

Veränderungen von demografischen und krankheitsbezogenen Charakteristika und versorgungsrelevanten Merkmalen des Bewohner Klientels in einem stationären Hospiz über die Zeit

Changes in demographic and disease-related characteristics and care-related aspects of residents in an inpatient hospice over time

Autoren

A. Stähli¹, N. Arndt¹, K. N. Wendt², S. Stiel^{2,3}

Institute

¹ Akademie am Johannes-Hospiz, Münster

² Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

³ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Schlüsselwörter

Palliativversorgung, deutsches stationäres Hospiz, Veränderungen, Bewohnercharakteristika

Keywords

palliative care, German inpatient hospice, changes, patient characteristics

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Andreas Stähli, M.A.

Akademie am Johannes-Hospiz

Rudolfstr. 31

48145 Münster

a.staehli@johannes-hospiz.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung

Der subjektive Eindruck und die Hypothese, es gäbe über die Zeit Veränderungen in der Anzahl der Anfragen, der Belegzeiten und der Charakteristika des Klientels in einem deutschen Hospiz, soll in dieser Arbeit auf empirischer Grundlage geprüft werden.

Methoden

Es erfolgten Analysen mit absoluten und prozentualen Häufigkeiten sowie deskriptive Statistiken zur Darstellung demografischer, krankheits- und versorgungsbezogener Merkmale von Bewohnern für zwei Vergleichszeiträume 2000-2004 und 2010-2014. Die Grundlage bildete eine retrospektive Extraktion relevanter Daten aus den vorhandenen Dokumentationssystemen eines stationären Hospizes.

Ergebnisse

Es zeigt sich ein signifikant höherer Altersdurchschnitt im zweiten Vergleichszeitraum sowie eine tendenziell signifikant unterschiedliche Verteilung beider Geschlechter. Die Betrachtung der Jahre 2010-2012 versus 2013-2014 zeigt eine tendenziell signifikante Veränderung der Häufigkeiten der Zuweisungen durch Krankenhäuser, SAPV-Teams und Hausärzte.

Schlussfolgerungen

Eine Dokumentation von umfassenderen Charakteristika von Bewohnern in stationären Hospizen wird mit Blick auf die weitere Beforschung dieses Settings empfohlen. Diese Empfehlung erfolgt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Entwicklung und Zunahme weiterer palliativer Versorgungsstrukturen in Deutschland.

ABSTRACT

Introduction

The impression and hypothesis that the number of inquiries, length of stay and characteristics of residents in a German hospice have changed over time, will be empirically tested in the article at hand.

Methods

Statistical analyses with absolute frequencies and percentages and descriptive statistics for demographic, disease and care-related characteristics were carried out for two reference periods 2000 to 2004 and 2010 to 2014. The basis for this has been a retrospective collection of relevant data from the existing documentation systems of a hospice.

Results

There is a significantly higher average of age in the later time period and by trend a different distribution of both sexes. The comparison of the years 2010 to 2012 versus 2013 to 2014 shows by trend a change in the number of referrals by hospitals, specialized palliative home care (SAPV) and general practitioners to the hospice.

Conclusions

A documentation of more comprehensive characteristics of residents in inpatient hospices is recommended to allow for more in-depth research on this question in the future. This recommendation is given in particular with regard to the development and growth of further palliative care structures in Germany.

Einleitung

Seit Eröffnung der ersten Palliativstation in Köln 1983 und der Gründung der ersten stationären Hospize in Aachen und Recklinghausen in den Jahren 1986 und 1987 hat die Versorgungslandschaft in Deutschland eine dynamische Entwicklung erfahren. Ein Vielfaches an stationären Strukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung ist in den letzten beiden Jahrzehnten entstanden [1,2]. Eindrückliches Zeugnis dafür ist die wachsende Zahl von Palliativstationen bzw. Palliativeinheiten und stationären Hospizen für Erwachsene. Gab es 28 Palliativstationen bzw. -einheiten und 30 stationäre Hospize für Erwachsene im Jahr 1996, so erhöhte sich die Zahl auf 304 Palliativstationen und -einheiten sowie 235 stationäre Hospize (einschließlich derer für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene) bis zum Jahr 2016 [3]. Seit 2007, also mit dem gesetzlich verankerten Anspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), finden wir insbesondere im ambulanten Bereich bei komplexen Belastungen eine verbesserte palliative Betreuung. Dabei zeigt sich ein „regional sehr divergierendes Bild“, wie die „SAPV umgesetzt und gelebt wird“ [4]. Was den Bedarf an SAPV betrifft, sprechen Schätzungen von einem Team pro 250.000 Einwohner in Deutschland [4].

Mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Planung, um Unter- bzw. Überversorgung zu vermeiden, wurde für Nordrhein-Westfalen im Herbst 2010 eine Bedarfsermittlung für stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder erarbeitet [5]. Diese erfolgte insbesondere vor dem Hintergrund der sich entwickelnden SAPV und durch die „sich neu bildenden Vernetzungsstrukturen“ [5]. Über mögliche Auswirkungen, etwa auf die Aufgaben stationärer Hospize, konnten damals keine gesicherten Erkenntnisse gewonnen werden. Daher wurde „eine sehr konservative Berechnung durchgeführt“ [5]. Im März 2016 erfolgte, wiederum für Nordrhein-Westfalen, eine Befragung stationärer Hospize, deren Anliegen es ist, angesichts sich erweiternder palliativer und hospizlicher Angebote, die Schätzung von 2010 zu aktualisieren, um so Überkapazitäten zu verhindern. Mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse ist im ersten Halbjahr 2017 zu rechnen.

Für den deutschen Sprachraum liegen wenige Arbeiten vor, die die Versorgungsrealität und das Bewohnerklientel in stationären Hospizen beschreiben. Zwar findet durch den Deutschen Hospiz- und Palliativverband eine jährliche Erhebung zu Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Hospizen statt [6], eine Darstellung der Entwicklung des Patientenlientels über einen Zeitraum hinweg ist unseres Wissens nach bislang nicht veröffentlicht. Die vorliegende Arbeit will diese fehlenden Daten eines stationären Hospizes anhand ausgewählter Parameter vorlegen. Dies geschieht unter dem Eindruck von Veränderungen in der Anzahl der Anfragen, der Belegzeiten (Verweildauern) und bei den Charakteristika des Klientels.

Das Hospiz, auf dessen Daten hierfür zugegriffen wurde, besteht seit 1999. Daneben gibt es ein weiteres am Stadtrand. Seit 2006 besteht ein ambulanter palliativmedizinischer Konsiliardienst

(PKD), dessen hoher Versorgungsgrad „im Kontext des spezifischen Mustervertrages für Westfalen-Lippe“ zu interpretieren ist. Dieser Mustervertrag bietet einen „niedrigschwelligen Zugang für alle Palliativpatienten in der Region“ [7]. Weiterhin gibt es in der Stadt seit einigen Jahren zwei Palliativstationen und eine Palliativeinheit.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die beispielhafte Darstellung demografischer, krankheits- und versorgungsbezogener Merkmale von Bewohnern in diesem Hospiz in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2010-2014 zur Beschreibung der aktuellen Situation über diesen Zeitraum und im Vergleich einzelner spezifischer Merkmale der Bewohner mit den Jahren 2000-2004.

Methoden

Studien Design

In der Zeit von Oktober 2015 bis September 2016 fand eine retrospektive Extraktion und Aufbereitung von dokumentierten Routinedaten aus Bewohner-Akten und Dokumentationssystemen aus den Jahren 2010-2014 eines deutschen Hospizes statt. Hierbei wurden demografische, krankheits- und versorgungsbezogene Merkmale von Bewohnern hinsichtlich Geschlecht, Alter in Jahren, Tumor- vs. Nicht-Tumor Erkrankungen, Zuweisern ins Hospiz, Liegedauer in Tagen und Versorgungsende durch Tod versus Entlassung inkludiert und in eine Excel-Tabelle überführt.

Sofern die entsprechenden Daten einzelner spezifischer Merkmale von Bewohnern aus dem Vergleichszeitraum 2000-2004 vorlagen, wurden diese zusätzlich erfasst.

Auswertungsmethodik

Mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 21 wurden Häufigkeitsanalysen mit absoluten und prozentualen Häufigkeiten sowie deskriptive Statistiken mit Mittelwerten (MW), Standardabweichungen (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max) berechnet.

Zur Ermittlung von Unterschieden der Merkmale zwischen den beiden Vergleichszeiträumen 2000-2004 und 2010-2014 wurden Chi²-Tests und Fisher Tests für nominal skalierte Variablen und T-Tests für unabhängige Stichproben bei verhältnis- bzw. intervallskalierten Variablen genutzt. Bei allen Tests auf Gruppenunterschiede wird eine Signifikanz von $p < 0.05$ angenommen. Werte von $p < 0.10$ werden als tendenziell signifikant beschrieben.

Ergebnisse

Demografische und krankheitsbezogene Daten (siehe Tabelle 1)

In den Jahren 2000-2004 war ein Anteil von 57,5% aller Bewohner in diesem Hospiz weiblich. Der Anteil weiblicher Bewohner war in den Vergleichsjahren 2010-2014 mit 51,6% tendenziell signifikant geringer ($p < 0.10$). Das durchschnittliche Alter der Bewohner ist im Zeitraum 2010-2014 mit 76,1 Jahren signifikant höher als in den früheren Jahren 2000-2004 mit 73,1 Jahren ($p < 0.01$).

Im späteren Zeitraum 2010-2014 hatten 9,5% aller Bewohner des Hospizes Nichttumor-Erkrankungen. Daten aus den früheren Vergleichsdaten liegen dazu nicht vor.

Versorgungsbezogene Merkmale

Im Zeitraum von 2010 bis 2014 wurden die Bewohner mehrheitlich (42,0%) durch Krankenhäuser, in etwa einem Viertel aller Fälle durch Palliativstationen (28,4%) oder Hausärzte (24,2%) und zu einem geringen Anteil (1,7%) durch Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Hospiz angemeldet. Für die Vergleichsjahre 2000-2004 liegen hierzu keine Daten vor (siehe Tabelle 1).

Bei einer detaillierteren Betrachtung und Aufspaltung der Jahre 2010-2012 ($n = 291$) versus 2013-2014 ($n = 238$) ist eine tendenziell signifikante Veränderung der Zuweisungsverteilung zu erkennen ($p < 0.055$). Während der Anteil der Bewohner, die durch Krankenhäuser (45,0% / 38,2%) oder SAPV-Teams (2,7% / 0,4%) zugewiesen wurden, gesunken ist, hat der Anteil der Zuweisungen durch Hausärzte zugenommen (20,6% / 28,6%). Der Anteil der Zuweisungen durch Palliativstationen lag hier vergleichbar konstant (28,2% / 28,6%).

Im Vergleich der beiden Betrachtungszeiträume 2000-2004 und 2010-2014 ist die Liegedauer der Bewohner in Tagen, wenngleich nicht statistisch signifikant, gesunken (34,5 / 30,6 Tage). Ebenso war keine signifikante Veränderung des Versorgungsendes im Hospiz bedingt durch das Versterben der Bewohner (94,2% / 95,8%) beziehungsweise durch Entlassung aus dem Hospiz (5,8% / 4,2%) zu erkennen ($p < 0.27$) (siehe Tabelle 1).

Auffallend ist, dass die prozentuale Belegung pro Jahr in den Jahren 2002 bis 2004 (2000 und 2001 waren nicht zu ermitteln) mit 83,7% (2002), 93,2% (2003) und 93,3% (2004) unter der im zweiten späteren Betrachtungszeitraum lag. In 2010 und 2011 zeigte sich eine Quote von 96,9% und 95,1%, die im Jahr 2012 in 100% gipfelte, um sich dann in 2013 und 2014 mit 96,4% und 96,7% wieder etwas abzuschwächen.

Diskussion

Die vorliegende Auswertung zeigt eine Darstellung demografischer, krankheits- und versorgungsbezogener Merkmale von Bewohnern in einem deutschen Hospiz in den Jahren 2010-2014 zur Beschreibung der aktuellen Situation. Ein Vergleich einzelner spezifischer Merkmale der Bewohner mit den Jahren 2000-2004 ergänzt Informationen zu Entwicklungstendenzen.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich wird, liegt für den Zeitraum 2010 bis 2014 der Anteil von Bewohnern mit Tumorerkrankungen bei 90,5%, bei Nichttumorerkrankungen also bei 9,5%.

Eine genaue Analyse der erhobenen Daten zeigt dabei eine relative Konstanz dieser Prozentsätze über die Jahre hinweg. Nur in 2012 ist ein Absinken von Nichttumorerkrankungen auf 6,0% zu erkennen. Im Vergleich zu Palliativstationen in Deutschland ist dieser Anteil niedriger [8], aber dennoch relevant. Die Frage nach der Häufigkeit von Betreuung von Bewohnern mit Nichttumorerkrankungen in einem stationären Hospiz rührt dabei durchaus an deren Versorgungsidentität als einer im Kern auf Menschen mit Tumorerkrankungen konzentrierten.

Die Splittung der Jahre 2010-2012 versus 2013-2014 markierte eine tendenziell signifikante Veränderung in der Zuweisungsstruktur. Während der Anteil durch Krankenhäuser und SAPV-Teams abnahm, stiegen die Zuweisungen durch Hausärzte. Letztere mögen in einem zunehmendem Vertrauen der Ärzte in die Arbeit des Hospizes und in der Wertschätzung ihrer Möglichkeiten liegen, die sie selbst entlastet. Der Rückgang von Zuweisungen durch SAPV-Teams unter 0,5% kann als eine Tendenz dafür gelten, dass sie verstärkt jene Erkrankten ambulant betreuen, die vorher im stationären Hospiz begleitet worden wären.

Ein Vergleich zwischen den beiden Zeiträumen 2000-2004 und 2010-2014 hat eine signifikante Erhöhung des durchschnittlichen Alters der Bewohner gezeigt. Dieser Befund bestätigt den demografischen Wandel [9]. Zugleich gibt es geriatrische ambulante und stationäre Unterstützungsangebote und Formen der Beratung, die eine frühere Zuweisung, auch im Kontext von Palliative Care, gegebenenfalls unnötig machen [10]. Zu nennen ist prospektiv die vollzogene Einführung der neuen Pflegegrade im Zuge des sogenannten Pflegestärkungsgesetzes, das insbesondere auch von Demenz betroffene Menschen in den Blick nimmt [11].

Das Sinken der durchschnittlichen Liegedauer zwischen den beiden betrachteten Zeiträumen ist ein weiteres Indiz für eine möglicherweise längere ambulante Versorgung durch Strukturen der SAPV wie auch für zunehmende Ausbildung von Hausärzten. Die Aufnahme ins Hospiz erfolgt zu einem immer späteren Zeitpunkt am Lebensende und wohl vermehrt dann, wenn die Komplexität der Belastungen durch die Erkrankung einen sicheren, stationären Rahmen rund um die Uhr notwendig macht [12].

Weiterhin wurde aus der Analyse des Vergleichs eine tendenziell unterschiedliche Verteilung beider Geschlechter im Vergleich der beiden Zeiträume 2000-2004 und 2010-2014 deutlich. Bei Frauen fiel die Zahl, während sie bei Männern anstieg. Grund für den Rückgang weiblicher

Bewohnerinnen mag sein, dass Männer durch stärkere Unterstützungsangebote im ambulanten Bereich zunehmend dazu befähigt werden, Frauen im häuslichen Umfeld zu versorgen. Die Zunahme männlicher Bewohner kann ihren Grund in ihrer verbesserten Akzeptanz des Hospizes haben, bedingt auch durch Prozesse der Öffentlichkeitsarbeit.

Es mag nicht überraschen, dass die Verteilungen von „Versorgungsende Tod“ und „Versorgungsende Entlassung“ über beide Zeiträume vergleichbar konstant geblieben sind. Dies ist eine Bestätigung jener Kriterien, die in einer Hospiznotwendigkeit formuliert werden.

Grenzen der vorliegenden Studie

Das retrospektive Design der vorliegenden Auswertung führt zu fehlenden Vergleichsdaten, da zum Zeitpunkt der Erfassung der Daten nicht bekannt war, dass diese jemals wissenschaftlich ausgewertet werden würden. Das Fehlen von Daten spezifischer Merkmale, insbesondere für den früheren Betrachtungszeitraum von 2000 bis 2004, schränkt daher die Aussagen der Ergebnisse stellenweise ein.

Die berichteten Ergebnisse sind nicht zwingend auf andere Hospize, andere Versorgungssettings oder andere Regionen übertragbar.

Die vorliegende Auswertung kann darüber hinaus keine Aussagen über den Bedarf an Hospizbetten machen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Dokumentation von umfassenderen demografischen, krankheits- und versorgungsbezogenen Merkmalen von Bewohnern in deutschen Hospizen wird empfohlen, um die Beforschung dieses zentralen Settings in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zu begünstigen.

Für zukünftige wissenschaftliche Auswertungen könnte eine geführte Warteliste über Anzahl und Wartezeit von potentiellen Bewohnern Aufschlüsse über den Bedarf an Hospizbetten liefern. Dabei ist die Frage nach den Auswirkungen auf stationäre Hospizeinrichtungen durch die Zunahme hochwertiger palliativer Versorgungsstrukturen eine grundsätzlich wichtige, denn das Problem eines möglicherweise geringer werdenden Bedarfes hätte für Hospize erhebliche Folgen für deren strategisches Handeln.

Werden Hospize in bestimmten städtischen „Hotspots“ mit starken ambulanten palliativen Strukturen und einem niedrigschwelligem Zugang für die Betroffenen vielleicht einmal zu Orten nur mehr für die letzten wenigen Tage oder Stunden von Menschen und bekommen so einen veränderten Auftrag? Oder wird die Klientel der Menschen, welche aufgenommen wird, einmal eine andere sein?

Interessenskonflikt

Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Literaturverzeichnis

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen einschl. der Einrichtungen für Kinder - Stand 10/2015. Im Internet: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Entwicklung_Palliativ_und_Hospiz_stationär_1996-2014.JPG; Stand: 07.03.2017
2. Golek M. Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland. Münster: Waxmann; 2001
3. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.. Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland - Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand (Stand 2016). Im Internet: http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/Diagramm_StatHospizePallstationen2.jpg; Stand: 07.03.2017
4. Alt-Epping B, Nauck F. [Specialized palliative home care: An interprofessional network]. Bundesgesundhbl. Gesundheitsf., Gesundheitsschutz 2015; 58: 430-435
5. Nauck F, Jaspers B, Becker M. Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in Nordrhein-Westfalen im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und der ALPHA-Stellen, Revidierte Fassung von 22.11.2010. Im Internet: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/05/bedarfsplanung-stationaere-hospize.pdf>; Stand: 07.03.2017
6. Bolze B, Weimann K. Stationäre Hospizarbeit in Deutschland - Daten zur Versorgung und Begleitung. Bundes-Hospiz-Anzeiger 2016; 14: 16-17
7. Dasch B, Blum K, Bausewein C. Abschätzung des ambulanten palliativmedizinischen Versorgungsgrades regionaler palliativmedizinischer Konsiliardienste in Westfalen Lippe. Gesundheitswesen 2015; DOI: 10.1055/s-0041-110529
8. Hess S, Stiel S, Hofmann S et al. Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany - Data from the National Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE). Eur J Intern Med 2014, DOI: 10.1016/j.ejim.2013.11.012
9. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Wirtschaftsforschung. Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 07.03.2017
10. Sonntag K, v. Reibnitz C. Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz - Praxishandbuch und Entscheidungshilfe. Berlin, Heidelberg: Springer; 2014
11. Bundesministerium für Gesundheit. Alle Leistungen ab 2017 im Überblick. Im Internet: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/finanzielle-leistungen/alle-leistungen-ab-2017-im-ueberblick/>; Stand 07.03.2017
12. Koetzsch F, Stiel S, Heckel M et al. Care trajectories and survival after discharge from specialized inpatient palliative care-results from an observational follow-up study. Supp Care Cancer 2015; 23: 627-634

Tabelle

	Zeitraum 2000-2004 (n=380)	Zeitraum 2010-2014 (n=529)	p
Demografische Daten			
Geschlecht			
weiblich	57,9%	51,6%	<0.07 ¹
männlich	42,1%	48,4%	
Alter (in Jahren)	MW 73,1 ± SD 13,4 Min 21,9 - Max 101,5	MW 76,1 ± SD 11,8 Min 32,4 - Max 101,8	<0.01 ^{*2}
Krankheitsbezogene Informationen			
Anteil Tumorerkrankung	---	90,5%	---
Anteil Nichttumor-Erkrankung		9,5%	
Versorgungsbezogene Merkmale			
Zuweiser			
Krankenhaus		42,0%	---
Palliativstation		28,4%	
Hausarzt	---	24,2%	
SAPV		1,7%	
fehlende Daten		3,7%	
Liegedauer (in Tagen)	MW 34,5 ± SD 46,5 Min 1 - Max 458	MW 30,6 ± SD 45,6 Min 1 - Max 393	>0.20 ²
Versorgungsende Tod	94,2%	95,8%	>0.27 ¹
Versorgungsende Entlassung	5,8%	4,2%	

* Ergebnis ist auf einem Niveau von $p < 0,05$ signifikant.

¹ Chi² Test; ² T-Test

Tabelle 1: Deskriptive Angaben und Häufigkeitsangaben zu demografischen, krankheits- und versorgungsbezogenen Merkmalen von Bewohnern eines deutschen Hospizes im Vergleich der Betrachtungszeiträume 2000-2004 und 2010-2014