorgungsstruktur ermöglicht hätten.

Der Fokus der Beobachtung lag hier zunächst auf dekompensierten körperlichen Symptomen. Im Verlauf manifestierte sich jedoch zunehmend, dass bei diesen Patienten nur ausnahmsweise eine monosymptomatische Therapie indiziert war. Bei der Mehrzahl der Patienten war aufgrund der fortgeschrittenen nicht heilbaren Erkrankung regelhaft eine palliativmedizinische Komplexbehandlung notwendig.

Die offene Frage nach dem Problem, das durch die tagesklinische Behandlung am besten gelöst werden konnte, wurde im Rahmen der Evaluierung von 48 der 82 Patienten und Angehörigen (59%) beantwortet. Bezogen auf die 48 frei formulierten Antworten wurde im Rahmen von Mehrfachnennungen 34-mal (71%) die Lösung körperlicher Symptome genannt. Insgesamt 21-mal (44%) wurden psychosoziale Themen benannt.

In der PTK als Teil eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung war es möglich, die gesamte Infrastruktur und das krankenhausspezifische medizinische Leistungsspektrum mit zu nutzen.

Bezug nehmend auf die Empfehlung der EAPC ein Tageszentrum als „...eine eigenständige organisatorische Einheit...“^{7(S.268)} zu führen, zeigen die Erfahrungen aus dem Modellprojekt, dass trotz einer engen fachlichen und personellen Verzahnung sowie der Nutzung von Synergieeffekten die organisatorische Eigenständigkeit der PTK in jeder Hinsicht gewährleistet werden konnte. Unter Inanspruchnahme der erweiterten Behandlungs- und Beobachtungszeiten der Tagesklinik konnten im Rahmen einer ganzheitlichen Therapie auch palliativmedizinisch sinnvolle, invasive Maßnahmen durchgeführt werden. Besonders dieses Behandlungsangebot wurde von niedergelassenen Hausärzten gerne in Anspruch genommen, wenn es um die indizierte Entlastung von Pleuraergüssen und Aszites ging, oder wenn durch die Transfusion von Blutkonserven oder parenteraler Ernährungssubstitution die Kontrolle körperlicher Symptome unterstützt werden konnte.

Im Gegensatz zu „Palliative Day Care“ in Großbritannien, wo die „formale ärztliche Betreuung...üblicherweise nicht Teil der täglichen Routine...“^{7(S.268)} ist, zählten neben ärztlicher und pflegerischer Präsenz die real verfügbare Multiprofessionalität und die interdisziplinäre medizinische Zusammenarbeit sowie deren Bündelung vor Ort zu den Wesensmerkmalen der Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik des Klinikums Aschaffenburg.

Dies bezog sich auch auf die direkte Verfügbarkeit multiprofessionell psychosozial stabilisierender Therapiemaßnahmen wie Psychoonkologie, Seelsorge und kreative Therapieverfahren. Gerade hier kommt es nach Angaben der Patienten bei einer rein ambulanten palliativmedizinischen Betreuung immer wieder zu Versorgungsengpässen.

In besonderer Weise zeichnete sich die PTK durch die unmittelbare Präsenz von spezialisierter palliativmedizinischer Multiprofessionalität aus. Im Hinblick auf das im „Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care“⁷ formulierte Anforderungsprofil an Tageszentren, nach dem „ein qualifizierter Arzt...im Bedarfsfall direkt erreichbar sein“ sollte und „ein schnelles Hinzuziehen anderer Professionen wie Physiotherapeut, Sozialarbeiter oder Seelsorger...gewährleistet sein“^{7(S.268)} sollte, ermöglichte die direkte Verfügbarkeit der Professionen in der PTK eine große Behandlungsintensität, Unmittel-

barkeit und Flexibilität hinsichtlich der Bedürfnisse der Patienten. In Bezug auf komplexe körperliche Symptome konnten so rekompensierende medizinische Behandlungen, die sonst einen stationären Krankenhausaufenthalt bedingt hätten, durchgeführt werden.

Behandlung von betagten Patienten

Vor dem Hintergrund, dass 25% der Patienten der PTK 76 Jahre alt oder älter waren, ist davon auszugehen, dass durch die Tagesklinik ein Beitrag zur palliativmedizinischen Versorgung von Patienten dieser Altersgruppe geleistet werden kann. Dem Anspruch auf „Palliative Care“ im hohen Lebensalter muss nicht nur durch die Identifikation der bedürftigen Patienten und der Vorhaltung entsprechender Behandlungskompetenz, sondern auch durch den Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen Rechnung getragen werden.

Kasuistik 1

Bei Pat. Frau M. B., 87 Lj, wurde im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Medizinischen Klinik eine ausgeprägte hypochrom mikrozytäre Anämie diagnostiziert. Wesentliche Begleiterkrankungen waren eine Coronarinsuffizienz und permanentes Vorhofflimmern.

Anamnestisch war nach unterer gastrointestinaler Blutung bei Frau B. endoskopisch eine Verödung von Angiodysplasien im Coecum durchgeführt worden. Kognitiv war die Patientin nicht beeinträchtigt, unter Nutzung eines „Rollators“ bestand eine noch ausreichende Mobilität. Im Seniorenheim wurde die Patientin hausärztlich betreut. Unter diesen Bedingungen empfand die Patientin eine gute Lebensqualität. Bei rezidivierenden Hb-Abfällen unter Eisensubstitution sollten auf Wunsch der Patientin keine weiterführende Diagnostik oder kausalen Therapieversuche unternommen werden. Der Erhalt der Lebensqualität und der aktuellen Lebensumstände waren ihr jedoch sehr wichtig. Auf Initiative des

Hausarzt konnte die Patientin an die Palliativmedizinische Tagesklinik angebunden werden.

Der primäre Behandlungsauftrag unter teilstationären Rahmenbedingungen war die intermittierende Transfusion von Erythrozytenkonzentraten zur symptomatischen Therapie einer kritischen Anämie. Klinisch fassbare körperliche Manifestationen waren Schwindel, Schwäche, Sturzneigung, Fatigue und Dyspnoe. Durch im mehrwöchigen Abstand durchgeführte Bluttransfusionen konnte bei der Patientin ein altersentsprechend guter körperlicher Allgemeinzustand aufrechterhalten werden.

Im Rahmen der Patientenedukation erfolgten ausführliche Gespräche, wobei in diesem Zusammenhang im Sinne einer Entscheidungsfindung auch der Behandlungswunsch und die Behandlungsgrenzen präzisiert werden konnten. Diesbezüglich fand auch eine entsprechende einvernehmliche Beratung der Angehörigen statt. Darüber hinaus erfolgte durch die Integration ärztlicher, pflegerischer und menschlicher Begleitung eine gute psycho-soziale Stabilisierung der Patientin.

Durch die Bündelung notwendiger (Labor)-Diagnostik und palliativmedizinischer Therapie konnte Frau M.B. nach durchschnittlich sechsstündigem Aufenthalt in der PTK körperlich und psycho-sozial stabilisiert in ihre Wohnumgebung zurückkehren.

Die beschriebene, medizinisch aufwändige Patientenversorgung, hätte unter konventionellen Bedingungen sonst nur im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes realisiert werden können. Dieser konnte dem Wunsch der betagten Patientin und der Familienangehörigen entsprechend, durch das sektorenübergreifende Therapieangebot der Palliativmedizinischen Tagesklinik vermieden werden.

Die Vorhaltung multiprofessioneller palliativmedizinischer Behandlungsmodule wie Diagnostik, Therapie körperlicher Symptome, psycho-soziale Stabilisierung und Beratungsleistung in Bezug auf Entscheidungsfindungsprozesse unter Einbeziehung der Familienangehörigen ermöglichten im konkreten Fall eine schonende, dem Wunsch, dem Zustand und dem Alter der Patientin angemessene palliativmedizinische Behandlung. Über die enge integrierende Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen ärztlichen Kollegen, wurde der Erhalt der Versorgung unter den Kautelen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ermöglicht.

Darüber hinaus zeigt dieses Fallbeispiel, wie sehr differenzierte palliativmedizinische Interventionen auch Notwendigkeiten gerecht werden müssen, wie sie sich aus der aktuellen demografischen Entwicklung ergeben. Hier stehen wir schon jetzt nicht nur vor einer großen medizinischen Herausforderung, sondern insgesamt vor einer großen gesellschaftlichen Aufgabe, in der nicht nur den medizinischen Konsequenzen individueller Entscheidungsfindungsprozesse im hohen Lebensalter eine große Bedeutung zukommt. Deshalb ist es wichtig, insbesondere alten Menschen palliativmedizinische Behandlungsangebote zugänglich zu machen. Die WHO stellt in diesem Zusammenhang fest, dass alte Menschen keinen Zugang zu Hospiz- und „Palliative Care“ - Diensten in dem Maße haben, wie es notwendig wäre.¹⁸ Auf diesem Gebiet gibt es nach wie vor einen erheblichen Entwicklungsbedarf. Über die altersbedingte Multimorbidität hinaus ist es die große Komplexität der Bedürfnisse im Alter, die häufig eine palliativmedizinische Behandlung indiziert.¹⁹

In Ableitung der WHO-Definition²¹ bezieht sich „Palliative Care“ (PC) hier nicht auf das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung, sondern auf mehrere im Rahmen der Multimorbidität vorliegende weit fortgeschrittene Krankheiten. Die Einengung von PC bei hochbetagten Menschen auf die Begleitung eines absehbaren Sterbeprozesses ist in dieser Form nicht zutreffend. Die Folgen der Multimorbidität definieren die Notwendigkeit auf körperlicher, psycho-sozialer oder spiritueller Ebene differenziert zu intervenieren.²⁰

In diesem Zusammenhang unterstützt die „European Association for Palliative Care“ die „... Empfehlungen der WHO... (nach) Anerkennung der gesundheitspolitischen Bedeutung der alternden Bevölkerung, ...Sicherstellung ...und Unterstützung multiprofessioneller Versorgungsangebote“ und nach einem gezielten „...Vorgehen gegen die Stereotypen, die dazu führen, dass älteren Menschen im Bedarfsfall keine Palliativversorgung angeboten wird.“^{7(S.269), 45}

Behandlung in der PTK in Ergänzung zu SAPV

Durch die Mitbehandlung von Patientin in der Palliativmedizinischen Tagesklinik konnte die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung unterstützt und um individuell notwendige Therapieschwerpunkte ergänzt werden.

Kasuistik 2

Bei Patientin Frau C. A., 55 Lj., die nach der Entlassung aus der stationären Palliativbehandlung ambulant durch ein SAPV-Team weiterversorgt wurde, dokumentierte sich bei unterschiedlicher Ausgangssituation ein ähnliches tagesklinisches Behandlungsprofil. Als Grunderkrankung bestand bei der Patientin ein Ovarialcarcinom mit begleitender Peritonealcarcinose. Wiederholte operative Interventionen hatten ein Kurzdarm-Syndrom zur Folge. Während ihres stationären Aufenthaltes in der Klinik für Palliativmedizin profitierte Frau A. nicht nur von der Kontrolle körperlicher Symptome sondern auch wesentlich von der psycho-sozialen Stabilisierung durch kontinuierliche psychoonkologische Behandlung sowie kreativen Therapieverfahren wie Kunst- und Musiktherapie. Nach Abschluss des stationären Aufenthaltes wurde die Patientin im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wiederholt in der Palliativmedizinischen Tagesklinik vorgestellt. Überweisungsindikation waren körperliche Symptome bei ausgeprägter Tumoranämie. Neben der Notwendigkeit einer adaptierten Substitutionsbehandlung imponierte jedoch insbesondere die

ausgeprägte depressive Stimmungslage der Patientin. Psycho-sozial stabilisierende Therapiemaßnahmen wie Psychoonkologie oder kreative Verfahren waren zwischenzeitlich nicht durchführbar gewesen. Sie waren im konkreten Fall eine unter den ambulanten Behandlungsbedingungen, am Wohnort der Patientin nicht verfügbare therapeutische Ressource.

Das im ambulanten Bereich entstandene therapeutische Defizit konnte während der tagesklinischen Mitbehandlung kompensiert werden. Darüber hinaus wurden, unter Einbeziehung einvernehmlicher onkologischer Expertise vor Ort, letztlich noch nicht abgeschlossene Entscheidungsprozesse der Patientin assistiert, eine nach fachübergreifender Einschätzung nicht aussichtsreiche, tumorspezifische Behandlung nicht wieder anzustreben.

Die teilstationäre palliativmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, setzt in der Regel eine zumindest erhaltene Teilmobilität der Patienten voraus. Im Bereich noch erhaltener Mobilität, unabhängig vom eigentlichen Stadium der unheilbaren Erkrankung lag letztlich ein weiterer Unterschied zu dem Patientenkollektiv, das in der Regel im Rahmen von SAPV palliativmedizinisch zu Hause versorgt werden muss. Der Erhalt ihrer Alltagsmobilität war den Patienten der PTK bei fortschreitender Erkrankung enorm wichtig. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung konnte hier die Physiotherapie einen hervorragenden Beitrag in palliativer Situation leisten.

Entlastungspflege („Respite Care“)

Zusätzlich zu der rein zeitlichen oder pflegerischen Entlastung der Angehörigen waren bei 52 der 82 Patienten (63%) therapeutische Maßnahmen zur psychosozialen Stabilisierung der Betreuenden Gegenstand der palliativen tagesklinischen Behandlung. Im Rahmen der 526 Behandlungen in den ersten

eineinhalb Betriebsjahren der PTK waren 142-mal (27%) die individuelle Betreuung von belasteten Angehörigen einer der Therapieschwerpunkte. Neben der umfassenden palliativmedizinischen Therapie des Patienten schaffte die PTK Entlastung und Erholungsräume für die Angehörigen. Zum einen, weil Freiräume erwachsen, zum anderen, weil auch prinzipiell den Angehörigen der Schwerstkranken unsere ärztliche und pflegerische Sorge galt. Ziel der tagesklinischen Palliativbehandlung war somit nicht nur die Therapie und die Stabilisierung des Patienten, sondern auch die psycho-soziale Entlastung des familiären Umfeldes und damit die Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung.

Auch in diesem Bereich wurde ein multiprofessionelles Therapiekonzept realisiert. Neben der Information und Beratung in direkter Kommunikation mit dem Klinikarzt und den Pflegenden wurden psychotherapeutische Interventionen durchgeführt.

In Bezug auf die Entlastung betreuender Angehöriger liegen uneinheitliche wissenschaftliche Ergebnisse zur Effizienz verschiedener psychotherapeutischer Verfahren vor.³⁴

In der PTK kamen in der Regel Einzeltherapien oder Interventionen in der Zweiergruppe, bestehend aus Patient und betreuendem Angehörigen, zur Anwendung. Gruppentherapien betroffener Angehöriger wurden nicht durchgeführt.

Den Angaben in der Literatur entsprechend, wurde von betreuenden Angehörigen sehr häufig große Angst und Unsicherheit im Umgang mit der Erkrankung geäußert. Im Hinblick auf diese wesentlichen Symptome antwortete die Tochter eines Patienten auf die offene Frage des Bewertungsbogens, welches Problem durch die Tagesklinik besonders gut gelöst werden konnte: „Die Angst, die Krankheit zu Hause nicht bis zum Schluss aushalten zu können.“

Kasuistik 3

Bei Pat. Herrn J. B., 47 Lj., war im Sommer 2012 eine Gliomatosis cerebri diagnostiziert worden. Bei primär multifokaler Manifestation war der Befund inoperabel. Unter Fortführung der Radiatio cerebri und Therapie mit Temozolomid

war der Patient bereits frühzeitig stationär in der Klinik für Palliativmedizin aufgenommen worden, weil er auf Grund seines ausgeprägten hirngorganischen Psychosyndroms auf der onkologischen Station nicht führbar war. Nach mehrwöchigem Aufenthalt auf der Palliativstation konnte nach differenzierter Integration letztlich des gesamten Spektrums symptomkontrollierender und begleitender Maßnahmen, einschließlich eines umfassenden Beratungs- und Hilfsangebotes für die Familienangehörigen, auf Wunsch die Entlassung in das häusliche Umfeld erfolgen. Entscheidungsfindungsprozesse, auch im Hinblick auf den fortbestehenden Therapiewunsch, waren auf Grund des fulminanten Krankheitsverlaufs zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht abgeschlossen. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung konnten unter Physiotherapie die Alltagsmobilität des Patienten verbessert werden. Durch die Anwendung kreativer Verfahren war es möglich, den Patienten psychisch zu stabilisieren.

Unter Einbeziehung nervenärztlicher Expertise wurden sowohl die neuropsychiatrische Symptomkontrolle optimiert, als auch nach erneuter bildgebender Diagnostik im Rahmen des Re-Stagings und nachfolgender onkologischer Stellungnahme die Entscheidungsprozesse dahingehend weiterentwickelt, dass im Verlauf einvernehmlich ein Abbruch der nicht weiter sinnvollen tumorspezifischen Therapie im Sinne des Patienten vereinbart wurde.

Bereits während der stationären Behandlungsphase war erkennbar, dass die Familie mit zwei Kindern im Alter von sechs und neun Lebensjahren an der Grenze ihrer Belastungsfähigkeit angelangt war. Vor diesem Hintergrund war die Anbindung des Patienten an die Palliativmedizinische Tagesklinik der einzig realisierbare Weg, in Umgehung eines stationären Krankenhausaufenthaltes, den Patienten sowohl interdisziplinär onkologisch und neurologisch, sowie schwerpunktmäßig multiprofessionell palliativmedizinisch weiter zu behandeln. Unter den Bedingungen der PTK waren die familiären Betreuungsstrukturen so zu stabilisieren, dass die Angehörigen überhaupt dieser Aufgabe gewachsen waren.

Bei einer der teilstationären Behandlungen äußerte die Ehefrau des Patienten, trotz zuverlässiger Wahrnehmung ihrer Verantwortung, den einprägsamen Satz: „.... so komme ich wenigstens einmal raus aus meinem Gefängnis.“

Der gesamte teilstationäre Behandlungsverlauf des Patienten war flankiert von einem sehr zeitintensiven Beratungs- und Betreuungsaufwand, der in die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung involvierten Angehörigen. Die familiäre Betreuungssituation stand wiederholt vor der Dekompensation, so zum Beispiel, als der Patient von seinen Kindern beim Verzehr der rohen, im Kühlschrank gelagerten Weihnachtsgans angetroffen wurde. Bei wiederkehrender tiefer Verunsicherung der Familienangehörigen konnte durch die Behandlung in der PTK die häusliche Betreuungssituation rekompensiert und zumindest passager aufrechterhalten werden.

Die Vorhaltung von multidisziplinärer Fachkompetenz im Rahmen der tagesklinischen Behandlungsstrukturen verkürzte maßgeblich Behandlungswege für den schwerkranken Patienten aus dem ländlichen Raum, der von der Bündelung von Diagnostik und Therapie vor Ort profitierte. Die Fortführung einer derart komplexen symptomkontrollierenden Behandlung unter Integration interdisziplinärer Fachkompetenz in ein insgesamt palliativmedizinisches Behandlungskonzept hätte sonst einen stationären Krankenhausaufenthalt erfordert.

Palliativmedizin muss in diesem Zusammenhang sensibel sein für die Grenzen der Belastungsfähigkeit häuslicher, insbesondere familiärer Betreuungsstrukturen. Letztlich ist nur unter Wahrung dieser Bedingungen eine ambulante palliativmedizinische Versorgung im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige möglich. Sie bilden die wesentliche Voraussetzung für einen Palliativpatienten, um in der terminalen Krankheitsphase zu Hause versorgt zu werden und zu Hause sterben zu können.²⁴

Die Überlastung von Familienangehörigen im Rahmen der häuslichen Versorgung eines unheilbar Erkrankten ist einer der häufigsten Gründe für eine stationäre Behandlung am Lebensende.²²

Intakte familiäre Betreuungsstrukturen sind somit für Palliativpatienten von entscheidender Bedeutung um überhaupt verschiedene Optionen hinsichtlich des Behandlungsortes in palliativer Situation wahrnehmen zu können.²³

Allerdings galt in der Vergangenheit den Bedürfnissen betreuender Angehöriger und den Interventionen, die sie in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen können, um die häusliche Versorgung abzusichern, zu wenig Aufmerksamkeit.^{23, 24}

Insbesondere fehlt Evidenz, welche Interventionen für welche Gruppe von betreuenden Angehörigen effektiv sind und wie sie in die palliative Versorgung implementiert werden können.^{24, 33}

Brandstätter et al. fanden bei einem Drittel bis zur Hälfte der Angehörigen von Palliativpatienten auf Grund der Sorge und der Fürsorge für den Kranken psychische Folgeerscheinungen wie Depressivität und Ängste. Diese resultieren insbesondere aus der Doppelrolle von Familienangehörigen einerseits als Pflegende und andererseits als Mitbetroffene und Bedürftige.²⁵

Angehörige in der palliativen Versorgung leiden unter Isolation, psychischer und physischer Erschöpfung sowie Angst, die die des Patienten übersteigen kann.^{30, 31} Angst und Depressivität bei Angehörigen von Palliativpatienten wirken auch destabilisierend auf den Behandlungsverlauf, indem sie negativ die Einschätzung der Symptombelastung der Patienten beeinflussen und so mittelbar auch deren Therapie.⁵⁰

Als einen von fünf Faktoren, die positiv auf Bewältigungsstrategien betreuender Angehöriger Einfluss nehmen, benennen Stajduhar et al. das Empfinden von Sicherheit im Kontext der Erkrankung.²⁶

Im Zusammenhang mit der Bewältigung der enormen Belastungen sind wichtige Bestandteile der Angehörigenbetreuung die Entlastung bei Pflegeaufgaben und die Vermittlung praktischer Informationen im Sinne der Beratung in medizinischen, pflegerischen sowie in sozialrechtlichen Fragen. Ein weiterer wesentli-

cher stabilisierender Faktor ist die psychologisch-therapeutische Unterstützung der Betreuenden.²⁴

Auch in einem Review von Applebaum et al. stand die Effizienz psychosozialer Interventionen bei betreuenden und pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Betrachtung.²⁸

Mangan et al. fanden über die Bereitstellung von Informationen, Beratung und Hilfestellung hinausgehend, dass Betreuende von der Hinwendung zu Aspekten der Lebensqualität sowie von einer verbesserten, direkten Kommunikation mit behandelnden Klinikärzten profitieren.²⁷

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich ein mehrdimensionaler Begriff von „Respite Care“, der weit über die rein zeitliche und körperlich-pflegerische Entlastung betreuender Angehöriger hinaus geht.

In der Unterstützung betreuender Familienangehöriger muss ein breites Verständnis für die vielseitigen Aspekte der Entlastung entwickelt werden.

Dieses orientiert sich an dem differenzierten Anforderungsprofil aus dem Bedürfnis nach Erhalt der Lebensqualität von Erkrankten und belasteten Angehörigen.²⁹

Auch ist diesbezüglich eine entsprechend weit gefasste Interpretation des deutschsprachigen Begriffs der Entlastungspflege notwendig, wenn er den komplexen Bedürfnissen betreuender Familienangehöriger gerecht werden soll.

In den Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1 wird diesbezüglich vermerkt, dass Entlastungspflege („Respite Care“) „...durch Tageskliniken, stationäre Einrichtungen oder spezialisierte ambulante Palliativdienste angeboten werden...“ kann.^{6(S.220)}

In der Auswertung der Indikationen, die zur Behandlung von Palliativpatienten in dreiundvierzig untersuchten „specialist day care“ Einrichtungen in England führten, war die Entlastung betreuender Angehöriger der zweithäufigste gemeinsame, von 39 Tageszentren genannte Aufnahmegrund.¹⁰

Beispielhaft sind in diesem Zusammenhang auch psycho-geriatrische Versorgungsstrukturen. Auf diesem Gebiet ist die tagesklinische Behandlung

von Patienten schon lange ein etablierter Bestandteil des ambulanten Betreuungskonzeptes. Auch hier kommt der Unterstützung und der Entlastung betreuender Angehöriger eine anerkannt wichtige Rolle zu.

Untersuchungsergebnisse aus diesem Bereich scheinen auf die Anforderungen an palliative, tagesklinische „Respite Care“ durchaus übertragbar zu sein. Vergleichende Untersuchungen mit tagesklinischen Behandlungsmodellen alter Menschen hinsichtlich der Effizienz und des möglichen Nutzens für Angehörige und Betreuende werden deshalb als sinnvoll erachtet.³⁷

Schunk identifizierte über Studienprotokolle die wesentlichen Gründe für die Belastung von Betreuenden dementiell und depressiv Erkrankter, ebenso wie Ihre Erwartungen im Hinblick auf die Behandlung in einer psycho-geriatrischen Tagesklinik.³²

Ziele der dort durchgeführten Interventionen waren somit die psychosoziale Stabilisierung von Betreuenden, das Informieren und Trainieren von Problemlösenden Strategien und die Entwicklung individueller Betreuungsarrangements. Die enge Kooperation zwischen der Tagesklinik und ambulanten Leistungserbringern waren ausschlaggebend für ein positives Behandlungsergebnis bei betreuenden Angehörigen und für die integrierte Versorgung von Patienten nach der Entlassung.³²

Das Leistungsspektrum der Palliativmedizinischen Tagesklinik bezogen auf die differenzierten Bedürfnisse von be- und überlasteten Familienangehörigen von Palliativpatienten und die Inanspruchnahme spezifischer Interventionen entsprachen in ihrer Vielfalt den zitierten, wissenschaftlich definierten Anforderungen an „Respite Care“.

Um die Effizienz von „Respite Care“ durch die tagesklinische Behandlung zu beurteilen, wurden diesem Themenkomplex, im Rahmen der externen Evaluation der Palliativmedizinischen Tagesklinik, drei Fragen gewidmet.

Frage 2 thematisierte direkt die Unterstützung und Entlastung durch die PTK („...wie sehr wir Sie in der familiären Betreuung unterstützen und entlasten konnten“).

Frage 3 („...inwieweit wir Ihnen ein Gefühl von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung geben konnten“) bezog sich auf die oben zitierte Ressource, die positiv auf Bewältigungsstrategien betreuender Angehöriger Einfluss nehmen kann und damit hilft Betreuungsstrukturen zu stabilisieren.

Frage 4 („...unsere stetige Aufklärung und Anleitung unter Einbeziehung Ihrer Fragen“) thematisierte Aufklärung, Informationen und Beratung in medizinischen, pflegerischen sowie in sozialrechtlichen Fragen, als weitere wesentliche Bestandteile entlastender Angehörigenbetreuung.

Bezogen auf die beschriebenen Schlüsselfragen wurden von Patienten und Angehörigen Bestnoten vergeben. Dies begründet die Annahme, dass die Mitbehandlung be- und überlasteter Angehöriger in der Palliativmedizinischen Tagesklinik, im Zusammenwirken mit ambulanten Diensten, ein Instrument nachhaltiger Stabilisierung zur Aufrechterhaltung der familiären Betreuung von Palliativpatienten im häuslichen Umfeld ist. Die PTK erfüllte im Hinblick auf die zeitliche, körperliche und psychosoziale Entlastung betreuender Angehöriger die komplexen Anforderungen an „Respite Care“.

Die PTK an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Palliativpatienten konnten über die Tagesklinik in die stationäre Behandlung übernommen, aber auch über sie nach Hause entlassen werden.

Das tagesklinische Behandlungskonzept erleichterte es, an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung die Einleitung und die Fortführung allgemeiner und aufwändiger, spezialisierter palliativmedizinischer Maßnahmen sicherzustellen. Der niedrighschwellige Übergang zwischen dem teilstationären und dem stationären Sektor ermöglichten eine flexible Antwort

bezogen auf instabile Symptome, kombiniert mit kurzen Entscheidungswegen in Absprache mit dem Patienten und dem zuweisenden Arzt.

Kasuistik 4

Pat. Frau E.S, 58 Lj., wünschte die Mitbehandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik, nachdem sie im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit von dem neuen Therapieangebot erfahren hatte. Bei der Patientin lag auf Grund eines Zökumkarzinoms eine Peritonealkarzinose vor. Nach multiplen Voroperationen wurde bei der Patientin aktuell zum wiederholten Mal eine ambulante palliative Chemotherapie durchgeführt. Bei der Patientin fand sich eine erhebliche psychische Komorbidität im Sinne einer langjährig vorbestehenden endogenen Depression, die unter den Bedingungen der nicht heilbaren Erkrankung aggraviert war. Therapieschwerpunkte waren zunächst die psychoonkologische Exploration und Behandlung sowie die Schmerztherapie.

Im Rahmen der Patientenedukation mussten der Patientin kontinuierlich die ursächlichen Zusammenhänge ihrer abdominellen Beschwerden erklärt werden. Im Hinblick auf den Wunsch der Patientin nach einer ultraradikalen chirurgischen Behandlung konnten unter Einbeziehung chirurgischer Expertise Entscheidungsfindungsprozesse dahingehend assistiert werden, dass sich die Patientin keinen medizinisch nicht sinnvollen Außenseiterverfahren zuwendete. Durch Beratung der Angehörigen und psychoonkologische Mitbehandlung des Lebensgefährten der Patientin wurde das familiär sorgende Umfeld der Patientin stabilisiert.

Im Verlauf bedingten Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit der Chemotherapie bei der Patientin eine Exsikkose und eine Schmerzexazerbation auf Grund der nicht mehr gewährleisteten Analgetikaresorption.

Mittels Infusionstherapie, parenteraler antiemetischer und analgetischer Behandlung konnte die Patientin im Hinblick auf die akut destabilisierten körperlichen Symptome rekompensiert werden. Dies war nur unter vollständiger Ausnutzung der im teilstationären Setting vorgesehenen Behandlungs- und

Beobachtungszeiträume möglich. Alternativ wäre nur eine stationäre Krankenhausbehandlung zielführend gewesen.

Beispielhaft erschließt sich an Hand dieser Kasuistik die Möglichkeit der flexiblen Umsetzung unterschiedlicher palliativmedizinischer Therapieschwerpunkte bei zunächst fortbestehendem tumorspezifischen Behandlungswunsch der Patientin. Im weiteren Verlauf ergab sich die Notwendigkeit aufwändiger teilstationärer Akutintervention in Folge von krisenhaft dekompenzierten körperlichen Symptomen. Durch die engmaschige Fortführung der Behandlung in der PTK war es der Patientin zunächst möglich, in der ambulanten medizinischen Versorgung zu verbleiben.

Nachfolgend bedingte ein Subileus die stationäre Aufnahme in der Klinik für Palliativmedizin. Diese konnte unmittelbar aus einem teilstationären Behandlungstermin heraus realisiert werden. Von Vorteil für die Patientin erwiesen sich in dieser Situation die enorme Flexibilität und die Individualisierbarkeit, die sich im konkreten Fall aus der Vorhaltung sich ergänzender Behandlungsstrukturen an einer Palliativmedizinischen Versorgungseinrichtung ergaben.

Kasuistik 5

Bei Patientin E. K. 61 L.j. waren auf Grund eines rezidivierenden Ovarialcarcinoms wiederholt operative Therapien und Chemotherapien erfolgt. Zuletzt war ein umfassender exenterierender operativer Eingriff durchgeführt worden. Auf Grund des ultimativen Therapiewunsches der Patientin wurde bei schlechtem Allgemeinzustand im Rahmen der fortgesetzten stationären Behandlung zunächst eine Chemotherapie weitergeführt. Bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgte primär auf Initiative der Gynäkologen die konsiliarische, palliativmedizinische Mitbehandlung der Patientin. Die Patientin litt an einem massiven Kurzdarmsyndrom mit rezidivierender metabolischer Dekompensation. Darüber hinaus manifestierten sich wiederholt eine Hypovolämie, Hypalbuminämie und Tumoranämie. Intermittierend klagte die Patientin über Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, es bestanden ausgeprägte Beinödeme. Zusätzlich zu ihrer

körperlichen Schwäche war die Patientin durch ihr Entero- und Nephrostoma in der Mobilität beeinträchtigt. Angst und Unruhe begleiteten die Patientin. Trotz der progredienten Grunderkrankung und des weiter sich verschlechternden Allgemeinzustandes bestand die Patientin zunächst auf der Fortsetzung ihrer tumorspezifischen Therapie. Diese erfolgte auf Grund des ausgeprägten Sicherheitsbedürfnisses der Patientin unter Fortführung des stationären Aufenthaltes in der gynäkologischen Klinik.

Nach ausführlichen, detailliert abgestimmten, interdisziplinären Gesprächen mit der Patientin und den Angehörigen konnte unter den Bedingungen der kontinuierlichen Weiterbehandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik letztendlich einvernehmlich die Entlassung aus der stationären gynäkologischen Behandlung realisiert werden. Danach wurde Frau K. über einen Zeitraum von 3 Wochen teilstationär palliativmedizinisch mitbehandelt. Neben fortwährender Patientenedukation und Schmerztherapie bestanden die Patientin und die Angehörigen zunächst umfassend auf der Fortsetzung differenzierter Substitutionstherapien. Physiotherapie und Lymphdrainage halfen die eingeschränkte Mobilität zu stabilisieren. Psychosozial stabilisierende Maßnahmen wurden von der Patientin zwar in Erwägung gezogen, konnten unter Achtung der Patientenautonomie jedoch nicht realisiert werden. Bei Überlastung des familiären Umfeldes gelang es durch intensive Angehörigenbetreuung und fortgesetzte Beratung während des Behandlungszeitraumes in der PTK die häuslichen Betreuungsstrukturen zu stabilisieren.

Bei weiterer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, progredienter Anasarka und Dyspnoe konnten wir die Patientin unmittelbar über einen tagesklinischen Behandlungstermin in der Klinik für Palliativmedizin stationär aufnehmen. 10 Tage später verstarb die Patientin im Rahmen des stationären Aufenthaltes unter guter Symptomkontrolle.

Unter Fortsetzung der Therapie in der Palliativmedizinischen Tagesklinik konnte primär die stationäre Krankenhausbehandlung von Frau K. im Rahmen einer menschlich angemessenen und medizinisch sinnvollen Vorgehensweise verkürzt werden. Die Rückkehr aus der stationären Behandlung nach Hause wurde der Patientin erleichtert, trotz der anfänglichen patientenseitigen Verunsicherung und trotz des weiteren intensiven Betreuungs- und Behandlungsbedarfs. Die Verbesserung der Kontinuität in der Überleitung von stationärer Behandlung in die ambulante Weiterbetreuung und die Verminderung der Last der Verantwortung für Familienangehörige und Betreuer, für die die beschriebene Kasuistik exemplarisch ist, waren bereits Gegenstand früher Untersuchungen.^{11, 14, 15}

Palliativmedizinische Frühintegration

Auf der Grundlage der engen Verzahnung mit den onkologischen Zentren des Klinikums profitierten 54 der 82 tagesklinischen Patienten (66%) von früh integrierten palliativmedizinischen Maßnahmen.

Das niedrighschwellige Therapieangebot der Frühintegration palliativmedizinischer Maßnahmen in den Behandlungsverlauf eines unheilbar erkrankten Menschen war als weiterer Schwerpunkt ein wesentliches Behandlungsmerkmal in der Palliativmedizinischen Tagesklinik. So kam das palliativmedizinische Behandlungskonzept nicht erst in einem Krankheitsstadium zur Anwendung, in dem die Lebenszeit des Patienten nur noch Tage, Wochen oder wenige Monate betrug. In diesem Zusammenhang ist belegt, dass palliative Tagesbetreuung eine stabilisierende Umgebung sein kann für Patienten, die erst kürzlich von der kurativen in die palliative Behandlung wechselten.^{11, 16, 17}

Kasuistik 6

Beispielhaft im Sinne palliativmedizinischer Frühintegration ist Pat. R.J., 61 Lj. Bei dem Patienten wurde 2008 ein Nierenzellkarzinom diagnostiziert. Nach primär erfolgreicher operativer Sanierung manifestierte sich im Verlauf eine unter tumorspezifischer Therapie progrediente, hepatische und ossäre Metastasierung.

Im Zusammenhang mit der Radiatio bei Wirbelsäulenmetastasierung und der nachfolgenden operativen Stabilisierung pathologischer Brustwirbelkörperfrakturen war der Patient zunächst wiederholt in stationärer palliativmedizinischer Behandlung. Unter optimierter Schmerztherapie und intensiver Physiotherapie konnte unmittelbar nachoperativ, als rehabilitatives palliativmedizinisches Therapieziel, die Alltagsmobilität des Patienten wiederhergestellt werden.

Therapieschwerpunkte der weiterführenden, spezialisierten tagesklinischen Behandlung waren die im Rahmen der allgemeinen ambulanten Versorgung wiederholt auftretenden therapierefraktären Schmerzeskalationen und die ausgeprägte psychische Komorbidität des Patienten im Sinne einer Depression. Anamnestisch berichtete der Patient über eine erfolgreiche suchtmittelmedizinische Behandlung nach langjährigem Alkoholabusus. Darüber hinaus bestand aktuell eine erhebliche familiäre Belastungssituation auch im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Pflegebedürftigkeit der Schwiegermutter.

Mit Beginn des Modellprojektes im Oktober 2012 wurde der Patient über einen Zeitraum von 47 Wochen, unterbrochen von einer kurzen stationären palliativmedizinischen Behandlungsphase, in der Palliativmedizinischen Tagesklinik mitbehandelt. Dabei wurden 16 teilstationäre Behandlungseinheiten realisiert. Neben der fortwährenden Neuanpassung der nichtinvasiven Schmerztherapie kamen der Patientenedukation und der multiprofessionell basierten psychosozialen Stabilisierung des Patienten und des familiären Umfeldes enorme Bedeutung zu. Wiederholt wurden mit dem Patienten und in der Familie psychoonkologische Interventionen durchgeführt. Auch im Hinblick auf Entscheidungsfindungsprozesse bei anfänglich fortgeführter tumorspezifischer Therapie erfolgten auf Wunsch des Patienten, in enger Abstimmung mit dem ambulant behan-

delnden Onkologen, sehr intensive Gespräche. Unter Würdigung der Ergebnisse eines Re-Stagings bei anhaltendem Tumorprogress und ausgeprägten therapiebedingten Nebenwirkungen wurde auf Initiative des Patienten die tumorspezifische Behandlung im Verlauf beendet.

Vor dem Hintergrund der zu diesem Zeitpunkt in den Medien geführten Debatte zum Thema Sterbehilfe war der Patient emotional sehr bewegt und brachte zur teilstationären Behandlung in der Tagesklinik entsprechende Zeitungsausschnitte mit. Seine Ängste und seine tiefe Verunsicherung artikulierte er in dem Satz: „.....machen Sie das hier auch, Herr Doktor?“

Diese Frage zu stellen, war sowohl Ausdruck des großen, gewachsenen Vertrauens von Seiten des Patienten, als auch der professionellen Nähe zum Patienten von Seiten des Behandlungsteams. Nicht die abstrakte Definition von Begrifflichkeiten oder detaillierte Informationen zum Thema Sterbehilfe waren in diesem Fall das eigentliche Bedürfnis des Patienten. Vielmehr war es das Verlangen nach Verlässlichkeit in für diesen Patienten individuell verfügbare und angemessene palliative Behandlungsstrukturen. Die Zusicherung eines für jede mögliche Entwicklung seiner Erkrankung adäquaten palliativmedizinischen Therapiekonzeptes konnte dem Patienten Ängste nehmen und Sicherheit vermitteln.

Verlässlichkeit in eine palliativmedizinische Behandlung und die individualisierbare Verfügbarkeit adaptierter Behandlungsstrukturen sind für Palliativpatienten nicht erst im weit fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren, lebensbedrohlichen Erkrankung von Bedeutung.

„...Palliative care...ist frühzeitig im Verlauf einer (lebensbedrohlichen) Erkrankung anwendbar, in Verbindung mit anderen Therapien, die das Ziel haben, das Leben zu verlängern, wie Chemotherapie oder Strahlentherapie...“, lautet die Empfehlung der WHO in diesem Zusammenhang.⁵⁶

2005 erfolgte während der achtundfünfzigsten Weltgesundheitsversammlung mit der Resolution WHA58.22 die vollständige Integration von Palliative Care in

das WHO-Konzept zur Verbesserung von Krebsvorbeugung und Krebsbekämpfung.⁶⁰

Palliative Care (PC) wurde im Rahmen der Resolution wie die chirurgische, strahlentherapeutische und chemotherapeutische Behandlung als essentielle Komponente einer umfassenden Krebsbehandlung eingestuft.^{60, 57}

„Idealerweise sollten palliative care services ab dem Zeitpunkt der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung bereitgestellt werden...“ ist eine von vier Schlüsselbotschaften („key messages“) des „WHO Guide for Effective Programmes“ von 2007 zum Thema Palliative Care und Cancer Control.^{55(S.2)}

Bereits 1997 hatte die „American Society of Clinical Oncology“ (ASCO) darauf hingewiesen, dass für „optimale end-of-life-care“ der Zugang zu und die Verfügbarkeit von „state-of-the-art palliative care“ notwendig sind.^{57(S.3053), 58}

Während diese Aussage aktuell nichts von ihrer Gültigkeit und Wichtigkeit verloren hat, bezieht sich Palliative Care heute nicht mehr nur auf „end-of-life-care“. Palliative Care ist zu einem umfassenden Konzept der Betreuung expandiert, das in den gesamten Verlauf einer nicht mehr heilbaren Erkrankung integriert wird.⁵⁷

So empfehlen heute die meisten internationalen und nationalen Gesundheitsorganisationen, der WHO und der ASCO entsprechend, die Frühintegration von Palliative Care.⁵⁹

Besonders die Studie zur palliativmedizinischen Frühintegration von Temel et al. rückte die Notwendigkeit früher palliativmedizinischer Mitbehandlung in den Fokus der Aufmerksamkeit.⁶¹ Die Untersuchung „...stimulierte die Integration von PC in die Onkologie“.^{62(S.21)}

Temel et al. zeigten bei Patienten mit metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), wie die frühe Integration von PC in den onkologischen Behandlungsverlauf zu einer verbesserten Lebensqualität bei den Patienten führte, weniger Depressionen auftraten und im Median eine längere Überlebenszeit (11,6 Monate versus 8,9 Monate), im Vergleich zu Patienten mit einer Standardbehandlung, resultierte.^{61, 63}

Bruera et al. zitieren darüber hinaus aus onkologischer Sicht Untersuchungen, die zeigen, dass bei Integration von Palliative Care in eine umfassende onkolo-

gische Behandlung eine Verbesserung der Symptomkontrolle und eine Reduktion von Behandlungskosten möglich ist.⁶³

Zahlreiche neuere Untersuchungen widmen sich der Fragestellung, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen infrastrukturellen Bedingungen Palliative Care in eine umfassende Krebsbehandlung integriert werden kann.^{61 - 66}

Effektive palliativmedizinische Behandlung onkologischer Patienten erfordert, dass die multiprofessionelle Betreuung in jedem Behandlungsumfeld bereitgestellt wird. Dies umfasst sowohl die Behandlung in Ambulanzkliniken („out-patient clinics“), Akut- und Langzeitbehandlungseinrichtungen als auch im häuslichen Umfeld.⁵⁷

Es bedarf allerdings konzeptioneller Änderungen, um Palliative Care während des gesamten onkologischen Krankheitsverlaufs zu integrieren.⁵⁷

Bruera et al. beschreiben im Rahmen ihrer Tätigkeit als Onkologen drei organisatorische Modelle der Integration von Onkologie und Palliative Care.⁶³

Beim „solo practice model“ übernimmt der Onkologe sämtliche Interventionen im Zusammenhang mit der Behandlung eines an Krebs erkrankten Patienten. Dies bezieht sich sowohl auf die tumorspezifische Therapie als auch auf alle Aspekte der palliativen Versorgung. Zeitliche und qualitative Beschränkungen sowie Burnout des Therapeuten können die Folge sein.

Das „congress approach model“ beschreibt den parallelen Einsatz von symptom-spezifisch arbeitenden Konsiliardiensten, denen der Patient durch den Onkologen zugewiesen wird. Dieses Verfahren kann zeitaufwändig, anstrengend für den Patienten und kostenintensiv sein. Es besteht darüber hinaus das Risiko konkurrierender Therapiepläne insbesondere bei erschwerter Kommunikation unter den Beteiligten. Bei dem von den Autoren favorisierten „integrated-care model“ wird der Patient gemeinsam und in enger Abstimmung von seinem Onkologen und einem Palliative Care Team betreut. Dieses Modell erlaubt dem Onkologen die Fokussierung auf die komplexen tumorspezifischen Aspekte, während die körperlichen Symptome und die psychosozialen Erfordernisse von Patient und Angehörigen Gegenstand der palliativmedizinischen Behandlung sind.⁶³

Im Rahmen dieses Modells von „shared-care“ widmet sich die frühe palliativmedizinische Mitbehandlung darüber hinaus der Patientenedukation, vermittelt dadurch Unterstützung und Verständnis im Umgang mit der Krankheit und ihrer Prognose, berät und koordiniert die Versorgung des Patienten sowie die Betreuung oder Entlastung von Angehörigen. Anstehende Entscheidungen und „Vorbereitung auf die letzte Lebensphase“ sind im Verlauf der Erkrankung weitere palliative Behandlungsschwerpunkte.^{62(S.21)}

Palliativmedizinische Frühintegration ist auch deshalb von Vorteil, weil es nicht zu Brüchen im Behandlungsverlauf der unheilbaren Erkrankung kommt. Palliative Care erst zu einem Zeitpunkt anzubieten, wo keine systemischen oder lokalen tumorspezifischen Therapieoptionen mehr zur Verfügung stehen, wird vom Patienten häufig als plötzliche Veränderung therapeutischer Ziele wahrgenommen, die zu Angst und dem Gefühl führt, allein gelassen zu werden.^{68, 69, 65}

Die von ASCO und der European Society for Medical Oncology (ESMO) in einem Konsensus-Papier definierten Kriterien der palliativen Behandlung im Rahmen von Integrierter Onkologie sehen keine Festlegung auf ein bestimmtes Behandlungsmodell vor.^{67, 57, 62}

Gaertner et al. entwickelten, ausgehend von den globalen Empfehlungen der WHO und der ASCO zur möglichst frühen Integration von Palliative Care in den Behandlungsverlauf einer lebensbedrohenden Erkrankung, differenzierende krankheitsspezifische Indikationskriterien, um onkologischen Patienten einen verbesserten und früheren Zugang zu den Leistungen von Palliative Care zu ermöglichen.⁶⁵ Neben der Definition erkrankungsspezifischer Zeitpunkte sinnvoller palliativmedizinischer Intervention bei unterschiedlichen Tumorentitäten, wurde zur PC-Frühintegration unter der Bezeichnung „Palliative Care Hospital Team“ (PCHT) ein zusätzlicher palliativmedizinischer Konsiliardienst aufgestellt. Bestehend aus qualifiziertem Arzt und qualifizierter Pflegekraft stellte der PCHT dieses spezielle Angebot für stationäre und ambulante onkologische Patienten in der Klinik bereit.

Im Hinblick auf die ortsbezogene Infrastruktur erfolgte die Integration von PC in den Räumlichkeiten, die auch vom onkologischen Behandlungsteam genutzt wurden, zum Beispiel der onkologischen Ambulanz Einheit. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die vertraute Umgebung und die „nahtlose“ Betreuung als für den Patienten von Vorteil gesehen.⁶⁵

Die ASCO bezieht sich in ihrem Statement zur Integration von Palliative Care unter anderem auf ein Behandlungsmodell des M. D. Anderson Krebszentrums der Universität von Texas.⁵⁷

Hier wird onkologischerseits von Bruera et al. ein umfassendes Krebs-Behandlungskonzept realisiert.⁶³ Die Frühintegration von PC bei onkologischen Patienten erfolgt im „supportive care center“ der Universitätsklinik. Die Autoren schildern die Kasuistik eines Patienten mit einem NSCLC, bei dem, im Rahmen des favorisierten „integrated-care“ Modells, parallel zur ambulanten onkologischen Therapie im Thoraxzentrum, eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung in der „outpatient palliative care clinic“ erfolgte. Als wichtigste Ressourcen der Palliative Care Versorgung onkologischer Patienten werden im beschriebenen Zusammenhang „outpatient palliative care centers“ und „inpatient palliative care units“ identifiziert.⁶³

In der Palliativmedizinischen Tagesklinik in Aschaffenburg erfolgte die Integration von Palliative Care in den onkologischen Behandlungsverlauf eines Patienten nach dem Prinzip des „integrated-care“ Modells.⁶³

Im Hinblick auf den Zeitpunkt palliativmedizinischer Integration erfolgte kein systematisierter Bezug auf formale erkrankungsspezifische Indikationskriterien, wie sie von Gaertner et al.⁶⁵ oder dem National Comprehensive Cancer Network (NCCN)⁷⁰ unter Bezugnahme auf die erwartete Überlebenszeit, die Symptomlast oder den Patientenzustand („Performance Status“) des Patienten vorgeschlagen wurden.⁷⁰

Die Zuweisung onkologischer Patienten zur frühen und integrativen palliativen Mitbehandlung in der PTK erfolgte auf Grundlage eines Konsens-Modells. Die wöchentlich in der Klinik für Palliativmedizin stattfindende multiprofessionelle

Teambesprechung diente hier als Forum, um onkologische Patienten hinsichtlich ihrer spezifischen Symptomlast und ihrer psychosozialen Bedürfnisse vorzustellen und im Konsens die palliativmedizinische Mitbehandlung zu initiieren. Die Vorstellung eines Patienten erfolgte in der Regel durch eine in die Behandlung des Patienten bereits solitär eingebundene Berufsgruppe. Dies bedingte bei allen beteiligten Professionen gleichzeitig einen edukatorischen Prozess, im Rahmen eines berufs- oder indikationsspezifischen Patientenkontaktes zu prüfen, ob die Anwendung von Palliative Care unter teilstationären Bedingungen sinnvoll und vom Erkrankten erwünscht ist.

Dieses Vorgehen erforderte von allen Beteiligten viel Aufmerksamkeit und einen hohen Sensibilisierungsgrad, ermöglichte aber auch eine sehr breit aufgestellte von allen Berufsgruppen getragene Indikationsstellung und Behandlung. Der palliativmedizinische Erstkontakt erfolgte dann zum Beispiel durch die Einbindung des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes bei noch stationären Patienten oder nach Terminvereinbarung mit ambulanten Patienten in den Räumlichkeiten der PTK.

Im Gegensatz zu dem von Gaertner et al.⁶⁵ gewählten Vorgehen wurde es von den Patienten der PTK und den Behandelnden eher als Vorteil gesehen, die multiprofessionelle palliativmedizinische Behandlung nicht in den Räumlichkeiten der Onkologischen Klinik zu realisieren. Dies drückt sich auch in der patientenseitigen Bewertung der Räumlichkeiten und der Atmosphäre der PTK aus. Das gewählte Versorgungs- und Raumnutzungskonzept orientierte sich in Bezug auf die Etablierung der palliativmedizinischen Frühintegration im weitesten Sinne eher an dem Modell eines „outpatient palliative care centers“⁶³, wie es von Bruera et al. beschrieben wurde.

Die Schaffung einer eigenen ortsbezogenen Infrastruktur ermöglichte den Patienten einen „geschützte Raum“, der für eine erfolgreiche, frühintegrative palliativmedizinische Therapie förderlich war. Er kann - trotz anerkannt guter interdisziplinärer Zusammenarbeit - nach Einschätzung des Autors nicht in diesem Ausmaß im unmittelbaren räumlichen Zusammenhang onkologischer Therapiestrukturen realisiert werden.

So präferieren Patienten im Hinblick auf Gespräche über das Lebensende explizit nicht immer den vertrauten Onkologen.⁶²

Der Patient profitiert hinsichtlich der ideell unterschiedlichen Therapieschwerpunkte bezogen auf das palliativmedizinische Behandlungsangebot sowohl von einer räumlichen als auch personellen Aufgabentrennung.

Mit dem teilstationären Therapieangebot fanden onkologische Patienten den Weg in die palliativmedizinische Behandlung, die zuvor häufig nicht von spezialisierter Palliative Care erreicht wurden oder im Rahmen der bisherigen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich erst zu einem späteren Erkrankungszeitpunkt davon profitiert hätten.

Prinzipiell stellt sich vor dem Hintergrund einer lebensbedrohenden onkologischen Erkrankung immer die Frage, wann der „richtige“ Zeitpunkt zur Integration palliativmedizinischer Inhalte in den Behandlungsverlauf ist. Nach wie vor gibt es Einschätzungen, die eine Entmutigung onkologischer Patienten nach dem Kontakt mit Palliative Care Kräften befürchten^{71, 72, 65} oder den Nutzen einer frühen Integration nicht erkennen können.^{73, 65}

Diese Unsicherheit wurde auch nicht durch die globalen Empfehlungen von WHO und ASCO aufgelöst. Im Hinblick auf das betont niedrigschwellige palliativmedizinische Therapieangebot wurden mit der PTK sehr gute strukturelle Voraussetzungen geschaffen, um den Zeitpunkt der Einbeziehung palliativen Denkens und Handelns aus dem engeren zeitlichen Zusammenhang von „End-of-Life Care“ heraus, deutlich nach vorn zu verlagern.

So kann die Palliativmedizinische Tagesklinik ein Weg sein für Patienten, die z. B. aus Angst eine palliativmedizinische Behandlung scheuen. Die Gewissheit, am Abend wieder zu Hause zu sein und vom Hausarzt kontinuierlich weiter betreut werden zu können, minimiert die Verunsicherung des Patienten. Annehmbar profitieren gerade diese Palliativpatienten von dem einrichtungs- und sektorenübergreifenden, dem ambulanten Bereich zuzuordnenden Versorgungskonzept.

Die vorangestellte Kasuistik 6 zeigt, wie während einer palliativen tumorspezifischen Therapie eine regelmäßige palliativmedizinische Evaluierung vorherrschender Symptome und die kontinuierliche Optimierung der entsprechenden palliativmedizinischen Behandlung erfolgen können.

Gespräche über Therapieziele, darunter auch interdisziplinäre Aufklärung über Behandlungsoptionen, Prognose und Entscheidungsmöglichkeiten zum Lebensende konnten so prozesshaft stattfinden, um auf diesem Weg die Lebensqualität zu verbessern und medizinisch nicht sinnvolle, aggressive Therapien am Lebensende nach Möglichkeit zu vermeiden. Patientenedukation und Aufklärung bedeuteten in diesem Zusammenhang die wiederholte, an die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten angepasste, sich fortwährend vertiefende Besprechung des Behandlungs- und Krankheitsverlaufs sowie der Prognose. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung wurde so Raum geschaffen für die frühzeitige und ausgewogene Implementierung palliativmedizinischer Inhalte.

In der Konstellation kontinuierlicher palliativmedizinischer Mitbehandlung eines unheilbar erkrankten Menschen war eine große Intensität in der fortwährenden Auseinandersetzung mit dem nahenden Lebensende in palliativer Situation sehr gut realisierbar.

Zusammenfassend konnte die palliativmedizinische Frühintegration im „geschützten Raum“ der Palliativmedizinischen Tagesklinik institutionalisiert werden. Die PTK definierte die palliativmedizinische Behandlung an der Schnittstelle zwischen tumorspezifischer Therapie und Palliation neu, im Sinne einer zeitlichen und qualitativen Überlappungszone zweier Therapieansätze, die bei fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung im Hinblick auf die Lebensqualität ständig neu justiert werden muss.⁷⁴

Patientenautonomie

Äußerungen von tagesklinischen Patienten geben Grund zur Annahme, dass die PTK durch den Behandlungsort und die Struktur des Behandlungsangebotes ein Erleben ermöglichte, das einem wesentlichen Teilaspekt menschlichen Autonomiebedürfnisses entspricht.

Kasuistiken 7

Frau C. B. 75 Lj., eine Palliativpatientin in teilstationärer Behandlung, sagte, als ihr die Fortführung der parenteralen Ernährungssupplementierung im häuslichen Umfeld angeboten wurde: „...Infusionen zu Hause, das möchte ich nicht. Ich bin doch beweglich, ich kann doch zu Ihnen kommen!“

Über Frau A. Z. 70 Lj., eine gepflegte Patientin mit Peritonealcarcinose bei Ovarialcarcinom, die insgesamt 17 Wochen in der Palliativmedizinischen Tagesklinik behandelt wurde, berichtete die betreuende Tochter nach deren Tod, dass die Behandlungstermine in der Tagesklinik zum wesentlichen Erlebnisinhalt im Wochenverlauf der Patientin wurden. Darauf bereitete sich die schwerkranke Patientin mit viel Augenmerk auf ihr äußeres Erscheinungsbild vor. „Sie hat sich immer hübsch gemacht und sich chic angezogen...“ berichtete die Tochter in einem Nachgespräch.

Bei Herrn K. M. 68 Lj., einem Patienten mit weit fortgeschrittenem Myelodysplastischen Syndrom erfolgten während einer Gesamtbehandlungsdauer von 18 Wochen 37 Behandlungen in der Palliativmedizinischen Tagesklinik.

Im Rahmen der multiprofessionellen Behandlung war neben der Therapie körperlicher Symptome, psychosozialer Stabilisierung und Beratung, die Physiotherapie einer der Schwerpunkte. Darunter konnte bei progredienter Kachexie und körperlicher Schwäche die Alltagsmobilität sehr gut stabilisiert werden. Der Erhalt der körperlichen Kräfte, der Beweglichkeit und damit der Unabhängigkeit waren dem Patienten sehr wichtig. Selbst als bei fortschreitender körperlicher Schwäche der Weg in die Tagesklinik begann beschwerlich zu werden, war die

Wahrnehmung der Behandlungstermine für den Patienten indisponibel. Eine Fortsetzung der Behandlung im häuslichen Umfeld wollte der Patient so lange wie möglich hinausschieben. Herr M. verstarb in stationärer Weiterführung der tagesklinischen Behandlung am ersten Tag nach der stationären Aufnahme in der Klinik für Palliativmedizin.

Die Palliativmedizinische Tagesklinik auf ausdrücklichen Wunsch zwei Mal in der Woche besuchen zu können, unterstützte bei dem Patienten K. M. maßgeblich die Selbstmotivation und war aus seiner Sicht als Solches bereits ein Sinn stiftendes Therapieziel. Die Besuche ermöglichten dem Patienten neben der Symptom kontrollierenden Behandlung die Strukturierung seines individuellen Tages- und Wochenablaufs unabhängig von den Limitierungen innerhalb der eigenen Wohnumgebung. Die Option, sich noch außerhalb des eigenen Wohnumfeldes in einem geschützten Raum bewegen zu können und das eigene Aufenthaltsbestimmungsrecht wahrzunehmen, waren für den schwächer werdenden Patienten Ausdruck persönlicher Autonomie und die Behandlungstermine in der PTK dahingehend bereits eine Resilienz orientierende, psychosozial stabilisierende Maßnahme.

Das zeitweilige Verlassen des häuslichen Umfeldes, also der Wechsel der Szenerie, bedeutet die Gewinnung von Distanz zu dem, was den Patienten an die krankheitsbedingten Limitierungen seines Lebens erinnert.^{35, 40}

Dies umfasst auch die Entlastung von Eintönigkeit und Aufgaben, denen der Patient nicht mehr gewachsen ist. In der gedanklichen Abwechslung und der zeitweisen Veränderung der Lebensbedingungen ist es möglich, die krankheitsbedingte Rolle zu verlassen, und Selbstvertrauen aufzubauen. Trotz der Bedingungen der Erkrankung die Wahl zu haben, zum Beispiel die „day care unit“ zu besuchen oder nicht, gibt Patienten das Gefühl von Kontrolle und ermöglicht eine Steigerung des Selbstwertgefühls.⁴³

Psychosozial stabilisierende Therapiemaßnahmen

In der PTK waren neben den allgemeinen psychosozialen Aspekten der Therapie, von denen alle Palliativpatienten profitierten, bei 39 der 82 Patienten (48%) spezifische psychosozial stabilisierende Maßnahmen wie Psychoonkologie, Kunst- und Musiktherapie sowie Seelsorge wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Bemühungen.

Kasuistiken 8

Unterbrochen von zwei stationären Aufenthalten in der Klinik für Palliativmedizin wegen unstillbaren Erbrechens wurde Frau S. G., eine 72 jährige Patientin mit metastasiertem Adenocarcinom der Lunge, über einen Zeitraum von 33 Wochen in der Palliativmedizinischen Tagesklinik behandelt. Die teilstationäre Therapie ist aktuell noch nicht abgeschlossen. Wesentliche Schwerpunkte im Rahmen der zwischenzeitlich 36 Behandlungen waren neben der Schmerztherapie und der auf Wunsch der Patientin durchgeführten parenteralen Ernährungssupplementierung, psychosozial stabilisierende Maßnahmen. Insbesondere kamen auf Grund von Unruhe, Angst und Depression psycho-onkologische Therapie und kreative Verfahren zur Anwendung.

Die Lebenssituation der Patientin war charakterisiert durch einen hohen Grad an Vereinsamung, unter der sowohl die körperlichen als auch die psychischen Symptome der Erkrankung intermittierend aggravierten. Die Integration hospizlicher Begleitung in den Behandlungsverlauf konnte das Problem fehlender Sozialkontakte nur zum Teil verbessern. Die Unterbringung in einer geeigneten Pflegeeinrichtung scheiterte an der nicht ausreichenden Pflegebedürftigkeit der Patientin und den finanziellen Rahmenbedingungen. Die Patientin litt sehr unter dieser durch die Erkrankung mit verursachten Situation sozialer Isolation. Auf Grund der Möglichkeit für tagesklinische Patienten die gesamte Infrastruktur und die gemeinschaftlichen Räumlichkeiten der Klinik für Palliativmedizin mit zu benutzen definierte die Patientin das Wohnzimmer der Palliativklinik als ihren

persönlichen Behandlungsplatz. Hier war es der Patientin möglich, am Leben auf der Palliativstation teilzunehmen.

Neben der palliativmedizinischen Therapie verbrachte Frau G. unter Sichtkontakt vom Wohnzimmersofa aus auf den betriebsamen Flur der Palliativstation, der Einbeziehung ihrer Person in Gespräche und unter der Begegnung mit anderen Patienten im Durchschnitt jeweils sechs Stunden und zwanzig Minuten in der Palliativmedizinischen Tagesklinik.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich mit Herrn C.-P. G, einem 36 Jahre alten Palliativpatienten, der einvernehmlich mit Frau G. zeitgleich das Wohnzimmer der Klinik für Palliativmedizin als tagesklinischen Behandlungsort favorisierte, zusätzlich zur Verwendung der Behandlungsräume im Untergeschoss der Palliativklinik, ein flexibles, tagesklinisches Raumnutzungskonzept (siehe Abbildung 15).



Abb. 15 Tagesklinische Patienten im Wohnzimmer der Klinik für Palliativmedizin

Die in den Kasuistiken 7 und 8 beschriebenen Behandlungsverläufe illustrieren neben den medizinischen Indikationen und Maßnahmen körperlicher Symptomkontrolle die psychosoziale Stabilisierung der Patienten als weiteren Therapieschwerpunkt tagesklinischer Palliativbehandlung.

Sie stützen die Hypothese, dass ein wesentlicher Nutzen der Behandlung in einer tagesklinischen Einrichtung im sozialen, psychologischen und spirituellen Bereich liegt.³⁵

Die Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte in der Therapie ist dabei Ausdruck des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells in der Palliativmedizin.

In diesem Zusammenhang ist das psychische und emotionale Wohlergehen der Patienten besonders wichtig. Insbesondere Begriffe wie Selbstwertgefühl, Einsicht und Anpassung an die Erkrankung, Kommunikation, soziale Rolle und soziale Beziehungen sind hier von wesentlicher Bedeutung.^{35, 36}

Dies steht im Kontrast zur Verfügbarkeit und Integration psycho-sozialer Dienste in den rein onkologischen Behandlungsverlauf von Krebspatienten, wie sie in einer Untersuchung von Mehnert und Koch beschrieben wurden.³⁸

Unter der Fragestellung nach den praktischen Bedingungen, unter denen psycho-soziale Onkologie in den klinischen Alltag implementiert ist, wurde eine internationale Erhebung durchgeführt, an der sich Fachexperten aus 38 Ländern beteiligten.³⁹

In einem Drittel der Länder fand sich eine vollständige Integration in den onkologischen Behandlungsverlauf. In acht Prozent der Länder war psycho-soziale Unterstützung lediglich im Bereich von „Palliative Care“ implementiert. In allen teilnehmenden Ländern wurde von der Mehrheit der Befragten der Grad der Integration als unzufriedenstellend („somewhat unsatisfactory“^{39(S.581)}) erachtet. Als Ursache wurden neben Problemen im Bereich der multidisziplinären Kooperation, die Allokation von psycho-sozialer Kompetenz und organisatorische Probleme identifiziert.³⁸

Zumindest für unheilbar erkrankte Patienten in palliativer onkologischer Behandlung ergäben sich im Zusammenhang mit der palliativmedizinischen

Frühintegration im Rahmen der Mitbehandlung in einer Palliativmedizinischen Tagesklinik ergänzende psycho-soziale Behandlungsperspektiven.

Die psycho-sozialen Aspekte im Rahmen von „Specialist Palliative Day Care“ begründen sich in psychologischen, sozialen und spirituellen Erfahrungen durch die Behandlung von Patienten in einer entsprechenden Einrichtung.³⁵

Hinsichtlich des Behandlungsumfeldes liegt der Fokus der Patienten dabei insbesondere auch auf dem Ort der Behandlung („the place“)^{11(S.558)}, dem direkten Zugang zu den Behandelnden^{35, 41}, dem Empfinden von Sicherheit vor Ort^{35, 40} und der Verfügbarkeit von zusätzlichen, die Therapie ergänzenden Professionen.^{35, 42}

Der Aspekt des direkten Zugangs zu den Behandelnden umfasst auch die Entlastung des Patienten von zusätzlichen Behandlungsterminen an anderen Orten durch die lokale Bündelung von Therapieangeboten.^{35, 42}

Ausdruck des Person-zentrierten Ansatzes in der tagesklinischen Betreuung ist unter anderem die ganzheitliche Annäherung an den Patienten.³⁵

Daraus resultiert das Gefühl willkommen und akzeptiert zu sein. Rücksichtnahme, Verständnis und das Zur Verfügung Stellen von Zeit begründen die Empfindung von Entspannung und Wohlbefinden bei den Patienten.^{35, 43}

Mit dem Treffen von Leuten („meeting people“)^{11(S.558)} verbinden die Erkrankten soziale Unterstützung durch Menschen ähnlicher Situation.⁴¹ Dies bezieht sich auf das Gefühl von Palliativpatienten, von Familienangehörigen und Freunden in ihren krankheitsbedingten Erfahrungen nicht immer verstanden zu werden.⁴⁴

Aus der krankheitsbedingten sozialen Isolation, als generalisiertem Problem bei Palliativpatienten,⁴⁰ resultiert der Aspekt von „Herauskommen“

(„getting out“)^{11(S.558)} als Assoziation mit dem Besuch einer tagesklinischen Einrichtung. Insbesondere allein lebende, weniger gut sozialisierte Patienten berichten von einem so geschaffenen Höhepunkt ihrer Woche, der das Gefühl von Isolation reduziert und eine Perspektive gibt.⁴⁴ Es besteht Grund zur Annahme, dass gerade diesen Patienten der PTK, unter den sozial reintegrierenden Bemühungen in der Tagesklinik, die Weiterbehandlung im Rahmen ambulanter Versorgungsstrukturen ermöglicht wurde.

So sind Verständnis auf Grund ähnlicher Erfahrungen⁴⁰, Verminderung des Empfindens von Isolation⁴¹ und emotionale Unterstützung durch die Gemeinschaft mit anderen⁴⁴ stabilisierende psycho-soziale Schlüsselfunktionen im Zusammenhang mit dem Besuch einer tagesklinischen Einrichtung.

Die Kommunikation mit anderen Patienten und dem betreuenden Personal auf der Grundlage echter Betroffenheit, Interesse, Verständnis und Wertschätzung wurde als weiteres psycho-soziales Merkmal tagesklinischer Betreuung vielfach beschrieben.^{35, 41}

Zusammenfassend wirken neben den gezielten therapeutischen Interventionen insbesondere der Behandlungsort, der Umgebungswechsel, der Person-zentrierte Ansatz, die soziale und gegenseitige Unterstützung, die Aufhebung sozialer Isolation, Kommunikation und das Angebot von Aktivitäten psycho-sozial stabilisierend auf die Patienten.³⁵

Die in der Literatur beschriebenen psycho-sozialen Aspekte tagesklinischer Betreuung finden sich beispielhaft und stellvertretend in den vorangestellten Kasuistiken aus der Palliativmedizinischen Tagesklinik wieder.

Unter den Behandlungsbedingungen der PTK wurde annehmbar durch die psycho-soziale Stabilisierung der Patienten die Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte begünstigt und der Verbleib von Patienten im häuslichen Umfeld nach Einschätzung des gesamten Behandlungsteams häufig erst möglich.

Limitierend im Hinblick auf die Entstehung und Nutzung gruppenspezifischer Effekte war die aktuelle Anzahl der Behandlungsplätze in der Palliativmedizinischen Tagesklinik des Klinikums Aschaffenburg. Nach anfänglicher Behandlung von zwei Patienten am Tag konnten im weiteren Verlauf bis zu fünf Patienten zeitgleich in der PTK behandelt werden. Insbesondere die Durchführung kreativer Verfahren wie Kunst- und Musiktherapie im Rahmen von Kleingruppen wurde so möglich. Unter großer Akzeptanz der Beteiligten entstand während und durch die gemeinsamen Therapien ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis unter den Patienten.

Allerdings war im Hinblick auf die unterschiedlichen Therapieschwerpunkte der Patienten, der zum Teil erheblich eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit, und der Vielzahl der Behandlungsmodule, die in Form von Einzelanwendungen durchgeführt wurden, die Koordination von Gruppentherapien mit einem erhöhten Organisationsaufwand verbunden. Dies betraf sowohl die bedarfsgerechte Zuordnung der Behandlungstage an denen kreative Therapieverfahren angeboten wurden, als auch die Zusammenstellung der entsprechenden Therapiegruppen nach den individuellen Voraussetzungen der Patienten. Insgesamt hatten gemeinsame Therapiestunden in Form von Gruppenanwendungen, aber auch nicht moderierte Gespräche sowie gemeinsame Mahlzeiten Schrittmacherfunktion in Bezug auf die weiterführende Kommunikation unter den Patienten der Tagesklinik.

Hinsichtlich der Anzahl der Behandlungsplätze ist davon auszugehen, dass die Möglichkeit, eine größere Zahl von Patienten gleichzeitig zu betreuen, in Bezug auf gruppenspezifische Prozesse die Entwicklung einer noch größeren Eigendynamik induziert hätte. Auch unter diesem Aspekt ist es gut nachvollziehbar, dass in den „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“⁷ empfohlen wird, ein Tageszentrum als eine „...Einheit mit mindestens 6 Plätzen...“^{7(S.268)} zu betreiben.

Im Rahmen der externen Evaluierung widmeten sich vier Fragen an Patienten und Angehörige der psycho-sozialen Dimension der Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik. Drei Fragen fokussierten wesentlich die psycho-sozialen Aspekte des Behandlungsumfeldes:

Frage 1 („Bitte bewerten Sie Räumlichkeiten, Ausstattung und Atmosphäre der Tagesklinik“) galt dem Behandlungsort („the place“).^{11(S.558), 35}

Frage 3 („Bitte bewerten Sie, inwieweit wir Ihnen ein Gefühl von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung geben konnten“) bezog sich sowohl auf das Thema „Patientenkompetenz“⁴⁶ als auch auf das Gefühl der Sicherheit im Behandlungsumfeld der Tagesklinik („safe environment“).^{35(S.217), 40}

Frage 8 („Bitte bewerten Sie unsere breitgefächerten ergänzenden Therapieangebote vor Ort...“) hatte den Hintergrund, dass in einer Untersuchung von Kennet für manche Patienten die Verfügbarkeit von „extra professionals“^{35(S.217),42} Hauptgrund für den Besuch einer Tageseinrichtung waren.⁴²

Bei allen drei Fragen lag der Median der Bewertungen durch Patienten und Angehörige bei der Bestnote. Dies lässt darauf schließen, dass im Behandlungsumfeld der PTK die psycho-soziale Stabilisierung von den Betroffenen als äußerst wirksam empfunden wurde.

Dies entspricht den Angaben der Literatur, wo hinsichtlich der Betreuung und der psychischen und sozialen Unterstützung wiederholt von einem hohen Maß an Patientenzufriedenheit im Rahmen der Behandlung in spezialisierten palliativmedizinischen Tageseinrichtungen berichtet wurde.^{35, 37}

Symptome Angst und Depression

In der Palliativmedizinischen Tagesklinik lagen bei 51 der 82 Patienten (62%) neuropsychiatrische Symptome von Unruhe, Angst oder Depression vor. Auf Grund der Symptomschwere wurde bei 32 Patienten eine psychoonkologische Behandlung durchgeführt. Der Anteil der therapiebedürftigen Patienten lag mit 39%, den Angaben der Literatur entsprechend, im Bereich der Erwartungen.

In einem Review von Hotopf⁴⁸ wurde die Prävalenz einer Depression bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung im palliativen Setting ermittelt. Sie lag, gemessen mit der HADS, bei 29% (IQR, 19,5-34,25%).⁴⁸

Mehnert A et al. fanden in einer Untersuchung zur „Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie“⁵⁴ eine Gesamtprävalenz depressiver Störungen von 0 – 58%, Angststörungen mit einer Gesamtprävalenz von 1 – 49%, und Anpassungsstörungen mit einer Gesamtprävalenz von 2 – 52%.⁵⁴

Angst und Depression sind häufig schwerwiegende Symptome im Zusammenhang mit einer weit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankung und es gibt wenige Bedingungen, die so eng mit der Lebensqualität eines Palliativpatienten verbunden sind.^{47, 48} Die Einstufung einer Depression in palliativer Situation, im Bewertungsbogen der PTK mit dem Begriff Niedergeschlagenheit umschrieben, ist uneinheitlich und weicht häufig von der psychiatrischen Klassifikation ab. Sie folgt zum Beispiel der Option, dass eine depressive Störung als ein Syndrom bestehend aus einer Anzahl unterschiedlicher, depressiver Symptome vorliegen kann.⁴⁸ Insgesamt werden sehr unterschiedliche Methoden zur Feststellung einer depressiven Störung bei Palliativpatienten angewendet. In Europa wird am häufigsten die „Hospital Anxiety and Depression Scale“⁵² (HADS) eingesetzt. Selten wird der volle Umfang der Diagnosekriterien nach dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition“⁵¹ (DSM-IV) festgestellt.⁴⁹ Durch krankheitsbedingte Belastungen kann eine relevante psychische Störung ausgelöst werden, die in der aktuellen internationalen Klassifikation ICD-10⁵³ als Anpassungsstörung bezeichnet wird.

Es gibt jedoch nicht nur Übergänge verschiedener depressiver Störungsbilder sondern auch eine beträchtliche Überlappungszone zum psychischen Störungsbild der Angst, sodass diese Symptomgruppen in der Literatur zum Teil verknüpft werden.⁴⁸

Als Gegenstand psychoonkologischer Intervention im Rahmen der palliativmedizinischen Therapie wurden auch in unserer Untersuchung die Beschwerdebilder zusammengefasst. Dies erfolgte unter der Vorstellung, für Patienten und Einweiser das Verständnis und die Einordnung von psychischen Symptomen als auch die dahingehende Bewertung der tagesklinischen Behandlung zu vereinfachen.

Das Ergebnis der Evaluation bestätigte den Erfolg der therapeutischen Bemühungen in der PTK bezogen auf diesen Symptomkomplex. Die Frage 6 („Bitte bewerten Sie die Behandlung psychischer Beschwerden, z. B. Angst, Unruhe Niedergeschlagenheit“) betrachtete wesentlich die psychoonkologische Kompetenz und die Wirksamkeit der Therapie im Rahmen der tagesklinischen

Behandlung und wurde von Patienten und Angehörigen mit der Bestnote bewertet.

Abweichend von der Bestnote durch die Patienten und Angehörigen wurde von den zuweisenden Ärzten die Frage inwieweit der Patient „von psychosozial stabilisierenden Maßnahmen besonders profitierte“ im Median mit „gut“ bewertet. Dies findet möglicherweise darin eine Erklärung, dass die umfassende Erkennung sowohl der Symptomatik als auch der therapeutischen Erfolge in der Regel eine spezifische psychoonkologische Expertise des Arztes voraussetzt.

Die offene Frage nach dem Problem, das durch die tagesklinische Behandlung am besten gelöst werden konnte, wurde von 48 der 82 Patienten/Angehörigen (59%) beantwortet. Bezogen auf die 48 frei formulierten Antworten wurde im Rahmen von Mehrfachnennungen 21-mal (44%) psychosoziale Themen benannt. Hier standen insbesondere die Aspekte Sicherheit, Vertrauen und Angst im Vordergrund. Diesbezüglich wurden die psycho-sozial stabilisierende Therapiemaßnahmen in der PTK von Patienten und Angehörigen insgesamt als besonders hilf- und erfolgreich wahrgenommen.

Zusammenfassend dokumentiert sich auch im Bereich des psychosozialen Therapieschwerpunktes der Palliativmedizinischen Tagesklinik eine sehr hohe Patientenzufriedenheit.

6. Zusammenfassung

Im Rahmen eines Modellprojektes wurden Palliativpatienten im Klinikum Aschaffenburg in einer Palliativmedizinischen Tagesklinik (PTK) behandelt.

In den ersten eineinhalb Behandlungsjahren wurden bei 82 Patienten insgesamt 526 teilstationäre, multiprofessionelle Behandlungen durchgeführt. Das Lebensalter der Patienten lag im Median bei 68 Lebensjahren. 77 der 82 Patienten (94%) litten an weit fortgeschrittenen metastasierten malignen Grunderkrankungen, zwei Patienten an einer dekompensierten Leberzirrhose, ein Patient an einem chronischen Immundefizienz-Syndrom und zwei Patienten hatten schwere Organinsuffizienzen von Herz und Lunge mit irreversiblen Folgeschäden.

Die Patienten waren über einen Behandlungszeitraum von im Median 21 Tagen an die Tagesklinik angebunden (25%-Quantil 7, 75%-Quantil 56 Tage). Im Median wurden 3 Behandlungseinheiten realisiert (25%-Quantil 2, 75%-Quantil 7 Behandlungen). Die Behandlungsdauer lag im Median bei 199 Minuten (25%-Quantil 120, 75%-Quantil 290 Minuten). Führende klinische Symptome waren Kachexie in Verbindung mit körperlicher Schwäche, gefolgt von Schmerzen, Fatigue, gastrointestinalen Problemen, neuropsychiatrischen Symptomen wie Unruhe, Angst und Depression sowie Atemnot. Bei den Patienten lagen im Median 9 palliativ-medizinisch zu behandelnde Symptome vor (25%-Quantil 7, 75%-Quantil 10 Symptome). Bei 45 der 82 Patienten (55%) hatte die Erkrankung zu einer maßgeblichen psychosozialen Belastung oder zu einer Überlastung der betreuenden Angehörigen geführt.

Im Rahmen der tagesklinischen Palliativbehandlung lagen die teilstationären Therapieschwerpunkte am häufigsten im Bereich der Patientenedukation, gefolgt von Schmerztherapie, speziellen ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, Physiotherapie und/oder Lymphdrainage, Infusions- und/oder Trans-

fusionstherapie sowie operativen und invasiven Maßnahmen. Bei 39 der 82 Patienten (48%) waren psychosozial stabilisierende Maßnahmen wie Psychoonkologie, Kunst- und Musiktherapie sowie Seelsorge wesentliche Behandlungselemente. Darüber hinaus wurden häufig Beratungsleistungen auch im Hinblick auf Entscheidungsfindungs-Prozesse - die Gestaltung des Lebensendes betreffend - von Patienten und Angehörigen in Anspruch genommen. Bei 54 der 82 Patienten mit onkologischer Grunderkrankung (66%) erfolgte die teilstationäre palliativmedizinische Behandlung im Sinne der Frühintegration palliativmedizinischer Maßnahmen. Diese Behandlung fand als ein besonders niedrighwelliges palliativmedizinisches Therapieangebot eine leichtere Akzeptanz durch die Betroffenen. Es resultierte eine frühzeitige Integration palliativen Denkens und Handelns in eine zum Beispiel noch andauernde tumorspezifische, oft vom Patienten noch als kurativ empfundene Therapie.

An Hand von Kasuistiken konnte gezeigt werden, wie durch die teilstationäre Nutzung palliativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten und der Infrastruktur eines Krankenhauses eine stationäre Krankenhausbehandlung von Palliativpatienten verzögert, verkürzt oder vermieden werden konnte. Darüber hinaus wurden die ambulanten Versorgungsstrukturen gestützt und Patienten in sozialer Isolation psychosozial stabilisiert.

Dies wurde im Rahmen der Evaluation von den überweisenden Ärzten sowie von den Patienten und Angehörigen eindrucksvoll bestätigt. Insbesondere beurteilten die Haus- und Fachärzte die Unterstützung ihrer ärztlichen Arbeit durch die Palliativmedizinische Tagesklinik mit der Bestnote und beschrieben sie als „sinnvollen, ergänzenden Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung“. Die Aussagen der Hausärzte, Patienten und Angehörigen belegen, dass die Palliativmedizinische Tagesklinik ein wichtiger, ergänzender Baustein eines palliativmedizinischen Versorgungsnetzes und keine Konkurrenz zu bereits etablierten spezialisierten Behandlungsstrukturen ist.

Sektorenübergreifend, in Ergänzung und nicht in Konkurrenz zu AAPV und SAPV, schließt die Tagesklinik somit eine Versorgungslücke für Palliativpatienten im ambulanten Bereich und verstärkt darüber hinaus bei Patienten und deren Angehörigen die Empfindung von Verlässlichkeit, Sicherheit und Vertrauen in „End of Life Care“.

7. Literaturverzeichnis

1 Public Health England, National Council for Palliative Care. National Survey of Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services: MDS Full Report for the year 2011 – 2012

2 Centeno C, Clark D, Lynch T et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. *Palliat. Med* 2007; 463-471

3 Radbruch L, Palliativmedizin und Hospizarbeit in Europa – eine Positionsbestimmung. Kongressbeitrag, *Palliativmedizin* 2008:
<https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1088401>; im Internet, Stand 18.01.2014

4 Radbruch L, Payne S et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16 (6): 22-33

5 Radbruch L, Payne S et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care* 2010; 17 (1): 278-289

6 Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Z Palliativmed* 2011; 12: 216-227

7 Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Z Palliativmed* 2011; 12: 260-270

8 Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL, <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1706/>; im Internet, Stand 14.01.2014

9 <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2011/03/down152735.pdf> ;
im Internet, Stand 14.01.2014

10 Higginson I. J, Hearn J, Myers K, Naysmith A. Palliative day care: what do services do?
Palliat Med 2000; 14: 277-286; DOI: 10.119/026921600667691270

11 Goodwin D.M, Higginson I.J, Myers K, Douglas H.R, Normand C.E. What is palliative day care? A patient perspective of five UK services.
Support Care Cancer 2002; 10: 556-562; DOI 10.1007/s00520-002-0380-1

12 Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe.
Houston: IAHPC Press; 2007

13 Gunten CF von. Humpty-Dumpty Syndrome. Palliat Med 2007; 21: 461-462

14 Thompson B. Hospice day care. Am J Hospice Care 1990; Jan/Feb: 28-30

15 Corr CA, Corr DM. Adult hospice day care. Death Studies 1992; 16: 155-171

16 Olson SL. Hospice day care standards development in Michigan.
Am J Hospice Care 1989; Mar/Apr: 5-42

17 Seely S. Why hospice day care? Am J Hospice Care Jan/Feb: 16-17

18 Davies E, Higginson I. J. Solid facts. Palliative Care.
Copenhagen: World Health Organisation Europe, 2004

- 19 Davies E, Higginson I. J. Better palliative Care for older people.
Copenhagen: World Health Organisation Europe, 2004
- 20 Kojer M, Heimerl K. Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen - Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care.
Z Palliativmed 2009; 10: 154-161
- 21 WHO, Hrsg. National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. Part 7, Pain Relief and Palliative Care.
Geneva: World Health Organization, 2002:83-91
- 22 Hinton J. Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? Palliat Med 1994; 8: 183-96
- 23 Ingleton C, Payne S, Nolan M, Carey I. Respite in palliative care: a review and discussion of the literature. Palliative Medicine 2003; 17: 567-575
- 24 Stajduhar K I. Burdens of family caregiving at the end of life. Clin Invest Med. 2013 Jun 1; 36(3): E121-6,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23739665> ; im Internet, Stand 04.02.2014
- 25 Brandstätter M, Kögler M, Borasio GD, Fegg M. Belastungen minimieren – Psychotherapeutische Unterstützung von Angehörigen; Kongressbeitrag; Zeitschrift für Palliativmedizin 2010; 11 – E7_1; DOI: 10.1055/s-0030-1265335;
<https://vpn.uni-giessen.de/+CSCO+0h75676763663A2F2F6A6A6A2E677576727A722D706261617270672E7172++/ejournals/abstract/10.1055/s-0030-1265335>; im Internet, Stand 04.02.2014
- 26 Stajduhar KI, Martin WL, Barwich D, Fyles G. Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end-of-life cancer care at home. Cancer Nurs. 2008 Jan-Feb; 31(1): 77-85;
DOI: 10.1097/01.NCC.0000305686.36637.b5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18176135> ; im Internet, Stand 04.02.2014

27 Mangan PA, Taylor KL, Yabroff KR, Fleming DA, Ingham JM. Caregiving near the end of life: unmet needs and potential solutions.

Palliat Support Care. 2003 Sep; 1(3):247-59

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594425>; im Internet, Stand 05.02.2014

28 Applebaum AJ, Breitbart W. Care for the cancer caregiver: a systematic review. Palliat Support Care. 2013 Jun; 11(3):231-52.

DOI: 10.1017/S1478951512000594. Epub 2012 Oct 10.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23046977>

29 Wolkowski A, Carr S, Clarke C. What does respite care mean for palliative care service users and carers? Messages from a conceptual mapping.

Int J Palliat Nurs. 2010 Aug; 16(8):388-92.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20852515>

30 Higginson I, Wade I, McCarthy M. Palliative Care: views of patients and their families. BMJ 1990; 1: 277-81

31 Hinton J. Which patients with terminal care are admitted from home care?

Palliat Med 1994; 8: 183-96

32 Schunk M. Working with family caregivers in the psychogeriatric day hospital "Klinikum am Europakanal" – information, socio-emotional support and care arrangements with community-based services for elderly persons.

Psychiatr Prax. 2004 Nov; 31 Suppl 1: S123-5.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15570526>

33 Kim Y, Carver CS. Recognizing the value and needs of caregiver in oncology. Curr Opin Support Palliat Care. 2012 Jun; 6(2):280-8.

DOI: 10.1097/SPC.0b013e3283526999.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22436321>

34 Harding R, List S, Epiphaniou E, Jones H. How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systemic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med* 2012; 26(1): 7-22

35 Bradley SE, Frizelle D, Johnson M. Patient's psychosocial experiences of attending Specialist Palliative Care: A systematic review. *Palliat Med* 2011; 25(3): 210-228

36 Halligan PW, Aylward M. *The power of belief: Psychosocial influence on illness, disability and medicine.* Oxford: Oxford University Press. 04/2006

37 Davies E, Higginson IJ. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer* 2005; 13:607-627

38 Mehnert A, Koch U. Psychosocial care of cancer patients - international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer* 2005; 13: 579-588

39 Argentina, Australia, Austria, Canada, Chile, China (Hong Kong), Croatia, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, India, Ireland, Israel, Italy, Japan, Jordan, New Zealand, Nigeria, Norway, Pakistan, Peru, Poland, Portugal, Romania, Slovenia, Spain, South Africa, South Korea, Sweden, Switzerland, Turkey, United Kingdom, Uruguay, United States

40 Fischer C, O'Connor M, Abel K. The role of palliative care in supporting patients: a therapeutic community space. *Int J Palliat Nurs.* 2008 Mar; 14(3): 117-125

41 Kernohan GW, Hasson F, Hutchinson P, Cochrane B. Patient satisfaction with hospice day care. *Support cancer Care* 2006; 14: 462-468

42 Kennet CE. Participation in a creative arts project can foster hope in a hospice day centre. *Palliat Med* 2000; 14: 419-425

43 Hopkinson JB, Hallett CE. Patients' perceptions of hospice day care: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 117-125

44 Low J, Perry R, Wilkinson S. A qualitative evaluation of the impact of palliative care day services: the experience of patients informal carers, day unit managers and volunteer staff. *Palliat Med* 2005; 19:65-70

45 Davies E, Higginson IJ, eds. *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004

46 Nagel G, Theobald S, Neusetzer B, Audörsch I. Patientenkompetenz: Begriffsbestimmung und prognostische Relevanz bei Krebs – Ergebnisse einer Umfrage. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2004; 36:110-117

47 Onelöv E, Steinbeck G, Nyberg U et al. Measuring anxiety and depression in the oncology setting using visual-digital scales. *Acta Oncologica* 2007; 46:810-816

48 Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Lan Ly K. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002; 16: 81-97

49 Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, Loge JH. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative Medicine* 2009; 23(8):739-753

50 Oechsle K, Goerth K, Bokemeyer C, Mehnert A. Einfluss von Angst und Depression bei Angehörigen von Palliativpatienten auf die Einschätzung der Symptombelastung des Patienten. *Palliativmedizin* 2012; 13 - KT_6

<https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1323007>,
Stand 21.02.2014

51 Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe 2003

52 Herrmann, C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results.
J Psychosom Res 1997; 42:17-41

53 International Classification of Diseases (ICD). ICD-10, May 1990:
<http://www.who.int/classifications/icd/en/> , Stand 24.02.2014

54 Mehnert A, Lehmann C, Koch U. Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie. Der Onkologe 2006; 12:18-26

55 World Health Organization: Guide on Palliative Care Services for People Living with Advanced Cancer. Palliative Care. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5.) Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007. <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>, Stand 03.03.2014

56 World Health Organization: Definition of palliative care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/en/> Stand 03.03.2014

57 Ferris FD, Bruera E, Cherney N, et al. Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, Next Steps –
From the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2009; 27: 3052-3058

58 American Society of Clinical Oncology: Cancer care during the last phase of life. J Clin Oncol 1998; 16:1986-1996

59 Gaertner J, Wolf J, Hallek M, Glossmann J-P, Voltz R. Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy – a disease specific approach. Support Care Cancer 2011; 19: 1037-1043

60 World Health Assembly: WHA58.22 Cancer Prevention and Control.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf,
Seite 93, im Internet, Stand 04.03.2014

61 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010; 363:733-742

62 Strasser F, Blum D. Integration von Palliativen Interventionen in die Behandlungspfade von unheilbaren Krebspatienten durch Onkologieteams und spezialisierte Palliative Care. Schweizer Krebsbulletin 2013; 33(1): 21-22

63 Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When? The Oncologist 2012; 17:267-273

64 Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR et al. American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer. J Clin Oncol 2011; 29(6):755-760

65 Gaertner J, Wolf J, Hallek M et al. Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy – a disease specific approach. Support Care Cancer 2011; 19:1037-1043

66 Gaertner J, Wolf J, Voltz R. Early palliative care for patients with metastatic cancer. Curr Opin Oncol 2012; 24:357-362

67 American Society of Clinical Oncology: ASCO - ESMO consensus statement on quality cancer care. J Clin Oncol 2006; 24:3498-3499

68 Ostgathe C et al. Differential palliative care issues in patients with primary and secondary brain tumours. Support Care Cancer 2010; 18(9):1157-1163

69 Quill TE. Dying and decision making – evolution of end-of-life options. N Engl J Med 2004; 350(20): 2029-2032

70 Levy MH et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative Care. J Natl Compr Canc Netw 2009; 7(4):436-473

71 Snow CE et al. Identifying factors affecting utilization of an inpatient palliative care service: a physician survey. J Palliat Med 2009; 12(3):231-237

72 Fadul N et al. Predictors of acces to palliative care services among patients who died at a comprehensive cancer center. J Palliat Med 2007; 10(5):1146-1152

73 Billings JA. Dignity. J Palliat Med 2008; 11(2):138-139

74 Paul, A. (2014): Palliativmedizinische Tagesklinik. Ein neuer Baustein in der Palliativversorgung in Deutschland. In: Eichner Eckhard / Hornke Ingmar / Sitte Thomas. (Hrsg.): Ambulante Palliativversorgung, Ein Ratgeber, 3. erweiterte Auflage, Fulda: Deutscher Palliativ Verlag, 2014, S. 77 – 79; Im Internet: http://www.ahpv.de/fileadmin/user_upload/files/ambulante-palliativversorgung-buch.pdf, Stand 17.09.2014

8. Anhang

8.1 Abkürzungsverzeichnis

Abb	Abbildung
AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
ASCO	American Society of Clinical Oncology
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EAPC	European Association for Palliative Care
ESMO	European Society for Medical Oncology
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases, Version 10
IQR	Interquartile Range
MDS	Minimum Data Set
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NSCLC	Non-Small Cell Lung Cancer
PC	Palliative Care
PCHT	Palliative Care Hospital Team
PTK	Palliativmedizinische Tagesklinik
S	Seite
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Behandlungsraum der Palliativmedizinischen Tagesklinik*).....	9
Abb. 2	Häufigkeitsverteilung der Anzahl der Behandlungen	14
Abb. 3	Häufigkeitsverteilung der Behandlungszeiträume in Bezug auf die Anzahl der Patienten	16
Abb. 4	Häufigkeitsverteilung der Behandlungszeiträume in Bezug auf die Anzahl der Behandlungen	17
Abb. 5	Häufigkeitsverteilung der Behandlungsdauer	19
Abb. 6	Häufigkeitsverteilung der Symptome	21
Abb. 7	Häufigkeitsverteilung von Symptomkomplexen	23
Abb. 8	Häufigkeitsverteilung der somatischen Therapiemaßnahmen	25
Abb. 9	Häufigkeitsverteilung psychosozialer Therapiemaßnahmen	27
Abb. 10	Häufigkeitsverteilung der Behandlungsmodule.....	29
Abb. 11	Häufigkeitsverteilung der Zuweiser nach ihrem Tätigkeitsort	30
Abb. 12	Häufigkeitsverteilung des Weiterbehandlungsortes	32
Abb. 13	Häufigkeitsverteilung der Bewertungen durch Haus- und Fachärzte.	34
Abb. 14	Häufigkeitsverteilung der Bewertungen durch Patienten und Angehörige	39
Abb. 15	Tagesklinische Patienten im Wohnzimmer der Klinik für Palliativmedizin*).....	77

*) Die abgebildeten Personen haben schriftlich in die Veröffentlichung eingewilligt.

8.3 Dokumentationsbogen


Patientenaufkleber **Leistungserfassung** Blatt-Nr. _____ Palliativmedizinische Tagesklinik

Diagnose: _____

Initiative von: _____

Hausarzt / Fax-Nr.: _____

Frühintegration: ja / nein



Datum:					
Uhrzeit von bis					
Symptome					
Schmerzen					
Dyspnoe/Husten/Atemwegsprobleme					
Pleuraerguss/Aszites					
Übelkeit/Erbrechen					
Schluckbeschw./Mukositis/Mundtrockenh.					
sonstige Ernährungsprobleme					
Schwäche/Gewichtsverlust/Kachexie					
Neurologische Probleme/Spastik/Sonstige					
Unruhe/Angst/Depression/Wirrtheit					
Belastungssituation/Familie/Umfeld					
Fatigue					
Anämie					
Ödeme/Anasarka					
Obstipation					
Ileus/Subileus					
Diarrhoe					
Wunden/Exulcerationen/Dekubitus					
Sonstige					
Somatische Therapie					
Patientenedukation					
Schmerztherapie nicht invasiv					
Schmerztherapie invasiv					
Physiotherapie/Massage					
Lymphdrainage					
Infusionstherapie/parent. Ern./Bisphosph.					
Transfusionstherapie					
Entlastungsdrainagen (A scitis, P leura)					
W undvers./ S tomavers./ T K-Wechsel					
Obstipationsbehandlung					
Sonstige pflegerische Maßnahmen					
Psychosoziale Therapie					
Psychoonkologie					
Seelsorge					
Kunsttherapie					
Musiktherapie					
Beratungsleistungen					
Pflegeberatung/Ernährungsberatung					
Pflegeüberleitung					
Sozialberatung					
E ntscheidungsfindung/ P at.verf./ O nkol.Ber.					
Angehörigenbetreuung/-beratung					
Hospizbegleitung					
Diagnostik					
Körperliche Anamnese/Untersuchung					
Psycho/onkologische Exploration					
Sonografie					
Radiologische Diagnostik					
Labordiagnostik/Blutentnahme					
Konsil					

Beginn der Behandl.: _____ Ende der Behandl.: _____ Weiterbehandl. durch: _____

Stationäre Aufenthalte im Verlauf: _____

Stand 07.01.2014
H:\My Documents\GroupWise\Leistungserfassung PTK.xlsx

8.4 Bewertungsbogen Hausärzte

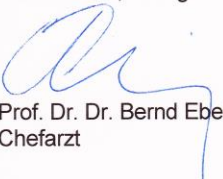
Evaluation Fax 06021 324025	Palliativmedizinische Tagesklinik		 KLINIKUM ASCHAFFENBURG
---------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

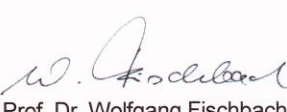
Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
 in unserer Palliativmedizinischen Tagesklinik wird Ihr Patient Herr «**Vorname**» «**Name**», geb. am
 «**GebDatum**», derzeit von uns mitbehandelt.

Bitte bewerten Sie die folgenden Sachverhalte durch Ankreuzen und kennzeichnen Sie diejenigen, die Ihnen besonders wichtig sind, in der letzten Spalte.	Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Verbesserungswürdig	Gewichtung
Bitte bewerten Sie	1	2	3	4	5	X
1. . . . , inwieweit Sie durch uns in Ihrer ärztlichen Arbeit unterstützt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. . . . , ob durch uns eine stationäre Krankenhausaufnahme vermieden, verzögert oder verkürzt werden konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. . . . , inwieweit Ihr Patient von somatischen Therapieschwerpunkten besonders profitierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. . . . , inwieweit Ihr Patient von psychosozial stabilisierenden Maßnahmen besonders profitierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. . . . unsere Informationen (Telefon, Kurzarztbriefe) und Kommunikation mit Ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. . . . , inwieweit unsere Mitbehandlung ein sinnvoller, ergänzender Baustein zu AAPV, SAPV und stationärer palliativmedizinischer Versorgung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raum für Anregungen und Wünsche:

Freundliche, kollegiale Grüße


 Prof. Dr. Dr. Bernd Ebeling
 Chefarzt


 Prof. Dr. Wolfgang Fischbach
 Chefarzt


 Alfred Paul
 Leitender Oberarzt


8.5 Bewertungsbogen Patienten und Angehörige

Bewertungs- bogen Fax 06021 324025	Palliativmedizinische Tagesklinik		 KLINIKUM ASCHAFFENBURG
--------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sehr geehrte/r Angehörige/r von «Anrede» «Vorname» «Name»,
 in unserer Palliativmedizinischen Tagesklinik haben wir Ihre/Ihren Angehörigen in der Zeit vom «von»
 bis «bis» behandelt.

Bitte bewerten Sie die folgenden Sachverhalte durch Ankreuzen und kennzeichnen Sie diejenigen, die Ihnen besonders wichtig sind, in der letzten Spalte.	Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Verbesserungswürdig	Gewichtung
Bitte bewerten Sie	1	2	3	4	5	X
1. ... Räumlichkeiten, Ausstattung und Atmosphäre der Tagesklinik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ..., wie sehr wir Sie in der familiären Betreuung unterstützen und entlasten konnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ..., inwieweit wir Ihnen ein Gefühl von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung geben konnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... unsere stetige Aufklärung und Anleitung unter Einbeziehung Ihrer Fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... die Behandlung körperlicher Beschwerden, z. B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... die Behandlung psychischer Beschwerden, z. B. Angst, Unruhe, Niedergeschlagenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... unser Beratungsangebot und unsere Hilfestellung bei der Findung von Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... unsere breitgefächerten ergänzenden Therapieangebote vor Ort, z. B. Krankengymnastik, Kunst- und Musiktherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ..., inwieweit eine stationäre Behandlung durch uns verhindert oder hinausgezögert werden konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ..., für wie wichtig Sie unsere Tagesklinik als Ergänzung zu ambulanter und stationärer Behandlung halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


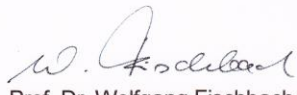
- bitte wenden -

Bewertungs- bogen Fax 06021 324025	Palliativmedizinische Tagesklinik		 KLINIKUM ASCHAFFENBURG
--------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?

Raum für Anregungen und Wünsche:

Freundliche Grüße


Prof. Dr. Dr. Bernd Ebeling
Chefarzt
Prof. Dr. Wolfgang Fischbach
Chefarzt
Alfred Paul
Leitender Oberarzt

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach und
Herrn Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd J. Ebeling
danke ich vielmals für die Überlassung des Themas sowie die hervorragende
Betreuung meiner Dissertation.

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. habil. Dr. med. Michael Flentje für die
Übernahme des Zweitgutachtens und Herrn Prof. Dr. med. Eyrich für die
Durchführung des Prüfungs-Kolloquiums.

Danke auch dem gesamten Behandlungsteam der Klinik für Palliativmedizin
des Klinikums Aschaffenburg für die Identifikation mit dem Modellprojekt.
Insbesondere danke ich Frau Ute Sieber, Frau Gunda Knoop-Müller,
Frau Judith Schneider und Frau Birgit Clement.