

Vorträge

Parallelsitzung 2 Integration - Herausforderung & Chance: Palliativversorgung bei geriatrischen Patienten - 08.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 1 (Ebene 1)

Bedürfnisorientierte Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase - Studiendesign zur Implementierung einer Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis der Altenhilfe

Schmidt H.¹, Eisenmann Y.¹, Voltz R.¹, Perrar K.M.¹

¹Zentrum für Palliativmedizin / Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende werden häufig nur unzureichend versorgt. Ihre eingeschränkten verbalen Kommunikationsmöglichkeiten führen zu einem erschwerten Zugang zu ihrer Bedürfniswelt und zur Notwendigkeit einer sensiblen Begleitung. Davon ausgehend wurde eine Arbeitshilfe für die stationäre Altenhilfe entwickelt. Diese soll Pflegenden zum einen dabei unterstützen, die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase zu erkennen. Zum anderen bietet sie Anregungen dazu, wie den Bedürfnissen begegnet werden kann.

Zielsetzung: Ziel der Studie ist die Implementierung der Arbeitshilfe in die Versorgungspraxis der ambulanten und stationären Altenhilfe und die Erfassung der Wirkung auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase.

Methode: Das quasi-experimentelle Studiendesign beinhaltet eine Pilotphase, in der zunächst eine Anpassung der Arbeitshilfe an die konkreten Anforderungen der Pflegenden erfolgt. Hierzu werden Gruppendiskussionen durchgeführt, auf deren Grundlage ein Einführungskonzept (z.B. Schulung oder Informationsveranstaltung) für die nachfolgende Implementierungsphase erarbeitet wird. Im Anschluss wenden Pflegenden aus jeweils zehn Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe die Arbeitshilfe für zwölf Wochen im Versorgungsalltag an. Zur Abbildung möglicher Wirkungseffekte auf deren Arbeitssituation sowie auf die Lebensqualität der Menschen mit schwerer Demenz werden vor und nach Implementierung der Arbeitshilfe schriftliche Befragungen durchgeführt (Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Design).

Diskussion: Basierend auf der Hypothese, dass die Einführung der Arbeitshilfe sich positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen und die Arbeitssituation der Pflegenden auswirkt, leistet die Studie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase.

Parallelsitzung 1 Integration - Herausforderung & Chance: Palliativversorgung bei hämatologischen Patienten - 08.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 2 (Ebene 1)

Leitliniengestützte Interventionsstudie zur Verbesserung von Entscheidungen zur Therapiebegrenzung (EPAL-Studie)

Jaeger E.¹, Mehlis K.², Mumm F.¹, Laryionava K.², Hiddemann W.¹, Winkler E.C.², Heußner P.¹

¹Klinikum der Universität München, Medizinische Klinik und Poliklinik III, München, Deutschland,

²Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Onkologie, Heidelberg, Deutschland

Fragestellung: Entscheidungen zur Therapiebegrenzung bei Patienten mit infauster Prognose sind häufig mit klinischen, ethischen und psychologischen Konflikten verbunden und stellen somit eine Herausforderung für Patienten, Angehörige und das medizinische Team dar. Ziel der EPAL-Studie ist es, eine Leitlinie zur Therapiebegrenzung in einer Klinik für Hämatologie/Internistische Onkologie zu entwickeln und deren Auswirkungen auf die medizinische Praxis, Einbindung von Patienten in Therapieentscheidungen und Belastungen für Patienten und Professionelle (siehe Abstract Mehlis et al., 2016) in einem Vorher-Nachher-Design zu untersuchen.

Methodik: Die Leitlinie wurde von 05/14-07/15 entwickelt. Mandatsträger aller Berufsgruppen der Med. Klinik III am Klinikum der Universität München waren in den Entwicklungsprozess der Leitlinie involviert. In 5 Konsensuskonferenzen mit allen Mandatsträgern wurde die Leitlinie diskutiert und von

externen Experten anschließend kommentiert. Abschließend wurde die Leitlinie in einer finalen Konsensuskonferenz verabschiedet.

Ergebnis: Die Leitlinie umfasst 20 Handlungsempfehlungen und 3 Statements sowie Definitionen und relevante rechtliche Aspekte in Bezug auf Therapiebegrenzungsentscheidungen, Kommunikationsstrategien, Dokumentation, ethische Konflikte und den Umgang mit Angehörigen. Die Leitlinie wurde als klinikinterne Handlungsanweisung in das Qualitätsmanagementsystem aufgenommen.

Schlussfolgerung: Der Fokus der Leitlinie besteht in der Strukturierung des Entscheidungsprozesses zur Therapiebegrenzung. Bereits während der Entstehung der Leitlinie konnte eine zunehmende Sensibilisierung und Zunahme der Handlungskompetenz bei den Mitarbeitern der Klinik beobachtet werden. Seit Januar 2016 wird die Nachher-Untersuchung durchgeführt mit dem Ziel, den praktischen Nutzen der Leitlinie im Klinikalltag zu evaluieren. Erste Ergebnisse der Nachher-Untersuchung werden auf dem Kongress vorgestellt.

Integration von Palliative Care auf hämatologischen Stationen -Best practice Modell einer Universitätsklinik -

Preisler M.¹, Ahn J.¹, Erdmann-Schneider P.¹, Schleusener A.¹, Özöncel O.¹, Sandner J.¹, Baldus C.¹, Janz M.¹, Mathas S.¹, Pezzutto A.¹, Letsch A.¹

¹Charité, Campus Benjamin Franklin, Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Berlin, Deutschland

Fragestellung: Hämatologische Neoplasien sind Erkrankungen mit heterogenen Symptomen, Verläufen, Prognosen und Therapien. Die lange Beibehaltung kurativer Therapieziele erschwert oft die frühzeitige Integration von Palliative Care (PC)- Aspekten.

Methodik: Eine selektive Literatur-, Ressourcen- und Strukturanalyse führte zur Erweiterung der wöchentlichen, multiprofessionellen Patientenbesprechungen (MPB) auf allen Stationen der Klinik für Hämatologie/ Onkologie. Teilnehmende Professionen: Pflegekräfte, Stationsärzte, Sozialdienst, Psychoonkologie, Physiotherapie, Patientenmanager, und neu zusätzlich Palliativmediziner, Seelsorge und b.B. Ernährungsberater, Wund-/Stomapflege, ambulanter Hospizdienst und Ehrenamtliche.

Ergebnis: Es erfolgte ein stufenweiser Aufbau mit Einführung der Palliativ-Komplexbehandlung (PKB) nach OPS 8-982. Alle Patienten werden bzgl. ihrer multidimensionalen Bedürfnisse und der Indikation für PKB besprochen. Die Anwesenheit aller Berufsgruppen ermöglicht die multidimensionale Diskussion der Situation von Patienten und Angehörigen und ganzheitliche Behandlungskonzepte. Patienten mit fortgeschrittenem Krankheitsstadium und hohem PC-Bedarf, werden für die PKB identifiziert, gleichzeitig bietet sich eine Erweiterung der Perspektive auf die Symptom-Belastung von Patienten und Angehörigen mit nicht fortgeschrittener bzw. infauster Erkrankung. Einzelne Situationen ermöglichen Kurzinputs zu palliativen Gedanken, Kommunikationshilfen und neusten Studiendaten. Durch Workshops für die PKB- Verantwortlichen der Stationen, klinikinterne Fortbildungen für alle Mitarbeiter, Aufbau einer AG Supportive/ Palliative Care mit Qualitätszirkel sollen die bisherigen Maßnahmen erweitert und die Versorgungsqualität verbessert werden.

Schlussfolgerung: Die integrierte Palliativversorgung in der Hämatologie erfordert viel Engagement, Fort- und Weiterbildung und einen Strukturwandel, der ein Umdenken und Diskussionen innerhalb der Kliniken und der Gesellschaft anstößt.

Parallelsitzung 4 Gesellschaft: Palliativversorgung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung - 08.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 3 (Ebene 1)

Betreuung von schwerstkranken Menschen mit Behinderung - Implementierung von Palliative Care in einer Wohngruppe von Menschen mit Behinderung

Jütte R.¹, Marx G.¹, Jansky M.¹, Radnai B.¹, Nauck F.¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

Fragestellung: Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit schwerer geistiger oder körperlicher Behinderung gleicht sich in den letzten Jahrzehnten der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an. Dies liegt an der besseren medizinischen Versorgung und daran, dass dies die erste Generation ist, die nach der „ethnischen Säuberung“ des nationalsozialistischen Regimes geboren ist und alt wird. Ziel war die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Curriculums zur Schulung palliativer Versorgung von Menschen mit Behinderung in einer Wohngruppe.

Methode: Die Betreuungskräfte erlernten in zehn Schulungsterminen á 90 Minuten Grundlagen für die Begleitung von schwerstkranken Menschen mit Behinderungen in der letzten Lebens- und Sterbephase. Standardevaluation der Schulung (einmalig) und Erhebung des Lernzuwachses mittels Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen (baseline und follow-up nach 6 Monaten) zu folgenden Themen: Herausforderungen im Berufsalltag, belastende Situationen und Umgang damit im Team, Umgang mit verschiedenen Situationen am Lebensende und versorgungsbezogene Sicherheit. Deskriptiv statistische und inhaltsanalytische Analyse.

Ergebnisse: Die Durchführung der Schulung wurde von den Teilnehmern durchgehend positiv evaluiert. Erste Analyse der offenen Fragen zeigt, dass die Mitarbeitenden im Praxisalltag in der Betreuung sterbender und verstorbener Bewohner und bei der Erfassung und Behandlung weiterer Symptome an Handlungssicherheit gewonnen haben. Im Umgang mit Betäubungsmitteln und der medizinischen Versorgung von Schmerzen zeigen sich berufsgruppenspezifische Unterschiede.

Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass Umfang und Form der Schulung in den Alltag der Wohngruppe integriert werden können, und dass die Implementierung von palliativen und hospizlichen Ansätzen im Bereich der Wohngruppen von Menschen mit Behinderung wichtig sind, da sie die Handlungssicherheit erhöhen können.

Parallelsitzung 3 Qualität - Herausforderungen & Chance: Outcome – das Ergebnis zählt! - 08.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 4 (Ebene 1)

Integration spezialisierter Palliativmedizin in die Betreuung von stationär behandelten Tumor- und Nicht-Tumorpatienten - eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalysen nach Cochrane Standards

Gaertner J.¹, Siemens W.¹, Antes G.², Meerpohl J.J.², Xander C.¹, Schwarzer G.³, Stock S.⁴, Becker G.¹

¹Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, Deutschland, ²Deutsches Cochrane Zentrum, Universitätsklinikum, Freiburg, Deutschland,

³Department für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, Deutschland, ⁴Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Einleitung: Informationen über die Wirksamkeit der Einbindung spezialisierter Palliativmedizin (SPC) in die Behandlung von Tumor- und Nicht-Tumorpatienten sind von größter Wichtigkeit für die Entwicklung von Konzepten zur Kooperation von allgemeiner und spezialisierter PC (z.B. Early PC).

Methoden: Für eine systematische Übersichtsarbeit nach Cochrane Standards wurden am 30.10.2015 MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) und PsycINFO durchsucht sowie eine Handsuche durchgeführt. Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zur SPC bei stationär behandelten erwachsenen Patienten.

Primärer Endpunkt war Lebensqualität (QoL), sekundäre Endpunkte beinhalteten u.a. die Symptombelastung, Überlebenszeit und Behandlungskosten. Für die Metaanalysen wurde das random-effects Model verwendet (RevMan 5.3).

Ergebnisse: Von 2942 Publikationen wurden Titel und Abstract gescreent, wovon 54 ausgewählt und der Volltext geprüft. Zwölf Publikationen aus 10 RCTs konnten eingeschlossen werden (2454 Patienten; davon 1766 (72%) Tumor- und 688 (28%) Nicht-Tumorpatienten). Die Metaanalysen zeigten eine Verbesserung von QoL (Hedges g: 0,69; 95% Konfidenzintervall (CI): 0,03 bis 1,36; 6 RCTs; 1254 Patienten; I²=97%) und Symptombelastung (Mittelwertdifferenz der Summenscores (0-90) des Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): -3,6; 95% CI -5,9 bis -1,4; 2 RCTs; 467 Patienten; I²=51%) verglichen mit der Standardbehandlung.

Das Risiko für Bias gemäß Cochrane war unklar bei 3 (30%) und hoch bei 7 (70%) RCTs, wobei fehlende Verblindung (n=5; 50%) und selektives Berichten (n=3, 30%) die häufigsten Ursachen für ein

hohes Bias-Risiko darstellten.

Schlussfolgerung: Für Patienten mit Tumor- oder Nicht-Tumorerkrankungen zeigten sich in den Metaanalysen mittlere positive Effekte für QoL und Symptombelastung durch SPC. Ergebnisse für weitere Outcomes (z.B. Überlebenszeit) werden derzeit errechnet und zum Zeitpunkt des Kongresses vorliegen.

Parallelsitzung 6 Integration - Herausforderung & Chance: in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung - 08.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 1 (Ebene 1)

Entwicklung einer abgestuften Palliativversorgung in der Region Augsburg durch einen Vertrag nach § 140a SGB V: Integrierte allgemeine Palliativversorgung (i-APV)

Eichner E.¹, Carstens A.², Rasehorn E.³, Deschler C.⁴, Heidrich C.², Amonat G.⁵, Beckebans F.⁶, Bernlochner K.⁶

¹Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Augsburg, Deutschland, ²GWQ ServicePlus AG, Düsseldorf, Deutschland, ³AWO Betriebsträger u. Projektentwicklungsgesellschaft mbH, Augsburg, Deutschland, ⁴Pflegedienst Deschler GmbH, Augsburg, Deutschland, ⁵Audi BKK, Ingolstadt, Deutschland, ⁶SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, München, Deutschland

Fragestellung: Wie können bestimmte Gruppen von Palliativpatienten, die (noch) nicht die Kriterien der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erfüllen, in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) angemessen versorgt werden?

Hintergrund: Die derzeitige zweistufige Versorgung AAPV-SAPV wird einzelnen Gruppen von Palliativpatienten nicht gerecht, weil deren Aufwändigkeit in den bestehenden Vergütungssystemen nicht ausreichend abgebildet ist und die deswegen ambulant nicht versorgt werden (können).

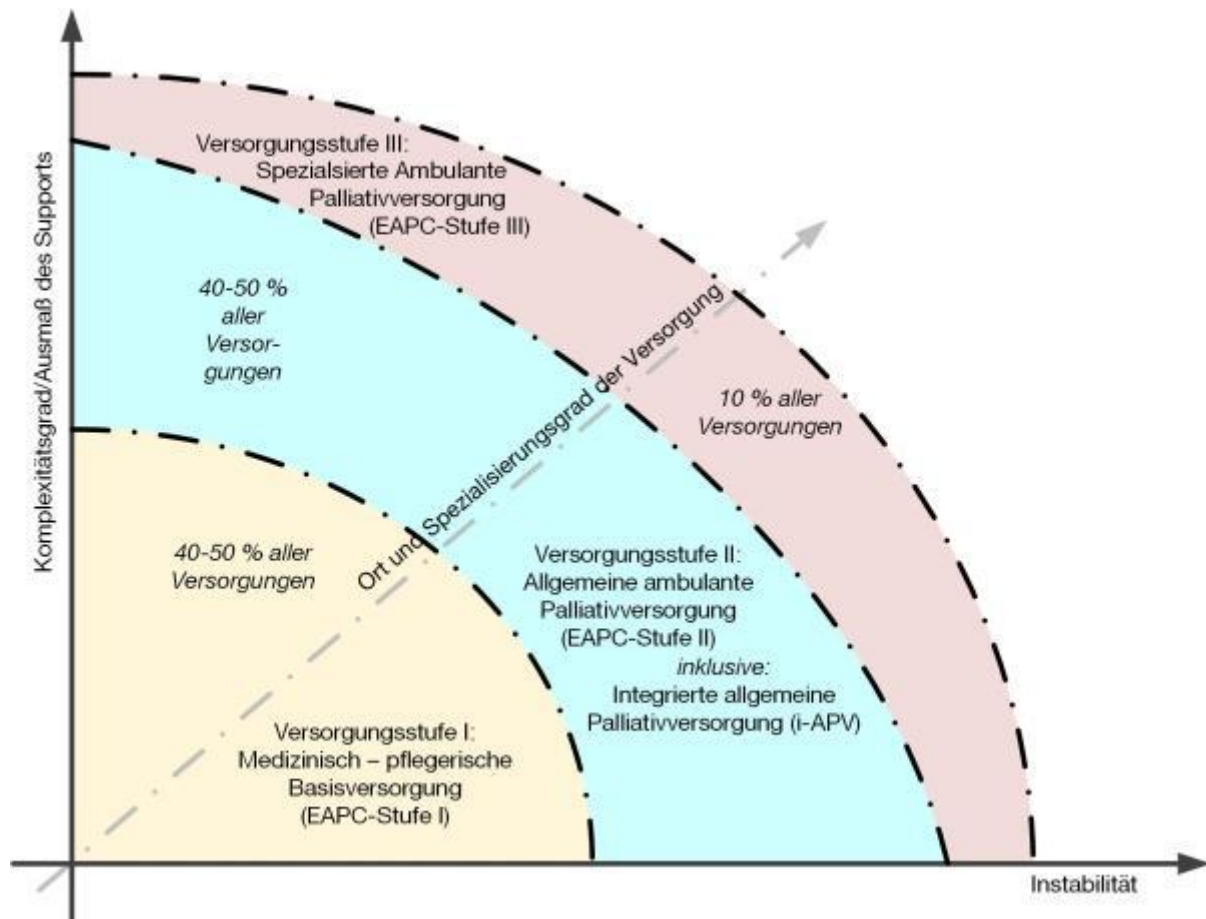
Ergebnis:

1. Zwischen den Vertragsparteien wurde ein Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V für bestimmte Patientengruppen abgeschlossen, damit von diesen nicht gewollte, stark belastende und palliativmedizinisch nicht indizierte Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze verhindert werden und stattdessen eine sichere sowie optimierte Palliativversorgung in der vertrauten Umgebung ermöglicht wird.

2. Es wurden 9 Patientengruppen mit spezifischen Aufwänden identifiziert, für die eine solche i-APV in Frage kommt, deren Aufwändigkeit und Komplexität jedoch (noch) keine SAPV begründet und die im häuslichen Umfeld leben: Bei den Gruppen 1 - 5 handelt es sich um Palliativpatienten mit onkologischer Grunderkrankung, die einen zusätzlichen Aufwand haben, bei den Gruppen 6-9 um Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Weitere Gruppen sind vorgesehen.

3. Für beteiligte Ärzte und Pflegefachkräfte wurden palliativpflegerische und -medizinische Qualifikationsanforderungen festgelegt, auf deren Basis eine dem Aufwand angemessene Vergütung erfolgt.

Schlussfolgerung: Mit dem Vertrag zur i-APV können nun spezielle Palliativpatientengruppen mit hohem Versorgungsbedarf bei (noch) fehlender SAPV-Indikation ambulant und sektorenübergreifend versorgt werden, die bisher aufgrund mangelnder Strukturen nicht ausreichend versorgt werden konnten. Damit ist dieser integrierte Versorgungsvertrag ein Beitrag zu einer abgestuften regionalen Palliativversorgung.



[3-stufige Versorgung]

Parallelsitzung 5 Integration - Herausforderung & Chance: Spiritualität in der Palliativversorgung - 08.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 2 (Ebene 1)

Mitarbeit von kirchlichen Seelsorgenden in Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Bayern. Eine qualitative Studie.

Kuhn-Flammensfeld N.^{1,2}, Frick E.³, Labitzke K.^{2,4}, Goudinoudis K.⁵, Bausewein C.⁶

¹Erzbischöfliches Ordinariat München, Fachbereich Hospiz Palliativ, München, Deutschland, ²Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der LMU München, Seelsorge, München, Deutschland, ³Hochschule für Philosophie, Anthropologische Psychologie/ Spiritual Care, München, Deutschland, ⁴Evangelisch Lutherische Kirche in Bayern, Beauftragte für Seelsorge in der Palliativarbeit, München, Deutschland, ⁵Caritasverband der Erzdiözese München und Freising, Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung München Land und Stadtrand, München, Deutschland, ⁶Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der LMU München, München, Deutschland

Hintergrund: Religiöse/spirituelle (r/s) Begleitung ist Aufgabe des multiprofessionellen Palliativteams. Im stationären Bereich gehört Seelsorge als Profession selbstverständlich dazu. Die Mitarbeit von Seelsorge im ambulanten Bereich erscheint dagegen eher sporadisch und zufällig.

Ziele: Ziel ist die Beschreibung und Bewertung bestehender Formen der Mitarbeit kirchlicher Seelsorge in Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Methode: 34 Semistrukturierte Interviews mit Mitarbeitern aus 12 SAPV-Teams mit und ohne Seelsorgende im Team (12 Ärzte/innen, 12 Pfleger, 4 Sozialarbeiter/innen, 6 Seelsorgende). Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Margit Schreier.

Ergebnis: Die Mitarbeit von Seelsorgenden sensibilisiert das Team für die r/s Bedürfnisse der Patienten und Zugehörigen. Die direkte Ansprechbarkeit und die Möglichkeit, Seelsorge

einzu beziehen, entlasten die Teammitglieder. Seelsorgebedarf wird durch das Team erhoben und durch den/die Seelsorgende/n im Team koordiniert. Nach Bedarf werden In den Teams ohne Seelsorgende/n wird in erster Linie Bedarf nach Förderung der r/s Kompetenz und Schulung geäußert. Neben dem Wunsch, Seelsorge ins Team zu integrieren, gibt es auch kritische Stimmen: Die Schwelle, sich einer fremden, kirchlichen Amtsperson anzuvertrauen erscheint für die Patienten zu hoch. Gleichzeitig wird die Gefahr der Konkurrenz durch die Seelsorge gesehen. **Schlussfolgerung:** Seelsorgende fördern die r/s Kompetenz im Team. Sie sind für Teammitglieder, Patienten und Angehörige da. Gegenseitiges Vertrauen und die Integration des/der Seelsorgenden in das Team sind Voraussetzungen für die Zusammenarbeit. Die Mitarbeit „kirchlicher“ Seelsorge in „weltlichen“ SAPV Teams führt zu einem neuen Bild von Seelsorge. Diese wird dabei als mitmenschliche, spirituelle Begleitung neu in ihrem Potential im Kontext von Spiritual Care erfahren.

Parallelsitzung 8 Gesellschaft: Palliativversorgung bei Menschen aus anderen Kulturen - 08.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 3 (Ebene 1)

Schulungsbedarf von Hospizhelfern in interkultureller Kompetenz

Wasner M.^{1,2}, Kurz A.K.¹

¹Katholische Stiftungsfachhochschule München, München, Deutschland, ²Dr. von Haunersches Kinderspital, Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin, München, Deutschland

Hintergrund: Die soziokulturelle Diversität in Deutschland ist so groß wie nie zuvor. Diese Vielfalt von Lebenswelten verlangt in der Hospizarbeit spezifische Ansätze, um sterbende Menschen unterschiedlicher Ethnien, sozialer Schichten und Weltanschauungen sensibel zu begleiten.

Ziel und Methoden: Ziel dieses Projektes war es, die Aspekte interkultureller Begleitung, mit denen ehrenamtliche Hospizhelfer konfrontiert sind, zu erfassen und den Schulungsbedarf in Bezug auf interkulturelle Begleitung zu erheben. Zu diesem Zweck wurden 2 Fokusgruppeninterviews mit Koordinatoren von Hospizdiensten durchgeführt und zusätzlich noch 7 Telefoninterviews. Die transkribierten Interviews wurden qualitativ ausgewertet. Insgesamt sind die Expertenmeinungen von 20 Koordinatoren in die Auswertung eingeflossen (606 min Material).

Ergebnisse: Große Unterschiede gab es zwischen den Hospizvereinen in der Zahl der aktuellen interkulturellen Begleitungen. Alle Hospizvereine gehen aber davon aus, dass die Begleitung von Menschen aus unterschiedlichen sozialen Lebenswelten in der Zukunft stark zunehmen wird. Der Zugang zu diesen Personengruppen, die unterschiedliche Sprache und Kultur, der Umgang mit der „Fremdheit“, „Nicht-Wissen“ und die Erwartungen an die Begleitung stellen dabei die zentralen Herausforderungen dar.

Der derzeitige Schulungsstand der einzelnen Hospizvereine ist sehr unterschiedlich. Als wichtige Inhalte wurden neben Hintergrundwissen als Basis auch Selbstreflexion und Sensibilisierung für Transkulturalität genannt - weg von der Idee abgeschlossener Kulturen und hin zu dem Blick auf das Individuum.

Resumee: Es sollten Schulungen konzipiert werden, die auf dem Konzept von Transkulturalität aufbauen, um eine bedarfsgerechte Begleitung von Menschen anderer Kulturen gewährleisten zu können.

Dieses Projekt wurde gefördert durch die Bayerische Stiftung Hospiz aus Mitteln des Bayerischen Staatministeriums für Gesundheit und Pflege.

Parallelsitzung 7 Qualität- Herausforderungen & Chance: Langzeitversorgung - 08.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 4 (Ebene 1)

Multiresistente Erreger (MRE) am Lebensende - Erfahrungen pflegender Angehöriger

Heckel M.¹, Herbst F.¹, Sturm A.^{2,3}, Sieber C.^{2,3}, Ostgathe C.¹, Stiel S.¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland, ²Friedrich-

Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Erlangen, Deutschland, ³Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Positive MRE Befunde und damit verbundene Isolierungsmaßnahmen (IM) können in der letzten Lebensphase ein Dilemma für Patienten und deren Angehörige bedeuten. Die IM widersprechen oft den üblichen Prinzipien der palliativmedizinischen und geriatrischen Versorgung. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, einen patienten-, familien- und teamzentrierten Ansatz im Umgang mit MRE am Lebensende zu entwickeln. Ziel des hier beschriebenen Teilprojektes ist es, die Auswirkungen der MRE- Kolonisation oder Infektion auf pflegende Angehörige zu erheben.

Methoden: Mittels qualitativer Interviews (Zeitraum 04/2014 bis 09/2015) und einer Fokusgruppendifkussion (FG) wurden Angehörige von MRE-diagnostizierten Patienten einer geriatrischen Abteilung und einer Palliativstation befragt. Die Gespräche wurden aufgenommen, transkribiert und mittels Grounded Theory analysiert. Aus den generierten Hypothesen wurde ein Modell über die Wahrnehmung Angehöriger entwickelt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 62 Angehörige interviewt. Hypothesen beziehen sich auf mögliche Belastungen von Angehörigen durch die MRE Situation in Verbindung mit a) der Erfahrung zu wenige oder widersprüchliche Informationen erhalten zu haben, b) sich unsicher und ängstlich in Bezug auf MRE zu fühlen, c) Veränderungen der sozialen Beziehung zum Patienten durch die Maßnahmen und den MRE-Befund und d) Einschätzungen, dass die Schutzmaßnahmen inkonsequent umgesetzt werden. Angehörige entwickelten in der FG konkrete Vorschläge, wie mit der Situation anders umgegangen werden könnte.

Schlussfolgerungen: Vorschläge von Angehörigen unter Berücksichtigung ihrer Erfahrungen und durch MRE und Schutzmaßnahmen ausgelöste Belastungen können zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen und werden in Handlungsempfehlungen zum Umgang mit MRE am Lebensende aufgenommen werden.

Danksagung: Das BMBF fördert die vorliegende Studie. (Förderkennzeichen: 01GY1314)

Parallelsitzung 32 Qualität - aktuelle Themen - 08.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 5 (Ebene 1)

Online-Umfrage unter Mitgliedern der DGP: Gibt es Hindernisse bei der Implementierung der neuen S3-Leitlinie?

Schöttmer R.¹, Schöttmer R.¹, Simon S.T.², Voltz R.², Crispin A.³, Bausewein C.¹

¹Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der LMU München, München, Deutschland,

²Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland, ³LMU München, Institut für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, München, Deutschland

Einleitung: Nach der Publikation der neuen S3-Leitlinie (LL) Palliativmedizin im Mai 2015 stehen nun Maßnahmen zu deren erfolgreichen Implementierung an. Aus der Literatur ist bekannt, dass diejenigen Implementierungsstrategien am erfolgreichsten sind, die vorab identifizierte Hindernisse und Förderfaktoren berücksichtigen.

Ziel: (1) Beschreiben von möglichen Hindernissen und Förderfaktoren für die Nutzung von palliativmedizinischen Empfehlungen und LL; (2) Ermittlung von Gruppen oder Settings, bei denen stärkere Hindernisse bei der Implementierung zu erwarten sind.

Methoden: Online-Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Sommer 2014.

Ergebnisse: Alle 4786 Mitglieder mit bekannter E-Mail-Adresse erhielten eine Einladung zur Umfrage, 1181 betätigten diesen, 1138 begannen und 1031 beendeten die Umfrage (Responserate 21,5%). Die Hälfte der Teilnehmer waren Ärzte, ein Drittel Pflegepersonal. Die Skepsis gegenüber der Qualität und Praxisnähe bestehender LL war relativ groß, eine Diskrepanz zwischen palliativmedizinischen Werten und LL wurde jedoch als gering erachtet. Hier gab es kaum Unterschiede zwischen Berufsgruppen und Fachdisziplinen. Unter den in der LL behandelten Symptomen (Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Sterbephase) war Depression das Thema in dem sich am wenigsten Professionelle kompetent fühlten (63.7% vs. jeweils mehr als 90%). Pflegende und Settings mit wenig Palliativpatienten fühlten sich bei den meisten Symptomen signifikant ($\alpha=0.05$) weniger kompetent.

Diskussion: Die Einstellungen von Professionellen zu Leitlinien sind in der Regel positiv: sie betreffen

Qualität und Implementierung von LL im Allgemeinen und nicht grundlegende Probleme mit dem Konzept von Palliative Care. Im Fokus weiterer Implementierungsmaßnahmen sollte das Symptom Depression, die Gruppe der Nicht-Ärzte und Settings mit wenig Palliativpatienten stehen.

Was macht eine Patientensituation komplex? Komplexität und Ressourcenbedarf in der Palliativversorgung in Deutschland - eine qualitative Studie

Hodiamont F.¹, Schildmann E.¹, Vogl M.^{2,3}, Murtagh F.E.⁴, Maier B.O.⁵, Leidl R.^{2,3}, Bausewein C.¹

¹Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland, ²Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, München, Deutschland, ³Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, München, Deutschland, ⁴King's College London, Cicely Saunders Institute, London, Deutschland, ⁵St. Josephs-Hospital Wiesbaden, Klinik für Palliativmedizin und Onkologie, Wiesbaden, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland erfolgt die Vergütung der Palliativversorgung (PV) über Diagnosis-Related Groups (DRGs) oder Tagessätze. International wird die Komplexität der Patientensituation als Prädiktor für die Höhe von Ressourcenverbrauch (Zeit, Medikamente, Diagnostik) und Kosten der PV vorgeschlagen.

Ziel: Identifikation Komplexitäts-beschreibender Faktoren von Patientensituationen in der PV in Deutschland.

Methoden: Audioaufnahmen semistrukturierter qualitativer Experteninterviews wurden transkribiert und werden nach der Framework Methode in NVivo analysiert. Der zweite Analyseschritt (Identifikation von wiederkehrenden und wichtigen Themen) wurde finalisiert. Themen wurden sowohl deduktiv, basierend auf dem Interviewleitfaden, als auch induktiv entwickelt.

Ergebnisse: 27 Interviews mit klinischem und 15 mit wirtschaftlich/politischem Experten von 6-10/2015. Komplexitätsbeschreibende Faktoren beziehen sich im Wesentlichen auf vier Bereiche: Patienten (z.B. bestimmte physische Symptome, psychische Belastung, Biographie, Kommunikationsbarrieren), Familie (z.B. weitere erkrankte Angehörige, psychische Belastung), Team (z.B. Identifikation mit jungen Patienten), und die Struktur-/System-Ebene (z.B. fehlendes Angebot von Pflegeeinrichtungen und -diensten). Komplexität resultiert aus einem Zusammen- und Wechselwirken mehrerer Faktoren. Die Experten bestätigten den Zusammenhang zwischen der Komplexität einer Patientensituation und dem Ressourcenbedarf.

Fazit: Faktoren, die Komplexität beschreiben, bestimmen auch Ressourcenbedarf und Kosten. Die Wechselwirkung zwischen einigen Faktoren erschwert Aussagen über den Grad des Einflusses auf den Ressourcenbedarf. Ein finales Set komplexitätsbeschreibender Faktoren soll anhand des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs in der Patientenversorgung getestet werden.

Diese Forschung ist Teil eines, durch eine private Stiftung finanzierten, unabhängigen Forschungsprojekts.

Parallelsitzung 12 Gesellschaft: Arbeitsfeld Palliativversorgung - Ein Auslaufmodell? - 08.09.2016 - 14:00-15:30 - MZF 3 (Ebene 0)

Belastungswirkungen von Vicarious Grief durch das berufliche Miterleben von Sterben, Tod und Trauer in der stationären Altenhilfe und Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen

Wissert M.¹, Vogt A.²

¹Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Weingarten, Deutschland, ²Institut für Angewandte Forschung, Weingarten, Deutschland

Fragestellung: Das berufliche, vielfache Miterleben des Sterbens von Bewohnern der stationären Altenpflege führt zu z.T. erheblichen Belastungen in vielen Lebensbereichen. Es kann aber auch

berufliche Bereicherungen auslösen und persönliche Weiterentwicklung.

Das vom BMBF finanzierte Projekt „Wirkungen von Trauerbegleitung“ befasste sich u. a. mit einer exemplarischen Erhebung möglicher Wirkungen von Vicarious Grief (VG) in der stationären Altenhilfe.

Methodik: Entwicklung von Indikatoren und Items für einen standardisierten Fragebogen für das Erfassen von Belastungen und Bereicherungen durch VG.

Erhebung bei einem Träger der stationären Altenhilfe an zwei Zeitpunkten: t_1 : 10 Heime mit $N_1 = 259$ ausgefüllten Fragebögen; t_2 : 32 Einrichtungen mit $N_2 = 463$ ausgefüllten Fragebögen.

Auswertung mittels SPSS: deskriptiv sowie ein- und zweifaktorielle Varianzanalyse.

Ergebnisse: Die für die Statements des Fragebogens verwendeten Indikatoren haben sich für die Abbildung von Belastungen von VG als praktikabel und aussagekräftig erwiesen.

Es gibt statistisch signifikante Unterschiede der allgemeinen Belastungen durch VG (Beruf; Geschlecht), bei den Rahmenbedingungen (Zeitbudget; Hands-On- vs. Non-Hands-On-Funktion) sowie zwischen den Wirkungsbereichen von VG.

Die Belastungsstärken von VG sind in einigen Wirkungsbereichen höher als bei direkter Trauer (nach dem Verlust von Angehörigen bzw. „Beloved Ones“).

Es gibt zwischen t_1 und t_2 statistisch signifikante Veränderungen (Beruf, Geschlecht, generelle Belastung).

Schlussfolgerungen: Die Belastungen durch VG für Mitarbeiter der stationären Altenhilfe haben bislang gesundheitspolitisch zu wenig Beachtung erfahren.

Binnenorganisatorisch geeignete, gesundheitsfördernde Maßnahmen können den Umgang mit VG verbessern und das Maß der Belastung erheblich reduzieren.

Beim Einsatz solcher Strategien sollte der individuelle Umgang mit Trauer einen hohen Stellenwert einnehmen.

Parallelsitzung 10 Integration - Herausforderung & Chance: in stationären Pflegeeinrichtungen - 08.09.2016 - 16:00-17:30 - Saal 1 (Ebene 1)

Hospizkultur und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen - Eine Erhebung zum Ist-Zustand

Wiefels S.^{1,2}, Kern M.³, Gunzelmann F.³, Grützner F.³, Radbruch L.^{1,4}

¹Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland, ²Pflegedirektion des Universitätsklinikums, Bonn, Deutschland, ³ALPHA Rheinland, Bonn, Deutschland, ⁴Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland

Fragestellung: Im Rahmen eines mehrstufigen Projektes zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen wird in dieser Studie untersucht, wie hoch sich der Realisierungsgrad in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe darstellt.

Methodik: Die quantitative Erhebung der Daten wurde mit Fragebögen und als Online-Befragung durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS. Zusätzlich sind halbstrukturierte Leitfadenterviews mit Wohnbereichsleitungen aus stationären Pflegeeinrichtungen geplant.

Ergebnis: 518 (30%) der angefragten stationären Pflegeeinrichtungen beteiligten sich an der Befragung. Erste Ergebnisse zeigen, dass die meisten Einrichtungen selbst den Umsetzungsgrad hospizlich-palliativer Versorgung in ihrer Einrichtung mittelmäßig bis hoch einschätzen. 71 % schätzen, dass in ihrer Einrichtung bei 30% und weniger Bewohnerinnen ein palliativer Versorgungsbedarf besteht. Knapp 70 % gaben an, über geeignete Verfahren zu verfügen, um diese Bewohner zu identifizieren, 88 % erheben Schmerz, davon 90 % mit standardisierten Assessmentinstrumenten. 23 % erheben weitere Symptome.

Schlussfolgerung: In den beteiligten Einrichtungen besteht Offenheit gegenüber dem Thema Hospizkultur und Palliativversorgung. Doch es zeigen sich unterschiedlich stark ausgeprägte Implementierungstiefen. Insbesondere die Identifizierung der Bewohnerinnen mit palliativem Versorgungsbedarf sowie die Erfassung von Symptomen jenseits von Schmerz müssen weiter ausgebaut werden. Unterstützungsangebote, etwa durch die Vermittlung von Fachwissen und die Erschließung von Vernetzungsmöglichkeiten mit Kooperationspartnern, sollten individuell auf die Einrichtung abgestimmt sein und unter Berücksichtigung der personellen und zeitlichen Ressourcen der Einrichtungen stattfinden.

Parallelsitzung 9 Integration - Herausforderung & Chance: Palliativversorgung bei neurologischen Patienten - 08.09.2016 - 16:00-17:30 - Saal 2 (Ebene 1)

Delir als Manifestation des nicht-convulsiven Status epilepticus

Feddersen B.^{1,2}, Piffer S.², Einhellig M.², Bausewein C.¹, Noachtar S.²

¹Klinik für Palliativmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland, ²Klinik für Neurologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Epilepsiezentrum, München, Deutschland

Fragestellung: Das Delir ist ein häufiges Symptom in der Palliativmedizin, welches von Patienten und Angehörigen als sehr belastend wahrgenommen wird. Der Status epilepticus (SE) ist ein Notfall, der mit einer signifikanten Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Während die Diagnose eines convulsiven SE bereits klinisch zu stellen ist, gestaltet sich die Diagnose eines nicht-convulsiven SE schwierig. Dieser kann sich z.B. in einem isolierten Delir äußern. Es ist allerdings wenig über Prävalenz und Charakteristika von Patienten mit einem Verwirrtheitssyndrom als klinische Manifestation eines SE bekannt.

Methoden: Prospektive Datenerhebung von allen Patienten mit einem SE, die von 2000 bis 2006 in der Neurologischen Klinik des Klinikums der Universität München behandelt wurden. Beschreibung der Ätiologie, Lokalisation, Statusdauer, Therapie und Outcome.

Ergebnisse: Von 311 identifizierten Patienten hatten 185 (59%) einen nicht-convulsiven SE. Die Hauptätiologie war eine vaskuläre Genese (37%). Von den 185 Patienten im nicht-convulsiven Status hatten 36 (20%) (davon 21 männlich) ein Delir als klinische Ausdrucksform des SE. Bei 15/36 (42%) dieser Patienten lag eine vaskuläre Läsion zugrunde. Die häufigsten Lokalisationen im EEG waren unihemisphäriell (33%), unilateral frontal (31%), unilateral temporal (17%), unilateral parietal (8%), unilateral okzipital (6%) und unilateral zentral (3%). Die Statusdauer betrug im Mittel 5,4 Tage (min 7,5 h; max 35 Tage). In 75% erfolgte eine Behandlung mit Benzodiazepinen und klassischen Antiepileptika (Phenytoin/ Valproinsäure/ Carbamazepin). In 92% konnte der SE durchbrochen werden.

Schlussfolgerungen: Ein isoliertes Delir kann Ausdruck eines SE sein und ist in etwa der Hälfte der Fälle frontal oder temporal lokalisiert. Für die Diagnose ist eine EEG-Untersuchung erforderlich. Auch bei relativ langer Statusdauer ist die Prognose gut und der SE sistiert auf Benzodiazepine bzw. klassische Antiepileptika.

Welchen Bedarf an allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung haben Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Muskeldystrophie Duchenne?

Janisch M.¹, Nolte-Buchholtz S.¹, von der Hagen M.²

¹Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Brückenprojekt, Dresden, Deutschland, ²Universitätsklinikum Dresden, Abteilung Neuropädiatrie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland

Fragestellung: Pädiatrische Palliativversorgung (PV) beginnt bei Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung. Sie umfasst Aufgaben wie Therapiezielfindung, Sicherung der häuslichen Versorgung sowie eine kontinuierliche krankheitsspezifische Betreuung. Die Muskeldystrophie Duchenne (DMD) ist die häufigste neuromuskuläre lebenslimitierende Erkrankung des Kindesalters. PV bei DMD-Patienten wird empfohlen, die genauen Bedarfe an Versorgung, Beratung, Unterstützung und Begleitung sowie zur Inanspruchnahme vorhandener Versorgungsstrukturen sind bislang kaum bekannt.

Methodik: Neun DMD-Patienten und/oder deren Familien wurden in leitfadengestützten Interviews zur Kenntnis und Inanspruchnahme palliativer und Hospiz-Strukturen, Versorgungsbedarfen und -problemen sowie zur Kommunikation über Sterben/Tod befragt. Die Gespräche fanden mit Patienten und Eltern (N=5), mit Familienangehörigen (N=2) oder mit Patienten allein (N=2) statt. Die Jungen im Alter zwischen 14 und 33 Jahren lebten bei ihren Eltern (N=5), allein (N=1) bzw. im Heim/Pflege-WG (N=4). Ein Patient war bereits verstorben. Die transkribierten Interviews wurden mittels qualitativer

Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnis: Es bestehen große Berührungsängste gegenüber Palliativ- und Hospizstrukturen, die eine Inanspruchnahme erschweren. PV wird als End-of-Life-Care definiert, spezialisierte Strukturen nicht einbezogen. Formulierten Themen- und Problemfelder sind multiprofessionelle Beratung und Antizipation, passende Versorgungsstrukturen, Transition und Hilfsmittelversorgung. Alle Befragten wünschten zeitweise Sterben und Tod innerfamiliär zu thematisieren, beschrieben aber große Kommunikationsschwierigkeiten.

Schlussfolgerung: Es wäre zu diskutieren, in welchen der genannten Themen- und Problemfeldern Palliativ- oder Hospizstrukturen unterstützen können. Auf diesem Weg könnte der Fokus der PV bei Kindern und Jugendlichen von End-of-Life auf Quality-of-Life gelenkt werden.

Parallelsitzung 11 Qualität- Herausforderungen & Chance: Lehre in Palliativmedizin - 08.09.2016 - 16:00-17:30 - Saal 4 (Ebene 1)

Lehrformate in der Palliativmedizin im Vergleich

Steigleder T.^{1,2}, Birzle L.¹, Stiel S.¹, Ostgathe C.¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland,

²Universitätsklinikum Erlangen, Neurologische Klinik, Erlangen, Deutschland

Hintergrund: Bei zunehmender Bedeutung wird Palliativmedizin (PM) von Medizinstudenten weiterhin als Herausforderung betrachtet. Es ist bisher unbekannt, inwiefern Lehrformate wie modulare Lehre (ML) und Fall-basiertes Lernen (FL) diese Wahrnehmung beeinflussen.

Methode: Medizinstudierende (n=398) wurden vor und nach einem PM Kurs (QB13) befragt: (a) ob und weshalb PM herausfordernd sei (b) zur Selbsteinschätzung ihrer Qualifikation für sterbende Menschen zu sorgen (6-Punkt-Likert Skala). Zudem sollten sie angeben, (c) wie qualifiziert sie sich einschätzen, mit PM Patienten zu kommunizieren und sie zu behandeln (100mm visuellen Analogskala). PM wurde den Empfehlungen der EAPC aus dem Jahr 2013 entsprechend unterrichtet. Das Lehrformat der Kohorte 1 (K1) war ML, das der Kohorte 2 (K2) FL.

Ergebnisse: (a) PM wurde als eher herausfordernd (3.5) wahrgenommen, wegen "komplexer Diagnosen und Komorbiditäten", "emotionaler Belastung" und "Kommunikation". Die Wertung „Bedeutung für meine klinische Tätigkeit“ führte FL im Vergleich zu ML zu einer signifikanten Verbesserung hinsichtlich psychosozialer und spiritueller Aspekte (p=0.001), Symptomerfassung und Lebensqualität (p< 0.05) und ethische Aspekte (p< 0.001). (b) Vorbereitung auf Sterbebegleitung wurde als gering eingeschätzt (Mittelwert K1 4.8, K2 4.9, 1=gut vorbereitet, 6=nicht vorbereitet) und verbesserte sich nach Teilnahme an K2 signifikant (2.9, p< 0.001) im Gegensatz zu K1 (4.0, n.s.). (c) Selbsteinschätzung der Fähigkeit zur (i) Symptomlinderung und (ii) Kommunikation zeigte nach Teilnahme an K2 eine signifikante Verbesserung (i: 30mm, dann 66mm; und ii: 25mm dann 56mm, beide p< 0.001).

Schlussfolgerung: PM ist ein herausforderndes Fach für Medizinstudierende. Besonders komplexe Diagnosen und Komorbiditäten, emotionale Belastung und Kommunikation sind herausfordernde Aspekte. FL stellt ein geeignetes Lehrformat dar. FL ist ML insbesondere in der Vermittlung von Haltung und ethischen Fragestellungen überlegen.

Parallelsitzung 14 Integration - Herausforderung & Chance: Teamwork in der Palliativversorgung - 09.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 1 (Ebene 1)

„Palliativkonsildienst? Das machen wir selber.“ Ärztliche Erwartungen an einen Palliativkonsildienst

Behzadi A.¹, Leithäuser G.², Hermann A.³

¹Charité Universitätsmedizin, Campus Virchow Klinikum, Klinik m.S. Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Berlin, Deutschland, ²Ernst von Bergmann Klinikum, Brustzentrum, Potsdam, Deutschland, ³Katholische Hochschule für Sozialwesen, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Parallel zum Professionalisierungs- und Implementierungsprozess von Palliativ Care Teams in Deutschland gibt es wenig Wissen über deren Akzeptanz bei medizinischen Akteuren außerhalb der Palliativ- und Hospizszene. Neben den vielfach beschriebenen positiven Effekten eines Palliativkonsildienstes im Krankenhaus zeigen sich Vorbehalte bei den Primärbehandlern, welche die Implementierung behindern.

Methode: Stationsärzte als Primärbehandler im Krankenhaus der Maximalversorgung standen im Fokus dieser qualitativen Studie. In 30 Leitfadenterviews mit Ärzten aus 13 medizinischen Fachdisziplinen wurden Einstellungen zu und Erfahrungen mit Palliativkonsildiensten exploriert.

Ergebnisse: Insgesamt wird von den befragten Ärzten ein Bedarf an Palliative Care im Krankenhaus gesehen. Die Unklarheit über das Angebot führt jedoch zu Vorbehalten gegenüber einem Palliativkonsil. Bei der Inanspruchnahme greifen Ärzte daher auf ihre Erfahrungen mit anderen Konsildiensten zurück. Die Kompetenzeinschätzung eines Konsildienstes erfolgt hierarchisch, bezüglich des zugeschriebenen Fachwissens und stark personengebunden. So ist die Beratung durch einen Ober- oder Facharzt und die Hinzuziehung eines Konsildienstes bei komplexen Fragestellungen kollegial akzeptierter, da die eigene Kompetenz dadurch nicht infrage gestellt wird. Von einem Palliativkonsildienst wird schnelle Erreichbarkeit, Zeit, Unterstützung bei psychosozialen und pflegerischen Fragen sowie im Entlassungsmanagement gewünscht. Bei den ärztlichen Primärbehandlern findet sich ein starkes Ideal der Arzt-Patient-Beziehung verbunden mit dem Anspruch, auch die Palliativversorgung selbst zu leisten. Gleichzeitig werden die eigenen Ressourcen für eine zufriedenstellende Betreuung palliativer Patienten und ihrer Angehörigen im Behandlungsalltag als mangelhaft eingeschätzt.

Fazit: Folge dieses Widerspruchs ist die Nichteinbeziehung eines Palliativkonsildienstes trotz der Betonung des Bedarfs palliativer Hilfen.

Parallelsitzung 13 Integration - Herausforderung & Chance: Palliativversorgung bei pulmologischen Patienten - 09.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 2 (Ebene 1)

„Patient-reported outcomes“ (PROs) in randomisierten-kontrollierten Studien an Patienten mit fortgeschrittener COPD: Eine Analyse gemäß der CONSORT-PRO-Kriterien

Gärtner J.¹, Appelt J.¹, Grass O.¹, Siemens W.¹, Weingärtner V.², Becker G.¹

¹Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland, ²Institut für Qualität, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln, Deutschland

Hintergrund: Für Patienten mit fortgeschrittener COPD (fCOPD) ist der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität (QoL) zentral. Dies kann in randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) nur durch die Erhebung von *Patient-Reported Outcomes* (PROs) erfasst werden.

Methoden: In einer systematischen Literaturübersicht (2003-2014; MEDLINE, EMBASE) wurde eine zufällige Auswahl (www.random.org/sequences) von RCTs erfasst, welche pharmakologische, chirurgische oder beatmungstechnische Interventionen bei erwachsenen fCOPD-Patienten (GOLD III-IV) untersuchten. Die Berücksichtigung von PROs wurde gemäß der Kriterien des *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT-PRO Extension) bewertet.

Ergebnisse: Von 3834 Publikationen konnten 120 eingeschlossen werden (60035 Patienten, weiblich: 28,6%, Alter: 65,5 Jahre (SD 3,8), FEV₁: 44,2% (SD 7,6%). In 87 (73%) RCTs wurden PROs in den Ergebnissen berichtet, bei 10 (8%) RCTs als primärer Endpunkt. In 56 (47%) der Arbeiten wurde schon im Abstract über PROs berichtet, 72 (60%) berücksichtigten PROs in der Diskussion der Ergebnisse. Bei den RCTs welche über PROs berichteten, wurden im Schnitt 6,4 (SD 2,7) von 14 (46,4%) möglichen CONSORT-PRO-Punkten berücksichtigt.

Zusammenfassung: Verglichen mit Studien an Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen [1] wurden PROs häufiger berichtet, aber nur jede zweite Autorengruppe erachtete PROs für relevant genug, um sie bereits im Abstract zu erwähnen. In zukünftigen Studien an Patienten mit fCOPD sollten regelhaft PROs erhoben, berichtet und diskutiert werden, um eine patientenzentrierte Entscheidungsfindung bezüglich der untersuchten Intervention zu ermöglichen.

Literatur: [1] Weingärtner V, Dargatz N, Weber C, Mueller D, Stock S, Voltz R, Gaertner J. Patient reported outcomes in randomized controlled cancer trials in advanced disease: A structured literature review. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2016

Die ersten beiden Autoren haben zu gleichen Teilen zu dieser Publikation beigetragen.

Parallelsitzung 16 Gesellschaft - Würde im Mittelpunkt - 09.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 3 (Ebene 1)

Würdezentrierte Therapie („Dignity Therapy“) - Durchführbarkeit, Akzeptanz und kulturelle Adaptation der psychotherapeutischen Kurzintervention

Mai S.¹, Jentschke E.², Hildebrandt J.¹, Goebel S.¹, van Oorschot B.², Weber M.¹

¹Universitätsmedizin Mainz, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Deutschland,

²Universitätsklinikum Würzburg, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Würzburg, Deutschland

Einleitung: Mit der Würdezentrierten Therapie (WzT) steht eine forschungsbasierte Kurzintervention (Dignity Therapy nach H.M. Chochinov) zur Verfügung. Ziele der Intervention sind die Reduktion existentiellen Leids und die Steigerung des Würdeempfindens. Basis der WzT ist ein semi-strukturierter Interviewleitfaden. Die Überprüfung der Durchführbarkeit sowie die Anpassung an die deutsche Sprache und Kultur sind notwendige Grundlagen für die Anwendung und zukünftig vergleichbare Forschung zur WzT in Deutschland.

Methodik: Im Rahmen einer multizentrischen Mixed-Methods-Studie auf zwei Palliativstationen (Mainz, Würzburg) werden mittels Fragebögen, Interviews und Fokusgruppen von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern quantitative und qualitative Daten erhoben.

Ergebnisse: Die Datenerhebung wird im April 2016 mit dem Einschluss von 30 Patienten, deren Angehörigen sowie 10 Mitarbeitern der Palliativstationen beendet. Eine Zwischenauswertung für Mainz (Studienbeginn 26.5.15) und Würzburg (Studienbeginn 1.10.15) zum 1. März 2016 ergab, dass von 180 bzw. 138 aufgenommenen Patienten 50 bzw. 26 die Einschlusskriterien erfüllten. Das häufigste Ausschlusskriterium war eine Lebenserwartung unter zwei Wochen bereits bei Aufnahme (60 %). Die WzT wurde mit 12 bzw. 8 Patienten durchgeführt. Das Feedback der Patienten und Angehörigen war außerordentlich positiv. 15 von 16 Patienten, die den Feedback-Bogen ausfüllen konnten, empfanden die WzT als hilfreich („WzT ist ein Geschenk. Es ist mehr als ich erwartet hatte.“). 86 % der Angehörigen (19 von 22) würden die WzT weiterempfehlen („Ein Stück von ihm ist eingefangen und festhaltbar für immer.“).

Schlussfolgerung: Nach Abschluss der Studie werden der nach EORTC-Richtlinien übersetzte und geprüfte Interviewleitfaden sowie die Feedbackbögen für Patienten und Angehörige ab Oktober 2016 zur standardisierten Anwendung und Beforschung der WzT zur Verfügung stehen.

Parallelsitzung 15 Qualität - Herausforderungen & Chance: Entscheidungsfindung und Fehlerkultur - 09.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 4 (Ebene 1)

Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen - Erfassung der Ausgangssituation auf vier Akutstationen und der Palliativstation der Universitätsmedizin Mainz vor Einführung der Handlungsempfehlung Sterbephase (HES)

Reinholz U.¹, Mai S.¹, Oftring Z.¹, Goebel S.¹, Hopprich A.¹, Weber M.¹, Hildebrandt J.¹, Weber M.¹

¹Universitätsmedizin Mainz, III. Med. Klinik, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Deutschland

Fragestellung: Wie zufrieden sind Pflegekräfte mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und den Abläufen bei sterbenden Patienten auf vier Akutstationen und der Palliativstation der Universitätsmedizin Mainz?

Methodik: Pflegerische Mitarbeiter von vier internistischen Akutstationen sowie der Palliativstation wurden gebeten, einen Fragebogen mit 16 Fragen zur o.g. Fragestellung auszufüllen. In

semistrukturierten Gruppeninterviews wurde erfragt, wie die Einschätzung der Sterbephase erfolgt, welche Konsequenzen dies auf die weitere Behandlung hat, wie dies im Team und gegenüber Patienten und Angehörigen kommuniziert wird und wie zufrieden die Pflegenden mit den Abläufen auf Station sind.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigen, dass der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung, einen Patient als sterbend einzuschätzen, und die daraus folgenden Konsequenzen (Absetzen unnötiger Medikamente, Verordnen von Bedarfsmedikation, Thematisieren dieser Einschätzung mit Patienten und Angehörigen) insbesondere von den Pflegenden auf Akutstationen sehr häufig als unzureichend empfunden werden, in Einzelfällen jedoch auch auf der Palliativstation. Zur offenen Kommunikation mit den Patienten und individuellen Sterbebegleitung, so das Fazit der Gruppeninterviews, ist aus Sicht der Pflege das Erkennen der Sterbephase gemeinsam mit den Ärzten entscheidend. Hier führen diskrepante Einschätzungen zu großer Unzufriedenheit.

		Mit dem Prozess der Entscheidungsfindung und Festlegung des weiteren Vorgehens bei Sterbenden bin ich zufrieden in ... % der Fälle	Im Team wird diskutiert und gemeinsam entschieden, dass sich ein Patient in der Sterbephase befindet in ... % der Fälle	Unangemessene Maßnahmen und Medikamente werden abgesetzt in ... % der Fälle	Notwendige Bedarfsmedikation werden ausreichend verordnet in ... % der Fälle	Der Reanimationsstatus wird bei Sterbenden automatisch auf NEIN verändert bei ... % der Fälle	Es wird überprüft, ob sich der Patient des nahenden Todes bewusst ist ... % der Fälle	Die Angehörigen werden über den kritischen Zustand des Patienten informiert in ... % der Fälle	Das weitere Vorgehen wird mit Angehörigen besprochen, individuelle Fragen werden beantwortet bzw. erfasst in ... % der Fälle
Palliativstation (12 Mitarbeiter)	Mittelwert	89	92	78	95	91	90	97	93
Akutstation (27 Mitarbeiter)	Mittelwert	58	74	44	62	60	53	71	64

[Auszug Mitarbeiterbefragung]

Schlussfolgerung: Es besteht Bedarf, in der Begleitung Sterbender auf Akutstation, Standards der Hospiz- und Palliativversorgung zu integrieren und als festen Bestandteil in der Patientenversorgung in einem Haus der Maximalversorgung zu verankern.

Moral Distress unter Ärzten und Pflegenden in Therapiebegrenzungssituationen in der Hämatologie/Onkologie - Ergebnisse der EPAL-Studie (Ethics Policy for Advanced Care Planning and Limiting Treatment)

Mehlis K.¹, Jaeger E.², Mumm F.², Laryionava K.¹, Hiddemann W.², Heußner P.², Winkler E.C.¹

¹Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Onkologie, Heidelberg, Deutschland, ²Ludwig-Maximilians-Universität, Klinikum Großhadern, Medizinische Klinik und Poliklinik III, Psycho-Onkologie, München, Deutschland

Fragestellung: Entscheidungen zur Therapiebegrenzung (TB) bei Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung gehen mehr als der Hälfte der zu erwartenden Todesfälle voraus. Sie sind jedoch häufig mit klinischen, ethischen und psychologischen Konflikten verbunden. Ein Ziel der Studie ist es, die moralische Belastung, Intensität und Ursachen auf Seiten der Ärzte und Pflegenden in TB-Situationen zu untersuchen.

Methodik: In die prospektive Studie am Klinikum der Universität München wurden hämatologisch/onkologische Patienten (n=50) eingeschlossen, bei denen eine TB festgelegt wurde. Es wurden Moral Distress (adaptiertes Distress Thermometer), demographische Daten, Lebensqualität der Patienten sowie Schwierigkeiten und Zufriedenheit bei der TB-Entscheidung mittels eines standardisierten Fragebogens bei den behandelnden Ärzten (n=35) und Pflegenden (für n=42 der Entscheidungssituationen) erhoben.

Ergebnis: Insgesamt geben Ärzte in 66% (n=23) und Pflegenden in 71% (n=30) der TB-Entscheidungen eine Belastung durch moralischen Stress an. Diese liegt für die meisten Betroffenen unter dem Cut-off-Wert von 5 (mean/SD: 1,7/1,7 Ärzte; 1,8/1,7 Pflegenden). Belastet sind vor allem jüngere Ärzte (p=.008) und jene, die unzufrieden mit der TB-Entscheidung sind (p=.003). Ebenso korrelieren niedrige Lebensqualität des Patienten (p=.025) sowie eine gegenteilige Einschätzung von Kollegen (p=.037) signifikant mit Distress. Auch bei Pflegenden tritt Stress vor allem dann auf, wenn die TB von einer schwierigen Kommunikation im Behandlungsteam begleitet wurde (p=.047).
Schlussfolgerung: TB-Situationen, in denen Konflikte durch Meinungsverschiedenheiten und Kommunikationsprobleme mit Unzufriedenheit über die Entscheidung einhergehen, bergen offensichtlich ein besonderes Risiko für Moral Distress bei den Behandelnden. Ergebnisse der Studie flossen in die Entwicklung einer Leitlinie zur Verbesserung der Kommunikation und Dokumentation von TB-Entscheidungen ein (s. Einreichung Jaeger et al., 2016).

Parallelsitzung 18 Integration - Herausforderung & Chance: Palliativversorgung bei kardiologischen Patienten - 09.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 1 (Ebene 1)

Palliativmedizinischer Versorgungsbedarf von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Schmitz M.¹, Ehlert J.¹, Rybczynski M.², von Kodolitsch Y.², Bokemeyer C.¹, Oechsle K.¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Hamburg, Deutschland, ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitäres Herzzentrum Hamburg, Hamburg, Deutschland

Einleitung: Patienten (Pat.) mit chronischer Herzinsuffizienz sind trotz ihrer eingeschränkten Prognose in der Palliativversorgung stark unterrepräsentiert. Ziel war es, Messinstrumente für den Palliativversorgungsbedarf, die teilweise primär bei onkologischen Pat. validiert wurden, bei Pat. mit Herzinsuffizienz zu evaluieren und den Versorgungsbedarf zu quantifizieren.

Methoden: Es wurden bisher 122 Pat. (72% männlich, 28% weiblich, medianes Alter 67 Jahre), die wegen einer chronischer Herzinsuffizienz stationär behandelt wurden, eingeschlossen. Als Fremderfassungsinstrument (behandelnder Kardiologe) wurde das *Five-Item Palliative Care Screening Tool* (Glare et al. 2011) für kardiologische Patienten modifiziert. Die Selbsteinschätzung erfolgte mittels MIDOS (Symptomlast) und Distress-Thermometer (DT; Belastung).

Ergebnisse: Bei 43% der Pat. lag eine Kardiomyopathie und bei 23% eine Herzklappenerkrankung vor. 59% hatten eine Herzinsuffizienz NYHA ≥ 3 . Das mittlere 5-Jahresüberleben nach dem Seattle-Heart-Failure-Modell (SHFM) lag bei 63% (SD 23,2; Spanne 10 - 94).

Die häufigsten mittleren/starken Beschwerden (MIDOS) waren Luftnot (53%), Schwäche (50%), Müdigkeit (50%) und Appetitmangel (25%). 71% zeigten eine signifikante Belastung (DT>5) mit primär körperlichen (88%) und emotionalen (63%) Problemen. Einen fremdeneingeschätzten Versorgungsbedarf (Glare-Score ≥ 5) zeigten 85%.

Der MIDOS-Gesamtscore und DT korrelierten signifikant untereinander (r=0,55; p< 0,01), aber nur MIDOS auch mit der Fremdeinschätzung (r=0,197; p=0,03). Der Glare-Score (aber nicht MIDOS/DT) korrelierte signifikant mit der SHFM-Prognose (r=0,30; p=0,01).

Zusammenfassung: Pat. mit chronischer Herzinsuffizienz weisen eine hohe Symptomlast und große Belastung durch körperliche und emotionale Probleme auf. Die eingesetzten Instrumente scheinen geeignet sein, auch bei kardiologischen Patienten den palliativmedizinischen Versorgungsbedarf zu messen.

Parallelsitzung 23 Integration - Herausforderung & Chance: aktuelle Themen - 09.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 2 (Ebene 1)

Frühe Integration von Palliativversorgung in die Onkologie - Möglichkeiten der Förderung von Selbstwirksamkeit bei Angehörigen von Tumorpatienten

Bär K.¹, Preisler M.¹, Letsch A.¹, Goerling U.²

¹Charité Universitätsmedizin Berlin, Med. Klinik f. Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland, ²Charité Universitätsmedizin Berlin, Charité Comprehensive Cancer Center, Berlin, Deutschland

Fragestellung: Die Forderungen der Weltgesundheitsorganisation und der American Society of Clinical Oncology beinhalten spezialisierte Supportiv- und Palliativversorgung in die tumorspezifische Therapie ab Diagnosestellung zu integrieren. Im Rahmen von Integrated Palliative Cancer Care (IPCC) stehen Angehörige neben Patienten im Mittelpunkt der Behandlung. Selbstwirksamkeit (SW) ist eine Komponente, um neuartige, schwierige Anforderungen zu bewältigen. Untersucht werden Belastungen von Angehörigen unter Berücksichtigung der SW, um Ansatzpunkte zur Förderung der SW bei Angehörigen von Tumorpatienten im Sinne von IPCC zu formulieren.

Methodik: Zwei 90-minütige Fokusgruppen mit je vier Angehörigen ($N = 8$; 3 wbl.; Alter in Jahren: $M = 60.3$, $R = 44 - 70$,) wurden durchgeführt. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte anhand der allgemeinen SW, erhoben mittels Skala von Schwarzer und Jerusalem (1999). Angehörige mit SW, die unterhalb bzw. oberhalb des Median der Gesamtgruppe lag, bildeten je eine Fokusgruppe. Die Auswertung der Interviews orientierte sich an der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1976) und wurde durch ein Forschungsscolloquium validiert.

Ergebnis: Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass Angehörige ein unterschiedliches Bedürfnis nach Information und Teilnahme am Behandlungsprozess haben. Dies variiert über den Behandlungsverlauf. Hilflosigkeit wird insbesondere bei Konflikten mit Behandlern empfunden. Oft waren sich Angehörige über ihre Belastung und Unterstützungsmöglichkeiten nicht bewusst. Durch Gesprächsangebote, verständliche Informationen und klare Zwischenziele konnten sie selbstwirksam handeln.

Schlussfolgerung: Ein fortlaufender Austausch zwischen Angehörigen und multiprofessionellem Behandler-Team ist ein wichtiger Faktor für die Stärkung ihrer SW. Es erscheint sinnvoll darüber nachzudenken, die Belastungen der Angehörigen parallel zu denen der Patienten durch ein Screening zu erheben, um individuelle Unterstützung anbieten zu können.

Best Practice Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin an den von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Centern (CCCs)

Berendt J.¹, Stiel S.¹, Simon S.T.², Schmitz A.³, van Oorschoot B.⁴, Stachura P.¹, Ostgathe C.¹
¹Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland, ²Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland, ³Universitätsklinikum Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland, ⁴Universitätsklinikum Würzburg, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Würzburg, Deutschland

Hintergrund: Die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center (CCCs) stehen für die beste Behandlung von Patienten mit Krebs. Die spezialisierte Palliativmedizin (SPM) ist jedoch noch nicht umfassend in Klinik, Lehre und Forschung abgebildet und zwischen den CCCs heterogen.

Ziel: Identifizierung von Best-Practice-Kriterien zur Integration der SPM in den CCCs.

Methode: Ärzte, Pflege-, Forschungs- und Lehrpersonal ($N=52$) der SPM der geförderten 14 CCCs wurden 2015 zu einer Delphi-Befragung eingeladen. Zur Konsensfindung (Abbruchkriterium $\geq 80\%$) wurden 30 Statements nach Inhalt, Relevanz und Umsetzbarkeit auf einer 4-Punkt-Skala, inkl. Freitextfeld, bewertet und mit SPSS und MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse: Von der ersten bis zur dritten Delphi-Runde wurde ein Rücklauf von 45/52 (86,5%), 42/45 (93,3%) und 38/42 (90,5%) erzielt. Konsens erreichten 29 von 30 Empfehlungen. Die Empfehlungen zu Palliativdienst, Tagesklinik und Palliativambulanz, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Behandlungspfad für sterbende Patienten sowie Forschung wurden in der ersten Runde konsentiert. Mehr als eine Delphi-Runde war erforderlich für die Themen Zeitpunkt zur Integration der SPM, Palliativstation, regionale Vernetzung, Training zur Palliativmedizin und der Einbezug der SPM in Entscheidungsprozesse der Tumorbehandlung. Die Beteiligung der SPM an Entscheidungsprozessen der interdisziplinären Tumorkonferenzen oder -sprechstunden erreichte keinen Konsens (Zustimmung für Formulierung: 100%; Relevanz: 97,4%; Umsetzbarkeit: 76,3%), begründet durch Personalengpässe und Befürwortung der Einbindung des Palliativdienstes.

Schlussfolgerung: Die 29 Empfehlungen können zur Strategieentwicklung von CCCs beitragen, um Palliativmedizin frühzeitig im klinischen Bereich zu integrieren sowie umfassender im Forschungs- und

Lehrkontext zu berücksichtigen. Sie können zugleich Bewertungskriterien darstellen, um die Integration der SPM in den CCCs in Deutschland weiterzuentwickeln.

Parallelsitzung 19 Herausforderungen für die zukünftige Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliative Care - 09.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 3 (Ebene 1)

Entwicklung einer Schulung zum Umgang mit Todeswünschen von Patienten in palliativer Situation

Romotzky V.¹, Frerich G.¹, Galushko M.¹, Wolf J.², Voltz R.^{1,3,4}

¹Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland, ²Uniklinik Köln, Klinik I für Innere Medizin, Köln, Deutschland, ³Centrum für integrierte Onkologie, Köln/Bonn, Deutschland, ⁴Uniklinik Köln, Zentrum für klinische Studien, Köln, Deutschland

Ziel: Obwohl Mitarbeiter in der Palliativversorgung (PV) regelmäßig mit Todeswünschen (TW) von Patienten konfrontiert werden, herrscht große Unsicherheit beim Umgang mit diesen. Diese Studie richtet sich auf die Erhebung des konkreten Schulungsbedarfs in der allgemeinen und spezialisierten PV sowie auf die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Pilotschulungen zur Stärkung der Kompetenz der Mitarbeiter.

Methode: Zur Erhebung des Bedarfs wurden sieben Fokusgruppen mit Mitarbeitern der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung an vier Standorten von jeweils zwei Moderatoren durchgeführt. Diese wurden transkribiert und mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. Zudem wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt zu relevanten Curricula, Schulungen und Evaluationen zum Umgang mit TW. Treffen mit einem wissenschaftlichen Beirat sicherten die Qualität zusätzlich.

Ergebnisse: Ein Curriculum zum Umgang mit TW existiert bisher nicht. Als Kernpunkte für eine Schulung stellten sich heraus: Hintergrundwissen zu Typen und Funktionen von Todeswünschen sowie zu Suizid-Einschätzung, Interventionen und Rechtslage. Die Reflexion zur eigenen Einstellung zu Tod und TW und damit verbundenen Emotionen und Umgang mit Belastungen galten als essentiell. Bei der Schulung sollte auch berücksichtigt werden, dass Versorgende zum Teil unter einem hohen Zeitdruck stehen und es oft keine Kultur zum sensiblen Umgang mit TW am Arbeitsplatz gibt. Als Lehrmethoden wurden neben Vorträgen insbesondere multidisziplinärer Erfahrungsaustausch und Selbsterfahrung sowie praktische Erprobung gewünscht.

Schlussfolgerung: Aus Sicht der Mitarbeiter gibt es einen deutlichen Bedarf für Kompetenzsteigerung im Umgang mit TW. Um einen effektiveren und selbstbewussteren Umgang mit Todeswünschen zu erlernen, ist daher die Entwicklung, Durchführung, und Evaluation einer Schulung hilfreich. Hierbei wird eine Handlungsempfehlung sowie deren reflexive Erprobung als besonders wichtig angesehen.

Parallelsitzung 17 Integration - Herausforderung & Chance: Grenzbereiche der pädiatrischen Palliativversorgung - 09.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 4 (Ebene 1)

Perinatale Palliative Care bei lebenslimitierender Erkrankung des Ungeborenen: Eine qualitative Interviewstudie mit SchwangerenberaterInnen

Flaig F.¹, Lotz J.¹, Knochel K.¹, Führer M.¹

¹Dr. von Haunersches Kinderspital, Kinderpalliativzentrum München, München, Deutschland

Hintergrund und Ziele: Pränatal diagnostizierte lebenslimitierende Erkrankungen des Ungeborenen lösen bei den Eltern häufig große Angst und Unsicherheit aus. In Studien aus dem angloamerikanischen Raum entschieden sich 40-85% der Paare für die Fortführung der Schwangerschaft, wenn ihnen Perinatale Palliative Care (PPC) zur Verfügung stand. Ziel dieser Studie ist zu klären, ob SchwangerenberaterInnen (SB) einen Bedarf für PPC in Deutschland sehen und wie dieses Angebot aussehen könnte.

Methodik: Es wurden halbstrukturierte Interviews mit neun SB von Schwangerenberatungsstellen

verschiedener Träger in Bayern geführt. Die TeilnehmerInnen wurden nach vorab definierten Kriterien ausgewählt, um eine möglichst breite Repräsentativität zu erreichen. Die Auswertung erfolgte induktiv mit Descriptive, Evaluation und Magnitude Coding nach Saldana.

Ergebnisse: Nach Ansicht der SB werden häufig keine Alternativen zum Abbruch aufgezeigt, ärztlicherseits wird häufig Entscheidungsdruck aufgebaut, und die psychosozialen und emotionalen Aspekte werden zu wenig beachtet. Unterstützungsbedarf der Eltern besteht u.a. zu folgenden Themen: Schuld, Entscheidungsfindung, Diagnose/Prognose, Verlauf der Geburt und mögliches Leiden des Kindes, sowie Sterbebegleitung. Eltern fürchten, dass die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, gesellschaftlich nicht akzeptiert wird. Aus Sicht der SB könnte ein PPC Programm die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft „normalisieren“. Sie würden ein multiprofessionelles, strukturiertes PPC-Programm begrüßen, das in bereits bestehende Strukturen integriert ist und die Wahlfreiheit gewährleistet.

Schlussfolgerung: Eine strukturierte PPC könnte nach Ansicht der SB die multiprofessionelle Betreuung der Familien ergänzen und der größten Sorge der Eltern - dass das Kind leidet - kompetent begegnen.

Partizipative Entscheidungsfindung in der pädiatrischen Onkologie: Prospektive Fragebogen-Studie mit Eltern und Ärzten

Rost M.¹, Wangmo T.¹, Niggli F.², Kühne T.³, Elger B.¹

¹Institut für Bio- und Medizinethik, Basel, Schweiz, ²Kinderspital, Zürich, Schweiz,

³Universitätskinderspital, Basel, Schweiz

Einleitung: Entscheidungen in der pädiatrischen Onkologie sind komplex. Verschiedene Parteien sind beteiligt und müssen eine Behandlungsentscheidung treffen, die dem Wohle des Kindes dient. Die entwicklungsabhängige Involvierung des Kindes sowie die Zusammenarbeit mit den Eltern sind grundlegende Prinzipien. Die Studie untersucht, wie Entscheidungen in der pädiatrischen Onkologie getroffen werden.

Methode: Daten wurden in acht der neun Spitäler der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologie Gruppe gesammelt. 91 Eltern und 20 behandelnde Ärzte machten Angaben zu 151 Patienten (< 18 Jahre). Die Angaben der Eltern und Ärzte wurden mithilfe des Wilcoxon-Tests hinsichtlich folgender Variablen verglichen: Informationsweitergabe durch die Ärzte, Kompetenzen der Kinder am Entscheidungsprozess teilzunehmen, krankheitsbezogene Informationen sowie partizipative Entscheidungsfindung.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern die von den Ärzten erhaltenen Informationen geringer einschätzten. Darüber hinaus schätzten Eltern ihre Kinder kompetenter ein, Diagnose und Prognose ihrer Erkrankung zu verstehen. Zugleich bewerteten Eltern das Leiden ihrer Kinder sowie die erwartete Behandlungsdauer höher. Mit Blick auf die Entscheidungsfindung gaben die Eltern eine größere kindliche Zufriedenheit an. Schließlich nahmen Ärzte die von den Eltern präferierte Rolle im Entscheidungsprozess zwar korrekt wahr, doch hatten die Eltern tatsächlich eine zu passive Rolle inne.

Diskussion: Ärzte sollten nicht voraussetzen, Eltern verstünden die ihnen gegebenen Informationen hinreichend. Stattdessen gilt es, klare Informationen zu geben, das elterliche Verständnis aktiv zu eruieren und wenn nötig auf ein korrektes Verständnis hinzuwirken. Zudem sollten Ärzte gezielter auf die Realisierung der von den Eltern präferierten Rolle im Entscheidungsprozess hinarbeiten. Schließlich sollten systematische Unterschiede zwischen elterlicher und ärztlicher Perspektive auf das Kind berücksichtigt werden.

Parallelsitzung 30 Gesellschaft - aktuelle Themen - 09.09.2016 - 14:00-15:30 - Saal 5 (Ebene 1)

Modell Palliativbeauftragter im Krankenhaus - eine Projektvorstellung

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

¹Paul Gerhardt Diakonie e. V., Berlin, Deutschland, ²Evangelische Lungenklinik Berlin, Berlin, Deutschland, ³Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Deutschland

Das neue Hospiz- und Palliativgesetz hat unter anderem das Ziel, die Versorgung von palliativen Patienten im Krankenhaus zu stärken. Hierbei soll die spezialisierte Versorgung durch eine Stärkung der Palliativdienste im Krankenhaus oder durch Palliativstationen gewährleistet werden. Eine frühzeitige und langfristige Integration der Palliativmedizin für Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen im Krankenhaus bedarf jedoch darüber hinaus gehender Strukturentwicklungen. Das Projekt Palliativbeauftragter im Krankenhaus will in persona einen zentralen Bezugspunkt der Initiierung und Implementierung palliativer Versorgung in einer sowohl allgemeinen als auch spezialisierten Betreuungsausrichtung im Krankenhaus etablieren. Auftrag des Palliativbeauftragten ist, Krankenhausmitarbeiter für eine ethisch zugewandte, Lebensqualität sichernde Palliativversorgung zu sensibilisieren, krankenhauserne qualitative Handlungspfade zu etablieren und diese mit krankenhausexternen Strukturen zu vernetzen. Der Palliativbeauftragte soll langfristig Dreh- und Angelpunkt für alle palliativmedizinischen Fragen im Krankenhaus sein und als der zentrale Ansprechpartner eine frühzeitige, integrierte und personalisierte Versorgungskette für jeden bedürftigen Patienten sichern. Durch eine vorausschauende Versorgungsplanung und Schnittstellenmanagement soll erreicht werden, dass auch bei mehrfachem Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Palliativversorgung für den Patienten und seine Angehörigen ein verlässliches Behandlungskontinuum erhalten bleibt. Das Projekt „Palliativbeauftragter“ wird in den Einrichtungen der Paul Gerhardt Diakonie klinisch umgesetzt und wissenschaftlich von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin begleitet werden. Gemeinsam soll angestrebt werden, dass die Krankenkassen die Arbeit des Palliativbeauftragten mit Verweis auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung in die Regelversorgung übernehmen.

Palliativversorgung unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten - Evidenz aus Deutschland

Plaul C.¹

¹Gesundheitsökonomisches Zentrum, TU Dresden, Fakultät Wirtschaftswissenschaften, Dresden, Deutschland

Fragestellung: Deutschland baute seit der Jahrtausendwende ein umfassendes System der Palliativversorgung (PV) auf, wobei das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) den vorläufigen Höhepunkte markiert. Ziel dieser Arbeit war es, zu überprüfen, ob die PV-Institutionen in der gesetzlich/medizinisch angedachten Abfolge durchlaufen werden und ob Auswirkungen auf Mortalität und Gesundheitsausgaben bestehen.

Methodik: Es wurden Paneldaten der AOK PLUS (Sachsen und Thüringen) mit Krebspatienten, die zwischen 2009 und 2012 verstorben waren, verwendet (n=447.191). Die Palliativpatienten wurden entsprechend ihrer Inanspruchnahme gruppiert. Anschließend wurde für jede dieser Gruppen eine Kontrollgruppe mittels Propensity-Score-Matching gebildet. Es wurden die Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den PV-Institutionen berechnet, Kaplan-Meier-Überlebenskurven ermittelt und auf Gesundheitsausgaben mittels linearer (OLS) und nicht-linearer Modelle (Tobit) regressiert.

Ergebnis: In den meisten Fällen wurden PV-Institutionen erst sehr kurz vorm Tod in Anspruch genommen. Die Übergangswahrscheinlichkeiten legen nahe, dass die Reihenfolge der Nutzung den angestrebten Pfaden entsprach. Die Überlebenskurven deuten auf leichte Vorteile der Palliativpatienten hin. Ihre Gesundheitsausgaben waren im Durchschnitt signifikant höher als diejenigen der Kontrollgruppen.

Schlussfolgerung: Der relativ hohe Anteil von Palliativpatienten an den Verstorbenen deutet darauf hin, dass PV allgemein verfügbar war. Allerdings impliziert die sehr kurze Nutzungsdauer, dass das Wissen um die Angebote der PV noch gering war. In Kombination mit den höheren Durchschnittsausgaben der Palliativpatienten in der Stichprobe, lässt sich folgern, dass die PV eher als Ergänzung denn als Ersatz für eine Standard-Behandlung genutzt wird. Auch wenn die PV eindeutig nicht primär als Instrument zur Ausgabenreduzierung verstanden werden darf, sollten Möglichkeiten hierfür in der künftigen Forschung mehr Beachtung finden.

Diagnosis-Related Groups (DRGs) - eine adäquate Finanzierung der Palliativversorgung in Deutschland? Eine Analyse

Schildmann E.K.¹, Vogl M.^{2,3}, Leidl R.^{2,3}, Hodiament F.¹, Kalies H.¹, Maier B.O.⁴, Schlemmer M.⁵, Roller S.⁵, Bausewein C.¹

¹Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland, ²Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, München, Deutschland, ³Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, München, Deutschland, ⁴St. Josephs-Hospital Wiesbaden, Klinik für Palliativmedizin und Onkologie, Wiesbaden, Deutschland, ⁵Krankenhaus Barmherzige Brüder München, Abteilung Palliativmedizin, München, Deutschland

Hintergrund: Krankenhaus (KH)-Kosten und Kostentreiber in der Palliativversorgung (PV) sind wenig untersucht. Es ist unklar, ob die aktuellen German Diagnosis-Related Groups (G-DRGs), die auf der Hauptdiagnose basieren, die Kosten der stationären PV in Deutschland adäquat abbilden.

Ziel: Analyse der Kosten und der Erstattung für PV im KH und Identifikation von relevanten Kostentreibern.

Methoden: Standardisierte Kosten-Berechnung auf Patienten-Ebene und Analyse der Kostenerstattung in 2 deutschen KH (07/2012 - 12/2013). Einteilung der Patienten in Gruppe A (KH-Behandlung inklusive, aber nicht nur PV) und Gruppe B (nur PV). Für die Kosten der PV prädiktive Patienten- und Versorgungs-Charakteristika wurden mittels Generalisierter Linearer Modelle bestimmt und mit Classification and Regression Tree Analyse untersucht.

Ergebnisse: Die Gesamtkosten pro Fall waren in Gruppe A (n=2151) im Mittel € 7392 (SD=€ 7897) und in Gruppe B (n=784) € 5763 (SD=€ 3664), die Gesamterstattung pro Fall im Mittel € 5155 (SD=€ 6347) (Gruppe A) und € 4278 (SD=€ 2194) (Gruppe B). Für die Gruppen A/B wurden 58%/53% der stationären Gesamtkosten und jeweils 48%/53%, 65%/82% und 64%/72% der Kosten für Pflegende, Ärzte und Infrastruktur erstattet. Die Hauptdiagnose war nicht prädiktiv für die Kosten. Dauer der PV und Gesamtliegedauer (wie wegen der Kostenberechnungsmethode erwartet) wurden als signifikante Kostentreiber identifiziert.

Fazit: G-DRGs bilden die Kosten der PV nicht adäquat ab und verursachen eine Finanzierungslücke. Wahrscheinliche Gründe sind: 1) PV Patienten unterscheiden sich von Patienten auf Normalstationen in ihrer Komplexität 2) Merkmale, die aktuell für DRG-Gruppierung genutzt werden, bilden die Ressourcennutzung kaum ab. Ressourcennutzungs-basierte Kostendaten und Daten zu Kostentreibern, die die Komplexität der Patientensituation widerspiegeln, könnten als Basis für eine Weiterentwicklung des Systems dienen.

Bestands- und Bedarfserhebung der Hospiz- und Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz

Hesse M.¹, Woitha K.¹, Jaspers B.¹, Radbruch L.^{1,2}

¹Universitätsklinikum Bonn, Palliativmedizin, Bonn, Deutschland, ²Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Palliativmedizin, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (RLP) hat ein Gutachten zur Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) in Auftrag gegeben. Mit dem Gutachten soll geklärt werden, ob und inwiefern die HPV ausgebaut werden sollte, um eine gute Versorgung der Schwerstkranken und Sterbenden in dem von ihnen bevorzugten Umfeld zu ermöglichen.

Methode: Mixed Methods Design in Rapid Appraisal Technik durch Aufbereitung und deskriptive Auswertung von Datenbanken (z.B. statistisches Landesamt, Landesärztekammer, Krankenhausstatistik und Wegweiser) und Triangulation qualitativer und quantitativer Erhebungen mit Hilfe halbstrukturierter Interviews und Fokusgruppen mit Leistungserbringern (ambulant und stationär). Die Interviews wurden als Audiodatei aufgenommen, transkribiert und mit dem Programm MaxQDA inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die quantitative Datenanalyse zeigt, dass die Palliativversorgung in RLP insbesondere

im ambulanten Sektor und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung noch unzureichend ausgebaut ist. Die HPV im stationären Bereich liegt nur knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Regional zeigt sich ein sehr unterschiedlicher Ausbaugrad. Die qualitative Analyse zeigt, dass die regionale Verfügbarkeit von gewachsenen Strukturen abhängt. Regional haben Netzwerke und gute Kooperationen einen höheren Stellenwert als neu zu schaffende Strukturen.

Diskussion: Ein weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ist vor allem im ambulanten Bereich, aber trotz der erreichten Versorgungsdichte auch im stationären Bereich dringend notwendig. Dieser Ausbau sollte gezielt regional gesteuert werden, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Die Versorgung von Nichttumorpatienten wird erschwert durch Vorgaben der Kostenträger. Eine Verbesserung der Schnittstellenproblematik könnte durch die Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen bereits im Krankenhaus erreicht werden.

Parallelsitzung 28 Gesellschaft - Selbstbestimmung am Lebensende - 09.09.2016 - 15:45-17:15 - Saal 1 (Ebene 1)

Haltungen zur Palliativversorgung und zur ärztlich assistierten Selbsttötung - eine repräsentative Bevölkerungsumfrage

Jünger S.¹, Schneider N.¹, Wiese B.¹, Vollmann J.², Schildmann J.²

¹Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover, Deutschland, ²Ruhr-Universität Bochum, Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Bochum, Deutschland

Hintergrund: Im Zuge der gesetzlichen Regelung zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie zur assistierten Selbsttötung im November 2015 fand eine intensive öffentliche und gesundheitspolitische Diskussion statt. Empirische Daten zu Präferenzen und Werthaltungen der Bevölkerung sind in diesem Kontext von Belang. Ziel dieser Arbeit war daher die Erhebung von Einstellungen zu Palliativversorgung und ärztlich assistierter Selbsttötung.

Methodik: Im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage wurden im Juni 2015 n=1.598 Bürger/innen zu gesundheitsbezogenen Themen befragt. Der Fragebogen beinhaltete ein vorab pilotiertes Modul zu würdigem Sterben und ärztlich assistierter Selbsttötung. Die Datenauswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistiken und bivariater Analysen (χ^2 -Tests).

Ergebnis: Vorrangigste Aspekte für ein würdiges Sterben waren Freiheit von Schmerzen (54%), zu Hause zu leben (48%) sowie im Kreis von Familie und Freunden zu sein (47%). Nahezu 40% der Befragten konnten sich vorstellen, das eigene Leben trotz guter Palliativversorgung unter bestimmten Bedingungen vorzeitig beenden zu wollen. Hinsichtlich der erwarteten Konsequenzen, wenn Ärzte Hilfe bei der Selbsttötung leisten dürften, gaben 77% an, dass dadurch unnötiges Leiden verringert werden könnte; zugleich fürchteten 46% die Gefahr des Missbrauchs. Mehr als die Hälfte (58%) der Befragten war der Auffassung, dass Ärzte vorher mit einem palliativmedizinisch qualifizierten Kollegen Therapieoptionen zur Linderung von Leiden diskutiert haben sollten.

Schlussfolgerung: Die Antworten zeugen von einer differenzierten Einstellung unter den Befragten. Ein breit aufgestelltes palliativmedizinisches Versorgungsangebot in Verbindung mit einem gesetzlichen und berufsrechtlichen Handlungsspielraum für die wenigen Patienten, die ihr Leben mit Unterstützung ihrer Ärzte selbst beenden wollen, scheint den Präferenzen und Werthaltungen von Menschen in der letzten Lebensphase am angemessensten Rechnung zu tragen.

Parallelsitzung 24 Qualität - Herausforderungen & Chance: Kooperationsmodelle in der ambulanten Palliativversorgung - 09.09.2016 - 15:45-17:15 - Saal 4 (Ebene 1)

Wie beeinflusst SAPV die Arbeit ambulanter Hospizdienste? - eine deutschlandweite Befragung

Heiß K.¹, Jansky M.¹, Nauck F.¹, Marx G.¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

Ambulante Hospizdienste (AHDs) werden in der Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) explizit als Kooperationspartner genannt. Welche Auswirkungen hat die Implementierung von SAPV auf die Arbeit der AHDs und welche Veränderungen für deren Rolle ergeben sich daraus?

Bundesweit wurden AHDs gebeten, einen Fragebogen zur Zusammenarbeit mit SAPV und Auswirkungen auf ihre Arbeit auszufüllen. Die Rekrutierung erfolgte als Schneeballsystem, so dass keine Aussage über die Response-Rate möglich ist. Deskriptiv-statistische Analyse.

Die 219 teilnehmenden AHDs verfügten überwiegend (90,4 %) über eine hauptamtliche Koordination und versorgten ausschließlich/überwiegend Erwachsene (85,4 %, reine Kinderhospizdienste: 1,4 %). Nur 6,4 % der Dienste wurden nach der Einführung von SAPV 2007 gegründet. Die Mehrheit nimmt einen Einfluss von SAPV auf die Hospizarbeit an (95,9 %), mehr als die Hälfte glaubt, dass SAPV die Arbeit im Netzwerk sowie die Kontaktaufnahme zu Patienten sehr/eher unterstützt (56,6/59,8 %). 94,5 % haben Erfahrungen mit SAPV-Teams, die bei 79,4 % sehr/eher gut sind, bei 11 % aber auch eher/sehr schlecht. 65,3 % haben einen Kooperationsvertrag mit mindestens einem SAPV-Team (bis zu 5). Bei 51,6 % haben die Begleitungsanfragen durch SAPV eher/sehr zugenommen, bei 18,8 % eher/sehr abgenommen. Als Veränderung des Aufgabenspektrums durch die SAPV werden vor allem weniger Palliativberatungen, mehr Beratungen zu SAPV und Versorgungsstrukturen sowie mehr Teamsitzungen angegeben.

Der Einfluss durch und die Interaktion mit der SAPV werden von den AHDs überwiegend positiv erlebt, es gibt aber auch negative Erfahrungen. In der Weiterbildung der Koordinatorinnen sollte zukünftig mehr Wert auf Netzwerkarbeit und -entwicklung gelegt werden. In der Praxis könnte die Einführung der SAPV eine Konzentration auf psychosoziale Aspekte der ehrenamtlichen Begleitung als eigentlichen Kern der Hospizarbeit bewirken.

Ziele, Aufträge und Arbeitsweisen hospizlich-palliativer Versorgungsnetzwerke

Herbst F.¹, Heckel M.¹, Stiel S.¹, Ostgathe C.¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland

Hintergrund: Bisher sind bewährte Strukturen und Faktoren der Zusammenarbeit in hospizlich-palliativen Versorgungsnetzwerken nicht strukturiert erfasst und daher anderen Netzwerken nicht direkt zugänglich. Das Projekt verfolgt das Ziel, einen Überblick förderlicher Rahmenbedingungen und Gestaltungsformen für Versorgungsnetzwerke zu erstellen.

Methoden: Daten wurden in semistrukturierten Interviews mit 10 Koordinatoren aus 10 bayerischen Hospiz- und Palliativnetzwerken erhoben (März bis Juni 2015). In einer Diagnosewerkstatt (November 2015) wurden die Interviewergebnisse mit 8 Vertretern aus 5 Netzwerken diskutiert. Einzelinterviews und Diskussion der Diagnosewerkstatt wurden auf Tonband aufgenommen, wortwörtlich transkribiert und mit Hilfe der qualitativen Datenanalyse-Software MAXQDA analysiert.

Ergebnisse: Zwei Hauptthemen sind aus der Auswertung hervorgegangen: 1) Verständnis, Ziele und Aufträge der Netzwerke und 2) Arbeit in den Netzwerken. Als zentrale Netzwerkaufgabe inmitten beider Themen steht der sinnvolle Ressourceneinsatz für schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen durch eine Vernetzung regionaler ambulanter und stationärer Angebote. Die Gestaltungsformen der Netzwerke sind generell flexibel; Netzwerke können je nach Patient und individueller Situation erweitert werden und haben feste Mitglieder, aber auch lockere Kooperationspartner. Der schnelle, direkte persönliche Austausch sowie Fallanalysen sind für die alltägliche Arbeit von besonderer Bedeutung.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen eine Vielfalt in der Ausgestaltung von Netzwerken, auch wenn oftmals vergleichbare Themen der Netzwerkgestaltung und -arbeit im Mittelpunkt stehen. Erfahrungen und Visionen der Netzwerker werden zur Erstellung einer Handreichung für den Aufbau und die Gestaltung neuer Netzwerke sowie die Ausgestaltung bestehender Netzwerke beitragen.

Danksagung: Das StMGP fördert das vorliegende Forschungsprojekt.

Parallelsitzung 25 Integration - Herausforderung & Chance: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - 10.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 2 (Ebene 1)

Analyse von Krankenhauseinweisungen in der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativbetreuung)

Heller S.^{1,2}, Frenzel R.¹, Schuler U.¹, Heller A.R.²

¹Universitätsklinikum Dresden, PalliativCentrum, Dresden, Deutschland, ²Universitätsklinikum Dresden, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Dresden, Deutschland

Ziel der SAPV ist es, schwerstkranke Menschen zu unterstützen, wenn möglich bis zu deren Tod im vertrauten Umfeld. Unnötige Krankenhauseinweisungen (KH-EW) sollen vermieden werden. Dennoch kann es im Verlauf von SAPV Betreuungen zu Krankenhauseinweisungen kommen. Zum Verständnis von Faktoren die zu Einweisungen führen, wurde nach Einholung eines Ethikvotums eine retrospektive Analyse von 81 SAPV Patienten durchgeführt. Tab.1 u 2 zeigen einige der untersuchten Faktoren.

	ohne Krankenhauseinweisung (n=50)	mit Krankenhauseinweisung (n=31)	Signifikanzniveau
Dauer SAPV [Tage ±SD]	29 (31)	46 (34)	0,018
Wohnsituation in Pflegeeinrichtung [n(%)]	12 (85,7)	2 (14,3)	0,068
Eine Betreuungsperson immer vor Ort [n(%)]	30 (60)	20 (40)	↓
Mehrere Betreuungspersonen immer vor Ort [n(%)]	15 (79)	4 (21)	↓
alleinstehend keine Bezugspersonen [n(%)]	0 (0)	3 (100)	0,059
Pflegedienst mit beteiligt [n(%)]	44 (69)	20 (31)	0,02
Schmerztherapie zufriedenstellend [n(%)]	30 (56)	24 (44)	↓
Schmerztherapie nicht zufriedenstellend [n(%)]	14 (67)	7 (33)	n.s.
noch laufende Chemotherapie [n(%)]	5 (42)	7 (58)	n.s.

[Faktoren Krankenhauseinweisung]

Überlastung der Pflegeperson Hauptgrund f. EW [n(%)]	5 (16)
Überlastung der Pflegeperson Nebengrund f. EW [n(%)]	7 (23)
Einweisung aufgrund von NW tumorgerichteter Therapie [n(%)]	0 (0)
Vorliegendes Symptom Fieber [n(%)]	3 (10)
Vorliegendes Symptom Unruhe / Delir [n(%)]	4 (13)
Vorliegendes Symptom Übelkeit / Erbrechen [n(%)]	6 (20)
Vorliegendes Symptom Schmerzen [n(%)]	8 (27)
Vorliegendes Symptom Dyspnoe [n(%)]	10 (33)
Vorliegendes Symptom AZ-Verschlechterung / Schwäche [n(%)]	22 (73)

[Situation bei Aufnahme]

Im Durchschnitt erfolgten pro Patient 1,3 KH-EW. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang der SAPV-Dauer mit der Anzahl der Einweisungen. Tendentiell scheinen psychosoziale Faktoren wie die Wohnsituation das Stattfinden einer KH-EW zu beeinflussen. Bei stationärer Aufnahme stehen schwer kontrollierbare Symptome wie Schwäche ebenso wie die Überlastung der Pflegepersonen im Vordergrund. Krankenhaus Einweisungen fanden seltener statt, wenn zur Unterstützung ein Pflegedienst mit eingebunden war. Weiterführende Analysen sollen diese Fragestellung genauer beleuchten.

Parallelsitzung 26 Integration - Herausforderung & Chance: Trauer - 10.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 3 (Ebene 1)

„Dieses große Tabu des absoluten Verlustes“ - Gesellschaftliche relevante Vorstellungen vom Lebensende

Schulz C.¹, Dunger C.², Seidlein A.-H.², Schallenburger M.², Piechkamp F.², Schnell M.W.²

¹Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience (IoPPN), King's College, London, Vereinigtes Königreich, ²Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik, Witten/Herdecke University, Witten, Deutschland

Hintergrund: Der Tod ist ein unausweichliches Ereignis im Leben eines jeden Menschen. Vorstellungen über den Tod enthalten gesellschaftliche, professionelle und existenzielle Aspekte. Die Konfrontation mit dem eigenen oder fremden Tod und deren Auswirkung auf den Einzelnen können sehr unterschiedlich sein.

Methodik: Das BMBF-geförderte Diskursprojekt „30 Gedanken zum Tod“ ist mit einer interviewbasierten Begleitforschung verbunden, die sich der Vorstellung vom Tod in unserer Gesellschaft widmet. Dazu werden Perspektiven von Experten (z.B. Juristen), Begleitern, die sterbenden und verstorbenen Menschen nahe sind, und Menschen, die eine existenzielle Situation erlebt haben, analysiert. Die im Rahmen des Diskurses durchgeführten Interviews zu Einstellungen, Vorstellungen und Erfahrungen im Umgang mit dem Lebensende wurden transkribiert und mittels Framework Analysis ausgewertet.

Ergebnisse: 30 Interviews mit 10 Experten, 13 Begleitern und 8 Patienten werden analysiert. Zwei Teilnehmer konnten je zwei der Perspektiven einnehmen. Die Befragten, die selbst eine existenzielle Situation erlebten, sehen den Tod als das Ende weiterer Möglichkeiten. Das bisher gelebte Leben und erreichte Ziele können Einfluss auf die Akzeptanz der Endlichkeit nehmen.

Die sich beruflich auf der Meta-Ebene mit dem Tod beschäftigenden Experten, ziehen daraus Schlüsse für ihren eigenen Tod - nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme assistierten Suizids. Für Begleiter ist das Ende des Dialoges mit dem Verstorbenen zentral: Viele Fragen bleiben für immer offen. Der Tod ist außerdem beruflicher Alltag, aber vieles von dem was sie dort erleben, erfahren sie als mit Anderen nicht teilbar.

Schlussfolgerungen: Todesvorstellungen sind durch das persönliche und berufliche Erleben der Menschen beeinflusst. Je nachdem wann, wie, und unter welchen Umständen der Tod auftritt ist er mit verschiedenen Emotionen verbunden. Was der Tod markiert und somit bedeutet, ist individuell zu verstehen.

Parallelsitzung 27 Qualität - Herausforderungen & Chance: Palliativmedizin und Arzneimittelstudien - 10.09.2016 - 11:00-12:30 - Saal 4 (Ebene 1)

Vergleich durststillender Interventionen in einem humanen Surrogat Modell von Xerostomie

Krumm N.¹, Küpper H.¹, Rolke R.¹

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

Hintergrund: Xerostomie bei sterbenden Patienten wird häufig mit einem belastenden Durstempfinden und einer konsekutiven Minderung von Lebensqualität in Verbindung gebracht. Dennoch gibt es bis jetzt keine signifikante Evidenz, die die durstlindernde Effizienz von Mundpflege im Vergleich zu Infusionsbehandlung bei Palliativpatienten zeigt. Da Forschung an sterbenden Patienten immer eine ethische Herausforderung ist, fokussiert sich diese Studie auf durstige gesunde Probanden in einem humanem Surrogat Modell von Xerostomie.

Methodik: In einem randomisierten kontrollierten balanzierten cross-over Design erhielten 16 gesunde Probanden Kombinationen von intraoraler Mundpflege (Sprühstoß von 7° Celsius kaltem Wasser) oder intendierter Sham Mundpflege (Anfeuchten der Lippen mit Wasser in Raumtemperatur) in 30 Minuten Intervallen und entweder 500ml (Intervention) oder 50ml (Sham Infusion) NaCl 0.9%ige Lösung intravenös über vier Stunden bei vier Untersuchungsterminen. Jeder Proband durfte 12 Stunden vor der Untersuchung keine Flüssigkeiten zu sich nehmen und wurde während der Untersuchung gebeten, durch den Mund zu atmen. Die Erhebung der Effekte auf das Durstempfinden wurde mittels einer numerischen Rating Skala (0-100) durchgeführt. Die Daten wurden mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen (repeated measurement ANOVA) analysiert.

Resultate: Lippenbefeuchtung war effektiver als intraorale Mundpflege und senkte die Durstintensität um bis zu 20%, wenn gleichzeitig 125ml/h Infusion lief. Lippenbefeuchtung war effektiver als intraorale Mundpflege und senkte die Durstintensität um bis zu 18% auch bei Sham Infusion 12,5ml/h.

Zusammenfassung: Lippenbefeuchtung oder Intraorales Sprühen von kühlem Wasser kann Durst eher lindern als Infusionstherapie. Extrapoliert auf die Situation sterbender Patienten mit Durst betonen diese Ergebnisse die wichtige Rolle von Pflegenden, die eine effektive Mundpflege anbieten.

Existentiell Behaviorale Therapie: Neue Kurzzeit-Intervention für Angehörige von Palliativpatienten

Fegg M.¹, Stöckle H.¹, Schmidt M.¹, Zierl V.¹, Haarmann-Doetkotte S.¹, Bausewein C.¹

¹Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

Hintergrund: Die kürzlich entwickelte Existentiell Behaviorale Therapie (EBT) konnte im Gruppensetting (insg. 22h) positive Langzeiteffekte auf Lebensqualität und Symptombelastung bei Angehörigen nachweisen. Wegen einer geringen Teilnahmequote wurde eine Kurzzeit-EBT (insg. 2h) im Einzelsetting entwickelt. Ziel war es die Feasibilität des veränderten Angebotes zu prüfen.

Methoden: Angehörige erhielten zwei manualisierte Gespräche (1. Achtsamkeit, 2. Ressourcenaktivierung). Zu vier Messzeitpunkten (Prä-Treatment t1, Post-Treatment t2, 4-Wochen-Katamnese t3, 6-Monats-Katamnese t4) wurde deren Lebensqualität und psychische Belastung mit Hilfe des General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), World Health Organisation Quality-of-Life Scale-BREF, Satisfaction with Life Scale, Positive and Negative Affect Scale (PANAS) sowie numerischen Ratingskalen erhoben. Außerdem wurden 4 Wochen nach den Gesprächen semistrukturierte qualitative Interviews durchgeführt und mittels Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: 44/102 (43,1%) Angehörige erklärten ihr Einverständnis; die Drop-out-Rate lag bei 29,5%. Die verbleibenden 31 Angehörigen zeigten statistisch signifikante Verbesserungen im GHQ-12 t1/t3 (p=.024), t1/t4 (p=.009); BSI-18 t1/t4 (p=.012), psychischer Belastung t1/t2 (p=.001), t1/t3 (p=.025), t1/t4 (p=.001) und PANAS-negative Emotionen t1/t2 (p=.019), t1/t3 (p=.014), t1/t4 (p=.001). In den Interviews wurde die innere Distanz von belastenden Gedanken durch Achtsamkeit sowie der Zugang zu positiven Emotionen durch Stärkung der eigenen Kraftquellen als hilfreich geschildert.

Diskussion: Die neu entwickelte Kurzzeitintervention scheint sich als durchführbar und möglicherweise wirksam zu erweisen. Die Teilnehmeraten und Dropout-Quoten waren im Vergleich zur Vorgängerstudie zufriedenstellend. Daher soll eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Überprüfung deren Wirksamkeit durchgeführt werden.