

Sterbebegleitung im Krankenhaus – erste Erfahrungen mit dem „Liverpool Care Pathway“ (LCP) in Deutschland

Care of the dying in hospital: initial experience with the Liverpool Care Pathway (LCP) in Germany

Autoren

S. T. Simon^{1,3} M. Martens² M. Sachse² C. Bausewein^{1,3} S. Eychmüller⁴ M. Schwarz-Eywill²

S. Simon und M. Martens trugen zu gleichen Anteilen zum Manuskript bei

Institut

¹ Institut für Palliative Care (ipac), Oldenburg

² Palliativzentrum Oldenburg, Medizinische Klinik, Ev. Krankenhaus Oldenburg

³ King's College London, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, London/UK

⁴ Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen, St. Gallen/Schweiz

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ist in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Das zentrale Anliegen der Palliativmedizin, eine gute Begleitung Schwerstkranker und Sterbender zu gewährleisten, wird jedoch noch nicht in allen Krankenhäusern optimal umgesetzt. Der „Liverpool Care Pathway“ (LCP), ein Instrument zur Begleitung sterbender Patienten, will hier Abhilfe schaffen. Die Frage der Untersuchung lautet, wie der LCP von Mitarbeitern einer Palliativstation als ein Instrument für die Sicherstellung einer guten Sterbebegleitung beurteilt wird.

Methodik: Nach der Implementierung des LCPs auf einer Palliativstation wurde eine qualitativ-explorative Untersuchung mittels einer strukturierten Fokusgruppe mit 10 Mitarbeitern der Station durchgeführt. Die Diskussion der Fokus-

gruppe wurde auf Tonband aufgenommen, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring von 3 unabhängigen Untersuchern ausgewertet.

Ergebnisse: 7 Pflegefachkräfte und 3 Ärzte mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 16 Jahren beurteilten den LCP insgesamt positiv, beruhend auf einem Erfahrungsumfang von 24 Patienten, die mit dem LCP begleitet wurden. Vor allem 3 Merkmale wurden als hilfreich beurteilt: gesteigertes Selbstvertrauen und erhöhte Sicherheit und Wachsamkeit in der Begleitung; verbesserte Symptomkontrolle; intensivere Kommunikation mit allen Beteiligten. Einige Schwächen wurden beschrieben, z.B. ein anfänglich erhöhter Dokumentationsaufwand.

Folgerungen: Nach der erstmaligen Implementierung des LCPs in Deutschland wird der LCP von Fachpersonen aus der Palliativmedizin als ein geeignetes Instrument zur Qualitätsverbesserung in der Sterbebegleitung auf allgemeinen Krankenhausstationen beurteilt.

Palliativmedizin

Schlüsselwörter

- 🔍 Sterbebegleitung
- 🔍 Palliativmedizin
- 🔍 Liverpool Care Pathway (LCP)

Keywords

- 🔍 terminal care
- 🔍 palliative care
- 🔍 Liverpool Care Pathway (LCP)

Einleitung

Palliativmedizin wird definiert als ein umfassender Behandlungsansatz in der Begleitung von Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung, z.B. einem malignen Tumor, einer chronisch Lungen- oder Herzerkrankung. Primäres Ziel ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Patienten durch eine optimale Symptomkontrolle, die Berücksichtigung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse und die Unterstützung der Angehörigen [24].

Im Jahr 2007 starben 827155 Menschen in Deutschland – diese Zahl wird in den kommenden Jahren deutlich ansteigen (ca. 1 Mio in 2030) [2, 3]. Das Krankenhaus ist der Ort mit den meisten Sterbefällen (ca. 47%) [2]. Nach George et al. halten 75% der befragten Krankenhausmitarbeiter ein würdevolles Sterben im Krankenhaus

nicht für möglich [13]. Als Kriterien für ein „gutes Sterben“ werden in verschiedenen Studien, sowie in der End-of-Life-Strategy des englischen Gesundheitsministeriums u.a. angegeben:

- ▶ Behandlung des Patienten als Individuum mit Würde und Respekt,
- ▶ ohne Schmerzen und andere Beschwerden,
- ▶ in einer familiären Umgebung,
- ▶ von der Familie und Freunden umgeben,
- ▶ friedliches Einschlafen [3, 15].

Eine „gutes bzw. würdevolles Sterben“ ist subjektiv und individuell verschieden, sowie von kulturellen Einflüssen abhängig. In einer empirischen Studie zur Sterbebegleitung in Deutschland gaben Pflegefachkräfte und Ärzte v.a. Zeitmangel, Defizite in der Kommunikation (u.a. zwischen den Berufsgruppen) und mangelhafte

eingereicht 16.1.2009

akzeptiert 30.4.2009

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1225295
Dtsch Med Wochenschr 2009;
134: 1399–1404 · © Georg
Thieme Verlag KG Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Dr. med. Steffen Simon, MSc
ipac – Institut für Palliative Care
Uferstr. 20
26135 Oldenburg
Tel. 0441/9251925
eMail steffen@steffensimon.de
www.ipac.org

Kenntnis in der Schmerztherapie vor allen bei jüngeren (unerfahrenen) Ärzten als Hindernisse für eine gute Sterbebegleitung an [17]. In England wurde in der nationalen End-of-Life-Strategy die Verbesserung der Behandlung aller Patienten am Lebensende im Krankenhaus als eines von 3 Zielfeldern definiert, welches durch die landesweite Etablierung des Liverpool Care Pathways (LCP) erreicht werden soll [3, 9].

Das Ziel des LCP ist die bestmögliche Behandlung und Begleitung sterbender Patienten im Krankenhaus auf allen Stationen [6, 7]. Der LCP wird inzwischen ambulant und stationär in über 1200 Einrichtungen in England und 230 Institutionen in 17 Ländern weltweit angewendet (Ellershaw, persönliche Mitteilung). Die Anwendung im deutschsprachigen Raum erfolgte erstmals im Kantonsspital St. Gallen (Schweiz) und als erste deutsche Klinik implementierte das Ev. Krankenhaus Oldenburg den LCP in der Medizinischen Klinik/Palliativzentrum.

Das Ziel dieser Pilotstudie ist die Beschreibung der ersten Erfahrungen von Professionellen im Rahmen der Implementierung des LCP in einem deutschen Krankenhaus.

Methoden

Es wurde eine qualitative Datenerhebung mittels einer Fokusgruppe gewählt [1].

Der LCP ist ein Dokument, das ein interprofessionelles Team durch die schwierige Phase der Sterbebegleitung leitet. Der LCP beschreibt einen Behandlungspfad und gibt den betreuenden Ärzten und Pflegefachkräften praxisnahe Hilfestellungen. In 3 Abschnitten gegliedert hilft er bei der Beurteilung der Ausgangslage des Patienten („Diagnostizieren des Sterbens“), der regelmäßigen Beurteilung im weiteren Verlauf (belastende Symptome etc.) und der Betreuung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten. Anhand einer „Checkliste“ werden Ziele für eine möglichst optimale Begleitung definiert, die regelmäßig abgefragt, beurteilt und auf einem Verlaufsbogen dokumentiert werden – „E=Erreicht“ und „V=Variante“, d.h. Abweichung vom Ziel (Abb. 1). Zur Linderung häufiger Symptome bieten Flow-Charts konkrete Vorschläge und Dosierungsmöglichkeiten. Darüber hinaus stehen Informationsbroschüren u.a. zur Sterbephase eines Menschen zur Verfügung, die in Ergänzung zu einem persönlichen Gespräch an Angehörige weitergegeben werden können. Der betreuende Hausarzt bzw. Pflegedienst wird frühzeitig eingebunden. Eine ausführliche Beschreibung des LCPs ist an anderer Stelle publiziert (www.mcpcil.org.uk und [4, 20, 23]).

Eine deutsche Version des LCPs wurde durch das deutschsprachige Referenzzentrum in St. Gallen/Schweiz (Leiter: Dr. med. Steffen Eychmüller) im Jahr 2006 nach den Kriterien der EORTC erstellt [14, 19]. Im Mai 2007 wurde der LCP im Ev. Krankenhaus in Oldenburg implementiert und bis zur Durchführung der Fokusgruppe 5 Monate angewendet. In diesem Zeitraum wurden 24 sterbende Patienten mit Hilfe des LCPs begleitet (Tab. 1). Während dieses Zeitraumes starben 36 Patienten auf der Palliativstation (Anteil mit LCP-Begleitung: 24/36 = 67%). Der Grund für eine Nichteinleitung des LCPs bei den verbleibenden 12 Verstorbenen war ein plötzlich einsetzender Tod.

Sektion 1		Initiale Erfassung Fortsetzung	
Massnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens	Ziel 3a:	Unangebrachte pflegerische Massnahmen/Interventionen sind beendet Umlagerung, Mobilisation und Körperpflege an Bedürfnisse des Patienten anpassen. Spezialmatratze in Erwägung ziehen. Keine invasiven pflegerischen Massnahmen wie z.B. hoher Einlauf, keine "High-Tech" Verbände, keine engmaschige kontinuierliche Überwachung. Bei Überwachung am Monitor reduzieren z.B. auf 1x pro Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ziel 3a1: Spezielle Wünsche und Bedürfnisse des Patienten		
	Ziel 3b:	Spritzenpumpe ist innerhalb von 4 Std. nach ärztlicher Anordnung eingesetzt worden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/>
Unterschrift Pflegefachperson: Datum: Zeit:			
Kommunikation und Verständnisklärung	Ziel 4:	Die Fähigkeit, auf deutsch zu kommunizieren ist als ausreichend beurteilt a) Patient b) Familie / Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Muttersprache: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ziel 5:	Die Einsicht des Patienten/ Familie in seinen Gesamtzustand ist erfasst Sich der Diagnose bewusst sein a) Patient b) Familie / Andere Sich des Sterbens bewusst sein a) Patient b) Familie / Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ziel 5c:	Unterstützung durch Sozialdienst angeboten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/>
	Ziel 5d:	Unterstützung durch psychol. Beratung angeboten a) Patient b) Familie / Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> n. zutreffend <input type="checkbox"/>

Sektion 2		Patienten Probleme / Fokus					
Kodierung (bitte in den entsprechenden Spalten eintragen)		E = erreicht V = Variante					
		08.00	12.00	16.00	20.00	24.00	04.00
A)	Kontinuierliche Beobachtungen Schmerzen Ziel: Patient ist schmerzfrei • Verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist • Schmerzfrei bei Bewegung • Wirkt friedlich • Lagewechsel in Betracht ziehen						
B)	Agitation Ziel: Patient leidet nicht unter Agitation • Patient zeigt keine Zeichen von Delirium, Todesängsten, Ruhelosigkeit (um sich schlagen, zupfen, zucken) • Hammetonen als Grund für Agitation ausschliessen • Lagewechsel in Betracht ziehen						
C)	Bronchiale Sekretion Ziel: Ausgeprägte bronchiale Sekretion stellt kein Problem dar • Sobald Symptome ersichtlich sind, sollen Medikamente verabreicht werden • Lagewechsel in Betracht ziehen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Symptome werden mit der Familie / Anderen besprochen						
D)	Übelkeit und Erbrechen Ziel: Der Patient hat keine Übelkeit und erbricht nicht • Verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist						
E)	Dyspnoe Ziel: Der Patient leidet nicht unter Atemnot • Verbale Äusserung, falls Patient bei Bewusstsein ist • Lagewechsel in Betracht ziehen						
F)	Andere Symptome (z. B. Angst, Ödeme, Juckreiz) a)						

Abb. 1 Deutschsprachige Fassung des LCPs (Ausschnitt).

Tab. 1 Patienten in der Sterbebegleitung mit Hilfe des LCPs.

Gesamt	24
Frauen / Männer	12 / 12
Alter, Mittelwert (Spannweite)	70 Jahre (39–90 Jahre)
Grunderkrankung (GE)	
► Maligne GE	13 (54%)
► Internistische GE (z.B. chronische Herzinsuffizienz)	6 (25%)
► Neurologische GE (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose)	5 (20%)
Dauer der LCP-Begleitung, Mittelwert (Spannweite)	30 Stunden (2–117 Stunden)

Die Fokusgruppe wurde auf der Palliativstation (8 Betten) des Palliativzentrums Oldenburg, einer Einrichtung der Medizinischen Klinik im Ev. Krankenhaus durchgeführt. Obwohl die Anwender-Zielgruppe des LCPs vor allem Ärzte und Pflegenden auf

Tab. 2 Inhalte des halb-strukturierten Gesprächsbogens.

1. Generelle Erfahrungen mit dem LCP?
2. Erfahrungen mit den verschiedenen Abschnitten des LCP – was ist gut und was ist schlecht gelaufen?
3. Beurteilung der Form des LCPs (Layout, Formulierungen etc.).
4. Praktikabilität des LCPs im Alltag?
5. Hat der LCP Veränderungen herbeigeführt – im Handeln, in der Einstellung, in den Kompetenzen?
6. Verbesserungsvorschläge?
7. Abschlussfrage zu noch nicht genannten Aspekten.

Krankenhausstationen sind, die seltener sterbende Patienten begleiten, wurde der LCP zunächst auf der Palliativstation des Hauses implementiert, um den LCP zunächst von erfahrenen Professionellen in der Sterbebegleitung in der alltäglichen Praxis zu prüfen und zu beurteilen. Alle Mitglieder des Behandlungsteams der Palliativstation wurden zur Teilnahme an der Fokusgruppe eingeladen (10 Pflegefachkräfte, 3 Ärzte, eine Seelsorgerin, eine Sozialarbeiterin, eine Physiotherapeutin, eine Kunsttherapeutin).

Die Fokusgruppen-Sitzung wurde durch eine Gesprächsführung (MS) anhand eines halb-strukturierten Gesprächsbogens geleitet (Tab. 2), mittels eines Mini-Disc-Gerätes digital aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert. Am Ende der Sitzung füllten alle Teilnehmer einen Fragebogen zu Demographie, Berufsausbildung und einer Gesamtbewertung des LCPs aus (Tab. 3).

Die Analyse der Transkription erfolgte nach der inhaltsanalytischen Methode nach Mayring (content analysis) [21]. Das gesamte Dokument wurde von 3 Untersuchern (MM, MS, SS) unabhängig voneinander ausgewertet und in einem mehrstufigen Verfahren in ein Kategoriensystem eingeordnet.

Ergebnisse

An der Untersuchung nahmen 3 Ärzte und 7 Pflegefachkräfte der Palliativstation mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 16 Jahren teil. 4 von 7 Pflegefachkräften hatten zu diesem Zeitpunkt die Weiterbildung für Palliative Care. Jeder Teilnehmer hatte bis zum Zeitpunkt der Fokusgruppe mit durchschnittlich 7 LCP-Begleitungen Erfahrungen gesammelt (Tab. 3).

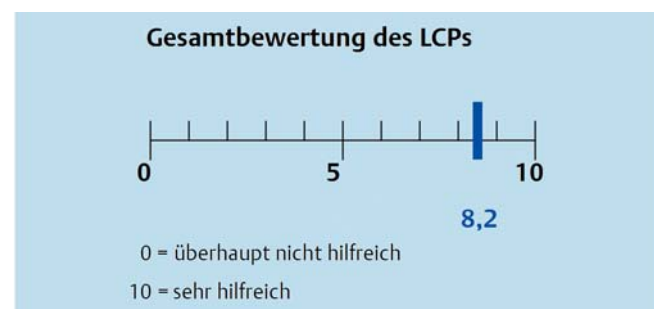
Die Gesamtbewertung des Liverpool Care Pathways lag bei 8,2 (0 = überhaupt nicht hilfreich, 10 = sehr hilfreich) (Abb. 2).

Der Zeitpunkt, wann mit einem LCP begonnen werden soll („diagnosing dying“), beschrieben die Fokusgruppen-Teilnehmer als einen intensiven und wichtigen Prozess. Zwischen den Teammitgliedern entstehe ein offener und sensibler Austausch, bei dem die verschiedenen Wahrnehmungen, die jeder vom Patienten hat, ausgetauscht werden – mit der Frage, ob der Patient sich in der Sterbephase befindet.

„...dieser Moment, indem wir entscheiden, dass wir jetzt mit dem LCP starten, das ist schon irgendwie ein ganz besonderer und sich da noch mal alles bewusst machen, alles durchzugehen, das erlebe ich auch als sehr positiv.“ (Pflegefachkraft 5)

Tab. 3 Beschreibung der Fokusgruppe-Teilnehmer.

Teilnehmer	10
Frauen	7
Männer	3
Alter, Mittelwert (Spannweite)	38 Jahre (22–57 Jahre)
Berufsgruppe	
▶ Pflegefachkräfte	7
▶ Ärzte	3
Berufserfahrung in Jahren [Mittelwert, (Spannweite)]	16 Jahre (3–39 Jahre)
Pflegefachkräfte mit der Weiterbildung in Palliative Care	4 von 7 Pflegenden (57%)
Anzahl der LCP-Begleitungen pro Mitarbeiter, Mittelwert (Spannweite)	7 (3–10)

**Abb. 2** Gesamtbewertung des „Liverpool Care Pathways“ (LCP).

Auf der Basis dieses offenen Austausches im Team können dann alle weiteren Maßnahmen gemeinsam abgestimmt werden: z.B. das Absetzen von Untersuchungen oder Therapien, die für einen Sterbenden belastend und unnötig sind; die Anordnung von Bedarfsmedikation für häufig auftretende Symptome; die Begleitung der Angehörigen.

Als eines der zentralen Ergebnisse berichteten die Teilnehmer übereinstimmend, dass der LCP die Kommunikation zwischen den Pflegefachkräften und den Ärzten unterstützt, was sich wiederum förderlich auf den Austausch mit dem Patienten und die Begleitung der Angehörigen auswirkt. *„Und es ist...ein sehr gutes Einbinden der Angehörigen.“ (Arzt 3)*

Positiv wurde eine Art Fallreflexion am Ende einer Begleitung angemerkt (z.B. in der nächsten Übergabe), die Gelegenheit gibt, noch einmal kurz darüber nach zu denken, was gut gelaufen ist und was beim nächsten Mal besser gemacht werden kann.

Durch die Hilfestellung des LCPs wird die Sicherheit im Umgang mit dem Patienten und dessen Angehörigen gefördert. Die Struktur des LCPs und dessen Fragestellungen gibt Gewissheit (auch für nachfolgende Schichten), dass an alles gedacht wurde und wesentliche Fragen geklärt wurden. *„...eine ganz tolle Absicherung für alle, dass man auch an alles denkt.“ (Pflegefachkraft 3)* Die dem LCP angefügten Flow-Charts zur medikamentösen Symptomkontrolle können gerade für jüngere und in der Sterbebegleitung unerfahrene Ärzte hilfreich sein. *„(...) wo ich wusste, wenn die und die Symptome auftreten, kann ich das und das Bedarfsmedikament ansetzen und dadurch habe ich mich auf einer sicheren Seite gefühlt.“ (Arzt 1)*

Die schematische Struktur des LCPs wurde positiv beurteilt, da die zu erreichenden Ziele gut erläutert und wichtige Fragen behandelt werden. Praktische Hinweise, wie z.B. den Hausarzt über die Sterbesituation des Patienten zu informieren, wurden als hilfreich beschrieben, da dies sonst häufig vergessen wird.

Auch die zum LCP gehörende Angehörigeninformationsbrochure mit Informationen zu den örtlichen Begebenheiten (Parkplätze, Übernachtungsmöglichkeiten etc.), aber auch zur Situation eines Sterbenden wurde als unterstützend empfunden, um das Informationsbedürfnis der Angehörigen zusätzlich zu Gesprächen zu befriedigen. Die Rückmeldungen von Angehörigen bestätigten dies. *„...ein-, zweimal, da haben die was dazu gesagt und das war nur positiv, hilfreich.“ (Pflegefachkraft 4)*

Auch wenn die schematische Struktur des LCPs einerseits als hilfreich empfunden wurde, gab es auch Bedenken, dass *„Sterbende abgehakt werden“*. (Arzt 3) *„Womit ich nach wie vor Schwierigkeiten habe, ist die weitere Dokumentation, die ich als sehr schematisch und wenig individuell empfinde.“ (Pflegefachkraft 5)*

Das Arbeiten mit dem LCP wurde am Anfang als zeitaufwendiger empfunden. Dies wurde vor allem damit begründet, dass es etwas Neues und Ungewohntes ist. Da allerdings die sonst übliche Patientendokumentation durch den LCP ersetzt wird, bleibt offen, ob der anfängliche erhöhte Zeitaufwand wieder ausgeglichen wird und somit mehr Zeit für den Patienten und dessen Angehörigen bleibt. *„Also ich fand es auch erst zeitaufwendiger, aber danach hatte man auf jeden Fall erst mal ein besseres Gefühl, weil man weiß, man hat alles bedacht und ist nicht so am schwimmen.“ (Pflegefachkraft 4)*

Das Wort „Variante“ in der Verlaufsbeurteilung kann bei LCP-Unerfahrenen missverständlich aufgefasst werden. Allerdings wurde kein Alternativvorschlag gefunden.

Von den Teilnehmern der Fokusgruppe wurde angeregt, für den individuellen Verlauf mehr Platz in der Dokumentation einzuräumen, z.B. durch das Einfügen eines offenen Verlaufsboogens, um auch in ganzen Sätzen den Verlauf einer Sterbebegleitung dokumentieren zu können. In der Diskussion über die Dokumentation zeigte sich, dass die Notwendigkeit zu einer Schulung für die Handhabung des LCPs besteht, die zudem Basiswissen zur palliativen Therapie vermittelt.

Die Teilnehmer waren der Meinung, dass der LCP besonders für Mitarbeiter auf Stationen geeignet ist, die nicht so häufig sterbende Patienten betreuen und somit eine Checkliste haben, um in dieser Situation an alles zu denken. Wenn ein Palliativteam im Hause vorhanden ist, könne dies als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und somit auch als Moderator für den palliativen Therapieansatz wirken. *„Der LCP gibt die Möglichkeit, eine gewisse Basisversorgung für Sterbende zu gewährleisten.“ (Arzt 1)*

Diskussion



Dies ist die Evaluation der ersten Implementierung des LCP in einer deutschen Klinik. Die mittels einer Fokusgruppe interviewten Professionellen berichten von einer guten Erfahrung mit dem LCP in der Begleitung Sterbender auf einer Palliativstation und bewerten den Pathway als hilfreich und praktikabel. Er

verbessert die Kommunikation im Team, zum Patienten und seinen Angehörigen, erhöht die Sicherheit in der Begleitung und die Aufmerksamkeit gegenüber kritisch kranken Patienten. Die Befragten empfehlen den LCP für die Begleitung Sterbender auf jeder Station eines Krankenhauses.

„Diagnosing dying“ und Kommunikation

Das zentrale Thema in der Evaluation war die Verbesserung der Kommunikation. Dabei wurde zwischen 2 Bereichen unterschieden, auf die sich der LCP positiv auswirkte. Zum einen wurde die Kommunikation im Team verbessert, insbesondere zwischen Arzt und Pflege in der Anfangsphase eines LCPs. Vor allem von Seiten der Pflege wird häufig kritisch angeführt, dass bei sterbenden Patienten ein offener Austausch zwischen den Wahrnehmungen der Pflegefachkräfte und der Ärzte selten stattfindet [10, 17]. Tradierte Vorurteile sind häufig die Folge, wie *„Die Ärzte können den Tod nicht akzeptieren!“* oder *„Die Pflegefachkräfte tragen ja nicht die Verantwortung!“*. Dies führt zu Aggressionen und Konflikten und verhindert eine gute Begleitung eines kritisch Kranken. Der LCP gibt allen Teammitgliedern die Möglichkeit, die Frage, ob ein Patient sterbend ist, zu stellen (diagnosing dying). Auch wenn die Therapieentscheidung letztendlich beim Arzt verbleiben muss, so zeigt sich auch in dieser Evaluation in Übereinstimmung mit der Literatur, dass eine Einbeziehung aller Beteiligten in die Entscheidungsfindung die Qualität der Entscheidung und die Zufriedenheit über den Prozess deutlich erhöht [8, 17, 28].

Darüber hinaus verbessert sich nach Ansicht der Professionellen die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Patienten, sowie zum Angehörigen. Auch dies steht in Übereinstimmung mit der Erfahrung anderer Studien zum LCP [16, 26]. Der LCP unterstützt die Auseinandersetzung mit Fragen rund um die Sterbebegleitung [6]. Der LCP gibt allerdings keine zwingenden Antworten vor, so dass der Umgang mit ihnen weiterhin individuell erfolgt.

Die erhöhte Sicherheit, die der Pathway den Behandelnden in der Begleitung eines Sterbenden bietet ist ein weiteres wesentliches Merkmal des LCPs. Auch für erfahrene Mitarbeiter stellt sich immer wieder die Frage, ob an alle wesentlichen Dinge gedacht wurde, z.B. an die Benachrichtigung des Hausarztes oder die Bereitstellung eines Angehörigen-Informationsblattes. Auch in der Literatur zum LCP wird bestätigt, dass der LCP von den Begleitern bezüglich Sicherheit als unterstützend und hilfreich empfunden wird [16, 22, 26]. Die vermehrte Sicherheit beim behandelnden Team scheint sich auch auf die Qualität der Betreuung und der Zufriedenheit bei den Angehörigen positiv auszuwirken [27].

Der Beginn eines LCPs wurde als ein „besonderer Moment“ beschrieben, bei dem eine erhöhte Wachsamkeit im Behandlungsteam entsteht. Das gemeinsame Innehalten und der Austausch der verschiedenen Wahrnehmungen vom Patienten scheinen dazu zu führen, dass alle aufmerksamer auf die Situation des Sterbenden, seine Bedürfnisse und die seiner Angehörigen werden. Dies gibt jedem die Gelegenheit, sich auf die wesentlichen Schritte und wichtigen Gespräche in der Sterbebegleitung zu konzentrieren und weniger Wichtiges (z.B. regelmäßiges Lagern) zu unterlassen. Die durch Letzteres gewonnene Zeit kann für eine intensivere Begleitung eingesetzt werden [12, 16].

Weiterentwicklung des LCP-Dokuments

Ein Ergebnis dieser Untersuchung sind die verschiedenen Verbesserungsvorschläge zur Weiterentwicklung des LCP-Dokuments. Der Vorschlag zur Erweiterung der individuellen Verlaufsdocumentation wurde inzwischen von der deutschen Koordinationsgruppe zur Weiterentwicklung des LCPs aufgegriffen und in die aktuelle deutsche Fassung übernommen.

Trotz der insgesamt sehr positiven Beurteilung des LCPs, gab es auch kritische Rückmeldungen zu der schematischen Struktur des LCPs mit der Befürchtung, dass die Sterbebegleitung nur noch „abgehakt“ wird. Auch in England wurde diese Befürchtung in der Vergangenheit vereinzelt geäußert [18]. Besonders bei Mitarbeitern aus dem Bereich Palliativmedizin und Hospizarbeit kann der LCP-Bogen als eine Reduktion und Einengung ihrer Tätigkeit wirken. Der LCP kann aber in seiner pragmatischen Struktur vor allem für Stationen, die weniger Erfahrungen in Sterbebegleitungen haben, eine Hilfestellung sein. Hierzu sind weitere Untersuchungen notwendig.

Obwohl der LCP v.a. in England inzwischen weit verbreitet ist, liegen bisher kaum Studien zur Wirksamkeit des LCPs vor [5, 11, 12, 16, 22, 26, 27, 28]. Die einzige analytische Studie (before-after design) ergab eine Verbesserung in den Bereichen Symptomkontrolle, Dokumentation von Symptomen und Zufriedenheit der Angehörigen [27]. Weitere Studien mit Kontrollgruppen und Randomisierung (z.B. Cluster-Randomisierung) sind dringend notwendig.

Die hier vorgestellte Untersuchung weist einige Einschränkungen auf. Erstens, es wurde nur eine Fokusgruppe mit 10 Professionellen durchgeführt, was die Aussagekraft einschränken könnte. Allerdings wurde mit dieser Fokusgruppe ein Großteil des Gesamtteams erfasst, womit ein breites Spektrum an Erfahrungen sichergestellt war. Zweitens, mit der Untersuchung auf einer Palliativstation war das eigentliche Anwendungsziel des LCPs (Allgemeinstation eines Krankenhauses) nicht gegeben. Die Einschätzungen stammen somit von Professionellen, die in der Sterbebegleitung ausgebildet sind und viel Erfahrung haben, was wiederum die Generalisierbarkeit einschränken könnte. Das Ziel der hier vorgestellten Pilotstudie war jedoch kein Wirksamkeitsnachweis des LCPs, sondern die Evaluation der Erfahrungen von Professionellen aus dem Palliativbereich. Da das Oldenburger Team den LCP erstmals in Deutschland implementierte, wurde eine Evaluation des LCPs durch in der Sterbebegleitung Erfahrene einer weiteren Implementierung vorgeschaltet.

Fazit



Angesichts der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme der Sterbenden und einer vergleichsweise geringen Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema Sterbebegleitung in deutschen Krankenhäusern, wäre es wünschenswert, einen relativ einfachen, praktikablen und hilfreichen Pathway für eine würdige Begleitung Sterbender im Krankenhaus zu haben. Neben der spezialisierten Palliativmedizin für besonders schwierige Verläufe am Lebensende, braucht es die Vermittlung palliativmedizinischen Basiswissens an jeden Mitarbeiter eines Krankenhauses, der in der Begleitung Sterbender involviert ist – ob auf der Intensivstation, in der Chirurgie oder auf der Allgemeinstation. Ein Sterbender und seine Angehörigen sollten von je-

dem Mitarbeiter eine sensible Kommunikation, Kenntnisse in der einfachen Symptomlinderung und eine angemessene Grundhaltung für eine würdevolle Sterbebegleitung erwarten dürfen. Der LCP ist für die Umsetzung der palliativen Haltung im klinischen Alltag ein hilfreiches und pragmatisches Anwendungsbeispiel. Aber auch dieser Pathway muss stets durch eine qualitative Anleitung und palliativmedizinische Fortbildung ergänzt und begleitet werden. Dies betont die Notwendigkeit einer vermehrten Integration palliativmedizinischer Inhalte in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe.

Die Evaluation der erstmaligen Implementierung des LCPs in einem deutschen Krankenhaus auf einer Palliativstation zeigt, dass der LCP insbesondere in den Bereichen Kommunikation, Sicherheit und Aufmerksamkeit in der Begleitung Sterbender hilfreich sein kann. Studien zur Wirksamkeit, insbesondere auf Allgemeinstationen, Intensivstationen und in der Geriatrie, sind in Zukunft notwendig.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Jeder Mensch hat das Recht auf eine würdevolle und gute Begleitung am Lebensende.
- ▶ Hierzu gehören u.a. die Linderung von Beschwerden, die Behandlung mit Würde und Respekt, eine unterstützende Kommunikation und eine möglichst familiäre Umgebung.
- ▶ Medizinische Fachkräfte (v.a. Ärzte und Pflegefachkräfte), die auch Sterbende begleiten, sollten Grundkenntnisse in der einfachen Symptomlinderung, eine sensible Kommunikation und eine angemessene Grundhaltung für eine würdevolle Begleitung besitzen oder erlernen.
- ▶ Der Liverpool Care Pathway (LCP) ist nach der Einschätzung von palliativmedizinischem Fachpersonal ein geeignetes, einfaches und hilfreiches Instrument für die Unterstützung zu einer guten Begleitung Sterbender, insbesondere für Fachkräfte, die keine zusätzliche palliativmedizinische Ausbildung besitzen.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Danksagung: Wir bedanken uns ganz herzlich bei Frau Anna-Lena Kraft (Abschrift) und Frau Christina Ramsenthaler (Korrektur) für ihre Unterstützung.

Abstract

Care of the dying in hospital: initial experience with the Liverpool Care Pathway (LCP) in Germany

Background and Objective: In the last few years public interest in the care of severely ill and dying patients has been growing. The aim of palliative medicine is to improve the care of the dying. However, this is still not achieved in many general hospitals. The Liverpool Care Pathway (LCP) for the care of the dying intends to change this situation. The aim of this study was to explore the views of professionals using the LCP as a framework for ensuring good care of the dying.

Methods: A qualitative study was conducted with an interdisciplinary focus group of ten professionals (nurses, physicians, spiritual adviser, social worker, physiotherapist and art therapist) to explore their views and experience after implementation of the LCP in a palliative care unit (PCU). The recorded discussion between them was transcribed verbatim and analysed using content analysis by three independent reviewers.

Results: Seven nurses and three physicians with an average work experience of 16 years each took part in the focus group. Based on the experience of 24 patients, the LCP was evaluated as very positive by all participants. In particular, three aspects were emphasized as having high relevance for a good quality of care: improvement of self-confidence, better control of symptoms, and enhancement of the communication between professionals and with patients and their relatives. However, some weaknesses were also mentioned, e.g. inadequate effort of documenting the beginning of implementing the scheme.

Conclusion: The LCP was well received by professionals after the initial implementation of the LCP in a German PCU. The LCP was judged as an appropriate and helpful framework in the care of the dying.

Literatur

- Bowling A. Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services. Buckingham: Open University Press, 2002
- Bundesamt für Statistik. www.destatis.de – Letzter Besuch: 22.10.2008
- Department of Health – End of Life Care Strategy – Promoting high quality care for adults at the end of life http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_086277 – Letzter Besuch: 16.01.2009
- Ellershaw J, Foster A, Murphy D, Shea T, Overill S. Developing an integrated care pathway for the dying patient. *European Journal of Palliative Care* 1997; 4: 203–207
- Ellershaw J, Smith C, Overill S, Walker SE, Aldridge J. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21 (1): 12–17
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003; 326 (7379): 30–34
- Ellershaw J, Wilkinson . Care of the dying. Oxford: Oxford University Press, 2003
- Ellershaw J. Care of the dying: what a difference an LCP makes! *Palliat Med* 2007; 21: 365–358
- Ellershaw J, Gambles M, McGlinchey T. Benchmarking: a useful tool for informing and improving care of the dying? *Support Care Cancer* 2008; 16: 813–819
- Ewers M, Schaeffer D. Dying in Germany – consequences of societal changes for palliative care and the health care system. *Journal of Public Health* 2007; 15: 457–465
- Fowell A, Finlay I, Johnstone R, Minto L. An integrated care pathway for the last two days of life: Wales-wide benchmarking in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 566–573
- Gambles M, Stirzaker S, Jack BA, Ellershaw JE. The Liverpool Care Pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12: 414–421
- George W, Beckmann D, Vaitl D. Aktuelle empirische Daten zu den Sterbebedingungen im Krankenhaus. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1989; 39 (8): 306–309
- Grossenbacher-Gschwend B, Eychmueller S. Der Liverpool Care Pathway of the dying – Gemeinsam für eine gute Qualität in der Betreuung am Lebensende. *Onkologe* 2007; 13: 343–349
- Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death. *Arch Intern Med* 2008; 168: 912–918
- Jack BA, Gambles M, Murphy D, Ellershaw JE. Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9: 375–381
- Kaluza J, Töpferwein G. Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegenden – eine empirische Studie. Berlin: Trafo-Verlag, 2005
- Kelly D. A commentary on 'An integrated care pathway for the last two days of life'. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9: 39–
- Koller M, Aaronson NK, Blazey J et al. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *Eur J Cancer* 2007; 43: 1810–1820
- Martens M. Auf richtigem Wege – Behandlungspfad zur Betreuung sterbender Patienten im Krankenhaus. *Pflegezeitschrift* 2008; 61 (4): 190–192
- Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz-UTB, 2003
- Mellor F, Foley T, Connolly M, Mercer V, Spanswick M. Role of a clinical facilitator in introducing an integrated care pathway for the care of the dying. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10: 497–501
- Sachse M, Simon S. Praxisnahe Hilfestellungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105: 614
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96
- Simon S, Gomes B, Higginson IJ, Bausewein C. Begleitung am Lebensende heute und morgen – Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2050 und deren Auswirkungen auf die Zukunft von Palliative Care in Deutschland (abstract). *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2008; 9: 150
- Swart S, van Veluw H, van Zuylen L, Gambles M, Ellershaw J. Dutch experiences with the Liverpool Care Pathway. *European Journal of Palliative Care* 2006; 13: 156–159
- Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ et al. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliat Med* 2008; 22: 145–151
- Watson J, Hockley J, Dewar B. Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12: 234–240