



***KONSILIARISCHE BERATUNG
DURCH PALLIATIVE-CARE
PFLEGEFACHPERSONEN (KOPP)***

im Rahmen des Forschungsprojekts „OnCoPaTh“

Konzept Michaela Hach und Dorothee Becker

Fachverband SAPV Hessen e.V. | Weihergasse 15, 65203 Wiesbaden

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis	3
1 Kurze Projektbeschreibung	4
2 Palliativpflegerisches Konsil – berufsfachliche Qualifikation (PPK).....	4
3 Zielsetzung von früher Integration palliativer (Pflege)perspektive.....	5
3.1 Early Integration.....	5
3.2. Gewinn und Nutzen für Patienten, Patientinnen und Angehörige	6
4 Früh-integratives palliativpflegerisches Konsil – zentrale Aufgaben.....	6
4.1. Aufgabenstellung an qualifizierte Palliative-Care Pflegefachpersonen	6
4.1.1. Beziehungsförderung	7
4.1.2 Frühzeitige Unterstützung zur Symptom- und Krankheitsbewältigung	8
4.1.3 Umgang mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase (Coping-Strategien)	9
4.1.4. Die Krankheit und deren Auswirkungen verstehen	9
4.1.5. Familienmitglieder bzw. Bezugspersonen mit einbeziehen	9
4.1.6. Änderung des Therapieplans	10
4.1.7. Die letzte Lebensphase planen	10
4.1.8. Dokumentation, Kommunikation und Rückmeldesystem an Onkologie	10
4.2. Schnittstelle OncoCoach - Palliative-Care Pflegefachperson.....	11
4.3. Hinweise zu Schnittstellen.....	12
5 Qualitätszirkel zur Qualitätssicherung	13
5.1 Kollegiale Beratung	13
5.2 Stundenplan Workshop KoPP.....	13
5.3 Stundenplan Workshop OncoCoach und KoPP.....	14
Literaturverzeichnis	15

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AKS/	Arbeitskreis klinische Studien e.V., Arbeitskreis klinische Studien e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DMMP	<i>Vertrieb und Dienstleistungen im Gesundheitswesen GmbH & Co. KG</i>
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FV	<i>Fachverband SAPV Hessen</i>
GBA.....	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOÄ	<i>Gebührenordnung für Ärzte</i>
GOP	<i>Gebührenverordnungsposition</i>
KoPP.....	konsiliarisch tätige Palliative Care Pflegefachperson
MFA	Medizinische Fachangestellte
PBA	Palliativmedizinische Basisassessment
PPK.....	Palliativpflegerisches Konsil
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
z.B.....	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: TRADITIONAL VERSUS EARLY INTEGRATION (TEMEL ET AL 2013).....	5
ABBILDUNG 2 FRÜHINTEGRATIVES PALLIATIVPFLEGERISCHES KONSIL (EIGENE ABBILDUNG)	7
ABBILDUNG 3 BEZIEHUNGSaufbau (EIGENE ABBILDUNG)	8
ABBILDUNG 4: DIE NEUE VERSORGUNGSFORM-ONCOPATH (HTTPS://WWW.ONCOPATH.DE).....	11
ABBILDUNG 5: ONCOPATH ALGORYTHMUS (HTTPS://WWW.ONCOPATH.DE).....	12

1 Kurze Projektbeschreibung

OnCoPaTh (**Onco**coaching und frühe **P**alliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der **T**herapie nicht heilbarer Krebserkrankungen) ist ein vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördertes Forschungsprojekt aus dem Bereich der "Neuen Versorgungsformen". Zentrales Element dieser neuen Versorgungsform bildet der OncoCoach.

Aufbauend auf die Fortbildung „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte (MFA) und Pflegefachpersonen¹, soll die Fortbildung „OncoCoach“ dazu beitragen, eine verlässliche und qualitätsorientierte Qualifizierung von onkologischen Fachkräften in der onkologischen Versorgung zu schaffen. Durch neue Therapieverfahren und komplexere Therapiekonzepte besteht ein stark wachsender Bedarf an onkologisch qualifiziertem Personal, sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Versorgung. Moderne orale Therapien erweitern Indikationsbereiche und Therapielinien, stellen aber auch höhere Anforderungen an die Patientenautonomie. Besonders in der ambulanten onkologischen Versorgung können die neuen Therapien ihren Nutzen nur entfalten, wenn begleitende Hilfe für den Alltag organisiert wird und sich die Versorgung der Patienten an ihren psychischen und sozialen Bedingungen orientiert.

Der OncoCoach schult den Patienten zu allen wichtigen Bereichen seiner Erkrankung, initiiert die **frühe Integration der Palliativen Pflege** und koordiniert die Zusammenarbeit mit weiteren Versorgern. Ein wichtiges Versorgungsziel ist hierbei die **Steigerung der Patientenkompetenz**.

Frühere Untersuchungen² lieferten Hinweise darauf, dass Patienten sehr vom OncoCoaching profitieren können, z.B. durch eine geringere Symptomlast und eine Verbesserung der Lebensqualität.

Durch die Förderung werden nun die Effekte des OncoCoaching mit der Realisierung der **Early Integrations** („Early integration“ - Frühzeitiger Miteinbezug von Palliative Care) umfassend evaluiert.

Ziel ist es, die Patientenzentrierung in der onkologischen Versorgung trotz Fachärztemangel und steigendem Patientenaufkommen auf einem hohen Niveau zu halten, Palliative Care frühzeitig einzubeziehen und damit die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen zu steigern. Diese Leistungen sollen zukünftig in die Regelversorgung aufgenommen und entsprechend honoriert werden.

2 Palliativpflegerisches Konsil – berufsfachliche Qualifikation (PPK)

Für die Umsetzung eines „Palliativpflegerischen Konsils (PPK)“, im Sinne einer frühen Integration der palliativen Pflege, ist sind folgende Qualifikationen erforderlich.

- Staatliche Anerkennung als Pflegefachperson
- Zusatzqualifikation Palliative Care für Pflege mit mindestens 160 Unterrichtseinheiten
- Zwei Jahre Berufserfahrung in spezialisierter Palliativeinrichtung (Palliativstation, Palliativteam, stationäres Hospiz, SAPV)
- Schulung Palliativpflegerischer Konsildienst (PPK) mit mindestens 6 UE

¹ Neue Berufsbezeichnung des Pflegeberufes (Pflegeberufegesetz 2018, in Kraft getreten 01.01.2020)

² Zamora, P., Riese, C., Borges, U. et al 2014

³ Early Integration of Palliative Care, Stein et al 2018, Temel et al. 2010

Die PPK-Schulung erfolgt durch den Fachverband SAPV Hessen e.V. und wird im Vorfeld der Einsätze durchgeführt.

3 Zielsetzung von früher Integration palliativer (Pflege)perspektive

3.1 Early Integration

Über die Sinnhaftigkeit von "Early Integration of Palliative Care" besteht wissenschaftlicher Konsens, die Realisierung in der Praxis findet aus unterschiedlichsten Gründen bislang aber kaum statt. Hindernisse für eine rechtzeitige Integration in die onkologische Versorgung bestehen häufig darin, dass Palliativversorgung noch mit dem Aufgeben von Hoffnung assoziiert wird. Zudem erscheint manchen Onkologen die Vorstellung der Einbindung eines zusätzlichen Teams nicht zielführend⁴.

Studien, aus denen hervorgeht, dass in häufigen Fällen die gute medizinische Kommunikation nicht stattfindet, obwohl es ein Bedürfnis für onkologisch erkrankte Menschen mit einer schlechten Prognose ist, stehen dem entgegen. Denn hier wird deutlich, dass eine frühzeitige Integration von Palliative Care einen großen Vorteil bringen kann, da mit den Menschen nicht nur offen und ehrlich gesprochen wird, sondern auch Themen, wie z.B. das Lebensende, ins Gespräch mit aufgenommen werden und daraus resultierend Maßnahmen geplant werden können.

Ebenso unterstreicht auf Systemebene die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“⁶ die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Palliativversorgung. Palliative Care ist überall dort erforderlich, wo umfassendes, langfristiges Leiden bei unheilbarer und progredienter Krankheit gemindert werden kann. Es ist im Interesse der Patientinnen und Patienten früher, breiter und noch besser tätig zu werden.

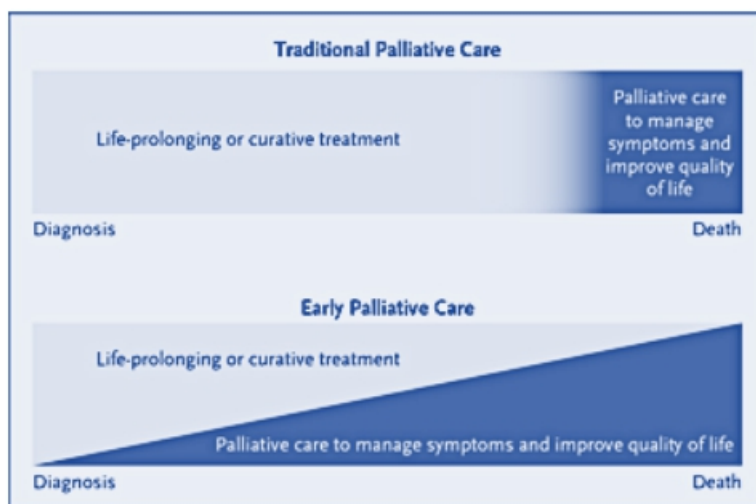


Abbildung 1: Traditional versus early Integration (Temel et al 2013)

⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), 2015, Berlin

⁵ vgl. Harrer 2019

⁶ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Berlin

3.2. Gewinn und Nutzen für Patienten, Patientinnen und Angehörige

Die frühzeitige Einbindung von Palliative Care zeichnet sich durch einen deutlichen interdisziplinären Ansatz mit der Betonung auf Lebensqualität und die Fokussierung auf die individuelle Autonomie aus.

Patienten, Patientinnen und Angehörige benötigen verstärkte Informationen, Schulungen und Beratungen, um ihre jeweilige Selbstständigkeit zu fördern und zu erhalten. Besonders durch Prävention, frühzeitiges Assessment und edukative Maßnahmen kann umfassendes Leiden verhütet oder rechtzeitig gelindert werden⁷. Durch eine Steigerung der Kompetenz der Patienten, Patientinnen und Angehörigen sollen die betroffenen Menschen befähigt werden, ihre Anliegen zu regeln und sich im Gesundheitssystem im Sinne von „Health literacy“⁸ zurechtzufinden.

Dies bedeutet:

- Zeit und Aufmerksamkeit für individuelle Anliegen und Fragen
- Deckung des Wissensbedarfs
- Erhöhung der Entscheidungsfähigkeit
- Anpassung der Therapie an die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten
- Deckung des Unterstützungsbedarfs
- Verbesserung und Erhalt von Sicherheitsgefühl
- Verbesserung von Lebensqualität/Selbstbestimmung/Behandlungszufriedenheit
- Gezielte Lebens- und Sterbensplanung
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Verringerung von notfallbedingten Krankenhauseinweisungen
- Vermeidung ungewünschter Therapien
- Konstante Ansprechpartner
- Integration der palliativen Perspektive⁹

4 Früh-integratives palliativpflegerisches Konsil – zentrale Aufgaben

4.1. Aufgabenstellung an qualifizierte Palliative-Care Pflegefachpersonen

Ein frühes Angebot palliativer Versorgung führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einem effektiverem Einsatz von Hospiz- und Palliativstrukturen durch eine bessere Schnittstellenkommunikation zwischen kurativen und palliativen Angeboten sowie der angemessenen Versorgungstiefe. Dies kann u.a. dazu beitragen, unnötige stationäre Aufnahmen, intensivmedizinische Maßnahmen und invasive Tumorthapien am Lebensende zu vermeiden.

Durch die beratende Hinzuziehung einer qualifizierten Palliative-Care Pflegefachperson bei der beratenden Betreuung von Palliativpatienten und Palliativpatientinnen durch das Angebot eines frühzeitigen „Palliativpflegerischen Konsils (PPK)“, kann zur Umsetzung dieser Zielsetzung entscheidend beigetragen werden.

⁷ vgl. Abt-Zeglin 2017

⁸ vgl. Schaeffer, Pelikan 2017

⁹ Zamora, Riese, Borges et al 2014

Die beauftragte konsiliarisch tätige Palliative Care-Pflegefachperson (KoPP) wird entweder telefonisch, schriftlich oder elektronisch durch den OncoCoach hinzugezogen, macht sich dann selbstständig an die Umsetzung des PPK im häuslichen Umfeld und legt ihre Einschätzungen zur palliativpflegerischen Diagnostik und/oder zu den empfohlenen Maßnahmen üblicherweise in schriftlicher Form nieder und übermittelt diese Ergebnisse über den OncoCoach an die onkologische Facharztpraxis oder das Facharztzentrum.

Die Beratung oder Empfehlung der Palliative-Care Pflegefachperson bildet hierbei eine unverbindliche Unterstützung ab. Die direkte Lösung von Problemen und deren Aufgaben bleiben bei den Auftraggebern des Erst- und Folgekonsils. Das Erstkonsil zeigt vielmehr den ersten Schritt in Richtung eines gewünschten Ergebnisses auf, gibt den Patienten und Patientinnen sowie dem OncoCoach Hinweise auf mögliche Lösungen und fasst die Lage aus der Perspektive von Palliative Care zusammen.

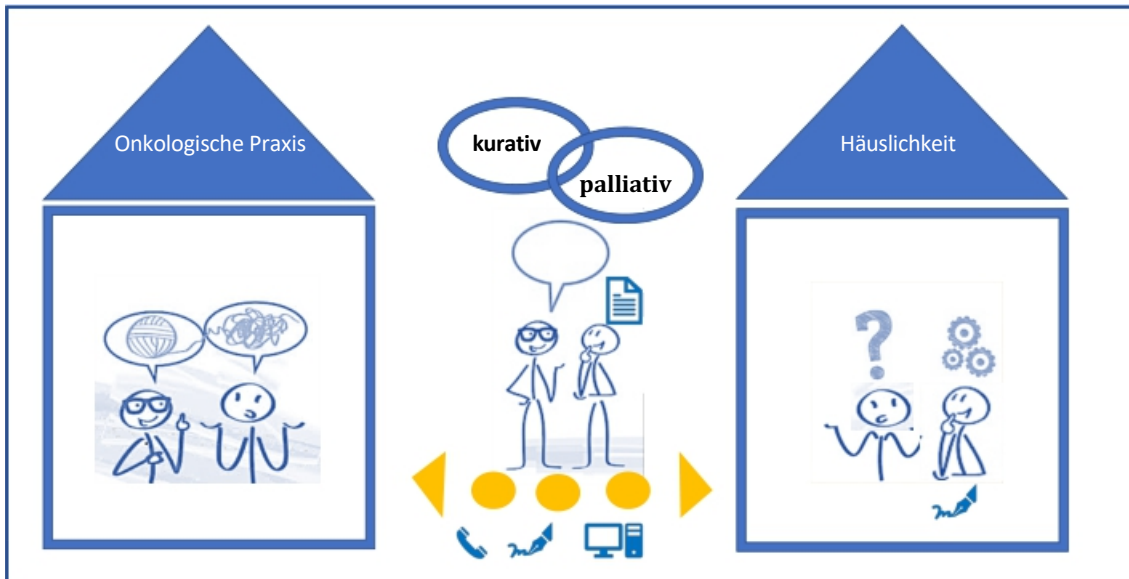


Abbildung 2 Frühintegratives Palliativpflegerisches Konsil (eigene Abbildung)

4.1.1. Beziehungsförderung

Für eine vertrauensvolle, ganzheitliche und früh-integrative onkologisch-palliative Behandlung ist eine gute professionelle Beziehung zwischen den Patienten und Patientinnen, den Angehörigen und des medizinischen und pflegerischen Personals sowie Ehrenamtlichen eine wichtige Grundvoraussetzung. Im Vordergrund steht hierbei die Stärkung der Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit von Patienten und Patientinnen und Angehörigen, indem sie unter anderem die Therapie verstehen und nachvollziehen lernen.

Im palliativpflegerischen Erst- und Folgekonsil wird den Patienten und Patientinnen frühzeitig angeboten auch über andere Themen, als nur über das „leidige“ Thema der Krebserkrankung, zu sprechen, um ein ganzheitliches Bild über die persönliche Lebenssituation und deren Ressourcen zu erhalten. Dies schließt die Angehörigenperspektive ebenfalls mit ein. Eine stabile häusliche Versorgung ist ohne die Einbeziehung und Verfügbarkeit von Angehörigen oft schwer vorstellbar.

Betroffenen soll daher bei den konsiliarischen Begegnungen Gelegenheit gegeben werden auch über Themen, wie z.B. Familie, Job oder Hobbies, zu sprechen um eine stärkere und engere Beziehung zum therapeutischen Team (Arzt, OncoCoach und KoPP) aufbauen zu können. Auch der Krankheitsverlauf, die Prognose und die weitere Therapie können besprochen werden. Über die Erörterung der Themen können Sicherheit durch Wissen und Entscheidungsfähigkeit aufgebaut werden. Dabei stehen die Wünsche, Hoffnungen und Ressourcen der Patienten und Patientinnen sowie der Angehörigen im Vordergrund. Aber

auch wie gut oder wie schlecht schon einmal eine Behandlung vertragen wurde bzw. welche Therapieform für die Patientin und den Patienten die angenehmste ist oder welche nicht gewünscht wird ¹⁰.



Abbildung 3 Beziehungsaufbau (eigene Abbildung)

4.1.2 Frühzeitige Unterstützung zur Symptom- und Krankheitsbewältigung

Vom ersten Kontakt an sollten mit dem Patienten und der Patientin sowie deren Angehörigen die vorhandenen oder evtl. zu erwartenden Symptome und Belastungsfaktoren und der Umgang mit diesen besprochen werden. Wichtig ist es, auf die individuellen Symptome und die sich daraus ergebende Belastung der Betroffenen einzugehen und über diese einen „Symptomreview“ anzulegen. Dieser sollte die Beratung zu medizinischen, pharmakologischen und insbesondere palliativpflegerischen Interventionen enthalten, wie und wann diese anzuwenden sind, aber auch wie mit unerwünschten Wirkungen umgegangen werden kann ¹⁰.

Das Konsil beinhaltet eine/n:

- frühzeitige Identifikation von Problemen,
- beratende Befähigung des Patienten, der Patientin,
- Beratung zu den vorliegenden Symptomen und anderen belastenden Faktoren,
- Erfassung, Beurteilung von Intensität und Verlauf von Symptomen,
- Erfassung und Beurteilung von Ressourcen,
- Beachtung der Autonomie und Selbstbestimmung in der Lebenswirklichkeit des Patienten/der Patientin und deren Angehörigen, statt in der Fachwelt,
- vorrausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse und
- Beistand in der individuellen Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod
- Identifikation psychosozialer und spiritueller Themen

¹⁰ Yoong et al. 2013

4.1.3 Umgang mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase (Coping-Strategien)

Der Patient/die Patientin sollte Angebote erhalten, wie sie mit der Diagnose und der Therapie, aber auch wie er/sie mit der Stimmung und dem körperlichen Zustand, der durch die Therapie ausgelöst wird, umgehen kann (Schulungskonzept). Hierbei sollten auch die Bezugspersonen mit einbezogen werden.

Vorgeschlagene Coping-Strategien werden mit dem kontinuierlichen Ziel immer wieder Verbesserungen des aktuellen Zustandes zu erzielen¹⁰ in Bezug auf Angst und den jeweiligen psychologischen Zustand evaluiert.

Ein wichtiger Aspekt hierbei ist es neutral zu informieren und zu beraten und einen geschützten Raum für Ambivalenzen zu schaffen. Es muss dabei durch den Patient/die Patientin und den Behandler sichergestellt werden, dass widersprüchliche Empfindungen der Betroffenen oder widersprüchliche Wahrnehmungen der Behandler nicht in widersprüchlichen Therapieempfehlungen münden.

4.1.4. Die Krankheit und deren Auswirkungen verstehen

Im Konsil werden der aktuelle Stand der Erkrankung, der weitere Verlauf der Therapie und die individuellen Erwartungen besprochen und Fragen bezüglich des Verständnisses der Diagnose und dem Umgang mit der Erkrankung geklärt. Im Folgenden erfolgen eine Erklärung und Besprechung des anfänglichen Therapieplans hinsichtlich der Erkrankung und deren Begleitscheinungen. Zum späteren Zeitpunkt werden die Stufen der Krankheit, in der sich die Patientinnen und Patienten gerade befinden, die weitere Krankheitsbehandlung und wenn vorhanden, veränderte Befunde und deren Bedeutung für die Betroffenen besprochen¹¹.

Die Information und Begleitung als Grundlage zur Befähigung in der Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Meilenstein in der jeweiligen Krankheitsphase. Patientinnen und Patienten sollen sich in die Lage versetzt fühlen, ihre Lebensplanung selbst oder mit ggf. Unterstützung zu verwalten und das Notwendige, auch vorausschauend, zu entscheiden wann es nötig ist. Sie sollen sich durch diese Unterstützung im Sozial- und Gesundheitswesen zurechtzufinden und um die entsprechenden Kontaktdaten verfügen. Immer wenn es etwas Wichtiges (wie z.B. Änderungen der Therapieplanung, Verstärkung der Symptomatik, zunehmende Belastungen) zu besprechen gibt, sollte der Patient oder die Patientin sich angenommen und ernstgenommen fühlen und in seiner Selbstbestimmung gestärkt werden.

Das palliativpflegerische Konsil leistet Beistand bei Entscheidungsfindung oder Hilfe, wenn in medizinischen und pflegerischen Belangen noch Verunsicherung bestehen. Wichtig für die Betroffenen ist es, zu jemandem Kontakt zu haben, der medizinisches und pflegerisches „Know-how“ besitzt, Jargon und Ergebnisse versteht und interpretieren kann und diese dann den Patientinnen und Patienten in eine für sie individuell verständliche Form übersetzt und erklärt.

4.1.5. Familienmitglieder bzw. Bezugspersonen mit einbeziehen

Für die Betroffenen ist die Unterstützung der Familie in der Regel sehr wichtig. Zu Beginn ist daher zu eruieren, in welchem Ausmaß Verständnis für die Krankheit in der Familie vorhanden ist und welche Auswirkungen ein onkologisch erkranktes Familienmitglied auf das gesamte Familiengefüge hat. Deshalb ist es wichtig, dass die Familienmitglieder gewisse Strategien zur Bewältigung kennen, um nicht das Gefühl zu vermitteln, dass der Betroffene eine Last für die Familie sei. Für die Patientin/ den Patienten ist es wichtig,

¹¹ Yoong et al. 2013; Hannon et al. 2017

dass die Familie bis zum Tod immer ein unterstützender Faktor bleibt. Egal ob es sich dabei um Entscheidungen hinsichtlich der Therapie, um Pläne, Hoffnungen und Wünsche am Lebensende handelt oder um Beistand oder Assistenz bei Pflegehandlungen oder anderen Tätigkeiten¹².

4.1.6. Änderung des Therapieplans

Bei den konsiliarischen Besuchen ist die Besprechung der Therapie erfahrungsgemäß ein für die Betroffenen wichtiger Bestandteil. Es kann notwendig werden über mögliche Änderungen nachzudenken. Wichtig dabei ist, dies in einem ruhigen und für die Patientinnen und Patienten bekannten und vertrauten Ort zu besprechen und die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, in den Vordergrund zu stellen¹².

4.1.7. Die letzte Lebensphase planen

Prioritäten und Wünsche der Patientinnen und Patienten für die letzte Lebensphase sollten im Rahmen des Konsils ebenfalls angesprochen und geklärt werden. Zum Beispiel, welche weiteren Möglichkeiten der Palliativversorgung gibt es, wie die Patientinnen und Patienten zu lebenserhaltenden Maßnahmen stehen oder wie die weitere Therapie aussehen soll. Der frühe Kontakt mit Strukturen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und einem Palliative-Care-Team, um schon eine Beziehung ab der Diagnosestellung aufbauen zu können, wird wissenschaftlich als ein großer Vorteil beschrieben¹³.

Patientinnen und Patienten gilt es die Möglichkeit zu eröffnen, mit palliativmedizin-affinem Personal das weitere Procedere in Bezug auf Möglichkeiten und Orte für Palliativversorgung, „End-of-Life Care (EOLC)“, die Prognose, Coping Strategien für in Zukunft auftretende Symptome oder andere Probleme, zu besprechen, um Unsicherheiten zu nehmen und Wissen darum zu geben, welche weiteren Angebote in der EOLC verfügbar sind. Den Patientinnen und Patienten sollen die Möglichkeit eröffnet werden über alle Themen, die das Lebensende betreffen, wie zum Beispiel das Verstehen des Sterbeprozesses, Zukunftsängste und Präferenzen über die Planung des Lebensendes, zu diskutieren und sich zu informieren.¹⁴

Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung sollte schon sehr früh Gelegenheit gegeben werden, sich mit diesem Thema auseinandersetzen zu können, um mit ihnen und für sie im Krankheitsverlauf adäquate Entscheidungen, in Bezug auf Therapieänderungen, Therapiezieländerung oder Lebensende frühzeitig treffen zu können.

4.1.8. Dokumentation, Kommunikation und Rückmeldesystem an Onkologie

Um allen an der Versorgung Beteiligten einen Zugang zu den Informationen über die Patienten und Patientinnen zu ermöglichen, ist eine Dokumentation und Patienten- / Patientinnen-einwilligung notwendig. Die Dokumentation erfolgt in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und dem Palliativmedizinischem Basisassessment (PBA).

Hierbei werden folgende Bereiche definiert, die mit geeigneten Messverfahren erfasst werden:

- Symptomintensität und Belastung
- Psychosoziale Belastung
- Selbsthilfefähigkeit und Ressourcen
- Soziale Situation/Einbindung

¹² vgl. Yoong et al. 2013

¹³ vgl. Yoong et. al 2013; Hannon et al. 2017

¹⁴ vgl. Hannon et al. 2017

- Alltagskompetenz

Als zusätzlich notwendig wird im Rahmen von OnCoPaTh eine Dokumentation erachtet, die die Beratung und Information über umfassende regionale Angebote der palliativen und hospizlichen Versorgungsmöglichkeiten beinhalten. Zudem wird im Sinne einer vorrausschauenden Planung ein „Five Wishes“¹⁵ (Fünf Wünsche) Protokoll gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen erstellt.

4.2. Schnittstelle OncoCoach - KoPP

Die Aufgabe von OncoCoaches im Projekt ONCOPATH ist es, in onkologischen Schwerpunktpraxen den Patienten und Patientinnen sofort nach der Diagnose "Fernmetastasen" eine begleitende Betreuung durch Palliative-Care Pflegefachpersonen anzubieten. Auf Wunsch der Patienten und Patientinnen besuchen und unterstützen die Palliative-Care Pflegefachpersonen konsiliarisch die Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld und bereiten sie und deren Angehörige auf mögliche zukünftige Behandlungssituationen vor, in denen z. B. eine rein palliative Betreuung notwendig werden kann. Hierbei wird auf die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen individuell eingegangen.

Im gemeinsamen Konsil zwischen OncoCoach und der Palliative-Care Pflegefachperson findet ein regelmäßiger fachlicher Austausch über die Patienten und Patientinnen statt. Wichtige Erkenntnisse werden dem/der behandelnden Onkologen/ Onkologin zurückgespielt, der/die diese bei der weiteren Behandlung mit einbeziehen kann.

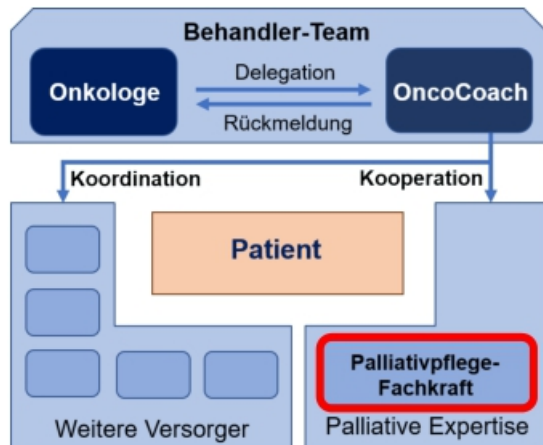


Abbildung 4: Die neue Versorgungsform-OnCoPaTh (<https://www.oncopath.de>)

In der Interventionsgruppe wird die Kommunikation unterstützt durch ein browserbasiertes Dokumentationsmodul (APP), welches für das Projekt entwickelt wurde. In der App werden neben dem eCRF auch die zu etablierenden Behandlungspfade als Checkliste abgebildet, so dass die geplanten Prozessabläufe in der Intervention zuverlässig eingehalten werden.

¹⁵ Das „Five Wishes“ Protokoll ist ein Dokument, das die Patientin/der Patient in seiner Sprache bei vollem Bewusstsein zusammen mit einer Pflegeperson als Unterstützung ausfüllt, um seinem letzten Willen am Lebensende, Kraft zu verleihen.

4.3. Hinweise zu Schnittstellen

Die KoPP ist **ausschließlich** beratend und in Ergänzung zum OnkoCoach tätig. Ziel ist es, durch eine frühzeitige Integration und von betroffenengerechter Kommunikation die Selbstwirksamkeit der Patienten und Patientinnen zu fördern. Die Gesundheitskompetenz der Betroffenen soll für herausfordernde Situationen mit existentieller Tragweite erweitert werden, um patientenzentrierte und abgestimmte Entscheidungen treffen zu können. Sollte eine zusätzliche ambulante Versorgungsstruktur notwendig sein, muss diese über den behandelnden Onkologen oder der behandelnden Onkologin initiiert werden.

Der Algorithmus der Patientenversorgung stellt sich folgendermaßen dar:

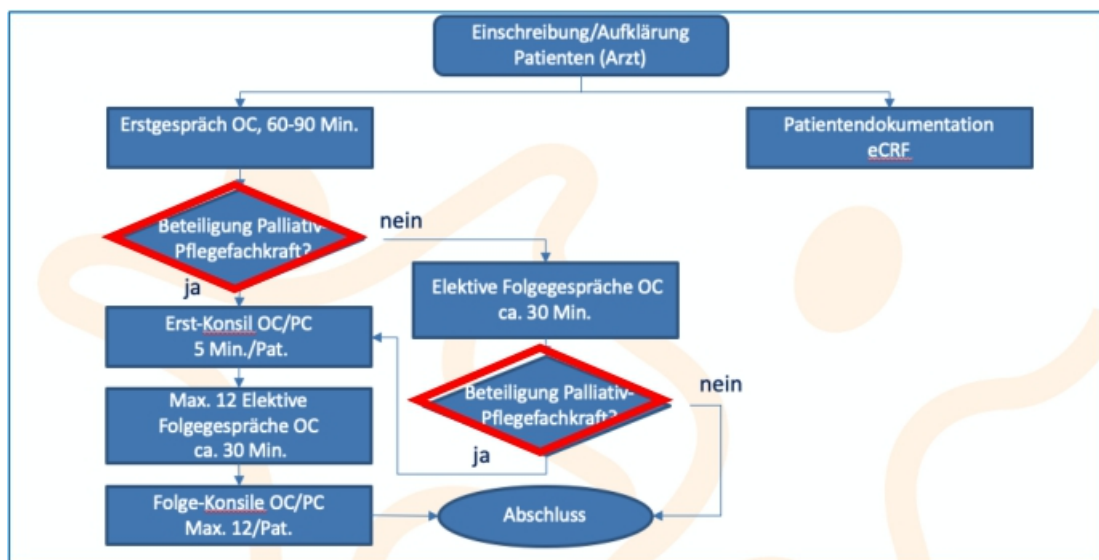


Abbildung 5: OnCoPaTh Algorithmus (<https://www.oncopath.de>)

- ⇒ Leistungen der AAPV in Verbindung mit dem Hospiz- und Palliativgesetz 2015 (Hausärztliche Versorgung nach EBM¹⁶, GOÄ¹⁷, GOP¹⁸ und/oder Häusliche Krankenpflege¹⁹) und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV²⁰) sind kein Inhalt dieses Versorgungsangebotes.
- ⇒ Ggf. ist eine Einbindung von KoPP in Tumorkonferenzen sinnvoll.

16 EBM-Nrn. 03370, 03371, 03372, 03373,

17 GOÄ Ziffern 1, 8, 34, 50,7, 3 B C D, 15

18 GOP Ziffern 37300, 37302, 37317, 37318, 37305, 37306, 37320, 37314

19 nach §37 und G-BA HKP-RL

20 Nach §37b und 132d SGBV, G-BA RL-SAPV

5 Qualitätszirkel zur Qualitätssicherung

5.1 Kollegiale Beratung

Die KoPP nehmen vierteljährlich an gemeinsamen Qualitätszirkeln teil. Diese finden kostenneutral online statt.

Ziel ist es selbstgewählte Themenfelder und Schwachstellen des Aufgabengebietes der KoPPs zu erörtern und zu analysieren, um Problemlösungen bzw. Verbesserungsvorschläge im Tätigkeitsfeld zu erarbeiten und umzusetzen. Die Gruppe überprüft dabei die erzielten Ergebnisse selbst.

Daneben soll die persönliche Entwicklung der KoPPs (Selbstwertgefühl und Sozialkompetenz), sowie die Zusammenarbeit unter den Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Qualitätszirkels gefördert werden (Kommunikationsverhalten; Gruppendynamik).

5.2 Stundenplan Palliativpflegefachkräfte der VG II

Referenten	Themen	UE
AKS	Vorstellung und Vorstellung OnCoPaTh	1UE
AKS/DMMP/FV	Umgang mit der Dokumentation eCRF	1UE
FV	Aufgaben der Palliativpflegefachperson -Netzwerk und Kommunikation, Abgrenzung zu SAPV und AAPV	1UE

5.3 Stundenplan Workshop KoPP

Referenten	Themen	UE
AKS	Vorstellung und Vorstellung OnCoPaTh	1UE
AKS/DMMP/FV	Prozessabläufe und Schnittstellen/ Umgang mit der Dokumentations APP	1UE
AKS/DMMP/FV	Umgang mit der Dokumentations APP	1UE
FV	Aufgaben der KoPP-Beziehungsförderung, Coping Strategien Angehörige	1UE

FV	Aufgaben der KoPP-5 Wishes, vorrausschauende Planung der letzten Lebensphase	1UE
FV	Aufgaben der KoPP-Netzwerk und Kommunikation, Abgrenzung zu SAPV und AAPV	1UE

5.4 Stundenplan Workshop OncoCoach und KoPP

Die KoPP werden in einem gemeinsamen Implementierungsworkshop mit den OncoCoaches auf die Projektinhalte vorbereitet. Der Schwerpunkt liegt auf den Projektinhalten und den entsprechenden Prozessen und Zeitplänen. Insbesondere die Prozesse zur Zusammenarbeit mit dem OncoCoach und der Umgang mit der Dokumentations-App werden geschult. Gerade die Erstgespräche mit den Patienten und der Austausch mit dem OncoCoach im Rahmen der Konsile soll auf Basis strukturierter inhaltlicher Vorgaben erfolgen.

Referenten	Themen	UE
DMMP/FV	Kennenlernen und Austausch OncoCoach und KoPP	1 UE
DMMP/FV	Dokumentation und Schnittstellen	1 UE

Literaturverzeichnis

- Abt-Zeglin A. (2017): Patientenedukation in Palliative Care. I: Steffen-Bürge B Schärer-Santschi E., Staudacher D., Monte Verde S.: Lehrbuch Palliative Care. 157-169. Hogrefe-Verlag Bern.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) (2015): Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie. Gemeinsame Stellungnahme.
https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/palliativmedizinische_versorgung/Stellungnahme_DGP_DGHO.pdf (besucht am 08.10.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2011): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland [Charter for the care of terminally ill and dying people in Germany].
- Hannon, B, Swami, N, Rodin, G, Pope, A, Zimmermann, C (2017): Experiences of patients and caregivers with early palliative care: a qualitative study, Palliative Medicine, vol 31, no1, pp 72-81.
- Harrer, SM (2019): Early Palliative Care zur Verbesserung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Medizinische Universität Graz.
- Schaeffer D, Pelikan JM (2017). Health Literacy. Hogrefe Verlag. Bern.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF et al (2010): Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. The New England journal of medicine, 363(8):733-742.
- Yoong, J, Park, ER, Greer, JA, Jackson, VA, Gallagher, ER, Pirl, WF, Back, AL, Temel, JS (2013): Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. JAMA intern Med, vol. 173, no.4, pp 283-290.
- Zamora, P, Riese, C, Borges, U et al (2014): Patientenkompetenz in der oralen Krebstherapie (PACOCT). Forum 29, 42–45. <https://doi.org/10.1007/s12312-013-1085-8>