

13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Datum/Ort:
9. bis 12. September 2020, Wiesbaden

Kongresspräsidenten:
Dr. Bernd-Oliver Maier, Michaela Hach, Dr. Kurt W. Schmidt
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

2	Vortrag	44	Projekte/Best Practice
2	Parallelsitzung - Best Abstracts "Palliativversorgung auf den Punkt gebracht" 09.09.2020 15:00–17:00 Terrassensaal D-E	44	Stationäre Patientenversorgung
4	Parallelsitzung - Best Abstracts "Forschen fürs Tun" 10.09.2020 15:00 – 17:00 Terrassensaal D-E	49	Ambulante Patientenversorgung
6	Parallelsitzung - Best Abstracts "Heute Projekt ... morgen Best Practice?" 11.09.2020 15:00 – 17:00 Uhr Terrassensaal D-E	54	Schnittstellenversorgung
9	Parallelsitzung - Best Abstracts "Herausforderungen in Theorie und Praxis" 12.09.2020 15:00–17:00 Uhr Terrassensaal D-E	55	Strukturentwicklung und Netzwerkarbeit
11	Poster	60	Umsetzungsprojekt der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen
11	Wissenschaftliches Abstract	60	Freies Thema
11	Grundlagenforschung zur Palliativversorgung	64	Namenverzeichnis
15	Innovative Umsetzung von Palliativversorgung		
20	Individuethische und organisationsethische Aspekte		
22	Finanzierung und Qualität in der Palliativversorgung		
26	Ergebnismessung/Outcome Messung		
36	Freies Thema		

Vortrag

Parallelsitzung - Best Abstracts "Palliativversorgung auf den Punkt gebracht"

09.09.2020 15:00–17:00 Terrassensaal D-E

V1: 15:00–15:15 Uhr Symptomlast in der SAPV und AAPV im zeitlichen Verlauf – eine prospektive Patientenbefragung im Rahmen der APVEL-Studie [327]

Autoren Krumm N¹, Joshi M², Dillen K², Brunsch H³, Hesse M³, Voltz R², Radbruch L³, Rolke R¹

Institut 1 Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland; 2 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 3 Uniklinik Bonn, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714781

Fragestellung Das APVEL-Projekt ist eines von drei geförderten G-BA Innovationsfonds-Projekten mit dem Ziel, die SAPV-Richtlinie des G-BA zu evaluieren. Fokus des Teilprojekts war es Konzepte von Wirksamkeit von SAPV im Vergleich zur AAPV in städtischen und eher ländlichen Regionen zu beschreiben.

Studiendesign Berichtet werden Daten des Integrated Palliative Care Outcome Score (IPOS) von n=215 PatientInnen aus der prospektiven Befragung. Diese wurde in Nordrhein, einer Region mit etablierten Strukturen von sowohl AAPV und SAPV durchgeführt.

Methodik IPOS ist ein validiertes 5-Punkte-Likert-Instrument, das 10 Fragen zu körperlichen Symptomen enthält, aber auch psychosoziale Bereiche abdeckt. Der IPOS wurde durch zwei Single Item Fragen zu den Wirkungsdimensionen „Sicherheitsversprechen“ und „Alltagsrahmung“ basierend auf der Arbeit von Schneider et al (2015) ergänzt. In Intervallen von ungefähr fünf Tagen nach der initialen Erhebung vor Ort, wurden bis zu drei Follow-up Erhebungen per Telefon durchgeführt. Zur Datenanalyse wurde eine multivariate ANOVA durchgeführt.

Ergebnis SAPV PatientInnen zeigten einen höheren IPOS Summenscore gesamt und der körperlichen Symptome, sowie dem Symptom „Schwäche“, konstant im zeitlichen Verlauf, während die AAPV-Werte über die Zeit kontinuierlich abnahmen. Das erlebte „Sicherheitsgefühl“ war in der SAPV und auch AAPV konstant gut über die Zeit, aber immer besser in der Stadt verglichen mit dem Land. Dem Trend nach zeigte sich ein vergleichbares Bild für das Konstrukt „Normalität“ im Alltag.

Diskussion Die Ergebnisse legen nahe, dass Patientinnen in der SAPV gegenüber der AAPV eine höhere Symptomlast und schlechtere Funktionalität zeigten. Dieser Befund passt zu dem Umstand, dass SAPV PatientInnen sich näher am Sterbezeitpunkt befinden. Im zeitlichen Verlauf der SAPV gelang es eine Stabilisierung herbeizuführen und den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern.

Take Home Message für die Kongressbesucher Patientinnen in der SAPV zeigten eine höhere Symptomlast und schlechtere Funktionalität. Im zeitlichen Verlauf der SAPV konnte eine Stabilisierung erreicht werden.

V2: 15:20–15:35 Uhr Patientenperspektive auf die Wirkung und Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) [167]

Autoren Gebel C¹, Kruschel I¹, Rothaug J¹, Jansky M², Meissner W¹, Wedding U¹

Institut 1 Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin, Jena, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Göttingen - Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714782

Fragestellung Patienten in Palliativsituationen haben das Recht auf die Betreuung durch SAPV in ihrer eigenen Häuslichkeit. Ziel dieser Forschungsarbeit ist aus Perspektive von in der SAPV behandelten Patienten die Wirkung und Qualität der Betreuung durch die SAPV-Teams zu analysieren.

Studiendesign In einem Teilprojekt von SAVOIR (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede) erfolgte eine prospektive längsschnittliche Befragung zur Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientenperspektive

Methodik Die Stichprobe umfasst 1000 Patienten aus 42 SAPV-Teams aus 9 Bundesländern. Die Patientenbefragung erfolgte mit dem IPOS- zweimalig (t1: Patienteneinschluss; t2: 4-10 Tage nach Einschluss) und dem QUAPS-Fragebogen (Berghaus et al. 2019) einmalig zum t2 Zeitpunkt.

Ergebnis Die Patienten geben eine hohe Gesamtsymptomlast an. Sie haben im Durchschnitt 9,35 (SD = 2,90) körperliche oder psychosoziale Probleme. Im Vordergrund stehen eingeschränkte Mobilität, Schläfrigkeit und Schwäche. Zwischen den beiden Messzeitpunkten gelingt es in Teilen der Probleme, die Verschlechterung aufzuhalten. Die Betreuung durch die SAPV- Teams wird von den Patienten als sehr gut bewertet, vor allem die Zeit, die sich das Team nimmt, die achtsame Kommunikation und die Erwartungen an das Team. Die Gesamtsymptomlast ist dabei kaum mit der Gesamtzufriedenheit der Betreuung durch die SAPV-Teams assoziiert.

Diskussion Die Daten verdeutlichen die Relevanz der SAPV-Betreuung aus der Patientenperspektive. Sie sollte Teil eines Instruments zur Qualitätssicherung in der SAPV sein.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Patienten in der SAPV-Betreuung haben ausgeprägte körperliche und psychische Belastungen, deren Verschlechterung entgegengewirkt werden kann. Es besteht eine hohe Zufriedenheit mit der SAPV-Versorgung.

Offenlegungserklärung Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss, Kennzeichen: 01VSF16005

Quellenangaben [1] Berghaus D. et al. (2019). "Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (QUAPS) – Praktikabilität eines Fragebogens." Der Schmerz 33(3): 236–243.

V3: 15:40–15:55 Uhr Darstellung der Versorgungsqualität in der SAPV – Entwicklung, Pilotierung und Implementierung eines umfassenden Ansatzes [103]

Autoren Seipp H¹, Kuss K¹, Hach M², Becker D², Schütze D³, Engler J³, Plöger C³, Bösner S¹, Haasenritter J¹

Institut 1 Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland; 2 Fachverband SAPV Hessen e. V., Wiesbaden, Deutschland; 3 Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714783

Fragestellung Wie kann die Versorgungsqualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) dargestellt werden?

Studiendesign Der ELSAH-Studie, Arbeitspaket 1 (Förderung: Innovationsfonds G-BA, FKZ: 01VSF16006) liegt ein Mixed-Methods-Design zugrunde.

Methodik Zur Identifizierung von relevanten Themen wurden SAPV-Mitarbeitende, kooperierende Professionelle, Patientinnen/Patienten, Angehörige und Hinterbliebene in teilnehmende Beobachtungen (n=5), Interviews (n=60), und Fokusgruppen (n=3) eingebunden. Hierauf aufbauend wurde mittels einer Literaturübersicht und eines Expertenworkshops ein Ansatz zur Darstellung der Versorgungsqualität entwickelt. Dieser wurde in den hessischen SAPV-Teams pilotiert, überarbeitet und implementiert. Die Begleitevaluation erfolgte durch kognitive Interviews mit Patienten, Angehörigen und Hinterbliebenen (n=24), Fokusgruppen (n=6) und Befragung von SAPV-Mitarbeitenden (n=76), sowie Einzelfalldokumentationen (n=134).

Ergebnis Zur Darstellung der Versorgungsqualität muss eine umfassende Betrachtung der Versorgung unter Berücksichtigung verschiedener

Perspektiven erfolgen. Die zentralen Themen, welche zum Gelingen einer SAPV beitragen, müssen hierbei berücksichtigt werden. Es wurde ein konkreter Ansatz zur Darstellung der Versorgungsqualität entwickelt, bestehend aus einem Kerndatensatz, der in jedem Versorgungsfall angewandt wird, sowie einer zusätzlichen, regelmäßigen Befragung von Betroffenen.

Diskussion Die Auswertung und Interpretation von Daten zur Versorgungsqualität kann einzelfallbezogen und fallübergreifend zur Qualitätssicherung in der SAPV beitragen. Der entwickelte Ansatz bietet hierfür eine Grundlage. Für die Auswertung und Interpretation wird fachliche Expertise in der SAPV benötigt.

Take Home Message für die Kongressbesucher Zur Darstellung der Versorgungsqualität in der SAPV ist eine umfassende Betrachtung unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven, insbesondere der Sichtweise von Patientinnen/Patienten sowie deren Angehörigen notwendig.

Offenlegungserklärung Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

V4: 16:00–16:15 Uhr **Niederschwelliges Screening versus multidimensionales Assessment von Symptomen und psychosozialen Belastungen bei Krebspatienten ab dem Zeitpunkt der Inkurabilität“ (SCREBEL); APM-Screening-Studie [133]**

Autoren [Alt-Epping B¹](#), [Lordick F²](#), [Mehnert A³](#), [Oechsle K⁴](#), [van Oorschot B⁵](#), [Thomas M⁶](#), [Asendorf T⁷](#), [Solar S¹](#)

Institut [1 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland](#); [2 Universitätsklinikum Leipzig, Universitäres Krebszentrum Leipzig, Leipzig, Deutschland](#); [3 Universitätsklinikum Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland](#); [4 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Palliativmedizin, Hamburg, Deutschland](#); [5 Universitätsklinikum Würzburg, Klinik für Palliativmedizin, Würzburg, Deutschland](#); [6 Universitätsklinikum Heidelberg, Thoraxklinik, Heidelberg, Deutschland](#); [7 Universitätsmedizin Göttingen, Studienzentrum, Göttingen, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1714784](#)

Fragestellung Die strukturierte Erfassung von Symptomen und Belastungen kann zu einer Verbesserung diverser Aspekte von Lebensqualität, einer bedarfsorientierten palliativmedizinischen Mitbehandlung sowie zu einer Vermeidung von Fehl- und Übertherapie am Lebensende führen. Unklarheit besteht jedoch über die geeignete Erfassungsstrategie. Daher bedarf es vergleichender Daten aus klinischen Studien.

Studiendesign Wir stellen das Protokoll einer kontrollierten, randomisierten, unverblindeten, longitudinalen, multizentrischen Studie mit 35 Prüfzentren des Studiennetzwerks der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der DKG vor, die zwei unterschiedliche Strategien zur Erfassung von Symptomen und Belastungen in der Palliativsituation vergleicht.

Methodik Symptom- und Belastungserfassung unheilbar an Krebs erkrankter Patienten auf ihre Auswirkungen und weiteren Erkrankungsverlauf.

Im Screening-Arm wird ein niederschwelliges, wiederholtes Screening mittels NCCN Distress Thermometer und iPOS durchgeführt.

Im Assessment-Arm wird einmalig Symptome und Belastungen mittels FACT-entitätsspezifisch, PHQ4, SCNS-34-SF, iPOS- und NCCN Distress Thermometer erhoben.

Ergebnis Primärer Studienendpunkt ist die Lebensqualität nach 6 Monaten in beiden Armen. Sekundäre Studienendpunkte sind Zahl der Krankenhaustage und Häufigkeit des Einbezugs notfallbezogener, palliativmedizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen

Diskussion Mit Blick auf die anstehenden Änderungen in den Zertifizierungsanforderungen für Onkologische Zentren und Organkrebszentren wird die strukturierte Symptom- und Belastungserfassung eine große Rolle spielen. Die Studie kann einen wesentlichen Beitrag leisten, wie eine solche Erfassung ziel führend erfolgen kann

Take Home Message für die Kongressbesucher Zurzeit existieren unterschiedliche Konzepte und Strategien zur Erfassung von Symptomen und Belastungen und des resultierenden palliativmedizinischen Unterstützungsbedarfs. Die hier vorgestellte multizentrische Studie soll einen wesentlichen Beitrag zur Klärung leisten

Offenlegungserklärung Kein Interessenskonflikt

V5: 16:20–16:35 Uhr **Das letzte Lebensjahr: Nicht-Tumorpatient*innen sind benachteiligt. Ergebnisse der Studie „Das letzte Lebensjahr in Köln“ [123]**

Autoren [Strupp J¹](#), [Kasdorf A¹](#), [Gloria D¹](#), [Schippel N¹](#), [Rietz C²](#), [Voltz R^{1,3,4,5}](#)

Institut [1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland](#); [2 Pädagogische Hochschule Heidelberg, Arbeitsbereich Mixed-Methods-Research, Heidelberg, Deutschland](#); [3 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Köln, Deutschland](#); [4 Centrum für integrierte Onkologie \(CIO\)-Standort Köln, Köln, Deutschland](#); [5 Zentrum für Klinische Studien Köln, Köln, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1714785](#)

Fragestellung Tumorpatient*innen (T) und Nicht-Tumorpatient*innen (NT) mit unheilbarer Erkrankung leiden unter ähnlichen Symptombelastungen. Die Überweisung von NT an die Palliativversorgung ist jedoch relativ selten. Eine differenzierte Analyse der Versorgung von T und NT im letzten Lebensjahr ist erforderlich.

Studiendesign Retrospektive Mixed-Methods Datenerhebung.

Methodik Der postalisch verschickte Fragebogen umfasste die deutsche Version von VOICES zur Erfassung der Inanspruchnahme und Bewertung von Versorgungsleistungen im letzten Lebensjahr. Befragt wurden Nahestehende von in Köln verstorbenen Personen.

Ergebnis Analysiert wurden Angaben von 351 Nahestehenden (72% weiblich; Alter: \bar{x} 61,9 Jahre) zu in Köln Verstorbenen (repräsentativ für Geschlecht und Alter für die im Jahr 2017 verstorbenen Kölner*innen), davon 209 T und 142 NT. T waren deutlich jünger (\bar{x} 71,3 Jahre) als NT (\bar{x} 84,2) ($p = .000$). 60,2% der NT und 22,2% der T wurde nicht mitgeteilt, dass ihre Erkrankung zum Tode führen könnte ($p = .000$), über einen zeitnahen Tod wurden 66,9% der NT und 41,6% der T nicht unterrichtet ($p = .000$). T haben in ihrem letzten Lebensjahr signifikant häufiger Versorgungsübergänge ($\bar{x} = 4.10$, vs. $\bar{x} = 3.15$, $p = .016$) und Krankenhausaufenthalte als NT ($\bar{x} = 2.24$, vs. $\bar{x} = 1.73$, $p = .017$). Auch im letzten Lebensmonat haben T signifikant häufiger Übergänge ($p = .035$). Insgesamt suchen T häufiger einen Facharzt auf ($p = .002$), NT einen Hausarzt ($p = .002$). T werden häufiger durch SAPV (50,0% vs. 22,9%, $p = .000$), aber auch auf der Palliativstation (43,8% vs. 4,2%, $p = .000$) oder im Hospiz (27,8% vs. 5,2%, $p = .000$) versorgt.

Diskussion Während T häufiger über ihre unheilbare Erkrankung sowie unmittelbar bevorstehenden Tod unterrichtet werden als NT und häufiger durch AAPV oder SAPV betreut werden, fällt die Identifikation von NT, die einer palliativen Versorgung bedürfen, nach wie vor schwer.

Take Home Message für die Kongressbesucher Nicht-Tumorpatient*innen sind hinsichtlich der Einschätzung palliativen Bedarfs und der teilweise fehlenden Kommunikation einer unheilbaren Erkrankung im Vergleich zu Tumorpatient*innen benachteiligt.

Offenlegungserklärung BMBF Förderung #01GY1606

Quellen [1] Moens K, Higginson IJ, Harding R. On behalf of EURO IMPACT. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *J Pain Symptom Manag.* 2014;48:660–77.

[2] Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manag.* 2006;31:58–69.

[3] Zheng L, Finucane AM, Oxenham D et al. How good are we at identifying patients who need palliative care: a mixed methods study. *Eur J Palliat Care.* 2013;20:2016–222.

[4] Lastrucci Vieri, D'Arienzo Sara, Collini Francesca, Lorini Chiara, Zuppiroli Alfredo, Forni Silvia et al. (2018): Diagnosis-related differences in the quality of

end-of-life care: A comparison between cancer and non-cancer patients. In: *PLoS one* 13 (9), e0204458. DOI: 10.1371/journal.pone.0204458.

V6: 16:40–16:55 Psychotherapie für alte Menschen mit Depression und Pflegebedarf: Das Innovationsfonds-Projekt PSY-CARE – Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen in der Palliativsituation. [290]

Autoren Demmerle C¹, Kessler E-M¹, Tegeler C¹, Gellert P², Beyer A-K², Grohé J¹, Nordheim J², Vathke C¹

Institut 1 MSB Medical School Berlin, Projekt: PSY CARE, Berlin; 2 Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Berlin

DOI 10.1055/s-0040-1714786

Idee/Ziel Depressionen betreffen Menschen im höheren Lebensalter in gleichem Maße wie in jüngeren Jahren.¹ Krebspatient*innen und Menschen in der Palliativsituation zeigen gar ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken.² Die Gruppen eint eine häufige körperliche Einschränkung. Gleichzeitig enden psychotherapeutische Versorgungssysteme wenn Menschen immobil werden. In der Praxis sehen wir, dass der Mangel an Versorgungsstrukturen häufig in einer ausschließlich medikamentösen Behandlung der psychischen Erkrankung mündet.

Intervention Vor diesem Hintergrund untersucht die pragmatische randomisiert-kontrollierte Studie PSY-CARE die Wirksamkeit und Implementierbarkeit ambulanter Kurzzeit-Psychotherapie zur Behandlung von Depression bei zuhause lebenden Menschen mit anerkanntem Pflegegrad im Alter von 60+ in Berlin und angrenzenden Regionen Brandenburgs. Studienteilnehmer*innen der Interventionsgruppe erhalten manual-gestützte ambulante Kurzzeit-Verhaltenstherapie. Diese erfolgt im Rahmen der Regelversorgung durch gerontologisch qualifizierte Psychotherapeut*innen im Behandlungsteam mit zentralen Versorgungsakteuren.

Erfahrungen/Ergebnisse Die Zwischenbilanz der Studie gibt erste Hinweise auf Chancen und Barrieren der psychotherapeutischen Versorgung in diesem meist aufsuchenden Setting. Sie stellt besondere Herausforderungen an die therapeutische Rolle und setzt ein hohes Maß an Eigenmotivation, bei fehlenden finanziellen Anreizen voraus.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Diese Ergebnisse diskutieren Ansatzpunkte zur Integration von Psychotherapie in die SAPV Versorgung.

Take Home Message für die Kongressbesucher Kongressteilnehmer*innen, die sich mit neuen sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen beschäftigen, erhalten Anregungen für die Umsetzung psychotherapeutischer Versorgung im häuslichen Umfeld. Es wird darauf ankommen Versorgungskonzepte zu erstellen, die ambulante aufsuchende Psychotherapie in die Regelversorgung integriert.

Parallelsitzung - Best Abstracts "Forschen fürs Tun"

10.09.2020 15:00 – 17:00 Terrassensaal D-E

V7: 15:00–15:15 Uhr Behandlung in der Atemnot-Ambulanz führt zu besserem Umgang mit chronisch refraktärer Atemnot bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen: Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie BreathEase [160]

Autoren Schunk M^{1,2}, Le L³, Syunyaeva Z⁴, Haberland B¹, Tänzler S¹, Mansmann U^{2,3}, Schwarzkopf L^{2,5}, Seidl H^{5,6}, Streitwieser S¹, Hofmann M³, Müller T³, Weiß T⁷, Morawietz P⁷, Rehfuess EA^{2,3}, Huber RM⁴, Berger U^{2,3}, Bausewein C¹

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland; 2 Pettenkofer School of Public Health, München, Deutschland; 3 Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Medizinische Fakultät, LMU München, Deutschland; 4 Medizinische Klinik und Poliklinik V, LMU Klinikum, München, Deutschland; 5 Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München (IGM), Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), Deutschland; 6 Qualitätsmanagement und Gendermedizin, München Klinik Schwabing, München, Deutschland; 7 Atem-und Physiotherapie Solln, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714787

Fragestellung Seit 2015 gibt es die deutschlandweit erste Atemnot-Ambulanz (Klinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum) Patienten mit chronisch refraktärer Atemnot bei fortgeschrittenen onkologischen und nicht onkologischen Erkrankungen. Kann die Wirksamkeit dieser symptomfokussierten und krankheitsübergreifenden Kurzzeitintervention nachgewiesen werden?

Studiendesign Randomisiert-kontrollierte Studie mit Wartegruppensdesign. Kontrollgruppe: Zugang zur Intervention nach 8 Wochen. Verblindete Datenerhebung.

Methodik Intervention: 2x Palliativambulanz; 4 Behandlungen durch spezialisierte Physiotherapeuten; bedarfsweise pneumologische und psychosoziale Beratung; Dauer: 5-6 Wochen. Befragungen zu Studienbeginn und nach 8, 16 und 28 Wochen. Hauptzielgrößen: Umgang mit Atemnot und krankheitsspezifische Lebensqualität (Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), Subskala Mastery und Gesamt-Score (QoL)), Symptombelastung (Integrated Palliative Care Outcome Scale, IPOS), Belastung der Angehörigen (Zarit Burden Interview (ZBI)). Analyse: Intention-to-Treat (ITT); Unterschiede der Veränderung nach 8-wöchiger Beobachtungszeit; Lineare Regression mit Kontrolle der Stratifizierungsvariablen und Baseline-Scores; Handhabung fehlender Werte durch multiple Imputation.

Ergebnis 92/183 Patienten in der Interventionsgruppe. Drop-out innerhalb ersten 8 Wochen: n = 17 Interventionsgruppe, n = 5 Kontrollgruppe. ITT Analyse: Signifikante Verbesserung des CRQ-Mastery (+0.367, 95% CI [0.065; 0.669], p = 0.017) und des CRQ QoL (+0.226, 95% CI: [0.012; 0.440], p = 0.037). Keine signifikante Verbesserung des IPOS und ZBI.

Diskussion Eine Atemnotambulanz unterstützt Patienten durch verhaltensbezogene Maßnahmen im Umgang mit Atemnot und steigert ihre Lebensqualität. Unterschiede der Wirksamkeit sollten in Subgruppen von Patienten weiter untersucht werden. **Take Home Message für die Kongressbesucher** Atemnot-Ambulanzen sollten in verschiedenen Regionen Deutschlands etabliert werden. **Offenlegungserklärung** BMBF-Förderung 01GY1331. ClinicalTrials.gov ID NCT02622412. Keine Interessenskonflikte.

V8: 15:20–15:35 Uhr Effekte der Musiktherapie auf Herzratenvariabilität bei Schmerzreizen [183]

Autoren Malessa A¹, Steigleder T¹, Hoffmann T², Callenbach M¹, Müller-Bohn J³, Shi K⁴, Rohleder N⁵, Heckel M¹, Metzner S⁶, Ostgathe C¹

Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, Professur für Physiologie, Erlangen, Deutschland; 3 Universität Augsburg, Leopold-Mozart-Centrum, Institut für Musikpädagogik, Augsburg, Deutschland; 4 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Technische Elektronik, Erlangen, Deutschland; 5 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut f. Psychologie, Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie, Erlangen, Deutschland; 6 Universität Magdeburg, Universitätsklinikum Magdeburg; Klinik für Psychosomatik, Magdeburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714794

Fragestellung Musiktherapie (MT) ist in der Palliativmedizin weit verbreitet, unter anderem zu Verringerung der Schmerz Wahrnehmung u. Steigerung von

Wohlbefinden. Die Analyse der Herzraten-Variabilität (HRV) gibt Einblick in physiologische Reaktionen, die Surrogatparameter für Schmerz oder Angst u. deren Beeinflussung z. B. durch MT sind.

Studiendesign Interventionsstudie im Cross-over design. 1. Schmerzreiz (SR), 2. SR, 3. SR + musiktherapeutische Intervention (MTI) oder 1. SR, 2. SR + MTI, 3. SR

Methodik N=18 gesunde Probanden (9 weiblich, Alter 19-28); Standardisierter Schmerzreiz: cold-pressure-test (CPT), die Hand wird für 2 Minuten in Eiswasser getaucht. Intervention: MTI mit Monochord, Sansula oder Meerestrommel. MTI begann 2,5 Minuten vor CPT u. endete nach 8 Minuten. Schmerzintensität wurde psychometrisch erfasst. HRV wurde mittels 6-Kanal-EKG untersucht. Analyse mit IBM-SPSS.

Ergebnis Verifizierung des CPT-Verfahrens: Die Herzfrequenz stieg während der CPT signifikant an ($p=.007$) und sank während der Erholungsphase erwartungsgemäß wieder ab ($p=.002$).

pHF: power HF; -MT: no music therapy; +MT: with music therapy

Diskussion Bei CPT mit MTI ist die vagale Aktivität (HF) höher u. die sympathische Aktivität (LF/HF) geringer als ohne MT. MTI reduziert Priming-Effekt (Schmerzexpectation vor CPT nach vorheriger CPT) u. die Schmerzwahrnehmung bei CPT.

Take Home Message für die Kongressbesucher HRV-Analyse kann bei Palliativpatienten zur Bewertung nicht-medizinischer Behandlung verwendet werden, insbesondere, wenn sie in Verbindung mit psychometrischen Daten eingesetzt wird.

Gefördert vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (16SV7695).

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte

► **Tab. 1** HRV analysis

	Before CPT	+MT	P	During CPT	+MT	P	After CPT	+MT	p
	-MT			-MT			-MT		
pHF	54.4 ± 11.0	56.7 ± 9.2	.205	52.5 ± 10.8	54.7 ± 10.1	.199	56.3 ± 11.1	56.6 ± 11.3	.906
LF/HF	0.92 ± 0.44	0.81 ± 0.34	.158	0.99 ± 0.48	0.90 ± 0.43	.129	0.88 ± 0.58	0.87 ± 0.59	.915

V9: 15:40–15:55 Uhr Was uns eine kognitive Interviewstudie über die Umsetzung der Palliative Care in anderen Versorgungskulturen lehrt: Kulturelle Anpassung und Bestimmung der Inhaltsvalidität der Integrated Palliative care Outcome Scale für Menschen mit Demenz (IPOS-Dem) [61]

Autoren [Hodiamont F¹](#), [Hock H²](#), [Ellis-Smith C³](#), [Evans C³](#), [Diehl-Schmid J⁴](#), [de Wolf-Linder S⁵](#), [Burner-Fritsch I¹](#), [Bausewein C¹](#)

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin München, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; 2 Klinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; 3 Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy & Rehabilitation, King's College London, London, Vereinigtes Königreich; 4 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Kognitive Störungen, Technische Universität München, München, Deutschland; 5 Department für Gesundheit, Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Winterthur, Schweiz

DOI 10.1055/s-0040-1714789

Fragestellung Demenz ist eine lebenslimitierende Erkrankung mit hoher Symptomlast. Bislang gab es kein umfassendes Instrument zur Erfassung von

Palliativbedürfnissen für Menschen mit Demenz (MmD). Um diese Lücke zu schließen, wurde in England die Integrierte Palliative-Care-Outcome-Skala für Demenz (IPOS-Dem) entwickelt. Um das Instrument auch in Deutschland nutzen zu können, ist eine kulturelle Anpassung erforderlich. Ziel ist die Entwicklung einer deutschen Version der IPOS-Dem und Ermittlung der inhaltlichen Validität des Instruments.

Studiendesign Kognitive Interviewstudie mit Professionellen (Pflegeheim/häusliche Pflege) und pflegenden Angehörigen (häusliche Pflege).

Methodik Mehrere Runden mit intermittierender Analyse und Anpassung des Fragebogens. Interviewleitfaden und Kodier-Framework für die qualitative Analyse folgten Tourangeaus kognitivem Modell des Frage-Antwort-Prozesses: Verständnis, Abruf, Beurteilung, Antwort

Ergebnis 36 Interviews in vier Runden (n=11; 10; 8; 7) in 2-11/2018. Insgesamt wurde die IPOS-Dem als umfassend und einfach anzuwenden bewertet. Probleme wurden in Bezug auf Verständnis und Beurteilung identifiziert. Hauptthema in der Kategorie „Verständnis“ bezog sich auf das in der POS-Familie verwendete Konzept des „belastet sein“ (nicht einheitlich verstanden). Beurteilungsprobleme bezogen sich auf Symptome in Versorgungssituationen, in denen MmD sehr eingeschränkt kommunikationsfähig waren (z. B. „Halluzinationen“, „Appetitlosigkeit“).

Diskussion Die meisten Probleme konnten durch Änderungen im Fragebogen gelöst werden. Die Interviews zeigten jedoch grundlegende Herausforderungen für den Einsatz personenzentrierter Proxy-Assessments wie IPOS-Dem. Die kulturelle Anpassung eines Instruments, normalerweise in Bezug auf verschiedene Länder und Sprachen, sollte auch in Bezug auf unterschiedliche Arbeits- und/oder Betreuungssettings berücksichtigt werden. Zudem ist die Entwicklung von Schulungsmaterial erforderlich, um den personenzentrierten Ansatz von Palliative Care auf andere Versorgungssettings und -kulturen zu übertragen.

Förderung „Ilse-Kubaschewski Stiftung“.

V10: 16:00–16:15 Uhr Familiäre Konflikte und schwierige Familiendynamiken am Lebensende: Eine versorgungsrelevante Belastung für Mitarbeitende hospizlich-palliativer Einrichtungen [339]

Autoren [Ullrich A¹](#), [Runge J¹](#), [Bokemeyer C¹](#), [Oechsle K¹](#)
Institut 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
 DOI 10.1055/s-0040-1714790

Fragestellung Während der Begleitung eines Menschen am Lebensende berichten bis zu 60% der Angehörigen familiäre Konflikte. Die Studie untersucht, wie Mitarbeitende hospizlich-palliativer Einrichtungen die Versorgung angesichts familiärer Konflikte und schwieriger Familiendynamiken erleben.

Studiendesign Qualitative Studie mit multi-institutionellen Gruppendiskussionen
Methodik Durchführung von 10 leitfadengestützten Gruppendiskussionen mit professionsübergreifenden Teams der Hospiz- und Palliativarbeit (N=64). Analyse anhand Grounded Theory unter Anwendung des Kodierparadigmas (angelehnt an Strauss).

Ergebnis Die Ergebnisse zeigen, dass bei Versorgenden ein hohes Belastungs-erleben entsteht, wenn sie mit Konflikte oder schwierige Dynamiken in den begleiteten Familien konfrontiert sind. Dafür ursächlich sind oftmals die Verstärkung vorbestehender Familienkonflikte angesichts der existenziellen Krise sowie konfligierende Bedürfnisse und Verantwortungsdiffusion unter den Angehörigen. Strategien zur Reduktion und zum Umgang mit diesen Belastungen beziehen sich auf: 1) die Konfliktsituation selbst, z. B. vermittelndes Agieren, 2) die Gewährleistung einer guten Versorgung, z. B. Erweiterung des professionellen Netzwerks, und 3) die Selbst-/Teamfürsorge, z. B. durch Teamsupervision. Abhängig von der Wirksamkeit der Strategien können Empathieverlust, „Team-Splitting“ und schließlich eine schlechtere Versorgungsqualität resultieren, aber auch Selbstwirksamkeitserleben und praktische/emotionale Entlastung. Das Belastungs-erleben und der Umgang mit entsprechenden

Versorgungssituationen werden kontextuell von normativen Vorstellungen familiärer Harmonie am Lebensende geprägt.

Diskussion Obwohl ein vielfältiges Repertoire an Strategien besteht, stoßen diese auf zum Teil schwer beeinflussbare Bedingungen. Handreichungen und Trainings zu effektiver Kommunikation in Konfliktsituationen, teambasierte Handlungskonzepte und Supervisionsangebote können Versorgende unterstützen.

Take Home Message Versorgende erleben ihre Arbeit angesichts familiärer Konflikte und schwieriger Familiendynamiken als belastend.

V11: 16:20–16:35 Uhr Die Auswirkungen der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit bei älteren und lebenslimitierend erkrankten Menschen: Eine systematische Literaturübersicht. [80]

Autoren Kukla H¹, Voltz R^{2,3,4,5}, Schulz-Nieswandt F⁶, Strupp J²

Institut 1 Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, NRW Forschungskolleg GROW - Gerontological Research on Well-Being, Köln,

Deutschland; 2 Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Palliativzentrum der Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; 3 Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK) der Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; 4 Centrum für integrierte Onkologie (CIO) der Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; 5 Zentrum für klinische Studien (ZKS) der Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; 6 Institut für Soziologie und Sozialpsychologie (ISS) der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714791

Fragestellung Was ist bekannt über Auswirkungen der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit bei Hochaltrigen und lebenslimitierend erkrankten Menschen?

Studiendesign Systematische Literaturübersicht und qualitative Meta-Synthese.

Methodik Drei Datenbanken (Medline, PsycINFO, Web of Science) wurden systematisch zu den Themenbereichen „Konfrontation“, „Endlichkeit“ und „Alter“/„lebenslimitierend erkrankt“ durchsucht. Qualitative, quantitative und Mixed-Methods-Studien, die die Perspektive der Zielgruppe durch Selbstaussagen erheben, wurden eingeschlossen. Zwei Gutachterinnen haben Titel, Zusammenfassung und Volltexte unabhängig voneinander anhand der Einschlusskriterien geprüft und eine Qualitätsbewertung der Studien vorgenommen, um die Zuverlässigkeit für die Datenanalyse abzuschätzen. Die Ergebnisse der Studien werden narrativ synthetisiert.

Ergebnis Vorläufige Ergebnisse zeigen eine Vielzahl von Methoden zur Konfrontation mit der Endlichkeit, einschließlich Erfahrungslernen, theoretischer Wissensvermittlung oder psychotherapeutischer Gesprächsformen. Eine Tendenz zum verbesserten Wohlbefinden durch verminderte Todesangst, höhere Lebenszufriedenheit sowie niedrigere Depressionswerte nach Auseinandersetzung mit der Endlichkeit bildet sich ab. Zum ersten Mal wird ein Überblick über bestehende Ansätze und deren möglichen Nutzen erstellt.

Diskussion Diese Übersichtsarbeit bietet einen Überblick über handlungsorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit in der Versorgung älterer und lebenslimitierend erkrankter Menschen und deren Auswirkung. Determinanten für das subjektive Wohlbefinden und Implikationen für die Praxis können abgeleitet werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit kann das Wohlbefinden positiv beeinflussen.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte.

V12: 16:40–16:55 Uhr Etablierung einer „Facharztweiterbildung Spezialisierte Palliativmedizin“ [309]

Autoren Scherg A¹, Nauck F², Alt-Epping B², Elsner F³, Oliver Maier B⁴, Rolke R³, Radbruch L⁵, Ostgathe C⁶, Melching H⁷, Bausewein C⁸

Institut 1 Innere Medizin/Onkologie, Evangelisches Krankenhaus Wesel, Wesel, Deutschland; 2 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen,

Deutschland; 3 Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik RWTH Aachen; 4 Klinik für Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie, St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Deutschland; 5 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinik Bonn, Deutschland; 6 Klinik für Palliativmedizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Deutschland; 7 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutschland; 8 Klinik für Palliativmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714792

Idee/Ziel Etablierung einer „Facharztweiterbildung Spezialisierte Palliativmedizin“
Intervention Die ärztliche Weiterbildung in Palliativmedizin ist derzeit beschränkt auf eine theoretische Zusatzqualifikation mit einem Umfang von 160h. Ziel unserer Arbeitsgruppe ist es, zusätzlich zu diesem Weiterbildungsangebot für die „Allgemeine Palliativmedizin“ die Entwicklung eines Curriculum für „Spezialisierte Palliativmedizin“ in Form einer Facharztweiterbildung, die Elemente aus Innerer Medizin/Onkologie, Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Psychosomatik, Schmerztherapie und natürlich die verschiedenen Facetten der Palliativmedizin enthalten soll.

Erfahrungen/Ergebnisse Um die Entwicklung der oben beschriebenen ärztlichen Weiterbildung sind kontroverse Diskussionen entstanden. Insbesondere zwischen Vertretern der Palliativ- und Allgemeinmedizin wird die Frage diskutiert, ob es tatsächlich eine Notwendigkeit bzw. Evidenz für die Etablierung einer umfangreicheren ärztlichen Weiterbildung im Fach Palliativmedizin gibt.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Unsere Arbeitsgruppe kann keine Risiken darin erkennen, die ärztliche Weiterbildung und damit direkt, aber auch indirekt über die Bereiche Forschung und Lehre, die Patientenversorgung zu verbessern. Sicherlich geht die Einführung eines Facharztes mit logistischen Herausforderungen einher, die aber keineswegs unlösbare Probleme darstellen, wie auch der internationale Vergleich mit Ländern wie Großbritannien oder Australien zeigt.

Eine große Chance besteht jedoch neben der verbesserten Patientenversorgung in der Nachwuchsförderung im Fach Palliativmedizin, was auch den Wunsch vieler junger Ärzt*innen widerspiegelt.

Wir freuen uns auf weitere konstruktive Diskussionen, um im Dialog mit allen Beteiligten einen neuen Weg einzuschlagen.

Take Home Message für die Kongressbesucher „Manchmal zeigt sich der Weg erst, wenn man anfängt ihn zu gehen“ (Paulo Coelho)

Offenlegungserklärung Es bestehen keinerlei Interessenskonflikte.

Parallelsitzung - Best Abstracts “Heute Projekt ... morgen Best Practice?”

11.09.2020 15:00 – 17:00 Uhr Terrassensaal D-E

V13: 15:00–15:15 Uhr “Song of Life“: Erste Ergebnisse einer randomisiert, kontrollierten Studie zur Wirksamkeit einer biografischen Musiktherapie-Intervention in der Palliativversorgung [158]

Autoren Warth M¹, Köhler F¹, Lee S-E², Brehmen M², Weber M², Keßler J³, Ditzén B¹, Bardenheuer HJ³

Institut 1 Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; 2 Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; 3 Zentrum für Schmerztherapie und Palliativmedizin, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714793

Fragestellung Fortgeschrittene Erkrankungen gehen häufig mit emotionalen und spirituellen Belastungen einher. Daher werden vermehrt psychosoziale Angebote mit biografischem Fokus in der Palliativarbeit genutzt. Musiktherapie wird seit Entstehung der ersten Palliativinstitutionen zur Verbesserung von Lebensqualität eingesetzt, obwohl bislang nur wenig Evidenz vorliegt. Die

aktuelle Studie hat daher zum Ziel, die Wirksamkeit einer neuartigen, biografisch ausgerichteten Musiktherapie („Song of Life“) zu untersuchen.

Studiendesign Die multizentrische Studie wurde im randomisiert, kontrollierten Parallelgruppendesign auf zwei deutschen Palliativstationen durchgeführt.

Methodik Von den angestrebten 104 Patienten konnten zum Zeitpunkt der Einreichung 74 Patienten eingeschlossen und per Zufall der „Song of Life“-Intervention oder der aus Entspannungsangeboten bestehenden Kontrollintervention zugeordnet werden (je 3 Sitzung à 30 Minuten). Primäres Outcome war die Verbesserung der psychologischen Komponente von Lebensqualität. Sekundäre Zielgrößen umfassten u.a. die Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität, des spirituelle Wohlbefindens, der Ego-Integrität sowie die Reduktion von Distress.

Ergebnis Zum aktuellen Stand zeigten sich signifikante Effekte zugunsten von Musiktherapie in den Bereichen spirituelles Wohlbefinden ($p=.01$) und Ego-Integrität ($p < .01$), sowie ein statistischer Trend im Hinblick auf Distress ($p=.06$). Keine Gruppenunterschiede zeigten sich hingegen bei der allgemeinen ($p=.17$) und psychologischen ($p=.79$) Lebensqualität.

Diskussion Die bisherigen Ergebnisse deuten auf eine mögliche Wirksamkeit des „Song of Life“ bezüglich spezifisch spirituell-integrativer Anteile von Lebensqualität hin. Die noch ausbleibenden Effekte auf allgemeineren Kriterien decken sich mit den Ergebnissen vergleichbarer Studien und müssen im vorliegenden Fall vor dem Hintergrund der potentiell wirksamen Kontrollintervention eingeordnet werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Musiktherapie könnte sich als wirksamer, kreativer Zugang zu biografischen Themen am Lebensende erweisen.

V14: 15:20–15:35 Uhr Arzneimitteltherapiesicherheit in der Palliativtherapie – der Einfluss des Apothekers auf einer Palliativstation [129]

Autoren Krumm L¹, Rémi C¹, Bausewein C¹

Institut 1 Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714788

Fragestellung Jede Arzneimitteltherapie ist neben den positiven Einflüssen auf Symptome auch mit Risiken verbunden. Ziel war die Identifikation der arzneimittelbezogenen Probleme ABP auf einer Palliativstation und die Evaluation pharmazeutischer Interventionen.

Studiendesign nicht-randomisierte Vorher-Nachher-Studie, beginnend mit einer Kontrollphase und anschließender Interventionsphase über jeweils 6 Monate

Methodik Die Medikation aller stationär behandelte Patienten in beiden Phasen wurde zu bestimmten Zeitpunkten erfasst und die Medikationsprozesse dokumentiert.

Medikation und Medikationsprozess wurden nach potentiellen und manifesten ABP beurteilt und nach Problemart, Ursachen, Art der Intervention und Problemstatus kategorisiert.

Die Kontrollphase diente dabei nur zur Beobachtung, in der Interventionsphase konnte der Stationsapotheker bei Identifikation eines ABP intervenieren und Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie geben.

Ergebnis Im Studienzeitraum wurde die Medikation von 284 Patient erfasst und bewertet. Insgesamt konnten im gesamten Studienzeitraum 1079 ABP identifiziert werden. Die Anzahl von 4 ABP/Patient (Spannbreite 0-14) in der Kontrollphase wurde durch die Interventionen des Apothekers auf 3 ABP/Patient (Spannbreite 0-10) in der Interventionsphase reduziert.

Die Hauptgründe für ABP waren unklare Dokumentation (Kontrollphase: 2,7 ABP/Patient, Interventionsphase: 0,9 ABP/Patient), fehlende Indikation, zu hohe Dosierung oder zu häufige Applikation.

Die Akzeptanz der pharmazeutischen Interventionen war sehr hoch (84%; $n=227$).

Diskussion ABP stellen eine potentielle Gefährdung von Patienten dar. Art und Akzeptanz von Interventionen durch einen Apotheker werden von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst z.B. dem Gefährdungspotential des Patienten durch das ABP, Relevanz des ABP, Interventionsart, Anwesenheit und Erreichbarkeit des Apothekers.

Take Home Message für die Kongressbesucher Der Einsatz eines Apothekers auf einer Palliativstation kann helfen, ABP zu vermeiden und die Arzneimitteltherapie sicherer zu machen.

V15: 15:40–15:55 Uhr Gewinnung und Ausbildung von Bürger*innen mit Migrationshintergrund zum/zur ehrenamtlichen Hospizbegleiter*in [116]

Autoren Günay Y¹

Institut 1 ambulanter Hospizdienst DaSein, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714795

Idee/Ziel: Gewinnung und Ausbildung von Bürger*innen mit Migrationshintergrund zum ehrenamtlichen Hospizbegleiter*in

Aktuell sind Bürger*innen mit Migrationshintergrund in der Hospiz- und Palliativversorgung als ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen eher unterrepräsentiert. Doch gerade in der Begleitung von Bürgern mit Migrationshintergrund, vor allem der 1. Generation, ist zu beobachten, dass heimatnahe Rituale, Werte und Erinnerungen am Lebensende an Bedeutung gewinnen. Ziel des Projektes ist:

- eine individuelle Unterstützungsmöglichkeit von Betroffenen und Angehörigen auf Basis muttersprachlicher und kultureller Vielfalt im Team sicherzustellen
 - die aktive Teilhabe durch ein transkulturell aufgestelltes Team zu stärken
- Die Beachtung der Diversität, ohne die Schaffung von Parallelstrukturen in der Begleitung, ist dabei das Besondere.

Intervention Durch eine breit ausgelegte Öffentlichkeitsarbeit u.a. Publikationen, Informationsveranstaltungen bei den Communities, Bekanntmachungen zur Ausbildung via Netzwerkpartner haben wir auf die **Themen Hospiz- und Palliativversorgung, Versorgungsstrukturen in München sowie Ehrenamt** aufmerksam gemacht.

Erfahrungen/Ergebnisse Derzeit befinden sich 12 Interessenten mit Migrationshintergrund in Ausbildung, davon 8 im Rahmen des Projektes.

Diskussion der Übertragbarkeit

Chancen:

- Sensibilisierung für die Hospiz- und Palliativversorgung
- Gewinnung von Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund
- Teilhabe stärken und Diversität gewährleisten
- Transkulturelle Kompetenz im haupt- und ehrenamtlichen Team forcieren

Herausforderung:

- mögliche kulturspezifische Tabus und Versorgungsansätze können den Zugang zu den potentiellen Ehrenamtlichen, Betroffenen und Angehörigen erschweren
- die organisierte Form der ehrenamtlichen Sterbegleitung kann in manchen Kulturen eher weniger verankert sein, da primär Familie/Freunde begleiten

Take Home Message für die Kongressbesucher „Großer Geist, bewahre mich davor, über einen Menschen zu urteilen, ehe ich nicht eine Meile in seinen Mokassins gegangen bin.“ (indianische Volksweisheit)

Offenlegungserklärung es bestehen keine Interessenkonflikte

V16: 16:00–16:15 Uhr Umsetzung der Charta in Wohnformen für Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung. Alles nur Theorie? Von Barbara Hartmann im Namen der AG Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung [139]

Autoren [Hartmann B¹](#)

Institut 1 AG Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung der DGP

DOI [10.1055/s-0040-1714796](#)

Idee/Ziel „Menschen mit geistiger Behinderung sollen möglichst in ihrer vertrauten Umgebung sterben können.“ Dieses Ziel formulierte die Charta in ihren Handlungsempfehlungen im Rahmen der Nationalen Strategie. Die folgende Darstellung ermöglicht einen Einblick in bereits gelingende Umsetzungsprozesse und zeigt zugleich Widrigkeiten bzw. noch notwendige Prozesse auf.

Intervention

Im Handlungsfeld 2 der Nationalen Strategie werden Adressaten zu konkreten Maßnahmen aufgerufen (S. 68-69)¹. Die Arbeitsgemeinschaft „Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung“ der DGP vernetzt seit 2015 Akteure. Sie machen es sich zur Aufgabe, die hospizliche und palliative Versorgung zugänglich zu machen und Menschen mit Beeinträchtigung daran teilhaben zu lassen.

Erfahrungen/Ergebnisse Obwohl das Bundesteilhabegesetz nicht explizit ein Verbleib bis zum Lebensende in den Wohnformen der Eingliederungshilfe vorsieht, nahmen bisher 588 Personen aus diesem Bereich (Stand März 2020) an dem seit 2017 modular angebotenen Schulungskonzept der DGP teil, um eine Hospizkultur und palliative Kompetenz zu entwickeln. Ebenso schulen sich immer mehr Personen aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in den zusätzlichen Anforderungen. Menschen mit Beeinträchtigung werden zunehmend mit ihren Wünschen einbezogen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die vorgestellten Maßnahmen sollen zur Nachahmung anregen sowie zur kontroversen und zugleich entwicklungsfördernden Diskussion einladen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die beschriebenen Ziele der Charta können nur erreicht werden, wenn sich alle Adressaten trotz Widrigkeiten ihren Aufgaben stellen und aktiv werden.

Offenlegungserklärung Kein Interessenskonflikt

Quellenangaben [1] Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie (2017). Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bundesärztekammer (Hrsg.)

V17: 16:20–16:35 Uhr Projekt „Junge Menschen in der Sterbe- und Trauerbegleitung – interessieren – stärken – beteiligen“ [91]

Autoren [Groebe B¹](#), [Blümke D¹](#), [Schuchter P²](#), [Wegleitner K²](#)

Institut 1 Malteser Hilfsdienst e. V., Fachstelle Hospizarbeit, Palliativmedizin & Trauerbegleitung, Köln, Deutschland; 2 Abteilung Public Care, Institut für Pastoraltheologie und -psychologie, Universität Graz, Graz, Österreich

DOI [10.1055/s-0040-1714797](#)

Idee/Ziel Junge schwer Kranke und mit Trauer & Sterben Konfrontierte wünschen sich gleichaltrige Begleitende. Nur wenige unter 30-Jährige sind in Sterbe- & Trauerbegleitung engagiert. Ziel im Projekt ist, junge Menschen (18-30 J.) für Hospizarbeit zu interessieren, ins Gespräch zu kommen und mit ihnen die Vielfalt von Hospizarbeit in Einsatzfeldern, Qualifizierungswegen und Organisationsformen zu erproben.

Intervention 12 ambulant und stationär tätige Hospizdienste führen über 3,5 Jahre Projekte zur Entwicklung des Ehrenamts durch. Wissenschaftlich begleitete zentrale Veranstaltungen sichern Erkenntnisse der Projekte, reflektieren Entwicklungen und beraten Prozessen. Es wird u.a. auf Ansätze aus der Systemischen Arbeit und agilem Projektmanagement zurückgegriffen, zur Beschreibung von Best Practice Beispielen.

Erfahrungen/Ergebnisse Projektansätze behandeln 1) Ermöglichen niederschwelliger Einblicke in Hospizarbeit & Trauerbegleitung u.a. Hospitationen im Dienst; 2) Erproben alternativer Engagementformen & Brücken in community, z. B. Peer-Berater für junge Trauernde; 3) Konzeption von spezifischen Vorbereitungskursen nach Einsatzbereich/Zielgruppe; 4) veränderte Organisationsstrukturen durch Reorganisation im Dienst, Netzwerkaufbau mit (Hoch) Schulen und Zugang zu jungen Menschen über Social Media.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Gesellschaftliche Entwicklungen in Demografie und Engagementwillen aufgreifend ist das Projekt ein „Experimentierraum“ für Innovation, liefert Erkenntnisse und zeigt Handlungsbedarfe für eine zukunftsweisende Hospizarbeit auf.

Take Home Message für die Kongressbesucher Entwicklung braucht einen Rahmen, der Sicherheit vermittelt, Auseinandersetzung ermöglicht und kreative Freiräume schafft. Hospizdienste und Beschäftigte brauchen Anreize und entsprechende Kapazitäten & Kompetenzen, um neue Ideen umzusetzen. Die Partizipation der jungen Zielgruppe hat Potential: Ein „frischer“ Blick auf „gewachsene“ Strukturen für einen gemeinsamen Weg in die Zukunft der Hospiz- & Trauerarbeit.

Offenlegungserklärung Das Autorenteam bestätigt, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

V18: 16:40–16:55 Uhr „Wenn man stirbt lässt man das Leben Revue passieren. Es ist eine Art Rechtfertigung.“ - Hauptanliegen von Palliativpatienten in einer einfachen Reminiszenz-Intervention. [65]

Autoren [Hesse M¹](#), [Forstmeier S²](#), [Ateş G¹](#), [Radbruch L^{1,3}](#)

Institut 1 Palliativmedizin, Uniklinikum Bonn, Bonn, Deutschland; 2 Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie u., Universität Siegen, Siegen, Deutschland; 3 Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus, Bonn, Deutschland

DOI [10.1055/s-0040-1714798](#)

Fragestellung Es gibt zahlreiche Interventionen wie Würdezentrierte Therapie oder Lebensrückblick Therapie, die mit biografischen Interviews arbeiten und nachweislich die Lebensqualität verbessern. Der Fokus der Forschung liegt hauptsächlich auf der Methodik und es gibt kaum Erkenntnisse zu den Themen und Anliegen in den Biografien von Palliativpatienten. Ziel dieser Studie war zu untersuchen, was Palliativpatienten in einem offenen Interview ohne thematische Vorgaben erzählen.

Studiendesign Die Studie wurde als thematische Analyse von Patienteninterviews konzipiert.

Methodik Die Patienteninterviews sind in einer einfachen Reminiszenz-Intervention entstanden. Zielsetzung war ein erzählgenerierendes Setting zu schaffen, in dem der Patient frei erzählen konnte, was er möchte. Die Transkripte der Interviews wurden themenanalytisch ausgewertet.

Ergebnis Die Analyse der Interviews ergab als Schwerpunktthema die eigene Persönlichkeit. Berichtet wurde über prägende Einflüsse, wie man wurde, der man heute ist, Selbstwahrnehmung, Selbstbewusstsein und die eigene Lebensphilosophie. Andere Themen waren Einflüsse aus der Kindheit, Ausbildung und Arbeit, Partner/Ehe, eigene Kinder, Ressourcen, Schicksalsschläge, Bewältigungsstrategien und Tod/Sterben.

Diskussion Die Patienten sprachen in den Interviews nie explizit über Sinn, Sinnsuche oder Lebenssinn. Dennoch schien die Sinnsuche in den Erzählungen insofern durch, als Patienten versucht haben, eine Kausalität in ihren Erzählungen zu konstruieren. Es schien ein großes Anliegen zu sein, Verständnis und Nachvollziehbarkeit für den eigenen Lebensweg zu gewinnen. Nicht nur die integrative Funktion der Reminiszenz sondern auch die instrumentelle Funktion zeigte sich in den Erzählungen gemeisterter Herausforderungen. Weitere Forschung ist vonnöten um Stärken und Schwächen verschiedener biografischer Interventionen gegeneinander zu testen mit dem Ziel eine Empfehlung zu geben, welche Patientengruppen am meisten profitieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Hauptanliegen der Patienten war die Reflexion ihres Lebens, was sie geprägt hat und zu dem Menschen gemacht hat, der sie heute sind.

Parallelsitzung - Best Abstracts "Herausforderungen in Theorie und Praxis"

12.09.2020 15:00–17:00 Uhr Terrassensaal D-E

V19: 15:00–15:15 Uhr Verwendung von Sedativa und Sedierung am Lebensende in Pflegeheimen: Ergebnisse einer multizentrischen retrospektiven Kohortenstudie [152]

Autoren [Schildmann E¹](#), [Meesters S¹](#), [Grüne B¹](#), [Bolzani A¹](#), [Habboub B¹](#), [Hermann A¹](#), [Remi C¹](#), [Bausewein C¹](#)

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

DOI [10.1055/s-0040-1714799](#)

Fragestellung Sedativa werden in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) häufig eingesetzt. Wie werden Sedativa und „Sedativa mit kontinuierlichem Effekt“ in der letzten Lebenswoche in Pflegeheimen (PH) verwendet und welche Faktoren sind mit dieser Therapie assoziiert?

Studiendesign Retrospektive Kohortenstudie. Analyse der Krankenakten von Bewohner*innen, die in 4 PH von 1/2015 bis 12/2017 verstarben.

Methodik Als Sedativa wurden die in Leitlinien für „palliative Sedierung“ empfohlenen Medikamente definiert: Benzodiazepine, Levomepromazin, Haloperidol (≥ 5 mg/d), Propofol. Die Definitionen von „Sedativa mit kontinuierlichem Effekt“ und „mindestens mittelgradig sedierende Dosis“ wurden von SPV-Klinikern und -Pharmazeuten Literatur-basiert konsentiert. Deskriptive und multivariate logistische Regressions-Analyse (R 3.6.1).

Ergebnis 110/512 (21%) verstorbene Bewohner*innen erhielten mindestens einmal in der letzten Lebenswoche ein Sedativum, 46/512 (9%) „Sedativa mit kontinuierlichem Effekt“. Orale Lorazepam wurde am häufigsten eingesetzt. 11/512 (2%) Bewohner*innen erhielten „mindestens mittelgradig sedierende Dosen“. Der Begriff „Sedierung“ wurde nicht verwendet. Die häufigsten Indikationen waren Unruhe (58/110, 53%) und Angst (35/110, 32%), für 36/110 (33%) Bewohner*innen war keine Indikation verzeichnet. Einbezug der Bewohner*innen in die Entscheidung für Sedativa war für 3/110 (3%) dokumentiert. Die multivariate Analyse zeigte signifikante Assoziationen zwischen dem Einsatz von Sedativa und Alter (OR=0.94; $p < 0.001$) sowie Einrichtung ($p < 0.001$).

Diskussion Im Vergleich zu internationalen Daten aus PH weisen unsere Daten auf eine niedrigere Prävalenz von Sedierung sowie ein Fehlen des Begriffs „Sedierung“ hin. Zudem unterschieden sich die PH in der Häufigkeit des Sedativa-Einsatzes.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Unterschiede bezüglich der Praxis der Sedierung in PH, spezifische Herausforderungen in den Einrichtungen sowie der mögliche Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen für eine gute Praxis der Sedierung in PH sollten weiter erforscht werden.

Förderung BMBF, 01GY1712 SedEol

V20: 15:20–15:35 Uhr Kontroversen am Lebensende: Nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal zwischen „Leben retten“ und „sterben zulassen“ [218]

Autoren [Rieder N¹](#), [Banse C¹](#), [Nauck F¹](#)

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

DOI [10.1055/s-0040-1714800](#)

Fragestellung Trotz der mittlerweile deutschlandweit gut etablierten ambulanten Palliativversorgung kommt es immer wieder zu unerwünschten

Notfalleinsätzen und Krankenhauseinweisungen bei Patient*innen am Lebensende. Solche Situationen bedeuten für das Rettungsdienstpersonal eine besondere Herausforderung. Bislang ist unklar, wie das nicht-ärztliche Personal in Deutschland diese Situationen erlebt und welche konkreten Wünsche oder Lösungsideen von dieser Gruppe als praktikabel angesehen werden.

Studiendesign Zweistufiges Studiendesign: 1. Einzelinterviews mit nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal; 2. Fokusgruppeninterviews mit a) Expert*innen auf theoretischer Ebene (Rechtswissenschaften, Ethik, Medizin) und b) Entscheidungsträger*innen auf regionaler Ebene.

Methodik Qualitatives Forschungsprojekt; Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring)

Ergebnis Notfalleinsätze bei Patient*innen am Lebensende werden als ausgesprochen belastend wahrgenommen, offizielle Nachsorgestrukturen fehlen oder werden kaum in Anspruch genommen. Bei der Entwicklung von Lösungskonzepten muss die Alltagsrealität des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals (begrenzte Zeit/Möglichkeiten zur Entscheidungsfindung, unübersichtliche Situationen, fehlende gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Aspekten des Lebensendes, etc.) bedacht werden.

Diskussion Um für alle Seiten praktikable Lösungsansätze für die wunsch- und willensentsprechende Behandlung von Patient*innen am Lebensende zu finden, ist es unerlässlich, die Perspektiven des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals einzubeziehen. Es ist auch Aufgabe der Palliativversorgenden, entsprechende Lösungsansätze mittels regelmäßiger aufsuchender Schulungsangebote an die in der Notfallversorgung Tätigen zu kommunizieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Schnittstelle zwischen Notfall- und Palliativversorgung sorgt am Lebensende immer wieder für Kontroversen. Es ist wichtig, Lösungen zu entwickeln, die für alle Beteiligten praktikabel sind.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenkonflikte.

V21: 15:40–15:55 Uhr Kontroversen am Lebensende: Gastrointestinale Symptome und Ernährung in der SAPV-KJ [89]

Autoren [Hauch H¹](#), [Vaillant V¹](#), [Berthold D²](#), [Sibelius U²](#)

Institut 1 UKGM, Palliative Care Team für Kinder und Jugendliche, Gießen, Deutschland; 2 UKGM, Klinik für Innere Medizin IV/V, Gießen, Deutschland

DOI [10.1055/s-0040-1714801](#)

Wissenschaftliches Abstract

Fragestellung Wie häufig kommt es zu GI-Symptomen am Lebensende in der SAPV für Kinder und Jugendliche und wie gestaltet sich die Ernährung im häuslichen Umfeld in dieser Situation?

Studiendesign retrospektive Analyse

Methodik Monozentrische Auswertung der Patientendaten 2014 – 2018, Erfassung von GI-Symptomen und der Ernährung am Lebensende, Einstufung der Schwere mit Likert-Skala (min. 1- max. 5) in der Fremdbewertung

Ergebnis 118 Patienten wurden behandelt (Geschlecht: 47% w, Alter: \bar{O} 8,8 (+/- 8,4 J)), ACT-Gruppen: 1 (34,7%), 2 (3,4%), 3 (37,3%), 4 (24,6%). 56 Patienten sind verstorben, davon 74,5% zu Hause. In 74% der Fälle kam zur GI Symptomlast: Obstipation (74,1%), Erbrechen (35,2%), Sub-Ileus (9,3%), Aszites (5,6%) und Durchfall (1,9%). Ausprägung wurde mit \bar{O} 1,02 +/- 0,13 (Durchfall) bis 2,17 +/- 1,02 (Obstipation) bewertet. 44,4% der Kinder hatten eine PEG/PEJ-Sonde. In 16,7% erfolgte eine parenterale Ernährung. In zwei Fällen kam es zu einem Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit (1 Jugendlicher mit Hodgkin Lymphom in Eigenmotivation, 1 Schulkind mit schwerer neurologischer Einschränkung durch die Eltern).

Diskussion Es zeigte sich, dass GI-Symptome in unterschiedlicher Ausprägung am Lebensende auch bei Kindern häufig sind. Es erscheint gerechtfertigt, zukünftig mehr auf die Symptome zu achten und ggf. die Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsmenge so zu reduzieren, so dass sich z. B. Erbrechen oder Hypersekretion reduzieren ließen. Der Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit kann ein SAPV-Team vor besondere Herausforderungen stellen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Bei Kindern sind am Lebensende sind GI-Probleme häufig und auch leidvoll ausgeprägt. Ein individualisiertes Vorgehen, ggf. mit zu reduzierender Nahrungsmenge könnte sinnvoll sein.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Konflikte

Quellenangaben [1] Wolffe J et al. N Engl J Med 2000; 342: 326–33

[2] Leitlinie der Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Leitlinie_Ernahrung_end.pdf

V22: 16:00–16:15 Uhr Ein palliativer Ansatz für schwerste Anorexia nervosa? [161]

Autoren [Westermaier A¹](#), [Schünemann J¹](#), [Bockholt M¹](#), [Braakmann D¹](#), [Schweiger U^{1,2}](#)

Institut 1 Zentrum Integrative Psychiatrie, Universität zu Lübeck, Deutschland; 2 Helios Hanseklinikum, Stralsund, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714802

Fragestellung Welche Ansätze gibt es zur Versorgung von Anorexia-nervosa-PatientInnen mit schlechter Prognose? Enthalten bestehende Ansätze bereits implizit palliative Elemente bzw. ist ein palliativpsychiatrischer Ansatz denkbar? **Studiendesign** Da das Themengebiet bisher unerforscht ist, wählten wir ein qualitatives Vorgehen, um das bestehende Erfahrungswissen von ExpertInnen zu bündeln.

Methodik ExpertInnen aller Berufsgruppen und Fachrichtungen wurden interviewt (im März 2020 n = 14 bei laufender Rekrutierung) und die Transkripte mit der Software MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet¹.

Ergebnis Alle ExpertInnen konnten von PatientInnen berichten, deren Anorexia nervosa therapeutisch nicht beeinflussbar war und tödlich ausging. Einigkeit bestand über die Notwendigkeit einer Therapiezieländerung bei solchen PatientInnen. Als mögliche Versorgungsansätze ergaben sich die Fortführung einer kurativ ausgerichteten Behandlung, die Akzeptanz stabilen Untergewichts und die Verlegung in klassisch palliative Versorgungsformen wie ein Hospiz. An Barrieren zeigten sich u. A. das Fehlen validierter Prognose-Instrumente, das Selbstverständnis der psych*chen BehandlerInnen als „Heiler“ und ungeklärte moralische und ethische Fragen.

Diskussion Mögliche Versorgungsansätze für Anorexia nervosa-PatientInnen mit schlechter Prognose verteilen sich auf einem Kontinuum von kurativ zu palliativ. Weitere Forschung sollte a) die bestehenden Ansätze weiter ausdifferenzieren und evaluieren, b) eine Stadieneinteilung und stadienabhängige Prognose-Instrumente entwickeln und c) ethische Dilemmata bei der Palliativversorgung rein psychiatrisch erkrankter Menschen adressieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die palliative Herangehensweise ist ein innovativer Ansatz in der Versorgung von Anorexia nervosa-PatientInnen mit schlechter Prognose.

Offenlegungserklärung Die Autoren erklären, keine Interessenskonflikte zu haben.

Quellenangaben [1] Mayring P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse (Vol. 15). Weinheim: Beltz.

V23: 16:20–16:35 Uhr Der Begriff “Existenzielles Leiden” in Leitlinien zur Palliativen Sedierung - Was ist damit gemeint? [275]

Autoren [Kremling A¹](#), [Ostgathe C²](#), [Klein C²](#)

Institut 1 Martin Luther Universität Halle Wittenberg, Institut f. Geschichte u. Ethik der Medizin, Halle, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714803

Fragestellung „Existenzielles Leid“ (EL) wird als spezielle Indikation für die sog. 4. „Palliative Sedierung“ (PS) genannt. Der Begriff wird dabei häufig vage und unterschiedlich gefasst. Untersucht wird die Verwendung des Begriffs EL in offiziellen Leitlinien zur PS.

Studiendesign Systematische Recherche von Leitlinien zur PS und qualitative Inhaltsanalyse

Methodik (i) Literaturrecherche in Medline, Scopus und grauer Literatur nach Leitlinien für PS; (ii) lexikalische Suche in Leitlinien nach den Begriffen „existential suffering“ und „existential distress“, kodieren der gefundenen Textstellen unabhängig durch zwei Wissenschaftler (MaxQDA); (iii) Durchführen einer qualitativen Inhaltsanalyse

Ergebnis 22 Leitlinien wurden analysiert. Die Suche ergab insgesamt 137 Textstellen in 19 Leitlinien. 9 Leitlinien enthielten Erläuterungen zur Bedeutung der Begriffe. Die qualitative Inhaltsanalyse zeigte zwei unterschiedliche Verwendungen des Begriffs: (i) Leid aufgrund des Lebens mit einer terminal verlaufenden Erkrankung (Gefühl von Abhängigkeit, Gefühl zur Last zu fallen, isoliert fühlen, Hoffnungslosigkeit); (ii) Leid angesichts des nahenden Todes (Angst vor dem Tod, Trauer, Wunsch zu sterben, Verlust des Lebenswillens). Die beiden Verwendungen des Begriffs werden in den betreffenden Textstellen teilweise vermischt. In drei Leitlinien wird „psychological distress“ von EL abgegrenzt, wohingegen 6 Leitlinien beide Begriffe ohne klare Abgrenzung verwenden. Eine Leitlinie kombiniert beide Begriffe („psycho-existential suffering“).

Diskussion Die Verwendung des Begriffs EL und die Abgrenzung zu psychischem Leid ist in den untersuchten Leitlinien uneinheitlich und unscharf. Eine konzeptionelle Klärung ist erforderlich, um eine konsistente Verwendung in der Praxis und in der Forschung zu gewährleisten.

Take Home Message für die Kongressbesucher Der Begriff „Existenzielles Leid“ wird unterschiedlich benutzt und braucht zur Anwendung eine genauere Erklärung. Für die SedPall-Studiengruppe

Offenlegungserklärung Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (SedPall, 01GY1702A und C)

V24: 16:40–16:55 Uhr “Den eigenen Tod verschlafen“? - Aussagen von Mitarbeitenden der Spezialisierten Palliativversorgung (SPV) zum Sterben unter Sedierung [87]

Autoren [Bazata J¹](#), [Handtke V¹](#), [Bausewein C¹](#), [Schildmann J²](#), [Bozzaro C³](#), [Schildmann E¹](#)

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland; 2 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; 3 Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714804

Fragestellung Sedierung am Lebensende ist eine weit verbreitete Praxis in der SPV. Es ist wenig darüber bekannt, welchen Effekt Sedierung auf die wahrgenommene Sterbequalität hat. Welche Sichtweisen haben SPV-Mitarbeitende bezüglich des Sterbens unter Sedierung?

Studiendesign Qualitative Leitfaden-gestützten Interviews mit Mitarbeitenden von Palliativstationen und SAPV-Teams.

Methodik Es wurden 59 Interviews mit Mitarbeitenden (26 Ärzt*innen, 22 Pflegenden, 11 andere Mitarbeitende der multiprofessionellen Teams) von 10 Palliativstationen und 7 SAPV-Teams durchgeführt. Einschlusskriterium war das Vorhandensein von Erfahrung mit Sedierung. Auswertung mit der Framework Analyse (MAXQDA 2018).

Ergebnis Die Mehrheit der Befragten beschrieben, dass sedierende Medikamente den Sterbeprozess von Patient*innen beeinflussen. Sedierte sterbende Patient*innen wurden im Vergleich zu nicht-sedierten häufig als weniger belastet und ruhiger sterbend wahrgenommen. Dieser Zustand wurde mit friedlichem Schlaf verglichen. Eine Interviewte beschrieb tiefe kontinuierliche Sedierung als „[den] eigenen Tod verschlafen“. Andere Interviewte nahmen Sterben unter Sedierung als „weniger natürlich“ wahr. Sie äußerten, dass man Patient*innen und ihren Angehörigen durch Sedierung die Möglichkeit des Abschiednehmens und eines „bewussten Todes“ nehme. In manchen Interviews wurde die Einzigartigkeit jedes

Sterbeprozesses betont, die es unmöglich mache, den Effekt von Sedierung auf die Sterbequalität zu beurteilen.

Diskussion Die Sichtweisen von SPV-Mitarbeitenden bezüglich des Sterbens unter Sedierung unterscheiden sich teilweise deutlich. Die wahrgenommene Sterbequalität unter Sedierung beeinflusst auch die Bewertung von Sedierung. Daher nimmt diese Wahrnehmung möglicherweise auch Einfluss auf die Entscheidungsfindung bezüglich Sedierung am Lebensende.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Wahrnehmungen und Bewertungen von Sterben unter Sedierung sind unterschiedlich und können die Entscheidungsfindung beeinflussen.

Für die SedPall-Studiengruppe

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (SedPall, 01GY1702B)

Poster

Wissenschaftliches Abstract

Grundlagenforschung zur Palliativversorgung

P1 Psychosoziale Herausforderungen von Logopäd*innen in der ambulanten Versorgung von Patient*innen mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) [48]

Autoren [Regelmann EM¹](#)

Institut 1 [HAWK Hildesheim, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Hildesheim, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1714977](#)

Fragestellung Mit welchen psychosozialen Herausforderungen sind Logopäd*innen in der ambulanten Versorgung von Patient*innen mit ALS konfrontiert?

Studiendesign Qualitative Datenerhebung und -auswertung

Methodik In der ersten Erhebungsphase wurden Patient*innen mit ALS zum Thema befragt, die sich in ambulanter logopädischer Behandlung befanden. Es handelte sich um ein leitfadengestütztes, episodisches Interview (Flick, 2011). In der zweiten Erhebungsphase wurden erfahrene Logopäd*innen interviewt, die mindestens einen/e Patient*in mit ALS ambulant betreut haben. Das Therapeut*innen-Interview basierte auf der Critical-Incident-Technik (Flanagan, 1954). Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnis Der Bedarf an logopädischer Versorgung für palliative Patient*innen ist jedoch in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen (Winterholler, 2015, 2019; Anneser et al., 2018; Ernste, 2019). Mit den gewonnenen Ergebnissen soll Berufsanfänger*innen, bzw. Praktiker*innen mit wenig Erfahrung bzgl. der Versorgung schwerstkranker Patient*innen, ein „roter Faden“ im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung bereitgestellt werden. Die gewonnenen Ergebnisse ermöglichen zudem die Abbildung von Kompetenzen, die in der logopädischen Versorgung von Patient*innen mit ALS und weiteren lebensbegrenzenden Erkrankungen notwendig sind.

Diskussion Es ist angeraten, das Palliative Care-Konzept in die Ausbildungsstrukturen zu integrieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die logopädische Versorgung von Patient*innen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen hat einen transprofessionellen Charakter.

Offenlegungserklärung Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Veröffentlichung meiner Arbeit einverstanden bin.

Quellenangaben [1] Anneser et al. (2018). Palliative Care bei Amyotropher Lateralsklerose. Von der Diagnose bis zur Trauerbegleitung. Stuttgart: Kohlhammer.

P2 Beziehungen am Lebensende in Dyaden erwachsener Kinder und ihrer Eltern – Ergebnisse einer explorativen Studie [109]

Autoren [Herbst FA¹](#), [Gawinski L¹](#), [Schneider N¹](#), [Stiel S¹](#)

Institut 1 [Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1714978](#)

Fragestellung Für Eltern schwerstkranker erwachsener Kinder (Dyade 1) kann die Umkehrung der Fürsorgrolle belastend sein. In Dyade 2, in der erwachsene Kinder für ihre sterbenden Elternteile sorgen, wirken sich Konzepte kindlicher Verantwortung und sozialer Verpflichtung auf die Beziehung aus. Bisher ist wenig über Herausforderungen der Beziehung von schwerstkranken Patienten am Lebensende und ihren erwachsenen Kindern bzw. Elternteilen bekannt.

Studiendesign Die qualitative Studie exploriert als Teil des BMBF-geförderten Projekts Dy@EoL (Laufzeit: 2017-2020; Förderkennzeichen: 01GY1711) die Besonderheiten und Herausforderungen der Beziehung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern am Lebensende.

Methodik Die Datenerhebung erfolgte in qualitativen halbstrukturierten Interviews mit (1) schwerstkranken erwachsenen Kindern und Elternteilen sowie (2) schwerstkranken Elternteilen und erwachsenen Kindern (02.2018-11.2019). Die Interviews wurden mithilfe der Grounded Theory analysiert und Hypothesen entwickelt.

Ergebnis Interviewt wurden 19 schwerstkranke Kinder und 13 fürsorgende Elternteile sowie 32 schwerstkranke Elternteile und 20 fürsorgende erwachsene Kinder. In beiden Dyaden wird der Verlust als existentiell erlebt. Erkrankungssituation und dadurch entstandene Abhängigkeiten werden als Rollenumkehrung wahrgenommen. Für Dyade 1 beschreiben Elternteile einen Wunsch nach mehr Nähe zum erkrankten Kind, wohingegen das Kind sich mehr Freiräume wünscht. In Dyade 2 erleben erkrankter Elternteil und Kind eine neue bzw. wieder entstandene Intensität ihrer Beziehung.

Diskussion Eltern-erwachsenes Kind-Dyaden zeichnen sich durch Besonderheiten des Empfindens von Nähe und Distanz und ein spezifisches Rollenverständnis aus.

Take Home Message für die Kongressbesucher Aushandlung von Rollen und Nähe-/Autonomiebedürfnis sollten bei der Entwicklung spezifischer psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Offenlegungserklärung Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

P3 Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Palliativversorgung älterer Patientinnen und Patienten – Erfolgsfaktoren und „Kooperationskiller“ [112]

Autoren [Bernhardt L¹](#), [Reichert M¹](#)

Institut 1 [TU Dortmund, Institut für Soziologie - Lehrstuhl für Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung, Dortmund, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1714979](#)

Fragestellung Gerade am Lebensende ist eine gut funktionierende Zusammenarbeit der beteiligten Gesundheitsdienstleister immens wichtig. In der SAPV sind professionsübergreifende Teamstrukturen (glücklicherweise) zum Alltag geworden. In dieser Hinsicht bestehen allerdings weiterhin Probleme in der AAPV. Wie kann also eine professionsübergreifende AAPV insbesondere älterer Patientinnen und Patienten gelingen?

Studiendesign Dissertation unter Betreuung von Prof. Dr. Monika Reichert, TU Dortmund, Institut für Soziologie, Lehrstuhl für Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung

Methodik Experteninterviews (Politik und Verbände) sowie eine Befragung von verschiedenen Gesundheitsdienstleistern in der Palliativversorgung bilden, neben einer Literaturanalyse, den Hauptbaustein in der Untersuchung. Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse werden anschließend hemmende und

fördernde Faktoren von professionsübergreifender Zusammenarbeit analysiert und entsprechende Kategoriensysteme erstellt sowie internationale Best-Practice-Beispiele zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen.

Ergebnis Einige Erfolgsfaktoren und „Kooperationskiller“ ließen sich bereits im Rahmen der Literaturanalyse identifizieren. Die Ergebnisse der Interviews stehen noch aus.

Diskussion Vor allem in der AAPV muss in der Multiprofessionalität nachgebessert werden. Inwiefern dies gelingen kann bzw. welche Rahmenbedingungen dafür gegeben sein müssen, soll im Rahmen der Dissertation untersucht werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Eine professionsübergreifende Zusammenarbeit, die auf starre Hierarchien verzichtet, ist für eine moderne qualitativ hochwertige Palliativversorgung sowohl zum Wohle der Patientinnen und Patienten als auch zu Gunsten der Gesundheitsprofessionen selber unerlässlich.

Offenlegungserklärung Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

P4 „Palliativ-Perfusor“ für die Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus [117]

Autoren Meesters S¹, Grüne B¹, Bausewein C¹, Schildmann E¹
Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714980

Fragestellung Perfusoren mit Sedativa und Opioiden werden in der spez. Palliativversorgung (SPV) häufig eingesetzt. Wie werden sie auf allgemeinen Krankenhausstationen in der letzten Lebenswoche verwendet?

Studiendesign Retrospektive Kohortenstudie. Analyse der Krankenakten von Patient*innen, die auf 5 Stationen zwischen 1/2015 und 12/2017 verstarben: Geriatrie, Onkologie (n = 2), Neurologie, Gynäkologie

Methodik Als Sedativa wurden die in Leitlinien für „palliative Sedierung“ empfohlenen Medikamente definiert: Benzodiazepine, Levomepromazin, Haloperidol (≥ 5 mg/d), Propofol. Opioid-Dosen wurden in die parenterale Morphine-Äquivalenz-Dosis (MÄD) umgerechnet. Explorative statistische Analyse (R 3.6.1.).

Ergebnis Während der letzten Lebenswoche erhielten 359/517 (69%) verstorbenen Patient*innen einen Perfusor mit Sedativa und/oder Opioiden. 222/359 (62%) erhielten sowohl Sedativa als auch Opiode, 130/359 (36%) nur Opiode und 7/359 (2%) nur Sedativa. Bei 153/222 (69%), die beide Medikamente erhielten, wurden diese am gleichen Tag gestartet. Der gleichzeitige Start wurde bei 44/153 (29%) als „palliatives Konzept“ oder „Palliativperfusor“ bezeichnet. Bei 139/229 (61%) Patient*innen mit Sedativa und 239/352 (68%) mit Opioiden fehlte an mindestens einem Tag der Therapie die Indikation. Opiode wurden am häufigsten mit Midazolam kombiniert. Die Gesamt-Tagesdosis von Midazolam (Median 8.96 mg/d, Range 0.10-144) und die MÄD (Median 12.29 mg/d, Range 0.10-272) korrelierten signifikant ($r=0.53$, $p<0.001$).

Diskussion Der hohe Anteil an gleichzeitig gestarteten Opioid-Midazolam-Therapien im Perfusor sowie die Bezeichnung als „palliatives Konzept“ oder „Palliativperfusor“ wirft die Frage auf, ob diese Misch-Perfusoren teilweise ein „Standardvorgehen“ für die Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus darstellen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Trotz häufigen Einsatzes ist über den Gebrauch von Perfusoren außerhalb der SPV wenig bekannt. Ein mögliches „Standardvorgehen“ und Einflüsse auf die Versorgungsqualität müssen noch genauer erforscht werden.

Offenlegungserklärung Förderung: BMBF, 01GY1712, SedEol

P5 Unterscheidet sich die Krankenhausversorgung von Tumor- und Nicht-Tumor-Patient*innen in den letzten zwei Lebenstagen? Ergebnisse der Studie „Das letzte Lebensjahr in Köln“ [122]

Autoren Kasdorf A¹, Gloria D¹, Rietz C², Voltz R^{1,3,4,5}, Strupp J¹
Institut 1 Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; 2 Pädagogische Hochschule Heidelberg, Arbeitsbereich Mixed-Methods-Research, Heidelberg, Deutschland; 3 ZVKF Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Köln, Deutschland; 4 Centrum für integrierte Onkologie (CIO)-Standort Köln, Köln, Deutschland; 5 Zentrum für Klinische Studien Köln, Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714981

Fragestellung Gibt es Unterschiede in der Krankenhausversorgung von Tumor- (T) und Nicht-Tumor-Patient*innen (NT) in ihren letzten zwei Lebenstagen (L2LT)?

Studiendesign Retrospektive Mixed-Methods Datenerhebung.

Methodik Der postalisch verschickte Fragebogen umfasste die deutsche Version von VOICES zur Erfassung der Inanspruchnahme und Bewertung von Versorgungsleistungen im letzten Lebensjahr. Befragt wurden Nahestehende von in Köln verstorbenen Personen.

Ergebnis Die retrospektive Einschätzung der Angehörigen zur Angemessenheit der Versorgung in den L2LT erfolgte mittels Kategorien „ja“, „eher ja/nein“ und „nein“. Die Angehörigen der NT schätzten die Items häufiger in den Kategorien „eher nein“ oder „nein“ ein. Items hinsichtlich angemessener Hilfe bei der Grundpflege (28,6% vs. 7,3%, $p=.013$), Nahrungs- (52,4% vs. 14,9%, $p=.001$) oder Flüssigkeitsaufnahme (48,0% vs. 10,2%, $p=.001$) wurden häufiger von Angehörigen der NT verneint. Auch die Behandlungspflege (31,4% vs. 3,6%, $p=.003$) sowie die Schmerzlinderung (16,1% vs. 2,5%, $p=.008$) wurden von ihnen häufiger als eher nicht/nicht genügend eingestuft. Hinsichtlich der emotionalen Bedürfnisse gaben Angehörige der NT häufiger an, dass diese wenig/gar nicht berücksichtigt wurden (48,1% vs. 14,3%, $p=.004$). Retrospektiv wurde vor allem von Angehörigen der NT berichtet, dass sie nicht/nicht ausreichend über den Zustand ihres Angehörigen informiert worden sind und sich weniger unterstützt fühlten ($p=.002$).

Diskussion Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Disparität in der Bewertung von Krankenhausversorgung in den L2LT von T und NT. Insbesondere für NT fällt die Krankenhausversorgung in dieser Phase hinsichtlich mehrerer Parameter wie Behandlungspflege oder Befriedigung individueller Bedürfnisse deutlich defizitärer aus.

Take Home Message für die Kongressbesucher Um Versorgungsunterschiede in der Sterbephase auszugleichen, sollte die Krankenhausversorgung bedarfsorientiert und indikationsunspezifisch erfolgen.

Offenlegungserklärung Kein Interessenskonflikt. BMBF-Förderung (#01GY1606)

P6 Distress, Coping und Persönlichkeit am Lebensende: Eine Tagebuchstudie [156]

Autoren Thyson T¹, Neukirchen M¹, Schwartz J¹, Gerstorff D²
Institut 1 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 2 Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714982

Fragestellung Die vorliegende Arbeit explorierte intra- und interindividuelle Variabilität und Prädiktoren von Distress und objektivierte individuelle zeitliche Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen sowie mögliche Trends der Verlaufskurven bei Patient*innen im stationären palliativen Setting.

Studiendesign Die prospektive Beobachtungsstudie mit Erhebung einer Fall- und Kontrollgruppe verwendete ein sieben-tägiges Tagebuchverfahren.

Methodik An der Studie nahmen 14 Patient*innen und 14 gesunde Personen teil. Die Teilnehmer*innen sollten zweimal täglich an sieben

aufeinanderfolgenden Tagen mit einem standardisierten Fragebogen Aussagen über subjektiven Distress, Coping und Aspekte ihrer Persönlichkeit machen.

Ergebnis Mehrebenenanalysen zeigen distinkte intraindividuelle Veränderungen von Distress, die durch aktiv-annäherndes Coping ($F(1, 160.45) = 3.94, p = 0.048$), passiv-vermeidendes Coping ($F(1, 148.81) = 6.89, p = 0.010$), positiven ($F(1, 159.55) = 8.48, p = 0.004$) und negativen ($F(1, 156.63) = 60.85, p < .05$) Affekt vorhergesagt werden können. Im Vergleich zu gesunden Personen konnten hinsichtlich individueller Variation keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Eine im Zeitverlauf differentielle Veränderung von Persönlichkeit konnte lediglich für Offenheit beschrieben werden ($Wald Z = 2.23, p < .05$). Wachstumskurvenmuster wiesen Indizien für einen diskontinuierlichen Verlauf von Extraversion ($F(1, 156.84) = 4.63, p < .05$), Verträglichkeit ($F(1, 154.00) = 4.68, p < .05$) und Gewissenhaftigkeit ($F(1, 146.85) = 6.59, p < .05$) auf.

Diskussion Die Ergebnisse können zur Vorhersage von individuellem Unterstützungsbedarf und Kommunikationspräferenzen beitragen und durch Bestimmung distinkter intraindividuelle psychologischer Profile besonders vulnerabler Patienten*innen identifizieren. Das personenzentrierte Vorgehen kann die Entwicklung individualisierter psychotherapeutischer Interventionen begünstigen. Aufgrund des Stichprobenumfangs und der Erhebung auf einer Mikrozeitskala sind zur Gewinnung umfangreicherer Evidenz weitere Studien notwendig.

P7 Wann ist ein Intensivpatient auch ein Palliativpatient? - Triggerfaktoren für eine palliative Mitbehandlung von Intensivpatienten aus pflegerischer Sicht [166]

Autoren Schallenburg M¹, in der Schmitt J², Icks A³, Neukirchen M¹
Institut 1 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 2 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 3 Centre for Health and Society - Heinrich-Heine-Universität, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Düsseldorf, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1714983

Fragestellung Welche Eigenschaften von PatientInnen auf der Intensivstation können zu einer Palliativkonsilfrage durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als sinnvolle Triggerfaktoren anerkannt?

Studiendesign Qualitativer Teil einer Mixed Methods Studie

Methodik Es wurden qualitative, halbstrukturierte Fokusgruppeninterviews mit Intensivpflegekräften durchgeführt und transkribiert. Die Auswertung fand anhand der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz¹ statt.

Ergebnis Es erfolgten sechs Fokusgruppeninterviews an vier Universitätskliniken mit jeweils zwei bis acht TeilnehmerInnen. Alle TeilnehmerInnen haben Erfahrung mit Palliativkonsilen auf der Intensivstation und wünschen sich eine aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen.

Es lassen sich drei Schlüsselkategorien „Konflikt zwischen Pflege und Arzt“, „Angehörige“, „Pflegekompetenz vs. erlaubte Tätigkeiten“ ausarbeiten. Diese werden durch weitere, von der Dominanz eher untergeordnete Kategorien komplettiert.

Diskussion Die Ergebnisse zeigen, dass im Fokus der Aufmerksamkeit von Intensivpflegekräften eher Angehörige und ihre Belastung stehen, worin Triggerfaktoren gesehen werden. Dies lässt sich vermutlich damit erklären, dass IntensivpatientInnen häufig sediert sind und weniger Interaktion möglich ist. Zudem wird ein Teamkonflikt benannt, der weiter untersucht werden sollte.

Aus den herausgearbeiteten Kategorien sollen für den quantitativen Teil der Studie Items für einen Fragebogen entstehen, mit dem die Akzeptanz der Trigger unter Intensivpflegekräften untersucht werden soll.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Entscheidung palliativer Begleitung sollte interprofessionell besprochen werden.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Quellenangaben [1] Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. Auflage), Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2016

P8 Verwendung von Sedativa am Lebensende in der allgemeinen Palliativversorgung (APV): Klinische Praxis in der Neurologie im Vergleich zur Onkologie [180]

Autoren Grüne B¹, Meesters S¹, Nübling G², Licher AS¹, Bausewein C¹, Schildmann E¹

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland; 2 Neurologische Klinik und Poliklinik, LMU Klinikum, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714984

Fragestellung Forschung zur Verwendung von Sedativa am Lebensende fokussiert oft auf onkologische Patient*innen. Auch neurologische Erkrankungen gehen mit einer hohen Symptomlast am Lebensende einher. Wie werden Sedativa in den letzten 7 Lebenstagen bei Patient*innen in der Neurologie im Vergleich zur Onkologie angewendet?

Studiendesign Retrospektive Kohortenstudie: Analyse der Akten von Patient*innen, die von 1/2015 bis 12/2017 in einer neurologischen (NK) oder zwei onkologischen Kliniken (OK) verstarben.

Methodik Daten zu in Leitlinien für „Palliative Sedierung“ empfohlenen Sedativa wurden deskriptiv analysiert (R 3.6.1): Benzodiazepine, Levomepromazin, Haloperidol (>5mg/Tag) und Propofol. Die Definition von Sedativa „mit kontinuierlichem Effekt“ wurde literaturbasiert von Expert*innen konsentiert.

Ergebnis In NK erhielten 120/168 verstorbenen Patient*innen (71%) in der letzten Lebenswoche Sedativa. Dieser Anteil war in OK ähnlich (179/248, 72%). Patient*innen, die Sedativa erhielten, erhielten diese in NK häufiger „mit kontinuierlichem Effekt“ (92%) als in OK (71%). Am häufigsten wurde Midazolam verschrieben (NK: 87% vs. OK: 67%). Die häufigsten Indikationen waren Unruhe (NK: 50% vs. OK: 34%), Angst (NK: 39% vs. OK: 25%) und Dyspnoe (NK: 11% vs. OK: 3%). Die mediane Tagesgesamtosis Midazolam betrug 8,75 mg (Range: 0,1-100) in NK und 10,0 mg (Range 0,5-144) in OK. In NK erhielten 71/88 (81%) Patient*innen mit einem intrakraniellen Infarkt, 22/35 (63%) Patient*innen mit einer intrazerebralen Blutung und 27/45 Patient*innen (60%) mit einer anderen Erkrankung als Todesursache in der letzten Lebenswoche Sedativa.

Diskussion Die Verwendung von Sedativa am Lebensende war in der Neurologie ähnlich wie in der Onkologie, wobei in der Neurologie häufiger Sedativa „mit kontinuierlichen Effekt“ verschrieben wurden. Insgesamt variierten die Dosen stark, die Mediane weisen auf leichte Sedierung hin.

Take Home Message für die Kongressbesucher Forschung zu Sedativa und Sedierung am Lebensende in der APV sollte neben onkologischen Patient*innen auch andere Patient*innengruppen in den Fokus rücken.

Förderung BMBF, 01GY1712 SedEol

P9 Kontinuierliche radargestützte Vitalparameter-Erfassung auf einer Palliativstation [190]

Autoren Steigleder T¹, Malessa A¹, Shi K², Schellenberger S³, Heckel M¹, Kölpin A³, Ostgathe C¹

Institut 1 Palliativmedizinische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl f. technische Elektronik, Erlangen, Deutschland; 3 Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg, Lehrstuhl f. Electronics u. Sensor Systeme, Cottbus, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714985

Fragestellung Monitoring von Vitalzeichen (VZ) zeigt Gesundheitsveränderungen und -krisen, Beschwerden und Therapiewirkung und -nebenwirkung. In der Palliativmedizin stehen soziale Teilhabe und menschliche Beziehungen im Zentrum der Behandlung. Um hier ein kontinuierliches belastungsfreies

Monitoring zu entwickeln, erforschen wir die berührungslose Erfassung von Vitalzeichen (VZ) durch ein radar-basiertes Monitoring (RBM).

Studiendesign Beobachtungsstudie

Methodik Wir rekrutierten Patienten auf unserer Palliativstation. Monitoring erfolgte kontinuierlich und im klinischen Tagesbetrieb. Radarsysteme werden unter Matratzen platziert und zeichnen die Veränderung des Abstands (VA) zum nächsten Objekt mit signifikanter Permittivitätsänderung (Haut der Patienten) mit hoher Präzision auf (10^{10} nm in Mikrosekunden) auf. Lernende Algorithmen erkennen Patienten, bewerten die Signalqualität und leiten VZ ab. Wir korrelierten die Daten mit klinischen Beobachtungen.

Ergebnis Bei $n=38$ Patientenprobanden zeichneten wir kontinuierlich Pulsweite (PW), Herztöne (HS) und Atembewegung auf. Herzrate (HR) wurde aus PW und HS und Herzratenvariabilität (HRV) aus HS abgeleitet. Wir konnten in 81 % der Gesamtbehandlungsdauer VZ aufzeichnen. 19 % Ausfall sind auf Mobilisation aus dem Bett und rasche großamplitudige Willkürbewegungen zurückzuführen.

Diskussion Kontinuierliche Aufzeichnung von HR, HRV und Atemfrequenz, die sich bei Beschwerden und Behandlung verändern, ist im Setting einer Palliativstation mit RBM möglich, ohne dass die Messung sicht- oder fühlbar ist.

Take Home Message für die Kongressbesucher RBM könnte helfen, Symptombelastung anzuzeigen, Therapiewirkung und -nebenwirkung zu erfassen, über kritische Veränderungen zu informieren und so Personalressourcen optimal einzusetzen.

Gefördert vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (16SV7695).

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte

P10 Einblicke in die Sterbephase mit radarbasiertem Monitoring von Vitalzeichen. [194]

Autoren Steigleder T¹, Malessa A¹, Shi K², Schellenberger S³, Heckel M¹, Weigel R², Kölpin A³, Ostgathe C¹

Institut 1 Palliativmedizinische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinik Erlangen, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl f. technische Elektronik, Erlangen, Deutschland; 3 Brandenburgische technische Universität Cottbus-Senftenberg, Lehrstuhl f. allgemeine und elektronische Messtechnik, Cottbus, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714986

Fragestellung Veränderungen der Vitalzeichen (VZ) bei Sterbenden unter natürlichen Umständen sind weitgehend unbekannt. Deren Kenntnis kann allerdings helfen, den Tod zu erkennen, das Sterben besser vorherzusagen und die Versorgung anzupassen. Dazu haben wir ein berührungsloses und belastungsfreies radarbasiertes Monitoring (RBM) der VZ erforscht und mit gesunden Probanden validiert. Gegenwärtig wird RBM pilotiert, um Herzrate (HR), Herzratenvariabilität (HRV) und Atmung (At) bei Palliativpatienten zu erfassen.

Studiendesign Beobachtungsstudie

Methodik Seit 10/2019 werden die Patientenprobanden mit RBM untersucht. Abstandsveränderungen (AV) des Radars (platziert unter der Matratze) zum nächstgelegenen Objekt mit signifikanter Permittivitätsunterschied, d.h. der Haut des Patienten, werden mit einer hohen Präzision von 10^{10} nm in Mikrosekunden aufgezeichnet. Lernende Algorithmen errechnen daraus Pulsweite (PW), Herztöne (HT) und Atemfrequenz (AF). Die klinische Routine ist unverändert: Bestimmung des Todeszeitpunkts durch Beobachtung.

Ergebnis 14 Patienten verstarben mit RBM. Vor dem Tod kam es zu signifikanten Veränderungen. Während 72 Stunden vor Tod: Reduktion der Segmentierung der HAT, Änderung der Konfiguration der PW. 2 Stunden vor Tod: Erratische AF, Decrescendo-Muster von PW
Mit dem Tod: Änderung aller Frequenzbänder.

Diskussion Auf einer Palliativstation kann RBM Sterben und Tod erkennen, ohne den Patienten zu belasten. Dies kann helfen, für verschiedene Anwendungen prädiktive Algorithmen zu entwickeln.

Take Home Message für die Kongressbesucher RBM kann helfen auf Palliativstationen Ressourcen effizienter einzusetzen, um Angehörige und Patienten zu unterstützen. Auf Allgemeinstationen kann es helfen, rechtzeitig mit Lebenserhaltung und/oder kardio-pulmonalen Wiederbelebung zu beginnen. Gefördert vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (16SV7695).

Offenlegungserklärung kein Interessenskonflikt

P11 Häufigkeit der palliativen Sedierung im Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Behandlung [214]

Autoren Jülich A², Buchhold B¹, Glöckner F³, Krüger W³
Institut 1 Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland; 2 Arztpraxis, Dr Worm/Dr Bankau, Greifswald, Deutschland; 3 Universitätsmedizin Greifswald, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714987

Hintergrund Palliative Sedierung (PS) nimmt in der Palliativmedizin einen immer höheren Stellenwert ein. Die Häufigkeit wird in der Literatur mit 6,7 % genannt [1,2]. Über die unterschiedlichen Häufigkeiten der PS auf der Palliativstation, dem Hospiz und einem mobilen Palliativnetzwerk (SAPV) ist wenig bekannt.

Fragestellung Erhebung der Häufigkeit der PS in den unterschiedlichen Institutionen.

Studiendesign Prospektive Querschnittsstudie auf einer Palliativstation, in einem Hospiz und im Rahmen einer SAPV über ein Jahr.

Ergebnis Im Erhebungszeitraum wurden 1124 Patienten in allen drei Institutionen behandelt (Palliativstation: $n=340$; Hospiz: $n=108$; SAPV: $n=676$). Insgesamt wurden 5,25 % ($n=59$) der Patienten palliativ sediert. Die Häufigkeit der palliativen Sedierung variierte zwischen den drei Institutionen (Palliativstation: 7,65%; Hospiz: 1,85%; SAPV: 4,59 %). Die häufigste Indikation zur palliativen Sedierung war Unruhe (71,2 %), gefolgt von Angst (52,5 %), Verwirrtheit/Delir (49,2 %) und fehlender Lebensqualität (40,7 %). Die durchschnittliche Sedierungsdauer betrug 3,98 Tage (4 Stunden bis 23 Tage). Das meist genutzte Medikament war Midazolam (94,44 %).

Diskussion Die Häufigkeit der palliativen Sedierung ist in Abhängigkeit vom Sterbeort unterschiedlich. Die meist genannte Indikation war Unruhe. Midazolam war das am häufigsten verwendete Medikament.

Take Home Message für die Kongressbesucher für die palliative Sedierung ist eine umfassende Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern nötig. Ein Aufklärungsbogen und ein Sedierungsprotokoll sind hierfür sinnvoll.

Quellenangaben [1] Stiel S, et al Palliative sedation in Germany: factors and treatment practices associated with different sedation rate estimates in palliative and hospice care services. BMC Palliative Care 2018.

[2] Klosa PR, Klein C, Heckel M, et al. The EAPC framework on palliative sedation and clinical practice-a questionnaire-based survey in Germany. Supportive care in cancer 2014

P12 Terminologische Vorschläge zu Sedierung in der Palliativversorgung [240]

Autoren Kremling A¹, Schildmann J¹
Institut 1 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714988

Fragestellung Begriffe wie „palliative Sedierung“ werden heterogen verwendet und es wird zurecht terminologische Klarheit gefordert. Was fehlt sind systematisch gerechtfertigte Vorschläge zur Verwendung verständlicher und präziser Begriffe, die in Klinik und Forschung anwendbar sind und Missverständnisse vermeiden.

Studiendesign Formulierung einer systematischen Terminologie

Methodik Integration von Ergebnissen einer systematischen Literaturrecherche (Definitionen in Leitlinien) und Problemanalyse in eine konstruktive Begriffsexplikation

Ergebnis Oft wird nicht deutlich, ob Begriffserläuterungen in Leitlinien im Sinne von Definitionen (d. h. Festlegung notwendiger und gemeinsam hinreichender Bedingungen) gemeint sind. Die Erläuterungen in Leitlinien enthalten Bestandteile, die unterschiedlich interpretiert („Bewusstseinsreduktion“), kontrovers eingeschätzt werden können („refraktär“, „unerträglich“, eine bestimmte Lebenserwartung) oder solche, deren logische Bedeutung im Sinne einer Definition nicht eindeutig ist (Medikamente, „ethisch akzeptabel“). Zur Präzisierung schlagen wir vor, zunächst „Sedierung“ operational über eine Skala wie RASS-PAL zu definieren und auf eine Maßnahmendefinition („palliative Sedierung“ o. ä.) sowie nicht eindeutige bzw. kontroverse Kriterien zu verzichten. Diese können z. B. als „Indikationskriterien“ aufgeführt und zur Regulierung der Praxis genutzt werden.

Diskussion Definitionen zum Sedieren in der Palliativversorgung sollten nicht mit Indikationskriterien und ethischen Vorbehalten belastet werden. Themen sollten stattdessen getrennt bearbeitet und Begriffe schrittweise definiert werden. Forschung und Kommunikation dürften von einer solchen Vereinfachung profitieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Verwendung von Begriffen zu Sedierung in der Palliativversorgung verlangt besondere Achtsamkeit – terminologische Vereinfachung kann Missverständnisse in Klinik und Forschung vermeiden.

Offenlegungserklärung Für den Forschungsverbund SedPall. Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (SedPall, 01GY1702C)

P13 Herausfordernde Drop-Out-Rate einer Studie zur frühen Integration von Palliativversorgung beim metastasierten Lungenkarzinom [244]

Autoren Unsöld L¹, Deis N¹, Siegle A¹, Krug K², Bossert J², Wensing M², Thomas M¹, Villalobos M¹

Institut 1 Thoraxklinik Heidelberg, Onkologie der Thoraxtumoren; 2 Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
DOI 10.1055/s-0040-1714989

Fragestellung Längsschnittuntersuchungen im Bereich der Palliativversorgung weisen erhöhte Panelmortalität als Herausforderung während des Studienverlaufs auf. Sowohl die Rekrutierung palliativ-onkologischer Patienten als auch der Erhalt der Patientengruppe über den Verlauf hinweg sind wichtige bisher nur am Rande untersuchte Phänomene, die den Erfolg und die Ergebnisse von klinischen Studien im Bereich der Palliativversorgung beeinflussen.

Untersucht werden die Drop-Out Rate, gruppenspezifische Charakteristika und Gründe für Drop-Out im Rahmen der Studie „Heidelberger Meilenstein Kommunikation“ (HeimeKOM).

Studiendesign Die HeiMeKOM-Studie (multiphase mixed-methods design) untersucht ein interprofessionelles Kommunikationskonzept für Patienten mit metastasiertem Lungenkarzinom. Die verwendeten Daten wurden im pragmatic non-blinded randomized controlled trial (RCT) der Studie erhoben. Die Studienteilnehmer wurden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und danach drei Mal im Abstand von je drei Monaten befragt.

Methodik Anhand einer deskriptiven Analyse wird die Fragestellung mit entsprechenden Kennzahlen untersucht und grafisch dargestellt.

Ergebnis Erste Ergebnisse zeigen, dass die Drop-Out-Rate bei den 172 rekrutierten Studienteilnehmern 3 Monate nach Studienbeginn bereits bei 39 % liegt und sich auf 58,1 % bis zum Zeitpunkt des 3. Follow-ups (9 Monate nach Studienbeginn) erhöht. Gründe für einen Abbruch sind neben dem Versterben der Teilnehmer und dem aktiven Abbruch der Studienteilnahme auch Aspekte wie z. B. gesundheitsbedingte Auskunftsunfähigkeit.

Diskussion Trotz des frühen Zeitpunkts der Rekrutierung (Erstdiagnose eines metastasierten Lungenkarzinoms) bestätigt sich die hohe Drop-Out Rate von

Studien im palliativen Setting. Daher kann die Detektion prädiktiver Faktoren die Planung, Steuerung und Ergebnisinterpretation dieser Studien unterstützen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Bei der palliativ-onkologischen Patientengruppe wird die Drop-Out Rate durch die Sterblichkeit sowie die besondere Vulnerabilität der Gruppe bedingt (kognitive und körperliche Verschlechterung im Krankheitsverlauf).

Innovative Umsetzung von Palliativversorgung

P14 Nutzer*innenzentrierte Entwicklung einer elektronischen Patient*innenakte (EPA) für die stationäre pädiatrische Palliativversorgung (PP) – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Pflegenden im stationären Setting [82]

Autoren Busse TS¹, Kernebeck S¹, Dreier L², Meyer D², Goletz G², Zenz D³, Wager J², Ehlers J¹, Zernikow B⁴

Institut 1 Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen, Witten, Deutschland; 2 Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, PedScience Vestische Forschungs gGmbH, Datteln, Deutschland; 3 Smart-Q Softwareysteme GmbH, Bochum, Deutschland; 4 Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln - Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Datteln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714990

Fragestellung Welche Anforderungen haben Nutzer*innen an eine EPA in der PP?

Studiendesign Qualitative Fokusgruppeninterviews als Grundlage für Co-Design¹

Methodik Es wurden zwei Fokusgruppeninterviews (FG) mit je fünf bzw. vier Pflegenden einer Kinderpalliativstation geführt. Die FG wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis Es ergaben sich 102 Codes in drei Hauptkategorien: 1. Rahmenbedingungen für Implementierung und Weiterentwicklung, 2. Allgemeine Anforderungen an die digitale Dokumentation und 3. Anforderungen an die Anpassung konkreter Dokumente, die in weitere Unter- und Subkategorien aufgeteilt wurden. Besonders wichtig waren den Pflegenden der Aufruf von Daten aus der Vergangenheit (10 Codes), die Vereinfachung der Leistungsdokumentation (9 Codes) sowie die Möglichkeit von Notifications (8 Codes).

Diskussion Für die Akzeptanz von EPA ist der Einbezug der Bedürfnisse der Nutzer*innen in die Entwicklung essentiell (2). In der PP sind diese jedoch kaum bekannt. Diese Erhebung bringt daher wichtige Einblicke für die inhaltliche Gestaltung der EPA hervor. Limitierend ist die geringe Vorerfahrung der Nutzer*innen mit EPA und das dadurch eingeschränkte Vorstellungsvermögen (nachträgliche Codierung: 5 Codes) sowie Befürchtungen (z. B. technische Probleme) (10 Codes).

Take Home Message für die Kongressbesucher Die PP zeichnet sich durch komplexe Krankheitsverläufe und häufige Sektorenwechsel aus. EPA können interprofessionelle und sektorenübergreifende Kommunikation unterstützen. Pflegende wünschen sich für die EPA vor allem barrierefreie Einsicht in zuvor erhobene Daten (Voraufenthalte).

Offenlegungserklärung Das Projekt wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert.

Quellenangaben [1] Boyd H, McKernon S, Mullin B, Old A (2016). Improving healthcare through the use of co-design. The New Zealand Medical Journal, Vol 125 No 1357, 76-87.

[2] Ross J., Stevenson F., Lau R. & Murray E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update), Implementation Science, 11, 146.

P15 Palliative Versorgung „auf Augenhöhe“: Quantitative und qualitative Untersuchung der Auswirkungen eines Pilotprojektes zur vernetzten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (vAAPV) [171]

Autoren [Michels M¹](#), [Heckel M¹](#), [Klein C¹](#)

Institut 1 Palliativmedizinische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1714991

Fragestellung Von 04/2015 bis 05/2017 nahmen 15 Hausärzte*innen an dem regionalen Pilotprojekt „Vernetzte ambulante allgemeine Palliativversorgung“ (vAAPV) teil. Ziel der neu konzipierten Versorgungsform war, die Vernetzung zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern durch „Round Table Gespräche“, Notfallpläne und eine 24h Rufbereitschaft zu fördern. Die vorliegende Studie untersucht, wie die Vernetzung stattgefunden hat und deren Nutzen und Wirkung.

Studiendesign Retrospektive Dokumentenanalyse und Fokusgruppen

Methodik Analyse der im vAAPV Projekt erhobenen Routedokumentation (n=95 Patient*innen). Zwei Fokusgruppen mit am vAAPV Projekt beteiligten Angehörigen und Leistungserbringern, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden.

Ergebnis Aus der Routedokumentation ging als zentraler Bestandteil der Vernetzung eine standardisierte Absprache der Leistungserbringer mit Patienten u. Angehörigen bezüglich der Wünsche für die Begleitung am Lebensende mittels Therapie- und Notfallplanung hervor. Die Studienteilnehmer berichteten von einer engen Kooperation der Beteiligten während der Betreuungszeit, bei 13% der Patienten auch strukturiert durch ein sog. „Round Table Gespräch“. Die Fokusgruppen zeigten, dass die Leistungserbringer von einer vernetzten Versorgung profitierten, die ein Teamgefühl entstehen ließ. Für Angehörige bedeutete Vernetzung vor allem Sicherheit durch die ständige telefonische Erreichbarkeit der Hausärzt*innen.

Diskussion Durch die Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten konnte im vAAPV Projekt eine Palliativversorgung „auf Augenhöhe“ erreicht werden. Eine Implementierung in die Regelversorgung erscheint aufgrund der hier gemachten Erfahrungen wünschenswert.

Take Home Message für die Kongressbesucher Strukturierte Vernetzung in der Palliativversorgung bringt Vorteile für Patienten, Angehörige und Leistungserbringer.

Offenlegungserklärung Die Untersuchung wurde gefördert durch den Hospizverein Erlangen. Magdalena Michels führte das Projekt im Rahmen ihrer medizinischen Doktorarbeit durch.

P16 Digitalisierung am Lebensende: Potentiale und Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Palliativversorgung [178]

Autoren [Muehlensiepen F¹](#), [May S²](#), [Bruch D²](#), [Kaser-Tagmat D³](#), [Gabb F²](#), [Heinze M^{1,4}](#)

Institut 1 Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg, Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane, Neuruppin, Deutschland; 2 Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane, Neuruppin, Deutschland; 3 Immanuel Klinik Rüdersdorf, Onkologisches Versorgungszentrum Märkisch-Oderland, Rüdersdorf bei Berlin, Deutschland; 4 Immanuel Klinik Rüdersdorf, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rüdersdorf bei Berlin, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1714992

Fragestellung Die Bedeutung von digitalen Technologien nimmt in allen Lebensbereichen rasant zu und führt zu grundlegenden Änderungen in der Kommunikation und im Informationstransfer. Informations- und Kommunikationstechnologien (IK) werden als Möglichkeit gesehen, den Austausch in der

Palliativversorgung zu unterstützen. Die Effektivität von IK in der Palliativversorgung konnte bislang nur begrenzt nachgewiesen werden [1].

Welche IK werden in der palliativen Krebsbehandlung bereits genutzt?

Wie hoch ist die Akzeptanz bei Patient*innen, Zugehörigen und Stakeholdern bezüglich des Einsatzes von IK in der palliativen Krebsbehandlung in Deutschland?

Welche potenziellen Anwendungsbereiche von IK bestehen aus Sicht der oben genannten Zielgruppen?

Studiendesign Mixed-Methods-Ansatz

Methodik 1. Scoping Review zu IK in der palliativen Krebsbehandlung; 2. Leitfadeninterviews mit onkologischen Patient*innen in der Palliativversorgung (n=15) und ihren Zugehörigen (n=15); 3. Expert*inneninterviews (n=15) –; 4. Fragebogenerhebung mit Mitarbeiter*innen von SAPV-Teams sowie stationären Palliativereinrichtungen in Brandenburg. Die Auswertung der Interviews erfolgt mittels der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Die Fragebögen werden deskriptiv mittels Regressionsanalysen ausgewertet.

Ergebnis Die Studie befindet sich derzeit in der Vorbereitung. Ziel ist es, Qualitätskriterien zu entwickeln, die IK in der palliativen Krebsversorgung aufweisen müssen.

Diskussion Um effektive IK in der palliativen Krebsversorgung zu etablieren, müssen die Bedingungen, unter denen digitale Kommunikation stattfindet, und die Akzeptanz auf Seiten der Nutzer*innen ausführlich untersucht werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Zur Entwicklung von IK-Ansätzen in der Hospiz- und Palliativversorgung sind die Perspektiven der eigentlichen Anwender*innen einzubeziehen.

Offenlegungserklärung /

Quellenangaben [1] Capurro Daniel, et al. Effectiveness of eHealth interventions and information needs in palliative care: a systematic literature review. Journal of medical Internet research 16.3 (2014): e72.

P17 PD_PAL: Vorstellung einer Advance-Care-Planning-Intervention für PatientInnen mit Parkinson-Syndrom und deren pflegende Angehörige [226]

Autoren [Lex K¹](#), [Weck CE²](#), [Münste C³](#), [Widritski M³](#), [Eggers Carsten³](#), [Lorenz S^{1,2,4}](#)

Institut 1 Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Salzburg, Österreich; 2 Krankenhaus Agatharied, Hausham, Deutschland; 3 Klinik für Neurologie, Uniklinik Marburg, Marburg, Deutschland; 4 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Neurologische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1714993

Fragestellung Sowohl Parkinson-Betroffene als auch Angehörige sind durch belastende Symptome extrem herausgefordert. Die Versorgung Parkinsonkranker Menschen und Ihrer Angehörigen außerhalb des klinischen Settings hat sich bewährt, so soll durch PD_PAL überprüft werden, wie sich ein integriertes Care-Management in Kombination mit einem spezifischen Advance-Care-Planning (ACP) auf Patienten und deren Angehörige auswirkt.

Studiendesign Es handelt sich um eine multizentrische, prospektive, Cluster-randomisierte Interventionsstudie im Mixed-Methods-Design.

Methodik PD_Pal ist eine Längsschnittstudie.

Der Beobachtungsarm (30 Dyaden, also jeweils ein Patient und seine pflegenden Angehörigen pro teilnehmendem Land) erhält weiterhin die übliche medizinische und pflegerische Versorgung.

Die Interventionsgruppe (jeweils 30 Teilnehmende pro Land) erhält über die standardisierte Versorgung hinaus bis zu 15 Zeitstunden durch weitergebildete PD_PAL-Pflegende. Diese qualifizierten, berufserfahrenen Pflegenden führen neben einem Care- und Case Management -in enger Abstimmung mit den betreuenden Medizinern - Advance-Care-Planning-Gespräche durch.

Ergebnis Hauptfokus ist der % abgeschlossener ACP-Dokumentationen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ein weiteres Anliegen der PD_PAL-

Verantwortlichen ist die Erstellung eines internationalen, interprofessionellen MOOCs (Massive Open Online Course) um es Gesundheitsberuflern, Angehörigen und Laien zu ermöglichen, ihr Wissen zur letzten Lebensphase bei Morbus Parkinson zu erweitern.

Diskussion Insgesamt erhoffen sich die Verantwortlichen eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität betroffener Patienten und deren Angehöriger. Dies scheint angesichts der erlebten Belastungen auch dringend geboten.

Take Home Message für die Kongressbesucher PD_PAL ist ein innovatives Advance-Care-Planning-Projekt und Teil eines umfassenden palliativen Maßnahmenkatalogs, um Parkinsonpatienten und Angehörige in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase bestmöglich zu unterstützen.

P18 Schulung von Mitarbeitenden in Einrichtungen der Eingliederungshilfe basierend auf dem Curriculum Palliative Care Weiterbildung von Fachkräften in der Assistenz und Pflege von Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung in Kombination mit der Story-Line Methode® aus dem Curriculum Palliative Praxis [228]

Autoren Jütte R¹, Siehr N², Thissen S³, Kulzk I², Radnai B¹, Nauck F¹

Institut 1 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; 2 Zukunftssicherung Berlin e. V. für Menschen mit geistiger Behinderung, Berlin, Deutschland; 3 Leben lernen gGmbH am EDKE, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714994

Idee/Ziel Menschen mit Behinderung erreichen zunehmend ein hohes Alter. Damit einher gehen Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Alters, sowie Krebserkrankungen. Mitarbeitende in Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit pädagogischem Hintergrund verfügen meist nur über wenig oder kein Handwerkszeug, um adäquat auf die Belastungen in der letzten Lebensphase und im Sterben reagieren zu können.

Intervention Konzeption einer Schulung auf Grundlage der Verknüpfung von Curricula¹ und Methode².

Erfahrungen Für die Lehre ist das Kompetenzprofil der palliativen Versorgung und Begleitung als auch der medizinisch-pflegerische und pädagogische Bereich gewinnbringend. Die Methodenvielfalt und Nähe der Dozentinnen zum Arbeitsalltag der Teilnehmenden führt zu einer praxisrelevanten Schulung. Das 40 Unterrichtseinheiten umfassende Seminar wurde an zwei Standorten mehrfach angeboten und das Konzept im Rahmen der Evaluation durch die Teilnehmenden weiterentwickelt und angepasst.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Es ist gelungen, die Mitarbeitenden für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung in ihrer letzten Lebensphase und im Sterben zu sensibilisieren. Der Inhalt der Schulung ist stringent am Arbeitsalltag der Teilnehmenden in Einrichtungen der Eingliederungshilfe orientiert. Aspekte von Begleitung am Lebensende werden erlebbar gemacht. Die Teilnehmenden erlangen Handlungssicherheit und werden befähigt, erlernte Inhalte in ihren Einrichtungen zu implementieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Evaluation zeigt, dass der Ansatz gut gewählt ist und die Zufriedenheit der Teilnehmenden hoch ist. Unsere Empfehlung ist eine eigene Story für das Feld der Eingliederungshilfe im Rahmen des Curriculums der Palliativen Praxis zu entwickeln.

Offenlegungserklärung Es besteht kein Interessenkonflikt.

Quellenangaben [1] Curriculum Palliative Care Weiterbildung von Fachkräften in der Assistenz und Pflege von Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung; Pallia Med Verlag, Bonn 2017

[2] Curriculum Palliative Praxis; Hrsg. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2014

P19 Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung - Entwickeln und Konsentieren eines teil-strukturierten Leitfadens [257]

Autoren Kremeike K^{1,2}, Boström K^{1,2}, Dojan T^{1,2}, Romotzky V^{1,2}, Frerich G^{1,2}, Galushko M^{1,2}, Voltz R^{1,2,3,4,5}

Institut 1 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Köln; 3 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 4 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln; 5 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln

DOI 10.1055/s-0040-1714995

Fragestellung Obwohl Versorgende (V) regelmäßig mit Todeswünschen (TW) von Palliativpatient*innen (P) konfrontiert werden, herrscht oft Unsicherheit im Umgang damit. Um dem zu begegnen, wurden in einem früheren Projekt ein Schulungskonzept und ein teil-strukturierter Gesprächsleitfaden entworfen.¹ Dieser Leitfaden wurde nun im Rahmen eines dreiphasigen Projekts weiterentwickelt und konsentiert (Phase 1): Wie sollte ein Leitfaden zum Umgang mit TW in der Palliativversorgung gestaltet sein?

Studiendesign Sequentielle Mixed Methods Studie

Methodik Einladung von 16 P zur Teilnahme an semi-strukturierten Interviews (Datenauswertung anhand qualitativer Inhaltsanalyse) sowie von 377 (internationalen Expert*innen zur Teilnahme an einem zweistufigen Delphi-Verfahren (a priori festgelegtes Konsenskriterium: ≥ 80 % Zustimmung).

Ergebnis Elf (69 % der eingeladenen) P aus verschiedenen Settings nahmen an Einzelinterviews teil. Als zentrale Aspekte beim Umgang mit TW nannten diese die Beziehung zwischen V und P, den Rahmen des Gesprächs sowie das bedarfsorientierte Hinzuziehen externer Expert*innen.

Im Delphi-Verfahren beurteilten 149 (40 % der eingeladenen) Expert*innen (89 % aus dem deutschsprachigen Raum, 11 % aus 9 weiteren Ländern) den generellen Nutzen sowie zehn Abschnitte eines Leitfaden-Entwurfs zum Umgang mit TW. Insgesamt bewerteten 92 % der Befragten den Leitfaden als (sehr) sinnvoll für den klinischen Alltag. Im Rahmen der Konsensfindung zur Ausgestaltung des Leitfadens stellte neben dem proaktiven Ansprechen von TW auch der ärztlich assistierte Suizid einen zentralen Diskussionspunkt dar.

Diskussion Der Leitfaden unterstützt V dabei, TW bei P zu identifizieren und ihnen auf angemessene Weise therapeutisch zu begegnen. Nach Finalisierung des Leitfadens wurden V im Rahmen von Schulungen zum Thema in die Nutzung des Leitfadens eingeführt (Projekt-Phase 2) und anschließend die Wirkung dieser Gespräche auf P evaluiert (Phase 3).

Take Home Message für die Kongressbesucher Ein teil-strukturierter Leitfaden zum (proaktiven) Ansprechen eventuell vorhandener TW bei P kann zur multiprofessionellen Kompetenz-Verbesserung auf diesem Gebiet beigetragen.

Offenlegungserklärung Das Projekt „Desire to Die in Palliative Care – Optimization of Management (DEDIPOM)“ wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01GY1706 gefördert. Keine Interessenkonflikte bestehend.

Quellen [1] Frerich G, Romotzky V, Galushko M, et al. Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept – a pilot study. Palliat Support Care 2020; 1-9 DOI: 10.1017/S1478951520000097.

P20 Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV) [266]

Autoren Boström K^{1,2}, Rosendahl C^{1,2}, Montag T¹, Oechsle K^{3,4}, Schulz H^{5,6}, Ullrich A^{5,6}, Bokemeyer C^{3,4}, Hower K⁷, Pfaff H⁷, Voltz R^{1,2,8,9,10}, Kremeike K^{1,2}

Institut 1 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Köln; 3 Medizinische Klinik und Poliklinik (Onkologie, Hämatologie, Knochenmarktransplantation mit Abteilung für Pneumologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,

Hamburg; 4 Zentrum für Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 5 Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; 6 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg; 7 Universität zu Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Köln; 8 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 9 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln; 10 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln
DOI 10.1055/s-0040-1714996

Fragestellung Krankenhäuser sind mit 47% der häufigste Sterbeort in Deutschland¹, gleichzeitig ist die Unzufriedenheit mit der Sterbephase hier am größten. Wesentliche Qualitätsindikatoren und Outcomes einer guten Sterbegleitung wurden bereits konsentiert und Vorschläge zur Erreichung dieses Ziels formuliert. Das vom Innovationsfond geförderte Projekt (08/2020 - 03/2023) evaluiert den Einfluss einfach umzusetzender, situationsgerechter Maßnahmen auf die Optimierung der Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus.

Studiendesign Mixed Methods Studie

Methodik Erstellung eines Maßnahmenportfolios für eine optimale Sterbegleitung

Erhebung der Sterbesituation auf zehn Stationen zweier Uniklinika mittels retrospektiver Aktenanalyse von Verstorbenen, einer quantitativen Mitarbeiterbefragung, Angehörigeninterviews und multiprofessionellen Fokusgruppen. Vorstellung des Maßnahmenportfolios und der Ergebnisse der Statuserhebung auf den Stationen. Auswahl und Umsetzung situationsgerechter und kontextsprechender Maßnahmen im klinischen Alltag. Erneute Erhebung der Sterbesituation und Vergleich mit den Basisdaten

Überprüfung und Veröffentlichung der gewonnenen Projektergebnisse hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf andere Krankenhäuser

Ergebnis Erprobung einfach umzusetzender, situationsgerechter Maßnahmen, die zur Optimierung der Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus beitragen

Diskussion Um die Teilnahmereitschaft sicherzustellen, wurde bereits ein Pilotprojekt durchgeführt. Die Klinik- und Pflegeleitungen wurden in die Antragstellung eingebunden und Personalmittel für die Stationen einkalkuliert. Dennoch ist ein hoher Aufwand für Rekrutierung und Umsetzung in die Praxis zu erwarten. Eine frühe Einbindung der Stationen und die Auswahl der Maßnahmen im Sinne eines *bottom-up*-Vorgehens begünstigen den Projekterfolg.

Take Home Message für die Kongressbesucher Einfach umzusetzende, situationsgerechte Maßnahmen können die Versorgungsqualität in Krankenhäusern wesentlich verbessern und zum Wohlbefinden in der Sterbephase von Sterbenden und ihren Angehörigen beitragen.

Offenlegungserklärung Das Projekt „Sterben im Krankenhaus – Optimierung der Versorgung in der Sterbephase (StiK-OV)“ wird durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem Förderkennzeichen 01VSF19033 gefördert. Keine Interessenskonflikte bestehend.

Quellen [1] Prütz F, Saß A-C. Daten zur Palliativversorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2017; 60: 26-36. DOI: 10.1007/s00103-016-2483-8.

[2] Zich K, Sydow H. Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. Bertelsmann-Stiftung, 2015, p.1-58.

P21 Tele-Multiprofessionelle Teambesprechung in Zeiten des Coronavirus [271]

Autoren Bückmann A¹, Schmidt R¹, Terborg M¹, Juhra C², Lenz P¹
Institut 1 Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; 2 Stabsstelle Telemedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1714997

Fragestellung Die weltweite Pandemie mit Sars-CoV-2 führt überall zu Verunsicherungen. Nach Expertenmeinung sollte das primäre Ziel sein, die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen, um die Kapazitäten der medizinischen Versorgung nicht zu überschreiten. Auf das medizinische Fachpersonal kommen große Anforderungen zu, es heißt gesund zu bleiben und Infektionen zu vermeiden. Ziel dieser Studie ist es, die multiprofessionelle Teambesprechung in der Palliativversorgung unter der Nutzung telematischer Infrastruktur dezentral zu organisieren.

Studiendesign Single-Center, Machbarkeitsstudie. Ethikvotum (2019-683-f-5 „oVID – offenes Viseosystem in der Medizin“).

Methodik Technisch setzt das Vorhaben auf Web Real-Time Communication, deutsch „Web-Echtzeitkommunikation“ (WebRTC), die eine Echtzeitkommunikation über Rechner-Rechner-Verbindungen ermöglicht. Umgesetzt wird dies mit Hilfe der elektronischen Videosprechstunde CGM ELVI. Das System bietet die Möglichkeit zur Audio-/Video-/Text-Kommunikation. Alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams (Arzt, Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Psychoonkologie) werden technisch ausgestattet und geschult Video-Konferenzen durchzuführen. Die wöchentliche Teambesprechung findet in einem virtuellen Konferenzraum statt. Nach jeder Sitzung wird die technische Qualität und der Erkenntnisgewinn von allen Teilnehmern des Teams evaluiert.

Ergebnis Unsere Adhoc-Studie wird zeigen, ob Multiprofessionelle Teambesprechungen in Zeiten einer Pandemie auch virtuell durchgeführt werden können, ohne Verlust der Versorgungsqualität und des Informationsaustausches.

Diskussion Der Ausbau der telematischen Infrastruktur ermöglicht den virtuellen, multiprofessionellen Austausch auch ohne physische Interaktion. Ob die emotionale Einbeziehung des Teams und deren Supervision erhalten bleibt gilt es zu hinterfragen.

Take Home Message für die Kongressbesucher In Zeiten der Coronakrise bietet die Digitalisierung Chancen Infektionswege zu vermeiden, auch im Rahmen von erforderlichen Teambesprechungen mit einer größeren Anzahl von Teilnehmern.

P22 Entwicklung einer Applikation zum Home-Monitoring des Gesundheitszustandes von Palliativpatienten -eine Proof-off-Concept-Studie [277]

Autoren Sternemann U¹, Suchantke I¹, Schmidt K¹, Höfner P¹, Wagner D¹, Ollenschläger M¹, Heckel M², Ostgathe C², Eskofier B¹, Steigleder T²
Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Informatik 14, Erlangen, Deutschland; 2 Palliativmedizinische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1714998

Fragestellung Der Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) steigt bei abnehmenden Ressourcen. Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, können digitale Systeme Patienten und Fachpersonal unterstützen. Wir erforschen eine Smartphone Applikation (App) und Web-Interface (WI) die gewährleisten sollen, dass Patienten und SAPV Zugriff auf biometrische und psychometrische Daten haben, um die Versorgung möglichst Ressourcen-effizient zu gestalten.

Studiendesign Explorative Anwendungs- und Proof-of-Concept-Studie mit Probanden

Methodik App und WI Entwurf nach klinisch-medizinischen Vorgaben von erfahrenen Palliativmedizinern integriert psychometrische (MIDOS_2) und exemplarische biometrische Messung (Körpergewicht (KG), Körperflüssigkeitsanteil (KFA), Blutdruck (BD)) mit automatischer (Bluetooth) und manueller Eingabe; Evaluation des ersten Design-Modells der App in begleitender Beobachtung; offenes Interview mit n=2 Probanden (männlich, Alter 70-85); Implementierung des Feedbacks; Pilotierung mit n=6 Probanden (2 weiblich, Alter 23-30);

Ergebnis Erster Entwurf nach klinisch-medizinischen Vorgaben: App: KG des Patienten wird automatisch und KF, BD, MIDOS_2 manuell eingegeben. Die Daten werden in App und WI visuell individuell anpassbar dargestellt. App wurde nach begleitender Beobachtung hinsichtlich Akzeptanz und Nutzbarkeit überarbeitet: vereinfachte Nutzerschnittstelle. Pilotierung mit Probanden: Dateneingabe, -übertragung, -abruf und webbasierter Zugriff erfolgten in 100 % der Fälle fehlerfrei. Anwendungsdauer für KG, KFA, BD, MIDOS_2 betrug im Durchschnitt 4 min.

Diskussion Austausch von psychometrischen und biometrischen Daten zwischen Patient (App) und SAPV-Team (WI) werden ermöglicht und so können SAPV Teams bei ihrer Behandlungsplanung unterstützt werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher App und WI kann die SAPV effizienter gestalten. Weitere Untersuchungen mit Patienten sind notwendig.

Offenlegungserklärung Es besteht kein Interessenskonflikt.

P23 Implementierung der nationalen Handlungsempfehlungen zum Umgang mit multiresistenten Erregern am Lebensende auf einer Palliativstation [278]

Autoren Heckel M¹, Illig A¹, Lödel S¹, Ostgathe C¹

Institut 1 Palliativmedizinische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Uniklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714999

Fragestellung Eine nationale Empfehlung zum Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE) wurde 2017 veröffentlicht. Zur Begleitung der Implementierung der Empfehlung wurde in einer Palliativstation eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe etabliert. Sie entwickelte eine Dokumentationscheckliste und eine Verfahrensanweisung. Inwiefern konnte die Handlungsempfehlung innerhalb eines Jahres auf dieser Palliativstation implementiert werden?

Studiendesign Mixed Methods

Methodik Der Status der Implementierung wurde mittels einer Fragebogenerhebung unter den Teammitgliedern der Palliativstation erhoben. Eine Fokusgruppe mit den Mitgliedern der multiprofessionellen Arbeitsgruppe thematisierte hinderliche und förderliche Faktoren der Implementierung.

Ergebnis 20 von 29 potentiellen Teilnehmenden nahmen an der Fragebogenerhebung teil. Zwölf der 27 Empfehlungen wurden als vollständig oder weitgehend, 13 wurden mindestens als teilweise implementiert eingeschätzt. Einen geringen Implementierungsstatus wiesen die Empfehlungen zur Bereitstellung von Personal- und Zeitressourcen und zur Erleichterung der Unterscheidung von Angehörigen und Personal trotz Schutzkleidung auf. Hinderlich für die Implementierung war die hohe Komplexität der Verfahrensanweisung sowie bestehende Mängel der Checkliste. Ängste vor der Übertragung von MRE an Dritte und Verhaltensangewohnheiten die Schutzmaßnahmen betreffend erschwerten die Umsetzung der Empfehlungen ein.

Diskussion Die Implementierung der Handlungsempfehlung war innerhalb des betrachteten Jahres überwiegend erfolgreich. Als wichtige nächste Schritte wurde die Optimierung der Verfahrensanweisung und der Checkliste sowie die strukturelle Verankerung der MRE-bezogenen Prozesse in den klinischen Alltag betont.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Implementierung der MRE Handlungsempfehlung bleibt ein iterativer Prozess und bedarf der stetigen Weiterentwicklung sowie kontextabhängiger Maßnahmen.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte

P24 Telemedizin in der Palliativversorgung - Studienkonzept für eine randomisierte, kontrollierte Studie [280]

Autoren Bückmann A¹, Krüger J², Bauer B², Hofmeister U², Juhra C³, Lenz P¹

Institut 1 Zentral Einrichtung Palliativmedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; 2 Palliativnetz Münster, Münster, Deutschland; 3 Stabstelle Telemedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715000

DOI 10.1055/s-0040-1715000

Fragestellung Patienten mit unheilbaren Erkrankungen sterben häufiger im Krankenhaus als in der häuslichen Umgebung. Der Ärztemangel und die Urbanisierung macht es schwierig ein flächendeckendes palliativmedizinisches Angebot im ländlichen Raum zu verwirklichen. Ziel dieser Studie ist es, die telemedizinische Versorgung im Vergleich zur herkömmlichen Betreuung zu evaluieren. Zudem soll untersucht werden, ob telemedizinische Visiten den Palliativpatienten im ambulanten Sektor unterstützen können (1).

Studiendesign Randomisiert, kontrollierte Nichtunterlegenheits-Studie. Ethikvotum (2019-683-f-s „oVID – offenes Viseosystem in der Medizin).

Methodik Technisch setzt das Vorhaben auf Web Real-Time Communication, deutsch „Web-Echtzeitkommunikation“ (WebRTC), die eine Echtzeitkommunikation über Rechner-Rechner-Verbindungen ermöglicht. Umgesetzt wird dies mit Hilfe der elektronischen Videosprechstunde CGM ELVI. Das System bietet die Möglichkeit zur Audio-/Video-/Text-Kommunikation sowie Desktop-Sharing und Dateiaustausch. Die Versorgungsqualität wird mit Hilfe der Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) evaluiert (Tag 0,7,14) (2). Da die randomisierte Fragestellung einen höheren Evidenzgrad aufweist, wird die Veränderung des IPOS als primärer Endpunkt definiert. Zudem erfolgen Fragen zur technischen Durchführung und zum Sicherheitsgefühl der Patienten.

Ergebnis Das Projekt wird durch den Europäischen Fond für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert. Der Studieneinschluss ab 01/2020 möglich. Geplant ist ein Rekrutierungszeitraum von ca. 2 Jahren. Nach einer Poweranalyse ist eine Probandenanzahl von 162 (81 je Arm) vorgegeben.

Diskussion Dies ist die erste kontrollierte, randomisierte Studie, die den Einsatz der Telemedizin in der palliativmedizinischen Versorgung evaluiert.

Take Home Message für die Kongressbesucher Dies Studienkonzeptes soll ermutigen, sich Versorgungsfragen mit einem randomisierten Studiendesign zu nähern. Die Einbeziehung der neuen technischen Möglichkeiten soll als Unterstützungsmöglichkeit und nicht als Ersatz für den persönlichen Kontakt gesehen werden.

P25 Der Einsatz von Virtual Reality in der Palliativversorgung – eine Pilotstudie [283]

Autoren Günther M¹, Hofmeister U², Krüger J², Lenz P¹

Institut 1 Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; 2 Palliativnetz Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715001

Fragestellung Gelingt eine Symptomverbesserung durch einmaliges Anwenden einer Virtual Reality-Brille bei Patient*innen mit palliativem Behandlungskonzept?

Studiendesign Es handelt sich um eine prospektive, einarmige, unizentrische Pilotstudie, durchgeführt am Universitätsklinikum Münster (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03698526). Eingeschlossen wurden volljährige, einwilligungsfähige Personen. Als Ausschlusskriterien wurden Epilepsie, Hirntumoren oder -metastasen, Gehörlosigkeit, Blindheit, Klaustrophobie, Schwindel und Kinetosen definiert.

Methodik Primärer Endpunkt der Studie war die Schmerzintensität, angegeben anhand visueller Analogskalen. Vor, während, direkt im Anschluss sowie eine Stunde nach der VR-Erfahrung wurde die Schmerzintensität durch die Teilnehmer*innen dokumentiert. Die Lebensqualität wurde mithilfe des EQ-5D-5L Fragebogens vor der Intervention erfasst. Verglichen wurde die selbst eingeschätzte Gesundheit mit dem Karnofsky-Index, der im Rahmen der Aufnahme dokumentiert wurde.

Ergebnis 45 Proband*innen (21 Frauen/19Männer) konnten eingeschlossen werden. Hierbei zeigte sich eine signifikante Schmerzreduktion während, direkt und eine Stunde nach der VR-Erfahrung im Vergleich zur anfänglichen Schmerzintensität. Das durchschnittliche Alter lag bei 51,9 Lebensjahren. Mehr als 80 % der Teilnehmenden bewerteten die VR-Erfahrung als „sehr gut“ oder „gut“. Ebenso viele gaben an, die VR-Brille nochmals nutzen zu wollen. Es traten keine schweren unerwünschten Wirkungen auf. Drei Teilnehmer*innen dokumentierten Übelkeit, zwei Kopfschmerzen und drei ein Gefühl trockener Augen nach Nutzung der VR-Brille. Der durchschnittliche Karnofsky-Index lag bei 45,5, der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand der Proband*innen bei 41,9.

Diskussion Die Anwendung von VR-Brillen in der stationären Palliativversorgung ist mit wenig Aufwand durchführbar und erzielt eine messbare Symptomverbesserung.

Take Home Message für die Kongressbesucher Virtual Reality kann bereits in einer einmaligen Anwendung Schmerzen reduzieren.

P26 Distresserfassung bei nicht äußerungsfähigen Palliativpatienten durch ein neues Sensorsystem? – Die Perspektive des Palliative Care Teams am Universitätsklinikum Freiburg im Rahmen der Quickstart Evaluation-Studie (QE-Studie) [296]

Autoren Seibel K¹, Orellana C¹, Becker G¹, Boehlke C¹

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715002

Fragestellung Distresserfassung bei nicht äußerungsfähigen Palliativpatienten durch ein Sensorsystem: Wie gestaltet sich die Nutzerakzeptanz bei Beschäftigten?

Studiendesign Qualitative Studie

Methodik Die Klinik für Palliativmedizin (KFP) in Freiburg implementierte im Rahmen der QE-Studie zwischen 2017-19 ein nicht-invasives, bettgebundenes Sensorsystem zur frühen Erkennung von Distress durch Monitoring von u.a. Herz- und Atemfrequenz, Lautäußerungen und Bewegungsmessungen. Der qualitative Arm explorierte dabei die Nutzerakzeptanz der Beschäftigten: 20 Interviews mit Mitgliedern des multiprofessionellen Teams wurden transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis Das Sensorsystem wird als nützlich für Patienten, Pflegekräfte und Angehörige bewertet, wenn es ergänzend zur bestehenden Versorgung eingesetzt wird. Zentral für die Nutzerakzeptanz ist, dass die professionelle Kompetenz der Einschätzung und Behandlung von Distress weiterhin beim Personal verortet wird und die Pflege als nicht ersetzbar durch ein technisches System gilt. Als Risiko wird dennoch der missbräuchliche Einsatz für Personaleinsparungen eingeschätzt.

Die Kombination von technischer Innovation und Begleitforschung trifft bei den Mitarbeitenden des Palliative Care Teams zudem auf besondere Bedingungen: eine kritische Prüfhaltung im Hinblick auf das Patientenwohl sowie ein besonderes multiprofessionelles Gefüge. Flache Hierarchien und Teilhabe aller Berufsgruppen an Forschungsentscheidungen führen zu interprofessionellen Diskussionen, die das jeweilige berufsethische und professionelle Selbstverständnis berühren und herausfordern können.

Diskussion Neben dem Nützlichkeitsaspekt bleiben für eine weiterführende Implementierung die berufsspezifischen Werthaltungen im Team und die Kompatibilität mit bestehender Palliative Care Praxis zu beachten.

Take Home Message für die Kongressbesucher Zur Erhöhung der Nutzerakzeptanz sollten bei der Implementierung von technischen Innovationen in Palliative Care auch die berufsspezifischen Perspektiven des Teams einbezogen werden.

Offenlegungserklärung Kein Interessenskonflikt

Individuelethische und organisationsethische Aspekte

P27 Ist die Situationsbeschreibung „Endstadium einer unheilbaren Krankheit“ bei Patient*innen mit Krebserkrankungen ausreichend konkret? [81]

Autoren Lutterbüse K¹, Roch C¹, Henking T², Neuderth S², van Oorschot B¹

Institut 1 Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; 2 Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715003

Fragestellung Die Festlegungen für die Anwendung einer Patientenverfügung sollten möglichst eindeutig sein. Gängige Patientenverfügungen schlagen u.a. das „[...] Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit [...], selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“¹ vor. Uns interessierte, wie Ärzt*innen diese Anwendungssituation bei Patient*innen mit unheilbaren Krebserkrankungen beurteilen.

Studiendesign Ärztebefragung

Methodik Entwicklung von 3 Fallvignetten: F1: 67-jähr. Pat. mit metast. Lungenkrebs unter palliativer Systemtherapie (TKI) und akutem Nierenversagen; F2: 47-jähr. Pat. mit progredientem therapierefraktärem Glioblastom und V. a. Myokardinfarkt; F3: 89-jähr. dementer Pat. in red. Allgemeinzustand mit CLL ohne Tumortherapie und fulminanter Pneumonie. Online-Befragung ärztlicher Leiter*innen der deutschen DKG-zertifizierten Organkrebszentren (12.8.-18.10.19; inkl. 3 Erinnerungen).

Ergebnis Der Fragebogenrücklauf betrug 10,4 % (91/874). 21 Befragte waren weiblich (23 %), das mittlere Alter betrug 52 Jahre (Md = 54 Jahre). 63 Befragte (69 %) gaben an, täglich oder wöchentlich mit Patientenverfügungen konfrontiert zu sein. 89 Befragte gaben eine Einschätzung zu F1-F3 ab (98 %). Für 31 % entsprach die in F1 beschriebene Lebens- und Behandlungssituation (LBS) der Anwendungssituation (AS), für die Übrigen (69 %) nicht. Für 49 % entsprach die in F2 beschriebene LBS der AS, die Übrigen (51 %) sahen dies nicht so. Für 31 % entsprach die in F3 beschriebene LBS der AS, die Übrigen (69 %) sahen dies nicht so. Die Fälle fanden 93 % der Befragten realitätsnah/eher realitätsnah (1 Enthaltung).

Diskussion Die in den Fallvignetten beschriebenen Lebens- und Behandlungssituationen wurden als realitätsnah erachtet. Dennoch divergieren die Einschätzungen, ob die Anwendungssituation vorliegt – auch bei erfahrenen Ärzt*innen – stark. Der geringe Rücklauf schränkt die Aussagekraft der Studie ein.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die divergierenden Einschätzungen deuten auf weiteren Klärungsbedarf der untersuchten Anwendungssituation hin.

Quellenangaben [1] vgl. u.a. BMJV: Patientenverfügung

P28 Berufliche Belastungen und Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden der SAPV in Bayern [169]

Autoren Kauffmann J¹, Müller E², Becker G²

Institut 1 Christophorus Hospiz Verein e. V. München, München, Deutschland; 2 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinik Freiburg, Freiburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715004

Fragestellung Die Arbeit in der SAPV bringt spezifische Belastungen der Mitarbeitenden mit sich, die u. a. durch die räumliche Distanz zu Patient*innen (z. B. bei Notfällen) entstehen.

Ziel dieser Studie war es, die beruflichen Belastungen von SAPV-Mitarbeitenden in Bayern zu erfassen und deren Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit zu untersuchen.

Studiendesign Querschnittstudie

Methodik Die Fragebogenentwicklung resultierte in 49 Fragen zu Belastungen (Antworten 5-stufige Likert-Skala 1 = gar nicht; 5 = außerordentlich), die in 10 reliablen Skalen (Cronbachs Alpha $\geq 0,68$) zusammengefasst werden. Die Arbeitszufriedenheit wurde mittels einer 7-stufigen Ratingskala (1 = sehr unzufrieden; 7 = sehr zufrieden) erfasst.

Der Fragebogen wurde 2019 in Kooperation mit dem Landesverband SAPV Bayern e. V. (Papier- oder Onlineversion) 457 Mitarbeitenden in 30 bayerischen SAPV-Teams vorgelegt. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 24 (deskriptive Statistiken, Pearson-Korrelationen).

Ergebnis 244 SAPV-Mitarbeitende (Rücklauf 53,4%) nahmen an der Befragung teil. Die höchsten Belastungen werden für die Skalen »Eigene Betroffenheit« ($m = 3,1$; $sd = 0,7$; Bsp.: Minderjährige Kinder im Haushalt), »Unkontrollierbarkeit« ($m = 3,1$; $sd = 0,7$; Bsp.: Symptomkontrolle von Dritten nicht umgesetzt) und »Umgang mit Patient*innen und deren Umfeld« ($m = 3,0$; $sd = 0,7$; Bsp.: Hohe Anspruchshaltung an SAPV) berichtet.

Die Befragten geben eine hohe Arbeitszufriedenheit an ($m = 5,67$; $sd = 1,49$). Der einzige signifikante Zusammenhang zwischen Belastungen und Zufriedenheit zeigt sich für »Arbeitszeitorganisation« ($r = -0,14$; $p = 0,04$; $n = 219$) - je höher die Belastung durch Überstunden, Schichtarbeit, etc., desto geringer die Zufriedenheit.

Diskussion Die berichteten Belastungen geben Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten auf Teamebene, intersektoraler Kooperationsebene sowie für die Politik.

Take Home Message für die Kongressbesucher Trotz hoher Zufriedenheit gilt es die Arbeitssituation von SAPV-Mitarbeitenden in den Fokus zu nehmen, um die Attraktivität des Arbeitsplatzes angesichts des Fachkräftemangels zu erhalten.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte.

P29 Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden in der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung (SAPV) [176]

Autoren Müller E¹, Kauffmann J², Becker G¹

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinik Freiburg, Freiburg, Deutschland; 2 Christophorus Hospiz Verein e. V., München, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715005

Fragestellung Die Betreuung Sterbender im häuslichen Umfeld bringt spezifische Belastungen mit sich, z. B. die Distanz in Notfallsituationen und die intensive Mitbetreuung des sozialen Umfelds. Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Fragebogens, der die Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden in der SAPV erfasst.

Studiendesign Fragebogenkonstruktion

Methodik Arbeitsschritte:

Entwicklung Fragen: (Grundlagen: schriftliche Sammlung Belastungen/Ressourcen von 10 SAPV-Mitarbeitenden + Analyse der Literatur + 6 kognitive Interviews)

insg. 49 Belastungs-Fragen, 17 Ressourcen-Fragen, Antwortformat 5-stufige Likert-Skalen,

Datenerhebung: Papier-/Online-Survey in 30 SAPV-Diensten in Bayern

Statistik: Skalenstruktur mittels Hauptkomponentenanalysen (Varimax-Rotation, Kaiser-Normalisierung; SPSS 24); + Bestimmung interne Konsistenz der Skalen mittels Cronbachs Alpha.

Ergebnis Der Fragebogen wurde von 244 SAPV-Mitarbeiter*innen (139 Pflege, 61 Ärzt*innen, 21 Sozialarbeit, 23 Andere) bearbeitet. Aus den Hauptkomponentenanalysen resultierten 10 Skalen zu Belastungen, die alle eine gute bis akzeptable Reliabilität aufweisen (Cronbachs Alpha $\geq 0,68$):

Umgang mit Patient*innen und deren Umfeld (Bsp: hohe Anspruchshaltung der Patient*innen/Familie an das SAPV-Team)

Intensität der Betreuung und Verantwortung (Bsp: Verantwortung, Situationen am Telefon richtig einzuschätzen)

eigene Betroffenheit

Ekel

Unkontrollierbarkeit

Team

Kooperation

Überlastung

Arbeitszeitorganisation

Patientenferne

Von den 5 Skalen zu Ressourcen, weisen drei eine akzeptable (Cronbachs Alpha $\geq 0,68$), zwei keine ausreichende Reliabilität auf.

Diskussion Das Ziel, einen praxisnahen, validen und reliablen Fragebogen zu entwickeln, konnte weitgehend erreicht werden. Es bestehen Verbesserungspotentiale bzgl. der Reliabilität der Ressourcen-Skalen. Eine Weiterentwicklung ist geplant.

Take Home Message für die Kongressbesucher Der Fragebogen wird gerne für Projekte und Qualitätsmanagement zur Verfügung gestellt. Er eignet sich für alle patientennahen Berufsgruppen in der SAPV.

Offenlegungserklärung kein Interessenskonflikt

P30 Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Perinatalen Palliativmedizin? Eine qualitative Interviewstudie mit Eltern nach Therapiezieländerungsgesprächen [220]

Autoren Beyer MF¹, Kühlmeyer K², Flemmer AW¹, Schouten E¹

Institut 1 Neonatologie, Perinatalzentrum am Klinikum Großhadern der Universität München, München, Deutschland; 2 Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715006

Fragestellung Entscheidungen über Therapiezieländerungen finden in der Perinatalen Palliativmedizin vor und nach der Geburt eines Kindes statt. Bei pränatalen Entscheidungen wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making, SDM) empfohlen¹. Unter SDM verstehen wir einen Austausch von Informationen, eine Abwägung von Behandlungsoptionen und Werten und eine gemeinsame Entscheidung von Eltern und Ärzten. Wie nehmen Eltern die Entscheidungsprozesse bei Therapiezieländerung wahr?

Studiendesign Qualitative retrospektive Interviewstudie

Methodik Semi-strukturierte Interviews mit Eltern von (potentiellen) Patienten eines Perinatalzentrums Level I, nachdem sie Gespräche über Therapiezieländerung mit Neonatologen geführt haben. Die Auswertung erfolgte mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnis Seit April 2019 wurden zehn Interviews mit Eltern geführt und bisher sechs ausgewertet. Die Entscheidungen wurden in vier Fällen pränatal, in zwei Fällen postnatal getroffen. Bedeutsame Phasen im Entscheidungsprozess fanden in Aushandlung zwischen den Eltern und ihrem privaten Umfeld statt. Nur in einem Gespräch erlebten Eltern eine Abwägung von Behandlungsoptionen und Werten. In pränatalen Gesprächen wurde die Entscheidungsmacht den Eltern überlassen, die ihre andernorts getroffene Entscheidung den Ärzten mitteilten. In postnatalen Gesprächen nahmen in einem Fall die Ärzte die mutmaßlichen Interessen des Kindes stärker wahr und schlugen den Eltern einen Therapieabbruch vor. Alle Eltern gaben an, zufrieden mit der Entscheidung zu sein.

Diskussion Therapiezieländerungsgespräche sind nur ein Teil eines komplexen Entscheidungsprozesses. Auch ohne SDM in Gesprächen erlebten Eltern die Entscheidungsprozesse als stimmig.

Take Home Message für die Kongressbesucher In perinatalen Therapiezieländerungsgesprächen findet SDM nicht statt. Wir brauchen eine größere Klarheit darüber, wann SDM erforderlich ist und wie es in der Perinatalen Palliativmedizin umgesetzt werden kann.

Offenlegungserklärung keine Interessenskonflikte

[1] Bühner C. et al. Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. Z. Geburtshilfe Neonatol. 219, 12–19 (2015).

P31 „Dass ich mit kleinem Aufwand viel bei anderen Menschen bewirken kann“ – Motivationen und Bedingungen für neue Wege des Engagements junger Menschen in der Hospizarbeit [230]

Autoren Schuchter P^{1,2,3}, Wegleitner K^{1,2}, Groebe B⁴, Blümke D⁴
Institut 1 Pastoraltheologie und -psychologie/Abteilung Public Care, Universität Graz, Graz, Österreich; **2** Verein Sorgenetz, Wien, Österreich; **3** Kardinal König Haus, Wien, Österreich; **4** Generalsekretariat, Fachstelle Hospizarbeit, Palliativmedizin & Trauerbegleitung, Malteser Hilfsdienst e. V., Köln, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715007

Fragestellung Ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen sind eine wichtige Säule der Sorge am Lebensende. Nach wie vor sind es primär ältere und pensionierte Frauen aus der bürgerlichen Mitte, die sich engagieren. Es stellt sich die Frage, wie eine breitere Beteiligung im Ehrenamt gefördert werden kann (1). Die Kernfrage des Projektes lautet: Wie können junge Menschen zu den Themen der Hospizarbeit interessiert und in neuer Weise eingebunden werden?

Studiendesign Das 3,5 jährige Gesamtprojekt impulsiert, vernetzt und begleitet deutschlandweit 12 Hospizdienste bei der Entwicklung und Erprobung neuer Formen des Engagements junger Menschen in der Hospizarbeit. Im Rahmen eines partizipativen Forschungsansatzes dienen interaktive Settings (Foren, Workshops) dazu, Ideen zu entwickeln, die Projekte zu beraten und Wissen zu generieren.

Methodik Der Projektprozess startete mit der qualitativen Erhebungen folgender Perspektiven: a) junger Erwachsener, die in der Hospizarbeit bereits engagiert sind (n = 23; Alter 18-30, 26,3 Jahre im Durchschnitt, 23 % männlich, 77 % weiblich), und b) von 39 Hospizdiensten (i. d. R. Koordinator*innen).

Ergebnis Die Hauptmotivationen junger Erwachsener sich in der Hospizarbeit zu engagieren sind a) sinnstiftende Lebenserfahrungen zu sammeln und zu reflektieren, b) das Gefühl mit relativ kleinem Aufwand einen bedeutenden Unterschied im Leben anderer Menschen zu bewirken. Sie verstehen Hospizarbeit als gesellschaftspolitisches Engagement.

Diskussion Hospizarbeit braucht flexible Formen des Engagements, der kreativen Qualifizierung und neue Kooperationen. Individuelle Stile des Engagements sollten ermöglicht werden sowie existenzielle Reflexion in Form „Philosophischer Praxis“.

Take Home Message für die Kongressbesucher Im Vordergrund steht nicht die Frage des „Rekrutierens“ junger Menschen für die Hospizarbeit, sondern das Ins-Gespräch-Kommen zu existentiellen Fragen des Lebens.

Offenlegungserklärung Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Quellenangaben [1] Scott R., & Howlett S. (Eds.). (2018). The changing face of volunteering in hospice and palliative care. Oxford University Press.

P32 Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB – Was können wir aus anderen Ländern lernen und was wollen wir tun? [270]

Autoren Jaspers B^{1,2}, Surges S¹, Radbruch L^{1,3}
Institut 1 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; **2** Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland; **3** Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715008

Fragestellung In der Presseerklärung des Bundesverfassungsgerichts zum Urteil vom 26.02.2020 über die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB steht: „Daraus folgt nicht, dass der Gesetzgeber die Suizidhilfe nicht regulieren darf. (...) Zum Schutz der Selbstbestimmung über das eigene Leben steht dem Gesetzgeber in Bezug auf organisierte Suizidhilfe ein breites Spektrum an Möglichkeiten offen.“¹

Daher soll für die Diskussion in Deutschland umfassend Material zusammengestellt und kritisch diskutiert werden: In welchen europäischen und außereuropäischen Ländern/Staaten ist assistierter Suizid (AS) und/oder ärztlich assistierter Suizid (ÄAS) – individuell oder organisiert - erlaubt oder legalisiert und welche Zugangs-/Sorgfaltskriterien gibt es?

Studiendesign System. Literaturrecherche

Methodik Literatur, graue Literatur etc. zu Gesetzen, Regelungen, Leit-/Richtlinien, Empfehlungen aller relevanten Gremien der entsprechenden Länder/Staaten. Erstellen einer Übersicht und Kategorisierung nach Verbindlichkeit & Themen (Zugang & Assessment (Patienten), Prozeduren, Monitoring, Meldepflichten und -regelungen).

Erweiterung der Recherche bis kurz vor dem Kongress zu ggf. beschlossenen oder von relevanten Gremien (Bundesärztekammer, Gesetzgeber, medizinische Fachgesellschaften, Ethikrat, Evangelische/Katholische Kirche in Deutschland etc.) in die Diskussion für Deutschland eingebrachten Regelungen, Empfehlungen sowie Umfrageergebnissen.

Ergebnis Übersicht international und für Deutschland wird vorgestellt.

Diskussion Anhand einer Analyse der ebenfalls recherchierten Literatur zur Angebotsnutzung und Praxis von Durchführungen sollen die vorgestellten (möglichen) Zugangs- und Sorgfaltskriterien für eine Implementierung in Deutschland ergebnisoffen diskutiert werden.

Take Home Message Freiheitsgestaltung zulassen ist eine gesellschaftliche Aufgabe.

Quellen [1] Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020; Urteil vom 26. Februar 2020: 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16; [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen \(letzter Zugriff 10.03.2020](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen (letzter Zugriff 10.03.2020)

Finanzierung und Qualität in der Palliativversorgung

P33 Entwicklung von arzneimittelspezifischen Empfehlungen für Off-Label-Use in der Palliativmedizin: ein Gruppen-Delphi-Prozess [95]

Autoren Remi C¹, Bausewein C¹, Hodiament F¹
Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, München, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715009

Fragestellung Arzneimittelanwendung außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use) ist in der Palliativmedizin gängige Praxis; > 70 % des Off-Label-Use haben wenig oder keine wissenschaftliche Basis. Mangel an Evidenz macht Empfehlungen für Off-Label-Use unerlässlich, um Arzneimitteltherapiesicherheit und damit Patienten*innensicherheit zu erhöhen. Ziel der Studie: Entwicklung eines Leitfadens für die Erstellung und Konsentierung arzneimittelspezifischer Empfehlungen für Off-Label-Use in der Palliativmedizin.

Studiendesign Gruppen-Delphi-Prozess mit Vorabbefragung.

Methodik Gruppen-Delphi-Prozess mit drei Runden und vorausgehender Online-Umfrage zur Identifizierung von Dissensthemen. Teilnehmende waren Ärzt*innen, Pflegende und Apotheker*innen aus verschiedenen Versorgungsbereichen. Darüber hinaus wurden Vertretende relevanter Berufsverbände, Expert*innen mit akademischem, nichtklinischem Hintergrund bzw. mit internationaler Expertise eingeladen.

Ergebnis 18/20 der eingeladenen Expert*innen nahmen an der Online-Umfrage teil, 15 am Gruppen-Delphi-Prozess. Sechs Bereiche (Identifizierung von Arzneimitteln, Anwendungsgebiete, Evidenzbewertung, Therapieempfehlungen, Konsentierung und Aktualisierung von Empfehlungen) wurden generiert, entsprechende Aussagen in den Gruppen-Delphi-Prozess aufgenommen. Der Konsensprozess führte zu 28 Statements, die den Leitfaden für die Erstellung und Konsentierung der Empfehlungen bilden.

Diskussion Der entwickelte systematische Ansatz für die Erstellung und Konsentierung arzneimittelspezifischer Empfehlungen für den Off-Label-Use ermöglicht die Entwicklung transparenter und reproduzierbarer

Monographien. Der Leitfaden ist Teil eines größeren Projekts, das als Ziel die Bereitstellung von Therapieempfehlungen für Bereiche mit wenig oder keiner wissenschaftlichen Evidenz hat.

Take Home Message für die Kongressbesucher Arzneimittelspezifische Empfehlungen für den Off-Label-Use können zur Erhöhung von Behandlungsqualität und Patient*innensicherheit sowie Entscheidungssicherheit beitragen.

P34 Standard Operating Procedures (SOPs) für die Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen Onkologischen Spitzenzentren-eine Evaluation des Implementierungsstatus [107]

Autoren Lödel S¹, Ostgathe C¹, Heckel M¹, Oechsle K², Gahr S¹
Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf, 2. Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Hamburg
DOI 10.1055/s-0040-1715010

Fragestellung Die Arbeitsgemeinschaft (AG) für Palliativmedizin innerhalb des Netzwerks der Onkologischen Spitzenzentren entwickelte und publizierte 2017 14 Standard Operating Procedures (SOPs) für Palliativmedizin. Wie ist der Implementierungsstatus der SOPs in der klinischen Praxis der Onkologischen Spitzenzentren ein Jahr nach Veröffentlichung?

Studiendesign Online-Befragung

Methodik Die Befragung erfolgte online im Zeitraum von April bis Juli 2018 und ermittelte den Implementierungsstatus der SOPs sowie die Hemmnisse für die Nutzung in der klinischen Praxis. Insgesamt wurden 125 Fachkräfte aus dem Bereich der spezialisierten Palliativmedizin der 16 Standorte der Onkologischen Spitzenzentren kontaktiert. Die Daten wurden mit Hilfe von SPSS analysiert.

Ergebnis Die Rücklaufquote betrug 52,8%. Mehr als die Hälfte der Befragten (57,6%) wusste um die freie Verfügbarkeit der SOPs auf der Internetseite des CCC-Netzwerks. Der Implementierungsstatus, der anhand der Nutzung der SOPs in der klinischen Praxis gemessen wurde, variierte je nach Thematik der SOP von 22,7% bis zu 48,5%. Die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein der SOPs konnte am häufigsten durch Empfehlungen von Kolleginnen und Kollegen, durch die Erwähnung in Teambesprechungen innerhalb der Abteilung oder einen Hinweis durch die Leitung der Abteilung erlangt werden. Als Hemmnisse der Nutzung wurden Zeitmangel, die mangelnde Kenntnis um die Existenz der SOPs und deren freier Verfügbarkeit angeführt.

Diskussion In der klinischen Praxis kann die Kenntnis um die SOPs und damit die Steigerung der Nutzung der SOPs durch systematische Schulungsmaßnahmen oder die Diskussion der SOPs in multiprofessionellen Teambesprechungen erhöht werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Ein Jahr nach Veröffentlichung sind weitere Maßnahmen notwendig, um den Implementierungsstatus der SOPs für die Palliativversorgung zu optimieren.

Offenlegungserklärung Es besteht keine Interessenskonflikte

P35 Versorgung von Menschen am Lebensende in Niedersachsen – eine Analyse von GKV-Routinedaten auf Basis von Qualitätsindikatoren [134]

Autoren van Baal K¹, Schrader S¹, Schneider N¹, Wiese B¹, Stiel S¹, Geyer S², Stahmeyer JT³, Eberhard S³, Afshar K¹
Institut 1 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; 2 Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; 3 Stabsbereich Versorgungsforschung, AOK Niedersachsen, Hannover, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715011

Fragestellung Wie stellt sich die Versorgungssituation von Menschen am Lebensende in Niedersachsen dar?

Studiendesign Deskriptive Querschnittsanalyse auf Basis von GKV-Routinedaten der AOK Niedersachsen

Methodik Die Analyse ist Teil des Projektes „Optimale Versorgung am Lebensende – OPAL“ (Innovationsfonds: 01VSF17028). Daten von in 2016 und 2017 verstorbenen Versicherten (Alter ≥18 Jahre) der AOK Niedersachsen mit mind. einer chronisch-progredienten Erkrankung wurden analysiert (Diagnosevalidierung durch M2Q). Anhand ausgewählter Qualitätsindikatoren wurde die Versorgungssituation am Lebensende bewertet. Neben Diagnosedaten wurden u. a. die Anzahl von Krankenhausaufenthalten und Leistungen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV) ausgewertet.

Ergebnis Insgesamt erfüllten 32.442 in 2016 Verstorbene (54,4% weiblich) und 31.833 in 2017 Verstorbene (54,1% weiblich) die Einschlusskriterien. Das mittlere Todesalter betrug 79,8 (2016) bzw. 80,2 Jahre (2017). Eine Herzerkrankung lag u.a. bei ca. 3/4 aller Verstorbenen vor. In den letzten sechs Lebensmonaten hatten etwa 3/4 der Verstorbenen mind. einen stationären Aufenthalt (2016: 76,5%; 2017: 78,6%). Der Anteil an Verstorbenen mit AAPV Leistung im letzten Lebensjahr lag 2016 bei 28,4% und 2017 bei 27,7%. Die erste AAPV Leistung wurde im Median 48 (2016) bzw. 46 (2017) Tage vor dem Tod erbracht. Im letzten Lebensjahr erhielten 8,5% (2016) bzw. 9,4% (2017) der Verstorbenen SAPV Leistungen. Bei ca. 13% dieser Verstorbenen entfiel die erste SAPV Verordnung auf die letzten drei Lebenstage.

Diskussion Verglichen mit niedersächsischen Daten aus dem Faktencheck Gesundheit zeigt sich ein Zuwachs an SAPV und eine konstante Häufigkeit der AAPV Leistungen. Insgesamt scheinen Leistungen der Palliativversorgung auch weiterhin eher spät, d. h. in den letzten Lebenswochen eingeleitet zu werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Der Zuwachs an SAPV Leistungen kann auf ein gesteigertes Bewusstsein für spezialisierte palliative Bedarfe hindeuten. Allerdings schlägt sich das nicht auf die AAPV nieder, die gemessen am geschätzten Bedarf zu spät und selten zum Tragen kommt.

Offenlegungserklärung Die Autor*innen geben keine Interessenkonflikte an.

Quellenangaben [1] Afshar K, Muller-Mundt G, van Baal K, Schrader S, Wiese B, Bleidorn J, et al. Optimal care at the end of life (OPAL): study protocol of a prospective interventional mixed-methods study with pretest-posttest-design in a primary health care setting considering the view of general practitioners, relatives of deceased patients and health care stakeholders. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):486.

[2] Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Überversorgung kurativ - Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Faktencheck Palliativversorgung. 2015.

P36 Das COMPANION Projekt – Komplexität greifbar machen [140]

Autoren Hodiamont F¹, Gesell D¹, Schatz C², Nauck F³, Boulesteix A-L⁴, Jansky M³, Leidl R^{2,5}, Kranz S⁶, Wikert J¹, Melching H⁶, Bausewein C¹
Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland; 2 Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, LMU München, München, Deutschland; 3 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland; 4 Institute of Medical Information Processing, Biometry and Epidemiology (IBE), LMU München, München, Deutschland; 5 Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), Helmholtz Zentrum München, München, Deutschland; 6 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715012

Fragestellung Schwerkranken und sterbende Menschen leiden unter körperlichen, psychischen, sozialen, spirituellen und praktischen Problemen. Deren Ausprägung und Interaktion beschreiben die Komplexität einer Versorgungssituation. Bislang gibt es in Deutschland keine zuverlässige Einteilung für Komplexität. Projektziel: Entwicklung einer Case-Mix-Klassifikation für erwachsene Palliativpatient*innen, basierend auf der Komplexität der

Patient*innensituationen und dem damit verbundenen und anhand der Kosten widerspiegelten Ressourcenverbrauch.

Studiendesign Prospektive, multizentrische Querschnittsstudie

Methodik Dokumentation von >2.000 Patient*innen-Episoden und deren individuellen Kosten in SAPV, Palliativdienst, Palliativstation. Deskriptive Auswertung, multiple Regressionsanalysen und Classification and Regression Tree (CART) Analyse. Kostenberechnung auf Patient*innenebene anhand Bottom-up-Methoden und Verfahren der Kostenzurechnung.

Ergebnis Komplexitäts- und Case-Mix-Klassifikation zur Beschreibung von erwachsenen Palliativpatient*innen und eine patient*innenbezogene Kostenberechnung.

Diskussion Komplexitäts- und Case-Mix-Klassifikation dient 1) einer präzisen Beschreibung komplexer Patient*innen-Bedürfnisse in einer „gemeinsamen Sprache“; 2) einem über den Screening-Charakter der Klassifikation erleichterten Zugang zur Palliativversorgung unabhängig von Grunderkrankung und Prognose; 3) einer effizienzorientierten Ressourcenverteilung; 4) perspektivisch dem Nutzen für Benchmarking und Qualitätsverbesserung, da Case-Mix-angepasste Outcomes Aussagen darüber zulassen, ob bestimmte Outcomes über die Leistung der Versorgungseinrichtung oder über Komplexität der Patient*innen zu erklären sind.

Take Home Message COMPANION ist ein deutschlandweites Forschungsprojekt mit Implementierungsanteil, das bis 2022 durchgeführt wird. Die anvisierte Komplexitäts- und Case-Mix-Klassifikation kann unterstützend für eine Steigerung der Qualität und Effizienz von Palliativversorgung sein.

Offenlegungserklärung Gefördert durch Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (01VSF18018)

P37 Implementierung von Best Practice-Empfehlungen in Deutschen Onkologischen Spitzenzentren [165]

Autoren Gahr S¹, Lödel S¹, Oechsle K², Ostgathe C¹

Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, Palliativmedizinische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2. Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Hamburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715013

Fragestellung Die AG Palliativmedizin des Netzwerks der Comprehensive Cancer Center (CCC) publizierte 2017 29 Best Practice-Empfehlungen für die Integration der Palliativmedizin in ein CCC u.a. zu den Themen Palliativstation, Palliativambulanz, Palliativdienst, regionale Vernetzung, Integrationszeitpunkt, Forschung, Bildung u. Lehre. Der Umsetzungsstand in den CCCs ist unbekannt.

Studiendesign Zwischen 12/2017 und 2/2018 wurden die CCC-Direktoren der 15 Standorte online befragt.

Methodik Der Umsetzungsstand der Empfehlungen wurde in jedem CCC anhand einer verbalen Bewertungsskala nach dem transtheoretischen Modell erhoben u. deskriptiv ausgewertet.

Ergebnis Die Teilnahmequote betrug 100%. Jedes CCC verfügt über eine Palliativstation. 9 CCCs bieten einen palliativmedizinischen Dienst an. 12 CCCs führen eine interdisziplinäre ambulante Beratung mit Expertise in Spezialisierter Palliativmedizin (SPM) durch. Ebenfalls 12 CCCs integrieren SPM in ihre Forschungsstrukturen. Alle CCCs sind regional durch Zusammenarbeit mit SAPV u. Hospiz vernetzt. In 7 CCCs wurde allen Patienten nach Diagnosestellung einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten. Nur bei einem CCC hat jeder an der allgemeinen Palliativversorgung eines Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung Beteiligte eine Basisqualifikation in der Palliativversorgung, die in der Ausbildung oder durch Fort- und Weiterbildung (Kursweiterbildung, 40 Unterrichtsstunden) erworben ist.

Diskussion Zwar erfüllt die Mehrheit der CCCs wesentliche organisatorische u. strukturelle Best Practice-Empfehlungen; dennoch ist das Ausmaß der Umsetzung u. die Integration der Palliativmedizin in die CCCs weiterhin sehr heterogen. Die Ergebnisse zeigen Entwicklungsbedarf im Bereich Fortbildung u.

Herausforderungen bzgl. der Integration der Palliativversorgung nach Diagnosestellung einer nicht heilbaren Krebserkrankung.

Take Home Message für die Kongressbesucher: Die Ergebnisse dienen der AG als Grundlage für den Aufbau strategischer Tandempartnerschaften mit dem Ziel, die Umsetzung der Empfehlungen durch gegenseitige Unterstützung zu fördern.

P38 Versorgung von Menschen am Lebensende in zwei niedersächsischen Regionen aus Sicht von Expert*innen – Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie [232]

Autoren Schrader S¹, van Baal K¹, Schneider N¹, Afshar K¹, Müller-Mundt G¹
Institut 1 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715014 **Fragestellung** Wie stellt sich die Versorgungssituation von Menschen am Lebensende in zwei niedersächsischen Regionen dar?

Studiendesign Qualitative Interviewstudie als Teil des Projektes „Optimale Versorgung am Lebensende – OPAL“ (Innovationsfonds: 01VSF17028).

Methodik Leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen, die in Einrichtungen und Diensten der stationären und ambulanten Versorgung von Menschen am Lebensende in zwei Regionen Niedersachsens tätig sind (u.a. Hospiz/dienst, Palliativstation, Seelsorge). Übergeordnete Themen des Leitfadens konzentrierten sich auf Aspekte der Versorgungsstruktur und -praxis. Eine Inhaltsanalyse erfolgte mithilfe der Software MAXQDA.

Ergebnis Im Winter 2018/19 wurden 20 leitfadengestützte Interviews mit 28 Expert*innen geführt (75% weiblich). Ein Kernergebnis ist die Wichtigkeit einer stärkeren professionsübergreifenden Sensibilisierung für sich anbahnende palliative Bedürfnisse, um eine frühzeitige Einleitung palliativer Maßnahmen gewährleisten zu können. Auf struktureller Ebene zeigte sich, dass eine übergreifende Koordination als wesentlich für die Versorgung am Lebensende erachtet wird. Ein späte Identifikation des palliativen Bedarfs und ein damit verbundenes Aufklärungsdefizit der Betroffenen und ihrer Angehörigen über Versorgungsangebote hemmen eine effiziente Zusammenarbeit der beteiligten Akteur*innen in der Umsetzung der Versorgung am Lebensende.

Diskussion Die Ergebnisse verdeutlichen den Stellenwert einer professions- und sektorenübergreifenden Kooperation und einer strukturierten Koordination in der Versorgung am Lebensende. Eine frühzeitige Identifikation palliativen Bedarfs und ein aktives Ansprechen von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige werden als wesentliche Aspekte einer optimalen Versorgung erachtet.

Take Home Message für die Kongressbesucher Für eine optimale Versorgung am Lebensende sollten die Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen systematisch identifiziert werden. Eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit kann in der Bevölkerung die Grundlage schaffen, um frühzeitig über die Themen Sterben und Tod zu sprechen.

Offenlegungserklärung Die Autor*innen geben keine Interessenkonflikte an.

Quellenangaben [1] Meuser M, Nagel U. (2020): Das Experteninterview- konzeptionelle Grundlage und methodische Anlage. In: Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. VS, Wiesbaden.

P39 Palliativmedizinische Versorgungsmodelle in Deutschland - Entwicklung einer Taxonomie [242]

Autoren Wikert J¹, Gesell D¹, Bausewein C¹, Kranz S², Jansky M³, Nauck F³, Melching H², Hodiament F¹

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München, LMU München; 2 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin; 3 Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen

DOI 10.1055/s-0040-1715015

Fragestellung Das Angebot spezialisierter Palliativversorgung in Deutschland ist sehr heterogen. Finanzierungssysteme, Regelungen von Anforderungen an

Dienste und Rahmenbedingungen variieren auf Landesebene. Zudem gibt es nur wenige Vorgaben bezüglich Struktur- und Prozessmerkmalen. Die einzigen, die verpflichtend formuliert sind, gehen auf Finanzierungssysteme und darin genannten Anforderungen zurück. Ziel ist die Entwicklung einer Taxonomie zur Beschreibung und Differenzierung von spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsmodellen in Deutschland.

Studiendesign Qualitative Studie mit Interviews und Fokusgruppe.

Methodik 1) Literaturgestützte Entwicklung einer vorläufigen Merkmalsliste, 2) Identifikation relevanter Struktur- und Prozessmerkmale durch Expert*innen-Interviews von April-Juli 2020, 3) Fokusgruppen-Konsentierung einer Taxonomie auf Basis der identifizierten Merkmale.

Ergebnis Die entwickelte, vorläufige Merkmalsliste besteht aus 29 Struktur- und 21 Prozessmerkmalen (z.B. beteiligte Berufsgruppen, Team-Größe, Betreuungsart, Erreichbarkeit). Die bestehende Gliederungstiefe in spezialisierte/allgemeine sowie stationäre/ambulante Versorgungsformen reicht zur Differenzierung der heterogenen Versorgungslandschaft nicht aus. Die final konsentierten Taxonomie, die weiter ausdifferenziert, aussagekräftige Struktur- und Prozessmerkmale abdeckt wird nach Abschluss der Datenerhebung Ende Juli 2020 vorliegen.

Diskussion Die Taxonomie ermöglicht als konzeptionelles Klassifizierungsgestütztes eine Beschreibung palliativer Versorgungsmodelle und charakterisierender Merkmale. Hierdurch wird die Heterogenität spezialisierter Palliativversorgungsmodelle transparent und ein Vergleich der Dienste möglich. Im Sinne der Qualitätsentwicklung ist dieses detaillierte Verständnis der Palliativversorgung notwendig.

Take Home Message für die Kongressbesucher Eine Taxonomie ermöglicht es Diensten, sich abzugrenzen bzw. einzuordnen und somit eine Vergleichbarkeit der eigenen Versorgungsqualität.

Offenlegungserklärung Gefördert durch Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (01VSF18018).

P40 „Damit haben die Menschen wieder Zeit, sich in den verbleibenden Tagen auf das zu konzentrieren, was ihnen wichtig ist“ Die Sicht der Versorgenden in der ambulanten Palliativversorgung [259]

Autoren Joshi M¹, Dillen K¹, Krumm N², Hesse M³, Brunsch H³, Radbruch L³, Rolke R², Voltz R^{1,4,5,6}

Institut 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln, Deutschland; 2 Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland; 3 Uniklinik Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 4 Uniklinik Köln, Centrum für integrierte Onkologie (CIO ABCD), Köln, Deutschland; 5 Uniklinik Köln, Zentrum für klinische Studien (ZKS), Köln, Deutschland; 6 Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK), Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715016

Fragestellung In einer vorausgehenden Studie wurden die drei Wirkfaktoren „Symptomlinderung“, „Sicherheitsversprechen“ und „Alltagsrahmung“ für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Patienten und Angehörige herausgearbeitet (1).

Wie ist die Sicht der professionell Versorgenden in der Allgemeinen und Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV) zu den drei Wirkfaktoren?

Studiendesign Qualitative Interviewstudie

Methodik Es wurden 11 semistrukturierte Interviews mit Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen in der AAPV und der SAPV in drei Orten der Region Nordrhein mittels eines an die drei Wirkfaktoren angelegten Leitfadens durchgeführt. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (2,3).

Ergebnis Die Bedeutung der „Symptomlinderung“ tritt insgesamt deutlich hinter die beiden anderen Wirkfaktoren zurück. Von den Wirkfaktoren werden „Sicherheitsversprechen“ durch den Aspekt „Erreichbarkeit“ in 91 % der Interviews geschildert. Ebenso wurden unterschiedliche Ansätze genannt, um die

Erreichbarkeit zu gewährleisten, z.B. Rufbereitschaft innerhalb eines Teams oder Koppelung der AAPV-Pflegedienste an SAPV-Rufbereitschaft, die die AAPV-Pflegedienste mitabdeckt.

Die „Alltagsrahmung“ vertreten durch den Aspekt der „ganzheitliche Versorgung“ wurde in 82 % der Interviews hinsichtlich verschiedener Gesichtspunkte wie der Wahrung des individuellen Patientenwillens, der Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen, der Aufrechterhaltung des sozialen Umfelds, dem Einbezug von Angehörigen (auch nach dem Tod der Patienten) und deren Umfeld erläutert.

Diskussion Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere „Erreichbarkeit“ und „ganzheitliche Versorgung“ in der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland aus Sicht der professionell Versorgenden als wichtig angesehen werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Aus Sicht der professionell Versorgenden in der AAPV und der SAPV sind nicht (nur) die medizinisch-pflegerischen Leistungen, sondern besonders die Erreichbarkeit und ganzheitliche Versorgung wichtig.

Offenlegungserklärung Kein Interessenskonflikt.

Förderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (01VSF16007)

Quellenangaben [1] Schneider W., Eichner E., Thoms U., Stadelbacher S., Kopitzsch F. (2015). Zur Praxis von SAPV in Bayern: Wirksamkeit, Struktur-/prozesseffekte und ländliche Versorgung. Gesundheitswesen, 77, 219–224.

[2] Mayring P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

[3] Kuckartz U. (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

P41 Wo versterben Patienten, die durch die SAPV betreut werden? Daten des Verbundes der SAPV-Teams in Nordrhein (VSTN e. V.) [326]

Autoren Joist T^{1,2}, Grabenhorst U^{2,3}, Reichmann J⁴, Adolf D⁴, Jünemann R⁴

Institut 1 Palliativteam SAPV Köln rechtsrheinisch, Köln, Deutschland; 2 Verbund der SAPV-Teams Nordrhein e. V., Viersen, Deutschland; 3 HomeCare Linker Niederrhein gGmbH, Viersen, Deutschland; 4 StatConsult Klinische und Versorgungsforschung GmbH, Magdeburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1714805 **Fragestellung** Ein Großteil der Bevölkerung möchte als Sterbende im gewohnten Umfeld verbleiben.^{1,2} Dementgegen verstirbt fast jeder Zweite > 65-jährige im Krankenhaus.^{3,4} Anhand eines multizentrischen Datensatzes werden die Sterbeorte von in der SAPV betreuten Pat. evaluiert, um aufzuzeigen, ob SAPV ein Versterben am präferiertem Ort ermöglicht

Studiendesign Der untersuchte Datensatz wurde aus den Patientendokumentationen von 14 SAPV-Teams generiert. Zur Extraktion der Daten aus verschiedenen EDV-Systemen wurden Export-Tools u. umfangreiche Algorithmen zur Zusammenführung der exportierten Daten zu einem gemeinsamen auswertbaren Datensatz entwickelt.

Methodik In der Dokumentation der SAPV-Patienten wird der Aufenthalts- und Sterbeort erfasst. Sich im Verlauf der SAPV ggf. ergebende Ortswechsel spiegeln sich ebenfalls in der Dokumentation wider. Die Sterbeorte wurden validiert u. kategorisiert.

Ergebnis Von 6.828 in die Studie aufgenommenen Pat. sind 5.141 Pat. verstorben: Für 98,6 % (N = 5069) wurde der Sterbeort dokumentiert.

Diskussion Ein wesentliches Kriterium der Versorgungsqualität von SAPV ist, ein Versterben in gewünschter Umgebung zu ermöglichen. Hier aufgezeigt durch die Anzahl der Pat., die nicht im Krankenhaus verstirbt. Die erhobenen Daten zeigen deutlich, dass der Großteil der Pat. in der eigenen Häuslichkeit verstirbt.

Für Pat., die aus der SAPV heraus in ein Krankenhaus entlassen wurden (6,5 %), konnte nicht immer nachverfolgt werden, ob diese im Rahmen des Klinikaufenthaltes verstarben. Wird unterstellt, dass alle in ein Krankenhaus entlassenen Patienten in diesem verstarben, wären nicht > ca. 7 % der betreuten Pat. im Krankenhaus verstorben. Selbst dann könnte abgeleitet werden, dass nur relativ wenige vormals SAPV-betreute Pat. im Krankenhaus versterben.

Take Home Message für die Kongressbesucher SAPV ermöglicht mehr als jede andere Versorgungsform, dass Menschen zu Hause sterben können. Die multiprofessionellen Teams des VSTN e. V. werden dem Auftrag, ein Versterben in häuslicher Umgebung zu ermöglichen, gerecht.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

Quellenangaben [1] Eggert S.; Sulmann D. 2013

[2] DHPV, 2017

[3] AOK, 2015

[4] Zich K.; Sydow H. 2015

P42 Häufigkeit und Erregerspektrum von Blutkulturen auf einer universitären Palliativstation [341]

Autoren Seehausen A¹, Benedek O², Henze L¹, Große-Thie C¹, Kriesen U¹, Podbielski A², Junghanß C¹

Institut 1 Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; 2 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene (IMKRO),

Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715017

Fragestellung Wie hoch ist die Frequenz von Blutkulturenanalysen auf einer universitären Palliativstation, die viele hämatologisch-erkrankte und damit immunsupprimierte Patienten behandelt und welches Keimspektrum kann identifiziert werden?

Studiendesign Retrospektive Kohortenstudie.

Methodik Es wurden Daten aller stationären Patienten der Palliativstation der Universitätsmedizin Rostock (UMR) von 2018 und 2019 unter Nutzung elektronischer Datenbanken der UMR analysiert. Zielparameter waren die Analysen der Blutkulturen (BK; Frequenz, Positivraten, Keimspektrum). Die Datenauswertung erfolgte mit Microsoft Excel.

Ergebnis Im untersuchten 2-Jahres-Zeitraum wurden insgesamt 187 BK-Paare bei 115 Patienten bebrütet. Bezogen auf die Liegedauer erhält man für 2018 13,8 und für 2019 13,6 BK pro 1000 Patiententage. Wiederholte BK-Analysen eines Patienten wurden innerhalb eines 60-Tage-Zeitraums so bereinigt, dass nur die jeweils 1. Analyse mit einem Keimnachweis zählte. In Summe lagen von den 115 Patienten insgesamt 21 BK mit Erregernachweis vor. Am häufigsten (14 BK, 15 Keime) ließen sich dabei grampositive Kokken und hier insb. *Staphylococcus epidermidis* (in 8 positiven BK, davon 1x simultan zentral und peripher gewachsen) nachweisen, weiterhin *Staphylococcus aureus* (3x, davon 1x sichere Fokuzuordnung möglich), *Staphylococcus hominis* (2x), *Staphylococcus caprae* (1x) und *Enterococcus faecalis* (1x, Fokus ermittelbar). Mit einer Häufigkeit von 10 BK folgten gramnegative Stäbchen, im Detail *Escherichia coli* (2x), *Klebsiella pneumoniae* (1x), *Klebsiella aerogenes* (1x), *Pseudomonas aeruginosa* (1x) und *Enterobacter hormaechei* (1x).

Diskussion BK wurden im analysierten Zeitraum nur selten auf der Palliativstation durchgeführt. Es wird gegenwärtig analysiert, welche klinischen Charakteristika zu einer BK-Entnahme veranlassen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Das BK-Keimspektrum auf einer universitären Palliativstation wird durch grampositive Erreger dominiert. Mögliche Kontaminationen müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte

P43 Einfluss der Symptome Schmerz, Angst und Luftnot auf den Sterbeort ambulanter Palliativpatienten – eine retrospektive Analyse von 1860 konsekutiven SAPV Patienten [342]

Autoren Sewtz C¹, Leithäuser M², Lakner V², Krammer-Steiner B³, Gläser D³, Pfeil J², Große-Thie C¹, Kriesen U¹, Felser S¹, Nemitz J², Junghanß C¹

Institut 1 Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Deutschland, Rostock, Deutschland; 2 Palliativmedizinisches Netz Rostock GbR, Rostock,

Deutschland; 3 Klinik für Innere Medizin III – Haemato-Onkologie, Haemostaseologie, Palliativ- und Komplementärmedizin, Klinikum Südstadt, Rostock, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715018

Fragestellung Hat eine ausgeprägte Schmerz-, Angst- und Luftnotsymptomatik bei SAPV-Patienten einen Einfluss auf den Sterbeort? Entspricht der Sterbeort dem Wunschsterbeort?

Studiendesign Retrospektive Querschnittstudie.

Methodik Analyse konsekutiver Patientendaten der Jahre 2015-2019 aus dem SAPV Netz Rostock (Ethikvotum: A 2020 - 0044). Daten wurden aus der Software Pallidoc[®] extrahiert und mit SPSS ausgewertet. Symptome wurden auf einer 4-stufigen Skala von 1="kein" bis 4="stark" erfasst, hohe Symptomlast wurde definiert als ≥ 3 .

Ergebnis Insgesamt wurden 1860 Patienten im o. g. Zeitraum betreut, Symptome waren bei 1802 Patienten (50% weiblich, 75 ± 2 Jahre (Spannweite 22 - 101), medianes Überleben 21 Tage nach SAPV-Einschluss, 79% onkologische Erkrankung) dokumentiert. Für die Symptome Schmerz, Angst und Luftnot wurde eine hohe Symptomlast bei 69%, 61% und 58% der Patienten dokumentiert. Unabhängig von der Symptomlast (≤ 2 vs ≥ 3) verstarben 80% der Patienten in der Häuslichkeit (50% zu Hause, 20% Pflegeheim, 10% Hospiz), 18% auf einer Palliativstation und lediglich 2% (24 Patienten) auf einer anderen Station ($p > 0,05$). Bei 569 Patienten waren Wunschsterbeort sowie Sterbeort vermerkt: In 71% der Fälle entsprach der Sterbeort dem Wunsch. Dies war unabhängig von der Höhe der Last der Symptome Angst/Luftnot ($p = 0,689$ / $p = 0,148$). Bei Schmerzen mit hoher Symptomlast verstarben Patienten eher an ihrem Wunschsterbeort ($p = 0,033$).

Diskussion Die Symptomlast der Patienten scheint keinen Einfluss auf den Sterbeort zu haben. Dies und auch dass in über 70% der Fälle dem Wunschsterbeort der Patienten entsprochen werden konnte, spricht für eine gute Versorgungsqualität durch die SAPV. Ob weitere Faktoren, z. B. Alter, einen Einfluss auf den Sterbeort haben, wird gegenwärtig analysiert.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Daten von täglich genutzten Arbeitsprogrammen sollten kontinuierlich standardisiert dokumentiert und intern ausgewertet werden, um die Versorgungsqualität regelhaft zu überprüfen und mögliche Versorgungslücken frühzeitig zu identifizieren.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

Ergebnismessung/Outcome Messung

P44 Randomisiert-kontrollierte Studie zur Evaluation der Atemnot-Ambulanz München (BreathEase): Rekrutierung und Beschreibung der Studienteilnehmer [164]

Autoren Schunk M^{1,2}, Berger U^{2,3}, Le L³, Rehfuess EA^{2,3}, Schwarzkopf L^{2,4}, Streitwieser S¹, Müller T³, Hofmann M³, Holle R^{2,4}, Huber RM⁵, Mansmann U^{2,3}, Bausewein C¹

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland; 2 Pettenkofer School of Public Health, München, Deutschland; 3 Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Medizinische Fakultät, LMU München, Deutschland; 4 Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen Helmholtz Zentrum München (IGM), Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), Deutschland; 5 Medizinische Klinik und Poliklinik V, LMU Klinikum, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715019

Fragestellung Patienten mit fortgeschrittenen Lungen-, aber auch Tumor- und kardiologischen Erkrankungen leiden häufig an chronischer Atemnot. Die Wirksamkeit einer Atemnot-Ambulanz an der Klinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, wurde mit einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht. Wie

wurden die Studienteilnehmer rekrutiert und welche Merkmale zeichnen das Studienkollektiv aus?

Studiendesign Deskriptive Analyse der Rekrutierung und der Merkmale der Studienteilnehmer.

Methodik Studienteilnahme (Einschluss, Ablehnung, Ausschluss) nach Rekrutierungsmodalität und Alter, Geschlecht, Stärke der Atemnot (mMRC). Beschreibung des Studienkollektivs anhand soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale. Deskription der Baseline-Befragung zu Symptombelastung und Lebensqualität (Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), Subskala Mastery und Gesamt-Score (QoL), Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)).

Ergebnis Im Rekrutierungszeitraum (2/2015-10/2018) meldeten sich n=439 Patienten, 50% über Informationen aus Zeitungen. N=186 erfüllten Einschlusskriterien nicht (42%). Der häufigste Grund für Ausschluss: keine fortschreitende Grunderkrankung n=72 (39%). N=70 (16%) lehnten die Teilnahme ab, häufiger Frauen und Menschen mit mMRC >3. Durchschnittsalter der Teilnehmer (n=183): 71,3 (min. 39 – max. 94) Jahre. 51% Frauen. Grunderkrankungen: n=115 (63%) COPD, n=17 (9%) Lungenfibrose, n=14 (8%) Herzinsuffizienz, n=13 (7%) Tumor. CRQ-Mastery: 4.1 (SD 1.2), CRQ QoL: 3.7 (SD 0.8); IPOS 22.8 (SD 8.3).

Diskussion Die BreathEase Studienteilnehmer weisen im Vergleich zu anderen Studien ein heterogeneres Krankheitsspektrum und eine etwas geringer ausgeprägte Symptombelastung aus. Dies kann sich auf die Wirksamkeit der Intervention auswirken und ist bei Metaanalysen zu beachten.

Take Home Message für die Kongressbesucher Das ambulante Behandlungsangebot der Atemnot-Ambulanz bietet einen frühzeitigen Einbezug der Palliativmedizin bei chronischer Krankheit.

Offenlegungserklärung BMBF-Förderung 01GY1331. ClinicalTrials.gov ID NCT02622412. Keine Interessenskonflikte

P45 Kognitive und verhaltensorientierte Strategien für einen besseren Umgang mit Atemnotattacken: eine einarmige, exploratorische Pilot-Therapiestudie (Phase II) (CoBeMEB) [191]

Autoren Schlösser K¹, Bergmann A¹, Eisenmann Y¹, Reitzel T¹, Simon ST¹

Institut 1 Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin und Centrum für integrierte Onkologie (CIO)- Standort Köln, Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715020

Fragestellung Atemnotattacken sind durch eine starke Zunahme der Atemnotintensität gekennzeichnet und für die Betroffenen sehr belastend. Ein Kreislauf aus Atemnot-Angst/Panik-Atemnot führt immer wieder zu Notfallsituationen, die selten durch medikamentöse Interventionen gelindert werden können. Kann eine individuelle, strukturierte Kurz-Intervention zu verschiedenen kognitiven und verhaltensorientierten Strategien zur Vorbeugung und Behandlung solcher Notfallsituationen helfen, damit Patient*innen besser mit Atemnotattacken umgehen können?

Studiendesign Einarmige, explorative Pilot-Therapiestudie (Phase II).

Methodik In einem internationalen Delphiverfahren wurde eine kognitive und verhaltensorientierte Kurz-Intervention entwickelt. Zwischen 02/19 und 02/20 wurden konsekutiv 49 Patient*innen mit lebenslimitierender Erkrankung, die unter Atemnotattacken leiden, in die Studie eingeschlossen. Nach der Baseline-Erhebung folgte die Teilnahme an der 1-2 stündigen Kurzintervention (im ambulanten/häuslichen Rahmen durch eine*n Krankenpflegende/Psychologin/Arzt). Eine Woche nach der Kurzintervention erfolgte ein telefonischer Kontakt, um mögliche Fragen zu beantworten. In den Wochen 2, 4 und 6 nach der Kurzintervention fanden die telefonischen Outcome-Messungen und in Woche 6 zusätzlich ein qualitatives Interview statt. Zielkriterien sind Machbarkeit (feasibility), Sicherheit, Zufriedenheit und relative Wirksamkeit der Kurz-Intervention.

Ergebnis Die Datenerhebung befindet sich in der Schlussphase und wird bald abgeschlossen. Zum Zeitpunkt des Kongresses werden die Ergebnisse vorliegen und vorgestellt.

Diskussion Die Pilotierung einer individuellen, strukturierten Kurz-Interventionen für einen besseren Umgang mit Atemnotattacken soll die Grundlage für eine full-powered RCT zur Prüfung der Wirksamkeit bilden, mit dem Ziel diese belastete Patientengruppe zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Offenlegungserklärung Kein Interessenskonflikt. Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung & Forschung (01GY1716)

Quellen [1] Simon S.T., Weingärtner V., Higginson I.J., Voltz R. & Bausewein C. (2014). Definition, categorization, and terminology of episodic breathlessness: Consensus by an international Delphi survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(05), 828–838.

[2] Linde P, Hanke G, Voltz R, Simon ST. Unpredictable episodic breathlessness in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer* 2018; 26(4):1097–104.

[3] Spathis A, Booth S, Moffat C, Hurst R, Ryan R, Chin C et al. The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *NPJ primary care respiratory medicine* 2017; 27(1):27.

P46 Palliativphasen als Bestandteil systematischer Outcome-Messung in der spezialisierten Palliativversorgung: Entwicklung einer deutschsprachigen Version [193]

Autoren Lehmann E¹, Grüne B¹, Hodiament F¹, Bausewein C¹

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

DOI 10.1055/s-0040-1715021

Fragestellung Die Zuordnung von Palliativphasen (*Stabil, Instabil, Sich verschlechternd, Sterbend, Verstorben-Trauerbegleitung*) ist in Australien und im Vereinigten Königreich ein etabliertes Instrument, um die Krankheitssituation von Palliativpatient*innen und deren Angehörigen zu beschreiben, auf deren Grundlage klinische Entscheidungen zu treffen und den Versorgungsplan zu reevaluieren. Ziel des Projekts ist die Entwicklung einer deutschsprachigen Version der Palliativphasen.

Studiendesign Qualitative Studie: kognitive Interviews mit Mitarbeitenden der spezialisierten Palliativversorgung (SPV: Palliativstation, SAPV, Palliativdienst).

Methodik Anwendung der kognitiven Interview-Techniken „Think Aloud“ und „Probing“ an einer Einmalübersetzung des Instruments, um das inhaltliche Verständnis zu erheben, Formulierungen zu überprüfen und an das Wording der Versorgungspraxis anzupassen. Die Durchführung erfolgt iterativ in 2 bis 3 Zyklen mit schrittweiser inhaltsanalytischer Auswertung anhand eines deduktiven Kategoriensystems.

Ergebnis Erste Analysen zeigten, dass die Befragten die Übersetzungen der Begriffe „plan of care“ mit Behandlungsplan und „emergency treatment“ mit Notfallbehandlung aufgrund der Ganzheitlichkeit der SPV als nicht passend empfinden. Beide Begriffe suggerieren eine rein medizinische Behandlung der Patient*innen, die betreuende Angehörige oder nicht-medizinische Behandlungen ausschließen würden. Weiterhin bewerteten die Befragten einige Aspekte der Phase *Verstorben-Trauerbegleitung* als unverständlich bzw. nicht zutreffend für die deutsche Versorgungspraxis.

Diskussion Die ersten Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit, die Übersetzung der Palliativphasen im kulturellen Kontext zu betrachten und zu modifizieren. Weiterhin erscheint es wichtig, einige Inhalte der Phasen an die deutsche Versorgungsrealität anzupassen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Für die Implementierung internationaler Konzepte in das deutsche Versorgungssystem ist eine kulturelle Adaption ergänzend zur rein technischen Übersetzung erforderlich.

P47 Quartalsweise Symptom- und Bedarfserfassung von ambulanten Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung im longitudinalen Verlauf [216]

Autoren Koepp J¹, Beckmann M², Hense J¹, Müller S¹, Schuler M^{1,3}, Teufel M², Tewes M¹

Institut 1 Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; **2** Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR Klinikum, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; **3** Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), Partnerstandort Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715022

Fragestellung Eine regelmäßige Symptom- und Bedarfserfassung (PROM) von Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung (Pat) wird zunehmend gefordert. Seit 01/17 erfolgt in der Ambulanz eines onkologischen Zentrums quartalsweise eine Tablet-basierte PROM mit dem Hornheider Screening Instrument (HSI), PHQ4 und MIDOS2, sowie die Befragung nach dem Gesprächswunsch in der palliativmedizinischen Sprechstunde (PM-Wunsch). Es erfolgte eine Analyse zur Veränderung der Symptomlast im Longitudinalverlauf und PM-Wunsch.

Studiendesign Retrospektive Kohortenstudie. Zur Beurteilung des longitudinalen Verlaufs waren mindestens 3 PROM innerhalb von 18 Monaten gefordert.

Methodik Es erfolgte eine Kohortenanalyse (01/17-03/19) von 1354 Pat eines ambulanten onkologischen Zentrums. Neben HSI, PHQ4, MIDOS2 und PM-Wunsch wurden demographische Daten und klinische Parameter analysiert. Es erfolgte eine deskriptive Analyse der patientenspezifischen Daten.

Ergebnis Von insgesamt 1354 Pat im Zeitraum von 01/17 bis 03/19 erfüllten 396 Pat die geforderten Kriterien. Von diesen Pat füllten 226 Pat 4 Fragebögen (FB), 118 Pat 5 FB, 58 Pat 6 FB und 17 Pat 7 FB aus. Aktuell wurden Daten von 70 Pat (39 männlich, 31 weiblich) analysiert, 20 Pat verstarben. Die Pat hatten überwiegend Karzinome der Lunge (n=24) und des GI-Traktes (n=20). 19 Pat waren bei Einschluss in der 1. Chemotherapielinie (27%), 27 in der 2. Linie (39%), 12 in der 3. Linie (17%) und 5 waren in >3. Linie (7%). Nur wenige Pat gaben an den 3 Befragungszeitpunkten starke Schmerzen (n=1, n=4, n=5), Angst (n=1, n=1, n=2), Appetitmangel (n=1, n=1, n=4), HSI>4 (n=16, n=14, n=12) oder PHQ4>9 (n=1, n=2, n=0) an. 7 Pat gaben einen PM-Wunsch an. Daten der 396 Patienten werden derzeit analysiert.

Diskussion Die ersten Ergebnisse zeigen nur eine geringe Symptomlast von ambulanten Pat. Nur wenige Pat gaben einen PM-Wunsch an. Aufgrund der geringen Datenmenge lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Korrelationsanalyse durchführen. Weitere Ergebnisse werden auf dem Kongress vorgestellt.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

P48 Implementierung von ePROM in die SAPV: Chancen und Hürden [222]

Autoren Burner-Fritsch I¹, Bolzani A¹, Hodiament F¹, Bausewein C¹

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

DOI 10.1055/s-0040-1715023

Fragestellung In der Palliativmedizin ist die Integrierte Palliative Outcome Skala (IPOS) ein empfohlenes patient-reported outcome Messinstrument (PROM). Zur Anwendung in der SAPV wird derzeit eine elektronische Version der IPOS (eIPOS) entwickelt. Welche Chancen und Hürden können zur Einführung von elektronischen PROM (ePROM) in der SAPV identifiziert werden?

Studiendesign Qualitative Interview- und Fokusgruppenstudie.

Methodik Fokusgruppen mit SAPV-Mitarbeitenden, leitfadengestützte Interviews mit SAPV-Patient*innen. Die Interviewleitfäden enthalten Themen wie Akzeptanz von ePROM und Chancen und Hürden bei der Nutzung des eIPOS. Auswertung nach der Framework-Methode.

Ergebnis Zwei Fokusgruppen (n=5; n=7) mit Mitarbeitenden und Interviews mit Patient*innen (n=11) der SAPV. Beide Seiten betonten die Notwendigkeit einer intuitiv anwendbaren technischen Umsetzung und nehmen Bezug auf inhaltliche Aspekte des eIPOS. Auf Patient*innenseite konnten generelle und technische Hürden bei der Nutzung identifiziert werden. Für die Implementierung in die SAPV muss der eIPOS in die tägliche Arbeitsroutine der Teams integriert werden.

Diskussion Diese Studie ist Teil von Palli-MONITOR, einer mixed-methods Implementierungsstudie zur Einführung von ePROM in der SAPV. Diese Ergebnisse generierten ein allgemeines Verständnis für den Prozess der Anwendung des eIPOS. So konnte dessen Konzeption für weitere Studienteile an die Bedürfnisse der Beteiligten angepasst werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es bei Entwicklung einer komplexen Intervention ist, alle Beteiligten so früh wie möglich einzubeziehen.

Förderung Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss, 01VSF17014

P49 Eine randomisierte Cross-Over-Studie zur Testung der Messäquivalenz der elektronischen IPOS-Version nach den Richtlinien der ISPOR ePRO Task Force [223]

Autoren Bolzani A¹, Ramsenthaler C¹, Kupf S¹, Burner-Fritsch I¹, Bausewein C¹

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

DOI 10.1055/s-0040-1715024

Fragestellung In der Palliativmedizin wird unter anderem die Integrierte Palliative Outcome Skala (IPOS) als geeignetes patient-reported outcome Messinstrument (PROM) empfohlen. Um die Implementierung auch in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu ermöglichen, wird aktuell eine elektronische Version (eIPOS) entwickelt. Sind die elektronische und die Papierversion des IPOS messäquivalent?

Studiendesign Randomisierte Cross-Over-Studie gemäß der ISPOR ePRO Task Force.

Methodik Datenerhebung bei Palliativpatienten im häuslichen Umfeld oder auf der Palliativstation eines Universitätsklinikums. Der eIPOS wurde mit der Online-Plattform (www.umfrageonline.com) erstellt. Die Patienten füllten die elektronische und die Papierversion in zufälliger Reihenfolge mit einer 30-minütigen Pause zwischen den Erhebungen aus. Außerdem Erhebung von Alter, Geschlecht, Grunderkrankung und Ausfüllzeit für jede Version. Die Übereinstimmungsvalidität wurde mittels Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC, 2-Wege, gemischtes Modell) für den Gesamtwert und die einzelnen Teilbereiche (physisch, emotional, und praktisch) berechnet.

Ergebnis 50 Patienten (56% männlich, 68 (13,6) Jahre, 44% stationär) wurden eingeschlossen. Der ICC war sehr hoch für alle Teilbereiche (phy: 1.0 [95% CI 0,991-0,997]; emo: 0,99 [95% CI 0,98-0,99] prakt: 1.0 [95% CI 1,00-1,00]). Die benötigten Ausfüllzeiten für die Papier- und die elektronische Version waren identisch (5,8 (1,9) Minuten für IPOS vs 5,8 (2,1) Minuten für eIPOS).

Diskussion Beide Versionen zeigten sehr hohe Korrelationen und können als gleichwertig angesehen werden. Der eIPOS kann genutzt werden, um die Implementierung in der Routine-Versorgung im nicht-stationären Bereich zu vereinfachen.

Diese Studie ist Teil von Palli-MONITOR, einer mixed-methods Implementierungsstudie zur Einführung von elektronischen PROM in der SAPV.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die elektronische und die Papierversion des IPOS sind äquivalent. Die Implementierung des eIPOS in der SAPV wird aktuell pilotiert und evaluiert.

Förderung Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss, 01VSF17014.

P50 Steuerung der Sedierungstiefe bei Palliativer Sedierung bis zum Versterben - eine retrospektive Studie [229]

Autoren [Torres Cavazos J¹](#), [Kurkowski S¹](#), [Heckel M¹](#), [Ostgathe C¹](#), [Klein C¹](#)

Institut 1 [Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715025](#)

Fragestellung In der Durchführung einer Palliativen Sedierung (PS) kann die Steuerung der Sedierungstiefe unterschiedlich erfolgen: einerseits bis Erreichen einer Symptomlinderung (SL), andererseits durch eine vorbestimmte Sedierungstiefe (VST). Wie tief werden Patienten jeweils in diesen Gruppen sediert?

Studiendesign Retrospektive Analyse

Methodik Auswertung aller Patientenakten des Jahres 2018 (n=358) einer Palliativstation

Ergebnis 21 Patienten (5,8%) erhielten eine kontinuierliche PS bis zum Tod. Die durchschnittliche Sedierungsdauer betrug 1,9 (0,2-8,5) Tage. Die Durchführung der PS wurde gesondert protokolliert. Erfasst wurden u.a. angestrebte Sedierungstiefe, erreichte Sedierungstiefe (RASS-PAL) sowie der Grad an Leiden (selbst- oder fremderfasst, 4-Punkt-Likert-Skala (0-4 kein-stark)). Die Protokolle enthielten 604 Einzelbeobachtungen der o.g. Parameter. In 31,9% davon wurde als Ziel die SL dokumentiert, in 61,9% eine VST. In der VST Gruppe war das angestrebte Ziel in 25,2% ein RASS-PAL von -4, in 73,4% ein RASS-PAL von -3. Die gewünschte Sedierungstiefe wurde in 40,3% der Zeitpunkte erreicht. Die Sedierungstiefe betrug für beide Gruppen im Durchschnitt -1,9. In der Gruppe der VST betrug sie -1,6 und in der Gruppe der SL -2,5 (p<0,05). In der Gruppe der SL war die am häufigsten erreichte Sedierungstiefe ein RASS-PAL von -4 (27,6%), gefolgt von einem RASS-PAL von -3 (25,0%). Leiden wurde in 56,6% der Zeitpunkte als „kein“ und in 25,4% der Zeitpunkte als „leicht“ dokumentiert.

Diskussion Das primäre Ziel der PS ist es, unerträgliches Leiden zu lindern. Die Steuerung ist über vorbestimmte Sedierungstiefe oder anhand Symptomlinderung machbar. Diese ersten retrospektiven Daten weisen darauf hin, dass ggf. Steuerung der PS über das Sedierungsziel zu einer geringeren Sedierungstiefe führt. Was dem Bedarf besser entspricht ist unklar.

Take Home Message für die Kongressbesucher Unterschiedliche Steuerung der Palliativen Sedierung führt zu signifikanten Veränderungen des Ergebnisses. Für die SedPall-Studiengruppe - die Studie SedPall wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (01GY1702A).

P51 SAPHIR – Fragebogen zur Rückmeldung von Hinterbliebenen in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung [254]

Autoren [Seipp H¹](#), [Kuss K¹](#), [Hach M²](#), [Becker D²](#), [Schütze D³](#), [Engler J³](#), [Plöger C³](#), [Bösner S¹](#), [Haasenritter J¹](#)

Institut 1 [Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland](#); 2 [Fachverband SAPV Hessen e. V., Wiesbaden, Deutschland](#); 3 [Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715029](#)

Fragestellung Entwicklung und erste Validierung eines Fragebogens für Hinterbliebene zur ergänzenden Darstellung der Versorgungsqualität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (V).

Studiendesign Sequentielles Mixed-Methods-Design zur Entwicklung eines "patient reported experience measure (PREM)" im Rahmen der ELSAH-Studie, Arbeitspaket 1 (Förderung: Innovationsfonds G-BA, FKZ: 01VSF16006).

Methodik Die Basis bildete ein bestehender internationaler Fragebogen. Dieser wurde an das Setting der deutschen SAPV angepasst und anhand eigener, qualitativer Erhebungen sowie eines Vergleichs mit weiteren Instrumenten um relevante Aspekte ergänzt. Diese vorläufige Version des SAPHIR-Fragebogens

wurde anhand kognitiver Interviews mit Hinterbliebenen und eines Expertenratings überarbeitet und im Versorgungsalltag pilotiert. Es erfolgte eine erste psychometrische Testung zur Bestimmung einiger Validitätsaspekte.

Ergebnis Das ursprünglich zweiteilige Antwortkonstrukt aus Erlebens- und Wichtigkeitsbeurteilung je Item wurde nach den kognitiven Interviews fallengelassen, dafür wurden die Antwortoptionen der Erlebensbeurteilung erweitert. Auf Basis der Interviews und der Relevanzbeurteilung durch SAPV-Mitarbeitende konnte der Fragebogen auf 34 Fragen gekürzt werden. Die Tendenz zu Deckeneffekten spiegelt eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Versorgung wider. Nichtsdestotrotz zeigen einige Fragen Verbesserungspotential für die Versorgung auf.

Diskussion Die retrospektive Beurteilung der SAPV-Betreuung durch Hinterbliebene ergänzt Routedaten um relevante Informationen. Der Einbezug der Professionellen und insbesondere der Hinterbliebenen in die Entwicklung erwies sich als unverzichtbar. Die psychometrische Validierung an einer größeren Stichprobe steht noch aus.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Rückmeldungen von Hinterbliebenen zum Erleben der palliativen Versorgungsepisoden kann SAPV-Teams wertvolle Hinweise zur Optimierung ihrer Arbeit geben. Der SAPHIR-Fragebogen steht zur Nutzung frei zur Verfügung. Offenlegungserklärung: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

P52 Wenn Angehörigen die Kraft ausgeht: Wie erleben und begleiten Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung Angehörige in akuten Überforderungssituationen? [256]

Autoren [Ullrich A¹](#), [Runge J¹](#), [Bokemeyer C¹](#), [Oechsle K¹](#)

Institut 1 [Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Zentrum für Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715030](#)

Fragestellung Angehörige schwerkranker Patienten erfahren starke seelische und körperliche Belastungen. Die Studie untersucht, wie Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung akute Überforderungssituationen bei Angehörigen erleben und begleiten.

Studiendesign Qualitative Studie mit multi-institutionellen Gruppendiskussionen

Methodik Es wurden 10 professionsübergreifende Gruppendiskussionen mit Teams von Palliativstationen, Hospizen, SAPV-Einrichtungen und ambulanten Hospizdiensten durchgeführt (N=64). Die wörtlichen Transkripte wurden mittels Grounded Theory-Methodologie unter Anwendung des Kodierparadigmas nach Strauss ausgewertet.

Ergebnis Als ursächlich für akute, oft krisenhafte Überforderungssituationen wurden spezifische Faktoren identifiziert: z. B. unkontrollierte Symptome, allein zu bewältigende Nächte, instabile soziale Netzwerke und dauerhafte Überschätzung der eigenen Belastungsfähigkeit. Strategien der Mitarbeitenden zur Prävention akuter Überforderungssituationen sind u.a. eine differenzierte Beobachtung der Angehörigenbelastung unabhängig von der Erkrankungsschwere des Patienten und der Versorgungsintensität. Strategien bei Vorliegen einer akuten Überforderungssituation sind u.a. die Intensivierung von (emotionalen/praktischen) Hilfen und die Unterstützung der Angehörigen in der Annahme ihrer Betroffenenrolle. Konsequenzen können eine Entlastung der Angehörigen und eine längere häusliche Versorgung des Patienten sein. Die Konsequenz eines Wechsels in die stationäre Versorgung wurde als ein Spannungsfeld entlastender/entpflichtender und belastender Aspekte für Angehörige (z. B. Schuldgefühle) identifiziert.

Diskussion Es konnte ein Zusammenhangsmodell im Hinblick auf akute Überforderungssituationen bei Angehörigen erarbeitet werden. Dieses kann als Ausgangspunkt genutzt werden, Empfehlungen zu Prävention und Umgang mit solchen Situationen zu entwickeln und Mitarbeitende zu schulen.

Take Home Message Mitarbeitende der Hospiz- und Palliativversorgung verfügen über vielfältige Strategien zur Unterstützung Angehöriger in akuten Überforderungssituationen.

P53 Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung - Evaluation eines Schulungsprogramms [260]

Autoren Boström K^{1,2}, Rosendahl C^{1,2}, Dojan T^{1,2}, Frerich G^{1,2}, Romotzky V^{1,2}, Voltz R^{1,2,3,4,5}, Kreimeike K^{1,2}

Institut 1 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 2 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinik, Köln; 3 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 4 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln; 5 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln

DOI 10.1055/s-0040-1715031

Fragestellung Obwohl Versorgende (V) regelmäßig mit Todeswünschen (TW) von Palliativpatient*innen (P) konfrontiert werden, herrscht oft Unsicherheit im Umgang damit. Um dem zu begegnen, wurden in einem früheren Projekt ein Schulungskonzept und ein teil-strukturierter Gesprächsleitfaden entworfen.¹ Im Rahmen einer dreiphasigen Studie wurde dieser Leitfaden weiterentwickelt und konsentiert (Phase 1). Anschließend wurden V unter Einsatz des Leitfadens im Umgang mit TW geschult (Phase 2): Wie bewerten V den Leitfaden und ihre Selbstsicherheit im Umgang mit TW nach der Schulungs-Teilnahme?

Studiendesign Sequentielle Mixed Methods Studie

Methodik Durchführung multiprofessioneller 2-tägiger Schulungen zum Umgang mit TW einschließlich Einführung in die Nutzung des Leitfadens. V schätzten ihre Selbstsicherheit im Umgang mit TW mittels Fragebogen vor (t0), direkt nach (t1) und ein Jahr nach (t2) Abschluss der Schulung ein. Zu t2 wurden außerdem offene Fragen zur Verwendung des Leitfadens gestellt. Nach der Schulung wurden VG gebeten, das Erlernte in Gesprächen mit P anzuwenden und diese Gespräche schriftlich zu reflektieren.

Ergebnis Von 03/2018 – 01/2020 nahmen 103 V aus unterschiedlichen Settings an 12 Schulungen teil. Im Mittel hatten die V 12 Jahre Berufserfahrung und waren 48 Jahre alt, 75 % waren Frauen. Die Selbstsicherheit im Umgang mit TW stieg durch die Schulung signifikant ($p = .000$, Effektstärke $d = .074$), dieser Effekt blieb über ein Jahr stabil ($p = .000$, $d = .072$). Zu t2 bezeichneten 60 % der V den Leitfaden als hilfreich. Die Anwendung der Schulungsinhalte im Gespräch mit P beschrieben V als persönlich bereichernd und die Reflektion dieser Gespräche als gewinnbringend.

Diskussion Die große Nachfrage und die langfristig gesteigerte Selbstsicherheit im Umgang mit TW bestätigt sowohl den Bedarf an der Schulung als auch ihre Wirksamkeit. In Phase 3 der Studie wird die Wirkung der Gespräche über TW auf P evaluiert.

Take Home Message für die Kongressbesucher Es besteht Bedarf an Schulungsangeboten zum Umgang mit TW in der Palliativversorgung. Ein Schulungskonzept einschließlich teil-strukturierter Leitfaden kann diesem Bedarf wirkungsvoll und langfristig begegnen

Offenlegungserklärung Das Projekt „Desire to Die in Palliative Care – Optimization of Management (DEDIPOM)“ wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01GY1706 gefördert. Keine Interessenskonflikte bestehend.

Quellen [1] Frerich G, Romotzky V, Galushko M, et al. Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept – a pilot study. *Palliat Support Care* 2020; 1–9 DOI: 10.1017/S1478951520000097.

P54 Informationsgewinn durch Selbstassessment von Belastungen in der stationären Palliativversorgung [261]

Autoren Elster L¹, Müller E², Couné B², Jäger H², Gencer D³, Keßler J⁴, Mayer-Steinacker R⁵, Keser M³, Marquardt S⁴, Rauser J⁵, Becker G²

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland; 2 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum

Freiburg; 3 Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Mannheim; 4 Zentrum für Schmerztherapie und Palliativmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg; 5 Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Ulm

DOI 10.1055/s-0040-1715032

Fragestellung Studien zeigen positive Effekte einer routinemäßigen patienten-seitigen Erfassung von Belastungen, sog. Patient Reported Outcome Measures (PROMs), auf Versorgung und Behandlungsergebnisse (1). Bei der Implementierung von PROMs in den klinischen Alltag sind allerdings Barrieren zu überwinden, wie z. B. Vorbehalte von Behandler*innen (2). Die vorliegende Studie untersucht, welchen Mehrwert PROMs Behandler*innen bieten.

Studiendesign Implementierungsstudie

Methodik In einer multizentrischen Studie füllen Patient*innen von 3 Palliativstationen wöchentlich einen Fragebogen (Integrated Palliative Care Outcome Scale + praktische Probleme des Distress Thermometer) aus. Die zuständigen Ärzt*innen markieren unerwartete Angaben auf den zu Behandlungsbeginn ausgefüllten Fragebögen.

Ergebnis 32 % der Patient*innen (94 von 297) waren in der Lage, einen Fragebogen auszufüllen und stimmten einer Teilnahme am Forschungsprojekt zu. Auf 67 (71,3 %) der 94 Fragebögen vom Behandlungsbeginn markierten die Ärzt*innen insgesamt 186 unerwartete Angaben. Davon sind 104 (55,9 %) körperliche, 46 (24,7 %) psychosoziale, 23 (12,4 %) praktische und 13 (7 %) sonstige Belastungen. Behandler*innen nutzten die Informationen aus dem Fragebogen vielfältig, z. B. zur Behandlungsplanung und Priorisierung.

24 (25,5 %) der 94 Fragebögen füllten Patient*innen selbstständig aus, 69 (73,4 %) mit Unterstützung, 1 ohne Angabe.

Diskussion Der Einsatz von PROMs führte zu einem deutlichen Informationsgewinn. Allerdings konnte nur ein Viertel der Patient*innen die Fragebögen ohne Unterstützung ausfüllen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Der Einsatz von PROMs auf Palliativstationen zeigt einen hohen Nutzen und kann für den patientenzentrierten und holistischen Ansatz der Palliativmedizin sensibilisieren.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

Quellenangaben [1] Etkind et al. (2015). Capture, Transfer, and Feedback of Patient-Centered Outcomes Data in Palliative Care Populations. *JPSM*, 49 (3), 611–624.

[2] Antunes et al. (2014). Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice. *Palliative Medicine*, 28 (2), 158–175.

P55 Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Evaluation einer Gesprächsintervention [262]

Autoren Kreimeike K^{1,2}, Boström K^{1,2}, Rosendahl C^{1,2}, Gehrke L², Dojan T^{1,2}, Voltz R^{1,2,3,4,5}

Institut 1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Köln; 2 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 3 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Köln; 4 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Klinische Studien (ZKS), Köln; 5 Universitätsklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Köln

DOI 10.1055/s-0040-1715033

Fragestellung Obwohl Versorgende (V) regelmäßig mit Todeswünschen (TW) von Palliativpatient*innen (P) konfrontiert werden, herrscht oft Unsicherheit im Umgang damit. Um dem zu begegnen, wurden in einem früheren Projekt ein Schulungskonzept und ein teil-strukturierter Gesprächsleitfaden entworfen.¹ Im Rahmen einer dreiphasigen Studie wurde dieser Leitfaden weiterentwickelt und konsentiert (Phase 1), V unter Einsatz des Leitfadens im Umgang mit TW geschult (Phase 2) und anschließend gebeten, Gespräche über möglicherweise vorhandene TW mit ihren P zu führen (Phase 3): Welche Auswirkungen haben Gespräche über TW auf P?

Studiendesign Sequentielle Mixed Methods Studie

Methodik Standardisierte Befragung von P anhand validierter Fragebögen zu Depressivität, Todeswunsch, Angst vor dem Tod, Versorgendenbeziehung und Hoffnungslosigkeit. Nach der ersten Fragebogenerhebung (t0) durch Forschende, führten darin geschulte V ein Gespräch über mögliche TW. 2 (t1) und 6 Wochen (t2) später wurde die Fragebogenerhebung wiederholt. Anschließend fanden mit einem Teil der P qualitative Interviews statt.

Ergebnis Von 4/2018 bis 3/2020 schlugen 43 V 172 P für die Studie vor; mit 85 davon fand t0 statt. Bei 47 der P konnte eine vollständige Datenerhebung (t0, Versorgungsgespräch, t1, t2) durchgeführt werden, 13 davon nahmen an qualitativen Interviews teil. Die P waren zu 57 % weiblich, im Mittel 69 Jahre alt und hatten heterogene Grunderkrankungen (59 % onkologisch, 13 % neurologisch, 28 % andere). Die Ausprägung der Depressivität verringerte sich zwischen t0 und t1 signifikant (p = .001; Effektstärke d = .044), dieser Unterschied war zu t2 nicht mehr signifikant. Veränderungen der anderen Outcomes waren marginal. Die qualitativen Daten zeigen, dass P Gespräche über TW eher als Teil eines (kommunikativen) Prozesses denn als spezifische Intervention wahrnehmen.

Diskussion Gespräche über TW führte bei P bei keinem der erfassten Outcomes zu Verschlechterungen. Kurzzeitig kam es zu Verbesserungen von Depressivität.

Take Home Message für die Kongressbesucher Ein offenes Gespräch über TW zwischen V und P führt nicht zu einer stärkeren Belastung der P, sondern hat das Potenzial, diese zu entlasten.

Offenlegungserklärung

Das Projekt „Desire to Die in Palliative Care – Optimization of Management (DEDIPOM)“ wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01GY1706 gefördert. Keine Interessenskonflikte bestehend.

Quellen [1] Frerich G, Romotzky V, Galushko M, et al. Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept – a pilot study. *Palliat Support Care* 2020; 1–9 DOI: 10.1017/S1478951520000097.

P56 Die Wahrnehmung der Palliativmedizin in der Öffentlichkeit - erste Ergebnisse eines Online-Survey [268]

Autoren Heckel M¹, Schweighardt S¹, Baron M¹, Peters J², Ostgathe C¹

Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl f. Germanistische Sprachwissenschaften, Erlangen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715034

Fragestellung Wie wird Palliativmedizin in der Öffentlichkeit wahrgenommen?

Studiendesign Online-Survey

Methodik Bürger*innen wurden online nach ihren Vorstellungen von Palliativmedizin (PM) befragt. Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, Berufszugehörigkeit/-stand u. Vorerfahrungen erhoben. Die Verteilung des Umfrage-Links erfolgte mittels Schneeballsystem. Die Analyse erfolgt mittels thematischer u. lexikalischer Kodierung.

Ergebnis Von 11.8.2019 bis 30.11.2019 beantworteten 1006 Teilnehmende (TN) die Umfrage. 57 TN gaben an, PM nicht zu kennen. 13 weitere Fälle enthielten unvollständig Angaben. In die Analyse gingen 936 Datensätze ein, innerhalb derer 2785 Textsegmente kodiert wurden. PM wird häufig aufgefasst als: Symptomlinderung oder Erleichterung (839, davon 426 „Schmerz“ benannt), Behandlung, Betreuung, Begleitung oder Versorgung (741) (teilweise genauer bezeichnet als „medizinische“ (284), „pflegerische“ (51), „psychologische“ (48) oder „seelsorgerisch“ (6)). Die Adressaten werden als „sterbend“ (269), „unheilbar“ (157), „todkrank“ (81) charakterisiert. Andere Antworten differenzieren Aufgaben u. Haltung der PM (367) z.B. „Einbezug von Angehörigen“ (113), „Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen“ (42), „Eingehen auf Patientenwünsche“ (42), oder beschreiben PM u.a. als

„ganzheitlich“ (96), „würdevoll“ (82), „angenehm“ (37), „individuell“ (18). Wenige Antworten zeigen Verwechslungen z.B. „med. Untersuchung eines Embryos“ oder negative Zuschreibungen.

Diskussion Eine Auswertung der Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen (Art der Vorerfahrung, Alter, Geschlecht, Beruf) wird zeigen, wie diese Parameter das Verständnis von PM beeinflussen. Detail- u. Kontextanalysen werden eine genauere Beschreibung des öffentlichen Verstehens von PM ermöglichen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Öffentlichkeit das Bild von Palliativversorgung als „medizinische Versorgung Sterbender“ dominant ist. Über konkrete Versorgungsangebote, Multiprofessionalität u. Zielgruppe zu informieren bleibt weiterhin eine wichtige Aufgabe.

P57 Belastungs- und Schutzfaktoren in Teams der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW - eine Pilotstudie [276]

Autoren Ateş G¹, Kern M², Radbruch L^{1,3}, Jaspers B^{1,4}

Institut 1 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 2 ALPHA Rheinland, Bonn, Deutschland; 3 Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 4 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715035

Fragestellung In Deutschland wurden erstmals 2009 Belastungs- und Schutzfaktoren in stationären Hospizen (H) und auf Palliativstationen (PS) untersucht.¹ Unsere Studie² weitet die Untersuchung um ambulante Hospiz- und Palliativstrukturen aus. Gründe für eine modifizierte Befragung sind veränderte Rahmenbedingungen wie neue Strukturen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung oder auch Ressourcenmangel.

Studiendesign Mixed Methods

Methodik 1. Expertenworkshop zu Wandel in Haltung, Belastung und Ressourcen. 2. Anonyme Fragebogenerhebung (146 Items) unter 12 Diensten mit festgelegtem Kriterium einer 75-80%igen Rücklaufquote (RR), deskriptive Analyse mit SPSS.

Ergebnis 11 Dienste haben die RR erreicht (2 SAPV Teams, 2 PS, 2 AHDs, 2 ambul. (Palliativ-)Pflegedienste, 2 H, 1 Palliativnetzwerk/PKD; 196 Ps.: 85%♀, 62% Pflege, 14% Ärzte, 24% weitere Berufe. Gar nicht/leicht belastend fanden 77% Begleitungsdauern <3 Tage, 84% nicht bis zum Tod zu begleiten, 87% Ablehnung von Therapien trotz guter Prognose, 79% anderer kult. Hintergrund (z. T. entgegen Expertenannahme). (Sehr) stark belastend waren Kommunikationsschwierigkeiten (48%), nicht gelungene Symptombehandlung (46%), sozial isolierte Pat. (42%), kein Zusammenhalt in der Familie (39%). Als wichtigste Schutzfaktoren zeigten sich Team, Humor oder Privatleben (je >90%), während Teamaktivitäten oder Angebote für Self-Care nur für ~50% wichtig waren. In den letzten 4 Wochen fühlten sich 45% (sehr) häufig gehetzt oder unter Zeitdruck, 43% völlig erschöpft nach der Arbeit.

Diskussion Auswirkungen des gesamtgesellschaftl. familiären Wandels und sozialer Isolation belasten Versorger. Teamstärkung liegt für 50% außerhalb von Teamaktivitäten und Self-Care-Angeboten. Hinweise auf Unterschiede zwischen versch. Settings werden diskutiert.

Take Home Message Teamstärkung braucht Entlastungsstrukturen!

Förderung Alpha Rheinland

Quellen [1] <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/05/wieviel-tod-vertraegt-das-team.pdf>; Müller et al.: Wie viel Tod verträgt das Team? *Schmerz* 2009, 23:600–608

P58 Things of Dying. Assemblagen. Güter. Transmitters. Eine angewandte design-anthropologische Untersuchung der gegenwärtigen Sterbe- und Konsumkultur. [285]

Autoren [Stetter B¹](#)

Institut 1 [Universität Bern, Studies in the Arts \(SINTA\)/Graduate School of the Arts and Humanities, Bern, Schweiz](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715036](#)

Fragestellung Welchen Beitrag kann Design im Rahmen von Palliative Care leisten? Welche Konzepte sind (nicht-)professionellen Sterbedingen gegenwärtig eingeschrieben?

Studiendesign Die praxisorientierte Dissertation untersucht materielle Kulturen innerhalb von End-of-Life-Settings an der Schnittstelle von Palliativ Care und Designpraxis. Unter Aspekten des postmodern und affective turn werden mit designanthropologischen Methoden Dinge, die in Care-Settings «unabhängig-bar» sind (Artner et al. 2017), erforscht.

Methodik Im Zentrum stehen die Multisited/Multiscape Ethnography und Research through Design. Die Forschung findet im Zentrum für Palliative Care in Zürich, Hospiz Aargau und bei PalliaViva statt. Ein Teil der Dissertation ist vom Schweizer National Fonds gefördert. Sterbesettings. Eine interdisziplinäre Perspektive (2020-2023) forscht aus vier Disziplinen: Sprache, Religion, Pflege, Design.

Ergebnis Die Designerin gestaltet neue Produkte, die inner- und ausserhalb medizinisch-pflegerischen Sterbewelten agieren und einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und Kommunikation leisten.

Diskussion Sterbedinge haben in kulturwissenschaftlichen und medizinischen Forschungen wenig Beachtung gefunden (Sandelowski 2003). Sie sind Akteurinnen und Aktanten und Teil lebensweltlicher Praktiken. Ihr (non-)human-centered und (dys-)funktionales Design kann Autonomie fördern oder verhindern. Die Realisierung ist nicht willkürlich, sondern wird in einem technologischen, politischen und sozioökonomischen Zeitgeist produziert, vermarktet, konsumiert - designt.

Take Home Message für die Kongressbesucher Das ent- und unterwerfende Design von «Sterbedingen» wird die Zukunft des Todes und unsere Awareness of Dying mitprägen.

Offenlegungserklärung ja

Quellenangaben Artner L., Atzl I., Depner A., Heitmann-Möller A., Kollwe C. & Bruns T. (2017): Pflegedinge: Materialitäten in Pflege und Care. Bielefeld: transcript.

Sandelowski M. (2003): Taking things seriously: studying the material culture of nursing. In: Joanna Latimer, (Hrsg.), *Advanced Qualitative Research for Nursing* (S. 185–210), Oxford: Blackwell Science.

P59 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (KJJE) mit Krebs [286]

Autoren [Trocan LD¹](#), [Dinkelbach L²](#), [Dechert O¹](#), [Danneberg M¹](#), [Heythausen A¹](#), [Janßen G¹](#)

Institut 1 [Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie u. klinische Immunologie, Kinderpalliativteam Sternenboot, Düsseldorf, Deutschland](#); 2 [Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie u. klinische Immunologie, Düsseldorf, Deutschland](#)
DOI [10.1055/s-0040-1715037](#)

Fragestellung Versorgungsbedarf, -merkmale bei KJJE mit unheilbaren Krebserkrankungen in der SAPV sowie Vergleich von Patienten (Pat.) mit Hirntumoren bzw. anderen Krebserkrankungen.

Studiendesign Retrospektive Single Center Studie auf Basis einer internetbasierten Dokumentation. Eingeschlossen wurden KJJE mit Krebs, die von 10/2013-12/2019 in der SAPV betreut wurden.

Methodik Demographische Daten, Diagnosen, Symptome, Versorgungsdauer, Anzahl der Hausbesuche, Sterbeort wurden erfasst.

Ergebnis Insgesamt wurden 87 KJJE mit Krebs versorgt, 55,2% männlich. Median des Alters zu SAPV-Beginn betrug 8 Jahre (17 d–27 J.). Median der SAPV-Dauer war 48 Tage (2–669). Es erfolgten im Median 8 Hausbesuche (1–33). 76 Pat. litten an solide Tumoren, 53,9% an Hirntumoren. Pat. zeigten im Median 6 Symptome (1–12). Schmerz trat am häufigsten auf (82,8%), Opioide waren bei 75,8% notwendig. 83 Pat. sind verstorben, 81,9% zu Hause. 4 Pat. haben die SAPV wegen Stabilisierung beendet.

Pat. mit Hirntumor unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter, Geschlecht, SAPV-Dauer sowie Anzahl der Hausbesuche (p jeweils >0.05).

Pat. mit Hirntumor litten signifikant seltener unter Schmerzen (Hirntumor: 29/41; andere: 43/46; $\chi^2(1)=7.86$; $p<0.01$) und erhielten signifikant seltener eine Opioidtherapie (Hirntumor: 25/41; andere: 41/46; $\chi^2(1)=9.38$; $p<0.01$) als Pat. mit anderen Krebserkrankungen.

Diskussion Die meisten Pat. konnten durch die SAPV bis zum Tod begleitet werden. Längeres Überleben/Beenden der SAPV ist bei Malignomen die Ausnahme. Schmerz ist ein häufiges Symptom, Opioide kommen oft zum Einsatz. KJJE mit Hirntumoren zeigen seltener Schmerzen, im Vordergrund stehen neurologische Symptome, insbesondere Schluckstörung, Krampfanfälle.

Take Home Message für die Kongressbesucher SAPV ermöglicht die Versorgung von KJJE mit Krebs bis zum Tod zu Hause. Hirntumorpat. sind häufiger zu versorgen, Schmerzen sind bei diesen seltener.

Offenlegungserklärung Die Autoren haben keine Interessenskonflikte.

Quellenangaben End-of-life care in children with hematologic malignancies - Hoell J, Warfsmann J, Balzer S, Borkhardt A, Janssen G, Kuhlens M

P60 Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft? [289]

Autoren [Schneider W¹](#)

Institut 1 [Institut für Sozialwissenschaften, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715038](#)

Fragestellung Inwiefern ermöglicht oder hemmt die derzeitige Organisationspraxis der ambulanten Hospizarbeit die Umsetzung des programmatischen hospizlichen Anspruch, Unterstützungsangebot sowie Bürgerbewegung für alle zu sein?

Studiendesign Die Befunde stammen aus einem – vom DHPV geförderten – multimethodischen Verbundprojekt. Vorgestellt werden verschiedene Akteursperspektiven auf die hospizliche Praxis der ehrenamtliche Sterbebegleitung, die Selektivitäten und Potenziale sowie Inklusions- und Exklusionslogiken der aktuellen ambulanten Hospizarbeit umreißen: (1) die Sicht von HospizkoordinatorInnen auf ehrenamtliches Engagement (standardisierte Online-Befragung) (2); die Erfahrungen Ehrenamtlicher (qualitative Fokusgruppen); (3) ergänzend hierzu Einstellungen der BürgerInnen zur Begleitung am Lebensende (repräsentative Bevölkerungsumfrage).

Methodik Statistische bzw. inhaltsanalytische Datenauswertungen zu den drei Erhebungssträngen.

Ergebnis Dem hospizlichen Selbstverständnis einer ‚Offenheit für alle‘ zum Trotz zeigt sich, dass die Hospizbewegung heute weniger in der gesellschaftlichen Mitte ‚angekommen‘, als vielmehr dort verblieben ist (‚Mittelschichtphänomen‘). Die in der Praxis wirkenden sozialen Selektionsmechanismen behindern (noch?) eine größere Diversität von Hospizarbeit bei den Begleitenden und den Begleiteten.

Diskussion Im Hinblick auf den fortschreitenden gesellschaftlichen Wandel ist zu fragen: Wer leistet zukünftig für wen Hospizarbeit? Wer braucht und fragt zukünftig Hospizbegleitung nach? Welche Erwartungen und Ansprüche an Hospizarbeit werden zukünftig formuliert?

Take Home Message für die Kongressbesucher Hospiz ist ein (letz-)verlässliches Angebot für alle, die es in Anspruch nehmen können; aber als Engagement-Feld und Bestandteil eines Sorgearrangements ist es als selektiv und damit als ungleichheitsrelevant zu kennzeichnen.

P61 Validierung des IPOS-Dem zur Outcome-Messung bei Patienten mit Demenzerkrankungen: Inwiefern können Informationen aus der Pflegedokumentation herangezogen werden? [295]

Autoren Schunk M¹, Thomsen JM¹, Streitwieser S¹, Port G¹, Bausewein C¹
Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715039

Fragestellung Um die Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen im palliativen Kontext zu verbessern, wurde der IPOS Erhebungsbogen (Integrated Palliative Care Outcome Scale) als fremdanamnestisches Instrument zur Erfassung von krankheitsspezifischen und symptombezogenen Belastungen weiterentwickelt (IPOS-Dem). Ziel einer Pilotstudie im Vorfeld der Validierung war es, eine Extraktionsmatrix zu entwickeln, mit der die Pflegedokumentation strukturiert aufbereitet und zum Vergleich mit dem IPOS-Dem verwendet werden kann.

Studiendesign Querschnittstudie

Methodik Deskriptive Analyse der Übereinstimmung von IPOS-Dem und der Pflegedokumentation zur Konzeption der Extraktionsmatrix. Prüfung der Interrater-Reliabilität an einer Teilstichprobe durch zwei unabhängige Testpersonen, Berechnung von Cohen's Kappa.

Ergebnis IPOS-Dem Daten von n = 30 Bewohnern (Alter: m 80,7 SD 7,9; 60% Frauen) aus einer Einrichtung der stationären Altenhilfe lagen zu 2 Zeitpunkten (T1, T2) vor. Für alle Personen und Zeitpunkte lag eine Pflegedokumentation vor, für n = 6 zu T1 zusätzlich ein Bogen der Strukturierten Informationssammlung (SIS). Überschneidungen von IPOS-Dem zur Pflegedoku zeigten sich bei 25/26 Items, zur SIS bei 20/26 Items. Die Extraktionsmatrix enthält 12 Themenfelder mit insgesamt 93 Items (davon 27 Freitextfelder). Die Interrater-Reliabilität an jeweils 14 Datensätzen zu T1 (Pflegedoku und SIS) und T2 (nur Pflegedoku) zeigt eine hohe Übereinstimmung zwischen den beiden Testern (Cohen's Kappa T1 = 0,78; T2 = 0,90), 59% der Items wurden mindestens einmal verwendet.

Diskussion Die Extraktionsmatrix stellt ein zuverlässiges Instrument zur Verwendung der Informationen aus der Pflegedokumentation dar. Die Übereinstimmung sinkt, wenn umfangreichere Informationen vorliegen. Es sollte geprüft werden, ob der Umfang an Items reduziert werden kann.

Take Home Message für die Kongressbesucher Um die Inhaltsvalidität des IPOS-Dem zu belegen und den zusätzlichen Nutzen des IPOS-Dem für die Praxis kenntlich zu machen, ist ein Vergleich mit der Pflegedokumentation sinnvoll.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

P62 Vergleich des Palliativwissens und der Selbstwirksamkeitserwartung von Rettungsdienstmitarbeitern zwischen einem ländlich und einem städtisch strukturierten Rettungsdienstbereich mittels eines validierten Fragebogens [316]

Autoren Chwallek D¹, Neukirchen M^{2,3}, Hense J¹, Riße J⁴, Schwartz J², Mallmann B⁵, Wünsch R², Goebel E⁴, Schuler M¹, Tewes M¹
Institut 1 Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; 2 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätstumorzentrum Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 3 Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; 4 Zentrum für Notfallmedizin, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; 5 Palliativbeauftragter der UME, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715040

Fragestellung Ziel ist es, anhand eines validierten Fragebogens den mit der SAPV gut vernetzten städtischen Rettungsdienstbereich (RDB) mit den Rettungsdienstmitarbeitern (RDM) im ländlichen Bereich im Hinblick auf die Förderung des palliativen Wissens (PW) und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) zu vergleichen.

Studiendesign Validierung eines Fragebogens und trizentrische Kohortenanalyse, welche deskriptiv das PW und die SWE analysiert.

Methodik Ein zuvor validierter Fragebogen (FB) wird für eine Vergleichsanalyse zwischen zwei ländlich strukturierten Landkreisen und zwei Städten verwendet. Analysiert wurden demographische Daten der RDM, das PW und der SWE-Score. Gruppenunterschiede sollen mit Hilfe der nichtparametrischen Tests (χ^2 -Test, Mann-Whitney-U-Tests) erfasst werden.

Ergebnis Nach Ausgabe von 750 FB erhielten wir im Zeitraum Februar 2019 bis Dezember 2019 181 FB aus dem städtischen RDB sowie 110 aus dem ländlichen RDB. Erste Ergebnisse zeigen, dass alle RDM im Median 58 (range: 19-73) von 76 Punkten im PW-Score korrekt beantwortet haben und in der SWE im Median 17 (range: 6-24) von 24 möglichen Punkten erreichten. Die RDM vom Land erzielten höhere PW-Scores als die RDM aus der Stadt (Median: 60 vs. 55; Mann-Whitney-U-Test U = 5653.00 p = 0,001). Die Analyse konnte einen mittleren Effekt mit einer Cohens-Effektstärke von r = 0,36 zeigen. Auch die Auswertung der SWE-Scores zeigte einen Unterschied zugunsten der RDM vom Land (Median: 18 vs. 16; Mann-Whitney-U-Test U = 5190.500 p = 0,001, r = 0,40). 74% stufen die Items als verständlich, 49% als sehr relevant und 65% den Fragebogen als nicht zu lang ein.

Diskussion Die Ergebnisse sprechen für die Durchführbarkeit einer Vergleichsanalyse mittels Fragebogen. Es zeichnet sich ein höheres PW sowie eine höhere SWE der RDM aus dem ländlichen Gebiet ab, was ursächlich anhand der Daten noch zu analysieren ist.

Take Home Message für die Kongressbesucher Das PW und die SWE der RDM im ländlichen Raum sind keineswegs geringer als das PW und die SWE der RDM aus der Stadt.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte.

P63 Was wollen uns die Hinterbliebenen sagen? - Freitext-Kommentare der Umfrage International Care of the Dying Evaluation (iCODE): ein methodengemischter Ansatz [317]

Autoren Gerlach C^{1,2}, Baus M², Gianicolo E³, Bayer O³, Weber M²
Institut 1 Universitätsmedizin Mainz, uct - Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen, Mainz, Deutschland; 2 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, III. Med. Klinik & Poliklinik, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz, Deutschland; 3 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715041

Fragestellung Ein internationales Projekt zur Versorgungsqualität im Krankenhaus von Sterbenden mit Krebserkrankung will die Ergebnisse einer Fragebogen-gestützten Umfrage unter hinterbliebenen Angehörigen zur direkten Qualitätsverbesserung nutzen. Standardisierte Fragen wurden durch ein Freitextfeld ergänzt. Wer verwendet Freitext-Kommentare und zu welchem Zweck? Was können wir aus den Freitexten lernen, um die Betreuung der Sterbenden und die Unterstützung der Angehörigen zu verbessern?

Studiendesign Umfrage

Methodik Es wurden sowohl ein qualitativer als auch ein quantitativer Ansatz verwendet. Die thematische Analyse, unterstützt durch eine computergestützte Software zur qualitativen Datenanalyse, die den 'Framework'-Ansatz beinhaltet, wurde zum Verständnis der Bedeutung des Freitextes verwendet und mit der statistischen Fragenauswertung kombiniert.

Ergebnis 457/914 (50%) der Fragebögen wurden durch Freitext-Kommentare ergänzt. In Bezug auf Alter, Geschlecht und Beziehung zur verstorbenen Person zeigte sich kein Unterschied zwischen denjenigen, die Freitext-Kommentare

lieferten, und denjenigen, die dies nicht taten. Wir fanden 5 Freitexttypen, die 5 verschiedene thematische Kategorien enthielten: Menschliche Faktoren der Interaktion zwischen Personal und Patienten und ihren Familien, die Pflegeleistung, Privatsphäre, die Bedeutung des Begleiter-seins und Kommunikationsfragen. 2/3 der Angehörigen, die sich nicht gut unterstützt fühlten, schrieben Freitext ($p < 0,0001$). 97% der Teilnehmenden, die in Freitextkommentaren Dankbarkeit zum Ausdruck brachten, fühlten sich gut unterstützt ($p = 0,0008$).

Diskussion Im Wesentlichen prägten das wahrgenommene Engagement und die Aufmerksamkeit des Krankenhauspersonals gegenüber Patienten und Angehörigen wie die Sterbebegleitung im Krankenhaus erlebt wurde. Ausreichende Unterstützung in der Sterbephase spiegelt sich in der Dankbarkeit von begleitenden Angehörigen wider.

Take Home Message für die Kongressbesucher Es sollte weiter untersucht werden wie eine professionelle Haltung der Aufmerksamkeit bei Ärzten und Pflegenden gelehrt und gefestigt werden kann.

P64 Förderliche und hinderliche Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden eines Verstorbenen [321]

Autoren Jentschke E¹

Institut 1 Universitätsklinikum, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Würzburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715042

Fragestellung Welche Faktoren erschweren und welche Faktoren erleichtern den Trauerprozess von Nahestehenden eines Verstorbenen?

Nebenfragestellung:

Wie wirkt sich die Teilnahme an einer geleiteten Selbsthilfegruppe für Trauernde auf das aus?

Studiendesign Interviews mit Nahestehenden im Trauerprozess: Es wurden mit 30 Nahestehenden im Comprehensive Cancer Center Mainfranken der Universitätsklinik Würzburg Nahestehende befragt, bei denen ein Angehöriger durch eine Tumorerkrankung verstorben ist. Die Trauernden bzw. Nahestehenden besuchen freiwillig die einmalig im Monat stattfindende Trauergruppe, die von der Antragstellerin geleitet wird.

Methodik Die halbstandardisierten qualitativen Interviews werden nach Anleitung durch Frau Dr. phil. Elisabeth Jentschke von Frau Solveig Bönninger (Doktorandin) durchgeführt.

Die Nahestehenden werden befragt, welche Faktoren im Trauererleben hinderlich bzw. förderlich sind. Die Gespräche werden aufgenommen, transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch (Mayring, 2015) ausgewertet.

Ergebnis Die Analyse zeigt, dass die Art und Weise, wie der Patient gestorben ist, den Trauerprozess der Nahestehenden beeinflusst. Ein würdevolles Sterben hat einen positiven Einfluss auf den Trauerprozess. Darüber hinaus ist die Teilnahme an einer geleiteten Selbsthilfegruppe eine große Unterstützung.

Diskussion Es ist davon auszugehen, dass auch das medizinische Personal durch die Begleitung und Unterstützung eines schwerkranken und sterbenden Menschen erheblich beeinflusst wird.

Take Home Message für die Kongressbesucher Dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, sollte im Krankenhaus eine hohe Priorität haben. Nicht zuletzt unterstützt sie den Trauerprozess der Nahestehenden.

P65 Versorgungsqualität in der Sterbephase auf hämatoonkologischen Stationen - Erhebung mit dem International Care of the Dying Evaluation (ICODE) Fragebogen [324]

Autoren Gerlach C^{1,2}, Baus M¹, Gianicolo E³, Bayer O³, Weber M¹

Institut 1 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, III.

Med. Klinik/Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz,

Deutschland; 2 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz, UCT - Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen, Mainz,

Deutschland; 3 Universitätsmedizin Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715043

Fragestellung Hämatoonkologische Patienten sterben häufiger im Krankenhaus und haben seltener Zugang zu spezialisierter Palliativversorgung als Patientinnen mit anderen Krebserkrankungen. Wie ist die Versorgungsqualität von Sterbenden in der Hämatoonkologie im Vergleich zu anderen Stationen?

Studiendesign Fragebogen-unterstützte Querschnittstudie

Methodik Patienten mit Krebs, die nicht unerwartet im Krankenhaus verstorben und dort zuletzt mind. 3 Tage behandelt worden waren, wurden in die Studie eingeschlossen. Die Angehörigen, die die Patienten im Sterbeprozess begleitet hatten, wurden frühestens 8 Wochen nach dem Trauerfall mit dem ICODE Fragebogen, postalisch zugestellt, interviewt und die Daten statistisch und qualitativ ausgewertet.

Ergebnis Die Teilnehmerate betrug 37% (183/489). Insgesamt empfanden Angehörige von 11/13 (85%) Patienten auf hämatoonkologischen Stationen, 31/34 (91%) auf der Palliativstation, aber nur 99/136 (73%) auf anderen Stationen, die jeweilige Station als den richtigen Sterbeort. Angehörige in der Hämatologie und auf der Palliativstation gaben in gleich hohem Maße an (92 und 91%), dass sie über den bevorstehenden Tod informiert worden waren, während dies auf anderen Stationen nur in 82% der Fälle war. Allerdings wurden Angehörige auf der Palliativstation signifikant häufiger über die Veränderungen in der Sterbephase informiert (76 vs. 62 vs. 46%, $p < 0,01$), obwohl 2/3 von denen, die nicht näher informiert worden waren, sich dies gewünscht hätten. Die gute Versorgung der Sterbenden spiegelt sich in der Dankbarkeit der Angehörigen wider, die 29% der Palliativstation, 31% der hämatoonkologischen Stationen, aber nur 8% der Angehörigen auf anderen Stationen in Freitexten explizit äußerten.

Diskussion Die kleine Fallzahl der hämatoonkologischen Patienten ist mit statistischer Unsicherheit verbunden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Versorgung von Sterbenden auf hämatoonkologischen Stationen ist besser als auf anderen Stationen und reicht in vielen Bereichen an die Qualität der Sterbebegleitung auf einer Palliativstation heran. Über Veränderungen in der Sterbephase möchten Angehörige genauer informiert werden.

P66 Onkologische und nicht-onkologische Patienten in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung - Gemeinsamkeiten und Unterschiede [328]

Autoren Grabenhorst U^{1,2}, Joist T^{1,3}, Horn K², Jünemann R⁴, Adolf D⁴, Zenz D⁵, Porz J⁶

Institut 1 Verbund der SAPV-Teams Nordrhein e. V., Viersen,

Deutschland; 2 HomeCare Linker Niederrhein gGmbH, Viersen,

Deutschland; 3 Palliativteam SAPV Köln GmbH, Köln,

Deutschland; 4 StatConsult Klinische und Versorgungs-forschung GmbH,

Magdeburg, Deutschland; 5 Smart-Q Softwaresysteme GmbH, Bochum,

Deutschland; 6 UKB Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715044

Fragestellung Unterscheiden sich onkologische und nicht-onkologische Patienten in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hinsichtlich Symptomlast und Sterbeort.

Studiendesign In einer Sekundärdatenanalyse der Routinedaten von 2.691 Patienten eines SAPV-Teams konnten signifikante Unterschiede zwischen onkologischen und nicht-onkologischen Patienten hinsichtlich Alter, Symptomlast und Sterbeort gefunden werden. Unterschiede bezüglich der Lebensqualität oder Symptommhäufigkeit zeigten sich mit Ausnahme des Symptoms Desorientiertheit hingegen nicht. Nicht-onkologische Patienten verstarben häufiger im Alten- bzw. Pflegeheim und seltener zu Hause. Allerdings zeigte sich diese Patientengruppe bei Eintritt in die SAPV deutlich älter.¹ Diese Ergebnisse sollen nun an einem multizentrischen Datensatz überprüft werden.

Methodik Sekundärdatenanalyse der Routinedaten eines Jahres von 14 SAPV-Teams mit 6.828 in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten. Statistische Analysen wurden mittels SPSS durchgeführt.

Ergebnis Wir können zeigen, dass sich auch in dem multizentrischen Datensatz signifikante Unterschiede zwischen onkologisch und nicht-onkologisch erkrankten SAPV-Patienten bestehen. Auch hier zeigt sich ein höheres Alter im Durchschnitt und deutliche Unterschiede hinsichtlich des Sterbeortes. Weitere Ergebnisse werden mit dem Poster präsentiert.

Diskussion In der SAPV betreute Nicht-Tumorpatienten haben eine ähnlich ausgeprägte Symptomlast wie die onkologischen Patienten. Tumorpatienten haben einen Anteil von 77,6% an den insgesamt in die Analyse eingeschlossenen SAPV-Patienten. Dem hingegen geht nur ein Viertel aller Sterbefälle auf Neubildungen als Todesursache zurück. Weitere Untersuchungen sollten klären, ob hier nicht eine Unterversorgung der nicht-onkologischen Patienten vorliegt und was hierfür die Ursachen sind.²

Take Home Message für die Kongressbesucher Nicht-Tumorpatienten sollten mehr in den Fokus der Betreuung durch SAPV-Teams genommen werden.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

Quellenangaben [1] Porz J. M. 2019

[2] Destatis, 2017

P67 Spezifische Outcomeevaluation von Weiterbildungsinhalten in Palliative Care [334]

Autoren Marciniak K¹, Scherg A², Kern M³, Becker D⁴, Münch U⁵, Nauck F⁶, Elsner F¹

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik RWTH Aachen, Deutschland; 2 Abteilung für Innere Medizin Hämatologie/Onkologie, Evangelisches Krankenhaus Wesel, Wesel, Deutschland; 3 ALPHA-Rheinland, Bonn, Deutschland; 4 Fachverband SAPV Hessen, Deutschland; 5 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Viszeralonkologisches Zentrum Westend, Berlin, Deutschland; 6 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715045

Fragestellung Spezifische Outcomeevaluation von Weiterbildungsinhalten in Palliative Care

Studiendesign Die AG Bildung der DGP hat eine Matrix zur Erstellung von Weiterbildungscurricula (KoMPaC)⁴¹ erarbeitet, mit deren Hilfe derzeit Weiterbildungsangebote in Palliative Care überarbeitet werden.

Ziel der Evaluation ist es, die Inhalte der Weiterbildung bezogen auf die 10 Kernkompetenzen der Palliativversorgung, sowie die Kompetenzniveaus des DQR unter den einzelnen Berufsgruppen vergleichen zu können.

Methodik Es wurden zwei Evaluationstools entwickelt, die allen Kursleitern zur Verfügung gestellt werden. Die Auswertung der spezifischen Outcomeevaluation² erfolgt derzeit im Rahmen eines Promotionsprojektes.

Das erste Instrument erfasst in 13 Items jeweils auf einer 5-Punkt-Likert-Skala die Aspekte Strukturen, Prozesse, Dozierende und globales Outcome. Das zweite Instrument beinhaltet 40 Items, die mittels vergleichender Selbsteinschätzung in einem post-then-Verfahren den spezifischen Lernzuwachs in Bezug auf ausgewählte KoMPaC Lernziele abbilden.

Ergebnis Die Datensammlung im Rahmen der Pilotphase ist noch nicht abgeschlossen. Bisher wurden ca. 270 Bögen aus 6 Berufsgruppen ausgewertet.

Bezogen auf die Kompetenzniveaus des DQR lässt sich ein höherer Lernzuwachs im Bereich von Fachkompetenz als bei Sozialkompetenz abbilden.

Diskussion Die weitere Auswertung soll einerseits zeigen, ob sich anhand einzelner Lernziele inhaltliche Schwerpunkte der Kurse ableiten lassen, die beispielsweise eine Grundlage für multiprofessionelle Weiterbildungsangebote darstellen können. Andererseits sollen Lernziele identifiziert werden, die bisher noch unzureichend thematisiert sind.

Take Home Message für die Kongressbesucher Evaluieren Sie!

Offenlegungserklärung Es liegen keinerlei Interessenskonflikte vor.

Quellenangaben [1] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/KoMPaC_webversion.pdf

[2] Raupach T et al. Towards outcome-based programme evaluation: using student comparative self-assessments to determine teaching effectiveness. Med Teach. 2011;33(8):e446-453

P68 Versorgungsqualität im Krankenhaus in der Sterbephase von Krebskranken mit Migrationshintergrund [338]

Autoren Gerlach C^{1,2}, Baus M¹, Gianicolo E³, Bayer O³, Weber M¹

Institut 1 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, III.

Med. Klinik/Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Mainz,

Deutschland; 2 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz, UCT - Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen, Mainz,

Deutschland; 3 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik,

Mainz, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715046

Fragestellung Menschen mit Migrationshintergrund nehmen seltener Palliativversorgung am Lebensende in Anspruch. Wie kann die Studienteilnahme verbessert werden, um Erkenntnisse über ihre Wahrnehmung der Versorgungsqualität und unerfüllte Bedürfnisse in der Sterbephase zu gewinnen?

Studiendesign Unter Beteiligung von Mitbürgern mit türkischem Migrationshintergrund antizipierte Fragebogen-gestützte Querschnittstudie unter Hinterbliebenen

Methodik Patienten mit Krebs, die im Krankenhaus, aber nicht unerwartet verstorben und dort zuletzt mind. 3 Tage behandelt worden waren, wurden in die Studie eingeschlossen. Die Angehörigen, die die Patienten im Sterbeprozess begleitet hatten, wurden nach dem Trauerfall mit dem International Care of the Dying Evaluation (iCODE) Fragebogen, per Post, interviewt und die Daten mit quantitativen und qualitativen Verfahren ausgewertet. Vorbereitend wurden Interviews mit Experten und Angehörigen mit türkischem Migrationshintergrund geführt, um Faktoren zu ermitteln, die eine Studienteilnahme erleichtern.

Ergebnis Empfohlen wurden (1) eine direkte und einfache Sprache des Anschreibens, ins Türkische übersetzt; (2) direkter Versand des Fragebogens (ohne Ankündigung); (3) Bereitstellung eines Übersetzers. Insgesamt gaben 21/183 (11,5%) Studienteilnehmer einen Migrationshintergrund an, 3 davon türkisch. Keiner nahm den Übersetzerdienst, aber ein Sohn nahm das Angebot zum Nachgespräch in Anspruch. Angehörige mit Migrationshintergrund empfanden deutlich seltener, dass ihr Familienmitglied am richtigen Ort verstarb (80% vs. 57%, $p < 0,0001$), sie selbst fühlten sich seltener gut unterstützt (84% vs. 67%), die Freitexte beinhalteten häufiger negatives Feedback.

Diskussion Besondere Bedürfnisse nicht-türkischer Einwandererfamilien und die kleine Fallzahl limitieren die Aussagekraft der Analyse.

Take Home Message für die Kongressbesucher Durch Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Studienplanung, lässt sich die Teilnehmerate in dieser Gruppe verbessern. Die Versorgungsqualität in der Sterbephase von Patienten mit Migrationshintergrund wurde als stärker defizitär wahrgenommen.

P69 Einstellungen zu klinisch-ethischen Fragestellungen von Medizinstudierenden vor und nach der Lehre im QB 13 Palliativmedizin [343]

Autoren Schein S¹, Junghanß C¹, Große-Thie C¹, Henze L¹, Kriesen U¹

Institut 1 Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie,

Palliativmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock

DOI 10.1055/s-0040-1715047

Fragestellung Welchen Einfluss hat die Lehre im QB 13 Palliativmedizin auf die Einstellung gegenüber palliativmedizinischen und klinisch-ethischen Fragestellungen?

Studiendesign Bei der Studie handelte es sich um eine fragenbogenbasierte Kohortenstudie.

Methodik Für die Datenerhebung wurde ein 6teiliger Fragebogen verwendet, der vor und nach der palliativmedizinischen Lehre ausgefüllt wurde. Die Zeitpunkte der Befragung waren unmittelbar vor der ersten Vorlesung (t1) und unmittelbar nach dem zugehörigen Seminar, welches über 3 Tage (12 Lehreinheiten) ging (t2). Inhaltlich wurden die folgenden Aspekte befragt: eigene Erfahrung mit Sterben und Tod sowie professionelle Einstellungen zur Sterbegleitung, Palliativmedizin in der Lehre und Gesprächsführung. Vier Antwortmöglichkeiten waren in skaliertem Form pro Aspekt gegeben. Es liegt ein positives Ethikvotum (A2016-0080) zur Durchführung der Studie vor.

Ergebnis Insgesamt wurden 422 Fragebögen (t1 n = 195; t2 n = 227) analysiert. Die Charakteristika der Kohorten waren zum Zeitpunkt t2: Alter (20-25 Jahre: n = 174 (78%)); Geschlecht (männlich n = 92 (41 %)).

In 81 Fällen konnten die Fragebögen für beide Zeitpunkte eindeutig zugeordnet und ausgewertet werden. Signifikante Veränderungen der Einstellungen wurden in Bezug auf Einstellungen zur aktiven Sterbehilfe, Einstellungen gegenüber den Hauptaufgaben der Palliativmedizin und „Nachdenken über Sterben“ festgestellt.

Diskussion Die Lehre im QB 13 Palliativmedizin hat einen relevanten Einfluss auf die Einstellung der Studierenden gegenüber essentiellen klinisch-ethischen und existentiellen Fragestellungen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Es ist eine Herausforderung und Verantwortung, die Lehre in der Palliativmedizin so zu gestalten, dass Fragestellungen diskutiert werden.

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte

Freies Thema

P70 Service Learning im Total Pain – Eine Modellanalyse im Studium liberale „Palliativmedizin“ an der Universität Duisburg-Essen [49]

Autoren Heßbrügge M¹, Fobbe G¹

Institut 1 Universität Essen - Institut für Allgemeinmedizin, Essen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715048

Fragestellung: Das Modul E3 Studium liberale „Palliativmedizin“ ist ein fachübergreifendes Studienangebot für alle Bachelor- und Master-Studiengängen der Universität Duisburg-Essen. Setzen die Studierenden ihre fachbezogenen unter dem Aspekt des total-pain ein? Erfüllen die selbst gewählten Facharbeitsthemen die Kriterien des SL? Sind die diversen Studierenden bereit zu einem interdisziplinären palliativmedizinischen Projekt? **Studiendesign:** Qualitative Analyse diverser Lerngruppen **Methodik:** Interviewleitfaden Qualitative Analyse deskriptive Auswertung in Excel® **Ergebnis:** Alle Facharbeiten bilden mindestens eine Kategorie des total-pain ab. Alle Facharbeitsthemen erfüllen mindestens ein Kriterium des SL Die Bereitschaft zu einem interdisziplinären Projekt erfordert Incentives. **Diskussion:** Universitäres Service-Learning verknüpft wissenschaftliche Inhalte eines Seminars mit gemeinnützigem Engagement der diverser Studierenden unter bisher nicht einheitlichen Qualitätskriterien.¹ **Take Home Message für die Kongressbesucher:** Service learning fördert die Einsatzfähigkeit in diversen Arbeitszusammenhängen und fokussiert auf das gemeinsame Ziel: am Beispiel der palliativmedizinischen Versorgung Herausforderungen zu sichten und Probleme interdisziplinär zu bearbeiten.

Offenlegungserklärung Für die Autorin besteht im Rahmen der Studie kein Interessenkonflikt.

Quellenangaben [1] uniaktiv.org [Internet]. Essen: Zentrum für gesellschaftliches Lernen und Soziale Verantwortung; c2019 [cited 2019 Mar 28]. Available from: <https://www.uniaktiv.org/service-learning/>

P71 Machbarkeitsstudie zu Ehrenamtlichen Hospizbegleitern als Biografen [66]

Autoren Hesse M¹, Forstmeier S², Cuhls H¹, Radbruch L^{1,3}

Institut 1 Palliativmedizin, Uniklinikum Bonn, Bonn, Deutschland; **2** Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie, Universität Siegen, Siegen, Deutschland; **3** Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715049

Fragestellung Interventionen mit biografischen Ansätzen konnten in Studien eine Verbesserung der Lebensqualität und Reduktion von Depressivität zeigen. Im klinischen Alltag sind diese Interventionen bisher kaum implementiert. Können ehrenamtliche Hospizbegleiter als Biografen eingesetzt werden?

Studiendesign Die Machbarkeit wurde hinsichtlich der Ressourcen wie Zeit für Organisation und Supervision, des Outcomes d. h. der Durchführung der Intervention in angemessener Zeit und der Risiken im Sinne von Belastungen bei Hospizbegleitern oder Patienten überprüft.

Methodik Zu Beginn des Projekts erhielten die Ehrenamtlichen einen Fragebogen zu ihren Fertigkeiten, zur Einschätzung von Biografiearbeit und ihrer Motivation. Die Schulung umfasste u.a. Rollenspiele, Selbsterfahrung und Interviewtechniken. Jeder Hospizbegleiter hat einen Patienten interviewt und daraus einen Text geschrieben und dem Patienten übergeben. Am Ende des gesamten Projekts gab es ein Treffen zur Evaluation. Das Evaluationstreffen wurde aufgezeichnet und transkribiert und im Anschluss themenanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mit den Fragebogendaten trianguliert. Jeder Patient und jeder Ehrenamtliche wurde zudem nach der Intervention kurz befragt.

Ergebnis Es konnten 9 Hospizbegleiter geschult werden. Die Organisation und Supervision benötigte 28 Stunden. Die Patienten waren sehr motiviert an der Studie teilzunehmen und gaben im Anschluss an, dass es eine gute Erfahrung war. Die Hospizbegleiter empfanden ihren Einsatz als persönlich bereichernd und waren sehr beeindruckt von dem Mut und der Offenheit der Patienten. Lediglich in einem Fall wurde ein entlastendes Gespräch von einem Begleiter benötigt.

Diskussion Die Hospizbegleiter waren hoch motiviert und sehr reflektiert in der Durchführung der Intervention. Die Patienten gaben positive Rückmeldungen zu der Intervention. Der Aufwand für Organisation und Supervision war überschaubar, die Durchführung war erfolgreich und die Belastungen waren gering.

Take Home Message für die Kongressbesucher Trotz einiger Limitierungen konnte die Machbarkeit der Intervention durch geschulte Hospizbegleiter gezeigt werden.

P72 Beobachtungsstudie zum Sterbeort der Allgemeinbevölkerung (2001 bis 2017) [75]

Autoren Dasch B¹

Institut 1 Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH Bochum, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Bochum, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715051

Fragestellung Die bis dato größte Sterbeortstudie in Deutschland wurde in ausgewählten Regionen Westfalens für die Jahrgänge 2001 und 2011 durchgeführt. In der Folgezeit wurde das regionale Angebot an Pflegeheim- (+13,2%) und Palliativbetten (+49,4%) stetig ausgebaut, die Zahl der Krankenhaus- (+0,6%) und Hospizbetten (+3,8%) blieb annähernd konstant. Hat sich die Sterbeortverteilung in Westfalen im Jahr 2017 verändert?

Studiendesign Cross-sectional study.

Methodik Analyse des Sterbeortes der Allgemeinbevölkerung der Städte Bochum, Münster sowie der Kreise Borken und Coesfeld anhand ausgewerteter Todesbescheinigungen der Jahre 2001, 2011 und 2017.

Ergebnis Analysiert wurden n = 38.954 Todesbescheinigungen (2001: 11.963; 2011: 12.914; 2017: 14.077). Frauenanteil: 51,8%, Sterbealter (MW): 76,2 Jahre. Innerhalb von 16 Jahren stieg das mittlere Sterbealter bei Frauen um 2,6

Jahre (78,0 vs. 80,6 J.), bei Männern um 4,7 Jahre (69,7 vs. 74,4 J.) an. Es ergab sich folgende Sterbeortverteilung (2001, 2011, 2017): häusliches Umfeld: 27,7; 23,1; 21,1%; Krankenhaus: 56,7; 51,8; 51,3%; Palliativstation: 0,0; 1,0; 6,0%; Hospiz: 1,9; 4,5; 4,6%; Pflegeheim: 12,1; 18,8; 21,4%; sonstiger Ort: 1,4; 1,2; 1,3%.

Diskussion Für die Allgemeinbevölkerung stellt das Krankenhaus den häufigsten Sterbeort dar. Hier ereignet sich jeder zweite Sterbefall. Aufgrund der Altersdemographie rangiert das Pflegeheim erstmalig 2017 an zweiter Stelle der Sterbeortverteilung, gefolgt vom häuslichen Umfeld. Etwa jede fünfte Person verstirbt an diesen Orten, wobei der häusliche Sterbefall rückläufig ist. Pflegeheime und Palliativstationen nehmen parallel zur Aufstockung ihrer Bettenangebote als Sterbeorte an Bedeutung zu, hingegen stagniert der Anteil an Sterbefällen in Hospizen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Verteilung der Sterbeorte ist in der Allgemeinbevölkerung einem Wandel unterworfen. In der Tendenz nehmen Sterbefälle im häuslichen Umfeld und in Krankenhäusern ab, jedoch auf Palliativstationen und in Pflegeheimen zu.

Offenlegungserklärung Der Autor ist mit einer Abstract Veröffentlichung einverstanden.

P73 Trendanalyse des Sterbeortes bei Tumor- und Demenzpatienten (2001, 2011, 2017) [76]

Autoren [Dasch B¹](#)

Institut 1 [Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH Bochum, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Bochum, Deutschland](#)
DOI 10.1055/s-0040-1715052

Fragestellung Tumorpatienten (T) nehmen in der palliativmedizinischen Versorgung den weitaus größten Patientenanteil ein. Im zunehmenden Maße erfahren auch Demenzerkrankte (D) eine palliativmedizinische Betreuung. Wie sieht die Verteilung des Sterbeortes von Tumor- und Demenzpatienten im zeitlichen Verlauf aus?

Studiendesign Cross-sectional study.

Methodik Analyse des Sterbeortes verstorbener Tumor- und Demenzpatienten (≥ 65 J.) in ausgewählten Regionen Westfalens anhand ausgewerteter Todesbescheinigungen (2001, 2011, 2017). Die Diagnosen wurden anhand der ärztlichen Angaben zur Todesursache erhoben.

Ergebnis Analysiert wurden $n = 38.954$ Todesbescheinigungen. Ärztliche Diagnosen: (T): 32,2%, (D): 12,1%; Frauenanteil: (T): 46,9%, (D): 66,6%; Sterbealter (MW): (T): 78,2 J., (D): 86,1 J.; Sterbeortverteilung (2001, 2011, 2017): a) (T): Zuhause: 24,3; 24,6; 20,7%; Krankenhaus: 62,6; 51,3; 52,7%; Palliativstation: 0,0; 2,2; 15,2%; Hospiz: 5,5; 12,2; 14,1; Pflegeheim: 7,5; 11,3; 12,2%; sonstiger Ort: 0,1; 0,3; 0,2%; b) (D): Zuhause: 24,1; 19,9; 16,1%; Krankenhaus: 40,2; 29,4; 24,4%; Palliativstation: 0,0; 0,3; 1,8%; Hospiz: 0,5; 1,0; 0,9%; Pflegeheim: 35,1; 49,2; 58,5%; sonstiger Ort: 0,1; 0,0; 0,0%.

Diskussion Tumorpatienten versterben am häufigsten im Krankenhaus. Sterbefälle in Pflegeheimen und insbesondere in Hospizen und auf Palliativstationen nehmen deutlich zu. Häusliche Todesfälle sind nach 2011 rückläufig. Bei Demenzerkrankten nimmt das Pflegeheim mit Abstand den ersten Platz der Sterbeortrangliste ein. In der Tendenz sterben Demenzpatienten seltener im häuslichen Umfeld und im Krankenhaus. Palliativstationen und Hospize nehmen als Orte des Sterbens bei diesen Patienten eine untergeordnete Rolle ein.

Take Home Message für die Kongressbesucher Tumorpatienten sterben zunehmend häufiger in Hospizen und auf Palliativstationen. Seit 2011 sind häusliche Sterbefälle rückläufig. Bei Demenzpatienten ist das Pflegeheim der häufigste Sterbeort und nimmt gemäß der Altersdemographie weiter an Bedeutung zu.

Offenlegungserklärung Der Autor ist mit einer Abstract Veröffentlichung einverstanden.

P74 Beobachtungsstudie zu medizinischen und diagnostischen Maßnahmen innerhalb der letzten 14 Lebenstage, zur innerklinischen Verlegungspraxis vor Tod und zu Sterbeorten bei verstorbenen Patienten eines deutschen Universitätsklinikums. [77]

Autoren [Dasch B¹](#), [Zahn P¹](#)

Institut 1 [Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH Bochum, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Bochum, Deutschland](#)
DOI 10.1055/s-0040-1715053

Fragestellung Krankenhäuser sehen sich mit einer wachsenden Zahl von älteren Patienten mit zunehmenden Komorbiditäten sowie einer steigenden Nachfrage nach technologisch fortschrittlicher Medizinversorgung konfrontiert. Am Lebensende wird eine intensivisierte Medizin von Patienten und Angehörigen zunehmend kritisch bewertet. Wie sieht die Versorgungsrealität von Patienten am Lebensende an einem deutschen Universitätsklinikum aus?

Studiendesign Cross-sectional study.

Methodik Deskription medizinischer und diagnostischer Maßnahmen der letzten 14 Lebenstage, der innerklinischen Verlegungspraxis vor Tod und des Sterbeortes von Patienten eines Universitätsklinikums in NRW. Analysiert wurden im KIS dokumentierte Patientendaten und OPS-Ziffern (10/2016 - 09/2017).

Ergebnis Im Studienzeitraum verstarben $n = 468$ Patienten, hiervon 12% am Aufnahmezeitpunkt und 73,3% innerhalb der ersten 14 Tage. Case Mix Index (MW): 4,6; Frauenanteil: 47,0%; Sterbealter (MW): 76,3 J.; Sterbeorte: 20,5% Allgemeinstation, 13,7% Palliativstation, 7,1% IMC, 57,7% ICU, 1,1% ER/OP; Prozeduren/Diagnostik (14 Tage vor Tod/Sterbetag): Reanimation (30,3/21,4%), Operation (28,6/4,7%), Nierenersatzverfahren (21,8/4,7%), ECMO (10,9/2,8%), Tracheostomie (4,3/0,2%), EK-Transf. (29,5/4,3%), PPSB-Gabe (13,5/2,4%), Chemotherapie (1,9/0,0%), Rö.-Thorax (79,1/24,4%), CT (41,5/6,0%), ÖGD (7,5/0,2%), Linksherzkatheter (5,3/1,1%); Innerklinische Verlegung am Sterbetag: 18,1%; Verlegung vor Tod (ICU > Palliativstation): 4 von 274 Patienten.

Diskussion Die Untersuchung zeigt einen hohen Grad intensivierter Therapie und Diagnostik innerhalb der letzten 14 Lebenstage bei verstorbenen Patienten eines Universitätsklinikums. Eine Verlegung von ICU-Patienten am Lebensende auf die Palliativstation fand kaum statt.

Take Home Message für die Kongressbesucher Patienten eines Universitätsklinikums erfahren am Lebensende eine intensivisierte Diagnostik und Therapie. Die Zusammenarbeit zwischen Intensivmedizin und Palliativmedizin sollte gestärkt werden.

Offenlegungserklärung Der Autor ist mit einer Abstract Veröffentlichung einverstanden.

P75 Querschnittserhebung zur Prävalenz eines Verabschiedungsraumes an deutschen Krankenhäusern im Jahr 2016 [78]

Autoren [Dasch B¹](#), [Zahn P¹](#), [Wagner M²](#)

Institut 1 [Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH Bochum, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Bochum, Deutschland](#); 2 [Hausarztpraxis Michael Wagner, Gevelsberg, Deutschland](#)
DOI 10.1055/s-0040-1715054

Fragestellung Bundesweit existierten knapp zweitausend Krankenhäuser. Um trauernden Angehörigen eine würdevolle Verabschiedung eines im Krankenhaus verstorbenen Patienten zu ermöglichen, haben einige Kliniken einen speziell gestalteten Verabschiedungsraum etabliert. Wie hoch ist die Prävalenz eines Verabschiedungsraumes an deutschen Krankenhäusern im Jahr 2016?

Studiendesign Zur Prävalenzserhebung führten wir eine Querschnittsuntersuchung (2016) an allen deutschen Krankenhäusern ≥ 100 Betten durch. Ein speziell entwickelter Fragebogen zur Existenz, Struktur und Organisation eines Verabschiedungsraumes wurde an die Kliniken versandt und die Daten deskriptiv ausgewertet.

Methodik Cross-sectional study.

Ergebnis Von den 1.281 möglichen Krankenhäusern nahmen n=301 an der Befragung teil (23,5%). Sterbefälle pro Jahr (MW): n=324. Ein Verabschiedungsraum war in 230 Krankenhäusern existent, entsprechend einer Prävalenz von 17,9%. 26 Kliniken hatten einen Verabschiedungsraum speziell für Eltern verstorbener Neonaten und Säuglinge eingerichtet; Prävalenz: 2,0%. Mehrheitlich war der Verabschiedungsraum vor 10 bis 25 Jahren errichtet worden (39,1%), er befand sich zumeist in der Nähe der Prosektur (46,5%). Nutzung des Raumes: sehr häufig (30,9%), mäßig (37,4%), selten (24,8%), niemals (1,7%), k. A. (5,2%). Die Verantwortlichkeit zur Betreuung trauernder Angehörige im Abschiedsraum war hauptsächlich der Krankenhauseelsorge oder dem Pflegepersonal übertragen worden.

Diskussion An etwa jedem fünften deutschen Krankenhaus ≥ 100 Betten war im Jahr 2016 ein Verabschiedungsraum existent. Diese hohe Prävalenz erstaunt, übertrifft sie doch den Erwartungen. Neben einem Selektionsbias könnte hier eventuell die Definition eines Verabschiedungsraumes bei Studienteilnehmern unterschiedlich interpretiert worden sein.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Prävalenz eines Verabschiedungsraumes an deutschen Krankenhäusern ≥ 100 Betten im Jahr 2016 betrug 17,9%.

Offenlegungserklärung Der Autor ist mit einer Abstract Veröffentlichung einverstanden.

P76 Bevölkerungsbasierte Untersuchung zur Prävalenz einer erfolgten Reanimation bei Tumorpatienten am Lebensende [79]

Autoren [Dasch B¹](#), [Zahn P¹](#)

Institut 1 Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH Bochum, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Bochum, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715055

Fragestellung Die Reanimation stellt eine medizinische Notfallmaßnahme dar mit dem Ziel, einen lebensbedrohlichen Herzkreislaufstillstand schnellstmöglich zu beenden. Aus medizin-ethischer Sicht wird die Reanimation bei Patienten mit einer unheilbaren, zum Tode verlaufenden Erkrankung kontrovers beurteilt. Tumorpatienten sind hiervon besonders betroffen, da sie häufig an einer palliativen Krankheitssituation leiden. Wie häufig werden Tumorpatienten am Lebensende noch reanimiert?

Studiendesign Cross-sectional study.

Methodik Wir werteten alle Todesbescheinigungen des Jahres 2017 in ausgewählten Regionen Westfalens aus. Analysiert wurden ärztliche Angaben zur Reanimation und Todesursache. Identifiziert wurden Tumorpatienten mit und ohne Palliativsituation. Die Reanimationsprävalenz dieser Patienten wurde ermittelt und Einflussfaktoren mittels binärer multivariater Regression berechnet.

Ergebnis Insgesamt verstarben n=8.496 Personen, hiervon n=2.723 mit Tumordiagnose (32,1%), wobei bei 80,9% eine tumorbedingte Palliativsituation vorlag. Insgesamt wurden 163 Tumorpatienten und 1.006 Nicht-Tumorpatienten am Lebensende reanimiert, was einer Prävalenz von 6,0% bzw. 17,4% entspricht. Tumorpatienten in Palliativsituation erhielten in 3,4% der Fälle eine kardiopulmonale Wiederbelebung. Mehrheitlich wurde die Reanimation im Krankenhaus durchgeführt (Tumorpatienten: 68,7%). Als unabhängige Einflussfaktoren auf die Initiierung einer Reanimation erwiesen sich Geschlecht, Alter, Vorliegen einer Palliativsituation sowie Betreuung durch ein SAPV-Team.

Diskussion Sechs von Hundert Tumorpatienten und etwas mehr als drei von Hundert Tumorpatienten in Palliativsituation erfahren am Lebensende eine Reanimation. Demnach wird die Indikation zur Reanimation bei diesen Patienten im klinischen Alltag restriktiv gestellt.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Prävalenz einer erfolgten Reanimation am Lebensende beträgt bei Tumorpatienten 6,0% und bei Tumorpatienten in Palliativsituation 3,4%.

Offenlegungserklärung Der Autor ist mit einer Abstract Veröffentlichung einverstanden.

P77 Belastungen und Ressourcen im Team der palliativmedizinischen Abteilung [99]

Autoren [Heckel M¹](#), [Schirmer A¹](#), [Goßner S¹](#), [Rohleder N²](#), [Hofmann S¹](#), [Ostgathe C¹](#)

Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut f. Psychologie, Lehrstuhl f. Gesundheitspsychologie, Erlangen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715056

Fragestellung Voraussetzung guter Versorgungsqualität ist auch das subjektive Wohlbefinden des in der Patientenversorgung tätigen Personals. Wie korrelieren physische Stressmarker mit subjektivem Belastungs- und Stresserleben des Personals?

Studiendesign Partizipatorisches Multi-Method-Design

Methodik Im Mai 2019 wurden Teammitglieder mittels zwei selbstentwickelter Ratingbögen zu Belastungs- u. Entlastungsfaktoren in der Palliativversorgung, der Kurzversion der Perceived Stress Scale, der Burnout-Screening-Scales I-III u. zweier Skalen des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen u. Selbstmanagementfähigkeiten befragt. Durch Messung von c-reaktivem Protein (CRP) im dried blood spot wurden die potentiellen physiologischen Auswirkungen von Stress untersucht.

Ergebnis Insgesamt nahmen 20 Teammitglieder teil (Pflege n=11, medizinisches Personal n=5, weitere Berufsgruppen n=4). Sie waren im Mittel 47 Jahre alt (SD=11,2; 26-60 Jahre), 15 waren weiblich. Die Ergebnisse zeigen eine Selbsteinschätzung bzgl. Belastungen, Stress u. physisch gemessenem Stressniveau im Normbereich. Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den physischen Stressmarkern u. den anderen Variablen. Die Hälfte der Befragten gab an, sich häufig nervös u. gestresst zu fühlen. „Zeitmangel“, „fehlende Unterstützung im Team“, „emotional herausfordernde Situationen“ u. „das Nichterfüllen eigener Ideale“ wurden als Belastungsfaktoren genannt. Entlastung brachten „Fortbildungsangebote“, „räumliche Gegebenheiten“ u. „Rücksprache mit dem Arzt“.

Diskussion Die Analysen weisen nicht auf generell höheres Stressniveau, aber auf Phasen mit höchster, teilweise palliativversorgung-spezifischer Belastung des Personals hin.

Take Home Message für die Kongressbesucher Teammitglieder erleben palliativ-spezifische Belastungen und Interventionen die auf Reduktion des Belastungserlebens zielen. Weitere Forschung sollte die Korrelation vorhandener Ressourcen mit dem subjektiven Belastungserleben in den Blick nehmen.

Offenlegungserklärung Die Durchführung des Projektes erfolgte im Rahmen der Bachelorarbeit von Amelie Schirmer.

P78 Bearbeitungszeiten von Formalia in einer multizentrischen Studie [127]

Autoren [Solar S¹](#), [Rieder N¹](#), [Alt-Epping B¹](#)

Institut 1 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715057

Fragestellung In multizentrischen, drittmittelfinanzierten Studien wird i. d. R. eine Vorlaufphase beantragt, bei der neben der konzeptuellen Projektarbeit die Formalia wie Ethikvoten, Weiterleitungsverträge für Drittmittel oder Kooperationsverträge (KV) erledigt werden. Unklar ist, wie viel Zeit dafür eingeplant werden muss.

Studiendesign Beobachtungsstudie aus Daten einer aktuellen klinischen Studie mit 34 Prüfzentren.

Methodik Rekonstruktion und deskriptive Analyse institutioneller Bearbeitungszeiten von KV und Ethikvoten anhand von Versende-Daten und datierter Unterschriften. Die KV wurden als einfache Dienstleistungsverträge aufgesetzt. Nach Prüfung durch die jeweiligen Rechtsabteilungen bedurfte es der Unterschriften von Studienleitung, Klinikleitung und Vorstand. Bei den zuständigen

Ethikkommissionen (EK) wurde ein Zweitvotum für die (nicht-AMG/nicht-MPG-) Studie beantragt.

Ergebnis Die Bearbeitungszeit der Rechtsabteilungen betrug im Mittel 28 Tage; weitere 48 Tage wurden für die 3 Unterschriften benötigt. Hinzu kamen Postwege von ca. 16 Tagen, insgesamt 92 Tage (min. 22 Tage – max. 192 Tage). Zum 09.03.2020 waren nicht alle Verträge abgeschlossen, so dass sich die Zeiträume noch verlängern werden. Praxen benötigten weniger Zeit als städtische Kliniken oder Unikliniken.

EK benötigten im Mittel 50 Tage für ein Zweitvotum. Nachreichungen wurden in 7-14 Tagen bearbeitet. Universitäre EK brauchten mehr Zeit als EK der Landesärztekammern.

Diskussion Der zeitliche Aufwand für Formalia wird bei multizentrischen Studien vermutlich unterschätzt. Abgesehen von divergent gehandhabten Details zur Datenschutzverordnung, zur Patientenaufklärung oder zum Zahlungsverkehr spiegeln die Resultate reguläre Bearbeitungszeiten wider. Dies wird bei zukünftigen Projekten in der Meilensteinplanung mit einkalkuliert werden müssen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Drittmittelfinanzierte Projekte sollten lange Vorlaufzeiten in ihren Meilensteinplan einkalkulieren.

Offenlegungserklärung Kein Interessenkonflikt

P79 Informationsbedürfnisse und Zugang zu Informationen über evidenzbasierte Medizin in der Palliativmedizin [159]

Autoren Hermann A¹, Remi C^{1,2}, Bausewein C²

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; 2 Promotionsprogramm Klinische Pharmazie, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715058

Fragestellung Der Zugriff auf evidenzbasierte Therapieoptionen ist essenziell für eine sichere medizinische Versorgung und symptomlindernde Arzneimitteltherapie.

Wie sind Informationsbedürfnisse und der Zugang zu evidenzbasierter Medizin von Fachkräften in der Palliativmedizin?

Studiendesign retrospektive Auswertung der Anfragen an die Arzneimittelinformation Palliativmedizin (AMInfoPall) und Querschnittsstudie mittels webbasierter Befragung

Methodik Auswertung der Anfragen an die AMInfoPall des LMU Klinikums von 07/2017-06/2018 und Auswertung einer Umfrage unter den Fragestellern. Analyse von Informationsbedürfnissen und Rechercheverhalten zu evidenzbasierten Therapieoptionen im klinischen Alltag.

Ergebnis Von 216 Anfragen im Analysenzeitraum, wurden 54 % von Ärzten, davon 56 % aus dem ambulanten Bereich gestellt. 68 % von 175 versendeten Fragebögen wurden beantwortet. Der Informationsbedarf zur Applikationstechnik (23 %) war am höchsten, gefolgt von allgemeinen Informationen (18 %). Nach Informationen zur Evidenz hatten 83 % der Befragten zuerst selbst recherchiert, die Eigenrecherche jedoch abgebrochen (57 %), da sie zu keiner befriedigenden Antwort kamen und sich daher an die AMInfoPall gerichtet. Die von der AMInfoPall erhaltene Information beantwortete die gestellte Frage bei 95 % der Teilnehmer vollständig. 55 % gaben an, die Information wie beschrieben umgesetzt zu haben. In 33 % trat eine Veränderung der Situation ein, diese war zu 97 % positiv.

Diskussion Der Zugang zu Informationen über Therapieoptionen ist im klinischen Alltag begrenzt, jedoch wichtig für eine sichere und effektive Arzneimitteltherapie. Eine AMInfoPall kann eine hilfreiche und gut zugängliche Informationsressource für Professionelle sein und zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit und -effektivität beitragen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Bei Informationsbedürfnissen zur Arzneimitteltherapie von Palliativpatienten kann eine AMInfoPall passende Informationen zur Verfügung stellen und Professionelle in Ihren Therapieentscheidungen unterstützen.

Offenlegungserklärung keine Interessenkonflikte

P80 Kompetenzdarstellung, Patientennähe und Argumentationsstrategien von Internetangeboten deutscher Hospize, Palliativstationen und SAPV-Teams - eine korpusbasierte Meta-Analyse [179]

Autoren Peters J¹, Dykes N², Ostgathe C³, Habermann M¹, Heckel M³

Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, Lehrstuhl f. Germanistische Sprachwissenschaft, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl f. Korpus- u.

Computerlinguistik, Erlangen, Deutschland; 3 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen, Palliativmed. Abteilung, Erlangen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715059

Fragestellung Webseiten sind als Informationsangebote für Patienten am Lebensende u. ihre Angehörigen von zentraler Bedeutung. Wie unterscheiden sich stationäre, ambulante u. hospizliche Angebote in der Darstellung?

Studiendesign Untersuchung sprachlicher Strategien zur Darstellung von Professionalität u. Nähe auf Websites von Hospizen (H), SAPV-Angeboten (SAPV) u. Palliativstationen (P). Die Analyse berücksichtigt a) die Verständlichkeit der Texte für medizinische Laien, b) die Darstellung der in der WHO-Definition genannten Werte der Palliativversorgung u. c) Argumentationsstrategien.

Methodik Das analysierte Textkorpus umfasst deutschsprachige Texte von 242 P-, 246 SAPV- u. 432 H-Webseiten. Jede Website wurde einer Keyword-Analyse (LRC) unter Berücksichtigung von Verständlichkeit, Fachterminologie, Emotionswortschatz, Werte, Argumentationsstruktur unterzogen.

Ergebnis Fast alle Webseiten explizierten einen festen Bestand von Grundwerten (Würde, Selbstbestimmung). Dennoch ergeben sich auch Unterschiede: P-Webseiten setzten ihre Schwerpunkte in der Darstellung akademischer Professionalität, des multidisziplinären Behandlungssettings u. der angebotenen Therapieformen. SAPV-Webseiten betonten Werte wie Erreichbarkeit, Zuverlässigkeit u. adaptierten Vokabular aus den Bereichen Management u. Ökonomie. Nähe zu Patienten u. Angehörigen wurde argumentativ durch einen emotionalisierenden Zugang hergestellt. H-Webseiten verfügten über die beste Verständlichkeit u. die meisten nächsprachlichen Merkmale.

Diskussion Die Analyse von Webseitexten ermöglicht die systematische Erfassung der öffentlichen Darstellung von Versorgungsangeboten am Lebensende. Sprachanalysen tragen zum besseren Verständnis der Websitekommunikation bei.

Take Home Message für die Kongressbesucher Palliativmed. Onlineangebote sollten die Informationsbedürfnisse von Patienten u. Angehörigen sorgfältig berücksichtigen u. ein ausgewogenes Verhältnis zwischen medizinischer Professionalität u. menschlicher Nähe anstreben.

P81 “Der Hausarzt war immer für uns da, das muss ich wohl sagen, immer!” – Hausärztliche Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase aus Angehörigensicht [187]

Autoren Müller-Mundt G¹, Falter S¹, Tetzlaff F¹, Schneider N¹

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

DOI 10.1055/s-0040-1715060

Fragestellung Wie erleben Angehörige die Versorgung älterer Menschen mit chronisch-lebenslimitierenden Erkrankungen in der letzten Lebensphase und welche Bedeutung kommt speziell den Hausärzt*innen zu?

Studiendesign Qualitative Querschnittsstudie als Teil der Ist-Analyse eines Interventionsprojekts zur proaktiven Palliativversorgung (BMBF 01GY1710).

Methodik After-Death-Interviews mit Angehörigen verstorbener Patient*innen (Einschlusskriterien: Alter 70+, verstorben infolge einer chronisch lebenslimitierenden Erkrankung) aus den beteiligten Praxen; Interviewleitfaden mit narrativen Impulsen und ergänzender strukturierter Befragung;

induktiv-deduktive Inhaltsanalyse der Transkripte unterstützt durch MAXQDA.

Ergebnis 2018 wurden Interviews mit 30 Angehörigen (weiblich n=22, Alter: 61 Jahre/Median) von 31 verstorbenen Patient*innen (weiblich n=20, Alter: 87 Jahre/Median, n=13 onkologisch erkrankt) aus 11 Praxen in einer städtisch bis ländlich geprägten Region in Niedersachsen geführt. Gut zwei Drittel der Interviewten waren (Schwieger-)Kinder der Verstorbenen (n=21).

Die hausärztliche Betreuung wurde von den Angehörigen nahezu durchgängig positiv und als konstitutiv für die Ermöglichung des Versterbens der Erkrankten im vertrauten Umfeld beschrieben. Als zentral kristallisierten sich in der Analyse folgende Aspekte heraus: eine gewachsene vertrauensvolle Beziehung, eine offene und sensible krankheits- und prognosebezogene Kommunikation, Schmerz- bzw. Symptomkontrolle, Versorgungskontinuität, Erreichbarkeit und Rückhalt in Krisensituationen sowie Information und Hilfe zur Erschließung von Unterstützung auch für die Angehörigen.

Diskussion Die Ergebnisse unterstreichen die zentrale Rolle der Hausärzt*innen als vertraute, kontinuierliche Ansprechpartner*innen in der Versorgung älterer Menschen am Lebensende.

Take Home Message für die Kongressbesucher Angesichts der demografischen Alterung ist eine Stärkung der hausärztlichen Palliativversorgung essentiell, um ältere Menschen mit palliativen Bedürfnissen gut versorgen zu können.

P82 Auswirkungen einer Begegnung zwischen Palliativpatienten und Medizinstudierenden – eine Outcome-Evaluation [188]

Autoren Schallenburg M¹, Scherg A¹, Schwartz J¹, Thyson T¹, Neukirchen M¹

Institut 1 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715061

Fragestellung Welche Veränderungen bei Medizinstudierenden kann eine intensive, persönliche Begegnung mit schwerkranken Patienten im Rahmen eines Wahlpflichtfaches hervorrufen?

Studiendesign Outcome-Evaluation

Methodik Durchgeführt wird eine Outcome-Evaluation bei der, neben einer globalen Lehrevaluation, ein spezifisches Outcome mittels vergleichender Selbsteinschätzung¹ von 14 Items im post then Verfahren erhoben wird.

Ergebnis Im Zeitraum 4/18 – 2/20 haben 61 Studierende an der Evaluation teilgenommen. Der Lernzuwachs liegt zwischen 31,6% und 63,6%, wobei er bei sieben Items bei ≥ 50% liegt.

Der größte Lernzuwachs (63,6%) zeigt sich in der angstfreien Begegnung eines schwerkranken Menschen -. Der geringste Lernzuwachs (31,6%) wird beim Aushalten der direkten Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit erreicht.

Bei der Aufteilung der Items zeigt sich der höchste Lernzuwachs mit 54,6% im Bereich Wissen, gefolgt von Fertigkeiten (50,9%) und Haltung (45,4%).

Im Vergleich dazu zeigt die Outcome-Evaluation in der Pflichtlehre die Abstufung: Wissen (64,7%), Fertigkeiten (39,5%), Haltung (37,4%).

Diskussion Das angebotene Wahlpflichtfach unterstützt die Studierenden nicht nur beim Erwerb von Wissen und Fähigkeiten, sondern fördert auch Entwicklungsziele in Bezug auf Haltung. Der reale intensivere Patientenkontakt scheint dazu beizutragen, die Studierenden auf der Ebene der Haltung zu erreichen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Medizinstudierenden sollte die Möglichkeit von ausgiebigem Realpatientenkontakt, auf den sie gut vorbereitet werden, gegeben werden

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte

Quellenangaben [1] Raupach T., Münscher C., Beissbarth T., Burckhardt G. & Pukrop T. (2011). Towards outcome-based programme evaluation: using student comparative self-assessments to determine teaching effectiveness. *Medical Teacher*, 33(8), 446-453.

P83 „Das machen wir doch alles“ – Kontroversen bei Versorgungsübergängen von Palliativpatient*innen [210]

Autoren Peuten S^{1,2}, Ateş G³, Jaspers B^{3,4}, von Hayek J², Hainsch-Müller I⁵, Aulmann C⁵, Schneider W^{1,2}, Radbruch L^{3,6}

Institut 1 Universität Augsburg, Lehrstuhl für Soziologie; 2 Universität Augsburg, Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung

(ZIG); 3 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für

Palliativmedizin; 4 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für

Palliativmedizin; 5 Universitätsklinikum Augsburg, Interdisziplinäres Zentrum

für Palliativmedizin; 6 Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg,

Zentrum für Palliativmedizin

DOI 10.1055/s-0040-1715062

Fragestellung (Dis-)Kontinuitäten an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Palliativversorgung beeinflussen nicht nur die konkrete Übergangspraxis, sondern auch die Wahrnehmung von und Zufriedenheit mit Versorgungsverläufen seitens des Gesundheitspersonals sowie der Patient*innen und deren Bezugspersonen. Das Projekt „Übergänge in der Palliativversorgung“ untersucht (1) wo und wie häufig Übergänge zwischen den unterschiedlichen Ebenen der Palliativversorgung stattfinden, (2) welche Probleme bei den Übergängen identifiziert und (3) wie diese gelöst werden können.

Methodik Systematischer Vergleich zweier Standorte mit einem integrierten (Bonn BN) und einem kooperativen Versorgungssetting (Augsburg A); Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden: Analyse von je rund 1000 Patient*innenakten aus dem Jahr 2016 (SPSS); 10 Expert*inneninterviews; 30 Patient*innen-/Angehörigeninterviews (MAXQDA); 6 Fokusgruppen.

Ergebnis Neben zentralen Gemeinsamkeiten zeigen sich regionale Unterschiede nicht nur hinsichtlich der schnittstellenübergreifenden Versorgungsverläufe (A: 81% interne Verlegungen auf die Palliativstation – davon 8% über Notaufnahme, 14% von zu Hause; BN: 55% und 45%), sondern auch bezüglich settingspezifischer Problemsichten, Weiterversorgungsperspektiven, Lösungsansätze und Übergangsstrategien. Der Vortrag fokussiert anhand der standortvergleichenden Analyse systematische Zusammenhänge und Differenzen und geht dabei der Frage nach, welche Strukturen welche Praxis befördern und inwiefern diese die Bewältigung von Versorgungsübergängen auf Seiten der Patient*innen/Angehörigen entlang ihrer je eigenen lebensweltlichen Bezüge eher befördern oder behindern.

Diskussion Die kontrastierende Analyse der Versorgungsverläufe auf Basis des quantitativen und qualitativen Datenmaterials verdeutlicht neben der Settingabhängigkeit spezifischer Optimierungsbedarfe auch die Notwendigkeit einer stärkeren Sensibilisierung für die Unterschiede, welche die Wahrnehmungen und Deutungen von Versorgungsübergängen durch das Gesundheitspersonal sowie Patient*innen/Angehörige kennzeichnen.

P84 Weiterversorgung von Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf und Therapiebegrenzung im Rettungsdienst. Ergebnisse eines Expertenhearings über Herausforderungen und Lösungsideen [224]

Autoren Schwabe S^{1,2}, Schröter E³, Schulze C^{3,4}

Institut 1 Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung

Niedersachsen, Celle, Deutschland; 2 Institut für Allgemeinmedizin,

Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; 3 Fachreferat

Ambulante Palliativversorgung, Landesvertretung Niedersachsen/Bremen,

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Celle, Deutschland; 4 Fachverband

SAPV Niedersachsen

DOI 10.1055/s-0040-1715063

Fragestellung 3-10% aller Rettungsdienst-Einsätze finden bei Patienten mit palliativer Grunderkrankung statt, häufig wird eine Mitnahme ins Krankenhaus verweigert. Welche Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten gibt es bei der Weiterbehandlung dieser Patienten aus Sicht der beteiligten Versorgungsakteure?

Studiendesign Im Juli 2019 wurde ein qualitatives Fokusgruppeninterview mit Sampling nach festgelegten Kriterien durchgeführt. Teilnehmende waren Repräsentanten aus den Feldern Hausärzte, SAPV, Palliativmedizin, Rettungsdienst, Notärzte, Hospizarbeit, ACP und stationäre Altenpflege.

Methodik Das Fokusgruppeninterview wurde digital aufgezeichnet und die zentralen Ergebnisse zeitgleich an einer Flipchart visualisiert. Die Audioaufnahme wurde teiltranskribiert und gemeinsam mit der Visualisierung als Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis Rechtliche Unsicherheiten, mangelnde Qualifikationen und Kenntnisse sowie unzureichende Ressourcen stellen zentrale Hürden für die ambulante Weiterversorgung von Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf nach Rettungsdienst-Einsätzen dar. Verbesserungspotenzial wird identifiziert bei der Ausbildung, psychosozialer Unterstützung und Ausstattung der beteiligten Akteure, Kompetenzerweiterungen im Rettungsdienst und der Bildung regionaler Netzwerke.

Diskussion Die Weiterbehandlung von ambulanten Patienten mit akutem palliativem Behandlungsbedarf ist für die Versorgungsakteure herausfordernd. Für Patienten ohne SAPV-Anbindung fehlen ambulante Weiterbehandlungsmöglichkeiten, sodass eine stationäre Versorgung oft unvermeidbar ist. Bei der Verbesserung der Schnittstelle sollten alle Versorgungsakteure eingebunden werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf ohne SAPV-Anbindung im ambulanten Bereich können nach Rettungsdienst-Einsätzen oft nicht adäquat versorgt werden.

Die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und ambulanter Palliativversorgung sollte unter Berücksichtigung der Perspektive der Versorgungsakteure weiterentwickelt werden.

P85 Palliative Sedierung - Revision der EAPC Leitlinie von 2009 [236]

Autoren Brunsch H¹, Surges S², Hasselaar J³, Radbruch L^{2,4}, Jaspers B^{2,5}

Institut 1 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 2 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 3 Radboud University Medical Centre, Nijmegen, Niederlande; 4 Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn, Deutschland; 5 Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715064

Fragestellung Im Rahmen eines EU-Projekts¹ werden u.a. in 5 Ländern klinische Observations- und qualitative Interviewstudien zur palliativen Sedierungspraxis und Entscheidungsfindung durchgeführt, Guidelines und Kosten analysiert. Ergebnisse sollen auch in eine konsensbasierte Leitlinie für Praxis und Entscheidungsträger in der Gesundheitsversorgung Europas einfließen. Unser Teilprojekt (TP6) ist verantwortlich für die Revision der Leitlinie².

Studiendesign Mixed Methods

Methodik (TP 6) Splitten des Textes in seine Hauptkomponenten wie Definitionen (z. B. palliative Sedierung, refraktäres Symptom), Aussagen zu Substanzen/Dosierungen, Entscheidungsfindung etc., mehrstufiger Delphi-Prozess mit Steuergruppe, online Delphi-Panel (2 Runden), unter Einbeziehung einer hierfür gegründeten EAPC Task Force. Die Delphi-Teilnehmer sind gleichmäßig nach Geschlecht und über die Regionen Europas verteilt, plus ausgewählte außereuropäische Experten, decken unterschiedl. Berufsgruppen und Disziplinen ab. Rekrutierungskriterien: relevante Publikationen, Mitarbeit an Richtlinien. Angewandt werden Guidance on Conducting and Reporting DELphi Studies (CREDES) und die Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys

(CHERRIES). Konsensberechnung (% für Grad der Zustimmung, Interquartile etc.).

Ergebnis Die Expertengruppe wurde rekrutiert (n=34), das Feedback zum Splitting hierzu inkl. Freitextangaben analysiert; 171 Personen (84 w) aus 41 Ländern wurden für die Liste der Delphi-Teilnehmer identifiziert. Derzeit wird die 1. Panel-Runde vorbereitet.

Diskussion Eine konsensbasierte Leitlinie mit Berücksichtigung von Evidenz und Beschreibung von Diversität soll der Sicherheit von Patienten und Behandlern sowie der Akzeptanz dieser Behandlungsoption dienen.

Take Home Message Die 12 Jahre alten EAPC Empfehlungen bedürfen einer Überarbeitung mit einer klar definierten Konsensmethodik.

Quellen [1] <https://palliativesedation.eu/>; Horizon 2020; Nr. 825700

[2] European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care, übers. von Alt-Epping B. et al; Palliativmedizin 2010;11:112-122

P86 Auswirkungen des Datenschutzes auf benötigte Ressourcen im Bereich der Forschung [241]

Autoren Kurkowski S¹, Torres Cavazos JL¹, Jäger C², Ziegler K², Heckel M¹, Ostgathe C¹, Klein C¹

Institut 1 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum, Palliativmedizinische Abteilung, Erlangen, Deutschland; 2 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl f. Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Medizinstrafrecht, Erlangen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715065

Fragestellung Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist f. die Patientenversorgung u. die Forschung unabdingbar. Veränderungen in der (inter)nationalen Gesetzgebung (u.a. DSGVO) haben jedoch zu einer überkomplexen Regulierungssituation geführt, sodass eine Anpassung der Forschungsvorhaben an die rechtl. Vorgaben ohne juristische Expertise u. Unterstützung kaum noch möglich erscheint.

Studiendesign Analyse des Aufwands f. eine DSGVO-konforme Umsetzung eines Forschungsvorhabens.

Methodik Deskriptive Auswertung des Aufwands f. die Erarbeitung des Datenschutzkonzeptes f. das Forschungsprojekt SedPall (Subprojekt: multizentrische retrospektive Analyse v. Patientenakten in Hinblick auf Anxiolyse u. Sedierung in der spezialisierten Palliativversorgung).

Ergebnis Die Erarbeitung eines tragfähigen rechtlichen Konstruktes in Übereinstimmung mit den aktuellen datenschutzrechtlichen Regularien benötigte v. Projektbeginn an (Dez 17) bis jetzt (Jan 20): 1.225 Arbeitsstunden v. insgesamt 5 wissenschaftlichen Mitarbeitenden des Konsortiums. Zusätzlich waren umfassende personelle Ressourcen v. Rechtsexperten notwendig. Ferner waren zur Klärung datenschutzrechtlicher Aspekte seitens der Rekrutierungszentren involviert: 7 Datenschutzbeauftragte, 7 Justiziere, 1 Beauftragter für IT-Sicherheit, 16 Palliativmediziner, 6 Sekretärinnen. Neben dem um 6 Monate verzögerten Beginn der Datenerhebung, sind einzelne Projektziele unerreichbar.

Diskussion Es gelang aufgrund der unterschiedlichen Gesetzeslagen u. damit weiteren Ressourcenbedarfs nicht, eine Datenerhebung in mehreren Bundesländern durchzuführen. Für Forschungsprojekte wäre eine Vereinfachung in der Handhabung u. insbesondere eine Standardisierung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Regularien in den Landeskrankenhausesetzen wünschenswert.

Take Home Message für die Kongressbesucher Datenschutzrechtliche Regularien u. Gesetze sind komplex, die Klärung ist ressourcen-, zeit- und kostenaufwändig. Für die SedPall-Studiengruppe

Offenlegungserklärung Die Studie SedPall wird gefördert v. Bundesministerium f. Bildung und Forschung (01GY1702A).

P87 Symptome komplizierter Trauer, posttraumatischer Belastung und Depression bei Angehörigen nach Versterben eines nahestehenden Menschen auf einer Palliativstation [253]

Autoren Ullrich A¹, Herzog J¹, Bokemeyer C¹, Oechsle K¹
Institut 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Zentrum für Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
 DOI 10.1055/s-0040-1715066

Fragestellung Psychische Belastungen nach Verlust eines nahestehenden Menschen können sich in heterogenen Symptomen wie komplizierter Trauer (KT), posttraumatischer Belastungsstörung (PTSB) und depressiver Störungen (DS) manifestieren. Die Studie untersucht mittel- und langfristige psychische Folgen bei Hinterbliebenen nach spezialisierter stationärer Palliativversorgung.

Studiendesign Querschnittliche monozentrische Beobachtungsstudie

Methodik Die Studienpopulation umfasste die primären Angehörigen von 993 auf einer Palliativstation verstorbenen Patienten (01/2014-12/2018), deren Verlust mindestens 6 Monate zurücklag. Die Befragung erfolgte postalisch mittels standardisierter Messinstrumente zur Erhebung von KT (Inventory of Complicated Grief), PTBS (Short-Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder) und DS (Patient Health Questionnaire – 9-item Depression Module). Gruppenunterschiede wurden mittels χ^2 - bzw. t-Test analysiert.

Ergebnis An der Befragung nahmen 200 Angehörige teil (Teilnahmequote: 20%; 64,1 Jahre, 62% weiblich, 63% Partner, 2,5 Jahre nach Verlust, 87% Krebserkrankung des Patienten). Insgesamt lag in 28% der Fälle ein Verdacht auf KT, in 13% auf PTBS und in 23% auf DS vor. Ein gleichzeitiges Auftreten von wahrscheinlicher KT, PTBS und DS wurde in 7% der Fälle beobachtet. Die Gruppen der Angehörigen mit und ohne Verdacht auf KT, PTBS bzw. DS unterschieden sich nicht bzgl. Geschlecht, Alter sowie Zeit seit Verlust (n.s.). Partner zeigten im Vergleich zu Kindern oder anderen Angehörigen häufiger einen Verdacht auf KT ($p < .001$), nicht aber auf PTBS oder DS (n.s.). Im Vergleich zu Angehörigen, die mit bzw. in der Nähe ihrer Familie leben, lag bei Alleinlebenden häufiger ein Verdacht auf KT ($p = .029$) und DS ($p = .010$) vor, jedoch nicht auf PTBS (n.s.).

Diskussion Angehörige zeigen mittel- und langfristige psychische Morbidität nach dem Versterben eines Patienten auf der Palliativstation. Eine besondere Aufmerksamkeit scheint bezüglich der Nachsorge von Partnern sowie alleinlebenden Angehörigen erforderlich zu sein.

Take Home Message KT und DS sind bei etwa einem Viertel der Angehörigen und PTBS bei etwa 15% wahrscheinlich.

P88 Evaluation eines Kommunikationstrainings zur Förderung der frühzeitigen Thematisierung palliativmedizinischer Aspekte bei fortgeschritten erkrankten Krebspatientinnen und -patienten: Studienprotokoll einer randomisierten kontrollierten Studie (PALLI-KOM) [322]

Autoren Harnischfeger N¹, Rath HM², Ullrich A¹, Alt-Epping B³, Letsch A⁴, Thuss-Patience P⁵, Bokemeyer C¹, Bergelt C², Oechsle K¹

Institut 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; 2 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; 3 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 4 Klinik für Innere Medizin m. S. Hämatologie und Onkologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland; 5 Medizinische Klinik m. S. Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Campus Virchow-Klinikum, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
 DOI 10.1055/s-0040-1715067

Fragestellung Kommunikative Unsicherheiten auf ärztlicher Seite erschweren häufig ein rechtzeitiges Ansprechen palliativmedizinischer Themen. Es wird ein

Kommunikationstraining entwickelt und evaluiert, das darauf abzielt, Ärzte zu stärken, palliativmedizinische Themen, wie z. B. das Lebensende betreffende Aspekte oder zukünftige Unterstützungsmöglichkeiten, frühzeitig und adäquat anzusprechen.

Studiendesign Multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie (RCT)

Methodik Die Studie wird über 3 Jahre an 4 Standorten in Deutschland durchgeführt. In der ersten Phase wurde ein Kommunikationstraining (2x90 Minuten) entwickelt und manualisiert. Zielgruppe sind Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die Krebspatienten betreuen. Anschließend werden $N=174$ Teilnehmer randomisiert einer Interventions- (IG) oder einer Wartekontrollgruppe (KG) zugeteilt. Die Datenerhebung erfolgt zu zwei Messzeitpunkten (Prä/Post), zwischen welchen die IG das Training erhält. Zu beiden Zeitpunkten führen die Teilnehmenden ein videoaufgezeichnetes Gespräch mit einem standardisierten Schauspielpatienten. Ein expertenbasiertes, standardisiertes Rating der Gesprächskompetenz (COM-ON-Checkliste) sowie Selbst- und Fremdauskunftsbögen bilden die Datengrundlage der Evaluation. Die Auswertung der Längsschnittdaten erfolgt durch ein lineares Mixed Model.

Ergebnis Das entwickelte Training besteht aus Theorieteilern, praktischen Übungen und Beispiel-Videos. Zentrale Inhalte sind z. B. Doppelte Bewusstheit, Empathie- und Hoffungsvermittlung in palliativer Situation sowie der Umgang mit Ablehnung des Gesprächs. Konkrete Formulierungshilfen für den Alltag werden ausgehändigt.

Primäres Outcome wird die externe Beurteilung der ärztlichen Gesprächskompetenz sein.

Diskussion Am Ende wird ein evidenzbasiertes Training zur Reduzierung kommunikativer Hürden hinsichtlich palliativmedizinischer Themen vorliegen.

Take Home Message Ein ärztliches Kommunikationstraining für eine frühzeitige Kommunikation palliativmedizinischer Themen wird entwickelt und im Rahmen eines RCT evaluiert.

Offenlegungserklärung Die Studie wird gefördert von der Deutschen Krebshilfe (70113231)

P89 Hausärztliche Palliativversorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Analysen der Hausarztperspektive und klinischer Praxisdaten [323]

Autoren Freihoff S¹, Tetzlaff F¹, Schneider N¹, Müller-Mundt G¹
Institut 1 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland
 DOI 10.1055/s-0040-1715068

Fragestellung Wie gestaltet sich die hausärztliche Versorgungspraxis und -situation älterer Menschen mit lebensbegrenzenden chronischen Erkrankungen in der letzten Lebensphase?

Studiendesign Mixed-Methods-Querschnittstudie als Teil der Ist-Analyse eines Interventionsprojekts zur proaktiven Palliativversorgung (BMBF 01GY1710).

Methodik Es wurden leitfadensorientierte Interviews mit Hausarzt*innen geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergänzend wurden anonymisierte Praxisdaten verstorbener Patient*innen (Einschlusskriterien: Alter 70+, verstorben infolge einer lebenslimitierenden chronischen Erkrankung) deskriptiv ausgewertet.

Ergebnis Im Frühjahr 2018 wurden 15 Hausarzt*innen aus 12 Praxen im eher ländlichen Raum in Niedersachsen interviewt. Aus 11 Praxen konnten klinische Daten der im Zeitraum 10/2017 bis 03/2018 verstorbenen Patient*innen ($n = 104$) analysiert werden. Die Interviewten sahen eine umfassende Begleitung älterer Patient*innen als integralen Bestandteil ihrer Tätigkeit an. Als zentrale Handlungsstrategien, um ein ruhiges Sterben im vertrauten Umfeld zu ermöglichen, kristallisierten sich die Linderung von Leiden, Koordinierung des Versorgungsnetzes, Begleitung der Erkrankten sowie der Angehörigen heraus. Einen palliativen Versorgungsbedarf sahen die Ärzt*innen vorrangig in weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Auch die Analyse der Praxisdaten zeigte, dass eine allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung (PV) zumeist erst wenige

Wochen vor dem Tod eingeleitet wurde (Median: 31 Tage, 1-238). Eine spezialisierte PV wurde fast ausschließlich bei onkologischen Erkrankungen veranlasst.

Diskussion Hausärzt*innen initiieren PV eher bei Krebserkrankungen und unabhängig von der Diagnose zumeist erst in späten Krankheitsphasen. Eine frühe Integration eines palliativen Ansatzes scheint keine etablierte Praxis zu sein.

Take Home Message für die Kongressbesucher Verstärkte Anstrengungen sind erforderlich, um insbesondere bei älteren Menschen mit lebensbegrenzenden nicht-onkologischen Erkrankungen PV frühzeitiger in die hausärztliche Praxis zu integrieren.

P90 Erfolgreiche interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung? - die Sicht der Versorger [331]

Autoren [Schade F¹](#), [Rieder N¹](#), [Banse C¹](#), [Nauck F¹](#)

Institut 1 [Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715069](#)

Fragestellung Die Zugänge zur Hospiz- und Palliativversorgung sind für Menschen mit Migrationshintergrund erschwert. Nach der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland sollte die interkulturelle Öffnung einen gleichberechtigten Zugang zur fördern. Bislang fehlten jedoch Studien zu den Zielen und Umsetzungsmöglichkeiten einer interkulturellen Öffnung. In der Studie wurde den Fragen nachgegangen, welches Verständnis von ‚erfolgreicher‘ interkultureller Öffnung Vertreter der Hospiz- und Palliativversorgung haben und welche Faktoren und Ziele benannt werden.

Studiendesign Qualitatives Forschungsdesign in verschiedenen Regionen Deutschlands.

Methodik Durchführung von vier Fokusgruppen und fünf themenfokussierte Interviews mit Vertretern aus Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie inhaltsanalytischer Auswertung.

Ergebnis Aus Sicht der Vertreter der Hospiz- und Palliativversorgung ist eine interkulturelle Öffnung erfolgreich, wenn *alle* Patienten, die einen Bedarf an hospizlicher oder palliativer Versorgung haben, betreut werden. Zugewanderte stellen zwar die Zielgruppe von interkultureller Öffnung dar, dennoch sollte jeder Patient von der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung profitieren können. Es braucht Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit, um die Hospiz- und Palliativversorgung in der Gesamtbevölkerung und in spezifischen Communities bekannter zu machen. Zielführend für eine wirksame Umsetzung ist die gezielte Netzwerkarbeit im regionalen Kontext der jeweiligen Einrichtung.

Diskussion Der Erfolg interkultureller Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung bedeutet für die Versorger, dass alle Patienten profitieren. Zu diskutieren bleibt, ob durch Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit besonders Menschen mit Migrationshintergrund ermöglicht werden kann, selbstbestimmt über Ihre Behandlung und Begleitung zu entscheiden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Das Ziel von interkultureller Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung sollte sein, dass alle Patienten, die einen Bedarf an hospizlicher oder palliativer Versorgung haben, betreut werden.

P91 Das palliative Setting aus pflegerischer Perspektive – Einflüsse, Erleben und Bewältigung [332]

Autoren [Seidler-Rolf K¹](#), [Helmhold A¹](#)

Institut 1 [Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen, Köln, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715070](#)

Fragestellung Vor dem Hintergrund vielfältiger Belastungsfaktoren für Palliative Care Pflegende waren folgende Fragestellungen Ausgangspunkt der Bearbeitung: Welche Einflüsse wirken auf Pflegende dieses Settings? Wie ist das

Erleben der ermittelten Einflüsse? Welche Bewältigungsstrategien nutzen Pflegende?

Studiendesign Unter Einbeziehung der theoretischen Perspektive des transaktionalen Stressmodells von Lazarus wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Methodik Die Recherche erfolgte in verschiedenen Fachdatenbanken. Nach einer designspezifischen, kriteriengeleiteten Bewertung wurden 21 Quellen in die Analyse aufgenommen.

Ergebnis Palliative Care Pflegende sind Belastungsfaktoren ausgesetzt, die einerseits aus dem Arbeitsfeld direkt entstehen, sich andererseits auch in Abhängigkeit von persönlichen Variablen auswirken. Es zeigten sich Belastungssymptome, aber auch sehr unterschiedliche Bewältigungsstrategien.

Diskussion Weitere qualitative Studien zum Erleben sowie Längsschnittstudien sind notwendig. Ebenso sollte die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen für Pflegende in Bezug auf die vielfältigen Themen zu Sterben und Tod umfassend in den Aus- und Weiterbildungssektor aufgenommen werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Belastungen durch die tägliche Konfrontation mit Sterben und Tod können sich negativ auf die Arbeit auswirken. Dem Umgang mit diesen sollte im Sinne von Ressourcenerhalt und Resilienzförderung Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Offenlegungserklärung Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte der Autorinnen, d. h. keine materiellen Interessen sowie keine vertraglichen Vereinbarungen mit Veröffentlichungsrechten.

Quellenangaben [1] Gama G., Barbosa F. & Vieira M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*

[2] Gillman L., Adams J., Kovac R., Kilcullen A., House A. & Doyle C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*

P92 Außermedizinische Wünsche am Lebensende [333]

Autoren [Herrmann S¹](#), [Banse C¹](#), [Nauck F¹](#)

Institut 1 [Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715071](#)

Fragestellung In der medialen Öffentlichkeit wird das Thema „Wünsche am Lebensende“ breit diskutiert, aber zumeist auf wenige Aspekte im Rahmen der medizinischen Behandlung am Lebensende beschränkt. Noch wenig öffentlich diskutiert werden außermedizinische Wünsche am Lebensende. Damit solche Wünsche erfüllt werden können, entwickelten mehrere Hilfsorganisationen in Deutschland diverse ehrenamtliche, von Spenden finanzierte Projekte.

Ziel des Forschungsprojektes ist es, der Relevanz von außermedizinischen Wünschen am Lebensende von Schwerkranken nachzugehen. Erfragt wird, wie es zur Wunschentstehung kam und welche Bedeutung die Erfüllung der Wünsche für die Schwerkranken hat.

Studiendesign Zur Beantwortung der Forschungsfragen bietet sich ein qualitatives, offenes Design an, da außermedizinische Wünsche am Lebensende bisher weitgehend unerforscht sind. Es werden Interviews mit Wünschenden aus den Projekten „Der Wünschewagen - Letzte Wünsche wagen“ des Arbeiter-Samariter-Bundes und „Malteser Herzenswunsch-Krankenwagen“ des Malteser Hilfsdienstes geführt.

Methodik Da es sich bei Wünschen am Lebensende vermutlich um biografisch geprägte Ansichten handelt, werden biografisch-narrative Interviews erhoben. Als Auswertungsmethode wird die Grounded Theory angewendet, da sie es ermöglicht, nah an den Interviewdaten eine Erklärung für die Wunschentstehung zu erarbeiten und die Bedeutung dieser Wünsche und ihrer Erfüllung zu ermitteln.

Ergebnis Die Interviews starten in den nächsten Monaten. Es gibt jedoch Hinweise, dass die Wunscherfüllung dem Abschiednehmen dient und ein letztes Freiheitsgefühl ermöglicht.

Diskussion Ein Ziel der Palliativmedizin ist, die Lebensqualität von Schwerkranken zu verbessern und zu erhalten. Die Wunscherfüllung durch solche Projekte kann eine Ergänzung zur palliativmedizinischen Betreuung darstellen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die biografische Kenntnis über außermedizinische Wünsche von Schwerkranken und die Erfüllung dieser Wünsche hilft, die Würde und Selbstbestimmung der Betroffenen zu erhalten.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenkonflikte.

P93 Vorausverfügungen bei Palliativpatienten - eine retrospektive Analyse der palliativmedizinisch betreuten Patienten an der Universitätsmedizin Rostock [344]

Autoren Sziedat M¹, Junghanß C¹, Große-Thie C¹, Henze L¹, Kriesen U¹
Institut 1 Zentrum für Innere Medizin, Klinik III – Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock
DOI 10.1055/s-0040-1715072

Fragestellung Hat die Konfrontation mit dem eigenen Lebensende Einfluss auf das Erstellen einer Vorausverfügung des Patientenwunsches?

Studiendesign Bei der Studie handelte es sich um eine retrospektive Kohortenstudie

Methodik Retrospektiv wurden anhand der Patientenakten Charakteristika der Patienten sowie das Vorliegen von Vorausverfügungen (Patientenverfügung (PV), Vorsorgevollmachten (VV), Betreuungsverfügung (BV)) zu Beginn des stationären Aufenthaltes identifiziert. Inkludiert wurden alle Patienten, die im Zeitraum 1/2017-08/2017 erstmalig und länger als 24h stationär auf der interdisziplinären Palliativstation der Universitätsmedizin Rostock (UMR) betreut wurden. Die Studie hatte ein positives Ethikvotum (A2015-0158).

Ergebnis Insgesamt wurden 166 Patientenakten gesichtet. Bei 36 Patientenakten (19%) gab es keine Angaben zu vorliegenden Vorausverfügungen. In den 130 restlichen Akten lagen Angaben zu Vorausverfügungen vor. Dabei war bei 14 Patienten (11%) keine Verfügung vorhanden. 215 Verfügungen verteilten sich auf 116 Patienten, wie folgt: PV (n = 79/130 (61%), VV (n = 105/130 (81%) und BV (n = 31/130 (24%)). 103/130 (80%) hatten die Vorausverfügungen auf der Station hinterlegt. Die Erstdatierung der hinterlegten PV war in 48/79 (61%) Fällen nach dem Auftreten der palliativen Grunderkrankung. In 7/79 PV (9%) wurde Bezug zur Erkrankung genommen.

Diskussion Unerwartet viele Patienten hatten zu Beginn ihres ersten stationären Palliativaufenthaltes eine Vorausverfügung, insbesondere eine Vorsorgevollmacht. Obwohl die Erstdatierung bei der Mehrzahl der Patientenverfügungen nach dem Auftreten der palliativen Grunderkrankung lag, erwähnten nur wenige einen konkreten Bezug zu der aktuellen Situation.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Bezugnahme auf die palliative Grunderkrankung erleichtert dem Umfeld evtl. die Interpretation der Anwendbarkeit von Vorausverfügungen, wird aber vom Patienten oft nicht ausreichend wahrgenommen bzw. erwähnt.

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte

Projekte/Best Practice

Stationäre Patientenversorgung

P94 „Mit diesen Händen möchte ich nicht leben“ – Ein Fall von paraneoplastischem Pemphigoid am Lebensende [132]

Autoren Weber S^{1,2}, Elsner F¹, Rolke R¹
Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland; 2 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715073

Idee/Ziel Eine 76-jährige Patientin mit einem paraneoplastischen Pemphigoid (PNP) bei metastasiertem Pankreaskarzinom stellt sich mit mazerierten Händen, Mund- und Zungenschleimhaut vor. Es bestehen eine ausgeprägte Schwäche, Schmerzen, Niedergeschlagenheit und ein Sterbewunsch. Ziel war es, die Wundheilung zu verbessern und die damit verbundenen Symptome zu lindern.

Intervention PNP ist ein sehr seltenes paraneoplastisches Syndrom (nur ca. 300 beschriebene Fälle), das durch eine humorale und zelluläre Autoimmunreaktion auf eine Neoplasie entstehen kann [1,]. Da das PNP bisher nicht auf Kortikosteroide angesprochen hatte und die Patientin keine krankheitsmodifizierende Therapie wünschte, setzten wir nach Literaturrecherche off-label Mycophenolatmofetil (MMF) in einer reduzierten Dosis ein [2].

Erfahrungen/Ergebnisse 2 Wochen nach Therapiestart mit MMF konnten die Kortikosteroide schrittweise von 100 mg/Tag auf 20 mg/Tag reduziert werden. Die Haut und Schleimhaut waren nahezu vollständig abgeheilt. Die medikamentöse Schmerztherapie konnte beendet werden. Die Patientin gewann an Lebensqualität, der Sterbewunsch bestand zur Verlegung ins Hospiz nicht mehr. Nach 4 Wochen Therapie mit MMF ist folgender Visitenotiz dokumentiert: „Patientin tanzt mit Physio auf dem Flur“.

Diskussion der Übertragbarkeit Wir berichten den ersten uns bekannten Fall eines PNP, das mit einer reduzierten Dosis von MMF (1000 mg/Tag) behandelt wurde und neben der Wundheilung einen deutlichen Zuwachs an Lebensqualität verzeichnete. MMF ist europaweit verfügbar und führt zu einer Einsparung der Kortikoiddosis und den damit verbundenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW).

Take Home Message Paraneoplastische Phänomene am Lebensende erfordern eine Adaptation an Patientenwünsche und die Anforderungen der Palliativversorgung.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte der Autoren. Die Patientin stimmte der Veröffentlichung und der Fotos schriftlich zu.

Quellenangaben [1] Kasperkiewicz, *Pemphigus*. Nat Rev Dis Primers, 2017. 3: p. 17026.

[2] Williams, *Use of MMF*. Br J Dermatol, 2000. 142(3): p. 506-8.



► Abb. 1 Vor MMF



► Abb. 2 Nach MMF

P95 Sozial- und Pflegeberatung als Prozess in der Palliativversorgung [149]

Autoren [Wendorf M¹](#), [Daniels D¹](#), [Heiming U¹](#), [Clemens KE¹](#)

Institut 1 [MediClin, Robert Janker Klinik, Bonn, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715074](#)

Idee/Ziel Zur optimalen Bedarfserfassung für einzuleitende Maßnahmen mit dem Ziel – Sicherstellung der Versorgung nach der Entlassung nach den Vorgaben vom Entlassmanagement § 39 SGB V.

Intervention Beratung der Patienten und deren Angehörige beginnt mit einer Kontaktaufnahme zur Vorstellung in der Orientierungsphase.

Der Übergang zur Klärungsphase mit einer Erzählaufforderung kann im Gesprächsfluss folgen. Der Beratende spiegelt die Aussagen zur besseren Wahrnehmung von bestimmten Aspekten.

Nach einer Klärung über die Inhalte der Beratung, folgt eine Bedarfserfassung im Übergang zur Veränderungsphase.

Die Ist-Situation und der Hilfebedarf entscheiden über einzuleitende Maßnahmen. Hierzu ist eine Aufstellung von einem transsektoralen Versorgungsplan hilfreich. Lösungsmöglichkeiten werden gesammelt und Ressourcen analysiert. Eine Pflegeberatung nach §7a SGB XI ist hilfreich, um dem Patienten eine Möglichkeit zur Entscheidung bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistung und Unterstützungsmöglichkeiten zu geben.

In der Abschlussphase folgt eine Reflexion. Absprachen können getroffen werden.

Erfahrungen/Ergebnisse Aufgrund der Diagnose besteht bei den Patienten und deren Angehörige Angst vor dem was folgt. Eine emotionale Zustimmung mit einer wertfreien Zuwendung ist grundlegend zur optimalen Bedarfserfassung. Kommunikation auf Beziehungsebene ist gleichermaßen notwendig wie auf inhaltlicher Ebene.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Prozesse ermöglichen den Erfolg der Intervention.

Die Chance selbstständig Fähigkeiten im eigenen Leben zu erkennen und darüber zu entscheiden, fällt dadurch leichter.

Wenig Bedenzeit durch entscheidende Bedeutung der Verweildauer.

Take Home Message für die Kongressbesucher Als Strukturierungshilfe für einen reibungslosen Ablauf dienen die vier Phasen der Beratung: Orientierung, Klärung, Veränderung und Abschluss.

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte

Quellenangaben [www.erwachsenbildung.at/themen/bildungsberatung/begriffsbestimmung/beratung.php](#)
[www.comfair-gmbh.de](#)

P96 Systemische Genogrammarbeit auf einer Palliativstation [150]

Autoren [Heiming U¹](#), [Wendorf M¹](#), [Daniels D¹](#), [Clemens KE¹](#)

Institut 1 [MediClin, Robert Janker Klinik, Bonn, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715075](#)

Idee/Ziel Möglichkeiten systemischer Genogrammarbeit des Sozialdienstes im palliativen Kontext

Intervention In den OPS-Katalog wurde das palliativmedizinische Basisassessment (BPA) aufgenommen. Ziel ist eine umfassende Ersteinschätzung des Patienten. Ein Bereich bildet das Patientenumfeld. Die vorgeschlagene Methode der DGP ist das Genogramm. Welche Chancen eröffnen sich durch eine systemische Genogrammarbeit (G) für Sozialdienste auf Palliativstationen?

Erfahrungen/Ergebnisse Der systemische Ansatz und palliatives Arbeiten haben viele gemeinsame Prinzipien wie Autonomie, Wertschätzung und Wertneutralität.

Ausgangspunkt systemischen Arbeitens ist, den Fokus auf durch Symptome entstehende Muster in Beziehungen zu lenken. G ist hierfür von besonderer Bedeutung. Zur ersten Orientierung werden mit dem Patienten von allen Angehörigen Daten wie Geburts-/Todesjahr, Krankheiten und Ressourcen

gesammelt. Durch das Entdecken und Anerkennen von komplexen familiären Informationen können Zuschreibungen und Glaubenssätzen definiert werden. Die Neugier auf diese Methode helfen einen leichteren Zugang zum Patientensystem zu bekommen. Es geht um das Erkennen des Unterschiedes und um das Herausarbeiten von Ausnahmen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Eine, zum BPA gehörige G, kann dem Sozialdienst helfen ein beratender, kontaktaufbauender, evaluierender Beistand zu sein. Durch Zeitdruck und immer kürzere Liegezeiten besteht die Gefahr G als Schreibübung abzuwerten, um Daten aufs Papier zu bringen.

Take Home Message für die Kongressbesucher »Das Wichtigste bleiben jedoch die Geschichten, die zu den Genogrammdaten erzählt werden. Sie bilden den Hintergrund für ein neues Verständnis der Gegenwart« (Von Schlippe, 2009)

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte

Quellenangaben [1] Von Schlippe Arist; Schweitzer Jochen (2009): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Vandenhoeck& Ruprecht: Göttingen.

[2] Von Schlippe Arist; Schweitzer Jochen (2010): Systemische Interventionen. Vandenhoeck& Ruprecht: Göttingen.

P97 Intensivmedizin meets Palliativmedizin-Einführung einer Visite Intensiv-Palliativ (VIP)-Erfahrungen auf einer universitären chirurgisch-anästhesiologischen Intensivstation (ITS) [192]

Autoren [Haase U¹](#), [Flohr C²](#)

Institut 1 [Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative](#)

[Intensivmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin,](#)

[Deutschland; 2 Pflegedienst Palliativdienst, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland](#)

DOI [10.1055/s-0040-1715076](#)

Idee/Ziel Implementierung einer Visite Intensiv-Palliativ (VIP)

Intervention wöchentliche Teilnahme des Palliativteams an der Frühvisite auf der ITS

Einschlusskriterien

Multimorbidität

erschöpfte Ressourcen bei langem ITS-Aufenthalt

Therapiezieländerungen bei langen Verläufen

Tumorerkrankungen

Surprise Question

Wunsch von Patienten oder Angehörigen nach palliativmedizinischer Mitbehandlung

Der Fokus der Intensivtherapie liegt auf der Verbesserung, Stabilisierung und Erhaltung der Vitalfunktionen. Durch eine parallele palliativmedizinische Mitbehandlung kann die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen verbessert werden. Auch dann, wenn ein kurativer oder lebensverlängernder Ansatz verfolgt wird.

Erfahrungen/Ergebnisse

Anzahl der in die Palliativbehandlung eingeschlossenen Patienten

2017: 48 Patienten

Beginn der VIP

2018: 60 Patienten

2019: 80 Patienten

Die Einbindung des Palliativdienstes auf der Intensivstation hat nach Etablierung der VIP zugenommen. Der Mehrwert liegt in verbesserter Symptomkontrolle und Lebensqualität der Patienten, der Festlegung von Therapiezielen, der Beratung zu schwierigen psycho-sozialen Situationen und der Teilnahme an Angehörigenesprächen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Eine strukturierte wöchentliche VIP mit festgelegten Detektoren erhöht die Anzahl der

behandelten Patienten. Durch die Verbindlichkeit und Kontinuität entsteht eine große Akzeptanz des Palliativteams.

Take Home Message für die Kongressbesucher

Es lohnt sich:

Die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften einer Intensivstation mit dem Palliativdienst ist sowohl für die Patienten als auch für das Intensivpersonal von großem Vorteil.

Perspektivenwechsel sind möglich und statt eines Mehraufwandes kommt es eher zu Entlastung bei den Behandlern. (Befragung der Mitarbeiter)

Offenlegungserklärung Dr. med. U. Haase Vortragstätigkeit zu palliativmedizinisch/schmerztherapeutischen Themen für Bayer Vital GmbH, MSD Sharpe & Dohme GmbH, Bristol-Myers-Squibb

Claudia Flohr: keine Interessenskonflikte

P98 Ansätze zur Verbesserung der allgemeinen palliativpflegerischen Versorgung onkologischer Patienten [197]

Autoren Haderlein S^{1,2}, Schroll-Decker I³, Herr W¹, Rechenmacher M^{1,2}

Institut 1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, UKR, Regensburg, Deutschland; **2** Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, UKR, Regensburg, Deutschland; **3** Ostbayerische Technische Hochschule, Regensburg, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715077

Fragestellung Der Großteil der onkologischen Palliativpatienten im Krankenhaus wird auf Allgemeinstationen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung (APV) versorgt. Die Studie untersucht Defizite und mögliche Unterstützungsangebote für Pflegekräfte, die einen großen Teil der Versorgung leisten.

Studiendesign Befragung mit halbstandardisiertem Fragebogen am Universitären Krebszentrum. Anonyme Befragung aller 379 Pflegekräfte, die auf Allgemeinstationen mit onkologischem Schwerpunkt arbeiten.

Methodik Quantitative Auswertung der geschlossenen Fragen. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring der offenen Fragen.

Ergebnis Die Rücklaufquote betrug 28 % (n = 104), davon 90 % ohne Palliative Care Weiterbildung. Nur 34 % der teilnehmenden Pflegekräfte schätzen die APV auf ihrer Station als sehr gut oder gut ein. Als wesentliche Defizite werden neben Personal- und Zeitmangel (81 %) mehrheitlich (52 %) auch unzureichendes Fachwissen angegeben. 87 % wünschen sich fachliche Unterstützung in der palliativpflegerischen Routine-Versorgung. 77 % wäre es eine Hilfe, wenn palliative Pflegeexperten einmal pro Woche oder häufiger vor Ort unterstützen würden. Dabei werden weniger die Übernahme von Tätigkeiten (22 %), als vor allem Anleitung und Befähigung präferiert (Medikamentenmanagement 48 %, Angehörigenversorgung 64 %, Pflegeinterventionen 65 %).

Diskussion Pflegende möchten ihre Rolle in der APV wahrnehmen und erachten dazu neben mehr Zeit-/Personalressource vor allem Wissenstransfer und Unterstützung durch Pflegeexperten als hilfreich. Dies kann durch sehr erfahrene und intuitiv handelnde Palliativkräfte (z. B. Kompetenzstufe 5, [1,]) und durch Advanced Practice Nurse (APN, [2]) mit theorie- und wissenschaftsbasierter praxisnaher Pflege gelingen.

Offenlegungserklärung Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen

Quellenangaben [1] Benner P et al.: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Huber, 2000

[2] Hamric AB et al.: Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach. St. Louis: Elsevier Saunders, 2005

P99 Zufriedenheit von stationären Palliativpatienten - Der Einfluss von Personal und Umgebung [212]

Autoren Bethune J¹, Jülich A³, Buchhold B², Krüger W¹

Institut 1 Universitätsmedizin Greifswald, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland; **2** Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin, Greifswald, Deutschland; **3** Greifswald, Dr Worm/Dr Bankau, Greifswald, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715078

Hintergrund Bei akuten Beschwerden erfolgt die Symptomkontrolle palliativer Patienten stationär. Neben Behandlung und Verköstigung haben Schwerst- und Sterbende sowie ihre Angehörigen besondere Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf die Ausstattung dieser Abteilung. Für die Gestaltung der Palliativstationen bestehen in Deutschland jedoch keine speziellen Vorschriften.

Fragestellung Untersuchung der Patientenwünsche und Zufriedenheit hinsichtlich der Patientenversorgung sowie der Einrichtung und Gestaltung einer Palliativstation

Studiendesign begleitende Befragung

Methodik standardisierte Interviews mit 65 Patienten der Palliativstation der Universitätsmedizin Greifswald zu ihrer Zufriedenheit und ihren Bedürfnissen

Ergebnis Personal (Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten), Verköstigung und Umgebung wurden durchweg als sehr wichtig bis wichtig eingestuft. Bei insgesamt guter Zufriedenheit, waren die Patienten besonders zufrieden mit der Kategorie „Personal“, gefolgt von „Umgebung/Ausstattung und Tagesablauf“ sowie „Verköstigung“. Gleichzeitig fehlten 57,9 % der Patienten schöne wohnliche Räumlichkeiten.

Diskussion; Take Home Message für die Kongressbesucher Im Rahmen der Behandlung auf einer Palliativstation sind für Patienten unterschiedliche Aspekte wichtig – besonders jedoch freundliches und kompetentes Personal. Zusätzlich sollte auch Wert auf gute Verköstigung und schöne wohnliche Räumlichkeiten gelegt werden. Dies kann die Zufriedenheit der Patienten positiv beeinflussen.

Quellenangaben [1] S3-Leitlinie der Palliativmedizin

[2] Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, 2015, 2018

P100 Herausforderungen bei der Integration der spezialisierten Palliativversorgung in der Geriatrie - eine qualitative Studie mit Mitarbeitenden einer geriatrischen Station [243]

Autoren Schwabe S^{1,2}, Brunsch H¹, Jaspers B^{1,3}, Radbruch L^{1,4}

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland; **2** Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; **3** Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; **4** Zentrum für Palliativmedizin, Maltzer Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715201

Fragestellung Geriatrie und Palliativversorgung zielen darauf, Autonomie, Partizipation und Lebensqualität von vulnerablen Patienten mit einem ganzheitlichen Behandlungskonzept zu verbessern. Welche Herausforderungen existieren bei der Integration der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) im Behandlungsverlauf geriatrischer Patienten im Krankenhaus?

Studiendesign Im Rahmen des BMBF-geförderten Forschungsprojekts CoPaPa (FKZ: 01GY1714) wurde eine qualitative Fallstudie mit Interviews mit Mitarbeitenden einer geriatrischen Station im Krankenhaus durchgeführt.

Methodik Im Jahr 2018 wurden 16 qualitative leitfadengestützte Interviews mit Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Sozialarbeitern zum Übergang zur palliativen Behandlung geführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden mit MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis Die Integration der SPV wird erschwert durch a) unterschiedliche Verständnisse von Palliativversorgung, b) Unklarheiten bezüglich der Abgrenzung zwischen allgemeiner und SPV sowie c) prognostischer Unsicherheit im Krankheitsverlauf. Organisatorische Hürden wie fehlende Zeit für Gespräche, fehlende Betten auf der Palliativstation und häufige Arztwechsel erschweren die Integration der SPV zusätzlich.

Diskussion Um die rechtzeitige Integration der SPV im Krankheitsverlauf geriatrischer Patienten zu verbessern braucht es ein besseres Verständnis über die Palliativversorgung allgemein und die Identifikation von Patienten mit Bedarf an SPV im geriatrischen Team. Hier fehlt es an Leitlinien und Schulungen zum Übergang zur palliativen Behandlung in der Geriatrie.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Integration der spezialisierten Palliativmedizin in die Geriatrie wird durch fehlendes Wissen über die Palliativversorgung und zahlreiche krankheitsspezifische und organisatorische Hürden erschwert.

Leitlinien und Schulungen zur Identifikation von Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf im geriatrischen Setting sollten entwickelt und angeboten werden.

P101 Herausforderungen bei der Integration der spezialisierten Palliativversorgung in die Onkologie - eine qualitative Studie mit Ärzten und Pflegekräften einer onkologischen Station [246]

Autoren Schwabe S^{1,2}, Brunsch H¹, Jaspers B^{1,3}, Schnitzler I¹, Radbruch L^{1,4}

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland; 2 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; 3 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 4 Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715202

Fragestellung Die frühzeitige Integration der Palliativversorgung im Krankheitsverlauf wirkt sich positiv auf die Lebensqualität von Patienten und ihre Angehörigen aus. In der Praxis erfolgt die Integration der Palliativmedizin oft zu spät. Welche Herausforderungen existieren bei der Integration der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) im Krankheitsverlauf onkologischer Patienten?

Studiendesign Im Rahmen des BMBF-geförderten Forschungsprojekts CoPaPa (FKZ: 01GY1714) wurde eine qualitative Fallstudie mit Interviews mit Mitarbeitenden einer onkologischen Station im Krankenhaus durchgeführt.

Methodik Im Jahr 2019 wurden 14 qualitative leitfadengestützte Interviews mit Ärzten und Pflegekräften zum Übergang zur palliativen Behandlung geführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden mit MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis Die rechtzeitige Integration der SPV wird erschwert durch a) das Missverständnis, dass es sich bei Palliativversorgung ausschließlich um die Versorgung Sterbender handelt und b) das Missverständnis, dass die Integration der SPV als Scheitern der kurativen Therapie verstanden wird. Darüber hinaus erschweren starre Hierarchien, mangelnde Zeit und fehlende Kapazitäten der Palliativstation eine rechtzeitige Integration der SPV in der Onkologie.

Diskussion Zahlreiche Hürden bei der rechtzeitigen Integration der SPV in der Onkologie sind durch fehlende Informationen und organisatorische Rahmenbedingungen begründet. Fundierte Kenntnisse über die Palliativversorgung, Kommunikationstrainings und institutionalisierte, multiprofessionelle Teambesprechungen könnten die Identifikation von Patienten mit Bedarf an SPV verbessern.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Integration der spezialisierten Palliativversorgung in die Onkologie wird durch fehlendes Wissen über die Palliativversorgung und zahlreiche organisatorische Hürden erschwert. Die Verbesserung der Early Integration sollte auch die sozialen und organisatorischen Herausforderungen auf onkologischen Stationen berücksichtigen.

P102 Stärkung der Allgemeinen Stationären Palliativversorgung - wie kann dies im Klinikalltag umgesetzt werden? [255]

Autoren Haberland B¹, Rémi C¹, Böhne S¹, Braun R¹, Bausewein C¹

Institut 1 Klinikum der Universität München, Klinik für Palliativmedizin, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715203

Idee/Ziel Stärkung der Allgemeinen Stationären Palliativversorgung (ASPV) durch Implementierung eines Leitfadens für die Begleitung Sterbender an einem Universitätsklinikum

Intervention Bei der Auftaktveranstaltung der PalliativAnsprechpartner 2016 wurde der Bedarf für einen Leitfaden für die Begleitung Sterbender auf den Allgemeinstationen sehr deutlich. Folgende Dokumente sind in der Folge entwickelt und konsentiert worden:

Entscheidungspfad für die Begleitung Sterbender

Leitfaden medikamentöse Symptomkontrolle in der Sterbephase

Über 80 PalliativAnsprechpartnern (PA) der Allgemeinstationen wurden diese Dokumente im Rahmen von Schulungen vorgestellt. Nächstes Ziel ist, diese Dokumente im QM-Portal zentrale Regelungen „Medizinische SOP`s“ der Universitätsklinik einzustellen und in einem zweiten Schritt diese stationsweise/klinikweise in Form von Kurzvorträgen vorzustellen.

Erfahrungen/Ergebnisse Die PA empfanden die entwickelten Dokumente als „hilfreiche Tools“. Insbesondere durch den strukturierten Entscheidungspfad meinten die meisten PA könnten sterbende Patienten sowie ihre Angehörigen auf den Allgemeinstationen besser versorgt werden.

Durch die Einstellung des Dokumentes in das QM-Portal zentrale Regelungen erhoffen wir uns zunächst eine offene Diskussion unter ärztlichen Kollegen, sowie im zweiten Schritt eine verbindliche Empfehlung für alle Stationen der Universitätsklinik. Langfristig ist dies ein Weg die Empfehlungen der S3-Leitlinie umzusetzen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Zentrale Regelungen existieren an allen Krankenhäusern und haben eine große Reichweite um palliativmedizinische Empfehlungen in der ASPV zu implementieren. Ohne ergänzende Schulungen, Vorträge sowie Möglichkeiten zur Diskussion werden solche Dokumente wenig im gelebten Klinikalltag Routine werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Der Bedarf für ASPV ist groß. Es gibt viele sehr motivierte Kolleg*innen auf den Krankenhausstationen, die durch unterstützende Dokumente wie z.B. der Leitfaden für die Begleitung Sterbender Handlungssicherheit bekommen.

Offenlegungserklärung keine Konflikte

P103 Geht da noch was? Ein Beitrag zur Klärung von Konflikten durch begleitetes schöpferisches Handeln und Bildarbeit. Kunsttherapeutische Krisenintervention im Spannungsfeld zwischen Patient und Personal am Beispiel von PalliativpatientInnen einer radioonkologischen Klinik [294]

Autoren Connert S¹

Institut 1 München, Akademie der Bildenden Künste München, München, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715204

Idee/Ziel Kunsttherapeutische Intervention fördert die schöpferischen Fähigkeiten von Patient*innen. Wechselhafte Gefühlslagen und Stimmungsschwankungen kreativ und bildnerisch auszuarbeiten verbessert in besonderen Konfliktsituationen die Kommunikationsfähigkeit.

Intervention Mehrwöchige kunsttherapeutische Einzelarbeit als Krisenintervention am Krankenbett während der stationären Behandlung im Rahmen der Palliativversorgung im multidisziplinären Team.

Erfahrungen/Ergebnisse Fallbeispiele zeigen das künstlerische Potential als Brückenfunktion bei Kommunikationsstörungen zwischen Personal und Patient, hervorgerufen durch innere Konflikte wie unbewusste Abwehrmechanismen, Ängste und Trauer, durch unterschiedliche Einschätzungen der palliativen Behandlung./Die künstlerische Leistung von Menschen fördert über das künstlerisch-therapeutische Handeln und ihrer Reflexion die Selbstwahrnehmung der Patienten und unterstützt somit die emotionale Verarbeitung der Konflikte, stärkt ihre Selbsteinschätzung und trägt darüber zur Überwindung einer konflikthaften Arzt-Patienten Beziehung bei.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Das Sichtbarwerden von Perspektiven über die kunsttherapeutische Bildarbeit erweitert den Blick auf Ressourcen, aber auch Konfliktfelder des Patienten. Die Kunsttherapie kann zu einem anderen Ergebnis kommen als die übrigen Mitglieder im Team, z. B. wie es nach der Entlassung weitergehen könnte, regt aber die Diskussion darüber an.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Unterstützung schöpferischer Handlungen und von aktiven Bildprozessen bei Patienten tragen im klinischen Alltag zur Klärung von Konflikten bei.

Quellenangaben [1] Kunst – ein Thema des Lebens und Sterbens. In: Martius PH., Sprei F.u. Hennings P. (Hrsg): Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen (S. 235-246). München: Elsevir

[2] Connert S. (2012): Wundes umsorgen - Aspekte kunsttherapeutischer Arbeit im Rahmen von Palliative Care, in: Wundes Umsorgen (2012), Praxis Palliative Care, Bd. 17 (S.32 u. 33). Hannover: Vincentz

P104 Der Übergang zur palliativen Behandlung als sozialer Prozess - eine qualitative Studie zur Therapiezieländerung im Krankenhaus [307]

Autoren Schwabe S^{1,2}, Brunsch H¹, Jaspers B^{3,4}, Schnitzler J³, Radbruch L^{3,5}
Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland; 2 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; 3 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland; 4 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 5 Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715205

Fragestellung Die frühzeitige Integration der Palliativversorgung im Krankheitsverlauf wirkt sich positiv auf die Lebensqualität von Patienten und ihre Angehörigen aus. In der Praxis erfolgt die Integration der Palliativversorgung oft zu spät. Wie vollzieht sich der Übergang zur palliativen Behandlung im Krankenhaus auf der Ebene von sozialen Praktiken?

Studiendesign Im Rahmen des BMBF-geförderten Forschungsprojekts CoPaPa (FKZ: 01GY1714) wurde eine qualitative Fallstudie auf 2 Stationen im Krankenhaus durchgeführt. Die Studie war als Situationsanalyse (Clarke) angelegt und fokussierte auf Prozesse, Situationen, Akteure und soziale Praktiken beim Übergang zur palliativen Behandlung.

Methodik Von März 2018 bis November 2019 wurden je dreimonatige teilnehmende Beobachtungen auf einer geriatrischen und einer onkologischen Station sowie insgesamt 30 Leitfadenterviews mit Mitarbeitenden (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeitern) durchgeführt. Es wurden Feldtagebücher geführt und Behandlungsverläufe dokumentiert; alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert und mit MAXQDA nach Grounded Theory kodiert.

Ergebnis Der Übergang zur palliativen Behandlung ist durch 3 zentrale Vergleichsdimensionen moderiert: a) Organisationsstruktur, b) Kommunikationskultur und c) Thematisierung von Palliativversorgung und Sterben. Die Strukturen auf der Geriatrie wirkten sich förderlich auf eine frühzeitige, konsensorientierte und teamgestützte Therapiezieländerung aus; die onkologischen Strukturen begünstigten effiziente und klinisch begründete Therapiezieländerungen.

Diskussion Der Übergang zur palliativen Behandlung ist ein komplexer sozialer Prozess. Eine Verbesserung der Frühintegration darf sich nicht nur auf

medizinische Fragen beschränken, sondern sollte organisatorische, kulturelle und kommunikative Aspekte berücksichtigen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Organisationsstruktur, Kommunikationskultur und die Thematisierung von Palliativversorgung und Sterben in einer Abteilung wirken sich auf den Übergang zur palliativen Behandlung im Krankenhaus aus.

P105 Aufbau eines multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PMK) im Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW) [335]

Autoren Engelking-Fründ H¹

Institut 1 Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715206

Idee/Ziel Ziel des Projekts war der Aufbau eines multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PMK) im Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW), um Patienten (Pat.) mit fortgeschrittenen Herzerkrankungen, nach dem Konzept von „Palliativ Care“¹ in allen stationären Bereichen der Klinik zu unterstützen.

Intervention Der PMK im HDZ NRW entstand aus einer multiprof. AG des Klinischen Ethik-Komitees. Die AG entwickelte ein Leitbild, sowie ein Konzept zur Implementierung eines PMK, welches der Geschäftsführung vorgestellt wurde. 12/2016 begann die Konzeption des Projektes. Nach einer „Aufaktveranstaltung“ 6/2018 startete die Umsetzungsphase des PMK.

Erfahrungen/Ergebnisse Von 7/2018 bis 12/2019 wurden 71 Pat. im Alter von 3 T. bis 92]. vom PMK mitbetreut. Der PMK unterstützte in der stat. Versorgung z. B. bei der Ermittlung der Symptomlast, des Patientenwillens und beim Erstellen eines Therapiekonzeptes. Gemeinsam mit Pat. und Angehörigen wurde die poststat. Versorgung analysiert und geplant.

Die Unterstützung durch den PMK wurde von Pat., Angehörigen und den Behandlungsteams positiv reflektiert.

Diskussion der Übertragbarkeit Pat. mit einer lebenslimitierenden Herzerkrankung profitieren von einer palliativen Versorgung.

Durch den Einbezug eines PMK in einer Klinik der Maximalversorgung kann ein umfassendes Behandlungskonzept zur Steigerung der Lebensqualität erarbeitet werden.

Leitlinien² und Fachliteratur³ bestätigen die palliative Mitbetreuung in einer nichtonkologischen Fachklinik wie dem HDZ NRW.

Take Home Message für die Kongressbesucher Gespräche zu Möglichkeiten der nachklinischen Weiterversorgung sowie die Behandlung der unterschiedlichen Symptomlast brauchen Zeit und Expertise.

Die Palliativmedizinische Mitbetreuung herzkranker Pat. aller Altersgruppen und deren Angehörigen wird zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Offenlegungserklärung kein Interessenkonflikt

Quellenangaben [1] WHO - neue Definition von Palliative Care (2002) - DGP

[2] www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-herzinsuffizienz/3-aufgabe/kapitel-11

[3] Wördehoff D Zeitschrift für Palliativmedizin 2020; 21(1): 8–9

P106 Palliativversorgung an einem Level I Perinatalzentrum: Eine retrospektive 10-Jahres-Studie [337]

Autoren Lademann H¹, Schulz M², Junghans C³, Classen CF², Kropp P⁴, Däbritz J², Olbertz DM⁵

Institut 1 Universitätskinder- und Jugendklinik, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; 2 Universitätskinder- und Jugendklinik, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; 3 Zentrum für Innere Medizin III, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; 4 Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; 5 Abteilung für Neonatologie, Neonatologische Intensivmedizin, Klinikum Südstadt Rostock, Rostock, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715207

Fragestellung Wie ist die Palliativversorgung an einem Perinatalzentrum Level I charakterisiert?

Studiendesign Retrospektive Datenanalyse

Methodik Auswertung der medizinischen Akten aller Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter $\geq 22+0$ Wochen, die zwischen 2008-2018 im Perinatalzentrum Level I Rostock verstarben. Endpunkte entsprechend gängiger Empfehlungen (1): Erfassung der Symptomlast und gezielte medikamentöse Maßnahmen, Angebot psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung, sowie eine palliativmedizinische Konsultation. Deskriptive Auswertung mittels IBM SPSS Statics©. Ethikkommission Universitätsmedizin Rostock A 2018-0046.

Ergebnis Es verstarben 62 von 26.841 Kindern (0,2%), davon wurden 36 Neugeborene (primär/sekundär) palliativ behandelt. 11 % der palliativ versorgten Neugeborenen erhielten ein Schmerz-Assessment. Analgetika haben 64% der Kinder erhalten. Ein psychologisches Konsil wurde bei 14 % der Fälle, in keinem Fall ein palliativmedizinisches Konsil oder das Angebot einer Beratung durch den Sozialdienst dokumentiert.

Diskussion (Inter)nationale Zahlen zum Vergleich liegen bisher nicht vor, da dies die erste Untersuchung dieser Art ist. In der Neonatologie steigern erhöhte Überlebenschancen die Morbidität und erfordern zunehmend die Integration einer Palliativversorgung (2-4).

Take Home Message Die neonatologische Palliativmedizin befindet sich in den Anfängen. Eine Analyse, Verbesserung und Sicherung der Qualität der Praxis ist überfällig. Die vorliegende Studie ermöglicht erstmals eine Charakterisierung der Qualität der Palliativversorgung an einem Level I Perinatalzentrum. Diese zeigt Schwächen insbesondere bezüglich der gezielten Erfassung und Reduktion der Symptomlast, sowie der psychosozialen Beratung.

Offenlegungserklärung Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

[1] Catlin A, Carter B (2002) J perinat (2002) 22 (3):184–95.[2] Balaguer A et al. (2012) BMC ped. 12(12):25

[3] Catania TR et al. (2017) J pall med. 20(9):1020-31

[4] Parravicini E (2017) Curr op ped. 29(2):135–40.

Ambulante Patientenversorgung

P107 Muster63@palliativpro.de Eine Studie zum Zuweisungsverhalten in die SAPV-KJ [85]

Autoren Hauch H¹, Tioua-Hnoulaye A², Berthold D³, Kriwy P⁴

Institut 1 UKGM, Palliative Care Team für Kinder und Jugendliche Mittelhessen, Gießen, Deutschland; 2 UKGM, Palliative Care Team für Kinder und Jugendliche, Gießen, Deutschland; 3 UKGM, Klinik für Innere Medizin IV/V, Gießen, Deutschland; 4 Technische Universität Chemnitz, Institut für Soziologie, Chemnitz, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715273

Fragestellung Mit dem flächendeckenden Angebot der SAPV-KJ schien sich zu zeigen, dass aus zwei Landkreisen weniger Patienten zugewiesen werden. Da die Gleichverteilung der lebenslimitiert Erkrankten anzunehmen ist und eine klar definierte Zuständigkeit in Hessen besteht, stellen sich die Fragen, ob eine inhomogene Zuweisung erfolgt und welche Mechanismen bestehen könnten, die das unterschiedliche Zuweisungsverhalten der Ärzte erklären.

Studiendesign Faktorieller Survey (FS) und Analyse der Wohnorte der Patienten

Methodik Es erfolgte eine Analyse der Wohnorte (2014-19). Zudem wird ein FS (1, 2) mit Zuweisern durchgeführt. Es werden 10 Fälle beurteilt, indem sie Angaben zur Überweisungswahrscheinlichkeit in die SAPV-KJ machen. Die einzelnen Dimensionen werden experimentell variiert. Angaben zu palliativmedizinischen Vorkenntnissen werden erfasst.

Ergebnis In den drei Landkreisen zeigten sich 65,1 – 68,7 Zuweisungen/100.000 Einwohner, < 20 Jahre im untersuchten Zeitraum. In zwei weiteren waren es mit 24,2 – 31,2 signifikant weniger ($p=0.001$, Chi-Quadrat-Test

Yates). Es zeigte sich bei 37 Befragten, dass Familien mit sprachlichen Einschränkungen signifikant häufiger an die SAPV überwiesen werden würden (Regressionskoeffizient (RK) 0,74 +/- 0,21, $p=0,001$). Ein stabiler Verlauf reduziert die Wahrscheinlichkeit (RK -0,82 +/- 0,24, $p=0,002$).

Diskussion Es zeigte sich eine signifikante Gebietsinhomogenität von Zuweisungen und erste Mechanismen. Nach Studienende (Zielgröße $n=200$) werden Ergebnisse erwartet, die weitere Zusammenhänge aufzeigen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die SAPV-KJ scheint auch 5 Jahre nach Gründung nicht flächendeckend etabliert zu sein. Durch das Verständnis der Zuweiser könnte das Versorgungsgebiet besser erschlossen werden.

Offenlegungserklärung keine Interessenskonflikte.

Quellenangaben [1] Auspurg K et al. Komplexität von Vignetten, Lerneffekte im faktoriellen Survey. Methoden, Daten, Analysen (mda) 2009; 3: 59–96

[2] Lehmann J; Kriwy P (2020): Vignettenanalysen, in: Niederberger, Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention, Springer

P108 „Ich will kein guter Kranker sein. Ich will ein Kranker sein, dem es gut geht!“ (Frau K.) Möglichkeiten und Grenzen von palliativpsychologischen und psychotherapeutischen Hausbesuchen unter den aktuellen GKV-Bedingungen - ein Erfahrungsbericht aus fünf Jahren Kooperation mit der SAPV [106]

Autoren Pittrof G¹

Institut 1 Praxis für Psychotherapie, Köln, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715209

Auf Palliativstationen ist es selbstverständlich, von Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern betreut zu werden - nicht aber im ambulanten Bereich, trotz entsprechender Leitlinien und Indikationen. Seit 2015 kooperiert die Autorin (GKV-zugelassene Verhaltenstherapeutin) mit dem Palliativteam-SAPV-Köln, um eine palliativpsychologisch-psychotherapeutische Versorgung durch Hausbesuche zu ermöglichen.

Mit 75 Patient*innen fanden insgesamt 521 Therapiesitzungen im häuslichen Umfeld, im Hospiz und der Praxis statt. Vermittelt wurden v.a. hochbelastete Personen mit komorbiden psychischen Störungen, Familienkonflikten und schwierigen sozialen Lebensbedingungen. Die Anzahl der Sitzungen pro Person war sehr variabel (1 bis 50 Sitzungen). Methoden und Rückmeldungen werden dargestellt, Vorteile, Nachteile und Grenzen diskutiert.

Patient*innen mit über 15 Sitzungen waren z. T. aus der SAPV ausgeschleust und wären von einem SAPV-Psychologen nicht weiter versorgt worden.

Im Rahmen der Regelfinanzierung ist eine wirtschaftliche ambulante Versorgung nicht möglich, weil ein höherer organisatorischer und zeitlicher Aufwand und finanzielle Unsicherheit (Terminausfälle) bestehen.

Psychologen im SAPV-Team können bei der i.d.R. sehr begrenzten Betreuungsdauer schneller und flexibler auf Patient*innen und Angehörigen eingehen. Sie leisten eine Kooperation im Team (Bsp. Ethische Fallkonferenz, Teambesprechung), was niedergelassenen Psychotherapeuten aus organisatorischen Gründen so nicht möglich ist.

Eine adäquate ambulante Versorgung schließt die Arbeit von Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern ein. Um Hausbesuche durchführen zu können ist m.E. sowohl die Anstellung von Psychologen in der SAPV erforderlich, als auch die Förderung von GKV-Pschotherapeuten mit palliativpsychologischer Fortbildung. Trotz inhaltlicher Überschneidungen deckt jede der beiden Gruppen Bereiche ab, die durch die andere nicht hinreichend geleistet werden kann. Eine Finanzierung durch Drittmittel darf nicht als Dauer- oder Hauptzugang gelten.

Die Autorin dankt dem Palliativteam-SAPV-Köln für ihren Beitrag (Patientendaten, redaktionelle Unterstützung).

P109 Optimierung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in hausärztlichen Praxen – Implementierung ausgewählter Interventionsmaßnahmen [126]

Autoren Stiel S¹, Zimansky M¹, Schneider N¹

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

DOI 10.1055/s-0040-1715210

Fragestellung Welche Interventionsmaßnahmen haben das Potenzial, die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) in der hausärztlichen Praxis zu optimieren?

Studiendesign Diese Arbeit ist Teil der BMBF-Nachwuchsforschergruppe „Allgemeine ambulante Palliativversorgung in der hausärztlichen Praxis“ (FK01GY1610)¹.

Methodik Acht Praxisteams wählten Interventionsmaßnahmen, die in vorausgegangenen Projektphasen identifiziert wurden, zur Weiterentwicklung der AAPV aus einem Katalog von 120 Maßnahmen aus. Diese Maßnahmen werden zurzeit in einer 4-monatigen Implementierungsphase umgesetzt. Die Evaluation erfolgt unter Berücksichtigung der Normalisation Process Theory und mittels Gruppeninterviews.

Ergebnis Die Praxisteams wählten durchschnittlich 10 Interventionsmaßnahmen einschließlich zweier Bildungsmaßnahmen zur Steigerung der allgemeinen Palliativkompetenz der Praxisteams aus. Es werden Maßnahmen a) zur vorausschauenden Versorgung von Patienten*innen (z. B. Palliativmedizinisches Basis-Assessment, Notfallbogen), b) zur Beratung und Information von Patient*innen und Angehörigen (z. B. Beratung zu Patientenverfügungen, Flyer über Palliativversorgung), sowie c) zur Organisation der Hausarztpraxis (z. B. Aktualisierung von Medikamentenplänen) implementiert.

Diskussion Die Evaluation des Implementationsprozesses wird zeigen, welche Maßnahmen aus Sicht der Anwender selbst in den Praxisalltag integriert werden können.

Take Home Message für die Kongressbesucher Hausarztpraxen, die an einer Interventionsstudie zur Optimierung der AAPV teilnehmen, präferieren praxisnahe Maßnahmen, die ihnen selbst oder Patient*innen unmittelbar zu Gute kommen.

Offenlegungserklärung Die Autor*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Quellenangaben [1] Ewertowski H, Tetzlaff F, Stiel S, Schneider N, Junger S. Primary palliative Care in General Practice - study protocol of a three-stage mixed-methods organizational health services research study. *BMC Palliat Care* (2018); 17(1):21

P110 Patient-Reported-Outcome-Messung (PROM) in der Ambulanz: Erfassung von prädiktiven Faktoren, die zu einer Vorstellung in der palliativmedizinischen Sprechstunde führen. [163]

Autoren Müller S¹, Beckmann M², Koepf J¹, Hense J¹, Schuler M^{1,3}, Teufel M², Tewes M¹

Institut 1 Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; 2 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR Klinikum Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; 3 Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), Partnerstandort Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715211

Fragestellung Vor dem Hintergrund der überwiegend ambulanten Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen (pPat) besteht ein hoher Bedarf an Sprechstunden der spezialisierten Palliativversorgung (SPV). Es erfolgt eine Analyse zur Erfassung von prädiktiven Faktoren, bei einer

quartalsweise durchgeführten PROM einer Ambulanz eines Onkologischen Spitzenzentrums, die zu einer SPV-Zuweisung führen.

Studiendesign Diese monozentrische, retrospektive Kohortenstudie untersucht die Symptome von o. g. pPat bei Erstvorstellung (EV) der SPV innerhalb eines Zeitraums von 01/2014 bis 03/2019. Weiter wird die Veränderung der Symptomintensität in den letzten 6 Monaten (Mo) vor EV beschrieben. Mögliche prädiktive Faktoren werden mittels Kontrollgruppe ohne Vorstellung in der SPV ermittelt. (Matching: Zuweisender Arzt & Diagnose)

Methodik Deskriptive Analyse von Alter, Geschlecht, Tumorentität, aktueller Therapielinie, Zeit zur Erstdiagnose und Tod (Mo), sowie der Symptome bei EV und bis 6 Mo vor EV der pPat der SPV. Gruppenunterschiede werden mittels Varianzanalysen (ANOVA), t-Test bei unabhängigen Stichproben und Mann-Whitney-U-Test untersucht.

Ergebnis Von 229 angemeldeten pPat stellten sich 197 Pat in der SPV vor. Charakteristik: männlich (n= 77; 39%), weiblich (n= 120; 60%), medianes Alter bei EV 62 (18 – 88) Jahre. Es stellten sich überwiegend Pat mit gastrointestinalem Karzinom (n= 48; 24%), Lungenkarzinom (n= 41; 21%) und Mammakarzinom (n= 39; 20%) vor. Bis zum 02.03.2020 waren 78 Pat verstorben. Die EV erfolgte im Median 18 (1 - 202) Mo nach Diagnose eines Stadium IV und 4 Mo vor dem Tod (0 – 38). Starke Symptome bei EV waren Schwäche (n= 31; 17%), Schmerzen (n= 27; 14%) und Müdigkeit (n= 25; 14%). pPat gaben als häufigsten Grund der Vorstellung Schmerzen (n= 62; 27%) sowie die Organisation der häuslichen Versorgung (n= 33; 17%) an. Analysen der prädiktiven Faktoren dauern an.

Diskussion pPat stellen sich häufig zur Schmerzeinstellung in der SPV vor. Fatigue und Schmerzen sind prävalente Faktoren bei EV in einer SPV-Sprechstunde. Die geplante Symptomänderung und der Kontrollgruppenvergleich folgen.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte.

P111 Kunsttherapie als non-verbale Kommunikation bei ALS-Patientin mit Locked-in-Syndrom (LIS) - ein Fallbericht [177]

Autoren Neubüser C¹, Köster CP¹

Institut 1 to Huus - SAPV-Team im südlichen Landkreis Rostock, Bützow

DOI 10.1055/s-0040-1715212

Idee/Ziel Kunsttherapie als non-verbale Kommunikation bei ALS-Patientin mit Locked-in-Syndrom (LIS)

Intervention Bilder sagen mehr als tausend Worte, drücken Unausgesprochenes aus. Bei einer ALS-Patientin mit LIS beginnt der Kunsttherapeut zur Erweiterung der Kommunikation unter Anleitung der gelähmten Pat. ihre „inneren Bilder“ zu malen. Deren (Be-)Deutung ist für die Pat. wichtig, der Therapeut muss sie nicht ganz verstehen. Es wird angeregt, dass die Pat. sich einen spirituellen Begleiter in Form eines Tieres, der auf dem inneren Weg helfen könne, vorstellt.

Erfahrungen/Ergebnisse Bild 1 zeigt vor einem Buchenwald einen blauen Hirsch, der über einen reißenden Strom zur Blumenwiese will, und einen grauen Stein als Ausdruck unbestimmter Furcht. Bildbetrachtungen, auch innerfamiliär, vermitteln wesentliche Botschaften, erweiterten Kommunikationsräume, das Bild dient als Bezugspunkt, Deutungen verändern sich im Prozess. Beim nächsten Treffen „untersucht der Hirsch den Stein“ – die Pat. verspürt erst Zukunftsangst, dann Dankbarkeit darüber, selbst entscheiden zu können, schließlich Angst, dies irgendwann nicht mehr zu können. Am Ende der Sitzung hat sie die Kraft gefunden, nun eine Patientenverfügung zu erstellen. Malen als Selbstwirksamkeits-Erleben.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Kunsttherapie als etablierte Methode kann mit geringem materiellen Aufwand bei LIS angewandt werden. Mögliche Beeinflussung des Pat. und seiner Bilder durch die Persönlichkeit des Kunsttherapeuten müssen beachtet werden. Die große Chance scheint, Patienten mit Locked-in-Syndrom eine non-verbale Kommunikationsmöglichkeit mit vielschichtigen Anteilen zu eröffnen, um Patienten, Team, An-

und Zugehörigen ein besseres Verständnis der inneren Welten des Mitmenschen zu ermöglichen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Kunsttherapie kann effektiv neue Erlebniswelten und Kommunikationsräume auch für Patienten mit Locked-in-Syndrom eröffnen und vermitteln.

Offenlegungserklärung Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

P112 Patientenaufklärungsbögen und Dokumentation zur palliativen Sedierung - (längst) überflüssig?! [186]

Autoren Hecht M¹

Institut 1 Palliative Care Team Hanau GmbH, Hanau, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715213

Idee/Ziel Die palliative Sedierung (PS) ist die ultima ratio zur Symptomkontrolle in der palliativen Behandlung schwerstkranker Patienten. Bisher gibt jedoch weder eine gängige Dokumentationsvorlage über den Entscheidungsprozess noch eine Patientenaufklärung über die PS. Bisher wird die Aufklärung und Einwilligung zur PS kaum durch Patientenunterschrift dokumentiert. Die ist in diesem hoch sensiblen Thema verbesserungswürdig und aus forensischen Gründen für Behandler, Patienten und Angehörige immens wichtig.

Intervention Das Palliative Care Team Hanau nutzt intern einen standardisierten Patienten-Aufklärungsbogen zur PS. Zudem wird an der Erstellung einer Dokumentationsvorlage „Entscheidungsprozess zur PS“ gearbeitet. Hierdurch kann Willensbekundung und Aufklärung für die PS eindeutig nachvollzogen werden. Ein standardisierter Bogen schafft eine Verbesserung von Ergebnis- und Struktur/Prozess-Qualität und sichert die Behandler vor rechtlichen Konsequenzen ab. Die Anwendung und Erstellung des Bogens sorgte für kontroverse Diskussion über Zumutbarkeit und Notwendigkeit für den Patienten, Angehörige und Behandler.

Erfahrungen/Ergebnisse Aufklärungsbögen werden von Patienten und Angehörigen sehr gut angenommen. Auf Seiten der Anwender scheinen hier mehr Ressentiments zu bestehen, wolle man den Patienten nicht durch „sachliche, schriftliche“ Aufklärung und Unterschrift belasten.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die standardisierte schriftliche Aufklärung trägt zur Struktur- und Ergebnis-Qualität in der täglichen Arbeit bei und dokumentiert nachvollziehbar den Entscheidungsprozess und Patientenwillen zur PS

Take Home Message für die Kongressbesucher Die schriftliche, standardisierte Aufklärung zur PS fehlt in der täglichen Arbeit, muss aber wie jedes invasive Verfahren nachvollziehbar aufgeklärt und dokumentiert werden. Auch der Entscheidungsprozess zur PS bedarf einer dezidierten, nachvollziehbaren Dokumentation.

Ein Vordruck „palliative Sedierung“ sollte flächendeckend etabliert werden.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenkonflikte.

P113 Iconili - Ein Booklet zur unterstützenden Kommunikation [189]

Autoren Janßen G¹, Danneberg M¹, Willuweit A²

Institut 1 Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Kinderonkologie,

Düsseldorf, Deutschland; 2 CRENEO, Düsseldorf, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715214

Idee/Ziel Im Rahmen der Palliativversorgung werden Kinder behandelt, die als Symptom einer progredienten Hirntumorerkrankung eine Sprachunfähigkeit zeigen. Der Verlust der sprachlichen Kommunikation ist krisenhaft und bedarf einer raschen Hilfe.

Diese Patienten weisen neben Lähmungen der Extremitäten auch Augenmuskulaturstörungen auf, sodass Hilfsmittel zur unterstützten Kommunikation zeitnah kaum einsetzbar sind. Die Mutter einer betroffenen Patientin erstellte ein Bilderbuch. Dies führte zu der Idee, ein Booklet mit Bildern zu Themen des

täglichen Lebens zu erstellen und einer größeren Patientengruppe zugänglich zu machen.

Intervention Das Booklet wurde von Mitarbeitern des Kinderpalliativteams zusammen mit der Designagentur CRENEO, die das Projekt „Iconili“ ehrenamtlich begleitete, erstellt. Ein Prototyp wurde betroffenen Eltern und Patienten vorgelegt und anhand ihrer Anregungen überarbeitet. Das Buch besteht aus Oberkategorien wie Gesundheit, Hilfe, Freizeit und Ernährung. Es bietet einen schnellen Zugriff auf Symbole des täglichen Lebens und gibt die Möglichkeit, Befindlichkeiten durch Fingerzeig mitzuteilen. Individuelle Erweiterungen sind über Zeichnungen oder Fotos möglich.

Erfahrungen/Ergebnisse: „Iconili“ wird kostenfrei an betroffene Patienten abgegeben. Es kann eine unmittelbare Hilfe für Patienten in akuter Erkrankungssituation sein.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Neben Kindern mit Sprachunfähigkeit bei Hirntumoren könnten auch Patienten mit anderen neurologischen Diagnosen wie Dystonien oder Zustand nach Apoplex von „Iconili“ profitieren. In Planung ist eine „Iconili“ App, die im Vergleich zum Booklet ein erweitertes Spektrum bieten wird.

Take Home Message für die Kongressbesucher „Iconili“ bietet als rasch verfügbares Booklet eine Möglichkeit der unterstützenden Kommunikation.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte.

Quellenangaben [1] www.iconili.com, Zugriff am 09.03.2020

[2] Carruthers H et al Which **alternative communication** methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. Intensive Crit Care Nurs. (2017) 42:88–96.

P114 Natürliche Todesart trotz Sturz - Bedarf es eines Umdenkens im Umgang mit der Leichenschau in der SAPV? Eine Falldarstellung. [265]

Autoren Hecht M¹

Institut 1 Palliative Care Team Hanau GmbH, Hanau, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715215

Idee/Ziel Falldarstellung, dass im Rahmen palliativer Versorgung häusl. Stürze absehbar sind und auf Grund schwerer Erkrankungen „als innere Ursache“ vermehrt auftreten können. Nach Ausschluss von Fremdverschulden, wurde in der Gesamtschau des Falles eine natürliche Todesart trotz Sturzereignis vom Leichen schauenden Arzt vermerkt, was bei vorgelegtem äußeren Verletzungsmuster jedoch in der zweiten Leichenschau zur Verständigung der Kriminalpolizei und zur Beschlagnahme des Leichnams führte.

Intervention Problemdarstellung vor der HLAEK/Palliativ-Ausschuss inkl. Fachgespräche mit Amtsärzten/Rechtsmedizinern. Interne Neuregelung „Vorgehen bei ungeklärter Todesart“ im SAPV-Team.

Erfahrungen/Ergebnisse Unterschiedlicher Umgang mit Sturzereignissen in der palliativen Versorgung und der Leichenschau durch palliativmedizinische Kollegen. Große Unsicherheit ob der Rechtslage und der ärztlichen Durchführung. Empathischer Umgang mit den Familien erscheint gerade bei „ungeklärter Todesart“ immens wichtig.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Stürze im Alter sind häufig. In der palliativen Arbeit können Sturzereignisse auch Folgen einer schweren Krankheit sein und sollten nicht genauso rechtlich behandelt werden wie z. B. Stolperstürze. Ein nicht-natürliche Todesart zieht rechtliche Schritte nach sich (polizeiliche Ermittlung, Beschlagnahme des Leichnams), welche hochbelastend für die Angehörige sein können, die Trauerarbeit behindern und staatliche Ressourcen belasten. Hier müssen ggf. eine Novellierung der Gesetzeslage, Ausnahmeregelungen für Palliativpatienten bzw. Verfahrensanweisungen etabliert werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Sind Stürze durch innere Ursachen heraus bedingt und im Krankheitsverlauf zu erwarten, sollte differenziert über die Todesart bei der Leichenschau entschieden werden. Hieraus kann bei „ungeklärter bzw. nicht-natürlicher Todesart“ sowohl für Angehörige als auch

Behörden eine ungewollte Mehrbelastung entstehen und Trauerverarbeitung verzögern.

Offenlegungserklärung Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

P115 P-MOVE: Machbarkeitsuntersuchung von bewegungstherapeutischen Angeboten bei Palliativpatienten mit metastasierten pankreatobiliären Karzinomen [269]

Autoren [de Lazzari N¹](#), [Götte M²](#), [Niels T³](#), [Baumann F³](#), [Hense J¹](#), [Schuler M^{1,4}](#), [Siveke J^{1,4,5}](#), [Tewes M¹](#)

Institut **1** Universitätsklinikum Essen, Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Essen, Deutschland; **2** Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderheilkunde III, Essen, Deutschland; **3** Universitätsklinik, Klinik I für Innere Medizin, Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Universitätsklinik Köln, Bonn, Deutschland; **4** Universitätsklinikum Essen, Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), Partnerstandort Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; **5** Universitätsklinikum Essen, Institut für Experimentelle Tumorthherapie, Westdeutsches Tumorzentrum, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

DOI [10.1055/s-0040-1715216](https://doi.org/10.1055/s-0040-1715216)

Ziel Palliativ-Patienten (Pt) leiden häufig an einer Tumorkachexie. Studien im kurativen Behandlungskontext deuten darauf hin, dass Tumorkachexie durch Bewegungsprogramme reduziert wird. Bei Pt gibt es bisher kaum Untersuchungen, die diese These bestätigen. Das primäre Ziel der prospektiven, randomisiert-kontrollierten Studie P-MOVE stellt die Evaluation der Machbarkeit von bewegungstherapeutischen Maßnahmen im palliativen Kontext dar. Sekundär werden immunologische und metabolische Parameter, Therapieansprechen und Sarkopenie/lean body mass bei Pt mit metastasierten pankreatobiliären Karzinomen (PDAC) untersucht.

Intervention 40 Pt werden vor Beginn einer neuen Therapielinie rekrutiert. Die Pt werden nach dem Verfahren der Minimisierung randomisiert unter Berücksichtigung der Faktoren Geschlecht, Alter und Body-Maß-Index. Über 8 Wochen absolviert die Interventionsgruppe 3 Trainingseinheiten pro Woche (1x supervidiertes Krafttraining und 2x selbständig nach einem individualisierten home-based Trainingsplan). Die Kontrollgruppe erhält zu Beginn eine einmalige Beratung zu Alltagsaktivitäten und -bewegungen.

Erfahrungen Pt mit PDAC zeigen eine hohe Motivation, an einem Bewegungsprogramm teilzunehmen, jedoch scheiterten bisherige Studien an der Rekrutierung. Ein möglicher negativer Prädiktor scheint hierfür Fatigue zu sein, welche im Rahmen der Studie begleitend untersucht wird.

Diskussion der Übertragbarkeit Die Studie evaluiert die Machbarkeit dieses Ansatzes. P-MOVE bietet die Möglichkeit, die Effekte von bewegungstherapeutischen Maßnahmen für möglichst viele Pt als unterstützende Maßnahme mit zusätzlicher translationaler Begleitforschung zu untersuchen. Bisherige Studien weisen Probleme in der Rekrutierung von Pt im palliativen Setting auf. Dem soll mittels engen Austausches mit den Behandlern entgegen gewirkt werden. Ein Risiko sind die stark wechselnden Gesundheitszustände der Pt, daher wird wöchentlich eine Prüfung (ECOG, Adverse Events, 4-wöchentliches EKG) durch den Behandler durchgeführt. Die Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse sollen in die Entwicklung einer multizentrischen randomisierten Studie einfließen.

P116 Qualitätszirkel in der ambulanten Hospizarbeit [287]

Autoren [Gerdes V^{1,2}](#)

Institut **1** Stiftung Hospizdienst Oldenburg, Oldenburg, Deutschland; **2** Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Pädagogik, Oldenburg, Deutschland

DOI [10.1055/s-0040-1715217](https://doi.org/10.1055/s-0040-1715217)

Idee Sterbebegleitung durch Ehrenamtliche eines Ambulanten Hospizdienstes wird in dessen Auftrag und Verantwortung erbracht. Für die Qualität der Begleitung ist wichtig dass Ehren- und Hauptamtliche eine hospizliche Haltung entwickeln und die Grundsätze der Hospizarbeit unterstützen. Für eine intensive Auseinandersetzung hiermit ist die Zusammenarbeit in einem Qualitätszirkel sinnvoll.

Intervention Im Qualitätszirkel der Stiftung Hospizdienst Oldenburg arbeiten seit 2004 10 Haupt- und Ehrenamtliche aus allen Aufgabenbereichen (Sterbe- und Trauerbegleitung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Peer-Online-Begleitung, Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit) zusammen. Basis war die Erarbeitung eines Leitbildes, der konkreten Aufgaben Ehrenamtlicher in den verschiedenen Bereichen der Stiftung sowie daraus sich ergebende Voraussetzungen für die ehrenamtliche Mitarbeit und Instrumente der Qualitätsentwicklung. Das 2006 erstmals veröffentlichte Handbuch für ehrenamtlich Mitarbeitende wird fortlaufend aktualisiert und ergänzt (8. üa. Aufl. 2019) und ist Grundlage für Vorbereitungskurse, Fortbildung und Begleitung der Ehrenamtlichen nach innen sowie gemeinsame Basis aller Tätigkeiten nach außen. Die Inhalte werden regelmäßig in der großen Gruppe der Ehrenamtlichen (> 150) diskutiert und hinterfragt. Zudem werden aktuelle für die Hospizarbeit bedeutsame gesellschaftliche Themen und deren mögliche Auswirkungen diskutiert.

Erfahrungen Die gemeinsame Erarbeitung eines Leitbildes und Diskussionen zu Möglichkeiten dessen Wirksam-Werdens in der Praxis tragen bei zu einer Stärkung des Ehrenamts und einer Identifikation mit den Zielen und Arbeitsweisen der Einrichtung.

Diskussion der Übertragbarkeit Kern eines Qualitätsmanagementprozesses in einem Ambulanten Hospizdienst ist die gemeinsame Auseinandersetzung mit den Zielen, Aufgaben und deren Gestaltung. Es ist daher sinnvoll dies unter Berücksichtigung einrichtungsspezifischer Rahmenbedingungen individuell zu erarbeiten.

Take Home Message Die Expertise von Ehren- und Hauptamtlichen kommt in der gleichberechtigten Zusammenarbeit in einem Qualitätszirkel konstruktiv zum Tragen.

P117 Evaluation eines telemedizinischen Systems in der spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) [308]

Autoren [Czaplik M¹](#), [Follmann A²](#)

Institut **1** Docs in Clouds TeleCare GmbH, Aachen, Deutschland; **2** Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Anästhesiologie, Aachen, Deutschland

DOI [10.1055/s-0040-1715218](https://doi.org/10.1055/s-0040-1715218)

Idee/Ziel In der ambulanten Palliativversorgung findet die primäre Betreuung der Patienten durch Fachpflegekräfte statt. Mitunter wird jedoch die fachliche Unterstützung eines Palliativmediziners benötigt. Der Einsatz von Telemedizin bietet die Chance einer sicheren, zügigen ärztlichen Konsultation. Die persönliche Betreuung erfolgt weiterhin durch die Pflegekraft - mit erweiterten Kompetenzen.

Intervention Im SAPV-Team „Home Care Aachen“ wird seit Januar 2019 ein portables System zur Durchführung von Telekonsultationen eingesetzt (TeleDoc portable, Docs in Clouds TeleCare GmbH, Aachen). Die TeleDoc-Tasche beherbergt ein Notebook mit integrierter Webcam, eine zusätzliche, durch den Arzt aus der Ferne steuerbare Kamera, ein Pocket-EKG (WIWE, myWIWE Diagnostika, Eger, HU) und ein digitales Stethoskop (Littmann 3200, 3 M, Neuss). Auf dem Notebook befinden sich die Dokumentationssoftware Pallidoc (Statconsult, Magdeburg) und die TeleDoc-Software. Benötigt die involvierte Pflegekraft ärztlichen Rat, so stellt sie direkt aus dem Pallidoc heraus eine teleärztliche Anfrage. Eine Datenschnittstelle übermittelt die für die Anfrage relevanten Daten in die TeleDoc-Software und kontaktiert den in Rufbereitschaft befindlichen „Tele-Palliativmediziner“.

Erfahrungen/Ergebnisse Der „Tele-Palliativmediziner“ kann sich ein gutes Bild vom Patienten machen und rechtssicher ärztliche Maßnahmen an die SAPV-

Pflegekraft delegieren. Lange Wartezeiten bzw. unnötige Wegezeiten werden vermieden. Insbesondere die Auskultation der Lunge hat sich als sehr hilfreich erwiesen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Auch wenn der persönliche menschliche Bezug gerade in der Palliativversorgung durch nichts zu ersetzen ist, trägt die Durchführung von Telekonsultationen zwischen Pflegekräften und Palliativmediziner zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Die hohe Anwenderakzeptanz befürwortet eine flächendeckende Implementierung der Telemedizin in der SAPV.

Take Home Message für die Kongressbesucher Ärztliche Delegationen an eine SAPV-Pflegekraft werden durch den Einsatz von Telemedizin sicherer.

P118 Robotisches Assistenzsystem für die ambulante Gesundheitsversorgung bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS) [313]

Autoren Tirschmann F¹, Sacco S¹, Eicher C², Klebbe R², Maier A², Meyer T², Spittel S², Greuß M³, Oleimeulen U³, Brukamp K¹

Institut 1 Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg,

Deutschland; 2 Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin,

Deutschland; 3 Pflegewerk Berlin GmbH, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715219

Idee/Ziel Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine unheilbare Krankheit mit fortschreitender Lähmung der Skelettmuskulatur, die Betroffene in eine Palliativsituation führt. Der Ausfall motorischer Fähigkeiten könnte jedoch durch die Delegation von Handlungen an ein robotisches Assistenzsystem streckenweise kompensiert werden. Der Gebrauch von Robotik im Alltag würde dann eine Entlastung für Betroffene und Bezugspersonen darstellen.

Intervention Ein flexibler Roboterarm wird für den Einsatz von wiederkehrenden Tätigkeiten vorbereitet. Daten zu Bedürfnissen, Erwartungen und Bewertungen von Betroffenen, Bezugspersonen und Forschenden wurden in Interviews und Workshops erhoben. Proof-of-Principle-Tests wurden mit ALS-Pflegebedürftigen für verschiedene Szenarien durchgeführt.

Erfahrungen/Ergebnisse Ein Roboterarm bei Menschen mit ALS kann prinzipiell wiederkehrende Elemente in Selbstversorgungs- und Pflegesituationen übernehmen. Er stößt auf hohes Interesse in den Nutzungsgruppen, wird insgesamt positiv bewertet und trägt zur Umsetzung von Selbstbestimmung und Teilhabe bei.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Hoffnungsvoll stimmt die Betroffenen die Vorstellung, bei Alltagshandlungen nicht ständig auf andere Menschen angewiesen zu sein. Kritisch gesehen wird eine mögliche Konkurrenz des Roboterarms zu Bezugspersonen und Pflegefachkräften.

Take Home Message für die Kongressbesucher Robotische Assistenzsysteme besitzen ein hohes Potenzial für die ambulante Selbstversorgung und Unterstützung von ALS-Betroffenen und stellen damit ein Beispiel für den sinnvollen Einsatz von Gesundheitstechnologien in der Palliativsituation dar.

P119 Aufnahmemanagement in der SAPV am Beispiel der HomeCare Linker Niederrhein gGmbH [325]

Autoren Grabenhorst U¹, Horn K¹, Wolff C¹, Schaal M¹

Institut 1 Homecare Linker Niederrhein, Viersen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715280

Idee/Ziel Die HomeCare LNR erbringt SAPV für die Stadt Mönchengladbach u. den Kreis Viersen auf einer Fläche von 733,75 km² mit 560.389 Einwohnern.^{1,2} 2019 wurden durch das SAPV-Team > 600 Pat. versorgt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 20,2 Tage.³ Ca. 28% der Pat. verblieben < 5 Tage in der SAPV. Vertraglich ist das SAPV-Team verpflichtet innerhalb von 3 Werktagen die Notwendigkeit u. Eignung von SAPV im Rahmen eines Assessments zu prüfen.⁴ Aus medizinisch-pflegerischen u. psychosozialen Gründen ergibt sich oftmals eine kürzere Frist zur Aufnahme.

Anfragen zur Aufnahme in die SAPV kommen über diverse Institutionen des Gesundheitswesens. Hauptanfrager sind neben Hausärzten und Krankenhäusern die Zugehörigen der Pat. Daraus ergibt sich eine große Variation hinsichtlich der beim Erstkontakt erhebbaren Informationen.

Ziel ist, das entwickelte Aufnahmemanagement als Best Practice zur Sicherstellung einer schnellen und patientengerechten Aufnahme aller Anfragen im Versorgungsgebiet vorzustellen.

Intervention Das Aufnahmemanagement setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Basis bildet ein elektronisches Patienteninformationssystem mit Dokumentation aller Anfragen in Echtzeit. Anhand teamintern definierter Kriterien wird eine Kategorisierung nach Dringlichkeit vorgenommen. Der weitere Aufnahmeprozess folgt den Dringlichkeitsstufen angepassten Aufnahmepfaden.

Erfahrungen/Ergebnisse Wir können zeigen, dass eine zeitnahe Aufnahme aller SAPV-bedürftigen Pat. in einem Versorgungsgebiet möglich ist.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Wir sehen die Übertragbarkeit auf andere SAPV-Teams als gegeben an. Limitierende Faktoren liegen u.a. in der Knappheit an Fachkräften u. den hohen Ansprüchen an die Mitarbeitenden.

Take Home Message für die Kongressbesucher Es ist zu befürchten, dass mit dem Bundesrahmenvertrag⁵ die Verpflichtung der SAPV-Teams zur Aufnahme aller anfragenden Pat. auf mehrere Teams pro Versorgungsgebiet übergeht. Ohne regionale Absprachen droht in der Folge eine Selektion von Pat. u. ein Rückgang mit SAPV-versorgter Gebiete.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

Quellen [1,2] Destatis, 2019

[3] Porz J. M. 2019

[4,5] SGB V

P120 Wie manifestiert sich Spiritualität bei Angehörigen von Patienten in der Palliativversorgung? Eine qualitative Sekundäranalyse [336]

Autoren Wikert J^{1,2}, Oechsle K¹, Treutlein M¹, Theochari M¹, Bokemeyer C¹, Ullrich A¹

Institut 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Zentrum für Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg,

Deutschland; 2 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der

Universität München, LMU München

DOI 10.1055/s-0040-1715220

Fragestellung Die spirituelle Dimension stellt einen wesentlichen Bestandteil der ganzheitlichen Palliativversorgung dar. Entsprechende Studien fokussieren jedoch fast ausschließlich auf die Perspektive von Patienten, während die spirituellen Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Angehörigen bisher kaum untersucht wurden. Ziel der Studie war Beschreibung des Erlebens von Angehörigen in der Palliativversorgung, die Bezüge zu Spiritualität aufweisen.

Studiendesign Qualitative Sekundäranalyse.

Methodik Im Rahmen einer qualitativen Sekundäranalyse wurden Daten in Form von Interview-Transkripten anhand einer Themenanalyse untersucht. Die Primärdaten stammten aus zwei Studien zu Belastungen und Bedürfnissen bei Angehörigen von an Krebs erkrankten Patienten über den Zeitraum der Diagnosestellung einer palliativen Erkrankungssituation bis nach Versterben des Patienten.

Ergebnis Spiritualität wurde in allen 29 Interviews als übergeordnetes oder zugrundeliegendes Phänomen thematisiert. Die Analyse ergab vier Aspekte, über die sich Spiritualität im Erleben von Angehörigen manifestiert: "Verbundenheit", "Religiöser Glaube", "Spirituelle Transzendenz" und "Hoffnung". Ein fünfter, übergreifender Aspekt "Kontinuierliche Integration spiritueller Erfahrung" bezog sich auf Veränderungen oder Neudefinitionen der Blickweise von Angehörigen auf das Leben an sich oder auf spezifische Aspekte des Erlebens von Spiritualität. Spiritualität bei Angehörigen zeigte sich insgesamt als vielschichtiges und individuell ausgestaltetes Phänomen.

Diskussion Die Ergebnisse liefern eine umfassende Beschreibung, wie sich Spiritualität bei Angehörigen schwer erkrankter Patienten manifestiert. Die Diskussion von Spiritualität und zugrundeliegender Erfahrungen von Angehörigen aus einer erweiterten, offenen Haltung in der Praxis kann die Perspektive auf Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen erweitern.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die spirituelle Dimension stellt einen relevanten Aspekt für die palliativmedizinische Forschung und Versorgungspraxis dar.

Schnittstellenversorgung

P121 Entlassmanagement in der Palliativversorgung patientenorientiert gestalten – Best Practice Beispiel [45]

Autoren von Reibnitz C¹

Institut 1 ISM International School of Management, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715221

Idee/Ziel Umsetzung des Entlassmanagements in der Palliativversorgung.

Intervention Oftmals ist die Überleitung und Gestaltung der Entlassung von Patienten in einer palliativen Versorgungssituation komplex und erfordert eine abgestimmte koordinierte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Nachversorgern. Die gesetzlichen Vorgaben zum Entlassmanagement sollen einen Beitrag zu einer patientenorientierten Umsetzung leisten.

Erfahrungen/Ergebnisse Dieser Vortrag beleuchtet die Anforderungen für eine patientenorientierte Überleitung in den Kliniken und an den Schnittstellen. Instrumente des Entlassmanagements werden anhand eines Praxisbeispiels aufgezeigt.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Fallbeispiele für eine Umsetzung werden diskutiert und Ansätze zur Übertragbarkeit vorgestellt.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die neuen Vorgaben des Rahmenvertrages bieten Möglichkeiten zur Verbesserung der Überleitungen von Palliativpatienten.

Die Voraussetzungen für eine ambulante Versorgung sind mit Entlassmanagement frühzeitig zu eruieren

Patient und Angehörige sind einzubeziehen

Der ambulante Pflegedienst sollte möglichst frühzeitig kontaktiert werden

Die Versorgung des Patienten muss auf seine persönlichen ambulanten Gegebenheiten abgestimmt werden

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Quellenangaben [1] von Reibnitz C. (2019) Case Management koordinierte Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung. In: Pröll Joachim (Hrsg.) Lux Vera (Hrsg.) Bechtel Peter (Hrsg.): Pflegemanagement. MVV Verlag, Berlin: 97–107

[2] von Reibnitz C. (2019): Wichtige Schnittstellen in der Versorgung -Homecare. Pflegezeitschrift -Springer (6) 17–19

[3] von Reibnitz C. (2019): Überleitungsmanagement in der Palliativversorgung – es geht voran. 9. Internationale Sylter Palliativtage Westerland

P122 Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf (KOPAL) – Studienprotokoll [118]

Autoren Marx G¹, Mallon T¹, Nauck F², Schneider N³, Müller C⁴, Freitag M⁵, Stiel S³, König H-H⁶, Pohontsch N¹, Zimansky M³, Schade F², Schmidt T⁴, Böttcher S⁵, Dams J⁶, Asendorf T⁷, van den Bussche H¹, Friede T⁷, Scherer M¹

Institut 1 Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; 2 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 3 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover,

Deutschland; 4 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 5 Abteilung Allgemeinmedizin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland; 6 Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; 7 Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715222

Fragestellung Die Versorgung von Menschen mit progredienten nicht-onkologischen chronischen Erkrankungen ist eine Herausforderung in der hausärztlichen Praxis. Patient*innen leiden oft jahrelang unter schweren Symptomen, die zu einer reduzierten Lebensqualität und einem Anstieg von Krankenhausweisungen führen. (1,2) Diese Studie hat zum Ziel, einen Gesprächsleitfaden zu entwickeln und die Effektivität der folgenden Intervention zu evaluieren: Einmaliges Gespräch einer SAPV-Pflegekraft mittels KOPAL-Leitfaden bei den Patient*innen zu Hause, nachfolgende telefonische Fallbesprechung (FB) zwischen Hausarzt*in (HA), SAPV-Ärzt*in und SAPV-Pflegekraft.

Studiendesign Zweiarmlige cluster-randomisierte Interventionsstudie mit 56 HÄ an vier norddeutschen Standorten.

Methodik Entwicklung des KOPAL-Leitfadens (Literaturrecherche, Workshops mit Patient*innen/Versorgenden, Advisory Board). Evaluation mit standardisierten Interviews mit 616 Patient*innen zu Baseline und nach 6, 12, 24 und 48 Wochen. Hypothesen: Reduktion von Krankenhausaufenthalten (primär) und Verbesserung von Symptomlast und gesundheitsbezogener Lebensqualität (sekundär). Die primäre Analyse erfolgt im längsschnittlichen Design und folgt dem „Intention to treat“-Prinzip. Eine gesundheitsökonomische Analyse und qualitative Evaluation (Beobachtung der FB, Interviews mit HÄ, SAPV-Versorgenden und Patient*innen; Fokusgruppen mit Angehörigen) erfolgen nach Abschluss des Beobachtungszeitraumes.

Diskussion Bei positiver Evaluation könnte der KOPAL-Leitfaden in die ambulante Palliativversorgung integriert werden und die berufsübergreifende Zusammenarbeit fördern.

Take Home Message für die Kongressbesucher Frühzeitige FB zwischen HÄ und SAPV-Teams könnten die ambulante Palliativversorgung von Patient*innen mit nicht-onkologischen Erkrankungen verbessern.

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte.

Quellenangaben [1] Kennedy C et al. Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):263–70.

[2] Murray SA et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330(7498):1007–11.

P123 Der Wiesbadener Palliativpass – vom Charta-Projekt in den Versorgungsalltag [128]

Autoren Nolte T¹

Institut 1 HospizPalliativNetz Wiesbaden und Umgebung, Wiesbaden, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715223

Ziel Das HospizPalliativnetzwerk Wiesbaden und Umgebung hat im Jahr 2014 mit Unterstützung der Stadt Wiesbaden, die zuvor die Charta unterzeichnet hatte, den Wiesbadener Palliativpass entwickelt und in die Versorgung von Schwerstkranken eingeführt. Ziel des Passes ist es, ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Intervention Der Wiesbadener Palliativpass ist eine verkürzte Patientenverfügung für eine medizinische Notlage bei einem Hochbetagten und/oder Schwerstkranken, der nicht mehr maximal notärztlich behandelt werden möchte. Dem Ausstellen des Passes geht ein intensives palliatives oder hausärztliches Beratungsgespräch voraus, um über die Auswirkungen des Passes aufzuklären. Der Pass beantwortet, ob der Inhaber reanimiert, beatmet und vor Ort oder im Krankenhaus weiter behandelt werden möchte. Zur Weiterversorgung vor Ort oder auch als Alternative zum Notarzt kann das SAPV-Palliative-Care-Team, das auch die Beratung durchgeführt hat, hinzugezogen werden.

Ergebnisse Seit 2014 wurden mehr als 300 Beratungen mit Ausstellen des Wiesbadener Palliativpasses durchgeführt. Davon sind inzwischen 193

Palliativpassinhaber verstorben, davon 146 im Pflegeheim, 40 zu Hause, 5 im stationären Hospiz und nur 2 im Krankenhaus.

Diskussion Der Palliativpass wirkt dreifach: Erstens fördert er den Austausch über Sinnfragen am Lebensende. Zweitens schafft er einen rechtlich sicheren Rahmen für einen begrenzten Notarzteinsatz. Drittens und entscheidend schützt er den Hochbetagten und Schwerstkranken vor einer Übertherapie am Lebensende. Hier hilft die SAPV, wenn sie in der Krisensituation unterstützend mit eingebunden wird.

Take Home Message Sechs Jahre nach Einführung ist der Palliativpass zu einem unentbehrlichen Instrument für eine adäquate Notallversorgung am Lebensende geworden. Er schützt hier vor Übertherapie und hilft, dem Bedürfnis von Schwerstkranken und Hochbetagten, friedlich zu Hause sterben zu dürfen, Geltung zu verschaffen!

Offenlegungserklärung Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Quellenangaben [1] Thomas Nolte: Vom Projekt in die Versorgung, Deutsches Ärzteblatt 03/2020, 68–69.

P124 Etablierung eines bedarfsgerechten Entlassmanagements für palliativmedizinische Patienten an einem Krankenhaus der Maximalversorgung [148]

Autoren Muszynski T¹, Lenz P²

Institut 1 Prozess- und Organisationsberatung, Geschäftsbereich Medizinisches Management, Universitätsklinikum Münster (UKM), Münster, Deutschland; 2 Zentrale Einrichtung Palliativmedizin, Universitätsklinikum Münster (UKM), Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715224

Ziel Ein gutes Entlassmanagement ist für palliativmedizinische Patienten von großer Bedeutung, da im Behandlungsprozess häufig der Wechsel zwischen den Versorgungssektoren erforderlich ist. Ziel dieser wissenschaftlichen Studie ist die Identifikation wichtiger Parameter für ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement von Palliativ-Patienten.

Intervention Die Studie gliedert sich in vier Phasen. In Phase 1 erfolgt die Erarbeitung der Parameter eines erfolgreichen Entlassmanagements gemeinsam mit Fokusgruppen ambulanter Versorger. Phase 2 beinhaltet die Bewertung des aktuellen Entlassprozesses durch die Nachversorger anhand eines auf die identifizierten Parameter bezogenen Fragebogens. Basierend auf den Auswertungsergebnissen wird in Phase 3 der Entlassprozess optimiert und in einer Pilotklinik umgesetzt. Phase 4 dient zur Evaluation der vorgenommenen Verbesserungsmaßnahmen.

Ergebnisse Phase 1 ist abgeschlossen. Es wurden folgende Parameter für ein erfolgreiches Entlassmanagement identifiziert:

das Vorhandensein und der Informationsgehalt medizinischer Unterlagen (Arztbrief, Palliativkonsilbefund)

die gezielte und strukturierte Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen (Kontaktdaten, Vollmachten und Verfügungen, Pflegegrad, Entlasstermin)

die Einbeziehung von Patient/Angehörigen in den Entlassprozess

die Organisation der lückenlosen Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln.

Die Befragung der Phase 2 wird gerade durchgeführt und es konnten bereits 22 Patienten in die Erhebung eingebunden werden.

Diskussion der Übertragbarkeit Die Teilnahmebereitschaft an den Fokusgruppen in Phase 1 verdeutlichen die große Relevanz dieses Themas für die intersektorale Versorgung palliativer Patienten. Der Projekterfolg hängt jedoch maßgeblich von Anzahl und Qualität der Rückmeldungen der Nachversorger ab.

Take Home Message Um palliative Patienten auch intersektoral bestmöglich zu versorgen, muss das stationäre Entlassmanagement sicherstellen, dass den Nachversorgern alle erforderlichen Informationen und Unterlagen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort zur Verfügung stehen.

P125 Palliative und hospizliche Schnittstellenarbeit – Potenziale einer multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung in Wohneinrichtungen [219]

Autoren Werschnitzke K^{1,1}, Jennessen S¹, Schroer B², Heusner J³

Institut 1 Humboldt Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Berlin, Deutschland; 2 Katholischen Hochschule Münster, Institut für Teilhabeforschung, Münster, Deutschland; 3 Universität Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Pädagogik im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, Leipzig, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715225

Interessenkonfliktnein
Mit dem „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ hat sich Deutschland verpflichtet, in sämtlichen Lebensbereichen – u.a. im gesundheitlichen und somit palliativen Versorgungsbereich – Vorkehrungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu treffen. Zur Umsetzung des Geforderten bedarf es Strukturen, welche eine subjektorientierte Lebens- und Sterbegestaltung unter Einbezug aller beteiligten Akteur*innen ermöglichen. Im Rahmen des Projekts „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung“ wurden qualitative Interviews und quantitative Befragungen mit palliativen/hospizischen Leitungskräften sowie mit Fachkräften der Eingliederungshilfe in Berlin, NRW und Sachsen durchgeführt. Im Rahmen von Thematischen Begegnungen wurden die Erfahrungen von Menschen mit Behinderung eruiert. Dieser multiperspektivische und -methodische Zugang soll Versorgungsstrukturen und -lücken sowie daraus resultierende Empfehlungen für die Praxis aufzeigen. Die Untersuchungen zeigen, dass palliative/hospizische Versorgungssettings punktuell bereits gut mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe vernetzt sind. Diese Erfahrungen gilt es für die Implementierung verlässlicher Netzwerke zu nutzen, um eine adäquate Versorgung für die genannte Personengruppe zu ermöglichen.

Ziel des Vortrags ist es auf der Basis aktueller empirischer Erkenntnisse sowohl bereits existierende Versorgungsstrukturen in der Palliativ- und Hospizarbeit darzulegen als auch Herausforderungen in der Schnittstellenarbeit mit Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe aufzuzeigen und kritisch zu diskutieren.

Es ist von Bedeutung alle beteiligten Akteur*innen, insbesondere auch Menschen mit Behinderung in die kooperativ zu gestaltenden Netzwerke einzubeziehen.

Jennessen S./Werschnitzke K. (2019). Sterbegleitung in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung. In: Kreutzer S., Oetting-Roß C. & Schwermann M. (Hrsg.) Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 374–391.

Strukturentwicklung und Netzwerkarbeit

P126 Spiritualität und Religion in der klinischen Palliativversorgung: Wege zu guten Lösungen [54]

Autoren Schmolh C¹

Institut 1 Klinikum Stuttgart, Ev. Krankenhausseelsorge, Stuttgart, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715226

Idee/Ziel Spiritualität und Religion in der klinischen Palliativversorgung: Wege zu guten Lösungen

Intervention Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland,

Logotherapie,

Ökumene - Rahmenvereinbarung der Diözese Rottenburg-Stuttgart und der Evangelischen Landeskirche in Württemberg,

Religionen,

Ressourcen,

Rituale,

S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung,

Scham,

Seelsorgeforschung,

Spiritual Care,

Spirituelle Anamnese,

Teamentwicklung,

Veränderungen,

Vielschichtigkeit

Erfahrungen/Ergebnisse Patient*innen erhalten inzwischen mehr und längere Therapien.

Insgesamt ändert sich das Bild der Palliativpatient*innen mit dem Alter hin zu Menschen mit Demenzzuständen und Problemen bei der Entscheidungsfindung und Kommunikation. Unabhängig vom Lebensalter belastet Patient*innen das Empfinden, Lebensziele und Projekte unabgeschlossen zurücklassen zu müssen. Dem Thema der Generativität kommt häufig eine besondere Rolle zu. Nicht selten bricht in solchen Lebenssituationen die Frage nach dem Sinn, nach Gott auf.

Die S3-Leitlinie nennt ausdrücklich das gezielte Ansprechen von spirituellen Aspekten in der Krankheitsverarbeitung. Die Umsetzung in den multiprofessionellen Teams gestaltet sich in der Praxis nicht ganz einfach.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Warum es manchmal hakt und wie Wege zu guten Lösungen aussehen können.

Take Home Message für die Kongressbesucher Eine gute psycho-sozial-spirituelle Begleitung ist zentral. Bislang Allgemeingültig-tragfähige Konzepte fehlen.

Offenlegungserklärung Keine Forschungsförderung. Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Quellenangaben [1] Schmohl C (2015) Onkologische Palliativpatienten im Krankenhaus. Seelsorgliche und psychotherapeutische Begleitung. Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer.

[2] Schmohl C (2019) Seelsorge in der Onkologie – das Leben neu sehen. In: Roser T (Hg.) Handbuch der Krankenhausseelsorge, 5. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 176–187.

P127 Arzneimittelinformation Palliativmedizin [86]

Autoren Remi C¹, Hermann A¹, Büsel S¹, Michiel S¹, Bausewein C¹

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

DOI 10.1055/s-0040-1715227

Idee/Ziel Arzneimittel sind elementarer Bestandteil der Versorgung von Palliativpatient*innen. Gleichzeitig ist die Datenlage zu vielen Therapien begrenzt. Um Patient*innen durch Arzneimittel nicht unnötig zu gefährden, bedarf es sorgfältiger Abwägung verschiedener Therapieoptionen. Im klinischen Alltag fehlen oft Zeit und Ressourcen, um für jede Therapie auf Basis der aktuellen Literatur und zur Verfügung stehender Alternativen eine patientenindividuelle Nutzen-Risiko-Abwägung durchzuführen.

Intervention Mit dem Projekt „Arzneimittelinformation Palliativmedizin“ wird seit 2016 eine überregionale, kostenfreie Anlaufstelle für Ärzt*innen, Apotheker*innen und Pflegenden zu Fragestellungen zur palliativmedizinischen Arzneimitteltherapie im deutschsprachigen Raum angeboten. Projektziel ist die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit und damit der Patientensicherheit in der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung durch einfachen Zugang zu notwendigen Informationen.

Erfahrungen/Ergebnisse Die „Arzneimittelinformation Palliativmedizin“ ist mittlerweile eine etablierte Anlaufstelle. Bislang sind > 1100 Anfragen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich beantwortet worden. Eine Befragung der Fragesteller*innen ergab eine hohe Umsetzbarkeit der erhaltenen Informationen in die klinische Praxis, bei patientenindividuellen Anfragen überwiegend mit positivem Effekt auf den Zustand von Patient*innen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die „Arzneimittelinformation Palliativmedizin“ kann unterstützen, patientenindividuell die

bestmögliche Therapie zu finden und damit die Behandlung belastender Symptome bei Palliativpatient*innen zu optimieren.

Take Home Message für die Kongressbesucher Zugang zu Information ist essentieller Bestandteil für eine gute und sichere Patientenversorgung. Eine zentrale Anlaufstelle ermöglicht die Bündelung von Wissen und Ressourcen und die gezielte Weitergabe benötigter Informationen. Der Zugang zu Information ist so kein Privileg von Einrichtungen mit entsprechenden finanziellen Ressourcen oder hoher Spezialisierung.

P128 Palliative Anliegen geriatrischer Patienten in öffentlichen Apotheken aus Sicht Pharmazeutisch-technischer Assistenten [102]

Autoren Homann K^{1,2}, Bertsche T^{1,2}, Schiek S^{1,2}

Institut 1 Klinische Pharmazie, Institut für Pharmazie, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland; 2 Zentrum für Arzneimittelsicherheit, Universität und Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715228

Fragestellung Die öffentliche Apotheke ist in erster Linie für die Arzneimittelversorgung zuständig. In Beratungsgesprächen sind pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) dabei häufig die ersten Ansprechpartner für die Patienten. PTA arbeiten unter der Aufsicht eines Apothekers und stellen die zahlenmäßig größte Gruppe des pharmazeutischen Personals dar. Die Palliativmedizin spielt in der PTA-Ausbildung bisher nur eine untergeordnete Rolle. Es stellt sich daher die Frage, ob geriatrische Patienten die Apotheke als niederschweligen Ansprechpartner auch bei palliativen Anliegen kontaktieren und wie häufig PTA mit diesen Anliegen umgehen müssen.

Die Studie hatte zum Ziel darzustellen, ob und in welchem Umfang geriatrische Patienten palliative Anliegen in Routine-Beratungsgesprächen in öffentlichen Apotheken adressieren.

Methodik Mithilfe eines standardisierten schriftlichen Fragebogens wurde von April - Mai 2019 eine Querschnittserhebung mit PTA während einer Fortbildungsveranstaltung in 12 niedersächsischen Städten durchgeführt. Es wurden arzneimittelbezogene und arzneimittelunabhängige palliative Anliegen geriatrischer Patienten definiert und deren Häufigkeit im Apothekenalltag erfragt.

Ergebnis 339 (41 %) der 831 angesprochenen PTA füllten den Fragebogen aus. Laut der Befragten werden von den arzneimittelbezogenen Anliegen oft oder immer „Möglichkeiten der Arzneimitteltherapie“ (80 %), „Probleme bei Entlassung aus dem Krankenhaus“ (59 %) und Fragen zur „Arzneimittelanwendung“ (55 %) von geriatrischen Patienten in der öffentlichen Apotheke angesprochen und stellen damit die 3 häufigsten Anliegen dar. Auch arzneimittelunabhängige palliative Anliegen, am häufigsten „Psychische Belastung durch die Erkrankung“, „Einsamkeit“ und „Trauer“, kommen bei 45 %, 37 % bzw. 31 % der Befragten oft oder immer im Apothekenalltag vor.

Diskussion Palliative Anliegen auch ohne Arzneimittelbezug werden regelmäßig aktiv von geriatrischen Patienten an PTA herangetragen. Daher sollten auch PTA intensiver in palliativen Inhalten ausgebildet und die Apotheke stärker in die interdisziplinäre Zusammenarbeit bspw. die AAPV, eingebunden werden.

P129 Anlaufstelle für Sterbefasten/Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken [120]

Autoren zur Nleden H-C¹, Nleden CZ¹

Institut 1 sterbefasten.com, Wiesbaden, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715229

Idee/Ziel Bei allen Sterbefasten-Fällen wünschen sich die Sterbewilligen und deren Angehörige/Begleiter einen Ansprechpartner bei aufkommenden Fragen und Problemen. Intervention: Hier gilt es telefonische und/oder ambulante Anlaufstellen für Fragende zu etablieren. Es bedarf einer empathischen, ergebnisoffenen Gesprächsführung mit der Möglichkeit, sowohl Pflgetipps als auch medizinische/pharmakologische Empfehlungen auszusprechen, wofür ein palliativmedizinisch geschulter Arzt für Fragen im Hintergrund erreichbar sein

sollte. Auch auf psychosoziale und rechtliche Aspekte sollte eingegangen werden.

Erfahrungen/Ergebnisse Nach mehreren Gesprächen mit Sterbewilligen entschlossen sich einige, das Sterbefasten auszusetzen, da der „Notausgang“ Sterbefasten für Sie offen stand. Andere Sterbewillige konnten durch intensive telefonische Unterstützung ihrer Begleiter einen als friedlich konnotierten Sterbeprozess durchleben. (Erfahrungen als Anlaufstelle seit 2016).

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die Möglichkeit einer telefonischen Unterstützung während des Sterbefastenprozesses sollte öffentlich bekannt werden. Eine Zusammenarbeit mit den ambulanten Hospizdiensten wäre erstrebenswert, vor allem um alleinstehenden Sterbefastenden beistehen zu können, da Sterbefasten im Grunde nur in Begleitung gut gelingen kann. Weiterhin problematisch bleibt Sterbefasten bei Demenz und bei psychisch Erkrankten ohne Nachweis der Freiverantwortlichkeit.

Take Home Message für die Kongressbesucher Sterbefasten ist gut zu Hause, von Angehörigen/Laien begleitet, umsetzbar. Es ist kein leichter Weg und setzt beim Sterbewilligen ein gewisses Alter und Durchhaltevermögen voraus, sowie gute Mundpflege. Eine enge Vernetzung ist bei Problemen und Ängsten erforderlich.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an sterbefasten.com

Offenlegungserklärung *Unsererseits besteht kein Interessenskonflikt*

Quellenangaben [1] zur Nieden, Christiane. Sterbefasten. Frankfurt 3. Auflage 2019.

[2] zur Nleden Christiane und Hans-Christoph. Umgang mit Sterbefasten. Frankfurt 3. Auflage 2020

P130 Caring Community Köln – Die Implementierung eines partizipativen Runden Tisches zur Verbesserung der Versorgung in der letzten Lebensphase [145]

Autoren Valerius L¹, Voltz R^{2,3,4,5}, Schulz-Nieswandt F⁶

Institut 1 Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, NRW Forschungskolleg GROW – Wohlbefinden bis ins hohe Alter, Köln; 2 Universität zu Köln, Uniklinik Köln, Medizinische Fakultät, Zentrum für Palliativmedizin, Köln; 3 Universität zu Köln, Uniklinik Köln, Centrum für integrierte Onkologie (CIO), Köln; 4 Universität zu Köln, Uniklinik Köln, Zentrum für klinische Studien (ZKS), Köln; 5 Universität zu Köln, Uniklinik Köln, Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK), Köln; 6 Universität zu Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Köln

DOI 10.1055/s-0040-1715230

Idee/Ziel Caring Community Köln – Die Implementierung eines partizipativen Runden Tisches zur Verbesserung der Versorgung in der letzten Lebensphase

Intervention Gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln und dem Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln wird ein partizipativer Runder Tisch mit AkteurInnen der Kölner Stadtgesellschaft (Kommunale Politik, BürgerInnen- und PatientInnenvertretungen, GKV, VersorgerInnen, ArbeitgeberInnen, Schulen, Bildungs- und andere Kultureinrichtungen etc.) implementiert. Ziel ist es, in Anlehnung an die Compassionate City Charta die Themen Sterben, Tod und Trauer mittels Handlungsmaßnahmen von Haupt- und Ehrenamtlichen zu enttabuisieren und für eine Sorgeskultur zu sensibilisieren.

Das Projekt wird durch ein Promotionsvorhaben wissenschaftlich begleitet. Mithilfe qualitativer Forschungsdesigns wie teilnehmende Beobachtung, ExpertInneninterviews mit PraxispartnerInnen sowie Fokusgruppeninterviews werden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine gelingende nachhaltige Konzeption der Caring Community im urbanen Raum untersucht.

Erfahrungen/Ergebnisse Vorläufige Ergebnisse zeigen stark unterschiedliche Akteurshaltungen sowie Absichten der Beteiligten bei der Umsetzung (hinsichtlich Werte-/Leitbildorientierung, Nutzenorientierung, idealistischer Positionen, etc.). Von besonderer Relevanz sind gemeinsame Werte und Visionen als Fundament in der Entwicklungsphase.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Während im ländlichen Raum Familiennetzwerke noch stärker ausgeprägt sind, gewinnen im urbanen Kontext quartierspezifische Lösungen jenseits des familiären Raumes an Bedeutung. Sogenannte „non-kin care“ findet außerhalb professioneller und familiärer Netzwerke statt und stellt für die heterogene Stadtgesellschaft einen wichtigen Zweig in der Versorgungslandschaft dar.

Take Home Message für die Kongressbesucher In der nachhaltigen Konzeption einer Caring Community sind Einbezug und Austausch von BürgerInnen und Profi-System von wesentlicher Bedeutung.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte.

P131 Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung in der letzten Lebensphase begleiten – ein Netzwerkthema zwischen Teilhabeplanung und palliativer Versorgung [147]

Autoren Schäper S¹, Schroer B¹

Institut 1 Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Standort Münster, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715231

Idee/Ziel Wie können in der Begleitung von Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung Leistungen der Eingliederungshilfe, der Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung und der Pflege sinnvoll verknüpft werden? Die stufenweise Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bringt hier neue Herausforderungen und Risiken, aber auch Potenziale mit sich.

Intervention Die AG „Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung“ hat Empfehlungen erarbeitet, wie die Begleitung am Lebensende innerhalb der Leistungen der Eingliederungshilfe verankert werden kann und wie umgekehrt Leistungen des Gesundheitswesens (incl. Versorgungsplanung gem. § 132g SGB V) in Leistungen der Eingliederungshilfe eingebettet sein können und sollten.

Erfahrungen/Ergebnisse Leistungsbestandteile, die im Zuge der Begleitung am Lebensende relevant sind, werden sehr kleinschrittig entlang der Teilhabebereiche in der ICF beschrieben. So kann eine lebensbegleitende Auseinandersetzung mit Fragen der Versorgungsplanung und des Umgangs mit dem Sterben im Rahmen der Teilhabeplanung BTHG verankert werden.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die Fragen der Netzwerkarbeit an sozialrechtlichen Schnittstellen und mit weiteren Akteuren sind auch für die Kooperation von Palliativversorgung und Hospizarbeit mit anderen Handlungsfeldern bedeutsam.

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Vorstellung der Ergebnisse soll einen vertiefenden interdisziplinären Austausch von Einschätzungen und Erfahrungen aus der Praxis der Palliativversorgung und der Eingliederungshilfe ermöglichen. Die Begleitung am Lebensende wird als Teilhabeleistung differenziert beschreibbar.

Offenlegungserklärung Es besteht keinerlei Interessenkonflikt.

P132 Palliatives Wissen und Selbstwirksamkeitserwartung vor und nach einer Rotation auf Palliativstation – Machbarkeitsanalyse eines nationalen Studienprojektes [168]

Autoren Röhrig T¹, Tewes M¹, Oechsle K², Schuler U³, Rosenbruch J⁴, Neukirchen M⁵, Hense J⁶, Weber M⁷, Nauck F⁸, Junghanß C⁹, Kramer T¹⁰, van Oorschot B¹¹, Ostgathe C¹², Thuss-Patience P¹³, Scheer K⁶, Teufel MA¹⁴

Institut 1 Westdeutsches Tumorzentrum, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; 2 Zentrum für Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; 3 Universitäts Palliativzentrum, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland; 4 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; 5 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf,

Deutschland; 6 Hospizarbeit am Universitätsklinikum, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; 7 Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland; 8 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; 9 Zentrum für Innere Medizin, Klinik III, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; 10 Palliativmedizin am Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT), Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; 11 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; 12 Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland; 13 CCCC - Charité Comprehensive Cancer Center, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; 14 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR-Klinikum Essen, Essen, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715232

Fragestellung Viele Palliativstationen universitärer Zentren bieten eine ärztliche Rotation an. Im Rahmen eines nat. Projektes soll die Änderung des palliativen Wissens (PW) und Haltung geprüft werden. Die vorliegende Analyse prüft primär die Machbarkeit der Studie. Sekundär wird die Änderung von PW und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) analysiert.

Studiendesign In der multizentrischen, prospektiven, nicht-interventionellen Beobachtungsstudie werden Rotanden (Rt) vor und nach der Rotation mittels Fragebogen (FB) befragt.

Methodik Für die Machbarkeit wurden Rekrutierungsquote, Bereitschaft einer Interviewteilnahme zur geplanten qualitativen Analyse der Haltung und Drop-Out-Quote untersucht. Für die deskriptive Sekundäranalyse im Prä-Post-Design wurden mittels eines validierten FB demographische Daten, PW (max. 37 Pkt) und SWE-Score (max. 57 Pkt) analysiert.

Ergebnis Von 3/2018 bis 2/2020 nahmen 38 von 50 möglichen Rt (76 %) an 12 Zentren teil. Direkte Ansprache der Rt erhöhte die Rekrutierungsquote. 32 Rt (84,2 %) stimmen einer Interviewteilnahme zu. 22 von 25 Rt (88 %) haben den 2. FB nach Rotation ausgefüllt. Die Drop-Out-Quote wurde durch Kontaktaufnahme per Mail 4, 2 und 1 Wo vor Beendigung der Rotation reduziert. Die Ärzte rotierten aus den Fachbereichen Onkologie (16), Anästhesie (9), Psychosomatik (2), Allgemeinmedizin (4), Innere Medizin (4) und andere (3). Die Rt haben zu Beginn der Rotation im Median 8 (1-19) Jahre Berufserfahrung. Die Rotationsdauer betrug 3, 6 und 12 Monate. Nach Rotation stieg das mediane PW von 29 (Range: 22-34) auf 32 Pkt (R: 28-35) ($p=0,005$) und der mediane SWE-Score von 36 (R: 27-50) auf 49 Pkt (R: 41-57) ($p<0,001$).

Diskussion Die Rt haben eine hohe Bereitschaft an einer Evaluation teilzunehmen. Die Rahmenbedingungen einer Rotation sind jedoch sehr heterogen. Erste Ergebnisse deuten auf einen Benefit einer Rotation an. Eine Studie im Mixed-Methods Design könnte diese Ergebnisse vertiefend darstellen.

Take Home Message für die Kongressbesucher Eine palliativmedizinische Rotation könnte die palliative Kompetenz der Ärzte verbessern.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte

P133 ACTION – Advanced Care using Telemedicine to Integrate Oncological Networks [200]

Autoren Behzadi A¹, Bullinger L¹, Traore A¹, Böhm I², Haubner A¹, Hülsmann J¹, Jäger M¹, Kaselitz C³, Kirchner M⁴, Schäfer L¹, Sibbe A¹, Sommerfeldt N¹, Ahn J¹

Institut 1 Charité Campus Virchow-Klinikum, Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Berlin, Deutschland; 2 Charité Campus Virchow-Klinikum, Sozialdienst, Berlin, Deutschland; 3 Charité Campus Benjamin Franklin, Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Berlin, Deutschland; 4 Charité Campus Virchow-Klinikum, Palliativkonsildienst, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715233

Idee/Ziel Um dem Anspruch einer modernen Palliativversorgung (PV) gerecht zu werden, müssen multidimensionale Bedürfnisse jederzeit adäquat adressiert werden. Während für fortgeschritten Krebskranke durch die SAPV sowie die spezialisierte stationäre PV ein gutes Angebot besteht, ist die niedrigschwellige

Verfügbarkeit von qualitativ hochwertiger PV in frühen Stadien deutlich schlechter und vor allem unkoordiniert.

Intervention Wir pilotieren, wie die Anwendung der Telehealth-Plattform Comjoodoc die PV verbessern kann. Insbesondere soll der multiprofessionelle, sektorenübergreifende und dynamische Charakter der PV gestärkt werden. Die allgemeine PV und SAPV werden nicht ersetzt. Vielmehr sollen über eine kontinuierliche Bedarfsermittlung Versorgungslücken erkannt, Ansprechpartner identifiziert und beteiligt werden. Ziel ist die Etablierung einer Plattform, die je nach Bedarf Sprechstundencharakter aber auch eine vernetzende und vermittelnde Funktion hat und jederzeit zur Verfügung steht.

Erfahrungen/Ergebnisse Comjoodoc wird bereits in der Nachsorge Nierentransplantierte eingesetzt. Im PV-Setting sollen durch ACTION folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie kann eine telemedizinische unterstützte Sprechstunde praktisch umgesetzt werden?
- Wird sie von Patienten und Behandlern genutzt und angenommen?
- Wird durch das Angebot die PV messbar verbessert?
- Können Versorgungslücken geschlossen werden?

Von Konzeption bis Ausführung ist ACTION multiprofessionell und sektorenübergreifend geplant.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) ACTION möchte ein Best Practice Modell für frühzeitige PV etablieren, das die Möglichkeiten einer Digitalplattform nutzt, um eine multiprofessionelle und sektorenübergreifende PV zu gewährleisten, die gleichermaßen dynamisch wie bedürfnis- und bedarfsorientiert ist. Im Erfolgsfall wäre ACTION bundesweit und für nicht-onkologisch Erkrankte übertragbar.

Take Home Message für die Kongressbesucher Eine qualitativ hochwertige, multiprofessionelle und sektorennetzende frühzeitige PV soll mit ACTION über eine telemedizinische Plattform umgesetzt werden.

P134 Tagesangebote statt Tagespflege - innovative Ansätze in der Hospiz- und Palliativversorgung [238]

Autoren Goudinoudis K¹

Institut 1 Caritas- Dienste Landkreis München, Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung, Oberhaching, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715234

Idee/Ziel Tagesangebote, zu denen die lebenslimitiert erkrankten Menschen an entsprechende Orte kommen, gibt es in Deutschland bisher kaum. Dies führt dazu, dass die bestehenden Versorgungs-Ressourcen nur einen (kleinen) Teil der betroffenen Menschen und wenn, dann erst zu einem sehr späten Zeitpunkt erreicht. Für den Bedarf der Menschen am Beginn einer unheilbaren, fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung, gibt es kaum Angebote.

Intervention Tagesangebote, verbinden die Faktoren Treffpunkt, Austausch, Selbsthilfe, psychosoziale, pflegerische, medizinische Beratung, therapeutische sowie tagesstrukturierenden Angebote. Sie können an einzelnen oder auch mehreren Tagen in der Woche mit evtl. unterschiedlichen Programmpunkten in Anspruch genommen werden. Eine Beendigung oder ein Pausieren der Teilnahme ist möglich. Ziel ist die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und mit gezielten Angeboten Beschwerden zu lindern oder vorzubeugen sowie ein Leben inmitten der Gesellschaft auch außerhalb der eigenen vier Wände (bis zuletzt) zu ermöglichen. Im Erleben des Nicht-Allein-Seins wird die eigene Motivation gestärkt und gefördert.

Erfahrungen/Ergebnisse noch keine in Deutschland, erst in konkreter Planung,

Vorbild ist St. Christophers´ sowie St. Joseph´s in London, die diese Art der Patientenversorgung bereits seit Jahren erfolgreich bedienen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Nach Erprobung in Modellprojekt(en) und Klärung von Finanzierungsmöglichkeiten könnte dieses Modell in ganz Deutschland umgesetzt werden

Take Home Message für die Kongressbesucher Neue Wege in der Patientenversorgung denken, vorhandenen Ressourcen gerechter für mehr betroffenen Menschen einsetzen.

Offenlegungserklärung Kein Interessenkonflikt

Quellenangaben [1] Hess S, Stiel S, Hofmann S, Klein C, Lindena G, Ostgathe C. Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany—data from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE). Eur J Intern Med. 2014 Feb;25(2):187–92. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.012. Epub 2014 Jan 2.

P135 Angehörige(r) sein – Ressourcen stärken: Eine Schulungs- und Informationsreihe für Angehörige schwerkranker Patienten [250]

Autoren Hlawatsch C¹, Ullrich A¹, Coym A¹, Bokemeyer C¹, Oechsle K¹
Institut 1 Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, Zentrum für Onkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715235

Idee/Ziel Angehörige schwerkranker Patienten sind auch selbst Betroffene mit eigenen Ängsten, Sorgen und Bedürfnissen. Eine Informations- und Schulungsreihe bündelt Aspekte, die im Alltag sorgender und pflegender Angehöriger relevant sein können. Das Angebot wird wissenschaftlich evaluiert.

Intervention In wöchentlichen Terminen werden Angehörige in Kleingruppen zu 6 Themen von Referenten mit fachlicher und palliativmedizinischer Expertise geschult. Die Module werden fortlaufend wiederholt, ein Einstieg ist jederzeit möglich. Die Inhalte der Module sind 1) Tipps und Anleitung für pflegerische Interventionen, 2) Symptome und Medikamente, 3) Übungen für das eigene körperliche Wohlbefinden, 4) Umgang mit eigenen Ängsten, Sorgen und Bedürfnissen, 5) Sozialrecht inkl. Versorgungsformen, Vollmachten und Verfügungen, 6) Abschied und Trauer. Die Module beinhalten eine praxisnahe Informationsvermittlung und interaktive Anteile. Ein geschultes Moderatorenteam organisiert und begleitet die Termine.

Erfahrungen/Ergebnisse Das Angebot wurde im Herbst 2019 implementiert. Vorausgegangen war ein 12-monatiges Pilotprojekt. Bisher nahmen wöchentlich jeweils zwischen 4-10 Angehörige teil, überwiegend Frauen. Die Evaluation weist auf eine hohe Zufriedenheit und positive Einflüsse auf das Selbstwirksamkeitsempfinden der Angehörigen hin. Die Inanspruchnahme des Angebots ist noch limitiert. Deshalb werden Maßnahmen zur erneuten Bekanntmachung, zur Sensibilisierung für Angehörigenbelange außerhalb palliativmedizinischer Settings und zur Unterstützung der Teilnahmemöglichkeiten von Angehörigen initiiert.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Basierend auf den Evaluationsergebnissen soll das Angebot weiter manualisiert werden. Die Übertragbarkeit in andere Settings wird positiv eingeschätzt, wobei die Anbindung an ein multiprofessionelles Palliativteam zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Referenten von Vorteil scheint.

Take Home Message Angehörige profitieren von einem modular strukturierten Angebot, das zentrale Themen bündelt und sowohl Informationsvermittlung als auch interaktive Anteile beinhaltet.

P136 Nationaler Plan: Strategien am Lebensende [292]

Autoren Leners J-C¹
Institut 1 Hospiz Omega, Palliativmedizin, Ettelbrück, Luxemburg
DOI 10.1055/s-0040-1715236

Idee/Ziel Nach 10 Jahren Palliativpflege- und Euthanasie-Gesetz, will das Gesundheitsministerium mit Spezialisten aus stationären und ambulanten Diensten Verbesserungen erreichen.

Intervention Ueber Monate wurden verschiedenen Themen in konkrete Massnahmen umgesetzt

Erfahrungen/Ergebnisse a) Mehr Informationskampagnen ueber Palliativpflege aber auch offenere Kommunikation ueber die Moeglichkeiten der Euthanasie

b) Anbieten ethischer Beratungen nach schweren Diagnosen mit verkuerzter Lebenserwartung: SLA, primaere Hirntumoren, rasch progrediente Demenzformen etc.

c) Intensiven Austausch in Allgemeinaerztlichen und spezialisierten Praxen damit mehr Patientenverfuegungen unterschrieben werden (fuer Palliativversorgung und/oder Euthanasie)

d) Im Bereich Kinder und Palliativmedizin wird ein Angebot geschaffen

e) Der Zugang zu spezifisch palliativen Medikamenten ist ermoeglicht ueber einen Palliativversorgungsantrag.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die Uebertragbarkeit im Bereich Allgemeinarzt schreitet voran:

1) Fuer diesen Herbst ist eine weitere Kurzausbildung geplant fuer Allgemeinaerzte: Palliativmedizin und Euthanasie in 40 Stunden

2) Seit 2019 gibt es eine Hotline, wo Allgemeinaerzte sich bei den Kollegen/innen aus dem Hospiz, zusaetzhliche medizinische Informationen bei « end-of-life » Situationen erfragen koennen

3) Es besteht ein einheitliches Palliativdossier, wo alle Professionellen ihren Beitrag verfassen, aktuell noch als Papierformat, elektronische Version in Testphase

Take Home Message für die Kongressbesucher Vernetzung ueber eine einzige Palliativakte - Regelmässige Fortbildung der Allgemeinaerzte – Ethische Beratung nach Diagnose – Besserer Zugang zu «off-label» Medikamenten

Offenlegungserklärung Hiermit bestaetige ich, keine Verguetungen von pharmazeutischen oder anderen Firmen erhalten zu haben.

Quellenangaben [1] <http://data.legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/192019/02/08/a109/jjo>

[2] <https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2018/12-decembre/accord-de-coalition-2018-2023.pdf> p97

P137 Advance Care Planning (ACP) in der Palliativmedizin [297]

Autoren Feddersen B¹, Steinberger K¹, Port G¹, Bausewein C¹
Institut 1 Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, München, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715237

Idee/Ziel Behandlung im Voraus Planen (BVP) ist eine deutsche Adaption des international etablierten Konzept von Advance Care Planning (ACP). Darunter wird ein systemisch angelegter, mehrzeitiger kommunikativer Prozess zur Ermittlung, Dokumentation und Umsetzung des Behandlungswillens der Patienten verstanden, für den Fall, dass sie selbst nicht (mehr) über ihre medizinische Behandlung entscheiden können.

Intervention In der Klinik- und Poliklinik für Palliativmedizin des LMU-Klinikum der Universität München erhielten insgesamt 13 Mitarbeiter eine BVP-Ausbildung. Gespräche zur Vorausplanung werden in der Palliativambulanz, in der SAPV im palliativmedizinischen Dienst und auf der Palliativstation geführt.

Erfahrungen/Ergebnisse Insgesamt werden die Gespräche vor allem in der Palliativambulanz und in der SAPV sehr gut angenommen. Hierbei ist es möglich schon frühzeitig die Patienten in ihrer Therapiezielfindung zu unterstützen. Ein besonderer wichtiger Aspekt ist dabei, dass die Angehörigen und rechtlichen Vertreter durch das Wissen um den Behandlungswillen des Patienten bei eintretender Einwilligungsunfähigkeit entlastet werden.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Der §132g des SGB V sieht eine

Vergütung und Implementierung von einer gesundheitlichen Versorgungsplanung in der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe vor. Auch Patienten in der Palliativmedizin profitieren von solch einem Angebot, welches nach der S3 Leitlinie Palliativmedizin auch Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung frühzeitig, sowie im Verlauf, angeboten werden soll.

Take Home Message für die Kongressbesucher BVP ist nicht gleich palliativ und nicht jeder Palliativpatient braucht BVP, aber sowohl Patienten, Angehörige wie auch in der Palliativversorgung Beteiligte können durch die Tiefe der

BVP Gespräche entlastet werden und mehr Handlungssicherheit hinsichtlich der individuellen Therapieziele und Wünsche, nicht nur am Lebensende, erhalten.

Umsetzungsprojekt der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen

P138 Qualitätsmanagement im Hospiz - Individualisierung und Standardisierung in Balance [58]

Autoren Busse TS¹

Institut 1 Lehrstuhl Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen, Private Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715238

Idee/Ziel Die Bedeutung von Qualitätsmanagement (QM) im Gesundheitswesen nimmt stetig zu. QM ist quantitativ und ökonomisch ausgerichtet, was dem Hospizgedanken widerspricht. Die „Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ fordert individuelle Begleitung und würdevolles Sterben. Diese sind mit Kennzahlen nicht erreichbar. Dennoch kann ein Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) im Hospiz zum würdevollen Sterben beitragen.

Intervention Mit Fokussierung auf die o. g. Charta sowie (rechtliche) Rahmenbedingungen wurde diskursiv unter Beteiligung der Praktiker*innen ein QMH für ein Hospiz entwickelt und verschriftlicht.

Erfahrungen/Ergebnisse Das QMH gliedert sich in Kapitel mit Bezug auf Gäste und Zugehörige, Mitarbeitende, Schüler*innen, Ehrenamtliche und externe Berufsgruppen. Neben Aufnahmeassessment, Standards und Einarbeitungskonzept finden sich hier auch Informationen zu Grundlagen der Organisation, Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltungsangelegenheiten.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die in der Charta geforderte multiprofessionelle Betreuung, umfassende Versorgung, Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Praktiker*innen und die öffentliche Kommunikation zur Unterstützung des würdevollen Sterbens werden durch die Inhalte des QMH gestützt. Die Erweiterung des QM um die Beziehungsqualität auf allen Ebenen ist notwendig, um Begleitung bedürfnisorientiert und würdevoll zu gestalten.

Take Home Message für die Kongressbesucher Qualitätsmanagement klingt zunächst nach einem wenig reizvollen Thema. Mit Inhalt gefüllt ist es ein wesentlicher Baustein zur Unterstützung würdevollen Sterbens im Hospiz im Sinne der Charta.

Offenlegungserklärung Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Quellenangaben [1] Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativinstitutionen in NRW & Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2016): Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich. Münster: Buschmann.

Freies Thema

P139 Palliativ geht auch im Veterinärbereich [67]

Autoren Wirth PK¹, Wirth C¹

Institut 1 Pferdehof Wirth, Pferdepalliativhof, Vierlinden, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715239

Idee/Ziel Etablierung der Palliativmedizin im Veterinärbereich

Erfahrungen/Ergebnisse Schimmelwallach, 25 Jahre alt in dtl. reduziertem AZ und EZ. Dieses Pferd hatte zahlreiche Melanome über den gesamten Körper verteilt, ein ausgedehntes Peniskarzinom ohne Beeinträchtigung der Miktions und litt unter starker Diarrhoe. Die Diarrhoe war bereits multipel therapiert worden. Täglich wurde die mit Stuhlwasser verunreinigte Region abgewaschen.

Dadurch und dem weiteren Austritt des Stuhlwassers war die Haut wund und das Fell nur noch spärlich vorhanden.

Bei uns wurde dieses Pferd mit Magnetfeldtherapie behandelt, worauf das Stuhlwasser nach zwei Wochen komplett verschwunden war. Der AZ und EZ dieses Pferdes verbesserten sich ebenfalls zügig.

Das Peniskarzinom wuchs weiter, wurde nekrotisch und verbreitete den Geruch von Verwesung. Die Besitzerin wollte das Pferd euthanasieren lassen, in der Meinung, dass der Geruch das Pferd störe. Ihr wurde verständlich gemacht, dass der Geruch weder den Wallach selbst noch die anderen Pferde störe. Ihm wurde ein Deckengurt um den Bauch gespannt, an dem auf Höhe des Bauchnabels ein mit Repellentien getränktes Tuch befestigt war. Damit gelang es sehr gut, die lästigen Fliegen von dem zerfallenden Penistumor fern zu halten. Die Lebensqualität des Pferdes war nicht beeinträchtigt, denn es fraß mit großem Appetit, spielte und kralte sich mit den anderen Artgenossen.

Im Laufe der Zeit nahmen die Melanome an Größe und Anzahl deutlich zu. Nach 10 Monaten hatte dieses Pferd eine Kolik, die sich nicht beseitigen ließ. Es bestand der hochgradige Verdacht, dass durch intraabdominelle Metastasen ein mechanischer Ileus entstanden war. Daraufhin wurde dieses Pferd euthanasiert.

Zur Pferdebesitzerin bestand noch einige Zeit lang Kontakt, um mit Gesprächen ihre Trauerarbeit zu unterstützen.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Auch Tiere profitieren von Palliativmedizin

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Humanmedizin kann ein Vorbild für die Veterinärmedizin sein in Hinsicht auf die ethischen Vorstellungen von Verantwortung für das Lebewesen, Erhalt des Soziallebens und des in Würde alt Werdens und alt Seins

P140 Ist Sterbehilfe die Lösung? [71]

Autoren Wirth C¹, Wirth PK¹

Institut 1 Pferdehof Wirth, Palliativpferdehof, Vierlinden, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715240

Idee/Ziel Etablierung der Palliativmedizin im Veterinärbereich

Erfahrungen/Ergebnisse Eines Tages hörten wir auf unserem Palliativpferdehof vom Hühnergehege her großen Lärm. Als wir hinauseilten, sahen wir ein älteres Huhn, das auch einen Katarakt bds. hatte, krampfend mit den Flügeln schlagend und mit dem Kopf in den Nacken verdreht am Boden liegen. Die Speichelfäden liefen ihm aus dem Schnabel und die anderen Hühner hackten auf ihm herum. Sofort nahmen wir es aus dem Gehege heraus.

Es handelte sich eindeutig um einen generalisierten Krampfanfall. Eine Integration mit den anderen Hühnern funktionierte nicht mehr.

Nach erneutem Krampfen begannen wir eine Einstellung zunächst auf Carbamazepin später bei Wirkungsverlust auf Levetiracetam. Täglich wurde es dem Futter untergemischt, immer so, dass das Hühnchen einerseits nicht zu müde war auf der anderen Seite aber kaum Anfälle auftraten. Damit war das Hühnchen fast anfallsfrei.

Eines Tages fanden wir das Hühnchen regungslos auf der Seite in seiner Schlafstätte liegen. Dabei stellten wir fest, dass es ab Hals abwärts eine komplette schlaffe Parese aufwies.

Jetzt stellte sich die Frage: „Leid ersparen und das Leben beenden oder Behandeln und weiter leben“?

Das Tier zeigte keinerlei Zeichen von Schmerzen oder Leiden. Also boten wir ihm Nahrung und Flüssigkeit an, die es zunächst ablehnte.

Nach zwei Tagen fing das Hühnchen an, die mittels Spritze angebotene Flüssigkeit wieder aufzunehmen. Auch begann es wieder, fröhlich zu „erzählen“, wenn es durch uns Ansprache bekam.

Es folgten physiotherapeutische Übungen, indem wir die Flügel, Beine und Zehen mehrmals täglich passiv bewegten. Zusätzlich behandelten wir mit Magnetfeldtherapie, so dass es nach mehreren Wochen zu einer vollkommenen Genesung unseres Palliativhühnchens kam. Während der ganzen Zeit der Genesung und danach äußerte es Zufriedenheit und Freude über das Leben.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken): Auch Tiere profitieren von Palliativmedizin

Take Home Message für die Kongressbesucher Vielleicht kann die Humanmedizin ein Vorbild für die Veterinärmedizin sein in Hinsicht auf Achtung des lebenden Individuums unabhängig von wirtschaftlichen Interessen.

P141 Den Tagen mehr Leben geben [72]

Autoren Wirth PK¹, Wirth C¹

Institut 1 Pferdehof Wirth, Palliativpferdehof, Vierlinden, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715264

Idee/Ziel Etablierung der Palliativmedizin im Veterinärbereich

Erfahrungen/Ergebnisse Bimo war ein Hengst mit einem ausgeprägten Lupus erythematodes. Als er auf unseren Palliativpferdehof kam, war er 2 Jahre alt und seit 9 Monaten in der Pferdeklinte einer Universität. In einer Box ohne Auslauf und Kontakt zu anderen Pferden durften ihn die Studenten immer wieder untersuchen, Blut abnehmen und anderes mehr. Er wurde in eine Medikamentenstudie eingebracht und als diese ohne Erfolg abgeschlossen wurde, sollte er euthanasiert werden. Die Besitzerin, noch selbst Studentin der Veterinärmedizin, wollte diesem Tier etwas Gutes zurückgeben. So kaufte sie ihn und stellte ihn bei uns unter. Er war ein ausgemergeltes Tier, das kraftlos in seiner Box stand und auf Grund seines Lupus nur spärlich Fell vorweisen konnte. An vielen Stellen war die Haut schuppig, offen und mit Schorf bedeckt. Täglich wurde eine zeitaufwendige Wundpflege mit Panthenol durchgeführt, die er sehr genoss, sowohl körperlich als auch psychisch.

Er freute sich, täglich mit den anderen Pferden auf die Koppel geführt zu werden. Kopf an Kopf graste er mit ihnen und suchte sichtlich deren Nähe.

Anfangs stand er noch apathisch mit dem Kopf in eine Ecke gedreht in seiner Box. Aber es dauerte keine zwei Wochen bis er am Leben im Stall mit Interesse teilnahm, indem er mit seinem Kopf über die Box in die Stallgasse schaute. Nach einer Zeit der allgemeinen körperlichen Stabilisierung, kam es plötzlich eines morgens zu einer akuten Verschlechterung des AZ und einer vollkommenen Kraftlosigkeit, so dass er aus liegender Position nicht mehr auf die Beine kam. Alle medizinischen Maßnahmen brachten keinen Erfolg und so wurde er noch am späten Nachmittag in den Armen seiner Besitzerin eingeschlafen.

Tröstend für uns waren die Worte der Besitzerin, die meinte, dass Bimo wenigstens noch einmal 6 Wochen lang Pferd sein durfte und Pferdefreundschaften schließen konnte.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Auch Tiere haben ein Recht auf Palliativmedizin

Take Home Message für die Kongressbesucher Die Humanmedizin kann ein Vorbild für die Veterinärmedizin sein in Hinsicht auf die ethischen Vorstellungen von Verantwortung für das Lebewesen

P142 Unsicherheiten bei nicht onkologisch erkrankten Patienten mit Sterbewunsch durch nicht palliativmedizinisch tätige Ärzte- Falldarstellung einer Patientin mit FVET (Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken) auf einer universitären kardiologischen Station [74]

Autoren Flohr C¹, Haase U²

Institut 1 Pflegedienst Palliativdienst, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; **2** Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715265

Idee/Ziel Unsicherheiten bei nicht onkologisch erkrankten Patienten mit Sterbewunsch durch nicht palliativmedizinisch tätige Ärzte- Falldarstellung einer Patientin mit FVET (Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken) auf einer universitären kardiologischen Station

Intervention 84-jährige Patientin, Opiatüberdosierung in suizidaler Absicht, Notarzttruf durch Dritte, bei Eintreffen des Notarztes nicht ansprechbar,

kardiologische Intensivstation bis zur Verlegungsfähigkeit auf eine Normalstation, mehrfach geäußertes Sterbewille, psychiatrische Abklärung erfolgte Einbindung des Palliativdienstes bei FVET und Begleitung der Patientin bis zum Tode

Unterstützung des kardiologischen Teams

Fallbesprechung vor Ort

Erfahrungen/Ergebnisse ungewohnte Situation für Ärzte und Pflegende der Kardiologie („kein Behandlungsauftrag für eine hochspezialisierte kardiologische Station“)

jegliche Form der gängigen Behandlung und Versorgungsplanung wurde durch die Patientin abgelehnt

Sterbewunsch löste bei Ärzten und Pflegenden bei fehlender lebenslimitierender Grunderkrankung großes Unverständnis und Ablehnung aus

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die Auseinandersetzung mit FVET betrifft nicht nur Strukturen der ambulanten und stationären Palliativversorgung. Auch in anderen Bereichen der Krankenversorgung (Normalstationen, Intensivstationen, Rehakliniken, ambulanter Bereich) werden Ärzte und Pflegende damit konfrontiert und benötigen Informationen und Unterstützung.

Take Home Message für die Kongressbesucher Sterbefasten (FVET) medizinisch zu begleiten, ist eine ärztliche und pflegerische Aufgabe. Es erfordert eine individuelle Bewertung des Wunsches, insbesondere bei Patienten ohne lebenslimitierende Erkrankung. Ein Palliativdienst kann durch Informationen zum Vorgehen, zu den rechtlichen Hintergründen sowie zur Symptomkontrolle gut unterstützen.

Offenlegungserklärung Dr. med. U. Haase Vortragstätigkeit zu palliativmedizinisch/schmerztherapeutischen Themen für Bayer Vital GmbH, MSD Sharpe & Dohme GmbH, Bristol-Myers-Squibb

Claudia Flohr keine Interessenskonflikte

P143 Noch 36 Wünsche zum Lebensende – Ein Spiel zur Gestaltung der Vorsorgeplanung [101]

Autoren Daniels D¹, Wendorf M¹, Heiming U¹, Clemens KE¹

Institut 1 Bonn, Klinik für Palliativmedizin, MediClin Robert Janker Klinik, Bonn, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715266

Ziel Anamnese der eigenen Wünsche im Hinblick auf die Versorgung zum Lebensende (§ 132g SGB V)

Das Bewusstsein in der Gesellschaft fehlt immer noch, sich den Tod bzw. dessen Umstände wünschen zu dürfen. Auch auf der Palliativstation beobachten wir oft, wie schwer es Patienten (P) fällt, Wünsche im Zusammenhang mit dem persönlichen Lebensende zu formulieren. Was wünsche ich mir zum Lebensende? Was will ich und was nicht mehr? Wie ist meine Vorstellung von einer guten Vertretung? ¹

Intervention Damit es P leichter fällt, ihre Wünsche zu erfassen und darüber zu sprechen, habe ich ein Spiel (S) entwickelt, was den Kern der Versorgungsplanung auf den Punkt bringt:

die Kommunikation:

Raus aus der Schonhaltung und über das sprechen, worüber man nicht länger schweigen sollte: die letzte Lebensphase.

Das S beinhaltet 36 Karten mit vorformulierten Wünschen; 1 Karte/1 Wunsch, z. B: *Keine Schmerzen/Leiden*

Die Karten sind dreieckig und passen auf ein S-feld in Form einer Pyramide mit insgesamt 36 Plätzen (Pl). Die Pyramide ist in Prioritäten gestaffelt.

Oben=*wichtig* 9 Pl Mitte=*weniger wichtig* 16 Pl Unten=*eher unwichtig* 11 Pl

Die Verteilung der Wünsche ist individuell. Die P ordnen die Karten während des S neu an, Doppelplatzierungen sind zu vermeiden.

Erfahrungen Es entsteht Dialog mit Fragen und Beratungsmöglichkeiten zu Angeboten im palliativen Bereich.

Einige P reden mehr über ihre Wünsche, andere weniger. Es entstehen traurige, lustige, ergreifende Lebensgeschichten.

Der Wunsch *Sinn für Humor behalten*, hat bei den meisten P oberste Priorität. Neben *Keine Schmerzen/Leiden* und *Selbstbestimmt leben*

Diskussion der Übertragbarkeit Das S stellt ein Instrument dar, wenn es darum geht, Vorsorgedokumente abzufassen. Die S-dauer beläuft sich auf ugf. 70 Min. Da das Entlassmanagement den Klinikalltag bestimmt, ist es zeitlich oft nicht *spielbar*.

Take Home Message Bevor Das Leben Ist Vorüber

Sprecht Und Lacht Und Singt Darüber

Bereitet Euch Vor

Am Besten Mit Humor - Und Behände,

Auf Das Eine Lebensende.

Offenlegungserklärung Keine Interessenskonflikte

Quellenangaben [1] Vorsorge für Unfall Krankheit Alter durch Vollmacht
Betreuungsverfügung Patientenverfügung. Bayerisches Staatsministerium der
Justiz

P144 OpTEAMal - ein interprofessionelles Lernangebot an der Uniklinik Aachen [258]

Autoren [Krumm N¹](#), [Hümmerich M²](#), [Kiepeke-Ziemes S³](#), [Schönhofer-Nellesen V⁴](#), [Levartz M⁵](#), [Rolke R¹](#)

Institut 1 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen, Deutschland; **2** Schule für Gesundheit-, Kinderkranken und Krankenpflege, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen, Deutschland; **3** Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e. V., Deutschland; **4** Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e. V., Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen, Aachen, Deutschland; **5** Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), Düsseldorf, Deutschland
DOI 10.1055/s-0040-1715268

Idee/Ziel Interprofessionelle Lehre (IPE) ist im Bereich der Gesundheitsberufe immer noch die Ausnahme. Besonders im Kontext der multiprofessionellen Palliativversorgung kann im Rahmen von IPE gemeinsames Lernen realisiert werden. Im von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt OpTEAMal sind dies Studierenden des Fachbereichs Humanmedizin der RWTH Aachen sowie Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege der Uniklinik Aachen. Unter Nutzung der jeweiligen Kompetenzen soll das interdisziplinäre Vorgehen zu einer Verbesserung der interprofessionelle Kommunikation untereinander frühzeitig schon in der Ausbildung sowie einer zukünftigen Öffnung der Geschulten für die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender dienen und so langfristig die Versorgungsqualität verbessern.

Intervention Im Wintersemester 2019/2020 und Sommersemester 2020 wurden sechs Module (des Projekts mit 11 Studierenden und 13 Auszubildenden umgesetzt. Die curriculare Verortung fand im Qualifikationsprofil Palliativmedizin des Modellstudiengangs Humanmedizin statt.

Die auf einer durchgehenden Patientenvignette basierten Module umfassen folgende Themen: Haltung, Krankheit, Kommunikation, Trauer, Resilienz, Abschied und Kultur. Die Module beruhen auf zwei, vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) konzipierten und durchgeführten Projekte zur interprofessionellen Schulung („Versorgung Schwerstkranker und Sterbender“, „InterKultKom“).

Erfahrungen/Ergebnisse Rückmeldungen zum gemeinsamen Lernen sind ausnahmslos gut. Die Koordination von Ausbildung und Studium erweist sich als herausfordernd.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Eine Verstärkung des Angebots am Standort Aachen ist geplant mit einer potentiellen Erweiterung auf weitere Standorte im Verlauf.

Take Home Message für die Kongressbesucher Interprofessionelles Lernen ist organisatorisch herausfordernd aber fördert die Kenntnisse über und das Verständnis und die Wertschätzung für die jeweils andere Berufsgruppe und erleichtert die zukünftige Zusammenarbeit.

P145 Wen nehmen wir eher auf? aPAT - ein Hilfsmittel zur Einschätzung der Dringlichkeit von Anfragen zur spezialisierten Palliativbegleitung [282]

Autoren [Mosich V¹](#)

Institut 1 Palliativstation und Mobiles Palliativteam, Caritas Socialis CS Hospiz Rennweg, Wien, Österreich

DOI 10.1055/s-0040-1715269

Idee/Ziel Regional stehen Angebote der spezialisierten Palliativversorgung (sPV) in ungenügender Zahl zur Verfügung, sodass nach Anmeldung für eine Begleitung Wartezeiten entstehen. Bisher versterben zahlreiche Personen, bevor eine Begleitung zustande kommt. Entsprechend dem österreichischen Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung haben Institutionen der sPV den Auftrag, ihre Kompetenzen „schwierigen und komplexen“ Behandlungssituationen zuzukommen zu lassen. Die Messung der Kriterien „schwierig und komplex“ als Maß für die Treffsicherheit palliativer Angebote erscheint kaum denkbar. Als Hilfsmittel, dennoch die Menschen zu identifizieren, die einer sPV besonders bedürfen oder aber dadurch in besonderem Maße einen Benefit erleben können, soll auf der Basis von in der Literatur beschriebenen Faktoren ein Versuch gemacht werden, die Dringlichkeit des Bedarfs an spezialisierter Palliative Care zu messen.

Intervention eine übersetzte und an die regionalen Erfordernisse angepasste Version der australischen iPAT (inpatient Palliative Care Admission Triage tool) wird bei Anfrage um Palliativbegleitung erhoben. In diese fließen Performance, Krankheitsphase, Schmerz, andere Symptome, psychischer Leidensdruck, Kommunikationsbedarf, bedarfsentsprechende Versorgung und Umstände der Anmeldung ein.

Erfahrungen/Ergebnisse werden noch gesammelt, liegen bis September vor
Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die in unzureichendem Ausmaß vorgehaltene Ressource der sPV soll vorrangig Menschen mit Leidensfaktoren zukommen, denen mit palliativer und hospizlicher Begleitung begegnet werden kann. Die Differenzierung, wer der sPV am ehesten bedarf, soll aufgrund nachvollziehbarer Kriterien erfolgen, sodass bestmögliche Verteilungsgerechtigkeit gelebt wird.

Take Home Message für die Kongressbesucher Bei unzureichenden Ressourcen muss nachvollziehbar auf der Basis von passenden Kriterien entschieden werden, wem diese zukommen sollen.

Offenlegungserklärung Es besteht kein Interessenskonflikt

Quellenangaben [1] Jennifer A.M. Philip et al. Journal of Palliative Medicine. Aug 2010.965-972.

P146 “Hinterm Horizont geht’s weiter”: Auszeit für verwaiste Familien auf der ostfriesischen Insel Spiekeroog [302]

Autoren [Poepplmann M¹](#)

Institut 1 Universitätsklinik Münster, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Hämatologie/Onkologie, Münster, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715271

Idee/Ziel: „Hinterm Horizont geht’s weiter“: Auszeit für verwaiste Familien auf der ostfriesischen Insel Spiekeroog

Intervention: Das SAPV Team für Kinder und Jugendliche der Universitätsklinik Münster entwickelte ein Nachsorgeprojekt, um Familien auch nach dem Versterben eines Kindes weiter zu begleiten.

Im Juni 2015 und erneut im Juni 2017 und 2019 wurde eine 4-tägige Reise für jeweils 8 Familien auf die ostfriesische Insel Spiekeroog angeboten. Das Altersspektrum der mitgereisten Geschwister reichte von 4 Monate bis 25 Jahre. Die verstorbenen Kinder waren überwiegend onkologisch erkrankt, einige kardiologisch und neuropädiatrisch. Begleitet wurden die Familien durch ein Team aus vier Pflegenden, einer Sozialpädagogin und einer Ärztin des Brückenteams sowie durch eine Kunsttherapeutin und Erzieherin. Neben verschiedenen Gruppenrunden wurden Einzelgesprächsrunden für die Geschwister, die Mütter und Väter angeboten sowie Kunstaktionen am Strand, Spiele- und Grillabende.

Erfahrungen/Ergebnisse: Für die Mütter, die Väter und die Geschwister war es von entscheidender Bedeutung, sich erstmals in einer Gruppe von gleich Betroffenen austauschen zu können. Das stillschweigende Verständnis untereinander stellte von Beginn an eine sehr tragfähige Basis für das Gelingen der Fahrt dar. Das Team konnte beobachten, wie sich von Tag zu Tag eine zunehmende Leichtigkeit und Gelöstheit der einzelnen Teilnehmer im Umgang miteinander entwickelte. Das feedback der Familien war uneingeschränkt positiv.

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken): Auf allen drei Nachsorge-reisen war eine unmittelbare Wirksamkeit für die Familien, aber auch für das Team zu erleben, sowie eine nachhaltige Wirksamkeit über die Reise hinaus. Diese Fahrt soll daher weiterhin alle 2 Jahre angeboten werden.

Take Home Message für die Kongressbesucher: Die Nachsorge von Eltern und Geschwistern nach dem Versterben eines Kindes, ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit eines Palliativteam für Kinder und Jugendliche. Es sollten entsprechende Ressourcen geschaffen und finanziert werden.

Offenlegungserklärung Es besteht kein Interessenskonflikt

P147 Was kann die Palliativmedizin lernen von den Kriegskindern? [306]

Autoren von Appen Dr. G¹

Institut 1 Hausarztpraxis, SAPV-Netz, Hiopizarzt, Bremervörde, Deutschland

DOI 10.1055/s-0040-1715272

Idee/Ziel Alte seelische Belastungen berücksichtigen, dabei brechen die Tabus erst spät.

Intervention In der Beziehung sollten alte Belastungen auch im Hinblick auf Tabus offen angesprochen werden

Erfahrungen/Ergebnisse Ich will alles tun, damit Du nicht leiden musst! Ich lasse Dich nicht allein! Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross und die Hospizbewegung

Was kann die Palliativmedizin lernen von den Kriegskindern? Kriegskinder erzählen von dem Tabu: „Du darfst nicht aufhören zu kämpfen!“ Sie haben die Folgen getragen. Über 70% der Bundesbürger befürworten eine gewerbsmäßige ärztliche Hilfestellung zum Suizid. So ist das wohl Ausdruck ihrer Angst, ihre Würde verlieren zu können. Was ist das für eine Gesellschaft in der ich meine Würde verlieren kann? Wieso vertrauen die Menschen nicht darauf, dass die Medizin in diesem Land unter allen Umständen ihre Würde verteidigen wird? Warum benutzen Ärzte so gerne die Metapher „Sie müssen jetzt kämpfen!“? Wieso „kämpft“ die Medizin gegen Krankheiten? Ist es ein Tabu, den Menschen eine Kapitulation zu erlauben? *Ich kann und will Ihnen keine eigenen Antworten geben auf diese Fragen, vielmehr möchte ich sie mit Ihnen diskutieren Dazu möchte ich Sie einstimmen mit einem Vortrag Gerne ergänze ich mit „kleinen Biographie-Vignetten“ meiner Patienten.*

Diskussion der Übertragbarkeit (Chancen und Risiken) Die Tabus sind bei den Kriegskindern so leicht zu erfragen; Missbrauch und Vernachlässigung in der Biographie sind aber grundsätzlich von Bedeutung.

Take Home Message für die Kongressbesucher Mut haben, die Tabus in der Gesellschaft, in unserer eigenen Biographie und bei unseren Begleitungen anzusprechen

Offenlegungserklärung Keine Interessenkonflikte

Quellenangaben [1] Luise Reddemann; „Würde, Annäherung an einen vergessenen Wert...“

[2] Verena Kast, „Lebensrückblicks-Therapie“

[3] eigene „kleine Biographie-Vignetten“ eigener Kriegskinder-Patienten

Namenverzeichnis/Authors' Index

A

Adolf D e25, e34
 Afshar K e23, e24
 Ahn J e58
 Alt-Epping B e3, e6, e38, e42
 Asendorf T e3, e54
 Ateş G e8, e31, e40
 Aulmann C e40

B

Banse C e9, e43
 Bardenheuer HJ e6
 Baron M e31
 Bauer B e19
 Baumann F e52
 Baus M e33, e34, e35
 Bausewein C e4, e5, e6, e9, e10, e12, e13, e22, e23, e24, e26, e27, e28, e33, e39, e47, e56, e59
 Bayer O e33, e34, e35
 Bazata J e10
 Becker D e2, e29, e35
 Becker G e20, e21, e30
 Beckmann M e28, e50
 Behzadi A e58
 Benedek O e26
 Bergelt C e42
 Berger U e4, e26
 Bergmann A e27
 Bernhardt L e11
 Berthold D e9, e49
 Bertsche T e56
 Bethune J e46
 Beyer A-K e4
 Beyer MF e21
 Blümke D e8, e22
 Bockholt M e10
 Boehlke C e20
 Böhm I e58
 Böhne S e47
 Bokemeyer C e5, e17, e29, e42, e53, e59
 Bolzani A e9, e28
 Bösnér S e2, e29
 Bossert J e15
 Boström K e17, e30
 Böttcher S e54
 Boulesteix A-L e23
 Bozzaro C e10
 Braakmann D e10
 Braun R e47
 Brehmen M e6
 Bruch D e16
 Brukamp K e53
 Brunsch H e2, e25, e41, e46, e47, e48
 Buchhold B e14, e46
 Bückmann A e18, e19
 Bullinger L e58
 Burner-Fritsch I e5, e28
 Burner-Fritsch IS e28
 Büsel S e56
 Busse TS e15, e60

C

Callenbach M e7
 Chwallek D e33
 Classen CF e48
 Clemens KE e45, e61
 Connert S e47
 Couné B e30
 Coym A e59
 Cuhls H e36
 Czaplik M e52

D

Däbritz J e48
 Dams J e54
 Daniels D e45, e61
 Danneberg M e32, e51
 Dasch B e36, e37, e38
 de Lazzari N e52
 de Wolf-Linder S e5
 Dechert O e32
 Deis N e15
 Demmerle C e4
 Diehl-Schmid J e5
 Dillen K e2, e25
 Dinkelbach L e32
 Ditzgen B e6
 Dojan T e17, e30
 Dreier L e15
 Dykes N e39

E

Eberhard S e23
 Eggers Carsten e16
 Ehlers J e15
 Eicher C e53
 Eisenmann Y e27
 Ellis-Smith C e5
 Elsner F e6, e35, e44
 Elster L e30
 Engelking-Fründ H e48
 Engler J e2, e29
 Eskofier B e18
 Evans C e5

F

Falter S e39
 Feddersen B e59
 Felser S e26
 Flemmer AW e21
 Flohr C e45, e61
 Fobbe G e36
 Follmann A e52
 Forstmeier S e8, e36
 Freihoff S e42
 Freitag M e54
 Frerich G e17, e30
 Friede T e54

G

Gabb F e16
 Gahr S e23, e24
 Galushko M e17
 Gawinski L e11
 Gebel C e2
 Gehrke L e30
 Gellert P e4
 Gencer D e30
 Gerdes V e52
 Gerlach C e33, e34, e35
 Gerstorff D e12
 Gesell D e23, e24
 Geyer S e23
 Gianicolo E e33, e34, e35
 Gläser D e26
 Glöckner F e14
 Gloria D e3, e12
 Goebel E e33
 Goletz G e15
 Goßner S e38
 Götte M e52
 Goudinoudis K e58
 Grabenhorst U e25, e34, e53
 Greuël M e53
 Groebe B e8, e22
 Grohøj e4

Große-Thie C e26, e35, e44
 Grüne B e9, e12, e13, e27
 Günay Y e7
 Günther M e19

H

Haase U e45, e61
 Haasenritter J e2, e29
 Habboub B e9
 Haberland B e4, e47
 Habermann M e39
 Hach M e2, e29
 Haderlein S e46
 Hainsch-Müller I e40
 Handtke V e10
 Harnischfeger N e42
 Hartmann B e8
 Hasselaar J e41
 Haubner A e58
 Hauch H e9, e49
 Hecht M e51
 Heckel M e7, e13, e14, e16, e18, e19, e23, e29, e31, e38, e39, e41
 Heiming U e45, e61
 Heinze M e16
 Helmbold A e43
 Henking T e20
 Hense J e28, e33, e50, e52, e57
 Henze L e26, e35, e44
 Herbst FA e11
 Hermann A e9, e39, e56
 Herr W e46
 Herrmann S e43
 Herzog J e42
 Heßbrügge M e36
 Hesse M e2, e8, e25, e36
 Heusner J e55
 Heythausen A e32
 Hlawatsch C e59
 Hock H e5
 Hodiamont F e5, e22, e23, e24, e27, e28
 Hoffmann T e7
 Hofmann M e4, e26
 Hofmann S e38
 Hofmeister U e19
 Höfner P e18
 Holle R e26
 Homann K e56
 Horn K e34, e53
 Hower K e17
 Huber RM e4, e26
 Hülsmann J e58
 Hümmerich M e62

I

Icks A e13
 Illig A e19
 in der Schmittgen J e13

J

Jäger C e41
 Jäger H e30
 Jäger M e58
 Janßen G e32, e51
 Jansky M e2, e23, e24
 Jaspers B e22, e31, e40, e41, e46, e47, e48
 Jennessen S e55
 Jentschke E e34
 Joist T e25, e34
 Joshi M e2, e25
 Juhra C e18, e19
 Jülich A e14, e46
 Jünemann R e25, e34

Junghanß C e26, e35, e44, e57
Junghanss C e48
Jütte R e17

K

Kasdorf A e3, e12
Kaselitz C e58
Kaser-Tagmat D e16
Kauffmann J e20, e21
Kern M e31, e35
Kernebeck S e15
Keser M e30
Keßler J e6, e30
Kessler E-M e4
Kiepke-Ziemes S e62
Kirchner M e58
Klebbe R e53
Klein C e10, e16, e29, e41
Koepp J e28, e50
Köhler F e6
Kölpin A e13, e14
König H-H e54
Köster CP e50
Kramer T e57
Krammer-Steiner B e26
Kranz S e23, e24
Kremeike K e17, e30
Kremling A e10, e14
Kriesen U e26, e35, e44
Kriwy P e49
Kropp P e48
Krug K e15
Krüger J e19
Krüger W e14, e46
Krumm L e4
Krumm N e2, e25, e62
Kruschel I e2
Kühlmeyer K e21
Kukla H e6
Kulzki e17
Kupf S e28
Kurkowski S e29, e41
Kuss K e2, e29

L

Lademann H e48
Lakner V e26
Le L e4, e26
Lee S-E e6
Lehmann E e27
Leidl R e23
Leithäuser M e26
Leners J-C e59
Lenz P e18, e19, e55
Letsch A e42
Levart M e62
Lex K e16
Licher AS e13
Lödel S e19, e23, e24
Lordick F e3
Lorenz S e16
Lutterbüse K e20

M

Maier A e53
Malessa A e7, e13, e14
Mallmann B e33
Mallon T e54
Mansmann U e4, e26
Marciniak K e35
Marquardt S e30
Marx G e54
May S e16

Mayer-Steinacker R e30
Meesters S e9, e12, e13
Mehnert A e3
Meissner W e2
Melching H e6, e23, e24
Metzner S e7
Meyer D e15
Meyer T e53
Michels M e16
Michiel S e56
Montag T e17
Morawietz P e4
Mosich V e62
Muehlensiepen F e16
Müller C e54
Müller E e20, e21, e30
Müller S e28, e50
Müller T e4, e26
Müller-Bohn J e7
Müller-Mundt G e24, e39, e42
Münch U e35
Münze C e16
Muszynski T e55

N

Nauck F e6, e9, e17, e23, e24, e35, e43, e54, e57
Nemitz J e26
Neubüser C e50
Neudirth S e20
Neukirchen M e12, e13, e33, e40, e57
Nieden CZ e56
Niels T e52
Nolte T e54
Nordheim J e4
Nübling G e13

O

Oechsle K e3, e5, e17, e23, e24, e29, e42, e53, e57, e59
Olbertz DM e48
Oleimeulen U e53
Oliver Maier B e6
Ollenschläger M e18
Orellana C e20
Ostgathe C e6, e7, e10, e13, e14, e18, e19, e23, e24, e29, e31, e38, e39, e41, e57

P

Peters J e31, e39
Peuten S e40
Pfaff H e17
Pfeil J e26
Pittrof G e49
Plöger C e2, e29
Podbielski A e26
Poepplmann M e63
Pohontsch N e54
Port G e33, e59
Porz J e34

R

Radbruch L e2, e6, e8, e22, e25, e31, e36, e40, e41, e46, e47, e48
Radnai B e17
Ramsenthaler C e28
Rath HM e42
Rauser J e30
Rechenmacher M e46
Regelmann EM e11
Rehfuess EA e4, e26
Reichert M e11
Reichmann J e25
Reitzel T e27

Rémi C e4, e9, e22, e39, e47, e56
Rieder N e9, e38, e43
Rietz C e3, e12
Riße J e33
Roch C e20
Rohleder N e7, e38
Röhrig T e57
Rolke R e2, e6, e25, e44, e62
Romotzky V e17, e30
Rosenbruch J e57
Rosendahl C e17, e30
Rothaug J e2
Runge J e5, e29

S

Sacco S e53
Schaal M e53
Schade F e43, e54
Schäfer L e58
Schallenburger M e13, e40
Schäper S e57
Schatz C e23
Scheer K e57
Schein S e35
Schellenberger S e13, e14
Scherer M e54
Scherg A e6, e35, e40
Schiek S e56
Schildmann E e9, e10, e12, e13
Schildmann J e10, e14
Schippel N e3
Schirmer A e38
Schlösser K e27
Schmidt K e18
Schmidt R e18
Schmidt T e54
Schmohl C e55
Schneider N e11, e23, e24, e39, e42, e50, e54
Schneider W e32, e40
Schnitzler I e47, e48
Schönhöfer-Nellesen V e62
Schouten E e21
Schrader S e23, e24
Schroer B e55, e57
Schroll-Decker I e46
Schröter E e40
Schuchter P e8, e22
Schuler M e28, e33, e50, e52
Schuler U e57
Schulz H e17
Schulz M e48
Schulze C e40
Schulz-Nieswandt F e6, e57
Schünemann J e10
Schunk M e4, e26, e33
Schütze D e2, e29
Schwabe S e40, e46, e47, e48
Schwartz J e12, e33, e40
Schwarzkopf L e4, e26
Schweiger U e10
Schweighardt S e31
Seehausen A e26
Seibel K e20
Seidl H e4
Seidler-Rolf K e43
Seipp H e2, e29
Sewtz C e26
Shi K e7, e13, e14
Sibbe A e58
Sibelius U e9
Siegler A e15
Siehr N e17
Simon ST e27

Siveke J e52
Solar S e3, e38
Sommerfeldt N e58
Spittel S e53
Stahmeyer JT e23
Steigleder T e7, e13, e14, e18
Steinberger K e59
Sternemann U e18
Stetter B e32
Stiel S e11, e23, e50, e54
Streitwieser S e4, e26, e33
Strub F e62
Strupp J e3, e6, e12
Suchantke I e18
Surges S e22, e41
Syunyaeva Z e4
Sziedat M e44

T

Tänzler S e4
Tegeler C e4
Terborg M e18
Tetzlaff F e39, e42
Teufel M e28, e50
Teufel MA e57
Tewes M e28, e33, e50, e52, e57
Theochari M e53
Thissen S e17
Thomas M e3, e15
Thomsen JM e33

Thuss-Patience P e42, e57
Thyson T e12, e40
Tioua-Hnoulaye A e49
Tirschmann F e53
Torres Cavazos JL e29, e41
Traore A e58
Treutlein M e53
Trocan LD e32

U

Ullrich A e5, e17, e29, e42, e53, e59
Unsöld L e15

V

Vaillant V e9
Valerius L e57
van Baal K e23, e24
van den Bussche H e54
van Oorschot B e3, e20, e57
Vathke C e4
Villalobos M e15
Voltz R e2, e3, e6, e12, e17, e25, e30, e57
von Appen Dr. G e63
von Hayek J e40
von Reibnitz C e54

W

Wager J e15
Wagner D e18
Wagner M e37

Warth M e6
Weber M e6, e33, e34, e35, e57
Weber S e44
Weck CE e16
Wedding U e2
Wegleitner K e8, e22
Weigel R e14
Weiß T e4
Wendorf M e45, e61
Wensing M e15
Werschnitzke K e55
Westermair A e10
Widritzki M e16
Wiese B e23
Wikert J e23, e24, e53
Willuweit A e51
Wirth C e60, e61
Wirth PK e60, e61
Wolff C e53
Wünsch R e33

Z

Zahn P e37, e38
Zenz D e15, e34
Zernikow B e15
Ziegler K e41
Zimansky M e50, e54
zur Nleden H-C e56