



**UNIKLINIK
KÖLN**

Abschlussbericht

Evaluation der **P**Alliativmedizinischen
Tagesklinik am Klinikum
Aschaffenburg-Alzenau

PATINA

Projektzeitraum

01.06.2020 – 31.08.2021

Autor*innen (alphabetisch)

Anne Müller, M.A.

Priv.-Doz. Dr. Dr. Julia Strupp

Univ.-Prof. Dr. Raymond Voltz

Projektleitung

Priv.-Doz. Dr. Dr. Julia Strupp & Univ.-Prof. Dr. Raymond Voltz

Zentrum für Palliativmedizin

Uniklinik Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

Wissenschaftliche Projektmitarbeiterin

Anne Müller, M.A.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Abstract / Executive Summary	8
1. Einführung	9
2. Ansatz und Konzeption der Studie	11
2.1 Zum Forschungsstand	11
2.2 Forschungsziel und Fragestellung	12
3. Empirisches Vorgehen: Forschungsdesign und Methodik	14
3.1 Quantitative Forschung	15
3.1.1 Arbeitspaket 1: Retrospektive Datenerhebung: Vergleich zwischen SAPV, PST und PTK	15
3.1.2 Arbeitspaket 2b: Fragebogenerhebung mit Zuweisenden	17
3.2 Qualitative Forschung	19
3.2.1 Arbeitspaket 2a: Interviews mit Patient*innen und Angehörigen.....	19
3.2.2 Arbeitspaket 3: Aufschlüsselung der Teamstrukturen	21
4. PTK am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau – quantitative und qualitative Ergebnisse.....	22
4.1 Kennzeichen der PTK-Praxis im Vergleich zu SAPV und PST: quantitative Ergebnisse der retrospektiven Datenerhebung	22
4.1.1 Allgemeine Patient*innenmerkmale.....	22
4.1.1.1 Soziodemografika	22
4.1.1.2 Krankheitsbilder	23
4.1.1.3 Zuweisende.....	24
4.1.2 Symptomatik	25
4.1.2.1 komplexes Symptomgeschehen.....	25
4.1.2.2 ECOG	26
4.1.2.3 Fachärztliche Parallelbehandlung.....	28
4.1.2.4 MIDOS	29
4.1.3 Behandlung.....	29
4.1.3.1 Ernährung	29
4.1.3.2 Transfusion Erythrozytenkonzentrate	30
4.1.3.3 Transfusion Humanalbumin.....	30
4.1.3.4 Invasive Maßnahmen	31
4.1.3.5 Schmerztherapie	31
4.1.3.6 Weitere Medikation	33
4.1.3.7 Ärztlich konsiliarische Mitbehandlung.....	34

4.1.4	Diagnostik	35
4.1.5	Beendigung der Versorgungsform und Weiterbehandlung	35
4.1.5.1	Behandlungsdauer und Behandlungstage	36
4.2	Die Sicht der Zuweisenden	37
4.3.	Qualitative Ergebnisse: Wirkfaktoren der PTK	38
4.2.1	Beschreibung der Stichprobe	38
4.2.2	Alternative Versorgung	40
4.2.2.1	Zuweisung / Aufmerksam machen	40
4.2.2.2	Erwartungen / Befürchtungen	41
4.2.2.3	Alternativen zur Behandlung in der PTK	43
4.2.3	Symptomlinderung	46
4.2.3.1	Ausschlaggebende Symptomatik	47
4.2.3.2	Behandlung hilfreich?	48
4.2.3.3	Veränderung der Beschwerden	51
4.2.4	Sicherheitsversprechen	53
4.2.4.1	Zeit	53
4.2.4.2	Umfassende Zuständigkeit	55
4.2.4.3	Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung	57
4.2.5	Alltagsrahmung	60
4.2.5.1	Veränderungen durch die PTK	60
4.2.5.2	Auswirkungen auf Angehörige	62
4.2.5.3	Veränderungen im Alltag	63
4.3	Teamstrukturen der PTK am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau	66
4.3.1	Aktueller Querschnitt der mitarbeitenden Berufsgruppen in der PTK	67
4.3.1.1	Ärztliches Team	67
4.3.1.2	Pflegerisches Team	68
4.3.1.3	Physiotherapie	69
4.3.1.4	Kreative Therapie	70
4.3.1.5	Psychologische Versorgung	70
4.3.1.6	Sozialer Dienst/PÜL, Seelsorge, Hospizgruppe und Hauswirtschaft	70
4.3.2	Behandlungszeiten	71
4.4	Abschlusssymposium	73
5	Zusammenfassung und Diskussion	75
5.1	Welche Patient*innengruppe wird in der PTK behandelt und wie vergleicht sie sich mit der PST und der SAPV?	75
5.2	Wie sieht der Versorgungspfad dieser Patient*innen aus?	76
5.3	Wie wird das Angebot von Patient*innen / Angehörigen und Zuweisenden wahrgenommen?	78

5.4	Welches Team behandelt die jeweiligen Patient*innen?	79
5.5	Welche Empfehlungen können aus den Erkenntnissen für die Etablierung einer PTK abgeleitet werden?	79
6	Fazit und Ausblick	81
	Abbildungsverzeichnis.....	82
	Tabellenverzeichnis.....	82
	Literatur	83

Vorwort und Danksagung

Bei der Realisierung des Evaluationsvorhabens waren viele Menschen beteiligt. Wir bedanken uns sehr herzlich insbesondere bei CA Dr. Alfred Paul, Dr. Johannes Best, Frau Stephanie Kunkel, Frau Katrin Reiser und der weiteren Geschäftsführung (Sebastian Lehotzki) des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau sowie Frau Dr. Föllner und dem Hospiz- und Palliativteam Bayerischer Untermain, die uns im Rahmen des Projektes vielfältig unterstützt haben sowie bei allen Patient*innen, Nahestehenden und Zuweisenden für deren Teilnahme an unserer Studie. Ihre große Bereitschaft, die Evaluation zu unterstützen, machte die Umsetzung des Projektes überhaupt erst möglich.

Bedanken möchten wir uns auch bei den Teilnehmenden und Expert*innen des Abschluss-symposiums für die zahlreichen wertvollen Hinweise und Anregungen.

Frau Barbara Damm und Frau Annika Fritzsche vom Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln haben unsere Arbeit überaus geduldig, engagiert und effektiv unterstützt. Dafür möchten wir ihnen sehr danken, insbesondere mit Blick auf die Umsetzung des Online-Symposiums.

Besonderer Dank gilt Frau Dr. Sibylle Mutert, Herrn Dr. Frank Dodoo-Schittko und Frau Larissa Stewin aus dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Referat 46: Hospiz, Palliativversorgung, Geriatrie und Herrn Prof. Dr. Winfried Bausback, MdL, Staatsminister a.D., die uns im Projekt mit großer Kompetenz begleitet haben.

Köln, im Oktober 2021

Das Projektteam

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
APV	Allgemeine Palliativversorgung
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group - Test zur Bewertung der Lebensqualität anhand der Aktivität
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MIDOS	Minimales Dokumentationssystem
PST	Palliativstation
PTK	Palliativmedizinischen Tagesklinik
PÜL	Pflegeüberleitung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Abstract / Executive Summary

In Deutschland gehören palliativmedizinische Tageskliniken (PTKs) bisher nicht zur Regelversorgung. Auch international wurden erst wenige Studien, die sich mit der Wirksamkeit von PTKs befassen, durchgeführt. Laut der S3 Leitlinie für Palliativmedizin sind Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von PTKs im Ausland jedoch nicht unmittelbar auf unser System übertragbar. In Deutschland fehlt es bisher an Studien zur Wirksamkeit und Abgrenzung einer PTK zu anderen Versorgungsformen in der spezialisierten Palliativmedizin. Ziel der vorliegenden Studie war die externe Evaluation einer der ersten PTK in Deutschland am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau durch das Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Es wurde überprüft, (1) ob die versorgten Patient*innen tatsächlich einer spezialisierten Palliativmedizin bedürfen (z.B. in Abgrenzung zu einem Tageshospiz), (2) welche weiteren Charakteristika die durch die PTK versorgten Patient*innen aufweisen, und (3) wie die Arbeit der PTK durch Patient*innen, Angehörige und Zuweisende wahrgenommen wird.

Die Ergebnisse basieren auf der Analyse von medizinischen Datensätzen von n=603 Patient*innen, n=69 telefonischen Interviews mit Betroffenen (Patient*innen und Angehörigen) sowie die schriftliche Befragung von n=73 Zuweisenden an die PTK.

Patient*innen der PTK (wie auch der SAPV und Palliativstation (PST)) haben alle eine besonders komplexe palliativmedizinische Symptomlage, bedürfen also eindeutig einer spezialisierten Palliativversorgung. Sie sind jedoch im Vergleich zu SAPV und PST u.a. noch mobiler und erhalten oft parallel an anderer Stelle noch eine Behandlung der Grunderkrankung (z.B. Krebs). Während des Aufenthaltes in der PTK erfolgen verschiedene Behandlungen (z.T. invasive Maßnahmen), welche ohne eine PTK sonst mühsam mit verschiedenen Terminen in der ambulanten Versorgung oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt werden müssten. Ein längeres Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit wird dadurch erreicht. Dies geben knapp 70% der Patient*innen und Angehörigen bzw. 96% der Zuweisenden an. Die Zufriedenheit mit der PTK ist bei allen Beteiligten exzeptionell hoch.

Diese Daten zeigen ganz eindeutig, dass eine PTK nicht nur eine maximal patientenorientierte Versorgungsform für Menschen in ihren letzten Lebensmonaten darstellt, sondern gleichzeitig für unser Gesundheitssystem durch Vermeidung von stationären Aufenthalten Kosten sparen kann. Bessere Voraussetzungen für eine nun notwendige Skalierung dieser spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsform kann es eigentlich nicht geben.

1. Einführung

Ziel einer PTK ist es, eine verbesserte Symptomkontrolle bei betreuten Patient*innen zu erreichen, damit die Lebensqualität der Betroffenen verbessert wird. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt soll nach Möglichkeit hinausgezögert oder verhindert und die ambulante Versorgung von allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) / SAPV unterstützt werden. I.d.R. können PTKs zwischen einem und fünf Tagen in der Woche, zu einer Kernzeit zwischen 10 und 15 Uhr besucht werden. Sie sind meist angegliedert an ein Krankenhaus mit Palliativstation, um dessen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sowie ein multiprofessionelles palliativmedizinisches Team nutzen zu können. Dabei ist sowohl die räumliche Gestaltung, als auch die personelle Ausstattung auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche unheilbar erkrankter Menschen ausgerichtet. Sie stehen im Mittelpunkt der Behandlung. Neben der tagesklinischen Unterkunft werden palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, therapeutische und psychosoziale Versorgungsleistungen erbracht. Eine umfassende und ganzheitliche Versorgung und Pflege wird mithilfe von haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden gewährleistet. [1]

Die PTK ist ein spezialisiertes Angebot für ambulante Patient*innen, die keine 24-Stunden Krankenhausbetreuung benötigen, denen aber die Fahrten in eine PTK zugemutet werden können. Die meisten Patient*innen einer PTK werden von behandelnden Ärzt*innen (z.B. im Krankenhaus, Hausarzt/-ärztin) oder von einem ambulanten Dienst der Palliativversorgung (AAPV / SAPV) zugewiesen. Folglich handelt es sich bei den Patient*innen in einer PTK häufig um solche, die bereits ambulant palliativmedizinisch angebunden sind. [1]

Die hier zu evaluierende PTK, ist angegliedert an die Klinik für Palliativmedizin mit ihrer Palliativstation mit acht Einbettzimmern mit eigenem Bad, sowie einige barrierefreie und gemeinschaftlich nutzbare Räumlichkeiten wie eine Küche, ein Wohnzimmer, ein Raum der Stille und ein Garten. Vertretene Berufsgruppen sind Ärzt*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen, Psychoonkolog*innen, Seelsorgende und ehrenamtlich Mitarbeitende einer Hospizgruppe. Die Infrastruktur, Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten des gesamten Klinikums Aschaffenburg-Alzenau können bei Bedarf genutzt werden.

PTKs gehören bisher nicht zur Regelversorgung in Deutschland und existieren nur selten. Eine aktuelle Bestandsanalyse von Apolinarski et al. [2] zeigt, dass 8 palliativmedizinische Tageskliniken identifiziert werden konnten, wovon sich aktuell noch drei Kliniken im Aufbau befinden. Ebenso ist die Studienlage zu PTKs im englisch- und deutschsprachigen Raum kaum vorhanden. [1, 3]

Die PTK im Klinikum Aschaffenburg-Alzenau ist ein Modellprojekt und wurde erstmalig extern im Rahmen des Projekts PATINA evaluiert. Hierfür wurden unterschiedliche Perspektiven einbezogen, um eine umfassende Analyse gewährleisten zu können.

Angehörige übernehmen häufig einen Großteil der Versorgung am Lebensende zusätzlich zu anderen Verpflichtungen. Belastungserleben und Verantwortungsbewusstsein sind daher häufig hoch [4]. Die Sichtweise der Angehörigen in die Evaluation der PTK Aschaffenburg-Alzenau mit einfließen zu lassen war demnach sehr wichtig. Patient*innen wird in der PTK die Möglichkeit zum Austausch mit sogenannten Peers sowie geschultem Personal geboten, um so auch einen sozialen Austausch zu haben. Behandlungsmöglichkeiten stehen außerdem gebündelt an einem Ort zur Verfügung. Patient*innen haben damit die Möglichkeit, mehrere Behandlungen bzw. Therapien oder Beratungen zu erhalten, und müssen dafür den Ort nicht wechseln. Wie die behandelten Patient*innen und die Angehörigen den Ablauf, die Betreuung und Versorgung wahrnehmen, sollte mithilfe von telefonischen Einzelinterviews herausgefunden werden. Neben Patient*innen und Angehörigen spielen Zuweisende an die PTK eine zentrale Rolle. Wie die Zuweisenden die Zusammenarbeit mit der PTK erleben, wurde mit einer Fragebogenerhebung untersucht.

2. Ansatz und Konzeption der Studie

Um die Grundlagen der in Kapitel 3 detaillierter dargestellten Ergebnisse auszuweisen, stellt dieses Kapitel den verfolgten Forschungsansatz mit Zielen, Forschungsfragen und die Mixed-Methods Konzeption - bestehend aus quantitativen und qualitativen Daten, die zum Teil retrospektiv und zum Teil prospektiv erhoben wurden - dar.

2.1 Zum Forschungsstand

Bisher gibt es nur wenige Studien, die sich mit der Wirksamkeit von PTKs befassen. In Deutschland gehören sie bisher nicht zur Regelversorgung und auch in anderen europäischen Ländern sind sie noch nicht weit verbreitet. In England eröffnete 1975 die erste PTK und bis heute sind dort auch die meisten zu finden. Laut der S3 Leitlinie für Palliativmedizin sind bisher durchgeführte Studien zur Wirksamkeit von PTKs im Ausland nicht direkt auf Deutschland übertragbar. Gründe seien, dass Konzeption und vorhandene Versorgungsstrukturen im palliativen Bereich sich zwischen Deutschland und anderen Ländern deutlich voneinander unterscheiden und somit nicht vergleichbar seien [1]. Davies und Higginson [5] fanden in einer systematischen Übersichtsarbeit heraus, dass ein Großteil der eingeschlossenen Studien qualitativ angelegt war. Ergebnisse zeigten insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Patient*innen. Dennoch liegen keine ausreichenden Ergebnisse zum Einfluss der Behandlung auf verbesserte Symptomkontrolle oder Lebensqualität vor [5]. Auch Stevens et al. [6] haben in einem weiteren Review den Effekt von PTKs auf das Wohlbefinden der Patient*innen untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die große Mehrheit der einbezogenen Studien qualitativ angelegt war. Bemängelt wurde, dass die Qualität vieler Studien nicht festgestellt werden konnte, die Stichprobe meist klein war und nur wenige Studien validierte Instrumente nutzten. Dennoch wird in den Ergebnissen deutlich, dass der Besuch einer PTK einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Patient*innen hat und dass der Austausch mit anderen und die Unterstützung in einer geschützten Umgebung sich als hilfreich herausstellten [6].

Leppert et al. [7] haben in ihrer quantitativen Untersuchung in Polen die Lebensqualität zwischen PTK, stationärer Palliativversorgung und der Versorgung zuhause verglichen. Sie konnten insgesamt 129 Patient*innen einschließen, davon zu gleichen Teilen aus der stationären und häuslichen Versorgung. Aus dem Versorgungsfeld der PTK konnten nur 27 Patient*innen eingeschlossen werden. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass innerhalb einer Woche Verbesserungen der Symptomatik und allgemeinen Funktionalität eintraten. Insgesamt stellte sich in allen drei Settings eine Verbesserung der Lebensqualität ein. Die größten Verbesserungen wurden in der PTK festgehalten [7].

Die S3 Leitlinie für Palliativmedizin fasst die Versorgung in einer PTK unter eine spezialisierte Form der Palliativversorgung [1]. Allgemeine Rahmenbedingungen einer PTK wurden in Kapitel 1 bereits genannt. Apolinarski et al. [2] konnten sechs der acht PTKs in ihre Umfrage einschließen, wovon bereits drei PTKs geöffnet sind. Sie fanden heraus, dass vier PTKs an mehr als vier Tagen in der Woche geöffnet haben, eine PTK hat an ein bis zwei Tagen pro Woche geöffnet und bei einer PTK ist über die Öffnungszeiten noch nicht entschieden worden. Vier der sechs PTKs haben je zwischen vier und acht Stunden geöffnet, eine PTK weniger als vier Stunden und bei einer ist es noch nicht entschieden. Bis auf eine werden alle über die Krankenkasse finanziert. Drei PTKs werden ergänzend mit bis zu 5% durch Spenden finanziert, eine wird zwischen 5 und 25% durch Spenden finanziert, eine zu 100% und bei einer wurde keine Angabe gemacht. Im Mittel bieten die PTKs sechs Behandlungsplätze (zwischen zwei und sechs Plätze). Festgestellt wurde, dass die bereits geöffneten PTKs knapp doppelt so viele Behandlungsplätze belegen, wie offiziell Plätze zur Verfügung stehen. Fünf der sechs PTKs sind an eine Klinik oder ein Krankenhaus angegliedert und nutzen Räumlichkeiten und Personal gemeinsam.

2.2 Forschungsziel und Fragestellung

Der Forschungsstand macht deutlich, dass es erst wenige Untersuchungen zur Versorgungsform der PTK gibt. Besonders in Deutschland fehlt es an Studien zur Wirksamkeit und Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen in der Palliativmedizin. Um den Nutzen für Patient*innen, Angehörigen und Zuweisende zu erarbeiten, sollten bei der Evaluation an der Palliativmedizinischen Tagesklinik am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Welche Patient*innengruppe wird in der PTK behandelt und wie vergleicht sie sich mit der der PST und der SAPV?
2. Wie sieht der Versorgungspfad dieser Patient*innen aus?
3. Wie wird das Angebot von Patient*innen / Angehörigen und Zuweisenden wahrgenommen?
4. Welches Team behandelt die jeweiligen Patient*innen?
5. Welche Empfehlungen können aus den Erkenntnissen für die Etablierung einer PTK abgeleitet werden?

Das Ziel der Studie war die externe Evaluation der PTK des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau durch das Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Anhand der erhobenen Daten sollte überprüft werden, inwieweit eine Versorgungslücke zwischen Palliativstationen und der ambulanten Versorgung durch SAPV Teams besteht, und wie diese ggfs. mithilfe einer PTK geschlossen werden kann. Zur Konkretisierung der Forschungsfragen wurden Forderungen

des MDK gemeinsam mit den Mitarbeitenden der PTK und dem Forschungsteam der Uniklinik Köln konkretisiert:

1. Ist für die Patient*innen der PTK eine spezialisierte Palliativversorgung nach G-BA Richtlinie indiziert (Abgrenzung zur Allgemeinen Palliativversorgung (APV))?
2. Unterscheiden sich PTK Patient*innen im Vergleich zu SAPV und PS und wenn ja, wie (Frühintegration)?
3. Was wäre die Alternative zur PTK gewesen (Versorgungslücke)?
4. Was wird in der PTK geleistet (Wirksamkeit)?

Es werden Zufriedenheit, Herausforderungen, Versorgungsverlauf und Wünsche der Beteiligten sowie der Erfolg der jeweiligen Behandlung und die Alternative zur Versorgung in der PTK erfragt.

3. Empirisches Vorgehen: Forschungsdesign und Methodik

Die externe Evaluation PATINA startete Anfang des Jahres 2020. Zunächst gab es mehrere Gespräche mit der PTK. Hierbei wurden die Arbeitspakete konkretisiert und deren Umsetzung geplant. In einem weiteren Schritt wurde die Leitung des Hospiz- und Palliativteam Bayerischer Untermain mit einbezogen, damit hier ebenfalls Abstimmungen bzgl. der Parameterauswahl zur retrospektiven vergleichenden Datenanalyse stattfinden konnten, um die Vergleichbarkeit der Daten in Arbeitspaket 1 möglich zu machen (siehe Abb. 1).

Im Arbeitspaket 2 fand eine prospektive Datenerhebung statt. Hier sollten zum einen Interviews mit Patient*innen der PTK und/ oder deren Angehörigen geführt werden. Zum anderen sollten Zuweisende der PTK über ihre Erfahrungen befragt werden. Somit wurde die Sichtweise der Betroffenen und unmittelbar Mitwirkenden qualitativ und quantitativ mit einbezogen.

Da es sich bei der PTK am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau um ein Modellprojekt handelt, wurden im Arbeitspaket 3 in Zusammenarbeit mit der PTK die Teamstrukturen in einem aktuellen Querschnitt dargestellt.

Mithilfe dieses Mixed-Methods Ansatzes wurden alle an der PTK beteiligten Personengruppen in die Evaluation einbezogen, um ein ganzheitliches Bild darstellen und die Fragestellungen beantworten zu können.

Arbeitspaket 1	<ul style="list-style-type: none">•retrospektive, quantitative Datenerhebung•n=600 (je 200 Datensätze pro Versorgungsform)
Arbeitspaket 2a	<ul style="list-style-type: none">•prospektive, qualitative Interviews mit Patient*innen und Angehörigen der PTK•n=60 (je 30 Patient*innen und 30 Angehörige)
Arbeitspaket 2b	<ul style="list-style-type: none">•prospektive, quantitative Fragebogenerhebung mit Zuweisenden an die PTK•mindestens n=50
Arbeitspaket 3	<ul style="list-style-type: none">•prospektive Querschnittserhebung•Teamstrukturen der PTK

Abbildung 1: Arbeitspakete der Evaluation

Die Studie wurde auf der Grundlage der Good Clinical Practice Richtlinien durchgeführt. Ein positives Ethikvotum wurde bei der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln eingeholt (#20-1377).

Zielgerichtete Diskussionsrunden und intensiver Austausch haben die Evaluation begleitet, u.a. im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Forschungswerkstatt am Zentrum für Palliativmedizin. Auch fanden Online-Treffen mit Vertreter*innen des Gesundheitsministeriums, des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau und Vertreter*innen aus der Politik in regelmäßigen Abständen zum Stand des Projekts statt.

3.1 Quantitative Forschung

Die Evaluation bestand zum einen aus einem quantitativen Forschungsansatz. Hier wurden zum einen retrospektiv Daten aus verschiedenen Versorgungsformen miteinander verglichen (siehe Arbeitspaket 1). Zum anderen wurden prospektiv Zuweisende zu ihren Erfahrungen mit der PTK befragt (siehe Arbeitspaket 2b).

3.1.1 Arbeitspaket 1: Retrospektive Datenerhebung: Vergleich zwischen SAPV, PST und PTK

Arbeitspaket 1 umfasste eine retrospektive quantitative Datenerhebung zum Vergleich der drei Versorgungsformen PTK, SAPV und PST.

Ziel des Arbeitspaketes war es, 600 Patient*innendaten aus den drei Versorgungsformen – PTK, PST, SAPV, zu vergleichen. Hierfür sollten rückläufig vom 31.12.2019 je 200 abschließend dokumentierte Patient*innendaten erhoben werden.

Vor der Datenerhebung wurden Parameter definiert, orientiert am Kerndatensatz für Palliativpatient*innen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin [8]. Pseudonymisiert wurden soziodemografische Parameter (Versorgungsform, Eintrittsalter, Wohnsituation, Pflegegrad), die Diagnose (Hirntumore, Mund-/ Kiefer-/ Gesichts-NPL (Neoplasien), Lungen-/ Bronchial-NPL, Mamma-NPL, Ovarial-/Uterus-/Cervix-NPL, Ösophagus-/ Magen-/ Pankreas-/ Leber-/ Galle-NPL, Colon-/ Sigma-/ Rektum-NPL, Nierenzell-/ Urothel-/ Prostata-NPL, hämatologische/lymphatische Erkrankungen, sonstige NPL, neurologische Grunderkrankung, internistische Grunderkrankung, COPD, Herzinsuffizienz, Leberzirrhose, sonstige Erkrankungen) erhoben.

Weiter wurden Metastasen, bisherige Betreuung, die Gesamtanzahl der persönlichen (bei SAPV Hausbesuche) Kontakte in der jeweiligen Versorgungsstruktur, durchschnittliche Verweildauer pro Behandlungstag, gesamter Behandlungszeitraum und Behandlungstage, die zeitgleiche Behandlung der Grunderkrankung, Zuweiser*in/ Initiator*in und die Entlassung nach/ Weiterbehandlung erfasst.

Anschließend wurde das komplexe Symptomgeschehen bei Behandlungsbeginn (Schmerzsymptomatik, gastrointestinale Symptomatik, urogenitale Symptomatik, ulzerierende/ exulzerierende Wunden/ Tumore, respiratorische/ kardiologische Symptomatik,

neurologische/ psychiatrische/ psychische Symptomatik, sonstige ausgeprägte Symptomatik) dokumentiert.

Folgende Parameter wurden zum einen beim Eintritt und zum anderen beim Austritt aus der jeweiligen Versorgungsform dokumentiert: MIDOS [9] (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, sonstige Ernährungsprobleme/ Appetitmangel, Schwäche/ Gewichtsverlust/ Kachexie, Depression, Angst/ Verwirrtheit, Überforderung Familie, Schlafstörung, Fatigue, Lymphödem, Obstipation, Wunden/ Exulzationen/ Dekubitus, Hilfsbedarf ATL, Versorgungsprobleme, Befinden Aufnahmezeit, Pleuraerguss/ Aszites, Schluckbeschwerden/ Mukositis/ Mundtrockenheit, neurologische Probleme/ Spastik/ Sonstige; Anämie, Ileus/ Subileus; Diarrhoe).

Ebenso wurde der ECOG zu beiden Zeitpunkten dokumentiert. Weiter wurde die Medikation bei Ein- und Austritt in das jeweilige Versorgungssetting dokumentiert.

Maßnahmen und Begleitungen während der Behandlungstage wie: Applikationsform Medikation, Sedierung, Ernährung, Ernährungsberatung, Transfusionstherapie, kontinuierliche Medikamentengabe mittels Pumpe, Pleuradrainage, Aszitesdrainage, Versorgung von Kathetern, Strahlentherapie, tumorspezifische Therapie, pflegerische Maßnahmen, spezielle Lagerung, Wundversorgung und rektale Abführmaßnahmen wurden je Versorgungsform dokumentiert.

Die Gesamtzeit in Minuten innerhalb der Behandlungstage wurde bei folgenden Kontakten dokumentiert: Physiotherapie, kreative Therapiemaßnahmen (Kunst- und Musiktherapie), Psychoonkologie, ärztlicher Kontakt und Pflegekontakt.

Invasive Diagnostik/ chirurgischer Eingriff, Diagnostik (Radiologie/ CT/ MRT, körperliche Anamnese/ Untersuchung, Sonographie, Labor, Pathologie), Kontakte zu fachfremden medizinischen Disziplinen, Patient*innenedukation/ Entscheidungsfindung/ Angehörigenedukation, Seelsorge, Pflegeüberleitung/ Sozialberatung, Hospizbegleitung wurden ebenfalls erhoben sowie der Sterbeort.

Die Daten der stationären Patient*innen (PST) wurden aus dem im Klinikum Aschaffenburg-Alzenau genutzten Krankenhausinformationssystem Orbis gewonnen; nicht digitalisierte Daten wurden den parallel geführten analogen Krankenakten entnommen.

Bei Patient*innen der PTK wurde auf die analog geführte Symptom- und Leistungsdokumentation zurückgegriffen. Diese wurde bei jeder/m Patient*in in Form eines so genannten Re-Assessment / Leistungserfassungsbogen geführt und bei jedem Besuch der PTK fortgeschrieben. Darüber hinaus wurde auch bei den tagesklinischen Patient*innen die parallel geführte, analoge Krankenakte genutzt.

Die SAPV dokumentierte Patient*innen im digitalen Erfassungssystem ISPC. Zur Datenextraktion nahm die leitende Ärztin der SAPV Zugriff auf das System und gab die Datensätze in bereits anonymisierter Form weiter für die Datenmaske.

Die jeweils erhobenen Patient*innendaten wurden in einer Microsoft-Excel-Tabelle dokumentiert. Auswertungen der Daten erfolgten mittels der Software SPSS.

3.1.2 Arbeitspaket 2b: Fragebogenerhebung mit Zuweisenden

Von Mitarbeitenden des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau wurden die Zuweisenden angesprochen und erhielten ein Paket mit allen benötigten Unterlagen für die Studie. Enthalten waren ein Einladungsschreiben, ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung sowie der Fragebogen und zwei Rücksendeumschläge. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, sollten zwei Reminder im Abstand von je vier Wochen an die Zuweisenden versendet werden. Bei den an den Fragebogenerhebungen teilnehmenden Zuweisenden handelte es sich gemäß Studien-Einschlusskriterien ausnahmslos um erfahrenes ärztliches Personal.

Für die Fragebogenerhebung wurden die Zuweisenden gebeten, einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen und diesen anonym an das Forschungsteam des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln zurückzugeben. Mindestens 50 Rückmeldungen mit ausgefüllten Fragebögen wurden erwartet, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten und deskriptive Auswertungen vornehmen zu können.

Die Erwartungen, Befürchtungen und Chancen, die seitens der Zuweisenden an die PTK entstehen, wurden abgefragt. Enthalten waren offene und geschlossene Fragen zu fachlichem Hintergrund, Symptomkontrolle, medizinischen/ psychosozialen Nutzen für Patient*innen und mögliche Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit der PTK. Die Hypothese, dass Zuweisende die Zusammenarbeit mit der PTK als unterstützend und hilfreich für sich und Patient*innen empfinden, wurde aufgestellt. Konkret wurden zunächst soziodemografische Angaben (Geschlecht, Alter) abgefragt. Im Anschluss wurde der fachliche und berufliche Hintergrund der Teilnehmenden aufgenommen (Tätigkeitsbereich, Fachrichtung, palliativmedizinische Weiterbildung, Erfahrung mit Palliativpatient*innen). Ebenfalls wurde abgefragt, wie viele Patient*innen schon an die PTK überwiesen worden. Anschließend wurden Leistungsspektrum, Bedarf und Alternativen zur PTK abgefragt, auch in Bezug auf die Ergänzung des bereits vorhandenen spezialisierten Palliativversorgungsangebotes. Weiter wurde abgefragt, ob durch die Behandlung in der PTK ein stationärer Krankenhausaufenthalt aus Sicht der Zuweisenden vermieden werden konnte. Ein weiterer Punkt war die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und Kommunikation sowie die Unterstützung der eigenen ärztlichen Arbeit durch das Vorhandensein einer PTK. Die Einschätzung der Zuweisenden, inwieweit Patient*innen von den medizinischen und den psychosozialen Angeboten profitieren konnten, wurde ebenfalls in einem geschlossenen Format gestellt. Offene Fragen, in denen die Zuweisenden jeweils die drei für sie wichtigsten Aspekte nennen sollten, bezogen sich auf Wünsche an die PTK, die Gründe, Patient*innen an die PTK zu

überweisen sowie Herausforderungen in der Zusammenarbeit und möglicher Optimierungsbedarf. Zusätzlich bot der Fragebogen Platz für weitere Anmerkungen. Abbildung 2 zeigt den Rekrutierungsweg.

Der Fragebogen sollte verschiedene zuweisende Disziplinen erreichen. Damit wird sichergestellt, dass eine möglichst repräsentative Stichprobe der Zuweisenden eingeschlossen wird. Sie wurden postalisch an die Zuweisenden verschickt, sodass sie in Ruhe ausgefüllt werden können. Die Entscheidung für eine anonyme Befragung begründet sich dadurch, dass eine erhöhte Attraktivität zur Studienteilnahme unter den Befragten erhofft wurde. Somit können im Sinne der Untersuchung eine hohe Response Rate bei gleichzeitiger Ressourcenschonung und die Verfolgung des Prinzips der Datensparsamkeit erzielt werden. Mithilfe des Einbezugs qualitativer und quantitativer Methoden können die Sichtweisen und Perspektiven aller Beteiligten auf die häufig komplexe Versorgungssituation von Menschen am Lebensende berücksichtigt werden. Geschlossene, 5 stufig skalierte Fragen wurden deskriptiv mit SPSS, offene Fragen inhaltsanalytisch mit MAXQDA ausgewertet.

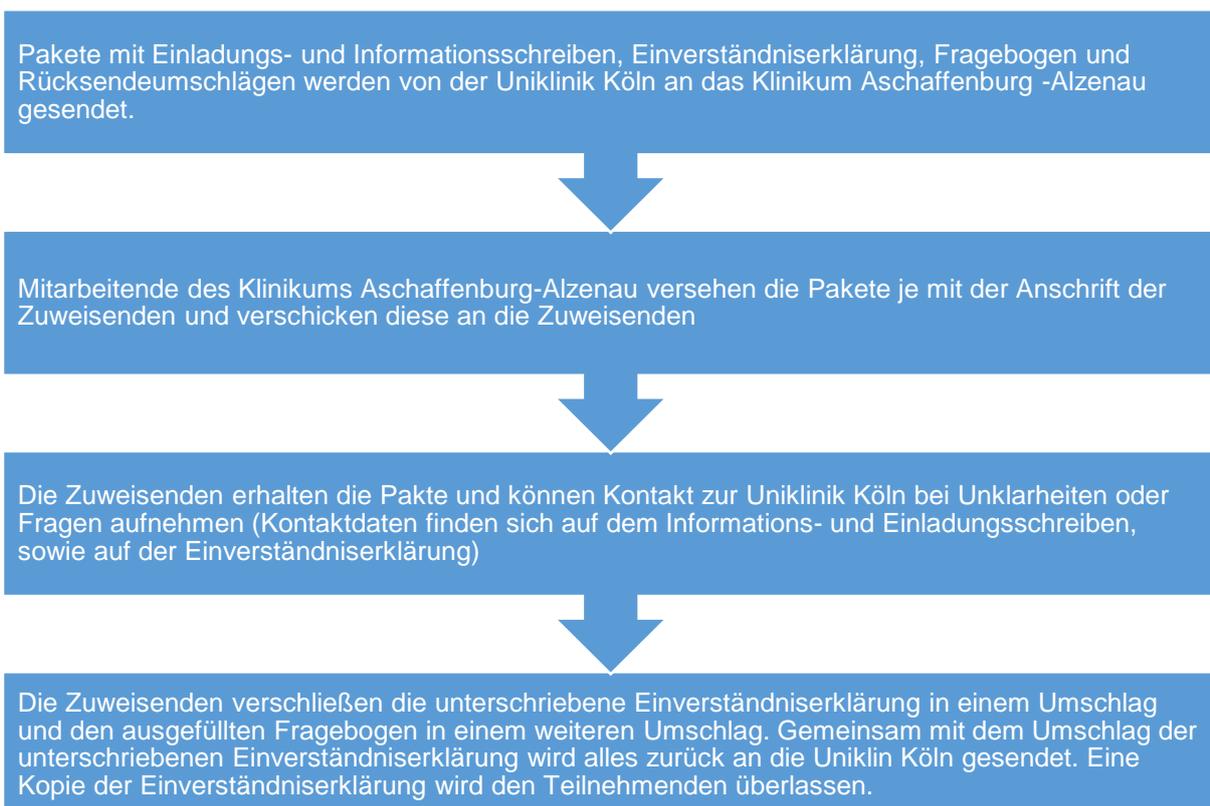


Abbildung 2: Rekrutierung Zuweisende

3.2 Qualitative Forschung

Im qualitativen Forschungsstrang wurden Interviews mit Patient*innen der PTK und Angehörigen geführt, um die Sichtweise der direkt Betroffenen detailliert darstellen zu können. Hierfür wurden zunächst semi-strukturierte Interviewleitfäden entwickelt, in der Forschungswerkstatt am Zentrum für Palliativmedizin diskutiert, angepasst und mittels Pre-Tests adaptiert und finalisiert.

3.2.1 Arbeitspaket 2a: Interviews mit Patient*innen und Angehörigen

Patient*innen und Angehörige wurden für eine mögliche Teilnahme an den telefonischen Einzelinterviews vor Ort durch Mitarbeitende der PTK des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau angefragt und erhielten ein Kontaktformular sowie ein Einladungs- und ein Informationsschreiben. Sofern durch das Kontaktformular das Einverständnis gegeben wurde, wurde dann durch das wissenschaftliche Personal der Uniklinik Köln persönlicher Kontakt zu den Interviewteilnehmenden aufgenommen, um sie über Studieninhalte, -ziele und die Vorgehensweise aufzuklären und für Fragen zur Verfügung zu stehen. Sollten die zu Interviewenden mit der Teilnahme einverstanden sein, sendeten sie die unterschriebene Einverständniserklärung zurück. Sobald die Einverständniserklärung eingetroffen war, erfolgte eine Terminvereinbarung zur Durchführung der telefonischen Interviews. Untenstehend (siehe Abbildung 3) wird der Ablauf der Rekrutierung nochmals dargestellt.

Für die telefonischen Einzelinterviews war das Ziel, je 30 Patient*innen und 30 Angehörige zu befragen, um Eindrücke, Zufriedenheit, Besonderheiten und Wünsche während des Aufenthaltes in der PTK zu generieren. Hierfür wurden zunächst nach einer Einführung in die Interviewsituation die Interviewten gefragt, wie die Behandlung in der PTK zustande kam und was eine mögliche Alternative zur Behandlung in der PTK gewesen wäre. Im weiteren Verlauf ging es um Erfahrungen mit der PTK. Die Wahrnehmung der bisherigen Behandlung, der persönliche Nutzen der Behandlung und besonders gute Erfahrungen und Veränderungswünsche wurden abgefragt sowie die Zufriedenheit mit Informations- und Beratungsangeboten. In einem dritten Themenblock wurden die Auswirkungen der Behandlung auf den Alltag und spezielle auch auf Angehörige erfragt.

Bei der Durchführung der telefonischen Einzelinterviews galt es, seitens der Forschenden eine wertschätzende Atmosphäre aufzubauen, in der sich die Teilnehmenden unabhängig von ihren Äußerungen angenommen und in ihrer Person geschätzt fühlten. Dabei war klar zu vermitteln, dass es keine richtigen oder falschen Aussagen gibt, sondern die persönliche Sichtweise von Interesse ist. Die Teilnehmenden konnten die Interviewsituation jederzeit

verlassen und ohne Begründung ab- bzw. unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.

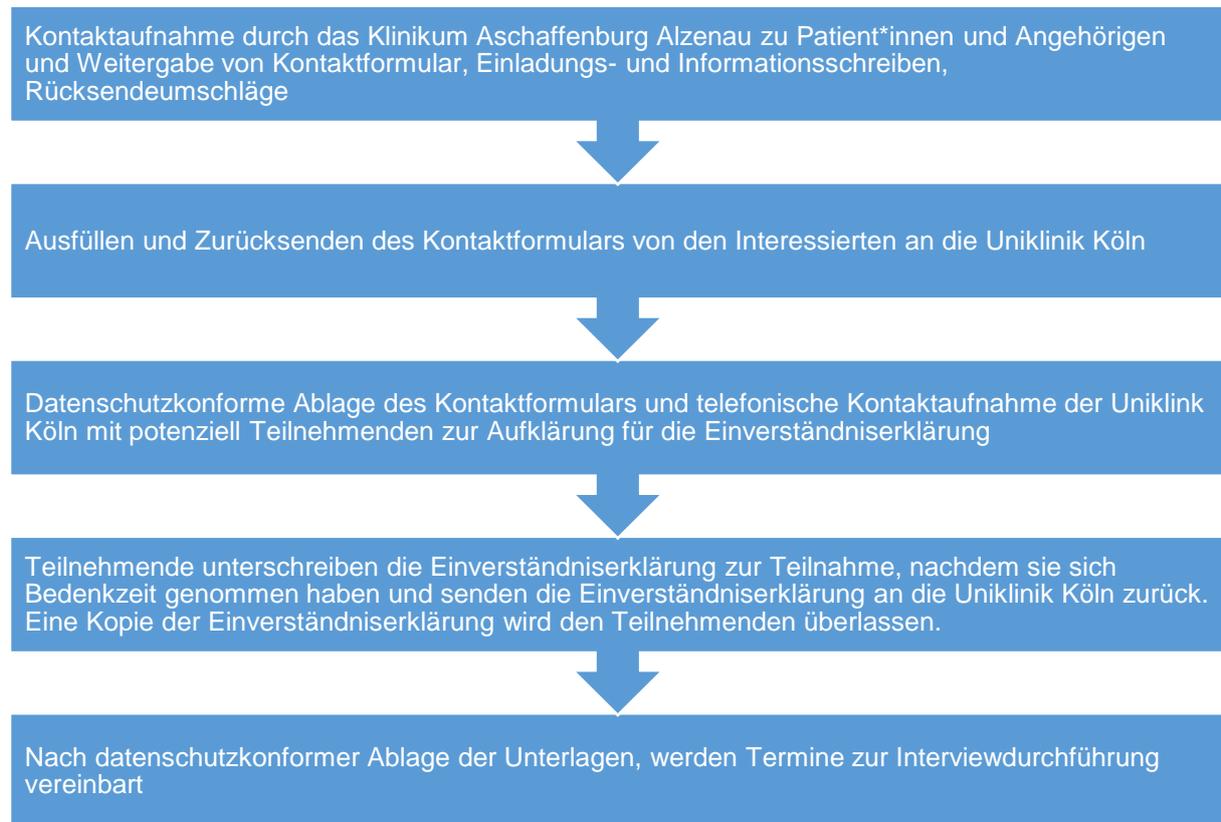


Abbildung 3: Ablauf Arbeitspaket 2a

Die Auswertung der telefonischen Einzelinterviews erfolgte mittels eines inhaltsanalytischen Ansatzes [10]. Die telefonischen Einzelinterviews wurden, nach voriger Aufklärung in der Einverständniserklärung und nach erneutem Hinweisen zu Beginn des Telefonates, digital aufgenommen und durch ein Transkriptionsbüro verbatim transkribiert. Das Software-Programm MAXQDA wurde für die qualitative Datenaufbereitung und -auswertung verwendet und unterstützte die systematische Auswertung und Interpretation der Transkripte. Im Zuge der Transkription wurde eine Anonymisierung der Daten vorgenommen. Hierunter fielen sensible Informationen wie z.B. Eigennamen, Geburtsdaten oder Adressen.

Das Kategoriensystem zur Analyse wurde teils deduktiv aus bereits vorhandenen Vorarbeiten abgeleitet und induktiv ergänzt. Für die Patient*innen- und Angehörigeninterviews ergaben sich die Hauptkategorien: Alternative Versorgung, Symptomlinderung, Sicherheitsversprechen, Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung und Alltagsrahmung. Diese Hauptkategorien wurden im Verlauf der Analyse in weitere Subkategorien eingeteilt.

3.2.2 Arbeitspaket 3: Aufschlüsselung der Teamstrukturen

Um die Evaluation der PTK zu vervollständigen, wurden die Teamstrukturen erhoben der PTK erfasst. Ziel war es, alle mitwirkenden Berufsgruppen und Personen strukturiert zu erheben. Hierfür wurden zunächst Gespräche mit den Verantwortlichen der PTK geführt. Im Anschluss wurde eine Tabelle mit Kriterien erstellt, welche Merkmale aller Mitwirkenden der PTK analysiert werden sollten. Hierzu gehörte die Berufsbezeichnung, Beschäftigungsumfang, Anstellungsverhältnis, Qualifikationen, Berufsbezeichnung und Erfahrung. Ferner wurden Zeitanalysen vor Ort durchgeführt, Informationen bei der Personalabteilung eingeholt und Informationen aus dem Dokumentationssystem extrahiert.

Zusätzlich wurden im Arbeitspaket 1 – der retrospektiven Datenanalyse – Zeiten patientennaher Tätigkeiten von Ärzt*innen und Pflegenden in der PTK erfasst. Ebenfalls wurde dokumentiert, welche weiteren Berufsgruppen an der Patient*innenversorgung während der Behandlungstage in der PTK in die Versorgung involviert waren.

Somit lassen sich zum einen die Zusammenstellung des multidisziplinären Teams darstellen und zum anderen durchschnittliche Befassungszeiten.

4. PTK am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau – quantitative und qualitative Ergebnisse

Nachdem die Datenerhebungen abgeschlossen waren, wurden die Inhalte ausgewertet und analysiert und nun im Folgenden dargestellt.

4.1 Kennzeichen der PTK-Praxis im Vergleich zu SAPV und PST: quantitative Ergebnisse der retrospektiven Datenerhebung

Die PST der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau wurde 2007, die PTK am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau im Rahmen eines Modellprojektes 2012 etabliert. Die SAPV am Bayerischen Untermain, die in Trägerschaft des dortigen Hospizvereins liegt, besteht seit 2013.

Die Datenextraktion von jeweils 200 Patient*innendokumentationen der jeweiligen Versorgungsstruktur (PST, PTK, SAPV) im Zeitraum von 03.05.2018 bis 31.12.2019 bildet die Datenbasis. Es wurden ausschließlich Patient*innendaten berücksichtigt, deren Dokumentation am 31.12.2019 abgeschlossen war. Um die jeweils 200 Dokumentationen neutral auszuwählen, wurden in Frage kommende Dokumentationen vom 31.12.2019 rückwärtig eingeschlossen.

4.1.1 Allgemeine Patient*innenmerkmale

Um zunächst eine Übersicht zu den Patient*innengruppen zu erhalten, werden die allgemeinen Patient*innenmerkmale dargestellt. Hierzu gehören Soziodemografika (wie Wohnsituation, Alter), die Diagnosen und die Grunderkrankungen. Im Anschluss werden Daten des komplexen Symptomgeschehens, ECOG und MIDOS zum Eintritt und beim Austritt in/ aus der jeweiligen Versorgungsstruktur dargestellt.

4.1.1.1 Soziodemografika

Bei den Soziodemografika wurde die Wohnsituation der Patient*innen betrachtet, aufgeteilt in die einzelnen Stationen. Es fällt auf, dass der größte Teil der Patient*innen mit Angehörigen zusammenwohnt. Der Anteil ist in allen drei Settings ungefähr gleich hoch, jedoch in der SAPV am höchsten. Ebenfalls wohnt ein gewisser Anteil noch allein. Auf der PST sind es 30,5%, wohingegen es in der SAPV nur 3,5% sind. Ein geringer Anteil wohnt im Pflegeheim. Auf der PST sind es nur 0,5% und in der PTK 2,5%. In der SAPV sind es mit 12% deutlich mehr.

Wohnsituation	PST	SAPV	PTK
Allein	62 (30,5%)	7 (3,5%)	47 (23,5%)
Pflegeheim	1 (0,5%)	24 (12%)	5 (2,5%)
Mit Angehörigen	138 (68%)	167 (83,5%)	143 (71,5%)
Hospiz	0	2 (1%)	0
Sonstiges	1 (0,5%)	0	0
unbekannt	1 (0,5%)	0	5 (2,5%)

Tabelle 1: Wohnsituation der Patient*innen je Versorgungsform

4.1.1.2 Krankheitsbilder

Die Krankheitsbilder der Patient*innen wurden in metastasierende Tumorerkrankungen, neurologische Erkrankungen und internistische Erkrankungen eingeteilt. Tabelle 2 zeigt die jeweils angegebenen Hauptdiagnosen der Patient*innen. Eine Mehrfachnennung war möglich. Tabelle 3 zeigt die Grunderkrankung detailliert. Es fällt auf, dass in allen drei Versorgungssettings der Großteil der Patient*innen eine metastasierende Tumorerkrankung hat. Neurologische und internistische Erkrankungen sind eher weniger vertreten, jedoch kommen diese häufiger in der SAPV vor.

Diagnose	PST	SAPV	PTK
Tumorerkrankung (metastasiert)	93,6 % (78,81%)	91 % (64 %)	98,5 % (69,5 %)
Neurologische Erkrankung	1,48 %	9,5 %	0,5 %
Internistische Erkrankung	7,88 %	17,5 %	6 %

Tabelle 2: Grunderkrankungen behandelter Patient*innen in der jeweiligen Versorgungsform

Grunderkrankung	PST (metastasiert)	SAPV (metastasiert)	PTK (metastasiert)
Hirntumore	4 (0)	9 (1)	2 (1)
Mund-/Kiefer-/Gesichts- NPL (Neoplasien)	5 (3)	6 (1)	5 (2)
Lungen-/ Bronchial- NPL	35 (34)	30 (25)	35 (28)
Mamma NPL	22 (22)	14 (14)	33 (30)
Ovaril-/Uterus-/cervix- NPL	13 (12)	11 (11)	15 (10)
Ösophagus-/Magen-/Pankreas-/Leber-/Galle- NPL	42 (33)	35 (24)	41 (27)
Colon-/Sigma-/Rektum- NPL	17 (16)	21 (20)	26 (22)
Nierenzell-/Urothel-/Prostata- NPL	23 (20)	19 (18)	19 (17)
hämatologische/lymphatische Erkrankungen	7 (3)	13 (1)	10 (2)
neurologische Grunderkrankung	3	19	1
internistische Grunderkrankung	6	14	0
COPD GOLD 1	0	0	0

Grunderkrankung	PST (metastasiert)	SAPV (metastasiert)	PTK (metastasiert)
COPD GOLD 2	0	0	0
COPD GOLD 3	0	0	1
COPD GOLD 4	1	5	2
Herzinsuffizienz NYHA 1	0	0	0
Herzinsuffizienz NYHA 2	1	1	0
Herzinsuffizienz NYHA 3	0	4	1
Herzinsuffizienz NYHA 4	2	8	2
Leberzirrhose CHILD A	1	0	2
Leberzirrhose CHILD B	2	0	2
Leberzirrhose CHILD C	3	3	2
Sonstige Erkrankungen	22 (17)	24 (13)	11 (6)

Tabelle 3: Grunderkrankungen detailliert

4.1.1.3 Zuweisende

Als nächstes wurden die Zuweisenden betrachtet. Es wurde zum einen die Versorgung der jeweiligen Patient*innen vor Eintritt untersucht. Man sieht, dass die meisten Patient*innen der PST vorher im Krankenhaus behandelt wurden. In der SAPV war es bei den meisten eine Behandlung durch die/ den Hausärzt*in und in der PTK eine Versorgung durch Onkolog*innen oder die jeweilige Fachärzt*in (siehe Tabelle 4). Initiator*in einer Behandlung war für Patient*innen der PST meistens das Krankenhaus. In der SAPV erfolgte der Erstkontakt initial in 48,5% der Fälle durch Angehörige (Die Überweisung erfolgte durch Haus- oder Fachärzt*innen). In der PTK sind es unterschiedliche Initiator*innen, meistens waren es jedoch das Krankenhaus, die PST, Hausärzt*innen, Onkolog*innen, oder jeweilige Fachärzt*innen (siehe Tabelle 5).

Betreuung	PST	SAPV	PTK
Krankenhaus	129 (63,6%)	3 (1,5%)	14 (7%)
Hospiz	1 (0,5%)	0	0
Hausärzt*in	23 (11,3%)	183 (91,5%)	30 (15%)
Onkolog*in/Fachärzt*in	13 (6,4%)	14 (7%)	152 (76%)
SAPV	2 (1%)	0	0
PST	1 (0,5%)	0	2 (1%)
PTK	34(16,7%)	0	0
Unbekannt	0	0	2 (1%)

Tabelle 4: Versorgung vor Eintritt in die jeweilige Versorgungsform

Initiator*in	PST	SAPV	PTK
Krankenhaus	131 (64,5%)	32 (16%)	54 (27%)
PST	3 (1,5%)	9 (4,5%)	41 (20,5%)
PTK	31 (15,3%)	3 (1,5%)	0
SAPV	3 (1,5%)	0	1 (0,5%)
Hausärzt*in	27 (13,3%)	33 (16,5%)	34 (17%)
Onkolog*in/Fachärzt*in	8 (3,9%)	11 (5,5%)	52 (26%)
Angehörige	0	97 (48,5%)	4 (2%)
Unbekannt	0	15 (7,5%)	14 (7%)

Tabella 5: Initiator*in der Behandlung

4.1.2 Symptomatik

4.1.2.1 komplexes Symptomgeschehen

In diesem Kapitel wird dargestellt, von wie vielen komplexen Symptomgeschehen nach G-BA Richtlinie die Patient*innen jeweils betroffen sind. Nach G-BA sind komplexe Symptomgeschehen die folgenden: Neurologische/ psychiatrische/ psychologische Symptomatik, Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden, respiratorische/kardiologische Symptomatik exulzerierende/ ulcerierende Wunden/ Tumore, urogenitale Symptomatik, sonstiges komplexes Symptomgeschehen. [11]

In der SAPV Versorgung haben die meisten Patient*innen (insgesamt ca. 60%) vier oder fünf komplexe Symptomgeschehen.

Patient*innen der PST haben mit fünf komplexen Symptomgeschehen die stärkste Ausprägung.

In der PTK sind die allermeisten Patient*innen (nämlich ca. 75%) von drei oder vier Symptomkomplexen betroffen.

Laut G-BA Richtlinie ist eine spezialisierte Palliativversorgung indiziert, sobald ein komplexes Symptomgeschehen bei einer/m Patient*in vorliegt [11]. Die Daten zeigen, dass für alle Patient*innen in allen drei Versorgungsformen eine spezialisierte Palliativversorgung indiziert ist.

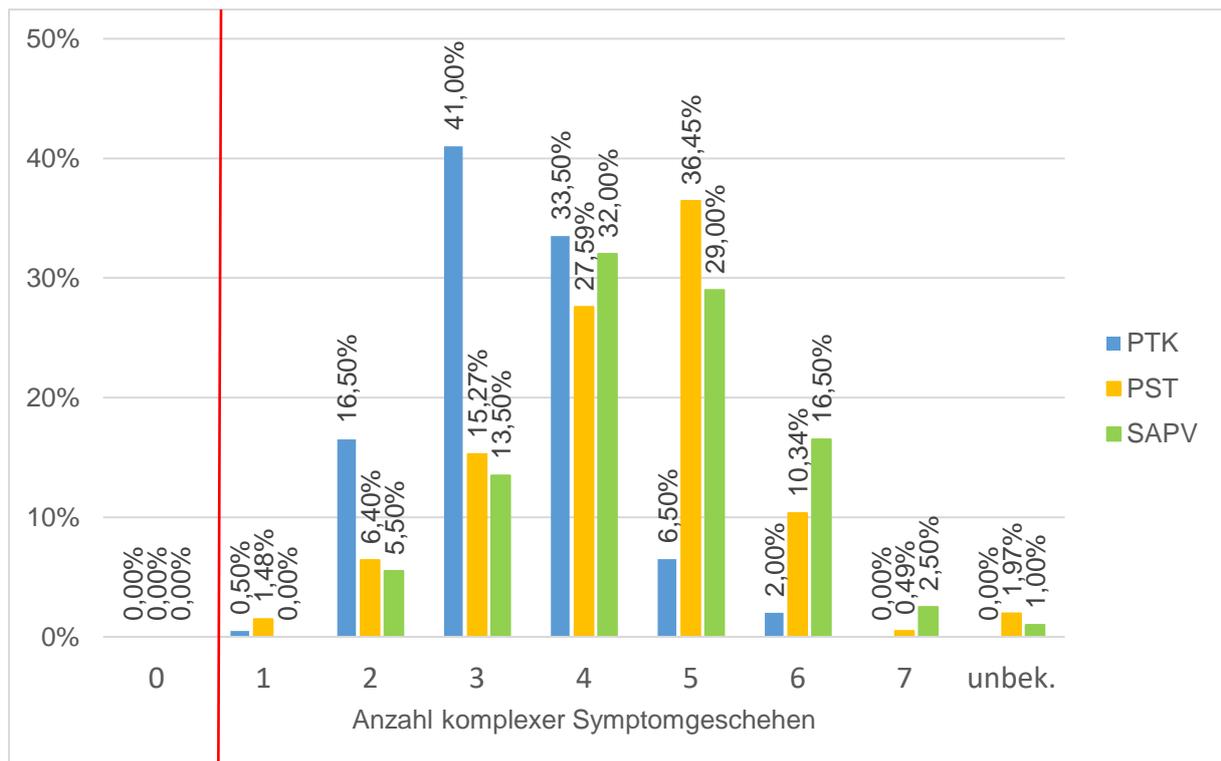


Abbildung 4: Anzahl komplexer Symptomgeschehen je Versorgungsform

4.1.2.2 ECOG

Der ECOG Status zeigt den Aktivitätsstatus der Patient*innen - bei Eintritt in die jeweilige Versorgungsform und beim Austritt. Die Spanne des ECOG reicht von ECOG 0 „normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung“ bis zu ECOG 5 „der Tod“.

Beim ECOG 1 sind Patient*innen bei körperlicher Anstrengung eingeschränkt, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) ist möglich. Gehfähigkeit und Selbstversorgung sind beim ECOG 2 möglich, aber die Betroffenen sind nicht arbeitsfähig, können aber mehr als 50% der Wachzeit aufstehen.

Mit ECOG 3 ist nur noch eine begrenzte Selbstversorgung möglich und 50% oder mehr der Wachzeit sind Patient*innen an Bett oder Stuhl „gebunden“. ECOG 4 meint die gänzliche Pflegebedürftigkeit, wobei keinerlei Selbstversorgung möglich ist und Betroffene völlig an Bett oder Stuhl „gebunden“. ECOG 5 ist der Tod. Zu sehen ist, dass Patient*innen der PTK bei Eintritt am häufigsten mit ECOG 2 vertreten sind (39,5%) (siehe Abbildung 5).

In der SAPV ist die Kurve leicht verschoben, hier liegt der Eintritt in die Versorgungsform meist beim ECOG 3 (42,5%).

Auf der PST ist die Belastbarkeit der Patient*innen am niedrigsten. Hier treten die meisten Patient*innen mit einem ECOG von 4 ein (55,67%).

Beim Austritt haben sich die Kurven deutlich verändert. Zu sehen ist, dass die allermeisten Patient*innen, 91,5%, in der SAPV versterben. Auch auf der PST verstorbt ein großer Anteil der Patient*innen (58,6%). Jedoch ist der Status nach Austritt aus der Palliativstation für 33% der Patient*innen unbekannt (33%).

Die Kurve der PTK unterscheidet sich sichtlich von den anderen beiden Versorgungsformen. Beim Austritt sind deutlich weniger Patient*innen im ECOG 1 (19%) vertreten. Die meisten haben einen ECOG von 2 (34%) oder 3 (34,5%). Zwischen ECOG 3 (25,5%) und 4 (4%) ist der stärkste Rückgang der Patient*innen zu sehen. Hier folgt häufig eine stationäre Aufnahme, denn wie man beim Eintritt der Palliativstation sieht, ist der ECOG Status bei Aufnahme hier meistens bei 4.

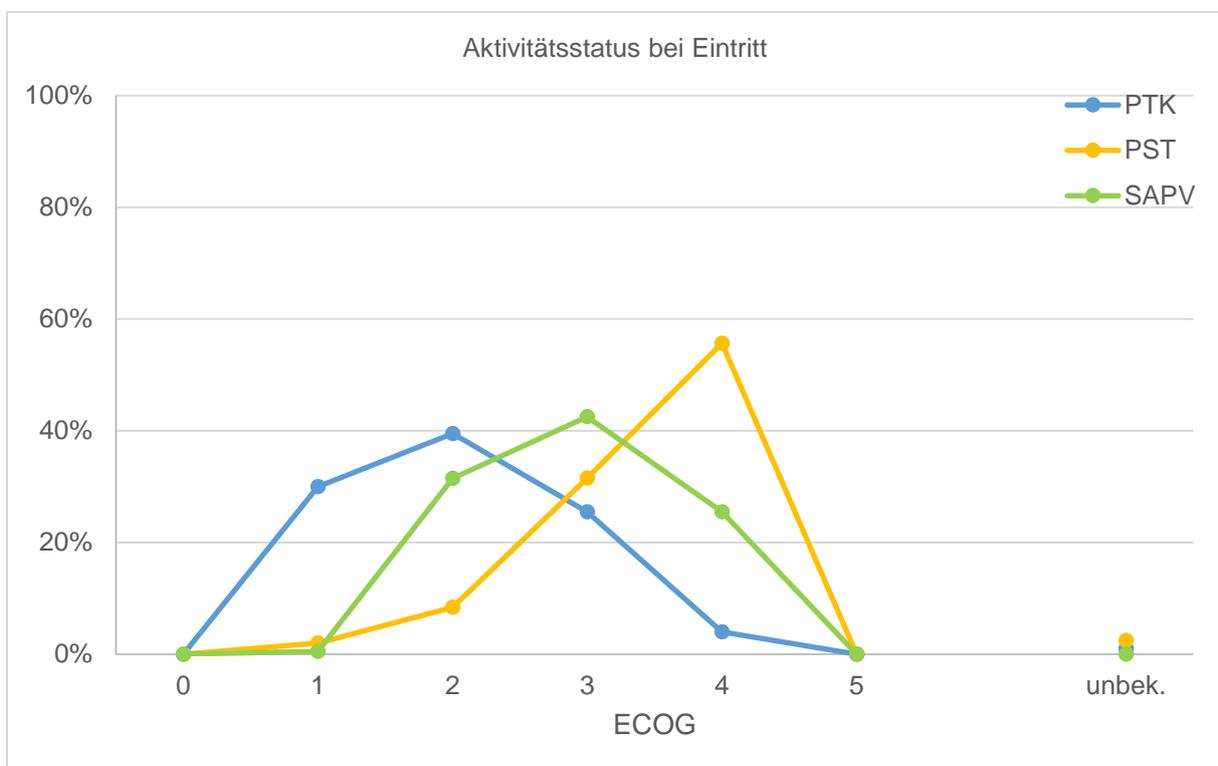


Abbildung 5: Aktivitätsstatus bei Eintritt in die jeweilige Versorgungsform

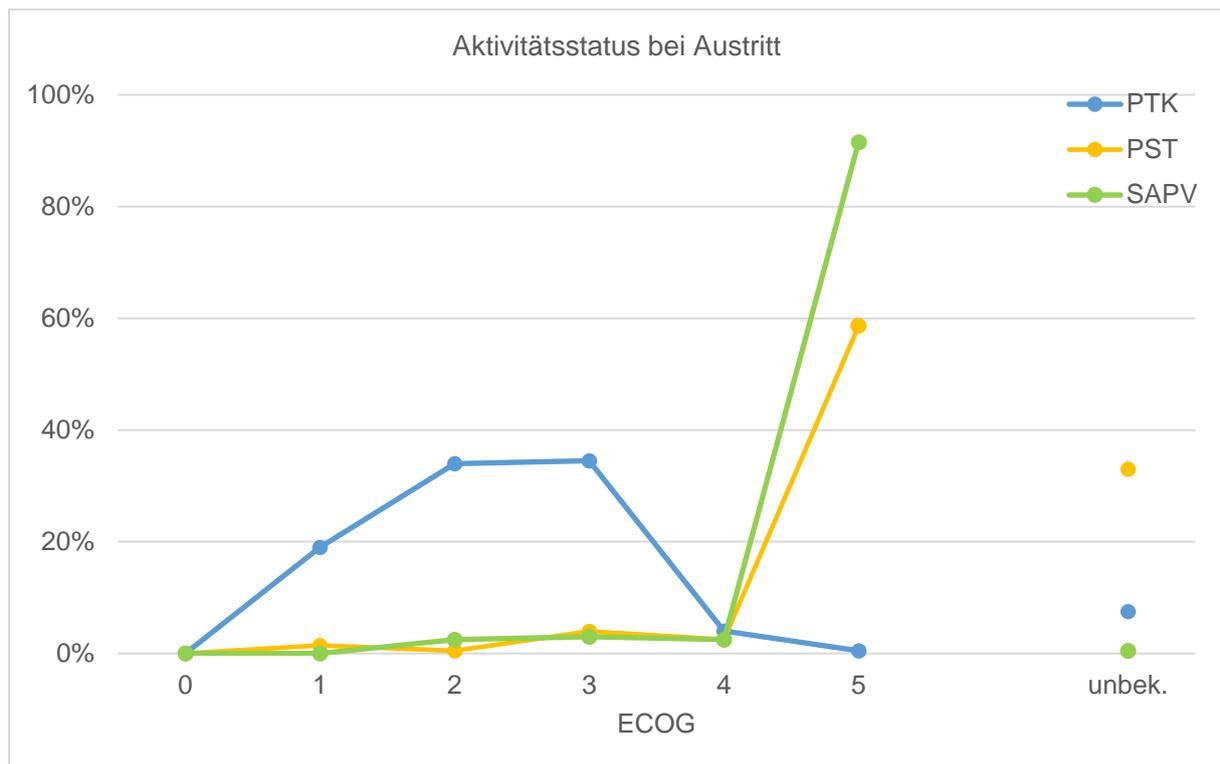


Abbildung 6: Aktivitätsstatus bei Austritt aus der jeweiligen Versorgungsform

Patient*innen der PTK sind diesen Indikatoren nach zu urteilen in einem früheren Stadium ihrer Erkrankung als Patient*innen der Palliativstation und der SAPV.

4.1.2.3 Fachärztliche Parallelbehandlung

Auch hinsichtlich der krankheitsspezifischen fachärztlichen Parallelbehandlung sieht man deutliche Unterschiede.

Knapp 60% der Patient*innen der PST erhielten keine fachärztliche Parallelbehandlung, 40% hingegen erhielten eine.

In der SAPV Versorgung wird sichtbar, dass nur 2,5% der Patient*innen eine fachärztliche Parallelbehandlung erhielten, 97,5% nicht mehr, denn eigentlich werden Patient*innen nur durch die SAPV versorgt, wenn es keine fachärztliche Parallelbehandlung und Therapie mehr gibt.

In der PTK ist das fast genau umgekehrt. Hier erhielten noch 82,5% eine fachärztliche Parallelbehandlung und nur 17,5% erhielten keine Parallelbehandlung mehr. Auch hier wird der Ansatz der Frühintegration von Palliativpatient*innen in der PTK deutlich.

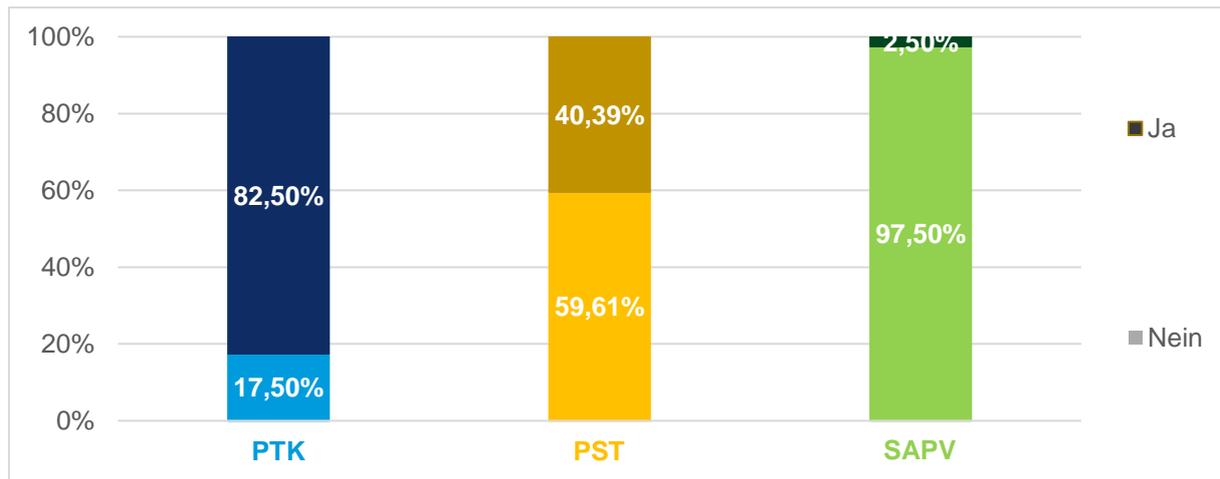


Abbildung 7: fachärztliche Behandlung nach Versorgungsform

4.1.2.4 MIDOS

Aspekte des MIDOS sollten in der Datenerhebung ebenfalls dokumentiert werden. Aufgrund häufig fehlender Werte und damit geringer Aussagekraft, wurde sich jedoch dagegen entschieden, diesen Aspekt mit in die Analyse einzubeziehen.

4.1.3 Behandlung

4.1.3.1 Ernährung

Unterschiede gibt es auch in den verschiedenen Behandlungen. Es wurde zum einen die Ernährung erfasst. Die enterale Ernährung ist bei allen Versorgungsformen ähnlich hoch, jedoch ist sie in der PTK am höchsten. Alle PTK Patient*innen ernährten sich während der Behandlungszeit dort enteral. Die parentale Ernährung ist vergleichsweise niedrig, allerdings ist sie in der PST (41 Pat.) am häufigsten vertreten. Die Beratung zu Ernährungsfragen kommt auf der PST sieben Mal vor. In der SAPV Versorgung wurde diese bei 15 von 200 Patient*innen dokumentiert.¹ In der PTK erhielten 190 der erhobenen 200 Patient*innen eine Beratung.

¹ Eine Beratung zu Ernährungsfragen im Alltag erfolgte natürlich bei fast allen Patient*innen.

Ernährung	PST	SAPV	PTK
selbstständig essen	176	174	200
parenteral	41	14	19
Beratung	7	15	190

Tabelle 6: Ernährung je nach Versorgungsform

4.1.3.2 Transfusion Erythrozytenkonzentrate

Des Weiteren wurde die Häufigkeit von Transfusion erhoben, hier zum einen der Erythrozytenkonzentrate. Zu sehen ist, dass diese bei 11,3% der Patient*innen auf der PST durchgeführt wurde. Durch das SAPV Team fand keine Transfusion statt. Bei Bedarf fanden diese über mitbetreuende Fachärzt*innen oder in entsprechender Einrichtung statt. In der PTK haben 8% die Infusion erhalten. Insgesamt wurden in der PTK auch die meisten Infusionen verabreicht, nämlich 56. Auf der PST wurden 52 verabreicht.

Transfusionen Erythrozytenkonzentrate	Anzahl Pat.	Summe
PST	23 (11,3%)	52
SAPV	0	0
PTK	16 (8%)	56

Tabelle 7: Anzahl Transfusionen Erythrozytenkonzentrate je Versorgungsform

4.1.3.3 Transfusion Humanalbumin

Humanalbumin als Transfusion wurde ebenso erhoben. Auch hier finden keine Infusionen durch das SAPV Team statt, sondern werden bei Bedarf über mitbetreuende Fachärzt*innen oder in entsprechender Einrichtung veranlasst. 19 Patient*innen auf der PST – das entspricht 9,4% - erhielten insgesamt 115 Humanalbumin Transfusionen. Die PTK hebt sich deutlich ab, von 200 Patient*innen erhielten 29 (14,5%) insgesamt 410 Infusionen. Das ist deutlich mehr als in den beiden anderen Versorgungsformen.

Transfusionen Humanalbumin	Anzahl Pat. (%)	Summe
PST	19 (9,4%)	115
SAPV	0	0
PTK	29 (14,5%)	410

Tabelle 8: Anzahl Transfusionen Humanalbumin je Versorgungsform

4.1.3.4 Invasive Maßnahmen

Ein weiterer Aspekt, der in der retrospektiven Datenanalyse erhoben wurde, war die Häufigkeit von invasiven Maßnahmen während der Behandlungstage. Beispielhaft wurden die Daten für die Anzahl an Punktionen - wie Aszitesdrainage und Pleuradrainage - ausgearbeitet. Hierfür wurden die Behandlungstage und die Anzahl der durchgeführten Punktionen je ins Verhältnis gesetzt.

Auf der Station fanden an 2% aller Behandlungstage Punktionen statt, bei der SAPV an 1% der Tage. In der PTK hingegen wurden an 1199 Behandlungstagen 209 Punktionen durchgeführt. Das entspricht 17%. Das macht deutlich, dass invasive Maßnahmen in der PTK deutlich häufiger durchgeführt werden.

Die Zahl der Behandlungstage ist so unterschiedlich, weil Patient*innen auf Station und in der SAPV in der Regel täglich behandelt werden in der Zeit des Aufenthaltes, während tagesklinische Patient*innen in regelmäßigen Abständen – also nicht täglich- versorgt werden.

	PTK	PST	SAPV
Gesamtzahl Behandlungstage	1199	2657	2821
Gesamtzahl Punktionen	209	53	33
Gesamtzahl Punktionen in %	17	2	1

Tabelle 9: Invasive Maßnahmen während der Behandlungstage je Versorgungsform

4.1.3.5 Schmerztherapie

Auch in der Schmerztherapie lassen sich Unterschiede zwischen den drei Versorgungsformen erkennen.

Auf der PST und in der SAPV ist zu sehen, dass die Schmerzmedikation in WHO-Stufe 1 mit nicht-opioiden Medikamenten abnimmt zwischen Ein- und Austritt. Die Medikation in WHO Stufe 3 mit stark wirksamen Opioiden zur Linderung der Symptomlast hingegen steigt deutlich zwischen Ein- und Austritt. Weitere koanalgetische Medikamente wie z.B. Antidepressiva oder Antiepileptika -als begleitende Schmerzmedikamente- werden zwischen Ein- und Austritt in SAPV und PST reduziert.

In der PTK sieht man, dass bei Eintritt bei einigen Patient*innen erst mit einer Schmerztherapie der WHO Stufe 1 begonnen wird und auch Medikamente der Stufe 2 und 3 bei Austritt stärker vertreten sind. Die koanalgetische Medikation wird erst etabliert und nicht - wie in SAPV und PST - heruntergefahren.

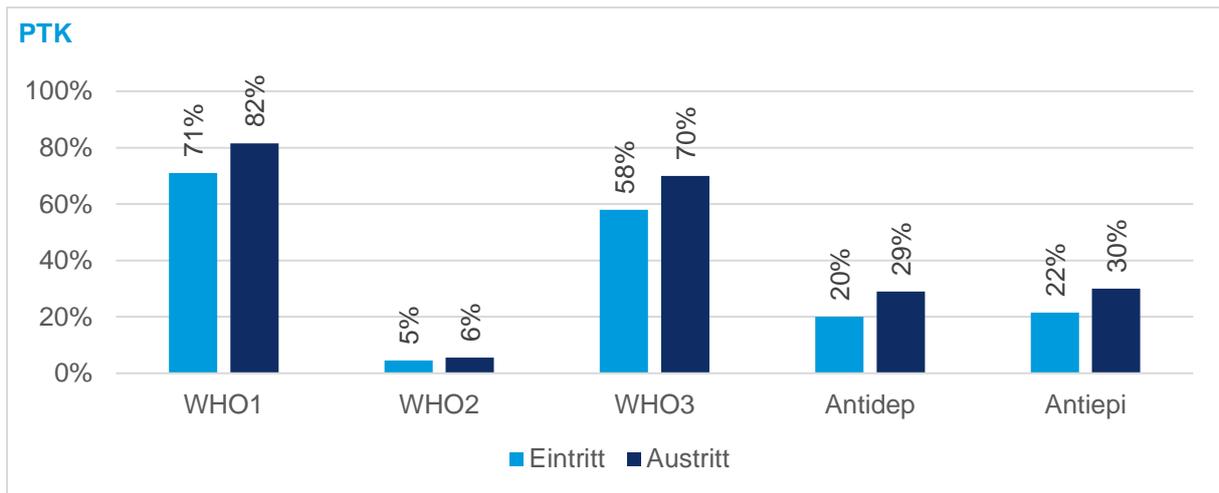


Abbildung 8: Schmerzmedikation Ein- und Austritt in der PTK

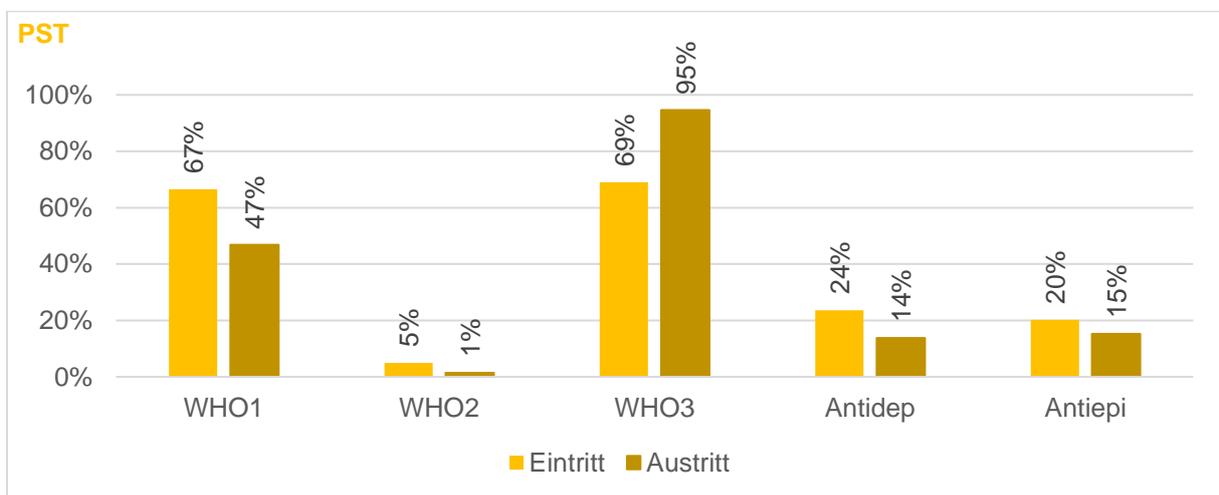


Abbildung 9: Schmerzmedikation Ein- und Austritt in der PST

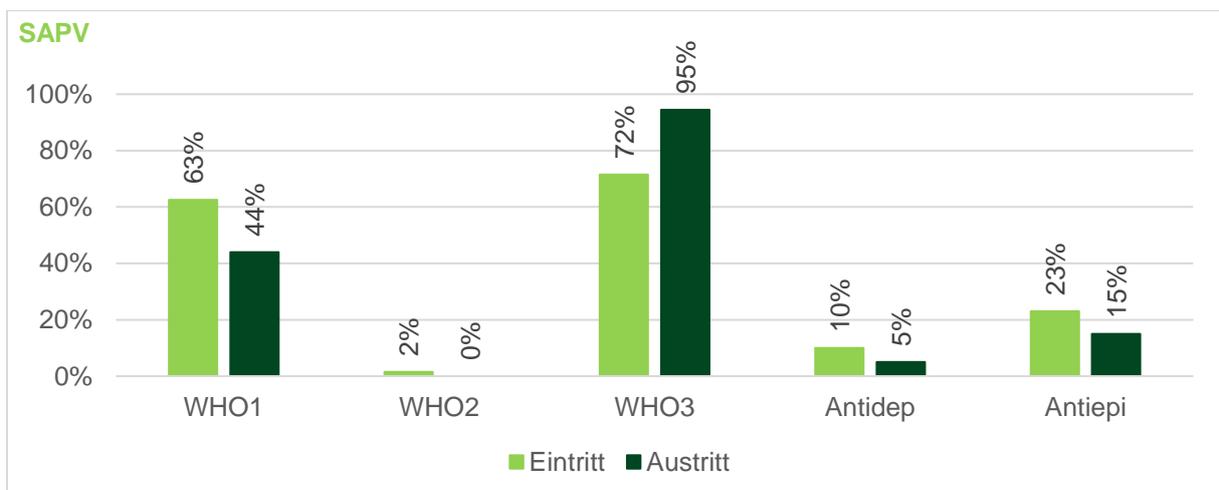


Abbildung 10: Schmerzmedikation Ein- und Austritt in der SAPV

4.1.3.6 Weitere Medikation

Weiter werden Medikamente zur Behandlung von Begleiterkrankungen bei SAPV und auf der PST reduziert.

Zusammengefasst zeigt sich also ein Wechsel der Medikation im stationären Umfeld und bei SAPV in Richtung Symptomkontrolle. Sie steht im Fokus in einer weit fortgeschrittenen palliativen Situation und nicht mehr die Behandlung von Begleiterkrankungen.

In der PTK spielt die Optimierung der Therapie und Weiterbehandlung bestehender Komorbiditäten bei Patient*innen eine Rolle. Das zeigen z.B. die Antiinfektiva, Diuretika, Antipsychotika und auch der hohe Anteil an Antihypertensiva im Vergleich zu SAPV und PST. Der Vergleich der Medikation zwischen den drei Versorgungsformen zeigt, dass tagesklinische Patient*innen zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung in die Palliativversorgung integriert werden. Der Level an Medikation zur Behandlung von Begleiterkrankungen ist deutlich höher als in SAPV und auf Station. Das spiegeln auch der gerade dargestellte ECOG Status und die fachärztliche Parallelbehandlung wider.

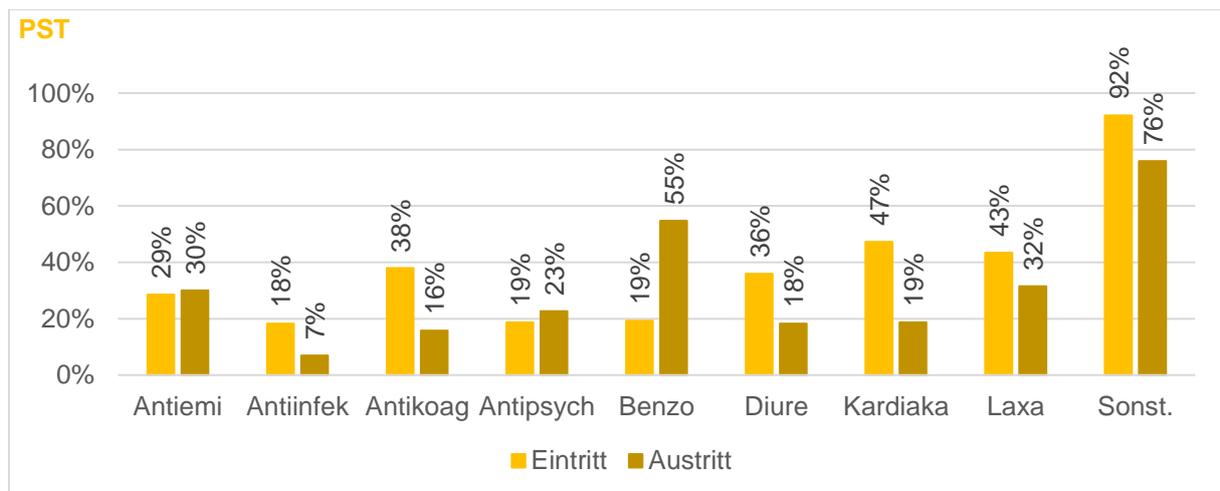


Abbildung 11: Weitere Medikamente bei Ein- und Austritt in der PST

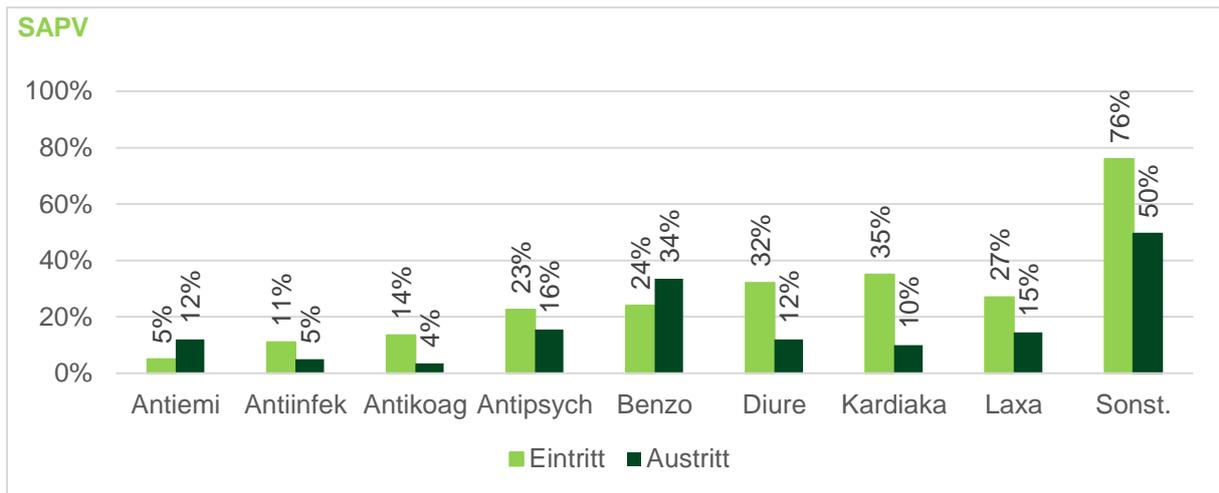


Abbildung 12: Weitere Medikamente bei Ein- und Austritt in der SAPV

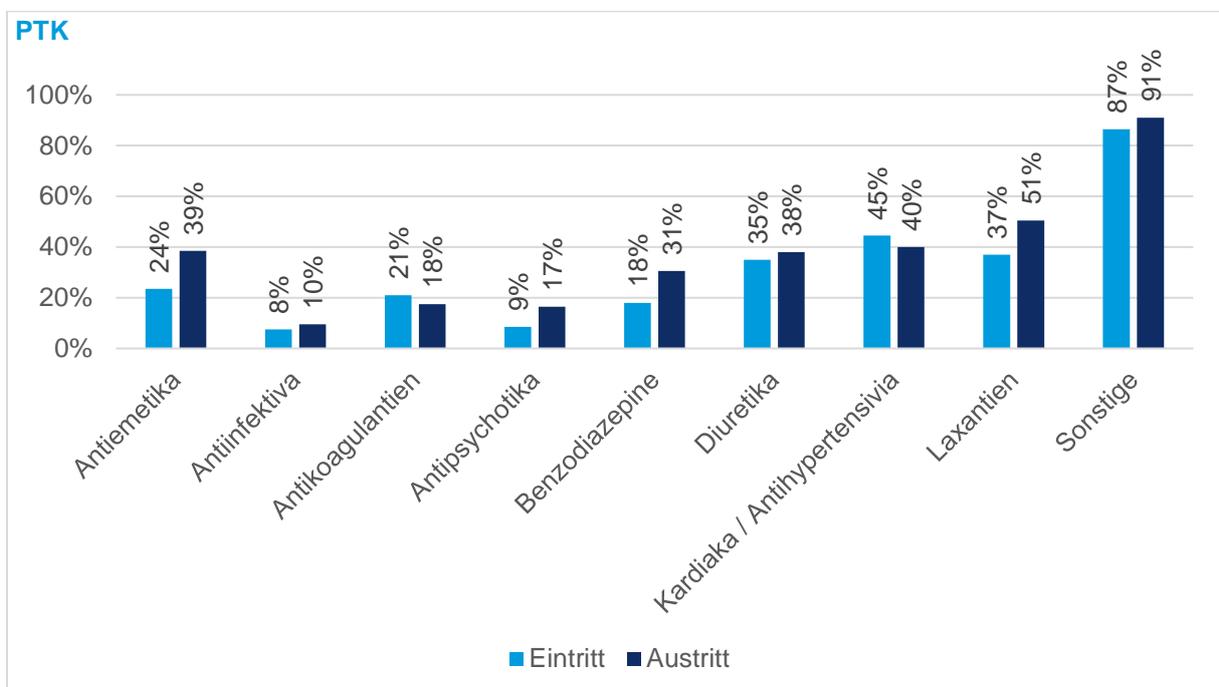


Abbildung 13: Weitere Medikamente bei Ein- und Austritt in der PTK

4.1.3.7 Ärztlich konsiliarische Mitbehandlung

In der SAPV Versorgung gab es bei 2,5% eine fachärztliche Parallelbehandlung (siehe Kapitel 4.1.2.3). Bei 7 Patient*innen haben 14 Kontakte zu Fachärzt*innen stattgefunden. Die Anzahl auf der PST und in der PTK ist deutlich höher. In der PTK wurden 68 Patient*innen bei insgesamt 100 Konsilen mitbehandelt. Auf der PST wurden 57 Patient*innen mitbehandelt und es fanden bei diesen Patient*innen insgesamt 174 Konsile statt.

4.1.4 Diagnostik

Bei den verschiedenen Diagnostiken sieht man, dass die invasive Diagnostik und die Radiologie wenig genutzt werden. Die Sonographie wird hingegen deutlich häufiger angewandt. Hier ist die Anzahl der Patient*innen in der PTK am höchsten. Eine Labordiagnostik findet in der SAPV selber nicht statt, wird aber falls notwendig über Haus- bzw. Fachärzt*innen oder entsprechende Einrichtung veranlasst. In der PTK und der PST ist die Anzahl deutlich höher. In der Pathologie werden ebenfalls nur wenig Patient*innen diagnostiziert. Hier ist jedoch der Anteil der PTK ein wenig höher als auf der PST, wie Tabelle 10 zeigt.

	Invasiv	Radiologie	Sonografie	Labor	Pathologie
PST	14	10	95	123	34
SAPV	0	0	26	0	0
PTK	2	5	121	108	39

Tabelle 10: Formen der Diagnostik je Versorgungsform

4.1.5 Beendigung der Versorgungsform und Weiterbehandlung

Die Beendigung der Behandlung in der jeweiligen Versorgungsform ist ein weiterer Punkt, der analysiert wurde. Hier wurde die jeweilige Entlassung/ Weiterbehandlung oder das Versterben erfasst.

Auf der PST verstirbt der größte Anteil der dort aufgenommenen Patient*innen (60,1%). 15,8% werden weiter verwiesen an die PTK und nur 5,4% der PST Patient*innen nehmen im Anschluss SAPV Leistungen in Anspruch. In der SAPV versterben 92% der dort Behandelten. 4,5% wurden in der AAPV weiter versorgt. In der PTK sind die Optionen der Weiterbehandlung breiter aufgeteilt. Circa ein Drittel (35,5%) werden im Anschluss auf der PST weiterbehandelt. 16,5% der Patient*innen werden nach der Behandlung in der SAPV weiter versorgt. Ein kleiner Patient*innenanteil verstirbt während der Behandlungszeit in der PTK (13%).

Entlassung/ Weiterbehandlung	PST	SAPV	PTK
PST	0	1 (0,5%)	71 (35,5%)
Krankenhaus	4 (2%)	0	12 (6%)
Hospiz	18 (8,9%)	5 (2,5%)	5 (2,5%)
Pflegeheim	4 (2%)	1 (0,5%)	0
SAPV	11 (5,4%)	0	33 (16,5%)
AAPV	12 (5,9%)	9 (4,5%)	10 (5%)
PTK	32 (15,8%)	0	25 (12,5%)

Verstorben	122 (60,1%)	184 (92%)	16 (13%)
Unbekannt	0	0	28 (14%)

Tabelle 11: Entlassung/Weiterbehandlungen je Versorgungsform

4.1.5.1 Behandlungsdauer und Behandlungstage

Neben dem Versorgungszeitraum, also der Zeitraum vom Eintritt bis zum Austritt in bzw. aus der jeweiligen Versorgungsform wurden die Behandlungstage² erhoben.

Auf der PST wurden Daten von 203 Patient*innen einbezogen. Diese wurden insgesamt 2657 Tage in dieser Versorgungsform behandelt, da an jedem dieser Tage im Versorgungszeitraum auch eine Behandlung durch persönlichen Kontakt zu Behandler*innen stattfand, deckt sich die Zahl mit den Behandlungstagen. Pro Patient*in ergibt sich damit im Durchschnitt eine Verweildauer von 13 Tagen und gleichzeitig 13 Behandlungstagen auf der PST. Patient*innen wurden dabei mindestens einen Tag versorgt, maximal 41 Tage.

In der SAPV befanden sich die 200 eingeschlossenen Patient*innen insgesamt 5552 Tage in dieser Versorgungsform. Dabei kam es insgesamt zu 2821 Hausbesuchen. Im Durchschnitt wurden Patient*innen im betrachteten Zeitraum also über 28 Tage in dieser Versorgungsform versorgt, wobei es in diesem Zeitraum zu durchschnittlich 14 Behandlungstagen kam. Der Versorgungszeitraum reicht dabei von einem Tag zu 258 Tagen und die Behandlungstage von einem Tag bis zu maximal 60 Tagen.

In der teilstationären Versorgungsform der PTK blieben die 200 eingeschlossenen Patient*innen insgesamt 22874 Tage. Im Durchschnitt also 114 Tage (Median 61 Tage). Die minimale Zeit der Versorgung lag bei einem Tag, die maximale bei 714. Innerhalb der 22874 Tage, die sich Patient*innen innerhalb der Versorgungsform befanden, wurden insgesamt 1199 Behandlungstage wahrgenommen. Das entspricht im Durchschnitt 6 Behandlungstagen, bei minimal einem Behandlungstag und maximal 54 (Median 4 Tage).

Für die PTK wurden ebenfalls Daten zu telefonischen Beratungsgesprächen erfasst. Insgesamt haben 101 der 200 Patient*innen diese Beratung wahrgenommen. Im Erhebungszeitraum kam es zu 204 Telefonaten, minimal zu einem und maximal zu 13.

Weitere koordinative Angelegenheiten übernahm die PTK für 60 Patient*innen, insgesamt 96 Mal (minimal einmal und maximal sieben Mal).

		Anzahl Pat.	Gesamt	Mittel	Max.	Min.	Median
PST		n=203					
	Behandlungszeitraum (in Tagen)		2657	13,08	41	1	12
	Behandlungstage	bei 203	2657	13,08	41	1	12

² In der SAPV wurden dafür jeweils die Hausbesuche durch das multiprofessionelle Team erhoben.

		Anzahl Pat.	Gesamt	Mittel	Max.	Min.	Median
SAPV		n=200					
	Behandlungszeitraum (in Tagen)		5552	27,76	258	1	16
	Hausbesuche	bei 200	2821	14,1	60	1	10
PTK		n=200					
	Behandlungszeitraum (in Tagen)		22874	114,37	714	1	61
	Behandlungstage	bei 200	1199	6	54	1	4
	Persönliche Beratung	bei 101	204	2,1	13	1	1
	Koordination	bei 60	96	1,66	7	1	1

Tabelle 12: Behandlungszeitraum und -tage je Versorgungsform

4.2 Die Sicht der Zuweisenden

Zwischen 11/2020 und 3/2021 wurden zuweisende Ärzt*innen postalisch mittels Fragebogen befragt. 76/96 Fragebögen (79%) waren rückläufig; 73 (76%) wurden ausgewertet. Die hohen Rückläufe deuten an, dass die PTK einen großen Stellenwert für Zuweisende hat. Von den Befragten waren 57,5 % männlich; 37% waren zwischen 51 und 60 Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass v.a. niedergelassene Hausärzt*innen (57%) oder Onkolog*innen (28%) teilnahmen. 12% hatten die Weiterbildung Palliativmedizin absolviert und arbeiteten im Durchschnitt seit 18,5 Jahren mit Palliativpatient*innen. Im Mittel wurden in sechs Jahren 24 Patient*innen (Range 1-200) an die PTK überwiesen. 96% bejahten, dass durch die Behandlung stationäre Aufenthalte hinausgezögert oder vermieden wurden. 97% gaben an, dass die Symptomkontrolle durch die PTK verbessert wurde. Alle Befragten fanden, dass Patient*innen sehr oder eher gut von der medizinischen und 93% eher oder sehr gut von der psychosozialen Behandlung profitieren. 58% antworteten, dass der zeitliche Aufwand für Patient*innen gesunken ist, was auch einen zeitlichen Vorteil für die eigene Arbeit bedeutet. Als Alternative sahen die Befragten mit 48,2% das Krankenhaus (Mehrfachantworten möglich). Mit durchschnittlich 24 überwiesenen Patient*innen wird das Modellprojekt der PTK von Befragten rege beansprucht.

Frage	In %					
	Sehr schlecht	Eher schlecht	Mittel	Eher gut	Sehr gut	Keine Angabe
Wie empfinden Sie insgesamt die Zusammenarbeit mit der PTK?	1,4	0	1,4	12,3	84,9	0
Wie empfinden Sie die Kommunikation mit der PTK?	1,4	0	4,1	15,1	79,5	0
Inwieweit konnte die Behandlung in der PTK Ihre ärztliche Arbeit unterstützen?	0	0	2,7	23,3	74,0	0
Inwieweit konnten von Ihnen überwiesene Patient*innen Ihrer Meinung nach von der medizinischen Versorgung in der PTK profitieren?	0	0	0	11,0	86,3	2,7

Frage	In %					
Inwieweit konnten von Ihnen überwiesene Patient*innen Ihrer Meinung nach von den psychosozialen Angeboten der PTK profitieren?	0	0	4,1	23,3	69,9	2,7
Wie schätzen Sie den Bedarf an einer PTK ein?	0	0	2,7	23,3	72,6	1,4
Die PTK unterstützt SAPV und stationäre Palliativversorgung	0	0	1,4	9,6	87,7	1,4

Tabelle 13: Antworten der Zuweisenden

4.3. Qualitative Ergebnisse: Wirkfaktoren der PTK

Ein Ziel der Evaluation war, Erfahrungen, Zufriedenheit, Herausforderungen und Wünsche von Patient*innen und Angehörigen sowie mögliche Alternativen zur Versorgung in der PTK zu erfassen.

Zwischen 11/2020 und 3/2021 wurden telefonische qualitative Leitfadeninterviews mit Patient*innen der PTK und Angehörigen geführt und inhaltsanalytisch nach Kuckartz mit MAXQDA ausgewertet. Vorgesetzt wurde eine soziodemographische Abfrage. Die Hypothese lautete, dass die Behandlung in der PTK neben körperlicher Symptomkontrolle die psychosoziale Stabilisierung der Patient*innen stützt.

Die Interviewdauer betrug im Durchschnitt 28 Minuten. Das kürzeste Patient*inneninterview dauerte 11 Minuten und das längste 69 Minuten. Bei den Angehörigen dauerte das längste Interview ebenfalls 69 Minuten und das kürzeste 9 Minuten.

4.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 14 zeigt die Anzahl der durchgeführten Interviews, sowie Altersangaben der Teilnehmenden. In Tabelle 15 wird dargestellt, wie die Interviewteilnahmen sich zusammengesetzt haben.

	Patient*innen	Angehörige
Anzahl der Interviews	31	38
Durchschnittliches Alter	68	60
Altersspanne	30-88	34-83

Tabelle 14: Interviewteilnehmende

Anzahl Interviews mit Patient*innen und Angehörigen	Anzahl Interviews nur mit Patient*innen	Anzahl Interviews nur mit Angehörigen
34	14	21

Tabelle 15: Zusammensetzung der Interviewteilnahmen

Vor Beginn des Interviews wurden soziodemografische Hintergründe der Teilnehmenden erhoben. Insgesamt kamen Informationen über 52 Patient*innen zusammen. Bis auf 3 Personen haben oder hatten alle die deutsche Staatsangehörigkeit. Von den 52 Patient*innen waren 49 gesetzlich versichert und 3 privat.

Tabelle 16 zeigt die Beziehung der gemeinsam Teilnehmenden und der von Angehörigen zu Patient*innen, die nicht teilgenommen haben. Tabelle 17 zeigt die Wohnsituation von Patient*innen während der Behandlungszeit in der PTK. Hier waren Mehrfachantworten möglich.

Beziehung	n
Sohn/Tochter	6
Freund*in	4
(Ehe-)Partner*in	27
Eltern	1
Teilnahme ohne Angehörigen	14

Tabelle 16: Beziehung

Wohnsituation während der Behandlung in der PTK	n
mit Partner*in	38
alleine	10
mit anderer Person	7
in Pflegeeinrichtung	1
andere Wohnsituation	4
mit Kind	1

Tabelle 17: Wohnsituation während der Behandlung in der PTK (Mehrfachantwort möglich)

Status Pflegegrad (PG)	n	In %
unbekannt	1	1,9
PG1	0	
PG2	14	26,9
PG3	6	11,5
PG4	3	5,8
PG5	1	1,9
nein	22	42,3
PG ist beantragt	2	3,8
ja, aber welcher ist nicht bekannt	3	5,8

*Tabelle 18: Angaben zum Pflegegrad von Patient*innen der PTK*

Hauptdiagnose	n	In %
Herz-Kreislauf Erkrankung	4	7,7
Krebserkrankung	46	88,5
sonstiges	2	3,8

Tabelle 19: Hauptdiagnose

Versorgungsart	n
SAPV	5
Hausärztlich	49
ambulanter Pflegedienst	6
Essen auf Rädern	2
ambulanter Hospizdienst	2
niedergelassene*r Fachärzt*in	31
anderes	26

Tabelle 20: weitere Versorgung zusätzlich zur PTK (Mehrfachantwort möglich)

Der Anteil der restlichen Versorgung in Tabelle 20 ist jeweils sehr niedrig: 5 Patient*innen waren in der Kardiologie, 3 in der Gynäkologie, 3 in der Radiologie, 5 in der Urologie, 2 in der Diabetologie, 2 in augenärztlicher Behandlung, 2 in der Orthopädie. Jeweils ein/e Patient*in erhielt eine alternative Behandlung, Gastroenterologie, nuklearmedizinische Behandlung, Rheumatologie.

Ungefähr 80% (36 von 52) gaben an, dass ein Krankenhaus Aufenthalt aus Betroffenen-sicht vermieden werden konnte. Nur 20% (13 von 52) waren der Meinung, dass die PTK nicht den stationären Krankenhausaufenthalt hinauszögern konnte. 3 der Befragten waren sich nicht sicher.

4.2.2 Alternative Versorgung

Diese Kategorie wurde deduktiv abgeleitet aus den Zielen der Evaluation. Sie wurde unterteilt in die Subkategorien: Zuweisung / Aufmerksam machen, Erwartungen / Befürchtungen sowie Alternativen zur Behandlung in der PTK.

4.2.2.1 Zuweisung / Aufmerksam machen

Hier wurden alle Aussagen von Patient*innen eingeordnet, die sich inhaltlich auf ihren Weg bzw. die Zuweisung in die PTK beziehen. Insgesamt wurden 32 Aussagen in den Angehörigeninterviews und acht in den Patient*inneninterviews dieser Subkategorie zugeordnet. Patient*innen und Angehörige beschreiben, wie ihr Weg in die PTK begonnen hat. Die Patient*innen berichten, dass Auswirkungen der Chemotherapie und damit verbunden Empfehlungen der zuständigen Onkolog*innen („*Und da hat mich meine Onkologin dorthin überwiesen*“ (1019, Abs.3)) oder die Zuweisung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt die Wege in die PTK waren.

„Ich hab das vom Arzt empfohlen gekriegt, dass ich kommen soll und ich dort dann untersucht und so weiter und beobachtet wird und hab dann das erfahren, wie das ganze Geschehen da abläuft.“ (1010, Abs. 75)

Angehörige berichten von weiteren Zugangswegen zur PTK. Einige berichteten, dass der Kontakt zur Tagesklinik über Bekannte zustande kam, die Erfahrungen mit der PTK gemacht oder schon einmal davon gehört hatten:

„Das kam von meiner Schwester, die wiederum war in Behandlung bei ner Physiotherapeutin aufgrund ihrer Krebserkrankung, [...]. Und da hat diese Dame gesagt,

also ob das nicht mal, ja, zu überlegen wäre, dass er in die Palliativ- sich da halt mal vorstellt.“ (1028B, Abs.2).

Auch Hausärzt*innen wurden häufig benannt:

„Ja, meine Frau hat sicher aufgrund ihrer Diagnose ihrer unheilbaren Krankheit dann an verschiedene Institutionen so schlaue gemacht, wie es dann weitergehen kann. Und dann hat sie sich dann mit ihrer Hausärztin besprochen. Und diese Hausärztin hat ihr dann diese Palliativ-Tagespflege empfohlen.“ (1037B, Abs.5).

Weiter wurden laut Aussagen der Angehörigen viele Patient*innen auf verschiedenen Stationen des Klinikum Aschaffenburg-Alzenau auf die Möglichkeit der ambulanten Betreuung durch die PTK aufmerksam gemacht. Häufig wurden die Palliativstation und die Onkologie genannt:

„Ja, gut, das wurde uns im Krankenhaus, also ist da nebedran, das Klinikum, und da war er öfters drin. Und das war halt immer so ne langwierige Sache. Also viel Geduld musste man da aufbringen, dass der richtige Doktor da war, der das auch kann. Und da wurde uns dann gesagt: Wenn's wieder mal so weit ist, sollen wir in die Tagesklinik gehen.“ (1004B, Abs.3).

„[...] also und dann sind wir ja durch die- durch's Klinikum auf die Palliativ-Tagesklinik aufmerksam gemacht worden, auch aus dem Grund, weil mein Vater sich eigentlich strikt dagegen geweigert hat, stationär behandelt zu werden. Also er wollte das auf Biegen und Brechen vermeiden, dass er eben stationär in nem Krankenhaus behandelt wird. Es war ihm ganz ganz wichtig, dass, ja, dass er so wenig wie möglich über Nacht irgendwo bleibt und da eben stationär aufgenommen werden muss.“ (1047B, Abs.5).

4.2.2.2 Erwartungen / Befürchtungen

Eine weitere Subkategorie sind Erwartungen / Befürchtungen. Alle Aussagen, die sich mit Erwartungen und/oder Befürchtungen bzgl. der PTK befassen, wurden dieser Subkategorie zugeordnet. Insgesamt machten Patient*innen 32 und Angehörige 21 Aussagen zu dieser Thematik.

Patient*innen gaben oft an, erstmal keine Erwartungen an die PTK gehabt zu haben:

„Also wenn ich ganz ehrlich bin, hatte ich eigentlich erstmal gar keine Erwartungen, weil ich erstmal gedacht hab, hm, mal gucken, was da überhaupt passiert [...]“ (1032, Abs.55).

Die meisten berichteten vor dem Besuch der PTK Hoffnung auf Symptomlinderung oder Verbesserung der Lebensqualität zu haben:

„Erwartungen, ja, dass es besser wird mit dem Wasser in der Lunge. Das war meine Hoffnung- war das. Also ich stelle jetzt keine großen Erwartungen, sondern, ja, ich lass' das dann auf mich zukommen und halt die Hoffnung, dass es einfach weniger wird dann. Und das hat sich ja erfüllt (bis?) jetzt.“ (1009, Abs.105).

„Hab ich gesagt, in Ordnung, ich bin für alles offen, was mich weiterbringt mit meiner Krankheit, also mehr Gesundheit, also eine bessere Lebensqualität, hab ich gesagt, mache ich alles mit. Und da hab ich alles mitgemacht da.“ (10, Abs.67).

Viele gaben an sich Hilfe und Ansprechpartner*innen erhofft zu haben:

„Insofern Erwartungen, ja, die Erwartungen waren- komme immer wieder zurück auf dieses Informations- und Gesprächsangebot, das ist die Erwartung, dass ich da einen kompetenten Ansprechpartner hab zu Themen, wo man in dem sonstigen Krankenhausbetrieb oder Gesundheitsbetrieb einfach aus Zeitnot keinen Ansprechpartner hat oder wenn, dann nur sehr untergeordnet.“ (1005, Abs.54).

Viele waren der PTK gegenüber auch skeptisch oder haben sich unter „palliativ“ etwas Anderes vorgestellt, als sie dann in der PTK erlebt haben:

„Und da bin ich erst erschrocken, hab gesagt „Oh je Abstellgleis, letzte Haltestelle, ne.“ Haben sie gesagt „Nein, das hat damit gar nichts zu tun“ und hat halt mir das so gesagt dann und war ja nach der ersten Behandlung dann auch angenehm überrascht.“ (1008, Abs.96)

„Ich hatte einfach nur Angst, in die Palliativ zu gehen. (lacht) So nach dem Motto, da kommste ja nie mehr raus. Aber ja nee, also ich hatte überhaupt keine Erwartungen und, ja, bin halt dann, wie (gesagt?), positiv überrascht gewesen.“ (1017, Abs.90).

Auch bei den Berichten der Angehörigen wird deutlich, dass häufig erschrocken und beängstigt auf das Wort „palliativ“ reagiert wurde:

„Es gibt ja auch die Möglichkeit, in die Palliativklinik zu gehen“, was im ersten Moment wie'n Schock war, ja, weil es war- „Palliativ“ ist ja so'n Ding, das meidet man, auch von seiner Wortbedeutung her. [...]“ (1030B, Abs.7)

„Also das Problem ist, diesen Erstkontakt irgendwie hinzukriegen, ohne gleich in Panik zu geraten, jetzt muss ich mich auf mein Sterben vorbereiten, ne.“ (1049B, Abs.17).

Viele sagten, dass sie besorgt waren, dass das Leben der Patient*innen jetzt nur noch sehr begrenzt wäre:

„Also dagegen würde ich mich auf gar keinen Fall entscheiden. Im ersten Moment ist man natürlich erschrocken, weil man gehört hat „Palliativ“, hat man immer gleich schon das Ende im Kopf. Aber das IST ja nicht so“ (1052B, Abs.49).

4.2.2.3 Alternativen zur Behandlung in der PTK

Als dritte Subkategorie wurden die Alternativen zur Behandlung in der PTK in weiteren Subkategorien aufgezählt und zugeordnet: Die erste Kategorie ist „keine Alternative“. Hierzu wurden insgesamt 45 Aussagen gemacht:

„Da gab´s nicht so viele Möglichkeiten, vor allen Dingen vom, ja, von der Art und vom Ablauf her wie die Behandlung in der Tagesklinik ist. Die hab ich ansonsten kaum oder nirgends erfahren.“ (1007, Abs.15)

„Und das findet man im normalen Krankenhaus oder beim- ja, gut, mit der Hausärztin kann ich mich ja auch über alles unterhalten. Aber so eine Therapie könnte mir sonst niemand bieten, wirklich nicht, ne, ja.“ (1033, Abs.125)

„Das weiß ich nicht. Also eigentlich gar nichts, weil wir haben uns ja umgehört. Sie war ja auch bei verschiedensten Ärzten, um in ihre Wohnumgebung [...]“ (1015B, Abs.8).

Als Alternative wurde fünfmal die SAPV genannt:

„[...] Wenn jetzt die Therapien irgendwann nicht mehr wirken, das baut sich ja immer mehr auf, auch das Schmerzlevel etcetera. Und das nur onkologisch, och, wäre schwierig, also DA würde ich dann auch relativ schnell versuchen, jegliche Therapie abubrechen und dann versuchen, irgendwie über den SPAV, dass man da Unterstützung bekommt.“ (1055, Abs.56)

Die Versorgung Zuhause ohne Unterstützung wurde ausschließlich von Patient*innen 5 mal genannt, allerdings wurde diese Alternative als inadäquat bewertet:

„Da wäre ich mit meiner Angst allein geblieben und würde auch hier in diesem Haus sein und würde wahrscheinlich mehr- mehr Tablettenkonsum haben einfach, aber eher verursacht durch, ja, durch Phantasieszenarien, die mit Angst zu tun haben. [...]“ (1054, Abs.7).

Sich über niedergelassene Fachärzt*innen versorgen zu lassen wurde insgesamt 12-mal von Patient*innen und Angehörigen genannt:

„Ja, gut, der Versuch halt eben, von dem Onkologen, bei dem Onkologen da entsprechende Hilfestellungen zu bekommen, wobei ich sagen muss, da ist die Bereitschaft nicht so besonders gegeben. Da ist bei weitem nicht so diese- da ist die Zeit, die man sich da für einen nimmt, da doch sehr beschränkt. Aber das wäre die einzige Möglichkeit gewesen, dass man da dann auf den Onkologen zugeht.“ (1005, Abs.12)

„Ich glaube, dann hätte der Papa gar nichts weiter so, halt nur die Ärzte, ganz normal, wo man halt so hin geht, zum Urologen und zur Lunge. Und ja, dann wäre er halt da von Arzt zu Arzt weitergerannt, sage ich mal.“ (1052B, Abs.13)

„Gute Frage, also wahrscheinlich ein Riesen- ja, ich- also das ist wirklich ne gute Frage, weil ich meine, wir haben ja viele Ärzte aufgesucht. Und also ich meine, sie ist ja bei einem Rheumatologen in Behandlung, der ja also sein spez- ja, der macht halt sein Ding, ne, war beim Internisten, der macht halt sein Ding. Also so das- ich sag mal, in der Tagesklinik laufen viele Dinge zusammen. [...]“ (1033B, Abs.14).

Die eigenen Hausärzt*innen wurden ebenfalls als Alternative zur PTK benannt. Hierzu wurden 7 Aussagen von Patient*innen und drei von Angehörigen gemacht:

„[...] oder es hätte der Hausarzt machen müssen, der wo ich aber nicht weiß, ob der so weit mit Metastasen, mit Knochenschmerzen sich auskennt, weil ja in der Tagesklinik sind ja richtige Fachleute, die sich nur auf diese Schmerzen sich auskennen, würde ich jetzt einmal sagen. Und ich weiß nicht, ob der Hausarzt mir da so Zeit hätte oder sich so, ja, sich so ausgekannt hätte.“ (1018, Abs.5).

Auch die Notaufnahme des Krankenhauses wäre für einige Betroffene die Alternative zur PTK gewesen. Hierzu wurden sechs Aussagen von Patient*innen und sieben von Angehörigen gemacht:

„und ich dann, glaub, zwei- oder dreimal sogar hat er mich dann in die Notaufnahme eingewiesen, wo ich mir also sehr fehl am Platz vorgekommen bin, weil ich denke, eine Notaufnahme ist eine ganz andere Sache, wenn Leute von der Autobahn geholt werden mit dem Hubschrauber oder sonst irgendwie was als wie ne Frau, die dasitzt, die nen dicken Bauch hat und sich schlecht bewegen kann. Also ich bin mir da immer sehr deplatziert vorgekommen, hab das aber auch dann gespürt, wenn ich dann endlich, also das erste Mal, wie ich dort war, hab ich neun Stunden gewartet.“ (1017, Abs.4)

„die Alternative ist, wenn's halt dazu kommt, dass sie wieder Schmerzen hat oder das Wasser sich im Bauch ansammelt, nen Notarzt rufen oder zum Klinikum hochfahren, wieder in die Notaufnahme, stundenlanges Warten, Einweisung auf's Zimmer. Und dann ist es halt auch so, dass dann man meistens Tage lange drin bleiben muss oder soll zum Beobachten.“ (1020B, Abs.9).

Für onkologische Patient*innen und deren Angehörige, wäre teilweise auch die Onkologie des Klinikums eine Alternative zur Behandlung in der PTK gewesen. Hierzu wurden insgesamt 11 Aussagen gemacht:

„Da hat man immer so das Gefühl, in der Onkologie da geht's drum, dass die Therapie verabreicht wird und gut ist. Und das wir zu nem ganz hohen- oder fast nur von Schwestern gemacht. Also da ist ärztliche Betreuung sehr dünn.“ (1007, Abs.19)

„[...] da in der Onkologie, die haben nur so Schmerztabletten. Da ging's ein paar Stunden gut, und dann hat sie wieder gebrochen.“ (1042B, Abs.11).

Andere Spezialkliniken als Alternative zur Versorgung in der PTK wurden nur einmal genannt:

„Ja, da hätte ich irgendwo in einer Schmerzlinik oder Nervenlinik gemusst, wo ich schon einmal war. Das hat mir dann gar nichts gebracht. Und- und da hat mir jetzt wirklich schon geholfen, wird jetzt schon bedeutend besser.“ (1033, Abs.11).

Der stationäre Aufenthalt im Krankenhaus / Klinikum wurde insgesamt neun Mal von Patient*innen und 19 mal von Angehörigen als Alternative in Betracht gezogen:

„Also ich- und dann ist es- das ist ja auch meines Erachtens für's Krankenhaus eine Riesen-Entlastung. Stellen Sie sich mal vor, ich müsste jedes Mal ins Krankenhaus. Dann müsste ich ja alle vier Wochen ins Krankenhaus und mir schnell Wasser entnehmen lassen oder das. Oder des mal- SO werde ich da hin, zack zack, und da ist das in fünf, sechs Stunden bin ich da fertig, dann wieder heim. Und da ist dann die Sache in Ordnung. (1002, Abs.109)

„Also das ist- da brauchen Sie jemanden, der wirklich auch versteht, was Sie sagen, ja. Wenn Sie im Klinikalltag sind und der Arzt fragt Sie, „Wie bekommt Ihnen das denn mit der Chemo?“, dann sagen Sie „Na ja, ich hab hier Probleme mit den Mundschleimhäuten, ich hab Probleme mit dem Geschmack oder Probleme mit Schlucken“ und so. Und dann sagt der, „Ja, da haben wir hier das Wässerchen zum Spülen“ oder „Probieren Sie's mal- da schreibe ich Ihnen noch die Tablette auf.“ Und das war im Prinzip das ganze Gespräch über ein Symptom, ja.“ (1030B, Abs.11)

„Internistische Aufnahme, also internistische Station, ein bis zwei Wochen mit sehr viel Diagnostik, die eigentlich keine Konsequenz gehabt hätte, außer eben die Pleurapunktion, aber all dieses Procedere außen rum mit noch mal ein EKG und nochmal ins Röntgen und so weiter und so fort, das ist ihm dadurch eigentlich erspart geblieben.“ (1038B, Abs.8).

4.2.3 Symptomlinderung

Die Kategorie der Symptomlinderung wurde von Schneider et al. und ihrer Evaluation der SAPV in Bayern abgeleitet. [12] Alle Aussagen, die sich mit der Symptomatik und deren Veränderung über den Behandlungszeitraum in der PTK befassen, wurden hier zugeordnet.

Weiter unterteilt wurde die Kategorie der Symptomlinderung in die Subkategorien: Ausschlaggebende Symptomatik, Behandlung hilfreich, und Veränderung der Beschwerden.

4.2.3.1 Ausschlaggebende Symptomatik

In dieser Subkategorie wurden alle Aussagen zur Symptomatik vor Aufnahme in die PTK erfasst. Insgesamt haben Patient*innen 27 Aussagen zu dieser Thematik gemacht, Angehörige sogar 43. Überwiegend gaben Patient*innen selber und Angehörige an, dass starke Schmerzen ausschlaggebend waren:

„Wahnsinnige Schmerzen am ganzen Körper. Nachts Nervenschmerzen, die Beine, alles hat mir wehgetan, also wirklich alles. Und es hat mich eigentlich so dazu, sagen wir mal, gezwungen, irgendwas zu unternehmen. Und da bin ich dann in die Tagesklinik, ja, aus dem Grund.“ (1033, Abs.5)

„Ja, weil er halt so Schmerzen hatte und der Hausarzt ihm halt nur normale Schmerzmittel verschrieben hatte [...]“ (1016B, Abs.3)

„Das ist ja keine Tumor-Erkrankung oder kein onkologisches Ereignis bei ihr, sondern das ist ja ihr Rheuma, ne, ihr Blutdruck, also internistisch und die Schmerzen. Also die Schmerzen waren ja überhaupt nicht mehr steuerbar. Ja, und so ist sie dann in die Tagesklinik gekommen.“ (1033B, Abs.8).

Angehörige 1055B sieht ebenfalls die Schmerzsymptomatik vom Patienten als ausschlaggebend, in Verbindung mit der frühen Integration in einer aus ihrer Sicht geeigneten Versorgungsform:

„Hauptsächlich Schmerztherapie, hauptsächlich Schmerztherapie und auch das Wissen, dass die Therapiemöglichkeiten sich immer mehr reduzieren. Er kann nicht mehr unendlich Chemo machen, und es wird auch im Anschluss wenig Therapie noch zur Verfügung stehen.“ (1055B, Abs.5)

Auch psychische Beschwerden wurden als ausschlaggebende Symptomatik benannt:

„Gut, Beschwerden, ich möchte's mal unterscheiden zwischen den rein körperlichen Beschwerden, die vorhanden waren, also starke Schmerzen. Es war also am Schluss so, dass eben Morphium oder morphiumhaltige Präparate verwendet werden musst, und

denen, ich möchte mal sagen, psychischen Schmerzen, psychischen Bedürfnissen, die in dieser Tagesklinik in einer für meine Frau wunderbaren Weise erfüllt worden sind.“ (1051B, Abs.7)

„Also es war so, dass wir, ja, zuhause einfach nicht mehr zurecht gekommen sind, muss ich sagen. Also die Schmerzen wurden immer schlimmer. Die Psyche wurde immer instabiler.“ (1033B, Abs.8)

Weiter wurde angegeben, dass die Notwendigkeit invasiver Maßnahmen ausschlaggebend war:

„Na, wie ich gerade eben schon erzählt hab, war eben das, dieses Aszitis, diese Wasseransammlung im Bauch, die mit jedem Tag mehr wird und ich dann auch schlechter gehen kann, weniger Luft bekomme, war es eben ausschlaggebend, mich in der Palliativ-Tagesklinik vorzustellen, um den den Aszitis absaugen zu lassen, ja. Ja.“ (1017, Abs.2)

„[...], dass eben die Pleuraergüsse sehr ausgeprägt sind und mir das dann über die Tagesklinik, um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden, in die Wege geleitet haben, dass a) Diagnose und b) Punktion erfolgt ist. Und nach mehr als 4 Litern oder 4 Litern Pleuraerguss über mehrere Tage fraktioniert konnte ein Aufenthalt stationär vermieden werden. Es wurde also immer nur ambulant oder in der Tagesklinik gemacht. Und dann war seitdem eigentlich auch alles okay. Ist nie mehr was nachgelaufen.“ (1038B, Abs.4).

4.2.3.2 Behandlung hilfreich?

Aussagen darüber, ob die Behandlung in der PTK als hilfreich angesehen wurde, gab es häufig. Patient*innen machen hierzu 39 Aussagen, Angehörige sogar 63.

Häufiger wurde berichtet, dass die Aufenthalte in der PTK die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung in einem geschützten Raum zulassen:

„Ja, daran hab ich- ja so, an so punktuellen Sachen. Aber die- phfff, ja, sagen wir mal so, das ist nochmal ein Raum, der sich mit mir befasst, mit meiner Erkrankung. Und ja, außerhalb, ja, sagen wir mal so, es ist eine intensive Beschäftigung mit mir und meiner Krankheit, die ich sonst nirgendwo erfahre.“ (1019, Abs.87)

„Und, ja, ich, das- ja, was heißt, ich gehe gern hin, ich weiß, dass mir dort geholfen wird. Und ich fühle mich dort eigentlich richtig geborgen so, wie man aus der Käseglocke

kommt, und dann ist es nicht so, dass man dann Angst hat, sondern einfach man geht mit dem Gefühl hin, da wird einem geholfen. Das ist also für mich ganz ganz wichtig.“ (1009, Abs.31)

„(...) wenn er nach Hause kommt, (seufzt), ein Stück weit befreiter ist und beruhigter, weil es doch wieder ein anderes- ein anderer Umgang ist mit dem Thema Krankheit, mit dem Thema Tod, mit dem- als es in der Familie gehandhabt wird und er auch einfach für sich dort wahrscheinlich so'n bisschen zur Ruhe kommen kann und gleichzeitig gut aufgenommen wird.“ (1055B, Abs.9)

Auch die psycho-soziale Betreuung und Therapie wurde häufig als hilfreich beschrieben:

„Hat insofern geholfen, für kurze Zeit ihre Situation besser annehmen zu können, nicht zu vergessen, das auf keinen Fall. Das hatte ich ja gesagt, das war uns allen bewusst, wie die Situation auch ist. Aber mit dieser Situation umzugehen, mit dieser, ja, mit dieser Lage sich auseinanderzusetzen, da mal für eine, wenn auch nur kurze Zeit, eben nur für einen halben Tag oder für einen Tag, mal ein bisschen, ein bisschen, wie soll man sagen, Licht zu sehen oder den Silberstreif zu sehen am Horizont, das ist einfach das was ihr geholfen hat, diese abgrundtiefe, na, wie soll man sagen, Verzweiflung, die teilweise natürlich auch vorhanden war, überzuführen in ein, ich will nicht sagen, gelassenes Annehmen, aber in ein akzeptieren Können oder leichter akzeptieren können, das, denke ich, ist auch ein wesentlicher Verdienst dieser Tagesklinik [...]“ (1051B, Abs.27)

“Aber es war halt anders als in der Tagesklinik, also in der Palliativ, Tagespalliativ. Da konnte ich mit jedem reden. Also sie hatten immer ein Ohr für mich, ne. Also ich weiß nicht, wie ich das sonst überstanden hätte, ja. Ich kann's mir nicht vorstellen. Das haben wir so geschafft alles also.“ (1026B, Abs.134)

„Na ja, weil, ja, ich sag mal so, ich fühle mich halt wohl. Ich gehe nicht mit nem Unbehagen da am Freitag hin, sondern ich gehe mit einem freudigen Ge- also was heißt freudig, also gutem Gefühl dorthin, weil ich weiß, ich bin dort gut aufgehoben und kann alles und jederzeit mit jedem besprechen, was mich bedrückt oder was aktuell angelaufen ist oder so. Das allein ist für mich ein gutes Gefühl.“ (1003, Abs.53)

Ebenfalls wurde berichtet, dass invasive Maßnahmen als entlastend und hilfreich betrachtet werden:

„Was ganz gut gelaufen ist, wie die mir das erste Mal Wasser rausgezogen haben, war das- da hat der mir da in den Bauch reingestochen. Da hatte ich ein bisschen Angst davor. Und das hab ich dann fast überhaupt nicht gemerkt. Bei mir ging es auch- da war ich ganz überrascht. Und was die da an Wasser rauslaufen haben lassen, das waren beim ersten Mal dreieinhalb Liter.“ (1013, Abs.68)

„Nee, das tut ihr gut einfach, ne. Der Arzt kann gucken, ob sie wieder Wasser in der Lunge hat, macht immer Ultraschall gleich und dass das nicht wieder so schlimm wird, wie es letztes Mal war, nicht. Das tut ihr einfach gut, alle drei Wochen dieser Tag, nicht.“ (1004B, Abs.25)

Auch schmerztherapeutisch und zur Medikamenteneinstellung wurden einige Aussagen gemacht:

„[...] bis jetzt habe ich meine Schmerzen und meine ganzen Sachen wieder soweit unter Kontrolle.“ (1018, Abs.9)

„Und da war dann auch gerade wieder in der Zeit einmal die, wo er drin war und hat mit dem Dr. P. ein Gespräch gehabt. Und da haben sie dann auch angefangen und haben diese Cannabis-therapie- haben sie so langsam eingeführt, haben dann zusätzlich Cortison verordnet. Und ich muss sagen, das ist einfach sein Allgemeinzustand stabilisiert wieder ein bisschen. Das hat ihm gut getan. Und ich weiß nicht, wenn er da nicht in der Palliativ gewesen wäre, ob da ein anderer Arzt das so gemacht hätte.“ (1022B, Abs.21)

„Und durch das, wenn sie dann auch weniger Schmerzen hatte, hat sich dann auch, sage ich mal, ihr Herz mehr beruhigt oder auch, wo sie dann keine Luft mehr bekommen hatte, das hat sich dann dadurch alles erledigt [...]“ (1029B, Abs.67)

„Ja, weil man einfach Hilfe dort bekommt. Die Zeit, die Ratschläge, die Einstellung, wenn man Schmerzen hat, das was er vorher im Krankenhaus gekriegt hat beziehungsweise vom Onkologen, Schmerztabletten, wo es dann auf einmal geheißten hat „Um Gottes Willen, „Wie haben denn die Sie eingestellt, das stimmt ja hinten und vorne nicht.“ Und

durch die Tagesklinik, durch diese ständige Betreuung haben die das dann in den Griff gekriegt, ne.“ (1007B, Abs.71).

4.2.3.3 Veränderung der Beschwerden

In der Kategorie wurden alle Aussagen berücksichtigt, die sich auf die Veränderung von aller Art Beschwerden im Vergleich zur Aufnahme in die PTK beziehen. Patient*innen haben hierzu 39 Aussagen gemacht und Angehörige 64.

Die Verbesserung der (Schmerz)symptomatik betrifft die meisten:

„Also was sich definitiv gebessert hat, ist die Schmerzsituation, weil ich einfach besser eingestellt bin. Das führe ich auch darauf zurück a) weil natürlich da im palliativen Team Spezialisten hinsichtlich der Schmerztherapie an Bord sind.“ (1055, Abs.12)

„Ich weiß halt jetzt genau, wie viele Schmerzmittel ich nehmen kann und dass alles so zusammenpasst. Und somit hab ich jetzt weniger Schmerzen. Ich kann das besser, besser, wie sagt man jetzt- von der Dosierung her. Ich weiß genau, so viele Tropfen kann ich von dem nehmen, und ich weiß, das passt zu dem Rest, den ich noch einnehme. Ja, also, vor allem Schmerzlindeurung doch.“ (1024, Abs.19)

„Ja zu meinem V- also zum Vorteil, dass ich jetzt nachts schlafen kann, dass ich nicht mehr so nervös bin und auch ausgeglichener, dass ich meine Hausarbeit wieder machen kann, weil ich hatte ja eine Phase wo ich gar nichts mehr machen konnte, wo ich nur müd war. Und das hat sich alles so durchgelegt, ja.“ (1033, Abs.13)

„[...] Das heißt, also auch so ihr geistiger Zustand das ist kein Vergleich mit letztes Jahr im Mai, Juni, Juli, so die Zeit, wo sie, wie gesagt, nach fünf Minuten wusste die nicht mehr, was man erzählt hat immer so, so Redeanfälle gehabt, wo sie überhaupt nicht mehr aufgehört hat und (lacht) und- [...] sehr viel Unfug dabei, sehr unglücklich, also von daher ja, also sie ist selber auch so jetzt inzwischen ganz zufrieden. Als sie hat letztes Jahr im Frühjahr hat sie also- die hat so Schmerzen gehabt, die hat sich eigentlich die ganze Zeit damit beschäftigt oder es war ja ein ganz wichtiges Thema, so Sterbehilfe, ne. Also so, wie lange muss man sowas mitmachen. [...] Und das ist irgendwann dann im Herbst so völlig verschwunden wieder als Thema, einfach weil sie weniger Schmerzen HAT.“ (1046B, Abs.35-39)

„Gut, die Beschwerden sind dahingehend, er hatte halt keine Schmerzen mehr, sein Allgemeinzustand wurde jetzt nicht besser, aber, ja, er hat sich trotzdem wohler gefühlt. [...] Ich denk halt auch, durch die Gespräche. [...] Und durch die ganze Zuwendung, die er dort erfahren hat.“ (1028B, Abs.24-28)

Neben der Medikation wurden auch zusätzliche Therapien als hilfreich beschrieben:

„Das waren supertolle Therapeuten alle mit drumrum. Meine Frau hat also sehr viele Probleme auch gehabt mit dem Rücken und hat dann da ganz- ganz tolle Massagen gleich zum Einstieg eine bekommen, die ihr wirklich die Bewegung erleichtert haben.“ (1030B, Abs.7)

„Und da ist sie da halt sehr gut beraten, habe ich so den Eindruck. Und es geht ihr schon seitdem also erheblich besser, nicht konstant und stabil, aber viel besser als vorher, weil sie einfach nachts vor allem mal schlafen kann, ja.“ (1015B, Abs.4)

„Ja, also, ich meine, die Krankheit geht weiter, das ist klar. Aber ohne die Tagesklinik würde er nicht mehr leben.“ (1016B, Abs.27).

Ebenfalls wird häufiger davon berichtet, dass sich die psycho-soziale Situation verbessert hat:

„Ja, gut, die Beschwerden gehen nicht weg, solange die Leber nicht irgendwie ihren Dienst wieder aufnimmt oder wenigstens teilweise aufnimmt. Aber es, ja, von der mentalen Seite ist halt eben viel viel besser, weil ich weiß, wenn irgendwas ist, kann ich da hin.“ (1017, Abs.40)

„Von den Krankheitsbeschwerden nicht so viel, aber vom Kopf her war sie viel gelassener, ruhiger und hat Themen, was sie ansprechen konnte“ (1059B, Abs.16)

„Sie wusste- wie man so schön sagt, was Sache ist, aber einfach diese Möglichkeit, diese- dieses, ja, Auftanken nennt man's manchmal, diese Möglichkeiten, bestimmte Dinge zu tun. Also ich weiß, sie hat sehr sehr von Maltherapie, Musiktherapie, ja, (lacht leicht) sozusagen geschwärmt auch, weil das also ein Bereich ist, der ihr unwahrscheinlich viel viel, wie soll man sagen, Kraft gegeben hat.“ (1051B, Abs.21)

*„Es ist halt so, wie ich schon sagte, er hat durch diese psychologischen Gespräche, hat er doch ein bisschen mehr Hoffnung, dass er noch ein bisschen dableiben kann.“
(1013B, Abs.20)*

4.2.4 Sicherheitsversprechen

Auch diese Kategorie wurde abgeleitet aus den Ergebnissen der Evaluation von Schneider et al [12]. In diese Kategorie wurden alle Aussagen eingeschlossen, die sich mit dem Aspekt Sicherheit befassen. Hierunter fallen die Subkategorien: Zeit, umfassende Zuständigkeit und die Sicherheit im Umgang mit der eigenen Erkrankung.

4.2.4.1 Zeit

Der Aspekt Zeit findet sich ebenfalls in den Analysen von Schneider et al. [12] wieder. Patient*innen haben hierzu 41 Aussagen und Angehörige 25 Aussagen gemacht. Patient*innen betonen besonders die Zeit, die ärztliches Personal sich für ausführliche Gespräche mit Patient*innen nimmt:

„Ja eben diese Arztgespräche, also diese- ja, die tun mir einfach gut, weil nicht so'n Zeitdruck dahinter ist. Und ich merke- ich spüre auch, dass- der Arzt hat sich vorher, ja, mit meinen Unterlagen befasst und weiß, was ich beim letzten Mal für Beschwerden hatte und fragt auch ja [...]“ (1024, Abs.31)

„und war dann halt angenehm überrascht, dass halt die Ärzte dort Zeit haben, ne, dass nicht halt es diese 5-Minuten-Konferenz dann ist, von wegen „Wie geht es Ihnen? Aha, na ja, wir schreiben das und das auf, und dann geht's Ihnen wieder gut und tschüß“, nein, wie gesagt, die haben Zeit oder nehmen sich Zeit oder versuchen's zumindest. [...]“ (1044, Abs.9)

Berichtet wird häufig, dass sich Zeit nehmen als Sicherheitsfaktor betrachtet wird, um über den Krankheitsverlauf zu sprechen:

„weil ich weiß, es guckt jeden Monat mal jemand drüber über die ganzen Dinge. Ich nehme immer meine Befunde alle mit und das Blutbild. Und es nimmt sich jemand Zeit und guckt einfach drüber, dass alles passt, genau, ja.“ (1024, Abs.21)

„Das Beste ist natürlich, dass der Arzt Zeit hat, dass der Arzt, auch wenn Sie Schmerzen haben, sich einmal eine Dreiviertelstunde zu Ihnen hinsetzt und mit Ihnen alles durchspricht. Sind Schmerzen da im- ich meine, wenn Sie eine Krebserkrankung oder wenn Sie krank sind, das ist ja nicht nur, dass Ihnen dieses Körperteil weh tut [...]“ (1018, Abs.55)

„Also dieses Nachhaken, Nachbohren, sich mit dem Menschen beschäftigen, das ist das Positivste, was ich da über die Tagesklinik sagen kann und das in der heutigen Zeit, da hat ja kein Arzt mehr Zeit für irgendwas, ja. Und die schenken mir ihre Zeit und gehen auf mich ein und helfen mir.“ (1001, Abs.67)

„Ja. Ja, doch. Wir haben uns also sehr viel unterhalten auch. Und ich konnte alle Fragen stellen, die ich auf dem Herzen hatte. Die haben sich immer die Zeit genommen und haben mir das erklärt auch. Und auch dieses, ja, von der Chemo her und halt, ja. Wie gesagt, ich- ich war eigentlich immer, ich wusste immer bescheid, wenn irgendwas angestanden ist.“ (1048B, Abs.39)

Auch die Möglichkeit als Patient*in in Entscheidungen eingebunden zu werden, birgt ein Sicherheitsgefühl für die Befragten:

„Dann, und das finde ich mit am allerbesten, sie haben da eine medizinische Betreuung, es ist immer der Arzt für das Arztgespräch da. Und die Zeit- da ist kein Zeitlimit. Das heißt auch, das ist in der Regel eine Stunde, kann man veranschlagen, eine Stunde, (vielleicht?) mehr, wo man alles detailliert besprechen kann, auch Medikamentenwechsel. Wie verhält sich dieses oder jenes, wo ich dann meine Erfahrungen mit anbringen kann.“ (1035, Abs.41)

Neben der Zeit, die sich ärztliches Personal für die Patient*innen nimmt, wird auch häufiger über das therapeutische und pflegerische Angebot in Verbindung mit sich genommener Zeit berichtet:

„Und dann ist halt die Kunsttherapeutin. Und da wird einmal ein Bild gemalt oder die nehmen sich ja Zeit, die setzen sich einmal her und hören sich auch mal die Geschichte auch- man konnte sich unterhalten und alles.“ (1006, Abs.29)

„Wir haben (sehr bewegt) diese Beratung und Betreuung gesucht und haben die- hätten die- also ich hab sie nirgendwo anders gefunden, ja. Also und da der Schwerpunkt auf Informationsvermittlung, Gespräch führen, Zeit haben.“ (1031, Abs.59)

„[...] ob es jetzt Arzt, die Schwestern, die nehmen sich für alles Zeit, beantworten alle Fragen.“ (1020B, Abs.11).

4.2.4.2 Umfassende Zuständigkeit

Die umfassende Zuständigkeit wurde weiter differenziert in: ärztliches Gespräch, therapeutische Angebote / Versorgung und sozialpädagogische Beratung / Unterstützung. Diese Subkategorie wurde nochmals weiter unterteilt in die Bereiche: Therapeutische Angebote/ Versorgung, Sozialpädagogische Beratung/ Unterstützung und ärztliches Gespräch. Insgesamt wurden in dieser Subkategorie 134 Angaben von Angehörigen und 164 von Patient*innen gemacht.

Zur therapeutischen Zuständigkeit wird häufiger berichtet, dass die Kreativtherapien hilfreich seien:

„Ja, zum Beispiel das letzte Mal bei der Kunst- bei der Dame mit der Kunst. Ich komme an Dinge durch diese halbe Stunde oder Stunde, an Dinge IN mir ran, an die ich- die ich bisher nicht erreicht habe.“ (1054, Abs.45)

„die Angebote sind schon passend. Die Physio ist bei mir eh noch mal ne Sondergeschichte, weil ich halt, weiß nicht, in fast allen Knochen Metastasen habe. Also das hilft mir dann schon. Die Musiktherapie oder Kunst, das sind auch- also da war ich echt sehr skeptisch, weil ich kein musischer Mensch bin, ich gehe mal- ich bin früher mal in ein Konzert, gar kein Thema, aber trotzdem muss ich jetzt sagen, würde ich es sehr missen, weil es sind gewisse Werkzeuge, also wenn wir dann da musizieren oder Musikgeräte dabei, das ist total entspannend, also ich kann total abschalten [...]“ (1055, Abs.48)

„[...] es ein ruhiger Ort ist, an dem ich ernst genommen werde, an dem ich über alles reden kann, weil ich bin auch- da ist ja auch eine Onkopsychologin, da hab ich ja auch immer ein Gespräch. Da ist Musiktherapie, Malthérapie in Abwechslung und ne Physiotherapeutin. Und das sind ja auch alles Dinge, die sehr gut tun“ (1015, Abs.28)

„Und dann hat er dann die Musiktherapie genommen, die Klangschale. Und das hat ihm sowas- das hat ihm so gut getan, so entspannt und so.“ (1048B, Abs.5)

Ebenso wurde die psychologische Begleitung als hilfreich beschrieben:

„Das ist eine Psychologin, mit der ich mich da sehr ausführlich austauschen kann, die aufgrund ihrer Erfahrung und auch aufgrund der Erfahrung mit palliativen Menschen mir da ganz gezielte Hinweise geben kann darauf, wie ich mich verhalten soll in der einen oder anderen Situation. [...]“ (1035, Abs.41)

„Die- ja natürlich, die Psychoonkologie, da kann ich also über sämtliche Probleme ja mit meiner Psychologin sprechen. Ich meine, man hat schon Probleme, erst einmal um das zu verarbeiten, dass man auf einmal unheilbar krank ist, die ganze familiäre Situation, betrifft ja auch auf einmal die ganze Familie. [...]“ (1018, Abs.15)

„Ja, genau. Ja, und da konnte ich eben auch mit den Psychoonkologinnen diesbezüglich sprechen. Ich hatte sogar im Anschluss an das Ableben meiner Frau nochmal ein längeres Gespräch mit einer von den Damen, weil es einfach noch den Bedarf gab, das eine oder andere aus den letzten Tagen, ja, aufzuarbeiten.“ (1030B, Abs.31)

„[...] das wurde dann auch in der Tagesklinik mit mit den ganzen Therapieangeboten, ne, also die Kunst, die Musik und auch die Psychoonko- die Psychoonkologie war mit angebunden und hat da Gespräche geführt, die das Ganze aufgegriffen haben und ihr auch wirklich geholfen haben, ne. Also es war, ja.“ (1033B, Abs.12)

Von sozialpädagogischer Beratung und Unterstützung wurde insgesamt selten erzählt:

„Diese ganzen, diese ganzen Dinge, wo man normalerweise kämpfen muss, rennen muss, wissen Sie ja sicherlich, wo man überall hin muss, Anträge stellen, und dann wird geprüft, und da wird dies und da wird das. Das ist dort wesentlich einfacher. Wie gesagt, ich bräuchte nur zu sagen, ich hätte gerne Informationen da und da drüber, dann würde jemand kommen und mich dahingehend beraten. Das finde ich also auch sehr sehr gut, gerade für jemand, der also schwer krank ist und jetzt nicht überall zu Pontius und Pilatus hin fahren kann und sich da vorstellen und- also es ist gut.“ (1003, Abs.39).

Das ärztliche Gespräch, als sicherheitsgebender Aspekt im Sinne der umfassenden Zuständigkeit, wurde sowohl von Patient*innen als auch von Angehörigen häufig genannt:

„Die Gespräche mit den Ärzten sind sozusagen die Spitze von dem Ganzen, weil ich da auch professionelle Fragen stellen kann und Hintergrund kriege für mein Verhalten und die Gewissheit, wenn ich Schmerzen habe, dass ich Schmerztherapie in Anspruch nehmen kann.“ (1054, Abs.14)

„Also mir geht's auf jeden Fall besser. Und ich hab immer nen Ansprechpartner. Also alle Ärzte sagen, wenn irgendwas ist, ich soll mich sofort melden. Und es geht mir auch, weil ich einfach die Gewissheit hab, ich kann mit den Ärzten auch einmal eine halbe Stunde sprechen und die alles fragen.“ (1042, Abs.19)

„[...] das beruhigt mich sehr, weil ich weiß, das ist meine Anlaufstelle, die mir dann Erleichterung schafft und mir für ne bessere Lebensqualität in dem Moment auch sorgt.“ (1020, Abs.15)

„Und das ist eine ganz andere Sicherheit und die hat auch meine Frau, weil wenn man weiß, man hat einen Ansprechpartner, die kennen einen persönlich [...]. Und das ist eine ganz andere Sicherheit, ein ganz anderes Gefühl, als wenn du jedes Mal ins Krankenhaus müsstest [...]. Und da ist es halt, da weißt du, da entweder hat du (gleich nen?) Arzt oder sie rufen zurück und so. Das ist also eine ganz andere Sicherheit.“ (1006, Abs.49)

„Ja, ich hatte ja regelmäßig dann die Gelegenheit, auch mit den Ärzten zu sprechen und wurde da schon von der Seite aufgeklärt.“ (1037B, Abs.27)

„Ich wusste nicht mehr, was soll ich machen mit ihm, immer, ständig. Und dann hab ich mit dem Doktor gesprochen. Und er hat gesagt, wenn es nicht besser wird, dann kann ich ihn ansprechen, egal wann hin gehen und er hilft mir.“ (1050B, Abs.60)

4.2.4.3 Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung

Diese Subkategorie bezieht sich auf alle Aussagen zum Thema Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung. Dieser Kategorie wurden 46 Aussagen von Patient*innen und 76 von Angehörigen zugeordnet. Patient*innen betonen, dass ihnen die PTK als Ansprechpartner viel Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung bietet:

„[...] dass man ab nem gewissen Punkt mehr Sicherheit hat, mehr Halt, die natürlich da auch generiert wird, diese Sicherheit durch das Angebot. Man kann sich jederzeit melden, auch am Wochenende. Sie sind für einen da. Das generiert halt schon gewisse Sicherheit in der Phase, in der ich jetzt bin [...]“ (1055, Abs.42)

„Weil sie mir ganz viel Sicherheit gibt. Sie gibt mir ganz viel Sicherheit. Und ich weiß, ich kann, wie gesagt, 24 Stunden da anrufen. Und ich hab da immer einen Ansprechpartner. Der Kreis ist natürlich auch nicht so riesig groß. Aber ich hab da auch immer einen Arzt zur Verfügung, 24 Stunden. DAS ist wichtig.“ (1035, Abs.131)

„Ja, also dass er nicht mehr so diese große Angst hatte, weil er- diese Sicherheit hat's ihm gegeben, dass er da regelmäßig war und dass er die auch ansprechen konnte, dass sie auch Zeit hatten, wenn etwas war [...]“ (1052B, Abs.27).

Auch in Notfallsituationen in der PTK einen Ansprechpartner zu finden beruhigt viele:

„[...] stand ich hier in meiner Küche und musste niesen und, ja, der Bauch ist geplatzt. [...] Und das erste, was ich gegriffen hab, ist mein Telefon und hab in der Palliativ angerufen und eigentlich hätte ich mich ja, ja, wiederum über die Notaufnahme ins Krankenhaus einweisen lassen können. Und was wurde mir gesagt: Kommen Sie einfach nur vorbei.“ (1017, Abs.26-28)

„Also wir haben sonst nichts in Anspruch genommen außer diese Tagespalliativ. Ich konnte zu jeder Zeit einen Arzt anrufen. Ich hatte immer die Nummer, also war jeder für mich da, ist egal, wer. Und das hat mir sehr gut- auch die Therapeuten, die wir hatten, die waren immer ansprechbereit.“ (1026B, Abs.112)

Ebenso wurde angegeben, dass das Krankheitsverständnis und -akzeptanz sich verbessert hat:

„Ja, es ist besser geworden, ja, es ist besser geworden. Ich bin auch- mit der Onkologin hab ich nicht ganz so gutes Verhältnis. Und da bin ich jetzt sicherer geworden, also merke ich auch, (lacht) ja, genau. [...] Ja, ich höre- also die Onkologin hat halt immer nur verordnet und, ja, verordnet. Und ich hab halt hingenommen. Und jetzt kann ich eher, ja, mal contra geben. (lacht) Ja, oder fragen, ob man irgendein Medikament reduzieren kann, was ich vielleicht nicht unbedingt brauche, ja, genau.“ (1024, Abs.25-27)

„Und ich denke dann immer an diese Gespräche mit dem Arzt. Und die- die haben mich schon ein bisschen gefestigt.“ (1022, Abs.31), „Da muss ich dazu sagen, dass man damit besser umgehen kann. Ich meine, das wird ja nicht- das geht ja nicht mehr vorbei. Das IST einfach so. ABER man kann dann damit besser umgehen, ja.“ (1021, Abs.44)

„Ja, ich fühle mich jedenfalls sicherer. Ich bin auch, egal ob's jetzt durch den Arzt oder auch durch meine Psychoonkologin, wo ich die alle vier Woche sehe, so, dass ich jetzt meine Krankheit annehme. Die haben mich dadrin schon gestärkt, dass also ich meine Krankheit akzeptiere. Ich nehme sie jetzt an, was ja das erste Dreivierteljahr also alles Kopf gestanden hat in meinem Leben und ich alle mögliche Schuld irgendwo gesucht hab, dass ich jetzt krank bin und WARUM ich jetzt krank bin und warum ich das bekommen hab. Und da haben sie mir also jetzt wirklich so, haben die mich gestärkt, dass ich jetzt mich mit meiner Krankheit einfach selbst akzeptiere.“ (1018, Abs.35)

Es wurde auch berichtet, dass das Wissen um eine regelmäßige Behandlung und Symptomkontrolle die Sicherheit im Umgang mit der eigenen Erkrankung erhöht hat:

„Es gibt Sicherheit einfach in unserem Tagesablauf und meinem Schmerz. Das Wasser im Bauch kommt ja immer wieder. Und ich weiß halt einfach, in einer Woche ist es wieder weg. Es ist absehbar. Das gibt mir einfach die Sicherheit wieder.“ (1020, Abs.41)

„Und die hat da halt viele Fragen gestellt, meine Tochter, was ich ja gar nicht weiß und wo ich halt Probleme hab mit dem Sprechen, da so manchmal, wenn ich länger, dann- dann bleibe ich so hängen und so. Und das habe ich dann- da wurde gesagt, ja, das ist alles ein Zeichen der Krankheit und so. Und die tun mich da immer wirklich aufklären, was los ist und was ist.“ (1013, Abs.35)

„Ja. In der Tagesklinik ist auch die Hospizgruppe mit dem Büro. Und ich weiß, wenn es mir schlechter gehen sollte, wäre ich da gut aufgehoben. Und das gibt mir ein sehr sehr gutes Gefühl in diesem Ambiente, mit diesen Menschen, dann schwere Zeiten, die vielleicht kommen könnten, durchzumachen.“ (1001, Abs.31)

„Das andere ist halt eben dieses Gefühl, dass sie- dass meine Frau da richtig betreut war. Also das hat sie auch selber ausgedrückt [...]“ (1043B, Abs.73)

Hinsichtlich des zu erwarten schlechter werdenden Gesundheitszustandes wird ebenfalls berichtet, dass die PTK Sicherheit vermittelt:

„Es ist ne- das ist ein- es ist ein Gefühl der Beruhigung, dass man weiß, man hat ne Anlaufstelle, wenn's ihm nicht gut geht, wo ER hingehen kann, gerade was Schmerzzustände angeht, wenn- wenn man dann auch irgendwann nicht mehr- wenn er nicht mehr therapiert wird zu wissen, da kann man hin gehen, da bekommt man Unterstützung, so dieses Gefühl, man ist nicht alleine in dieser Situation, sondern man hat kann wirklich auch im Notfall ne Möglichkeit, sich dort Hilfe zu holen [...]“ (1055B, Abs.17)

„Aber ansonsten alles, wenn er Probleme hatte oder sonst irgendwas, konnte er das ja dann dort sagen, weil er ja eh regelmäßig dort war. Und dann hat er sich auch sowieso schon- man fühlt sich dann sicherer, weil man eine Anlaufstelle hat und man weiß, man ist regelmäßig dort, und die gucken nach einem. Und dann fühlt man sich alleine schon sicherher, durch- allein durch dieses Gefühl, dass Du halt immer wieder hin gehst und dass die nach Dir gucken, genau. Das gibt so ne gewisse Sicherheit.“ (1052B, Abs.21)

4.2.5 Alltagsrahmung

Ebenso wie die vorangegangenen Kategorien, wurde diese von Schneider et al. übernommen. Bei der Interviewanalyse ergaben sich die folgenden Unterkategorien: Veränderungen durch die PTK, Auswirkungen auf Angehörige sowie Veränderungen im Alltag. Insgesamt haben Patient*innen hierüber 68 mal berichtet und Angehörige 145 mal.

4.2.5.1 Veränderungen durch die PTK

Hauptsächlich berichten Patient*innen und Angehörige, dass die Behandlung in der PTK Veränderungen im Alltag mit sich bringt, die auf der Verbesserung der Schmerz- oder sonstigen Symptomatik beruhen:

„Aber da steht man ja eigentlich unter Schmerzen. Ich bin so eingestellt, dass ich keine Schmerzen habe. Also geht mir's eigentlich, auch wenn der Kopfgedanke weg wäre, dass man diese Krankheit hat, ginge mir's ja eigentlich noch besser. Aber ich schaue mal, ich bin offen zu allem.“ (1022, Abs.31)

„[...] Und dann war er so richtig gelöst. Und das hat ihm Kraft gegeben für die ganze Woche.“ (1040B, Abs.24)

Auch die Verbesserung der psychischen Situation und damit verbundene Veränderungen im Alltag:

„Und da haben Sie dann- wenn die da oben rumzappele und machen, oh Jesus nee, weiß ich. Und Sie können sich ja vorstellen: Wenn Sie die Diagnose kriegen, Magentumor, und Sie können nicht operiert werden. DA zappeln Sie schon ein bisschen. Aber die- auch wenn wirklich- die haben mich wirklich wieder auf den Teppich gebracht, dass ich ruhig geworden bin. Also das ist schon gut. Also das ist wirklich gut.“ (1002, Abs.71)

„Ja, das- ich muss sagen, mein Mann ist irgendwie, wenn er da kommt, ein bisschen- ich will nicht sagen, ruhiger, aber ausgeglichener. Er ist irgendwie, ja- man merkt einfach, es tut ihm gut, also ja. Und doch, muss man sagen. Also das ist- also ich bin wirklich froh, ich kann's nur als positiv werten, dass er den Schritt gemacht hat.“ (1022B, Abs.67)

Auch die Entlastung von Angehörigen wird angesprochen:

„Und diese Möglichkeit, ja, die pflegenden Personen zu entlasten durch die Tagesklinik, die ist so wichtig, ja, weil diese pflegenden Personen ja viel dem Staat oder der Gesellschaft abnehmen, in dem sie eben ihr Leben auf den zu Pflegenden so'n bisschen ausrichten.“ (1001, Abs.99)

„Und dann wurde halt auch die medikamentöse Behandlung, wo ich auch gesagt hab „Mama, vielleicht“- „Nein, nein.“ Also es hat halt einfach so klick gemacht. Also das hat- der Tag hat sie so'n bisschen, klar, es war dann, wir waren dann 14 Tage dann noch mal dort und dann nochmal. Also es war jetzt nicht sofort ne Verbesserung, aber im Laufe der Zeit war das dann schon ne deutliche Besserung, ja.“ (1033B, Abs.32)

„Aber wie gesagt, in der Zeit, wo sie wirklich in der Tagesklinik war, da konnte ich auch einfach für mich was machen, hab ich- bin ich auch einfach mal spazieren gegangen oder ich konnte in Ruhe meine Arbeiten erledigen, ohne ständig den Druck dann auch zu haben, oh, ich muss mich beeilen, ich muss wieder zu der Mutti und ich muss das. Oder wenn dann das Telefon geklingelt hat, ist man doch erschrocken, „Oh, was ist jetzt schon wieder.“ Und das war einfach in dieser Zeit nicht. Das war für mich- war das auch

schon mal sehr gut oder auch sehr erholsam zu wissen, die Mutter ist unter, ich hab wirklich mal Zeit für mich.“ (1029B, Abs.15)

4.2.5.2 Auswirkungen auf Angehörige

Patient*innen und Angehörige berichten, dass ihr Sicherheitsgefühl gestiegen sei, seit der Anbindung an die PTK:

„Die Kinder wissen immer, dass ich dann wieder nach Hause komme und dass es mir dann wieder besser geht. Und mein Mann weiß auch, dass ich gut aufgehoben bin und wenn was bei mir anliegt, dass ich da alles besprechen kann und dass die auch von der Medikamenteneinstellung da ganz flexibel sind und mit meinen Ärzten super zusammenarbeiten. Also im Alltag gibt uns das auch wieder ne große Sicherheit, ja.“ (1020, Abs.27)

„Also insofern ist das- beruhigt sie das wahrscheinlich eher etwas. Ja, wenn ich sag, ich bin da gut aufgehoben, dann brauchen sie sich keine Gedanken machen.“ (1015, Abs.70)

„Es hat mir auch gut getan, weil ich das Gefühl gehabt hab, jetzt bin ich auch nicht mehr alleine. Ja, und die haben sich auch, wenn irgendein Problem war, medizinisches Problem, auch mit dem Haupthaus das abgeklärt. Und es war so ne Zwischenstation war das. Das hat mir gutgetan auch, weil ich die Verantwortung halt weg hatte.“ (1048B, Abs.7)

Auch Entlastung, die die PTK laut Aussagen der Patient*innen und Angehörigen bringt, wirkt sich auf Angehörige aus:

„Das heißt, dadurch dass ich mehr teilhabe, dadurch dass ich mehr mache, Beispiel nach dem Enkel oder mich mit dem Enkelkind beschäftige, [...] entstehen dann Freiräume für die Anderen, wo sie sagen, okay, das Enkelkind ist behütet, und wir brauchen uns jetzt keine Sorgen zu machen, sprich auch, was weiß ich, zum Friseur gehen oder diese Dinge außer Haus, und ich bin zuhaus, mir geht's gut. Und ich kann mich darum kümmern und eben Kleinigkeiten machen, die ich vor meiner Erkrankung immer gemacht habe[...], so banale Dinge wie ne Glühbirne auswechseln, ja. [...] Und solche Dinge kann ich dann auch wieder machen, dadurch dass ich eben physisch

wieder hergestellt bin einigermaßen, ja, also schmerzfrei, sagen wir mal so.“ (1001, Abs.57-60)

„Und dann war ich auch ein bisschen erleichtert. Und ich konnte ein bisschen meinen Kopf oder, wie soll ich sagen, konnte ein bisschen raus, weil am Ende konnten wir ihn auch nicht mehr allein lassen. Aber dann war ich frei. Aber nicht deswegen habe ich gewünscht, dass er dort sein soll. Aber ich brauchte Luft, ein bisschen Luft, weil er einfach schon sehr krank war und ich habe viel Kraft gebraucht.“ (1050B, Abs.80)

„Ja, wenn's der Mama gut geht, geht's mir auch gut, so (lacht). Ja, klar, wenn man mit so jemand Krankem zusammenlebt, dann ist das ja schon belastbar- oder ne Belastung, ne. Und wenn man dann weiß, demjenigen geht's gut und er profitiert davon, dann profitieren alle davon, würde ich jetzt einfach mal so sagen.“ (1033B, Abs.62)

Gespräche mit Mitarbeitenden der PTK und/ oder die Teilnahme an Therapien wirkten sich auch auf Angehörige aus:

„Für mich war das auch erstmal eine psychologische Unterstützung, weil ich ja auch genauso wenig Ahnung hatte, was das jetzt bedeutet, diese Krebserkrankung und mit was wir zu rechnen haben. Ich hab dadurch Informationen bekommen. Ich hab verstanden, in welchem Zustand mein Mann ist. Und ich hab ach, wenn ich doch dabei war die ganze Zeit, trotzdem das als Entlastung empfunden, weil ich gesehen hab, dass, ja, mein Mann eine gute Betreuung bekommt, die ihm gut tut, die wir nicht zuhause erhalten haben können.“ (1031, Abs.37)

„Ob's die Klangtherapeutin war oder die, die vorgelesen hat, die- wo man sich die Seele freireden konnte. Das war halt für die Angehörigen- ich hab's gebraucht.“ (1026B, Abs.208)

4.2.5.3 Veränderungen im Alltag

Patient*innen und Angehörige geben an, sich im Alltag wieder wohler zu fühlen:

„Die geben einem echt Lebensqualität, das Gefühl, wichtig zu sein.“ (1020, Abs.57)

„Ich sag ja, es ist für mich eine unheimliche Erleichterung, dass ich da hingehen kann. Und wie gesagt, und es geht mir nach der Zeit viel besser.“ (1002, Abs.143), „Ohne die

Tagesklinik glaube ich nicht, dass wir die letzten vier Monate so hätten, vier Monate, fünf Monate so leben können, wie es dann war.“ (1058B, Abs.52)

„[...] und er ist auch tatsächlich dann gerne hin gegangen, genau, die haben ja da Malen, Musik und Massage oder halt so Krankengymnastik und Psychologie und alles, also so alle möglichen verschiedenen Sachen. Und es war echt gut, weil Vieles wäre alleine so gar nicht angegangen, sage ich mal. Und das hat ihm dann wieder so mehr Lebensfreude gegeben.“ (1052B, Abs.23)

„Weil ich ja auch immer dabei war, ja. Und dadurch, dass ich halt auch bisschen beruhigter war und nicht wusste- und wusste, dass ich nicht allein bin, da hat es ihm halt auch gut getan, auch zuhause, ne.“ (1048B, Abs.35)

Die Verbesserung der krankheitsspezifischen Symptomatik führt bei einigen zu positiven Veränderungen im Alltag:

„Ja, darum, al- ich bin ausgeglichener durch das- durch die ganze Therapie, die ich da gemacht hab also und alles- Ich hab das früher nicht gekannt. [...]“ (1006, Abs.37)

„Nee, also ich hab wieder einige Selbständigkeit wiederhergestellt. Ich tue mich selbe verköstigen, weil die trotzdem ist immer wieder die Unterstützung von meiner Enkelfrau oder meine Tochter, die mich mit Essen und so weiter noch versorgen.“ (1010, Abs.51)

„Mein Alltag hat sich wieder normalisiert. Ich hab vorher sehr viel gelegen. Und dadurch hab ich auch so Wundliegeerscheinungen gehabt, ne. Und dann ist auch diese blöde Fistel da, die sich, ja, kaum behandeln lässt, entstanden. Und da war auch eben die Empfehlung von denen, diese Weichliegematratze da zu beantragen. Und das ist passiert, habe ich bekommen, kann durch die Beratungen und Schmerzmitteleinstellungen, die in der Tagesklinik optimiert wurden, hat sich mein Alltag normalisiert. Vorher habe ich eben sehr viel gelegen. Und dann konnte ich wieder Aktivitäten aufnehmen.“ (1001, Abs.55)

„Ja, er weiß, wie er sich mit Schmerzmittel gut versorgen kann. Und er weiß, wo er hingehen kann, wenn da irgendwas nicht passt und weiß, dass er da direkt und zeitnah Unterstützung bekommt.“ (1055B, Abs.37)

„Ja, gut, mein Alltag, das war- ich war ein ganzes Jahr zuhause, hab mich um meine Frau gekümmert und die ganzen Arzttermine mit wahrgenommen. Und seit 1. Januar gehe ich wieder arbeiten.“ (1024B, Abs.50)

Es wird auch berichtet, dass sich der Krankheitszustand trotz Behandlung in der PTK weiter verschlechtert:

„Also ich fühle mich jetzt einigermaßen nicht mehr so schlapp. Ich hab ein bisschen mehr Elan, was Elan heißt, was ich bestreiten kann. Ich kann mich nicht voll auslasten. Das geht nicht mehr. Ich habe keine Kräfte. [...]“ (1012, Abs.30)

„Ich meine, Hoffnung natürlich nicht. Ich meine, die Situation war natürlich bekannt. Also es ist nicht so, dass man da hin geht und sagt, so, „Heute kann ich wieder nach Hause fahren. Na ja, vielleicht wird's ja doch noch.“ Ich meine, das war uns allen auch bewusst, aber einfach am Ende des Tages ein bisschen, ja, wie soll man's nennen, Aufatmen, Durchschnaufen oder sowas zu haben und zu sehen. Das allein rechtfertigt das schon alles, ne.“ (1051B, Abs.21)

Angehörige bemerken in ihrem Alltag eine Entlastung durch die PTK:

„Und es entlastet MICH auch, weil also diese elendigen Debatten, über was man jetzt wie und warum und ob sie die Pille wirklich noch nehmen soll, die von mir dann so'n bisschen weggenommen werden. Und also auch wenn mein Lebensgefährte und ich uns RELATIV gut AUSkennen, würde ich mir nicht anmaßen, jetzt da die Kompetenz zu haben, ne, wie- ich meine, die machen das ganze Dach mit Therapie von Schmerzen, von bösartigen Erkrankungen, ne.“ (1046B, Abs.43)

„Ja, dass ich eigentlich froh war, wenn wir dort nen Termin hatten, weil ich auch dann das Gefühl hatte, ich kann ein Stückchen Verantwortung ablegen in kompetente Hände, ja, weil ich meine, gerade jetzt mit den vielen Schmerzen und den ganzen Dingen, ich meine, wir sind ja Laien trotz alledem, ne.“ (1049B, Abs.88)

„Ja, gut, das ging ja über mehrere Stunden. Also die Zeit konnte ich halt eben nutzen um einzukaufen oder, da war ja Gott sei Dank noch kein Corona, das war ja kurz davor, mal so'n paar Sachen im Haushalt erledigen oder so, das war auch ganz gut dann. Das ging zwar sonst auch. Aber mal- ich hab immer irgendwie so'n bisschen Rücksicht drauf genommen, weil, ja, ist ja mit Lärm und allem möglichen Kram verbunden, wenn man da

anfängt zu saugen oder sonst irgendwas. Ja, also es war für mich also auch quasi ein bisschen Freizeit. Die hatte ich sonst auch, aber das war dann schon mit dem Gefühl, jetzt tut sie sich wieder was Gutes oder jetzt wird ihr was Gutes angetan, sie fühlt sich wohl. Und das ist also für mich dann sehr angenehm gewesen vom Gefühl.“ (1043B, Abs.93)

Einige berichten auch, dass sich der Alltag wenig verändert hat seit der Behandlung in der PTK:

„Wenig, muss ich sagen, weil es- bestimmte Dinge einfach, wie soll ich mal sagen, sich von selbst erzwungen haben sozusagen. Meine Frau hatte beispielsweise durch diese Bestrahlung, die sie bekommen hatte, Harnleiterschienen bekommen. Die mussten nach wie vor regelmäßig gewechselt werden. Meine Frau hatte ne Lungenembolie, musste also- musste entsprechend behandelt werden. Meine Frau hatte andere Erkrankungen noch. Das ist, wie soll ich sagen, routinemäßig weitergelaufen, ne. Das ist also – unabhängig jetzt von der Tagesklinik, die natürlich auch in gewissen medizinischen Bereichen natürlich auch ihre Arbeit getan hatten, ich hatte ja auch vorhin schonmal erwähnt, das da irgendwie ein Verband gewechselt werden musste – das ist alles, ja, normal, sagen wir mal so, weitergelaufen, letztendlich, ne.“ (1051B, Abs.55)

„Ja, ich- also im Alltag so im Ablauf eigentlich weniger, aber vom Gefühl her, weil ich- weil ich wusste, also da ist sie gut aufgehoben; und ich war irgendwie beruhigt. Das, also man macht sich dann selber nicht so viele Gedanken im Kopf, weil dann kann man so für diese Zeit mal ganz gut abschalten, was sicher auch zum eigenen Kraftschöpfen dann wieder ein bisschen von Vorteil ist.“ (1043B, Abs.91)

4.3 Teamstrukturen der PTK am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau

Die Teamstrukturen der PTK wurden im Arbeitspaket 3 erhoben (siehe Abbildung 1). Ein aktueller Querschnitt der Mitarbeitenden Berufsgruppen und deren beruflichen Qualifikationen wurden von der PTK zusammengetragen. Vorab wurde gemeinsam festgelegt, welche Informationen zusammengestellt werden sollten: Berufsgruppe, Berufsbezeichnung, Beschäftigungsumfang insgesamt und in der PTK, Arbeitgeber, Qualifikationen sowie die Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung³.

³ Alle Team-Mitglieder, die über Alleinstellungsmerkmale identifizierbar wären, haben der hier vorliegenden Darstellung zugestimmt und sind damit einverstanden, dass diese Merkmale auch veröffentlicht werden können.

4.3.1 Aktueller Querschnitt der mitarbeitenden Berufsgruppen in der PTK

Insgesamt besteht das Team der PTK aus 18 Krankenpflege*innen für PST und PTK, welche rotieren. Der PTK steht eine Vollzeitäquivalente (VZÄ) Pflegekraft zur Verfügung. Das heißt, dass eine Vollzeitkraft jeden Tag ausschließlich in der PTK zwischen 8 und 15 Uhr tätig ist. Außerdem steht eine VZÄ ärztliche Kraft täglich ausschließlich für die PTK zur Verfügung. Insgesamt stehen der Klinik für Palliativmedizin 4 Ärzt*innen zur Verfügung. Die PTK wird durch zwei Ärzt*innen mit 65/35% versorgt. Des Weiteren besteht das multiprofessionelle Team der PTK aus 3 Physiotherapeut*innen, 3 Kreativtherapeut*innen auf Honorarbasis, 2 Psychoonkologinnen, 2 Seelsorger*innen, 1 Hauswirtschaftskraft (welche seitens der Palliativstation die PTK unterstützt) und 1 ehrenamtlich Mitarbeitender des Hospizvereins Aschaffenburg. Auf Anfrage steht – aus dem Team des Sozialen Dienstes des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau kommend – eine Sozialarbeiterin sowie eine Fachkraft für Pflegeüberleitung (PÜL) zur Verfügung.

Die Physiotherapeut*innen, Psychoonkolog*innen, Seelsorger*innen, Mitarbeitende des Sozialen Dienstes/PÜL arbeiten aus dem Team des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau für die PTK.

4.3.1.1 Ärztliches Team

Das ärztliche Team besteht aus dem Chefarzt (mit 1 VZÄ in der Klinik für Palliativmedizin angestellt), welcher Facharzt für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Psychoonkologie ist. Er hat die volle Weiterbildungsermächtigung für Palliativmedizin. Seine Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung beträgt 14 Jahre. Weitere Qualifikationen liegen im Schwerpunkt Schmerzmedizin DGS, er ist Transfusionsbeauftragter und besitzt ein M3-Zertifikat für Prüfende im mündlichen-praktischen Staatsexamen Medizin, ist Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees am Klinikum AB-ALZ und hat ein Zertifikat in Ethikberatung im Gesundheitswesen. Alle genannten ärztlich Mitarbeitenden sind ausschließlich in der Klinik für Palliativmedizin angestellt. Die leitende Oberärztin ist zu 90% in der Klinik für Palliativmedizin beschäftigt und hat ebenfalls 14 Jahre Erfahrung in der Palliativmedizin. Sie ist Fachärztin für Anästhesiologie, Palliativmedizin, Intensivmedizin und Notfallmedizin und besitzt ebenfalls ein M3-Zertifikat für Prüfende im mündlichen-praktischen Staatsexamen Medizin. Der Funktionsoberarzt mit 11-jähriger palliativmedizinischer Erfahrung, welcher zu 75% in der Klinik für Palliativmedizin beschäftigt ist, ist Facharzt für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Notfallmedizin. Der Facharzt der Klinik ist ebenso zu 35% ausschließlich in der PTK beschäftigt und Facharzt für Radiologie, Strahlentherapie und Palliativmedizin. Zum ärztlichen Team

gehört ebenfalls die Chefarztsekretärin, welche zertifizierte Phonotypistin ist, mit einer Fortbildung in GroupWise, einem Befähigungskurs ehrenamtliche Kinderhospizmitarbeiterin und einem Seminar "Mit Kindern/Jugendlichen über Sterben und den Tod sprechen".

4.3.1.2 Pflegerisches Team

Das pflegerische Team der Klinik für Palliativmedizin besteht aus 18 Krankenschwestern und -pflegern mit durchschnittlich 8,8 Jahren Erfahrungen (Range: 4 Monate - 14 Jahre) in der spezialisierten Palliativversorgung. Rotierend arbeiten die Pflege(fach)kräfte in der PTK. Die Stationsleiterin besitzt Qualifikationen in Palliative Care, manueller Lymphdrainage, ist staatlich anerkannte Heilpädagogin. Sie hat einen Grund-/Aufbaukurs in Kinaesthetics und in Therapeutisch aktivierender Pflege, ein - Bopath-Konzept - Erwachsener nach erworbenen Hirnschädigungen, das Basisseminar Basale Stimulation in der Pflege und besitzt die Qualifikation zu Stations- und Gruppenleitung im Pflegedienst. Die zweite Stationsleitung besitzt ebenfalls Qualifikationen in Palliative Care und ein zertifiziertes Basisseminar in basaler Stimulation in der Pflege. Die stellvertretende Stationsleitung besitzt eine Weiterbildung in Onkologie-Palliativpflege. Einer der Krankenschwester ist Koordinatorin nach § 39a SGB V. Sie besitzt ein Zertifikat "Ehrenamtliche Hospizarbeit koordinieren", den Limburger Palliative Care Basis-Lehrgang, ein Seminar zur Führungskompetenz in der Hospizarbeit und ist Algesiologische Fachassistentin. Acht der Krankenschwestern und -pfleger besitzen Qualifikationen in Palliative Care, wobei zwei zusätzlich noch eine Qualifikation in der onkologischen Palliativpflege haben und eine Gesundheits- und Krankenpflegerin für Gerontopsychiatrie ist. Eine andere Krankenschwester ist qualifizierte innerbetriebliche Demenzbeauftragte Allgemeinkrankenhaus (IDA), hat ebenfalls ein zertifiziertes Basisseminar in Basaler Stimulation in der Pflege, ist qualifiziert in onkologischer Pflege und Palliative Care. Sie ist außerdem pflegerische Schmerzexpertin, hat eine Praxisanleiter*innenausbildung und ist Pain Nurse. Eine weitere Krankenschwester bringt die Qualifikationen Weiterbildung Praxisanleiter und Innerbetriebliche Demenzbeauftragte Allgemeinkrankenhaus (IDA) mit. Zudem besitzt sie Zertifikate in Aromapflege Basis-Training, Aromapflege bei Angst, Unruhe und depressive Verstimmungen, Implementierung der Aromapflege, Stress reduzieren und das Immunsystem, GA X Aromachemie, "Unser digitales Klinikum - Veränderungen aktiv (mit-)gestalten", eine Weiterbildung in Onkologie-Palliativpflege und einen Workshop "Patienten und Angehörige im Krisenmodi - wie Sie mit kritischen Situationen umgehen". Einer der Krankenpfleger besitzt ebenfalls die Qualifikation Stations- und Gruppenleitung im Pflegedienst sowie eine Praxisanleiter-Ausbildung. Eine andere Pflegekraft hat das Zertifikat zur therapeutisch aktivierenden Pflege Erwachsener nach erworbenen Hirnschädigungen (Bobarth-Konzept) und ein Zertifikat als Heilpraktikerin erworben.

4.3.1.3 Physiotherapie

Das Team der Physiotherapie besteht aus drei Physiotherapeut*Innen, wovon eine bereits 14 Jahre Erfahrung in spezialisierter Palliativversorgung hat, bei den anderen beiden wurde keine Angabe gemacht. Die erste Physiotherapeutin hat eine Weiterbildung in Palliative Care und ein Seminar Aufbau- und Tagung Physiotherapie in Palliative Care besucht. Die Qualifikationen der zweiten Physiotherapeutin belaufen sich auf eine Rückenschullehrer-Lizenz an der KdR - Neue Rückenschule, ein Zertifikat Faszinierende Wirbelsäule - Wirbelsäulen-Trainer, einen Rücken Qi Gong-Basiskurs, ein Zertifikat Carnio-Sakrale Therapie, den Grundkurs Viscerale Osteopathie und den Aufbaukurs Viscerale Osteopathie, verschiedene Seminare in Osteopathische Kinesiologie, "Mobilisation with Movement, Nags, Snags and other Techniques", "Manuelle Therapie der Extremitätengelenke - MTE 1 und MTE-2", PST-Kinesiotape, Kinesiotaping Aufbaukurs, Lymph- und Narbentaping im propriozeptiven sensomotorischen Training, Gua Sha - Schmerztherapie aus dem Ostasiatischen Raum, Life Kinetik, Atlas-Therapie, "Schwindel untersuchen und behandeln, Seminar für Schwindelbehandlung in der Physiotherapie", "Das Tanzberger-Konzept bei Beckenboden-/Sphinkterdysfunktion", Basiskurs Teil I und II, Körperwahrnehmungsarbeit in Anlehnung an Eutonie, "Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)", "Den Rücken stärken - sich stärken (Teil I)", "Das Mammakarzinom - physikalische und physiotherapeutische Behandlung des Lymphödems" und Sportmedizinisches Grundlagenseminar für Krankengymnasten. Sie bringt weitere Zertifikate in "Wirbelsäulentherapie nach Dorn und Breuss", Gymnastik und Tanz, Jazz-Tanzpädagogin, "Behandlungskonzept bei rezidivierenden Blockierungen der Iliosacralgelenke", Nachsorge nach BSV/BSV-OP/WS-Instabilität, Triggerpunkt-Therapie Würzburg mit. Die dritte Physiotherapeutin ist Masseurin und medizinische Bademeisterin. Ihre Qualifikationen bestehen aus Zertifikaten in Entspannungstherapeutin, Entspannungspädagogin und Trainingsleiterin. Sie besitzt zudem Fortbildungen unter anderem in Innere Organe: Behandlung und Automobilisation, Physiotherapie/MLD/KPE nach Op. Mamma-CA, Verletzungen der Rotatorenmanschette, Verletzungen rund um den Fuß und vielen weiteren. Sie hat ebenfalls das Seminar SKRIPPEN - manuelle Gelenktherapie, das Erste-Hilfe-Training der DGUV und den Lehrgang "Die spezifische Massage in der Neurologie" besucht.

4.3.1.4 Kreative Therapie

Der Bereich der Kreativtherapie setzt sich aus einer Musiktherapeutin (13 Jahre Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung), zwei Kunsttherapeutinnen (1 und 10 Jahre Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung) und einer tiergestützt arbeitenden Therapeutin zusammen.

Die Musiktherapeutin hat eine künstlerische Prüfung für das Lehramt Gymnasien in Fachrichtung Musik abgeschlossen. Des Weiteren verfügt sie über sozialpädagogische Musiktherapie und den Basislehrgang LebensMutig. Die Kunsttherapeutin ist Diplomgeprüfte im Fachbereich Kreativtherapie und Heilpraktikerin für Psychotherapie. Sie hat eine kunsttherapeutische Fortbildung im Bereich Palliativmedizin und Hospiz. Ebenfalls verfügt sie über weitere Fortbildungen und FB Zertifikate. Die andere Kunsttherapeutin des Klinikums ist klinische Kunsttherapeutin, Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Kunsttherapie und psychologische Beraterin. Außerdem hat sie Heilkunde ohne Approbation im Bereich Psychotherapie erlernt. Sie verfügt über ein Diplom in freier bildender Kunst und ist Trainerin für gewaltfreie Kommunikation. Die tiergestützte Therapeutin arbeitet ehrenamtlich in der PTK und besitzt ein Seminar für Hunde im Therapieeinsatz. Insgesamt wird die Kunst- und Musiktherapie von Externen auf Honorarbasis durchgeführt.

4.3.1.5 Psychologische Versorgung

Die beiden Psychoonkologinnen des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau sind Diplompsychologinnen und haben 10 bzw. 12 Jahre Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung. Sie wirken in der PTK mit. Eine der beiden ist Psychologische Psychotherapeutin und Fachpsychologin Diabetes (DDG). Beide verfügen über eine Weiterbildung in Psychosozialer Onkologie (WPO-PT).

4.3.1.6 Sozialer Dienst/PÜL, Seelsorge, Hospizgruppe und Hauswirtschaft

Der ehrenamtliche Mitarbeiter der Hospizgruppe Aschaffenburg hat ein Zertifikat über eine qualifizierende Weiterbildung nach dem Ausbildungs-Curriculum des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes, sechs Jahre Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung und ist Rettungsassistent. Er ist Ethikberater im Gesundheitswesen (AEM) und besitzt ein Zertifikat Beraterschulung für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Er ist schwerpunktmäßig in der Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten tätig. Die Seelsorge besteht aus den zwei Klinikseelsorgerinnen. Eine der beiden hat vier Jahre Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, bei der zweiten wurden keine Angaben

gemacht. Eine der beiden verfügt über Palliative Care für Gemeindeseelsorge und Seelsorge und "Palliative Care". Die Qualifikationen der anderen belaufen sich auf ein Seminar "Als Seelsorgerin im Klinischen Ethikkomitee", Möglichkeiten und Grenzen, die Klinische Seelsorgeausbildung (KSA), Diplom Ehe-, Partnerschafts-, Familien- und Lebensberatung, das Seminar "Einführung in die Ressourcenorientierte Stabilisierungsarbeit der Psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT)" und "Aufbaukurs in die Ressourcenorientierte Stabilisierungsarbeit der Psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT)" und eine Fachtagung "Ist das denn zu schaffen?!".

Die Hauswirtschafterin der Klinik f. Palliativmedizin hat eine Hospiz-Grundausbildung, einen Befähigungskurs für ehrenamtliche Kinderhospizmitarbeiterinnen und zwei Fortbildungen „der psychiatrische Patient“ und Schwesternhelferinnen. Sie verfügt über eine 9-jährige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.

Auch eine Sozialarbeiterin sowie eine Fachkraft für Pflegeüberleitung, welche ebenfalls den Sozialen Diensten zugeordnet ist, stehen zur Verfügung.

4.3.2 Behandlungszeiten

In der PTK werden bis zu vier Patient*innen pro Tag zwischen 8 und 15 Uhr behandelt. Mithilfe der retrospektiven Daten der PTK (Arbeitspaket 1) und Zeitanalysen vor Ort wurden die Behandlungszeiten berechnet.

Insgesamt wurde bei 24/200 Patient*innen eine Sozialberatung/PÜL durchgeführt. 16 Patient*innen wurden durch den Hospizverein mitbetreut.

Durchschnittlich verbringt ein/e Patient*in pro Behandlungstag (umfasst 6h) 75min (21%) mit Pflegekontakt, 88min (24%) mit ärztlichem Kontakt, 36min (10%) mit der kreativen Therapie, 31min (9%) der Zeit besteht aus Physiotherapie und 14min (4%) aus Psychoonkologie. Die restlichen ca. 117min (32%) verbringen Patient*innen mit bspw. Zusätzlicher Diagnostik, essen oder freier Zeit (siehe Abbildung 14). Das bedeutet ca. 2/3 ihrer Zeit verbringen Patient*innen an einem Behandlungstag in der PTK im Durchschnitt mit Behandlungszeit.

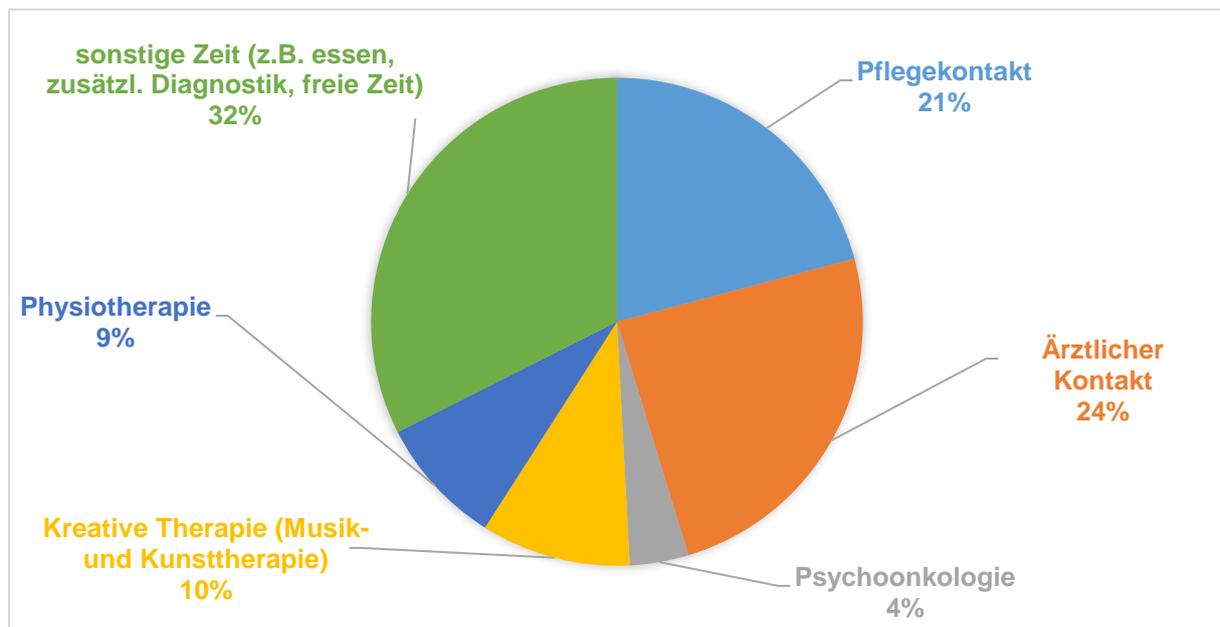


Abbildung 14: Durchschnittliche zeitliche Verteilung einer/s Patient*in während eines Behandlungstages in der PTK

75 Minuten arbeiten die Pflegenden patient*innennah. Hierunter fallen Tätigkeiten wie die Pflege der/ des Patienten*in, Lagerung, pflegerische Beratung, Assistenz bei invasiven Maßnahmen, Gespräche mit Patient*innen und Angehörigen, Verbandswechsel und Wunddokumentation, Patientenbeobachtung, Therapieüberwachung, Anleiten und Begleiten von Angehörigen, Hilfe bei der Mobilisation, Botengänge sowie Dokumentation. Pro Patient*in wenden die Pflegenden zusätzlich 15 Minuten für patient*innenferne Tätigkeiten auf. Hierunter fallen bspw. Faxen der Arztbriefe, Archivierung, Kopien erstellen, multiprofessionelle Reflexionsgespräche nach den jeweiligen Behandlungen, Bestellung von Medikamenten und die Zimmeraufbereitung. Neben einer 30minütigen Pause und 12minütiger Umkleidezeit bleiben bei einer Vollzeitstelle in der Pflege (7h 42min) in der PTK von 60 Minuten für weitere administrative und organisatorische Tätigkeiten sowie telefonische Beratung. Um Urlaubs- und krankheitsbedingte Ausfälle kompensieren zu können, werden weitere 0,2 VZÄ in der Pflege benötigt. Somit ergibt sich ein **Bedarf von 1,2 VZÄ für vier Patient*innen in der PTK, was 0,3 VZÄ pro Patient*in entspricht.**

Die ärztliche Tätigkeit umfasst je Patient*in ca. 88 Minuten patient*innennahe Tätigkeit. Hierunter fallen z.B. invasive Maßnahmen und Gespräche mit Patient*innen und Angehörigen. Zusätzliche zur patientennahen Tätigkeit fallen hier ebenfalls patient*innenferne Tätigkeiten an, die je Patient*in 30 Minuten umfassen. Somit wird in der PTK eine erfahrene fachärztliche bzw. funktionsüberärztliche Vollzeitkraft für vier Patient*innen benötigt. Hier werden ebenso 0,2 VZÄ zur Kompensation von Urlaubs- und Krankheitszeiten benötigt, was **ebenfalls 1,2 VZÄ für vier und umgerechnet 0,3 VZÄ pro Patient*in der PTK** bedeutet. **Zusätzlich werden 0,25 VZÄ an Chef- oder oberärztlichem Personal benötigt.**

Für die weiteren Berufsgruppen werden für die PTK nur die patient*innennahen Tätigkeiten erfasst. Das bedeutet für die kreativen Therapien im Bereich Kunst und Musik fallen pro Patient*in im Durchschnitt 36 Minuten an, was bei vier Patient*innen pro Tag eine patient*innennahe Tätigkeit von 144 Minuten – also 2,4h – ergibt. Für die Physiotherapie entsteht ein zeitlicher Bedarf von insgesamt 124min – also 2,06h – für vier Patient*innen. In der Psychoonkologie fällt für vier Patient*innen im Durchschnitt eine patient*innennahe Tätigkeit von einer Stunde an in der PTK pro Behandlungstag. Das entspricht **0,4 VZÄ für kreative Therapien, 0,3 VZÄ Physiotherapie und 0,1 VZÄ Psychoonkologie.**

Außerdem wird in der PTK hauswirtschaftliche Unterstützung gegeben.

4.4 Abschluss Symposium

Um die Evaluation erfolgreich abzuschließen, wurde ein Abschluss Symposium am 27. September 2021 online durchgeführt. Die Veranstaltung wurde von Dr. Paul und PD Dr. Julia Strupp moderiert. Zunächst gab es Grußworte der folgenden Personen:

Herr Klaus Holetschek (Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege)

Herr Prof. Dr. Bausback (Bayerischer Landtagsabgeordneter, CSU Aschaffenburg und Staatsminister a.D.)

Fr. Reiser (Geschäftsführung Klinikum Aschaffenburg-Alzenau)

Ergänzt nach einem Film über die PTK selbst, machte Dr. Paul in seinem Vortrag deutlich, wie wichtig eine menschliche Medizin auf dem letzten Lebensweg ist und was eine Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik dazu beitragen kann. Die wissenschaftlichen Daten, die das belegen konnten, wurden anschließend von Anne Müller und PD Dr. Julia Strupp vorgestellt. Beate Apolinarski stellte erste Ergebnisse des Projekts ABPATITE vor und betonte, dass palliativmedizinische Tageskliniken und Tageshospize immer häufiger die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland ergänzen, es aber noch keine systematische Bestandserfassung palliativmedizinischer Tageskliniken und Tageshospize gibt und keine empirisch gesicherten Erkenntnisse über den Bedarf an diesen Angeboten.

Im Anschluss wurden die Ergebnisse mit Expert*innen diskutiert. Als Expert*innen zugeschaltet wurden:

Frau Dipl.-Soz. Beate Apolinarski (stellvertretende Projektleitung ABPATITE)

Herr Prof. Winfried Bausback (Bayerischer Landtagsabgeordneter, CSU Aschaffenburg und Staatsminister a.D.)

Herr Joachim Lentzkow (Allgemeinmediziner, Rettungsmedizin, Notfallmedizin, Gemeinschaftspraxis Goldbach)

Herr Heiner Melching (Geschäftsführer der DGP)

Herr Dr. Manfred Welslau (Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie, Leiter des Onkologischen Zentrums Aschaffenburg)

Frau Dr. Almut Föllner (Fachärztin für Innere Medizin und Palliativmedizin, ärztliche Leitung und Geschäftsführung des Hospiz- und Palliativteams Bayerischer Untermain) wurde ebenfalls während der Diskussion um ihre Einschätzung gebeten und hierfür zugeschaltet.

Auch wenn die tagesklinische Versorgung einer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) entspricht und somit eine Krankenhausbehandlung auch teilstationär möglich ist, sind die Finanzierungen noch uneinheitlich. Die Expert*innen diskutierten, dass es hier einheitliche Verträge geben sollte, um auch die Qualität der Behandlung gut sichern zu können. Da die meisten teil-stationären Einrichtungen an Krankenhäuser angebunden sind und durch die Angliederung an eine stationäre Einrichtung (z.B. Palliativstation) nachweislich Ressourcen geteilt werden, kann sich dies als kostenreduzierend auswirken, so ein Experte.

Es herrscht zurzeit eine große Dynamik bzw. eine Art „Aufbruchsstimmung“ aufgrund des Entstehens und der Planung weiterer PTKs. Betont wurde jedoch, dass die Ausgestaltung aktuell individuell und heterogen verläuft. Das Einwerben von Spenden über z.B. Fördervereine spielt in allen Einrichtungen eine große Rolle.

Wichtiges Thema ist auch, dass eine tagesklinische Behandlung nur jemanden angeboten werden kann, der mit Unterstützung der Familie oder eines Krankentransports beispielsweise in die Einrichtung gebracht werden kann. Eine zumindest erhaltende Teil-Mobilität ist also ein Kriterium für den Besuch einer Tagesklinik, das gewährt sein muss.

Eine Frage eines Experten war des Weiteren, ob es tagesklinische Angebote nicht auch für AAPV Patient*innen geben sollte. Hierzu gab es aus der Evaluation selbst jedoch keine Daten. In der PTK Aschaffenburg-Alzenau gibt es nur Patient*innen mit komplexen Symptomgeschehen und somit mit Indikation für eine spezialisierte Palliativversorgung nach G-BA Richtlinie.

An dem Symposium haben insgesamt ca. 60 Personen teilgenommen. Das Symposium wurde in Zusammenarbeit mit domain film aufgezeichnet und wird auf dem YouTube-Kanal der Uniklinik Köln veröffentlicht.

Neben dem Symposium gab es weitere Öffentlichkeitsarbeit: so wurde PATINA bereits in einem Zeitungsartikel des Main-Echo und bei einer der Arbeitskreissitzungen des Gesundheitsausschusses des Bayerischen Landtags am 13.7.2021 durch Herrn Prof. Voltz vorgestellt sowie durch Frau Müller beim 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) vom 06.-08. Oktober 2021.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der Evaluation der PTK Aschaffenburg-Alzenau erlauben Einblicke in die konkrete Praxis der Begleitung und Behandlung von Palliativpatient*innen in einer PTK sowie das Erleben der Versorgung aus Sicht der Nahestehenden und Betroffenen. Auch die Sicht der Zuweisenden konnte Hinweise auf die Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit der PTK identifizieren. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete unterstützen und ergänzen sich gegenseitig. Das hohe Interesse, auf das das Projekt gestoßen ist und die große Bereitschaft zur Teilnahme weist auf die Bedeutung und die Relevanz des Themas und insbesondere der PTK Aschaffenburg-Alzenau hin. Nachfolgend werden die Ergebnisse bezogen auf die Hauptfragestellungen des Projektes diskutiert.

5.1 Welche Patient*innengruppe wird in der PTK behandelt und wie vergleicht sie sich mit der PST und der SAPV?

Die vergleichende Untersuchung basierte auf den palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Stadt und Landkreis Aschaffenburg/Bayern. Es sind dies die 2007 gegründete Palliativstation (PST) der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, die Palliativmedizinische Tagesklinik (PTK) am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, die im Rahmen eines Modellprojektes 2012 etabliert wurde und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) am Bayerischen Untermain, die in Trägerschaft des hiesigen Hospizvereins 2013 ihre Arbeit aufnahm.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Patient*innen der PTK im Vergleich zu SAPV um fast zehn Jahre im Schnitt jünger sind. Es erfolgt ein im Krankheitsverlauf früherer Eintritt in die PTK und mit einer geringeren Symptomlast als bei Eintritt in die SAPV und PST. Wie auch Apolinarski et al. [2] schlussfolgern, ermöglichen palliativmedizinische Tageskliniken eine multiprofessionelle Behandlung im Krankenhaus und **vermeiden oder zögern eine stationäre Aufnahme** hinaus. PTKs sind somit ein wichtiger Baustein der **palliativmedizinischen Frühintegration**. Eine frühintegrative Versorgung ist in der PTK Aschaffenburg-Alzenau federführend, in der SAPV ist diese fast ausgeschlossen. Patient*innen der PTK haben einen besseren „Performancestatus“ und leben autonomer im häuslichen Umfeld als Patient*innen auf der PST und in der SAPV. In der PTK verschiebt sich der ECOG, bis eine weitere ambulante und tagesklinische Versorgung physisch nicht mehr realisierbar ist - meist zwischen ECOG 3 und 4. Dann erfolgt häufig eine stationäre Aufnahme. Noch während eine palliative tumorspezifische Therapie durchgeführt wird, finden in der PTK Gespräche über Therapieziele, darunter auch Aufklärung über Prognose und Behandlungsoptionen, und Entscheidungsfindungen zum Lebensende statt. Es geht um eine

Verbesserung der Lebensqualität und die Vermeidung medizinisch nicht sinnvoller oder indizierter aggressiver Therapien.

Bezüglich der **Medikation** ist auf der PST ein Stufenwechsel in der analgetischen Therapie häufig sowie eine Beendigung der häufig mit anticholinergen Nebenwirkungen belasteten Koanalgetika. Es erfolgt eine Dosis-Erhöhung der Medikamente zur Linderung der Symptomlast (z.B. Antiemetika, Benzodiazepine) sowie eine Reduktion der nicht mehr notwendigen Medikation. In der SAPV erfolgt ebenfalls hauptsächlich eine Intensivierung der analgetischen Therapie und Reduktion der nicht notwendigen Medikation. Sowohl im stationären Umfeld, als auch im Setting der SAPV erfolgt eine Medikation mit dem Ziel der Symptomkontrolle.

In der PTK erfolgt zunächst häufig erst ein Beginn mit einer analgetischen Medikation (WHO Stufe 1 und aber auch 3 bei hoher Symptomlast) und ggf. Hinzunahme anderer Stoffgruppen zur analgetischen Therapie je nach Schmerzform. Die Therapie und Weiterbehandlung wird optimiert bei bestehenden Komorbiditäten bei Patient*innen im frühen Krankheitsstadium mit differenzierter Körper- / Symptomwahrnehmung. Aber es erfolgt eben auch eine Etablierung von symptomlindernden Medikamenten wie Antiemetika, Benzodiazepine, Adjuvantien.

In der PTK wurden – im Rahmen des niedrighschwelligen Therapieangebots – invasive Maßnahmen wie Punktionen und Drainageanlagen am häufigsten realisiert. In allen drei Versorgungsformen gibt es eine sonographische Diagnostik, die kostengünstig, nicht invasiv, und leicht verfügbar ist.

Vorangegangene systematische Übersichtsarbeiten bemängeln, dass der medizinische Nutzen einer tagesklinischen Einrichtung nicht hinreichend belegt werden kann [5]. Die retrospektive Datenanalyse der drei Versorgungsformen PTK, PST und SAPV rückt deutlich den medizinischen Nutzen der PTK in den Fokus (siehe Kapitel 4.1).

5.2 Wie sieht der Versorgungspfad dieser Patient*innen aus?

Die Zuweisung von Patient*innen erfolgt auf verschiedenen Wegen wie Abbildung 15 zeigt: eine Übernahme der Patient*innen von Fachärzt*innen (z.B. Onkolog*innen) ist bei einer gegebenen Symptomlast häufig, dann etwa, wenn die niedergelassenen Ärzt*innen diese Patient*innen ambulant nicht mehr gut einstellen können. Bei der SAPV erfolgt ein Wechsel oft aus der AAPV Versorgung in die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung oder auf Initiative der Angehörigen. Ein Übertritt vom Krankenhaus in die PTK erfolgt häufig aufgrund einer Problematik, welche durch den Konsilliardienst akut nicht lösbar war. Auch diese Ergebnisse decken sich mit denen von Apolinarski et al. [2], wo Patient*innen oder Angehörige selbst Kontakt aufnehmen, Patient*innen über den ambulanten Palliativdienst angemeldet werden oder eben auch durch z.B. die Onkologie.

Unsere Ergebnisse konnten zeigen, dass für Patient*innen der PTK eine häusliche Versorgung meist länger möglich ist und die PTK hier unterstützt, sodass häusliche Versorgungsstrukturen stabilisiert werden können, und – falls präferiert - ein Sterben im häuslichen Umfeld im späteren Verlauf ermöglichen. Hier bietet die PTK Aschaffenburg-Alzenau neben der medizinischen Versorgung der Patienten auch eine Entlastung der Angehörigen im Sinne von „respite care“ eben dadurch, dass Patient*innen bis zu fünf Tage pro Woche in der PTK verbringen können. Die PTK schafft somit durch ihr Angebot die Möglichkeit, dass insbesondere betreuungsintensive Patient*innen weiter in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, möglicherweise auch, weil die Angehörigen sich durch die strukturierten Abläufe in der PTK unterstützt und entlastet fühlen. Ziel ist somit nicht nur die medizinische und psychosoziale Stabilisierung des Patient*innen, sondern auch die Entlastung der betreuenden Familien.

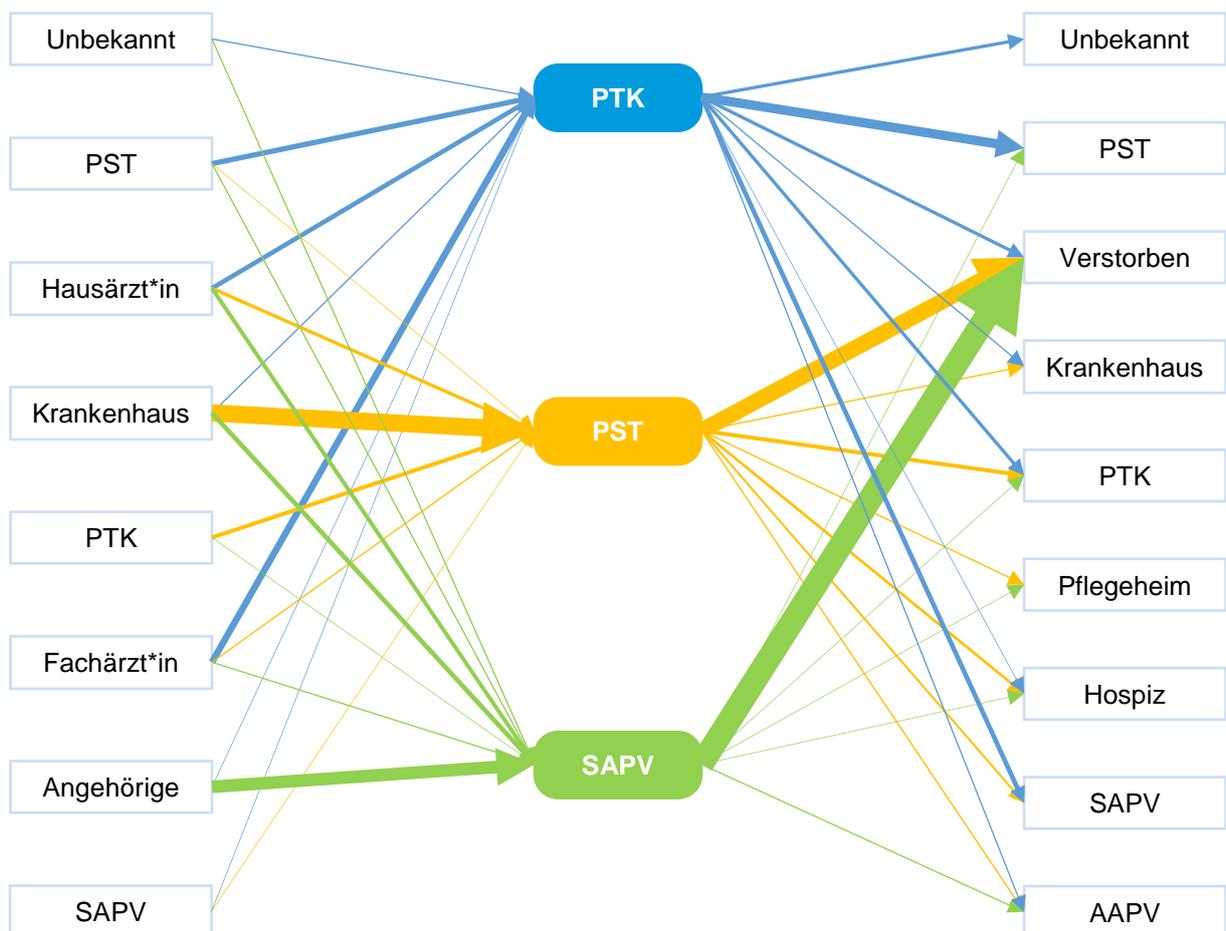


Abbildung 15: Wege in die jeweilige Versorgungsform und weitere Versorgung

5.3 Wie wird das Angebot von Patient*innen / Angehörigen und Zuweisenden wahrgenommen?

Ergebnisse zeigen, dass Befragte Patient*innen und Angehörige an der PTK den direkten Zugang zu Behandelnden schätzen. Sie wurden als zuverlässig und vertrauenswürdig eingeschätzt. Das Gefühl von Sicherheit, Verfügbarkeit von Therapien und Zeit, die Behandelnde sich nehmen, wurden positiv berichtet. Als Alternative sahen einige weitere stationäre Aufenthalte, die Notaufnahme oder die Versorgung durch niedergelassene Haus-/Fachärzt*innen. Doch es besteht Sorge, dort nicht bedarfsgerecht behandelt und informiert zu werden. Insgesamt schätzen Patient*innen und Angehörige die Behandlung meist alternativlos und hatten Sorge, ohne PTK keine adäquate palliative Versorgung zu erhalten. Die untersuchte PTK ist ein Modellprojekt. Analog zeigen internationale Studien [5, 13], dass die Zufriedenheit mit der Behandlung hoch ist. Für einen umfassenden Einblick wurde auch die Sichtweise von Angehörigen einbezogen. Die meisten Befragten können sich eine Alternativversorgung nicht vorstellen oder haben zuvor unzureichende Erfahrung mit solcher gemacht. Vergleiche von Alternativen durch die Befragten lassen vermuten, dass die PTK eine eigene Zielgruppe in der palliativen Versorgungslandschaft - insbesondere der palliativen Frühintegration - anspricht.

Aus Sicht von Betroffenen schafft die PTK eine angemessene ambulante Palliativversorgung und vermittelt Sicherheit im Umgang mit der eigenen Erkrankung. Krankenhausaufenthalte konnten hinausgezögert werden. Eine alternative Versorgungsform erscheint den Befragten in der Form nicht vorzuliegen.

Die PTK spricht eine Zielgruppe an, die künftig in weiteren PTKs bedient werden sollte, damit die frühzeitige palliative Versorgung der Zielgruppe gegeben ist.

Es wird deutlich, dass Zuweisende die Zusammenarbeit mit der PTK für sich und Patient*innen als unterstützend und hilfreich schätzen. Die Beurteilung, dass die Symptomkontrolle verbessert wird, verdeutlicht die fachliche Expertise der PTK.

Die Möglichkeit, Palliativpatient*innen an die PTK zu überweisen, ist für Befragte unterstützend. Patient*innen profitieren aus ihrer Sicht medizinisch und psychosozial von Angeboten der PTK.

Die rege Inanspruchnahme der PTK sowie die empfundene fachliche Unterstützung im Umgang mit Palliativpatient*innen deuten auf einen wichtigen Anteil der PTK in der frühzeitigen palliativen Versorgung hin.

5.4 Welches Team behandelt die jeweiligen Patient*innen?

Patient*innen werden von einem multiprofessionellen Team betreut, sodass eine ganzheitliche (medizinische und psychosoziale) Behandlung in der PTK gewährleistet werden kann. Auch Angehörige werden mit einbezogen von den verschiedenen Berufsgruppen.

Bis auf wenige Ausnahmen oder fehlende Angaben, zeigt sich, dass qualifizierende Weiterbildungen im Bereich der Palliativversorgung durch die Mitarbeitenden besucht wurden, sodass ein fachlich angebrachter Umgang und passende Behandlung möglich werden.

5.5 Welche Empfehlungen können aus den Erkenntnissen für die Etablierung einer PTK abgeleitet werden?

Die PTK ist ein essentieller Bestandteil der spezialisierten Palliativversorgung und stellt eine Ergänzung zwischen SAPV und PST dar, die aufgrund der Rückmeldungen von Patient*innen und Angehörigen und Zuweisenden skaliert werden muss. Die PTK ist eine patient*innenorientierte ergänzende Struktur der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung. Die Ergebnisse zeigen, dass die PTK eindeutig eine Versorgungslücke zwischen SAPV und PST schließt und damit eine frühzeitige Behandlung neben z.B. onkologischer Versorgung ermöglicht. So ist es den Patient*innen ebenfalls möglich, länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Es werden eindeutig stationäre Aufenthalte vermieden (knapp 70% der Patient*innen und Angehörigen bzw. 96% der Zuweisenden haben dies bejaht).

Die Ergebnisse zeigen, dass das Angebot der PTK dringend weiter gefördert werden muss, unklar bleibt jedoch die Finanzierung. Da die PTK die häusliche Pflege und die hausärztliche Versorgung von Patient*innen unterstützt, könnte dies zu einer doppelten Verbesserung führen: zu besserer Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostenreduktion. Durch eine Angliederung an eine stationäre Einrichtung werden nachweislich Ressourcen geteilt, was sich kostenreduzierend auswirken kann. Die PTK bietet einen niedrighwelligen und damit verbunden oft leichter akzeptierten Zugang zu invasiven therapeutischen Maßnahmen und es erfolgt eine Bündelung multiprofessioneller Diagnostik und Therapie. Die PTK leistet einen Beitrag zur Entscheidungsfindung, sowie zur Möglichkeit der akuten Therapie und Vorstellung bei Konsiliarärzt*innen verschiedenster Fachdisziplinen auf kurzen Wegen. Dadurch gelingt eine große logistische und zeitliche Ersparnis. Der Austausch zwischen der PTK und den Zuweisenden sollte regelmäßig stattfinden, damit der komplexen Symptomatik von palliativen Patient*innen bestmöglich begegnet werden kann.

Die PTK Aschaffenburg-Alzenau behandelt Patient*innen medizinisch und grenzt sich damit klar von einem Tageshospiz ab.

Das Verhältnis der Behandlungsplätze wie in der PTK Aschaffenburg-Alzenau (1:2 in PTK und PST) ist ein zahlenmäßig passendes Verhältnis, das so für weitere PTKs geplant werden kann.

Auch wenn die Daten gezeigt haben, dass die meisten Patient*innen in der PTK Tumorerkrankungen haben, so ist die PTK selbstverständlich nicht nur für Tumorkrankpatient*innen offen, sondern auch für Nicht-Tumorkrankpatient*innen (z.B. Patient*innen mit neuro-degenerativen Erkrankungen) und eine Behandlung hat den gleichen positiven Effekt.

Eine Pflegeüberleitung/ Sozialberatung ist bei Patient*innen am Anfang ihrer Erkrankung oftmals noch nicht nötig. Meist haben die tagesklinischen Patient*innen oft Hilfestellung innerhalb des familiären Umfelds sowie ausreichend soziale Ressourcen.

Die PTK Aschaffenburg-Alzenau finanziert sich durch tagesgleiche Pflegesätze. Es gibt somit ein tagesbezogenes Entgelt, das mit den Kostenträgern - im Rahmen der Krankenhaus-Budgetgespräche - jährlich neu verhandelt wird.

6 Fazit und Ausblick

Das Leistungsangebot der PTK umfasst die palliativmedizinische und pflegerische Behandlung, inklusive Untersuchungen und fachübergreifende Therapien, aber auch die psychosoziale Versorgung (Therapiegespräche mit Psycholog*innen, musikalische und künstlerische Therapien). Ganz besonders wichtig und hervorzuheben ist die Anbindung an ein Krankenhaus, sodass die dortigen Strukturen genutzt werden können (wie z.B. Chirurgie bei einer Wundversorgung oder das Hinzuziehen konsiliarisch tätiger Kolleg*innen).

Die PTK Aschaffenburg-Alzenau schließt eine Versorgungslücke zwischen stationärer und ambulanter Palliativversorgung. Sie ergänzt ein palliativmedizinisches Versorgungsnetz, tritt aber nicht in Konkurrenz zu bereits vorhandenen Strukturen. Somit erfolgt eine frühzeitige Integration von Palliativversorgung in eine noch parallellaufende z.B. tumorspezifische Therapie. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die PTK Aschaffenburg-Alzenau eine Schnittstelle ist für zwei sich ergänzende Behandlungsansätze für Patient*innen, die unheilbar erkrankt sind und ihre Familien.

PATINA und damit die PTK in Aschaffenburg-Alzenau kann dazu beitragen, den Aufbau und die Entwicklung weiterer palliativmedizinischer Tageskliniken in Deutschland zu fördern. Die Ergebnisse können auch in strukturelle Änderungen des gesetzlichen Rahmens einfließen (z.B. zur Förderung einer Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringenden).

Diese Daten zeigen ganz eindeutig, dass eine PTK nicht nur eine maximal patientenorientierte Versorgungsform für Menschen in ihren letzten Lebensmonaten darstellt, sondern gleichzeitig für unser Gesundheitssystem durch Vermeidung von stationären Aufenthalten Kosten sparen kann. Bessere Voraussetzungen für eine nun notwendige Skalierung dieser spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsform kann es eigentlich nicht geben.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitspakete der Evaluation	14
Abbildung 2: Rekrutierung Zuweisende	18
Abbildung 3: Ablauf Arbeitspaket 2a.....	20
Abbildung 4: Anzahl komplexer Symptomgeschehen je Versorgungsform	26
Abbildung 5: Aktivitätsstatus bei Eintritt in die jeweilige Versorgungsform	27
Abbildung 6: Aktivitätsstatus bei Austritt aus der jeweiligen Versorgungsform	28
Abbildung 7: fachärztliche Behandlung nach Versorgungsform	29
Abbildung 8: Schmerzmedikation Ein- und Austritt in der PTK.....	32
Abbildung 9: Schmerzmedikation Ein- und Austritt in der PST.....	32
Abbildung 10: Schmerzmedikation Ein- und Austritt in der SAPV	32
Abbildung 11: Weitere Medikamente bei Ein- und Austritt in der PST.....	33
Abbildung 12: Weitere Medikamente bei Ein- und Austritt in der SAPV	34
Abbildung 13: Weitere Medikamente bei Ein- und Austritt in der PTK.....	34
Abbildung 14: Durchschnittliche zeitliche Verteilung einer/s Patient*in während eines Behandlungstages in der PTK.....	72
Abbildung 15: Wege in die jeweilige Versorgungsform und weitere Versorgung.....	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wohnsituation der Patient*innen je Versorgungsform	23
Tabelle 2: Grunderkrankungen behandelter Patient*innen in der jeweiligen Versorgungsform.....	23
Tabelle 3: Grunderkrankungen detailliert.....	24
Tabelle 4: Versorgung vor Eintritt in die jeweilige Versorgungsform	24
Tabelle 5: Initiator*in der Behandlung.....	25
Tabelle 6: Ernährung je nach Versorgungsform.....	30
Tabelle 7: Anzahl Transfusionen Erythrozytenkonzentrate je Versorgungsform	30
Tabelle 8: Anzahl Transfusionen Humanalbumin je Versorgungsform.....	30
Tabelle 9: Invasive Maßnahmen während der Behandlungstage je Versorgungsform	31
Tabelle 10: Formen der Diagnostik je Versorgungsform	35
Tabelle 11: Entlassung/Weiterbehandlungen je Versorgungsform.....	36
Tabelle 12: Behandlungszeitraum und -tage je Versorgungsform.....	37
Tabelle 13: Antworten der Zuweisenden.....	38
Tabelle 14: Interviewteilnehmende	38
Tabelle 15: Zusammensetzung der Interviewteilnahmen	38
Tabelle 16: Beziehung.....	39
Tabelle 17: Wohnsituation während der Behandlung in der PTK (Mehrfachantwort möglich)	39
Tabelle 18: Angaben zum Pflegegrad von Patient*innen der PTK	39
Tabelle 19: Hauptdiagnose.....	39
Tabelle 20: weitere Versorgung zusätzlich zur PTK (Mehrfachantwort möglich)	39

Literatur

1. Onkologie L S3-Leitlinie Palliativmedizin
2. Apolinarski B, Herbst FA, Röwer HAA, Schneider N, Stiel S (2021) Status quo palliativmedizinischer Tageskliniken und Tageshospize in Deutschland: Ergebnisse einer gemischt-methodischen Studie. *Palliativmedizin* 22(04):215–224. doi:10.1055/a-1514-8871
3. Herbst FA, Stiel S, Damm K, Jong L de, Stahmeyer JT, Schneider N (2021) Exploring the status of and demand for palliative day-care clinics and day hospices in Germany: a protocol for a mixed-methods study. *BMC Palliat Care* 20(1):94. doi:10.1186/s12904-021-00792-5
4. Gorke D, Maier B (2017) Wissen stärkt Angehörige in der Palliativversorgung. *Palliativmedizin* 18(04):172–174. doi:10.1055/s-0043-111610
5. Davies E, Higginson IJ (2005) Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer* 13(8):607–627. doi:10.1007/s00520-004-0739-6
6. Stevens E, Martin CR, White CA (2011) The outcomes of palliative care day services: a systematic review. *Palliat Med* 25(2):153–169. doi:10.1177/0269216310381796
7. Leppert W, Majkovicz M, Forycka M, Mess E, Zdun-Ryzewska A (2014) Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *Onco Targets Ther* 7:687–695. doi:10.2147/OTT.S57338
8. DGP und DHPV (2011) Kerndatensatz DGP und DHPV
9. Radbruch L, Sabatowski R, Loick G, Jonen-Thielemann I, Elsner F, Hörmann E (2000) MIDOS. Validierung eines minimalen Dokumentationssystems für die Palliativmedizin. *Schmerz* (14):231–239
10. Kuckartz U (2018) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Aufl. Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
11. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL)
12. Schneider W, Eichner E, Thoms U, Stadelbacher S, Kopitzsch F (2015) Zur Praxis von SAPV in Bayern: Wirksamkeit, Struktur-/prozesseffekte und ländliche Versorgung. *Gesundheitswesen* 77(3):219–224. doi:10.1055/s-0034-1382041
13. Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C (2018) Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 27(3):e12837. doi:10.1111/ecc.12837