

Diplomarbeit

**Untersuchung der Häufigkeit der Inanspruchnahme
stationärer und mobiler Palliativdienste im
Landeskrankenhaus Klagenfurt**

eingereicht von

Yvonne Viktoria Genser

Mat.Nr.: 0211588

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Albert Schweitzer Klinik

der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

und der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung

unter der Anleitung von

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger

und

ao.Univ.-Prof. DI Dr. Josef Haas

Ort, Datum

(Unterschrift)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Unterschrift

Danksagungen

Ich möchte mich bei all Jenen bedanken, die mich beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger, OA Mag. theol. Dr. Erwin-Horst Pilgram und Prof. DI. Dr. Josef Haas für die freundliche und geduldige Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit bedanken.

Ebenfalls Dank gebührt Univ. Prof. Dr. Rudolf Likar und Herrn Dr. Wolfgang Pipam für die Bereitstellung der Daten des LKH Klagenfurts.

Weiters gilt großer Dank meiner Familie, die mich in allen Lebenslagen durch mein Studium begleitet hat.

Zusammenfassung

Fragestellung:

Diese Studie untersucht die Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer und mobiler Palliativdienste im Landeskrankenhaus (LKH) Klagenfurt im Jahr 2008 durch palliativ betreute Patienten an der Palliativstation Klagenfurt. Weiters wohin sie jeweils entlassen wurden und wo sie verstarben. Es wurde weiters untersucht, ob Geschlecht, Alter bzw. Hauptdiagnose und Entlassungsmodus mit Wiederaufnahme oder Betreuung durch das mobile Palliativteam korrelieren.

Methodik:

Diese retrospektive Studie umfasst alle Patienten, welche sich 2008 zur stationären Behandlung auf der Palliativstation des LKH Klagenfurt befanden. Die Daten stammen aus den Patientenakten der Palliativstation des LKH Klagenfurt, fehlende Daten wurden durch telefonische Kontaktaufnahme mit den Patienten bzw. deren Angehörigen ergänzt.

Ergebnisse:

Patienten die vom Mobilen Palliativteam betreut wurden versterben häufiger in häuslicher Umgebung. Insgesamt sind von 221 untersuchten Patienten, 34 Patienten, welche auf der Palliativstation Klagenfurt 2008 betreut wurden, zu Hause verstorben. Von diesen 34 Patienten wurden 26 vom Mobilen Palliativteam betreut.

Patienten, welche durch das Mobile Palliativteam betreut wurden, konnten signifikant häufiger von der Palliativstation nach Hause entlassen werden, als Patienten, welche diese Betreuung nicht in Anspruch nahmen. Von 221 in dieser Studie untersuchten Patienten wurden 71 Patienten nach Hause entlassen. Von diesen wurden 42 (59,2%) Patienten durch das Mobile Palliativteam betreut.

Schlussfolgerung:

Diese Studie zeigt die Effizienz des Mobilen Palliativteams: Patienten welche durch das Mobile Palliativteam betreut wurden, konnten häufiger von der Palliativstation Klagenfurt nach Hause entlassen werden und verstarben häufiger in der häuslichen Umgebung, als jene Patienten, welche diese Betreuung nicht in Anspruch nahmen.

Abstract

Aim:

This study examines the frequency of demands of inpatient palliative care service and mobile palliative care service at the regional Hospital of Klagenfurt (LKH) concerning the year 2008 by palliative cared patients at the palliative ward of Klagenfurt. Furthermore the study evaluates where the patients were transferred to in case of discharge from the palliative ward and where they passed away. It was also documented whether gender, age or main diagnosis and dismissal mode correlate with resumption or care by the mobile palliative care team.

Methods:

This retrospective study includes all patients treated as inpatients at the palliative care unit at the regional Hospital of Klagenfurt (LKH) in 2008. Patient data were retrieved from the medical records of the palliative care unit of the Hospital Klagenfurt, missing data were supplemented by telephone contact with patients or their relatives.

Results:

Patients who got support by the mobile palliative care team were more often able to die at home in familiar surroundings than patients who were not cared by the mobile palliative care team. A total of 221 patients were examined, 34 of the patients who were at least once inpatients at the palliative care unit, died at home. 26 of these 34 patients were supported by the mobile palliative care team.

Patients who made use of the mobile palliative care team could be released to their homes significantly more often than patients, who did not use the support of this service. From 221 patients who were examined in this study, 71 patients could be discharged to their homes. Forty-two (59.2%) patients of them were accompanied by the mobile palliative care team.

Conclusions:

This study shows the efficacy of services of the mobile palliative care team. Patients who were supported by the mobile palliative care team, could be released more often from the palliative care unit of Klagenfurt to their homes and they also could pass away more often at their homes, than patients who did not made use of this service.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract.....	iv
Inhaltsverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vii
1 Einleitung	1
2 Organisationsformen der Palliativmedizin	2
2.1 Allgemeines	2
2.2 Hospizteams	4
2.3 Palliativkonsiliardienste	5
2.4 Mobile Palliativteams	5
2.5 Palliativstation	6
2.6 Stationäre Hospize	7
2.7 Tageshospize	7
3 Palliativmedizin in Österreich	9
3.1 Bevölkerungszahlen	9
3.2 Palliativmedizinisches Versorgungsangebot in Österreich	9
3.3 Palliativversorgungssystem in Kärnten	13
3.4 Palliativstation Klagenfurt.....	14
3.5 Mobiles Palliativteam Klagenfurt.....	15
4 Material und Methoden	16
4.1 Selektion der Patienten	16
4.2 Studienaufbau	16
4.3 Auswertung.....	17
5 Ergebnisse.....	18
6 Diskussion	26
7 Literaturverzeichnis	29
Lebenslauf	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Im Jahr 2007 Betreute Personen in Österreich – beinhaltet Mehrfachnennungen – Zahlen nicht direkt zusammenzählen	10
Abbildung 2:	Mobile Palliativteams in Österreich im Jahr 2007	11
Abbildung 3:	Palliativstationen in Österreich im Jahr 2007	12
Abbildung 4:	Palliativversorgungssystem in Kärnten [15]	13
Abbildung 5:	Altersverteilung der Patienten der Palliativstation Klagenfurt.....	18
Abbildung 6:	Einteilung der Diagnosen der Patienten der Palliativstation Klagenfurt.	19
Abbildung 7:	Wohin werden Patienten von der Palliativstation Klagenfurt entlassen..	20
Abbildung 8:	Aufenthaltort der Patienten, welche sich stationär auf der Palliativstation befanden zum 31.12.2009.....	21
Abbildung 9:	Versterbeort der Patienten	22
Abbildung 10:	Herkunft der Patienten, eingeteilt in Bezirke	23
Abbildung 11:	Betreuung durch das Mobile Palliativteam in Bezug auf das Sterben zu Hause	24
Abbildung 12:	Mobile Palliativteam Betreuung in Bezug auf Entlassung von der Palliativstation nach Hause.....	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. [5]	4
Tabelle 2:	Betten und Bettenbenutzung im Bereich „palliativ medizinische Einrichtungen“ in den Krankenanstalten Österreichs im Jahr 2007. [14]	9

1 Einleitung

Lebensqualität ist uns in jedem Abschnitt unseres begrenzten Lebens wichtig, eine besondere Rolle jedoch spielt sie im letzten Abschnitt des Lebens.

Die Definition für Lebensqualität laut WHO lautet:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in den sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“ [1]

Diese Definition - auf gesundheitliche Aspekte bezogen - impliziert, dass Lebensqualität jeder Mensch für sich selbst definieren muss, da Lebensqualität ein subjektiver Begriff ist.

Das Ziel der Palliativmedizin ist die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Für die meisten Patienten heißt das auch, am Lebensende zu Hause bleiben zu können und nicht im Krankenhaus sein zu müssen.

Ziel dieser Studie war es, die Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer und mobiler Palliativdienste durch Palliativpatienten im Landeskrankenhaus (LKH) Klagenfurt im Jahr 2008 zu untersuchen.

2 Organisationsformen der Palliativmedizin

2.1 Allgemeines

Was ist Palliative Care?

Das Wort kommt vom lat. „*pallium*“ = „weiter Mantel“, bzw. „*palliare*“ = „mit einem Mantel bedecken“. und bedeutet lindern, im Gegensatz zu kurativ – heilen. „*Care*“ bedeutet sich sorgen. [2]

Definition des Begriffs „Palliative Care“ laut World Health Organisation (WHO) 2002:

„'Palliative Care' ist ein 'Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art'.“ [3]

Palliative Care:

- Erleichterung von Schmerzen und belastenden Symptomen
- beinhaltet den psychologischen als auch den spirituellen Aspekt in der Patientenpflege
- bietet Unterstützung der Angehörigen während der Krankheit des Patienten und in der Trauerphase
- hat das Ziel die Lebensqualität zu erhöhen [4]

Definition von Palliativmedizin laut Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin:

„Die 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin umschreibt in Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Palliativmedizin als Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das

Hauptziel der Begleitung die Erhaltung bzw. das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität ist.“ [5]

Die Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung besteht aus unheilbar Kranken sowie Menschen, welche sich in der Terminalphase ihres Lebens, aufgrund ihres fortgeschrittenen Erkrankungsstadiums mit starken Schmerzen, psychischen Belastungen und sämtlichen Symptomen, die ihre Lebensqualität und auch die ihrer Angehörigen beeinträchtigt, befinden.

Eine adäquate Betreuung der Betroffenen (Palliativpatienten und deren Angehörigen) geschieht idealerweise durch ein System abgestufter Versorgung. Dieses System beinhaltet eine Betreuung im ambulanten Bereich, sowie auch im stationären Akut- und Langzeitbereich und weiters an den Nahtstellen zu Pflegeheimen bzw. zur Pflege zu Hause. Hiermit wird dem Anspruch „die richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen, entsprochen.[6]

Betreuung der Patienten im Sinne des abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems führt zu einer Entlastung des Akutbereichs, sowohl die Dauer aber auch die Häufigkeit des Krankenhausaufenthaltes kann somit reduziert werden. [7]

Inhalte und Grundsätze der Hospiz- und Palliativbetreuung:

- Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und der Angehörigen
- Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt, sowohl körperliche, soziale, psychische als auch spirituelle Bedürfnisse
- Selbstbestimmungsrecht des Patienten
- Einbezug der Angehörigen in Betreuung und Pflege
- sterben in vertrauter Umgebung
- Betreuung durch ein qualifiziertes Team (Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, ehrenamtliche Mitarbeiter)
- kurative Ansätze werden nicht mehr verfolgt
- die Betreuung endet nicht unweigerlich mit dem Tod des Patienten, sondern beinhaltet auch noch die Trauerbegleitung der Angehörigen
- Planung im Voraus [8]

Diese – von Hospiz Österreich 2004 – Tabelle zeigt, wie das Versorgungssystem ineinander greift.

Hospiz- und Palliativbetreuung				
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Traditionelle Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote	
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
	Langzeitbereich		Alten- und Pflegeheime	Mobile Palliativteams
Familienbereich, Zuhause			Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...	
„Einfache“ Situationen		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen		
80 bis 90 % der Sterbefälle		10 bis 20 % der Sterbefälle		

Tabelle 1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. [6]

Die einzelnen Bausteine des abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems werden im Folgenden genauer erläutert.

2.2 Hospizteams

Das Hospizteam besteht zum Großteil aus qualifizierten ehrenamtlichen Mitarbeitern. Sie begleiten die Patienten und deren Angehörigen in den verschiedensten Phasen der Krankheit und deren Aufarbeitung. Ihre Aufgaben bestehen in: ihr Dasein, zuhören,

vorlesen, kleine Hilfsdienste, sowie Begleitung bei Spaziergängen oder Untersuchungen. Die Hospizbegleiter stehen auch für Patienten die im Alten- oder Pflegeheimen wohnen zur Verfügung. Ihre Begleitung ist kostenlos, d.h. diese Aufgabe wird ehrenamtlich ausgeführt. [9]

2.3 Palliativkonsiliardienste

Der Palliativkonsiliardienst besteht aus einem in der Palliativmedizin erfahrenen Team. Sie werden von den allgemeinen Stationen des Akutkrankenhauses oder Ambulanzen angefordert. Palliativkonsiliardienste unterstützen die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal der anfordernden Stelle. Sie treten dabei mit den Patienten und bei Bedarf auch mit deren Angehörigen in Kontakt. [10]

Der Palliativkonsiliardienst stellt eine so genannte Brückenfunktion dar, er bildet die Verbindung zwischen ärztlichem Personal, diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Physio-, Psycho- und Ergotherapeuten sowie Logopäden, Diätologen, Seelsorgern und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Der hohe Personalaufwand erklärt sich durch die vielschichtige Betreuung, welche ein Palliativpatient braucht. [6]

Die Aufgabe des Palliativkonsiliardienstes besteht in seiner beratenden Funktion hinsichtlich Symptomkontrolle, Schmerztherapie, spezieller Pflegemaßnahmen und psychosozialer Begleitung. Die Entscheidung über die Durchführung sämtliche Maßnahmen bleibt jedoch alleine dem ärztlichen Personal und den Mitarbeitern der anfordernden Abteilung überlassen. [10]

2.4 Mobile Palliativteams

Das Mobile Palliativteam besteht aus Ärzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern. Sie unterstützen mit ihrer Expertise in den Bereichen Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung, Hausärzte und Pflegepersonen zu Hause bzw. in Pflege- und Altenheimen.

Ziel des Mobilen Palliativteams ist es, dass die Patienten solange wie möglich zu Hause versorgt werden können und nicht in einem Akutkrankenhaus aufgenommen werden müssen. Dadurch ist auch eine Entlastung der Abteilungen in den Akutkrankenhäusern gewährleistet. [11]

Das Leistungsangebot des Mobilen Palliativteams besteht in:

- 24 Stunden telefonischer Erreichbarkeit, 7 Tage pro Woche
- Beratung bei Symptomkontrolle und Schmerztherapie
- Beratung und Unterstützung bei Ansuchen im Sozialbereich (Pflegegeld, Hospizkarenz, Pflegebett,...)
- Hilfe in „palliativmedizinischen und –pflegerischen Notfällen“, wenn der Hausarzt und die DGKP, welche die Erstversorgung im Normalfall übernehmen nicht erreichbar sind; z. B. bei Schmerzattacken
- Unterstützung bei Entscheidungen bei Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung
- Aufbau eines Hilfsnetzwerkes – Einbindung anderer Einrichtungen
- Konsilium am Patientenbett mit Hausärzten, Pflegepersonal, Angehörigen und auch Beratung bei ethischen Angelegenheiten
- Begleitung der Angehörigen (Belastungssituationen, Trauer)
- Öffentlichkeitsarbeit – Entwicklung von Informationsmaterialien für Angehörige, Fachvorträge, Zeitschriften usw. [12]

2.5 Palliativstation

Die Palliativstation ist eine spezialisierte Station im Rahmen eines Akutkrankenhauses, welche auf die Versorgung von Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team sorgt ganzheitlich für das Wohl des Patienten und dessen Angehörigen.

Ziel der Behandlung und Betreuung ist die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität der Patienten. Der Behandlungsumfang kann daher oft sehr breit gefächert sein.

Zugangskriterien sind:

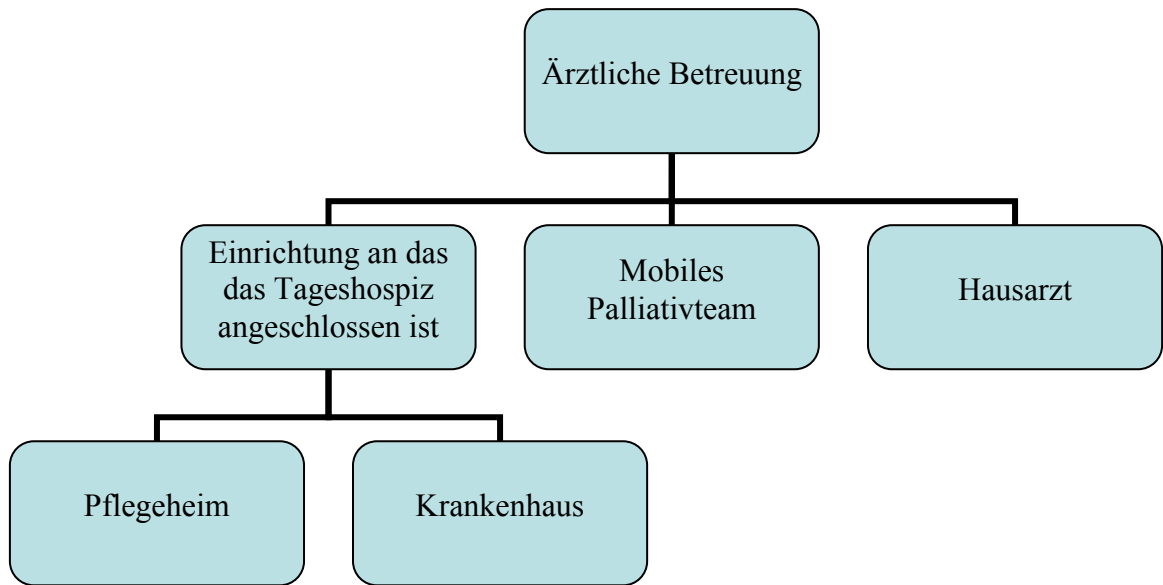
- Patienten welche aufgrund der Komplexität ihrer Erkrankung nicht zuhause bzw. auf einer anderen Station betreut werden können.
- Einverständniserklärung des Patienten bzw. seines Stellvertreters
- Patienten, welche über ihren Gesundheitszustand aufgeklärt sind
- Sowohl Patienten als auch deren Angehörigen (bei Einverständnis des Patienten) sind über Möglichkeiten und Ziele informiert.

2.6 Stationäre Hospize

Das stationäre Hospiz ist eine eigene Organisationsstruktur, welche häufig an ein Pflegeheim angeschlossen ist. Es ist autonom in Hinsicht auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung der Patienten. Hier werden Patienten betreut, bei denen zuhause die Pflege nicht möglich ist, jedoch keine Krankenhausbedürftigkeit besteht.

2.7 Tageshospize

Das Tageshospiz ist eine Einrichtung, die Palliativpatienten tagsüber betreut. Somit können die Patienten solange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben. Es dient vor allem zur Entlastung der Angehörigen, fördert die Lebensqualität und schützt den Patienten vor sozialer Isolation. Weiters können dadurch unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden und gleichzeitig werden sie zur Selbstständigkeit motiviert. Die ärztliche Versorgung kann durch die Einrichtung, an welche das Tageshospiz angeschlossen ist, selbst erfolgen, durch das Mobile Palliativteam, oder durch betreuende Hausärzte. [13, 14]



3 Palliativmedizin in Österreich

3.1 Bevölkerungszahlen

Bevölkerungsstand laut ZMR Stichtagsbestand am 31.10.2006:

Österreich:	8.318.946
Kärnten:	561.036
Klagenfurt Stadt:	92.576
Klagenfurt Land:	57.993 [15]

3.2 Palliativmedizinisches Versorgungsangebot in Österreich

Betten und Bettenbenutzung im Bereich „palliativ medizinische Einrichtungen“ in den Krankenanstalten Österreichs im Jahr 2007:

	Systemisierte Betten	Tatsächlich aufgestellte Betten	Bettenbelegungstage	Stationäre Aufenthalte	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen
Österreich	206	205	59.176	5248	11,3
Kärnten	30	30	8.440	807	10,5

Tabelle 2: Betten und Bettenbenutzung im Bereich „palliativ medizinische Einrichtungen“ in den Krankenanstalten Österreichs im Jahr 2007. [16]

Ende 2007 gibt es in Österreich laut einer Auflistung auf der Homepage des Dachverbandes Hospiz Österreich (www.hospiz.at) insgesamt 228 Hospiz- und Palliativeinrichtungen, welche wie folgt verteilt sind:

- 24 Palliativstationen,
- 31 Mobile Palliativteams,
- 135 Hospizteams,
- 30 Palliativkonsiliardienste,
- 6 Stationäre Hospize und
- 2 Tageshospize.

Das sind um 31 Einrichtungen mehr als im Jahr zuvor.

Diese Daten werden vom Dachverband Hospiz Österreich seit 2005 jährlich erhoben. Sinn und Zweck ist es den derzeitigen Stand der Flächendeckung darzustellen. Ziel ist die Verwirklichung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2012.

Österreich liegt derzeit europaweit im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung im guten Mittelfeld.

Abbildung 1 zeigt uns die Verteilung der Patienten auf die jeweiligen Institutionen. Da es einen fließenden Übergang von stationärer und mobiler Betreuung gibt, können hier die Zahlen nicht direkt zusammengezählt werden. Es sind auch Mehrfachnennungen in dieser Statistik enthalten.

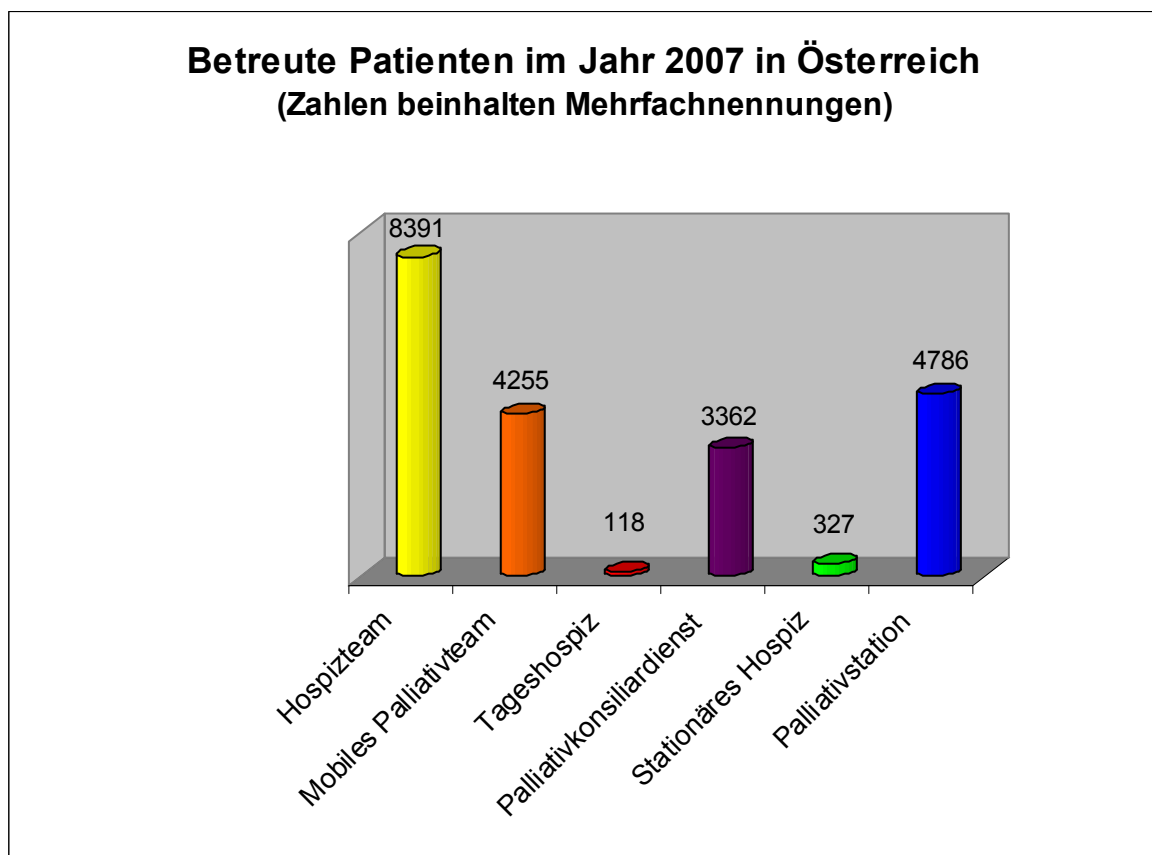


Abbildung 1: Im Jahr 2007 Betreute Personen in Österreich – beinhaltet Mehrfachnennungen – Zahlen nicht direkt zusammenzählen

In Abbildung 2 sehen wir die Auflistung der Ende 2007 existierenden Mobilen Palliativteams. Es sind insgesamt 31 Teams, im Vergleich dazu waren es Ende 2006 erst 26 Mobile Palliativteams.

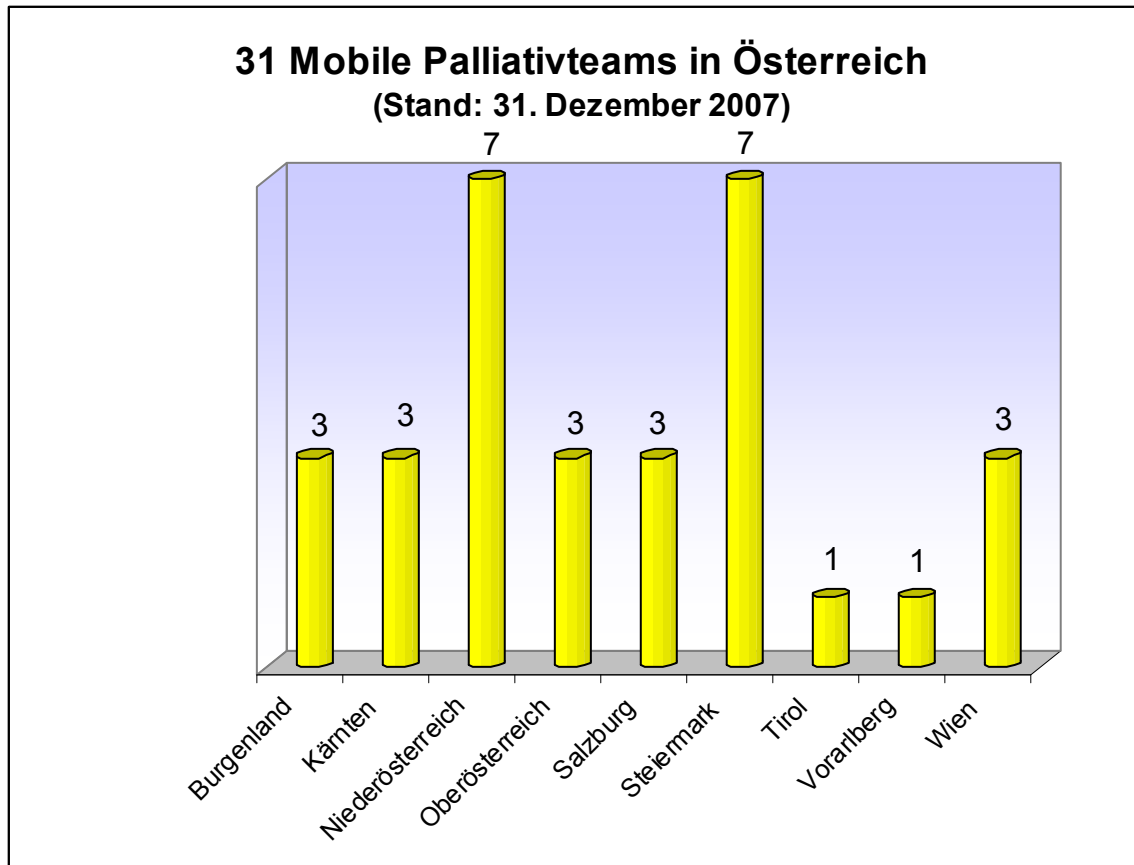


Abbildung 2: Mobile Palliativteams in Österreich im Jahr 2007

In Abbildung 3 kann man die Aufteilung der Palliativstationen in Österreich zum Zeitpunkt des 31. Dezember 2007 sehen. Es gibt Ende 2007 insgesamt 24 Palliativstationen, im Vergleich zum Ende des Vorjahres waren es erst 22.

24 Palliativstationen in Österreich (Stand: 31. Dezember 2007)

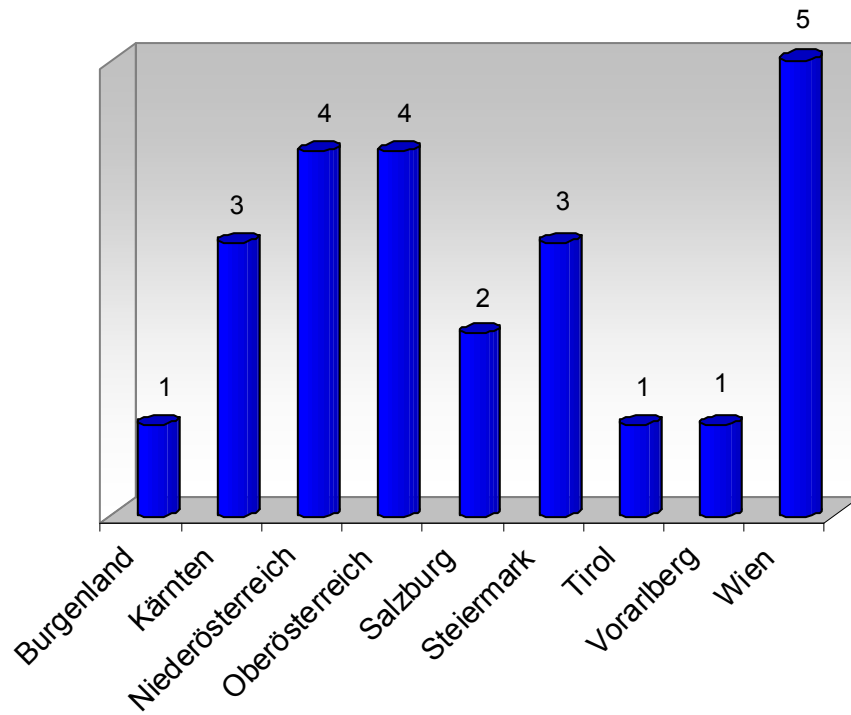


Abbildung 3: Palliativstationen in Österreich im Jahr 2007

3.3 Palliativversorgungssystem in Kärnten

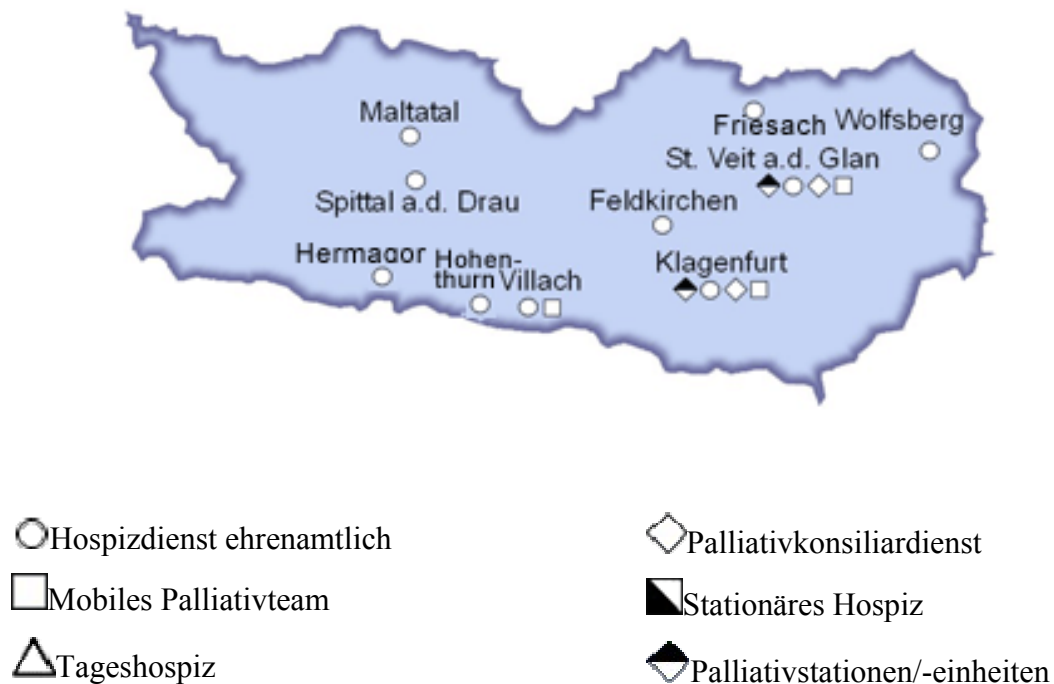


Abbildung 4: Palliativversorgungssystem in Kärnten [17]

In Kärnten gibt es in allen Bezirken, bis auf Völkermarkt, Klagenfurt Land und Villach Land zumindest eine Stelle, wo man Hilfe über einen ehrenamtlich organisierten Hospizdienst erhält.

Kärnten verfügt insgesamt über drei Mobile Palliativteams, welche verteilt sind auf Klagenfurt, Villach und St. Veit. [17]

Derzeit gibt es in Kärnten noch kein Tageshospiz und kein stationäres Hospiz, jedoch existieren insgesamt in ganz Österreich nur 6 stationäre Hospize, davon vier in Niederösterreich, eines in Salzburg und eines in der Steiermark (Stand 31.12.2007).

Weiters können wir bis zum 31.12.2007 in ganz Österreich nur 2 Tageshospize verbuchen, eines in Salzburg und eines in Wien. [18]

3.4 Palliativstation Klagenfurt

Das Team besteht aus:

- Ärzten
- Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger
- Physiotherapeuten und klinische Psychologen
- Ergotherapeuten und Ernährungsberater
- Sozialarbeiter und Seelsorger
- Reinigungsdienst
- Ehrenamtliche Mitarbeiter unterstützen das Team auf der Station und die Patienten.

Die Station verfügt über vier Einbett- und fünf Zweibettzimmer, das ergibt eine Kapazität für 14 Patienten. Um den Patienten soviel Komfort wie möglich zu bieten, ist jedes Zimmer mit einem Fernseher und einem Radiogerät ausgestattet. Außerdem verfügen die Zimmer über ein behindertengerecht ausgestattetes Badezimmer.

Weiters besteht die Möglichkeit ein Stationsbad zu benutzen, welches den modernsten Standards entspricht um das Pflorgeteam so gut wie möglich zu unterstützen.

Auf der Palliativstation findet man auch eine Patientenküche, wo Patienten und auch ihre Angehörigen in aller Ruhe und gemütlicher Atmosphäre ihre Mahlzeiten zubereiten und einnehmen können. Die Küche ist mit sämtlichen Küchenartikeln und Geschirr ausgestattet.

Weiters ist für die Patienten ein Meditationsraum eingerichtet, wo Patienten und ihre Angehörigen eingeladen sind sich wohlfühlen. Der Meditationsraum verfügt über eine beruhigende Lichtanlage, dessen Lichterspiel zum Entspannen und Wohlfühlen einlädt.

Die Palliativstation in Klagenfurt bietet ein ganzheitliches Betreuungskonzept, welches in enger Verbindung mit der Onkologie und der sich im selben Haus befindlichen Schmerzambulanz zusammenarbeitet. Somit wird versucht, bestmöglich für das Wohl der Patienten zu sorgen. [19]

3.5 Mobiles Palliativteam Klagenfurt

Das Klagenfurter Mobile Palliativteam ist ein interprofessionelles, in Palliative Care ausgebildetes Team, welches aus einem Arzt, einer Diplomkrankenschwester und einem Psychologen besteht. Dieses Team arbeitet eng mit der Palliativstation zusammen. [20]

4 Material und Methoden

4.1 Selektion der Patienten

Es wurden alle Palliativpatienten die im Jahr 2008 stationär auf der Palliativstation aufgenommen wurden, in dieser Studie erfasst.

4.2 Studienaufbau

Diese Studie ist eine retrospektive Analyse der Daten stationärer Patienten der Palliativstation des LKH Klagenfurt, betreffend das Jahr 2008.

Es erfolgte die Erstellung einer Datenbank mittels Einsichtnahme von Patientenakten und Arztbriefen der insgesamt 221 Patienten.

Folgende Daten wurden erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Diagnose
- Wohin die Patienten entlassen wurden
- Neuaufnahme oder Wiederaufnahme
- Mobile Palliativteam Betreuung ja/nein
- Wo sich die Patienten zum Zeitpunkt des 31.12.2008 aufhielten
- Wo die Patienten verstarben
- Postleitzahl des Wohnortes

Die fehlenden Daten wurden durch telefonische Kontaktaufnahme mit den Patienten bzw. deren Angehörigen ergänzt.

Nach Komplettierung der Patienten-Daten erfolgte die retrospektive Auswertung.

Parallel dazu führte ich meine Literaturrecherche via Statistik Austria, Fachliteratur und Arbeiten aus angrenzenden Fächern durch.

4.3 Auswertung

Die für die Analyse notwendigen Daten wurden durch Recherche in den Patientenakten, Arztbriefen und durch persönliche Telefonate mit den Patienten bzw. deren Angehörigen erhoben. Diese wurden dann in das Statistikprogramm SPSS 16 übertragen und auch in diesem gerechnet. Für die Textverarbeitung wurde das Programm Microsoft Office Word 2003 herangezogen und für das Erstellen der Tabellen und Diagramme das Programm Microsoft Office Excel 2003.

5 Ergebnisse

Im Jahr 2008 waren 57% der Patienten, welche stationär auf der Palliativstation aufgenommen wurden männlich und 43% weiblich.

Abbildung 5 zeigt die Altersverteilung der Patienten an, wobei der jüngste Patient 21 Jahre und der älteste Patient 96 Jahre alt waren. 74 Jahre waren 14 Patienten, dies ist somit das häufigste Alter gewesen. Der Medianwert liegt bei 69,43 Jahren, mit einer Standardabweichung von 11,82.

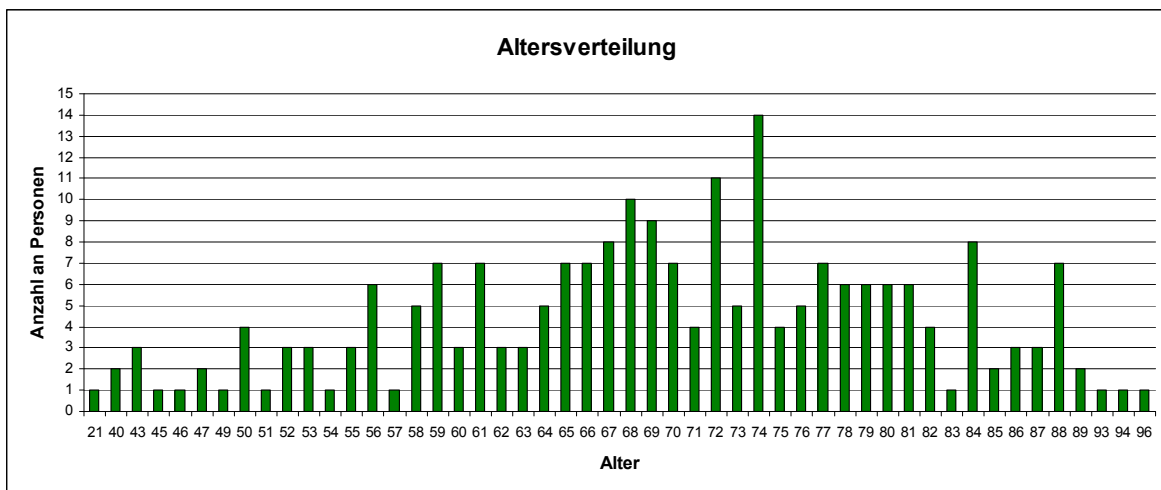


Abbildung 5: Altersverteilung der Patienten der Palliativstation Klagenfurt

Die Diagnosen wurden in dieser Studie in vier Kategorien eingeteilt:

- Malignome
- neurologische Erkrankungen
- respiratorische Erkrankungen
- andere Krankheiten wie z.B.: Aids und HCV

Mit 93,7% waren die Malignome die häufigste Aufnahmediagnose der Palliativstation Klagenfurt, gefolgt von respiratorischen Erkrankungen mit 3,6% und neurologischen wie auch anderen Erkrankungen mit jeweils 1,4%.

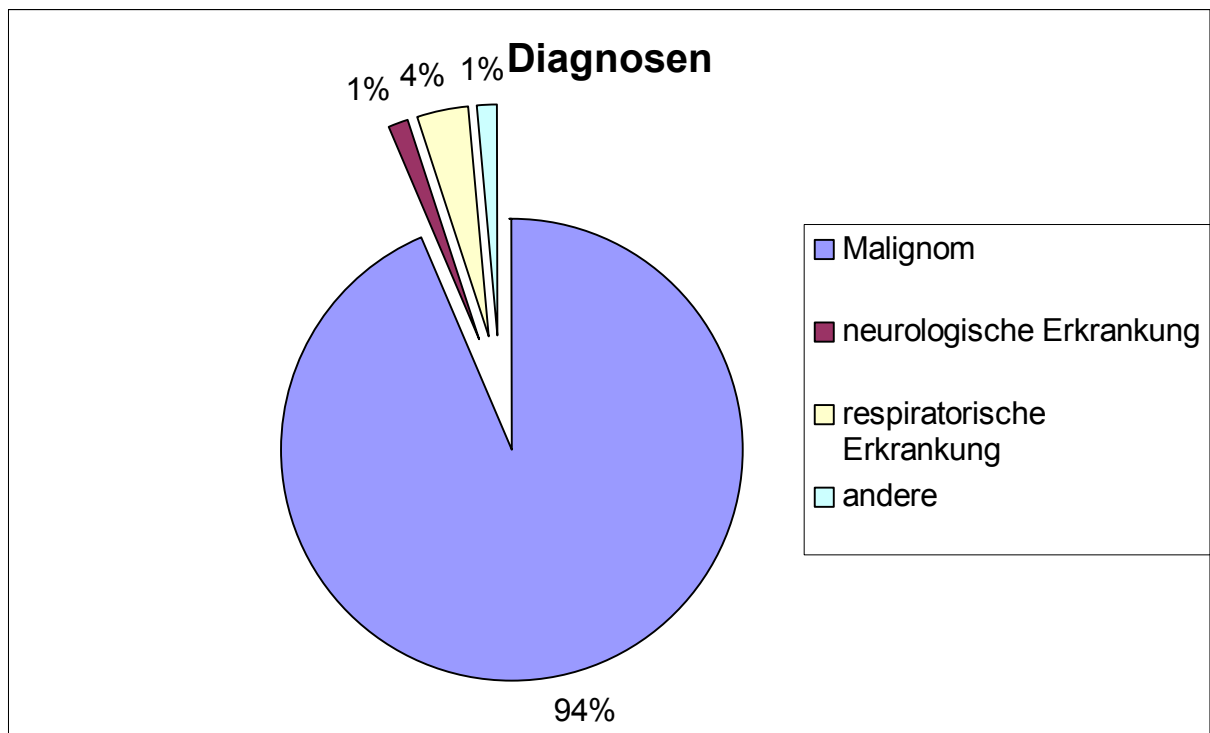


Abbildung 6: Einteilung der Diagnosen der Patienten der Palliativstation Klagenfurt

Weiters wurde in der Statistik erfasst, wohin die Patienten entlassen wurden, dies unterteilte ich in die Kategorien:

- nach Hause
- Pflegeheim
- andere Station im LKH Klagenfurt
- anderes Krankenhaus
- auf der Palliativstation verstorben

Von 221 Patienten verstarben 129 (58,4%) auf der Palliativstation, 71 (32,1%) Patienten konnten in häusliche Pflege entlassen werden. 12 (5,4%) Patienten wurden in ein anderes Krankenhaus verlegt. 6 (2,7%) Patienten konnten in ein Pflegeheim entlassen werden und 3 (1,4%) Patienten wurden auf eine andere Station des LKH Klagenfurt verlegt.

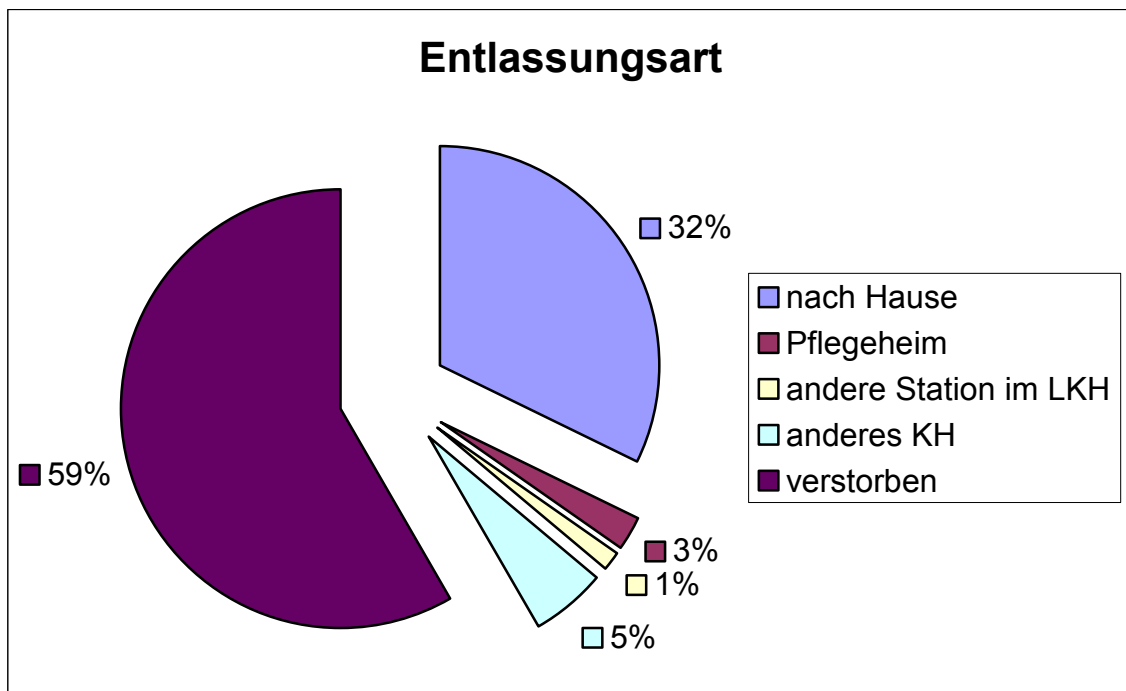


Abbildung 7: Wohin werden Patienten von der Palliativstation Klagenfurt entlassen

Bei den insgesamt 221 Patienten, handelte es sich bei 163 (73,8%) Personen um neu aufgenommene Patienten und bei 58 (26,2%) um wieder aufgenommene Patienten.

Vom Mobilien Palliativteam waren von insgesamt 221 Patienten 91 (41%) Patienten welche sich stationär auf der Palliativstation Klagenfurt befanden auch zu Hause betreut worden, bei 21 (10%) Personen war es nicht bekannt, ob sie durch das Mobile Palliativteam betreut wurden oder nicht.

Der Aufenthaltsort am 31.12.2008 war ebenfalls ein Punkt der Erhebung. Dieser wurde unterteilt in:

- Palliativstation LKH Klagenfurt
- zu Hause
- Pflegeheim
- andere Station im LKH
- anderes Krankenhaus
- verstorben
- Ausland

187 (84,6%) Patienten waren zu diesem Zeitpunkt bereits verstorben. 26 (11,8%) Patienten hielten sich in häuslicher Betreuung auf. 3 (1,4%) Patienten befanden sich im Pflegeheim. 1 (0,5%) Patient war stationär auf der Palliativstation Klagenfurt, 1 (0,5%) Patient auf einer anderen Station im LKH Klagenfurt und 2 (0,9%) Patienten in einem anderen Krankenhaus. 1 (0,5%) Patient machte zu diesem Zeitpunkt für 3 Monate Urlaub in Thailand.

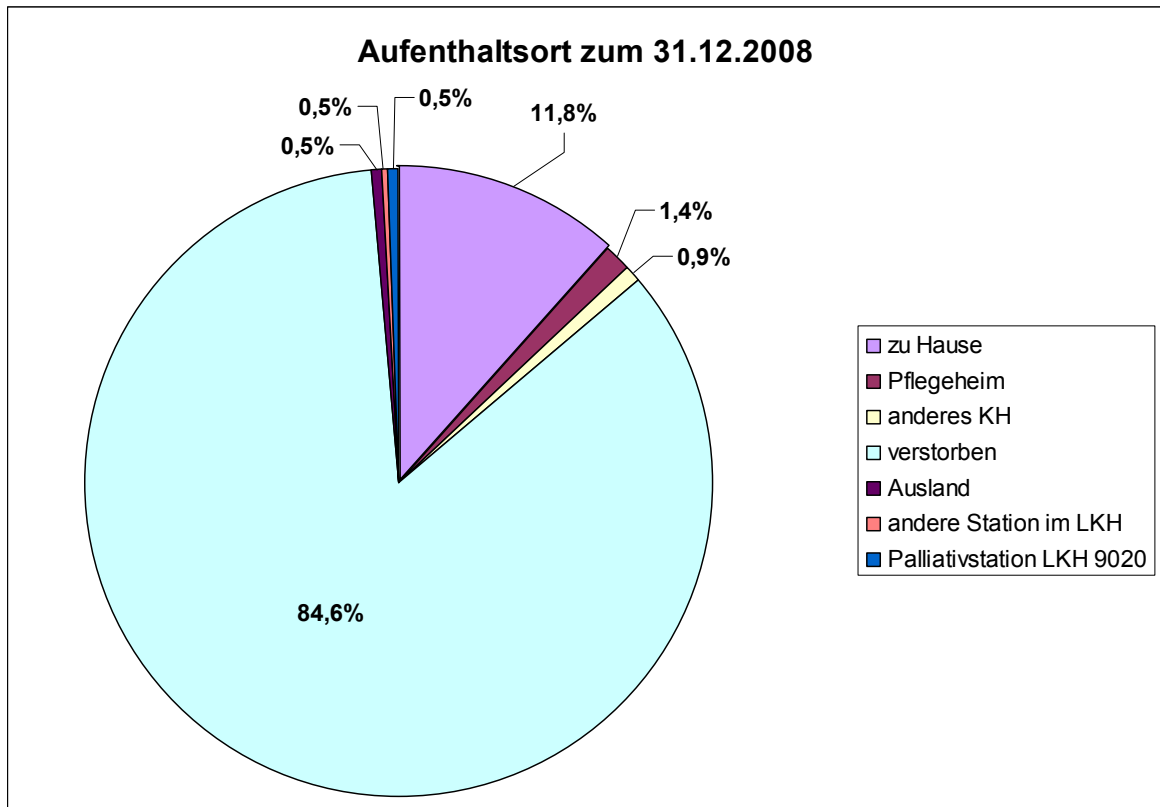


Abbildung 8: Aufenthaltsort der Patienten, welche sich stationär auf der Palliativstation befanden zum 31.12.2009

Versterbeort:

- zu Hause
- auf der Palliativstation Klagenfurt
- im Pflegeheim
- andere Station im LKH Klagenfurt
- anderes Krankenhaus

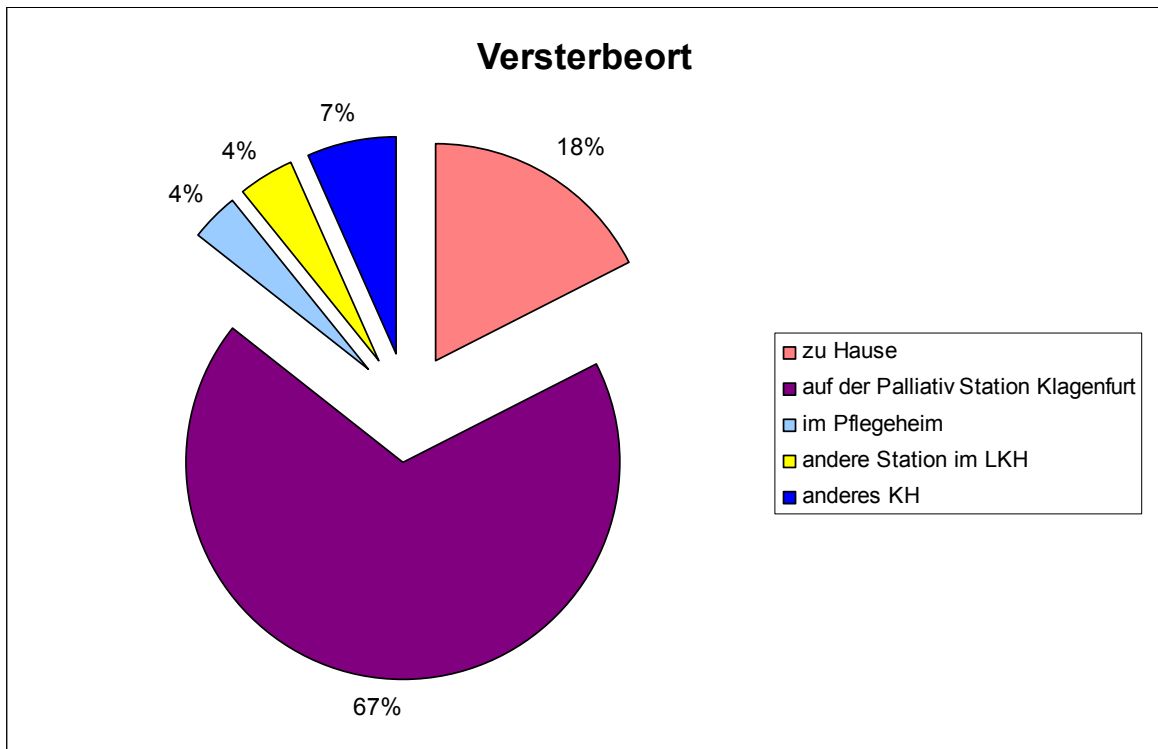


Abbildung 9: Versterbeort der Patienten

Fast die Hälfte der Patienten auf der Palliativstation Klagenfurt stammte aus dem Bezirk Klagenfurt Stadt. Von den 221 erfassten Personen in dieser Statistik sind in der Aufteilung nach Bezirken nur 164 Patienten erfasst, da von 57 Patienten nicht eruiert werden konnte aus welchem Bezirk sie stammten.

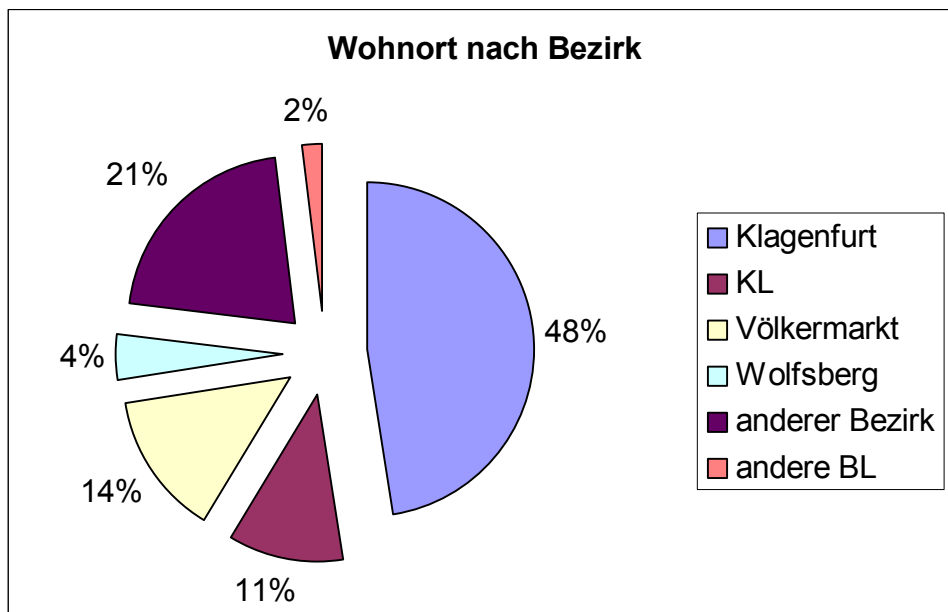


Abbildung 10: Herkunft der Patienten, eingeteilt in Bezirke

Es zeigte sich keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen Geschlecht und neu aufgenommenen oder wieder aufgenommenen Patienten.

Auch das Charakteristikum „Betreuung durch das Mobile Palliativteam“ zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten.

Diese Studie zeigte auch keine statistisch relevanten Zusammenhänge zwischen Entlassungsart und Geschlecht.

Bei der Analyse der Daten ergab sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf Sterbeort und Geschlecht.

Diese Studie zeigt, dass die Patienten, die vom Mobilien Palliativteam betreut wurden, häufiger zu Hause verstarben. Es gibt eine statistisch signifikante ($p < 0,05$) Korrelation zwischen Sterbeort und Betreuung durch das Mobile Palliativteam.

Insgesamt sind von 221 Patienten, welche auf der Palliativstation Klagenfurt 2008 betreut wurden, 34 Patienten zu Hause verstorben. Davon wurden 26 vom Mobilem Palliativteam betreut.

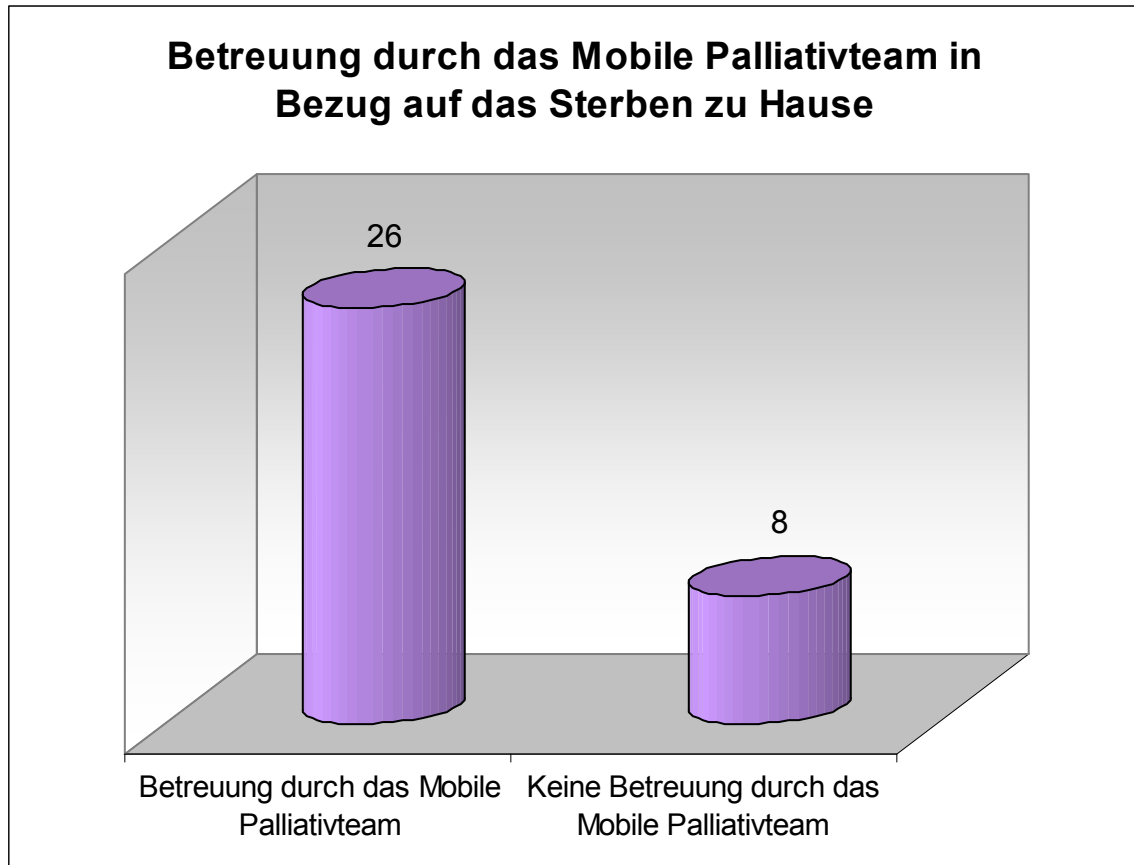


Abbildung 11: Betreuung durch das Mobile Palliativteam in Bezug auf das Sterben zu Hause

Diese Studie konnte weiters eine statistisch signifikante ($p < 0,05$) Korrelation zwischen Entlassung von der Palliativstation nach Hause und Betreuung durch das Mobile Palliativteam aufzeigen. Insgesamt wurden 71 Patienten nach Hause entlassen, davon wurden 42 Patienten (59,2%) durch das Mobile Palliativteam betreut.

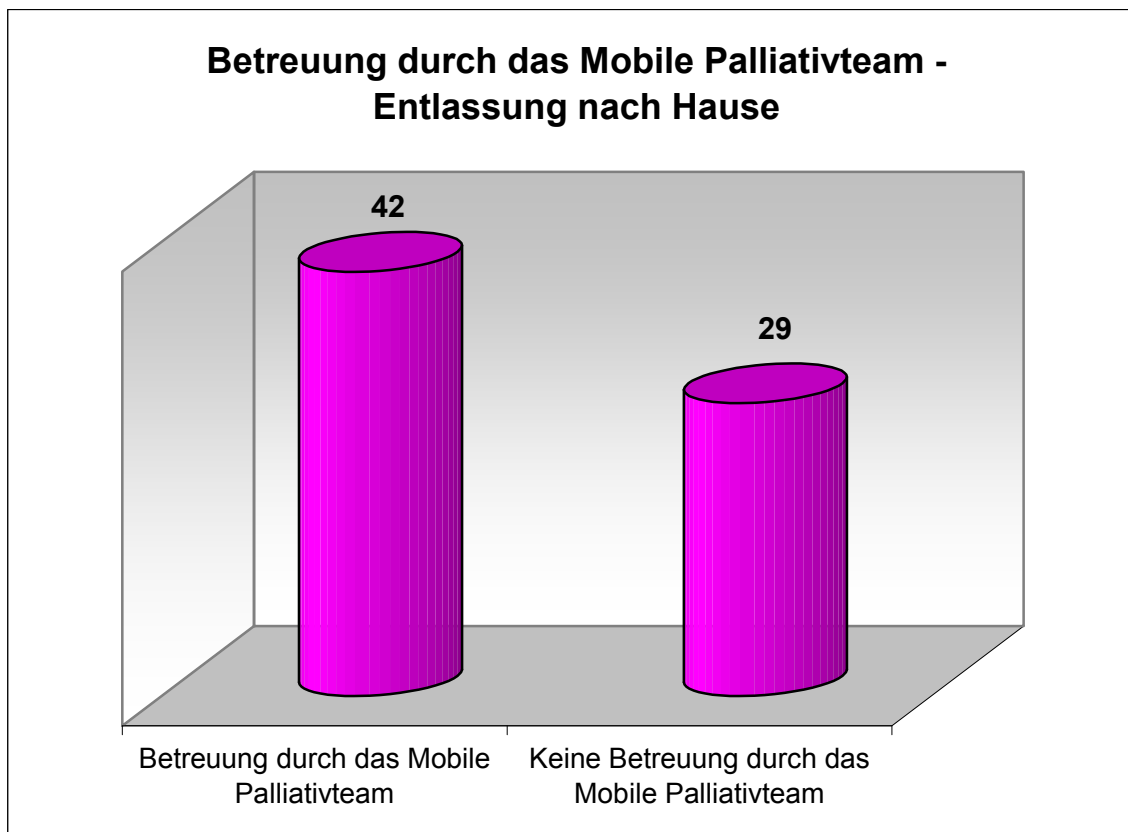


Abbildung 12: Mobile Palliativteam Betreuung in Bezug auf Entlassung von der Palliativstation nach Hause

6 Diskussion

Man könnte annehmen, dass in ländlichen Regionen die geschlechtliche Rollenverteilung bei älteren Menschen noch ähnlich aufgeteilt ist wie es vor Jahrzehnten üblich war. Dies würde bedeuten, dass sich die Frauen eher um den Haushalt, die Verpflegung und auch die Pflege kranker Angehöriger kümmern würden als Männer.

Wenn diese Annahme stimmte, könnte man daraus die Vermutung folgern, dass das Geschlecht Auswirkung auf die Inanspruchnahme von Betreuung durch mobile Palliativteams hat, nämlich dass Männer eher Unterstützung bei der Pflege der Ehefrau brauchen als Frauen die Unterstützung notwendig hätten, wenn sie ihre Ehemänner pflegen.

Diese Studie gab jedoch keinen Anhalt, dass diese Annahme Gültigkeit hätte, denn es wurden annähernd gleich viele Frauen wie Männer durch das Mobile Palliativteam betreut. Es gab auch keinen geschlechterspezifischen Zusammenhang bei der Entlassung von der Palliativstation nach Hause oder in Pflegeheime. Es wurden annähernd gleich viele Frauen wie Männer nach Hause entlassen. Auch die Entlassungen in Pflegeheime zeigte keine Korrelation in Hinsicht auf das Geschlecht.

Die Betreuung Erkrankter wird aber nicht zwangsweise durch die Ehefrau bzw. Ehemann durchgeführt, sondern kann auch von anderen Familienmitgliedern gewährleistet werden, was in dieser retrospektiven Studie nicht erfasst wurde. So kann es auch sein, dass es Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Pflege zu Hause gibt, die in dieser Untersuchung nur durch zusätzliche Erhebungen über die Betreuung durch Angehörige festgestellt werden hätten können.

Auch in Bezug auf den Sterbeort gab es im vorliegenden Patientenkollektiv keinen Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten. Es verstarben nahezu gleich viele Frauen wie Männer zu Hause, in Pflegeheimen oder anderen Krankenhäusern. Weiters hängt der Ort des Versterbens von mehreren Faktoren ab, welche in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden, wie z.B. dem Krankheitsbild und den damit verbundenen palliativmedizinischen Gesichtspunkten, der Dauer der Betreuung, familiäre Aspekte u.a.m..

Eine statistisch signifikante Korrelation ergab sich jedoch in Bezug auf Sterbeort und Betreuung durch das Mobile Palliativteam. Das heißt, Patienten die vom Mobilien Palliativteam betreut wurden, starben häufiger in häuslicher Umgebung als Patienten die das Angebot der mobilen Palliativteambetreuung nicht in Anspruch nahmen.

Dies könnte damit zusammenhängen, dass sowohl Patienten als auch Angehörige durch das mobile Betreuungsangebot gut betreut werden und über den zu erwartenden Verlauf der limitierenden Krankheit gut aufgeklärt werden.

Patienten welche in dieser Studie durch das Mobile Palliativteam betreut wurden, konnten häufiger von der Palliativstation nach Hause entlassen werden, als Patienten welche diese Betreuung nicht in Anspruch nahmen.

Das Ziel der Palliativmedizin ist die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Für die meisten Patienten heißt das, auch am Lebensende in der vertrauten Umgebung - zu Hause - bleiben zu können und nicht in einer Klinik versterben zu müssen.

Dieses Ergebnis unterstreicht die Effektivität des Mobilien Palliativteams Klagenfurt, denn durch diese Studie konnte gezeigt werden, dass Patienten die durch das Mobile Palliativteam betreut wurden, eher zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung entschlafen konnten.

An dieser Stelle muss noch einmal erwähnt werden, dass es sich um eine Beobachtungsstudie handelt und daher Rückschlüsse nur indirekt möglich sind. Eine Strukturgleichheit ist bei retrospektiven Studien per definitionem nicht gesichert. Daher können Patienten die sich nur in Obhut der Palliativstation befanden nicht direkt mit Patienten die auf der Palliativstation waren und zusätzlich vom mobilen Palliativteam betreut wurden, verglichen werden. Bei der Interpretation dieser Untersuchung ist zu beachten, dass diese Studie demzufolge einen hypothesengenerierenden Charakter aufweist.

Anhand dieser Ergebnisse kann gefolgert werden, dass mobile Palliativteams eine große Bedeutung in der palliativen Versorgung schwerstkranker Menschen hat.

Die Implementierung mobiler Palliativdienste bedeutet einen großen Fortschritt in Bezug auf Erhaltung der Lebensqualität, denn für viele Patienten, mit denen ich gesprochen habe,

ist die gewohnte häusliche Umgebung, der Ort wo sie sich am Wohlsten fühlen. Zwar haben viele Angehörige die Betreuung auf der Palliativstation sehr gelobt, aber sie sei als Umfeld einfach mit der gewohnten häuslichen Umgebung nicht zu vergleichen.

Durch das Mobile Palliativteam werden nicht nur die Patienten, sondern auch ihre Angehörigen mitbetreut. Dies dürfte wohl einer der Gründe sein, warum Patienten, welche eine Betreuung durch das Mobile Palliativteam erfahren, häufiger zu Hause versterben. Die Angehörigen werden über das Fortschreiten der Krankheit mit all ihren Begleiterscheinungen aufgeklärt. Sie fühlen sich durch die Anwesenheit eines multiprofessionellen Teams weniger hilflos und alleingelassen.

Die Angehörigen lernen mit der anfänglich ausweglos scheinenden Situation umzugehen, dass heißt nicht, dass alle die Situation akzeptieren können, jedoch trägt die zusätzliche psychologische Betreuung für Patienten und deren Angehörigen sehr viel dazu bei, mit der schwierigen Situation besser umgehen zu können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Betreuung durch das Mobile Palliativteam in Klagenfurt ein großer Gewinn für die Erhaltung der Lebensqualität der Patienten ist, dies durfte ich auch eindeutig durch meine ausführlichen Telefonate erfahren.

7 Literaturverzeichnis

1. WHO. [*WHO (World Health Organization) Definition*]. 1993 [cited 23.10.2009]; Available from: <http://www.drnawrocki.de/empfehlung/lebensqualitaet.html>.
2. Lengauer, J. [*Palliative Care und Hospizarbeit*]. 2007 [cited 12.10.2009]; Available from: <http://www.palliativ.or.at/>.
3. WHO. [*WHO (World Health Organization) Definition*]. 2002 [cited 17.11.2009]; Available from: <http://www.pmu.ac.at/de/583.htm>.
4. WHO. [*WHO (World Health Organization) Definition*]. [cited 17.11.2009]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
5. Husebø, S. and E. Klaschik, [*Palliativmedizin, Grundlagen und Praxis*]. Vol. 4. 2006, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH & Co. KG. 559.
6. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*], G.Ö. GmbH, Editor. 2004, Geschäftsbereich ÖBIG. p. 20.
7. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*], G.Ö. GmbH, Editor. 2004, Geschäftsbereich ÖBIG. p. 2.
8. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*]. 2004, Wien: Geschäftsbereich ÖBIG. 1-4.
9. Teuschl, H. and A. Kratschmar, [*begleiten bis zuletzt*], D.H. ÖSTERREICH, Editor. 2006. p. 21-23.
10. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*], G.Ö. GmbH, Editor. 2004, Geschäftsbereich ÖBIG. p. 9-10.
11. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*], G.Ö. GmbH, Editor. 2004, Geschäftsbereich ÖBIG. p. 10,11.
12. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*], G.Ö. GmbH, Editor. 2004, Geschäftsbereich ÖBIG. p. 23.
13. Teuschl, H. and A. Kratschmar, [*begleiten bis zuletzt*], D.H. ÖSTERREICH, Editor. 2006. p. 23.
14. Baumgartner, J., et al., [*Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*], G.Ö. GmbH, Editor. 2004, Geschäftsbereich ÖBIG. p. 5 - 7.
15. STATISTIK-AUSTRIA. [*Ergebnis der Probezählung 2006 nach Gemeinden*]. [cited 13.07.2009]; Available from: www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen/bevoelkerungssand/index.html.
16. STATISTIK-AUSTRIA. [*Betten und Bettennutzung in den Krankenanstalten Österreichs 2007 nach Fachrichtung bzw. speziellen Bereichen sowie nach Bundesländern*]. [cited 13.07.2009]; Available from: www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html.
17. Dachverband-HOSPIZ-Österreich. [*Hospiz Österreich*]. [cited 11.07.2009]; Available from: www.hospiz.at/ktn/landesorg_ktn2.php?vstadt=klagenfurt.
18. Dachverband-HOSPIZ-Österreich. [*Ergebnisse der Datenerhebung 2007 von Hospiz Österreich*]. [cited 15.07.2009]; Available from: www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_der_Datenerhebung_2007.pdf.
19. KABEG, L.-B.-. [*Palliativstation - Infrastruktur*]. [cited 20.07.2009]; Available from: www.lkh-klu.at/867.html.
20. KABEG, L.-B.-. [*Das Team*]. [cited 20.07.2009]; Available from: www.lkh-klu.at/754.html.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: Yvonne Viktoria Genser
Adresse: St. Georgen 11
9341 Straßburg
Email: yvonnegenser@hotmail.com
Tel: 0650 65 810 38
Geburtsdatum: 15.06.1983
Geburtsort: Friesach
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: Österreich

Schulbildung:

seit 10/2002 Medizinstudium an der Medizinischen Universität Graz
(Curriculum Humanmedizin O 202)
-07/2004: Abschluss des 1. Studienabschnittes
-06/2009: Abschluss des 2. Studienabschnittes

1989 - 1992 Volksschule in Straßburg
1993 - 1996 Hauptschule in Straßburg
1997 - 2001 Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe - Fremdsprachenweig mit
Arbeitsprache Englisch in St. Veit an der Glan

Famulaturen:

- September 2004 Fachabteilung für Chirurgie des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses der Elisabethinen in Klagenfurt unter der Leitung von Herrn Prim. Dr. Georg Christian Lexer, 4 Wochen
- Juli und August 2007 Fachabteilung für Innere Medizin des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses der Elisabethinen in Klagenfurt unter der Leitung von Herrn Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Schirmer, 6 Wochen
- Feber 2008 Fachabteilung für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan unter der Leitung von Herrn Prim. Priv. Doz. Dr. Michael Zink, 3 Wochen
- Juli und August 2008 Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in St. Veit/Glan unter der Leitung von Herrn Prim. Dipl. Ing. Dr.h.c. Dr. med. Andreas Roth, 3 Wochen

Sonderstudienmodule an der Medizinischen Universität Graz:

- I. Grundlagen der Ernährung, oxidativer Stress und Sport
- II. Wissenschaftlich fundierte Krankheitsprävention
- III. Modernste Methoden zur Messung der Body Composition
- IV. Neurophysiologie und Signaltransduktion
- V. Spezielle Notfallmedizin - eine interdisziplinäre Herausforderung
- VI. Gender Medicine
- VII. Case-based Learning in Klinik und Praxis

Praktisches Jahr:

- 27.05.2009-03.06.2009 Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin: Mag. DDr. Harald Regensburger
Gurk
- 06.07.2009-14.08.2009 1. Fächergruppe: Chirurgie, Notfallambulanz und Unfallchirurgie
Klinikum Traunstein in Bayern
- 17.08.2009-25.09.2009 2. Fächergruppe: Innere Medizin, Notfallambulanz und Kardiologie
Klinikum Traunstein in Bayern
- 28.09.2009-16.10.2009 3. Fächergruppe: Pädiatrie
Klinikum Traunstein in Bayern

Sonderinformation - Auslandsaufenthalte:

- 2000 vier Monate in Irland, im Rahmen eines Praktikums als Servicefachkraft
- 2001 zwei Monate in Paris - Ticketing im Disneyland Paris
- 2001 - 2004 drei Wochen pro Jahr (Weihnachtsferien) in St. Moritz als au pair
- 2002 - 2005 zwei Monate pro Jahr (Sommerferien) in der französischen Schweiz - Servicefachkraft

Besondere Kenntnisse:

Fremdsprachen: Englisch - Cambridge Certificate in English for Business and Trade
Französisch
Italienisch

ECDL - Europäischer Computer Führerschein

Rettungssanitäterausbildung (Abschluss am 8. Juni 2002)

Zertifikat in "Modern Methods for Measuring Body Composition"

Interessen:

Ehrenamtliche Mitarbeiterin des Roten Kreuzes seit 2002

Reiten, Unternehmungen mit Familie und Freunden, mit meinem Hund spazieren gehen,
Musik hören.