

Aus der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C – Hämatologie und Onkologie,
Stammzelltransplantation, Palliativmedizin
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. F. Heidel)
der Universitätsmedizin der Universität Greifswald

Thema: Zufriedenheit und Bedürfnisse von Patienten auf einer Palliativstation

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Universität Greifswald

2021

vorgelegt von:
Julia Bethune
geb. am: 16.09.1993
in: Eckernförde

Dekan:	Herr Prof. Dr. Karlhans Endlich
1. Gutachter:	Herr Prof. Dr. William Krüger
2. Gutachter:	Herr PD Dr. Andreas Block
Ort, Raum:	Universitätsmedizin Greifswald, O01.195
Tag der Disputation:	16. März 2022

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1. Einleitung	1
2. Problemstellung	4
3. Zielsetzung	11
4. Material und Methoden	12
4.1 Die Palliativstation der UMG	12
4.1.1 Allgemeines zur Palliativstation	12
Gründung	12
Patientenkapazität	12
Patientenpopulation	12
4.1.2 Räumlichkeiten der Station	13
Logistik	13
Raumaufteilung	13
Dekoration	14
4.1.2.1 Patientenzimmer	14
Farbkonzept	15
Ausstattung	16
Badezimmer	16
Äußeres Umfeld	16
Zimmervariation	17
4.1.2.2 Therapieräume	18
4.1.2.3 Öffentliche Räumlichkeiten	18
4.1.3 Verköstigung	19
4.1.4 Besuchszeiten	19
4.1.5 Arztkonsultation	19

4.1.6 Personalschlüssel.....	19
Ärzte	19
Pflegekräfte	19
4.1.6 Reinigung	20
4.1.7 Tagesablauf/ Aktivitäten	20
4.1.8 Körperpflege	20
4.1.9 Sonstiges Angebot	20
Vorrübergehende Entlassung.....	20
Tiere	20
WLAN	20
4.2 Studiendesign	21
4.2.1 Probandenrekrutierung.....	21
Anzahl der Probanden.....	21
Auswahl der Probanden:	22
4.2.2 Studienablauf.....	22
4.2.3 Fragebogen für Patienten	23
4.2.4 Fragebogen für Angehörige.....	32
4.3 Statistik	34
5. Ergebnisse.....	35
5.1 Stichprobenumfang	35
5.1.1 Geschlecht.....	36
5.1.2 Alter	36
5.1.3 Beruf	36
5.1.4 Grunderkrankung.....	37
5.1.5 ECOG	37
5.1.6 Erstdiagnose (ED)	38
5.1.7 Raucherstatus	38
5.1.8 allgemeine Zufriedenheit	39
5.2 Auswertung der Fragen.....	40
5.2.1 Cluster	40
5.2.2 Ranking	41
5.2.3 Offene Fragen	42

5.2.4 Zusammenhang von Geschlecht bzw. Alter mit den einzelnen Kategorien	45
Geschlecht.....	45
Alter	46
Beruf	46
ECOG	46
Erstdiagnose.....	46
Raucherstatus	47
Allgemeine Zufriedenheit.....	48
5.2.5 Unterschiede zwischen Patienten und Angehörigen	49
6. Diskussion	51
6.1 Methodische Aspekte.....	51
6.2 Stichprobenumfang	53
6.2.1 Geschlecht.....	53
6.2.2 Alter	53
6.2.3 Beruf	54
6.2.4 Grunderkrankung.....	55
6.2.5 ECOG	55
6.2.6 Erstdiagnose.....	55
6.2.7 Raucherstatus	56
6.2.8 allgemeine Zufriedenheit	56
6.3 Auswertung der Fragen.....	57
6.3.1 Ranking	57
6.3.2 Offene Fragen	59
6.3.3 Zusammenhang von ausgewählten soziodemografischen und krankheitsbezogenen Variablen	60
Geschlecht.....	60
Alter	60
Beruf	61
ECOG	62
Erstdiagnose.....	62
Raucherstatus	63
Allgemeine Zufriedenheit.....	64

6.3.4 Unterschiede zwischen Patienten und Angehörigen	65
7. Ausblick	68
8. Zusammenfassung	70
9. Literaturverzeichnis.....	72
10. Eidesstattliche Erklärung	77
11. Lebenslauf	78
12. Danksagung.....	80
13. Anhang	81
Befragungsunterlagen.....	81
1. Einverständniserklärung Patient	81
2. Fragebogen Patient.....	84
3. Fragebogen Angehörige.....	89
Votum der Ethikkommission.....	92

Bei Personenbezeichnungen ist auch stets die jeweils weibliche Form gemeint, sodass von einer genderneutralen Ausdrucksweise abgesehen wurde.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Relevante Kriterien der Krankenhauswahl, Quelle: Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl (Simanski et al 2006), Seite 330/Eigene Darstellung.	7
Abbildung 2: Raumplan der Palliativstation der UMG	13
Abbildung 3: Beispiel der Gestaltung einer Tür	14
Abbildung 4: Beispiel eines Zimmers, Blick zum Bad und Tür	15
Abbildung 5: Beispiel eines Zimmers, Blick zum Fenster	15
Abbildung 6: Großes Patientenzimmer mit Blick zur Couch und Tür	17
Abbildung 7: Großes Patientenzimmer mit Blick zu Bett und Fenster	17
Abbildung 8: Café „Mitten Drin“	18
Abbildung 9: Stichprobenumfang Patienten nach Geschlecht	36
Abbildung 10: Anzahl der Patienten, die beruflich im Freien bzw. in Räumen gearbeitet haben.....	36
Abbildung 11: Stichprobenumfang Patienten nach Grunderkrankung	37
Abbildung 12: Stichprobenumfang Patienten nach ECOG	37
Abbildung 13: Patienten nach Raucherstatus	38
Abbildung 14: allgemeine Zufriedenheit der Patienten	39
Abbildung 15: Voraussetzung für Patienten, um sich wohlfühlen	42
Abbildung 16: Bewertung der Palliativstation der UMG durch Patienten.	43
Abbildung 17: Offen gebliebene Wünsche der Patienten	44

Abbildung 18: Vergleich der stationären Behandlungsfälle der Palliativmedizin in Deutschland (nur Krankenhäuser mit DRG-System aus 2013) mit Studienteilnehmern der Palliativstation der UMG, Quelle: RKI & Destatis, 2015b/ Eigene Darstellung ... 54

Abbildung 19: Vergleich Ergebnisse der Studien von Simanski et al., Geraedts und Bethune/ UMG – Angaben in Prozent 58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ECOG Einteilung, Quelle: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. (1982), Seite 6/ Eigene Darstellung.....	24
Tabelle 2: allgemeine Zufriedenheit der Angehörigen	39
Tabelle 3: Cluster Zufriedenheit Patienten.....	40
Tabelle 4: Cluster Wichtigkeit Patienten	41
Tabelle 5: Ranking der Cluster zur Zufriedenheit	41
Tabelle 6: Ranking der Cluster zur Wichtigkeit.....	42
Tabelle 7: Zusammenhang von Geschlecht und ausgewählten soziodemografischen Variablen	45
Tabelle 8: Korrelation der allgemeinen Zufriedenheit mit einzelnen Fragen	48
Tabelle 9: Einschätzung der Patienten für die Zimmerplanung aufgrund der Wichtigkeit	70

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
Destatis	Statistisches Bundesamt
DRG	Diagnosis Related Group
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
HOPE	Hospiz- und Palliativfassung
IBM	International Business Machines Corporation
ITS	Intensivstation
MRT	Magnetresonanztomographie
RKI	Robert-Koch-Institut
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UMG	Universitätsmedizin Greifswald

1. Einleitung

Aus dem lateinischen Worten „pallium“ (Mantel) bzw. „palliare“ (lindern) ergibt sich die Bedeutung der Palliativmedizin. Die palliativen Patienten sollen umsorgt (ummantelt) und ihre Qualen gelindert werden. Die Palliativmedizin beinhaltet die ganzheitliche Betreuung schwerstkranker Menschen am Ende ihres Lebens mit einer Erkrankung, bei der kein kurativer Ansatz mehr möglich ist. Grundlage hierfür ist das Bio-Pscho-Soziale-Modell. Bedeutsam ist dementsprechend nicht nur die körperliche Ebene wie z. B. die Symptome Schmerzen und Luftnot, sondern auch psychosoziale und spirituelle Aspekte. Die Lebensqualität soll hierdurch möglichst lange erhalten werden, sodass u. a. die Selbstversorgung noch länger durchführbar ist und ein Sterben in Würde ermöglicht wird. (RKI & Destatis, 2015c)

Es ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit vonnöten, um diesen Ansprüchen Genüge zu tun. So arbeiten auf einer Palliativstation abgesehen von Ärzten mit spezieller Weiterbildung und dem Pflegepersonal noch Sozialarbeiter, Seelsorger, Physiotherapeuten, häufig Ergo- und Musiktherapeuten und zusätzlich ehrenamtliche Helfer.

Als Begründer der modernen Palliativmedizin gilt Cicely Saunders, eine Ärztin und Krankenschwester, die maßgeblich zur Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London 1967 beitrug (RKI & Destatis, 2015c).

In Deutschland entstand die erste Palliativstation erst 1983 in Köln. Heute gibt es im Bundesgebiet über 300 Palliativstationen (DGP & Wegweiser). Aktuell wird der Bedarf an Betten zur stationären Palliativversorgung auf 50 pro eine Million Einwohner geschätzt, was nicht gedeckt wird (Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband e.V.).

Derzeit stehen im Schnitt 31 Betten pro eine Million Einwohner zur Verfügung. Regional gibt es in Deutschland Unterschiede in Bedarf und Deckung. Mecklenburg-Vorpommern gehört mit 51 Betten pro eine Million Einwohner zu den Bundesländern mit der größten Dichte an stationär vorhandenen Betten für palliative Versorgung. Nur Thüringen liegt noch vor Mecklenburg-Vorpommern mit 62 Betten pro eine Million Einwohner. (Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband e.V., 2016; RKI & Destatis, 2015a)

Die Patientenanzahl der stationären palliativen Versorgung steigt in Deutschland immer weiter an (RKI & Destatis, 2015b). Dies könnte u.a. an dem zunehmenden demografischen Wandel liegen. So wurden laut dem Abrechnungssystem Diagnosis Related Group (DRG¹) 2006 noch 15.576 Behandlungsfälle und 2013 waren es 32.057. Diese Statistik umfasst die stationäre Behandlung der Patienten von Krankenhäusern, die ihre Abrechnungen über das DRG-Vergütungssystem erstellen. (RKI & Destatis, 2015b)

Damit sind ca. 30 Prozent der deutschen Palliativstationen mit ihren Behandlungsfällen nicht mit in diesen Zahlen aufgeführt (Melching, 2011).

In Deutschland sterben über 900.000 Menschen pro Jahr (Destatis, 2018). Davon verstarben 2016 ca. 37 Prozent an einer Krankheit des Kreislaufsystems, gefolgt von ca. 25 Prozent mit einer bösartigen Neubildung als Todesursache. Mit deutlichem Abstand folgten weitere Todesursachen (Krankheiten des Atmungssystems: 7%, des Verdauungssystems: 4,5%, Vergiftungen oder Verletzungen; ca. 4% sonstige mit noch weniger Prozenten). (Destatis, 2016)

Diese hohen Zahlen an Sterbefällen spiegeln die Notwendigkeit der palliativen Versorgung wider und verdeutlichen, dass ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team vonnöten ist, um Patienten mit diesen unterschiedlichen Krankheiten am Ende des Lebens gerecht werden zu können.

Mitunter herrscht in der Bevölkerung Unsicherheit zwischen der Bedeutung eines Hospizes und der Palliativstation. So wird der Palliativmedizin von medizinischen Laien der gleiche Sinn wie den Hospizen zugeordnet. Dabei handelt es sich grundlegend um zwei verschiedene Institutionen, die allerdings beide unheilbar kranke oder lebenserschöpfte Menschen versorgen.

Hospize sind von Krankenhäusern unabhängig und verfügen nicht über eigene angestellte Ärzte, da sie dem Heimgesetz unterstehen. Vielmehr werden hier Menschen umsorgt und gepflegt, deren Lebenserwartung nur noch Tage bis Wochen

¹ Das DRG-System dient der Zusammenfassung diagnosebezogene Fallgruppierung zur vereinfachten Abrechnung kostenähnlicher Behandlungsfälle.

umfasst. Diese Menschen können aus verschiedenen Gründen nicht mehr zuhause gepflegt werden und dort versterben, sodass eine Aufnahme in ein Hospiz nötig ist.

Die Palliativmedizin versorgt dagegen zwar auch Patienten, die krankheitsbedingt nicht mehr eine allzu hohe Lebenserwartung haben, aber hier ist das Ziel immer noch, den Patienten in dessen Häuslichkeit zu halten bzw. nach stationärem Aufenthalt wieder dorthin zu entlassen. Die Behandlung umfasst die Kontrolle lebensqualitätsvermindernder Symptome und v. a. die Schmerztherapie. Auch auf Palliativstationen versterben Menschen, aber das ist bei oft multimorbiden Patienten nicht vermeidbar. Trotzdem bleibt der Grundsatz des Erhalts oder Verbesserung der Lebensqualität mit anschließender Entlassung in die Häuslichkeit. Es ist aus ethischer und finanzieller Sicht gesehen wünschenswert, dass die Patienten in ihrem eigenen Zuhause ihre letzte Lebensphase verbringen und dort versterben, sofern dies von ihnen gewünscht wird.

Die palliative Versorgung kann ambulant wie stationär erfolgen, Übergänge zwischen den Sektoren sind häufig. Zum einen gibt es die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die durch Hausärzte und Pflegedienste in deren Arbeitsalltag abgedeckt wird. Hier begleiten Hausärzte, ihre eigenen Patienten bis zu deren Tod, im besten Fall im Zuhause der Patienten. Wenn dies aus etwaigen Gründen (z.B. fachlich oder zeitlich) nicht mehr möglich ist, gibt es für die Patienten die Möglichkeit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umfasst spezialisierte ärztliche sowie pflegerische Tätigkeiten, die darauf abzielen, eine Einweisung ins Krankenhaus und die stationäre Behandlung umgehen. Seit 2007 haben Patienten der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland einen Rechtsanspruch auf die SAPV – bisher ein Alleinstellungsmerkmal in Europa. (RKI & Destatis, 2015c)

Wenn die Versorgung des Patienten in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich ist, werden sie stationär aufgenommen bzw. in ein Hospiz verlegt. In Abhängigkeit von der Erkrankungssituation und Stadium haben Patienten unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich ihrer Behandlung, Pflege, Betreuung und ihre Umgebung betreffend. Um die Behandlung und Betreuung von Schwerstkranken zu verbessern, ist es erforderlich, deren Bedürfnisse zu kennen, um die letzten Tage ihres Lebens würdevoll und möglichst ohne Leid und vor allem in ihrem Sinne zu gestalten.

2. Problemstellung

Wenn ein Patient schon „palliativ“ ist, sich also wahrscheinlich in seiner letzten Lebensphase befindet, dann sollte über die medizinische Versorgung hinaus alles auf sein Wohl ausgerichtet sein. Dazu gehören u.a. Freundlichkeit und hohe Professionalität der Betreuenden, Hygiene, Essen, eine angemessene Umgebung und Symptomarmut, alles Ziele, die man von rehabilitativen Maßnahmen kennt (Lindow & Bonn, 2014).

Laut Zehnder sind in Skandinavien Klinikhotels üblich. Vereinzelt gibt es solche Klinikhotels auch in Deutschland, wie z.B. in Mannheim. Dort werden Patienten, die bald entlassen werden können, von ihrer Station in das Patientenhaus als „Low-Care-Station“ mit Hotelcharakter verlegt. Die Patienten können dort eigenverantwortlich ihren Tag gestalten und Termine mit ihrem Arzt wahrnehmen. So erleben sie ihren Alltag nicht mehr hauptsächlich in der Rolle des Patienten mit untätigem oder eingeschränktem Tagesablauf. Der Komfort in dieser Low-Care-Einrichtung ist kostengünstiger und der Aufenthalt wird DRG-System gedeckt. (Zehnder, 2010)

Derartige Einrichtungen können es den Patienten ermöglichen ihre Selbstständigkeit nicht komplett abzugeben, was u.a. Ziel der palliativen Therapie ist.

Grundsätzlich ist es heutzutage für die Krankenhäuser von Bedeutung wettbewerbsfähig zu sein; die Gestaltung der Stationen ist daher gerade im Hinblick auf elektive Eingriffe wichtig. Tobias Schütte beschäftigte sich damit ausführlich in einem Artikel über Krankenzimmerausstattung: Zitiert wurde u.a. der Architekt Florian Eggert des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Dieser gab an, dass bei anstehender Geburt ganze Familien ‚Besichtigungstouren unternehmen‘ würden. (Schütte, 2010)

Dabei handelt es sich bei einer Geburt normalerweise um einen kurzen Krankenhausaufenthalt von nur wenigen Tagen. Der Eindruck, den die Besucher in einem Krankenhaus bzw. auf einer Station erhalten, ist besonders für elektive Eingriffe und Aufenthalte nicht zu unterschätzen, die über einen weitaus größeren Zeitraum gehen können.

Das UKE hat dies schon berücksichtigt und so z.B. die Patientenzimmer mit Parkett versehen. Das wichtigste Möbel in einem Patientenzimmer sei das Bett (Schütte, 2010). So gibt es einige Firmen, die sich mit der Perfektionierung dieses Möbelstückes auseinandersetzen, und das immer unter dem Gesichtspunkt, es praktisch, aber nicht zu technisch, sondern wohnlich zu gestalten und vor allem leicht bedienbar zu machen. Auch für Stühle gäbe es diesbezüglich Modelle, die unter Berücksichtigung von Komfort und Hygiene gestaltet würden. Es gelte unter den Krankenhäusern der Anspruch, „ein Ambiente mit Hotelcharakter“ zu bieten. (Schütte, 2010)

Dabei muss in einem Krankenhaus natürlich bedacht werden, dass aus wirtschaftlichen Gründen nicht sämtliches modernes Mobiliar gekauft werden kann. Zudem sollten alle Gegenstände, die in Patientenkontakt kommen, hygienisch zu reinigen sein. Dies stellt z. B. bei einfachen Wohnaccessoires wie Topfpflanzen ein Problem dar.

Diese Entwicklung zum Hotelambiente hin ist zudem International zu beobachten. In einer Studie über ein Krankenhaus in Indien schreibt Param et al. (2014), dass sich Krankenhäuser von einem isolierten Sanatorium zu einer Fünf-Sterne-Einrichtungen entwickelt haben.

Ein Leitgedanke der Firma „Keuco“ aus Hemer sei, Barrierefreiheit ohne Stigmatisierung zu schaffen (Schütte, 2010). Dieses ist sicherlich für sterbende Patienten relevant, die nicht nur auf ihre Krankheit und ihren Sterbeprozess reduziert werden sollten. Gegebenenfalls ist eine Ablenkung davon im Alltag gewünscht.

Genauso ist die Gestaltung der Wandfarben von Relevanz. Diesbezüglich nennt die Innenarchitektin Sandra Grimm zwei Beispiele: „Patienten mit einer altersbedingten Sehschwäche seien oft nicht in der Lage, helle Pastellfarben richtig wahrzunehmen; deshalb sollten die im Krankenzimmer verwendeten Farben deutlich erkennbar sein. [...] Und ein blauer, womöglich auch noch glänzender Bodenbelag werde von Demenzpatienten allzu leicht für eine Wasserfläche gehalten, so dass sie sich nicht trauten, ihn zu betreten.“ (Schütte, 2010)

Auf die Problematik der Wandfarben wird überdies von der Firma Caparol eingegangen. Sie veröffentlichten ein Konzept für das Farbmanagement v. a. im Alter,

da sehgeschwächte Patienten besonderen Bedarf haben. Z. B. sind die Sehschärfe und die Wahrnehmung der Augen insgesamt vermindert. Darauf kann in der Gestaltung der Räumlichkeiten eingegangen werden. Dazu werden hier demente Patienten aufgeführt, die man durch einen leuchtenden Farbeinsatz in Gemeinschaftsräume locken könnte (Vollmert, 2013). „Eine sorgfältig abgestimmte Gestaltung eines solchen Raumes ist wichtig, um den emotionalen wie körperlichen Schwankungen bestmöglich und mit Optimismus zu begegnen.“ (Murjahn, 2013)

Es gibt noch weitere Ansätze in der wohnlichen Gestaltung innerhalb von Krankenhäusern. Z. B. existieren Beläge für den Boden, die Schadstoffe und Gerüche abbauen sollen. Es würden nur noch Minibars fehlen, damit die Illusion eines Hotelaufenthaltes perfekt sei (Schütte, 2010).

Zwar sind diese Beschreibungen der bisher genannten Literatur (Murjahn, 2013; Param et al., 2014; Schütte, 2010; Zehnder, 2010) vor allem allgemein für Krankenhäuser gedacht, aber vor allem in der letzten Lebensphase von großem Interesse für die Patienten. Wird eine stationäre Aufnahme zur palliativen Versorgung benötigt, haben die Patienten nicht unbedingt einen elektiven Eingriff vor sich. Sofern die Versorgung nicht hoch akut und der Patient noch artikulierfähig ist, kann davon ausgegangen werden, dass ein Patient, der sich noch nicht im Krankenhaus befindet, sich grundsätzlich das Krankenhaus aussucht, dass ihn am besten versorgt und einen guten Eindruck macht. Es sind abgesehen von den Umgebungsfaktoren allerdings noch weitere Faktoren von Bedeutung, wie die Nähe der Klinik zum Wohnort (Geraedts, 2006). Dies wird in der Studie dieser Untersuchung nicht erfasst (s.u.).

In einer Publikation von C. Simanski et al. (2006), sollten Schmerzpatienten verschiedene Faktoren bewerten, die ihre Krankenhauswahl beeinflussen. Die Patienten wurden gebeten, den Faktoren die Zahlen eins bis zehn zuzuordnen, um zu beschreiben, was ihnen bei der Möglichkeit der freien Krankenhauswahl wichtig wäre.

In der Abbildung 1 (S. 7) wird der mittlere Rang der verschiedenen Faktoren dargestellt. Hier wird verdeutlicht, dass die Versorgung durch Ärzte oder Pfleger die wichtigsten Faktoren für die Schmerzpatienten darstellen. Sie sind sogar noch relevanter als eine gute Schmerztherapie.

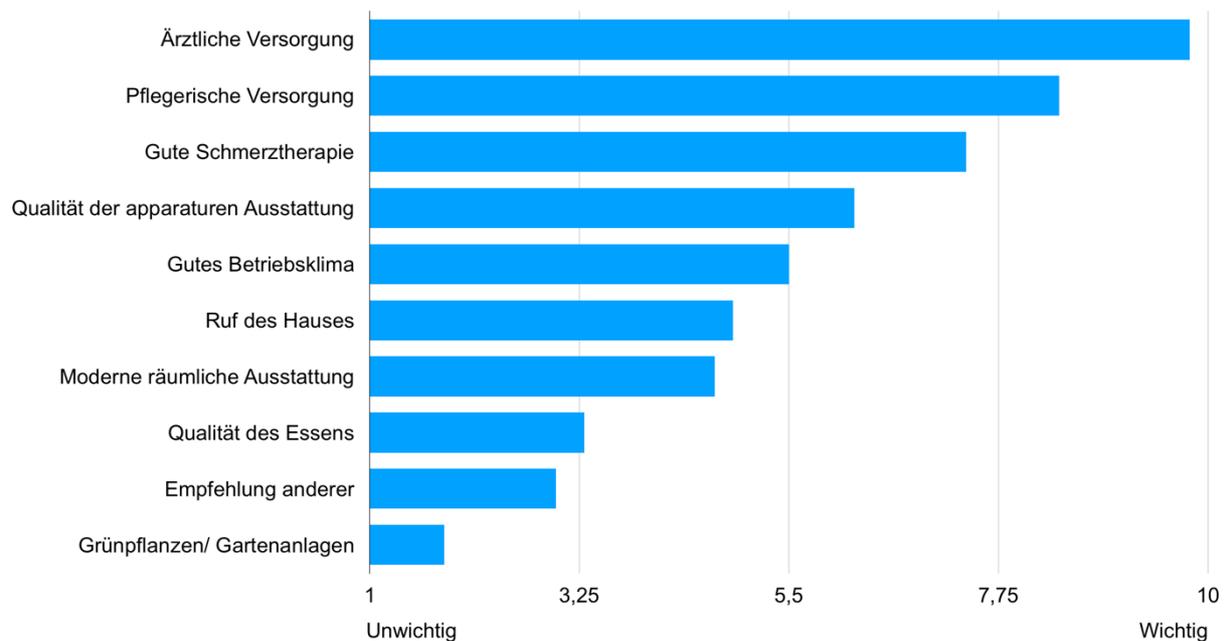


Abbildung 1: Relevante Kriterien der Krankenhauswahl, Quelle: Die Qualität der post-operativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl (Simanski et al 2006), Seite 330/Eigene Darstellung.

Einige dieser Kriterien wurden in dem Fragebogen dieser Studie berücksichtigt. Die Krankenhausauswahl aufgrund von Empfehlungen anderer Personen wird international oftmals eine bedeutsamere Rolle zugewiesen als in Deutschland (Geraedts, 2006). Daher wird z.B. dieser Punkt vernachlässigt.

Für die Therapie von Patienten sind laut der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ auch die Räumlichkeiten auf einer Palliativstation von Relevanz: „Die räumliche Gestaltung einer Palliativstation ist ein eigenständig wirksamer therapeutischer Faktor, da die therapeutische Flexibilität in der konventionellen Krankenhausbehandlung häufig durch die rein funktionsorientierte Umgebung limitiert wird.“ Zudem weisen die Autoren darauf hin, dass es noch nicht genügend qualitative und quantitative evidenzbasierte Studien über die Wirksamkeit der räumlichen Umgebung auf Patienten gäbe. (Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, 2015)

Zur Orientierung wird in der Leitlinie auf Empfehlungen für den Bauplan einer Palliativstation hingewiesen, aber diese dienen nicht als Grundlage zur Finanzierung und daher wird dieser unter Umständen bei der Planung einer Palliativstation aus Kostengründen nicht berücksichtigt werden. „Irgendwelche Ansprüche oder

Forderungen, etwa im Zuge der öffentlichen Förderung oder für die Erteilung der Konzession, können aus dieser Planungshilfe nicht abgeleitet werden.“ (Bauministerkonferenz ARGEBAU et al., 2011)

Beschrieben wird in dieser Planungshilfe, wie eine Palliativstation gestaltet sein sollte und, dass die Umgebung einer für palliative Patienten relevant sei: „Eine warme und freundliche Farbgebung verbessert das Behaglichkeitsgefühl. Sie schafft eine belebende Umgebung, die zur psychischen Stabilisierung der Patienten und Angehörigen beitragen kann.“ (Bauministerkonferenz ARGEBAU et al., 2011)

Die hauptsächlichen Punkte, die international (USA, UK, Dänemark) die Räumlichkeiten betreffend in der Literatur diskutiert werden, sind die Bereitstellung von Ein- oder Zweibettzimmern, wobei die Ergebnisse aus den USA und der UK auf lokal unterschiedliche Präferenzen, auch abhängig vom Allgemeinzustand, der Patienten hindeuten. (Gardiner et al., 2011; Rowlands & Noble, 2008)

In Deutschland gibt es noch keine feste Regelung, jedoch wird sowohl in der aktuellen S3 Leitlinie als auch in der Konsultationsfassung von Dezember 2018 ein Einbettzimmer empfohlen. (Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, 2015, 2018 (Konsultationsfassung)).

Außerdem werden architektonische Elemente wie Fenster und damit ein Blick auf die Natur, individuelle Kontrolle über Licht und Temperatur und, dass die Station insgesamt nicht zu klinisch, sondern wohnlicher gestaltet sein sollte, diskutiert. (Rowlands et al., 2008; Timmermann et al. 2014, 2015, Gardiner et al., 2011)

Des Weiteren sei den Patienten die Aussicht sehr wichtig für ihr Wohlbefinden. (Gardiner et al., 2011)

Nicht nur die Aussicht, sondern gegebenenfalls der Zugang nach draußen könnte für palliative Patienten wichtig sein. Dies ist in der UMG von der Palliativstation aus - je nach Zustand - nicht so einfach möglich. Der Weg nach draußen ist lang und für die schwerstkranken Patienten oft nicht leicht selbstständig zu bewältigen. Daneben existieren weder eine Terrasse noch Balkone als Alternative auf dieser Palliativstation.

Eine vorübergehende Entlassung am Wochenende oder tagsüber ist generell versicherungsbedingt nicht gestattet. Gerade in dem letzten Lebensabschnitt wollen die Patienten aber gegebenenfalls noch etwas regeln oder Personen wiedersehen. Sofern ihnen dies körperlich möglich ist, wäre es für einige vermutlich angenehm, sich selbst und ihr Gegenüber nicht fortwährend durch die Räumlichkeiten an ihren Zustand zu erinnern. Anstatt ihre Zeit zwischen Infusionen im Zimmer zu verbringen, könnten sie so noch einige Momente außerhalb der Klinik verbringen.

Insgesamt sei für Patienten eine wohnliche Umgebung, wie sie u.a. durch Dekoration und persönliche Gegenstände geschaffen werden kann, von Bedeutung. Zudem sei es relevant, zumindest eine Art eines gewohnten Tagesablaufs zu schaffen. (Timmermann et al., 2014)

Oftmals wurden in den genannten Studien „nur“ 12 Patienten in den Studien untersucht oder einige Fachpersonen befragt. In dieser Studie ist eine größere Patientenzahl (100) vorgesehen, die befragt werden soll.

Eine wichtige Rolle spielen zudem die Angehörigen. Die Krebsdiagnose hat ebenfalls auf die Angehörigen einen Effekt. Diese ersetzen oder ergänzen häufig innerhalb der Häuslichkeit das benötigte pflegerische Personal. Dort übernehmen sie zum Teil regelmäßig die Verantwortung über die Patienten. (McCorkle et al., 2001)

Angehörige sind für den Patienten eine Stütze im Alltag. So sollte früh von Therapeuten die Qualität des sozialen Netzwerks des Patienten eingeschätzt werden. Auch bei der Rehabilitation von Krebspatienten können familiäre oder soziale Probleme negative Auswirkung auf die Patientenversorgung haben (Ganz, 1990). Angehörige stellen eine wichtige Ressource und Unterstützung im Behandlungsverlauf dar. Daher sollten Angehörige ausreichend über die Behandlung des Patienten und ihren Einfluss informiert werden.

Eine Studie aus Skandinavien besagt, dass die Zufriedenheit von Angehörigen mit den Krankenpflegern von älteren Patienten auf der Intensivstation (ITS) durch eine gute Zusammenarbeit verstärkt wurde (Lindhardt, Nyberg, & Hallberg, 2008). Außerdem schrieb W. Herbrand, der BG Unfallklinik Murnau (ebenfalls ITS), dass die Integration der Angehörigen als Qualitätsmerkmal zu sehen sei.

Kommt nun der Patient auf die Palliativstation, so ist es für die Angehörigen in den meisten Fällen eine kurzfristige Entlastung im Alltag. Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass sie sich dort um den Patienten sorgen und wollen, dass umfassend auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen wird. Daher legen sie wahrscheinlich genauso wie der Patient auf verschiedene Faktoren, wie eine angemessene Umgebung und gutes Personal Wert. Von Interesse ist daher in dieser Studie auch, ob es Unterschiede in den Ansichten von Patienten und Angehörigen diesbezüglich gibt. Darüber gibt es bisher in der Literatur keine Angaben.

3. Zielsetzung

Das primäre Ziel in dieser Doktorarbeit durchgeführten Studie war es, die Zufriedenheit und Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen auf der Palliativstation der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) zu erheben. Dafür wurden verschiedene Umgebungsfaktoren dieser Palliativstation von den Probanden bewertet. Dabei wurden zusätzlich Faktoren abgefragt, die es auf der Station der UMG (noch) nicht gab, aber in der Literatur oder aufgrund der Erfahrung der Mitarbeiter der Palliativstation der UMG wünschenswert sein könnten, um den Aufenthalt für die Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten.

Die Ergebnisse der Befragung, die in dieser Arbeit vorgestellt werden, sollen als Grundlage für die Verbesserung der Versorgung palliativer Patienten dienen.

4. Material und Methoden

4.1 Die Palliativstation der UMG

4.1.1 Allgemeines zur Palliativstation

Gründung

Die Palliativstation wurde am 1. Februar 2011 eröffnet. („Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C, Palliativmedizin, Team“)

Patientenkapazität

Es werden rund 360 Patienten pro Jahr auf der Palliativstation versorgt. Von diesen versterben ungefähr 160. Die übrigen werden nach Symptomkontrolle wieder entlassen (in die Häuslichkeit, ins Pflegeheim oder ins Hospiz).

Patientenpopulation

Die Station steht palliativen Patienten ab 18 Jahren zur Verfügung. Kinder und Jugendliche werden auf der onkologischen Station der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin untergebracht.

Zwei Drittel der Patienten gelangen durch Verlegung aus einem anderen Fachgebiet innerhalb des Hauses auf die Station. Nur ein Drittel kommt über Einweisung durch die SAPV oder Hausärzte auf die Station.

Die Zuteilung auf die verschiedenen Zimmer erfolgt zufällig nach Verfügbarkeit.

4.1.2 Räumlichkeiten der Station

Logistik

Die Palliativstation befindet sich im vierten Stock. Sie besteht aus einem langen Flur mit einem Fenster am Ende des ca. 100 m langen Ganges. Von diesem gehen die verschiedenen Räumlichkeiten (Patientenzimmer, Mitarbeiterbereiche und öffentliche Räumlichkeiten) links und rechts ab (siehe Abb. 2).



Abbildung 2: Raumplan der Palliativstation der UMG

Nach draußen gelangen die Patienten über die Treppe oder einen Fahrstuhl direkt in das Erdgeschoss dieses Gebäudeabschnitts. Der Weg ist allerdings für die Patienten krankheitsbedingt oft nicht allein zu bewältigen und so sind sie auf die Mitarbeiter oder ihre Angehörigen als Unterstützung angewiesen.

Raumaufteilung

Auf der Station befinden sich neben Patienten- auch Arztzimmer und Sekretariate (siehe Abb. 2). Die Bereiche des Pflegepersonals und der Therapeuten dienen der Logistik und beinhalten deren Aufenthaltsraum, einen Vorbereitungsraum z.B. für Infusionsbereitstellung, das Zimmer der Ergotherapie, eine Küche für Mitarbeiter und zwei Lagerräume.

Die gelben Bereiche sind sowohl für Patienten, ihre Angehörigen als auch für die Mitarbeiter gedacht. Dort befinden sich ein Seminarraum, ein Café und ein Wohnzimmer (siehe unten).

Darüber hinaus befinden sich in dem Flur zusätzlich noch Sitzgelegenheiten in Form von aneinandergereihten Stühlen. Diese können von den Angehörigen während anfallender Wartezeiten, aber natürlich von Patienten selbst genutzt werden.

Dekoration

Zur wohnlichen Gestaltung werden zeitlich wechselnd verschiedene Bilder im Flur aufgehängt. Bei diesen handelt es sich mal um Fotografien von Patienten oder deren Angehörigen, aber auch Bilder, die von den Mitarbeitern der Station stammen. Ferner wurden dort schon Leinwände von ortsansässigen Fotografen ausgestellt, die dann als Event einer kleinen Vernissage verkauft worden sind. Der Erlös kam der Patientenversorgung zugute. Zusätzlich sorgen Blumen für eine farbenbuntere Atmosphäre.

Jede Tür verfügt über eine gewisse Dekoration, kleine Bastelleien, die vom klinischen Charakter ablenken sollen (beispielhaft zu sehen in Abb. 3). Des Weiteren kann es das Wiederfinden des eigenen Zimmers erleichtern, v. a. bei dementeren Patienten.



Abbildung 3: Beispiel der Gestaltung einer Tür

4.1.2.1 Patientenzimmer

Insgesamt verfügt die Station über zehn Patientenzimmer (siehe Abb. 2, grüne Felder), die generell als Einbettzimmer genutzt werden. Sie sind ungefähr 16 m² groß, wobei Variationen bestehen (siehe Abb. 2, Raumplan). Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, ein weiteres Bett in jedes der Zimmer zu stellen. So kann auf Wunsch ein Angehöriger mit untergebracht werden.

In den folgenden zwei Abbildungen ist eines dieser Zimmer exemplarisch abgebildet.



Abbildung 4: Beispiel eines Zimmers, Blick zum Bad und Tür



Abbildung 5: Beispiel eines Zimmers, Blick zum Fenster

Farbkonzept

Farblich unterscheiden sich die Zimmerwände teilweise: einige sind in einem Gelb- andere in einem Grün- und wieder andere sind in Weiß gehalten. Gleichzeitig findet man in jedem Zimmer ein farbiges Bild an der Wand und einen selbstgestalteten Tageskalender, der täglich von den Mitarbeitern umgeblättert wird.

Ausstattung

In jedem Zimmer steht den Patienten abgesehen von ihrem Bett ein Tisch mit drei Sitzmöglichkeiten zur Verfügung, sodass sie bei Bedarf an diesem ihre Mahlzeiten zu sich nehmen können.

Alle Patientenzimmer sind mit einem Fernseher an der Wand ausgestattet, der zahlreiche Sender bietet. An jedem Fernseher ist ein Medienstick für eine Musik und Hörspieldauswahl integriert. Dadurch kann der Patient und der Angehörige Musik nach seiner Wahl hören.

Für ihre Kleidung und weitere Utensilien steht jedem Patienten ein großer Schrank im Zimmer zur Verfügung.

Badezimmer

Innerhalb des Zimmers haben die Patienten ihr eigenes kleines Badezimmer (ca. 5 m²), das über Waschbecken, Toilette, Dusche, Spiegel und die nötigen Aufhänge- und Abstellmöglichkeiten verfügt.

Während es in Hospizen üblich ist, dass Patienten ihre eigenen Handtücher und Bettwäsche mitbringen, werden sie hier auf der Station gestellt. Einzelnes hygienisches Waschen der Bettwäsche in Waschmaschinen ist zudem weder möglich noch erlaubt auf der Palliativstation der UMG.

Licht und Temperatur können individuell über die Fenster und die Heizung darunter reguliert werden.

Äußeres Umfeld

Die Fenster sind entweder nach Nord-Ost oder Süd-West ausgerichtet. Der weite Ausblick aus dem vierten Stockwerk beinhaltet Teile des Klinikgebäudes, Parkplätze und Baustellen, Wege und Natur. Zudem fliegen Möwen an den Fenstern vorbei und sorgen für Ablenkung und Aufmerksamkeit.

Ferner kann man die Hubschrauber der UMG Zimmerabhängig starten und landen sehen. Durch die Entfernung kommt es nicht zur.

Zimmervariation

Grundsätzlich gibt es Unterschiede der Größe der Patientenzimmer. In einem großen Zimmer wurde zusätzlich noch eine Couchgarnitur und ein Sessel hinzugefügt, die für den Patienten und Angehörigen noch eine wohnlichere Atmosphäre schaffen sollen (siehe Abb. 6 und Abb. 7). Des Weiteren ist in diesem Raum ein anderes Farbkonzept umgesetzt worden (mehrfarbige Wandgestaltung). Dieses Zimmer diene als Pilotstudie durch diese besondere Gestaltung.



Abbildung 6: Großes Patientenzimmer mit Blick zur Couch und Tür



Abbildung 7: Großes Patientenzimmer mit Blick zu Bett und Fenster

4.1.2.2 Therapieräume

Es befinden sich auf der Station ein Raum der Ergo- und Physiotherapie. Überdies gibt es einen Seminarraum für Besprechungen, Übergaben und Studentenunterricht. Alle Räume werden zudem für Einzelgespräche zwischen Therapeuten und den Patienten sowie deren Angehörigen genutzt.

4.1.2.3 Öffentliche Räumlichkeiten

Den Patienten und ihren Angehörigen steht noch ein Wohnzimmer zur Verfügung. Dort befinden sich Sitzgelegenheiten, eine Spielecke für zugehörige Kinder, ein Fernseher und ein Klavier, das jederzeit genutzt werden darf.

Hier wird es den Patienten angeboten, zweimal die Woche an einem gemeinsamen Frühstück mit den anderen Patienten teilzunehmen. Dafür gibt es Unterstützung von Ehrenamtlichen.

In der übrigen Zeit kann dieser Raum von den Patienten als Aufenthaltsraum genutzt werden.

Im Sommer 2018 wurde auf der Station das Café „Mittendrin“ gegründet, in dem einmal die Woche ein gemeinsames Kaffeetrinken für Patienten und Angehörige von Ehrenamtlichen veranstaltet wird (siehe Abb. 8).



Abbildung 8: Café „Mitten Drin“

4.1.3 Verköstigung

Das Frühstück und Abendbrot werden den Patienten als Buffetauswahl angeboten. Sie können nach aktuellem Bedürfnis aus den Angeboten wählen. Neben verschiedenen Brotsorten gibt es Eier, Wurst und Käse, sowie Tomaten und Gurken zur Garnierung.

Den Patienten steht für ihr Mittagessen eine gewisse Auswahl an Gerichten zur Verfügung, die in der Küche der UMG gekocht und von einer Firma an die Palliativstation geliefert werden. Die verschiedenen Gerichte der aktuellen Woche können dem Speiseplan im Zimmer entnommen werden.

Jeden Vormittag kommt eine Hostess zu den Patienten und erfragt ihre Wunschkost. Dies muss natürlich mit etwaigen Grunderkrankungen oder Therapien der Patienten vereinbar sein (z.B. Diabetes oder nach erhaltener hochdosierter Chemotherapie).

4.1.4 Besuchszeiten

Es gibt keine festen Besuchszeiten. So können die Angehörigen jederzeit auf die Station kommen.

4.1.5 Arztkonsultation

Etwaiger Gesprächsbedarf der Angehörigen mit den behandelnden Ärzten kann montags bis freitags in der Zeit von 13:30 bis 16:30 Uhr gedeckt werden. Bei akutem Bedarf oder zeitlicher Diskrepanz kommen die Gespräche aber auch zu anderen Zeiten ohne vorherige Terminvereinbarung zustande.

4.1.6 Personalschlüssel

Ärzte

Auf der Palliativstation der UMG arbeiten ein Oberarzt (0,5 Vollkraft) und ein Assistenzarzt (1,0 Vollkraft).

Pflegekräfte

Insgesamt arbeiten 10,81 Vollkräfte auf der Station.

4.1.6 Reinigung

Die gesamte Station wird täglich und zusätzlich bei Bedarf von einer Reinigungskraft gereinigt.

4.1.7 Tagesablauf/ Aktivitäten

Abgesehen von den angebotenen Mahlzeiten gibt es keinen einheitlichen, fest vorgeschriebenen Tagesablauf für die Patienten. Es stehen viel mehr unterschiedliche therapeutische und diagnostische Maßnahmen an, die den Tagesablauf mitbestimmen (z.B. Bestrahlung, MRT o.ä.). Abgesehen von diesen klinisch notwendigen Ereignissen haben die Patienten grundsätzlich die Möglichkeit - je nach persönlicher Einschränkung - ihren Tag selbst zu gestalten.

4.1.8 Körperpflege

Für alle Patienten der UMG gibt es einen kostenpflichtigen Friseur im Erdgeschoss der Klinik. Zudem kann für die Patienten bei Bedarf Hand- und Fußpflege bestellt werden.

4.1.9 Sonstiges Angebot

Vorrübergehende Entlassung

Versicherungsbedingt ist es den Patienten nicht erlaubt, das Klinikgelände vorübergehend zu verlassen. Das ist daher nur gegen ärztlichen Rat möglich.

Tiere

Grundsätzlich besteht ein Verbot für Tiere innerhalb der Klinik. Auch wegen der Nähe zur Onkologie wird mit diesem Angebot zurückhaltend umgegangen. In Absprache gibt es jedoch die Möglichkeit, aus der Häuslichkeit ein Kleintier zu bettlägerigen Patienten mitzubringen.

WLAN

Die Patienten können auf Wunsch einen Zugang zum WLAN des Krankenhauses bekommen.

4.2 Studiendesign

In der Querschnittsstudie wurden von Patienten der Palliativstation des Universitätsklinikums Greifswald und deren Angehörigen Informationen zu deren Zufriedenheit und Einschätzung der Wichtigkeit ihrer Umgebung/Räumlichkeiten betreffend, erhoben.

Die dabei durchgeführte Befragungsmethode erfolgte in Form eines Interviews in einem persönlichen Einzelgespräch mit den Patienten.

Hier könnten die Patienten bei Bedarf noch ihre Antworten erläutern und begründen. Zumal so immerfort die Verständlichkeit der Fragen geprüft werden kann. Der Fragebogen wurde mit den Patienten immer durch die gleiche Person – der Doktorandin - durchgegangen, um so Störfaktoren zu minimieren.

Den Angehörigen wurde der Fragebogen in einem Briefumschlag übergeben. Somit erfolgte durch die Angehörigen eine selbstständige schriftliche Beantwortung der Fragen.

Im Rahmen einer Pilotstudie wurden Patienten und Angehörige vorab bereits befragt. So konnte die Verständlichkeit der Fragebögen und gleichzeitig die Vollständigkeit der interessierenden Faktoren geprüft werden.

4.2.1 Probandenrekrutierung

Anzahl der Probanden

Die Rekrutierung der Probanden erfolgt über die Auswahl aller geeigneten Patienten, die sich auf der Palliativstation der Universitätsklinik Greifswald befinden. Zudem soll pro Patienten auch möglichst ein Angehöriger befragt werden. Insgesamt sollen ca. 100 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Es ist mit einem höheren Anteil an Patienten als deren Angehörigen zu rechnen. Dies liegt daran, dass die Angehörigen zu unterschiedlichsten Zeiten den Patienten besuchen und somit die Übergabe der Fragebögen nicht immer gesichert ist. Diese sollte aber persönlich erfolgen, damit die Angehörigen etwaige Fragen stellen können.

Auswahl der Probanden:

⇒ **Einschlusskriterien:**

In die Untersuchung eingeschlossen werden alle Patienten,

- die sich auf der Palliativstation der Universitätsklinik Greifswald befinden bzw. Angehörige eines dort untergebrachten Patienten sind
- die mindestens 18 Jahren alt sind
- die körperlich und mental in der Lage sind, die Interviewfragen ohne fremde Hilfe zu verstehen und zu beantworten
- die über ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen
- die der Befragung freiwillig zustimmen
- Tag der Befragung der Patienten: ein bis drei Tage vor Entlassung

⇒ **Ausschlusskriterien:**

Sollten die Einschlusskriterien nicht gegeben sein, der Patient bzw. der Angehörige der Untersuchung nicht zugestimmt haben oder zerebrale Schäden mit kognitiven Einschränkungen, demenzielle Erkrankungen oder Psychosen vorliegen oder sollten die Patienten rein körperlich nicht dazu in der Lage sein, das Interview zu führen, werden diese Patienten bzw. Angehörige nicht mit in die Untersuchung einbezogen.

4.2.2 Studienablauf

Die Patienten und Angehörigen werden persönlich kontaktiert und hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Sie werden über die Studie, wie auch Freiwilligkeit und Anonymität informiert und bei Interesse um Teilnahme gebeten. Das Interview erfolgt erst, wenn der Patient bzw. der Angehörige die Informationen in der Einverständniserklärung (exemplarisch für Patienten im Anhang S. 81 ff.) gelesen und verstanden hat und mit der Befragung einverstanden ist.

Die Einverständniserklärung beschreibt kurz den Inhalt und Zweck der Befragung und informiert über die Anonymisierung ihrer Daten und Angaben.

Die Einverständniserklärung wird dem Patienten bzw. deren Angehörigen in zweifacher Ausführung vorgelegt. Eine Version behält der Patient bzw. der Angehörige, die andere wird verschlossen und getrennt vom Fragebogen aufbewahrt.

Die Erfassung personenbezogener Daten stellt sicher, dass Patient und Angehörige ihr Einverständnis widerrufen können. Ausgenommen sind lediglich Daten, die vor meinem Widerruf bereits in Datenauswertungen und Projektergebnisse eingegangen sind.

Für diesen Zweck der Identifizierung wurden zwei Listen mit Namen und Geburtsdatum der Patienten bzw. dem Namen der Angehörigen erstellt, die die Zuordnung ermöglichen. Diese Listen befinden sich an anderer Stelle als die dazugehörigen Fragebögen, um die Anonymität der Patienten und Angehörigen zu wahren.

Mit dieser Studie wird ein reiner Querschnitt realisiert, der eine über diese erhobenen Daten hinausgehende Kennzeichnung der Patienten überflüssig macht.

Die Datencodierung und Auswertung erfolgten unabhängig über ein Statistik-Programm.

4.2.3 Fragebogen für Patienten

Der Fragebogen für Patienten gliedert sich in mehrere Abschnitte (siehe Anhang S. 84 ff.).

Auf der ersten Seite des Fragebogens werden die Gesprächsbogennummer und allgemeine Daten des Patienten erfasst.

Die Durchnummerierung dient der vereinfachten Zuordnung des Fragebogens zu der Einverständniserklärung.

Das Alter und Geschlecht werden notiert, um mögliche Unterschiede in diesen Gruppen erfassen zu können.

Der Beruf wird erfragt, da die Vermutung nahe liegt, dass jemand, der sein Leben lang im Freien gearbeitet hatte, ein größeres Bedürfnis hat, an der frischen Luft sein zu können.

Ähnlich verhält es sich mit dem Raucherstatus.

Bei der Grunderkrankung wollen wir vor allem herausfinden, ob es krankheitsbedingte (Tumor- und Nicht-Tumorpatienten) Unterschiede gibt.

Die Erstdiagnose wird mit Monat/Jahr erfasst und soll später zeigen, ob es Unterschiede gibt bei den Patientengruppen mit frischer und älterer Diagnose. Dies hat Auswirkung auf den psychischen Zustand des Patienten, sodass Bewertungen anders ausfallen könnten.

Um den körperlichen Zustand der Patienten vergleichen zu können, wird der ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) - Performance-Status eingetragen (siehe Tabelle 1). Diese Klassifizierung bezieht den momentanen Zustand der Patienten für sich selbst zu sorgen, täglich anfallende Arbeiten ausführen zu können und ihre grundsätzlichen körperlichen Fähigkeiten mit ein.

Tabelle 1: ECOG Einteilung, Quelle: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. (1982), Seite 6/ Eigene Darstellung

Grad	ECOG Performance Status
0	voll aktiv, Aktivitäten können wie vor der Krankheit ohne Einschränkung ausgeübt werden
1	eingeschränkt bei körperlicher Belastung, aber ambulant führbar, leichte Arbeit möglich (z.B. leichte Haus- oder Büroarbeiten)
2	ambulant und fähig zur Selbstversorgung, arbeitsunfähig, Aufstehen in mehr als 50 % der Wachzeit möglich
3	limitierte Selbstversorgung möglich, mehr als 50 % der Wachzeit im Stuhl/ Bett
4	keine Selbstversorgung möglich, volle Pflegebedürftigkeit, vollständig an Stuhl/ Bett gebunden
5	Tot

Im unteren Bereich dieses Formulars werden die Einschlusskriterien geprüft und der Patient wird für die Studie zugelassen oder abgelehnt.

Als letztes wird auf der Seite erfasst, ob der Patient auf der Station verstorben ist. Patienten, die ihrem Tod sehr nahe sind, haben gegebenenfalls andere Bedürfnisse, als diejenigen, die noch einige Monate mit ihrer Krankheit überleben.

Finale Patienten werden aus ethischen Gründen nicht befragt. Diese Studie hat das Votum der Ethikkommission Greifswalds erhalten (siehe Anhang S. 92).

Im zweiten Teil des Fragebogens folgt nun das eigentliche Interview. Anfangs werden offene Fragen gestellt, um grundsätzliche Faktoren zu erfragen, die ein Patient unbedingt benötigt, was ihm besonders gefällt oder was noch fehlt und somit verbessert werden kann.

Die Antworten werden anschließend in verschiedene Kategorien eingeordnet, um sie statistisch vergleichen zu können. Zu diesen Kategorien gehören: freundliches/ kompetentes Personal, Unterhaltungselektronik, Beschäftigung (durch Besuch/ Mitarbeiter), Fenster/ Aussicht, Gesundheit, ein gutes Bett, eine schöne/ wohnliche Räumlichkeiten, gutes Essen und Alltagsgegenstände (z.B. Kühlschrank).

Der nächste Teil des Interviews befasst sich mit den Bewertungen. Hier wird zuerst die Zufriedenheit mit der Palliativstation auf einer Skala von eins bis zehn erfragt. Im Folgenden wird die Zufriedenheit dann anhand einzelner Faktoren aufgeschlüsselt und darüber hinaus die jeweilige Wichtigkeit erfragt.

Mit der Frage nach der Zufriedenheit wird der Ist-Zustand bewertet. Um dann die Bedürfnisse des Patienten zu erfahren, fragen wir bei den Faktoren zusätzlich die Wichtigkeit ab.

Dies hat den Hintergrund, dass man mit einem Faktor durchaus sehr zufrieden sein kann, ihn aber gegebenenfalls gar nicht benötigt, um sich auf der Palliativstation wohlfühlen zu können.

Genauso wie die Zufriedenheit wird die Wichtigkeit auf einer Skala von eins bis vier bewertet (eins = sehr zufrieden/ wichtig, zwei = zufrieden/ wichtig, drei = weniger

zufrieden/wichtig und vier = unzufrieden/ unwichtig). Aufgrund verschiedener Bedürfnisse, Diagnosen und Stadien sind die Patienten teilweise unterschiedlich motiviert Angebote zu nutzen oder grundsätzlich zu eingeschränkt sie wahrnehmen und beurteilen zu können. Diese Tatsache sorgt dafür, dass Faktoren manchmal nicht bewertbar sind. Daher können die Patienten weiterhin angeben, dass sie den Faktor nicht beurteilen können, was mit der Zahl Null gekennzeichnet wird. Die gerade Anzahl an Bewertungsmöglichkeiten soll verhindern, dass übermäßig oft die Mitte (neutral) gewählt wird, sondern sich wirklich Gedanken gemacht werden müssen, ob man (sehr) zufrieden ist oder (eher) nicht bzw. ob einem dieser Faktor (sehr) wichtig ist oder (eher) nicht.

Im Folgenden werden die einzelnen Fragen näher erläutert.

Umgebung / Ausstattung

1. Wie zufrieden sind Sie mit dem Gesamteindruck der Station? Wie wichtig ist Ihnen dieser?

Mit dieser Frage wird darauf abgezielt, ob die Station für die Patienten als wohnlich/ beunruhigend oder ähnliches eingeschätzt wird.

Zudem vermuten wir, dass der lange gerade Flur auf der Palliativstation mit einem Fenster am Ende keinen beruhigenden Eindruck bei den Patienten schafft. Es könnte wie ein Licht am Ende des Tunnels wirken.

2. Wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung der Station? Raum der Stille, Wohnzimmer, Therapieräume etc.. Wie wichtig ist Ihnen die Ausstattung?

Hier soll herausgefunden werden, ob den Patienten grundsätzlich auf der Station bestimmte Räumlichkeiten fehlen.

3. Wie zufrieden sind Sie mit der Dekoration der Station? Bilder etc.. Wie wichtig ist Ihnen die Dekoration der Station?

Die Dekoration ist ein gutes Element, um eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen und so von dem Krankenseindruck abzulenken. Daher wird diese erfragt.

4. Was bevorzugen Sie: ein 1- oder 2-Bettzimmer? Wie wichtig ist Ihnen, dass sie ein 1 oder 2 Bettzimmer (je nach vorheriger Antwort) bekommen?

Da es um das Wohlbefinden der Patienten in ihrer letzten Lebensphase geht, ist es relevant, ob sie diese Zeit mit fremden „Leidensgenossen“ oder doch lieber privat in einem Einzelzimmer verbringen wollen.

5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zimmer insgesamt? Wie wichtig ist Ihnen dieses?

6. Wie zufrieden sind Sie mit der Einrichtung Ihres Zimmers? Größe, Möbel, Bett etc.. Wie wichtig ist Ihnen diese?

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Dekoration Ihres Zimmers? Bilder etc.. Wie wichtig ist Ihnen diese?

Nach der Station werden die Faktoren auch noch für das Zimmer selbst erfragt. Erst allgemein in dieser Frage und mit den folgenden Fragen im Speziellen.

8. Wie zufrieden sind Sie mit den Fenstern/ der Aussicht? Wie wichtig ist Ihnen diese?

Die Patienten verbringen je nach Situation viel Zeit in ihren Zimmern. Die Fenster und die Aussicht stellen hier ein zentrales Element dar, z.B. als Ablenkung oder Beschäftigung. Dies wurde in der Literatur als wichtig angegeben (siehe Problemstellung).

9. Wie zufrieden sind Sie mit den Wandfarben? Wie wichtig ist Ihnen diese?

Auch diese Frage zielt auf den wohnlichen Charakter ab. Weiße Wände sind typischer für Krankenhäuser und auf dieser Station haben wir, wie bereits beschrieben, weiße und farbige Wände.

10. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bad/ Toilette? Wie wichtig sind Ihnen diese?

Jeder Patient hat sein eigenes Badezimmer, das Bestandteil von dem Zimmer selbst ist. Daher wird dieser Aspekt mit abgefragt.

11. Wie zufrieden sind Sie mit der Sauberkeit der Station/ Ihres Zimmers? Wie wichtig ist Ihnen diese?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese den Patienten wichtig ist. Dies wollen wir bestätigen und diesen für die meisten Menschen relevanten Aspekt abfragen.

12. Wie zufrieden sind Sie mit dem Zugang nach draußen? Terrasse, Balkon, Spazieren o.ä.. Wie wichtig ist Ihnen dieser?

Wie oben bereits erwähnt, haben einige Menschen - aufgrund des (früheren) Berufs, Rauchstatus oder aus einem anderen Grund - das Bedürfnis regelmäßig an die frische Luft zu kommen.

13. a) Wie wichtig ist es für Sie, persönliche Gegenstände mitbringen zu können?

b) Was würden Sie mitbringen?

Gerade am Ende unseres Lebens sind viele Momente durch Erinnerungen geprägt. Oft sieht man persönliche Bilder in den Zimmern, die für eine wohnlichere Atmosphäre sorgen können.

Dabei interessiert uns bei der Frage sehr, ob dieses ein Bedürfnis der Patienten ist.

14. Wie wichtig wäre es Ihnen, eigene Bettwäsche/ Handtücher nutzen zu können?

Während der Fragenfindung wurde überdies das Personal auf der Palliativstation befragt. Hier wurde dieser Aspekt als für sie wichtig genannt und daher werden die Patienten danach befragt. Zudem ist dies in Hospizen üblich.

15. Wie wichtig ist es für Sie, einen Angehörigen auf der Station unterbringen zu können?

Die Angehörigen bieten eine große Stütze für die Patienten. Bei Bedarf können sie auf der Station untergebracht werden. Daher wollen wir den Bedarf dieser Option erfragen.

Personal

16. Wie zufrieden sind Sie mit den Ärzten? Wie wichtig sind Ihnen diese?

17. Wie zufrieden sind Sie mit den Pflegeern? Wie wichtig sind Ihnen diese?

18. Wie zufrieden sind Sie mit den Therapeuten? Physio-, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger etc.. Wie wichtig sind Ihnen diese?

Wie bereits erwähnt, wurden die Fragen durch die Publikation von C. Simanski beeinflusst. In dieser bewerteten Schmerzpatienten das Personal im Mittel als wichtigsten Faktor bei der Krankenhauswahl.

Daher ist von einem großen Einfluss des Personals auf die Patienten auszugehen.

Tagesablauf/ Aktivitäten

19. Wie zufrieden sind Sie mit dem Tagesablauf allgemein? Wie wichtig ist Ihnen dieser?

20. Können Sie Ihren Tagesablauf selbst gestalten? Wird auf Ihre Wünsche eingegangen? Weckzeit, Mittagsstunde z.B.. Wie wichtig ist Ihnen dieses?

Diese beiden Fragen sind mit aufgenommen worden, da bei Umfragen der Patienten im Vorfeld die Beschäftigungsmöglichkeiten und die „Macht über die eigene Zimmertür“ (Zitat eines Patienten) als wichtig genannt worden sind.

Verköstigung

21. Wie zufrieden sind Sie mit dem Speiseangebot morgens und abends? Wie wichtig ist Ihnen dieses?

22. Wie zufrieden sind Sie mit dem Speiseangebot mittags? Wie wichtig ist Ihnen dieses?

Sowohl aufgrund eigener Erfahrung als auch Berichten aus zweiter Hand, spielt qualitatives Essen für Patienten im Allgemeinen eine Rolle. Zudem wurde dieser Aspekt in der bereits erwähnten Publikation von C. Simanski et al. als Faktor für die Krankenhausauswahl mit in deren Studie eingeschlossen.

23. Wird auf Ihre Essgewohnheiten eingegangen? Wie wichtig ist Ihnen dies?

Bei Unzufriedenheit mit dem Speiseangebot kann mit dieser Frage die Ursache in der Organisation ausgeschlossen oder begründet werden. Gerade in der heutigen Zeit, in der „-frei“ häufig groß auf Verpackungen von Nahrungsmitteln geschrieben steht - von u.a. glutenfrei über laktosefrei bis hin zu zuckerfrei -, wird dementsprechend eine gewisse Wichtigkeit als Bewertung erwartet bei der Beantwortung der Probanden.

24. Wie zufrieden sind Sie damit, an gemeinsamen Mahlzeiten mit anderen Patienten/ Ihren Angehörigen teilzunehmen? Wie wichtig ist Ihnen dies?

Wie in der obigen Stationsbeschreibung erklärt, gibt es bei uns in Greifswald auf der Palliativstation Ehrenamtliche Helfer, die zweimal die Woche für die Patienten ein gemeinsames Frühstück organisieren. Ob dieses gemeinsame Essen mit anderen Patienten für den jeweiligen Patienten einen Benefit für ihr Wohlbefinden darstellt, soll hier erfragt werden.

25. Wie wichtig wäre es Ihnen, an einem wöchentlichen Angebot an gemeinsamen Kaffee und Kuchen mit den Patienten und Angehörigen teilnehmen zu können?

Dieses Angebot gab es zu Beginn der Befragung noch nicht. Da hier wird nur die Wichtigkeit und nicht die Zufriedenheit befragt. Die Möglichkeit dient als Ergänzung der vorherigen Frage und soll es ermöglichen, die Bedeutung des Gemeinschaftsgefühls eines Patienten wie in Frage 24 weiter einschätzen zu können.

26. Wie wichtig wäre es Ihnen, sich von Angehörigen bekochen lassen zu können?

Diese Frage ergab sich ebenfalls aus den vorherigen Befragungen. So könnte man bei Bedarf eine kleine Zwecks-Küche einrichten.

Körperpflege

27. Wie zufrieden sind Sie mit der Möglichkeit der Nutzung eines Friseurs? Wie wichtig ist Ihnen diese Möglichkeit?

28. Wie zufrieden sind Sie mit der Möglichkeit der Nutzung von Hand- und Fußpflege? Wie wichtig ist Ihnen diese Möglichkeit?

Patienten könnte es wichtig sein, bei verminderter Gesundheit gepflegt auszusehen. Daher wird erfragt, ob dieses Angebot während des Krankenhausaufenthaltes für Patienten von Bedeutung ist.

29. Wie wichtig wäre es Ihnen, zusätzlich zur Dusche auch eine Badewanne nutzen zu können?

Zur Reinigung und vor allem Entspannung nutzen einige Menschen gerne eine Badewanne. Da die Angst vor Stürzen allerdings im Alter teilweise steigt und das Ein- und Aussteigen in bzw. aus der Badewanne eine Herausforderung darstellen könnten, wird auf die alternative Sitzbadewanne als Möglichkeit hingewiesen.

Sonstiges Angebot

30. Wie wichtig wäre es Ihnen, Therapie-Tiere auf der Station zu haben? (Hund, Katze, ...)

Tiere können innerhalb der Therapie von Patienten bedeutsam sein. Daher wird erfragt, ob dies von den Patienten der UMG genauso empfunden wird.

31. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterhaltungselektronik? Fernseher, Radio, Internet, Telefon. Wie wichtig sind Ihnen diese?

Auch dieser Punkt kann der Ablenkung vom Alltag dienen. Zudem spielen diese Aspekte außerhalb vom Krankenhaus immer eine größere Rolle.

32. Wie wichtig wäre es Ihnen vorübergehend tagsüber oder am Wochenende entlassen zu werden?

Dies ist wie erwähnt bisher nicht gestattet. Ob dieses Angebot überhaupt gewünscht ist, wird deshalb erfragt.

33. Wie zufrieden sind Sie mit den gegebenen Möglichkeiten, um die Helligkeit in Ihrem Zimmer selbst regeln zu können? Wie wichtig ist Ihnen dieses?

34. Wie zufrieden sind Sie mit den gegebenen Möglichkeiten, um die Temperatur in Ihrem Zimmer selbst regeln zu können? Wie wichtig ist Ihnen dieses?

Diese beiden Aspekte werden wie bereits erwähnt in der Literatur als relevant angegeben und werden deshalb erfragt.

Da die Patienten mit den Fragen gegebenenfalls auf weitere Bedürfnisse aufmerksam gemacht werden, und ihnen bewusst werden könnte, dass sie sich doch noch etwas wünschen, wird am Ende der Befragung (letzte Seite) noch nach offenen Wünschen gefragt. Diese werden anschließend Kategorien zugeordnet, um die offenen Wünsche statistisch vergleichen zu können. Dafür wurden die gleichen Kategorien wie zu Beginn der Befragung gewählt.

4.2.4 Fragebogen für Angehörige

In dem Fragebogen der Angehörigen sollen die Zufriedenheit und die Bedürfnisse der Patienten beurteilt werden (siehe Anhang S. 89 ff.). Der Fragebogen ähnelt sehr dem der Patienten, sodass im Folgenden nur auf die Unterschiede eingegangen wird.

Der Fragebogen ist der Übersicht halber im Querformat gestaltet worden. Es wird der Verwandtschaftsgrad abgefragt, da sich dort Unterschiede ergeben könnten.

Die Frage 13 b entfällt. Dort wurde abgefragt, welche persönlichen Gegenstände der Patient bei Bedarf mitbringen würde. Diese Frage ist bei starker Beziehung nicht einfach zu beantworten.

Des Weiteren werden die Angehörigen nicht nach dem Bedürfnis der Patienten, persönliche Bettwäsche und Handtücher mitbringen zu wollen, befragt. Dieser Aspekt

erscheint zu wenig einsehbar für die Angehörigen. Diese können die Frage je nach Beziehungs- und Kontaktintensität nicht unbedingt aussagekräftig beurteilen.

Das Speiseangebot wird nicht weiter unterteilt abgefragt, da die Angehörigen eher nicht alle Mahlzeiten mitbekommen und so nur einen groben Eindruck erhalten.

In den Fragen 22 bis 24 geht es nicht um die Einschätzung der Angehörigen über den Patienten, sondern um das eigene Interesse bzw. Bereitschaft:

- **Wie zufrieden sind Sie damit, an gemeinsamen Mahlzeiten mit anderen Patienten/ Ihren Angehörigen teilzunehmen? Wie wichtig ist Ihnen dies?**
- **Wie wichtig wäre es Ihnen, an einem wöchentlichen Angebot an gemeinsamen Kaffee und Kuchen mit den Patienten und Angehörigen teilnehmen zu können?**
- **Wie wichtig wäre es Ihnen, Ihre Angehörigen bekochen zu können?**

Mit diesen Fragen wollen wir darauf eingehen, was die Angehörigen selber wollen, um auf die Bedürfnisse bei Bedarf eingehen zu können.

Die letzten beiden Fragen zur selbstständigen Regelung von Helligkeit und Temperatur werden ebenfalls nicht mit abgefragt. Dies sind Aspekte, die eher nicht sicher beurteilt werden können als Außenstehender.

4.3 Statistik

Die Datenaufbereitung und die statistischen Analysen wurden mit der Statistik Software IBM SPSS (Version 25) durchgeführt. Für die deskriptive Statistik wurden Kenngrößen wie Häufigkeiten (absolute und prozentuale Angaben), Minimum, Maximum, Median, Mittelwert sowie Standardabweichung ermittelt.

Grafiken bzw. Tabellen wurden mit Microsoft-Office-System Excel und Numbers erstellt.

Zur Beurteilung von Unterschieden in der Häufigkeitsverteilung der Daten wurde der Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

Der Kruskal-Wallis-Test wurde verwendet, um zu testen, ob die Lageparameter mehrerer unabhängiger Stichproben aus der gleichen Verteilung stammen. Bei allen Tests wurde das Signifikanzniveau bei 0,05 (zweiseitig) festgelegt.

Bei rein dichotomen Fragen wird der Effekt mit dem Koeffizienten ϕ angegeben, ansonsten mit Cramér's V. Dabei galt der Effekt mit 0,1 als klein-, 0,3 mittel- und 0,5 hochgradig. Dies diente der Einschätzung der Effektstärke.²

Für die innere Konsistenz von zusammengefassten Daten wurde Cronbachs Alpha (tau-äquivalente Reliabilität) verwendet. Dabei wurden die Werte wie folgt interpretiert: >0,9 exzellent, >0,8 gut, >0,7 akzeptabel und alles <0,6 wurde nicht mehr akzeptiert, da es mindestens als fragwürdig anzusehen war.

Zur Untersuchung auf Unterschiede in der Beantwortung von Patienten und Angehörigen wurde ein Mittelwertsvergleich mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) genutzt. Die Effektstärke wird hier durch η angegeben mit der gleichen Einteilung des Effekts wie zuvor beschrieben.

Fehlende Werte wurden aus der Rechnung ausgeschlossen.

² In der Literatur sind vereinzelt auch Empfehlungen vorhanden, die Einteilung zu verschärfen auf 0,1 als klein-, 0,2 als mittel- und 0,3 als hochgradig. (Gignac & Szodorai, 2016)

5. Ergebnisse

Es werden die Ergebnisse mit praktischer Relevanz dargestellt, die auch im klinischen Alltag umgesetzt werden könnten.

Hervorzuheben von den einzelnen Ergebnissen ist der Aspekt der Bettenbelegung, da dieser die Räumlichkeiten betreffend, hauptsächlich international diskutiert wurde (siehe Problemstellung, Gardiner et al., 2011; Rowlands & Noble, 2008). Die meisten der Patienten wollten laut der Befragung ein Einbettzimmer und dies war ihnen i.d.R. gleichzeitig wichtig.

5.1 Stichprobenumfang

Pro Jahr kommen ca. 360 Patienten auf diese Palliativstation der UMG. Der Erhebungszeitraum begann im November 2017 und wurde im Dezember 2018 mit dem Umzug der Station beendet.

Im Rahmen der Befragung erfüllten 88 Patienten die Einschlusskriterien. 23 Patienten lehnten die Befragung ab. Somit konnten 65 Patienten (73,9 %) in die Studie eingeschlossen werden.

Von den Angehörigen konnten insgesamt 20 Personen befragt werden.

Im Folgenden werden die Untergruppen der **65** befragten Patienten dargestellt.

5.1.1 Geschlecht

Die Mehrzahl der insgesamt 65 befragten Patienten war männlich (45 Patienten bzw. 69,2; Abb. 9).

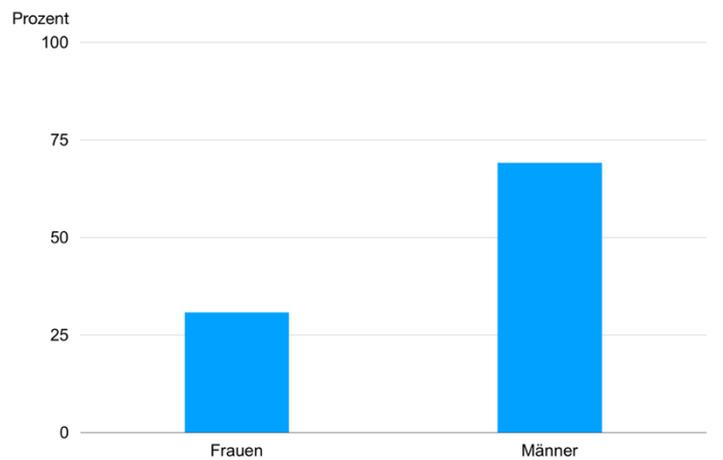


Abbildung 9: Stichprobenumfang Patienten nach Geschlecht

5.1.2 Alter

Das Durchschnittsalter der Patienten ($n = 65$) betrug 68,91 Jahren ($SD = 11,46$; Range: 31-92). Das Durchschnittsalter der Frauen ($n=20$) betrug 71,45 Jahre ($SD = 11,21$; Range: 47-86) und das der Männer ($n=45$) 67,78 Jahre ($SD = 11,52$; Range: 31-92).

5.1.3 Beruf

Der überwiegende Teil der Patienten (45 Patienten bzw. 70,3 Prozent bei $n=64$) arbeitet oder hat innerhalb von Räumen gearbeitet (siehe Abb. 10).

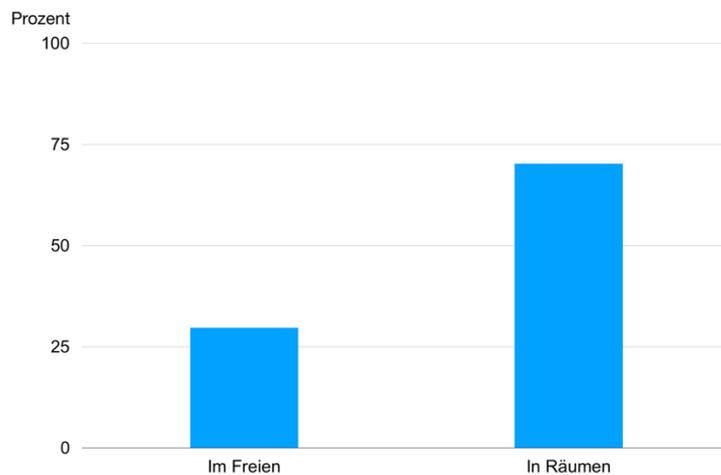


Abbildung 10: Anzahl der Patienten, die beruflich im Freien bzw. in Räumen gearbeitet haben

5.1.4 Grunderkrankung

Am häufigsten waren die befragten Patienten an einer Neoplasie grunderkrankt, n=61 (93,8 Prozent; Abb. 11).

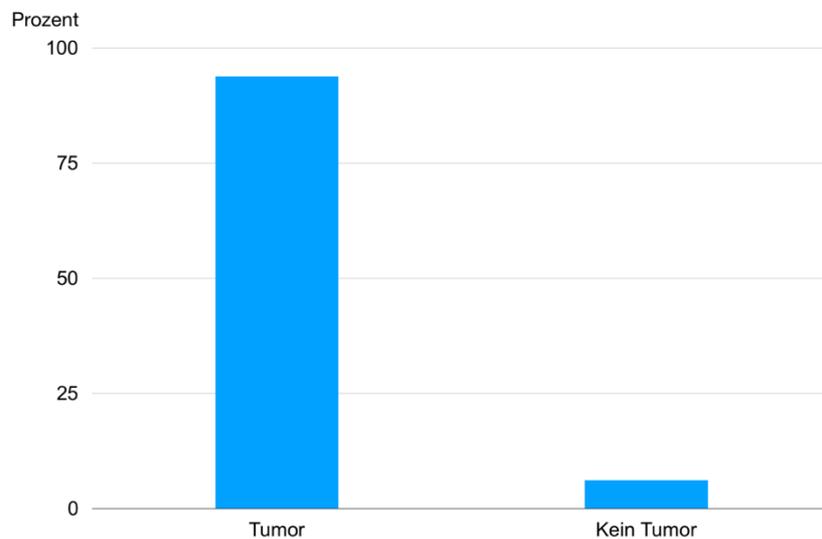


Abbildung 11: Stichprobenumfang Patienten nach Grunderkrankung

5.1.5 ECOG

Der durchschnittliche ECOG-Wert bei Aufnahme lag bei 2,7 (Median = 3; Abb. 12).

Die meisten Patienten waren somit in ihrer Selbstversorgung limitiert und im Alltag eingeschränkt.

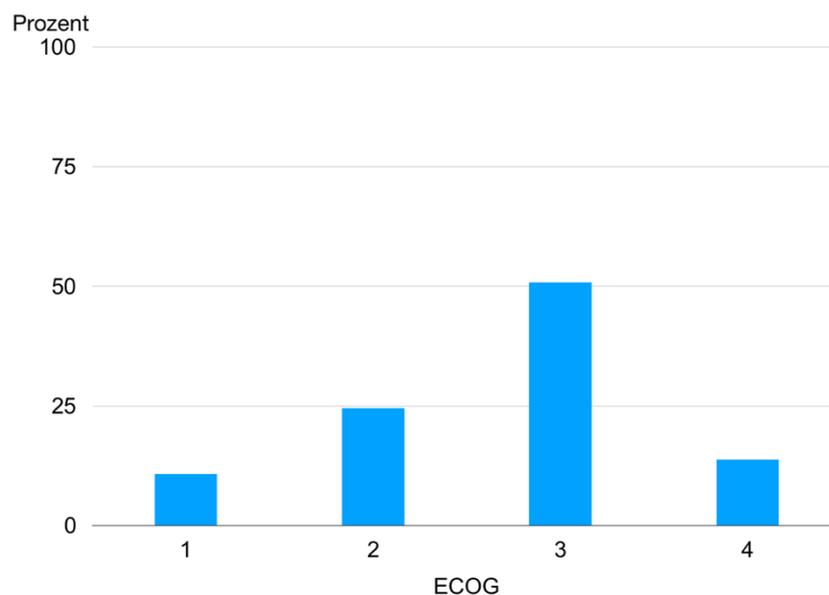


Abbildung 12: Stichprobenumfang Patienten nach ECOG

5.1.6 Erstdiagnose (ED)

Die Erstdiagnose betrug im Mittel fast zwei Jahre bei Befragung, wies allerdings insgesamt ziemlich unterschiedliche Zeiträume auf (SD = 37,366, Range: 0 - 180 Monate).

Für die weitere Unterteilung zum Zweck der Beurteilung von den Ergebnissen wurde die ED mit Hilfe des Medians unterteilt, wodurch die Grenze bei ≤ 9 Monaten und > 9 Monaten lag.

5.1.7 Raucherstatus

67,7 % der 65 Studienteilnehmer waren Nicht-Raucher (n=44; Abb 13).

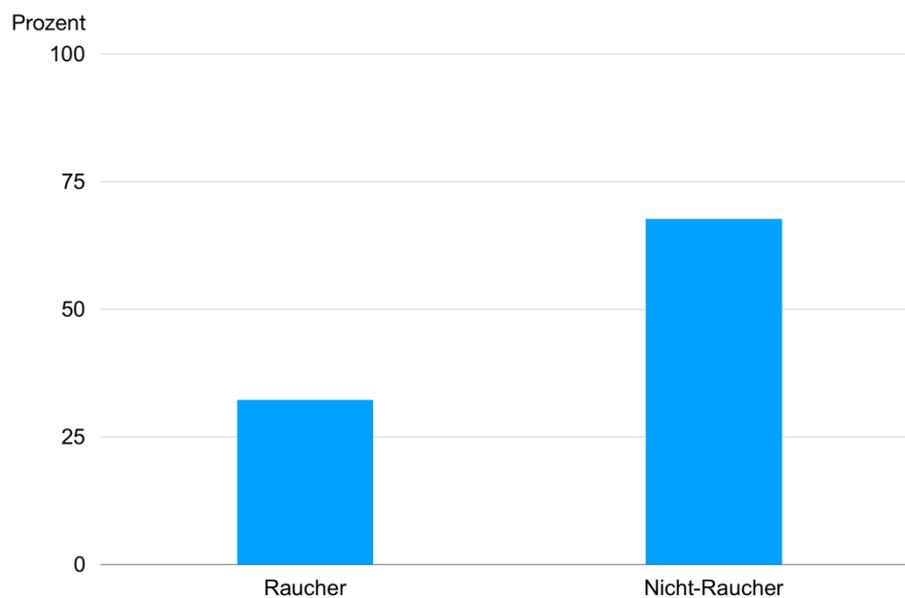


Abbildung 13: Patienten nach Raucherstatus

5.1.8 allgemeine Zufriedenheit

Die Patienten konnten auf einer Skala von eins (gar nicht zufrieden) bis zehn (absolut zufrieden) wählen, um ihre Zufriedenheit mit ihrem bisherigen Aufenthalt auf der Palliativstation anzugeben. Dies wird in Abbildung 14 dargestellt. Dort steht jede einzelne schmale Säule für einen Patienten und seine Bewertung. Für den besseren Überblick befindet sich über jedem Säulenblock (gleiche Höhe beschreibt die gleiche Wertung) als blaue Zahl die Anzahl der Patienten, die diese Wertung abgaben.

Keiner der Patienten war absolut unzufrieden und die Mehrheit der Patienten war deutlich zufrieden/ sehr zufrieden mit dem bisherigen Aufenthalt insgesamt (n=65, SD=1,716).

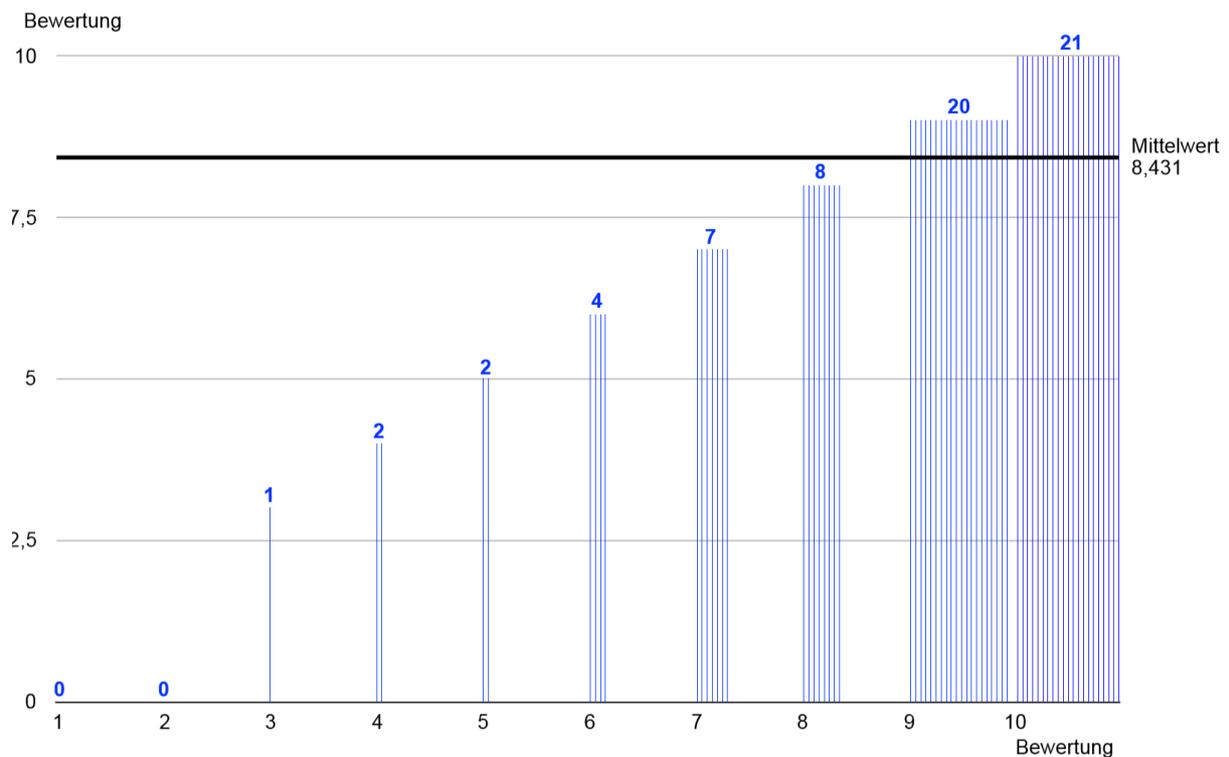


Abbildung 14: allgemeine Zufriedenheit der Patienten

Die Angehörigen der Patienten waren in dieser Studie im Mittel noch etwas zufriedener als die Patienten (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: allgemeine Zufriedenheit der Angehörigen

Anzahl n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
20	4	10	8,85	1,631

Legende: 1=gar nicht zufrieden bis 10=absolut Zufrieden

5.2 Auswertung der Fragen

5.2.1 Cluster

Zur Beurteilung der Rangfolge der Zufriedenheit und Wichtigkeit wurden Cluster (Zusammenfassung von Fragen des gleichen Themas) gebildet. Diese wurden dann einem Reliabilitätstest unterzogen.

Mit eingeflossen sind hier Antworten von Patienten, die maximal zwei Fragen in dem Clusterabschnitt nicht beantwortet haben. Die Unterteilung erfolgte in Umgebung/ Ausstattung und Tagesablauf, Personal, Verköstigung und Körperpflege (siehe Tabelle 3 und 4).

Tabelle 3: Cluster Zufriedenheit Patienten

	n	Anzahl Items	Cronbachs α
Umgebung/ Ausstattung & Tagesablauf	28	15	0,913
Personal	63	3	0,920
Verköstigung	34	3	0,775
Körperpflege	4	2	0,949

Es konnten alle Fragen zur Zufriedenheit in der jeweiligen Kategorie eingeschlossen werden.

Die innere Konsistenz ist mit $>0,9$ bei drei der vier Kategorien exzellent. Bei der Verköstigung beträgt Cronbachs Alpha $>0,7$ und ist damit akzeptabel.

Für den Bereich „Körperpflege“ konnten lediglich die Antworten von $n=4$ Patienten berücksichtigt werden. Somit wurde diese in den weiteren Berechnungen nicht mehr berücksichtigt.

Bei der Kategorie zur Wichtigkeit der Umgebung/ Ausstattung und Tagesablauf wurden die Fragen 4 und 31 (siehe Anhang S. 84ff.) ausgeschlossen. Diese trugen nicht zur Varianzaufklärung bei. Aus der Kategorie Verköstigung wurden die Fragen 23 und 24 ausgeschlossen. Auch diese trugen nicht zur Varianzaufklärung bei.

Tabelle 4: Cluster Wichtigkeit Patienten

	n	Anzahl Items	Cronbachs α
Umgebung/ Ausstattung & Tagesablauf	46	18	0,813
Personal	65	3	0,817
Verköstigung	62	2	0,865
Körperpflege	58	2	0,478

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs entfallen die Berechnungen in dieser Kategorie für die Angehörigen.

5.2.2 Ranking

Anhand der Ergebnisse wurde eine Rangfolge der Mittelwerte erstellt. Am zufriedensten waren die Patienten mit der Kategorie Personal. Gefolgt von der Umgebung/ Ausstattung und dem Tagesablauf und der Verköstigung (Tab.5).

Tabelle 5: Ranking der Cluster zur Zufriedenheit

	n	Mittelwert	Std.-Abweichung
Personal	63	1,307	0,553
Umgebung/ Ausstattung & Tagesablauf	28	1,676	0,465
Verköstigung	34	1,696	0,663

Legende: 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3= weniger zufrieden, 4 = gar nicht zufrieden (Ein niedriger Mittelwert weist auf eine hohe Zufriedenheit.)

Am wichtigsten war den Patienten ebenfalls die Kategorie Personal. Dann folgte die Verköstigung und die Umgebungsfaktoren bilden das Schlusslicht, sind aber genau wie die anderen Kategorien hoch bewertet (siehe Tab. 6).

Tabelle 6: Ranking der Cluster zur Wichtigkeit

	n	MW	Std.-Abweichung
Personal	65	1,026	0,136
Verköstigung	58	1,504	0,479
Umgebung/ Ausstattung & Tagesablauf	44	1,698	0,316

5.2.3 Offene Fragen

Insgesamt haben 44 Patienten die Frage beantwortet, was sie benötigen, um sich auf einer Station wohlfühlen zu können. Die Mehrzahl der Patienten nannte freundliches und kompetentes Personal (n=25 bzw. 56,82%; Abb. 15).

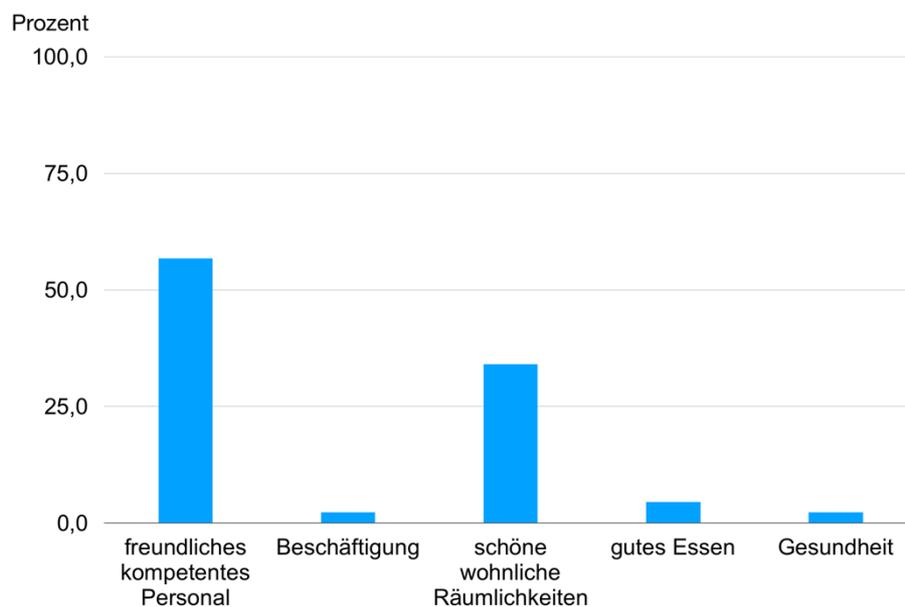


Abbildung 15: Voraussetzung für Patienten, um sich wohlfühlen

Zufriedenstellend war zudem, dass ihnen dieser Faktor während ihres bisherigen Aufenthaltes am meisten gefallen hat. Hervorzuheben ist außerdem, dass den meisten schöne wohnliche Räumlichkeiten durchaus fehlten, obwohl prozentual weitaus weniger Patienten dies in der vorherigen Frage als Notwendigkeit zum Wohlfühlen angaben. Zu beachten ist die absolute Anzahl der Patienten, die geantwortet haben auf die Fragen: „Was gefällt Ihnen besonders“ (n=55) und „Was fehlt Ihnen“ (n=19). Jedoch sind es auffällig viele Personen gewesen, die wohnliche Räumlichkeiten im Vergleich zu anderen Möglichkeiten genannt haben (siehe Abb. 16).

Unter Alltagsgegenständen wurden u.a. ein Kühlschrank und ein Kaffeeautomat gewünscht.

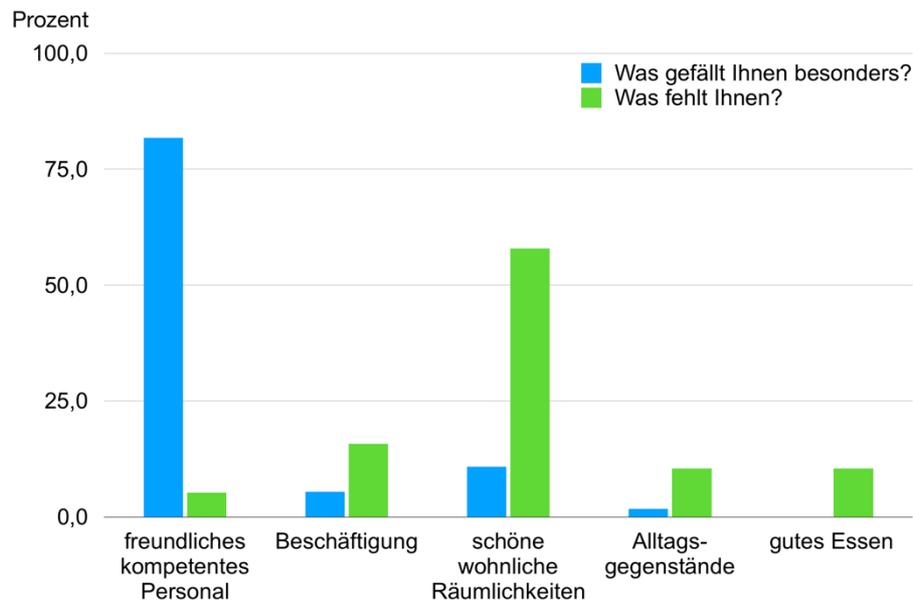


Abbildung 16: Bewertung der Palliativstation der UMG durch Patienten.

Am Ende der Befragung konnten die Patienten noch offene Wünsche angeben (n=16). Dort fiel gehäuft der Wunsch nach Gesundheit (n=10, bzw. 62,5%; Abb 17).

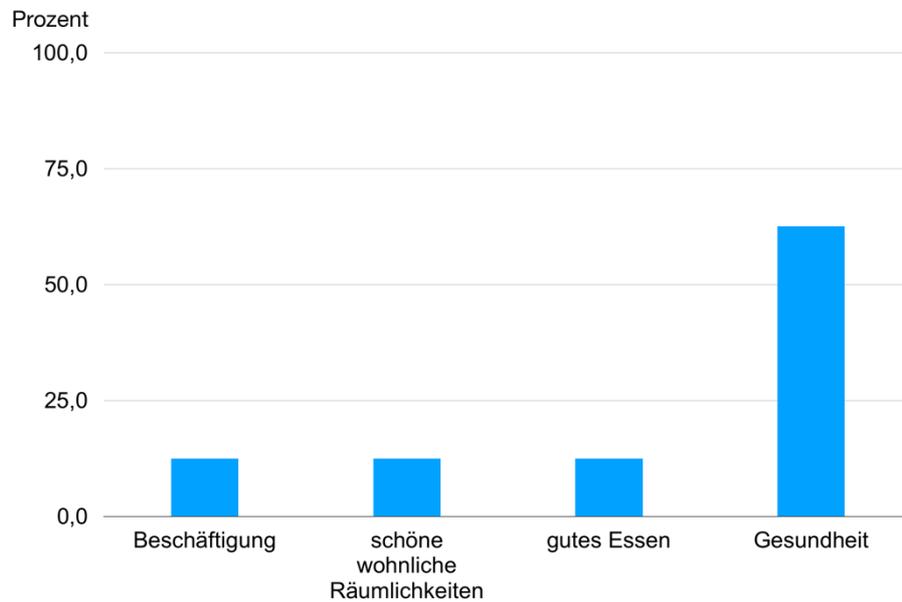


Abbildung 17: Offen gebliebene Wünsche der Patienten

Bei den Angehörigen machten vier der 20 Angaben zu den offenen Wünschen. Diese gaben alle eine bessere Gestaltung der Räumlichkeiten an.

5.2.4 Zusammenhang von Geschlecht bzw. Alter mit den einzelnen Kategorien

Geschlecht

Es arbeiten mehr Männer als Frauen im Freien ($(1,64)=5,402$, $p=.020$, zweiseitig; $\varphi=.291$, mittelgradiger Effekt). Auch sind signifikant mehr Männer Raucher ($(1,65)=3,957$, $p=.047$, zweiseitig; $\varphi=.291$ mittelgradig). Gleichzeitig waren Frauen allgemein zufriedener mit ihrem bisherigen Aufenthalt ($H(1,65)=5,068$, $p=.024$, zweiseitig; Cramér's $V=.376$ – mittelgradig).

Tabelle 7: Zusammenhang von Geschlecht und ausgewählten soziodemografischen Variablen

	Beruf	Raucherstatus	Allgemeine Zufriedenheit
Signifikanztest*	5,402 ()	3,957 ()	5,068 (H)
Asymptotische Signifikanz	,020	,047	,024
Effektstärke**	,291 (φ)	,247 (φ)	,376 (V)

*Kruskal-Wallis (H), Chi-Quadrat ()

**Cramér's V (V), Koeffizient Phi (φ)

Beim Geschlecht gab es Auffälligkeiten: Frauen war die Dekoration des Zimmers signifikant wichtiger als Männern ($H(1,64)=6,772$, $p=.009$, zweiseitig; Cramér's $V=.306$ – mittelgradig). Mit der Sauberkeit der Palliativstation waren die Frauen signifikant zufriedener ($H(1,64)=4,796$, $p=.029$, zweiseitig; Cramers $V=.274$). Darüber hinaus waren Frauen mit dem Arzt- und Pflegepersonal zufriedener (Ärzte: $H(1,65)=6,645$, $p=.01$, zweiseitig; Cramér's $V=.316$ – mittelgradig; Pflegepersonal $H(1,65)=5,258$, $p=.022$, zweiseitig; Cramér's $V=.285$). Ebenso verhält es sich mit der Zufriedenheit mit dem Tagesablauf ($H(1,64)=4,937$, $p=.026$, zweiseitig; Cramér's $V=.273$). Signifikant wichtiger war den Frauen, die Möglichkeit der Nutzung von Mani- und Pediküre ($H(1,62)=4,352$, $p=.037$, zweiseitig; Cramér's $V=.251$).

Alter

Das jüngere Alter korreliert mit dem positiven Raucherstatus ($X^2_{(1,65)}=8,138$, $p=.004$, zweiseitig; Cramér's $V=,298$ - mittelgradig).

Je jünger die Patienten waren, desto zufriedener sind sie gewesen, an gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen (Korrelationskoeffizient $t_b = ,287$).

Des Weiteren waren jüngere Patienten signifikant zufriedener mit der selbstständigen Einstellung des Lichts ($t_b = ,203$).

Beruf

Die berufliche Tätigkeit (im Freien / in Räumen) korrelierte mit dem Geschlecht (s.o.). Zudem gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Patienten, die eine Tätigkeit im Freien ausgeübt haben und der Wichtigkeit zusätzlich eine Badewanne nutzen zu können ($H_{(1,59)}=3,977$, $p=.046$, zweiseitig; Cramér's $V=,246$).

ECOG

Eine hohe körperliche Einschränkung korrelierte mit einer starken Zufriedenheit mit der Einrichtung des Zimmers. Allerdings stellte sich der Zusammenhang als nicht signifikant heraus.

Je eingeschränkter ein Patient war, desto zufriedener war er mit den Wandfarben ($X^2_{(9,63)}=18,912$, $p=.026$, zweiseitig; Cramér's $V=,316$).

Erstdiagnose

Verglichen wurden die zwei Gruppen der Patienten, die ihr Diagnose vor ≤ 9 Monaten bzw. > 9 Monaten erhalten haben. Die Trennung der Gruppen erfolgte Median basiert.

Wenn die Diagnose schon länger als neun Monate bestand, waren die Patienten zufriedener mit dem Pflegepersonal ($H_{(1,64)}=5,259$, $p=.022$, zweiseitig; Cramér's $V=.263$) und den Therapeuten ($H_{(1,62)}=4,17$, $p=.041$, zweiseitig; Cramér's $V=.238$).

Je kürzer die Diagnose bestand, desto wichtiger war den Patienten ihr Tagesablauf allgemein ($H_{(1,62)}=3,879$, $p=.049$, zweiseitig; Cramér's $V=.209$).

Länger erkrankten Patienten war es wichtiger, dass auf ihre Essgewohnheiten eingegangen wird ($H_{(1,61)}=10,684$, $p=.001$, zweiseitig; Cramér's $V=.385$ - mittelgradig).

Raucherstatus

Der Raucherstatus korrelierte mit Geschlecht und Alter (s.o.). Zudem war Rauchern ein Zugang nach draußen wichtiger ($H_{(1,59)}=3,879$, $p=.049$, zweiseitig; Cramér's $V=.244$)

Allgemeine Zufriedenheit

Aus der Tabelle 9 (S. 50) wird deutlich, dass eine hohe Anzahl an Fragen mit der allgemeinen Zufriedenheit korrelieren. Dies sind hauptsächlich Fragen aus dem Bereich der Zufriedenheit. Eine hohe allgemeine Zufriedenheit korrelierte zudem mit der Möglichkeit, den Tagesablauf selbst gestalten zu können (s. Tab. 13, Frage 19a). Die Möglichkeit, vorübergehend entlassen werden zu können, korrelierte negativ mit der allgemeinen Zufriedenheit (s. Tabelle 13, Frage 32b).

Aspekte der Wichtigkeit, die mit der allgemeinen Zufriedenheit positiv korrelieren sind der Gesamteindruck der Station und des Zimmers sowie die Wichtigkeit, persönliche Gegenstände mitbringen zu können (s. Tabelle 13, Fragen 1b und 13b).

Tabelle 8: Korrelation der allgemeinen Zufriedenheit mit einzelnen Fragen

Frage	Korrelation
1a. Wie zufrieden sind Sie mit dem Gesamteindruck der Station?	-0,583
1b. Wie wichtig ist Ihnen der Gesamteindruck der Station?	-0,389
2a. Wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung der Station? Wohnzimmer, Raum der Stille etc.	-0,455
3a. Wie zufrieden sind Sie mit der Dekoration der Station? Bilder etc.	-0,590
5a. Wie zufrieden sind Sie mit dem Zimmer insgesamt?	-0,381
5b. Wie wichtig ist Ihnen Ihr Zimmer insgesamt?	-0,251
6a. Wie zufrieden sind Sie mit der Einrichtung des Zimmers? Größe, Möbel, Bett etc.	-0,283
7a. Wie zufrieden sind Sie mit der Dekoration des Zimmers?	-0,380
8a. Wie zufrieden sind Sie mit den Fenstern/ der Aussicht?	-0,235
9a. Wie zufrieden sind Sie mit den Wandfarben?	-0,397
10a. Wie zufrieden sind Sie mit dem Bad/ Toilette?	-0,391
11a. Wie zufrieden sind Sie mit der Sauberkeit der Station/ Zimmer?	-,280
13b. Wie wichtig ist es für Sie, persönliche Gegenstände mitbringen zu können?	-0,220
16a. Wie zufrieden sind Sie mit den Ärzten?	-0,533
17a. Wie zufrieden sind Sie mit den Pflegern?	-0,401
18a. Wie zufrieden sind Sie mit den Therapeuten? Physio-, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger etc.	-0,400
19a. Wie zufrieden sind Sie mit dem Tagesablauf allgemein?	-0,367
20. Können Sie Ihren Tagesablauf selbst gestalten? / Wird auf Ihre Wünsche eingegangen? Weckzeit, Mittagsstunde z.B. (0 = Nein, 1 = Ja)	0,296
21a. Wie zufrieden sind Sie mit dem Speiseangebot morgens und abends?	-0,289
32b. Wie wichtig wäre es Ihnen, vorübergehend tagsüber oder am Wochenende entlassen zu werden?	0,308

5.2.5 Unterschiede zwischen Patienten und Angehörigen

Patienten waren mit dem Zimmer ($F_{(1,84)}=14,335$, $p=,000$, zweiseitig; $\eta=,386$ – mittelgradig), der Dekoration des Zimmers ($F_{(1,83)}=7,542$, $p=,007$, zweiseitig; $\eta=,292$ – mittelgradig) und mit den Fenstern bzw. der Aussicht ($F_{(1,82)}=8,704$, $p=,004$, zweiseitig; $\eta=,313$ – mittelgradig) insgesamt zufriedener als die Angehörigen. Auch war den Patienten die Aussicht wichtiger ($F_{(1,78)}=4,986$, $p=,029$, zweiseitig; $\eta=,248$).

Zusätzlich gab es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Sauberkeit, wobei wieder die Patienten positiver bewerteten ($F_{(1,83)}=6,371$, $p=,014$, zweiseitig; $\eta=,270$).

Ansonsten erachteten die Patienten den Zugang nach draußen ($F_{(1,74)}=4,043$, $p=,048$, zweiseitig; $\eta=,231$) als wichtiger im Vergleich zu den Angehörigen.

Währenddessen war es den Angehörigen wichtiger, dass die Patienten persönliche Gegenstände mitbringen können ($F_{(1,81)}=7,622$, $p=,007$, zweiseitig; $\eta=,297$ – mittelgradig) und bei Bedarf selbst als Begleitperson auf der Station untergebracht werden zu können ($F_{(1,79)}=7,762$, $p=,007$, zweiseitig; $\eta=,3036$ – mittelgradig). Zusätzlich bewerteten sie die Unterhaltungselektronik als wichtiger im Vergleich zu den Patienten ($F_{(1,83)}=4,704$, $p=,033$, zweiseitig; $\eta=,358$ – mittelgradig).

Den Patienten waren die Therapeuten wichtiger ($F_{(1,80)}=4,276$, $p=,042$, zweiseitig; $\eta=,228$). Während die Patienten mehr Wert darauf legten, dass auf ihre Essgewohnheiten eingegangen wird ($F_{(1,75)}=9,545$, $p=,003$, zweiseitig; $\eta=,340$ – mittelgradig), wäre es den Angehörigen bedeutender, den Patienten vor Ort bekochen zu können ($F_{(1,71)}=6,775$, $p=,011$, zweiseitig; $\eta=,299$ – mittelgradig).

Die Zufriedenheit der Nutzung eines Friseurs ($F_{(1,20)}=8,4$, $p=,010$, zweiseitig; $\eta=,564$ – hochgradig) und von Mani- bzw. Pediküre ($F_{(1,14)}=5,606$, $p=,036$, zweiseitig; $\eta=,564$ – mittelgradig) war bei den Angehörigen höher. Gleichzeitig wäre es den Angehörigen wichtiger, dass die Patienten eine Badewanne zusätzlich zur Dusche nutzen können ($F_{(1,73)}=7,333$, $p=,008$, zweiseitig; $\eta=,306$ – mittelgradig).

Die potentiellen Angebote, Therapietiere auf der Station zu haben ($F_{(1,75)}=7,581$, $p=,007$, zweiseitig; $\eta=,307$ – mittelgradig) und vorübergehend entlassen werden zu können ($F_{(1,72)}=10,299$, $p=,002$, zweiseitig; $\eta=,358$ – mittelgradig), war den Angehörigen wichtiger als den Patienten.

6. Diskussion

6.1 Methodische Aspekte

Es flossen sehr viele Fragen zu den einzelnen Kategorien (Umgebung/ Ausstattung, Personal etc.) mit ein. Dies sollte möglichst einen umfassenden Einblick über die Einschätzung zu den verschiedenen Umgebungsfaktoren und deren Bedeutung für palliative Patienten und ihren Angehörigen ermöglichen.

Einige Patienten haben Fragen nicht beantwortet. Dies beeinflusste die Auswertung der Kategorien sehr und muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Ein Aspekt der bei der Auswertung der Rangfolge durchaus zu berücksichtigen ist (s.u.).

Aufgrund dessen, dass keine ähnliche Befragung bisher stattgefunden hat, konnte keine Prüfung der Validität anhand eines existierenden Fragebogens erfolgen.

Für noch aussagekräftigere Ergebnisse wäre eine größere Stichprobe von Patienten und Angehörigen sinnvoll gewesen. Limitiert wurde dies allerdings durch den Umzug der Station und somit stark veränderten Rahmenbedingungen. Weiterführende Befragungen als Vergleich sollten zukünftig noch erfolgen.

Dies schließt vor allem weitere Palliativstationen mit ein. Dies war nur eine einzelne Zentrumsbefragung und ist somit zusätzlich von lokalen Faktoren und Grundeinstellungen der Greifswalder bzw. Bewohnern Mecklenburg-Vorpommerns beeinflusst. Möglicherweise ergibt sich deutschlandweit ein etwas anderes Bild.

Aufgrund der palliativen Situation der Patienten und der damit verbundenen eingeschränkten Belastbarkeit haben wir den Fragenkatalog deutlich begrenzt. Neben der Stichprobengröße sollten weitere Faktoren in zukünftigen Studien miteinfließen. So kann keine sichere Aussage zum psychischen Zustand gemacht werden. Der Bildungsstand wurde nicht erfasst, könnte aber eine Rolle spielen. Zudem wurde die Krankenversicherung nicht erfragt (privat/ gesetzlich). Hier ergaben sich bei einer Studie zur Krankenhauswahl Unterschiede (Geraedts, 2006). Weitere Faktoren wären auch, ob der Patient verheiratet war oder überhaupt Angehörige hatte, ob bereits

Erfahrungen mit anderen palliativen Stationen gemacht worden sind oder ob sie sich erstmalig auf der Palliativstation der UMG befinden. Diese Aspekte hätten die Ergebnisse weiter aufschlüsseln und erklären können. Gleichzeitig wurden Faktoren wie z.B. der Verwandtschaftsgrad oder Erkrankung abgefragt, die leider aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht ausgewertet werden konnten.

Aus den genannten Gründen sind weitere Untersuchungen zu empfehlen, sodass ein breiteres Spektrum abgebildet werden kann.

6.2 Stichprobenumfang

6.2.1 Geschlecht

In Deutschland leben 82.792.351 Menschen (Stand 2017). Davon sind rund 50,67 Prozent weiblich und 49,33 Prozent männlich. (Destatis, 2017b). Auch in Mecklenburg-Vorpommern herrscht prozentual ein ähnliches Verhältnis bei 1.611.119 Einwohnern. (Destatis, 2017a). Damit wird in dieser Studie nicht die Grundgesamtheit widergespiegelt. Selbst wenn man das Durchschnittsalter der Befragten mit dieser Statistik von Destatis vergleicht oder nur die stationär versorgten palliativen Patienten betrachtet (RKI & Destatis, 2015b) weicht unsere Stichprobe ab. Die Zusammensetzung der Stichprobe von Patienten auf der Palliativstation der UMG oblag dem Zufall. Es wurden insgesamt in dem Befragungszeitraum mehr Männer stationär behandelt, sodass diese ungleiche Verteilung zustande gekommen ist, die nicht der Grundgesamtheit entsprach (s.o.).

Aus den Ergebnissen kann dennoch eine Tendenz abgeleitet werden.

6.2.2 Alter

Die mittlere Altersgruppe der stationären palliativen Behandlungsfälle in Deutschland lag 2013 bei den 70- bis 79-jährigen. (RKI & Destatis, 2015b) Hier wurden allerdings nur die Palliativstationen mit eingerechnet, die über das DRG-System abrechnen. Damit fehlen 30 Prozent der Stationen. (Melching, 2011)

Vergleicht man dies nun mit den Altersgruppen der Palliativpatienten, die an dieser Studie in Greifswald teilgenommen haben, so fällt grundsätzlich ein ähnlicher Verlauf auf (siehe Abb. 18), wobei das mittlere Alter in eine frühere Dekade fällt (60 bis 69 Jahre).

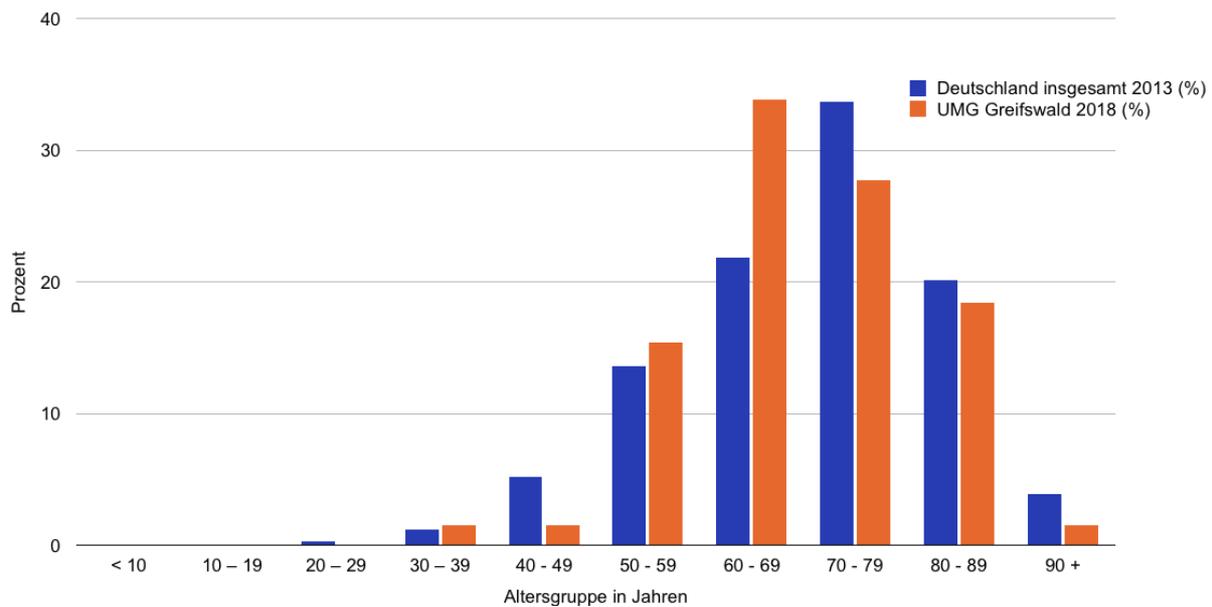


Abbildung 18: Vergleich der stationären Behandlungsfälle der Palliativmedizin in Deutschland (nur Krankenhäuser mit DRG-System aus 2013) mit Studienteilnehmern der Palliativstation der UMG, Quelle: RKI & Destatis, 2015b/ Eigene Darstellung

Das mittlere Alter der Patienten der Palliativstation an der UMG würde sich vermutlich an den von Deutschland angleichen, hätte man ähnlich hohe Fallzahlen. Insgesamt wurden in die Statistik vom Robert-Koch-Institut und Destatis 32.042 Fälle aufgenommen.

Vermutlich wären die prozentualen Ergebnisse der Altersgruppen noch ähnlicher, wenn die aus der Studie ausgeschlossenen Patienten ebenfalls vom Alter her dokumentiert worden wären.

Gleichzeitig wurden keine Kinder oder Jugendliche in diese Studie eingeschlossen. Bis zum 18. Lebensjahr werden Patienten auf der Station der Onkologie. Zudem setzen die Einschlusskriterien ein Mindestalter von 18 Jahren voraus.

6.2.3 Beruf

Es war mit einem größeren Anteil an Patienten zu rechnen, die innerhalb von Räumlichkeiten gearbeitet haben. Möglicherweise ist dieser Prozentsatz in der Gesamtbevölkerung noch deutlicher, da sich die Arbeitsbedingungen geändert haben und z.B. Berufe der Landwirtschaft seit Jahren rückläufig sind und weniger ausgeübt werden in der jüngeren Generation. (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), 2017)

6.2.4 Grunderkrankung

Rund 25 Prozent der Todesursachen in Deutschland sind bösartige Neubildungen. (Destatis, 2018) Die Hospiz- und Palliativversorgung (HOPE) nimmt Daten von palliativen Patienten statistisch auf. Die eingeflossenen Daten sind nicht vollständig, aber vermitteln einen Eindruck, welche Patienten die palliative Versorgung nutzen. Daten aus dem Jahr 2015 ergaben, dass 80,4 Prozent der palliativen Patienten, an einem Tumor erkrankt seien. Kreislauf- und Atmungssystem nahmen als Ursache einen deutlich geringeren Prozentsatz ein. (Prütz et al., 2017)

Somit ist der hohe prozentuale Anteil an Tumorpatienten in dieser Studie erklärt.

Diese Patientengruppen wie geplant im Vergleich zu beurteilen, ist bei derartiger Verteilung nicht angebracht.

6.2.5 ECOG

2007 hatten für eine Studie der Universität Göttingen bundesweit Palliativstationen über 1663 Patienten Auskunft u.a. bezüglich des ECOG gegeben. Der mittlere ECOG betrug bei Aufnahme 3,1. Der Anteil an Patienten mit einem ECOG von drei oder vier betrug zu dem Zeitpunkt 78,3 Prozent. (Pache, 2010)

Innerhalb dieser Studie hatten die Patienten einen mittleren ECOG von 2,68. 64,6 Prozent dieser Patienten hatten einen ECOG von drei oder vier. Es liegt eine vergleichbare Tendenz vor.

6.2.6 Erstdiagnose

Der Stichprobenumfang bezüglich der ED ist schwierig zu vergleichen, da keine vergleichbaren Daten vorliegen und nicht erfasst worden ist, ob es z.B. der erste Aufenthalt für die Patienten auf einer Palliativstation gewesen ist. Zudem existierten auch keine Angaben, wie lange die Patienten nach der Befragung noch gelebt haben, abgesehen von einzelnen Patienten, die innerhalb des Stationsaufenthaltes verstorben sind.

6.2.7 Raucherstatus

In Deutschland gab es 2017 22,4 Prozent Raucher und 77,6 Prozent Nicht-Raucher. Betrachtet wurden Personen im Alter ab 15 Jahren. Vergleicht man nun nur die in der Studie vorkommenden Altersgruppen, so ist das Ergebnis sehr ähnlich (23,49 Prozent Raucher und 76,51 Prozent Nicht-Raucher ab 30 Jahren). (Destatis, 2017c)

Die deutliche prozentuale Mehrheit an Nicht-Rauchern gibt es ebenfalls bei uns in der Studie. Die Differenz von 10 Prozent könnte sich mit Vergrößerung der Gruppenstärke angleichen. Ansonsten wird die Ehrlichkeit der Patienten vorausgesetzt. Selbstverständlich können gerade im Krankenhaus von so erkrankten Patienten bei erwarteter Stigmatisierung und sozial erwünschtem Antwortverhalten Falschaussagen gemacht werden, um vielleicht Schuld an der Krankheitsentstehung von sich zu weisen.

6.2.8 allgemeine Zufriedenheit

Bei hoher allgemeiner Zufriedenheit liegt eine Weiterempfehlungsbereitschaft nahe. Die Bertelsmann-Stiftung veröffentlichte eine Statistik, dass im Durchschnitt in Deutschland 83,9 Prozent der Patienten in chirurgischen Fachabteilungen und 78,7 Prozent der Patienten in einer Fachabteilung der Inneren Medizin weiterempfehlen würden. (Zich et al., 2018)

Betrachtet man die Daten der Patienten der Palliativstation der UMG mit einem hohen Mittelwert von 8,43 (Bewertung erfolgte von 1=gar nicht zufrieden bis 10 sehr zufrieden), so ist auch bei uns eine hohe Weiterempfehlungsrate wahrscheinlich. Die Palliativstation gehört zum Fachbereich der Inneren Medizin und somit unterstützt dieses Ergebnis die Angaben der Bertelsmann-Stiftung.

Die allgemeine Zufriedenheit betrug bei den Angehörigen betrug im Mittel die Wertung 8,85. Ein ebenfalls hoher Wert, wobei die Abweichung durch die geringe Stichprobenzahl zu erklären sein könnte. Zu den Angehörigen findet sich diesbezüglich kein Vergleich in der Literatur.

6.3 Auswertung der Fragen

6.3.1 Ranking

Grundsätzlich sollte die unterschiedliche Anzahl an eingeflossenen Bewertungen in den verschiedenen Clustern beachtet werden (siehe Ergebnisse). Zudem unterschied sich die Fragenanzahl innerhalb der Cluster erheblich.

In einer Studie von Geraedts („Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht“) wählten 1524 Versicherte für die Auswahl eines Krankenhauses eine Reihenfolge aus 33 Faktoren. Es kamen vor allem Personalfaktoren und die Qualität der medizinischen Behandlung in die „Top Ten“. Wichtig war ferner die Sauberkeit der Klinik und der Patientenzimmer (Platz 2). Die räumlichen Faktoren (Ausstattung der Zimmer, Bettenzahl, Telefon, Fernseher, Toilette usw.) gelangten auf Platz 13 und die Qualität des Essens auf Platz 20.

Es wird bemängelt, dass in den Qualitätsberichten aller deutschen Krankenhäuser die meisten der genannten und als wichtig bewerteten Faktoren nicht abgebildet werden. Diese Berichte, die nach § 137 des fünften Sozialgesetzbuches zweijährlich über die Leistungen und Qualität der Krankenhäuser informieren sollen, würden dazu dienen, den Patienten die Krankenhauswahl zu erleichtern. (Geraedts, 2006)

Diese Studie befragte allgemein Personen in Deutschland. Die Studie von Simanski et al. (2006) bewertete die Antworten von Schmerzpatienten zu einer chirurgischen Klinik.

Wie der Abbildung 19 zu entnehmen ist, haben alle drei Studien, was die Kategorie Personal betrifft, die höchste Bewertung. Bei Simanski et al. (2006) und Geraedts (2006) folgen die Räumlichkeiten und das Schlusslicht bildet die Verköstigung. Die palliativen Patienten der UMG werteten die Verköstigung höher ein als die Räumlichkeiten.

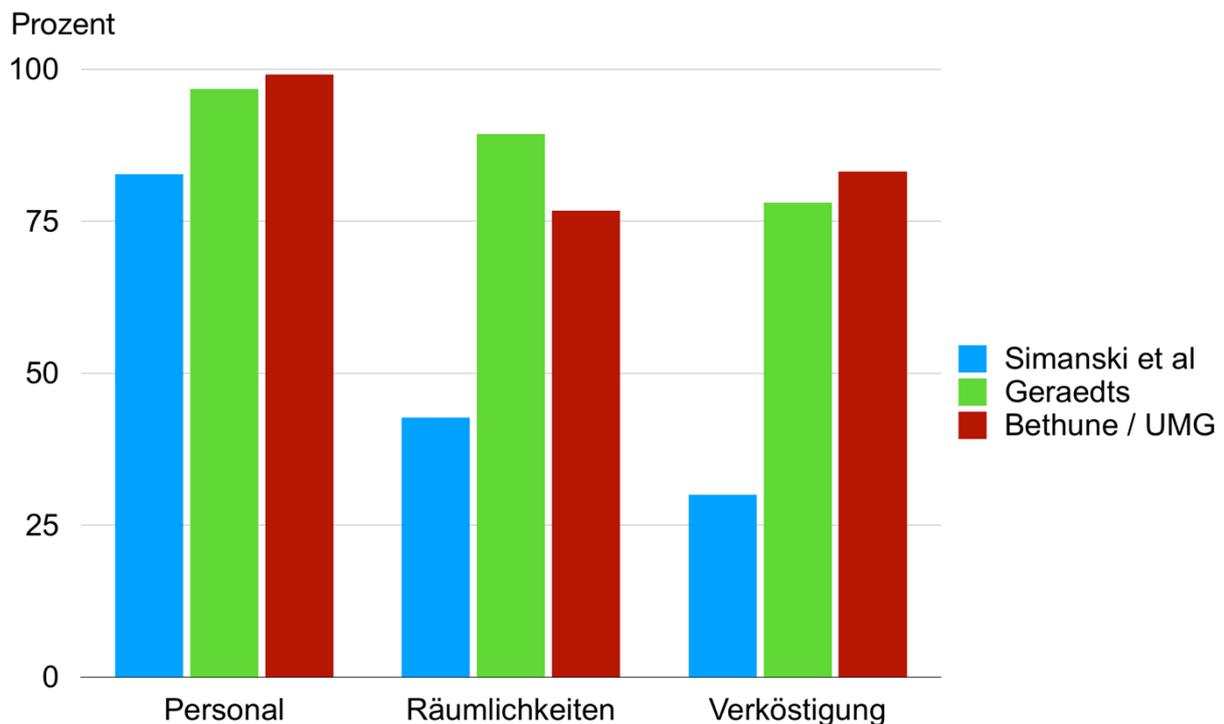


Abbildung 19: Vergleich Ergebnisse der Studien von Simanski et al., Geraedts und Bethune/ UMG – Angaben in Prozent

Möglicherweise gibt es Unterschiede im Essverhalten, v.a. aufgrund unterschiedlicher und krankheitsbedingter Veränderungen. Einen wohnlicheren Charakter zu erzeugen ist, auch wenn dies nicht an erster Stelle steht relevant. Eine Anpassung an einen Hotelcharakter erscheint als sinnvoll.

Nun muss allerdings bedacht werden, dass verschiedene Faktoren in die Kategorien inkludiert worden sind. Dieser Vergleich ist daher was genaue Zahlen angeht, mit Vorsicht zu betrachten, jedoch ist eine Tendenz abzuleiten. Es dürfen nichtsdestotrotz andere Faktoren, die bei den Studien von Simanski et al. und Geraedts miteingeflossen sind, nicht in der Planung bzw. dem Qualitätsmanagement

vernachlässigt werden. Diese sind wie beschrieben nicht alle mit in die klinische Studie der UMG aufgenommen worden.

Außerdem wurde in der Greifswalder Studie keine Methodik verwendet, bei dem die Patienten ein Ranking erstellen sollten. Es wurden jeweils absolute Bewertungen vorgenommen, die zusammengefasst (s.o.) und hier im Durchschnitt dargestellt worden sind. Die palliativen Patienten unterliegen zudem anderen Grundvoraussetzungen bei einer Befragung als die Schmerzpatienten der Befragung von Simanski et al. (2006), aber vor allem Nicht-Patienten (Geraedts, 2006).

Auffällig ist, dass unsere Ergebnisse prozentual mehr den von Geraedts ähneln, obwohl es naheliegender gewesen wäre, dass palliative Patienten annähernd ähnliche prozentuale Angaben machten wie die Schmerzpatienten - jedenfalls im Vergleich zu Nicht-Patienten. Dies kann neben den bereits beschriebenen Möglichkeiten noch an der unterschiedlichen Methodik und dem Stichprobenumfang liegen.

6.3.2 Offene Fragen

Hier gab es keine Vorgaben der Antwortmöglichkeiten, sondern die Patienten konnten alles nennen, was ihnen auf dem Herzen lag. Dabei fällt auf, dass die Patienten, um sich wohlfühlen zu können, in den drei diskutierten Aspekten der Rangfolge zu der gleichen Abfolge kommen wie Simanski et al. (2006) und Geraedts (2006).

Dies mag daran liegen, dass hier eine andere Methodik der Fragenstellung angewandt worden ist. Es könnte allerdings sein, dass den Patienten gewisse Aspekte nicht unbedingt direkt in den Sinn gekommen sind, da sie diese nicht wie bei den anderen beiden Studien vorgegeben bekommen hatten.

Der Wunsch nach Gesundheit ist ein naheliegender Aspekt von palliativen Patienten. Aber durch ihre palliative Situation, kann ihnen dieser nicht mehr ermöglicht werden können. Gesundheit ist zudem kein Faktor der Umgebungsbedingungen, auch wenn er die Bewertung der Zufriedenheit und Wichtigkeit beeinflussen kann.

Es sollte in Betracht gezogen werden, dass, v.a. bei den Angehörigen die die offene Frage beantwortet haben, die Befragten durch die größere Menge an Fragen zur Umgebung und Ausstattung durchaus mit ihrer Aufmerksamkeit zu den

Räumlichkeiten hingelenkt worden sein könnten. Dies fällt in den Angaben der Patienten im Vergleich der drei offenen Fragen zu Beginn und der am Schluss nicht auf.

6.3.3 Zusammenhang von ausgewählten soziodemografischen und krankheitsbezogenen Variablen

Geschlecht

In der genannten Studie der Bertelsmann-Stiftung kam heraus, dass Männer in den meisten Altersgruppen etwas zufriedener mit der Krankenhausversorgung seien als Frauen. (Zich & Tisch, 2018) Nun zielte die Frage nicht nur auf die Versorgung, sondern auf die gesamte Zufriedenheit des bisherigen Aufenthaltes ab. Allerdings war die Stichprobe der Bertelsmann-Stiftung viel größer und das Geschlechterverhältnis ausgewogener. Allerdings sollte bedacht werden, dass es sich bei deren Umfrage nicht um rein palliative Patienten gehandelt hat und möglicherweise dieses Ergebnis tatsächlich auf Palliativstationen angenommen werden kann.

Betrachtet man den Raucherstatus, ergab sich für 2017 für ganz Deutschland das gleiche Ergebnis. Es gibt mehr Raucher unter den Männern (26,4 zu 18,6 Prozent). (Destatis, 2017c)

Wie auch bei Timmermann et al. (2014) kam heraus, dass Dekoration für palliative Patienten von Bedeutung ist. Wobei die Dekoration des Zimmers dabei positiver bewertet wurde, was vermutlich daran lag, dass palliative Patienten dort mehr Zeit verbringen (Zimmer: MW 1,92, SD 0,931; Station: 2,02, SD 1).

Dies war vor allem für Frauen in der Studie signifikant wichtiger als für Männer.

Alter

Die Daten des statistischen Bundesamts legen nahe, dass mehr der jüngeren Menschen rauchen im Vergleich zu der älteren Bevölkerung. (Destatis, 2017c) Allerdings sollte bedacht werden, dass unser jüngster Patient 31 Jahre alt war. Rechnet man nur die Werte der ab 30-jährigen ein, kommt man bei den Daten des Mikrozensus von 2017 allerdings zu derselben Aussage.

Während es in der Veröffentlichung der Bertelsmann-Stiftung heißt, dass Ältere zufriedener mit der Krankenhausbehandlung wären als jüngere Patienten, ergibt sich bei uns keinerlei Korrelation. (Zich & Tisch, 2018)

Allerdings könnte man sicherlich die Altersgruppen unterteilen und erneut auf einen Zusammenhang überprüfen. Für derartige Unterteilungen wäre eine größere Stichprobe sinnvoll.

Jüngeren Patienten ist es wichtiger, die Helligkeit selbstständig einzustellen. Dies kann an der vermutlich noch höheren Mobilität liegen. Auffällig ist, dass es gleichzeitig keine signifikante Korrelation gibt, was die selbstständige Temperatureinstellung angeht. Möglich ist, dass der Bedarf der Änderung bisher nicht vorhanden gewesen ist (gute Isolierung) oder, dass das aufmerksame Personal dieses gut im Blick hatte. Eine Änderung der Temperatur ist über den Tag ja nicht so häufig gewünscht, wie die Regulierung von Licht.

Auch die gemeinsamen Mahlzeiten sind jüngeren Patienten wichtiger. Dies könnte, abgesehen von anderen Einschränkungen durch die Erkrankungen, an der Mobilität liegen. Selbstverständlich war es den Patienten möglich, vom Pflegepersonal zu den entsprechenden Räumlichkeiten gebracht zu werden. Aber vor anderen pflegebedürftig zu erscheinen, könnte unangenehm oder stigmatisierend gewesen sein. Dies war jedenfalls die Begründung einiger Patienten im Gespräch. Zudem gab ein Patient mit Bronchial-Karzinom an, dass er den anderen Patienten nicht den Appetit durch seinen Bluthusten verderben wolle. Dies hätte auch bei jungen Patienten der Fall sein können. Ein vergleichbarer Patient im jüngeren Alter kam während des Befragungszeitraums allerdings nicht vor. Daher könnte eine größere Stichprobe andere Ergebnisse liefern.

Beruf

Patienten, die im Freien gearbeitet haben, ist eine Badewanne wichtig. Vermutlich wissen sie diese wegen längerfristiger Entspannung zu schätzen. Arbeit im Freien ist häufig körperlich belastend und verschmutzend und so ist ein heißes Bad aus Erfahrung wichtig für die Hygiene, die Entspannung und das Wohlbefinden der Patienten.

ECOG

Es wird bei der Analyse des ECOG deutlich, dass bei zunehmender Einschränkung das Zimmer bedeutender wird. Zwar war dieses Ergebnis nicht signifikant, aber es sollte dennoch die Zimmergestaltung berücksichtigt werden. Darauf verweisen auch Murjahn, 2013; Schütte (2010).

Erstdiagnose

Es ist davon auszugehen, dass Patienten, die erst seit kurzem von ihrer Diagnose wissen, diese psychisch noch nicht vollständig verarbeiten konnten. Dies beeinträchtigt sie ggf. in ihrer jetzigen Empfindungssituation. Daher wäre es sinnvoll gewesen, zusätzlich den psychischen Zustand zu erfassen. Zugleich wäre eine Einordnung der Schwere der Krankheit bezüglich der Prognose für die Interpretation hilfreich gewesen.

Je länger die Diagnose bestand, desto mehr konnte davon ausgegangen werden, dass der Patient mit der palliativen Versorgung vertraut ist und schon öfter im Krankenhaus gewesen ist. Auch dies wurde nicht erfasst und kann daher nicht nachgewiesen werden.

Allerdings sind auf Grundlage dieser Überlegungen die Ergebnisse nachvollziehbar: Wenn die Diagnose schon länger besteht, sind die Patienten zufriedener mit dem Pflegepersonal, sowie den Therapeuten. Sie hatten vermutlich einen größeren Pflegebedarf, als die andere Patientengruppe und waren so auf viel Unterstützung angewiesen. Während Patienten, die noch nicht pflegebedürftig sind, die Notwendigkeit möglicherweise nicht sehen und weniger Kontakt zu dem Pflegepersonal hatten.

Mit einer frischen Diagnose hält ein Patient noch sehr an seinem Tagesablauf fest und empfindet diesen als wichtig. Der Patient, der schon länger mit der Diagnose lebt, kennt die Abläufe im Krankenhaus wahrscheinlich schon und hat sich in den Alltag einer Klinik angepasst.

Allgemein wurde die Wichtigkeit des Tagesablaufs im Mittel hoch bewertet (1,6, SD 0,61). Somit werden die Ergebnisse von Timmermann et al. (2014) diesbezüglich bestätigt.

Des Weiteren ist es länger erkrankten Patienten wichtiger, dass auf eigene Essgewohnheiten eingegangen wird. Es ist wahrscheinlich, dass weitere Krankenhausaufenthalte bereits nötig gewesen sind und auch zukünftig noch sein könnten. Ein Patient, der sich in der „Spirale“ der Symptomverschlechterung befindet, sieht es nicht mehr als temporären Ausnahmezustand, zur Linderung ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. Es ist ein Teil seines Lebens, der ihn bis zum Lebensende wiederholt und eventuell zunehmend begleitet und da ist die Rücksichtnahme auf eigene Essgewohnheiten nicht zu vernachlässigen. Vor allem in Anbetracht dessen, dass Tumorkranke unter palliativer Behandlung Übelkeit haben können und daher Mahlzeiten bevorzugen, die ihren Appetit anregen.

Ein Patient, der sich noch nicht in dieser „Spirale“ befindet, geht möglicherweise nicht unbedingt davon aus, dass erneute Aufnahmen nötig werden könnten bzw. ist noch eher in der Lage, für seine Verköstigung zu sorgen (sowohl während des Aufenthalts als auch danach). Außerdem stehen Symptome wie Übelkeit, Appetit- und Geschmacksveränderungen oder Sondenkost wahrscheinlich noch nicht im Vordergrund.

Raucherstatus

Aufgrund des allgemeinen Rauchverbots ist es gut zu erklären, dass der Zugang nach draußen für Raucher signifikant wichtiger ist.

Der Weg war für multimorbide Patienten ohne zusätzliche Hilfe nicht immer zu bewältigen. Allerdings bestand für alle Patienten die Möglichkeit, sich vom Pflegepersonal unterstützen zu lassen, sodass Patienten mit Mobilitätseinschränkungen auch ins Freie gelangen können – bei entsprechender Personalsituation. Dies könnte erklären, warum es keine Auffälligkeiten der Ergebnisse mit der Zufriedenheit und dem Zugang zu Außenbereichen gibt. Bei zu geringer Personalzahl, käme es gegebenenfalls zu einem anderen Ergebnis.

Derartige Probleme könnten z. B. mit Balkonen oder einer Gemeinschafts-Terrasse gelöst werden. Gerade, da das Pflegepersonal oft in den Kliniken überlastet ist, aber man einem palliativen Patienten nur schwer den Wunsch nach draußen zu dürfen verwehren kann und nicht sollte.

Allgemeine Zufriedenheit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Palliativstation der UMG insgesamt mit ihren örtlichen und personellen Gegebenheiten die Voraussetzung für eine hohe Zufriedenheit bereits weitgehend erfüllt.

Das allgemeine Ergebnis zur Zufriedenheit wird unterstützt, da viele der Einzelfragen zur Zufriedenheit mit der insgesamt allgemeinen Zufriedenheit des bisherigen Aufenthaltes korrelierten. Es ist folglich davon auszugehen, dass viele Faktoren den Aspekt der allgemeinen Zufriedenheit gemeinsam positiv beeinflussen und in der Planung zu berücksichtigen sind.

Die Korrelation dieses Aspekts mit der Wichtigkeit, den eigenen Tagesablauf zu gestalten, zeigt, den Wunsch nach Selbstständigkeit der Patienten. Dies bestätigt auch, dass das Ziel der Palliativmedizin, die Selbstständigkeit zu erhalten oder zu verbessern, hoch relevant ist. Außerdem bekräftigt dies erneut die Ergebnisse von Timmermann et al. (2014).

Ferner wurde durch den signifikanten Zusammenhang bestätigt, dass es für palliative Patienten wichtig ist, persönliche Gegenstände mitbringen zu können (Timmermann et al., 2014).

Das Ergebnis, dass mit niedriger allgemeiner Zufriedenheit der Wunsch nach vorübergehender Entlassung einhergeht ist nachvollziehbar. Das könnte im Umkehrschluss die Vermutung nahelegen, dass Patienten, die sich wohler fühlen das Bedürfnis nicht empfinden. Allerdings sollte bedacht werden, dass eine Entlassung für Patienten mit bestehender Symptomlast möglicherweise auch zu einer gewissen Angst führen könnte, alleine für sich verantwortlich sein zu müssen und ihren Angehörigen dann noch mehr zur Last zu fallen.

Die Entlassung selbst sollte nicht als Flucht aus dem Krankenhaus verstanden werden, sondern als Möglichkeit ggf. noch notwendige Angelegenheiten regeln zu können oder gewisse ein- oder letztmalige Situationen, wie Geburtstagsfeiern mit der Familie, erleben zu können.

6.3.4 Unterschiede zwischen Patienten und Angehörigen

Zu beachten ist erneut die Limitierung durch den Stichprobenumfang der Angehörigen. In den wenigsten Fällen wurden die Aspekte als nicht zufriedenstellend oder unwichtig erachtet, sondern wurden nur im Vergleich besser bzw. schlechter bewertet. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Angehörigen oftmals keinen tiefen Einblick in die Gesamtsituation hatten und die Einschätzungen teilweise nach einmaligem und kurzem Besuch erfolgt sind. Dennoch ist ein Ersteindruck für eine Klinik die Wettbewerbsfähigkeit betreffend hochrelevant. Zudem ist aus den Ergebnissen ersichtlich, dass Angehörige und Patienten ansonsten häufig in ihrer Bewertung übereinstimmten.

Patienten verbringen viel mehr Zeit in den Zimmern der Palliativstation als die Angehörigen. Der gesunde Angehörige erwartet vielleicht bei seinen Besuchen mehr wohnliche Atmosphäre o.ä., ggf. als Hotelcharakter (s.o.), was die Abweichung der Zufriedenheit zu den Patienten erklären könnte, während die Patienten sich ihrer Krankheit und Umgebung etwas mehr fügen. Dabei ist aber keine der befragten Gruppen im Mittel unzufrieden.

Der Zugang nach draußen war den Patienten wichtiger. Die Bedeutung, das eigene Krankenzimmer und die Station kurzzeitig verlassen zu können, wird möglicherweise von den Angehörigen unterschätzt. Diese besuchen den Patienten über einen begrenzten Zeitraum während des Gesamtaufenthaltes und bekommen so nur einen oberflächlichen Eindruck.

Etwas überraschend war, dass es den Angehörigen im Mittel wichtiger war als den Patienten, dass persönliche Gegenstände mitgebracht werden können. Es ist den Patienten nicht unwichtig und es fielen ihnen durchaus viele Gegenstände ein, die sie mitbringen wollen würden.

Dies unterstützt die Tendenz, dass Angehörige Mitbringsel als Aufmerksamkeit, zur Aufmunterung oder Ablenkung mitbringen.

Irritierend ist zudem der signifikante Unterschied in der Wichtigkeit, dass bei Bedarf der Angehörige auf der Station untergebracht werden kann. Dies bedeutete den Angehörigen mehr als den Patienten. Wenn man bedenkt, dass ein Großteil der Patienten in der Häuslichkeit im Kreis der Familie versterben will (s.o.), wäre ein anderes Ergebnis zu erwarten. Möglich wäre, dass die Patienten nicht so gerne Umstände bereiten und den Angehörigen dies zumuten wollen. Das wäre ein Aspekt, der mit einer größeren Kohorte nochmal untersucht werden sollte.

Vorhandene Unterhaltungselektronik war den Angehörigen signifikant wichtiger als den Patienten. Möglich wäre eine Begründung über den Generationswechsel, sofern die Antworten von jüngeren kamen. Vielleicht schließt sich aber hier der Kreis mit dem Aspekt der Fenster und der Aussicht, und der unterschiedlichen Einschätzung von Patienten und Angehörigen diesbezüglich. Diese erachten Beschäftigung über Elektronik ggf. als bedeutender als Fenster oder wünschen vielleicht einfach ihre Ruhe.

Vorliegende hochgradigen Effekte der Zufriedenheit der Angebote von Friseur und Mani- bzw. Pediküre sind wegen der limitierten Beantwortung eingeschränkt zu bewerten. Die meisten Patienten wussten überhaupt nicht von der Möglichkeit oder haben sie bisher nicht genutzt, sodass diese geringe Zahl zu erklären ist.

Die Angehörigen bewerteten die Möglichkeit, eine Badewanne zusätzlich zur Dusche nutzen zu können, signifikant höher. Hier liegt die Ursache für den Unterschied ggf. in der Angst der Patienten vor Stürzen beim Ein- und Aussteigen begründet.

Patienten war es signifikant weniger bedeutend, Therapietiere auf der Station zu haben. Begründet wurde dies von den tierlieben Patienten ohne Nachfrage meist direkt, dass eigene Tiere vorhanden wären und so der Bedarf nicht bestünde. Die Palliativstation der UMG versucht es diesen Patienten auf Wunsch zu ermöglichen, Kontakt zu den eigenen Tieren zu bekommen, soweit möglich.

Die vorübergehende Entlassung vom gesamten Klinikgelände war wiederum den Angehörigen signifikant wichtiger als den Patienten. Vermutlich ist ein palliativer Patient auch davon abgeschreckt, ohne pflegerische Unterstützung entlassen zu werden, wenn die eigentliche Entlassung noch nicht ansteht. Der Grund für den Klinikaufenthalt ist ggf. noch nicht behandelt oder es besteht eine Angst vor unerwarteten Veränderungen des Allgemeinzustands, auf den außerhalb des Krankenhauses nicht sofort reagiert werden kann. Zudem besteht außerhalb des Klinikgeländes kein Versicherungsschutz.

7. Ausblick

Faktoren wie Personal o.ä. sind in der S3-Leitlinie der Palliativmedizin bedacht. Wünschenswert wäre allerdings in dieser Leitlinie eine Auflage, die weitere Faktoren zu den bearbeiteten Themenkomplexen mit aufnimmt. Diese soll auf den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen basieren. Damit würde es eine einheitliche Regelung in Deutschland geben, die auch die Finanzierung einer Palliativstation mit wohnlicherem Charakter vereinfachen könnte. In der genannten Leitlinie von 2015, sowie der Konsultationsfassung vom Dezember 2018 steht bereits: „Die Behandlung auf einer Palliativstation sollte durch eine angemessene räumliche Gestaltung wie die bedarfsgerechte Behandlung in Einbettzimmern, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, wohnlich gestaltete Begegnungsräume und barrierefreien Zugang zu Außenbereichen unterstützt werden. (Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, 2015, 2018)

Um die Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses zu steigern, empfiehlt es sich, auf den wohnlicheren Charakter vertieft einzugehen.

Die individuellen Wünsche sind vielfältig. Nichtsdestotrotz ist es möglich viele der besprochenen Aspekte flächendeckend umzusetzen und so den Patienten ihren Aufenthalt noch angenehmer gestalten zu können. Folgende Punkte sollten dafür zusätzlich zu den bestehenden (s.o.) mit in die Leitlinie aufgenommen und grundsätzlich angeboten werden:

- Eine wohnliche Umgebung sollte geschaffen werden.

Dazu gehören:

- eine angemessene Dekoration
- ein einfacher Zugang nach draußen
- eine Möglichkeit für jeden Patienten, selbst das Licht bzw. die Temperatur einstellen zu können.
- freie Regale o.ä. im Zimmer, auf denen Platz für eigene Mitbringsel wie z.B. Bilder ist

- Auf eine möglichst individuell angepasste Verköstigung sollte geachtet werden.
- Gemeinsame Mahlzeiten sollten angeboten werden.

- Den Patienten sollte die Nutzung von Mani- bzw. Pediküre aktiv angeboten werden.
- Es sollte auf der Station die Möglichkeit bestehen, eine Badewanne zu nutzen.
- Die Patienten sollten die Möglichkeit haben, ihren Tagesablauf – sofern dies zwischen Therapien etc. möglich ist - selbst zu gestalten.

Weiterhin sollte es dem Personal bewusst sein, dass sie den entscheidenden Faktor für die Zufriedenheit der Patienten darstellen.

Gerade bei potenziellen Angeboten, wie z.B. dem gemeinsamen Frühstück, sollte man großzügig sein und diese bei Kapazität (Personal und Räumlichkeiten) einführen. Kein palliativer Patient sollte sich mit seiner Krankheit und im Sterbeprozess allein gelassen fühlen. Dies kann aufgrund von fehlenden oder zu weit weg wohnenden Angehörigen der Fall sein. Aber es sollte eine Wahl für Patienten bleiben (s.o.).

Nochmals zu betonen ist, dass die einzelnen Ergebnisse nicht vernachlässigt werden sollten, obgleich sie in dieser Arbeit nicht einzeln präsentiert worden sind. Sie können aber die Grundlage für weitere Studien im Vergleich bieten, um die Um- und Versorgung von palliativen Patienten zukünftig zu verbessern.

8. Zusammenfassung

Die Zufriedenheit von palliativen Patienten beruht auf unterschiedlichen Faktoren. Patienten haben individuelle Bedürfnisse, was für die Planung der Zimmerbelegung berücksichtigt und bei Kapazität erfragt und ermöglicht werden sollte. Folgende Aspekte sind als Tendenzen anzusehen, helfen aber, um palliativen Patienten den Aufenthalt auf einer Palliativstation angenehmer gestalten und die Zimmerbelegung vorplanen zu können.

Die allgemeine Zufriedenheit hängt signifikant zusammen mit der Zufriedenheit von:

- dem Gesamteindruck, der Ausstattung und der Dekoration der Station
- dem Zimmer insgesamt, sowie Einrichtung, Dekoration, den Fenstern bzw. der Aussicht, den Wandfarben und dem Badezimmer/ der Toilette
- der Sauberkeit insgesamt
- den Ärzten, dem Pflegepersonal und den Therapeuten
- dem Tagesablauf
- dem Speiseangebot (UMG: Buffet morgens/ abends)

Zudem hängt die allgemeine Zufriedenheit signifikant zusammen mit der Wichtigkeit, persönliche Gegenstände mitbringen zu können.

Zur Vorplanung bei angekündigten Patienten kann folgende Tabelle zur Einschätzung der Wünsche hinzugezogen werden.

Tabelle 9: Einschätzung der Patienten für die Zimmerplanung aufgrund der Wichtigkeit

Kategorie		Raucher		Beruf im Freien		Allg. Zufriedenheit	
		Ja	Nein	Ja	Nein	niedriger	höher
Geschlecht	♀		X		X		X
	♂	X		X		X	
Alter	jünger	X					
	älter		X				

Darauf sollte aufgrund der Wichtigkeit für die Zimmerbelegung und Umgebung bei den folgenden Eigenschaften (ggf. im Alltag unter Berücksichtigung der Tab. 16) geachtet werden:

- Frauen: Dekoration im Zimmer, Angebot der Mani- und Pediküre
- Beruf im Freien: Badewanne
- ED < 9 Monate: Tagesablauf
- ED > 9 Monate: Rücksicht auf die Essgewohnheiten
- Raucher: Zugang nach draußen

9. Literaturverzeichnis

- Baumann, W. et al. (2011). **Bauministerkonferenz: Planungshilfe - Palliativstationen Baulich-funktionale Anforderungen**. Abgerufen von www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Planungshilfe_Palliativstationen.pdf
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL). (2017). **Daten und Fakten - Land-, Forst- und Ernährungswirtschaft mit Fischerei und Wein- und Gartenbau**. Abgerufen von <https://unternehmen.aldi-sued.de/de/ueber-aldi-sued/unternehmen/daten-und-fakten/>
- Destatis. (2016). **Todesursache Krankheitsarten**. Abgerufen 15. Juni 2019, von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html#sprg229156
- Destatis. (2017a). **Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag Geschlecht**. Abgerufen von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online / Rechercheweg 12411-0011>
- Destatis. (2017b). **Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Geschlecht**. Abgerufen von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online / Rechercheweg 12411-0003>
- Destatis. (2017c). Statistisches Bundesamt - Gesellschaft und Umwelt - Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten - **Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht**. Abgerufen 20. Juni 2019, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html>
- Destatis. (2018). **Sterbefälle und Lebenserwartung**. Abgerufen 15. Juni 2019, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/vorlaeufige-ergebnisse.html>
- Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband e.V. (o. J.). **Palliativstationen**. Abgerufen 13. Juni 2019, von https://www.dhvp.de/themen_palliativstationen.html

- Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband e.V. (2016). **Stationäre Hospize für Erwachsene , stationäre Hospize für Kinder , Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland.** 17. Abgerufen von http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf
- DGP, & Wegweiser. (o. J.). **Palliativstationen.** Abgerufen 13. Juni 2019, von <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/institutions/category/3/palliativstationen/page:22>
- Ganz, P. A. (1990). **Current Issues in Cancer Rehabilitation.** *Cancer* 65, 742–751.
- Gardiner, C., Brereton, L., Gott, M., Ingleton, C., & Barnes, S. (2011). **Exploring health professionals' views regarding the optimum physical environment for palliative and end of life care in the acute hospital setting: a qualitative study.** *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 162–166. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000045>
- Geraedts, M. (2006). **Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht.** *Gesundheitsmonitor (2006)*, 154–170.
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). **Effect size guidelines for individual differences researchers.** *Personality and Individual Differences.* <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.069>
- Herbrand, W. (o. J.). **Angehörige - Störfaktor oder gewünschte Partner in der Behandlung?** Abgerufen von https://www.ai-online.info/abstracts/pdf/dacAbstracts/pdfarchivfiles/2013/H_PK_5_2_00407.pdf
- Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C, Palliativmedizin, Team. (o. J.). Abgerufen 24. November 2018, von <http://www2.medizin.uni-greifswald.de/InnereC/klinik/palliativstation/team/>

- Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, A. (2015). **S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.** Abgerufen von https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf
- Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, A. (2019). **Konsultationsfassung Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung Wesentliche Neuerungen der erweiterten Version 2019 der Leitlinie.** Abgerufen 13. Juni 2019, von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_KF_S3_Palliativmedizin_2018-12.pdf
- Lindhardt, T., Nyberg, P., & Hallberg, I. R. (2008). **Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory.** *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 507–519. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00558.x>
- Lindow, B., & Bonn, V. (2014). **Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung.**
- McCorkle, R., & Pasacreta, J. V. (2001). **Enhancing caregiver outcomes in palliative care.** *Cancer Control*. <https://doi.org/10.1177/107327480100800106>
- Melching, H. (2011). **Entwicklungsstand und Struktur der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland.** (July). Abgerufen von http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Artikel_HM__Palliativstrukturen_2011-11-28.pdf
- Murjahn, R. (2013). **Räume für Pflege und Gesundheit - Farben und Oberflächen für spezielle Anforderungen.**
- Pache, S. (2010). **Tumorspezifische Therapien in der Palliativmedizin.** Georg-August-Universität zu Göttingen.

Param Hans Mishra, T. M. (2014). **Study of Patient Satisfaction at a Super Specialty Tertiary Care Hospital.** *Indian Journal of Clinical Practice.*

Prütz, F., Saß, A. C., & Rkl. (2017). **Daten zur Palliativversorgung in Deutschland: Welche Datenquellen gibt es, und was sagen sie aus?** *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(1), 26–36. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2483-8>

Rkl, & Destatis. (2015a). **Angebot an Palliativversorgung.** Abgerufen 15. Juni 2019, von http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_fid=25785&sprache=D&p_ftyp=TXT&p_uid=gast&p_aid=31971680&p_hlp_nr=&p_vtrau=4&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=3&p_news=&p_window=&p_modus=2&p_th_id=&p_suchstring=&p_janein=J

Rkl, & Destatis. (2015b). **Inanspruchnahme der Palliativversorgung.** Abgerufen 15. Juni 2019, von http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_fid=25786&sprache=D&p_ftyp=TXT&p_uid=gast&p_aid=31971680&p_hlp_nr=&p_vtrau=4&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=11&p_news=&p_window=&p_modus=2&p_th_id=&p_suchstring=&p_janein=J#m17

Rkl, & Destatis. (2015c). **Palliativversorgung.** Abgerufen 13. Juni 2019, von http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gast&p_aid=20740430&p_fid=25783&p_ftyp=TXT&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=&sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=336&p_news=&p_modus=2&p_window=&p_janein=J#Lit_1

Rowlands, J., & Noble, S. (2008). **How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design.** *Palliative Medicine*, 22(6), 768–774. <https://doi.org/10.1177/0269216308093839>

- Schütte, T. (2010). **Angenehmes Ambiente - Krankenzimmerausstattung.** *kma*, 56–58.
- Simanski, C. et al. (2006). **Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl.** *Der Schmerz*, 20(4), 327–333. <https://doi.org/10.1007/s00482-005-0451-6>
- Timmermann, C., Uhrenfeldt, L., & Birkelund, R. (2015). **Room for caring: Patients' experiences of well-being, relief and hope during serious illness.** *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 426–434. <https://doi.org/10.1111/scs.12145>
- Timmermann, C., Uhrenfeldt, L., Høybye, M. T., & Birkelund, R. (2014). **A palliative environment: Caring for seriously ill hospitalized patients.** *Palliative & supportive care*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S147895151300117X>
- Vollmert, M. (2013). **Lebensräume - Farbkonzepte für Wohlbefinden, Orientierung, Anregung.**
- Zehnder, A. (2010). **Blüten in der Servicewüste.** *kma*, (April), p. 16.
- Zich, K., & Tisch, T. (2018). **Krankenhausqualität aus Patientensicht.** Abgerufen von https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_KhQualitaet_PatSicht_dt_final.pdf

10. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

14.02.2021

Datum

Unterschrift

11. Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor- und Zuname: Julia Bethune
Anschrift:

Geburtsdatum/-ort:
Mobil:
Email:

Staatsangehörigkeit:
Personenstand:

Studium

10/2014 bis 06/2021 Studium der Humanmedizin an der Universität Greifswald

Wahlfächer

01/2019 Abschluss manuelle Medizin
07/2018 Abschluss Urogynäkologie
07/2016 Abschluss Versuchstierkunde

Famulaturen

10/2018 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie Greifswald
09/2018 Allgemeinmedizin
08/2018 Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Rehabilitative Medizin Greifswald
07/2018 Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie - Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende

Praktisches Jahr 05/2020 bis 04/2021

1. Tertial Orthopädie: Universitätsklinik Balgrist, Zürich
2. Tertial Chirurgie: Stadtspital Triemli, Zürich & Universitätsmedizin Greifswald
3. Tertial Innere Medizin: Universitätsmedizin Greifswald

Praktische Tätigkeiten

11/2020 bis 03/2021	Tutorin des Wahlfachs „Interventionelle Radiologie“ im Institut für diagnostische Radiologie und Neuroradiologie, Universitätsmedizin Greifswald
08/2020	„Balgrist MR Kurs der Gelenke Virtual Edition“
05/2018 bis 04/2020	OP-Assistenz in der Orthopädie, Universitätsmedizin Greifswald
10/2019	„Sommer-Kurs Arthroskopie auf Sylt“
02/2019	Arthroskopischer Studentenkurs, Unfallchirurgie der Universitätsmedizin Greifswald
11/2018	Tutorin im Untersuchungskurs der Orthopädie, Universitätsmedizin Greifswald
09/2018	„Aufbaukurs Sonografie der Säuglingshüfte“, Orthopädie der Universitätsmedizin Greifswald

Wissenschaftliche Tätigkeit

September 2017 bis November 2020	Doktorandin Innere C, Universitätsmedizin Greifswald
-------------------------------------	--

Schulbildung

2014	Abitur an dem Gymnasium „Stiftung Louisenlund“ in Güby
------	--

Sonstiges

Seit 2018	Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) Mitglied der Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA)
-----------	---

Greifswald, 14. Februar 2021

12. Danksagung

Herrn Prof. Dr. C.-A. Schmidt und Herrn Prof. Dr. med. F. Heidel danke ich für die Möglichkeit, diese Arbeit in der Klinik für Innere Medizin C anfertigen zu können.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. rer. med. B. Buchhold und Herrn Dr. med. A. Jülich für die exzellente Betreuung und unermüdliche Unterstützung während der gesamten Arbeitsphase.

Herrn Professor Dr. med. W. Krüger danke ich für die Überlassung des Themas, das kontinuierliche Interesse und seine Unterstützung

Außerdem möchte ich mich bei Frau J. Bahr bedanken, die mir das Verständnis der notwendigen Statistik gerade zu Beginn der Arbeit sehr erleichtert hat.

Ich danke besonders herzlich meiner Familie ohne deren Rückhalt diese Arbeit niemals möglich gewesen wäre. Mein Bruder Dr. Jörn Bethune stand mir zudem sehr hilfreich mit seiner umfangreichen Unterstützung und konstruktiven Kritik der Arbeit zur Seite.

Des Weiteren bedanke ich mich bei meinen Freunden, die stets meine Motivation aufrechterhalten haben.

Zusätzlich bedanke ich mich für ihre Aufgeschlossenheit bei den Patienten. Die verschiedenen Erfahrungen mit den palliativen Patienten begleiten mich seitdem als werdende Ärztin stets im Klinikalltag.

Es war jedesmal besonders.

13. Anhang

Befragungsunterlagen

1. Einverständniserklärung Patient



Dr. Britta Buchhold

Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin,
Psychoonkologin

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Medizinische Psychologie
Psychotherapeutischer Dienst
Walther-Rathenau-Str. 46
17487 Greifswald

Tel.: (03834) 86-5676 Fax: -5677
Email: buchhold@uni-greifswald.de



OA Dr. med. Andreas Jülich

FA für Anästhesiologie, Notfallmedizin und
Palliativmedizin

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Innere Medizin C,
Palliativmedizin
Sauerbruchstraße
17475 Greifswald

Tel.: (0 3834) 86-22988
Email: ajuelich@uni-greifswald.de

**„Befragung von Patienten und ihren Angehörigen zur Zufriedenheit
und Wichtigkeit von Umgebungsfaktoren einer Palliativstation“**

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen eine Untersuchung vorstellen. Gleichzeitig bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit. Diese Untersuchung erfolgt im Rahmen einer Doktorarbeit von Frau Julia Bethune, Medizinstudentin im vierten Studienjahr. Die Ergebnisse der Studie führen zu einem deutlichen Wissenszuwachs und kommen zukünftigen Patienten zugute.

Die Wichtigkeit von Umgebungsfaktoren auf einer Palliativstation sind bisher nur unzureichend untersucht. Wir wollen, dass unsere Patienten und auch ihre Angehörigen sich hier möglichst wohl fühlen. Daher haben wir Fragebögen erstellt, um Ihre persönliche Meinung zu unserer Station in Greifswald zu bekommen und auch Ihre Einschätzung zur Wichtigkeit der jeweiligen Faktoren. Dies soll als Grundlage dienen, unsere Station und auch andere Stationen in Deutschland zu verbessern. Dafür bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit.

Bitte unterstützen Sie unsere Untersuchung.

Wir bitten Sie zuzustimmen, dass wir Ihre Angaben pseudonymisiert in unserer Studie nutzen dürfen. Das heißt, dass Ihre Daten mit einer laufenden Nummer versehen werden, um im Falle eines Widerrufs



Ihrerseits entsprechend gelöscht werden zu können. Ob Sie an der Untersuchung teilnehmen und sich mit der Verwendung Ihrer Angaben einverstanden erklären, ist Ihre freie Entscheidung. Sollten Sie Ihre Angaben nicht zur Verfügung stellen wollen, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Sie können also Ihre Zustimmung auch nachträglich jederzeit widerrufen und die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Person, die Ihnen die Fragen stellt, notiert Ihre Antworten. Diese werden für die Studie wissenschaftlich bearbeitet, wobei Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen würden nicht weitergegeben werden.

Letztendlich werden die **ohne direkten Hinweis auf Ihre Person** dargestellt.

Ein Zugriff durch unbeteiligte Personen ist nicht möglich, eine Weitergabe von Personen-identifizierenden Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Alle Mitarbeiter des Projektes unterliegen der Schweigepflicht.

Warum benötigen wir Ihre Unterschrift?

Dass der Schutz persönlicher Daten hohe Priorität genießt, ist auch unser Interesse. Unsere Arbeit kann nur Erfolg haben, wenn es uns gelingt Vertrauen herzustellen. Wir informieren Sie deshalb offen über diese Studie und über das, was mit Ihren Antworten geschieht. Mit der geleisteten Unterschrift geben Sie uns Ihre Erlaubnis, die Befragung wie beschrieben durchführen zu dürfen.

Greifswald, den _____

Unterschrift Projektleiter



Die Patienteninformation und ein Exemplar der Einverständniserklärung sind für Ihre Unterlagen bestimmt!

Einverständniserklärung der Studienteilnehmer

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „**Befragung von Patienten und ihren Angehörigen zur Zufriedenheit und Wichtigkeit von Umgebungsfaktoren einer Palliativstation**“ teilzunehmen. Ich stimme zu, die Fragen des Interviewers zu beantworten.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten ohne direkten Hinweis auf meine Person wissenschaftlich ausgewertet werden. Ein Zugriff auf meine Daten durch unbeteiligte Personen ist nicht möglich, eine Weitergabe von personenidentifizierenden Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Alle Mitarbeiter des Projektes unterliegen der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann und dass mir dadurch keinerlei Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs werden meine Daten nicht weiter verwendet und umgehend gelöscht. Ausgenommen sind lediglich Daten, die vor meinem Widerruf bereits in Datenauswertungen und Projektergebnisse eingegangen sind.

Ich hatte die Gelegenheit, alle mich bezüglich der Studie interessierenden Fragen zu stellen und habe alle Erklärungen verstanden. Gegenwärtig habe ich keine weiteren Fragen. Eine Teilnehmerinformation habe ich erhalten, die Adresse für die Widerspruchserklärung ist unten aufgeführt.

Greifswald, den

Unterschrift Patient

Unterschrift Interviewer

Kontaktpersonen:

OA Dr. med. Andreas Jülich

FA für Anästhesiologie, Notfallmedizin und Palliativmedizin

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Innere Medizin C,
Palliativmedizin
Sauerbruchstraße
17475 Greifswald

Tel.: (0 3834) 86-22988

Email: ajuelich@uni-greifswald.de

Dr. Britta Buchhold

Diplom-Psychologin, Psychologische
Psychotherapeutin, Psychoonkologin

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Medizinische Psychologie
Psychotherapeutischer Dienst
Walther-Rathenau-Str. 46
17487 Greifswald

Tel.: (03834) 86-5676 Fax: -5677

Email: buchhold@uni-greifswald.de

- § von 4 -

2. Fragebogen Patient

Gesprächsbogen Nummer: _____

Interview zur Zufriedenheit und den Bedürfnissen von Patienten auf der palliativen Station der Universitätsklinik Greifswald



Allgemeines zur Patientin/ zum Patienten

Datum: _____

Alter: _____

Zimmer: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Beruf: _____

Raucher: Ja Nein

Grunderkrankung: _____

Erstdiagnose: _____ (Monat/Jahr)

ECOG: _____

Einschlusskriterien:

- | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1. Bewusstsein | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 2. Orientierung | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 3. Kognition | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 4. Sprachverständnis | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 5. Zustimmung | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| 6. min. 18 Jahre alt | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

Ablehnungsgrund: _____

Unterschrift Interviewer: _____

Auf der Station verstorben?

Ja , _____ (Tage nach Befragung) Nein

Erster Teil: Offene Fragen:

- Was benötigen Sie, um sich auf der Station wohl zu fühlen?

- Was gefällt Ihnen besonders?

- Was fehlt Ihnen?

Zweiter Teil: Bewertungen:

Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie zufrieden sind Sie bisher mit dieser Palliativstation insgesamt? Eins bedeutet, dass sie absolut unzufrieden sind und zehn bedeutet, dass Sie absolut zufrieden sind.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Absolut unzufrieden

Absolut zufrieden

		a) Zufriedenheit: *1	b) Wichtigkeit: *2
	Umgebung/ Ausstattung:	a) Wie zufrieden sind Sie mit ... b) Wie wichtig ist/ wäre es Ihnen...	
1.	... dem Gesamteindruck der Station?		
2.	... der Ausstattung der Station? Raum der Stille, Wohnzimmer Therapieräume etc.		
3.	... Dekoration der Station? Bilder etc.		
4.	Was bevorzugen Sie: ein 1- oder 2- Bettzimmer ?	EIN _____ ZWEI _____	
5.	... Ihrem Zimmer insgesamt?		
6.	... Einrichtung Ihres Zimmers? Größe, Möbel, Bett etc.		
7.	... Dekoration Ihres Zimmers? Bilder etc.		
8.	... den Fenstern/ der Aussicht?		
9.	... den Wandfarben?		
10.	... Ihrem Bad/ Toilette?		
11.	... der Sauberkeit der Station/ Zimmer?		
12.	... dem Zugang nach draußen? Terrasse, Balkon, Spazieren, o.ä.		
13. a)	Wie wichtig ist es für Sie persönliche Gegenstände mitbringen zu können?	-	
13. b)	→ Was würden Sie mitbringen?		
14.	Wie wichtig wäre es Ihnen eigene Bettwäsche/ Handtücher nutzen zu können?	-	
15.	Wie wichtig ist es für Sie, einen Angehörigen auf der Station unterbringen zu können?	-	
	Personal:	a) Wie zufrieden sind Sie mit ... b) Wie wichtig ist/ wäre es Ihnen...	
16.	... den Ärzten?		
17.	... den Pflegern?		
18.	... den Therapeuten? Physio-, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger etc.		

	Tagesablauf/ Aktivitäten:	a) Wie zufrieden sind Sie mit ...	b) Wie wichtig ist/ wäre es Ihnen...
19.	... dem Tagesablauf allgemein?		
20.	Können Sie Ihren Tagesablauf selbst gestalten?/ Wird auf Ihre Wünsche eingegangen? Weckzeit, Mittagsstunde z.B.	JA/ NEIN	
21.	... Speiseangebot morgens und abends?		
22.	... Speiseangebot mittags?		
23.	Wird auf Ihre Essgewohnheiten eingegangen?	JA/ NEIN	
24.	... an gemeinsamen Mahlzeiten mit anderen Patienten/ ihren Angehörigen teilzunehmen?		
25.	... ein wöchentliches Angebot an gemeinsamen Kaffee und Kuchen für Patienten und Angehörige?	-	
26.	... sich von Angehörigen bekochen zu lassen?	-	
	Wellness:	a) Wie zufrieden sind Sie mit ...	b) Wie wichtig ist/ wäre es Ihnen...
27.	... der Möglichkeit der Nutzung eines Friseurs?		
28.	... der Möglichkeit der Nutzung von Hand/ Fußpflege?		
29.	... einer Badewanne nutzen zu können?	-	
	Sonstiges Angebot:	a) Wie zufrieden sind Sie mit ...	b) Wie wichtig ist/ wäre es Ihnen...
30.	... Therapie-Tiere auf Station zu haben? (Hund, Katze, ...)	-	
31.	... Unterhaltungselektronik zu nutzen? Fernsehen, Radio, Internet, Telefon		
32.	... vorübergehend tagsüber oder am Wochenende entlassen zu werden?	-	
33.	... die Helligkeit in Ihrem Zimmer selbst regeln zu können?		
34.	... die Temperatur in Ihrem Zimmer selbst regeln zu können?		

Legende:

*1: Sehr zufrieden 1, Zufrieden 2, Weniger zufrieden 3, Unzufrieden 4, Kann ich nicht beurteilen 0

*2: Sehr wichtig 1, Wichtig 2, Weniger wichtig 3, Unwichtig 4, Kann ich nicht beurteilen 0

3. Fragebogen Angehörige



Gesprächsbogen Nummer: _____

Zufriedenheits- und Bedürfnisfragebogen für Angehörige

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger,

Ihre Meinung ist uns wichtig. Unsere Patienten sollen bestmögliche Versorgung erhalten. Aus diesem Grund möchten wir im Rahmen einer Doktorarbeit Ihre Einschätzung über Zufriedenheit und zur Wichtigkeit der Räumlichkeiten, Behandlung, Betreuung und den Tagesablauf betreffend auf der Palliativstation erfragen.

Bitte antworten Sie ehrlich und eigenständig, da sich Ihre Meinung ggf. von der Ihres Angehörigen unterscheidet. Nur so können wir die Versorgung der Patienten verbessern. Zudem möchten wir Ihre und die Meinung Ihres Angehörigen in der Arbeit vergleichen.

Verwandtschaftsverhältnis: Ich bin (bitte zutreffendes ankreuzen)

O Partnerin O Mutter/ Vater O Kind O Enkelin O Schwester/Bruder O sonstiges: _____

1. Wie zufrieden sind Sie bisher mit dieser Palliativstation insgesamt? (kreuzen Sie dafür bitte in der folgenden Skala von 1 - 10 ein Kästchen an, wobei 1 bedeutet, dass sie absolut unzufrieden sind und 10 bedeutet, dass Sie absolut zufrieden sind.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Absolut unzufrieden
Absolut zufrieden

Wir wollen unterscheiden, wie Zufrieden Sie mit dem jetzigen Ist-Zustand sind. Dafür kreuzen Sie bitte in dem Bereich unter a) Zufriedenheit ein Kästchen an.

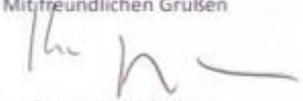
Im rechten Bereich unter b) Wichtigkeit kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen das Vorhandensein des jeweiligen Angebots/ Ausstattung etc. ist. Sie geben damit an, wie es sein sollte.

Einige Beispiele, um den Unterschied zu verdeutlichen:

- Sie sind sehr zufrieden mit den Wandfarben, gleichzeitig ist es Ihnen eigentlich unwichtig, ob sie lebig oder weiß sind.
- Sie sind unzufrieden mit der Aussicht, aber finden diese sehr wichtig.

Umgebung/ Ausstattung:	a) Wie zufrieden sind Sie mit ...					b) Wie wichtig ist/ wäre es Ihnen ...				
	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger Zufrieden	Unzufrieden	kann ich nicht beurteilen	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig	kann ich nicht beurteilen
1. ... dem Gesamteindruck der Station?										
2. ... der Ausstattung der Station? Wohnzimmer, Raum der Stille etc.										
3. ... Dekoration der Station? Bilder etc.										
4. Was bevorzugen Sie für Ihren Angehörigen: ein 1- oder 2-Bettzimmer? (bitte ankreuzen) O 1-Bett O 2-Bett										
5. ... mit dem Zimmer insgesamt?										
6. ... Einrichtung des Zimmers? Größe, Möbel, Bett etc.										
7. ... Dekoration des Zimmers?										
8. ... den Fenstern/ der Aussicht?										
9. ... den Wandfarben?										
10. ... dem Bad/ Toilette?										
11. ... der Sauberkeit der Station/ Zimmer?										
12. ... dem Zugang nach draußen? Terrasse, Balkon, Spazieren, o.ä.										
13. Wie wichtig ist es für Sie, dass Ihr Angehöriger persönliche Gegenstände mitbringen kann?										
14. Wie wichtig ist es für Sie, bei Bedarf selber auf der Station untergebracht werden zu können?										

Votum der Ethikkommission

	
Universitätsmedizin Greifswald • Fleischmannstraße 8 • D-17475 Greifswald	
<p>Universitätsmedizin Greifswald Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C Herr Dr. Andreas Jülich Ferdinand-Sauerbruch-Straße D-17475 Greifswald</p>	<p>Ethikkommission GESCHÄFTSSTELLE Universitätsmedizin Greifswald Ethikkommission Institut für Pharmakologie Felix-Hausdorff-Str.3 D-17487 Greifswald</p>
<p>Studientitel: Befragung von Patienten und ihren Angehörigen zur Zufriedenheit und Wichtigkeit von Umgebungsfaktoren einer Palliativstation</p>	<p>BEARBEITER Frau Dr. K. Salje</p>
<p>Antrag vom: 12.10.2017 Eingegangen am: 15.11.2017 Interne Reg.Nr.: BB 167/17</p>	<p>DATUM 29.11.2017</p>
<p>Stellungnahme der Ethikkommission</p> <p>Sehr geehrter Herr Dr. Jülich,</p> <p>die Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald hat die zum o.g. Versuchsplan eingereichten Unterlagen in ihrer Sitzung am 28.11.2017 geprüft.</p> <p>Die Kommission stellte mehrheitlich fest, dass gegen die Durchführung der Studie keine ethischen und rechtlichen Bedenken bestehen, und befürwortet deshalb das Vorhaben.</p> <p>Die Ethik-Kommission macht darauf aufmerksam, dass die ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens beim Studienleiter und allen beteiligten Ärzten liegt. Zusammensetzung und Arbeitsweise entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen. Den Beratungen der Kommission liegt die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung zugrunde.</p> <p>Die Mitglieder der Kommission wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Durchführung des Vorhabens.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen</p>  <p>Prof. Dr. Th. Kohlmann Vorsitzender der Ethikkommission</p>	<p>Telefon: +49 (0)3834 86-5644</p> <p>Telefax: +49 (0)3834 86-5631</p> <p>E-mail: ethik@uni-greifswald.de</p> <p>Internet: www.medizin.uni-greifswald.de</p> <p>Bankverbindung: Deutsche Bundesbank Rostock Konto-Nr. 130 015 30 BLZ 130 000 00</p> <p>USt ID: DE137584813</p>
SEITE 1/2	
<p>UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD · KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS VORSTAND: Prof. Max P. Baur (Vorstandsvorsitzender) Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke (komm.) Marie le Claire AUFICHTSRATSVORSITZENDER: Sebastian Schröder Fleischmannstraße 8 · 17475 Greifswald · Tel.: +49(0)3834 86-0 · www.medizin.uni-greifswald.de</p>	