

Palliative Vitalparameter
Manual zur Einführung eines
Komplexitätsassessments

COMPANION



Projekt COMPANION

Schwerkranke und sterbende Menschen leiden unter vielfältigen körperlichen, psychischen, sozialen, spirituellen und praktischen Problemen. Auch die Angehörigen sind durch die Situation sehr belastet. Die Ausprägung und Interaktion der Probleme und Belastungen beschreiben die Komplexität einer Versorgungssituation. Bislang gibt es in Deutschland keine zuverlässige Einteilung für diese Komplexität, die helfen kann, Patient*innen besser zu beschreiben und zu unterscheiden, ob Patient*innen allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung brauchen.

Das durch den Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt COMPANION (01VSF18018) möchte eine Einteilung (Klassifikation) für erwachsene Palliativpatient*innen entwickeln, die auf der Komplexität der palliativen Patient*innensituationen und den damit verbundenen Kosten (Personal, Medikation und Diagnostik) basiert. Dazu werden Daten von über 2.000 Patient*innen und die individuellen Kosten in deutschen Palliativeinrichtungen erhoben. Außerdem soll die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Palliativeinrichtungen beschrieben und anhand von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Patient*innendaten verglichen werden.

Dieses Manual beschäftigt sich mit dem ersten Teil des Projektes, der Einführung von Assessmentinstrumenten, welche die Komplexität von verschiedenen Patient*innensituationen abbilden können.

Inhalt

Wozu wir Assessments brauchen.....	4
Komplexität erfassen – Palliative Vitalparameter.....	6
Messzeitpunkte.....	8
Assessmentinstrumente.....	12
Fallbeispiel.....	12
Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS).....	14
Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS).....	17
Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS).....	20
Modifizierter Barthel Index.....	22
Palliativphasen.....	25
Kontakt.....	30

Wozu wir Assessments brauchen

Die Verwendung von einheitlichen standardisierten Messinstrumenten hat viele Vorteile, sowohl für Patient*innen als auch für den klinischen Arbeitsalltag der Mitarbeitenden. Die Instrumente erlauben eine gemeinsame Sprache, eine standardisierte Erhebung und einheitliche Referenzwerte. Klinische Assessments gehören in der Medizin und Pflege zum Alltag. Dabei stehen die klassischen Vitalparameter wie Temperatur, Herzfrequenz oder Blutdruck im Vordergrund, da sie den klinischen Zustand der Patient*innen erfassen und beschreiben. Aber auch das Messen von Größe und Gewicht oder die Bestimmung der Lungenfunktion zählen hierzu.

Assessments und „klassische“ Kennwerte kurativer medizinischer Bereiche haben in der Palliativmedizin jedoch nur eine untergeordnete Bedeutung. Die besondere Blickrichtung in der Palliativversorgung ist die Patient*innensicht und damit die subjektive Einschätzung von Symptomen, psychischen und sozialen Belastungen sowie spirituell-existentiellen Fragen. Um dem ganzheitlichen patient*innenzentrierten Ansatz der Palliativversorgung zu entsprechen, müssen diese Dimensionen über „**Palliative Vitalparameter**“ mit entsprechenden Assessmentinstrumenten abgebildet werden.

Regelmäßige standardisierte Assessments der Palliativen Vitalparameter...

- ...wirken für klinisch Mitarbeitende unterstützend bei der Einschätzung von Patient*innensituationen und –bedürfnissen. Durch die Orientierung an Vorgaben gewinnen die Mitarbeitenden an **Sicherheit**.
- ...ermöglichen eine präzise Beschreibung der Patient*innen sowie deren komplexer Bedürfnisse durch eine „**gemeinsame Sprache**“.
- ...unterstützen eine **zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung**, da Bedürfnisse von Patient*innen eindeutiger zu identifizieren sind.
- ...ermöglichen ein **genaues Monitoring** der Belastung von Patient*innen durch Probleme und Symptome im zeitlichen Verlauf. Verschlechterungen oder Verbesserungen im Zustand des/der Patient*in können abbildbar gemacht werden.
- ...erlauben im Vergleich, auf individueller Patient*innenebene und über Fälle hinweg, Aussagen über die **Wirksamkeit** medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Interventionen.
- ...ermöglichen **Vergleiche** der Symptomlast im Verlauf der Versorgung.
- ...unterstützen eine **effizientere Gestaltung von Übergaben** innerhalb des eigenen Teams sowie bei Entlassungen oder Überweisungen in andere Settings.
- ...unterstützen ein regelmäßiges und **bewusstes Reflektieren** des eigenen professionellen Handelns, da Auswirkungen direkt abgebildet werden können.

Die Nutzung von standardisierten Assessments sollte dabei nicht als zusätzliche Pflicht gesehen werden, sondern Teil der klinischen Routine sein, welcher die Versorgung lenkt.

Komplexität erfassen – Palliative Vitalparameter

Laut der erweiterten S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ wird „die Komplexität sowohl von der **Intensität** einzelner Symptome oder psychosozialer, spiritueller oder ethischer Probleme als auch von deren gleichzeitigen Auftreten (**Simultanität**; inkl. dem gleichzeitigen Vorliegen von Komorbiditäten) beeinflusst. Die Komplexität der Situation der Patienten lässt sich am besten aus den **erfassten Bedürfnissen, Problemen und Belastungen von Patienten und Angehörigen** ermitteln, wird aber auch anhand des **Funktionsstatus des Patienten** in Verbindung mit der **Palliativphase** (ehemals „Krankheitsphase“) beschrieben.“¹

Bisher gibt es keine einheitliche Vorgehensweise, diese Komplexität zu beschreiben und deren verschiedene Abstufungen in Gruppen einzuteilen. Durch eine entsprechende Einteilung kann die palliative Patient*innengruppe besser und detaillierter dargestellt werden. Es ist somit möglich, eine passende und auf die Bedürfnisse abgestimmte Versorgung zu entwickeln. Dafür ist es notwendig, die unterschiedlich komplexen Patient*innensituationen zu erfassen und erklärbar zu machen.

Einen ersten Schritt zur Beschreibbarkeit von Komplexität in der Palliativversorgung stellt die Identifikation und Implementierung von Assessmentinstrumente dar, welche die in der S3-Leitlinie genannten Dimensionen von Komplexität abbilden können. Die in COMPANION verwendeten klinischen Assessmentinstrumente zur Beschreibung von Komplexitätsfaktoren sind:

- Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS)
- Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS²)
- Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)
- Modifizierter Barthel Index
- Palliativphasen

Diese klinischen Assessmentinstrumente und ihre Anwendung werden auf den folgenden Seiten vorgestellt.

¹ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 25.11.2020)

² In Ergänzung zum bestehenden PCPSS werden im Rahmen von COMPANION die Symptome Unruhe und Verwirrtheit zum Instrument hinzugefügt.

Messzeitpunkte

Um den Verlauf und die häufig sehr dynamische Entwicklung von Patient*innensituationen abbilden zu können, ist es notwendig, klinische Assessments über die gesamte Betreuung hinweg regelmäßig durch ein Palliativteam zu wiederholen. Das bedeutet von Beginn bis zum Ende der spezialisierten Palliativversorgung. Die Beendigung der Versorgung durch das jeweilige Team kann unterschiedliche Gründe haben, der/die Patient*in kann verstorben sein oder in ein anderes Setting entlassen werden, z. B. aus dem stationären Versorgungssetting in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) oder umgekehrt.

Die klinischen Assessments werden von den Mitarbeitenden z.B. während der Visite oder bei Übergaben durchgeführt. Der Zeitpunkt der Durchführung kann von den Teams selbst bestimmt und in den Arbeitsalltag integriert werden. Durch die Einbindung in die tägliche Routine steigt die Vertrautheit mit den Instrumenten, es entwickelt sich eine gemeinsame Sprache und die Assessments werden Teil der täglichen Routine.

Während der gesamten Betreuungsdauer werden auf der Palliativstation täglich, bzw. im Palliativdienst oder in der SAPV bei jedem Kontakt die Symptomliste des IPOS, der PCPSS und die Palliativphase erfasst. Bei jedem Wechsel der Palliativphase, bei Aufnahme und bei Entlassung sowie bei Versterben eines/einer Patient*in werden zusätzlich der ganze IPOS, der AKPS sowie der modifizierte Barthel Index eingeschätzt.

Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Symptombelastung und -schwere täglich beurteilt wird, um einen möglichen Wechsel der Palliativphase, also eine notwendige Anpassung des Versorgungsplans an die aktuelle Situation identifizieren zu können. Bei einem Phasenwechsel wird also ein ausführliches Assessment durchgeführt, d.h. alle Instrumente werden ausgefüllt. Somit wird die gesamte Patient*innensituation (einschließlich der psychosozialen Probleme) abgebildet.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick darüber, zu welchem Zeitpunkt im Versorgungsprozess/Behandlungsverlauf die jeweiligen Erhebungsinstrumente verwendet werden sollen.

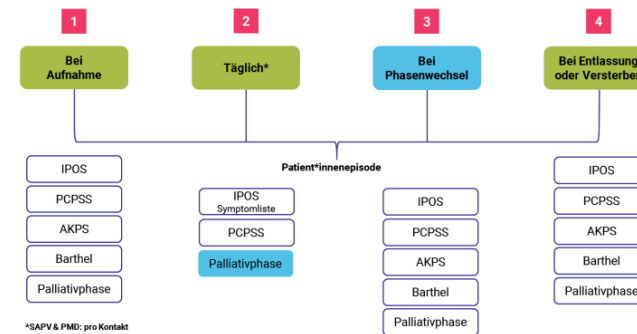


Abbildung 1: Messzeitpunkte der Assessmentinstrumente

1

Bei der Aufnahme des/der Patient*in erfolgt die erste Einschätzung der Komplexität der palliativen Situation. Zu diesem Zeitpunkt werden folgende klinische Assessments durchgeführt:

- Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS)
- Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)
- Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)
- Modifizierter Barthel Index
- Palliativphasen

2

Täglich (Palliativstation) oder bei jedem Kontakt (auch bei Telefonkontakten) des SAPV-Teams bzw. des Palliativdienstes mit dem/der Patient*in werden folgende Parameter dokumentiert:

- Symptomliste der Integrierten Palliative Care Outcome Skala (IPOS)
- Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)
- Palliativphasen

Solange sich die Palliativphase nicht ändert, wird die tägliche (kurze) Dokumentation weitergeführt, bis ein Wechsel der Palliativphase stattfindet.

3

Sobald ein Wechsel der Palliativphase eintritt, der Versorgungsplan also nicht mehr greift, wird wieder die gesamte Dokumentation, wie bei Aufnahme, mit folgenden Assessmentinstrumenten durchgeführt:

- Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS)
- Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)
- Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)
- Modifizierter Barthel Index
- Palliativphasen

Bei jedem weiteren Phasenwechsel wird die gesamte Dokumentation durchgeführt. An Tagen, an denen kein Phasenwechsel stattfindet, erfolgt die kurze Dokumentation (s. Punkt 2).

4

Bei Entlassung in ein anderes Setting oder in eine ambulante Versorgung sowie bei Versterben des/der Patient*in, wird erneut die gesamte Dokumentation mit folgenden Assessmentinstrumenten durchgeführt:

- Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS)
- Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)
- Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)
- Modifizierter Barthel Index
- Palliativphasen

Assessmentinstrumente

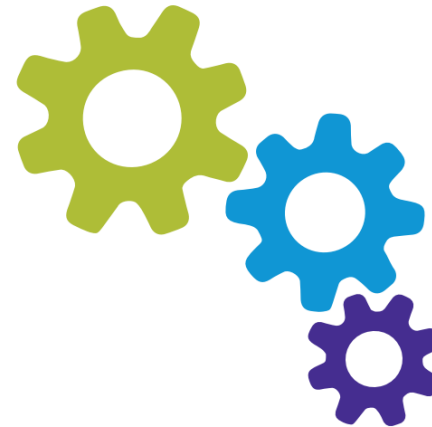
Fallbeispiel

Im weiteren Verlauf des Manuals werden die Assessmentinstrumente beschrieben und deren Anwendung anhand von Beispielen erklärt.

Als Beispiel dient der 45-jährige Herr W., der an einem metastasierten Ösophagus-Karzinom leidet. Derzeit ist der Patient mit Rollator mobil, orientiert, hat eine PCA-Pumpe zur Schmerzkontrolle und kommt damit technisch und im Hinblick auf die Schmerzkontrolle gut zurecht. Im Versorgungsplan ist genau festgehalten, in welcher Dosis und wie häufig sich der Patient selbst einen Bolus geben kann.

Der Patient entwickelt im Verlauf Fieber, Husten und Auswurf. Er wird schwächer und es fällt ihm zunehmend schwer, das Bett zu verlassen. Auch die Appetitlosigkeit wird zunehmend stärker. Er wird mit Verdacht auf eine Pneumonie auf die Palliativstation aufgenommen. Das Palliativteam muss dringend einen Versorgungsplan für die bestehende Symptomatik des Patienten erstellen. Auf Wunsch des Patienten wird eine Antibiotikatherapie gestartet und entsprechende fiebersenkende Maßnahmen eingeleitet. Daraufhin erholt sich Herr W. im Verlauf von mehreren Tagen wieder soweit, dass er kontaktfähig ist und adäquat auf Anforderungen reagiert. Er ist aber weiterhin an das Bett gebunden und schwach. Seine Angehörigen sind durch die zunehmende Verschlechterung belastet, da sie ihnen die Schwere der Situation vor Augen führt. Der Versorgungsplan muss noch um Maßnahmen in Bezug auf zukünftig zu erwartende Symptome und Probleme des Patienten sowie Maßnahmen in Bezug auf die betreuenden Angehörigen ergänzt werden³.

Zwei Tage später hat Herr W. nach der Mobilisation an die Bettkante einen massiven Hustenfall mit Atemnot. Während des Anfalls beginnt er frischblutig im Schwall zu erbrechen. Er wird notfallmäßig endoskopiert, um die Tumorblutung zu stoppen. Nach Rückkehr auf die Palliativstation ist der Patient extrem verängstigt. Seine Angehörigen sind maximal belastet und wissen nicht, wie es weitergehen soll. Der Patient und seine Familie stellen die bisher geplante Weiterbehandlung und Versorgung des Patienten komplett in Frage. Da der Versorgungsplan bisher keine psychosozialen Maßnahmen enthält und auch noch kein ACP-Gespräch (Advanced Care Planning) stattgefunden hat, muss dieser dringend überarbeitet werden.³



³ Das Fallbeispiel stammt aus einem ausführlichen Manual zur Implementierung und Anwendung der Palliativphasen und ist bei der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des LMU Klinikums erhältlich. (Lehmann, E., Grüne, B., Hodiament, F., & Bausewein, C. Palliativphasen als Bestandteil systematischer Outcome-Messung in der spezialisierten Palliativversorgung: Entwicklung einer deutschsprachigen Version. Zeitschrift für Palliativmedizin, 2020;21(05):46.)

Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS)

Beschreibung

Der IPOS-Fragebogen⁴ ist ein Instrument zur Erfassung der **Belastungen** und Probleme des/der Patient*in und bildet die Bedürfnisse des/der Patient*in und deren Angehörigen ab. Die 17 Fragen des IPOS ermöglichen die multidimensionale Erfassung von physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen sowie praktischen Fragen und Informationsbedürfnissen. Die Beantwortung der Fragen erfolgt über eine 5-Punkte-Skala, wobei 0 für kein Problem bzw. keine Belastung und 4 für eine außerordentlich starke Belastung durch das jeweilige Symptom oder Problem steht.

Es geht nicht darum, wie stark die Symptome oder Probleme ausgeprägt sind, sondern wie belastet die Patient*innen durch die Symptome oder Probleme sind.

Ein hoher Wert bei einzelnen Symptomen oder Problemen weist auf eine akute Belastung des/der Patient*in in dem jeweiligen Bereich hin und erfordert eine zeitnahe Klärung oder Behandlung. Über eine Gesamtpunktzahl (Wertebereich zwischen 0 und 68), die über die Antworten zu allen Fragen errechnet wird, lässt sich die Gesamtbelastung des/der Patient*in und der Angehörigen abbilden.

Beispiel

Herr W. verliert im Laufe seiner Behandlung immer mehr an Appetit. Er ist durch die Appetitlosigkeit allerdings kaum belastet, er isst nur so viel er möchte. Der IPOS Wert für Appetitlosigkeit ist trotz hoher Ausprägung entsprechend mit „ein wenig“ (=1) einzuschätzen, da die Belastung durch die Appetitlosigkeit für Herrn W. nur gering ist.

Rhythmus der Dokumentation

1. Bei **Aufnahme** bzw. **Erstkontakt** mit dem/der Patient*in wird der ganze IPOS als Teil des Basis-Assessments erhoben.
2. Im weiteren Verlauf der Betreuung wird in einem **täglichen** Assessment (bzw. bei Patient*innenkontakt in der SAPV oder im Palliativdienst) nur die Symptomliste (die ersten 10 Items) des IPOS dokumentiert.
3. Bei einem **Wechsel der Palliativphase** wird der ganze IPOS mit allen Items dokumentiert.
4. Bei **Entlassung** des/der Patient*in in ein anderes Setting sowie bei **Versterben** wird der ganze IPOS dokumentiert.

Nutzen

- Durch die systematische Messung mit dem IPOS-Fragebogen kann die aktuelle Belastung der Patient*innen und Angehörigen beschrieben werden.
- Die Belastung durch Symptome und Probleme kann leicht identifiziert werden.
- Der Verlauf und die Entwicklung der Patient*innensituation kann optisch dargestellt werden.
- Dadurch ist auf einen Blick sichtbar, welche Auswirkungen (ob positiv oder negativ) Interventionen im Versorgungsplan auf die aktuelle Patient*innensituation haben und das Team kann zeitnah entsprechend intervenieren.
- Schnellere Absprachen sind im Team durch eine „gemeinsame Sprache“ (z.B. die Patientin ist „ein wenig“ belastet) möglich.

⁴ Murtagh FEM, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). Palliative Medicine. 2019;33(8):1045-57.

Der IPOS Fragebogen⁵

Wie belastet ist der/die Patient*in von folgenden Symptomen/Problemen?

Schmerzen	0	1	2	3	4
Atemnot	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark
Schwäche					
Übelkeit					
Erbrechen					
Appetitlosigkeit					
Verstopfung					
Mundtrockenheit					
Schläfrigkeit					
Mobilität					
Patient*in beunruhigt	0	1	2	3	4
Familie beunruhigt	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
Patient*in traurig bedrückt					
Patient*in im Frieden	0	1	2	3	4
Patient*in Gefühle teilen	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
Informationen erhalten					
Probleme angegangen	0	1	2	3	4
	Keine Probleme	Größtenteils	Teilweise	Kaum	Nicht

Abbildung 2: Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)

⁵ Für weitere ausführliche Informationen zu dem Instrument wird eine Registrierung unter <https://pos-pal.org> empfohlen.

Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)

Beschreibung

Der Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)⁶ (deutsch: Palliative Problem- und Symptomstärke) ist ein kurzes Assessmentinstrument, das verwendet wird, um die **Schwere** von Symptomen und Problemen von Patient*innen und deren Angehörigen abzubilden. Die Einschätzung erfolgt anhand folgender vier Bereiche: Schmerzen, andere Symptome, psychische und spirituelle Bedürfnisse und Angehörige. In Ergänzung zum bestehenden PCPSS werden im Rahmen von COMPANION die Symptome Unruhe und Verwirrtheit zum Instrument hinzugefügt. Das Vorhandensein und die Stärke von Unruhe und Verwirrtheit werden mit derselben Skala wie der des PCPSS eingeschätzt und abgebildet.

Jeder einzelne Aspekt wird auf einer 4-Punkte-Skala bewertet, die den Schweregrad der Symptome und Probleme misst: 0 = abwesend, 1 =leicht, 2 =mäßig und 3 =stark.

Der PCPSS wird in Ergänzung zum IPOS dokumentiert, denn hier liegt der Fokus nicht darauf, wie belastet Patient*innen durch Symptome oder Probleme sind, sondern wie stark diese tatsächlich ausgeprägt sind.

Beispiel

Herr W. hat eine ausgeprägte Appetitlosigkeit, ist dadurch jedoch nur wenig belastet. Der IPOS Wert ist hier mit „ein wenig“ einzuschätzen, der PCPSS („Andere Symptome“) hingegen „stark“. Auch wenn Herr W. keine großen Probleme durch seine Appetitlosigkeit hat, ergeben sich für seine Betreuung weitere Implikationen. Die Angehörigen kommen schwer damit zurecht, dass Herr W. so wenig isst und wollen ihm immer wieder Essen eingeben. Es sind mehrere Gespräche notwendig, um sie davon zu überzeugen, dass er nichts essen muss, wenn er nicht möchte. Dadurch braucht es mehr Ressourcen der Mitarbeitenden um der Belastung der Angehörigen gerecht zu werden.⁶

⁶ Masso, M., Allingham, S. F., Johnson, C. E., Pidgeon, T., Yates, P., Currow, D., & Eagar, K. (2016). Palliative Care Problem Severity Score: Reliability and acceptability in a national study. *Palliative medicine*, 30(5), 479-485.

Rhythmus der Dokumentation

1. Bei **Aufnahme** bzw. **Erstkontakt** mit dem/der Patient*in wird der PCPSS als Teil des Basis-Assessments dokumentiert.
2. Im weiteren Verlauf der Betreuung wird der PCPSS in einem **täglichen** Assessment (bzw. bei Patient*innenkontakt in der SAPV oder im Palliativdienst) dokumentiert.
3. Bei einem **Wechsel der Palliativphase** wird der PCPSS dokumentiert.
4. Bei **Entlassung** des/der Patient*in in ein anderes Setting sowie bei **Versterben** wird der PCPSS dokumentiert.

Nutzen

- Der PCPSS bildet die Symptomschwere der Patient*innen ab.
- Im Gegensatz zum IPOS bewertet der PCPSS nicht die Belastung durch Symptome, sondern die tatsächliche Schwere der Symptome und Probleme.
- Ergänzend zur Erfassung durch den IPOS weist der PCPSS auf mögliche Implikationen für die Versorgung durch die Problemstärke hin. So kann ein Problem, das für den/die Betroffene in einer aktuellen Versorgungssituation nicht als belastend wahrgenommen wird, sich durchaus auf die Weiterversorgung auswirken.
- In Kombination mit dem IPOS bilden die beiden Assessments ein ganzheitliches Bild der Probleme der Patient*innen ab.
- Daneben ist eine einfache Einschätzung der Angehörigensituation möglich. Dadurch kann schnell erfasst werden, ob eine mögliche psychologische Unterstützung der Angehörigen notwendig ist.

Die PCPSS Bereiche

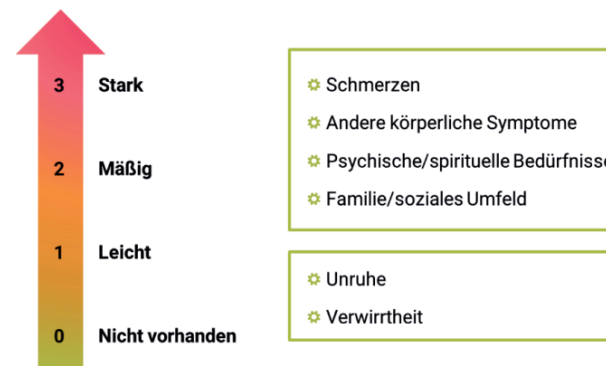


Abbildung 3: Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS)

Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)

Beschreibung

Der Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)⁷ ist ein Maß für den **allgemeinen Funktionsstatus** des/der Patient*in. Er wird auf einer Skala von 0 bis 100 abgebildet, wobei 100 für eine normale körperliche Verfassung ohne Anzeichen einer Erkrankung steht und niedrigere Werte auf einen verminderten Funktionsstatus hinweisen.

Beispiel

Herr W. ist bei der Aufnahme in die Betreuung mit dem Rollator mobil. Zu diesem Zeitpunkt hat er einen AKPS von 60. Er braucht einige Hilfestellungen, ist aber in den meisten Bereichen selbstständig.

Rhythmus der Dokumentation

1. Bei **Aufnahme** bzw. Erstkontakt mit dem/der Patient*in wird der AKPS als Teil des Basis-Assessments dokumentiert.
2. Bei einem **Wechsel der Palliativphase** wird der AKPS dokumentiert.
3. Bei **Entlassung** des/der Patient*in in ein anderes Setting oder bei **Versterben** wird der AKPS dokumentiert.

Nutzen

- Der AKPS ist ein effizientes und zeitsparendes Instrument zur Beschreibung der alltäglichen Funktionen von Patient*innen.
- In Kombination mit dem Barthel Index (siehe unten) kann der Funktionsstatus der Patient*innen sowie deren Fähigkeit alleine zu leben und sich zu versorgen umfassend eingeschätzt werden.
- Übergaben an andere Mitarbeiter*innen oder Entlassung oder Überweisungen in andere Settings werden erleichtert.

Der AKPS

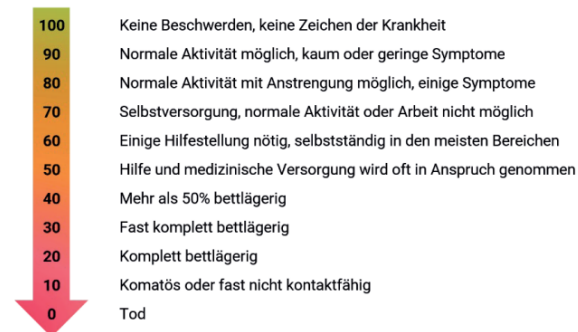


Abbildung 4: Australian Karnofsky Performance Score (AKPS)

⁷ Abernethy AP, Shelby-James T, Fazekas BS, Woods D, Currow DC. The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]. BMC Palliative Care. 2005;4(7):1-12

Modifizierter Barthel Index

Beschreibung

Der modifizierte Barthel Index® erfasst und beurteilt systematisch den Funktionsstatus grundlegender körperlicher **Alltagsfunktionen** von Patient*innen. Ziel ist es, festzustellen, wie eigenständig die/der Patient*in „Aktivitäten des täglichen Lebens“ bewältigen kann. Die Einschätzung erfolgt anhand von 10 Kategorien, die mit Hilfe einer standardisierten Skala mit den Werten 0, 1, 2 oder 3 bewertet werden. Je höher die erreichte Punktzahl ist, desto selbstständiger ist die Person. Dabei wird eingeschätzt, wie viel Unterstützung der/die Patient*in benötigt, falls die Aktivitäten nicht selbstständig ausgeführt werden können. Je weniger Punkte vergeben werden, desto mehr Unterstützung benötigt der/die Patient*in.

Der Barthel Index ergänzt den AKPS. Der AKPS bildet die Patient*innensituation in den Bereichen ab 40 Punkten und weniger nur noch sehr grob ab. Eine genaue Einschätzung der Selbstständigkeit und des Funktionsstatus ist nicht mehr möglich. Genau dort setzt der Barthel Index mit seiner Einschätzung der Alltagsfunktionen der Patient*innen an. Somit kann genau erfasst werden, wie selbstständig ein/eine Patient*in noch ist, der/die z.B. bereits zu 50% bettlägrig ist. Der Barthel Index bildet ab, dass ein/eine Patient*in z.B. trotz Bettlägrigkeit dazu in der Lage ist, sich selbst zu waschen und selbstständig zu essen. Die Kombination aus AKPS und Barthel Index ermöglicht es, die Alltagsfähigkeit umfassend und in beide Richtungen abzubilden. Bei einem/einer Patient*in mit hohem Funktionsstatus gibt eher der AKPS Aufschluss über die Patient*innensituation, bei einem niedrigen Funktionsstatus hingegen der Barthel Index.

Beispiel

Herr W. wurde mobil und selbstständig in die Betreuung aufgenommen, der AKPS lag zu diesem Zeitpunkt bei 60. Im Verlauf der Betreuung entwickelt er Fieber, Husten und Auswurf. Herr W. ist nun den Großteil des Tages an das Bett gebunden. Sein AKPS Wert sinkt auf 40. Der Wert gibt nur wenig Information

darüber, wie selbstständig Herr W. trotzdem noch ist. Darüber gibt ab diesem Punkt eher der Barthel Index Aufschluss. Der Patient kann aufgrund seiner fortgeschrittenen Erkrankung und Schwäche das Bett zwar kaum verlassen, kann aber weiterhin mit Hilfe auf die Toilette (= 1) und zum Waschen (= 0) aufstehen, zudem ist er kontinent (Stuhl = 2, Urin = 2) und kann alleine essen (= 2).

Rhythmus der Dokumentation

1. Bei **Aufnahme** bzw. **Erstkontakt** mit dem/der Patient*in wird der Barthel Index als Teil des Basis-Assessments dokumentiert.
2. Bei einem **Wechsel der Palliativphase** wird der Barthel Index dokumentiert.
3. Bei **Entlassung** des/der Patient*in in ein anderes Setting sowie bei **Versterben** wird der Barthel Index dokumentiert.

Nutzen

- Durch den Barthel Index kann die Hilfsbedürftigkeit im alltäglichen Leben eingeschätzt werden.
- Darüber hinaus ermöglicht die weite Verbreitung und Verwendung des Barthel Index eine „gemeinsame Sprache“ für verschiedene Berufsgruppen.
- Dies ermöglicht eine einfache Überweisung/Übergabe der Patient*innen in beispielsweise ambulante Betreuung.
- Durch die Abbildung des Funktionsstatus der Patient*innen können personelle Ressourcen und Hilfsmittel individuell angepasst und verteilt werden.
- Der Barthel Index hilft dabei, die weitere Versorgung für den/die Patient*in zu planen.

[®] Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Nolte CH, Hunermund G, Ruf HU, Laumeier I, et al. The reliability of the german version of the barthel-index and the development of a postal and telephone version for the application on stroke patients]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2005;73(2):74-82.

Der Barthel Index

Stuhlkontrolle	Kontinent	2
	Teilweise inkontinent	1
	Inkontinent (oder braucht Einlauf)	0
Urinkontrolle	Kontinent (mehr als 7 Tage)	2
	Teilweise inkontinent	1
	Inkontinent oder Blasenkatheter	0
Sich waschen	Unabhängig	1
	Braucht Hilfe	0
Toilettenbenutzung	Unabhängig	2
	Braucht Hilfe	1
	Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0
Essen	Unabhängig	2
	Braucht Hilfe	1
	Total hilfsbedürftig	0
Bett-/(Roll-) Stuhltransfer	Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	3
	Braucht etwas Hilfe	2
	Braucht viel Hilfe	1
	Transfer nicht möglich	0
Bewegung	Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe)	3
	Gehen mit Hilfe einer Person	2
	Unabhängig mit Rollstuhl	1
	Immobil	0
An- und Auskleiden	Unabhängig	2
	Braucht Hilfe	1
	Abhängig	0
Treppensteigen	Unabhängig	2
	Braucht Hilfe	1
	Kann nicht Treppensteigen	0
Baden	Unabhängig (ohne Supervision)	1
	Badet oder duscht mit Hilfe	0

Abbildung 5: Barthel Index

Palliativphasen

Beschreibung

Palliativphasen⁹ dienen dazu, einen klinisch bedeutsamen Zeitraum im Krankheitsverlauf von Palliativpatient*innen und von deren betreuenden Angehörigen zu beschreiben. Sie zeigen an, ob der durch das multiprofessionelle Palliativteam erarbeitete **Versorgungsplan für die aktuelle Situation der Patient*innen und Angehörigen** angemessen ist oder ob dieser im Falle einer Veränderung des Patient*innenzustandes oder der Situation angepasst werden muss.

Es gibt insgesamt fünf Palliativphasen, denen die Patient*innensituation zugeordnet werden kann: **Stabil, Instabil, Sich verschlechternd, Sterbend, Verstorben – Trauer**¹⁰. Die Phasen haben keine bestimmte (zeitliche) Reihenfolge und wechseln, wenn der bestehende Versorgungsplan nicht mehr greift und Neubewertet bzw. verändert und angepasst werden muss. Dies geschieht, wenn sich die Situation des/der Patient*in und/oder die Umstände und/oder Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen auf die Patient*innenversorgung auswirken oder sich verändert haben.

Beispiel

Herr W. wird zunehmend schwächer, die zunehmende Schwäche wird jedoch im Versorgungsplan berücksichtigt und Maßnahmen für die bestehende Symptomatik sind eingeplant. Daher wird zu diesem Zeitpunkt die Palliativphase „sich verschlechternd“ eingeschätzt. Nach einem massiven Hustenanfall mit Atemnot ist Herr W. extrem verängstigt, seine Angehörigen sind dadurch maximal belastet. Die Phase wird daraufhin aufgrund des unvorhersehbaren Vorfalles als „instabil“ eingeschätzt.

⁹ Lehmann, E., Grüne, B., Hodiarnont, F., & Bausewein, C. Palliativphasen als Bestandteil systematischer Outcome-Messung in der spezialisierten Palliativversorgung: Entwicklung einer deutschsprachigen Version [193]. Zeitschrift für Palliativmedizin, 2020;21(05):46.

¹⁰ Ein ausführliches Manual zur Implementierung und Anwendung der Palliativphasen ist bei der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des LMU Klinikums erhältlich. Angepasst mit freundlicher Genehmigung von: © PCOC 2014. This work is copyright. Apart from any use as permitted under the Copyright Act 1968, no part may be reproduced by any process without permission from the Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC).

Rhythmus der Dokumentation

1. Bei **Aufnahme** bzw. **Erstkontakt** mit dem/der Patient*in wird die Palliativphase als Teil des Basis-Assessments eingeschätzt.
2. Im weiteren Verlauf der Betreuung wird in einem **täglichen** Assessment (bzw. bei Patient*innenkontakt in der SAPV oder im Palliativdienst) die Palliativphase eingeschätzt.
3. Bei **Entlassung** des/der Patient*in in ein anderes Setting sowie bei **Versterben** wird die Palliativphase eingeschätzt.

Nutzen

- Durch die Einschätzung der Palliativphase ist eine Priorisierung der Behandlung sowie Abwägung des Ressourceneinsatzes möglich.
- Klinische Entscheidungen werden dadurch erleichtert.
- Palliativphasen bieten eine „gemeinsame Sprache“ für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.
- Weiterhin können Palliativphasen auch im Bereich der Qualitätssicherung sowie Ressourcen- und Finanzierungsplanungen genutzt werden. Beispielsweise kann die Dauer, die ein/eine Patient*in in der Palliativphase stabil ist, Aufschluss darüber geben, dass die Versorgungsplanung bedarfsdeckend ist.

Die Palliativphasen

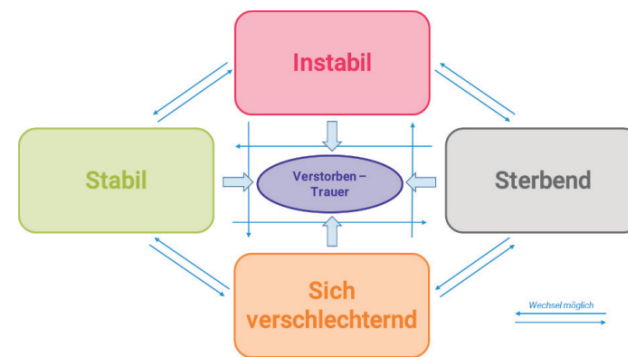


Abbildung 6: Palliativphasen

Phasenbeschreibungen

PHASE	PHASENWECHSEL
Stabil - Symptome und Probleme (psychosozial und spirituell) des*der Patient*in werden durch den Versorgungsplan angemessen kontrolliert und - weitere Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Symptomkontrolle und der Lebensqualität sind geplant und - die Situation der betreuenden Angehörigen ist relativ stabil und es sind keine neuen Probleme erkennbar.	<u>Änderungen des Versorgungsplans</u> sind erforderlich, da die Symptome/Probleme des*der Patient*in zunehmen und/oder die Umstände/Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen sich verändern und sich auf die Patient*innenversorgung auswirken. <u>Dringende Änderungen/Interventionen aufgrund unerwarteter</u> Veränderungen (→Wechsel in die Phase „instabil“) <u>Optimierungen aufgrund erwarteter</u> Veränderungen (→Wechsel in die Phase „sich verschlechternd“) - Der Tod ist innerhalb von Tagen wahrscheinlich (→Wechsel in die Phase „sterbend“).
Instabil Eine <u>dringende Änderung des Versorgungsplans</u> oder eine <u>notfallmäßige Intervention</u> ist erforderlich, weil - bei dem*er Patient*in ein <u>neues, unerwartetes</u> Symptom/Problem auftritt und/oder - eine <u>unerwartete, rasche</u> Verschlechterung eines bestehenden Symptoms/Problems auftritt und/oder - die Umstände/Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen sich <u>unerwartet verändern</u> und sich auf die Patient*innenversorgung auswirken.	Der neue Versorgungsplan und entsprechende Maßnahmen wurden erarbeitet und überprüft. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass das Symptom/Problem vollständig abgeklungen ist, - das Problem ist jedoch erkannt, der Versorgungsplan angepasst und die Maßnahmen beginnen Wirkung zu zeigen (→Wechsel in die Phase „stabil“ oder „sich verschlechternd“) oder - der Tod ist innerhalb von Tagen wahrscheinlich (→Wechsel in die Phase „sterbend“).

Sich verschlechternd Der Versorgungsplan berücksichtigt zu <u>erwartende</u> Symptome/Probleme des*er Patient*in, erfordert jedoch eine <u>regelmäßige Überprüfung</u> und <u>fortlaufende Optimierung</u>, da - sich der Allgemeinzustand des*er Patient*in insgesamt stetig verschlechtert und/oder - es eine <u>allmähliche Verschlechterung</u> eines bestehenden Symptoms/Problems gibt und/oder - ein <u>neues, aber zu erwartendes</u> Symptom/Problem auftritt und/oder - betreuende Angehörige zunehmend belastet sind, was sich auf die Patient*innenversorgung auswirkt.	- Der Versorgungsplan ist geändert und der Zustand des*er Patient*in stabilisiert sich (→Wechsel in die Phase „stabil“) oder - eine <u>dringende Änderung des Versorgungsplans</u> oder eine <u>notfallmäßige Intervention</u> ist erforderlich und/oder - die Umstände/Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen verändern sich unerwartet, wirken sich auf die Patient*innenversorgung aus und erfordern eine <u>rasche Intervention</u> (→Wechsel in die Phase „instabil“) oder - der Tod ist innerhalb von Tagen wahrscheinlich (→Wechsel in die Phase „sterbend“).
Sterbend Der Tod ist innerhalb von Tagen wahrscheinlich. CAVE: Auch wenn die betreuenden Angehörigen durch die Situation belastet sind und es sich auf die Patient*innenversorgung auswirkt, bleibt die Phase „sterbend“.	- Der*die Patient*in verstirbt (→Wechsel in die Phase „verstorben“) oder - der Zustand des*der Patient*in ändert sich und der Tod innerhalb von Tagen ist nicht länger wahrscheinlich (→Wechsel in eine andere Phase).
Verstorben – Trauer Der*die Patient*in ist verstorben. Betreuende Angehörige werden begleitet und über Unterstützungsangebote informiert.	Abschluss des Falls im Betreuungsetting.

Abbildung 7: Palliativphasen Erklärungen

Kontakt

Team München

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
LMU Klinikum München

Dr. Farina Hodiamont

Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Projektkoordinatorin
Tel. 089 4400-77922
farina.hodiamont@med.uni-muenchen.de

Daniela Gesell, MSc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 089 4400-77920
daniela.gesell@med.uni-muenchen.de

Julia Wikert, MSc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 089 4400-77916
julia.wikert@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Projektleiterin
Tel. 089 4400-74929 (Sekretariat)
claudia.bausewein@med.uni-muenchen.de

Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich gerne an das Projektteam.

Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pall-companion.de>

Team Göttingen

Klinik für Palliativmedizin
Universitätsmedizin Göttingen

Mirjam Landmesser, MSc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 0551 39-60558
Mirjam.Landmesser@med.uni-goettingen.de

Eva Lehmann, MSc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 0551 39-60558
Eva.Lehmann@med.uni-goettingen.de

Dipl. Psych. Maximiliane Jansky

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 0551 39-60557
Maximiliane.Jansky@med.uni-goettingen.de

Susanne Klie

Study Nurse
Tel. 0551 39-60558
Susanne.Klie@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Friedemann Nauck

Direktor der Klinik für Palliativmedizin
Tel. 0551 39-60500
Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de

Herausgegeben von:
Univ.-Prof. Dr. med. Claudia Bausewein PhD MSc
Direktorin und Lehrstuhlinhaberin
Internistin, Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
claudia.bausewein@med.uni-muenchen.de

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
LMU Klinikum München
Campus Großhadern
Marchioninistr. 15
81377 München

