

VORTRÄGE

PS 1 Symptome & Belastungen: Psychische und neuropsychiatrische Symptome - 06.09.2018 - 11:00-12:30 - Hanse Saal

Psychosoziale Belastungen, Lebensqualität und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote bei Angehörigen zu Beginn einer spezialisierten stationären Palliativversorgung

Ullrich A.^{1,2}, Marx G.³, Benze G.³, Heine J.³, Dickel L.-M.³, Wowretzko F.¹, Zhang Y.¹, Bokemeyer C.¹, Nauck F.³, Bergelt C.², Oechsle K.^{1,4}

¹2. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, ²Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, ³Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Germany, ⁴Stiftungsprofessur für Palliativmedizin mit Schwerpunkt Angehörigenforschung in der 2. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Hintergrund: Diese Studie untersucht Angst, Depressivität, Lebensqualität (QoL) sowie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote von Angehörigen onkologischer Patienten zu Beginn einer spezialisierten stationären Palliativversorgung (SSPV).

Methoden: In der multizentrischen Studie wurden 232 Angehörige innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme des Patienten konsekutiv mittels validierter Fragebögen (GAD-7, PHQ-9 und SF-8) befragt. Mittelwertvergleiche wurden anhand von T-Tests und Zusammenhänge zwischen Variablen mittels Spearman's Korrelationskoeffizient analysiert.

Ergebnisse: Moderate bis hohe Angst- bzw. Depressivitätswerte lagen bei 106 (47%) bzw. 87 (39%) Angehörigen vor. Verglichen mit alters- und geschlechtsadjustierten Normstichproben wiesen sie höhere Angst- und Depressivitätswerte ($p < .001$, $d > 1.04$) sowie - mit Ausnahme körperlicher Schmerzen - stärkere Einschränkungen in der QoL ($p \leq .002$, $d = 0.2$ bis 1.24) auf. Die größten Mittelwertdifferenzen betrafen Mentale Gesundheit (-12.1 Punkte) sowie Emotionale Rollenfunktion (-8.8 Punkte). Mindestens ein psychosoziales Angebot in Anspruch genommen hatten nur 60 Angehörige (26%). Eine Inanspruchnahme hing mit höheren Depressivitätswerten und niedrigerer QoL zusammen ($p < .027$, $r_s = -.197$ bis $.155$). Als häufigste Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme wurden ausreichende informelle soziale Unterstützung (86%), fehlendes subjektives Bedürfnis (71%), Zeitmangel (45%) und Bevorzugung ärztlicher Unterstützung (44%) berichtet.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass Angehörige zu Beginn einer SSPV in relevantem Umfang an Angst, Depressivität und eingeschränkter QoL leiden, aber nur in geringem Umfang psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Ziel zukünftiger Projekte sollte es daher sein, Wege zu finden, wie Angehörige eine auf ihre Bedürfnisse angepasste Unterstützung durch psychosoziale Angebote erhalten können, z.B. durch Informationen über Möglichkeiten und Ziele einer entsprechenden Betreuung

PS 2 Interprofessionalität: Interprofessionelles Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen - 06.09.2018 - 11:00-12:30 - Kaisen Saal

Kriterien für die Integration von Palliativmedizin in der Pädiatrie

Benze G.¹, Steging I.², Marx G.¹, Nauck F.¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany, ²Klinikum Kassel, Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, Kassel, Germany

Hintergrund: Seit 2007 haben Kinder und Jugendliche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung in Deutschland gesetzlichen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Doch anhand welcher Kriterien und zu welchem Zeitpunkt entscheiden Pädiater, ihre Patienten einer

palliativmedizinischen Mitbetreuung zuzuweisen? Dieser Frage wurde in der vorliegenden Arbeit nachgegangen.

Methoden: Qualitatives Design; teilstrukturierte Interviews mit 10 niedergelassenen und 10 stationär tätigen Pädiatern; Inhaltsanalytische Auswertung (Mayring).

Ergebnisse: Kriterien anhand objektivierbarer Parameter lassen sich nicht eindeutig ableiten. Die Pädiater machten die Einbeziehung palliativmedizinischer Versorgung grundsätzlich am Vorliegen einer progredienten, lebenslimitierenden Erkrankung fest. Ausschlaggebend waren des Weiteren Symptomlast, Häufung von Krankenhausaufenthalten und Überforderung der familiären und professionellen ambulanten Strukturen. Dabei nannten niedergelassene Pädiater auch eigene Grenzen als Grund. Die Initiierung palliativmedizinischer Versorgung geht meist von stationär tätigen Pädiatern aus. Der Zeitpunkt der Thematisierung und Initiierung palliativer Versorgung hängt neben der Akzeptanz der Erkrankungssituation und der Bereitschaft des Annehmens einer palliativmedizinischen Mitbetreuung durch Patient und Familie auch von der individuellen Einschätzung des Arztes ab. Einen konkreten idealen Zeitpunkt scheint es nicht zu geben.

Schlussfolgerung: Kriterien und Zeitpunkt der Zuweisung von Kindern und Jugendlichen zu palliativen Versorgungsstrukturen sind patientenindividuell und von der persönlichen Einschätzung des Arztes abhängig. Es bedarf weiterer Bemühungen, um objektive patientenbezogene Kriterien zu eruieren. Die Etablierung von Palliativmedizin als (frühe) Ergänzung der Betreuung ist optimierbar. Möglichkeiten der Verbesserung wären z.B. mehr Aus-/Weiterbildung in Palliativmedizin und professionelle Vernetzung sowie Öffentlichkeitsarbeit.

PS 5 Forschung - 06.09.2018 - 11:00-12:30 - Lloyd

Advance Care Planning in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern

Janßen G.¹, Weber H.¹, Danneberg M.¹, Gagnon G.¹, Trocan L.¹, Balzer S.¹, Borkhardt A.¹, Höll J.¹, Kuhlen M.¹

¹Klinik für Kinder-Onkologie, Hämatologie und Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

Einleitung: Ein wichtiger Bestandteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (CAYA) ist das Advance Care Planning (ACP). Bisher ist jedoch wenig über die Wünsche der Familien, über den Zusammenhang von ACP und Sterbeort sowie über Unterschiede abhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung bekannt.

Methodik: In einer retrospektiven monozentrischen Untersuchung wurden die ACP-Dokumente aller CAYAs, die vom Kinderpalliativteam Sternenboot in der Zeit von 01/13-09/16 betreut wurden, und Sterbeorte - getrennt nach den Diagnosegruppen gemäß Together for Short Lives (TfSL; 1-4) - ausgewertet.

Patienten und Ergebnisse: Bei 179 von 198 (90,4%) CAYAs lag mindestens ein schriftliches ACP-Dokument vor. Von 99 (55,3%) verstorbenen CAYAs verstarb die Mehrheit (83,8%) zu Hause/im Hospiz. 99 (55,3%) der Familien entschieden sich für ein ACP-Dokument bei Aufnahme in die SAPV, 150 (83,4%) innerhalb der ersten 100 Tage. Nur 7,8% der Familien wechselten im Verlauf der Versorgung den Inhalt der ACP. 80 (44,7%) Familien entschieden sich für eine DNR-Order, 58 (32,4%) für Therapiebegrenzungen unterschiedlicher Art und 41 (22,9%) wünschten keinerlei Therapiebegrenzung. Innerhalb der vier Diagnosegruppen entschieden sich vor allem Familien der TfSL-Gruppe 1 für eine DNR-Order und Familien der TfSL-Gruppe 3/4 für keine Therapiebegrenzung. Die meisten CAYAs (84,9%) mit DNR-Order verstarben zu Hause, wohingegen alle CAYAs ohne Therapiebegrenzung im Krankenhaus verstarben (davon 80% auf einer Intensivstation).

Schlussfolgerung: Die Umstände, in denen ein lebenslimitierend erkranktes Kind verstirbt, können in einem gewissen Ausmaß anhand der ACP-Entscheidungen vorausgesagt werden. Regelmäßige ACP-Gespräche mit den Familien sind ein wichtiger Bestandteil der SAPV. Weitere Untersuchungen zum Einfluss von ACP-Diskussionen, den Sterbeumständen der Kinder und den Auswirkungen auf die Trauerbewältigung sind erforderlich.

Palliativdienste in den deutschen Comprehensive Cancer Centern

Gahr S.¹, Berendt J.¹, Ostgathe C.¹, Simon S.T.², Tewes M.³, Zader K.⁴, Schwartz J.⁴, Neukirchen M.⁴

¹Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany,

²Zentrum für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn, Uniklinik Köln, Köln, Germany, ³Westdeutsches Tumorzentrum - Comprehensive Cancer Center, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Essen, Germany, ⁴Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf - Comprehensive Cancer Center,

Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

Hintergrund: Ein Palliativdienst ist in der Beratung und Versorgung von Patienten mit einer Tumorerkrankung als Qualitätsindikator anerkannt und in National Cancer Institutes, Vorbild der deutschen Comprehensive Cancer Center (CCC), flächendeckend (92%) umgesetzt. Daher stellt sich die Frage, wie die Palliativdienste aktuell in die CCCs integriert sind.

Methode: Durch eine papierbasierte quantitative Befragung in 16 Standorten der bisher geförderten CCCs wurden von Juli bis August 2017 Angaben zum Vorhandensein, zur personellen Situation, Inanspruchnahme und Perspektive eines Palliativdienstes erfasst. Die Befragung richtete sich an die Leiter der palliativmedizinischen Einheiten der CCCs. Die Daten wurden in SPSS ausgewertet (Häufigkeit, Median, Mittelwert, Spannweite).

Ergebnisse: Fünfzehn CCCs (Rücklauf 94%) haben an der Befragung teilgenommen. 13 (87%) der 15 CCCs verfügen über einen Palliativdienst. Zwölf (92%) von 13 CCCs mit einem Palliativdienst sind zu den Regelarbeitszeiten (wochentags 8-16 Uhr) erreichbar. Alle Palliativdienste sind ärztlich besetzt, elf zusätzlich pflegerisch. Acht Palliativdienste (62%) sind mit einer weiteren Profession (Psychologie, Physiotherapie, Sozialdienst) besetzt. Es wurden in 2016 im Median 491 Mitbehandlungen durch die PMDs erbracht, davon 46% als ZE 60.0 (ohne Erlös). Sechs Zentren planen die Einrichtung eines externen Palliativdienstes. Im Jahr 2017 planen fünf Zentren ZE 2017-133, zwei Zentren ZE 60 und drei Zentren beide ZEs abzurechnen.

Diskussion: Palliativdienste sind in den deutschen CCCs regelhaft vorhanden und erfüllen jedoch nur zur Hälfte die zur Abrechnung geforderte Bedingung der Multiprofessionalität. Das im Jahr 2017 neu eingeführte, stundengenau abrechenbare Zusatzentgelt könnte hier Verbesserungen schaffen und zur Kostendeckung beitragen. Dadurch können entgegen der bisherigen Regelung notwendige und sinnvolle Leistungen mit einer Behandlungsdauer auch unter sieben Tagen abrechenbar werden.

Hausärztliche Versorgung bei schwerkranken und sterbenden PflegeheimbewohnerInnen: die Perspektive der Pflegeheime

Mueller E.¹, Pietsch L.¹, Nury O.E.¹, Becker G.¹

¹Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Germany

Hintergrund: Um die Palliativversorgung in Pflegeheimen (PH) zu verbessern, sieht das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) u.a. Kooperationsverträge mit HausärztInnen (HA/HÄ) vor. Im Rahmen eines durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (BW) geförderten Projekts wurde die Perspektive der PH auf die Palliativversorgung durch HÄ untersucht.

Methode: In einem Mixed-Method-Design wurden in teilstrukturierten Interviews und in einem Online-Survey (Dissemination: Pflegeheimverz. stat. Landesamt BW) Leitende von PH befragt.

Ergebnisse: Im Online-Survey beantworteten 100 Leitende die Fragen zu HÄ. Es fanden 20 Interviews mit 21 Leitenden statt. Die Leitenden berichten große Unterschiede bzgl. der Kompetenz und des Engagements der HÄ und resultierend große Unterschiede in der Behandlungsqualität. Als Probleme im Praxisalltag werden unzureichende Symptomkontrolle, keine Bereitschaft zur Verordnung der SAPV, keine Therapiebegrenzung am Lebensende sowie fehlende Notfallplanung /

Bedarfsmedikation beschrieben. In der Konsequenz berichten Heime u.a. Notfalleinweisungen in Kliniken, Konflikte mit HÄ und Strategien zur Umgehung von HÄ. Die hausärztliche Versorgung wird von den Befragten als ein zentrales Handlungsfeld für die Verbesserung der Palliativversorgung in PH benannt. Im Online-Survey geben 14% (n=14) der PH an, Kooperationsverträge mit HÄ zu haben, 33% (n=33) planen solche, jeweils 25% (n=25) planen keine bzw. haben sich damit noch nicht auseinandergesetzt (3%; n=3 keine Angabe).

Diskussion: Inwieweit Kooperationsverträge und die Vergütung palliativmedizinischer Leistungen für entsprechend qualifizierte HÄ zu einer Verbesserung in der Breite beitragen können, ist noch offen. Die größte Herausforderung bleibt, wie diejenigen HÄ aber auch PH erreicht werden können, bei denen noch Wissensdefizite bzw. Ablehnung z.B. bezüglich der Kooperation mit der SAPV, Advance Care Planning und Weiterbildung bestehen.

PS 6 Symptome & Belastungen: Herausfordernde Substanzen - 06.09.2018 - 14:00-15:30 - Hanse Saal

Off-Label-Use in der Palliativmedizinischen Praxis

Remi C.¹, Habertzettl J.², Metz J.², Bausewein C.¹

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

Hintergrund: Die Anwendung von Arzneimitteln außerhalb ihrer gesetzlichen Zulassung (Off-Label-Use; OLU) gehört zur tägl. Praxis in der Palliativversorgung. Bislang ist wenig über OLU in der Palliativmedizin in Deutschland bekannt. Kenntnisse über OLU sind jedoch u.a. notwendig, um risikobehaftete Bereiche zu identifizieren, Strategien zum Umgang im Alltag und Argumentationshilfen gegenüber Kostenträgern zu entwickeln. Ziel der Studie: qualitative und quantitative Bewertung von OLU auf einer Palliativstation.

Methoden: Bewertung von allen Arzneimitteln, die im Oktober 2017 auf der Palliativstation des Klinikums der Universität München verabreicht wurden nach Anwendung außerhalb der Zulassung wie Indikation, Dosis, Anwendungsdauer, Applikationsweg und -modus. Anschließend Vergleich von OLU mit Empfehlungen der S3 Leitlinie Palliativmedizin und Angaben im Buch „Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin“.

Ergebnis: Von 1.-31.10.2017 wurden 87 Arzneistoffe mit 2035 Arzneimittelanwendungstagen an 228 Patiententagen verordnet. 56% (n=1133) waren außerhalb der Zulassung. OLU betraf Indikation 58% (n=654), Applikationsmodus 33% (n=376), Dosis 17% (n=195), Applikationsweg 8% (n=94), Dosierintervall 6% (n=70) und Anwendungsdauer 3% (n=39). Häufig wurden mehrere OLU-Anwendungen kombiniert. Die am häufigsten außerhalb der Zulassung eingesetzten palliativmedizinisch relevanten Substanzklassen waren Opiode 89% (n=236), Antipsychotika 89% (n=78), Antidepressiva 80% (n=96), Antiemetika 74% (n=124), Benzodiazepine 69% (n=63) und Nicht-Opioid Analgetika 60% (n=92). Für ca. 1/3 der Arzneistoffe ist der OLU auch in der palliativmedizinischen Literatur beschrieben.

Diskussion: Mehr als die Hälfte der Arzneimittelanwendungen waren außerhalb der Zulassung, v.a. bei Indikation und Applikationsmodus. Da nur für 1/3 der eingesetzten Substanzen der jeweilige OLU in der Literatur beschrieben ist, sollte als nächster Schritt untersucht werden, ob der häufige OLU gut begründbar ist.

PS 7 Interprofessionalität: Ehrenamt als Profession? - 06.09.2018 - 14:00-15:30 - Kaisen Saal

Hospizbegleitung im Krankenhaus - Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG)

Banse C.¹, Heiß K.¹, Deiseroth L.¹, Rosenkranz G.¹, Nauck F.¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany

Fragestellung: Mit dem HPG bekommt ehrenamtliche Sterbebegleitung im Krankenhaus (KH) politische und rechtliche Anerkennung. Ein Bereich der Hospizarbeit wird gestärkt, für den es bisher wenige Regelungen gab. Welche Probleme ergeben sich bei der Implementierung von Hospizarbeit im KH? Welche Erfahrungen und Lösungen gibt es für die Zusammenarbeit? Lassen sich Handlungsempfehlungen formulieren?

Methodik: Im Rahmen eines mehrteiligen multiprofessionellen Workshops wurden Mitarbeiter von KH (Leitungs- und Praxisebene) und Ambulanten Hospizdiensten (AHD, Koordination und Ehrenamtliche) eingeladen, sich über bestehende Strukturen und Probleme auszutauschen, Lösungen zu entwickeln und zu überprüfen, um für die Implementierung Praxiserfahrungen zu sichern und Handlungsempfehlungen zu formulieren. Für die Teilnahme wurden anhand von Motivationsschreiben zur Einrichtung, der eigenen Funktion und Aufgabe, zu den bisherigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit von AHD und KH und zum Ziel der Teilnahme am Workshop die Teilnehmenden ausgewählt. Eine breite Vielfalt bestehender Strukturen der Zusammenarbeit und verschiedener Perspektiven sollte vertreten sein.

Ergebnis: Im 1. Teil des Workshops wurden aus den gesammelten Fragen, Problemen und Themen gemeinsam zentrale Themen ausgewählt und lösungsorientiert diskutiert. Die Ergebnisse werden nun an der Situation der eigenen Einrichtung konkretisiert, Ziele und nächste Schritte formuliert und umgesetzt.

Schlussfolgerung: Die Erfahrungen der Teilnehmenden verdeutlichen die offenen Fragen zum HPG, zum Selbstverständnis des Ehrenamtes, zu den Vorbereitungskonzepten für Ehrenamtliche sowie zu Versicherungsrecht und Datenschutz, die sich bei der zukünftigen Implementierung von Hospizarbeit im Krankenhaus ergeben. Mit dem Workshop-Konzept können Lösungen für die jeweiligen Einrichtungen zielorientiert angegangen werden. Darüber hinaus bietet der Workshop die Grundlage für die gemeinsame Erarbeitung von Handlungsempfehlungen.

PS 9 Gesellschaft & Politik: Care Ethik - 06.09.2018 - 14:00-15:30 - Focke-Wulf Saal

Scham- und Schuldleben am Lebensende. Eine qualitative Untersuchung zum emotionalen Erleben und zur Emotionsregulation bei Krankheit und am Lebensende

Schröder J.M.¹

¹TU Braunschweig, Institut für Psychologie, Abteilung für Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Forensische Psychologie, Braunschweig, Germany

Obwohl eine rege psychologische Forschung zum emotionalen Erleben im hohen Erwachsenenalter und am Lebensende zu beobachten ist, ist zur spezifischen Bedeutung selbstbewertender Emotionen wenig bekannt. Entwicklungsbedingte körperliche, emotionale und soziale Veränderungen sowie Bilanzierungsprozesse lassen jedoch vermuten, dass den moralischen Emotionen Scham und Schuld in dieser Lebensphase eine besondere Rolle zukommt. In dieser Studie wurden Scham und Schuld am Lebensende mithilfe halbstrukturierter problemzentrierter Interviews untersucht: Insgesamt n = 7 Experteninterviews wurden mit Angehörigen verschiedener Berufsgruppen aus den Bereichen medizinische Versorgung, Pflege und Begleitung von Menschen im hohen Lebensalter/am Lebensende, geführt. Aktuell finden Interviews mit direkt Betroffenen (n = ca. 15) im hohen Lebensalter/am Lebensende statt. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse werden in einem ersten Schritt Situationen identifiziert, in denen Betroffene Scham und Schuld erleben, und (dys-)funktionale Emotionsregulationsstrategien, sowie Ressourcen und Hindernisse einer gelungenen Emotionsregulation analysiert. Insbesondere Scham wird häufig als überwältigend erlebt und es fehlen geeignete Formen des Umgangs mit dieser Emotion. Da die Unterscheidbarkeit von Scham

und Schuld noch immer kontrovers diskutiert wird, liegt im zweiten Auswertungsschritt der Schwerpunkt auf der Differenzierbarkeit und dem situationsspezifischen Entstehungskontext beider Emotionen. Dass Scham und Schuld in den bisherigen Interviews zwar als disjunkt beschrieben, aber häufig intermittierend erlebt werden, deutet auf einen Prozesscharakter der Emotionen hin. Aus den Befunden lassen sich Handlungsempfehlungen für die Praxis ableiten, wobei für Behandelnde, Pflegende und Begleitende nicht zuletzt auch der Reflexion des eigenen professionellen und privaten Emotionserlebens eine wichtige Bedeutung zukommt.

PS 12 Interprofessionalität: Wer macht was? - 06.09.2018 - 16:00-17:30 - Kaisen Saal

Besprechungskulturen in ambulanten Palliativteams

Müller F.¹

¹Universität Siegen, Siegen, Germany

Zu den Eigenarten ambulanter Versorgung von Patientinnen und Patienten der SAPV zählt, dass sie in besonderer Weise auf Abstimmung zwischen den einzelnen Fachkräften und ihren jeweiligen fachlichen Perspektiven angewiesen ist. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Teamebene sind neben einem Dokumentationssystem informelle und formelle Besprechungen zentral für den fachlichen Austausch und die Koordination des Versorgungsprozesses.

Im Rahmen einer mehrjährigen Studie (zw. 2012-2016) über die professionelle Praxis von SAPV, die vom BMBF finanziert an der Hochschule RheinMain und der Frankfurt University of Applied Sciences durchgeführt wurde, konnten in begrenztem Umfang Teambesprechungen von Palliative Care Teams (PCTs) aufgezeichnet und transkribiert werden. Die qualitative Auswertung der Daten erfolgte orientiert an der Grounded Theory-Methode. Der systematische Vergleich der Besprechungen auf inhaltlicher, struktureller und diskursiver Ebene liefert interessante Einsichten in die Teamarbeit im Kontext von SAPV. Alle untersuchten PCTs teilen über Teamgrenzen hinweg ein mehrdimensionales Verständnis des Gegenstandes von SAPV. Die einzelnen PCTs unterscheiden sich jedoch deutlich in ihren Besprechungskulturen. Unterschiede lassen sich hier an zwei Punkten festmachen.

1. Gegenstandsbezogen: wie differenziert gestaltet sich der Austausch über die einzelnen Versorgungseinheiten im Team und wie werden die einzelnen Gegenstandsbereiche in der Besprechung gewichtet?

2. Teambezogenen: welche Rolle spielen Unterschiede zwischen Teammitgliedern für die Kommunikation und wie wird mit den Grenzen zwischen den professionsspezifischen Domänen umgegangen? Die Besprechungskulturen haben Konsequenzen für die Qualität des Austauschs und ggf. für die Zusammenarbeit im Team. Darüber hinaus wird im Vergleich deutlich, wie ein bestimmter Erkenntnisstil die medizinisch-pflegerische Perspektive prägt, mit Konsequenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Professionen.

PS 13 Struktur & Integration: Komplexität - 06.09.2018 - 16:00-17:30 - Borgward Saal

Modellprojekt zur Entwicklung eines Konzepts zur Palliativversorgung von Menschen mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS)

Gasper-Paetz A.^{1,2}, Ates G.³, Jaspers B.^{3,4}, Kern M.^{1,2}, Radbruch L.^{1,3}

¹Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Germany, ²ALPHA Rheinland, Bonn, Germany, ³Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin,

Bonn, Germany, ⁴Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany

Hintergrund: ALS zählt zu den seltenen Erkrankungen mit einem meist rasch progredienten Verlauf. Betroffene leiden oft unter einer hohen intermittierenden Symptomlast und unterscheiden sich aufgrund ihrer Komplexität in Begleitungs- und Versorgungsfragen z.T. erheblich von denen der Tumorerkrankten. ALS-Betroffene profitieren in hohem Maße von einer frühzeitigen Integration der Palliativversorgung.

Ziel des Projektes ist es, die besonderen Anforderungen für Betroffene und Zugehörige sowie für Behandelnde und Begleitende aufzuzeigen und ein bedarfsorientiertes und ganzheitliches Behandlungs- und Versorgungskonzept zu entwickeln.

Methodik:

- Protokolle zur Dokumentation von Case Management in der fallbezogenen Arbeit
- qualitative Interviews mit 14 ExpertInnen z.B. aus Neurologie und Palliativmedizin
- NRW-weite quantitative computerunterstützte Telefon- und Emailbefragung unter Versorgungseinrichtungen (n=196)
- Workshops mit ärztlich Behandelnden u.a. aus der Palliativmedizin, Neurologie und ambulanten Versorgung

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass den vielschichtigen Lebenssituationen mit einem hohen Bedarf an Problemlösungsstrategien und unterschiedlichen Akteuren meist begrenzte Ressourcen an informellen und formellen Angeboten sowie institutionellen Netzwerken gegenüber stehen. Mangel an Koordination verhindert den Zugang zu bestehenden Ressourcen, fehlende Transparenz vorhandener Leistungs- und institutioneller Angebote bedingt unnötige Versorgungslücken. Die Ergebnisse der Arbeitspakete werden im Detail präsentiert.

Schlussfolgerung: Die notwendigen Organisations- und Koordinationsleistungen, berufsgruppen- und institutionsübergreifend, mit dem Ziel einer passgenauen Versorgung der Betroffenen sind sehr komplex und zeitaufwendig. Diese individuelle Prozesssteuerung ist durch Case Management im Sinne einer Lotsenfunktion möglich und notwendig einzurichten.

Förderung: Gesundheitsministerium NRW; 10/2016 - 9/2018.

PS 14 Gesellschaft & Politik: Religiosität/Spiritualität - 06.09.2018 - 16:00-17:30 - Focke-Wulf Saal

Spiritual Care in der Palliativmedizin - eine systematische Literaturrecherche zu Begriffsdefinitionen in Europa

Rahammer D.¹, Müller E.², Becker G.²

¹Barmherzige Brüder Krankenhaus München, Klinik für Palliativmedizin, München, Germany,

²Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Germany

Hintergrund: Als integraler Bestandteil von Palliative Care spielt Spiritual Care eine immer wichtigere Rolle. Dabei hat der Begriff Spiritual Care einen Bedeutungswandel durchlaufen und es besteht kein einheitliches Begriffsverständnis. Ziel der Arbeit war es, anhand einer systematischen Literaturanalyse die in Europa verwendeten Definitionen von Spiritualität und Elemente von Spiritual Care zu analysieren, Übereinstimmungen festzuhalten und Spezifisches herauszuarbeiten.

Methoden: Die systematische Literatursuche erfolgte in den Datenbanken Medline, PsycInfo, ATLA (American Theological Library Association) und der Cochrane Database of Systematic Reviews. Analysiert wurden Definitionen aus Publikationen in Fachzeitschriften von 2000 bis 2016 zu Spiritual Care bei erwachsenen Patienten in stationärer oder ambulanter Palliativversorgung.

Ergebnisse: Ausgehend von der Definition der European Association of Palliative Care für Spiritualität, wurden die in 18 Publikationen verwendeten Definitionen zu Spiritual Care und Spiritualität analysiert. Als Zusammenfassung kann die individuelle Sinnsuche und Verbundenheit mit sich selbst, anderen Menschen und auch einem höheren Wesen, in christlichem Hintergrund Gott als Hauptelemente von Spiritualität gesehen werden. Die Elemente von Spiritual Care in der Praxis können nach Analyse durch folgende vier Begriffe näher eingegrenzt werden: Erwartungen und Wünsche am Lebensende wahrnehmen, aufmerksames Zuhören, Stärkung von inneren Ressourcen,

in Kontakt bringen. Spiritual Care kann als eine multidimensionale Aufgabe und Haltung gesehen werden, die eine patientenzentrierte, ganzheitliche und individuelle Sorge um die Seele zum Ziel hat. **Diskussion:** Die Frage nach den Elementen von Spiritual Care führt im Alltag auch zu der Frage, ob und wie Spiritual Care vor dem Hintergrund der zunehmenden Dokumentationsarbeit, DRG-Abrechnung, etc. tatsächlich den obigen Anforderungen gerecht werden kann.

PS 15 Forschung - 06.09.2018 - 16:00-17:30 - Lloyd

Bedürfnisse junger Erwachsener im Kontext von Trauer - 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: Die Bedürfnisse junger Erwachsener im Kontext von Trauer sollten erhoben werden. Diese Zielgruppe steht bislang weniger im Fokus von Forschung zu Trauer und Trauerbegleitung. Die Ergebnisse sollen der Weiterentwicklung ggf. spezifischer Trauerbegleitungsangebote dienen.

Methodik: Deskriptive Querschnittstudie mit einem teilstandardisierten Fragebogen, der basierend auf zwei Experteninterviews (Psychosozialer Beratungsservice für Studierende, Trauerbegleitungseinrichtung für Jugendliche) entwickelt wurde und aus geschlossenen und offenen Frage- und Antwortformaten bestand (33 Items). Die Erhebung erfolgte schriftlich in einer Universitätsbibliothek sowie online über eine universitätsinterne Kommunikationsplattform. Die Analyse erfolgte deskriptiv, die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Das Projekt „Trauerbegleitung für Jugendliche und junge Erwachsene“ war Teil einer dreisemestrigen Projektphase im Studiengang BA Pädagogik.

Ergebnis: In die Auswertung konnten 117 Fragebögen einbezogen werden (Ø 23,6 Jahre). Das Thema Trauer wurde z.T. als tabuisiert erlebt und eine offenere Kommunikation hierüber gewünscht, die Forschung hierzu begrüßt. Veränderungen im Kontakt mit Anderen wurden positiv (intensivere Beziehungen, Unterstützung) und negativ erlebt (Vertrauensverlust, Beziehungsabbrüche, Rückzug). Zentral war der Wunsch nach mehr Verständnis für individuelle Arten zu trauern, auch bez. Bestattungen und Trauer Ritualen. Professionelle Unterstützungsangebote wurden von 6% genutzt, 56% hiervon erlebten diese als hilfreich. 55% waren keine solchen Unterstützungsangebote bekannt, 17% hätten diese gern genutzt.

Schlussfolgerung: Individuelle Möglichkeiten des Umgangs mit Trauer sowie Verständnis hierfür werden begrüßt bzw. vermisst. Zielgruppenadäquate Trauerbegleitungsangebote für junge Menschen sind willkommen und bedürfen deutlicherer Sichtbarkeit. Die erhobenen Erfahrungen, Kritik und Wünsche könnten für deren Entwicklung genutzt werden.

Betreuungsqualität im Krankenhaus in den letzten Lebensstagen “Care of the Dying Evaluation” (CODE-GER) - Die Einschätzung Nahestehender

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

¹Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany, ²Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, III. Medizinische Klinik, Mainz, Germany, ³Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

Hintergrund: Ein Ziel der Versorgung am Lebensende ist eine gute Betreuungsqualität. Diese kann

durch die Befragung Nahestehender nach dem Versterben von Patienten erhoben werden. In dieser Studie soll die Betreuungsqualität von im Krankenhaus verstorbenen, erwachsenen Patienten dargestellt werden.

Methoden: Der CODE-GER (postalischer Versand; opt-in) wurde im Rahmen einer Validierungsstudie bei Nahestehenden erfasst. Der CODE-GER verfügt über 7 Subskalen zu Unterstützung/Zeit von Ärzten/Pflegekräften, spirituelle/emotionale Unterstützung, Information/Entscheidungsfindung, Umgebung, Information über Sterbeprozess, Symptomkontrolle und Unterstützung zum Zeitpunkt des Todes und danach. Ein Summenwert (0-104) wird kalkuliert; höhere Werte stehen hier für eine bessere Betreuungsqualität.

Ergebnisse: Die Fragebögen (n=237) wurden meist von Partnern (42,6%) oder Kindern (40,5%) der Patienten beantwortet; 64,1% waren weiblich. Die Liegedauer der Patienten betrug 13,7 Tage (3-276; SD 21,1). Eine Krebserkrankung hatten 63,6% und die Hälfte der Patienten verstarb auf einer Palliativstation. Mittlerer CODE-GER Summenwert: 85,7 (SD=14,17; 25-104). Nahestehende gaben an, dass Patienten respekt- und würdevoll von Pflegekräften (94,9%; n=220/232) und Ärzten (89,1%; n=205/230) betreut und die Nahestehenden angemessen unterstützt (90,4%; n=208/230) wurden. Hohe Werte zeigen die Subskalen Unterstützung/Zeit von Ärzten/Pflegekräften und Unterstützung zum Zeitpunkt des Todes sowie danach. Fehlende Informationen, was zu erwarten sei, wenn der Patient verstirbt, gaben 45,6% (n=108/237) an, wovon 52,8% (n=57/108) diese Informationen hilfreich gefunden hätten.

Schlussfolgerung: Die Betreuungsqualität Sterbender im Krankenhaus wurde gut bis sehr gut eingeschätzt. Optimierungsbedarf zeigt sich beim Thema Informationen. Ein Vergleich der Betreuungsqualität auf Palliativ- und anderen Stationen folgt.

Förderung: Die Studie wurde gefördert von DFG (STI 694/2-1; WE 561312-1).

Übergänge in der ambulanten und stationären Palliativversorgung (PV) am Beispiel von Bonn (BN) und Augsburg (A)

Ates G.¹, Peuten S.², Jaspers B.^{1,3}, von Hayek J.², Schneider W.^{2,4}, Radbruch L.^{1,5}

¹Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Germany, ²Universität Augsburg, Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG), Augsburg, Germany, ³Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany, ⁴Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Soziologie, Augsburg, Germany, ⁵Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Germany

Hintergrund: Gelingende Übergänge tragen zu Versorgungskontinuität, Handlungssicherheit und Deutungsgewissheit für alle Beteiligten im Versorgungsnetz bei. Dies ermöglicht Betroffenen (Patient*innen und Angehörigen) eine unabhängige, autonome Gestaltung eigener Lebenswelten so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Krisensituationen können besser bewältigt und in Form ‚normalisierend wirkender Alltagsrahmungen‘ abgefedert werden. Das Projekt „Übergänge in der PV“ untersucht an zwei Standorten vergleichend schnittstellenübergreifende Versorgungsverläufe und unterschiedliche palliative -netzwerke.

Methoden: Ein systematischer Vergleich mittels Kombination aus qualitativen und quantitativen Erhebungsverfahren. Rund 2000 Patient*innenverlaufsdaten aus dem Jahr 2016 wurden in SPSS eingegeben und deskriptiv analysiert. Ergänzend hierzu wurden Leitfadeninterviews mit zehn Expert*innen aus dem Gesundheitswesen durchgeführt.

Ergebnisse: Bei der Analyse der Fragen, in welchem Krankheitsstadium, woher und wohin Patient*innen verlegt werden, zeigten sich Unterschiede nicht nur bei den Aufnahmen (BN: 55% krankenhausinterne Verlegungen; A: 75%), sondern auch Entlassungen. Die sich hierin abbildenden Prozesse und Strukturen wurden mittels Expert*inneninterviews komplementiert. Dabei wurden neben gut verlaufenden Übergängen auch Barrieren und Lücken (Medikation, zeitnahe Weiterversorgung und Anbindung an spezialisierte PV) im jeweiligen Versorgungsnetz thematisiert. Im Vortrag werden die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Ebenen bzw. Sektoren der PV im Detail vorgestellt.

Schlussfolgerungen: Die kontrastierende Analyse der Behandlungspfade auf Basis der Dokumentationen von Patient*innenakten gibt eine Vielzahl von Hinweisen für Optimierungsbedarf von Schnittstellenmanagement. Dies wird durch die Expert*innen gestützt. Diese Ergebnisse sind ein

wichtiges Element zur Entwicklung von Kerndimensionen für die prospektive Kohortenanalyse.
Förderer: BMBF (01GY1707)

„... zu entdecken, dass ich lebe!“ Qualitative Ergebnisse zum Gelingen einer spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung

Seipp H.¹, Haasenritter J.¹, Bösner S.¹, Hach M.², Kuss K.¹

¹Philippis-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg, Germany, ²Fachverband SAPV Hessen, Wiesbaden, Germany

Fragestellung: Die Versorgungsqualität in der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird bisher vorrangig über Strukturdaten abgebildet, was aus Sicht der Betroffenen sowie SAPV-Verantwortlichen unzureichend erscheint. Zur Abbildung der Versorgungsqualität stellt sich die Frage, was Qualität in diesem Setting aus Sicht aller Beteiligten ausmacht. Der Begriff der Versorgungsqualität im Setting der SAPV soll daher aus Perspektive der Patientinnen und Patienten, deren Nahestehenden und den beteiligten Professionellen geschärft werden. Hierzu wird der Frage nachgegangen, was eine gelungene SAPV ausmacht (ELSAH-Studie, gefördert vom Innovationsfonds des G-BA; FKZ: 01VSF16006).

Methodik: Es wurden teilnehmende Beobachtungen (n=5) in verschiedenen SAPV-Diensten in Hessen durchgeführt. Des Weiteren wurden leitfadengestützte Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie deren Nahestehenden (n=28), Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (n=21) der SAPV in Hessen, sowie an der Versorgung beteiligten Kooperationspartnern (n=9) geführt. Begleitend wurden Fokusgruppen (n=3) mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Psychologen und Sozialarbeiterinnen aus SAPV-Diensten veranstaltet. Die Daten wurden in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet.

Ergebnis: Als zentrale Themen werden die Symptomkontrolle unter SAPV, die Vermittlung eines Sicherheitsgefühls den Betroffenen gegenüber und die umfassende Fürsorge in sämtlichen Lebensbereichen wahrgenommen. Umrahmt werden diese Themen von der Achtung von Individualität und Selbstbestimmung. Eine adäquate Beziehungsqualität zwischen Erkrankten, deren Nahestehenden sowie den SAPV-Mitarbeitenden ist ebenfalls ein relevanter Bestandteil.

Schlussfolgerung: In der täglichen Arbeit sind neben den normativen Bestandteilen insbesondere zwischenmenschliche Faktoren für das Gelingen einer SAPV bedeutsam. In der Abbildung der Versorgungsqualität sollten diese Konstrukte daher berücksichtigt werden.

PS 16 Symptome & Belastungen: Palliativpflege - 07.09.2018 - 11:00-12:30 - Hanse Saal

Symptomorientierte Pflegedokumentation

Müller D.¹, Höhn P.¹

¹Universitätskliniken der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Palliativstation, Nürnberg, Germany

Fragestellung: Wie können die individuellen, palliativen Pflegemaßnahmen in der schriftlichen Dokumentation dargestellt werden?

Weitere Anforderungen an die Dokumentation sind die Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses, Übersichtlichkeit sowie die einfache und flexible Handhabung.

Methodik: Die Erstellung der Dokumentation erfolgte auf Basis des bestehenden Pflegeverrichtungs nachweises in Papierform. Dieser enthält die grund- und behandlungspflegerischen

Tätigkeiten. In den Verrichtungsnachweis wurde die symptomorientierte Pflegeplanung integriert. Mit dieser können die jeweiligen Pflegemaßnahmen flexibel und übersichtlich dargestellt werden. Zusätzlich entstand ein Leitfaden zur Pflegeplanung in Form eines Handbuches, in dem zu jedem Symptom die möglichen Pflegemaßnahmen aufgelistet sind. Jeder Mitarbeiter erhielt ein Exemplar im Taschenformat.

Gleichzeitig erfolgte die Überarbeitung der Pflegeanamnese. Hier werden die Hauptsymptome des Patienten bei Aufnahme erfasst und daraufhin die speziellen palliativen Pflegemaßnahmen in der Pflegeplanung festgelegt.

Die Evaluierung der Maßnahmen erfolgt im Pflegebericht und anhand der Einschätzung der Symptome durch den Patienten.

Die Implementierung der neuen Dokumentation begann im Januar 2017 mit der Schulung der Mitarbeiter und einer Pilotphase. Nach mehrfacher Evaluation und Überarbeitung der Unterlagen entstand im September 2017 die endgültige Version.

Ergebnis: Es entstand eine komplette Palliativ-Pflegedokumentation. Sie besteht aus der Pflegeanamnese, der vorhandenen Tageskurve und dem Pflegeverrichtungsnachweis inklusive der symptomorientierten Pflegeplanung. Somit kann der individuelle Pflegebedarf der Palliativ-Patienten übersichtlich dargestellt werden.

Schlussfolgerung: Die symptomorientierte Pflegedokumentation kann in ähnlicher Form auf jeder Palliativstation, im Hospiz, in der SAPV oder im Palliativmedizinischen Dienst eingesetzt werden, um den besonderen Pflegebedarf der Patienten darzustellen.

PS 18 Struktur & Integration: Palliative Care und geistige Behinderung - 07.09.2018 - 11:00-12:30 - Borgward Saal

Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit nicht-progredienten, lebenslimitierenden Erkrankungen und komplexer Mehrfachbehinderung aus Sicht der Familien - eine Bedarfs- und Versorgungsanalyse in Deutschland-erste Ergebnisse

Niemuth M.¹, Luntz E.², von der Hagen M.³, Nolte-Buchholtz S.¹

¹Brückenprojekt - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany, ²Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany, ³Abteilung Neuropädiatrie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

Fragestellung: Komplexe Mehrfachbehinderungen (KMB) zählen zu den lebenslimitierenden Erkrankungen (LLE) und zeichnen sich durch gleichzeitige körperliche und geistige Behinderungen aus, die eine Prognose der Lebenserwartung erschweren. Auftretende Komplikationen sind unvorhersehbar und können zu akuten kritischen bis lebensbedrohlichen Situationen führen. Die Versorgung muss kontinuierlich, teils kurzfristig den neuen Gegebenheiten angepasst werden. Dies stellt alle an der Versorgung Beteiligten, v.a. die Eltern vor große Herausforderungen. Da es keine evidenz-basierten wissenschaftlichen Leitlinien für die Versorgung dieser komplexen Patientengruppe gibt, ist es Ziel der Studie, die aktuelle Versorgungssituation von Kindern mit LLE und KMB zunächst aus Sicht der Eltern zu erfassen.

Methodik: Im Rahmen einer mixed-method Studie wurden im qualitativen Teil neun problemzentrierte teilstrukturierte Interviews mit Eltern aus Sachsen, die Kinder mit einer LLE und KMB haben, durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Die Kinder waren im Median 140 (23-222) Monate alt, lebten in ländlichen oder städtischen Regionen und waren in unterschiedliche Versorgungsstrukturen eingebunden.

Ergebnisse: Alle Eltern beschrieben 1. eine hohe körperliche und psychische Belastung, den Wunsch nach Entlastung, 2. sich selbst als Koordinatoren in der Versorgung, 3. Mängel bezüglich Organisation von notwendigen Hilfsmitteln, v.a. durch lange Wartezeiten in ländlichen Regionen. Mehrere Befragte beschrieben 4. Defizite an Pflegediensten und hatten 5. keine konkreten Zukunftsvorstellungen bezüglich der Versorgung des Kindes im Erwachsenenalter.

Schlussfolgerung: Die Koordinatorenrolle der Familie, Defizite in der Versorgung und fehlende Zukunftsperspektiven scheinen zu hohen Belastungen der betroffenen Familien zu führen. Eine quantitative Erfassung dieser Aspekte an einer größeren nationalen Kohorte mittels Fragebogen folgt im zweiten Teil der Studie.

PS 20 Forschung - 07.09.2018 - 11:00-12:30 - Lloyd

Angehörigenarbeit in der ambulanten Palliativversorgung - eine Leerstelle (nur?) in der Dokumentation

Pleschberger S.¹, Eisenmann Y.², Kreyer C.³

¹Gesundheit Österreich / The Austrian Public Health Institute, Gesundheitsberufe, Wien, Austria,

²Gesundheit Österreich / The Austrian Public Health Institute, Wien, Austria, ³Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Dep. für Pflegewissenschaft und Gerontologie, Hall i. T., Austria

Angehörige spielen in der häuslichen Palliativ care eine wichtige Rolle und sie sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Hospiz- und Palliativdienste engagieren sich zwar in der Unterstützung von Angehörigen, wie und in welchem Ausmaß, das ist bislang noch wenig erforscht. Im KOMMA-Projekt wird der Erfassung von Bedürfnissen von Angehörigen besonderes Augenmerk geschenkt. Teil der Begleitforschung war die Beschreibung des Status Quo der Angehörigenarbeit bei den beteiligten Diensten, mit der Frage, inwieweit sich Angehörige und deren Bedürfnisse in der Dokumentation wiederfinden?

Methodisch erfolgte eine Analyse von Pflege- & Betreuungsdokumentationen sowie Fokusgruppen mit SAPV-Mitarbeitern; Nach einem Screening von 200 Dokumentationen aus einer definierten Zeitperiode von drei beteiligten SAPV-Diensten in NRW wurden Dokumentationen von 50 abgeschlossenen Verläufen in denen Angehörige erwähnt wurden einer vertiefenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die Ergebnisse wurden in jedem Dienst im Rahmen einer Fokusgruppe (n=3) mit Teammitgliedern (n=21) diskutiert.

Bedürfnisse von Angehörigen fanden sich in den Dokumentationen nur vereinzelt und waren eng mit der Versorgung der Patienten verknüpft. Wenig Aufmerksamkeit wurde Angehörigen als Nutzergruppe mit eigenen Anliegen geschenkt. Ein gezieltes Assessment ihrer Bedürfnisse erfolgte nicht.

Dokumentationen zu Gesprächen mit Angehörigen ließen meist offen, was besprochen wurde, und welche weiteren Maßnahmen daraus resultierten. In den Fokusgruppen wurde dies bestätigt, jedoch auf eine bestehende Divergenz zwischen Versorgungs- und Dokumentationspraxis hingewiesen.

Die Dokumentationsanalyse bewährte sich als Instrument der Sensibilisierung bei den Mitarbeitern. Sie zeigte jedoch auch, dass Angehörigenarbeit derzeit wenig systematisch erfolgt und sowohl Bedürfnisse von Angehörigen als auch Interventionen nicht als Leistungen sichtbar werden.

Diese Studie wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert.

Bedürfnisse von Angehörigen zu Beginn einer spezialisierten stationären Palliativversorgung

Ullrich A.^{1,2}, Marx G.³, Benze G.³, Zhang Y.¹, Wowretzko F.¹, Heine J.³, Dickel L.-M.³, Bokemeyer C.¹, Nauck F.³, Bergelt C.², Oechsle K.^{1,4}

¹2. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, ²Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg,

Germany, ³Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Germany,

⁴Stiftungsprofessur für Palliativmedizin mit Schwerpunkt Angehörigenforschung in der 2. Medizinische

Hintergrund: Die Studie untersucht Unterstützungsbedürfnisse bei Angehörigen onkologischer Patienten auf Palliativstationen und ihren Zusammenhang mit Angehörigen- und Patienten-bezogenen Charakteristika, der Symptomlast des Patienten, dem Grad sozialer Unterstützung sowie psychischer Belastung.

Methoden: Im Rahmen einer multizentrischen Studie wurden 232 Angehörige innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme des Patienten konsekutiv zu ihren Unterstützungsbedürfnissen (FIN, 20 Items) befragt. Als weitere Selbsteinschätzungsinstrumente wurden GAD-7, PHQ-9 und IPOS eingesetzt. Zusammenhänge zwischen der Wichtigkeit bzw. der Erfüllung von Bedürfnissen sowie assoziierten Variablen wurden mittels multivariater linearer Regressionsanalysen untersucht.

Ergebnisse: Zehn dieser 20 Bedürfnisse wurden von >90% der Angehörigen als sehr/extrem wichtig eingeschätzt. Im Regressionsmodell zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Zahl sehr/extrem wichtiger Bedürfnisse sowie einem höheren Alter ($p=.021$) und Bildungsgrad ($p=.007$; $R^2=.334$, $F(20,97)=2.432$, $p=.002$). Durchschnittlich blieben 12.2 Bedürfnisse (SD 5.4) unerfüllt. Sieben Bedürfnisse wurden bei >50% der Angehörigen nicht oder nur teilweise erfüllt. Die drei häufigsten unerfüllten Bedürfnisse waren „Hoffnung spüren“ (73%), „wissen, wann das Auftreten von Symptomen erwartbar ist“ (63%) und „jemanden haben, der sich um meine Gesundheit kümmert“ (58%). Die Regressionsanalyse ergab keine signifikanten Assoziationen zwischen der Zahl unerfüllter Bedürfnisse und den geprüften Variablen (Patienten-bezogene Faktoren, soziale Unterstützung oder eigene Belastung).

Diskussion: Angehörige berichten zahlreiche relevante Unterstützungsbedürfnisse, sowohl im Hinblick auf deren Spektrum als auch Intensität. Sie empfinden viele dieser Bedürfnisse bei Aufnahme auf eine Palliativstation als unerfüllt. Dabei scheinen psychosoziale Faktoren weniger Einfluss zu haben, hingegen direkt Angehörigen-zentrierte Unterstützungsangebote nötig zu sein.

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit - Handlungsstrategien des klinischen Personals in der Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Banse C.¹, Schade F.¹, Owusu-Boakye S.¹, Nauck F.¹

¹*Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany*

Fragestellung: Im Rahmen einer qualitativen Studie über die Versorgung von unheilbar an Krebs erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund wurden klinisch Tätige dazu befragt, wie sie die palliativmedizinische Versorgung erleben. Welche Besonderheiten sieht das medizinische Personal in der Begleitung?

Methodik: Qualitatives Design; narrative Interviews mit 20 Versorgern; interpretative Auswertung mit Grounded Theory.

Ergebnis: Der Anspruch der Palliativversorgung, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen und durch einen multiprofessionellen Ansatz verschiedene Versorgungsstrategien zu ermöglichen, traf auf eine komplexe Wirklichkeit: Von den Versorgenden wurden Situationen beschrieben und kritisch bewertet, in denen das eigene palliative Handeln nicht so umgesetzt werden konnte, wie man es angestrebt hatte. Patienten mit Migrationshintergrund waren in der Wahrnehmung der Versorgenden häufig eine Herausforderung, besonders wenn hohe Erwartungen an das medizinische System wahrgenommen wurden. Es bestanden Unsicherheiten im Umgang mit Flüchtlenerlebnissen, Sprachbarrieren oder Ausgrenzungserfahrungen. Darüber hinaus gab es rechtliche Unklarheiten bei Patienten mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus und in der Finanzierung der medizinischen Behandlung.

Schlussfolgerung: Offensichtlich verunsichert der vermeintlich kulturell fremde Hintergrund der Patienten viele Versorgende. Bei den Befragten wurden diese Unsicherheiten als ein Konflikt erlebt, der Anspruch und Wirklichkeit der Palliativversorgung als Kontrast thematisiert. Die Versorgenden entwickelten Strategien, die als Erweiterung des eigenen Aufgabengebiets und z.T. als Belastung gesehen wurden. Für eine angemessene palliativmedizinische Behandlung und Begleitung in der letzten Lebensphase sollte es wichtig sein, die Grenzen der Strategien nicht den Patienten, sondern

unzureichenden Versorgungsstrukturen zuzurechnen, die eng an politisch-soziale Strukturen gebunden sind.

Wie wird allgemeine ambulante Palliativversorgung erlebt? - Ergebnisse aus Interviews mit Patienten, Angehörigen, Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten nach der Critical Incident Technique

Ewertowski H.¹, Schneider N.¹, Stiel S.¹

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

Hintergrund: Viele schwerkranke und sterbende Menschen werden in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) versorgt. In der Konzeption und praktischen Umsetzung von AAPV bestehen jedoch nach wie vor erhebliche Unklarheiten.

Ziel: Das übergeordnete Ziel der Forschergruppe ALLPRAX (BMBF - FK 01 GY 1610) ist die Verbesserung von Rahmenbedingungen der ambulanten Palliativversorgung durch Hausärzte. In dem hier beschriebenen Teilprojekt ist es das Ziel, hemmende und fördernde Faktoren in der AAPV sowie ihren Einfluss auf Leistungserbringer und Patientenoutcomes zu verstehen.

Methoden: Mitte 2017 wurden 16 Interviews nach der Critical Incident Technique mit je n=4 Patienten, Angehörigen, Hausärzten und je n=2 Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften nach Kriterien basierendem, theoretischem Sampling erhoben. Hierbei sollen besonders positiv und negativ erlebte Versorgungsgeschehen detailliert beschrieben werden. Eine qualitative Auswertung erfolgte nach Prinzipien der Grounded Theory.

Ergebnisse: Vier identifizierte Kernkategorien sind: 1) Strukturelle Faktoren im Gesundheitssystem (z.B. Mangel an Aufgabendelegation), 2) Art und Weisen der Leistungserbringung (z.B. hausarztzentrierte, vorausschauende Versorgung), 3) versorgende Aufgaben aller Akteure (z.B. Verabreichen von Medikation durch Angehörige), und Qualität und Outcomes der Arbeit (z.B. Erfahrung von Sicherheit).

Schlussfolgerung: Diese Kernkategorien beinhalten jeweils positiv und negativ erfahrene Aspekte in der Versorgung. Sie stehen in engem Bezug zueinander und können sich gegenseitig beeinflussen. Inwiefern Strategien zur Veränderung negativer und zur Verstärkung positiver Faktoren entwickelt und in den Praxis- und Handlungsalltag von Leistungserbringern integriert werden können, wird im Rahmen partizipatorischer Forschung im nächsten Projektabschnitt erörtert.

PS 21 Symptome & Belastungen: Schmerz und Alter - 07.09.2018 - 14:00-15:30 - Hanse Saal

Bedarfsorientierte spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung - Vorläufige Ergebnisse einer longitudinalen Befragung von Eltern lebenslimitierend erkrankter Kinder und Jugendliche

Dinkelbach L.¹, Gagnon G.¹, Danneberg M.¹, Borkhardt A.¹, Janßen G.¹, Kuhlen M.¹

¹Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Kinderpalliativteam Sternenboot, Düsseldorf, Germany

Hintergrund: Ziel der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) ist das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität für die betroffenen Familien. Diese beinhaltet neben der Symptomkontrolle auch psychosoziale und kommunikative Aspekte. Die Betreuung lebenslimitierend erkrankter Kinder durch spezialisierte Kinderpalliativteams erfolgt meist deutlich länger als in der palliativen Versorgung von Erwachsenen. Im Rahmen einer bedarfsorientierten Palliativversorgung ist

es daher notwendig, den Versorgungsbedarf betreuter Familien über die Zeit zu erfassen.

Ziele: Erstellung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Dynamik von Symptomen und psychosozialen Belastungen im Rahmen der SAPPV.

Methoden: Die Fragebogenkonstruktion erfolgte in drei Schritten: i. Generierung von Items und Erprobung in Interviews mit der Zielgruppe. ii. Einschätzung der Inhaltsvalidität durch 19 Experten der pädiatrischen und adulten Palliativversorgung iii. Erfassung von Testgütekriterien an 15 Familien zu 28 Zeitpunkten. Nach jedem Schritt erfolgte eine Überarbeitung des Fragebogens nach vorab definierten Kriterien.

Ergebnisse: Der resultierende Fragebogen beinhaltet die vier Dimensionen Symptome, Kommunikation, psychosoziale Versorgung und die häusliche Pflegeskala (Graessel et al., 2014) sowie allgemeine Fragen zur Lebensqualität und Person. Für den Content Validity Index des Gesamtfragebogens ergab sich ein Wert von S-CVI = 0.94 (exzellent nach Polit et al., 2007). Die mittlere Trennschärfe der Dimension psychosoziale Versorgung, Symptome und der häuslichen Pflegeskala betragen je 0.41, 0.56 und 0.64 (mittel bis hoch nach Bühner, 2011).

Fazit: Im Rahmen der SAPPV ist die Kenntnis der Dynamik von Versorgungsbedarfen unabdingbar. In einer zukünftigen longitudinalen Befragung von Eltern lebenslimitierend erkrankter Kinder sollen die Testgütekriterien des Fragebogens an einer größeren Stichprobe bestätigt und die Dynamik des Versorgungsbedarfs erfasst werden.

PS 22 Interprofessionalität: - 07.09.2018 - 14:00-15:30 - Kaisen Saal

Interprofessionelle klinische Entscheidungsfindung - ein narratives Review

Einig C.¹, Wild H.², Ewers M.², Darmann-Finck I.¹

¹Institut für Public Health und Pflegeforschung/ Universität Bremen, Abt. 4: Qualifikations- und Curriculumforschung, Bremen, Germany, ²Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft/ Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Fragestellung: Im Kontext der klinischen Entscheidungsfindung, insbesondere am Lebensende, wird derzeit die interprofessionelle Zusammenarbeit als wirksame Strategie zur Verbesserung der Patientenversorgung und -beteiligung gesehen. Ziel der Studie ist es, die empirische Basis dieser Annahme zu überprüfen.

Methodik: Durchgeführt wurde eine systematische Literaturrecherche auf der Grundlage eines narrativen Reviews. Eingeschlossen wurden empirische Studien, die den Fokus auf die interprofessionelle klinische Entscheidungsfindung richten und die sich auf Teams mit mindestens einer Ärztin/einem Arzt beziehen. Ausgeschlossen wurden Studien zur monoprofessionellen Entscheidungsfindung mit Beteiligung von Patientinnen und Patienten.

Ergebnis: Die Recherche ergab 117 Studien zu folgenden Themenbereichen der interprofessionellen klinischen Entscheidungsfindung: theoretische Grundlagen und Modelle (3), Prozessanalyse (28), Einflussfaktoren (15), Perspektiven beteiligter Professionen (17), Barrieren und Herausforderungen (11), Instrumente (11), Nutzen/Wirksamkeit (9) und Aus-, Fort- und Weiterbildung (23). Sieben Studien thematisieren die Entscheidungsfindung am Lebensende.

Schlussfolgerung: Die Evidenzstärke hinsichtlich der Wirksamkeit einer interprofessionellen Entscheidungsfindung auf Patientenergebnisse ist insgesamt gering, bislang liegen lediglich einzelne Hinweise auf positive Wirkungen vor. Daraus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. Die Einflussfaktoren, Perspektiven der Beteiligten, Probleme und Herausforderungen im Entscheidungsprozess sind dagegen gut in der Studienlage dokumentiert und ermöglichen die Ableitung von Qualifikationsanforderungen und institutionellen Rahmenbedingungen.

Schlagwörter: Interprofessionalität, klinische Entscheidungsfindung, Palliative Care

PS 24 Gesellschaft & Politik: Kultur und Flüchtlinge - 07.09.2018 - 14:00-15:30 - Focke-Wulf Saal

Palliativversorgung (PV) von Menschen mit Migrationshintergrund (MH) in Berlin - Eine Schnittstellenperspektive

Kranz S.J.¹, Göppert T.A.¹

¹*Alice Salomon Hochschule, Berlin, Germany*

Fragestellung: Studien zufolge haben Menschen mit MH nur bedingt Zugang zur PV, dies wird unter anderem mit existierenden Barrieren in die Überleitung begründet. Um Menschen mit MH eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, ist es daher notwendig, Barrieren aus Sicht der Schnittstellen zwischen kurativer und palliativer Versorgung zu erheben, da sie an der Überleitung maßgeblich beteiligt sind. Daher lautet die Fragestellung: „Welche Barrieren und Hürden erfahren Menschen mit MH in Berlin aus Sicht der in den Schnittstellen Tätigen?“

Methode: Dieser Fragestellung wird mit Hilfe von sechs leitfadengestützten Expert*inneninterviews und Inhaltsanalyse nach Kuckartz im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns nachgegangen.

Ergebnis: Die Ergebnisse bestätigen bekannte Zugangsbarrieren für Menschen mit MH, wie Sprachbarrieren oder fehlende Institutionskunde. Darüber hinaus zeigen sich ein differentes Verständnis von PV, ebenso wie eine individuelle Definition des Begriffes MH der Interviewpartner*innen als Zugangsbarriere. Auch wird die Frage aufgeworfen, ob das Angebot der PV für alle Menschen passend ist oder vielmehr durch eine Diagnose bzw. der Vorstellung der Versorger*innen bestimmt wird. Auf gesellschaftliche Ebene wird deutlich, dass eine Überleitung in die PV zur Hürde wird, wenn Menschen als nicht integriert wahrgenommen werden und der Schutzstatus sowie die Finanzierung der Versorgung nicht ausreichend geklärt sind.

Konklusion: Kulturelle Sensibilisierung muss eine Prüfung des Verständnisses von PV für alle Beteiligten bedeuten, besonders vor dem Hintergrund, dass PV die Betroffenen in den Fokus stellt und sich an deren Bedürfnissen ausrichten soll. Auch wenn Berlin günstige Strukturen zeigt und Menschen mit MH aus Sicht der Schnittstellen per se in die PV übergeleitet werden können, müssen Strukturen weiterentwickelt, vernetzt und finanziert werden, um ausreichend auf die Versorgungswünsche von Menschen mit MH am Lebensende vorbereitet zu sein.

PS 25 Forschung - 07.09.2018 - 14:00-15:30 - Lloyd

Interdisziplinarität und Integration vs. Spezialisierung - Oder: Quo vadis Palliativversorgung?

Schneider W.¹

¹*Universität Augsburg, Augsburg, Germany*

Die Entwicklung der Palliativmedizin/-pflege sowie der ehrenamtlich getragenen Hospizarbeit in den vergangenen 30 Jahre kann im Sinne einer ‚Institutionalisierung‘ neuer Versorgungsangebote für Menschen am Lebensende zweifellos als Erfolgsgeschichte gelten. Begleitet wird sie von der grundsätzlichen Frage nach dem Verhältnis einer sich weiter ausdifferenzierenden ‚medizinischen Teildisziplin‘ auf der einen Seite und der Dynamik einer Bürgerbewegung, die möglichst viele Menschen integrieren will, auf der anderen Seite.

Der Beitrag möchte aus einer organisations- und professionssoziologischen Perspektive den zukünftigen Weg der Palliativversorgung ausloten und dazu aktuelle Perspektiven bzw. mögliche Szenarien erörtern. Als Prämisse wird dabei gesetzt, dass dieser Bereich keine ‚medizinischen Versorgungsform‘ bezeichnet, sondern dem Anspruch nach ein ‚ganzheitlich‘ ausgerichtetes, umfassendes Sorgen verfolgt, dessen praktische Umsetzungen keineswegs schon fixiert sind: Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, zunehmende Spezialisierung verschiedener Berufsbilder im Hinblick auf die existenziellen Leiden und Nöten von Menschen am Lebensende, weitere Einbeziehung zivilgesellschaftlichen Engagements u.a.m.?

Aktuell kann Palliative Care als eine vielschichtige und mehrdimensionale Arbeit von Menschen an, für

und mit Menschen verstanden werden. Mehr noch: Soziologisch gesehen ist sie eine komplexe, kooperative Dienstleistung, die in individualisierter Form in flexiblen Netzwerken her-, bereit- und auf Dauer zu stellen ist - mit all den damit verbundenen Herausforderungen und Problemen. Damit erscheint der Bereich möglicherweise als modellhaft für die organisationale Bewältigung von ‚Versorgungsproblemen‘ der Risikogesellschaften des 21. Jhdts., Voraussetzung hierfür ist jedoch eine offene Diskussion organisationaler Entwicklungsperspektiven inkl. politischer Interessen, Macht und Herrschaft.

Die Entstehung einer professionalisierten Fachkultur in der Palliativmedizin - sprachwissenschaftliche Perspektiven

Peters J.¹, Heckel M.², Ostgathe C.², Habermann M.¹

¹*Philosophische Fakultät und Fachbereich Theologie, Germanistische Sprachwissenschaft, Erlangen, Germany,* ²*Palliativmedizinische Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander- Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Germany*

Hintergrund: Die moderne Palliativmedizin stellt eine noch relativ junge Disziplin dar, die ein eigenständiges fachliches Profil mit spezifischen Leitkonzepten, Zielen und Werthaltungen entwickelt hat. An Fachpublikationen lässt sich die Entwicklungsgeschichte des Faches, die Ausdifferenzierung zur eigenständigen Disziplin und die Herausbildung eines eigenen „Palliativvokabulars“ nachvollziehen.

Methoden: Auf Basis eines Textkorpus von Artikeln des Deutschen Ärzteblattes 1973-2018 (ca. 400.000 Wörter) erfolgte eine qualitative Datenanalyse, die Rückschlüsse auf die Wahrnehmung der Palliativmedizin in der Humanmedizin zuließ. Mit einem zweiten Textkorpus aus Artikeln der Zeitschrift für Palliativmedizin 2000-2017 (ca. 4,5 Millionen Wörter) wurden palliativmedizinische Schlüsselwörter für drei Zeiträume (2000-2005; 2006-2011; 2011-2017) ermittelt. Die Berechnung erfolgte mit log ratio (LR), einem Effektmaß, das in der Sprachdatensoftware CQPweb (v 3.1.7; Hardie 2012) implementiert ist.

Ergebnisse: Es wurden 1492 Artikel analysiert. Erwähnungen der Palliativmedizin traten erst spärlich, seit den 1990er Jahren zunehmend häufiger auf. Das Begriffspaar *palliativ-kurativ* erscheint als zunehmend von der Palliativmedizin besetzt, es wird funktionalisiert und als sprachliche Wendung verfestigt. Bald darauf wird diese Dichotomie mit Konzepten wie *Linderung*, *Selbstbestimmung*, *Würde*, später auch *Begleitung*, *Einbezug von Angehörigen* oder *Spiritualität* angereichert. Die „Erschaffung“ der Disziplin erfolgt durch die Darstellung der eigenen medizinischen Professionalität, die Reflexion der Fachgeschichte und die Schaffung gemeinsamer Institutionen und Arbeitsfelder.

Schlussfolgerungen: Die Analyse großer Mengen von Fachtexten ermöglicht es, die Entstehung und Ausdifferenzierung der Palliativmedizin anhand von zentralen Konzepten nachzuvollziehen und wissenschaftliche Theorie- und Handlungsprofile des Faches im Wandel der Zeit zu erfassen.

Herausforderungen von Gebärdensprachdolmetschern in ihrer Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden tauben Menschen. Eine qualitative Untersuchung

Ruszynski A.M.¹, Orellana-Rios C.L.², Becker G.²

¹*Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin, Jugend- und Behindertenhilfe, Teltow, Germany,* ²*Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Germany*

Hintergrund und Ziel: GebärdensprachdolmetscherInnen (GD) ermöglichen Kommunikation

zwischen hörenden und gehörlosen Menschen. Sie spielen somit im Leben von gehörlosen Menschen eine wesentliche Rolle. Wenig bekannt ist über die Herausforderungen, denen GD begegnen, wenn sie in palliativen Kontexten übersetzen und mit den Themen Sterben und Tod professionell und persönlich konfrontiert werden. Mit dem Ziel, mögliche Herausforderungen zu identifizieren, wurde eine qualitative Studie durchgeführt.

Methode: Es wurden leitfadengestützte Interviews mit sechs GD durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die InterviewpartnerInnen wurden über den Bundesverband der Gebärdensprachdolmetscher/innen Deutschlands e.V. rekrutiert und mittels Theoretical Sampling ausgewählt. Neben Fragen zum Übersetzungsprozess wurde auch nach Auswirkungen für sowohl die professionelle Rolle als auch auf den persönlichen Bereich gefragt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen die Vielschichtigkeit der professionellen, ethischen und persönlichen Anforderungen auf, die die GD vor, während und nach einem Arbeitsauftrag in einem palliativen Setting zu bewältigen haben. Neben strukturellen Herausforderungen, die den Übersetzungsprozess grundsätzlich erschweren, sind sowohl die Beziehungsgestaltung zu Patienten, ihren Angehörigen und zu den hörenden Gesundheitsfachpersonen sowie der Umgang mit der eigenen emotionalen Betroffenheit zentrale Herausforderungen. Auch berufsethische Konflikte können entstehen.

Schlussfolgerung: Die Arbeit in palliativen Kontexten stellt komplexe Anforderungen an die Arbeit, die Rolle und an die Person des GD. Die absolvierten Qualifizierungen bereiten oft zu wenig auf diese Herausforderungen vor; Strategien für den Umgang sind sehr individuell und Möglichkeiten zur Reflexion nur unzureichend gegeben. Spezifische Fortbildungen und Supervisionsangebote werden als wünschenswert eingeschätzt.

Existenzielle Verzweiflung von PalliativpatientInnen - Belastungen für Palliative Care Teams und Konsequenzen für die Betreuungsqualität (Ergebnisse der weltweit größten Umfrage bei Fachkräften spezialisierter Palliativeinrichtungen)

Gabl C.¹

¹*Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, Mobiles Palliativteam, Innsbruck, Austria*

Fragestellung: Die tiefe existenzielle Verzweiflung belastet PatientInnen mit einer todbringenden Erkrankung und deren Angehörige schwer. Primär fallen medikamentös kaum kontrollierbare körperliche oder psychische Symptome auf, sowie der Wunsch nach Beschleunigung des Sterbeprozesses.

Die betreuenden Teams nehmen einen hohen Handlungsdruck wahr. In der internationalen Literatur gibt es bisher keine umfassenden Untersuchungen dazu, wie die Betreuungsteams diese Situationen erleben und welche Konsequenzen sich für die Betreuungsqualität ergeben.

Methodik: Die Fachkräfte der spezialisierten österreichischen Palliativeinrichtungen wurden mittels eines Online-Fragebogens im April und Mai 2017 befragt. Erfasst wurden das Ausmaß und die Auslöser der Belastungen, sowie die daraus resultierende Auswirkung auf die Betreuungsqualität. Weiters wurde nach Strategien zur Entlastung und der Wunsch nach weiterführenden Unterstützungsmaßnahmen für die Teams gefragt.

Ergebnis: 340 Personen, knapp ein Fünftel aller Fachkräfte dieser Palliativeinrichtungen antworteten. Diese haben im Median 30,5 % (0 - 90 %) PatientInnen in tiefer existenzieller Verzweiflung wahrgenommen.

Als Anzeichen der Belastung der Betreuenden wurden u. a. die Reduktion der Kontakte zu diesen PatientInnen, Wünsche nach Verabreichung von Psychopharmaka oder Palliativer Sedierungstherapie genannt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass drei Viertel der Betreuungspersonen inadäquate Maßnahmen in Erwägung ziehen oder durchführen, was eine deutliche Verschlechterung der Betreuungsqualität bedeuten würde. Diese Effekte verstärken sich mit Zunahme des Grades der Belastung der Betreuungspersonen.

Schlussfolgerung: Existenziell leidende Menschen sind auf die persönliche Begleitung durch Mitmenschen angewiesen. Um in dieser Situation präsent bleiben zu können, bedarf es einer reflexiven Auseinandersetzung der professionellen BetreuerInnen mit den Themen Leid und Verzweiflung und diesbezüglicher Aus- und Fortbildungen.

PS 26 Symptome & Belastungen: Kinder - 07.09.2018 - 16:00-17:30 - Hanse Saal

„Schlafragebogen für Kinder mit Neurologischen und anderen Komplexen Erkrankungen“ (SNAKE): Identifikation von Cut-Off-Werten zur Steigerung der klinischen Anwendbarkeit in der pädiatrischen Palliativversorgung - vorläufige Ergebnisse

Dreier L.A.¹, Zernikow B.¹, Wager J.¹

¹Universität Witten/ Herdecke, Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Datteln, Germany

Hintergrund: Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen und psychomotorischer Beeinträchtigung leiden häufig unter Schlafproblemen. Der validierte „Schlafragebogen für Kinder mit Neurologischen und anderen Komplexen Erkrankungen (SNAKE)“ erfasst Schlafprobleme für die fünf Skalen Einschlafstörungen (E), Durchschlafstörungen (D), Arousal-Störungen(A), Tagesschläfrigkeit (T) und Verhaltensstörungen am Tag (V), basierend auf dem Elternurteil.

Ziele: Ziel ist es, Cut-Off-Werte für die SNAKE-Skalen zu definieren, um klinisch relevante Schlafprobleme identifizieren zu können.

Methode: Der SNAKE wird bei Aufnahme auf die Kinderpalliativstation ausgefüllt. Zudem schätzt ein Expertenteam das Vorliegen einer Schlafstörung ein (Goldstandard). Cut-off-Werte werden mittels einer ROC- Analyse definiert.

Vorläufige Ergebnisse: N=50 Kinder wurden in eine Zwischenauswertung einbezogen (w: n=30, m: n=20; Alter: M=11.1 Jahre). Die Experten schrieben n=25 Kindern Schlafprobleme zu. Auf den Skalen (D) (Mann-Whitney-U-Test, U= -2,02, p< .05) und (T) (Mann-Whitney-U-Test, U=-2,48, p< .05) erreichen Kinder mit Schlafproblemen signifikant höhere Skalenwerte, als Kinder ohne Schlafprobleme (Expertenurteil). Für beide Skalen können vorläufige Cut-Offs definiert werden (D: AUC = .68, p< .05; Sensitivität =.66, Spezifität =.60, Cut-off: 15,5; T: AUC =.80, p< .05; Sensitivität =.85, Spezifität =.72, Cut-off: 10,5). Für die restlichen drei Skalen bilden sich vorläufig keine eindeutigen Cut-Off-Werte ab.

Schlussfolgerung: Die Zwischenauswertung legt nahe, dass sich das Studiendesign eignet, um Cut-Off Werte festzulegen, die Kinder mit klinisch relevanten Schlafproblemen und Kinder ohne ebendiese zu differenzieren. Ein aussagekräftigeres Ergebnis wird mit größerem Stichprobenumfang nach Abschluss der Rekrutierung (09/2018) erwartet.

Das Projekt wird gefördert durch die Interne Forschungsförderung der Universität Witten/Herdecke.

PS 27 Interprofessionalität: weitere Berufsgruppen - 07.09.2018 - 16:00-17:30 - Kaisen Saal

Kunsttherapie in der Palliativmedizin. Ein forschungsbasierter Überblick

Gruber H.¹, Koch S.², Kortum R.³

¹Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Fachbereich Künstlerische Therapien und Therapiewissenschaft, Alfter, Germany, ²Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alfter, Germany, ³Kinderkrebsstiftung, Bonn, Germany

Kunsttherapie (Therapie mit bildnerischen Medien) wird in der Palliativversorgung seit über 30 Jahren angeboten und im Rahmen der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-982) neben anderen begleitenden Therapiemaßnahmen empfohlen. Entgegen der breiten praktischen Erfahrung ist ihre Wirkung bisher wenig wissenschaftlich untersucht. Auf Basis einer systematischen Datenbankrecherche wurden der aktuelle Forschungs- und Erfahrungsstand ermittelt. Unter insgesamt 82 internationalen Artikeln konnten fünf Studien gefunden werden, die an größeren Stichproben

durchgeführt worden waren, in denen sich positive Wirkungen von Kunsttherapie auf Depression, Traurigkeit, Ängste, Müdigkeit, Fatigue, Wohlbefinden, Krankheitsgefühl und Schmerz aufzeigen ließen. 70 Fallberichte, Beobachtungsstudien und theoretische Darstellungen geben darüber hinaus aufschlussreiche Hinweise zu den Besonderheiten und Potentialen der Kunsttherapie in diesem Anwendungsfeld. Der Beitrag fasst die Ergebnisse der Interventionsstudien zusammen, und gibt einen fokussierten Überblick über die praktischen Erfahrungen der Kunsttherapie auf der Basis der Literaturrecherche.

PS 28 Struktur & Integration: Integration von Palliative Care II - 07.09.2018 - 16:00-17:30 - Borgward Saal

Wo steht die Trauerversorgung in Deutschland? Eine versorgungsepidemiologische Erhebung Müller H.¹, Berthold D.^{2,3}, Krämer S.³, Gramm J.², Bongard S.⁴, Hauch H.³, Sibelius U.³

¹Trauerzentrum Frankfurt, Frankfurt, Germany, ²Institut für Palliativpsychologie, Frankfurt, Germany, ³Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen, Medizinische Klinik V, Internistische Onkologie und Palliativmedizin, Gießen, Germany, ⁴Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Psychologie, Frankfurt, Germany

Fragestellung: Zahlreiche Fachkräfte in Deutschland sind im Bereich der Trauerversorgung tätig. Eine systematische Untersuchung dieses Tätigkeitsfeldes liegt bislang nicht vor. Anlässlich der neu aufgelegten ICD-11, in der die Weltgesundheitsorganisation auch die Aufnahme einer „Anhaltenden Trauerstörung“ vorsieht, stellt sich die Frage, wie sich die Versorgung Trauernder bislang darstellt und welche Forderungen sich für deren weitere Entwicklung ableiten lassen.

Methodik: Bundesweit wurden alle Landespsychotherapeuten- und -ärztekammern, ausgewählte Hochschulambulanzen, ein psychologischer Fachverband, eine Stiftung zur Förderung der Klinischen Psychologie sowie 885 Trauerversorgungseinrichtungen um Unterstützung bei der Erhebung gebeten. 676 Personen nahmen an der anonymen Online-Erhebung teil. 410 Antworten konnten ausgewertet werden. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnis: Der Großteil der Trauerversorger übt die Tätigkeit in hauptberuflichem Rahmen aus (45,4 %). 32,7 % arbeiten ehrenamtlich, 11,7 % nebenberuflich. 61,0 % der Befragten absolvierten eine trauerspezifische Zusatzausbildung an insgesamt 71 verschiedenen Einrichtungen. Für die eigene Tätigkeit werden vor allem die Begriffe „Trauerbegleitung“ (80,2 %) und „Trauerberatung“ (53,2 %), diese aber oft auch synonym (47,8 %) verwendet. Die Trauerversorgung erfolgt überwiegend nach krankheitsbedingtem Verlust mit Leidenszeit (48,5 %), häufigster Anlass (45,5 %) ist der Verlust des Lebenspartners, häufigstes Setting das Einzelgespräch (48,9 %). Eine standardisierte Eingangsdagnostik erfolgt durch 8,3 %, eine Erfolgskontrolle durch 6,8 % der Trauerversorger.

Schlussfolgerung: Die Trauerversorgung in Deutschland stellt sich in Struktur, Qualifikation und Qualitätssicherung als äußerst heterogenes Feld dar. Dringliche Entwicklungsschritte sind die weitere systematische Erforschung und Professionalisierung dieses Tätigkeitsfeldes sowie die nachhaltige Vernetzung der Trauer- und Palliativversorgung.

PS 29 Gesellschaft & Politik: Gesundheitskompetenz und psychische Störungen - 07.09.2018 - 16:00-17:30 - Focke-Wulf Saal

Wie viel privaten Tod verträgt das Palliativteam? Mitgefühl, Selbstsorge und Professionalisierung wenn ein Teammitglied betroffen ist

Brinkmann T.¹, Gattermann J.²

¹Trauerberatung, Fortbildungen, Trainings und Vorträge zu Trauer am Arbeitsplatz, Palliative Care und Selbstsorge, Bremen, Germany, ²Klinikum Bremen-Mitte, IBF/ KEK, Bremen, Germany

Die viel beachtete Studie „Wie viel Tod verträgt das Team?“ (Müller et al. 2009; 2010; Pfister 2012) hat gezeigt, dass persönliche Lebenskrisen und die durch Patienten hervorgerufenen Erinnerungen an eigene Todesfälle erhebliche Belastungsfaktoren für Professionelle im Palliativbereich sind. Es existieren also Wechselwirkungen zwischen privaten Toden und beruflichem Handeln. In unserem Vortrag gehen wir in Dialogform der Fragestellung nach, wie Professionelle bislang mit dieser Wechselwirkung umgehen und was hilfreich ist, wenn private Tode eines Teammitglieds bewältigt werden müssen.

Auf der Basis eines eigenen Projekts (Brinkmann, Gattermann 2017), durch die Lehrtätigkeit in Palliative Care-Fort- und Weiterbildungen sowie durch Beratung und Supervision von Hospiz- und Palliativteams kommen wir zu folgenden Ergebnissen: Oft sind es persönliche Schlüsselerlebnisse, die Menschen motivieren, sich mit dem Thema Palliative Care auch beruflich zu befassen, und in der täglichen Konfrontation mit Sterben und Tod wird eine hohe Professionalität entwickelt. Wenn ein Teammitglied von einem privaten Tod betroffen ist, entsteht im Vergleich zu anderen Branchen ein höherer Anspruch, die Betroffenen zu unterstützen. Es gelingt allerdings selten, diesem Anspruch gerecht zu werden.

Unserer Erfahrung nach fehlt bislang vor allem:

- die introspektive und reflektierende Bearbeitung des Rollenkonflikts
- die selbstbestimmte Selbstsorge von Teammitgliedern, die von privaten Toden betroffen sind (z. B. wie lange setzen sie die Tätigkeit im Palliativbereich aus, welche Patientengruppe versorgen sie nicht)
- die Entwicklung eines realistischen Anspruchs, den Spagat zwischen Mitgefühl/Rücksichtnahme und Professionalität/Normalität auszubalancieren

Wenn diese Aspekte berücksichtigt werden, führt das zu einer weiteren Professionalisierung von Palliativteams und die Belastungen der Einzelnen wie des Teams verringern sich.

PS 30 Forschung - 07.09.2018 - 16:00-17:30 - Lloyd

Die virtuelle Palliativpatientin - Entwicklung eines elektronischen Tools zur Prüfung von Wissen, Fertigkeiten und Haltung im Medizinstudium

Scherg A.¹, Oechsle K.², Coym A.², Ilse B.³, Annweiler B.⁴, Alt-Epping B.⁵, Neukirchen M.¹, Seibel J.⁶, Lemos M.⁷, Stummer T.⁷, Elsner F.⁸, für die AG Bildung der DGP

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Germany,

²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2. Medizinische Klinik Zentrum für Onkologie, Hamburg,

Germany, ³Universitätsklinikum Jena, Hans-Berger-Klinik für Neurologie, Jena, Germany, ⁴Helios

Kliniken Schwerin, Zentrum für Palliativmedizin, Schwerin, Germany, ⁵Universitätsmedizin Göttingen,

Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany, ⁶Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für

Transfusionsmedizin, Hamburg, Germany, ⁷RWTH Aachen, Audiovisuelles Medienzentrum der

Medizinischen Fakultät, Aachen, Germany, ⁸Universitätsklinikum RWTH Aachen, Klinik für

Palliativmedizin, Aachen, Germany

Hintergrund: Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Ausbildung hat den Anspruch, qualitativ hochwertige Lehre auf den Ebenen Wissen, Fertigkeiten und Haltung anzubieten. Aufgrund knapper Personal- und Zeitressourcen und des vulnerablen Patientenkollektivs finden Prüfungen primär im MC-Format statt und zielen dadurch nahezu ausschließlich auf Prüfung von Wissen ab.

Methoden: Dem Verlauf einer virtuellen Fallvignette folgend wurden in unserer multiprofessionellen Arbeitsgruppe Prüfungsaufgaben entsprechend der von der DGP empfohlenen Themenverteilung entwickelt, die Lernziele zu Wissen, Fertigkeiten und Haltung abbilden. Eine Pilotierung mit 83 Teilnehmern fand mit Medizinstudierenden in Aachen, Düsseldorf, Göttingen und Hamburg statt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden im Mittel 76% der Punkte erreicht, wie folgt verteilt auf die einzelnen Prüfungsbereiche: MC-Fragen 74% (= MW 31,8 Punkte/42), interaktive Gesprächssequenz 96% (= MW 26,8 Punkte/28), Medikamentenplan erstellen 75% (= MW 7,47 Punkte/10) und Reflexionsbericht 51% (= MW 10,17 Punkte/20). Die Evaluation zeigt insgesamt eine sehr positive Wahrnehmung: 87%

der Teilnehmer halten das Tool für geeignet zur Prüfung affektiver Lernziele, 80% wünschen sich ein solches Format auch für andere Fächer. Erste Auswertungen zeigen, dass die Studierenden insgesamt schlechter abgeschnitten haben, als in der Regelklausur.

Diskussion: Die Teilnehmer beschreiben das Gefühl „aus eigener Kompetenz heraus Situationen zu bewältigen“. Kritisiert wird die Aufgabenstellung zur Reflexion. Die Ergebnisse der Reflexionsaufgabe zum Umgang mit dem Todeswunsch der Patientin spiegeln Schwierigkeiten bei der Bearbeitung wider. Es stellt sich die Frage ob dies durch die Aufgabenstellung begründet ist, oder auf die unzureichende Erfahrung mit Selbstreflexion während des Medizinstudiums zurückzuführen ist. Diese Ergebnisse sollten in der Planung zukünftiger palliativmedizinischer Lehre Berücksichtigung finden.

Evaluation der Palliativmedizinischen Versorgung eine Palliativdienstes mit dem Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS)

Spickermann M.¹, Lenz P.¹

¹Universitätsklinikum Münster, Stabsstelle Palliativmedizin, Münster, Germany

Einführung: Die Frage nach einer palliativmedizinischen Versorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Um die Akzeptanz und frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin zu steigern ist eine systematische Beurteilung der palliativmedizinischen Versorgungsqualität wünschenswert. Ziel dieser Studie ist es, die Versorgungsqualität eines Palliativdienstes (PKD) im Krankenhaus zu evaluieren.

Patienten und Methoden: In einer prospektiven Kohortenstudie wird die palliativmedizinische Versorgung im Rahmen eines Palliativdienstes evaluiert. Am Tag 0 und Tag 7 werden neben den Patientencharakteristika, der Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS), die Lebensqualität (EQ-5D-5L) und das NCCN Distress Thermometer erhoben.

Ergebnisse: Bisher wurden 32 Patienten in die Studie eingeschlossen. 97 % der Patienten litt an einer Krebserkrankung, bei 33 % waren Fernmetastasen bereits gesichert. Das mittlere Alter betrug 67 ± 13 Jahre, bei equivalenter Verteilung des Geschlechts. Der mittlere Karnowsky-Index betrug 50%. Bei 29/31 Patienten erfolgte zum Zeitpunkt der Erstkonsultation eine tumor-spezifische Therapie. Bezogen auf den IPOS zeigten die Patienten bei Einschluss zur folgendem Anteil eine mäßige bis extrem starke Ausprägung der Symptomlast: Schmerz (66 %), Atemnot (31 %), Schwäche (88 %), Übelkeit (22 %), Erbrechen (13 %), Appetitlosigkeit (44 %), Obstipation (25 %), Mundtrockenheit (31 %), Schläfrigkeit (38%), eingeschränkte Mobilität (69%), Sorgen/Angst (91 %). Vor allem die Weiterversorgung war in vielen Fällen noch ungeklärt (75 %). Die mittlere Lebensqualität war niedrig mit 43 ± 20 von 100 Punkten.

Zusammenfassung: Der IPOS ermöglicht eine guten Überblick über die Symptomlast des Patienten. Bei kurzen Verweildauern in einem Akutkrankenhaus ist eine Überprüfung des palliativmedizinischen Behandlungserfolges in einem Zeitraum von sieben Tagen schwierig. In wieweit die Behandlungsqualität des PKD evaluiert werden kann wird sich im Verlauf dieser Studie zeigen.

SOPs für strukturierte Notrufabfragen bei Krisen in der SAPV

Helbig B.¹, Janisch M.¹, Schuler U.¹, Heller S.C.¹

¹Universitätsklinikum Dresden, PalliativCentrum, Dresden, Germany

Die 24-h Bereitschaft für Krisensituationen ist ein wichtiger Teil der SAPV-Betreuung. Dabei ist die Spannweite von Krisen weit und reicht von akuten Blutungen, Atemnot und Schmerzen über Übelkeit und Obstipation bis hin zu Unruhe, Schwäche und Ängsten von Patienten und Angehörigen. Telefonische Erstansprechpartner für Notfall- bzw. Krisenmeldungen sind meist pflegerische

Mitarbeiter. Diese müssen in Telefonaten Tag und Nacht Symptome erfassen, kategorisieren und gewichten sowie danach entscheiden und handeln. Analog zu den mittlerweile in Leitstellen etablierten „standardisierten Notrufabfragen“ könnten SOPs für Krisen bei SAPV Patienten helfen mittels wichtiger Schlüsselfragen die richtigen Entscheidungen für weitere Ressourcenzuordnungen bzw. Interventionen zu treffen.

Fragestellung: Sind standardisierte Abfragesysteme für die Disposition von Kriseneinsätzen in der SAPV möglich?

Methode: Im Rahmen biprofessioneller Workshops wurden typische Krisen in der SAPV identifiziert und adaptierte Handlungsmuster beispielhaft abgeleitet.

Ergebnisse: Entschieden wird hinsichtlich der zeitlichen Dimension: Hausbesuch erfolgt „a“ unverzüglich, „b“ dringlich (innerhalb von 2 Stunden) oder „c“ mit relativer Dringlichkeit (innerhalb von 6 Stunden), sowie bezüglich des notwendigen Ressourcen-Einsatzes: (A) Hausbesuch Pflege, (B) Hausbesuch Arzt und Pflege. Zudem darf (C) primär der notwendige Einsatz des Rettungsdienstes in besonderen Fällen nicht ausgeschlossen werden. Es wurden für einzelne Symptome (Schmerzen, Luftnot und Blutung) standardisierte Abfrageabläufe entwickelt um Abfragen zu objektivieren und mehr Sicherheit für die notwendig folgenden Entscheidungen zu erhalten.

Schlussfolgerung: Standardisierte Abfragen in Krisensituationen bieten mehr Handlungssicherheit und damit Entlastung und erleichtern überdies die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Eine Standardisierung könnte die Qualität der Entscheidungen für weitere Handlungsabläufe deutlich verbessern.

Training und Einsatz von Schauspiel-Patienten zur Vermittlung komplexer Gesprächskompetenzen für Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein Erfahrungsbericht

Götze K.¹, Otten S.², in der Schmitt J.¹

¹Heinrich-Heine-Universität, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf, Germany, ²Heinrich-Heine-Universität, CoMeD, Studiendekanat, Düsseldorf, Germany

Hintergrund: Für die verantwortungsvolle Aufgabe der Gesprächsbegleitung für Behandlung im Voraus planen (BVP) werden spezifische Gesprächskompetenzen benötigt, für deren effiziente Vermittlung ein schauspiel-patient- (SP-) gestütztes Training naheliegt.

Fragestellung: Welches Training und welche darüber hinausgehende Unterstützung brauchen Schauspiel-Patienten (SP), um für die Qualifizierung künftiger BVP-Gesprächsbegleiter (-GB) eingesetzt werden zu können?

Vorgehen: BVP-Experten erarbeiteten 10 SP-Skripte, anhand derer 47 SP an 5 BVP-Schulungszentren trainiert wurden. Die Skripte wurden mit Hilfe der SP und SP-Trainer überarbeitet. Die SP wurden seither in über 20 GB-Trainings á 4 UE eingesetzt. Nach den Trainings und Einsätzen fanden Evaluationsgespräche statt.

Ergebnisse: Rollenskripte von rund 10 Tsd. Wörtern Länge geben den Rollen eine Komplexität und Tiefe, die für angehende GB wirklichkeitsgetreue Herausforderungen bedeuten. Zudem ermöglicht die Ausführlichkeit den SP, die 10 verschiedenen Rollen des BVP-GB-Workshops standardisiert zu erlernen und zu spielen, ohne sich zu sehr auf eigene Erlebnisse und Gefühle stützen zu müssen, was verletzbar machen würde. Die Rollen werden nach dem Eigenstudium im SP-Training gemeinsam erarbeitet und mit Hilfe eines BVP-Experten als GB in der Gruppe eingeübt. Dabei bedarf es Mut, Offenheit und seelische Resistenz auf Seiten der SP, da es einige Tabus, insbesondere die eigene Sterblichkeit berührt. Aufgrund dieses Aspekts ist eine sorgfältige Begleitung der SP durch die SP- und BVP-Trainer erforderlich.

Schlussfolgerung: Das Training von SP für komplexe BVP-Gespräche, welche tabuisierte Themen berühren, bedarf einer besonderen Qualifikation, Sorgfalt und Unterstützung der SP, im Training wie im Einsatz. Vergleichende wissenschaftliche Untersuchungen zum SP-Einsatz für die Qualifikation zum BVP-GB sind methodisch eine Herausforderung und bisher nicht vorhanden.

PS 32 Interprofessionalität: Physio- und Logo/Ergo - 08.09.2018 - 10:30-12:00 - Kaisen Saal

Handlungsempfehlung für logopädisches Arbeiten im Bereich Palliative Care - Ergebnisse aus Fokusgruppen

Tillmann R.¹

¹Christophorus-Kliniken GmbH, Logopädie, Dülmen, Germany

Fragestellung: Die Studie, die zur Erlangung des Mastertitels durchgeführt wurde, diente der Beantwortung folgender Forschungsfrage: Zu welchen Themenbereichen lassen sich welche Handlungsempfehlungen für logopädisches Arbeiten im Bereich Palliative Care (PC) aus einer interdisziplinären ExpertInnenrunde zwischen LogopädInnen, PalliativmedizinerInnen und -pflegekräften ableiten?

Die Beantwortung dieser Fragestellung ist von Interesse, da für die Logopädie, die zunehmend häufiger im palliativen Kontext Leistungen erbringt, keine Leitlinien oder Basiscurricula zur Qualifizierung der Berufsgruppe existieren.

Methodik: Qualitatives Studiendesign; zwei moderierte Fokusgruppen mit LogopädInnen, PalliativmedizinerInnen sowie -koordinatorInnen systematische Datenauswertung und -analyse nach Kuckartz; formale Konsensusfindung in Anlehnung an den Nominalen Gruppenprozess; abschließende Validierung der Ergebnisse.

Ergebnis: Aus den ExpertInnenaussagen konnten umfangreiche handlungsleitende Empfehlungen und Statements zu den Themenbereichen *PC Kompetenzen, Einsatzort, Krankheits- und Störungsbilder, Logopädisches Tätigkeitsfeld in PC, Therapieziele, Netzwerke und Basisfortbildung PC* generiert und mit starkem Konsens verabschiedet werden.

Die Interdisziplinarität stellt den zentralen, themenübergreifenden Aspekt dar. Möglichkeiten und Chancen der, laut ExpertInnen, noch ausbaufähigen Interaktion wurden herausgearbeitet und als Schlüssel zur Optimierung palliativer Versorgungsprozesse deklariert.

Schlussfolgerung: Die erstmals interdisziplinäre Betrachtung des Themas ermöglichte die Erweiterung der bisher in der Literatur beschriebenen logopädischen Fachkompetenzen und Fertigkeiten um wichtige palliative Inhalte. Die generierten Handlungsempfehlungen können LogopädInnen bei Leistungserbringung und interdisziplinärem Austausch als Orientierung für ihr therapeutisches Handeln dienen und beleuchten Rolle und Funktion der Disziplin im PC Team.

Schlagworte: Logopädie, Palliative Care

PS 33 Struktur & Integration - 08.09.2018 - 10:30-12:00 - Borgward Saal

Welches Vergütungssystem ist passend für Palliativstationen in Deutschland? Eine qualitative Interviewstudie zu Erfahrungen und Beurteilungen von Klinikern und Finanzierungs-Experten

Schildmann E.¹, Hodiament F.¹, Leidl R.^{2,3}, Maier B.O.⁴, Bausewein C.¹

¹Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Germany, ²Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, München, Germany, ³Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, München, Germany, ⁴St. Josephs-Hospital Wiesbaden, Klinik für Palliativmedizin und Onkologie, Wiesbaden, Germany

Hintergrund: International existieren verschiedene Vergütungssysteme für Palliativversorgung (PV). In Deutschland können Palliativstationen zwischen Diagnosis related groups (DRGs) und Tagessätzen wählen. Beide Systeme werden kontrovers diskutiert.

Ziel: Untersuchung der Erfahrungen und Beurteilungen deutscher Palliativstations-Ärzte und -

Pflegender sowie Finanzierungsexperten zu DRGs und Tagessätzen als Vergütungssysteme, mit Fokus auf 1. Kostendeckung, 2. Stärken und Schwächen beider Systeme und 3. Weiterentwicklungsoptionen des Finanzierungssystems.

Methoden: Qualitative semistrukturierte Experteninterviews mit Ärzten und Pflegenden sowie Experten für Finanzierung von Palliativstationen. Audioaufnahmen der Interviews wurden transkribiert und nach der Framework Methode in NVivo analysiert.

Ergebnisse: 23 Experteninterviews (10 Kliniker, 13 Finanzierungsexperten) von 6 - 10/2015. Die Befragten hatten unterschiedliche Erfahrungen mit den beiden Vergütungssystemen bezüglich Kostendeckung. Eine beschriebene Stärke der Tagessätze war die empfundene Möglichkeit einer individuellen Versorgung ohne direkten ökonomischen Druck. Die Deutschland-weit uneinheitlichen Tagessätze sowie der Mangel an Qualitätsstandards wurden als Schwächen genannt. Am DRG-System wurden Fehlanreize und inadäquate Abbildbarkeit PV-spezifischer Leistungen kritisiert. Hingegen wurden die Qualitätsstandards, die im deutschen DRG-System für die PV-Zusatzentgelte gefordert sind, als wichtige Stärke beschrieben. Verbesserungsvorschläge für das Vergütungssystem umfassten die Kombination von Tagessätzen mit einer Abstufung nach Schweregrad/Komplexität der Versorgungssituation.

Fazit: Laut Meinung der Experten sind weder das aktuelle DRG-System noch Tagessätze ideal für die Vergütung von Palliativstationen. Vorgeschlagene Verbesserungen bezüglich adäquater Finanzierung von Palliativstationen ähneln und ergänzen internationale Entwicklungen.

Durch private Stiftung finanziertes unabhängiges Forschungsprojekt

PS 35 Forschung - 08.09.2018 - 10:30-12:00 - Lloyd

Definitionen der »palliativen Sedierung« in Leitlinien. Ergebnisse einer logischen Begriffsanalyse

Kremling A.¹, Schildmann J.¹

¹Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle (Salle), Germany

Hintergrund: Sedierung ist eine verbreitete und gleichzeitig heterogene Praxis in der Palliativmedizin. Unterschiedlichen Definitionen dieser Praxis bergen Schwierigkeiten bei der Bestimmung einer guten klinischen Praxis sowie für empirische Untersuchungen der Praxis. Gegenstand dieser Arbeit ist eine systematisch vergleichende Analyse der verwendeten Definitionen für die Sedierung in der Palliativmedizin.

Methoden: Ausgehend von zwei systematischen Übersichtsarbeiten (Arbarshi et al. 2017; Schildmann und Schildmann 2014) wurden Definitionen aus 18 Leitlinien zur Sedierung in der Palliativmedizin ausgewertet. Im Rahmen einer logischen Begriffsanalyse wurden die enthaltenen Definitionen vereinheitlicht, reformuliert und die verwendeten definitorischen Ausdrücke unter Berücksichtigung von „Ergebnis“, „Folge“, „Mittel“, „Objekt“ bzw. „Kontext“ sowie „ethischer Bewertung“ der Handlung kategorisiert.

Ergebnisse: Alle Definitionen geben einen eingeschränkten Bewusstseinszustand als „Ergebnis“ der Maßnahme bzw. „Folge“ von Medikation an. Unterschiede der Definitionen bestehen insbesondere in Bezug auf die Bestimmung des „Handlungsobjekts“ (z.B. „Patienten in der letzten Lebensphase“/„sterbende Patienten“), der Nennung einer „Handlungsfolge“ bzw. eines „Zwecks“ (z.B. Beseitigen anders nicht behandelbaren Leidens/unerträglicher Symptome) sowie bei der Aufnahme einer „ethischen Bewertung“ als Teil der Definition.

Schlussfolgerungen: Die Analyse zeigt, dass die Heterogenität der Definitionen wesentlich durch Unterschiede bei der Berücksichtigung von Folgen, Mitteln, Objekt und ethischer Bewertung der Sedierung begründet ist. Auf dem Weg zu einer Definition, die bestehende begriffliche Probleme löst, sollte auf der Basis von Überlegungen zum Zweck von Definitionen die Angabe wichtiger Eigenschaften und Praxisregeln von der reinen Sprachregelung unterschieden werden.

Referenzen:

Schildmann und Schildmann J Pall Med 2014: 601-11
Arbashi et al. BMJ Support Palliat Care 2017:223-29

Umgang mit Todeswünschen von Palliativpatient*innen: Entwicklung einer Intervention zur proaktiven Thematisierung und Kompetenzstärkung von Versorgenden

Kremeike K.¹, Frerich G.¹, Romotzky V.¹, Galushko M.¹, Strupp J.¹, Voltz R.¹

¹Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln, Köln, Germany

Hintergrund: Obwohl Mitarbeitende in der Palliativversorgung regelmäßig mit Todeswünschen von Patient*innen konfrontiert werden, herrscht zum Teil große Unsicherheit beim Umgang mit diesen. Daher wurde ein Schulungskonzept zum Umgang mit Todeswünschen entwickelt, pilotiert und evaluiert. Ein im Rahmen der Schulungskonzeption entworfener semi-strukturierter Gesprächsleitfaden soll Versorgenden mehr Sicherheit im Umgang mit möglichen Todeswünschen geben. Dieser Leitfaden, mit dem routinemäßig die Themen Sterben und Tod sowie damit verbundene Sorgen und Nöte angesprochen und eventuell vorhandene Todeswünsche proaktiv erhoben werden können, soll nun weiterentwickelt und sein Einsatz evaluiert werden.

Methode:

- Weiterentwickeln und Konsentieren des Gesprächsleitfadens mittels Patient*innen- Interviews sowie eines Delphi-Verfahrens mit Expert*innen, Angehörigen und Patientenvertreter*innen
- Stärken der Kompetenz und Selbstsicherheit von Versorgenden durch Schulungen
- Qualitative und quantitative Evaluation von Gesprächen unter Einsatz des entwickelten Leitfadens mit Patient*innen, Angehörigen und Versorgenden

Ergebnisse: Entwicklung eines Leitfadens zum proaktiven An- und Besprechen möglicher Todeswünsche von Patient*innen, der ermöglicht

- die Sicherheit von Versorgenden im Umgang mit Todeswünschen zu stärken,
- Faktoren zu identifizieren, die bei Patient*innen einen Todeswunsch begünstigen können und
- mögliche Therapieoptionen für einen geäußerten Todeswunsch zu ermitteln.

Diskussion: Die Intervention kann einen Rahmen für offene Diskussionen bieten und eine Basis für die Verbesserung einer vertrauensvollen Versorgenden-Patient*innen-Beziehung, in der schwierige Themen angesprochen werden können. Der Gesprächsleitfaden lässt sich flexibel in andere Ausbildungsprogramme integrieren. Positive und negative Auswirkungen für Patient*innen, Angehörige und Versorgende durch das An- und Besprechen von Todeswünschen werden evaluiert.

Einstellungen zu ärztlich assistiertem Suizid bei Studierenden der Medizin und der Rechtswissenschaft

Keller A.¹, Jansky M.¹, Nauck F.¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Germany

Hintergrund: Ende 2015 wurde in Deutschland geschäftsmäßige Suizidbeihilfe verboten (§217 StGB). Dies führte zu einer Verunsicherung von Gesundheitsversorgern. Ziel der Studie war, die Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid (ÄAS) bei Studierenden der Medizin und Jura zu untersuchen.

Methodik: Medizin- und Jurastudenten wurden online über die rechtliche Bewertung eines Fallbeispiels, Einstellungen zu Sterbewünschen und zur aktuellen rechtlichen Situation (basierend auf

der Mitgliederbefragung der DGP) befragt. Die Datenauswertung erfolgt statistisch deskriptiv.

Ergebnisse: 259 ausgefüllte Bögen gingen ein, davon 172 Medizin- (106 weiblich), 87 Jurastudenten (55 weiblich). Die Verschreibung eines tödlichen Medikaments für eine sterbenskranke Patientin durch den Hausarzt sollte im Fallbeispiel ohne und mit Einblendung des §217 StGB auf einer fünfstufigen Skala hinsichtlich der Strafbarkeit eingeschätzt werden. Ohne §217 StGB waren 48,8% der Medizin- und 58,6% der Jurastudenten der Meinung, dass die Handlung auf keinen Fall/eher nicht strafbar wäre. Mit §217 StGB sank dieser Anteil (Medizin: 32,5%; Jura: 34,4%). 48,6% der Medizin- und 48,0% der Jurastudenten stimmen dem Gesetz in der aktuellen Form zu (n=219). Von den nicht zustimmenden (n=113), befürworteten 92 legale Sterbehilfevereine. 5,8% der Mediziner lehnten ÄAS grundsätzlich ab, 75,2% könnten sich eine persönliche Beteiligung unter Umständen vorstellen. 14% würden sich nicht persönlich beteiligen, können sich aber Situationen vorstellen, in denen ÄAS vertretbar wäre. 70,4% der Medizinstudenten stimmten dem Verbot des ÄAS in der Musterberufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer „eher“ oder „überhaupt nicht“, 12,2% stimmten „voll“ oder „eher zu“.

Schlussfolgerung: Im Vergleich zu Palliativversorgern haben die Medizin- und Jurastudenten eine liberale Einstellung zum ÄAS. Weniger als die Hälfte befürwortet §217 StGB. Auch das Verbot in der MBO wird durch die Studierenden kritisch gesehen.

Der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf das Ausmaß von Demoralisierung

Thyson T.¹, Schmitz A.², Neukirchen M.¹, Schwartz J.¹, Schallenburger M.¹, Scherg A.¹, Schulz-Quach C.^{3,4,5}

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Germany, ²Rheinische Kliniken Viersen, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Viersen, Germany, ³King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Department of Psychological Medicine, London, United Kingdom, ⁴South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, ⁵St. Christopher's Hospice, London, United Kingdom

Hintergrund: Bisherige Forschungsarbeiten haben interindividuelle Unterschiede in Bezug auf existenziellen Distress am Lebensende weitgehend unberücksichtigt gelassen. Chochinov et al. (2006) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Leiden am Lebensende zeigen. Die vorliegende Studie hat den Einfluss zweier Persönlichkeitsfaktoren des Fünf-Faktoren Modells der Persönlichkeit, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit*, auf das Ausmaß von Demoralisierung bei Patienten im palliativen Setting untersucht.

Methode: Die Persönlichkeitseigenschaften wurden mittels der deutschen Version des NEO-FFI erhoben (Borkenau & Ostendorf, 2008). Der Grad der Demoralisierung wurde mittels der deutschen Demoralisationsskala (Mehnert et al., 2011) erfasst. Letztere erfasst fünf Dimensionen von Demoralisierung: Verlust an Lebenssinn, Dysphorie, Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und Gefühl von Versagen.

Ergebnisse: An der Studie nahmen 45 Patienten mit einer Lebenserwartung von maximal wenigen Monaten teil. Verträglichkeit und Demoralisierung korrelierten signifikant mit $r(43) = -.45, p = .002$. Verträglichkeit konnte als Prädiktor für Demoralisierung identifiziert werden, $b = -1.377, t(43) = -3.296, p = .002$. Verträglichkeit erklärte einen signifikanten Anteil der Varianz von Demoralisierung, $R^2 = .202, F(1,43) = 10.86, p = .002$.

Die Interaktion zwischen Gewissenhaftigkeit und Demoralisierung ergab kein signifikantes Ergebnis, $r(43) = -.23, p = .12$.

Diskussion: Die Erkenntnisse unterstützen vorherige Forschung, die Interaktionen zwischen Persönlichkeit und existenziellem Distress am Lebensende untersuchten.

Die Bestimmung von Persönlichkeitseigenschaften zu Beginn einer lebensverkürzenden Erkrankung kann hoch vulnerable Patientengruppen identifizieren und zur Entwicklung patientenzentrierter therapeutischer Interventionen beitragen. Dies könnte existenzielles Leid am Lebensende lindern und die Lebensqualität von Schwerstkranken und Sterbenden verbessern.

Literatur: Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S., & Harlos, M. (2006). Personality, neuroticism, and coping towards the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32, 332-341.

Borkenau, P., & Ostendorf, F. (2008). *NEO-FFI: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.

Mehnert, A., Vehling, S., Höcker, A., Lehmann, C., & Koch, U. (2011). Demoralization and depression in patients with advanced cancer: Validation of the German version of the demoralization scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42, 768-776.