

# Curriculum zur Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (gem. § 5 der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz) am Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie Bad Kreuznach

## Gliederung

1	Curriculum .....	2
1.1	Patientenbezogene Weiterbildungsinhalte.....	2
1.2	Weiterbildungsinhalte in Bezug auf die Ärzte/Pflegekräfte der Fachabteilung..	3
1.3	Weiterbildungsinhalte in Bezug auf die Maßnahmen des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationäre Palliativversorgung zur Symptomkontrolle bzw. das Erstellen von medikamentösen/ nichtmedikamentösen Therapieplänen .....	3
1.4	Weiterbildungsinhalte in Bezug auf die Angehörigen.....	4
1.5	Weiterbildungsinhalte in Bezug auf weitere Berufsgruppen (Multiprofessionelle Konzeption in der Palliativmedizin, auch außerhalb des Krankenhauses).....	4
1.6	Weiterbildungsinhalte in Bezug auf kommunikative, ethische, spirituelle, seelsorgerische Aspekte.....	5
1.7	Weiterbildungsinhalte in Bezug auf Dokumentation / Qualitätskontrolle .....	6
1.8	Organisatorische Aspekte der Weiterbildung.....	8
2	Struktur und Leistungsdaten des Palliativkonsildienstes / der dezentralen stationären Palliativversorgung am Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach .....	9

## Curriculum

Das Curriculum der palliativmedizinischen Weiterbildung am Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach umfasst die schrittweise Vermittlung von Erfahrungen und Kenntnissen verschiedener Weiterbildungsinhalte durch die Weiterbildungsbefugte. Der Weiterbildungsassistent wird allmählich und in stetiger enger Abstimmung mit der Weiterbildungsbefugten in sämtliche Prozesse des Palliativkonsil - Teams/der dezentralen stationären Palliativversorgung eingebunden. Als Ziel wird der Erwerb der Zusatzbezeichnung formuliert, der den Weiterbildungsassistenten in die Lage versetzt, Patienten selbstständig zu betreuen.

### Patientenbezogene Weiterbildungsinhalte

Anlegen einer gesonderten Palliativakte, die in der normalen Krankenakte abgeheftet wird. Sie enthält wichtige palliativmedizinische Fragekomplexe:

- Ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung
- Evaluation vorangegangener bedeutsamer Therapieschritte (Krankheitsverlauf)
- Ausführliche Darstellung des familiären und sozialen Hintergrunds
- Angaben zum Kenntnisstand des Patienten über das Erkrankungsstadium und seine Erwartungen an weitere Diagnostik- und Therapieschritte sowie zu invasiven Maßnahmen wie intravenöse Ernährung, PEG-Sonde, Operationen
- Details über die aktuellen physischen und psychischen Symptome
- Wahrnehmung und Prophylaxe von Überlastungssyndromen
- Ermitteln von Erwartungen des Patienten zum weiteren Verlauf der Erkrankung
- Ermitteln von Gesichtspunkten der aktuellen Lebensqualität bzw. von Gesichtspunkten zu optionaler Verbesserung
- Erkennen und Integration existenzieller und spiritueller Bedürfnisse
- Weitestgehende Anwendung des Prinzips der informierten Zustimmung des Patienten zu sämtlichen palliativmedizinischen Schritten

## **Weiterbildungsinhalte in Bezug auf die Ärzte/Pflegekräfte der Fachabteilung**

Ärzte der Fachabteilung:

- Gemeinsame Erarbeitung weiterer medizinischer Optionen
- Kommunikation zur konsequenten Beendigung aufwändiger Diagnostik- und Therapieschritte, wenn diese medizinisch sinnlos sind und/oder nicht der Symptomkontrolle dienen
- Einbindung des Stations-/Oberarztes bei sämtlichen Entscheidungen

Pflegekräfte der Fachabteilung:

- Beteiligung der betreuenden Pflegekräfte an der Entscheidungsfindung zum weiteren medizinischen Vorgehen
- Absprache pflegerischer Maßnahmen unter Einbindung der Pflegekraft der Palliativteams

## **Weiterbildungsinhalte in Bezug auf die Maßnahmen des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationären Palliativversorgung zur Symptomkontrolle bzw. das Erstellen von medikamentösen/nichtmedikamentösen Therapieplänen**

- Schmerzen: Hier liegt das besondere Augenmerk auf dem Erkennen von Schmerzursachen und dem Erwerb von Kenntnissen der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände. Fortlaufende Vermittlung von Kenntnissen über Wirkungen, Nebenwirkungen und Interaktionen wichtiger Analgetika/ starker Opiode, Anwendung invasiver Verfahren zur Schmerzkontrolle mit Opioiden (i. v. PCA, s. c. PCA, i. v. Infusion), Anwendung von Regionalverfahren, Bedeutung nichtmedikamentöser Verfahren
- Pharmakotherapie aller palliativmedizinisch relevanten Medikamente und nichtmedikamentöse Strategien bei Übelkeit, Erbrechen, Dyspnoe, Obstipation, Obstruktion, Angst, Depression, Juckreiz, Schwäche, Lymphödem, Delir,

Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Singultus, Versorgung von exulzierenden Tumoren/Wunden

- Vermittlung von Kenntnissen, Indikationen und Durchführung palliativer Sedierung
- Kenntnisse von Besonderheiten in der Sterbephase (Umgang mit Todesrassel, Flüssigkeitszufuhr, Mundpflege, Sauerstoffgabe)
- Umgang mit psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen

## **Weiterbildungsinhalte in Bezug auf die Angehörigen**

- Bedeutung einer ausführlichen Familienanamnese (Stammbaum)
- Ermitteln des Kenntnisstands der Angehörigen zum Krankheitsverlauf und Stadium der Erkrankung
- Erwartungen der Angehörigen
- Erfassen und Optimierung der häuslichen Versorgungssituation
- Wahrnehmung von Überlastung
- Erkennen und Integration existenzieller und spiritueller Bedürfnisse
- Stetige Einbindung wichtiger Angehöriger in Entscheidungsprozesse, Dokumentation in der Palliativakte
- Begleitung und Unterstützung der Angehörigen einschließlich der Sterbephase bei im Krankenhaus versterbenden Patienten

## **Weiterbildungsinhalte in Bezug auf weitere Berufsgruppen (Multiprofessionelle Konzeption in der Palliativmedizin, auch außerhalb des Krankenhauses)**

- Bedeutung der vielschichtigen Kommunikations- und Informationsschritte zur Inklusion von Seelsorger, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Psychosomatiker, Psychoonkologe, je nach Bedarf Ethikkomitee, Einbindung weiterer ärztliche

Fachrichtungen (wie beispielsweise Allgemeinchirurgie bei palliativer AP – Anlage oder der Plastischen Chirurgie bei exulzierenden Wunden)

- Organisatorisches Vorgehen und rechtzeitige Koordination der Überleitung des Patienten in die ambulante palliativmedizinische Versorgung in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, SAPV, ambulantem Hospiz oder Überleitung in das stationäre Hospiz

### **Weiterbildungsinhalte in Bezug auf kommunikative, ethische, spirituelle, seelsorgerische Aspekte**

- Falls keine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuung vorhanden: mit dem Patienten gemeinsames Erarbeiten der Patientenverfügung sowie einer Vorsorgevollmacht
- Falls Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuung vorhanden: mit dem Patienten gemeinsames Überprüfen, ob die Inhalte dem aktuellen Willen entsprechen und gegebenenfalls Anpassung
- Ermittlung des mutmaßlichen Willens bei nichteinwilligungsfähigen Patienten
- Kenntnisse zur Erstellung einer Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht
- Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer, auch unter der Berücksichtigung verschiedener Kulturen
- Gesprächsführung mit Schwerstkranken
- Kommunikation mit Sterbenden
- Optionen zur Einbindung nahestehender Angehöriger beim Sterbevorgang
- Optionen zur Einbindung nahestehender Angehöriger bei geplanter häuslicher Verlegung
- Ethische und medizinische Grundsätze der Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen
- Abwägen der Sinnhaftigkeit von lebensverlängernden Maßnahmen wie Chemotherapie, Bestrahlungen, Radikaloperation, Palliativoperation, Antibiotika,

künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Reanimation in Relation zum Allgemeinzustand, der Prognose des Patienten, seinem Willen oder mutmaßlichen Willen.

## **Weiterbildungsinhalte in Bezug auf Dokumentation / Qualitätskontrolle**

- Erstellung der Palliativakte und deren obligater Abheftung in der normalen Krankenakte
- Konsequente schriftliche Eintragung aller Absprachen, Diagnostik- und Therapieschritte sowie der Bedarfsmedikationen für den Bereitschaftsdienst
- Kommunikation / schriftliche Festlegung in der Krankenakte zum beabsichtigten palliativmedizinischen Vorgehen einschl. der Schritte zur Symptomkontrolle
- Rechtzeitiges Erstellen eines Entlassungsbriefes mit den palliativmedizinischen Schwerpunkten oder einer Epikrise. Der palliativmedizinische Entlassungsbrief ist am Entlassungstag an alle weiterbehandelnden Ärzte einschließlich SAPV weiterzuleiten.
- Gesonderte Dokumentation bei Einschränkung lebensverlängernder Maßnahmen:
  1. Konsens über Nicht – Wiederbelebung aufgrund medizinischer Sinnlosigkeit und/oder Ausschluss durch Patientenwillen oder mutmaßlichen Willen: gemeinsame Festlegung einer DNR-Order und Ausfüllen des zweiseitigen in SAP hinterlegten Bogens „Nicht Wiederbeleben“, Abheften in der Patientenakte
  2. Verlegung des Patienten mittels Krankentransport außer Haus: Konsens über Nicht – Wiederbeleben wegen medizinischer Sinnlosigkeit und/oder Ausschluss durch Patientenwillen oder mutmaßlichen Willen: Ausfüllen und Unterschreiben des im Intranet hinterlegten Bogens „Nicht Wiederbeleben“ durch den Palliativarzt, Übergabe an die Rettungsassistenten, Abheften einer Kopie in der Patientenakte

3. Bei Konsens über Therapiezieländerung zu rein symptomkontrollierender Therapie wegen medizinischer Sinnlosigkeit und/oder durch Patientenwillen oder mutmaßlichen Willen): Ausfüllen des zweiseitigen in SAP hinterlegten Bogens „Sterben zulassen“, Abheften in der Patientenakte

- Regelmäßige Verlaufsdokumentation mit standardisierten Messverfahren (z.B. Schmerzscore) und Raum für freie Formulierungen ermöglichen eine zeitnahe Therapiekontrolle
- Erfassen und Dokumentation der Zufriedenheit des Palliativpatienten und seiner Angehörigen mit der Betreuung durch das Palliativteam auf dem letzten Blatt der Palliativkurve
- Erfassen und Dokumentation der Zufriedenheit des Stationsteams mit der Betreuung durch das Palliativteam auf dem letzten Blatt der Palliativkurve
- Teilnahme an der täglichen Frühbesprechung
- Übergabe anstehender Probleme bei Palliativpatienten an den Diensthabenden in der Tagesbesprechung der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin, Palliativmedizin und Schmerztherapie
- Teilnahme an der wöchentlichen multiprofessionellen Teamsitzung mit Fallbesprechungen aller aktuell betreuter und in der Woche verstorbener Palliativpatienten
- Teilnahme an Fallnachbesprechungen je nach Wunsch und Bedarf des Stationspersonals
- Teilnahme an allen Fallkonferenzen mit den Teams auf den Fachabteilungen
- Teilnahme an der monatlichen Supervision
- Teilnahme am monatlichen Qualitätszirkel des Palliativstützpunktes Rheinhessen – Nahe ( Kooperation mit den Netzwerken; SAPV)
- Teilnahme an den Teamgesprächen des Palliativteams
- Aktive Teilnahme an den monatlichen Fortbildungen der Abteilung („Montagsfortbildung“), auch derjenigen im Palliativteam sowie am Studentenunterricht bei Themen zur Palliativmedizin

- Aktive Beteiligung an der Ausbildung der in die Palliativmedizin rotierenden Studenten, denn das Diakonie Krankenhaus ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg – Universität Mainz
- Regelmäßige statistische Aufarbeitung von Patientendaten aus dem EDV-gestützten Datensatz

## **Organisatorische Aspekte der Weiterbildung**

Der Weiterbildungsassistent nimmt an sämtlichen Visiten des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationäre Palliativversorgung sowie Beratungen des Palliativteams teil. Er wird von der Weiterbildungsbefugten täglich in Einzelschritte eingewiesen und mit Einzelaufgaben vertraut gemacht. Alle Entscheidungen werden mit der Weiterbildungsbeauftragten kommuniziert.

Der Weiterbildungsassistent wird von Beginn an in das Vorgehen des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationäre Palliativversorgung bezüglich der Kommunikation in den Fachabteilungen und Dokumentation aller Entscheidungen in der Krankenakte/Palliativakte eingewiesen.



## **Struktur und Leistungsdaten des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationären Palliativversorgung am Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach**

Das Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach ist ein Haus der Schwerpunktversorgung mit insgesamt 501 Betten und 10 verschiedenen Fachabteilungen (s. Anlage 1,1). Auf dem Gelände des Krankenhauses befindet sich ein stationäres Hospiz mit 12 Betten.

Im Jahr 2008 erhielt das Diakonie Krankenhaus den Auftrag der damaligen Gesundheitsministerin des Landes Rheinland-Pfalz, Frau Dreyer, auch Palliativbetten zu schaffen. Bei den Planungen musste berücksichtigt werden, dass das im gleichen Ort ansässige Krankenhaus Marienwörth bereits über eine Palliativstation mit onkologischem Schwerpunkt verfügt. Um eine palliativmedizinische Doppelversorgung und deren Ineffektivität zu umgehen, entschied sich der Träger der Diakonie für eine dezentrale Lösung in Form eines Konsildienstes mit stationärer Palliativbetreuung unter der Leitung der Weiterbildungsbefugten. Sie ist Oberärztin der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin, Palliativmedizin und Schmerztherapie des Diakonie Krankenhauses.

Am 01.10.2010 nahm der Konsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung nach dem Erwerb der ärztlichen und pflegerischen Zusatzqualifikation für Palliativmedizin bzw. Palliative Care seine Tätigkeit auf.

Der palliativmedizinische Konsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung steht allen stationären Patienten des Diakonie Krankenhauses zur Verfügung, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung leiden. Die betroffenen Patienten verbleiben auf ihrer bisherigen Station und in ihrer bisher behandelnden Fachabteilung. Sie werden auf Anforderung durch die Fachabteilungen vom Palliativteam betreut, d.h. von Beginn an wird eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit umgesetzt. Somit weicht die Tätigkeit vom allgemein üblichen Prinzip des einmaligen, ggf. auch mehrmaligen Konsils

als ärztlicher Beratung der Ärzte anfordernder Fachabteilungen ab. Hier findet eine gleichberechtigte Mitbehandlung statt. Die palliativmedizinisch orientierte Symptomkontrolle wird vergleichbar dem Vorgehen auf Palliativstationen erweitert durch Schwerpunkte der Palliativmedizin wie kommunikative, ethische, spirituelle und soziale Aspekte. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Betreuung der engsten Angehörigen gerichtet.

Mit dieser Konzeption ist es gelungen, das für schwerstkranke Patienten wenig sinnvolle Prinzip der gelegentlichen Beratung bisher behandelnder Ärzte zu umgehen. Ausnahmslos ist der Palliativkonsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung von einem individuell unterschiedlichen Zeitpunkt an federführend, wenn die palliativmedizinische Kernkompetenz erforderlich ist, sei es bis zum Tod, bis zur Verlegung nach Hause oder in ein stationäres Hospiz.

Mit anderen Worten gibt es im Diakonie Krankenhaus keine Konzentration palliativmedizinischer, schwerstkranker Patienten auf einer separaten Station. Im Gegenteil findet auf den Fachteilungen eine permanente und keinesfalls gelegentliche Inklusion der palliativmedizinischen Betreuung seitens des Palliativteams statt. Alle Grundsätze der Palliativmedizin können realisiert werden, obwohl eine Palliativstation nicht existiert. Zudem kann das Palliativteam die vielschichtigen Grundsätze der Palliativmedizin im Rahmen der täglichen Zusammenarbeit dem ärztlichen und pflegerischen Fachpersonal der Fachabteilungen vermitteln.

Die Koordination der multiprofessionellen Betreuung übernimmt der palliativmedizinische Konsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung. Das Palliativteam arbeitet eng mit anderen Disziplinen wie dem bisher kurativ behandelnden Fach sowie der Klinikseelsorge, dem Sozialdienst, dem Ethikkomitee, der Physiotherapie, der Psychoonkologie, der Apotheke und den lokalen Netzwerken zusammen. Dies erfordert einen hohen und stetigen kommunikativen Aufwand zwischen der Weiterbildungsbefugten und allen anderen Professionen der jeweiligen Fachabteilungen und Stationen.

Zum Palliativteam gehören neben den Weiterbildungsbefugten und den Palliativ – Care – Pflegekräften auch bestimmte Mitarbeiter der Klinikseelsorge, des Sozialdienst, des Ethikkomitee, der Physiotherapie, der Psychoonkologie, und der Apotheke.

Der Palliativkonsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung besteht aus der ganztägig arbeitenden Weiterbildungsbefugten und zwei sich gegenseitig abwechselnden und vertretenden Pflegekräften mit einer abgeschlossenen Ausbildung in Palliative Care. Die ärztliche Vertretung der Weiterbildungsbeauftragten ist durch eine erfahrene Fachärztin der Anästhesie-Abteilung mit ebenfalls abgeschlossener Zusatzausbildung für Palliativmedizin organisiert. Im Bereitschaftsdienst übernimmt entweder die jeweilige Fachabteilung oder der diensthabende Anästhesist notfallmäßige Teilaufgaben in Abstimmung/nach den Vorgaben und schriftlich hinterlegten Standards der Weiterbildungsbefugten. Regelmäßige Schulungen der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter, Fallbesprechungen und tägliche Übergabe anstehender Probleme bei Palliativpatienten finden seitens der Weiterbildungsbefugten statt.

Seitens des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationäre Palliativversorgung ist der Einschluss des medizinischen Fachpersonals der Normalstation (Ärzte, Pflegekräfte) notwendig, um beispielsweise die therapeutische Symptomkontrolle und pflegerische Maßnahmen zu ermöglichen. Gemeinsam werden schwierige ethischen/psychosoziale Entscheidungen mit dem Patienten, dessen Angehörigen und dem medizinischen Fachpersonal der Fachabteilung getroffen.

Das Palliativteam führt wöchentlich eine Teamsitzung unter Einschluss eines Arztes/einer Pflegekraft der jeweiligen Fachabteilungen, des Seelsorgers, des Sozialarbeiters, des Physiotherapeuten, des Psychoonkologen, eines Mitglieds der Pflegedirektion, einer Mitarbeiterin des Ethikkomitees, des Leiters des stationären Hospizes und einer Mitarbeiterin der Apotheke durch. Die Ergebnisse der Teamsitzung ergänzen vorangehende Befunde, Einschätzungen und Vorschläge aus ethischer/medizinischer/spiritueller Sicht und resultieren in Festlegungen des weiteren Vorgehens. Sie werden schriftlich protokolliert, in der Palliativ-Akte abgeheftet und sind somit jedem medizinischen Mitarbeiter der Station zugänglich.



Am Diakonie Krankenhaus ist zweimal pro Woche eine Seelsorgerin für die Palliativmedizin tätig. Sie kümmert sich vorzugsweise um Palliativpatienten, z.B. durch Besuche, Angehörigengespräche und Aussegnungen. Bei ihrer Abwesenheit wird der Seelsorger des Krankenhauses tätig, er führt auch die alle drei Monate stattfindenden Gedenkgottesdienste für die Angehörigen verstorbener Patienten durch. Auch besondere Wünsche nach konfessioneller oder anders religiöser Begleitung werden ermöglicht.

Alle 4 Wochen wird eine Supervision der Mitarbeiter des Palliativteams durchgeführt.

Auf der Basis der geschilderten Konzeption der dezentralen Mitbehandlung wurden im Zeitraum vom 1.10.2010 bis 1.4.2014 insgesamt 680 stationäre Patienten des Diakonie Krankenhauses vom Palliativkonsildienst/der dezentralen stationären Palliativversorgung betreut.

Zum besseren Verständnis werden nachfolgend die wichtigsten Leistungsdaten des Palliativkonsildienstes/der dezentralen stationäre Palliativversorgung im Jahr 2013 aufgeführt.

Es wurden 218 stationäre Palliativpatienten mehrtägig betreut. Weitere 25 Patienten wurden nur konsiliarisch gesehen. Diese benötigten lediglich ein palliativmedizinisches Beratungsgespräch oder hatten trotz entsprechender Diagnose keine behandlungsbedürftigen Symptome oder sonstigen Bedarf für eine palliativmedizinische Mitbetreuung.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 7,7 Tage (Minimum 1 Tag, Maximum 35 Tage).

Die Verteilung auf die einzelnen Fachabteilungen ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

	Palliativpatienten	Prozent
Gesamt	n = 243 davon nur Konsil: n = 25	100 %
Innere	n = 170	70 %
Chirurgie	n = 29	11,9 %
Gynäkologie	n = 12	4,9 %
Urologie	n = 29	29 %
HNO	n = 1	0,4 %
Orthopädie	n = 1	0,4 %
Plast. Chirurgie	n = 1	0,4 %

Tabelle 1: Anfordernde Fachabteilungen im Jahre 2013

Etwa die Hälfte der Patienten war an einem progredienten Tumorleiden erkrankt (51,9%, n= 126) und 48,1% (n=117) hatten eine schwerste, nicht heilbare, nicht-tumorbedingte Erkrankung, aufgrund derer das Palliativteam eingeschlossen wurde.

Nach der Betreuung durch das Palliativteam ergaben sich verschiedene Aspekte (Tabelle 2). 41,3% (n= 90) waren in der Fachabteilung verstorben. 59,7% (n = 128) wurden entlassen (nach Hause, in ein Hospiz, Pflegeheim usw.) (siehe Tabelle 2).

	Gesamt n = 218	Prozent
Verstorben	n = 90	41,3 %
Entlassung nachhause (gesamt)	n = 62	28,4 %
Entlassung nachhause mit SAPV	n = 14	6,4 %
Stationäres Hospiz	n = 29	13,3 %
Anderes Krankenhaus	n = 8	3,7 %
Pflegeheim	n = 16	7,3 %
REHA, andere Abteilung	n = 13	6,0 %

Tabelle 2: Auflistung verstorbener und nicht verstorbener Patienten, bei denen der Palliativkonsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung tätig war

In der Tabelle 3 ist die Häufigkeit von Symptomen aufgelistet, die durch das Palliativteam behandelt wurden bzw. die zu dessen Anforderung seitens der Fachabteilungen führte(n).

	Gesamt n = 218	Prozent
Schmerz	n = 148	67,9 %
Dyspnoe	n = 100	45,9 %
Inappetenz	n = 98	45,0 %
Angst	n = 76	34,9 %
Unruhe	n = 67	30,7 %
Depression	n = 64	29,4 %
Schwierige ethische Fragen	n = 54	24,8 %
Übelkeit	n = 41	18,8 %
Obstipation	n = 24	11,0 %
Lymphödeme	n = 10	4,6 %
Exulzierende Wunden	n = 5	2,3 %
Delir	n = 2	0,9 %
Juckreiz	n = 1	0,4 %

Tabelle 3: Häufigkeit verschiedener Symptome bei 218 Patienten, die 2013 durch den Palliativkonsildienst/die dezentrale stationäre Palliativversorgung therapiert wurden (Mehrfachnennung möglich)

Eine kontrollierte palliative Sedierung wurde seitens des Palliativkonsildienstes bei 18 Patienten, das entspricht 20 % der Verstorbenen, durchgeführt.

Die Tabelle 4 enthält Informationen zur Therapiedauer, die sich auch an den Vorgaben zur Anwendung des OPS-Kodes 8-982 (palliativmedizinische Komplexbehandlung) orientiert.

Behandlungsdauer durch den Palliativkonsildienst	Gesamt n = 218	Prozent
bis 7 Tage	n = 80	36,7 %
bis 14 Tage	n = 24	11 %
bis 21 Tage und über 21 Tage	n = 10	4,6 %
Behandlungsdauer mindestens 7 Tage	n= 114	52,3 %
Behandlungsdauer weniger als 7 Tage	n = 104	47,7 %

Tabelle 4: Behandlungsdauer von 218 Patienten durch das Palliativteam im Jahre 2013, gegliedert nach den Zeiträumen kleiner/grösser ab 7 Tage, 14 Tage und 21 Tage als Maß für die abrechnungsfähige palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-982)