

Poster

P1

Entwicklung eines Grundmodells für eine Theorie der palliativen Pflege

Hach M.¹, Goudinoudis K.¹, Klimsch C.¹, Müller-Mundt G.¹, Becker D.¹

¹Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Sektion Pflege, Berlin, Germany

Hintergrund: Palliativpflege steht vor der Frage wie sie das vielfältige implizite Wissen explizit machen und zur Evidenzbasierung palliativpflegerischen Handelns gelangen kann. Voraussetzung ist begriffliche Fassung dessen was den Kern professioneller Palliativpflege ausmacht. Erste Grundlagen wurden durch die konsensuale Entwicklung des Pflegeleitbildes und der S1-Leitlinien zu zentralen Phänomenen der Palliativpflege durch die Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erarbeitet. Diese reichen für die theoretische und empirische Fundierung palliativer Pflege nicht aus. Um Herausforderungen wissenschaftsgestützt und forschungsorientiert angehen zu können, wird ein eigenständiges professionelles Profil und eine einheitliche Fachsprache benötigt.

Methodik: Vorgeschaltete Literaturanalyse von Pflege-theorien und Konzeptentwicklungen in Palliative Care.

Durchführung zweier Workshops mit Experten aus dem Kreis der Mitglieder der Sektion (n=24).

Metaplan/Kartenabfrage, thematische Clusterung, World Café, Diskussion im Plenum, abschließende Konsensfindung.

Bisherige Ergebnisse: In der Literatur wurden 5 Konzepte identifiziert und in den Expertenworkshops zur Diskussion gestellt. Neben Metaparadigmen der Pflege kristallisierten sich im Expertendiskurs 4 Konzepte als grundlegend heraus: Care Ethik, Leiblichkeit, Verstehende Pflegediagnostik und Evidence-based Nursing, die sich im Ansatz im Hospiz- und Palliativgesetz, Pflegeberufegesetz und Sozialgesetzbuch XI zugrundeliegendem Pflegebegriff widerspiegeln und eine hohe Kongruenz zu den EAPC definierten interdisziplinären Kernkompetenzen aufweisen.

Schlussfolgerungen: Im Konsens konnten durch die Expertengruppe zentrale Dimensionen für die Grundlegung theoretischer Konzeptualisierung der Palliativpflege erarbeitet werden, deren empirische Fundierung auf der Basis von Studien zur palliativen Handlungspraxis anzustreben ist. Erforderlich ist ein weitergehender Diskurs von Praxis, Pädagogik, Forschung und Wissenschaft.

P2

Validierung der 7-Item Kurz-Version des Zarit-Burden-Interviews - Ein Fragebogen zur Erhebung der Belastung von Angehörigen von Palliativpatienten

Kühnel M.¹, Ramsenthaler C.¹, Bausewein C.¹, Fegg M.¹, Hodiament F.¹

¹Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany

Hintergrund: Die Belastung Angehöriger spielt in der Palliativversorgung eine große Rolle. Das Zarit Burden Interview (ZBI), ursprünglich für Angehörige von Demenzpatienten entwickelt, wurde auf Englisch in Kurz-Versionen für die Anwendung bei Angehörigen von Palliativpatienten validiert. Die Validierung der deutschen nutzerfreundlichen Kurz-Versionen wurde noch nicht realisiert.

Ziel: Validierung der deutschen Kurzversion ZBI-7 (zusammengefasst ZBI-6 und ZBI-1).

Methoden: Pilotierung und Datenerhebung in drei Settings: Palliativstation/Palliativdienst/SAPV. ZBI-7, Brief Symptom Inventory (BSI), Distress-Thermometer und SF-12 ausgefüllt durch Angehörige. Fremdeinschätzung über ZBI-1 durch Professionelle. Itemanalyse (Itemschwierigkeit, -varianz, -Skala-Korrelation). Bestimmung der konvergenten und diskriminanten Validität der ZBI-Kurzversionen anhand BSI, SF-12 und Distress Thermometer. Prüfung der Reliabilität mittels Bestimmung interner Konsistenz (Cronbach's α) und Interraterreliabilität (Intraclass-correlation coefficient).

Ergebnisse: Pilotierung (n=39): Änderung zweier Items von „Pflege“ zu „Betreuung und Unterstützung“ zur Anwendbarkeit im Palliativ-Kontext. Psychometrische Testung (n=84): Vorläufige Ergebnisse zeigen mittlere Korrelationen der drei ZBI-Versionen mit BSI (Global Severity Index: ZBI-1 r=.43, ZBI-6 r=.54, ZBI-7 r=.55; je p < .01), Distress-Thermometer (ZBI-1 r=.51, ZBI-6 r=.35, ZBI-7 r=.39; je p < .01), SF-12 (Skala psych. Gesundheit: ZBI-1 r= -.47, ZBI-6 r= -.55, ZBI-7 r= -.56; je p <

.01).

Fazit: Die ursprüngliche Übersetzung des ZBI war aufgrund des Wortlauts („Pflege“) nicht auf den palliativen Kontext anwendbar. In der angepassten Version legen die vorläufigen Ergebnisse nahe, dass sich die ZBI Kurzversionen zur Erhebung der Belastung Angehöriger in der Palliativmedizin eignen. Mittels Raschanalyse soll im nächsten Schritt die weitere Reduktion des Instruments auf eine 1-Item Selbst- und Fremdrating-Version geprüft werden.

P3

Eine qualitative Studie über die Interaktion von Pflegekräften und Eltern lebenslimitierend erkrankter Kinder und Jugendlicher in stationären Pflegeeinrichtungen

Voll F.-F.¹, Classen C.F.²

¹Universität Rostock, SAPV für Kinder und Jugendliche 'Mike Möwenherz', Rostock, Germany,

²Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendklinik, SAPV für Kinder und Jugendliche 'Mike Möwenherz', Rostock, Germany

Hintergrund: Eltern lebenslimitierend erkrankter Kinder und Jugendlicher, die insb. bei neurologischen Erkrankungen eingeschränkt kommunikationsfähig sind, müssen diese manchmal in eine stat. Einrichtung übergeben, v. a. bei immer größerem Pflegeaufwand. Für die Pflegekräfte bedeutet dies eine Herausforderung: Eltern fordern die Umsetzung ihrer persönlichen Vorstellungen, die Pflegekräfte haben evt. eigene Wahrnehmungen der Bedürfnisse der Klienten und müssen Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Idealvorstellungen beachten. Hierzu ist erst wenig in der Literatur publiziert.

Patienten und Methoden: In Pflegeeinrichtungen untergebrachte, eingeschränkt kommunikationsfähige lebenslimitierend erkrankte Minderjährige, betreut durch das SAPV-Team, bilden den Ausgangspunkt; durch Interviews mit ihren Eltern und Pflegekräften werden deren Vorstellungen und Erfahrungen analysiert; mit Fragen wie:

- Wie wird kommuniziert?
- Welche Probleme werden wie besprochen und wo liegen die größten Schwierigkeiten in den gemeinsamen Absprachen?
- Wie zufrieden sind Eltern und Pflegekräfte mit dem Ablauf der Pflege und wo liegen Möglichkeiten, die Zusammenarbeit noch zu optimieren?

Die geplanten Interviews mit etwa 5 Eltern und 15 Pflegekräften werden transkribiert und mittels qualitativer Analyse ausgewertet, mit dem Ziel, positive Aspekte sowie Probleme zu benennen und Möglichkeiten zu erarbeiten, um die Zufriedenheit aller zu erhöhen.

Ergebnisse: Beim aktuellen Stand der Studie - mit 4 Pflegeeinrichtungen und 2 Eltern erfolgten Interviews - zeichnen sich bereits viele Problemfelder, oft mit großer Emotionalität, ab. Angebote, hier zu vermitteln, werden dankbar angenommen.

Schlussfolgerung: Das Thema der vertrauensvollen Kommunikation zwischen Eltern und Pflegekräften ist für eine gute Versorgung von eingeschränkt kommunikationsfähigen Kindern und Jugendlichen in Pflegeeinrichtungen elementar. Hier zu vermitteln, kann eine wichtige Aufgabe von SAPV-Teams sein.

P4

Nonverbale Kommunikation mit Sterbenden (NoKoS) - Qualitative Evaluationsstudie zu einer Fortbildungsmaßnahme 'Basale Stimulation' für Angehörige und ehrenamtliche Helfer im ambulanten Hospiz

Mertel S.¹, Marotzki U.¹

¹Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK), Soziale Arbeit und Gesundheit,

Hildesheim, Germany

Nonverbale Kommunikation in fortgeschrittenen Krankheitsphasen und Übergängen stellt für ehrenamtlich Tätige in der Hospizarbeit sowie Angehörige eine hohe Herausforderung dar. Damit diese kommunikative Kompetenz optimiert werden kann, bietet der Hildesheimer Hospizverein "Geborgen bis zuletzt" erstmalig eine Fortbildung zur "Basalen Stimulation" an, die qualitativ evaluiert wird. In einem Prä-, Post- und Follow-up-Design werden im Zeitraum von Januar 2018 bis September 2019 mit den Teilnehmenden (n=16) der Maßnahme Fokusgruppen (Morgan 2010) durchgeführt. Ziel der Datenauswertung ist es, erstens die bisherigen Anforderungen und Belastungen bei der Kommunikation mit Sterbenden sowohl für Ehrenamtliche wie auch Angehörige zu rekonstruieren; zweitens individuelle Erwartungen der Teilnehmenden an eine Veränderung und ggf. Verbesserung der Kommunikation festzuhalten und drittens in der Post- und Follow-up-Erhebung zu fragen, wie sich die Kommunikation in der praktischen Umsetzung auf der Basis der Fortbildung gewandelt hat. Somit geht es darum, wie die unterschiedlichen Kommunikationsmodi in spezifischen Situationen mit verschiedenen Kommunikationsmedien- sowie Partner_innen organisiert und reflektiert werden. Derzeit liegen Studien zur Effektivität von Fortbildungen zur Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden überwiegend aus dem englischsprachigen Bereich vor (Zegelin 2007, Eggenberger et al. 2012). Das Konzept der "Basalen Stimulation" ist anhand von Praxiserfahrungen für die Anwendung im Bereich der Palliativpflege dokumentiert (Walper 2016), allerdings ist die Evidenzlage zu diesem Modell nicht ausreichend (Bienstein 2017). In der Präsentation werden Ergebnisse zu Anforderungen und Belastungen bei der Kommunikation mit Sterbenden und zur Implementation basaler Stimulation in Kommunikationssituationen dargestellt. Es wird ein Ausblick gegeben, wie vorhandene Probleme und Lösungen im Untersuchungsfeld einzuordnen sind und weitergehend exploriert werden können.

P5

Einschätzung der Betreuungsqualität am Lebensende: Übersetzung und Validierung der deutschen Version des "Care of the Dying Evaluation" (CODE-GER). Ein Fragebogen für trauernde Angehörige

Vogt A.R.¹, Stiel S.², Heckel M.³, Goebel S.¹, Mai S.S.¹, Seifert A.⁴, Ostgathe C.³, Weber M.¹

¹Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg Universität Mainz, III. Medizinische Klinik, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Germany, ²Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover, Germany, ³Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Germany, ⁴Universität Paderborn, Zentrum für Bildungsforschung und Lehrerbildung (PLAZ), Paderborn, Germany

Hintergrund: Defizite in der Betreuung Sterbender haben sowohl negative Auswirkungen auf den Patienten als auch auf deren Angehörige. Ein Instrument, mit dem der Ist-Zustand der Betreuungsqualität identifiziert werden kann, ist essentiell, um diese durch Interventionen zu verbessern. Das Ziel dieser Studie ist die Validierung des Fragebogens „Care of the Dying Evaluation“ (CODE™) für Angehörige in deutscher Sprache (CODE-GER).

Methode: CODE™ wurde entsprechend der EORTC-Richtlinien übersetzt. Angehörige von Patienten, die erwartet auf einer Station verstarben, auf der sie sich ≥ 3 Tage befanden, wurden kontaktiert. Die Daten wurden in zwei Krankenhäusern erhoben, um die psychometrischen Eigenschaften des CODE-GER zu untersuchen. Für die Überprüfung der konvergenten Validität wurde die „Palliative Outcome Scale“ (POS) erhoben. Die Schwierigkeit und die wahrgenommene Belastung der Befragung wurden anhand einer numerischen Skala (0-10) erfasst.

Ergebnisse: Die Rücklaufquote lag bei 27.88%. Die Auswertung basierte auf 237 Hauptstudienteilnehmern, 38 weiteren Angehörigen (Interrater) und 55 Teilnehmern, die den Fragebogen nach 8 Wochen erneut ausfüllten. Die Werte der internen Konsistenz des gesamten Fragebogens ($\alpha=0.86$), Interrater-Reliabilität ($ICC(1,1)=0.79$) und Retest-Reliabilität ($ICC(2,1)=0.85$) waren gut. Die konvergente Reliabilität zwischen POS und CODE ($r=-.46$) war gegeben. Die Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation zeigte eine 7-Faktorenlösung (Unterstützung und Zeit der Ärzte und Pflege; Spirituelle und emotionale Unterstützung, Informationsvermittlung und Entscheidungsfindung, Umgebung, Informationen über den Sterbeprozess, Symptomkontrolle, Unterstützung zum Zeitpunkt des Todes und danach). Die Schwierigkeit und die wahrgenommene

Belastung der Befragung wurden niedrig bis moderat eingeschätzt.

Fazit: CODE-GER ist ein reliabler und valider Fragebogen, der zur Erfassung der Betreuungsqualität in Krankenhäusern empfohlen werden kann.

P6

Unterstützungsbedürfnisse erheben - Entwicklung und Evaluierung einer Schulung für den KOMMA-Ansatz

Kreyer C.¹, Pleschberger S.²

¹UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Hall in Tirol, Austria, ²GÖG - Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria

Die Implementierung des KOMMA-Ansatzes in vier Hospiz-/Palliativdiensten in NRW ist Ziel eines praxisorientierten Forschungsprojekts. Dieser nutzerorientierte Ansatz umfasst die Selbsteinschätzung von Bedürfnissen durch Angehörige mittels eines Assessmentbogens. Da dies ein Umdenken erfordert, ist es wichtig, die Mitarbeiter/innen dafür auszubilden. Ziel war die Entwicklung und Evaluierung einer Schulung, um Hospizkoordinator/innen und Palliativpflegekräfte für die Anwendung des KOMMA-Ansatzes in der Praxis zu befähigen.

Auf Basis der englischen Schulung und den Ergebnissen der Validierung des KOMMA-Bogens wurde ein Schulungsdesign entwickelt. Die Schulungsunterlagen wurden übersetzt und an den deutschen Kontext angepasst. Konzepte für eine Multiplikator/inn/en/schulung und eine Anwender/innen/schulung wurden entwickelt und erprobt. Zur Evaluierung wurden eine Gruppendiskussion mit den Multiplikatorinnen (n=6) durchgeführt sowie eine schriftliche Befragung der Mitarbeiter/innen (n=17).

Sechs Multiplikatorinnen nahmen an der Multiplikator/inn/en/schulung teil und führten daraufhin die Anwender/innen/schulung durch. Letztere bestand aus einem dreischrigen Vorgehen:

- (1) Basismodul,
- (2) Praktischer Einsatz bei 2 - 3 Angehörigen,
- (3) Follow up.

Die Multiplikatorinnen schätzten sich als gut vorbereitet für die Durchführung der Schulungen ein. Die Schulungsunterlagen wurden als klar und nützlich eingestuft. Die Mitarbeiter/innen beurteilten die Schulung als sehr gut bis gut: insbesondere das dreischrige Vorgehen wurde als sehr sinnvoll bewertet. Zeitlich war es z.T. nicht möglich, den KOMMA-Ansatz bei mehr als einem Angehörigen zu erproben.

Das Schulungskonzept hat sich bewährt, um Mitarbeiter/innen ambulanter Palliativteams auf den KOMMA-Einsatz vorzubereiten. Zwischen der Basisschulung und dem Follow up sollte mehr Zeit eingeplant werden, damit es gelingt, den KOMMA-Ansatz praktisch zu erproben und die ersten Erfahrungen im Follow up zu besprechen.

P7

SAVOIR - ein vom Innovationsfond gefördertes Projekt zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie (Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede)

Freytag A.¹, Jansky M.², Schneider W.³, Vollmar H.C.¹, Wedding U.⁴, Meißner W.⁴, für die SAVOIR Studiengruppe

¹Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Jena, Germany, ²Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany, ³Universität Augsburg, Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung, Augsburg, Germany,

⁴Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Abteilung Palliativmedizin, Jena, Germany

Hintergrund: Das Projekt SAVOIR (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede) evaluiert die Umsetzung der SAPV-Richtlinie des G-BA (§ 92a Abs. 2 Satz 5

SGB V).

Methodik: Evaluierung aus Perspektive von Patienten, Angehörigen, SAPV-Teams und anderen Leistungserbringern. 5 Teilprojekte: 1) Einfluss von Strukturmerkmalen der SAPV auf Versorgungsparameter; 2) Patienten- und Angehörigenperspektive; 3) Perspektive von SAPV-Teams und weiterer Leistungserbringer; 4) Perspektive der Hausärzte; 5) Perspektive der Kostenträger. Datenbasis: Strukturdaten der SAPV-Teams, Behandlungs- und Patientendaten, Erhebung der Prozess-/Ergebnisqualität aus Patientenperspektive, qualitative Datenerhebung in ausgewählten SAPV-Teams, schriftliche Befragung von Hausärzten, GKV-Routinedaten von verstorbenen Barmer-Versicherten aus 2016.

Bisherige Ergebnisse: TP1: Erhebung von Strukturdaten der SAPV-Teams (n=238); prospektive Erhebung von Patientendaten aus Routinedokumentation (PalliDoc, ISPC) für 6 Monate; **Ziel:** n=75 Teams. TP2: Adaptierung des Patientenfragebogens QUAPS, Rekrutierung und Schulung von n=50 SAPV-Teams. TP3: Entwicklung qualitativer Leitfäden für problemzentrierte Interviews/Fokusgruppen mit SAPV-Teams; Erstellung eines typisierten Auswahltableaus von SAPV-Organisations-/Infrastrukturmerkmale für 10 Einzelfallstudien bundesweit. TP4: Finalisierung des Hausärzte-Fragebogens; anonyme postalische Befragung von n=6000 Hausärzten aus 8 KVen; Erwarteter Rücklauf: 20%. TP5: Retrospektive Kohortenstudie (ambulante/stationäre/gemischte palliativmedizinische Versorgung) mit pseudonymisierten Routinedaten der BARMER Krankenkasse; Subgruppenanalysen zur Inanspruchnahme und Verzahnung von AAPV und SAPV.

Schlussfolgerung: Die umfassende Datenanalyse erlaubt eine Identifizierung von qualitätsassoziierten Faktoren. Darauf basierend werden Empfehlungen zur Überarbeitung der SAPV-Richtlinie des GBA erarbeitet.

P8

Explorative Mixed-Methods-Studie zu Sedierung am Lebensende außerhalb der spezialisierten Palliativversorgung - Studienprotokoll

Meesters S.¹, Bolzani A.¹, Bausewein C.¹, Schildmann E.¹

¹Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany

Hintergrund: Sedierung zur Linderung von Leiden an anderweitig nicht kontrollierbaren Symptomen am Lebensende ist eine häufige und gleichzeitig kontrovers diskutierte Praxis. Für Deutschland liegen bisher keine, international wenige empirische Daten zu Praxis und Herausforderungen von Sedierung am Lebensende in der allgemeinen Palliativversorgung (PV) vor.

Ziele:

1. Beschreibung der Häufigkeit und Charakteristika verschiedener Formen von Sedierung in den letzten sieben Lebenstagen in ausgewählten Krankenhausabteilungen (außer Palliativstationen) und Pflegeheimen.
2. Untersuchung von Erfahrungen, Herausforderungen und potentiellen Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht der betreuenden Ärzte und Pflegenden.
3. Evaluation publizierter Leitlinien zu Sedierung am Lebensende bezüglich der Anwendbarkeit auf Settings der allgemeinen PV.

Methodik: Sequential Explanatory Design :

1. Multizentrische retrospektive Aktenanalyse der in Krankenhausabteilungen (geplant n=500) und Pflegeheimen (geplant n=650) in den letzten Jahren Verstorbenen. Erfasst werden Benzodiazepine, Neuroleptika sowie Opioide: Dosis, Applikationsweg, Dauer, Indikation, Bezeichnung der Therapie, Entscheidungsfindung und Symptomverlauf. Analyse mittels deskriptiver Statistik und multipler Regressionsanalyse.
2. Basierend auf den Ergebnissen: Qualitative semistrukturierte Interviews und Fokusgruppen mit betreuendem Fachpersonal in Krankenhäusern und Pflegeheimen; Analyse mittels Framework Methode.
3. Komparative Analyse der Ergebnisse mit publizierten Leitlinien zu Sedierung am Lebensende.

Diskussion: Die Studienergebnisse werden eine erste Bestandsaufnahme der Handlungspraxis und möglicher Herausforderungen von Sedierung am Lebensende in der allgemeinen PV in Deutschland liefern. Darüber hinaus können sie dazu beitragen, Leitlinien und andere Unterstützungsangebote für Ärzte und Pflegende in der allgemeinen PV anzupassen oder neu zu entwickeln.

P9

Entwicklung eines Interviewleitfadens als Teil eines Erhebungsinstrumentes zur Messung der Wirksamkeit der SAPV in 3 Regionen in Nordrhein - eine Fokusgruppenanalyse

Krumm N.¹, Stumm V.², Dillen K.³, Schmidt H.³, Hesse M.⁴, Rietz C.², Radbruch L.⁴, Voltz R.³, Rolke R.¹

¹Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Germany, ²PH Heidelberg Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Erziehungswissenschaft, Heidelberg, Germany, ³Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Germany, ⁴Universitätsklinik Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Germany

Fragestellung: In Nordrhein ist die ambulante Palliativversorgung (APV) eine etablierte Struktur zur Versorgung von Patienten und ihren Zugehörigen, die mit einer fortschreitenden unheilbaren Erkrankung konfrontiert sind. Sowohl allgemeine (AAPV) wie auch spezialisierte (SAPV) Strukturen sind nahezu flächendeckend vorhanden. Um mehr über die Wirksamkeit der ambulanten Versorgung zu erfahren, wurde im Rahmen des Innovationsfondsprojektes APVEL eine Fokusgruppe mit Expert*innen aus der APV durchgeführt, um inhaltliche Domänen eines daraus folgenden halbstrukturierten Interviewleitfadens herzuleiten. Das Interview wird im Rahmen eines Mixed-Methods Ansatzes Teil eines qualitativen und quantitativen Erhebungsinstrumentes zur vergleichenden Messung der Wirksamkeit der SAPV vs. AAPV in 3 Modellregionen in Nordrhein sein.

Methodik: Homogene Fokusgruppe mit Ärzt*innen (N=5) aus der APV und dem Medizinischen Dienst (MDK) (N=1). Die Audioaufzeichnung der Fokusgruppe wurde verbatim transkribiert und inhaltsanalytisch (Mayering, 2003) unter Verwendung von MaxQDA ausgewertet.

Ergebnis: Der MW der Tätigkeit in der APV lag bei 10 Jahren (SD=9,71). Die Dauer des Gespräches betrug 70 min. Neben der Symptomlinderung konnten 6 Themenbereiche identifiziert werden. Erreichbarkeit, Informationsweitergabe, Angehörige wahrnehmen, Teamkoordination, patientenbezogene Koordination, Netzwerke.

Schlussfolgerung: Die gefundenen Themen lassen sich den Wirksamkeitsdomänen „Symptomlinderung“, „Sicherheitsversprechen“ und weniger im Vordergrund „Herstellung eines geregelten Alltags“ zuordnen und bestätigen soziologisch orientierte Wirksamkeitskonzepte der SAPV (Schneider et al., 2015). Ärztliche Expert*innen aus der APV beschreiben das Sicherheitsversprechen als ein zentrales wirksames Element von APV. Dabei werden sowohl strukturelle Unterschiede von allgemeinen und spezialisierten Versorgungsangeboten als auch individuelle Bedarfe von Patient*innen und ihren Zugehörigen unterschieden.

P10

Rekrutierung von Teilnehmenden für Versorgungsforschungsprojekte im palliativen Kontext - Erfahrungen aus der ELSAH-Studie

Gruber D.¹, Hach M.², Erler A.¹, Gerlach F.M.¹, Ulrich L.-R.¹

¹Institut für Allgemeinmedizin der Goethe Universität, Frankfurt am Main, Germany, ²Fachverband Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Hessen, Wiesbaden, Germany

Fragestellung: Versorgungsforschung im palliativen Kontext birgt aufgrund der vulnerablen Untersuchungsgruppe gewisse Herausforderungen. Im Arbeitspaket 2 der ELSAH-Studie (Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen) werden die besonderen Belange von unheilbar erkrankten Kindern und Jugendlichen im Rahmen der SAPV untersucht. Dazu finden Datenerhebungen bei Leistungserbringern und betroffenen Familien statt. Dieser Beitrag zeigt Erfahrungen sowie praktische Hinweise zur Rekrutierung von Studienteilnehmer auf.

Methodik: Abbildung 1 zeigt den Rekrutierungsablauf.

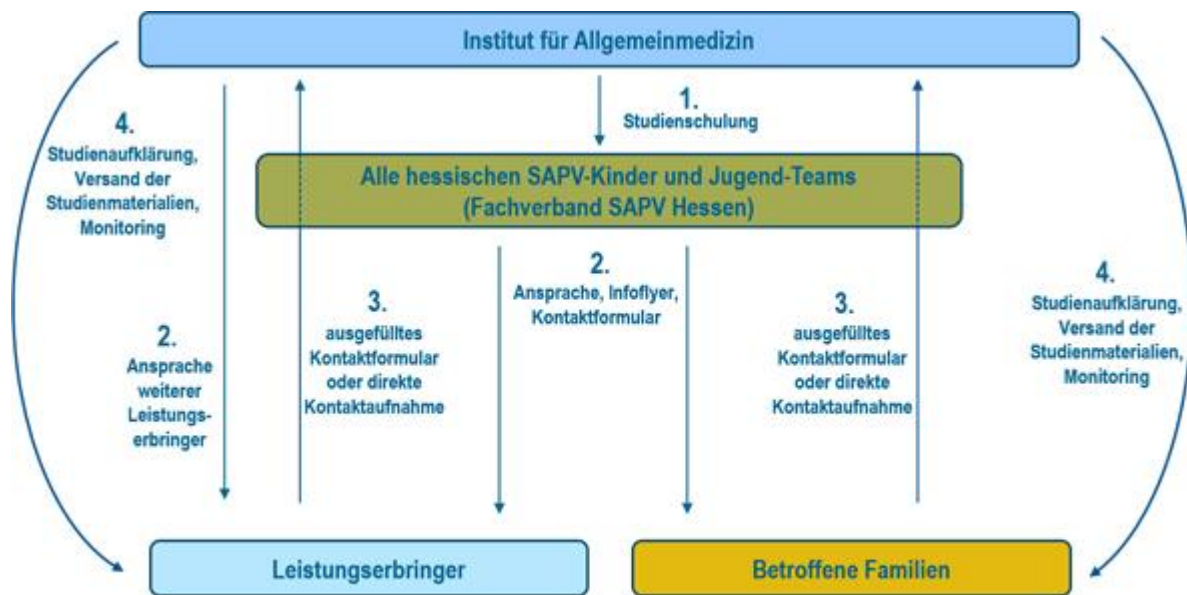


Abb. 1: Ablauf der Rekrutierung

[Abb 1.: Ablauf der Rekrutierung]

Ergebnis: Die Rekrutierung war deutlich zeitintensiver, als zunächst geplant. Gründe hierfür waren vor allem die hohe Arbeitsbelastung der Leistungserbringer sowie der schwierige Zugang zu betroffenen Familien. Aufgrund ihrer verletzlichen Situation, musste ein „passender“ Zeitpunkt für die Ansprache zur Studienteilnahme abgewartet werden. Dadurch verzögerte sich auch die Datenerhebung. Insgesamt zeigten die angesprochenen Familien jedoch eine große Offenheit und eine hohe Teilnahmebereitschaft gegenüber der Studie.

Schlussfolgerung: Folgende Hinweise lassen sich aus den Rekrutierungserfahrungen der ELSAH-Studie ableiten: Die Ansprache über die SAPV-Teams erleichtert den Zugang zu betroffenen Familien und die Ansprache für eine Studienteilnahme. Diese hat aufgrund der schwierigen Lebenssituation der Familien jedoch keine Priorität, was eine vermehrte sowie für das gesamte Forscherteam transparente, ausführliche Dokumentation der Kontaktaufnahme erforderlich macht. Bei der Studienplanung sollte ausreichend Zeit für die Rekrutierung und mögliche Verzögerungen eingeplant werden.

P11

In vivo Aktivitätsmessung von CYP3A bei Patienten auf einer Palliativstation

Geist M.J.P.¹, Bardenheuer H.J.¹, Burhenne J.², Mikus G.²

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Heidelberg, Germany, ²Universitätsklinikum Heidelberg, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Heidelberg, Germany

CYP3A ist am Stoffwechsel von ca. 50% aller zurzeit erhältlichen Arzneimittel beteiligt. Bei Palliativpatienten fehlen Erkenntnisse über die für den Medikamentenabbau notwendigen Stoffwechselleistungen. Insbesondere ist unklar, ob sich die Aktivität der CYP-Enzyme in der Palliativsituation verändern und somit Medikamente zur Symptomlinderung richtig dosiert werden. Aus dieser Fragestellung heraus muss zunächst der CYP3A Status bei Palliativpatienten erhoben werden, damit in Zukunft Dosisanpassungen von CYP3A Substraten vorgenommen werden können. Zur CYP3A-Aktivitätsbestimmung wird Midazolam als Markersubstanz eingesetzt und dem Patienten in einer Mikrodosis verabreicht, ohne dass klinische oder pharmakologische Effekte auftreten. Die Quantifizierung der Midazolamkonzentrationen im Plasma erfolgt mittels UPLC-Tandem-

Massenspektrometrie. Mit Hilfe von Clearance-Berechnungen werden Rückschlüsse auf die Enzymaktivität gewonnen.

Die prospektive Untersuchung wurde durch die zuständige Ethikkommission genehmigt und wird unter klinischen Bedingungen auf der universitären Palliativstation des Universitätsklinikums Heidelberg durchgeführt.

Nach oraler Dosierung einer Mikrodosis Midazolam werden 5 Blutproben (à 2,7 ml) entnommen (limited sampling strategy). Bei Patienten mit kontinuierlicher Midazolaminfusion wird nur eine Blutprobe (2,7 ml) frühestens 12 Stunden nach Beginn der Infusion (konstante Dosierung) abgenommen.

Es sollen maximal 100 Patienten auf ihre CYP3A Aktivität untersucht werden.

Bislang konnten 43 Patienten erfolgreich untersucht werden. Die Studiendurchführung stellte dabei keine Belastung für die Patienten dar.

Es handelt sich um die erste prospektive Studie, die den Metabolismus von CYP3A abhängigen Medikamenten bei Patienten unter klinischen Bedingungen einer palliativen Therapie überprüft. Mittels etablierter analytischer Methoden soll die medikamentöse Therapie zur Symptomkontrolle durch optimierte Dosierungsempfehlungen zukünftig verbessert werden.

P12

Palliativmedizin in der Ärztlichen Ausbildung als QB13 und darüber hinaus - eine Lehrumfrage
Elsner F.¹, Ohlmeier L.¹, Neukirchen M.², Ilse B.³, Scherg A.², AG Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

¹Universitätsklinikum RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Germany,

²Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Germany,

³Universitätsklinikum Jena, Hans-Berger-Klinik für Neurologie, Jena, Germany

Hintergrund: Seit 2009 ist Palliativmedizin als „Querschnittsbereich 13“ integraler Bestandteil des Medizinstudiums. Die DGP hat die Empfehlung ausgesprochen, mit einem Umfang von mindestens 40h multiprofessionelle Lehre an allen Medizinischen Fakultäten zu etablieren. Die Implementierung des QB13 wurde seit 2006 durch regelmäßige Lehrstandserhebungen begleitet. An vielen Fakultäten existieren zusätzliche Angebote im Praktischen Jahr und Wahlcurriculum, um dem eigenen Anspruch an gute Lehre und den Wünschen der Studierenden gerecht zu werden. Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Stand der Ärztlichen Ausbildung im Fach Palliativmedizin abzubilden.

Methoden: Die Lehrbeauftragten für das Fach Palliativmedizin aller Medizinischen Fakultäten in Deutschland wurden gebeten, sich an einer elektronischen Umfrage zu beteiligen. Die Datenerhebung erfolgte mittels Survey Monkey® und umfasste 18 Items, die sich auf Struktur und Inhalt der Lehre, sowie die Qualifikation der Dozierenden bezogen.

Ergebnisse: Aktuell haben 17 Fakultäten an der Befragung teilgenommen. Der überwiegende Teil der Teilnehmer waren Ärzte (n=16), alle mit einer Qualifikation in Palliativmedizin. An zwei der teilnehmenden Kliniken gibt es keine Palliativstation. Der überwiegende Teil der palliativmedizinischen Lehre findet ab dem 4. Studienjahr statt. Als Prüfungsformat überwiegt Multiple Choice und es werden primär kognitive Lernziele geprüft, wobei in der Lehre auch affektive und psychomotorische Lernziele berücksichtigt werden. Etwa ein Drittel (n=6) der Befragten bietet Palliativmedizin als PJ-Tertial an.

Diskussion: Die endgültigen Ergebnisse stehen derzeit noch aus, außerdem soll sich eine Befragung von PJ-Studierenden anschließen, um auch die Perspektive der Studierenden zu berücksichtigen. Erste Befragungsergebnisse machen deutlich, dass es weiterhin Entwicklungspotential, insbesondere hinsichtlich Multiprofessionalität und Gestaltung von Prüfungen, gibt.

P13

Humorinterventionen in der Palliativmedizin: Eine Literaturübersicht

Linge-Dahl L.¹, Heintz S.², Ruch W.², Radbruch L.^{1,3}

¹Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Germany, ²Psychologisches Institut,

Hintergrund: Das Hauptziel der Palliativmedizin besteht darin, die Lebensqualität der Patienten, welche unter einer lebensbegrenzenden Erkrankung leiden, zu optimieren. Dies beinhaltet ebenfalls psychosoziale und spirituelle Aspekte. Untersuchungen ergaben, dass Humor und Lachen positiv mit Lebenszufriedenheit und anderen Aspekten von Wohlbefinden korrelieren, und dass Symptome durch humorvolle Eindrücke gelindert werden können. In Kinderkliniken und teilweise auch in Seniorenheimen wurden bereits Besuche von Klinikclowns dazu verwendet, das Wohlbefinden der Patienten bzw. Bewohner zu verbessern.

Ziele: Das Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, die vorliegenden Studien zu Humorinterventionen und -erfassung in der Palliativmedizin zu evaluieren und daraus Schlüsse für zukünftige Studien zu ziehen.

Methoden: Durch eine systematische Literaturanalyse von vier Datenbanken wurden 14 Studien zu dem Thema gefunden. Einschlusskriterien waren peer-reviewed, englischsprachige Studien zu Humorinterventionen oder Diagnostik in einem palliativen Kontext.

Ergebnisse: Zwei Studien zu Humorinterventionen und 12 Studien zur Humorerfassung wurden ausgewählt. Die meisten erfassten die Sicht von Humor in der Palliativmedizin aus der Patientenperspektive. Die Ergebnisse zeigten positive Auswirkungen von Humor auf Patienten, Angehörige und Mitarbeiter. Humor wurde weitestgehend als angemessen und hilfreich wahrgenommen.

Schlussfolgerungen: Obwohl Humorinterventionen hilfreich für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter in der Palliativmedizin zu sein scheinen, sind Nachweise über eine wissenschaftliche Prüfung dieses Effektes spärlich. Weitere Forschungsarbeiten sind nötig um eine solide wissenschaftliche Grundlage für die Implementierung von Humor und Lachen in der Palliativpflege zu schaffen.

P14

Pilotprojekt zur ACP- BVP Beratung in der Altenhilfe - Struktur und Effekte auf die Bewohner

Petri S.¹, Thiersch S.¹, Marckmann G.¹

¹Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Universität München, München, Germany

Hintergrund: § 132g SGB V fördert die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen nach dem Konzept des Advance Care Planning (ACP) - Behandlung im Voraus planen (BVP). Bisher gibt es wenig Erfahrungen mit den Auswirkungen auf die Bewohner von Einrichtungen der Altenhilfe. Von 2015 - 2017 wurde ein Pilotprojekt des Caritasverbandes München dazu in zwei Einrichtungen der Altenhilfe durchgeführt.

Ziel: Ermittlung der Struktur der Gespräche sowie der Auswirkungen auf die teilnehmenden Bewohner.

Methode: In einer Pilotstudie in zwei stationären Altenhilfeeinrichtungen wurde die Struktur von 55 Beratungsprozessen erfasst. Zusätzlich füllten 18 Bewohner einen Fragebogen (Likert-Skala) aus.

Ergebnisse: Kenntnis von dem als wichtig bewerteten Angebot (100%) erhielten die Bewohner überwiegend durch die Mitarbeiter der Einrichtungen. Die Motivation zur Annahme lag in der insbesondere in der Sicherung der Selbstbestimmung und der Entlastung der Angehörigen. Die Gesprächsprozesse umfassten inhaltlich zumindest die Vertretung, die Einstellungen sowie den Notfall. Sie dauerten im Mittel zwei Stunden und bestanden überwiegend aus 2-3 Gesprächen. Inhaltlich wurden insbesondere die Gespräche über zukünftige medizinische Entscheidungssituationen (83%), die Benennung eines Vertreters (72%) und die Einstellungen zu Leben und Sterben (61%) als wichtig angesehen. Die Gesprächsführung bewerteten die Bewohner als angenehm (83%), sowie inhaltlich (67%) und von der zeitlichen Gestaltung (94%) passend. Sie schätzten ein ruhiges, fachlich kompetentes Gespräch mit guten Erklärungen. Wichtig war die Möglichkeit späterer Änderungen. Belastungen durch die Gespräche waren die Ausnahme (6%). 95% der erstellten Notfallpläne waren von den behandelnden Ärzten unterschrieben.

Diskussion: Die Einflussfaktoren auf die Gespräche sind im Hinblick auf ihre Art und Auswirkung näher zu untersuchen.

Zusammenfassung: ACP-BVP Gespräche sind zeitaufwendig, haben aber überwiegend positive Effekte auf die Bewohner.

P15

FÜR|SICH|VOR: SORGEN - Advance Care Planning in der Region Augsburg

Eichner E.¹, Flach R.^{1,2}, Rasehorn E.^{1,3}, Deschler C.^{1,4}, Aulmann C.^{1,5}

¹Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Augsburg, Germany, ²Hospiz-Gruppe 'Albatros' e.V., Augsburg, Germany, ³AWO Betriebsträger und Projektentwicklungsgesellschaft mbH, Augsburg, Germany, ⁴Pflegedienst Deschler GmbH, Augsburg, Germany, ⁵Klinikum Augsburg, Interdisziplinäres Zentrum für palliative Versorgung, Augsburg, Germany

Hintergrund: Ausgehend von der SAPV-Krisenplanung wurde ab 2014 eine Patientenverfügung für Notfälle entwickelt, aus der dann FÜR|SICH|VOR: SORGEN entstand, das seit 01.01.2017 in der Region Augsburg implementiert wird.

Neben den drei typischen ACP-Säulen zeichnet es sich durch folgende Merkmale aus:

1. „Sorge“ im Mittelpunkt des ACP

FÜR|SICH|VOR: SORGEN stellt den SORGE-Begriff in den Mittelpunkt des ACP. Der Betroffene ist primär Verantwortlicher und sorgt für sich selbst (und seine Zugehörigen) vor. Die professionell Beratenden sind notwendige und qualifizierte Begleiter, die den Betroffenen in seiner Sorge um sich selbst begleiten.

2. Selbstsorge anstelle Versorgungsplanung

Primär gilt es herauszufinden, welchen Lebensentwurf und welche Werte ein Mensch über eine medizinische Vorsorge hinaus hat. Daraus ergibt sich meist fast logischerweise, welche Behandlungen ein Mensch am Lebensende für sich haben oder nicht haben möchte.

3. Vertrauen in die professionell Handelnden

FÜR|SICH|VOR: SORGEN geht davon aus, dass allen professionell Handelnden wie Ärzten, Pflegediensten, Krankenhäusern etc. auch in der Palliation grundsätzlich vertraut werden kann. Daraus leitet sich ab, dass in den Dokumenten (II) von FÜR|SICH|VOR: SORGEN Handlungsspielräume erhalten bleiben und nicht nur explizite Verbote ausgesprochen werden.

4. Notwendigkeit der Anpassung von Organisationsprozessen an die Betroffenen

Damit ACP-Willensäußerungen wie die Patientenverfügung für Notfälle zu einem gegebenen Zeitpunkt X umgesetzt werden bedarf es auch der Anpassung von Organisationsprozessen. U.a. deswegen ist in Augsburg ein Hospiz- und Palliativbeauftragter in den Alten- und Pflegeheimen als Teil eines solchen Entwicklungsprozesses konzipiert und bereits in den ersten Heimen vertraglich verankert worden. Weitere Entwicklungsschritte müssen nun noch erfolgen.

P16

Ambulante Ethikberatung in der SAPV - Möglichkeiten und Chancen aus Sicht der Berliner Versorger*innen

Kranz S.J.¹

¹Alice Salomon Hochschule, Berlin, Germany

Hintergrund: Ethikberatung hat sich in deutschen Kliniken etabliert, im ambulanten Versorgungssektor existiert sie jedoch nur rudimentär. Beteiligte der ambulanten Palliativversorgung haben daher nur selten Zugang zu ethischen Beratungsangeboten. Gleichsam wird der Begleitung von Menschen am Lebensende häufig ein hohes ethisches Konfliktpotenzial zugeschrieben. Vor diesem Hintergrund wird der Fragestellung : *Welche Potenziale bietet ambulante Ethikberatung für die SAPV in Berlin?* nachgegangen.

Methode: Dieser Fragestellung wird mit Hilfe acht leitfadengestützter Expert*inneninterviews und inhaltsanalytischer Auswertung nach Kuckartz im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns nachgegangen. Die Expert*innen - multiprofessionelle Versorger*innen - schildern, mit welchen ethischen Herausforderungen sie konfrontiert sind, wie sie diese bewältigen und welche Unterstützung sie sich dabei wünschen.

Ergebnis: In den Interviews wird deutlich, dass die Berliner SAPV ein ethisch hochsensibles

Tätigkeitsfeld ist. Die Versorger*innen sehen sich mit Spannungsfeldern sowie ethischen Fragestellungen und Konflikten im Berufsalltag konfrontiert. Diese müssen bewusst und sorgsam bewältigt werden, um Versorgungsqualität und nachhaltige Entlastungen für alle Beteiligten zu schaffen. Es wird gezeigt, dass verschiedene Bewältigungsstrategien und Unterstützungsangebote im Umgang mit ethischen Herausforderungen in der Berliner SAPV vorhanden sind, diese jedoch häufig unstrukturiert sind und nur bedingt genutzt werden. Ethikberatung zeigt hohes Potenzial für die Berliner SAPV. Sie kann die ethische Kompetenz der Einzelnen stärken, Entscheidungsfindungsprozesse transparent und strukturiert gestalten sowie für konkrete Fragestellungen die bestmögliche ethisch begründete Entscheidung ermitteln. Letztlich kann ambulante Ethikberatung Orientierung und Handlungssicherheit für die Beteiligten in einem ethisch hochsensiblen Versorgungsbereich schaffen.

P17

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen mit Migrationsbiografie - Chancen und Herausforderungen im Hospizdienst

Päffgen C.¹

¹*Uniklinik Köln, Köln, Germany*

Die Gesellschaft der Bundesrepublik zeichnet sich durch kulturelle Diversität und Vielfalt aus. Der Hospizdienst nimmt für sich in Anspruch, die Phase des Sterbens als Teil des vielfältigen Lebens zu wahren.

Nachbarschaftliche Zuwendung bildet das Rückgrat der Hospizversorgung. Gerade diese Grundhaltung verteidigt das Ehrenamt und sichert die zivilgesellschaftliche Teilhabe. Das Ehrenamt steht vor der Herausforderung in der heutigen gewachsenen bürgerlichen Struktur auch die Heterogenität der pluralistischen Gesellschaft in den Hospizdienst einfließen zu lassen.

Daraus resultiert die Forderung an ein Ehrenamt bestehend aus allen Schichten, Altersklassen, Religionen, Geschlechtern und Migrationsbiografien. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen mit Migrationsbiografie sind folglich unabdingbar für das Abbild der alltäglichen Realität und können zu einer Milieuerweiterung innerhalb des Teams beitragen. Die Mehrheitsgesellschaft neigt zu einer positiven Überbewertung der jeweiligen kulturellen Herkunft hinsichtlich der interkulturellen Kompetenz bei EhrenamtlerInnen mit Migrationsbiografie. Die Beherrschung und der bewusste Einsatz unterliegt zuvor einem prozessualen Erwerb. Es handelt sich um eine Transferkompetenz verschiedener Schlüsselqualifikationen, die erlernt werden müssen. Die Herausforderung für den Hospizdienst hinsichtlich ehrenamtlicher MitarbeiterInnen mit Migrationsbiografie besteht folglich in der strukturellen Abhängigkeit zum politisch-gesellschaftlichen System.

Der Hospizdienst alleine verfügt nicht über die kompensatorischen Ressourcen um verpasste Bildungschancen und Integrationsprozesse auszugleichen. Ehrenamtliche MigrantInnen bieten die Chance für eine Weiterentwicklung des Hospizes zu einem realen Abbild der Gesellschaft. Die dadurch gewonnene Interkulturalität macht das Hospiz noch interessanter für das Ehrenamt, da dadurch ein Synergieeffekt des kulturellen Austausches und des gemeinsamen Lernens entsteht.

P18

Halt im Leben durch Rituale. Gottesdienstliche Feiern mit Menschen mit Demenz - Welche Aspekte und Faktoren können die Wirksamkeit des Erlebens fördernden?

Fleck C.^{1,2}

¹*Bundesverband Trauerbegleitung e.V. (BVT), Klingenmünster, Germany, ²Erzbischöfliches Ordinariat München, Fachbereich Seelsorge in stationären Einrichtungen, München, Germany*

Für Menschen, die in ihrem Leben durch Demenz beeinträchtigt sind, verliert das Leben an Stabilität. Gemeinsam erlebte Rituale können unter bestimmten Bedingungen Möglichkeiten bieten, diesem Verlust zu begegnen. Wenn sprachliche Kommunikation nur noch begrenzt wirksam ist, kann dies

durch nonverbale ergänzt werden, es wird auf andere Ressourcen zurückgegriffen. Eine Form dieser Rituale sind gottesdienstliche Feiern, die in ihrer Form auf die individuelle Situation der Menschen eingeht. Diese Formen können in stationären Senioreneinrichtungen angeboten werden, aber auch in Kirchengemeinden. Hintergründe stützender Faktoren: Als Grundlage werden vielfach empirisch verifizierte Erkenntnisse aus der Motivationsforschung (u.a. Deci, Ryan, Krapp) herangezogen. Als wirksame Faktoren wurden dort Selbstwirksamkeit, Autonomie und Einbindung in soziale Systeme und Beziehungen benannt, jeweils als subjektiv erlebt. Die Praxis von Ritualen in gottesdienstlicher Form kann vor diesem theoretischen Hintergrund reflektiert werden, hier für die Situation von Menschen in dementieller Situation. Bei der Gestaltung der Feiern können einzelne Elemente und Strukturen helfen. Rituale können o Verbindung herstellen. - zu mit anderen in der aktuellen Situation (gefördert z.B. durch gemeinsames Sitzen im Kreis) - mit sich selbst in der eigenen Lebensgeschichte (durch vertraute Formen, auch nonverbal wahrnehmbar) - mit anderen Menschen in der Vergangenheit (z.B. in biblischen Texten), die in ihren Situationen ähnliche Gefühle erlebt haben (z.B. Freude, Trauer, Angst, Verwirrt-Sein, ...). o ein Erleben von Autonomie in einem „so sein dürfen“ unterstützen. o ein Erleben eines Sich-Beteiligen-Könnens, eines etwas Tun-Dürfens und Könnens ermöglichen z.B. in vertrauten Liedern, Gesten, spontanem Sich-Äußern-Können.

P20

Spirituelle Räume betreten

Schmohl C.¹

¹*Klinikum Stuttgart, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Evang. Krankenhausseelsorge, Stuttgart, Germany*

Religion und Spiritualität werden in Deutschland oft als etwas sehr Persönliches angesehen.

Wir brauchen ein weites Verständnis von Spiritualität.

Begleiter*innen sollten allen Einstellungen von Menschen begegnen können.

In einem weiteren Sinn ist die spirituelle Dimension in jedem Menschen als eine Grundmelodie anwesend. Sie äußert sich in dem, was für die je eigene Person zutiefst bedeutsam ist.

Menschen verarbeiten Krankheit und Sterben auch auf der existenziellen und spirituellen Ebene.

Die Scheu, Patient*innen zu nahe zu treten ist primär gerade *kein* Zeichen mangelnder Kompetenz.

Gerade in spirituellen Fragen kommt es seitens *aller* Professionen entscheidend darauf an, Menschen in der existenziellen Situation schwerer Krankheit mit Takt und Fingerspitzengefühl zu begegnen.

Solche Gestaltung von Begegnungen kann Patient*innen ermöglichen, sich ihrer inneren spirituellen Räume und Kraftquellen (zunehmend oder erstmals) bewusst werden zu können.

Spirituelle Räume, Spiritual Care

P21

Palliativversorgung in Deutschland aus Sicht von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Studie

Rieger S.¹, Diehl E.¹, Letzel S.¹, Nienhaus A.², Escobar Pinzon L.C.^{1,3}

¹*Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mainz, Germany*, ²*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Hamburg, Germany*, ³*BAuA: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin, Germany*

Fragestellung: Aufgrund des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen [1] sowie der Zunahme an krebsbedingten Erkrankungen [2] ist der Ausbau der Palliativversorgung notwendig [3]. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Lage der Palliativversorgung aus Sicht der Palliativpflegekräfte zu

ermitteln.

Methodik: Als Datengrundlage wurde eine Querschnittsstudie (2017) von 1.316 Pflegekräften der stationären und ambulanten spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland (Rücklauf 39%) genutzt. Die Datenerhebung erfolgte schriftlich mittels eines selbstentwickelten Fragebogens.

Ergebnis: Die Pflegekräfte beurteilten die palliativpflegerische Versorgung mit 7% als sehr schlecht/schlecht, mit 42% als teils/teils und mit 51% als gut/sehr gut. Pflegekräfte auf Palliativstationen beurteilten die Versorgungsqualität schlechter als Pflegekräfte in Hospizen und der SAPV. War die Einrichtung der Pflegekräfte in einer Großstadt ansässig, wurde die Versorgungsqualität besser eingeschätzt als in einer Mittel- oder Kleinstadt. In Brandenburg und Rheinland-Pfalz gaben die Pflegekräfte mit über 15% am häufigsten eine schlechte Versorgung in ihrem Bundesland an.

Als Verbesserungsvorschläge wurden absteigend nach Häufigkeit: mehr und besser ausgebildete Fachkräfte und Ärzte, eine flächendeckende Versorgung, eine bessere Vernetzung zwischen den Einrichtungen und Professionen und eine bessere Öffentlichkeitsarbeit genannt. Die Verbesserungsvorschläge unterschieden sich nach Bundesland, Arbeitsbereich und Stadt/Land.

Schlussfolgerung: Die Mehrheit der Pflegekräfte war mit der palliativpflegerischen Versorgungsqualität in ihrem Bundesland zufrieden. Allerdings sahen die Pflegekräfte insbesondere hinsichtlich der Anzahl und Qualifikation der Fachkräfte und Ärzte sowie in der flächendeckenden Versorgung Nachholbedarf. Eine bessere Vernetzung/Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und Professionen und eine bessere Öffentlichkeitsarbeit sollten zudem weiter vorangetrieben werden.

P22

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) - zertifizierte Palliative Care (PC) Kurse, Kursleiter (KL) und Moderatoren (MO). Qualifikation und - Aktivitäten in Deutschland (D); Analyse nationaler Daten von 1998 - 2018

Schumacher E.^{1,2}, Kranz S.³, Kern M.^{4,5}

¹Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Akademie für Palliativmedizin, Bonn, Germany, ²DGP, Zertifizierungsstelle, Berlin, Germany, ³Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Geschäftsstelle, Berlin, Germany, ⁴Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Germany, ⁵ALPHA Rheinland, Bonn, Germany

Hintergrund: In D gibt es DGP zertifizierte Curricula (CU) für die Weiterbildung in PC verschiedener Berufs- und Zielgruppen: Pflege (P), 160 Unterrichtseinheiten (UE) (1996), multiprofessionell, früher: Assistenzberufe (MP), 40 UE (2010/2018), psychosoziale Berufsgruppen (PS) 120 UE (2002), Physiotherapie (PH) 40 UE (2007), Psychologie (PSY), 120 UE (2013), Palliative Praxis (PP) 40 UE (2014) Eingliederungshilfe (EH) 160 UE (2017), Pflegeberater (PB) 20 UE (2017). Alle CU decken u.a. Aspekte der Tumorschmerztherapie, Symptombehandlung, Kommunikation, ethische und rechtliche Aspekte, Umgang mit Sterben, Tod, Trauer jeweils spezifiziert auf die Zielgruppe ab. Seit 1998 ist es möglich eine durch die DGP anerkannte Kursleiter (KL) -Schulung zu absolvieren, seit 2014 die Moderatoren (MO) Schulung zur PP (ehemals Robert-Bosch-Stiftung von 2007). Kurse mit anerkannten KL bzw. MO werden durch die DGP zertifiziert. Die Prüfung der PC und MO Kurse, sowie Dokumentation und Evaluation erfolgt durch die Zertifizierungsstelle der DGP.

Ergebnisse: Von anfänglich 9 KL (1998) wurden bis 2018 insgesamt 391 KL ausgebildet, wovon 185 rezertifiziert (RZ) sind, sowie 237 MO, davon 196 RZ sind. Die RZ erfolgt durch ein von der DGP ermächtigtes Institut. Die Gesamtanzahl der PC Kurse stieg von 1 (1998) über 532 bis 2008 auf 2280 bis 2017. In 20 Jahren wurden insgesamt 32989 Teilnehmer durch die KL geschult. In der PP wurden seit 2014 insgesamt 5738 TN geschult.

Schlussfolgerungen: Nach wie vor steigende Zahl an etablierten Kursangeboten in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Das modulare Angebot im Bereich Pflege (MP und PP) mit einem geringeren Stundenumfang von 40 UE hat zu einem starken Anstieg an Kursangeboten geführt. Dadurch werden deutlich mehr Teilnehmer aus den Bereichen der Pflegeeinrichtungen erreicht.

P23

„Das Ende ist wichtig in allen Dingen - Plädoyer für alternative Konzepte in der palliativen Patientenversorgung in ländlichen Räumen“

Pohling M.¹, Dr. Med. Eckehard Martin / Carla Martin / Michael Pohling, in Zusammenarbeit mit „Die Zwei“ Pflegedienst in Lehre Diakonie Station Braunschweig, Filiale Cremlingen und Altenheim „Haus Wartburg“ Lehre

¹*Gemeinschaftspraxis Carla Martin, Drs.med.Eckehard Martin & Ilka Troche-Polzien, Lehre, Germany*

Unser Beitrag richtet den Blick auf die palliative Versorgung im ländlichen Raum der Bundesrepublik. Konstitutiv ist in diesem Kontext die auf praktischer Erfahrung basierende These, dass der in den letzten Jahren forcierte Ausbau palliativer Einrichtungen den tatsächlichen Bedarf bislang nicht vollständig deckt. Anhand von Beispielen plädieren die Autoren für den Ausbau alternativer palliativer Versorgung in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen. Besonders unter Entwicklung steigender Kosten und sich verändernder Strukturen in der medizinischen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum in der BRD, bieten alternative Konzepte zur palliativen Versorgung Chancen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung flächendeckender Betreuung von PatientInnen und Angehörigen und ermöglichen eine würdevolle Begleitung auf den letzten Lebenswegen. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden ist nicht nur das Engagement der praktisch Tätigen ausschlaggebend. Vielmehr müssen alternative Denkansätze auch auf institutioneller Ebene, im Finanz- und im politischen System verfolgt werden. Die finanzielle Belastung Angehöriger sowie administrative Verordnungen stellen hier Hürden für eine würdige Versorgung und Gleichbehandlung von PalliativpatientInnen dar. Ein Umdenken in der PalliativpatientInnen-Versorgung, unter Nutzung bestehender Ressourcen, finanziell wie emotional kann eine gelungene Alternative zum Ausbau vollstationärer Einrichtungen, insbesondere in strukturschwachen Regionen, bedeuten. Alternative Konzepte der palliativen Versorgung sind an den Bedürfnissen von Menschen und Regionen auszurichten und zu entwickeln und in den Fokus wissenschaftlicher Arbeit aufzunehmen. Im Kontext aktueller Entwicklungen scheinen alternative Denkansätze unausweichlich. Und so erfordern sich verändernde Strukturen auch eine Veränderung und Flexibilität in der modernen Palliativ-Versorgung. Diese Veränderung ist im Sinne für die Betroffenen wünschenswert.

P24

Welches zusätzliche Therapieangebot für wen? - Erwartungen und Erfahrungen von SAPV-Patienten mit Seelsorge und Atemtherapie

Ritter D.¹, Bausewein C.¹, Schunk M.¹, Klein C.¹, Feddersen B.¹

¹*Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin Klinikum der Universität München, München, Germany*

Hintergrund: Multiprofessionalität ist ein spezifisches Charakteristikum in der Palliativversorgung. Allerdings ist oft unklar, welche Erfahrungen Patienten mit nicht-medizinischen Therapieangeboten verbinden.

Fragestellung: Untersuchung, ob und wie sich Erwartungen mit gemachten Erfahrungen von Patienten hinsichtlich dieser nicht-medizinischen Therapieangebote unterscheiden.

Methode: Qualitative problemzentrierte und Leitfaden gestützte Patienteninterviews. Auswertung mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Interviews mit 20 Patienten (9 m, Alter Median 77, 17 mit Tumorerkrankung). Seelsorge wird mehrfach mit der Kirche als Institution in Verbindung gebracht. Daher kam sie für einige als zusätzliches Therapieangebot nicht in Frage, für andere stellte sie eine große Ressource dar, die jedoch z.T. erst am Sterbebett oder für die Begleitung der Angehörigen gesehen wurde. Bezüglich Atemtherapie bestand Unwissenheit über Art und Nutzen der Behandlung. Als hilfreich wurde empfunden, innerlich zur Ruhe zu kommen, ohne dass „das Gespräch“ als solches im Mittelpunkt steht. Die Behandlung stellte eine Hilfe für seelische und spirituelle Probleme dar. Als Grundstein für den Erfolg der Behandlung wurde jeweils die Empathie der Atemtherapeutin oder Seelsorgerin beschrieben.

Schlussfolgerung: Ausschlaggebend für eine gelungene Unterstützung durch die Seelsorge oder Atemtherapie sind jeweils persönliche Faktoren. Bezüglich Seelsorge wird diese häufig mit Kirche

assoziiert und entsprechende vorgefertigte Rollenbilder, positiv wie negativ, scheinen fest verankert. Atemtherapie muss als Behandlungsform meist eingehend erklärt werden. Beide zusätzlichen Unterstützungsangebote bedienen die seelischen und spirituellen Bedürfnisse der SAPV-Patienten auf unterschiedliche Art und könnten nach persönlichem Hintergrund alloziert werden.

P25

Hospizinsel im Landkreis Mühldorf - Ambulant betreute Hospiz-Wohngemeinschaft für vier Gäste

Hell J.^{1,2}, Brantner S.², Koch E.^{1,2}

¹Anna Hospizverein, Mühldorf, Germany, ²SAPV am Inn gGmbH, Mühldorf, Germany

Die Hospizinsel (HI) ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Adalbert-Stifter-Seniorenwohnen der Heimwerkgruppe e.V. in Waldkraiburg und dem Anna Hospizverein im Landkreis Mühldorf e.V. (AHV). Als „Ambulant betreute Wohngemeinschaft“ mit vier Einzelzimmern für vier Gäste ist die HI ein intermediäres Versorgungsangebot für schwerkranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase, deren pflegerischer Versorgungsbedarf mit 0,8 Vollzeitäquivalentstellen (VZÄ)/Gast zwischen einer stationären Pflegeeinrichtung (ca. 0,4 VZÄ/Bewohner) und einem stationären Hospiz (1,2 VZÄ/Gast) liegt. Tägliche Kosten für den Gast: 35€ Miete, 15€ Verpflegungspauschale.

Die pflegerische Betreuung wird gemeinsam vom Ambulanten Adalbert-Stifter-Pflegedienst und von weiteren beim Anna Hospizverein angestellten Palliativfachkräften (1,5 VZÄ) geleistet und setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Die Grundpflege wird je nach Pflegegrad erbracht; zusätzlich 24 Std.-Rufbereitschaft
2. Die palliative Behandlungspflege entsprechend Nr. 24a HKP-Richtlinie
3. Die zeitintensive Betreuung durch PFK des AHV (inklusive Rufbereitschaft für nächtliche Sitzwachen) ist durch Erlöse der Weihnachtsspendenaktion 2017 des Oberbayerischen Volksblatts (250.000€) und Spenden bzw. Mitgliedsbeiträge des Anna Hospizvereins finanziert

Zusätzlich Betreuung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter und Servicekräfte.

In der aktuellen Planung werden pro Hospizgast ca. 2.000€ zusätzlich aus Spenden finanziert. Durch die Begleitforschung (Prof. Claudia Bausewein, München) soll überprüft werden, ob das vorliegende intermediäre Betreuungskonzept bedarfsgerecht ist.

Ziele:

- Überführung des Modells in die Regelversorgung
- Anerkennung als neue ambulant betreute Wohngemeinschaften für Seniorinnen und Senioren im Sinne des Art. 2 Abs. 3 des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)
- Regelfinanzierung durch ausreichende Vergütung der palliativen Behandlungspflege und Schaffung eines neuen Pflegegrades 5 Palliativ im HPG 2.0

P26

Implementierung der Handlungsempfehlung Sterbephase (HES) auf 4 Pilotstationen der Universitätsmedizin Mainz - Einfluss auf die Patientenbetreuung?

Reinholz U.¹, Oftring Z.¹, Vogt A.¹, Weber M.¹

¹Universitätsmedizin der JGU Mainz, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Germany

Fragestellung: Das HES-Dokument (ehem. LCP) wurde im Januar 2016 auf 4 internistischen Pilotstationen der Universitätsmedizin Mainz eingeführt. Welche Veränderungen in der Dokumentation und der Betreuung Sterbender können anhand der Dokumentenauswertung mittels Base und Post Review festgestellt werden?

Methodik: Vor und nach Einführung des HES-Dokumentes wurden dem ehemals eingesetzten Base- und Post Review (zum ehem. LCP gehörend) entsprechend 80 Patientenakten (20 je Station) sowie 57 HES-Dokumente auf 12 definierte Qualitätsmerkmale (wie z. B. Kommunikation und Erläuterung des Betreuungsplans, Medikation, therapeutische Interventionen, Ernährung und Hydratation etc.) hin gesichtet.

Ergebnisse: Zwischen Januar 2016 und Januar 2018 wurden insgesamt 3794 Patienten auf den Pilotstationen betreut. Von den 286 Sterbefällen wurden 65 (23 %) gemäß der HES behandelt. Der Vergleich der Akten vor und nach Einführung zeigt eine Verbesserung der Dokumentation. Es ist ersichtlich, dass nach Einführung der HES öfter Bedarfsmedikation für die 5 häufigsten Symptome in der Sterbephase angeordnet wird. Es ist zudem häufiger dokumentiert, ob der Patient weiß, dass er im Sterben liegt und ob er über den Behandlungsplan informiert ist.

Schlussfolgerung: Die Einführung der HES verbessert die Betreuungssituation Sterbender auf Akutstationen, da nun in über 80 % der Fälle routinemäßig Bedarfsmedikation angeordnet wird. Ebenso schafft die strukturiertere Dokumentation eine verbesserte Arbeitsgrundlage für das betreuende Team.

P27

Zeitintensive Betreuung (ZIB) in stationären Pflegeeinrichtungen - Pilotprojekt in fünf bayerischen Landkreisen

Hell J.^{1,2}, Rademacher A.³, Brantner S.¹, Koch E.^{1,2}

¹SAPV am Inn gGmbH, Mühldorf, Germany, ²Anna Hospizverein, Mühldorf, Germany, ³Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung, Bad Waldsee, Germany

Hintergrund: Das Modellprojekt Zeitintensive Betreuung (ZIB) des Anna Hospizvereins Mühldorf wurde 2016 mit dem 1. Platz des DGP-Förderpreises Ambulante Versorgung ausgezeichnet. Das Projekt wird ab Sommer 2018 in fünf bayerischen Landkreisen und insgesamt 15 Pflegeheimen (PH) fortgeführt. Die Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung fördert diese zweite Pilotphase mit 180.000 €.

Struktur:

- Pro Pflegeheim werden zwei teilzeitbeschäftigte Palliativfachkräfte (PFK) zusätzlich auf geringfügiger Basis beim lokalen Hospizverein (HV) als Zweitarbeitgeber angestellt (20 Stunden/Monat für ZIB pro PFK)
- Das PH stellt die PFK für weitere 10 Stunden/Monat frei
- Insgesamt stehen pro PH 60 Std. für ZIB/Monat zur Verfügung
- Ein Bewohner mit ZIB-Bedarf kann in den letzten drei Lebenswochen ca. 20 Std. zusätzlich zur derzeitigen Regelversorgung betreut werden (Ergebnis ZIB 2016)
- Erfahrene PFK aus SAPV-Team oder Palliativstation wird als Praxisanleitung für das PH eingebunden
- Koordinator des lokalen HV ist Ansprechpartner für das lokale Netzwerk
- Monatliche Treffen der PFKs, Supervision und Coaching durch Projektleitung aus Mühldorf
- Begleitforschung durch Prof. Claudia Bausewein geplant

Ziele:

- zusätzliches Zeitkontingent für Palliativpflege im Heim
- palliative Beratung für Bewohner, Angehörige und Hausärzte durch die ZIB-Kraft
- Etablierung eines zentralen Ansprechpartners für die Netzwerkpartner (Hausärzte, SAPV-Versorger, Hospizdienste) bezüglich der palliativen Versorgung der Heimbewohner
- die Palliative Kompetenz aller Pflegekräfte im Heim wird durch die ZIB-Kraft geschult

Inhalte:

- Erstellen eines palliativen Behandlungs- und Krisenplans bei Aufnahme

- Zeitintensive Grundpflege
- Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Sitzwachen
- Gespräche mit Patient und Zugehörigen
- Erstellung einer Patientenverfügung bei schwerer Krankheit

Perspektive: Regelfinanzierung von Palliativbeauftragten im Pflegeheim im HPG 2.0, die ZIB am Lebensende leisten

P28

Implementierung der Handlungsempfehlung Sterbephase (HES) auf 4 Pilotstationen der Universitätsmedizin Mainz - Zufriedenheit und subjektive Bewertung der Betreuungsabläufe bei Sterbenden aus Sicht der Pflege

Oftring Z.¹, Reinholz U.¹, Vogt A.¹, Weber M.¹

¹Universitätsmedizin der JGU Mainz, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Germany

Fragestellung: Das HES-Dokument (ehem. LCP) wurde im Januar 2016 auf 4 internistischen Pilotstationen der Universitätsmedizin Mainz eingeführt. Welche Veränderungen in der Betreuung Sterbender können anhand einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung festgestellt werden?

Methodik: Vor und nach Einführung des HES-Dokumentes wurden die Mitarbeiter der Pilotstationen gebeten, an einer schriftlichen, anonymen Befragung teilzunehmen. Es sollten 5 Aussagen zur Entscheidungsfindung bei Schwerkranken und 11 allgemeine Aussagen zur Betreuung in der Sterbephase anhand einer Prozentskala bewertet werden.

Ergebnisse: Zwischen Januar 2016 und Januar 2018 wurden insg. 3794 Patienten auf den Pilotstationen betreut. Von den 286 Sterbefällen wurden 65 (23 %) gemäß der HES behandelt. An der Befragung nahmen 27 Mitarbeiter vor und 14 nach Einführung der HES teil. Bei der Auswertung der Fragebögen zeigt sich dabei für 15 von 16 Aussagen eine Verbesserung; hier auch bzgl. der Mitarbeiterzufriedenheit mit Entscheidungsprozessen. Einzig zu der Frage, ob die Vorbehandler über den kritischen Zustand des Patienten informiert werden, zeigt sich keine Veränderung. Von 14 befragten Mitarbeitern möchten 12 das HES-Dokument weiterhin auch in Zukunft anwenden.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass die Einführung der HES die Betreuungssituation Sterbender auf Akutstationen unabhängig vom Einsatz des HES-Dokumentes verbessert und die Zufriedenheit des Betreuungsteams aus Sicht der Pflege erhöht.

P29

Identifizierung von PatientInnen mit Palliativbedürfnissen im Rahmen der frühzeitigen Integration von *Palliative Care* in die stationäre Versorgung onkologischer PatientInnen

Steinberg T.¹

¹Klinikum Nürnberg, Palliativstation, Nürnberg, Germany

Fragestellung: Inwiefern stellt der ‚*Integrated Palliative Care Outcome Scale*‘ (IPOS) als klassisches Instrument zur Outcome-Messung eine Alternative zu den bereits vorhandenen Instrumenten zur Identifizierung von onkologischen PatientInnen mit speziellen palliativen Bedürfnissen im stationären Setting dar?

Methodik: Um die Validität des IPOS bei der Identifizierung von onkologischen PatientInnen mit palliativen Bedürfnissen nachzuweisen, wurde er einerseits formal mit den international bekannten Instrumenten *PIG*, *SPICT*, *NECPAL* und *RADPAC* verglichen. Andererseits wurde am Klinikum Nürnberg eine empirische Studie durchgeführt, bei der 216 PatientInnen und deren jeweilige professionelle BetreuerInnen unter Verwendung des IPOS befragt wurden.

Ergebnis: Die Ergebnisse der durchgeführten Studie machen deutlich, dass ein großer Anteil der interviewten PatientInnen mehr oder weniger stark ausgeprägte palliative Bedürfnisse hat. Allgemeine palliative Bedürfnisse fallen unter die allgemeine Palliativversorgung (APV) und liegen somit im Zuständigkeitsbereich der onkologischen Primärstationen. Um PatientInnen, die aufgrund ihrer komplexen oder auch komplizierten Probleme eine spezialisierte Palliativversorgung (SPV) benötigen, anhand des IPOS identifizieren zu können, ist die Festlegung eines bestimmten Grenzwertes oder *Cut-Off-Points* nötig, bei dessen Erreichen bzw. Überschreitung ein Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung wahrscheinlich vorhanden ist. Diesen Grenzwert gilt es zu bestimmen.

Schlussfolgerung: Der IPOS ist ein valides Instrument zur frühzeitigen Identifizierung von onkologischen PatientInnen mit palliativen Bedürfnissen. Um PatientInnen mit Bedarf an SPV im stationären Setting effizient, praxisnah und in der Breite identifizieren zu können, wäre die verbindliche Festlegung eines *Cut-Off-Points* sowie der flächendeckende (internationale) Einsatz des IPOS als Instrument zur frühzeitigen Identifizierung notwendig und wünschenswert.

P30

Wenn die Leinwand schwarz wird --- Sterben, Leid und Tod im dunklen Andachtsraum

Korte J.¹

¹*Bistum Osnabrück, Klinikseelsorge am Klinikum Links der Weser, Bremen, Germany*

Filmen heißt, »dem Tod bei der Arbeit zuzuschauen« (Jean Cocteau) - Augenblick um Augenblick. So gesehen, ist das Thema »Sterben und Tod« im Schattenreich Kino immerzu präsent. Dabei führen Filme mitunter vor Augen: Sterben ist nicht leicht - weder für die Todkranken noch für die Angehörigen.

Wann und wie konfrontiert uns das Kino mit Sterben, Leid und Tod von Menschen? Was macht es sichtbar mit Blick auf die Grenzen des Lebens? Was kommt an Hilfe, an Trost oder Vertröstung ins Bild?

Dr. Thomas Kroll (Mitglied der katholischen Filmkommission / Leiter des Referats Verkündigung im Erzbistum Hamburg) hat sich im dunklen Andachtsraum auf Spurensuche begeben. Seine Entdeckungen und Erkenntnisse führt er mit Hilfe ausgewählter Sequenzen aus populären Filmen und Filmkunstwerken vor Augen.

P31

Mit Philosophie das Leben verstehen: Zum Umgang mit Leid

Korte J.¹

¹*Bistum Osnabrück, Klinikseelsorge am Klinikum Links der Weser, Bremen, Germany*

Der deutsche Existenzphilosoph Karl Jaspers sah in der Erfahrung des Leids eine Grenzerfahrung, in der der Mensch auf sich selbst zurückgeworfen wird und sich seiner Verantwortung für die eigene Existenz in dramatischer Weise bewusst wird.

Tatsächlich ist die Frage nach dem Umgang mit Leid eine Frage, welche die Philosophie seit ihren Ursprüngen umtreibt. Unter dem Begriff der Lebenskunst, der „ars vivendi“, wurden diverse Antwortversuche unternommen, um der Fraglichkeit des Daseins angesichts des Leids zu begegnen. An diesem Abend wollen wir uns philosophisch der Erfahrung von Leid nähern und verschiedene Verständnisse von Leid kennenlernen. Im Anschluss sollen Umgangsformen vorgestellt werden, die auf ihre lebenspraktischen Konsequenzen zu befragen sind.

Referent: Dr. Christoph Lubberich, Theologe und Dekanatsreferent in Bremen

P32

Versorgungsstrukturen der pädiatrischen Palliativversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz im Vergleich - ein trinationales Forschungsprojekt

Deckers M.¹, Barth M.¹, Cojean N.², Hahn L.¹, Hauri K.³, Lerach T.¹, Scheinemann K.³, van Buiren M.¹, Niemeyer C.¹

¹Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Germany, ²Les hôpitaux universitaires de Strasbourg, Equipe Ressource Alsacienne de Soins Palliatifs Pédiatriques, Strasbourg, France, ³Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel, Switzerland

Fragestellung: Pädiatrische Palliativversorgung fand erst kürzlich Einzug in die klinische Versorgung von Patienten. Seit dem 2007 in Deutschland gesetzlich verankerten Recht, entstehen bundesweit immer mehr Teams, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche anbieten. In Frankreich existieren seit 2012 ambulante Versorgungsstrukturen, in der Schweiz bislang nur vereinzelt.

Bei der Entwicklung neuer Leistungen sind Vernetzung und Diskussion Motoren der Optimierung. Der Standort Freiburg bietet aufgrund seiner Lage die direkte Möglichkeit zum internationalen Austausch mit Kollegen aus Frankreich und der Schweiz.

Methodik: Es entstand eine Kooperation der pädiatrischen Palliativteams aus Basel, Freiburg und Straßburg, die bei einem ersten Treffen Erfahrungen austauschten.

Ergebnis: Der Austausch konnte sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede aufdecken. Indikationsstellung und Leistungen der Palliativversorger an den drei Standorten, sofern bereits implementiert, ähneln sich stark. Die Finanzierung der Versorgung fällt hingegen sehr unterschiedlich aus: In Freiburg zahlen die Krankenkassen eine Pauschale pro Patient und Quartal, in Straßburg gibt es eine staatliche Finanzierung mit festem Budget, für Basel gibt es noch keine Finanzierung. Auch bei den Sterbeorten zeigen sich große Unterschiede: In Freiburg stirbt die Mehrheit der Patienten zuhause, in Frankreich wiederum stirbt der Großteil im Krankenhaus. Auch in Basel sterben viele Patienten im Krankenhaus, hier existiert bisher allerdings noch keine ambulante pädiatrische Palliativversorgung.

Schlussfolgerungen: Im Umgang mit Herausforderungen bei der Implementation neuer Versorgungsstrukturen ist der „Blick über den Tellerrand“ hilfreich. Die Unterschiede in Kultur und Gesundheitssystem der drei Länder bieten Ansatzpunkte für gemeinsame Forschungsfragen. Von ökonomischem Interesse ist bspw. die Kosteneffizienz im Lichte individueller Versorgungsqualität der verschiedenen Ansätze.

P33

Interkulturelle Öffnung in der Palliativversorgung - eine Erweiterung des Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung

Jansky M.^{1,2}, AG 'Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund'

¹Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Germany, ²Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany

Der Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung scheint für Menschen mit Migrationshintergrund erschwert zu sein. Unklar ist, inwiefern auf die Bedürfnisse angepasste Angebote existieren. Im Rahmen eines vom Bundesfamilienministerium geförderten Projekts werden diese Angebote erfasst und den Betroffenen und Versorgenden zugänglich gemacht. Dafür wurde der Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung um für Menschen mit Migrationshintergrund relevante Angebote erweitert. Die im Wegweiser hinterlegten Informationen sind nur zum Teil öffentlich sichtbar, weitere Informationen dienen der wissenschaftlichen Auswertung und Bedarfsanalyse. Für die migrationsspezifischen Informationen wurden zunächst per Mail unter den Mitgliedern der AG Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund (im folgenden „AG“) mögliche Items gesammelt (n=82 Fragen). Diese Items wurden in einem Workshop mit Mitgliedern der AG und einer Expertengruppe der Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativversorgung diskutiert und auf 11 Fragen (davon 4 öffentlich sichtbare) reduziert.

Die öffentlichen Fragen beziehen sich auf Verfügbarkeit von Fremdsprachen, Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, deren Funktion sowie die Berücksichtigung migrationspezifischer Angebote. Nicht öffentlich sichtbare Angaben beziehen sich u.a. auf migrationspezifische Angaben in der Anamnese, kooperierende Einrichtungen, Anzahl von Patienten mit Migrationshintergrund sowie am häufigsten geäußerte Wünsche von Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund. Zudem wurden erklärende Texte zu den verschiedenen Angeboten der HPV überarbeitet und die Webseite in 9 Sprachen übersetzt.

Die Abfrage von migrationspezifischen Angeboten ermöglicht es Betroffenen und Versorgern, nach für sie passenden Angeboten zu suchen. Darüber hinaus wird so erstmalig eine umfassende Darstellung des Stands der interkulturellen Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung möglich.

P35

Unabhängige Ethikberatung für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in der Stadt und im Landkreis Würzburg

Lexa N.¹

¹*DbfK Nordost, Würzburg, Germany*

Insbesondere wenn es darum geht, über wichtige Belange des Lebens eines anderen zu entscheiden, kommen Zweifel und Bedenken. Denn: Die Entscheidungen sind nicht immer eindeutig zu treffen, es gibt nicht immer das Richtige, oder das Falsche.

Es ist wichtig, dass ein solcher Prozess multiprofessionell, also unter Teilnahme aller Beteiligten, abläuft.

Das Team der unabhängigen Ethikberatung arbeitet nach der Nimwegener Methode.

Es gibt nicht die eine ethisch reflektierte Entscheidung, sondern jeder Fall muss einzeln betrachtet werden. Es gibt kein richtig oder falsch, sondern es geht um die Genauigkeit der Wahrnehmung des individuellen Falles, um die Respektierung der Selbstbestimmung der Person, aber auch um die Erfassung der gesamten psychosozialen Situation. Und am Ende gilt es abzuwägen.

Die Ethikberatung versucht in einer schwierigen Situation einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, wenn der Betroffene selbst nicht mehr in der Lage ist seinen Willen zu äußern.

Das Angebot richtet sich nur an Problemstellungen, die im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (feM) stehen.

Wären Sie gerne mit einem Bauchgurt im Bett festgebunden? Wie wäre die Situation, wenn Sie zwar nicht mehr alleine aufstehen, herumlaufen oder auf Toilette gehen könnten, aber dennoch einen starken Bewegungsdrang haben und immer wieder durch unkontrollierte Bewegungen stützen? Aus Sicht der Pflegenden erscheint eine Fixierung manchmal sinnvoll, um Stürze und Sturzfolgen zu verhindern. Doch was ist wichtiger: Freiheit oder Sicherheit? Dies ist keine einfache Entscheidung. Eine ethische Fallbesprechung ist eine wichtige Hilfe, da sie eine kritische Situation aus mehreren Blickwinkeln betrachtet und daraus den mutmaßlichen Willen des Betroffenen ableitet.

Anfragen können von An- und Zugehörigen, gesetzlichen Vertretern, Pflegenden und Ärzten gestellt werden.

Die Beratung erfolgt durch einen Vertreter des Teams. Das Team besteht bisher aus 4 Personen mit unterschiedlichen beruflichen Ausrichtungen.

P36

Parliamentarians portraying palliative patients. Eine qualitative Studie

Fischer J.¹

¹*Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria*

Die Palliativversorgung in Deutschland wird zunehmend gesetzlich reguliert. Der Regulierung vorgelagert ist die Arbeit der Mitglieder des Deutschen Bundestages, deren Vorstellung von den Bedürfnissen und Interessenlagen von Palliativpatient*innen in die Gesetzgebung einwirken. Dies

lässt die Frage aufkommen, wie es um jene Vorstellungen bestellt ist.

Entlang repräsentationstheoretischer Annahmen wird mit dieser Studie das Bild, welches Abgeordnete während ihrer repräsentativen Arbeit im Parlament von Palliativpatient*innen entwerfen, untersucht. Konstruktivistische Theorieansätze verstehen Interessenvertretung als einen Prozess, der die Repräsentierten als eine interessenhomogene Gruppe erscheinen lässt. Gleichzeitig betonen Forschung wie auch Praxis die Heterogenität von Palliativpatient*innen und erklären dies mit der großen Altersspanne der Patient*innen, den unterschiedlichen Krankheitsbildern und -verläufen, den vielzähligen (oft ideologisch geprägten) Vorstellungen von gutem Sterben, etc. Die Ergebnisse meiner Studie werden vor dem Hintergrund der vermeintlichen Unvereinbarkeit der Ausgangslagen diskutiert.

Für die qualitative Studie werden relevante Drucksachen ($n=145$) der 16., 17. und 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages mittels *Interpretive Policy Analysis* ausgewertet. Neben Plenarprotokollen dienen Anträge, Anfragen, Berichte, Gesetzesentwürfe sowie Antworten und Unterrichtungen der Bundesregierung als Datenquellen.

P37

FVNF und die Suiziddiskussion: hochakademisch oder hochrelevant?

Manhart J.¹, Junghanß C.², Büttner A.^{1,3}, Kriesen U.²

¹Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany, ²Zentrum für Innere Medizin, Universitätsmedizin Rostock, Interdisziplinärer Bereich für Palliativmedizin, Rostock, Germany, ³Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock, Rostock, Germany

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) ist als Methode, selbstbestimmt das Leben zu beenden, in informierten Kreisen etabliert. Weniger etabliert scheinen die Qualifizierung der Todesart und Handlungskonsequenzen im Falle des Todes durch FVNF. Eine ärztliche Begleitung des FVNF ist nicht als Suizidassistenz aufzufassen und somit standesrechtlich legitimiert. Ob für den begleitenden Arzt eine Strafbarkeit nach § 217 StGB in Betracht käme, ist abhängig vom Einzelfall und zu bedenken.

Die Interpretationen von Gesetzestexten, Todesartdefinitionen sowie Konsequenzen für Angehörige sollen aus rechts- und palliativmedizinischer Sicht kurz bewertet werden.

Zielstellung war, eine im bestehenden gesetzlichen Kontext pragmatische, rechtssichere und patientenorientierte Verfahrensweise zu entwickeln.

Zur Diskussion gestellte Verfahrensweise: in den Fällen „echten“ FVNFs wird ein **primäres Ethikkommission** mit Patient (und ggf. Angehörigen gemäß Patientenwunsch) unter Teilnahme der Fachgebiete Palliativmedizin, Psychiatrie, Rechtsmedizin und jenem, entsprechend der Grunderkrankung, einberaumt. Hierbei soll eine ausführliche Aufklärung des Patienten über Therapiealternativen im Rahmen der Grunderkrankung sowie Meldepflichten bei Todeseintritt durch FVNF aufgrund einer nicht-natürlichen Todesart und die Prüfung und Bestätigung der freien Willensbildung sowie der Patientenverfügung des Patienten erfolgen. Der Patient entbindet in diesem Konsil die behandelnden/beteiligten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht. Im Todesfalle werden mit Information der Polizei das Protokoll des Ethikkommissiones, die Schweigepflichtsentscheidungserklärung, die Patientenverfügung und -erklärung an diese im Rahmen des Todesermittlungsverfahrens übergeben. Eine Traumatisierung der Angehörigen im Prozess der Abschiednahme durch Ermittlungstätigkeit der Polizei sollte nach erfolgter Aufklärung des Patienten/der Angehörigen deutlich gemindert sein.

P38

Endlich messbar: Interaktion in palliativen Begleitungen - Wie es möglich ist, die Qualität der Beziehungen, den Kern aller palliativen Begleitungen, zu erfassen und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu bewerten

Ackermann S.¹, Püschel M.², Peterek M.³, Reimann U.⁴

¹SocialCert GmbH, München, Germany, ²Osnabrücker Hospiz Akademie, Osnabrück, Germany, ³Uhlhorn Hospiz, Hannover, Germany, ⁴Hospiz Luise, Hannover, Germany

Wie gelingt es, in einem Zertifizierungsprozess sowohl die Umsetzung der gesetzlichen Auflagen zu prüfen als auch die Professionalität der Mitarbeitenden zu erfassen und zu würdigen? Wie kann eine externe Prüfung so gestaltet sein, dass die zu zertifizierende Einrichtung nicht nur Checklisten erfüllt, sondern eigenverantwortlich ihren Alltag präsentiert und mit Unterstützung der Auditierenden reflektiert? Und dies alles nicht aus kommerziellem Interesse, sondern um eine Verbesserung der Versorgungs- und Patientensicherheit in der stetig wachsenden Landschaft stationärer Hospize zu erreichen?

In der Gestaltung des Auditprozesses werden Erkenntnisse und Methoden der systemischen Organisationsberatung sowie die Triangulation der qualitativen Sozialforschung angewandt. Das Audit wird von Insider-Outsider-Teams durchgeführt, die sicherstellen, dass Intuition und Intersubjektivität eine nachvollziehbare Urteilsbildung gewährleisten. Rückkoppelungsprozesse im Auditteam sowie zwischen den Auditor*innen und den Mitarbeitenden der Einrichtung stärken eine Kultur der Selbstreflexion, der Selbststeuerung und fördern ein Verantwortung generierendes System. Jeder Mensch stirbt individuell, was eine enorm einfühlsame Begleitung durch alle beteiligten Berufsgruppen und Ehrenamtlichen erfordert. Die anspruchsvolle und hochkomplexe personenbezogene Dienstleistung, die in einem stationären Hospiz erbracht wird, findet stets gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen statt und ist nur im Moment ihrer Erbringung sicht- und bewertbar.

Das Gütesiegel für stationäre Hospize bietet eine Antwort auf diese komplexe Gesamtsituation. Es sorgt für eine Überprüfung gesetzlicher und weiterer für das Gelingen palliativer Begleitungen unerlässlicher Rahmenbedingungen. Gleichzeitig macht es die Gestaltung der Beziehungsqualität in stationären Hospizen sicht- und darstellbar.

Wir freuen uns, Ihnen erste Ergebnisse aus stattgefundenen Audits als Pre-Studie präsentieren zu können!

P39

Von Wünschen der Patienten/innen und Alltagsrealität der Struktur: Das Hospiz im Spannungsfeld von: kognitiver Beeinträchtigung, palliativer Chemotherapie und Todeswunsch Leners J.-C.¹

¹Haus Omega, Ettelbruck, Luxembourg

Seit über 8 Jahren besteht das Hospiz und wird medizinisch durch Allgemeinärzte betreut mit einem professionellen Team von Krankenschwestern, Psychologen, Physio- und Musiktherapeuten, sowie freiwilligen Helfern. Die Struktur besteht aus 15 Betten und die jährliche Aufnahmezahl liegt bei rund 130 Menschen. Prinzipiell ist das Hauptaugenmerk auf die palliative Versorgung ausgerichtet, obschon die Gesetzgebung auch Euthanasie erlaubt. Der Durchschnittsalter liegt bei über 70 Jahren und die mittlere Verweildauer bei 6 Wochen. Der Aufnahmeprozess beinhaltet einen vorherigen Besuch im Spital oder zu Hause, die Abgabe von Patientenverfügungen und einen Behandlungsplan. An Hand von konkreten Situationen beleuchten wir die Schwierigkeiten zur Erkennung der Wünsche bei Patienten mit kognitiver Einbuße, aber auch den Umgang mit ihren Verhaltensauffälligkeiten. Des Weiteren möchten wir unser Model der Ethikberatung (Verstehen, Kontextualisieren und Pragmatisches Vorgehen) in komplexen Situationen (z.B. Aufnahme von Kindern, Absetzen einer Chemotherapie, Rueckverlegungen, Sedierung, Euthanasiewunsch, etc) schildern, da der Konsensus ja sowohl vom Patienten, dessen Umfeld aber auch vom Team betragen werden muss. Das Pflgeteam muss einen Großteil seiner Zeit mit administrativer Dokumentation aufbringen, was zu Spannungen mit den Patienten und deren Familien führt. Dem gegenüber ist das Patienten Klientel ein sehr heterogenes, bestehend aus zahlreichen (über 12) Sprachen und verschiedenen Religionsangehörigkeiten, was beim Tod genau in Betracht gezogen werden muss. Die größte Herausforderung wird sein in Zukunft die Verweildauer nicht ansteigen zu lassen, (die Krankenkassen handeln das Budget mit dem Träger aus), dass aber dennoch immer der Patient vor administrativen Einschränkungen im Vordergrund stehen muss!

P40

Entwicklung eines semistrukturierten Interviews zur Auftragsklärung spezialisierter pädiatrischer Palliativversorgung (SIAPP)

Deckers M.¹, Barth M.¹, Felten P.², Hahn L.¹, Kimmig A.³, Lerach T.¹, Meyburg J.⁴, Steinbach D.⁵, Woitha K.¹, van Buijen M.¹

¹Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Germany, ²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Mannheim, Mannheim, Germany, ³Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Germany, ⁴Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Germany, ⁵Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Germany

Fragestellung: Lebenslimitierend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene haben seit 2007 ein Recht auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Um die Indikation hierfür zeitgerecht zu stellen, ist eine niederschwellige Kontaktaufnahme mit einem Palliativteam wünschenswert, welches dann seinerseits, möglichst im persönlichen Gespräch, evaluiert, inwiefern SAPV die erforderliche Maßnahme ist. Ein Instrument, das die Entscheidungsfindung unterstützt und standardisiert, liegt bislang nicht vor. In multizentrischer Zusammenarbeit wurde versucht, diese Lücke zu schließen.

Methodik: Als Ausgangspunkt dienten das aktuelle Aufnahmeprocedere der fünf kooperierenden Universitätskliniken des Verbundprojekts Baden-Württemberg (Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen, Ulm) sowie des Olgahospitals Stuttgart und Erkenntnisse aus bestehender Forschungsliteratur. Darauf aufbauend wurde ein semistrukturiertes Interview zur Auftragsklärung spezialisierter pädiatrischer Palliativversorgung (SIAPP) entwickelt und im klinischen Alltag getestet.

Ergebnis: Das SIAPP umfasst fünf Themengebiete:

1. Einleitung
2. Erkrankung (Krankheitsverlauf, Sorgen/Wünsche)
3. Unterstützungsbedarf (Medizin/Pflege, Psychosozial/Spirituell, Sozialrechtliches/ Koordination)
4. Einstellung zu Maximalversorgung vs. Therapiebegrenzung
5. Leistungen der SAPV

Der stichwortartige Leitfaden wird rückseitig um eine Version mit Formulierungshilfen ergänzt. Die Ergebnisse des Gesprächs können in einer Tabelle zusammengefasst werden.

Schlussfolgerung: Das SIAPP erleichtert und standardisiert die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Aufnahme eines Patienten in die SAPV. Zudem ermöglicht das SIAPP eine transparente Entscheidungsfindung. Sollte es nicht zu einer SAPV kommen, können die gesammelten Informationen an den betreuenden Kinder-/Hausarzt übermittelt werden, um eine weitere bedarfsgerechte Versorgung zu erleichtern.

P41

Entwicklung eines Screenings zur Indikationsstellung spezialisierter pädiatrischer Palliativversorgung (SIPP)

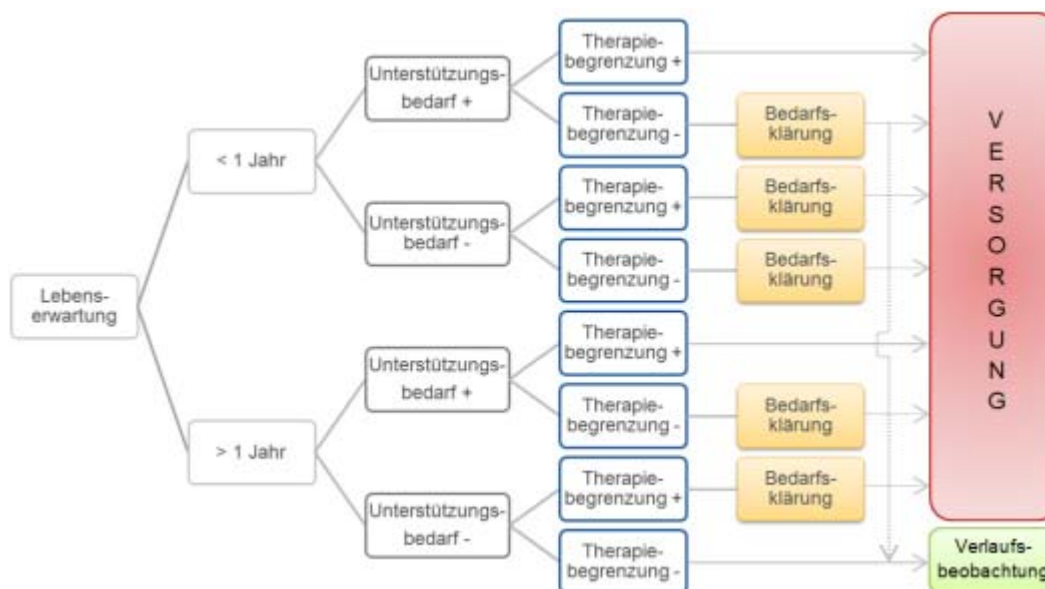
Hahn L.¹, Barth M.¹, Deckers M.¹, Felten P.², Kimmig A.³, Meyburg J.⁴, Steinbach D.⁵, Woitha K.¹, van Buijen M.¹

¹Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Germany, ²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Mannheim, Mannheim, Germany, ³Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Germany, ⁴Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Germany, ⁵Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Germany

Fragestellung: Die zeitgerechte Aufnahme pädiatrischer Palliativversorgung stellt eine Herausforderung in der Behandlung lebenslimitierend erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener dar. Instrumente zur Identifikation pädiatrischen Palliativbedarfs sind nicht nur im deutschsprachigen Raum rar. Ziel der multizentrischen Studie ist die Erstellung und Validierung eines Screenings zur Indikationsstellung spezialisierter pädiatrischer Palliativversorgung (SIPP).

Methodik: Ausgehend von der *Paediatric Palliative Screening Scale*¹ wurde in einer interdisziplinären Forschungsgruppe der SIPP entwickelt. Die sukzessive Weiterentwicklung unter Einbeziehung von Rückmeldungen aus Praxistests wurde von Palliativexperten aus fünf kooperierenden Universitätskliniken (Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen, Ulm) diskutiert und konsensualisiert. Im Rahmen der Validierung beurteilten Palliativmediziner eigens entwickelte, auf realen Fällen basierende Fallvignetten mittels SIPP.

Ergebnis: Der SIPP umfasst neun Items und deckt die Kategorien Krankheitsverlauf, Symptomkontrolle, Lebenserwartung, Lebensqualität, Unterstützungsbedarf und Therapiepräferenz ab. Aus den Daten der Palliativmediziner konnten Entscheidungsregeln für die Indikation einer pädiatrischen Palliativversorgung abgeleitet werden (vgl. Abb.).



[Entscheidungsbaum für die Indikation pädiatrischer Palliativversorgung]

Schlussfolgerung: Erste Praxistests unterstreichen die Praktikabilität und die Akzeptanz des Instruments bei den Anwendern. In Anbetracht der Versorgungsrealität soll der SIPP im nächsten Schritt für unterschiedliche Behandler getestet werden.

Referenz: ¹Bergstraesser, E., Hain, R.D. & Pereira, J.L. (2013). *BMC Palliative Care*, 12, 20.

P42

Ergebnisse einer Pilotbefragung zur Erfassung der palliativen Kompetenz und Haltung von Rotanden einer Palliativstation eines Onkologischen Spitzenzentrums

Burmann S.-N.¹, Neukirchen M.², Berendt J.³, Scheer K.⁴, Beckmann M.⁵, Hense J.¹, Schwartz J.², Banaz-Yasar F.⁴, Ritterbusch U U.⁴, Ostgathe C.³, Teufel M.⁵, Schuler M.^{1,6}, Tewes M.¹

¹Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Essen, Germany, ²Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätstumorzentrum Düsseldorf - Comprehensive Cancer Center, Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich Heine Universität

Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ³Palliativmedizinische Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Germany, ⁴Hospizarbeit am Universitätsklinikum, Universitätsklinikum Essen, Essen, Germany, ⁵Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie LVR Klinikum Universität Duisburg Essen, Essen, Germany, ⁶Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), Partnerstandort Universitätsklinikum Essen, Essen, Germany

Hintergrund: An vielen onkologischen Spitzenzentren wird eine ärztliche Rotation (Rt) auf einer Palliativstation bisher ohne einheitliche Evaluation angeboten. Einen Effekt im Hinblick auf palliative Kompetenz und Haltung galt es zu untersuchen. Hierzu sollte ein Fragebogen (FB) pilotiert werden.

Methode: Die Befragung erfolgte trizentrisch mittels eines modifizierten FBs nach Mosich (1), Neben

palliativem Wissen wurde die palliative Selbstwirksamkeit (PSW) untersucht. Relevanz, Verständlichkeit und Länge des FB wurden beurteilt. Angefragt wurden 21 Rotanden (Rd), deren Rt vor höchstens 5 Jahre erfolgte, und 20 Fachärzte (FÄ) welche eine Facharztqualifikation vor weniger als 5 Jahre erworben haben. Ferner wurde der FB von 7 leitenden Palliativmediziner der Spitzenzentren beurteilt. Häufigkeiten, Median und Spannweite (SD) wurden mittels SPSS ermittelt. **Ergebnisse:** Der Rücklauf im Zeitraum November 2017 bis Februar 2018 umfasste FB von 16 Rd (78%) und 11 FÄ (55%). Die Rt-Dauer betrug im Median 10 [SD 2-12] Monate. Weiterbildungsfächer der Rd waren Hämatologie/ Onkologie (38%), Anästhesie (31%) und Psychosomatik (19%). Die Rt erfolgte zwischen dem 1. und 8. Weiterbildungsjahr. Bei 14 Rd (88%) war die Rt ein Wunscheinsatz, wobei 73% der Rd eine Länge von 12 Monaten präferierten. Die Rd und FÄ beantworteten im Median 85% und 79% der Wissensfragen korrekt und erreichten einen medianen PSW-Score von 46 und 40. Bei 93% der Rd hatten sich die Erwartungen und Vorstellung an den Rt-einsatz erfüllt. Rd und FÄ stuften die Fragen als verständlich (71% und 73%) und relevant (100% und 70%) und den FB als adäquat lang (79 % und 73%) ein. Bei der Expertenbefragung wurden 3 Fragen als redundant beurteilt.

Diskussion: Die Untersuchung zeigt die Durchführbarkeit der Befragung mittels des FBs. Verständlichkeit, Relevanz und Länge des Fb wurde als angemessen bewertet. Im Vergleich zwischen Rd und FÄ deutet sich ein Benefit im palliativen Wissen wie auch in der PSW durch die Rt an.

P43

Pilotprojekt: Stärkung der ambulanten Palliativversorgung im Land Brandenburg (Zwischenergebnisse)

Mühlensiepen F.^{1,2,3}, Marschke J.⁴, Heinze M.², Thoma S.², von Peter S.²

¹KV Consult- und Managementgesellschaft mbH, Potsdam, Germany, ²Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane, Neuruppin, Germany, ³Universität Witten/ Herdecke, Witten, Germany, ⁴Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Potsdam, Germany

Welchen Einfluss hat die Implementierung von regionalen, interdisziplinären und zugleich offenen Netzwerken auf die Umsetzung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Land Brandenburg?

Von Oktober 2016 bis Dezember 2017 wurde auf Initiative von regionalen Leistungserbringern (v.a. Ärzte und Pflege) ein Pilotprojekt zur Stärkung der ambulanten Palliativversorgung im Land Brandenburg realisiert. Die Umsetzung erfolgte in zwei Landkreisen, welche von unterschiedlichen strukturellen Charakteristiken geprägt sind.

Das Projekt wurde im Rahmen einer summativen Evaluation, basierend auf quantitativen und qualitativen Forschungszugängen, wissenschaftlich begleitet.

Ausgewählte Zwischenergebnisse der Evaluation stellen sich wie folgt dar:

1. Fragebogenerhebung (Patienten/Angehörige): Patienten & Angehörige zeigen sich mit der Versorgung durch die Projektteilnehmer tendenziell zufrieden bzw. sehr zufrieden.
2. Leitfadeninterviews (Patienten/Angehörige): Patienten und Angehörige berichten in den Leitfadeninterviews, dass sie an einem Pilotprojekt teilnehmen. Der Unterschied zur "Regelversorgung" ist den Patienten und Angehörigen häufig unklar.
3. Analyse der Versorgungsdokumentation: der Median des von den Projektteilnehmern bei Patienten zum Versorgungsbeginn dokumentierte Karnofsky-Index liegt bei 60 %.
4. Fokusgruppen (Ärzte/Pflege): Projektteilnehmer hoben den gemeinsamen Austausch im Rahmen der Netzwerktreffen hervor und wünschten sich eine Fortführung des Projekts.

Das Pilotprojekt zeigt, dass die palliativ-medizinische Grundversorgung durch die Schaffung von regionalen Netzwerkstrukturen gestärkt wird. Die Implementierung von Austauschmöglichkeiten erweist sich als geeignetes Mittel zur Steigerung der Abstimmung im Versorgungsprozess. Netzwerktreffen werden von den Projektteilnehmern als Fortbildungsmöglichkeit genutzt. Die im Pilotprojekt entstandenen Strukturen werden fortgeführt und fortan in die "Regelversorgung" (Vereinbarung zur BQKPMV) übertragen.

P44

Modell Palliativbeauftragter im Krankenhaus - von der Planung zur Umsetzung

Barnard K.¹, Tessmer G.², Weinholt W.¹, Melching H.³, Fritsche L.¹

¹Paul Gerhardt Diakonie gAG, Berlin, Germany, ²Evangelische Lungenklinik Berlin, Berlin, Germany,

³Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Germany

Hintergrund: Palliativbeauftragte in Krankenhäusern werden von vielen Seiten, wie dem Senat von Berlin (Initiative 80 Plus), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und durch viele Fachartikel gefordert. Der Beauftragte soll organisationsentwickelnd tätig sein, die Bereitschaft in den Krankenhäusern für den Einsatz von Palliativmedizin stärken, Prozesse beschreiben und interne sowie externe Koordinierungsaufgaben übernehmen. Ziel ist eine Versorgungskette aus ambulanten und stationären Strukturen mit schwellenlosen Schnittstellen zu schaffen, die die Lebensqualität von Menschen mit unterschiedlichsten Symptomlasten langfristig erhält und diese bis in ihr Sterben hinein begleitet. Bisher sind Palliativbeauftragte in dem Hospiz- und Palliativgesetz und in der Finanzierung durch die Krankenkassen nicht berücksichtigt.

Methodik: Auf Basis eines dreijährigen Pilotprojektes zur systematischen und modellhaften Einführung von Palliativbeauftragten in vier strukturunterschiedliche Krankenhäuser der Paul Gerhardt Diakonie (PGD) und einer wissenschaftlichen Begleitstudie, wird die Wirksamkeit der Tätigkeit des Palliativbeauftragten zur frühen und langfristigen Integration von Palliativmedizin in die Versorgung von Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen analysiert werden. Dabei werden vier Leitthemen untersucht:

- 1) Einführung eines Palliativbeauftragten,
- 2) Palliativ-Geriatrie Versorgung,
- 3) Netzwerke,
- 4) vorausschauende Versorgungsplanung.

Umsetzung: Projektplanung durch die Fachgruppe Palliativmedizin der PGD, Beratung mit der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaft der DGP, Basisbefragung zur Palliativmedizin in den Krankenhäusern der PGD, Einführung spezieller Fortbildungsangeboten, Akquise von Fördermitteln, Planung der operativen Umsetzung in den Krankenhäusern inklusive der wissenschaftlichen Begleitung.

Schlussfolgerung: Bei wissenschaftlich darstellbarem Erfolg, muss diskutiert werden, wie Palliativbeauftragte ein Teil der Regelfinanzierung werden können.

P45

Neuropädiatrische Erkrankungen in der Kinderpalliativversorgung: Eine Bestandsaufnahme des KinderPalliativTeams Südhessen

Becker S.¹, Fiedler H.¹, Pietz J.¹

¹KinderPalliativTeam Südhessen, Frankfurt, Germany

Während bei Erwachsenen in Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) Krebserkrankungen (64,9%) und Herz-Kreislaufkrankungen (29,2%) am häufigsten sind, bilden bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen neuropädiatrische Erkrankungen einen großen Anteil der von Kinderpalliativteams mit SAPV betreuten Patienten. Als Bestandsaufnahme und für eine Verbesserung der Versorgungsplanung haben wir die Diagnosen der vom KinderPalliativTeam Südhessen behandelten Patienten evaluiert. Hierzu wurden die über fünf Jahre im EDV-System Pallidoc erfassten Daten von 219 Patienten ausgewertet. 48,9% der Patienten hatten eine neuropädiatrische Diagnose: 19,6% prä-perinatale Hirnschädigung, 15,5% neurodegenerative Erkrankungen, 5,5% neuromuskuläre Erkrankungen, 5% genetische Hirnfehlbildungen, 3,2% genetische Epilepsiesyndrome. Eine weitere Patientengruppe mit zahlreichen neurologischen Symptomen bilden Patienten mit Hirntumoren (16,9%) sowie komplexen Fehlbildungs-Syndromen (5,5%). Häufigstes neuropädiatrisches Symptom war Epilepsie, die bei 45% (98/219) der Gesamtgruppe behandelt werden musste, d.h. fast jeder zweite Patient in SAPV hatte epileptische Anfälle. Der für Patienten und Eltern besonders belastende Status epilepticus fand sich besonders häufig bei prä-perinatale Hirnschädigung, Hirntumoren, neurodegenerativen Erkrankungen und genetischen Epilepsie-Syndromen. Eine besondere Herausforderung gerade in der Lebensendphase

kann die geeignete Applikationsform der antiepileptischen Medikamente darstellen, wenn eine orale oder enterale Gabe nicht mehr möglich oder nicht mehr ausreichend ist.

Es werden die Konsequenzen dieser hohen Anzahl neuropädiatrischer Patienten für die Zusammenarbeit mit Kliniken und SPZs dargestellt, wie auch die Bedeutung für die Versorgungsplanung. Eine besondere Bedeutung kommt der Frage der Teamfortbildung zu, dies sowohl in der Langzeittherapie wie bei der Akutbehandlung von Anfällen und Status epilepticus in der häuslichen Umgebung.

P46

Implementierung eines Ansatzes um Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung systematisch zu erfassen (KOMMA)

Pleschberger S.¹, Kreyer C.², Graf G.³

¹Gesundheit Österreich / The Austrian Public Health Institute, Wien, Austria, ²Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Dep. für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Hall i. T., Austria, ³Hospizbewegung Düren-Jülich e.V., Düren, Germany

Hintergrund: Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung zu erfassen und aufzunehmen ist das Anliegen eines praxisorientierten Forschungsprojektes in NRW. Ein in England entwickelter Ansatz zur Unterstützung Angehöriger (Carer Support Needs Assessment Tool-CSNAT) wurde übersetzt & validiert, und als KOMMA-Ansatz in Hospiz-/Palliativdiensten an drei Standorten in NRW implementiert.

Ziel: Erfassen von Herausforderungen, die sich bei der Implementierung eines systematischen Ansatzes in Hospiz- und Palliativdiensten ergeben.

Methode: Implementierung eines systematischen Ansatzes zur Erfassung von Bedürfnissen Angehöriger in Hospiz-/Palliativdiensten über Multiplikatoren-Teams (pro Standort eine Koordinatorin des Hospizdienstes sowie eine Pflegekraft aus dem SAPV-Team). Alle Mitarbeiter/innen wurden für den Einsatz geschult. Mixed-Methods Approach für wissenschaftliche Begleitforschung; In regelmäßigen Projektforen (n=5) wurden die Erfahrungen im Implementierungsprozess mit den Multiplikatorinnen reflektiert. Zudem wurden Interviews mit beteiligten Akteuren durchgeführt (n=8) und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis: Der Einsatz von Multiplikatorinnen für die Implementierung erwies sich als sinnvolle Struktur. Systematische Angehörigenarbeit stellte ein Novum für die beteiligten Dienste dar, und wurde häufig aufgrund des Fokus auf Patient/inn/en nachgereiht. Sowohl Hospizdienste als auch SAPV-Teams widmen sich Angehörigen, womit das Zueinander in der Anwendung von KOMMA zu einem zentralen Thema auch der Zusammenarbeit zwischen den Diensten wurde. Angehörigenarbeit in der Leistungserfassung und -vergütung adäquat abzubilden stellte zudem v.a. SAPV-Teams vor Probleme.

Schlussfolgerungen: Die Heterogenität der Versorgungslandschaft in Deutschland führt zu besonderen Rahmenbedingungen für die Implementierung eines innovativen Ansatzes, zumal sowohl Hospiz- als auch Palliativdienste Angehörigenarbeit leisten.

P47

Spiritualität und Religion im multiprofessionellen Team: Die berechnete Scheu, Patient*innen zu nahe zu treten.

Schmohl C.¹

¹Klinikum Stuttgart, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Evang. Krankenhausseelsorge, Stuttgart, Germany

Spiritualität und Religion sind in unterschiedlicher Akzentuierung ein Thema, gerade im interdisziplinären Austausch.

Zunehmend kennen die Teams die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren

Krebserkrankung, deren Schlüsselempfehlung 9.8 ausdrücklich das gezielte Ansprechen von spirituellen Aspekten in der Krankheitsverarbeitung nennt. Es lohnt sich, einen genaueren Blick darauf zu werfen, weshalb die Umsetzung im Alltag nicht so einfach gelingen mag:

Die Scheu, Patient*innen zu nahe zu treten, Gefühle der Unsicherheit bei religiösen Fragestellungen, hoher eigener Erwartungshaltung oder seitens der Patient/-innen, die Mayr et al. (2016: 11) im Rahmen ihrer Untersuchung zur Umsetzung der Erhebung zur spirituellen Anamnese SPIR beschreiben, nehmen nach meiner Erfahrung Mitarbeitende häufig auch im „ganz normalen“ Stationsalltag an sich selbst wahr.

Es ist daher wesentlich, seitens der Leitungen und der professionell Seelsorgenden eine Atmosphäre zu schaffen, in der es möglich ist, diese Wahrnehmungen in wertschätzendem Rahmen (z. B. Übergaben, Supervision, Seelsorgegespräch) zur Sprache bringen zu können.

Bei frommen Muslimen oder auch einer ausgeprägt konfessionellen katholischen Identität sind die Grenzen der Möglichkeiten einer evangelischen Seelsorge realistisch wahrzunehmen. Es ist sinnvoll und hilfreich, wenn unterschiedliche Religionen und Konfessionen im Team von Spiritual Care zusammenarbeiten (Karle 2017: 7).

Literatur:

Karle I (2017) Chancen und Risiken differenter Systemlogiken im Krankenhaus: Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care. *Spir Care* 7: 57-67.

Mayr B, Elhardt E, Riedner C, Roser T, Frick E (2016) Die Kluft zwischen eingeschätzten und tatsächlichen Fähigkeiten bei der Erhebung der spirituellen Anamnese. *Spir Care* 5:9-16.

Schmohl C (im Druck) Ich stelle mich immer als evangelische Pfarrerin vor - und dann passiert etwas. *Spir Care* 7(2).

Vielschichtigkeit, Teamentwicklung, Spiritual Care

P48

Informationsbedürfnisse in der Palliativmedizin - die Arzneimittelinformation Palliativmedizin (AMInfoPall) für Ärzte, Apotheker und Pflegende

Marheineke A.¹, Bausewein C.¹, Rémi C.¹

¹Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany

Hintergrund: Der Zugang zu Informationen ist essentiell für eine sichere, effektive medizinische Versorgung und Arzneimitteltherapie. Verfügbare Evidenz für Therapiekonzepte ist oft begrenzt, patientenindividuelle Behandlungssituationen unterschiedlich und zeitlichen Ressourcen limitiert. Gezielte Informationen können Therapieentscheidungen von Ärzten, Apothekern und Pflegenden bei Fragen zu palliativmedizinischen Themen stützen und die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöhen. Ziel dieses Projektes ist die Beschreibung des Informationsbedarfs von Professionellen zur palliativmedizinischen Arzneimitteltherapie.

Methode: Seit 2016 steht die AMInfoPall allen Professionellen in der Palliativversorgung im deutschsprachigen-Raum kostenfrei für arzneimittelbezogene Fragen zur Verfügung. Alle Anfragen wurden von 08/2016-07/2017 in einer Datenbank aufgenommen. Neben der Erfassung demographischer Daten erfolgte eine Kategorisierung der Fragestellung in 19 Gruppen entsprechend des thematischen Schwerpunktes; zusätzlich wurde die Komplexität der Anfragen bewertet.

Ergebnisse: 175 Anfragen, am häufigsten von Ärzten (66%; n= 115), gefolgt von Apothekern (26%; n=45) und Pflegenden (7%; n=13). Ärzte fragten v.a. zur Arzneimittelauswahl (30%; n=34), Apotheker über Galenik (29%; n=13) und Pflegende zu Applikationstechnik (38%; n=5). Die Anfragen der Ärzte (46%; n=53) waren hochgradig komplex (Level 3, Guidance notes for ranking enquiries des UK Medizin-Informationszentrums (UKMI)) und kamen von Palliativstationen (42%; n=48) oder der SAPV (47%; n=54). Anfragende Pflegende kamen fast nur aus der SAPV (77%; n=10) und Apotheker aus öffentlichen Apotheken (73%; n=33).

Schlussfolgerung: Insbesondere bei Ärzten aus der SAPV ist der Informationsbedarf in der Arzneimitteltherapie hoch und sehr komplex. Durch eine professionelle Arzneimittelinformation können Therapieentscheidungen unterstützt und die Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin potentiell effektiver und sicherer werden.

P49

Off-Label-Use im klinischen Alltag - eine Umfrage unter Palliativmedizinern in Deutschland

Hagemann V.¹, Bausewein C.¹, Rémi C.¹

¹Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany

Hintergrund: Der zulassungsüberschreitende Einsatz von Arzneimitteln (Off-Label-Use; OLU) ist fester Bestandteil der palliativmedizinischen Therapie; er birgt jedoch Herausforderungen, wie die Abwägung zwischen Evidenz und Erfahrung, Therapiefreiheit und rechtlichen Grauzonen. Wie groß das Bewusstsein der praktizierenden Ärzte für die Anwendung außerhalb der Zulassung ist und wie weitreichend die Probleme sind, die sich daraus praktisch und juristisch ergeben können, ist überwiegend unbekannt. Ziel dieser Studie ist es, den aktuellen Umgang mit OLU in deutschen Palliativeinrichtungen zu beschreiben.

Methoden: Bundesweite, anonyme Online-Umfrage unter deutschen Palliativmedizinern, unterteilt in Ärzte in leitender Funktion und angestellte Ärzte, durchgeführt vom 15.01.-25.02.2018. Abgefragt wurden Entscheidungsgrundlagen, Dokumentation, Patientenaufklärung und Probleme im praktischen Umgang mit OLU.

Ergebnisse: Von 605 über E-Mail versendeten Einladungen, konnten 578 zugestellt werden. 141 Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt (24,4%). Die meisten Teilnehmer sind auf Palliativstationen und in SAPV-Teams tätig (n=134). Von den 112 teilnehmenden Einrichtungsleitern, gaben 85% (n=95) an, dass es keine einheitlichen Vorgaben bzgl. der OLU-Dokumentation gibt. 30/37 angestellten Palliativmediziner nannten Erfahrung als Entscheidungsgrundlage für einen OLU. 75% (n=24) der Befragten nutzen regelmäßig Off-Label Therapien ohne oder mit wenig Evidenz. Unsicherheiten bestehen vor allem hinsichtlich Therapiesicherheit, juristische Fragen und Regresse.

Zusammenfassung: Insgesamt zeigt sich ein äußerst heterogenes Bild hinsichtlich Bewusstsein und Umgang mit OLU in deutschen Einrichtungen der Palliativversorgung. Institutionseigene Richtlinien sind kaum vorhanden. Konsens ist der Wunsch nach unbürokratischen Standards für etablierte Anwendungsgebiete außerhalb der Zulassung, die therapeutische und rechtliche Sicherheit für Ärzte und Patienten bringen.

P50

Entwicklung eines halbstandardisierten, qualitativen Interviewleitfadens zur Erfassung der hospizlich-palliativen Haltung von Ärzten nach der Rotation auf einer Palliativstation eines Onkologischen Spitzenzentrums

Scheer K.¹, Banaz-Yasar F.¹, Ritterbusch U.¹, Hense J.², Schuler M.^{2,3}, Tewes M.², Begemann V.⁴

¹Universitätsklinikum Essen, Hospizarbeit, Essen, Germany, ²Uniklinikum Essen, Westdeutsches Tumorzentrum - Innere Klinik, Essen, Germany, ³Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), Partnerstandort Universitätsklinikum Essen, Essen, Germany, ⁴Hochschule Hannover, Fakultät V - Diakonie, Gesundheit und Soziales, Hannover, Germany

Hintergrund: Während des Rotationseinsatzes auf Palliativstationen werden Ärzte mit Patienten konfrontiert, die lebensbedrohlich erkrankt sind. Die Haltung der Rotanden (Rd) spielt eine wesentliche Rolle für die Patienten. Ziel dieser Studie ist einen Leitfaden für ein halbstrukturiertes Interview zu entwickeln, das die hospizlich-palliative Haltung der Rd nach Abschluss der Rotation untersucht.

Methode: Für die Entwicklung des halbstandardisierten und qualitativen Interviewleitfadens wurden modifizierte Fragebögen (nach Mosich V, 2017; Begemann V, 2015) verwendet, die von 21 Rd und 20 Fachärzten (FÄ) ausgefüllt wurden. Abgefragt wurden Aspekte zum palliativen Wissen, zur palliativen Selbstwirksamkeit und zur Selbsteinschätzung. Drei Stichpunkte zur Lebenshaltung konnten im Freitext benannt werden. Im Zeitraum von 11/2017 - 1/2018 wurde der Fragebogen von 14 Rd und 6 FÄ zurückgesandt. Die Themenkomplexe der Fragebögen bildeten die Grundlage für 8 Hauptkategorien des Interviewleitfadens, die in einem Expertengespräch identifiziert wurden.

Ergebnis: Folgende Hauptkategorien wurden formuliert: Biographie, Wissen, Kommunikation, Zusammenarbeit, Haltung, Sinn/Spiritualität, ehrenamtliche Hospizarbeit und Reflexion. Aus diesen

Hauptkategorien wurde ein Leitfaden erarbeitet und mittels zweier Probeinterviews spezifiziert. Eine erste Kurzanalyse der quantitativen und qualitativen Daten zeigt die Tendenz, dass die Haltung der Rd während des Einsatzes auf einer Palliativstation geprägt und verändert wird.

Fazit: Der hier entwickelte Interviewleitfaden ist geeignet, die hospizlich-palliative Haltung der Rd zu erheben. Als qualitativer Anteil einer multizentrischen Studie der Palliativstationen in Onkologischen Spitzenzentren wird seine Anwendung eine vertiefende inhaltliche Kategorisierung und Analyse der haltungsprägenden Faktoren des Rotationseinsatzes auf einer Palliativstation ermöglichen.

P51

Etablierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes an einem Krankenhaus der Maximalversorgung

Engel P.T.¹, Lenz P.¹

¹Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Palliativmedizin, Münster, Germany

Einführung: In Deutschland besteht eine Unterversorgung an spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung an Akutkrankenhäusern. Ziel dieser Studie ist die Evaluation der Etablierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD) an einem Zentrum der Maximalversorgung.

Patienten und Methoden: In einer retrospektiven, single-center-Studie am Universitätsklinikum Münster wurde das erste Jahr der Einrichtung eines PKD vom 01.05.2015 bis 31.05.2016 evaluiert. 578 Patienten mit fortgeschrittenen lebenslimitierender Erkrankung wurden eingeschlossen. Die Symptomlast wurde unter anderem mittels Symptom Distress Scale von McCorkle und Young erfasst. Zudem wurden Faktoren evaluiert, die beim Aufbau eines Palliativdienstes hilfreich sein könnten.

Ergebnisse: Die Anzahl der Patienten erhöhte sich stetig von rund 20 auf 50 pro Monat. In 13 Monaten fragten alle Abteilungen den PKD an. Abteilungen mit der höchsten Anzahl an überwiesenen Patienten waren die Klinik für Strahlentherapie (28,8%), Innere Medizin/Onkologie (18,0%) und Gynäkologie (16,7%). Die häufigsten Symptome waren Müdigkeit/Schwäche (83%), reduzierte Stimmung (69%), Appetitlosigkeit (65%), Verstopfung (62%), Schmerzen (57%) und Schlafstörungen (54%). Während der PKD eine Umstellung der Schmerzmedikation bei 142 stationären Patienten (28,9% aller stationären Patienten) empfahl, wurde diese nur in 57,0% (81 Patienten) direkt umgesetzt. Ähnliches konnte auch bei anderen Symptomen beobachtet werden. Regelmäßig durchgeführte multidisziplinäre Visiten erhöhten sowohl die Akzeptanz des PKD als auch die Umsetzungsrate der medikamentösen Empfehlungen.

Zusammenfassung: Im Rahmen der Etablierung eines PKD sollten die oben genannten Symptome erwartet und entsprechende Behandlungskonzepte erarbeitet werden. Fest vereinbarte multidisziplinäre Visiten erhöhen Akzeptanz und Effektivität eines PKD.

P52

Start der „integrierten Allgemeinen Palliativversorgung“ (i-APV) in der Region Augsburg als besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Eichner E.¹, Hillebrand M.²

¹Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Augsburg, Germany, ²GWQ ServicePlus AG, Düsseldorf, Germany

Zum 01.01.2018 wurde in Augsburg als erster Region in Deutschland die i-APV eingeführt. Damit soll eine echte abgestufte ambulante Palliativversorgung auch im Kontext des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) und der damit verbundenen Verbesserungen erreicht werden. Folgende relevante Merkmale wurden vereinbart:

Primäre Vertragsziele

Konsequente Orientierung der Versorgung am Patientenbedarf, mehr Zeit am Patienten, enge Einbindung der Angehörigen und Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen.

Zentrale Koordinationsstelle

Diese organisiert und vernetzt sämtliche patientenfernen Leistungen und stellt die Abrechnung sicher. Damit werden die Leistungserbringer erheblich entlastet und haben mehr Zeit am Patienten zur Verfügung.

Qualifikationsanforderungen

Für beteiligte Ärzte und Pflegefachkräfte wurden palliativpflegerische und -medizinische Qualifikationsanforderungen festgelegt, auf deren Basis eine dem Aufwand angemessene Vergütung erfolgt. Hospizdienste und weitere Professionen werden patientenbezogen eingebunden.

Patientengruppen

Für den Vertrag wurden bisher 12 Patientengruppen mit onkologischen, neurologischen und internistischen Grunderkrankungen identifiziert, die im häuslichen Umfeld leben und einen erhöhten Versorgungsaufwand haben, deren Komplexität aber eine SAPV (noch) nicht begründet - für die also eine echte Versorgungslücke besteht.

Qualitätssicherung

Regelmäßige Qualitätszirkel und ein Lenkungsausschuss sichern die hohe Qualität der Versorgung. Ein fortlaufendes Vertragscontrolling sowie die Erstellung von Kennzahlenberichten gewährleisten die Erreichung der Vertragsziele.

HPG

Auch unter Berücksichtigung des HPG bestehen weiterhin Versorgungslücken zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, die in der i-APV durch eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Palliativversorgung geschlossen wird. Der Versorgungsvertrag ist von Anfang an über die Pilotregion Augsburg hinaus angelegt.

P53

Das „Palliativ-Notbett“ Modell in Köln - eine retrospektive 2-Jahres-Analyse

Joist T.¹, Wagner S.¹, Wille-Friederichs A.¹, Buscham A.², Balboni C.², Schlesinger A.²

¹Palliativteam SAPV Köln, Köln, Germany, ²St. Marien Krankenhaus, Lungenklinik, Köln, Germany

Die SAPV ermöglicht fast immer die Versorgung Sterbender in der häuslichen Umgebung bis zum Tod. Manchmal brechen aber die Versorgungsstrukturen unter der Last des Sterbens unvorhersehbar plötzlich zusammen. Hospize und Palliativstationen stehen für Notaufnahmen- insbesondere nachts und am Wochenende - regelhaft nicht zur Verfügung.

Das Konzept des „Palliativ-Notbett“: Durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen der SAPV Köln rrh. und dem St. Marien KH., Lungenklinik Köln- Nord wurde ein Konzept entwickelt, um Patienten ohne die üblichen diagnostischen Routine-AufnahmeprozEDUREN zu jeder Tages- und Nachtzeit schnell in die Obhut einer allgemein internistischen Klinik mit palliativmedizinischer Kompetenz zu bringen.

Forschungsfrage und Methode: Die retrospektive Analyse nach 24 Monaten Arbeit mit diesem Konzept soll klären, in welchem Umfang das Modell angewandt wurde und wesentliche demographische Daten darstellen.

Ergebnisse: Vom 1.1.2016 bis zum 31.12.2017 wurden 47 Patienten in das „Palliativ-Notbett“ stationär aufgenommen, wovon 40 Patienten durch den stationären Palliativ-Konsildienst betreut wurden. 22 Patienten verstarben durchschnittlich innerhalb von 5,63 Tagen. Von den 25 nicht verstorbenen Patienten wurden 15 Patienten in ein Hospiz verlegt. 6 Patienten wurden entweder in eine andere Klinik oder ein Heim verlegt. 4 Patienten konnten wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden.

Schlussfolgerungen: In der Sterbephase von Palliativpatienten kommt es regelmäßig zu Notfallsituationen, die ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung auch mit SAPV nicht mehr erlauben. Da hoch spezialisierte stationäre Palliativstrukturen häufig für Notaufnahmen am Wochenende und nachts nicht zur Verfügung stehen können, hat sich durch die enge Verzahnung von SAPV und einem Krankenhaus der Regelversorgung das Kölner „Palliativ-Notbett“, als praktikable und notwendige Lösung für die besonderen Bedürfnisse von akut stationär zu versorgenden Palliativpatienten bewährt.

Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung im ärztlichen Notdienst durch eine Arbeitshilfe für die Bevorratung mit palliativmedizinisch relevanten Notfallmedikamenten
Eichner E.¹, Sturm M.², Koczian U.³, Beck M.⁴, Berger J.⁵

¹Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Augsburg, Germany, ²Klinikum Augsburg, Schmerzambulanz, Augsburg, Germany, ³Bayerische Landesapothekerkammer, München, Germany, ⁴Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Augsburg, Germany, ⁵Bayerischer Hausärzteverband, Meitingen, Germany

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Bayerische Landesapothekerkammer, Ärztlicher Kreisverband Augsburg und Bayerischer Hausärzteverband e. V. haben gemeinsam im Sommer 2017 Arbeitshilfen (einen Flyer, eine DIN A4-Übersicht - geeignet zum Aushang im BackOffice der Apotheke; eine Din A6-Karte für die ärztliche Kitteltasche) erarbeitet und in Stadt und Landkreis Augsburg verbreitet, um die Versorgung von Palliativpatienten außerhalb der regulären Arbeitszeiten zu verbessern.

Ausgangsthese: Die gemeinsame Ausgangsthese war, dass Palliativpatienten durch eine möglichst breite Bevorratung sowohl in den öffentlichen Apotheken als auch im ärztlichen Notfallkoffer bzw. durch entsprechende Rezeptierung und die Kenntnis der Bereitschafts- und Notärzte hiervon zuverlässiger als bisher versorgt werden und unnötige Krankenhausaufenthalte zu Lasten der Patienten unter Umständen vermieden werden.

Umsetzung: Liste von nur 9 Wirkstoffen

Die in der erarbeiteten Arbeitshilfe enthaltenen nur neun Wirkstoffe ermöglichen es nun, wesentliche Symptome in der Palliativversorgung vor Ort zumindest überbrückend zu behandeln; eine umfassende palliativmedizinische Behandlung vor Ort ist damit aber weiterhin nicht möglich. Durch die Reduktion auf das Wesentliche sind jedoch die Akzeptanz und Praktikabilität dieser Arbeitshilfe sowohl auf ärztlicher wie pharmazeutischer Seite hoch.

Erste Ergebnisse: Die Verbesserung der Versorgung von Palliativpatienten außerhalb der Regelarbeitszeiten von Ärzten und Apothekern durch Verfügbarkeit relevanter Wirkstoffe im Notdienst geht nur in engem Zusammenspiel der Berufsgruppen. Die vorliegende Arbeitshilfe scheint in der Region Augsburg schon jetzt hierzu einen Beitrag zu leisten.

Bevorratung palliativmedizinisch relevanter Notfallmedikamente*

ARBEITSHILFE



* Die vorliegende Liste stellt eine von mehreren sachgerechten Bevorratungsmöglichkeiten sowohl im ärztlichen Notfallkoffer als auch in den Apotheken dar; insbesondere bleibt es den Ärzten unbenommen, diese nach individuellen Gegebenheiten anders zu gestalten.

Rückfragen? Telefon 0821 455 550-0 E-Mail info@ahpv.de

Wirkstoff	Darreichungsform Konzentration	Packungseinheit ^d
Buprenorphin	Sublingualtabletten 0,2 mg	20 Tabletten
Butylscopolamin	Injektionslösung 20 mg/ml	N1 5 Ampullen, à 1 ml
Dexamethason	Injektionslösung 4 mg/ml	N2 3 Ampullen, à 1 ml
Dimenhydrinat ¹	Suppositorien 150 mg	N1 10 Suppositorien
Fentanyl ²	Transdermales Pflaster 25 µg/h	N1 5 Pflaster
Haloperidol	Lösung zum Einnehmen 2 mg/ml	N1 30 ml Lösung
Lorazepam ³	Schmelztabletten 1,0 mg	N3 50 lyophilisierte Plättchen
Morphinsulfat	Injektionslösung 10 mg/ml	N2 10 Ampullen, à 1 ml
Morphinhydrochlorid	Lösung zum Einnehmen 5 mg/ml	N2 50 ml Lösung
Novaminsulfon	Lösung zum Einnehmen 500 mg/ml	N2 50 ml Lösung

Hinweise:

¹ müssen in der Regel vom Patienten selbst bezahlt werden

² aufgrund unterschiedlicher Pflasterbeladung je Hersteller muss hier zusätzlich der Handelsname angegeben werden, den die jeweilige dienstbereite Apotheke bevorrätet; diesen per Telefon erfragen

³ Verordnung der Schmelztabletten mit „non aut idem“, sonst dürfen je nach Rabattverträge keine Schmelztabletten abgegeben werden

^d Die angegebenen Packungseinheiten stellen eine sinnvolle Verbrauchsmenge in der palliativen Versorgung dar. Sie sind als Empfehlung des AHPV e.V. zu verstehen und explizit nicht Bestandteil des gemeinsamen Projekts.

Die Veröffentlichung von Arbeitshilfen ist ein Service der beteiligten Organisationen für ihre Mitglieder. Eine weitergehende Beratung hierzu erfolgt nur gegenüber Mitgliedern. Die Arbeitshilfen sind eine zusammenfassende Darstellung der pharmazeutischen, medizinischen und rechtlichen Grundlagen, die nur pauschalisierte Hinweise nach dem Stand der Wissenschaft zum Druckzeitpunkt enthält und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Eine Beratung im Einzelfall kann hierdurch nicht ersetzt werden. Obwohl diese Arbeitshilfe mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt wurde, kann eine Haftung für die inhaltliche Richtigkeit nicht übernommen werden.
Stand 5/2017

[Arbeitshilfe Bevorratung palliativmedizinisch relevanter Notfallmedikamente - Vorderseite]

P55

Wie misst man Qualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)?

Ergebnisse einer Expertentagung in Köln

Joist T.^{1,2}, Bitschnau-Lueg A.^{2,3}, Grabenhorst U.^{2,4}

¹Palliativteam SAPV Köln, Köln, Germany, ²Verbund der SAPV Teams Nordrhein (VSTN) e.V., Viersen, Germany, ³Palliativteam SAPV Rheinerft, Brühl, Germany, ⁴Home Care Linker Niederrhein, Viersen, Germany

Problemstellung: Versorgungs- Struktur und Ergebnisqualität sind wesentliche Elemente, um zu entscheiden, ob die eingesetzten medizinischen Maßnahmen sinnvoll, wirtschaftlich und ausreichend sind. Im Bereich der Palliativmedizin wurden entsprechende Indikatoren in der S3- Leitlinie Palliativmedizin bei onkologischen Erkrankungen definiert. Für die relativ neue ambulante Versorgungsstruktur der SAPV sind solche Elemente nur sehr eingeschränkt zu übertragen.

Methode: Bei einer Arbeitstagung von Hausärzten, SAPV-Teams, Pflegediensten, ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern, Anbietern von "Palliativ"- Software und MDK-Mitarbeitern wurden Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von SAPV Teams zu fordern sind, diskutiert und festgelegt.

Forschungsfrage: Auf Grundlage der vorhandenen wissenschaftlichen Daten, wurden praktikable Qualitätsindikatoren und -marker für die SAPV Teams festgelegt.

Ergebnisse: Durch eine anspruchsvolle Strukturqualität wird der Boden für die notwendigen Prozessstandards bereitet. Infrage kommende Parameter für die Qualitätsmessung der Versorgung:

1. Können Patienten dort versterben, wo sie es wünschen.
2. Aufnahmezeitpunkt in die SAPV nach Anmeldung.
3. Werden die Strukturvorgaben in Hinblick auf Multiprofessionalität, technische Anforderungen z.B. Pumpentherapie und Teamsitzungen wie z.B. ethische Fallkonferenzen und Supervisionen erfüllt.
4. Gibt es ein Benchmarking mit vergleichbaren Teams.
5. Besteht eine zuverlässige Erreichbarkeit von Koordinationsbüro, Pflegekräften und Ärzten.
6. Weitere Parameter können Strukturen vor Ort berücksichtigend zur Qualitätsmessung herangezogen werden.

Schlussfolgerungen: SAPV nimmt einen immer größeren Stellenwert im Bereich der ambulanten Palliativversorgung ein. Die aktuelle Entwicklung der Versorgungslandschaft, mit sehr heterogenen Teams, macht es dringend notwendig genaue Vorgaben und Kontrollinstrumente sowohl für die Zulassung als auch die laufende Versorgung der SAPV-Teams festzulegen.

P56

PalliativAnsprechpartner zur Verbesserung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus

Haberland B.¹, Braun R.¹, Tänzler S.¹, Zimmerling S.¹, Bausewein C.¹

¹Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany

Hintergrund: Allgemeine Palliativversorgung gilt als Basis für die Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen und ist Aufgabe der Primärbetreuenden. Im Krankenhaus werden die meisten Patienten auf Allgemein- und Intensivstationen betreut, häufig fehlt jedoch die entsprechende palliativmedizinische Expertise. Ziel des Projektes ist der Aufbau eines Netzwerks von Palliativansprechpartnern (PA) in einem Universitätsklinikum.

Methode: Nach Beschluss des Klinikumsvorstands Benennung von 1-2 Pflegenden pro Station und 1-2 Ärzten pro Klinik als PA über Klinikdirektoren und Pflegebereichsleitungen. 2-tägige Schulung zu palliativmedizinischer Versorgung und Symptomkontrolle für PA. Netzwerktreffen der PA alle 3 Monate mit Fortbildung und Entwicklung eigener Standards.

Ergebnisse: Seit September 2016 Benennung von 30 Pflegenden und Ärzten in zunächst 6 Kliniken. Seither Erweiterung auf das ganze Universitätsklinikum. In 2018 insgesamt nahezu 90 PA benannt, davon fast 70 Pflegenden und 20 Ärzte. Zwei Drittel der PA mit Teilnahme an der palliativmedizinischen Schulung. Palliativdienst hat zentrale Rolle bei der Vernetzung zwischen PA und Kontaktaufnahme zwischen den Treffen. Derzeit Erarbeitung eines Leitfadens „Palliativmedizinische Begleitung sterbender Patienten“ und zur Bedarfsmedikation.

Diskussion: Zur Verbesserung der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden auf allen Stationen eines Klinikums können PA als Multiplikatoren vor Ort eine thematische Sensibilisierung für Palliativversorgung erreichen und als Kontaktpersonen zur spezialisierten Palliativversorgung dienen.

Zudem können für die gesamte Institution stations- und klinikinterne Abläufe für den Zugang zu Palliativversorgung, Erfassung von Palliativbedürfnissen, Weiterversorgung von Palliativpatienten, Begleitung von Sterbenden etc. entwickelt werden.

P57

Behandlung im Voraus planen (BVP) - wie können Festlegungen für den Fall einer Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer dokumentiert werden?

Feddersen B.¹, Götze K.², Loupatatzis B.³, Petri S.⁴, Hornke I.⁵, Karzig I.³, Otto D.³, Bausewein C.¹, Krones T.³, Marckmann G.⁶, in der Schmitt J.²

¹Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München, München, Germany, ²Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ³Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich, Zürich, Switzerland, ⁴Caritasverband der Erzdiözese München und Freising, München, Germany, ⁵Würdezentrum Frankfurt/Main, Frankfurt/Main, Germany, ⁶Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Universität München, München, Germany

Hintergrund: Behandlung im Voraus planen (BVP) hat zum Ziel, dass Menschen auch dann nach ihrem Willen behandelt werden, wenn sie diesen nicht mehr äußern können. Für die Festlegung des Patientenwillens sind entsprechende Dokumente notwendig.

Fragestellung: Entwicklung der Dokumentation von Festlegungen für den Fall einer Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer.

Methoden: „Nominal group technique (NGT)“ in zwei Runden. Als strukturierte Evaluationsmethode zur Konsentierung von demokratischen Team- oder Gruppenentscheidungen. Die NGT fand mit zehn BVP-Experten aus den Bereichen soziale Arbeit, Pflege, Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Onkologie, Notfallmedizin, Neurologie, Palliativmedizin, Ethik und Jura statt.

Ergebnisse: In der ersten Runde wurden folgende mögliche klinisch relevante Outcomes für die Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer konsentiert:

- 1) Versterben;
- 2) schwerste Pflegebedürftigkeit auf Grund von motorischen und/oder geistigen Einschränkungen;
- 3) schwere kognitive Einschränkungen und
- 4) prolongierter klinischer Verlauf/Rehabilitationsphase.

In der zweiten Runde wurden mögliche Darstellungsoptionen diskutiert. Diese beinhalten:

A=Therapieziel Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich. B=Therapieziel abhängig von der Prognose. Hier erfolgt die Behandlung mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder Linderung auf Grundlage der „Einstellungen“ und gegebenenfalls einer nachstehenden prognostischen Orientierung für den rechtlichen Vertreter. Dabei kann für jedes Outcome das Risiko einer Eintrittswahrscheinlichkeit (in %) genannt werden, ab welchem lebensverlängernde Maßnahmen abgebrochen werden sollen. C=Therapieziel Linderung (Palliation).

Schlussfolgerungen. Mittels der NGT war es einer BVP-Expertengruppe möglich relevante klinische Outcomes für Patienten im Krankenhaus bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer zu definieren und grafisch darzustellen.

P58

Umsetzung von Behandlung im Voraus planen (BVP) bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS)

Feddersen B.¹, Steinberger K.¹, Port G.¹, Bausewein C.¹

¹Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin Klinikum der Universität München, München, Germany

Hintergrund: Behandlung im Voraus planen (BVP) hat zum Ziel, dass Menschen vorausverfügen können, wie sie behandelt werden wollen, wenn sie nicht mehr selbst entscheiden können. Dies geschieht durch eine professionelle mehrzeitige Gesprächsbegleitung und wird in einer Patientenverfügung dokumentiert.

Fragestellung: Wie sehen BVP-Entscheidungen bei ALS-Patienten im Detail aus?

Methodik: Monozentrische retrospektive Datenanalyse.

Ergebnis: Mit 11 ALS-Patienten (männlich 8, weiblich 3) wurde ein BVP-Prozess durchgeführt (medianes Alter 70, min 61 max 84 Jahre). Das Erstgespräch dauerte im Median 60 Minuten (min 60, max 120 Minuten). Bei allen Gesprächen war der rechtliche Vertreter anwesend. Insgesamt lebten 7 Patienten „gerne“, 3 „nicht mehr gerne“ und 1 „abhängig der Lebensqualität“. Ein friedliches Versterben in der Nacht zum Zeitpunkt des Gesprächs wäre für 4 „willkommen“, für 5 „in Ordnung“ und für 2 „zu früh“. Im akuten Notfall (akute Einwilligungsunfähigkeit) war das Therapieziel bei 2 Patienten Lebensverlängerung soweit medizinisch möglich, mit Einschränkung der Mittel bei 6 Patienten und ausschließliche Leidenslinderung bei 3 Patienten. Bei Eintreten einer Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer wäre für 5 Patienten das Therapieziel Lebensverlängerung jedoch prognoseabhängig und für 6 Patienten ausschließlich Leidenslinderung. Bei Eintreten einer dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit würden alle 11 Patienten nur noch ausschließlich leidenslindernde Maßnahmen favorisieren.

Schlussfolgerung: Trotz einer Erkrankung mit schweren motorischen Einschränkungen leben die untersuchten ALS Patienten überwiegend gerne. Die Therapieziele sind prognoseabhängig unterschiedlich und werden gut differenziert. Die in den herkömmlichen Patientenverfügungen häufig vorhandene Reichweitenbeschränkung und dichotome Auswahloption möglicher medizinischer Maßnahmen erscheint im Vergleich unzureichend und zu reduktionistisch.

P59

Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): Was sollte der Inhalt der Gespräche sein und wie ist er angemessen zu dokumentieren?

Götze K.¹, Feddersen B.², Loupatatzis B.³, Petri S.⁴, Hornke I.⁵, Karzig I.⁶, Otto D.⁶, Krones T.⁶, Marckmann G.⁷, in der Schmitt J.¹

¹Heinrich-Heine-Universität, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf, Germany, ²LMU München, Klinik für Palliativmedizin, München, Germany, ³Universitätsspital Zürich, Onkologie und Strahlentherapie, Zürich, Switzerland, ⁴Caritasverband der Erzdiözese München und Freising, München, Germany, ⁵Palliativteam Frankfurt, Frankfurt, Germany, ⁶Universitätsspital Zürich, Institut für biomedizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Zürich, Switzerland, ⁷LMU München, Institut für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin, München, Germany

Hintergrund: Behandlung im Voraus planen (BVP) hat zum Ziel, dass Menschen in gesundheitlichen Krisen auch dann so behandelt werden, wie sie das wollen, wenn sie sich nicht mehr selbst dazu äußern können.

Fragestellung: Welche Szenarien sollten im Rahmen einer BVP-Gesprächsbegleitung besprochen und wie können die Festlegungen der vorausplanenden Personen dokumentiert werden, damit Gespräch und Dokumentation sich in Krisensituationen als effektiv erweisen?

Methodik: Eine Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern und Praktikern aus Deutschland und der Schweiz identifizierte in einem mehrjährigen Prozess die erforderlichen Elemente eines BVP-Gesprächsprozesses auf der Basis der internationalen Literatur durch Analyse möglicher Anwendungsfälle aus medizinischer Perspektive. Die Gruppe entwickelte korrespondierende Formulare und testete das Konzept in zahlreichen Gesprächen über mehrere Entwicklungszyklen hinweg.

Ergebnis:

1. Als Hintergrund für konkrete Festlegungen sind der (Über-)Lebenswille, das Verhältnis zum eigenen Sterben sowie die Einstellung zu lebensverlängernder Therapie (LVT) zu klären.
2. Für medizinische Notfälle, die rasches Handeln erfordern und deren Prognose meist unklar ist, sollten das individuell gewünschte Therapieziel und ggf. konkrete Grenzen LVT (Reanimation, Beatmung, Verlegung auf Intensivstation, Verlegung ins Krankenhaus) festgelegt werden können.
3. Für den Fall stationärer Behandlung sollte festgelegt werden können, ob es Risiken für Folgezustände oder Belastungen gibt, deren Vorliegen ein Umschwenken auf ein palliatives Therapieziel unter Inkaufnahme des dann eintretenden Todes zur Folge haben sollen.
4. Im Falle einer dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit, wie bei Demenz oder irreversiblen Hirnschaden, sollten Kriterien für eine Therapiezieländerung erörtert und festgelegt werden können.

Schlussfolgerung: Klar definierte Gesprächsinhalte und eine korrespondierende präzise Dokumentation sind entscheidend, damit BVP Wirksamkeit entfalten kann.

P60

Symptomkontrolle und Krankheitsbewältigung aus Sicht von Patienten und Angehöriger mit therapierefraktärer Atemnot

Schunk M.¹, Schuster A.¹, Streitwieser S.¹, Haberland B.¹, Tänzler S.¹, Syunyaeva Z.², Huber R.M.², Bausewein C.¹

¹Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany,

²Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik V, München, Germany

Fragestellung: Durch die Behandlung in der Atemnot-Ambulanz sollen Patienten durch Anleitung zum Selbstmanagement, Atemübungen oder Medikamente einen besseren Umgang mit Atemnot erlernen. Ziel dieser Untersuchung ist, die Erfahrungen der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Behandlung in Bezug auf Veränderungen der Symptomkontrolle und Krankheitsbewältigung zu beschreiben.

Methode: Qualitative semi-strukturierte Interviews mit Patienten und Angehörige einige Wochen nach Abschluss der Behandlung. Sampling-Frame anhand soziodemographischer und krankheitsbezogener Kriterien. Transkription der Interviews und Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Primäranalyse). Entwicklung der inhaltlichen Kategorien gemischt deduktiv-induktiv unter Verwendung der Strategie der Subsumtion. Zur weiteren Auswertung fand eine Typenbildung (Sekundäranalyse) statt.

Ergebnisse: 16 Interviews mit Patienten und 9 mit Angehörigen. Bildung eines Kategoriensystems aus 8 Ober- und 23 Unterkategorien. Die Oberkategorie „Profitieren durch die Atemnot-Ambulanz“ umfasst zwei Dimensionen, (i) die Erfahrung von Verbesserungen im Symptommanagement sowie (ii) ein erweiterter Nutzen in Form einer Verbesserung der psychischen Krankheitsbewältigung. Eine als erfolgreich erlebte Teilnahme ist verbunden mit persönlichen Faktoren (Vorhandensein eines mittleren bis hohen Leidensdrucks, Akzeptanz der Schwere der Erkrankung und positive Einstellung zum Selbstmanagement) sowie äußeren Faktoren (stabiler Krankheitsverlauf zum Zeitpunkt der Behandlung, eher frühes Erkrankungsstadium, wenig Vorerfahrungen im Umgang mit der Erkrankung, z.B. Atemphysiotherapie).

Diskussion: Unterschiedliche Faktoren beeinflussen, ob Betroffene eine Atemnotambulanz als hilfreich erleben. Das Wissen darum kann helfen, künftige Interventionen zur Stärkung des Selbstmanagements noch effektiver und patientenzentrierter zu gestalten.

P61

Erfahrungen mit der Atemnotambulanz als Versorgungsangebot aus Sicht von Patienten - eine Fragebogenerhebung

Schunk M.¹, Bergtold N.¹, Streitwieser S.¹, Tänzler S.¹, Haberland B.¹, Syunyaeva Z.², Huber R.M.², Bausewein C.¹

¹Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany,

²Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik V, München, Germany

Hintergrund: Die Atemnot-Ambulanz München ist eine standardisierte Kurzzeitintervention mit multidisziplinärem Behandlungskonzept zur Anleitung zum Selbstmanagement von chronischer Atemnot bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen. Ziel der Studie ist es, die Wahrnehmung und Wirksamkeit der Behandlung aus Sicht der Patienten zu untersuchen.

Methode: Postalische Fragebogenerhebung 4-6 Wochen nach Abschluss der Behandlung zur Bewertung der Atemnotambulanz. Gefragt wurde nach der Häufigkeit der Nutzung der Materialien und Empfehlungen, der Erreichbarkeit sowie der Zufriedenheit mit dem Angebot. Deskriptive Statistik mit SPSS Statistics 24. Chi-Quadrat Test zur Prüfung von Häufigkeitsunterschieden.

Ergebnisse: Zwischenauswertung von n=86 Fragebögen (Rücklaufquote von 91%). Patienten finden die Behandlung zur Verbesserung des Umgangs mit Atemnot hilfreich (47%) oder sehr hilfreich (42%). Eigene wichtige Anliegen konnten erfolgreich mit den Palliativmedizinern (81%), den Physiotherapeuten (77%) und den Lungenfachärzten (51%) besprochen werden. Patienten nutzen die von den Physiotherapeuten vermittelten Atemübungen (72%) und atemerleichternde Körperpositionen (69%) weiterhin häufig, 38 % die Entspannungstechniken und 33% den Handventilator. Patienten, die ausgehändigte Materialien nach Abschluss der Behandlung weiter häufig nutzen, hier am Beispiel des Handventilators, sind mit der Behandlung insgesamt zufriedener ($p < .05$; Chi-Quadrat (1, n=83) = 4.88, $p=.027$) und bestätigen deren Wirksamkeit in Bezug auf die Atemnot häufiger ($p < .05$; Chi-Quadrat (1, n=83) =5.09, $p=.024$).

Diskussion: Die Behandlung in der Atemnot-Ambulanz verbessert aus Sicht der Patienten den Umgang mit Atemnot und die Lebensqualität und verringert die Symptomlast. Patienten wertschätzen die auf die individuelle Situation abgestimmten Informationen und Anleitungen und das multiprofessionelle Vorgehen.

P62

pall-iv: Mischinfusion in der Palliativmedizin

Remi C.¹, Berger S.², Büsel S.¹, Bausewein C.¹

¹Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin Uni München, München, Germany, ²Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Institut für Pharmazie und Lebensmittelchemie, Würzburg, Germany

Hintergrund: Die Mischung von 2 und mehr Arzneimitteln zur kontinuierlichen Infusion gehört zur gängigen Praxis in der Palliativmedizin. Die verfügbaren Daten zu Kompatibilität und Stabilität relevanter Arzneimittelmischungen sind begrenzt. Seit 2016 werden auf www.pall-iv.de verfügbare Kompatibilitätsdaten zusammengetragen und klinische Erfahrungen gesammelt und bewertet (kostenfrei für Professionelle). Ziel ist es, die bisher gesammelten Daten aus der klinischen Praxis zu evaluieren und Risikobereiche zu identifizieren.

Methoden: Bewertung aller seit Januar 2016 in der Datenbank von www.pall-iv.de erfassten klinischen Erfahrungsberichte zu Mischinfusionen nach Anzahl der Mischungen, kombinierten Substanzen, Kontaktzeit der Mischung, Kompatibilität und Erfahrungsberichte mittels einfacher deskriptiver Statistik. Zusätzliche pharmazeutische Bewertung der Mischungen.

Ergebnis: Von 01/2016 bis 02/2018 wurden 971 verschiedene Arzneimittelmischungen (1308 Erfahrungsberichte) aus 2 - 6 Substanzen erfasst. Kombinationen aus 3 Arzneistoffen sind am häufigsten (33%; n=319) und am besten dokumentiert (470 Erfahrungsberichte), gefolgt von Mischungen aus 4 bzw. 2 Kombinationspartnern (26% bzw. 19%). Einsatz von 22 verschiedenen Substanzen in unterschiedlichen Kombinationen; am häufigsten Metamizol (n=753), gefolgt von Midazolam (n=465), Morphin (n=451), Hydromorphon (n=416) und Haloperidol (n=309). Kontaktzeit 9h - 28d. 5 Kombinationen als inkompatibel eingestuft, die übrigen als begrenzt kompatibel. Auffallend häufig kritische Kombinationen hinsichtlich potentieller Kompatibilitätsprobleme, Therapiedoppelungen oder langer Wirkdauer einzelner Substanzen.

Diskussion: Die Datenbank pall-iv kann helfen, eine Lücke in verfügbaren Kompatibilitätsdaten zu verkleinern und gleichzeitig Gefahrenbereiche zu identifizieren, um mögliche Lösungsstrategien zu entwickeln. Hiermit soll die Therapie sicherer und effektiver gestaltet werden.

P63

"Stress lass nach" Unterstützung der Mitarbeiter der Palliativstation bei der Stressbewältigung mit aromapflegerischen Anwendungen

Ladwein T.¹, Backes F.¹, Distler L.¹

¹Caritasklinikum Saarbrücken St Theresia, Klinik für Palliativmedizin, Saarbrücken, Germany

Fragestellung: Aromapflegerische Anwendungen mit passenden ätherischen Ölen wird bei

Palliativpatienten komplementär oder als alleinige Maßnahme eingesetzt, um Unruhe und Angst zu lindern. 2017 wurde die Fragestellung untersucht, ob auch Teammitglieder von aromapflegerischen Anwendungen im Alltag profitieren.

Fragestellung für den Einsatz von Aromapflege für Teammitglieder:

1. Ist es hilfreich vorgefertigte Mischungen aus ätherischen Ölen anzuwenden, die nachweislich gegen Stress helfen?

2. Helfen ätherische Einzelöle oder Mischungen, die in einer ganz persönlichen Duftkommunikation nach Christine Lamontin mit dem Mitarbeiter erarbeitet wurden bei der Stressbewältigung und Stressreduktion besser als vorgefertigte Mischungen?

Methode: 16 Teilnehmer aus dem Team der Palliativstation (14 Pflege, 2 Ärzte) wurden in 2 Gruppen aufgeteilt. Der Zeitraum des Mitarbeiterprojektes verlief von Oktober bis Dezember 2017. Zu Beginn füllten alle den gleichen Erhebungsbogen aus.

Gruppe I bestand aus 8 Personen mit denen ein Workshop durchgeführt wurde. Sie sollten sich eine von drei vorbereiteten Mischungen aus ätherischen Ölen aussuchen und anwenden.

Gruppe II bestand aus 8 Personen, mit denen einzeln eine Duftkommunikation durchgeführt und eine individuelle Mischung erarbeitet wurde.

Alle 16 Probanden erhielten Fragebögen zur Evaluation. Die individuelle Gesamtbeobachtungszeit betrug 4 Wochen. Nach zwei Wochen erfolgte die erste Evaluation.

Ergebnis: In der **Gruppe I** wollten nur 3 Personen eine vorgefertigte Kreation testen. In der **Gruppe II** wurden alle individuell ausgewählte Rezepturen angewendet und halfen bei 6 von 8 Personen stressige Situationen besser zu bewältigen.

Schlussfolgerung: Das Projekt zeigt, dass individuell erarbeitete Mischungen von aromapflegerischen Anwendungen Mitarbeiter der Palliativstation bei der Stressbewältigung unterstützen und Stress reduzieren. Es ist nicht hilfreich, in subjektiv empfundenen stressigen Situationen vorgefertigte Duftmischungen anzuwenden.

P64

Der Einfluß einer Schmerztherapie mit Esketamin auf das psychische Befinden palliativer Patienten. Ein retrospektiver Gruppenvergleich.

Falk E.¹, Schlieper D.¹, van Caster P.¹, Lutterbeck M.J.¹, Schwartz J.¹, Kienbaum P.², Cordes J.³, Neukirchen M.^{1,2}

¹Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Heinrich-Heine Universität, Medizinische Fakultät, Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ²Klinik für Anästhesiologie, Heinrich-Heine Universität, Medizinische Fakultät, Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ³Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität, Medizinische Fakultät, Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

Hintergrund: Depressionen und Ängste sind häufige Erkrankungen bei Palliativpatienten. Hier werden schnell einsetzende Therapieoptionen benötigt. Für den N-Methyl-D-Aspartat-Antagonist Ketamin ist eine schnell einsetzende antidepressive und anxiolytische Wirkung bekannt. Esketamin (Gesamtdosis: 0.25mg/kg Körpergewicht als i.v. Infusion über 1 Stunde) wird in unserem Zentrum als Analgetikum bei therapierefraktären Schmerzen eingesetzt.

Ziel: Das Ziel dieser Analyse ist, zu untersuchen, ob ein positiver Einfluss einer Schmerztherapie mit Esketamin auf das psychische Befinden festzustellen ist.

Methode: Retrospektive Analyse von routinemäßig erhobenen Patientendaten mittels ANOVA mit Messwiederholung separat für die Esketamin- und Kontrollgruppe. Die Zielvariable ist der Globalwert des State-Trait-Angst-Depressions-Inventars (STADI), welcher das psychische Befinden in Bezug zu Depression und Angst operationalisiert. STADI Werte >60 werden als pathologisch eingestuft. Die Prädiktorvariable ist der Messzeitpunkt: vor (T1) und nach (T2) Esketamingabe.

Ergebnisse: Die beiden Gruppen bestanden jeweils aus 8 Patienten (Esketamin: 4m und 4w; Kontrollgruppe: 3m und 5w) mit einem Durchschnittsalter von 52 Jahren für die Esketamingruppe und 55 Jahre für die Kontrollgruppe. Es ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt von T1 (68.4) zu T2 (57.4) mit $F(1,7) = 12.365$; $p = 0.010$ für die Esketamingruppe jedoch nicht für die Kontrollgruppe ($F(1,7) = 0.001$; $p = 0.976$ bei $T1 = 59.1$ zu $T2 = 59$).

Schlussfolgerung: Es ergeben sich Hinweise für eine Besserung des psychischen Befindens palliativer Patienten nach einer einmaligen Gabe von Esketamin im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Limitierung dieser Studie sind die retrospektive Analyse, die niedrige Stichprobengröße, sowie die fehlende Berücksichtigung von Moderatorvariablen und Konfoundern. Es sind daher weitere, wenn möglich randomisierte Studien notwendig.

P65

Dosierungsempfehlungen für den Einsatz von Opiaten zur Symptomkontrolle am Ende des Lebens

Jülich A.¹, Buchholdt B.², Grimm P.¹, Krüger W.¹

¹Universitätsmedizin Greifswald, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C Hämatologie und Onkologie - Transplantationszentrum Palliativmedizin, Greifswald, Germany, ²Institut für Medizinische Psychologie, Greifswald, Germany

Hintergrund: Im Rahmen der Symptomkontrolle sind viele Krebspatienten medikamentös unterversorgt. Besonders Opiate werden zu wenig eingesetzt. Da es kaum Richtwerte für die Dosierung gibt, herrscht große Unsicherheit bei Ärzten ohne palliativmedizinische Erfahrung. **Ziel** der Untersuchung ist es eine einfache Opiatverbrauchstabelle in Abhängigkeit der Tumorart (+Metastasen) zu entwerfen und mögliche Dosierungsvorschläge zu geben.

Methoden: In einer retrospektiven Studie wurden die Daten von 292 Patienten mit Krebs (ohne chronischem Schmerzsyndrom) auf einer Palliativstation ausgewertet. Betrachtet wurde der Opiatverbrauch in den letzten 24h des Lebens.

Ergebnisse: Im Mittel betrug der Verbrauch in Morphin-Oral-Äquivalent ca. 210 mg/Tag (SD 307 mg). Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren hatten den höchsten Verbrauch, mit ZNS-Tumoren den geringsten. Das Vorhandensein von Metastasen verdoppelte häufig den Bedarf.

Schlussfolgerung: Die Opiatdosen sind sehr variabel und überschreiten häufig die Standarddosierungen. Deshalb sind regelmäßige Fort- und Weiterbildungen unerlässlich, um die Patienten optimal zu versorgen. Die Tabelle ist ein erster Schritt zu einem mutigeren Umgang mit Opiaten in der Symptomkontrolle.

Lokalisation der Tumoren	Morphium-Tagesoraldosis [mg]	Hydromorphon oral [mg]	Fentanylpflaster[µg/h]
Kopf-Hals	187 (361*)	25 (48*)	75 (145*)
Magen- und Darmtrakt	148 (324*)	20 (43*)	60 (130*)
Prostata	265*	35*	105*
Haut	90 (298*)	12 (40*)	35 (120*)
Niere und ableitende Harnwege	158 (259*)	21 (35*)	65 (105*)
Pankreas	128 (253*)	17 (34*)	50 (100*)
Lunge	166 (231*)	22 (31*)	65 (90*)
weibliche Geschlechtsorgane und Brust	103 (149*)	14 (20*)	40 (60*)
ZNS	62	8	25

[Opiatverbrauch]

*Mit Metastasen, Berechnung erfolgte anhand der Opioid-Umrechnungstabelle der Universitätsmedizin Göttingen 05/08.

Keywords: Opiatverbrauch; Symptomkontrolle, Schmerz

Prädiktive Rolle körperlicher und psychischer Symptome bei Aufnahme auf eine Palliativstation für den weiteren Behandlungsverlauf

Coym A.¹, Vehling S.^{1,2}, Ullrich A.¹, Bokemeyer C.¹, Oechsle K.^{1,3}

¹2. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, ²Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, ³Stiftungsprofessur für Palliativmedizin in der 2. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Fragestellung: Bei Aufnahme auf eine Palliativstation ist häufig offen, welche Versorgungsziele im Verlauf erreicht werden können. Diese Studie untersucht, inwiefern bei Aufnahme bestehende Symptome zwischen Patienten, die im Verlauf entlassen werden können, und den später auf der Station versterbenden unterscheiden können.

Methodik: Bei 846 konsekutiv auf eine Palliativstation aufgenommenen Patienten wurden am Aufnahmetag jeweils 10 häufige körperliche und psychische Symptome ärztlich erfasst (4-stufige Skala von 0=keine bis 3=starke Beschwerden; MIDOS). Das Vorliegen eines Symptoms wurde bei Werten von 2 oder höher kodiert. Mittels Diskriminanzanalyse wurden in einem explorativen schrittweisen Verfahren Symptome identifiziert, die signifikant zwischen entlassenen und auf der Station verstorbenen Patienten unterscheiden.

Ergebnis: Die häufigsten Symptome bei Aufnahme waren Schwäche (97%), Müdigkeit (79%), Appetitmangel (77%), Schmerz (60%) und Angst (54%). Im Verlauf wurden 40% der Patienten nach Hause oder in ein Hospiz entlassen, 60% verstarben auf der Station. Die Liegedauer der Patienten, die entlassen werden konnten, lag bei M=12,0 Tagen (SD=7,3), bei im Verlauf verstorbenen Patienten bei M=7,4 Tagen (SD=7,5) ($d=0,6$; $p < .001$). Das Symptom mit der größten Diskriminierungsfähigkeit zwischen späterer Entlassung und Versterben auf Station war Luftnot (34% der Entlassenen vs. 57% der Verstorbenen, Diskriminationskoeffizient $b_j=0,70$), gefolgt von Müdigkeit (84 vs. 71%, $b_j=0,56$) und Appetitmangel (81 vs. 71%, $b_j=0,33$). Die Vorhersagekraft dieser Symptome war jedoch insgesamt gering (Wilk's Lambda= 0,93; $R^2=0,07$, $p < .001$).

Schlussfolgerung: Das Vorliegen von Luftnot bei Aufnahme ist prädiktiv für das Versterben auf der Palliativstation. Auch Müdigkeit und Appetitmangel können prädiktiv sein - allerdings sind sie in beiden Gruppen häufig. Bei kürzerer Liegedauer scheint dies Ausdruck einer fortgeschrittenen Erkrankung und weniger von Versorgungsdefiziten zu sein.

Belastungen von Pflegekräften in Alten-/Pflegeheimen unter Berücksichtigung palliativpflegerischer Aspekte - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zur Arbeitssituation von Pflegekräften in der allgemeinen Palliativversorgung

Diehl E.¹, Rieger S.¹, Letzel S.¹, Nienhaus A.², Escobar Pinzon L.C.^{1,3}

¹Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mainz, Germany, ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Hamburg, Germany, ³BAuA: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin, Germany

Fragestellung: Studien zur Arbeitssituation von Pflegekräften in der Palliativversorgung konzentrieren sich in Deutschland auf die spezialisierte Palliativversorgung [1-3]. Ziel der vorliegenden Studie war die Erfassung von beruflichen Belastungen von Pflegekräften der allgemeinen Palliativversorgung.

Methodik: Die Daten entstammen einer 10% Zufallsstichprobe des Adressenpools der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege). Von 2166 Fragebögen wurden 344 Fragebögen beantwortet (Rücklauf 16%). Der Fragebogen thematisierte neben Fragen zu allgemeinen beruflichen Belastungen von Pflegekräften palliativpflegerische Aspekte (Belastungen durch Leiden, Tod und Sterben, die Betreuung und Pflege der Patienten und die Betreuung von Angehörigen).

Ergebnis: Die Hälfte der Befragten gab an, 15% und mehr Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten zu verbringen (Min=0, Max =100). Die folgenden Belastungen wurden von über der Hälfte der Befragten als eher stark/sehr stark angegeben: 1. Heben und Tragen von Patienten (62%).

2. Betreuung zu vieler Patienten (54%). 3. Angehörige, die die Situation ihrer Angehörigen nicht akzeptieren wollen (54%). 4. Angehörige, die für Unruhe sorgen (53%). 5. Persönliche Wünsche/Bedürfnisse des Patienten können von mir nicht ausreichend beachtet werden (52%). 6. Patienten, die alleine sterben (52%).

Schlussfolgerung: Pflegekräfte aus Alten-/Pflegeheimen sind neben hohen allgemeinen beruflichen Belastungen ebenso Belastungen ausgesetzt, die lediglich im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung thematisiert werden (Bsp. Betreuung von Angehörigen). Da Pflegekräfte in Alten-/Pflegeheimen selten über die Ressource der Zusatzqualifikation in Palliativ Care verfügen, ist es erforderlich diesen größten Arbeitsbereich der Palliativversorgung in Deutschland näher zu beleuchten, um spezielle auf diesen Bereich zugeschnittene Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen der Palliativ Care zu entwickeln.

P68

Kopfschmerzen auf der Palliativstation - Ein unterschätztes Symptom?

Paschen I.¹, Jürgens T.P.¹, Kriesen U.², Junghanß C.²

¹Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Rostock, Germany,

²Universitätsmedizin Rostock, Interdisziplinärer Bereich für Palliativmedizin, Zentrum für Innere Medizin, Rostock, Germany

Einleitung: Bislang gibt es kaum publizierte Studien zu Prävalenz und Charakteristika von Kopfschmerzen bei palliativmedizinische Patienten. Die meisten Arbeiten befassen sich mit der Untersuchung von Schmerzsyndromen in der Allgemeinbevölkerung. Noch am besten untersucht sind Patienten mit Hirntumoren, bei denen Kopfschmerzen tumorbedingt entstehen oder als Therapiefolgen von Operation, Bestrahlung und Chemotherapie mit unterschiedlichem Charakter auftreten können (Goffaux et al., 2010; Schankin et al., 2007).

Methoden: Untersucht wird im Rahmen einer deskriptiven epidemiologischen Studie die Häufigkeit von Kopfschmerzen bei Patienten, die sich in palliativmedizinischer Behandlung befinden. Zusätzlich werden die Kopfschmerzen in de-novo und bekannte sowie primäre und sekundäre Formen eingeteilt. Begleitend werden psychosoziale Belastungsfaktoren sowie Beeinträchtigungen der Lebensqualität (mittels „Headache Impact Test“ (HIT-6) und des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ)) erfasst.

Ergebnisse: Es wurden 124 Patienten in die Studie eingeschlossen. Rund 24 Prozent der eingeschlossenen Patienten berichten von Kopfschmerzen. Knapp 50 Prozent hatten de-novo-Kopfschmerzen, die überwiegend das Bild eines Kopfschmerz vom Spannungstyp hatten. Auch hinsichtlich der psychosozialen Belastungsfaktoren und der kopfschmerzspezifischen Behinderung zeigten sich in der Gruppe der Kopfschmerzpatienten erhöhte Werte.

Diskussion: Kopfschmerzen bei Palliativpatienten scheinen somit ein unterschätztes Symptom zu sein. Immerhin leiden rund ein Viertel der Patienten darunter. Die Lebensqualität ist im Vergleich mit kopfschmerzfreen Patienten relevant eingeschränkt und die selbstberichtete Depressivität erhöht. Basierend auf diesen neuen Ergebnissen scheint es geboten, dem Syndrom Kopfschmerz bei Palliativpatienten klinisch mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

P69

Betreuung einer Patientin mit Trisomie 21 und Ewing Sarkom- eine onkologische und palliativmedizinische Herausforderung

Stumme H.¹

¹Stauferklinik Mutlangen, Innere Medizin/Palliativmedizin, Mutlangen, Germany

Fragestellung: Wie können Menschen mit Einschränkungen in den Entscheidungsprozess und die Zielfindung in der Behandlung bei fortgeschrittener Tumorerkrankungen mit einbezogen werden?

Methodik: Fallvorstellung einer Patientin mit Trisomie 21 und fortgeschrittenem Ewing Sarkom mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik

Ergebnis: Patientin: geb. 1976, Trisomie 21, Therapie und Verlauf: - 8/16 ED Ewing Sarkom im Bereich des os sacrum und Becken mit neurogener Blasenentleerungsstörung- 10/16 Chemotherapie nach IVAd-Schema; Ifosfamid induzierte Enzephalopathie mit intensivmedizinischer Betreuung- 11/16 PD - 11/16 Chemotherapie nach VACA Schema; Zytopenie- 12/16 neu aufgetretene Lungenmetastasen- 12/16 Chemotherapie mit Topotecan/Carboplatin; Zytopenie-23.2.17 Aufnahme Palliativstation, reine Symptomkontrolle- 26.2.17 versterben im Beisein der Angehörigen mit guter Symptomkontrolle
Epikrise: Die besondere Herausforderung bestand darin, mit der Patientin für sie verständlich alle erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu besprechen, ihren Willen zu erkennen und zu berücksichtigen. Ebenso wichtig war die gute Kommunikation mit allen Angehörigen, zu denen neben der Familie, der Betreuerin auch die Betreuer der Wohngruppe gehörten. Die Patientin war sehr kooperativ, wenn sie ausreichend Zeit hatte, sich auf die erforderlichen Maßnahmen einzustellen. Es bestand ein ausgeprägter Therapiewunsch. Bei durch die Therapie verursachten Komplikationen wurden diese behandelt. Dadurch waren rez. stat. Aufenthalte bei der hoch palliativen Situation erforderlich. Bei weiter fortschreitender Erkrankung wurde mit allen Angehörigen die rein palliativmedizinische Versorgung unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Patientenwillens besprochen.

Schlussfolgerung: Auch bei Patienten mit Einschränkungen ist eine Miteinbeziehung in den Entscheidungsprozess möglich. Eine gute Kommunikation in für die Patienten verständlicher Form ist essentiell, um eine gute Betreuung sicherzustellen.

P70

Sterbequalität daheim

Rockmann K.¹, Jantsch V.¹, Albrecht E.¹
¹Palliamo gGmbH, Regensburg, Germany

Einleitung: Zur Qualität des unmittelbaren Sterbeprozesses im häuslichen Umfeld gibt es derzeit wenige Daten. Wir implementierten ein Assessment, um diese bei den Patienten zu evaluieren, die durch unser Team der SAPV behandelt wurden.

Methoden: Direkt nach dem Tod des Patienten füllt das für den Patienten zuständige Teammitglied einen Abschlussbogen aus. Dieser enthält sogenannte „Sorgepunkte“ des Patienten, der Angehörigen sowie Fragen zum Bewusstseinsstatus des Patienten in der Sterbephase.

Ergebnisse: In den Jahren 2014-2017 sind 581 Patienten daheim mit unserer 24h-Rufbereitschaft verstorben.

ruhig	0	51%
"Sterbearbeit"	1	35%
Intervention	2	10%
Krise	3	4%

[Patienten 2014-2017: n= 581]

67% der Patienten erhielten zuletzt die nötigen Medikamente über eine parenterale Pumpe. Trotzdem waren 30% aller Patienten beim letzten Besuch durch unser Team, der zu 80% max. 12 h vor dem Tod stattfand, kontaktierbar. Bis zum Todeszeitpunkt benötigten 86% keine zusätzliche Intervention. Bei 10% der Sterbenden wurde eine zusätzliche Medikamentengabe erforderlich, 4% der Patienten benötigten bei akuter Exazerbation kurz vor dem Tod eine Krisenintervention.

2/3 der Angehörigen reagierten gefasst auf den Tod des Patienten, wohingegen sich 1/3 stärker belastet zeigte.

gefasst, erleichtert/traurig	0/1	61%
belastet	2	31%
Krise	3	8%

[Angehörige 2014-2017 n= 474]

Diskussion: Durch den Einsatz eines Assessments zur Erfassung wichtiger Parameter während der Sterbephase können wir diesen Prozess besser einschätzen.

30% der Patienten waren bis kurz vor ihrem Tode noch kommunikationsfähig. Der Sterbeprozess selbst wurde überwiegend als ruhig erlebt. Gelegentliche Interventionen waren nötig, wohingegen eine Krisenintervention selten erforderlich war.

Trotz seiner Subjektivität liegt der Vorteil dieses Assessments in der Möglichkeit, die Symptomlast im Sterbeprozess zu evaluieren und die eigene Tätigkeit kritisch zu hinterfragen.

P71

An investigation of barriers and facilitators of coordination between primary palliative care and specialized palliative care in Switzerland: a qualitative study

Reeves E.¹, Liebig B.¹, Schweighoffer R.¹

¹FHNW, Olten, Switzerland

Successful palliative care (PC) is determined by the collaborative approach of health care professionals. Importantly, the coordination of PC services across different institutions and health care settings plays a crucial role for collaborative approaches in PC. Coordination of services in PC is especially required between Primary Palliative Care (PPC) and Specialized Palliative Care (SPC). However, to date, little is known about barriers and facilitators to coordination between these services in Switzerland. Furthermore, each canton in Switzerland follows their own informal guidelines on coordination in PC, contributing to discrepancies in coordinative approaches in PC services. The purpose of this study is therefore to investigate barriers and facilitators to coordination between PPC and SPC service providers in Switzerland. Moreover, the study explores the implications of this for patient outcomes. Problem centered interviews with 40 health care professionals in PPC and SPC across 4 cantons in Switzerland (Basel, Waadt, Luzerne, Ticino), as well as with 24 family care givers were carried out. Data from the interviews were analyzed and interpreted using qualitative content-analysis. Results indicated that perceived Barriers and facilitators to coordination include; education and training in PC, financial incentives for PC services, information transfer between PPC and SPC services and organization factors. Significantly, that the barriers have a perceived negative impact on quality of care service provisions in Switzerland. The results will inform 'best practices' with respect to the coordination of palliative care networks and propose different ways of achieving the goal of service integration in PC. This is relevant for informing supply planning in community-based palliative care.

P72

Professionalisierung des Ehrenamts - Eine systematische Literaturübersicht

Gerdes V.¹

¹Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Pädagogik, Oldenburg, Germany

Ziel: Das Ehrenamt wird oft als Kernelement innerhalb eines interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenwirkens in der Hospizarbeit dargestellt. Der Bedarf und die Anforderungen an hospizlich-palliative Begleitung und Versorgung werden als steigend prognostiziert. Gleichzeitig gehen mit dem Strukturwandel des Ehrenamts Anforderungen der ehrenamtlichen Akteure in Bezug auf ihr Wirken einher. Die Hospizarbeit in Deutschland hat sich von ehrenamtlichen Initiativen zum etablierten Teil des Gesundheitssystems mit gesetzlich gesichertem Anspruch entwickelt. Die aus dieser Entwicklung resultierenden Veränderungen für das Ehrenamt sollen aus der Perspektive verschiedener Akteure in der Hospizarbeit und Palliativversorgung herausgearbeitet werden.

Methodik: Es wird eine systematische Literaturrecherche in zwei elektronischen Datenbanken (WISO, IBZ) durchgeführt. Gesucht wird nach Artikeln zu Ehrenamt in der Hospizarbeit im Zeitraum 1997-

2017 (Inkrafttreten des §39a SGB V und 25jähriges Bestehen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands als Meilensteine ehrenamtlicher Hospizarbeit in Deutschland). Die Ergebnisse werden nach diskursrelevanten Themen kategorisiert und zentrale Positionen beteiligter Akteure aus Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit, Theologie, Psychologie, Ehrenamt, Sozialwissenschaften herausgearbeitet. Anschließend werden mittels einer Argumentationsanalyse Artikel, die Aspekte der Qualifikation sowie professionellen Handelns im Ehrenamt bzw. Abgrenzung zu Professionalität fokussieren bezüglich der Argumentationsstrukturen der jeweiligen Akteure untersucht und deren Positionierungen (befürwortend, kritisch) herausgearbeitet.

Ausblick: Die Ergebnisse dienen einer aktuellen Standortbestimmung zum Ehrenamt in der Hospizarbeit vor dem Hintergrund dessen historischer Entwicklung seit dem Eingang in das Gesundheitswesen. Mögliche Auswirkungen dieser Entwicklung sind aufgrund ihrer Bedeutung für die Zukunft des Ehrenamts in der Hospizarbeit zu hinterfragen.

P73

Berufsgruppenübergreifende Outcome-Evaluation von Weiterbildungsinhalten in Palliative Care/Palliativmedizin

Scherg A.¹, Elsner F.², Kern M.³, Nauck F.⁴, Becker D.⁵, Kamp T.⁶, Münch U.⁷, für die AG Bildung der DGP

¹Uniklinik Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Germany, ²Universitätsklinikum RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Germany, ³ALPHA Rheinland, Bonn, Germany, ⁴Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany, ⁵Fachverband SAPV Hessen, Wiesbaden, Germany, ⁶Onkologische Schwerpunktpraxis, Wendlingen, Germany, ⁷Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Viszeralonkologisches Zentrum Westend, Berlin, Germany

Hintergrund: Bundesweit gibt es ein heterogenes Angebot an Weiterbildungsmaßnahmen in der Palliativversorgung für verschiedene Berufsgruppen. Die durch die DGP anerkannten Curricula werden basierend auf der „Kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin“ (KoMPaC) überarbeitet.

Die Kurse sollen zukünftig einheitlich evaluiert werden.

Zielsetzung: Die Einführung einer strukturierten Evaluation dient der Qualitätssicherung und entspricht dem Wunsch vieler Kursleiter. Darüber hinaus soll der Lernzuwachs bezogen auf die in KoMPaC formulierten, berufsgruppenübergreifenden Lernziele dargestellt werden.

Methoden: Die Entwicklung der Items zu Strukturen, Prozessen, Dozenten und globalem Outcome erfolgte nach Sichtung bisher verwendeter Instrumente in einem Abstimmungsprozess innerhalb der Steuerungsgruppe der AG Bildung. Diesem lag das Ziel zugrunde, eine Balance zwischen Nutzerfreundlichkeit und einem hohen Maß an Qualitätssicherung zu erreichen. Zur Abbildung des Lernzuwachses eignet sich eine spezifische Outcome-Evaluation mittels vergleichender Selbsteinschätzung in einem post-then-Verfahren. Hierzu wurden systematisch Lernziele aus allen KoMPaC-Kapiteln zusammengestellt, die Selbsteinschätzung erfolgt retrospektiv auf einer sechsstufigen Likertskala.

Ergebnis: Es entstand ein Bogen mit 15 Items zur allgemeinen Evaluation und zusätzlich 40 Items zur spezifischen Outcome-Evaluation. Derzeit liegen noch keine Evaluationsergebnisse vor.

Diskussion: Die Ergebnisse der Evaluation sollen die Qualität der angebotenen Weiterbildungen abbilden und helfen diese zu verbessern. Durch die spezifische Outcome-Evaluation soll ein Vergleich des Lernzuwachses in unterschiedlichen Bereichen auch berufsgruppenübergreifend ermöglicht werden. Soweit den Autoren bekannt, wurde diese Methode bisher nicht im interprofessionellen Kontext eingesetzt.

P74

Wie erleben und bewältigen Jugendliche und junge Erwachsene einen Suizid einer ihnen nahestehenden Person? - Trauerbegleitung für Jugendliche und junge Erwachsene

Gerdes V.¹

¹Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Pädagogik, Oldenburg, Germany

Ziel: Im Fokus stand das persönliche Erleben und der Umgang mit Trauer nach dem Suizid einer ihnen nahestehenden Person von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Ergebnisse sollen der Weiterentwicklung ggf. spezifischer Trauerbegleitungsangebote dienen.

Methodik: Narrative Interviews in Kooperation mit professionellen Trauerbegleiterinnen eines Hospizdienstes. Die Rekrutierung erfolgte u.a. über Trauerbegleitungseinrichtungen für junge Menschen, eine universitätsinterne Kommunikationsplattform und eine eigene Facebookseite. Die Analyse erfolgte in Anlehnung an die biographische Fallrekonstruktion. Das Projekt „Trauerbegleitung für Jugendliche und junge Erwachsene“ war Teil einer dreisemestrigen Projektphase im Studiengang BA Pädagogik.

Ergebnis: In die Auswertung wurden 6 Interviews einbezogen (4 weiblich, 2 männlich, 18-27). Die Befragten berichteten u.a. von Wut, Ohnmacht, Trauer, Hilflosigkeit, Schuldgefühl, Fragen nach dem „Warum?“, Bedeutung für Ausbildung/Studium, Veränderungen im Essverhalten und Alkoholkonsum. Das Thema Trauer nach Suizid wurde als tabuisiert erlebt. Zur Bewältigung wurden sowohl Ablenkung als auch bewusste Auseinandersetzung (Lesen von Abschiedsbriefen, Gedenken am Todestag) benannt. Als hilfreich wurden Gespräche mit Nahestehenden und mit Menschen in einer ähnlichen Situation benannt. Unterstützungsangebote waren oft nicht bekannt, wären aber willkommen gewesen. Die Befragten äußerten den Wunsch, häufiger von Anderen auf ihr Erleben angesprochen zu werden und auf Unterstützungsangebote (z.B. Hospizdienste, Selbsthilfegruppen) aufmerksam gemacht zu werden.

Schlussfolgerung: Die Tabuisierung von Suizid erschwert die Kommunikation hierüber und beeinträchtigt den Zugang zu Unterstützung. Eine proaktive Ansprache von Zugehörigen nach Suizid erleichtert diesen eine selbstbestimmte Entscheidung zur Inanspruchnahme von Trauerbegleitungsangeboten. Die erhobenen Erfahrungen, Kritik und Wünsche könnten für deren Entwicklung genutzt werden.

P75

Prävalenz multiresistenter Erreger auf einer Palliativstation

Simons V.¹, Strapatsas T.², Ghebremedhin B.³, Schmalz O.⁴

¹Universität Witten/ Hedecke, Fakultät für Gesundheit, Witten, Germany, ²HELIOS

Universitätsklinikum Wuppertal, Interdisziplinäres Notfallzentrum, Wuppertal, Germany, ³HELIOS

Universitätsklinikum Wuppertal, Institut für Medizinische Labordiagnostik, Wuppertal, Germany,

⁴HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal, Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin, Wuppertal, Germany

Fragestellung: Die zunehmende Verbreitung multiresistenter Organismen (multi drug resistant organism, MDRO) hat große Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme weltweit. Während die Häufigkeit von methicillin-resistenten-Staphylokokken (MRSA) abnimmt, stellen multiresistente gramnegative Erreger (MRGN), sowie Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) eine zunehmende Bedrohung dar. Weder zur Prävalenz in einem palliativmedizinischen Kollektiv noch zur Auswirkung auf die Versorgung am Lebensende existieren verlässliche Daten.

Methodik: In einer prospektiven Kohortenanalyse wurden Patienten bei Aufnahme auf die Palliativstation rektal, nasal, perianal sowie von Leisten und Wunden abgestrichen. Die Abstriche wurden wöchentlich wiederholt. Neben Basisdaten wie Hauptdiagnose, Alter und Aufenthaltsdauer wurden ECOG und Palliativ prognostic Score erfasst.

Weitere Diagnostik erfolgte nach klinischer Notwendigkeit, wobei der zu erwartenden therapeutischen Konsequenz vor dem Hintergrund von Prognose und Präferenzen der Patienten Rechnung getragen wurde.

Ergebnisse: Im Zeitraum von einem Jahr konnten 311 Patienten eingeschlossen werden. Das mediane Alter betrug 72 Jahre (38 - 100J), die mediane Verweildauer betrug 13 Tage (0 - 72T). Für VRE zeigte sich eine Prävalenz von 7%, für MRSA 2%, für 3 MRGN von 5%.

Schlussfolgerung: In dieser prospektiven Studie wurde erstmals systematisch die Prävalenz von MDRO auf einer Palliativstation erfasst. Für alle MDRO zeigen sich höhere Prävalenzen als im normalen Krankenhauskollektiv. Die Auswirkungen auf Lebensqualität und Prognose vor dem Hintergrund aktueller Isolationsprotokolle wird in weiteren Studien untersucht.

P76

Erprobung des Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) in Hausarztpraxen - Ergebnisse einer Pilotstudie

Afshar K.¹, Schneider N.¹, Müller-Mundt G.¹

¹Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover, Germany

Hintergrund: Das Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) unterstützt die Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können. Ziel dieser Pilotstudie war die Erprobung der deutschsprachigen SPICT-Version in der hausärztlichen Praxis.

Methode: Die Erprobung erfolgte Anfang 2017 in zehn Hausarztpraxen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Nach einer Anwenderschulung vor Ort wurden die Hausärzte gebeten, SPICT über einen Zeitraum von zwei Monaten in der Praxisroutine bei Patienten mit lebenslimitierenden chronischen Erkrankungen (entsprechend der klinischen Einschätzung) anzuwenden. Hierzu markierten die Hausärzte für jeden Patienten die jeweils zutreffenden Indikatoren auf dem SPICT-Bogen. Neben Patientendaten wurden Angaben zur Praxisstruktur, zum soziodemografischen Hintergrund der Hausärzte und zur Praktikabilität von SPICT im Praxisalltag erhoben. Nach sechs Monaten wurde durch eine Folgebefragung der Hausärzte die Veränderungsdynamik der Patientensituation erfasst.

Ergebnisse: Von den zehn Hausärzten (n=5 Frauen, Altersmedian 46 Jahre, Spannweite 38-68 Jahre) hatten vier die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Im Untersuchungszeitraum wurde der SPICT-Bogen bei insgesamt 79 Patienten (n=40 Frauen, Altersmedian 79 Jahre, Spannweite 44-94 Jahre) angewendet. Am häufigsten wiesen sie kardiovaskuläre (n=28) oder onkologische Erkrankungen (n=26) auf. Innerhalb von sechs Monaten waren bei insgesamt 38 Patienten (48%) Krisen im Krankheitsverlauf aufgetreten. Etwa ein Drittel der Patienten (n=26) war zum Zeitpunkt der Folgeerhebung verstorben. Die Mehrheit der Hausärzte (n=8) bewertete SPICT als hilfreich im Praxisalltag. Sechs Hausärzte gaben an, SPICT weiterhin nutzen zu wollen.

Schlussfolgerungen: SPICT kann die Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, in der hausärztlichen Praxis unterstützen. Handlungswirksamkeit und Nutzen für die Patienten sind Gegenstand weiterer Studien.

P77

„Was ist denn jetzt eigentlich los?“ - Versorgungsbrüche und -lücken in der Therapie von Menschen mit Bauchspeicheldrüsenkrebs und Strategien zur Vermeidung

Ristau P.¹

¹Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt, Germany

Bis zu 19.000 Menschen erkranken in Deutschland jedes Jahr neu an einem Tumor der Bauchspeicheldrüse. Bei über 95 % der Tumoren handelt es sich um ein Adenokarzinom - die aggressivste Erkrankungsform mit der höchsten krebsspezifischen Mortalität. Die 5-Jahres-Überlebensraten stagnieren seit Jahren auf niedrigem Niveau um ca. 10 %. Die meist späte Diagnosestellung beeinflusst das Outcome zusätzlich negativ.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde als Teilaspekt die Frage betrachtet, wie sich individuelle Diagnose- und Versorgungsprozesse gestalten.

Da es sich bei der Zielgruppe um eine besonders vulnerable PatientInnengruppe handelt, wurde zunächst ein ethisches Clearing bei der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. eingeholt.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden insgesamt zwölf Teilnehmende im Rahmen von narrativen, leitfadengestützten Interviews zu ihrem Diagnoseprozess und Krankheitsverlauf befragt. In die Auswertung in Anlehnung an die Grounded-Theory-Methodologie konnten letztlich zehn Teilnehmende eingeschlossen werden.

Die Diagnose- und Versorgungsprozesse der Teilnehmenden gestalteten sich höchst unterschiedlich, häufig aber schleppend und unbefriedigend. Wenn HausärztInnen den Diagnoseprozess strukturiert koordinierten, kam es vergleichsweise schnell zur Diagnosestellung. Nach einer stationären Behandlung brach die Versorgung vieler PatientInnen zunächst ab. In manchen Fällen konnten versierte und couragierte Haus- und FachärztInnen diesen Bruch vermeiden. Selbsthilfegruppen kommt eine große Rolle bezüglich Information und Schulung der PatientInnen zu. Haus- und FachärztInnen müssen zukünftig besser in der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Tumoren der Bauchspeicheldrüse geschult werden. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen ist in jedem Fall zu vermitteln.

P78

Suchend im Labyrinth? Lotsen zur Übersetzung, koordinierten Beratung und Schlüsselstelle im Netzwerk bei PatientInnen mit Amyotropher Lateralsklerose

Ates G.¹, Gasper-Paetz A.², Jaspers B.¹, Kern M.², Radbruch L.^{1,2}

¹Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Germany, ²Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Germany

Frage: Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) - ist ein Krankheitsbild mit komplexen Anforderungen an Betroffene, Zugehörige und das eingebundene Gesundheitspersonal. Ab Diagnosesicherheit bedarf es einer schnellen Ein- und Anbindung ins Versorgungssystem. Dabei sehen sich alle Beteiligten einem wachsenden und vielschichtigen Versorgungsbedarf gegenüberstehend. Es gibt unterschiedliche Vorstellungen, wer der Hauptverantwortliche und Koordinierende im Versorgungsnetz sein sollte. Am Beispiel von Bonn und NRW wurden aus der Perspektive des Versorgungsnetzes die Fragen untersucht, welche spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe ALS PatientInnen haben, wer dies koordinierend vernetzt und welche Versorgungslücken sie in der Region wahrnehmen.

Methode: In Bonn und der Umgebung wurden 13 leitfadengestützte ExpertInneninterviews und standardisierte Umfragen unter ambulanten und stationären Dienstleistungsanbietern (n=196) in NRW durchgeführt.

Ergebnisse: Im Zuge der ExpertInneninterviews zeigte sich, dass ALS PatientInnen einen großen und vielfältigen medizinischen und psycho-sozialen Bedarf haben. Aus der Kombination der qualitativen und quantitativen Erhebungen zeigt sich, dass die besondere Herausforderung für das behandelnde Team (65%) in Kommunikation, Information (77%), Koordination (78%) und Zeit (75%) liegt. Unterschiede gab es insbesondere zwischen den befragten neurologischen und palliativen Versorgungseinrichtungen. Diese Ergebnisse werden im Detail vorgestellt.

Schlussfolgerung: ALS PatientInnen haben in vielschichtigen Lebenssituationen einen hohen Bedarf an kreativen Problemlösungsstrategien, welche eine passgenaue Versorgung im aktuellen Gesundheitssystem kaum zulassen. Die Abstimmung der unterschiedlichen Partner ist zudem komplex und kommunikationsintensiv. Die Etablierung eines Lotsen, der übersetzend, beratend und koordinierend tätig ist, könnte hier Abhilfe leisten und erweist sich als dringend notwendig. Die Schlüsselstelle wäre der Lotse.

Gefördert vom MAGS.NRW.

P80

Fragebogen „Care of the Dying Evaluation“ (CODE™): Qualitative Analyse von Freitextäußerungen Nahestehender von im Krankenhaus verstorbener Patienten

Kurkowski S.¹, Radon J.², Vogt A.R.², Weber M.², Stiel S.³, Ostgathe C.¹, Heckel M.¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Germany, ²Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz (JGU), Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Germany, ³Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

Hintergrund: Das Krankenhaus ist immer noch häufig - auch wenn es nicht den Wünschen vieler Betroffener entspricht - der Sterbeort. Ein Ziel von palliativmedizinischer Forschung ist es, die Versorgungsqualität von Patienten mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und ihren Nahestehenden zu verbessern. Daher ist es sinnvoll, Aspekte der Versorgungsqualität in den letzten Lebenstagen von Patienten zu erfassen, die in einem Krankenhaus gestorben sind.

Methode: Der Fragebogen CODE™ ermöglicht die retrospektive Datenerhebung zu Aspekten der Versorgungsqualität für Patienten in ihren letzten zwei Lebenstagen. Im Rahmen der Validierungsstudie des Fragebogens CODE™ für den deutschsprachigen Raum wurde dieser an Nahestehende von Patienten versandt, welche im Krankenhaus verstorben sind. Die Fragebögen enthielten auch die Möglichkeit zu Freitextäußerungen. Ausgewertet wurden diese mittels einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 1261 Freitextantworten ausgewertet. Daraus konnten 10 Hauptkategorien gebildet werden. Die drei Kategorien mit den meisten Freitextäußerungen sind: „Erleben der Versorgung und Betreuung“, „Information der Nahestehenden“ und „Patientenzimmersituation“. Besonders wichtig waren den Nahestehenden innerhalb dieser Kategorien Aspekte zu Symptomerfassung und -linderung, Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten, dem (bevorstehenden) Tod und dem Sterbeprozess sowie Aspekte zu Sauberkeit der Patientenumgebung und zur Privatsphäre des Patienten.

Schlussfolgerungen: Die Auswertung der Freitextäußerungen erlaubte ein tiefergehendes Verständnis darüber, wie Nahestehende den Fragebogen verstanden haben, warum sie die Fragen wie beantwortet oder ggf. nicht beantwortet haben und vor allem, welche Aspekte für sie und/oder den Patienten in der Versorgung am Lebensende von Bedeutung sind.

Förderung: Die Studie wird gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG, STI 694/2-1; WE 561312-1).

P81

Lesen - Berühren - Festhalten Über das Rezipieren von letzten Worten im Kontext der Würdezentrierten Therapie

Züger A.¹

¹Justus Liebig Universität, Graduate Centre for the Study of Culture, Giessen, Germany

Lesen ist eine hochkomplexe Praktik, die insbesondere durch das Berühren und Festhalten eines zu lesenden Objektes auch zu einer Körperpraktik wird.

Der vorliegende Beitrag diskutiert die Wechselbeziehung zwischen dem Lesen als Körperpraktik, dem Lesenden und der tangibeln Materialität des zu lesenden Objekts im End-of-Life Kontext.

In der Würdezentrierten Therapie, eine psychologische Kurzintervention für Palliativpatient_innen, werden durch einen speziell konzipierten Fragekatalog würdestärkende Erzählungen angeregt. Die autobiografischen Patientenerzählungen und Wünsche für die Angehörigen werden per Tonträger aufgezeichnet, transkribiert und durch den Therapeuten editiert, damit am Ende ein schriftliches Generativitätsdokument entsteht, das die Patient_innen ihren Angehörigen weitergeben können.

Auf der Basis von Leitfadeninterviews mit Angehörigen soll der Akt des Lesens als multidimensionale Rezeptionspraktik analysiert werden.

Das „Generativitätsdokument“ (Chochinov 2012), als gebundene Ansammlung von Papier, übernimmt in seiner Materialität verschiedene Funktionen. Es ist nicht nur Medium zwischen der/dem Verstorbenen und den Angehörigen, sondern kann durch seine Berührbarkeit die/den Verstorbene(n) selbst verkörpern. Als technische Reproduktion von Erinnerungen kann es wiederum der nächsten Generation haptisch weitergegeben oder aber im sicheren Safe gewürdigt werden.

Was bedeutet die Berührbarkeit von letzten Dingen in ihrer materiellen und räumlichen Präsenz für Trauernde? Wie steht die Materialität des gebundenen Dokuments in Beziehung zur Praktik des Erinnerns? Und welche Herausforderungen und Schwierigkeiten sind mit der materiellen Sichtbarkeit von Erinnerungen verbunden?

Mit einem alltagskulturwissenschaftlichen ethnografischen Forschungsansatz soll das Rezipieren von Lebenserzählungen aus der der Würdezentrierten Therapie im Kontext von Sterben, Tod und Trauer diskutiert werden.

P82

Die Rolle des Advisory Boards in einem wissenschaftlichen Forschungsprojekt zur Interaktion am Lebensende

Herbst F.A.¹, Schneider N.¹, Stiel S.¹

¹*Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover, Germany*

Hintergrund: Drittmittelgeber wie das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Forschungsgemeinschaft empfehlen Antragstellern ausdrücklich, Patienten/-vertretungen und internationale wissenschaftliche beratende Komitees (Advisory Boards) bei Forschungsprojekten zu involvieren.

Ziel: Mit dem vorliegenden Beitrag soll die Zusammensetzung und Arbeitsweise eines wissenschaftlichen Advisory Boards am Beispiel des BMBF-geförderten Projektes „Dy@EoL - Interaktion am Lebensende in Dyaden von Eltern und erwachsenen Kindern“ (Laufzeit 10/2017 bis 09/2020) vorgestellt werden.

Methoden: Ein multiprofessionelles Advisory Board wurde mit dem Ziel geschaffen, fachspezifische und -übergreifende methodische und inhaltliche Expertise einzuholen. Deutsche und US-amerikanische Experten, die das Feld der Palliativversorgung, die spezifischen Methoden und den Inhalt des Projektes repräsentieren, wurden im persönlichen Gespräch, telefonisch und per Email um Mitwirkung in jährlichen persönlichen Treffen gebeten.

Ergebnisse: Wissenschaftler und Praktiker mit Expertise aus Psychologie, Psychotherapie, Medizinethik, Hospiz- und Palliativarbeit, Trauer- und Palliativforschung sowie unterschiedlichen Disziplinen der Medizin konnten für das Advisory Board gewonnen werden. Das 9-köpfige Advisory Board kam erstmals im Januar 2017 zur Beratung eines Entwurfs von Interviewleitfäden für Patienten- und Angehörigeninterviews, zur Reflexion quantitativer Fragebögen und zur Diskussion der Rekrutierungsstrategie zusammen.

Diskussion: Das erste Advisory Board Treffen ist ein wichtiger Meilenstein im Projektverlauf. Das Advisory Board wird die Projektgruppe weiterhin bei der Datenzusammenführung und -interpretation sowie der Ableitung von Konzepten für psychosoziale Interventionsmaßnahmen unterstützen. Die Art und Weise der Einbindung der Mitglieder des Advisory Boards sowie die Verteilung von Rollen und Aufgaben kann für die Konzeption anderer Forschungsprojekte dienlich sein.

P83

“Wie auf einer Pilgerreise” Palliative Care für Menschen mit Morbus Parkinson

Lex K.¹, Lorenz S.¹

¹*Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg, Austria*

Hintergrund: Im Verlauf einer Parkinsonerkrankung steigern sich Symptome, wodurch sich für Patienten und deren Familien die psychosozialen und medizinischen Herausforderungen vergrößern. Aus der Literatur ist bekannt, dass gerade diese Patienten und deren Familien große Palliative-Care Bedarfe haben, diese aber selten von lokalen Versorgungsstrukturen kompensiert werden.

Ziele: Ziel dieser Studie war es, zu explorieren, wie Menschen, die schwer an Morbus Parkinson erkrankt sind (Hoehn & Yahr ≥ 4) und in Seniorenheimen in Salzburg gepflegt werden, diese Situation erleben. Die Autoren wollten herausfinden, welche Palliative Care Bedürfnisse diese Bewohnergruppe und ihre Angehörigen haben.

Methoden: Ein exploratives Mixed-Methods-Design wurde umgesetzt: um die Krankheitsphase gut einschätzen zu können, wurden validierte Assessmentinstrumente eingesetzt. Zusätzlich wurden

Angehörige ethnographisch dazu interviewt, wie sie die Krankheit und die Pflegesituation erleben.
Ergebnisse: Insgesamt konnten 9 Bewohner im Stadium Hoehn & Yahr IV-V und deren Angehörige eingeschlossen werden. Das Durchschnittsalter lag bei 79,8 Jahren. Obwohl alle Bewohner unter extremen Mobilitätseinschränkungen litten, waren sie mit ihrer Lebenssituation weitgehend zufrieden. Es bestanden keine belastenden Symptome. Kein Bewohner hatte eine PEG. Die Parkinsonmedikation war auf ein Minimum reduziert.

Die Hauptkategorien der Interviews lauten:

- Verstärktes Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Familie
- Verbesserung der Lebensqualität von Angehörigen und Bewohnern (durch den Heimeinzug)
- Zukunftsängste
- Sich weiterhin für die Bewohner verantwortlich fühlen

Schlussfolgerungen: In unserer Untersuchung zeigten sich keine belastenden Symptome. Aus den Interviews ergab sich, dass sich trotz des Heimaufenthaltes die Angehörigen weiterhin sehr verantwortlich für den Patienten fühlten und sich die Lebensqualität für Patienten und Angehörigen gebessert habe.

P84

Entwicklung einer deutschen Version des „Views of Informal Carers - Evaluation of Services-Short Form (VOICES-SF)“ zur Erfassung der Versorgungsqualität im letzten Lebensjahr

Hanke G.¹, Schippel N.², Rietz C.³, Voltz R.^{1,4,5}, Strupp J.¹, Last Year of Life Study Cologne (LYOL-C) im Rahmen des Kölner Kompetenznetzwerks aus Praxis und Forschung (CoRe-Net)

¹Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln, Köln, Germany, ²Abteilung Forschungsmethoden, Universität zu Köln, Köln, Germany, ³Arbeitsbereich Mixed-Methods-Research, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Germany, ⁴Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln, Germany, ⁵Zentrum für Klinische Studien Köln (ZKS), Köln, Germany

Fragestellung: Der „Views of Informal Carers - Evaluation of Services (VOICES)“ ist ein valides und effektives Instrument zur Erfassung der Versorgungsqualität am Lebensende, das durch Nahestehende von kürzlich verstorbenen Personen ausgefüllt wird. Seit der Entwicklung 1995 durch Addington-Hall wurde der Fragebogen im Vereinigten Königreich in bereits 13 Studien mit über 4000 Teilnehmenden eingesetzt und stetig verbessert. Ziel war die Entwicklung einer deutschen Version der VOICES-Short Form (SF) zur Erfassung der Versorgungsqualität im letzten Lebensjahr.

Methodik: Die kulturelle Adaptation erfolgte in Kooperation mit Expert*innen der ärztlichen, pflegerischen und sozialen Versorgung, um die Anpassung an das deutsche Gesundheitssystem zu gewährleisten. Die Übersetzung und Überprüfung folgte der Methodik TRAPD. Es wurden zwei voneinander unabhängige Übersetzungen angefertigt, die in einer mehrstufigen Überprüfung durch die Projektgruppe konsentiert wurden. Die Pilotierung zur Finalisierung des Instruments beinhaltete kognitive Pretests mit acht Think Aloud-Interviews.

Ergebnis: Das entwickelte Messinstrument umfasst 91 Items und bezieht sich auf die Versorgung im gesamten letzten Lebensjahr. Anpassungen waren insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung notwendig (z.B. „district and community nurses“ vs. ambulanter Pflegedienst). Des Weiteren wurden Items aus der Langversion des VOICES hinzugefügt (z.B. Abfrage Erkrankungen) und neue Items ergänzt (z.B. Sterbedatum). Die Instruktionen sowie Skalen wurden im gesamten Instrument vereinheitlicht.

Schlussfolgerung: Ein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der Qualität aller am Lebensende beteiligten Versorger*innen lag nach Kenntnis der Projektgruppe nicht vor. Erste Ergebnisse der BMBF-geförderten Last Year of Life Study Cologne zeigen, dass es der linguistisch validierten, deutschen Version des VOICES-SF gelingt, die extreme Heterogenität der verschiedenen Versorgungsverläufe im letzten Lebensjahr abzubilden.

P85

Was bedeutet ‚palliativ‘? Über unterschiedliche Begriffsverständnisse in Onkologie und Palliativmedizin

Schwabe S.¹, Jaspers B.^{1,2}, Letcher Lazo C.J.¹, Radbruch L.^{1,3}

¹Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Germany, ²Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Germany, ³Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Germany

Fragestellung: Die frühe Integration von Palliative Care im Krankheitsverlauf wirkt sich förderlich auf die Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Patienten aus. Hierfür müssen Patienten mit entsprechendem Behandlungsbedarf rechtzeitig erkannt und benannt werden. Da der Begriff ‚palliativ‘ unterschiedlich genutzt wird, kommt es häufig zu Missverständnissen. Wie wird der Begriff ‚palliativ‘ in der Onkologie und in der Palliativmedizin verstanden?

Methode: Im Rahmen des BMBF-Forschungsprojekts CoPaPa wurden zwischen Oktober 2017 und Februar 2018 zehn Experteninterviews mit führenden Ärzten, Lehrstuhlinhabern und Vertretern aus der Onkologie und Palliativmedizin geführt. Der Interviewleitfaden beinhaltete u.a. Fragen zum Begriffsverständnis ‚kurativ‘ und ‚palliativ‘. Die Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Der Begriff ‚palliativ‘ wird in Onkologie und Palliativmedizin unterschiedlich verwendet. In der Onkologie erfolgt die Indikationsstellung für eine palliative Behandlung primär auf der Grundlage somatischer Befunde (krankheitsabhängig). Die Behandlung beinhaltet oft eine tumororientierte Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung. In der Palliativmedizin begründet sich die palliativ(medizinisch)e Behandlung außerdem durch die Bedürfnisse der Patienten (bedürfnisabhängig). Die Behandlung erfolgt ganzheitlich im Sinne von Saunders Total-Pain-Konzept und zielt primär auf Symptomkontrolle und Schmerzlinderung.

Fazit: Unterschiedliche Verständnisse des Begriffes ‚palliativ‘ in Onkologie und Palliativmedizin erschweren die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Disziplinen. Das betrifft u.a. die Frage, wer als Palliativpatient bezeichnet wird, als auch die damit verbundenen Maßnahmen und Behandlungsziele. Dadurch steigt die Gefahr von Missverständnissen zwischen den Behandlern, aber auch im Dialog mit Patienten und Leistungsträgern.

P86

Strukturmerkmale der SAPV und regionale Versorgungsstrukturen - Ergebnisse einer Erhebung über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung

Parhizkari S.¹, Jansky M.¹, Bergmann L.², Nauck F.¹

¹Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany, ²Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Berlin, Germany

Im Rahmen des Gesamtprojekts SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede soll untersucht werden, welche Versorgungsstrukturen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland vorliegen.

Methode: Über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung der DGP wurden aktuelle Strukturdaten der SAPV-Teams telefonisch erhoben (u. a. Stellenanteile, Verortung verschiedener Berufsgruppen, Organisationsstruktur, Versorgungsdaten). Die Auswertung erfolgt deskriptiv.

Ergebnisse: 238 von 272 Teams im Wegweiser nahmen an der Erhebung teil, Palliativdienste aus Westfalen-Lippe werden später erhoben. Viele Teams arbeiten mit niedergelassenen Ärzten, jedoch bestehen großen Unterschieden zwischen den Bundesländern. In Bayern und Hessen sind am häufigsten Ärzte über die SAPV-Teams angestellt. Pflegende sind überwiegend über die SAPV-Teams angestellt. Nur wenige Teams arbeiten mit Pflegenden aus Kliniken. Die Anzahl der Teams, die mit Pflegenden aus Pflegediensten arbeiten, liegt zwischen 0 und 75%.

Die Zahl der Teams, die mit Ärzten und Pflegenden mit Arbeitsschwerpunkt (>50%) in der spezialisierten Palliativmedizin (SPV) arbeiten, ist sehr unterschiedlich. In Niedersachsen haben weniger als 40%, Bayern, Berlin, Brandenburg, Sachsen und Thüringen mehr als 80% der Teams Ärzte mit über 50% in der SPV.

Bei mehr als 50% der Teams ist sowohl die Koordination als auch die Patientenversorgung zentral, bei ca. 25% ist die Koordination zentral und Patientenversorgung dezentral organisiert. Die Anzahl der in 2016 versorgten Patienten schwankt zwischen 0 und 2.477, MW 383.4, SD 293.1, Median 322

(fehlend: 31).

Diskussion: Die sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland beeinflussen die Patientenversorgung im Rahmen der SAPV. Die Erhebung zeigt, dass die heterogene Organisation eine bundesweite Erfassung und Beschreibung der Strukturen erschwert. Eine Klassifizierung der Strukturmerkmale wird angestrebt.

P87

Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland

Hach M.¹, Jansky M.², Parhizkari S.², Nauck F.², im Namen der SAVOIR-Studiengruppe
¹Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV, Berlin, Germany, ²Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany

Mit dem Gesamtprojekt SAVOIR wird die Umsetzung der SAPV-Richtlinie des G-BA (§92a Abs 2 Satz 5 SGB V) in Deutschland evaluiert. In diesem Rahmen soll untersucht werden, wie die vertraglichen Bedingungen zwischen Leistungserbringern der SAPV und der Krankenkassen gestaltet sind.

Methode: Die SAPV-Musterverträge aller Regionen wurden deskriptiv ausgewertet. Zur Validierung in Bezug auf die Umsetzungspraxis wurden in allen Regionen Interviews mit Stakeholdern aus der Versorgung geführt.

Ergebnisse: In ganz Deutschland außer Westfalen-Lippe werden Verträge nach §132d SGB V geschlossen. Es handelt sich überwiegend um Musterverträge, die Vergütungsbedingungen sind teilweise enthalten, werden zum Teil durch das einzelne SAPV-Team ausgehandelt. SAPV-Teams können als eigenständige Organisationseinheit (2 Regionen) oder als Netzwerk (6 Regionen) sowie im Sonderfall als Konsiliardienste organisiert sein. Mischmodelle existieren in 8 Regionen.

In allen Regionen wird die Leistung nach der SAPV-RL von qualifiziertem, in 11 Regionen auch durch in Qualifizierung befindlichem, Personal erbracht.

Komplexpauschalen ohne Angabe zum Leistungstag (d.h. die Zeit in der Versorgung gilt für Tage mit und ohne konkrete Leistung) gibt es in zwei Regionen, überwiegend werden jedoch Versorgungstage berücksichtigt. Eine Leistungsgliederung in Grundpauschalen mit zusätzlichen aufwands- und zeitbezogenen Einzelleistungen ist in zwei Verträgen vorgesehen, ohne Aufwands- und Zeitbezug in drei Verträgen. Ein rein auf Einzelleistungen basierendes Vergütungssystem existiert nicht. Zwei Regionen sehen Mitwirkungspauschalen für Basisversorger vor, in drei Regionen ist die Erbringungen von Leistungen nach SGB V bei SAPV-Vollversorgung explizit ausgeschlossen.

Schlussfolgerungen: Die heterogenen Vertragsinhalte spiegeln die Berücksichtigung der regionalen Strukturen wider und wirken sich vermutlich auch auf die Patientenversorgung der SAPV aus. Sie bilden die Grundlage für die Evaluation der SAPV-Richtlinie.

P88

Technikinnovationen für die Palliativversorgung bei Amyotropher Lateralsklerose: Soziale und ethische Aspekte

Bruckamp K.¹, Kiemel D.¹

¹Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Germany

Hintergrund: Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine neurodegenerative Erkrankung, die häufig zu einem Verlust der Willkürmotorik und hochgradiger Pflegebedürftigkeit in der Palliativsituation führt. Die derzeit stattfindende Entwicklung eines roboterunterstützten Assistenzsystems könnte durch den Einsatz eines Roboterarms eine Entlastung in der Pflege sowie eine Zunahme der Autonomie der Pflegebedürftigen ermöglichen.

Ziel: Das Ziel der Studie ist die empirische Erhebung sozial und ethisch relevanter Einstellungen zum Prozess der Technikentwicklung bei Stakeholderinnen und Stakeholdern, hier insbesondere bei solchen mit familiären und beruflichen Erfahrungen in der ALS-Pflege.

Methoden: Expertinnen und Experten wurden im Rahmen einer qualitativen Studie in leitfadengestützten Interviews befragt. Die transkribierten Daten wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet. Dabei wurden Kategorien und Subkategorien induktiv und deduktiv gebildet.

Ergebnisse: Die Einstellungen der Befragten betreffen Einsatzmöglichkeiten in der Pflege, Vorteile, Nachteile, Befürchtungen, Grenzen, in der Technikentwicklung zu berücksichtigende Aspekte und Prozesse im Forschungsprojekt für Gesundheitstechnik. Insgesamt wird die Zielsetzung der robotischen Assistenz in der ALS-Pflege positiv bewertet. Offene Fragen bestehen im Hinblick auf konkret umsetzbare Funktionen und Finanzierungsoptionen. Der Einsatz des Roboterarms wird gemäß Perspektiven von Alter, Geschlecht, Technikvorerfahrung und Zustand der Patientinnen und Patienten individuell bewertet. Die Interaktion mit Menschen sollte nicht durch Pflegerobotik ersetzt werden.

Diskussion: Empirisch identifizierbare soziale und ethische Aspekte sollten in der Entwicklung technischer Unterstützungssysteme für die Palliativsituation berücksichtigt werden, um die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe adäquat adressieren zu können.

P89

Evaluation der SAPV in Nordrhein: Experteninterviews und Delphibefragung

Peter S.¹, Arntz A.M.¹, Pfaff H.¹, Scholten N.¹

¹*Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln, Köln, Germany*

Hintergrund: Im Rahmen des, durch den Innovationsfonds geförderten, Projekts „Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein“ wird die Einstellung von palliativmedizinischen Experten bezüglich der ambulanten Palliativversorgung (SAPV und AAPV) erhoben. Der Fokus liegt hierbei auf der Rolle der niedergelassenen Hausärzten und Onkologen in der palliativmedizinischen Versorgung.

Methode: Die Daten wurden in Form von leitfadengestützten Experteninterviews mit drei Experten der Palliativversorgung erhoben. Anschließend wurde eine online-basierte Delphi-Befragung durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Experten ziehen ein positives Fazit bezüglich der Umsetzung der SAPV, aber es zeigen sich auch Verbesserungsbedarfe. Es besteht Einigkeit, dass die weichen Kriterien der SAPV-Richtlinie des G-BA die SAPV in ihrer Umsetzung fördert. Patienten erhalten jedoch oft sehr spät Zugang zur SAPV. Erschwerter Zugang besteht besonders für Menschen mit Demenz. Ein Teil der Experten befürwortet die Verordnung der SAPV durch einen Palliativmediziner. Demgegenüber wird diskutiert, dass dadurch die Kooperation zwischen SAPV-Team und Hausarzt gefährdet werde. Nach Ansicht der Experten spielen niedergelassene Hausärzte und Onkologen in der SAPV eine zentrale Rolle, sind aber in der Versorgung von Patienten mit einer komplexen Symptomatik zum Teil überfordert, tun sich aber gleichzeitig schwer den Patienten in die SAPV zu überweisen.

Ergebnisse / Diskussion: Die SAPV in Nordrhein wird aus Expertensicht als gutes, praktikables Konzept gewertet. Die Wichtigkeit der Hausarztrolle wird betont. Gleichzeitig sehen die Experten Unsicherheiten unter den Hausärzten und Onkologen, die es abzubauen gilt. Die Befragten plädieren für eine frühe Integration der SAPV in die ambulante Patientenversorgung.

P90

Internationale 'Care Of the Dying Evaluation' (CODE): Versorgungsqualität von sterbenden Krebspatienten im Krankenhaus aus Sicht der Angehörigen - Verbundprojekt ERANet-LAC CODE Studienprotokoll und erste Ergebnisse

Gerlach C.¹, Weber M.¹, Mayland C.^{2,3}, Ellershaw J.², Tripodoro V.⁴, Krajewska M.⁵, Leppert W.⁵, Nalin de Souza Passarini J.⁶, Bredda Saad I.⁶, Zambon L.⁶, Garcia Yanneo E.⁷, Sigurdardottir K.⁸, Tuen Hansen M.I.⁸, Faksvåg Haugen D.⁸, ERANet-LAC CODE

¹*Universitätsmedizin Mainz/ uct/ III. Med. Klinik & Poliklinik, Interdisziplinäre Abteilung für*

Palliativmedizin, Mainz, Germany, ²University of Liverpool, The Palliative Care Institute, Liverpool, United Kingdom, ³University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom, ⁴Pallium Latinoamérica N.G.O., Buenos Aires, Argentina, ⁵PallMed, Sue Ryder House, Poznan, Poland, ⁶State University, Campinas, Brazil, ⁷Mutualista Asociación Hospital Evangélico (MAHE), Palliative Care Unit, Montevideo, Uruguay, ⁸University of Bergen, Bergen, Norway

Fragestellung: Obwohl sich die meisten Krebspatienten wünschen zuhause zu sterben, wird für viele die Klinik aus gutem Grund der Sterbeort sein. Das Projekt untersucht international die aktuelle Versorgung von Sterbenden mit Krebs im Krankenhaus, möglichen Verbesserungsbedarf, sowie die Machbarkeit der Einbeziehung von Angehörigen bei der Umsetzung wesentlicher Verbesserungsmaßnahmen in der Versorgung.

Methodik: CODE ist ein Outcome-Instrument aus England zur Erfassung der Versorgungsqualität des Patienten aus Sicht der Angehörigen und der Unterstützung der Angehörigen in den letzten beiden Lebenstagen und unmittelbaren Trauerphase. 42 Fragen decken wesentliche Aspekte des Aufenthaltsortes, der Pflege, Kommunikation, Symptomkontrolle, spiritueller und Informationsbedürfnisse ab. Der Fragebogen wird nach EORTC standardisiert übersetzt und transkulturell angepasst für Argentinien, Brasilien, Uruguay, Deutschland, Norwegen und Polen, ein internationaler CODE (ICODE) entwickelt, mit dem eine Erhebung in den 7 Ländern durchgeführt wird, gefolgt von ‚Action Research‘ wieder unter Einbeziehung von Hinterbliebenen zur Entwicklung und Umsetzung des analysierten Veränderungsbedarfs. Ergebniserfassung m.validierten Messinstrumenten und teilnehmender Beobachtung.

Ergebnis: Das Projekt besteht aus 5 aufeinander aufbauenden Arbeitspaketen:

Arbeitspaket	1: Vorbereitung und Pilotierung	2: Internationale Umfrage	3: Aktionsforschung/ Machbarkeitsnachweis	4: Veröffentlichung und Verwertung	5: Projektmanagement
Ziel	Verbesserung und Revision des CODE Fragebogens für den internationale Gebrauch	Internationale Erhebung für Hinterbliebene von im Krankenhaus verstorbenen Krebspatienten	Implementierung von Veränderungen basierend aus den Ergebnissen der Erhebung in Argentinien und Polen; Feststellung der Machbarkeit, hinterbliebene Angehörige einzubeziehen	Sicherstellung der nationalen und internationalen Verbreitung von Ergebnissen aus dem Projekt	Effizienter Betrieb von ERA-Net LAC-CODE
Ergebnis	CODE auf Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Norwegisch und Polnisch; ICODE	Internationaler Bericht, Nationale Berichte (Argentinien, Brasilien, Uruguay, England, Deutschland, Norwegen, Polen, Transnationale Vergleiche	Erkenntnisse zur Bereitschaft von Hinterbliebenen sich für Verbesserungen in der Versorgung einzusetzen; Ergebnisse zum unmittelbaren Effekt von Veränderungen	Projekt-Homepage www.icode7.org ; Präsentationen und Publikationen für die Öffentlichkeit, Entscheidungsträger und Wissenschaftler; Networking mit Palliativmedizinischen Verbänden in Europa und Südamerika	Projektkoordination; Verhandlung und Übereinstimmung im Konsortium; Entwicklung und Verwaltung der Datenbanken; Verbindung zu ERANet-LAC; pünktliche Berichterstattung und Abgabe der Pflichtergebnisse aus den Arbeitspaketen

[Arbeitspakete]

Schlussfolgerung: Die Einbeziehung von trauernden Hinterbliebenen in die Umsetzung von Veränderungsprozessen ist eine Herausforderung und anfällig für Verzerrungen und dennoch ohne praktische und ethische Alternative. Dieses Verbundprojekt wird als Ergebnis ein Instrument bereitstellen, das basierend auf den Erfahrungen der betroffenen Menschen, eine valide und

verlässliche Bestandaufnahme und Handlungsanweisung für eine gute Versorgungsqualität für sterbende Krebspatienten im Krankenhaus bietet.

P91

Die palliativmedizinische Versorgung schwerstverwundeter und sterbender Soldaten in den frontnahen Sanitätseinrichtungen der Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg

Schiel S.¹, Vollmuth R.²

¹*Gemeinschaftspraxis Dres. Vescovi / Schiel & Kollegen, Würzburg, Germany*, ²*Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr, Geschichte des Sanitätsdienst, Potsdam, Germany*

Hintergrund: Ein bisher in der Geschichte der Palliativmedizin kaum beachtetes Thema betrifft die Versorgung unheilbar verwundeter (und kranker) Soldaten in bewaffneten Konflikten. Im Zweiten Weltkrieg verfügten die Militärärzte der Wehrmacht zwar über geeignete Medikamente - das medizinische Wissen über deren Anwendung bei Sterbenden und über Konzepte von deren Betreuung, die über eine Pharmakotherapie hinausgehen, scheint jedoch uneinheitlich und abhängig vom Hintergrund des einzelnen Arztes gewesen zu sein. Kenntnisse über die planerischen und fachlichen Vorgaben und deren etwaige Umsetzung in den frontnahen Sanitätseinrichtungen besitzen wir kaum.

Methoden: Der Artikel basiert methodisch auf der Sichtung und Analyse der verfügbaren zeitgenössischen wehrmedizinischen Fachliteratur und militärmedizinischer Vorschriften der Wehrmacht im Hinblick auf Handlungsanweisungen für die Betreuung Sterbender.

Ergebnisse: Die persönliche Motivation des einzelnen in der frontnahen Versorgung eingesetzten Arztes, sich um Sterbende zu kümmern, war sicher inhomogen. Die Versorgung erfolgte aufgrund von Erfahrung und Expertenmeinung und nicht planmäßig. Die Expertenmeinung bestand im Wesentlichen im Appell an die Ethik des Arztes, sich Sterbender überhaupt anzunehmen. Handlungsanweisungen der Wehrmachts(sanitäts)führung hierzu fehlten.

Schlussfolgerungen: Es ist davon auszugehen, dass die palliative Symptomkontrolle Sterbender aus heutiger Sicht unzureichend war. Um dies näher zu verifizieren, sind ergänzende Quellenstudien im Rahmen eines weitergehenden Forschungsprojekts erforderlich, das sich mit der Palliativmedizin im Sanitätsdienst der Wehrmacht beschäftigt.

Als weitere Konsequenz wäre wünschenswert, eine Diskussion über palliativmedizinische Konzepte in der Wehr- und Katastrophenmedizin anzustoßen, wo solche auch heute, in der Zeit von Einsätzen in Krisengebieten oder Terroranschlägen innerhalb Deutschlands, kaum existieren.

P93

Depression - Demoralisation - Verbitterung Ist eine Differentialdiagnose notwendig? Und wenn ja, wie sieht die Behandlung im palliativen Setting aus?

Jentschke E.¹

¹*Universitätsklinik Würzburg, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin (IZP), Würzburg, Germany*

Immer deutlicher wird in S3-Leitlinien differentialdiagnostisches Wissen gefordert.

Wissen alleine führt jedoch zu keiner spürbaren Verbesserung der Lebensqualität der zu Betreuenden.

Erst durch eine Umsetzung in den Behandlungsalltag kann dies gelingen.

Der Vortrag geht zunächst auf die Bedeutung der Differentialdiagnosen ein, um anschließend „palliativpsychologische Interventionen“ aufzuzeigen. Dabei ist der Referentin bewusst, dass es nicht immer leicht und manchmal auch nicht zielführend ist, eine starre Differentialdiagnose zu stellen. Dies wird anhand von ausgewählten Fallbeispielen demonstriert.

P94

Pharmakologische Interventionen zur symptomatischen Atemnotbehandlung bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz - eine systematische Literaturübersicht

Sobanski P.¹, Siemens W.², Becker G.²

¹Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Baselland, Liestal, Switzerland, ²Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, Germany

Fragestellung: Bis zu 90% der Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (HI) leiden unter Atemnot in Ruhe oder bei kleinen Anstrengungen (entsprechend Klasse IIIb und IV der New York Heart Association, NYHA). Lässt sich durch die kardiologische Behandlung der Grunderkrankung keine Linderung der Atemnot erzielen, besteht ein hoher Bedarf an symptomlindernder palliativmedizinischer Therapie.

Ziel der Arbeit war, die Evidenz für pharmakologische Interventionen zur symptomlindernden Behandlung von Atemnot bei Patienten mit fortgeschrittener HI zu untersuchen.

Methodik: Die Datenbanken MEDLINE, EMBASE und CENTRAL wurden durchsucht. Es wurde nach randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), CTs, Beobachtungsstudien und Fallberichten gesucht. Die Literaturübersicht wurde in Übereinstimmung mit den Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Richtlinien durchgeführt. Zudem wurde der Jadad Score erfasst (Werte: 0-5, hohe Werte = gute Studienqualität).

Ergebnis: Aus 1758 Treffern wurden nach dem Screening von Titel und Abstract 41 relevante Treffer identifiziert. Nach der Volltextanalyse wurden 12 Publikationen basierend auf 11 Studien final eingeschlossen.

Vier von 11 (36,3%) waren RCTs mit Jadad Scores von 3, 4, 4 und 5.

Die Ergebnisse der RCTs und der anderen Studientypen waren inkonsistent aber deuteten darauf hin, dass Diamorphin, Dihydrocodein und Morphin eine positive Wirkung auf die patienten-berichtete Atemnot und Atemregulation haben könnten.

Aufgrund der kleinen Fallzahlen in den RCTs (n=10-35) und den anderen Studientypen (n kleiner 56) sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Schlussfolgerung: Es bestehen Hinweise auf einen lindernden Effekt von Opioiden bezüglich Atemnot, wobei die Qualität der Evidenz als niedrig einzuschätzen ist. Größer angelegte RCTs sind nötig, um den Effekt und die Sicherheit von Opioiden bei Patienten mit fortgeschrittener HI besser erfassen zu können.

P95

Professioneller Zugang in Palliative Care durch Wahrnehmung und Intuition - leibliche Phänomenologie

Becker D.^{1,2}, Schwermann M.³

¹Take Care Bildung und Beratung, Wiesbaden, Germany, ²Fachverband SAPV Hessen, Wiesbaden, Germany, ³FH Münster, Fachbereich Gesundheit, Münster, Germany

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (TP/SAPV)“ wurde deutlich, dass viele Phänomene von Palliativpatient*innen auf der Grundlage eines dualistischen Menschenbildes nicht befriedigend erfasst werden können. Das Erkennen der Bedürfnisse und Bedarfe von sterbenden Menschen bezieht sich nicht nur uneingeschränkt auf die unterschiedlichen Dimensionen physisch, psychisch, spirituell und psychosozial, sondern erfordert Kompetenzen, die über grundspezifische-pflegerische Interventionen hinausgehen.

Intuition und Wahrnehmung in der Pflege gewinnen im derzeitigen naturwissenschaftlichen Denken zunehmend an Bedeutung und werden unter dem Begriff der leiblichen Phänomenologie beschrieben. Diese beinhaltet unter anderem die spezifische Wahrnehmung von Befinden, Stimmungen und

Atmosphären kranker und sterbender Menschen über deren körperlichen Grenzen hinaus. Diese Wahrnehmung ist erforderlich, um das eigene professionell-pflegerische Rollenverständnis zu reflektieren und eine individuelle patient*innenzentrierte Begleitung anzubieten, die weit über ein fundiertes Symptommanagement hinausgeht.

Die Herausforderung der Kommunizierbarkeit von Symptomen am Lebensende, erfordert es die emotionalen Aspekte einzubeziehen und die vorhandenen Elemente der Leiblichkeit wahrzunehmen und aktiv zu nutzen (1). Durch einbeziehen von Aspekten des Spürens, Verstehens und Handelns ergibt sich so ein auf Palliativpatient*innen zentriertes Pflegehandeln. Von der Fachhochschule Münster und dem Weiterbildungsinstitut Take Care wurde ein Workshop für Pflegefachpersonen entwickelt, der diese befähigen soll, das bewusste Erspüren von Signalen in die Analyse von Situationen und Symptombelastungen am Lebensende mit einzubeziehen. Die Ziele, Inhalte und erste Evaluationsergebnisse des Qualifizierungsangebotes sollen in diesem Vortrag vorgestellt und diskutiert werden.

P96

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) von Kindern mit schweren, irreversiblen, nicht progredienten Erkrankungen der TfSL (Together for Short Lives) Gruppe 4

Dechert O.¹, Höll J.I.², Gagnon G.¹, Trocan L.¹, Balzer S.¹, Distelmaier F.³, Janßen G.¹, Kühlen M.²

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie u. klinische Immunologie, Kinderpalliativteam Sternenboot, Düsseldorf, Germany, ²Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie u. klinische Immunologie, Düsseldorf, Germany, ³Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Düsseldorf, Germany

Hintergrund: In der TfSL Gruppe 4 werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsenen (KJJE) mit irreversiblen, aber nicht progredienten Erkrankungen zusammengefasst. Diese stellen die anteilmäßig größte Gruppe in der pädiatrischen SAPV dar. Aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen sind diese anfällig gegenüber Komplikationen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für einen vorzeitigen Tod.

Ziel: Ermittlung des Versorgungsbedarfs und der -charakteristika von Patienten in der TfSL Gruppe 4
Ermittlung der Versorgungsunterschiede abhängig von Diagnoseuntergruppen (UG)

Methodik: Retrospektive single center Kohortenstudie auf Basis eines internetbasierten Dokumentations-systems. Eingeschlossen wurden KJJE der TfSL Gruppe 4, die durch das Kinderpalliativteam vom 01.01.2013-15.09.2016 betreut wurden. Demographische Daten, Aspekte der Versorgung, Medikation sowie Symptome wurden erfasst. Die Symptomlast wurde definiert als Prozent vom erreichbaren Höchstscores des jeweiligen Symptoms und der Mean der Mediane für die Kohorte kalkuliert. Die Patienten wurden anhand der Hauptdiagnose insgesamt 5 UG zugeteilt.

Ausgewählte Ergebnisse: Von insgesamt 70 KJJE waren 35 (50%) männlich bzw. weiblich, der Mean des Alters zu Beginn der Versorgung betrug 8,3 Jahre (Range 0,1-25,0). 21 (30 %) KJJE verstarben im Studienzeitraum (im Mean mit 6,6 J.), hiervon 8 (38,1%) zu Hause. 38 (54,3%) wurden zusätzlich durch einen Pflege-, 17 (24,3%) durch einen Hospizdienst betreut. 13 (18,6%) hatten ein Tracheostoma, 60 (85,7%) eine PEG/PEJ/ Magensonde. Bei 48 (68,6%) KJJE bestand eine spastische Zerebralparese. Die höchste Symptomlast ergab sich für Schwierigkeiten bei Bewegung (74,4%), Krampfanfälle (45,1%) und Spastik (38,1%). Am häufigsten wurden Antikonvulsiva (82,9%), Antazida (55,7%), Hormone/ Supplemente (52,9%) und Analgetika (52,9%) verabreicht. Die Symptomlast einzelner Symptome und die verabreichten Medikamentengruppen unterschieden sich in den verschiedenen UG zumeist nicht signifikant.

P98

Wie ging´s in der letzten Lebenswoche? Ergebnisse einer Hinterbliebenenbefragung mittels POS-F (palliative care outcome scale - Fremdeinschätzung) und HOPE-AN (Hospiz- und Palliativversorgung - Angehörige)

Mosich V.¹, Wolf G.²

¹Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien, Palliativer Konsiliardienst, Wien, Austria, ²Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien, Qualitätsmanagement, Wien, Austria

Hintergrund: Um Rückmeldungen zur Behandlung Sterbender in einem Akutkrankenhaus zu erhalten wurde eine Hinterbliebenenbefragung konzipiert. Es konnte kein für diesen Zweck validierter deutschsprachiger Fragebogen identifiziert werden. Eine erste orientierende Erhebung wurde mit den deutschen Versionen von POS-F und HOPE AN vorgenommen.

Methodik: Befragt wurden die Hinterbliebenen von allen PatientInnen, die von Oktober 2016 bis Mai 2017 im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien verstorben waren und zuvor vom palliativen Konsiliardienst (PKD) betreut worden waren mit geringfügig abgeänderten Angehörigenversionen von POS und HOPE. 3 Monate nach dem Tod wurde ein Kondolenzschreiben mit den Fragebögen an die im Patientenakt dokumentierte Vertrauensperson gerichtet.

Ergebnis: Im Untersuchungszeitraum wurden an 70 Kontaktpersonen Fragebögen ausgeschickt. Im August 2017 werteten wir die 6 retournierten Fragebögen (8%) aus.

Bei allen Fragen des HOPE-AN lag der Mittelwert der Antworten im Bereich zwischen 0 und 1, außer bei den Fragen nach genügend seelischem Beistand nach dem Tod (1,0) und dem Erhalt von Informationen zu Hilfsangeboten (2,3). Der POS-Summenwert lag im Mittel bei 11.

Schlussfolgerung: Diese postalische Hinterbliebenenbefragung 3 Monate nach dem Tod erzielte geringen Rücklauf. Für die meisten in den Fragebögen abgebildeten Themenbereiche wurden gute bis sehr gute Rückmeldungen der Hinterbliebenen bezüglich der Erfahrungen ihres sterbenden Angehörigen in der letzten Lebenswoche dargestellt. Als Problemfelder in der Begleitung Sterbender im Akutkrankenhaus wurde identifiziert, dass Hinterbliebene nach dem Tod nicht genug seelischen Beistand erhalten hatten und unzureichend Information zu Hilfsangeboten.

P99

Kontinuierliche berührungslose Erfassung von Herzschlag und Atmung als Surrogatparameter für Symptomlinderung - eine Pilotstudie

Steigleder T.¹, Malessa A.¹, Shi K.², Michler F.², Schellenberger S.³, Heckel M.¹, Kölpin A.³, Ostgathe C.¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Germany, ²Lehrstuhl für Technische Elektronik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany, ³Lehrstuhl für Allgemeine Elektro- und Messtechnik, Brandenburgische Technische Universität, Cottbus-Senftenberg, Cottbus-Senftenberg, Germany

Hintergrund: Fokus der Palliativmedizin (PM) ist die persönliche Begegnung. Häufig wird bei schwerer Krankheit auf apparative Therapie und Diagnostik verzichtet. Dennoch könnten Biomarker (BM, z.B. Herz- und Atemfrequenz) wichtige ergänzende Hinweise auf Symptomlast und zur individuellen Anpassung der medikamentösen Behandlung geben. Wir erforschen den innovativen Ansatz, BM mit Radartechnologie (RT) berührungs- und belastungsfrei zu erfassen. Ziel soll es u.a. in sein, in Zukunft die Symptomlinderung zu verbessern. RT, die auf einem interferometrischem Verfahren beruht, erfasst Herzschläge und Atmung mittels Messung der Distanzänderung zu der Radarantenne aus einigen Metern Entfernung und durch Materialien wie Kleidung oder Bettdecke hindurch. Lernende Algorithmen extrahieren die spezifischen Signale und werten sie automatisiert aus.

Methoden und Probanden: N=17 gesunde Probanden wurden berührungslos mit RT aus 50cm Entfernung und Goldstandardmethoden (6-Kanal EKG, Impedanzmessung) unter definierten Bedingungen (Herzkreislaufbelastung, Kipptisch, Valsalva; Atemfrequenz, Kommandoatmung) untersucht. Endpunkte: (a) Sensitivität und Spezifität der Radar- im Vergleich zur Standarderfassung von Herz- und Atemfrequenz und -veränderungen; (b) Positiv und negativ prädiktiver Wert des Algorithmus pathologische Muster zu erkennen (prädefinierte Grenzwerte und signifikante Veränderung über kurze Zeit).

Ergebnisse:

(a) Herzschläge wurden zu 95-98% mit einer Toleranz von < 20ms erkannt.

(b) Atmung wurde zu 95% erkannt.

(c) Artifizell veränderte Herz- und Atemfrequenz und -muster konnten von Algorithmen automatisiert in allen Fällen erkannt werden.

Schlussfolgerung: Die berührungs- und belastungsfreie Aufzeichnung von BM mittels RT ist möglich. Im palliativmedizinischen Kontext kann RT eine apparative Diagnostik zur individuellen Therapieanpassung ermöglichen ohne die persönliche Begegnung einzuschränken.