

**Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein PhD MSc**

Einstellung und Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien sowie zur
Implementierung der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Rieke Schöttmer
aus Meppen

2019

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatlerin: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein PhD MSc

Mitberichterstatter: PD Dr. Marcus Schlemmer
Prof. Dr. Jörg Schelling

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. rer. biol. hum. Helen Kalies, MPH

Dekan: Prof. med. dent. Reinhard HICKEL

Tag der mündlichen Prüfung: 04.07.2019

Für die Palliativmedizin.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und theoretischer Hintergrund	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Hintergrund	2
1.2.1	Palliativmedizin / Palliativversorgung / Palliative Care	2
1.2.2	Leitlinien	4
1.2.3	Evidenzbasierte Medizin (EBM)	5
1.2.4	Palliativmedizin / Palliative Care und EBM	6
1.2.5	S3-Leitlinie Palliativmedizin	6
1.2.6	Leitlinienimplementierung	7
2	Zielsetzung	10
2.1	Primäres Ziel	10
2.2	Sekundäre Ziele	10
3	Methoden	11
3.1	Design	11
3.2	Stichprobe	11
3.3	Umfrage	12
3.3.1	Entwicklung und Testung	12
3.3.2	Fragebogen	12
3.4	Pilotphase	15
3.5	Umfrageadministration	16
3.5.1	Rekrutierung	16
3.5.2	Praktische Anwendung für die Teilnehmer	16
3.5.3	Anreiz / Optimierung der Beantwortungsquote	16
3.5.4	Einverständnis der Teilnehmer	17
3.5.5	Sicherheit für einmalige Beantwortung	17
3.6	Analyse / Statistik	18
3.6.1	Dateneingabe	18
3.6.2	Antwortquoten	18

3.6.3	Statistische Analyse.....	21
3.6.4	Freitextauswertung	28
3.7	Ethikvotum	28
4	Ergebnisse	29
4.1	Stichprobe, Antwortquote und Repräsentativität.....	29
4.1.1	Stichprobenrahmen	29
4.1.2	Antwortquoten	29
4.1.3	Repräsentativität.....	30
4.2	Beschreibung der Studienpopulation.....	31
4.2.1	Alter und Geschlecht	31
4.2.2	Beruf / Zusatzausbildung	31
4.3	Einstellung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und Einfluss auf die tägliche Praxis	34
4.4	Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien und zu Empfehlungen in der Palliativmedizin	37
4.5	Selbsteinschätzung und Prädiktoren der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-LL bearbeiteten Themen.....	45
4.6	Hilfreiche und nützliche Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen	49
4.7	Prävalenz von kritischen Einstellungen, die eine effektive Implementierung verhindern könnten	51
5	Diskussion	58
6	Zusammenfassung.....	78
7	Literaturverzeichnis.....	81
8	Tabellen.....	87
9	Abbildungen	88
10	Abkürzungen und Akronyme	89
11	Danksagung	90
12	Veröffentlichungen	91
13	Anhang	92
13.1	Online-Fragebogen	92
13.2	Einladung zur Umfrage.....	107

13.3	Startseite der Umfrage	110
13.4	Quantitative Analyse Frage 11	111
13.5	Ethikvotum	118
13.6	Tabellen im Detail	120
14	Eidesstattliche Versicherung.....	129

Abstract

Hintergrund: Im Mai 2015 veröffentlichte das Leitlinienprogramm Onkologie die neue S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“, die diagnoseübergreifende Themengebiete und Symptome beinhaltet. In individualisierten Fachgebieten wie der Palliativmedizin sind die Hürden für die Implementierung von Leitlinien möglicherweise höher als in anderen Fachgebieten. Primäres Ziel war die Beschreibung der Einstellung und Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und in der Palliativmedizin im Besonderen sowie zur Implementierung der S3-Leitlinie Palliativmedizin (1). Zudem sollte folgendes beschrieben bzw. ermittelt werden: (a) Wie Leitlinien die tägliche Praxis beeinflussen. (b) Die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-Leitlinie bearbeiteten Themen und Prädiktoren für diese Kompetenz. (c) Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen für die S3-Leitlinie Palliativmedizin, die als hilfreich bzw. nützlich eingeschätzt werden. (d) Prävalenz von kritischen Einstellungen und Meinungen, die eine effektive Implementierung der S3-Leitlinie verhindern könnten.

Methode: Geschlossene Online-Umfrage (62 Fragen) unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Sommer 2014. Die Auswertung erfolgte deskriptiv, mittels Gruppenvergleichen zur Prävalenz bestimmter Implementierungshindernisse und multipler logistischer Regression zur Bestimmung von Prädiktoren von „sich kompetent fühlen“ in den Themengebieten Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Erkennen der Sterbephase.

Ergebnisse: 4786 Mitglieder erhielten E-Mails mit einem Link zur Umfrage, 1181 betätigten diesen, 1138 begannen und 1031 beendeten die Umfrage (21,5%). Über die Hälfte der Teilnehmer waren Ärzte, ein Drittel Pflegepersonal. Insgesamt war die Einstellung zu Leitlinien gut (80%). Im Gegensatz zu Pflegenden (70%) hatten Leitlinien bei Ärzten mehr Einfluss auf die tägliche Praxis (87%). Unter den in der S3-Leitlinie behandelten Symptomen war Depression das Thema, in dem sich die

wenigsten kompetent fühlten (63,7 vs. >90% bei anderen Symptomen). Nicht-Ärzte und „Jahre an Berufserfahrung“ waren unabhängige Prädiktoren für signifikant weniger (selbsteingeschätzte) Kompetenz in *allen* untersuchten Bereichen. Als hilfreichste Disseminationsmaßnahme (90%) wurde die Informationsübermittlung im Printformat eingeschätzt. Die Leitlinienübermittlung sollte nicht nur über Fachgesellschaften (96%), sondern schon frühzeitig im Studentenunterricht / Pflegeausbildung (97%) stattfinden. Die Qualität und Praxisnähe bestehender Leitlinien wurde insgesamt häufiger kritisiert; eine Diskrepanz zwischen palliativmedizinischen Werten und Leitlinien wurde jedoch als gering erachtet. Hier gab es kleine aber signifikante Unterschiede zwischen Berufsgruppen und Fachdisziplinen.

Diskussion: Der individuelle, patientenzentrierte Ansatz der Palliativmedizin widerspricht nicht unbedingt der Verwendung von Leitlinien. Implementierungsstrategien sollten insbesondere die Gruppe der Nicht-Ärzte und das Thema Depression fokussieren. Aufklärung über qualitative Aspekte und Entstehung von Leitlinien könnten zudem ein Misstrauen in Leitlinien verringern.

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund

1.1 Einleitung

In der deutschen Gesundheitsversorgung spielen medizinische Leitlinien (LL) eine immer größere Rolle [1]. Zum einen sollen sie als Informationsportal neuester und evidenzbasierter medizinischer Erkenntnisse, zum anderen als Mittel der Qualitätssicherung dienen.

Die Anwendung und Akzeptanz von medizinischen Leitlinien jedoch erweist sich als problematisch: Studien zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte diesbezüglich Vorbehalte haben und die praktische Umsetzung dadurch teilweise defizitär ist [2, 3].

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entwickelte seit dem Jahr 2010 im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. Um eine optimale Implementierung von Leitlinien im Allgemeinen zu erreichen, fordert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), vor der Veröffentlichung einer Leitlinie eine Analyse durchzuführen, die Hindernisse und förderliche Aspekte identifiziert [4].

In sehr individualisierten Fachgebieten wie zum Beispiel der Palliativmedizin sind die Hürden für die Implementierung von Leitlinien möglicherweise höher als in den großen Fachgebieten der Inneren Medizin allgemein, der Onkologie oder der Kardiologie [5]. Da sich die Palliativmedizin durch einen philosophisch-ganzheitlichen Ansatz und durch eine patientenzentrierte, individualisierte Versorgung auszeichnet [6, 7], war eine Identifizierung von Hindernissen der Leitlinienimplementierung hier besonders wichtig.

Es wurde eine sogenannte Barrieranalyse durchgeführt, deren Hauptbestandteil eine Umfrage unter Professionellen in der Palliativmedizin (Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) war und deren Ergebnisse in dieser Arbeit dargestellt werden.

1.2 Hintergrund

1.2.1 Palliativmedizin / Palliativversorgung / Palliative Care

Häufig werden die Begriffe Palliativmedizin und Palliativversorgung bzw. Palliative Care als Synonyme verwendet, denn beide verfolgen das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung und die ihrer Angehörigen zu verbessern oder zu erhalten. Dies erfolgt mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Problemen im physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich [8]. Dabei steht nicht das Krankheitsbild an sich im Vordergrund, sondern die Linderung der Symptome und der Probleme des Patienten und seiner Angehörigen. Lebensqualität bedeutet dabei, dass die verbleibende Lebenszeit in Würde und Selbstbestimmtheit verbracht werden kann [9]. Letztendlich sollte der Patient selbst über seine Vorstellungen von Lebensqualität entscheiden. Ein die Patientenautonomie wahrender, individueller und holistischer Ansatz ist daher ein wichtiges Merkmal von Palliativmedizin bzw. Palliativversorgung [10].

Insgesamt ist der Versorgungsbedarf und die Versorgungsqualität von Palliativpatienten in Deutschland weiterhin verbesserungswürdig [11]. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) und die Bundesärztekammer initiierten deshalb im Jahr 2010 die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“. Diese beschreibt Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarf für eine gelingende Palliativversorgung [12]. In ihrem vierten Leitsatz setzt sich die Charta zum Ziel: „Wir werden uns dafür einsetzen, auf dieser Basis interdisziplinäre Forschung weiterzuentwickeln und den Wissenstransfer in die Praxis zu gewährleisten, um die Versorgungssituation schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen und Nahestehenden kontinuierlich zu verbessern.“

Bei Patienten, die sich in einer palliativen Situation befinden, zählen Tumorerkrankungen zu den häufigsten Diagnosen. Dies zeigen unter anderem die Daten der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) 2014 [13], an der 68 Einrichtungen der stationären und der spezialisierten

ambulanten Palliativversorgung mit insgesamt 1.888 Patientendokumentationen teilnahmen. Zu den Hauptdiagnosen gehörten dabei die bösartigen Neubildungen mit 80 %. Erkrankungen des Kreislauf- (3,3 %), des Nerven- (3,2 %) und des Atmungssystems (2,3 %) waren weitaus seltener vertreten [13].

Die Palliativversorgung ist durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweise gekennzeichnet und beschränkt sich nicht auf einen medizinisch-ärztlichen Beitrag, wie der Begriff „Palliativmedizin“ zunächst vermuten lässt. Multiprofessionalität bedeutet dabei, dass sich neben den Ärzten gleichermaßen Professionelle der Bereiche Pflege, Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie und Seelsorge um die individuellen Bedürfnisse der Patienten kümmern und im Team zusammenarbeiten. Die Beschreibung „interdisziplinär“ bezieht sich vor allem auf die Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen, z.B. der Onkologie, Anästhesie oder Neurologie.

Im Jahr 2014 gab es in Deutschland 9.073 Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin [14]. Unter den Pflegenden hatten zu diesem Zeitpunkt ca. 20.000 von ihnen eine Zusatzausbildung im Bereich Palliative Care (Stand 06 / 2014) [15]. Die Anzahl der anderen Berufsgruppen mit Zusatzqualifikationen in diesem Bereich sind unbekannt.

Zwar ist bekannt, wieviele Ärzte und Pflegenden spezialisierte Zusatzbezeichnungen oder Weiterbildungen im Bereich Palliativmedizin oder Palliative Care haben, dennoch ist die Gesamtsumme der in der Palliativmedizin Tätigen nicht konkret zu ermitteln. Aus Gründen der Praktikabilität sind im folgenden Verlauf mit „in der Palliativmedizin Tätigen“ nicht nur die Personen gemeint, die im Bereich der Palliativmedizin im engeren Sinne beschäftigt sind, sondern auch diejenigen, die in den Bereichen Palliative Care, der Hospizarbeit und ähnlichem arbeiten. Viele dieser in der Palliativmedizin Tätigen gehören der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) an.

1.2.2 Leitlinien

Bei Leitlinien handelt es sich um „systematisch entwickelte Aussagen [...], die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um Ärzte / Angehörige von Gesundheitsberufen und Patienten bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen Krankheitssituationen zu unterstützen“ [16]. Sie sind ein international anerkanntes, evidenzbasiertes Instrument, um einerseits Wissen zu vermitteln und andererseits die Qualität der Patientenversorgung nachweislich zu verbessern [17]. Leitlinien dienen als Orientierungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss [4]. Was die juristische Position von Leitlinien angeht, muss die Anwendung einer Leitlinie in der individuellen Entscheidungssituation geprüft werden. Leitlinien stellen somit keine Richtlinien dar [18, 19], sondern lediglich Orientierungs- und Entscheidungshilfen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) koordiniert seit dem Jahr 1995 auf Anregung des damaligen „Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. Die verschiedenen Aktivitäten der Leitlinienentwicklung werden mithilfe eines Regelwerks koordiniert [4].

Die primäre Zielgruppe von Leitlinien sind Ärzte, allerdings können Informationen oder Empfehlungen auch an andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens adressiert sein. Bis vor kurzem oblag die Leitlinienentwicklung eher Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften, mittlerweile werden – wie auch bei der Leitlinie Palliativmedizin – Vertreter anderer Berufsgruppen miteinbezogen.

Um entscheiden zu können, ob eine Leitlinie den qualitativen Ansprüchen genügt, stehen komplexe Bewertungsinstrumente wie z.B. DELBI (Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument) und AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) oder unkomplizierte Kurzbewertungsinstrumente für unterschiedliche Zielgruppen zur Verfügung [20].

Insgesamt werden die Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF in drei, auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt [21]:

- S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen);
- S2: eine formale Konsensfindung („S2k“) und / oder eine formale „Evidenz“-Recherche („S2e“) hat stattgefunden;
- S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „outcome“-Analyse).

Der Stellenwert von Leitlinien im deutschen Gesundheitssystem ist sehr hoch. Sie finden deshalb eine Verankerung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Im August 2015 gab es in Deutschland insgesamt mehr als 140 S3-Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF und der beiden Leitlinienprogramme (Nationale Versorgungsleitlinien und Leitlinienprogramm Onkologie) [22].

1.2.3 Evidenzbasierte Medizin (EBM)

Mit Hilfe von Leitlinien kann evidenzbasierte Medizin (EBM) in den Versorgungsalltag implementiert und disseminiert werden [23-25]. Unter evidenzbasierter Medizin („Evidence Based Medicine“) versteht man die Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf Basis des besten zur Verfügung stehenden Wissensstands (wissenschaftliche Evidenz) zu versorgen, der einen Sachverhalt erhärtet oder widerlegt [26].

In der Originalübersetzung von Sackett ist EBM definiert als „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig am besten wissenschaftlich bewiesenen Evidenz für die medizinische Entscheidungsfindung in der Behandlung und medizinischen Versorgung eines individuellen Patienten“ [27, 28]. Da diese Definition häufig kritisiert wurde, wurde sie 2000 erneuert und dahingehend erweitert, dass zur Entscheidungsfindung die Integration von wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Erfahrung und Patientenwunsch erforderlich sind [29, 30].

1.2.4 Palliativmedizin / Palliative Care und EBM

Da es sich bei Patienten mit unheilbaren Erkrankungen oder sich bereits im Sterbeprozess befindenden Menschen um sehr vulnerable Personen handelt, sind klassische Forschungsaktivitäten in diesem Feld eine große Herausforderung. Die Forschungstätigkeiten, die in der Palliativmedizin stattfinden, werden häufig kritisiert [31] und Forderungen nach besserer Qualität der Studien und Literatur ausgesprochen. Ein Beispiel hierfür ist die Kritik am Liverpool Care Pathway (LCP), einem Leitfaden zur Sterbebegleitung, der nicht so funktionierte, wie erwartet [32]. Eine Ursache dafür sehen Sleemann et al. darin, dass der LCP nicht evidenzbasiert war [33]. Eine Evidenzgewinnung war hierbei jedoch umso schwieriger, da sich die Anwendung des LCP auf die letzten Tage und Stunden des Lebens bezieht. Entgegen aller Kritik konnte jedoch gezeigt werden, dass ethische Befürchtungen in Bezug auf die Studienteilnahme von Patienten am Lebensende nicht gerechtfertigt sind, sondern dass diese sogar gerne teilnehmen [34-36]. In den letzten zehn Jahren wurde daher deutlich, dass qualitativ hochwertige Studien bei Palliativpatienten durchaus möglich sind [37-39].

1.2.5 S3-Leitlinie Palliativmedizin

Um die Versorgungsqualität onkologisch erkrankter Patienten im fortgeschrittenen Stadium am Lebensende zu verbessern, entwickelte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ [40]. Wie in Kapitel 1.2.2 erläutert, handelt es sich dabei um die höchste Stufe der Entwicklungsmethodik (S3).

Das Leitlinienprogramm Onkologie wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) getragen. Insgesamt waren mehr als 120 Mandatsträger und Experten aus mehr als 50 Institutionen und verschiedenen Fachgesellschaften an der Erstellung beteiligt [40]; am Ende wurden in einem Konsensusprozess 230 Empfehlungen verabschiedet. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin wurde

im Sommer 2015 veröffentlicht und behandelt die folgenden diagnoseübergreifenden Fragestellungen und Symptome: Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation, Sterbephase und Versorgungsstrukturen [40]. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin richtet sich im Gegensatz zu den meisten anderen Leitlinien nicht nur an Ärzte, sondern an alle Berufsgruppen, die an der Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung beteiligt sind.

1.2.6 Leitlinienimplementierung

Nicht allein die Entwicklung einer Leitlinie verbessert die Patientenversorgung, sondern vor allem die Anwendung einer Leitlinie [41].

Nachdem in den frühen 1970er-Jahren zunehmend Leitlinien entwickelt und implementiert wurden, konnte zunächst kaum ein signifikanter Effekt auf die medizinische Praxis und auf die Patientenversorgung nachgewiesen werden. In den letzten Jahren entwickelten sich Leitlinien jedoch zu einem wichtigen und wirkungsvollen Instrument, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern [42, 43].

Implementierung bedeutet, Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln zu transferieren. Eine hohe methodische und fachliche Qualität sowie eine gute Disseminierung der Leitlinien reichen aber in der Regel nicht dazu aus, Verhaltensänderungen der Zielgruppe herbeizuführen. Erst eine erfolgreiche Implementierung in die tägliche Praxis führt zu einer besseren Gesundheitsversorgung [44-46].

Die besten Implementationsstrategien sind dabei diejenigen, die speziell auf zuvor identifizierte Hindernisse und fördernde Faktoren zugeschnitten sind [47-50]. Darauf sollte auch schon bei der Entwicklung einer Leitlinie geachtet werden, um sie optimal implementieren zu können.

In einer Arbeit von Brouwers et al. wurden sieben vorhandene Guidelinetools zusammengefasst. Sie zeigen, welche Attribute einer Leitlinie wichtig sind, und entwickelten dazu den GUIDE-M, welcher folgende wichtige Punkte beinhaltet [17]:

- Leitlinienentwickler sollten aus verschiedenen Bereichen stammen, Wissen und Glaubwürdigkeit vermitteln sowie keinen Interessenskonflikten unterliegen.
- Der Leitlinieninhalt sollte Evidenz vorweisen, kontextabhängige Überlegungen zu klinischer Anwendbarkeit vermitteln und Werte bestimmter Personengruppen (Patienten, Leitlinienanbieter, Entwickler) berücksichtigen. Dazu gehören ebenfalls Punkte, die lokale Gegebenheiten, Ressourcen und Aktualität der Leitlinie berücksichtigen sollten.
- Der Inhalt der Leitlinie sollte in einfacher, klarer und überzeugender Sprache vermittelt werden. Das Format sollte diesbezüglich in unterschiedlichen Versionen (kurz / lang; elektronisch / nicht elektronisch) und mit optimalem Layout, Strukturen und Visualisierungen vorliegen.

Neben diesen meist intrinsischen Implementierungsstrategien gibt es außerdem verschiedene extrinsische- und sogenannte Disseminationsansätze, auf die an dieser Stelle nur grob eingegangen werden kann.

Allgemein geht es bei vielen dieser Implementierungsstrategien um Prozesse, die eine Verhaltensänderung bewirken. Bisher wurden folgende mehr oder weniger effektive Maßnahmen beschrieben [24, 41, 51, 52]:

generell effektiv	ab und zu effektiv	selten effektiv
Besuch von Peers vor Ort	Prüfung und Rückmeldung	schriftliche Verbreitung von Leitlinien
Erinnerungshilfen (manuell / elektronisch)	Einbindung lokaler Meinungsführer	passive Fortbildung (z.B. Vorträge)
interaktive Fortbildung im Qualitätszirkel	lokale Konsensusprozesse	
kombinierte Strategie	Patientenbeteiligung	

Tabelle 1: Prozesse, die eine Verhaltensänderung bewirken

Mittlerweile hat sich aufgrund der hohen Relevanz dieser Thematik ein eigener Wissenschaftszweig entwickelt („implementation science“) [53], der in sämtlichen, nicht nur medizinischen Bereichen große Fortschritte erreichen konnte. Dennoch existieren im Bereich

der Palliativversorgung diesbezüglich verhältnismäßig wenige Forschungsaktivitäten und Veröffentlichungen [54].

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin bietet die Chance, die Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung weiter zu verbessern. Voraussetzung dafür ist eine erfolgreiche Implementierung der Leitlinie in allen Bereichen, in denen Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung betreut werden. Eine Herausforderung dabei: Die Palliativmedizin zeichnet sich durch eine individuelle und ganzheitliche Herangehensweise aus, die der Verwendung von Leitlinien rein theoretisch widersprechen könnte. Dies führt zur Frage: Sind bereits etablierte, allgemeine Implementierungsstrategien in dem speziellen Gebiet der Palliativmedizin anwendbar? Beziehungsweise: Wie ist die Einstellung der hier Tätigen in Bezug auf Leitlinien? Da auch die DGP mit großem Engagement an der Entwicklung der S3-Leitlinie beteiligt war, war es auch in ihrem Interesse, Hindernisse für eine Implementierung zu identifizieren.

Mit einer Barrierenanalyse kann die Meinung der in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und in der Palliativmedizin im Besonderen evaluiert werden um so eine vernünftige Implementierung zu unterstützen.

2 Zielsetzung

2.1 Primäres Ziel

Beschreibung der Einstellung und Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und in der Palliativmedizin im Besonderen sowie zur Implementierung der S3-Leitlinie (S3-LL) Palliativmedizin.

2.2 Sekundäre Ziele

- Beschreibung des Einflusses von Leitlinien auf die tägliche Praxis der in der Palliativmedizin Tätigen;
- Beschreibung der Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-LL bearbeiteten Themen sowie Ermittlung von Prädiktoren für diese Kompetenz;
- Beschreibung von Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen für die S3-LL Palliativmedizin, die als hilfreich bzw. nützlich eingeschätzt werden;
- Feststellung der Prävalenz von kritischen Einstellungen und Meinungen der in der Palliativmedizin Tätigen, die eine effektive Implementierung der S3-LL Palliativmedizin verhindern könnten;
- Beschreibung der Unterschiede zwischen Berufsgruppen, Fachdisziplin, Art des Arbeitsplatzes, Anteil des Kontakts mit Sterbenden oder Jahren der Berufserfahrung bei den Sekundärzielen 1–4.

3 Methoden

Um Online-Umfragen auf ihre Qualität hin zu überprüfen, existieren – ähnlich dem CONSORT-Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), mit dessen Hilfe man über randomisierte Studien berichten kann – sogenannte CHERRIES-Guidelines [55]: Anhand dieser „Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys“ ist eine standardisierte, lückenlose und vergleichbare Darstellung der Umfrage gewährleistet. Dieser Methodenteil wurde deshalb weitestgehend anhand der CHERRIES-Guidelines strukturiert.

3.1 Design

Es wurde eine webbasierte Online-Umfrage mit einem für diese Umfrage entwickelten Fragenbogen unter Mitgliedern der DGP im Sommer 2014 durchgeführt.

3.2 Stichprobe

Alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurden eingeladen, an der Umfrage teilzunehmen. Die DGP ist eine multiprofessionelle, wissenschaftliche Fachgesellschaft mit mehr als 5.000 Mitgliedern. Sie hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärzte, Pflegende und andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patienten zu fördern. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderem die Weiterentwicklung und Erarbeitung von Standards für die Ausbildung und Qualitätssicherung in der Palliativmedizin [56]. Die DGP bietet neben dieser Poolfunktion auch die Praktikabilität der Kontaktaufnahme, da sie über entsprechende Kontaktdaten verfügt.

Einschlusskriterien:

1. Mitgliedschaft in der DGP
2. eine der DGP vorliegende E-Mail-Adresse
3. Einverständnis des Mitgliedes

Es bestanden keine Ausschlusskriterien.

3.3 Umfrage

3.3.1 Entwicklung und Testung

Die Fragenentwicklung basierte auf dem Fragebogen von Kunz (2005) „Leitlinien in der Medizin – Ansichten Berliner Hausärzte“ (LIMAH) [57]. Dieser Fragebogen beinhaltet eine bereits von Tunis (1994) entwickelte Meinungsskala [58] sowie Hindernisse der Leitlinienimplementierung, die anhand von Cabana et al. (1999) zusammengefasst wurden [3]. Aufgrund der besonderen Thematik und weil erstmals auch Meinungen zu Leitlinien bei anderen Berufsgruppen abgefragt wurden, mussten zusätzlich neue Themenblöcke entwickelt und thematisch angepasst werden. Mithilfe von Literaturrecherchen und Diskussionsrunden zwischen Leitlinienentwicklern (Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, Prof. Dr. med. Raymond Voltz, PD Dr. med Steffen Simon), Dr. Helen Kalies und Rieke Schöttmer wurden Themen konkretisiert und darauf basierend Fragen formuliert. Alle Fragen wurden auf ihre Eindeutigkeit und Verständlichkeit hin überprüft und in einem fortlaufenden Prozess angepasst.

3.3.2 Fragebogen

Der Online-Fragebogen (s. Anh. 1) war in unterschiedliche Themen gegliedert. Um den Teilnehmern einen leichteren Überblick zu verschaffen und um die Antwortquote zu optimieren [59], waren die Themen vom Allgemeinen zum Speziellen verfasst. Zu Beginn wurden die inhaltlichen Fragen gestellt, am Ende die soziodemografischen Daten erhoben. Je nach Fragentyp bot der Fragebogen eine Antwortauswahl als Likert-Skala (4-stufig), dichotome Skala oder – bei offenen Fragen – die Möglichkeit zur Freitexteingabe. Die Teilnehmer hatten zumeist die Option „weiß nicht“ anzukreuzen.

Insgesamt gab es 62 Fragen bzw. Items zu verschiedenen Themengebieten. Mithilfe einer Fragenverzweigungslogik war es möglich, individuelle Fragenkombinationen zu erstellen. Diese orientierten sich beispielsweise an den unterschiedlichen Berufsgruppen und zielten so auf eine möglichst hohe Benutzerfreundlichkeit ab.

Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen (25 Items)

Bei der „Einstellung gegenüber medizinischen Leitlinien“ (Frage 1) wurden 15 Items dargestellt und der Grad der Zustimmung bestimmt. Zehn Items wurden von Kunz' Fragebogen weitestgehend übernommen. Acht der 15 Aussagen stammen ursprünglich von Tunis et al. [58], wurden von Kunz [57] übersetzt und auf ihre Reliabilität hin überprüft.

Die Frage zur „Anwendung von medizinischen Leitlinien“ (Frage 2) mit insgesamt neun Items orientiert sich ebenfalls an Kunz' Fragebogen. Es wurden sieben Aussagen übernommen und zwei neu konzipiert. Abgeschlossen wurde diese Thematik durch die Frage „In welchem Maße haben Leitlinien (allgemein) Einfluss auf die tägliche Praxis?“ (Frage 14). Sie orientiert sich an Kunz' Fragebogen, wurde jedoch umformuliert.

Einstellung zu Leitlinien in der Palliativmedizin (20 Fragen)

Es wurde gefragt, ob palliativmedizinische Schlüsselempfehlungen bekannt sind, die im Rahmen anderer Leitlinien veröffentlicht wurden, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder beziehen. Wer die Frage mit „ja“ beantwortete, wurde gefragt, ob diese genutzt werden und ob eine Verbesserung der Behandlungsqualität festzustellen ist (Items 5.1–3).

Andere Items thematisierten „Informationsquellen, die für palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen nützlich sind“ (Frage 6) und die Frage, ob palliativmedizinische Leitlinien (pLL) zu einer Verbesserung bestimmter Aspekte (Frage 7) beitragen können (Frage 8). Zudem wurden weitere bestimmte Aspekte zur Anwendung von pLL auf ihre Zustimmung hin abgefragt (Frage 9) und abschließend die Möglichkeit zur freien Äußerung zum Thema Leitlinien in der Palliativmedizin gegeben (Frage 11). Der Freitext bot den Befragten die Chance, weitere Gesichtspunkte anzuführen, die von der Umfrage noch nicht abgedeckt wurden.

Maßnahmen für eine Implementierung und Disseminierung von pLL

Um zu erfahren, welche Maßnahmen diesbezüglich als sinnvoll bzw. hilfreich eingeschätzt werden, wurden verschiedene Punkte abgefragt (Frage 10). Auch hier bot der Fragebogen die Möglichkeit, eigene Vorschläge anzugeben.

Meinungen zu Leitlinien und Evidence Based Medicine sowie zu Problemen im deutschen Gesundheitssystem (14 Fragen)

Um etwas über das Thema EBM zu erfahren, wurde zunächst die Kenntnis von EBM abgefragt (Frage 3). Um den gleichen Wissensstand aller Befragten zu gewährleisten, wurde im Folgenden der Begriff EBM definiert und Aussagen zu EBM und Leitlinien nach dem Grad der Zustimmung abgefragt.

Ähnlich wie bei der Studie von Kunz wurden Ziele von Leitlinien zu Problemen des deutschen Gesundheitssystems umformuliert und um Probleme in Bezug auf die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden ergänzt (Frage 7).

Sicherheit und Informiertheit zu in der S3-Leitlinie Palliativmedizin behandelten Inhalten (2 Fragen)

In der S3-Leitlinie Palliativmedizin werden die Themenbereiche Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation, Sterbephase und Versorgungsstrukturen behandelt. Die in der Palliativmedizin Tätigen wurden gefragt, wie sicher und informiert sie sich in diesen Themenbereichen fühlen (Frage 12 und 13).

Soziodemografische Merkmale

Zum Schluss wurden die Teilnehmer der Umfrage zu soziodemografischen Merkmalen und persönlichen Angaben befragt.

- Alter und Geschlecht
- Beruf und Setting
 - Spezialisierung
 - Wissenschaftliche Tätigkeit
 - Art des Arbeitsplatzes
 - Spezialisiert auf palliative Versorgung (Palliativstation, SAPV, Hospiz)
 - Nicht spezialisiert auf palliative Versorgung (Normalstation im Krankenhaus, Pflegedienst, Praxis)
 - Stationäre Versorgung (Palliativstation, Normalstation im Krankenhaus, Hospiz)
 - Ambulante Versorgung (SAPV, Pflegedienst, Praxis)
 - Sonstige Versorgung (Ambulanter Hospizdienst, Pflegeheim, unklare Aussagen)
 - Keine unmittelbare Patientenversorgung (Administration, Lehre, Wissenschaft / Forschung)
- Anteil des beruflichen Kontakts mit schwerstkranken und sterbenden Patienten
- Berufserfahrung in Jahren
- Zusatzweiterbildung Palliative Care / Palliativmedizin

3.4 Pilotphase

Um die Praktikabilität der Online-Umfrage zu überprüfen, wurde eine Pilotphase im Papierformat mit Ankreuzoption durchgeführt. An dieser Pilotphase nahmen 27 Personen teil, die alle im Rahmen ihres Berufes an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender beteiligt waren. 39 % der Teilnehmer waren weiblich. Als Berufsgruppen waren mit 37 % Ärzte und mit 19 % Pflegende vertreten. Mehr als 76 % gaben an, im Krankenhaus (davon 42 % auf der Palliativstation) zu arbeiten, 13 % gaben an, in einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Dienst) zu arbeiten. Die Ergebnisse führten zu einer letzten Überarbeitung der Fragen, sodass von einem optimalen Verständnis und bestmöglicher Praktikabilität des Fragebogens ausgegangen werden konnte.

3.5 Umfrageadministration

Die finalen Fragen wurden in eine Onlineversion überführt und über SurveyMonkey.com programmiert.

3.5.1 Rekrutierung

Die Umfrage lief im Zeitraum vom 10.07.2014 bis zum 15.09.2014. Es handelte sich bei der Studie um eine geschlossene Umfrage. Dies bedeutet, dass der Zugang zur Umfrage nur über einen bestimmten Link möglich war, der zuvor per E-Mail versandt worden war. Die Kontaktaufnahme erfolgte über die DGP: Nachdem die Umfrage im Vorfeld über ein Rundschreiben der DGP online angekündigt worden war, erhielten alle Mitglieder mit vorhandener E-Mail-Adresse einen Rundbrief der DGP mit einer Einladung sowie wichtigen Informationen und dem Link zur Umfrage (s. Anh. 2).

3.5.2 Praktische Anwendung für die Teilnehmer

Durch Betätigung des Links, der per E-Mail verschickt wurde, wurden potentielle Interessenten auf die entsprechende Internetseite von SurveyMonkey.com geleitet. Dabei handelte es sich um die Startseite: Sie enthielt Informationen zur Umfrage, wies erneut auf die Datenschutzinformationen hin und bot die Möglichkeit zum Abbruch der Umfrage – so sollte zuletzt die Freiwilligkeit zur Teilnahme deutlich werden (s. Anh. 3). Wer sich für die Teilnahme an der Umfrage entschied, hatte nach Start der Umfrage die Möglichkeit die Umfrage zu pausieren oder zu vorherigen Fragen zurückzuspringen. Die Umfrage umfasste maximal 24 Seiten; die Bearbeitungszeit war mit ca. 15 Minuten bemessen. Nach der ersten Einladung zur Umfrage versandte die DPG per E-Mail zwei weitere Erinnerungen mit der Bitte um Teilnahme.

3.5.3 Anreiz / Optimierung der Beantwortungsquote

Es sind mehrere Instrumente bekannt, die die Beantwortungsquoten optimieren [60], von denen einige bei der Umfrage angewandt wurden. Die Teilnehmer erhielten eine Erinnerung-E-Mail mit der Bitte um Teilnahme und bekamen materielle Anreize zur

Umfragebearbeitung geboten: So wurden unter allen Teilnehmern Fachbücher und ein kleines Tablet verlost.

Zudem wurde auch eine offene Frage (s. Abschnitt 3.3.2) gestellt, die laut Literatur ebenfalls die Beantwortungsquote erhöhen kann [61]. Weiterhin wurden die Fragen in eine logische Reihenfolge gebracht, um den Teilnehmern die Beantwortung zu erleichtern und einen frühzeitigen Abbruch der Umfrage zu verhindern.

3.5.4 Einverständnis der Teilnehmer

Die Umfrage wurde auf freiwilliger Basis durchgeführt. Sowohl im Einladungsschreiben als auch unmittelbar vor Beginn der Umfrage wurden die Teilnehmer darüber aufgeklärt, dass sie keinen Nachteil davon hätten, wenn sie nicht an der Studie teilnahmen. Eine Übermittlung von Ziel und Länge der Umfrage, von Verantwortlichkeiten und den entsprechenden Kontaktadressen fand statt. Besonders wichtig bei dieser Studie war die Aufklärung über den Datenschutz: Diese beinhaltete, dass die Durchführung der Studie auf der Grundlage der Bestimmungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes und des Datenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen basierte [62].

Aufgeklärt wurden die Teilnehmenden ebenfalls darüber, dass die Umfrage allein wissenschaftlichen Zwecken dient und in anonymisierter Form erfolgt. Es wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass die Projektleitung sowie alle beteiligten Mitarbeiter der Schweigepflicht unterliegen und dem Datengeheimnis verpflichtet sind.

3.5.5 Sicherheit für einmalige Beantwortung

Um sicherzustellen, dass jeder Teilnehmer den Fragebogen nur einmal ausfüllte, wurden Cookies benutzt und IP-Adressen gespeichert. Diese Informationen wurden nicht an Dritte weitergegeben. So war relativ sichergestellt, dass die Beantwortung der Fragen unter Wahrung des Datenschutzes authentisch war.

3.6 Analyse / Statistik

3.6.1 Dateneingabe

Da es sich um einen Online-Fragebogen eines Software-Anbieters handelte, konnten die Daten auf der Homepage von SurveyMonkey.com als Excel- und SPSS-Dateien heruntergeladen werden. Die Daten wurden daraufhin mit dem Statistikprogramm SPSS 23 auf Plausibilität hin überprüft und die Variablen sortiert und benannt, um eine gebrauchsfertige Datei mit übersichtlichen Datensätzen zu erhalten. Eine Mindestzeiteinhaltung zur Beantwortung der Fragen, ein sogenannter Cut-off-Wert, der die Zeit unterschreitet, in dem der Fragebogen gewissenhaft ausgefüllt werden kann, wurde aus Praktikabilitätsgründen nicht angewendet.

Es wurden nur Fragebögen miteinbezogen, in denen alle Fragen zur eigentlichen Thematik komplett beantwortet wurden. Im Bereich der soziodemografischen Fragen wurde in Kauf genommen, dass das Alter nicht angegeben wurde.

3.6.2 Antwortquoten

Die Berechnung der Antwortquoten ist ein viel diskutiertes Thema, das stetigen Neuerungen unterliegt. Seit dem Jahr 2015 steht von der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) eine komplexe Beschreibung zu Definitionen von unterschiedlichen Antwortraten zur Verfügung [63]. Da sich die Umfrage an den CHERRIES-Guidelines orientiert, wurden diese zur Berechnung der Antwortquoten ebenfalls herangezogen [55]. Allerdings konnten die Definitionen der CHERRIES-Antwortquoten nicht uneingeschränkt übernommen werden, da sie primär für webbasierte Surveys im engeren Sinne gedacht sind. Unter webbasierten Surveys versteht man offene Umfragen zum Beispiel auf einer Homepage, an der man ohne besondere Einladung teilnehmen kann. Da es sich bei der vorliegenden Umfrage jedoch um eine geschlossene Umfrage handelte, wurden die Definitionen der Antwortquoten angepasst (s. „Umfrage S3-LL“) und gemeinsam mit den Definitionen der AAPOR in Tabelle 2 dargestellt.

Für die Gesamtauswertung wurde stets die Beantwortungsquote („response rate“) herangezogen. Dabei wurde der Nenner unter folgenden strengen Annahmen definiert:

1. Alle E-Mail-Adressen, die der DGP vorlagen und an die der Umfrage-Link geschickt wurde, waren mehr oder weniger aktuell. Wer also nicht antwortete, lehnte die Teilnahme der Umfrage ab.
2. Unvollständige Fragebögen wurden nicht berücksichtigt.

Antwortquoten	CHERRIES (2004)	AAPOR (2015)	Umfrage S3-LL (2014)
„view rate“	Ratio of unique survey visitors / unique site visitors		Link angeklickt / E-Mail geschickt
„participation rate“	Ratio of unique visitors who agreed to participate / unique first survey page visitors		Umfrage begonnen / Link angeklickt
„completion rate“	Ratio of users who finished the survey / users who agreed to participate		Umfrage komplett / Umfrage begonnen
„drop out rate“			Umfrage abgebrochen / Umfrage komplett
„response rate“		Umfrage komplett / E-Mail geschickt	Umfrage komplett / E-Mail geschickt
„cooperation rate“		Umfrage komplett / Link angeklickt	
„refusal rate“		Nach Anklicken des Links Ablehnung der Umfrage / E-Mail geschickt	

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Antwortquoten (CHERRIES, AAPOR, Umfrage S3-LL)

Einen logischen Überblick über die unterschiedlichen Möglichkeiten und Definitionen der Beantwortungsquote bietet Abbildung 1.

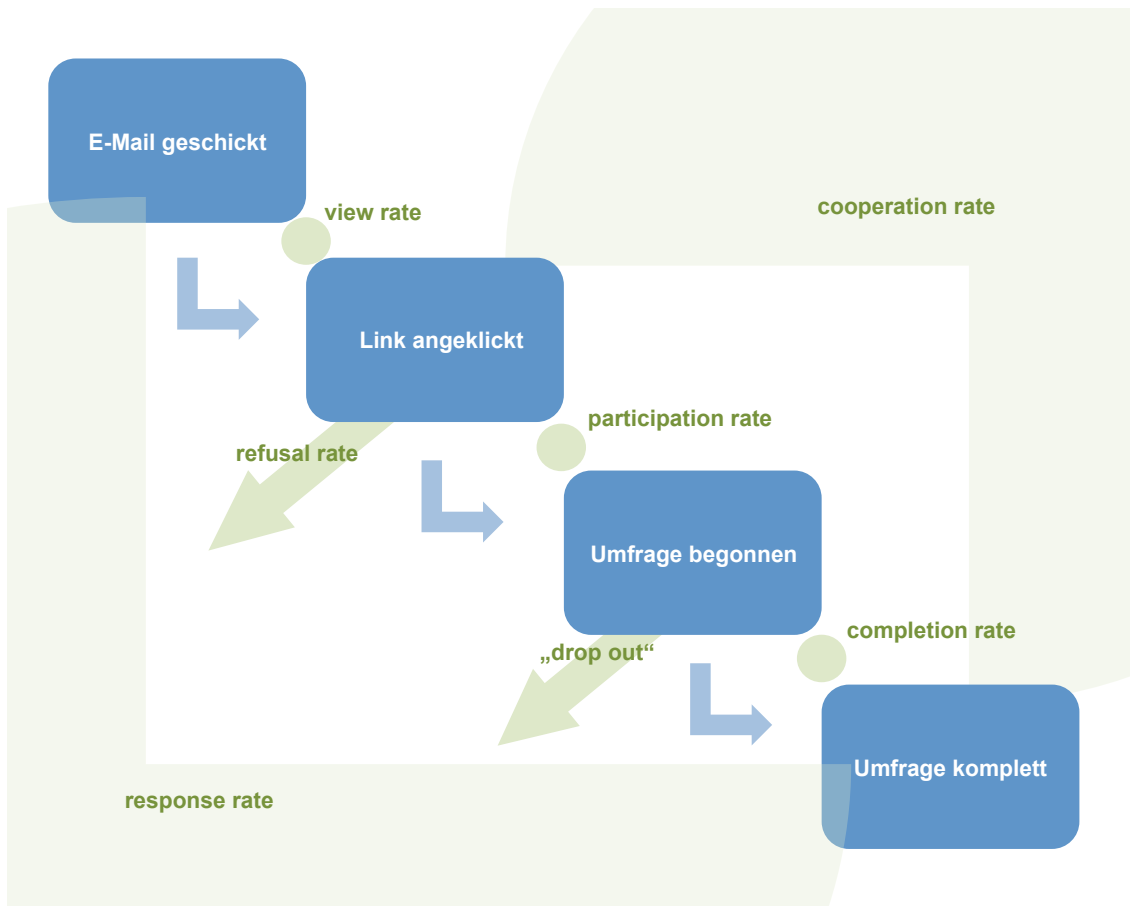


Abbildung 1: Definitionen der Antwortquoten

3.6.3 Statistische Analyse

Es wurden 62 Fragen (vgl. Abschnitt 3.3.2) gestellt und damit von den Befragten viele Details beantwortet. Um daraus einen Gesamteindruck zu erhalten und insbesondere die Ziele dieser Studie zu bearbeiten, wurden die unterschiedlichen Fragen und Antwortoptionen des Fragebogens nach Themen sortiert, zusammengefasst oder Scores berechnet. Wie in den Zielen der Studie angegeben, wurde nach unterschiedlichen Aspekten stratifiziert. Dazu gehörten Geschlecht, Berufsjahre, Beruf, Fachdisziplin, Art des Arbeitsplatzes (spezialisiert / nicht spezialisiert auf palliativmedizinische Behandlung), beruflicher Kontakt zu schwerstkranken / sterbenden Patienten.

Zunächst wurde eine deskriptive Analyse mit Häufigkeiten in Absolutzahlen und Anteilen in Prozent bei kategorischen Variablen und Mittelwert mit Standardabweichung bei normalverteilten Daten bzw. Median und Range bei nicht-normal verteilten Daten durchgeführt. Im Rahmen dieser Analyse wurde die Verteilung der Daten (normal oder nicht-normal) mittels Inspektion von Histogrammen überprüft. In einem weiteren Schritt wurden bei konkreten Fragestellungen 95 %-Konfidenzintervalle mittels Bootstrap-Verfahren (SPSS 23) berechnet.

Vergleiche zwischen mehreren Gruppen mit kategorischen Variablen wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben ($\alpha=5\%$) überprüft. Bei signifikanten Unterschieden wurde ebenfalls basierend auf p-Werten mit einem Alpha-Level von 5 % paarweise mittels Mann-Whitney-U-Test verglichen.

Für die Berechnung der Prädiktoren für die selbsteingeschätzte Kompetenz wurde eine multiple logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die abhängige Variable war „sich kompetent fühlen“ (in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation und Erkennen der Sterbephase).

Die folgenden unabhängigen Variablen, also potentielle Risikofaktoren für den Einschluss, wurden a priori für das Regressionsmodell ausgewählt: Geschlecht (männlich / weiblich), Berufsjahre (kontinuierlich), Beruf (Ärzte / Pflege / Andere), Art des Arbeitsplatzes (spezialisiert auf palliative Versorgung / nicht spezialisiert auf palliative Versorgung / andere Patientenversorgung / keine Patientenversorgung), Kontakt zu schwerstkranken / sterbenden Patienten (5-Punkt-Ordinalskala; kein bis ausschließlich Kontakt zu schwerstkranken / sterbenden Patienten). Die gesamte Analyse umfasste meist ordinalskalierte Variablen. Die metrischen Variablen Alter und Berufserfahrung in Jahren wurden, wenn nötig, ebenfalls ordinalskaliert.

Die Autorin erhielt bei der statistischen Analyse Unterstützung von Dr. Helen Kalies und Dr. Alexander Crispin. Die Analyse der einzelnen Ziele wird im Folgenden erklärt.

Einstellung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und Einfluss auf die tägliche Praxis

Um die 15 Items der Frage 1 zusammenzufassen, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Ein akzeptabler Cronbachs Alpha von 0,77 und somit eine interne Konsistenz dieser Frage konnte mit 12 Items erzielt werden. Außerdem wurden die Merkmalsausprägungen von vier auf drei (Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen: gut, mittel, schlecht) zusammengefasst. Im Folgenden wurde nach einzelnen Professionen, Spezialisierungen und nach dem Anteil des Kontakts mit Sterbenden stratifiziert.

Die Einstellung zu EBM hat großen Einfluss auf die Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen. Deswegen wurde die Prävalenz der einzelnen Aussagen zu diesem Thema (Frage 3 und 4) berechnet.

Um den Einfluss von Leitlinien auf die tägliche Praxis zu ermitteln, wurde Frage 14 des Fragebogens herangezogen. Es wurde von vier zu zwei Variablenwerten (Einfluss auf die tägliche Praxis: (eher) ja / (eher) nein) kodiert und nach Beruf und Fachdisziplin stratifiziert. Die Stratifizierung nach Beruf war hier besonders wichtig, da sich bisherige Leitlinien vorwiegend an Ärzte wenden und die Anwendung von Leitlinien in anderen Bereichen noch nicht üblich ist.

Weitere Erläuterungen zu den Items der Frage 1 werden separat im Abschnitt „Prävalenz von kritischen Einstellungen und Meinungen, die eine effektive Implementierung verhindern könnten“ behandelt und im Ergebnisteil erst in Abschnitt 4.7 genannt.

Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien und zu Empfehlungen in der Palliativmedizin

Die Meinung zu bestehenden Empfehlungen in der Palliativmedizin wurde mithilfe von Frage 5 ermittelt. Hier wurden die Prävalenzen der drei Items berechnet.

Um die Einstellung der in der Palliativmedizin Tätigen bezüglich einer zukünftigen Leitlinie in der Palliativmedizin zu erfahren, wurde unter anderem Frage 8 herangezogen. Dabei wurde

mittels Summenscore und Reduktion der Variablenwerte eine zusammenfassende Aussage generiert und diese mit Einzelaussagen veranschaulicht.

Um Frage 8 zusammenzufassen und um eine konkrete Aussage zur Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung durch pLL zu treffen, wurde Frage 9.7 separat ausgewertet und nach Beruf und Fachdisziplin stratifiziert. Darüber hinaus wurde Frage 9 herangezogen und einzelne Aspekte zu Leitlinien in der Palliativmedizin explizit dargestellt. Item 4.2 gibt hier ebenfalls wichtige Information zur Meinung über EBM in der Palliativmedizin.

Selbsteinschätzung und Prädiktoren der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-LL bearbeiteten Themen

Die Fragen 12 und 13 des Fragebogens wurden hier zur Beantwortung herangezogen. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, wurden beide Fragen und die jeweiligen Variablenwerte zusammengefasst. Aus den Ergebnisvariablen „sich sicher fühlen“ (Frage 12, vier Ausprägungen) und „informiert sein“ (Frage 13, vier Ausprägungen) wurde dabei „sich kompetent fühlen“ mit den Ausprägungen „(eher) weniger kompetent fühlen“ und „(eher) kompetent fühlen“. Daraufhin wurden die Prävalenzen mit den zugehörigen 95 %-Konfidenzintervallen berechnet und nach Beruf und Fachdisziplin stratifiziert.

Zusätzlich wurden mithilfe einer multiplen logistischen Regressionsanalyse Prädiktoren bestimmt, die vorhersagen, inwiefern bestimmte Voraussetzungen Einfluss auf die persönlich empfundene Kompetenz in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation und Erkennen der Sterbephase haben. Das rohe und adjustierte Odds Ratio sowie 95 %-Konfidenzintervalle wurden mit multipler logistischer Regressionsanalyse berechnet. Folgende potentielle Risikofaktoren (Prädiktoren) wurden für den Einschluss in das Regressionsmodell *a priori* ausgewählt: Geschlecht (männlich / weiblich), Berufsjahre (kontinuierlich), Beruf (Ärzte / Pflege / Andere), Art des Arbeitsplatzes (spezialisiert auf palliative Versorgung / nicht spezialisiert auf palliative Versorgung / andere Patientenversorgung / keine Patientenversorgung), Kontakt zu schwerstkranken / sterbenden

Patienten (5-Punkt-Ordinalskala; kein bis ausschließlich Kontakt zu schwerstkranken / sterbenden Patienten). Das Gesamtmodell wurde, basierend auf p-Werten mit einem Alpha-Level von 5 %, mittels Vorwärtsselektion bestimmt. Die Themen Versorgungsstrukturen und Kommunikation wurden hier nicht berücksichtigt, da es sich dabei im Gegensatz zu den anderen Themen nicht um allgemein klar definierte klinische Symptome bzw. Situationen handelt.

Hilfreiche und nützliche Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen

Es war wichtig zu wissen, *wer* Informationen zu palliativmedizinischen Themen übermitteln soll und *wie* diese Informationen übermittelt werden sollen. Zur Beantwortung dieser Problematik wurde Frage 10 herangezogen. Eine Freitextoption dieser Frage (Item 10.18), bei der weitere Vorschläge aufgeführt werden konnten, wurde quantitativ ausgewertet. Dabei wurden die Kommentare gesichtet, ihrem Sinn entsprechend in bestimmte hilfreiche Maßnahmen gruppiert und die Häufigkeiten gezählt. Mit neuen Vorschlägen wurde die Liste (Item 10.1–10.18) erweitert.

Aufgrund aktueller Relevanz wurde daraufhin ermittelt, ob es bezogen auf moderne Technologien (mobile Applikationen, sog. Apps) eine Präferenz in bestimmten Altersgruppen gab. Außerdem wurden Prävalenzen von bestimmten Informationsquellen ermittelt, die für palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen (Frage 6) herangezogen werden.

Prävalenz von kritischen Einstellungen und Meinungen, die eine effektive Implementierung verhindern könnten

Es wurden potentielle Hindernisse der Implementierung der S3-Leitlinie Palliativmedizin, die Bestandteil des Fragebogens waren und auch in der Literatur [3] beschrieben werden, vier anschaulichen Themengebieten zugeordnet. Dabei handelte es sich um die Themengebiete:

1. Kritik bezogen auf die Qualität von Leitlinien (kurz: Qualität)
2. Zweifel bezogen auf die Anwendung von Leitlinien (kurz: Anwendung)
3. Leitlinien beschränken Behandlungsmöglichkeiten (kurz: Beschränkung)

4. Diskrepanz zwischen Werten, die in der Palliativmedizin vertreten sind und Leitlinienanwendung (kurz: Diskrepanz)

Zunächst wurden die Prävalenzen der einzelnen Items der Themengebiete ermittelt. Mittels unterschiedlicher Summenscores wurden die vier Themengebiete innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen und der Fachdisziplin vergleichbar gemacht und zwischen null und drei (0 = stimme nicht zu; 3 = stimme zu) neu skaliert. Unterschiede wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben ($\alpha = 5\%$) getestet. Falls diese signifikant waren, wurde paarweise verglichen.

Von Cabana et al. (1999) wurden noch weitere Hindernisse beschrieben [3], die speziell von Frage 5 des Fragebogens abgeleitet werden können.

Dabei geht es zwar eigentlich um Empfehlungen in der Palliativmedizin, allerdings lassen sie sich – da es sich um Bestandteile anderer Leitlinien handelt und da bisher noch keine spezielle palliativmedizinische Leitlinie existiert – als diese ansehen und Hindernisse ableiten. Eine Übersicht über sämtliche hier besprochenen Hindernisse der Leitlinienimplementierung zeigt Abbildung 2, die in Anlehnung an Kunz [57] auf Basis von Cabanas et al. [3] Abbildung „Barriers to Physician Adherence to Practice Guidelines in Relation to Behavior Change“ erstellt wurde. Die vier erwähnten Themengebiete, die im Rahmen der Umfrage von großer Bedeutung waren, wurden dabei herausgearbeitet.

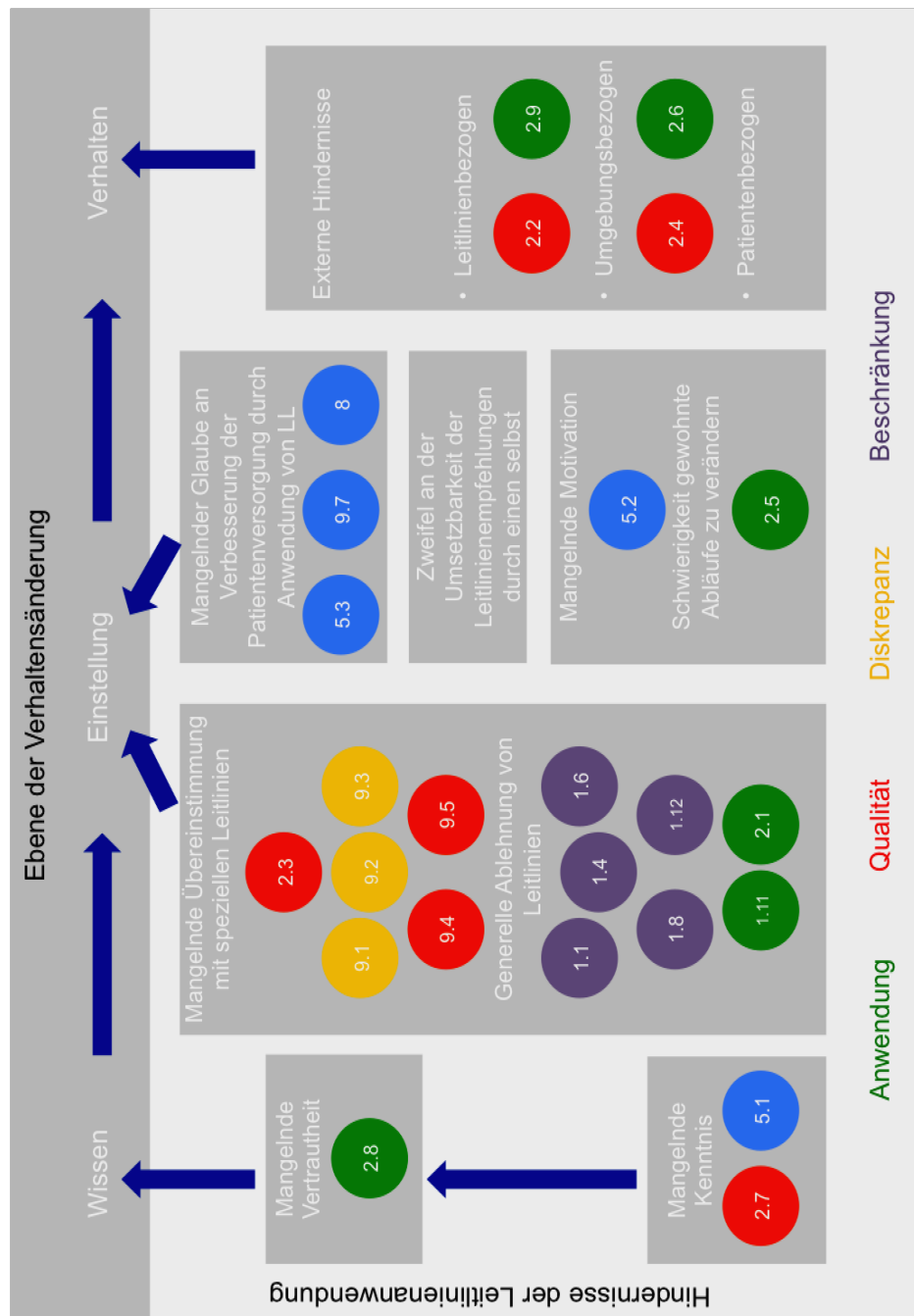


Abbildung 2 Hindernisse der Leitlinienimplementierung von Cabana et al. und entsprechende Items der Umfrage. Rot: Kritik bezogen auf die Qualität von Leitlinien; grün: Zweifel bezogen auf die Leitlinienanwendung; orange: Diskrepanz zwischen Werten, die in der Palliativmedizin vertreten sind und Leitlinienanwendung; violett: Leitlinien beschränken Behandlungsmöglichkeiten.

3.6.4 Freitextauswertung

Frage 11 (Freitext) gibt Aufschluss über Aspekte, die in der Umfrage nicht explizit angesprochen wurden. Allgemein stehen Freitextfragen oft am Ende von Umfragen und dienen als Sicherheitsnetz, damit keine wichtigen Aspekte vergessen werden [64]. Die Teilnehmer hatten in der vorliegenden Umfrage mehr als eine Seite Platz für ihre Kommentare. Zur Auswertung von Freitextkommentaren werden unterschiedliche Methoden empfohlen, aber bisher keine als „Goldstandard“ bezeichnet [11, 64, 65]. Davon wurde hier eine praktische Vorgehensweise [64] vom Prinzip angewendet. Konkret wurde dabei ebenfalls in Anlehnung an eine qualitativ orientierte, kategoriengeleitete Textanalyse [66] mittels induktiver Kategorienbildung und Häufigkeitsanalyse aus den Texten bestimmte Kategorien und Unterkategorien ermittelt und mit Zitaten verdeutlicht. Diese Analyse wurde zur Darstellung der Ergebnisse weiter gekürzt. Eine quantitative Analyse befindet sich im Anhang (s. Anh. 4).

3.7 Ethikvotum

Da das Leitliniensekretariat der S3-Leitlinie Palliativmedizin im Zentrum für Palliativmedizin an der Universität zu Köln angesiedelt war, wurde von der Ethikkommission der Universität zu Köln ein Ethikvotum für die Umfrage eingeholt (Antragsnummer 14-097) (s. Anh. 5).

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobe, Antwortquote und Repräsentativität

4.1.1 Stichprobenrahmen

Von den 4.907 DGP-Mitgliedern (Stand: 2014) besaßen 4.786 eine E-Mail-Adresse und konnten somit kontaktiert werden.

4.1.2 Antwortquoten

Die Umfrage fand vom 10.07.2014 bis zum 15.09.2014 statt. Die Teilnahmebereitschaft nach Einladung bzw. den Erinnerungen am 22.07.2014 und 04.08.2014 zeigt Abbildung 3.

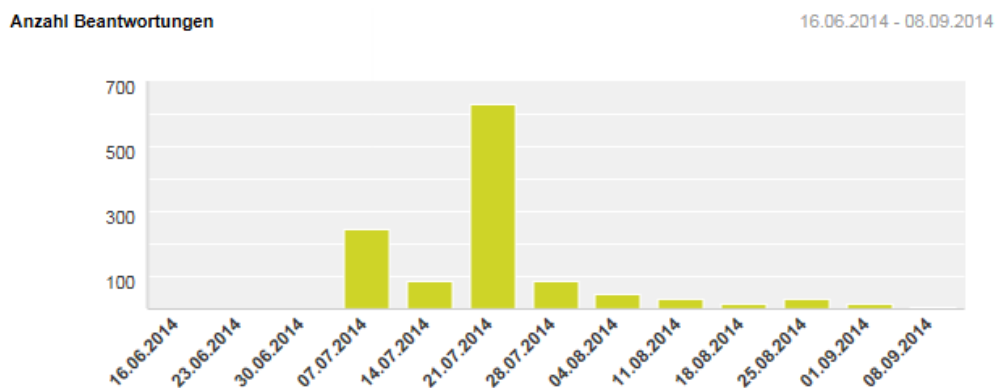


Abbildung 3: Teilnahmebereitschaft im zeitlichen Verlauf
(Anzahl der Beantwortungen in Wochen)

Insgesamt folgten 1.181 DGP-Mitglieder der 4.786 Angeschriebenen dem Link zur Umfrage. Davon begannen 1.138 Personen damit, die Fragen zu beantworten und 1.031 Mitglieder füllten die Umfrage komplett aus. Zwölf Umfrageteilnehmer beantworteten die Frage nach dem Alter nicht. Dennoch wurden diese Fragebögen als komplett ausgefüllt gewertet, da das Alter bei den meisten Fragestellungen keine große Relevanz hatte. Die Umfrage wurde von 43 Teilnehmern direkt nach Anklicken des Links abgebrochen. Neun Personen nutzten die Möglichkeit, Gründe für den Abbruch anzugeben.

Gründe für Nicht-Teilnahme	n
Zeit zu wertvoll	2
Umfragen nutzlos	1
Befürchtung von Datenmissbrauch	1
kein Interesse an Thematik	0
„weiß nicht“	0
Sonstiges	5
Gesamt	9

Tabelle 3: Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Umfrage

Die Beantwortungsquote lag bei 21,5 % (1.031 / 4.786) und ist der Quotient aus denjenigen Personen, die die Fragen komplett beantwortet haben im Verhältnis zu den Personen, die eine E-Mail mit dem Link bekommen haben.

Antwortquoten	Ergebnis (n)	Anteil (%)
„view rate“	1.181 / 4.786	24,7
„participation rate“	1.138 / 1.181	96,6
„completion rate“	1.031 / 1.138	90,6
„drop out rate“	107 / 1.138	9,4
„response rate“	1.031 / 4.786	21,5
„cooperation rate“	1.031 / 1.181	87,3
„refusal rate“	43 / 4.786	0,9

Tabelle 4: Antwortquoten (Definitionen s. Kap. 3.6.2)

4.1.3 Repräsentativität

Der Vergleich von Berufsgruppen zwischen allen DGP-Mitgliedern und den Umfrageteilnehmern (= Stichprobe) stimmte weitestgehend überein (s. Tabelle 5). Damit kann die Umfrage als repräsentativ gewertet werden.

Beruf	DGP-Mitglieder		Umfrage-Teilnehmer	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Arzt	2.741	55,8	572	55,5
Pflege	1.508	30,8	312	30,3
weitere Professionen	656	13,4	147	14,3
gesamt	4.905	100,0	1.031	100,0

Tabelle 5: Vergleich von Zielgruppe und Stichprobe: Berufsgruppen der Zielgruppe (DGP-Mitglieder) und Stichprobe (Umfrageteilnehmer)

4.2 Beschreibung der Studienpopulation

4.2.1 Alter und Geschlecht

Die Teilnehmer der Umfrage waren zwischen 24 und 79 Jahre alt, das mittlere Alter betrug 48,8 Jahre (SD +/- 8,6 Jahre). Die meisten Teilnehmer (n = 417) waren zwischen 50–59 Jahre alt. Nahezu zwei Drittel der Teilnehmer war weiblich. Weitere Details siehe Tabelle 6.

4.2.2 Beruf / Zusatzausbildung

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer waren Ärzte, nahezu ein Drittel kam aus der Pflege. Jeder Sechste gehört einer der weiteren Berufsgruppen an. Dazu gehörten vorwiegend Teilnehmer aus dem Bereich der Sozialen Arbeit (insgesamt 2,8 %) und Psychologie (insgesamt 2,4 %). Weitere Professionen waren lediglich mit ≤ 20 Teilnehmern vertreten. Die Berufserfahrung lag im Median bei 22 Jahren (Mittelwert: 21,6 Jahre (SD +/- 9,6)). Weitere Details siehe Tabelle 6.

Ärzte

Die Umfrageteilnehmer stammten vorwiegend aus den Fachdisziplinen Anästhesiologie, allgemeine Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Unter den Ärzten hatten bis auf wenige Ausnahmen nahezu alle Personen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin oder befanden sich noch in der Weiterbildung. Weitere Details siehe Tabelle 6.

Pflege

Von den Teilnehmern mit pflegerischer Ausbildung gehörten die meisten dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege an. 10,9 % kamen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft, 8,7 % aus der Altenpflege. Unter den Pflegenden hatte die Mehrheit (93,6 %) eine Zusatzweiterbildung im Bereich Palliative Care oder befand sich noch in der Weiterbildung. Weitere Details siehe Tabelle 6.

Berufliches Setting

Auf einer Palliativstation arbeitete fast ein Viertel der Umfrageteilnehmer. Auf einer Station im Krankenhaus, die primär nicht palliativmedizinisch ausgerichtet ist, arbeiteten etwas weniger. Im SAPV-Team und in einer Praxis beziehungsweise niedergelassen arbeiteten zwischen 14–16 %. Hospizmitarbeiter waren seltener vertreten.

Fast die Hälfte der Befragten arbeitete in einem spezialisierten palliativmedizinischen Bereich, wie zum Beispiel auf einer Palliativstation, im SAPV-Team oder im Hospiz. Etwas weniger Personen arbeiteten in nicht-spezialisierten Einrichtungen wie zum Beispiel auf einer Normalstation im Krankenhaus, im (ambulanten) Pflegedienst oder in einer Praxis.

Der Anteil von schwerstkranken und sterbenden Patienten entsprach etwa der Art des Arbeitsplatzes: Ein Drittel der Teilnehmer hatte ausschließlich Kontakt zu diesem Patientenkollektiv.

Der Anteil weiblicher Teilnehmer der Umfrage stieg mit dem Anteil von zu behandelnden schwerstkranken und sterbenden Patienten (s. Anh. 6, Tabelle 1)

Eine Übersicht zu soziodemografischen Daten bietet die folgende Tabelle 6:

	N	Median (Range)
Alter (Jahre)	1.019	50 (24–79)
Berufliche Erfahrung (Jahre)	1.031	22 (0–50)
	N	Prozent
Geschlecht		
weiblich	665	64.5 %
männlich	366	35.5 %
Beruf		
Arzt / Ärztin	572	55.5 %
Fachdisziplin der Ärzte:		
Innere Medizin (allg.)	119	20.8 %
Onkologie	87	15.2 %
Anästhesiologie	151	26.4 %
Allgemeinmedizin	98	17.1 %
Andere	117	13.0 %
Pflege	312	30.3 %
Andere	147	14.3 %
Wissenschaftliche Tätigkeit		
ja	211	20.5 %
nein	820	79.5 %
Qualifikation in PM / PC		
ja	885	85.5 %
zur Zeit dabei	70	6.8 %
nein	77	7.5 %
Art des Arbeitsplatzes		
SAPV	164	15.9 %
Hospiz	54	5.2 %
Krankenhaus: Palliativstation	249	24.2 %
Krankenhaus: Nicht-Palliativstation	217	21.0 %
Praxis / niedergelassen	143	13.9 %
Ambul. Pflegedienst	30	2.9 %
Wissenschaft / Forschung / Lehre	67	6.5 %
Andere	107	10.4 %
Anteil des Kontakts mit Sterbenden		
Kein Patientenkontakt	47	4.6 %
Kein Schwerstkrankenkontakt	8	0.8 %
Wenig Kontakt mit Sterbenden (ca. 10–20 %)	247	24.0 %
Kontakt mit Sterbenden (ca. 30–60 %)	197	19.1 %
Überwiegend Kontakt mit Sterbenden (ca. 70–90 %)	207	20.1 %
Ausschließlich Kontakt mit Sterbenden (ca. 100 %)	325	31.5 %

Tabelle 6: Übersicht Studienpopulation

4.3 Einstellung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und Einfluss auf die tägliche Praxis

Die Einstellung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen ist überwiegend gut. Vier von fünf Teilnehmern hatten eine gute Einstellung, wobei der Anteil im Bereich der Pflege eher höher und bei den Medizinerinnen eher niedriger war (s. Abbildung 4, Details im Anh. 6, Tabelle 2).

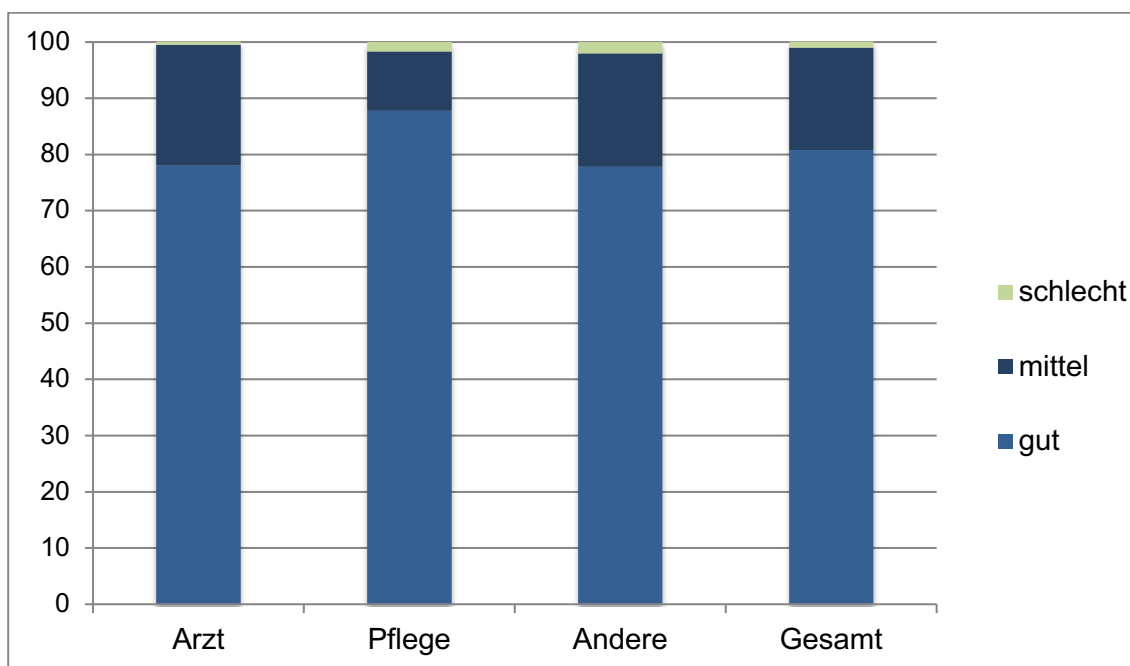


Abbildung 4: Einstellung zu LL im Allgemeinen in den Berufsgruppen (%)

Untersucht man die Einstellung der Ärzte in den einzelnen Fachdisziplinen, lässt sich im Vergleich erkennen, dass Allgemeinmediziner Leitlinien gegenüber eher kritisch zu sein scheinen, da jeder Dritte keine gute Einstellung zu Leitlinien hatte, sondern diese eher im Mittelfeld lag. Umfrageteilnehmer aus dem Bereich der Onkologie hatten mit 82 % eine gute Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen. In der Anästhesiologie, der größten Gruppe der Ärzte, hatten 76 % der Teilnehmer eine gute Einstellung (Details s. Anh. 6, Tabelle 3). Um unabhängig vom Beruf festzustellen, ob die Einstellung der Personen mit mehr Kontakt zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten von den Personen mit weniger Kontakt differiert,

wurde – wie in Tabelle 7 gezeigt – nach dem Anteil des Kontakts mit dieser Patientengruppe stratifiziert. In Tabelle 7 wird deutlich, dass in der Gruppe mit überwiegendem oder ausschließlichem Kontakt zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten die Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen besser war als bei der Gruppe mit wenig Kontakt zu Schwerstkranken und Sterbenden. Die Gruppe, die keinen Kontakt zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten hatte, fällt hier aus der Wertung, da sie zum einen sehr klein ist und zum anderen per Definition auch nicht zum Kollektiv der in der Palliativmedizin Tätigen gehört.

Anteil Kontakt Schwerstkranke / Sterbende	Einstellung in Anteil (%) und (95 %-KI)			
	Fehlend	Schlecht	Mittel	Gut
Kein Kontakt (n = 7)	12,5	0	14,3 (0;42,9)	85,7 (57,1;100)
Wenig Kontakt (ca. 10 %–30 %) (n = 262)	13,6	1,5 (0,4;3,1)	23,3 (18,3;28,6)	75,2 (69,8;80,5)
Häufiger Kontakt (ca. 40–60 %) (n = 120)	14,9	0	20 (13,3;27,5)	80 (72,5;86,7)
Überwiegend Kontakt (ca. 70–90 %) (n = 173)	16,4	0,6 (0;2,3)	16,2 (11,0;22,0)	83,2 (78,0;89,0)
Ausschließlich Kontakt (ca. 100 %) (n = 252)	22,5	1,2 (0;2,8)	15,5 (11,1;20,2)	83,3 (78,2;87,7)

Tabelle 7: Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen nach Anteil Kontakt mit Schwerstkranken / Sterbenden in Anteil % (95 %-KI)

Bei der Einstellung zu Leitlinien spielt die Meinung zu Evidence Based Medicine eine große Rolle. Gefragt, ob ihnen „EBM ein Begriff“ ist, antworteten die meisten (92,6 %) der 1.031 Teilnehmer mit „ja“. Innerhalb der Berufsgruppen fällt jedoch auf, dass dieser Anteil bei Teilnehmern aus dem Bereich der Pflege mit 83,3 % (vs. Ärzte 99,8 %) geringer war. In Frage 4 wurden daraufhin wichtige Aussagen in Bezug auf Leitlinien und EBM auf ihre Zustimmung hin abgefragt. Die meisten der Teilnehmer stimmten dabei (eher) zu, dass

Leitlinien nach den Prinzipien der EBM erstellt werden sollten. Hervorzuheben ist, dass fast die Hälfte der Teilnehmer der Meinung waren, dass Studiendaten, die als Basis für EBM dienen, (eher) von den Pharmafirmen zu ihren Gunsten beeinflusst sind (s. Tabelle 14).

	Anteil (%)				
	„weiß nicht“	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu
(4.1) LL sollten nach Prinzipien der EBM erstellt werden	2,5	1,9	9,1	40,1	49,0
(4.2) In der Palliativversorgung gibt es wenig Evidenz: EBM und LL spielen daher keine große Rolle	3,6	19,0	53,7	20,0	7,2
(4.3) Studiendaten als Basis für EBM sind von Pharma beeinflusst	23,0	9,4	41,2	36,9	12,5
(4.4) EBM hilft, bessere Therapieentscheidungen zu treffen	8,6	1,8	10,6	51,4	36,2
(4.5) Würden LL nach EBM erstellt, würde ich sie vermehrt anwenden	14,6	9,8	23,6	36,7	29,9
(4.6) EBM sind hilfreich, da sie Überblick über neueste med. Entwicklungen geben	5,1	3,2	9,7	44,7	42,4

Tabelle 8: Einstellung zu EBM (Frage 4). Zustimmung in (%)

Gefragt nach dem Einfluss von Leitlinien auf die tägliche Praxis, um etwas über die Anwendung von Leitlinien im Allgemeinen zu erfahren, war die Zustimmung („teilweise Anwendung“ oder „Arbeitsalltag ist daran ausgerichtet“) bei Ärzten am höchsten. Bei Ärzten aus der Onkologie und ähnlich der Anästhesiologie war die Zustimmung am größten (92,0 % bzw. 91,3 %). Die geringste Leitlinienanwendung fand im Bereich der Inneren Medizin (allgemeine Innere Medizin) statt. Hier meinten knapp 19 % der Befragten, dass sie Leitlinien nicht oder nur sporadisch anwenden (s. Abbildung 5).

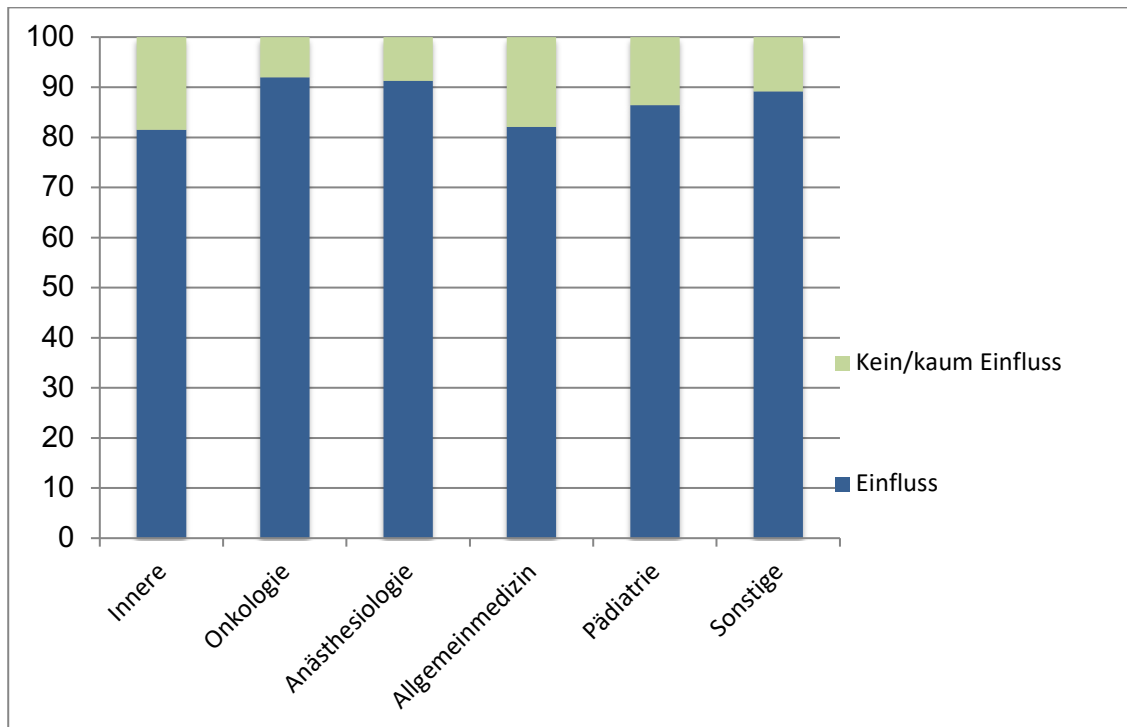


Abbildung 5: Einfluss von Leitlinien auf den Arbeitsalltag (%) in den einzelnen Fachdisziplinen

Die Leitlinienanwendung im Bereich der Pflege lag bei 70,0 % (Details s. Anh. 6, Tabelle 4 und Tabelle 5).

4.4 Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien und zu Empfehlungen in der Palliativmedizin

Palliativmedizinische Empfehlungen

Welche Relevanz die bereits existierenden, palliativmedizinischen Empfehlungen in anderen, meist krankheitsbezogenen Leitlinien haben, wurde anhand von Frage 5 des Fragebogens geklärt. 54 % (n = 557) der Umfrageteilnehmer gaben an, solche Empfehlungen zu kennen. Von diesen wendeten 84 % (n = 468) diese Empfehlungen im Arbeitsalltag an. Von den Anwendern meinten 56 % (n = 262), dass sie einen positiven Effekt der Nutzung von Leitlinien sehen (s. Abschnitt 4.7 „Anwendungshindernisse bezüglich aktueller palliativmedizinischer Empfehlungen“ und Anh. 6, Tabelle 6).

Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten durch pLL

Leitlinien dienen unter anderem dazu, die Versorgungssituation im deutschen Gesundheitssystem zu verbessern. In Frage 8 wurden unterschiedliche Aspekte abgefragt, in denen palliativmedizinische Leitlinien zu einer Verbesserung führen könnten (s. Tabelle 9). Nach Bildung eines Gesamtscores und nach Reduktion der Ordinalskala von vier auf drei Kategorien (keine / kaum Verbesserung, mittelmäßige Verbesserung und Verbesserung), sahen über zwei Drittel (95 %-KI 65,8;71,8) insgesamt eine Verbesserung durch palliativmedizinische Leitlinien. Lediglich 1 % (95 %-KI 0,3;1,7) gab an, keine / kaum Verbesserung durch Leitlinien zu sehen (Details s. Anh. 6, Tabelle 7). Höchste Zustimmung fand dabei die Aussage, dass die Qualität der Symptomkontrolle durch pLL verbessert wird (Tabelle 9, Item 8.3).

Verbesserung durch pLL in ... ?	Anteil (%)				
	„weiß nicht“	nein	eher nein	eher ja	ja
(8.1) Unterschiede in der Behandlungsqualität in verschiedenen Einrichtungen / Abteilungen	3,8	0,6	8,3	54,6	36,5
(8.2) Überversorgung von Schwerstkranken und Sterbenden mit „hochtechnisierter“ Medizin	4,7	5,0	19,3	40,3	35,4
(8.3) Qualität der Symptomkontrolle	2,2	0,1	3,1	40,1	56,7
(8.4) Behandlung der Patienten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft	2,8	0,2	3,8	44,3	51,7
(8.5) Berücksichtigung der Bedürfnisse Schwerstkranker / Sterbender	3,2	2,0	14,0	38,5	45,5
(8.6) Verschwendung unnötiger Ressourcen	9,3	12,1	23,2	36,5	28,2
(8.7) Information über Möglichkeiten der ambulanten / stationären Palliativversorgung	3,8	1,9	14,2	39,3	44,6
(8.8) Anerkennung des Fachs Palliativmedizin gegenüber anderen Fachbereichen	6,8	2,0	11,6	36,7	49,7

Tabelle 9: Verbesserung durch pLL (Anteil %)

Explizit gefragt, ob die pLL helfen würden, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern (Item 9.7), stimmten alle Berufsgruppen mit großer Mehrheit zu (s. Tabelle 10).

Beruf		Anzahl	Anteil % (95 %-KI)
Ärzte	(eher) nein	46	8,5 (6,1;11,1)
	(eher) ja	494	91,5 (88,9;93,9)
	gesamt	540	100
Pflege	(eher) nein	19	6,6 (3,8;9,7)
	(eher) ja	269	93,4 (90,3;96,2)
	gesamt	288	100
Andere	(eher) nein	6	4,4 (1,5;8,1)
	(eher) ja	130	95,6 (91,9;98,5)
	gesamt	136	100

Tabelle 10: „pLL werden helfen, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern“ (Item 9.7) – Zustimmung der einzelnen Berufsgruppen

Innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen der Ärztinnen und Ärzte stimmten die Allgemeinmediziner dieser Aussage am wenigsten und die Internisten am meisten zu. Insgesamt war die Zustimmung jedoch sehr hoch, nämlich bei 89–100 %.

Beruf		Anzahl	Anteil % (95 %-KI)
Innere	(eher) nein	8	7,2 (2,7;11,7)
	(eher) ja	103	92,8 (88,3;97,3)
	gesamt	111	100,0
Onkologie	(eher) nein	8	9,9 (3,7;17,3)
	(eher) ja	73	90,1 (82,7;96,3)
	gesamt	81	100,0
Anästhesiologie	(eher) nein	13	9,3 (5,0;15,0)
	(eher) ja	127	90,7 (85,0;95,0)
	gesamt	140	100,0
Allgemeinmedizin	(eher) nein	10	10,8 (5,4;18,3)
	(eher) ja	83	89,2 (81,7;94,6)
	gesamt	93	100,0
Pädiatrie	(eher) nein	0	0
	(eher) ja	22	100
	gesamt	22	100

Tabelle 11: „pLL werden helfen, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern“ (Item 9.7) – Zustimmung der einzelnen Fachdisziplinen

Meinung zu Aspekten der Anwendung von pLL

Die Einstellung zu bestimmten Aspekten der Anwendung palliativmedizinischer Leitlinien (Frage 9) war prinzipiell positiv und wird in Tabelle 12 dargestellt. Bestimmte Punkte sollen hier hervorgehoben werden: Bei der Aussage, dass es „zu wenig Studien gibt, um pLL zu erstellen“ (Item 9.4), antwortete über ein Viertel der Teilnehmer mit „weiß nicht“. Außerdem gab es hierbei keine eindeutige Zustimmung oder Ablehnung. Eine ähnliche Problematik wird bei Item 4.2 des Fragebogens angesprochen: Hier geht es um die Zustimmung zur Aussage „In der Palliativversorgung gibt es wenig Evidenz: EBM und LL spielen daher keine große Rolle“. Mehr als ein Viertel der Teilnehmer stimmt dieser Aussage (eher) zu. Größte Zustimmung fand die Aussage, dass pLL auch in der Palliativversorgung sinnvoll sind.

Wie ist Ihre Meinung zu Aspekten der Anwendung von pLL?	Anteil (%)				
	weiß nicht	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu
(9.1) Evidenzbasierter, wissenschaftlicher Ansatz von EBM widerspricht philosophisch-ganzheitlichem Ansatz von Palliativ Care	5,5	37,4	46,0	12,7	3,9
(9.2) LL können der Qualitätskontrolle (QK) dienen. QK und Sterben dürfen aber nicht in Zusammenhang gebracht werden	3,7	29,7	38,7	16,1	15,5
(9.3) Die individuelle Versorgung von Palliativ-Patienten wird durch pLL eingeschränkt	4,5	32,1	50,6	12,1	5,3
(9.4) Zu wenig Studien, um pLL zu erstellen	28,0	13,6	40,2	36,3	10,0
(9.5) Zu wenig Erfahrung, um pLL zu erstellen	8,9	37,6	50,2	9,1	3,2
(9.6) Auch in Palliativversorgung sind pLL sinnvoll	2,6	2,6	3,9	36,1	57,5
(9.7) pLL werden helfen, die Versorgung von Schwerstkranken / Sterbenden zu verbessern	6,5	2,8	4,6	42,3	50,3

Tabelle 12: Meinung zu Aspekten der Anwendung von pLL

Freitextantworten zum Thema „Leitlinien in der Palliativmedizin“

Bei der offenen Frage „Gibt es sonst etwas, das Sie uns zum Thema Leitlinien in der Palliativmedizin noch mitteilen wollen?“ (Frage 11) gaben 258 Teilnehmende (25 %) Kommentare ab. Es konnten fünf unterschiedliche Themen und eine Rubrik „Sonstige“ kategorisiert werden.

1. Konkrete Vorschläge zu pLL

Es wurde mehrfach die Struktur von pLL angesprochen. Insbesondere wurde gewünscht, dass die Leitlinien praktikabel, zum Beispiel eher kurz, sein sollten und dass eine einfache Sprache gewählt werden sollte, damit sie auch für Laien verständlich wären. Außerdem wurde eine regelmäßige Aktualisierung gewünscht. Für die Zukunft der pLL wurde aufgeführt, dass die LL ggf. für andere Patientengruppen, wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche, sowie nicht onkologische Patienten oder Demenzkranke, erweitert wird. Es kam ebenfalls der Wunsch auf zur Erweiterung der pLL um weitere Themenbereiche wie z.B. Übelkeit bzw. Erbrechen, Mundtrockenheit oder Delir.

2. EBM in pLL

Es wurde von vielen Teilnehmern gefordert, mehr im Bereich der Palliativmedizin zu forschen, um die Qualität der Leitlinien zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden unterschiedliche Lösungsansätze beschrieben wie z.B. höhere finanzielle Unterstützung der Forschung und – aufgrund niedriger Fallzahlen – die Durchführung von eher qualitativen statt quantitativen Studien. Diesbezüglich wurde ebenfalls erwähnt, dass Expertenwissen wichtiger eingeschätzt werden würde als randomisierte Studien.

3. Implementierung

Zur Implementierung wurden viele praktische Vorschläge genannt, die sich weitestgehend mit den bereits im Fragebogen genannten Vorschlägen deckten. Dazu gehörten die Veröffentlichungen in jeweiligen Fachzeitschriften, aber auch multimediale Tools für eine unkomplizierte Handhabung. Außerdem wurden verschiedene Hindernisse dargestellt, die einer Implementierung im Wege stehen könnten. Dazu gehören bestimmte Berufsgruppen, die nicht unbedingt palliativmedizinisch ausgebildet seien und aufgrund ihrer Sichtweise oder von Vorurteilen palliativmedizinische Leitlinien ablehnen würden.

4. Anwendung von pLL

Es wurde sehr häufig darauf hingewiesen, dass die pLL-Inhalte in andere medizinische und nichtmedizinische Fachbereiche miteinbezogen werden sollten. Hinzu kamen viele Vorschläge, dass pLL ein fester Bestandteil des Ausbildungscurriculums, z.B. von Pflegekräften, sein sollten. Es wurde ebenfalls genannt, dass pLL zur Qualitätskontrolle palliativmedizinischer Versorgung genutzt werden sollten.

5. Meinungen / Einstellungen zu pLL

Die häufigsten Kommentare zu der offenen Frage beinhalteten eine positive Aussage zu den neuen pLL. Darunter fielen sehr häufig beschreibende Worte wie „wichtig“ und „toll“. Ebenfalls sehr häufig wurde genannt, dass pLL das eigene Denken nicht einschränken dürften bzw. auf den individuellen Prozess des Sterbens anwendbar sein müssten. Es wurden allerdings auch Zweifel oder Kritik an den Leitlinien geäußert. Dazu gehörte, dass die individuelle Situation des Leidens oder Sterbens der Anwendbarkeit von pLL widersprechen würde. Manche Teilnehmer waren der Meinung, dass eine gewisse Haltung, die für Palliativmedizin oder Palliative Care erforderlich sei, nicht durch pLL vermittelt werden könne.

6. Sonstiges

Es gab sehr emotionale Kommentare, in denen darauf hingewiesen wurde, dass die Personalsituation und somit der Zeitfaktor bei der Behandlung Schwerstkranker und Sterbender zu schlecht ist und Leitlinien deshalb nicht richtig umgesetzt werden könnten.

Die konkreten Häufigkeiten bestimmter Aussagen und Themen können der quantitativen Auswertung (Anh. 4) entnommen werden.

4.5 Selbsteinschätzung und Prädiktoren der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-LL bearbeiteten Themen

Die in der Palliativmedizin Tätigen fühlten sich in allen sieben Bereichen der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin, wie in Abbildung 6 zu sehen, überwiegend kompetent. Beim Vergleich der Berufsgruppen fühlten sich Ärzte vor allem in den Bereichen Schmerz (96,5 %), Atemnot (97,1 %) und Obstipation (97,4 %) kompetent. Die Pflegenden fühlten sich am kompetentesten beim Thema Obstipation (98,3 %). Das einzige Thema, bei dem sich alle Berufsgruppen ungefähr gleich hoch in ihrer Kompetenz einschätzten, war „Kommunikation“ (Ärzte 94,5 %, Pflege 92,9 %, Andere 93,7 %). Beim Thema Depression zeigte sich insgesamt die größte Unsicherheit: Mehr als 50 % der Pflegenden und 29,2 % der Ärzte fühlten sich dabei weniger kompetent (Details s. Anh. 6, Tabelle 8).

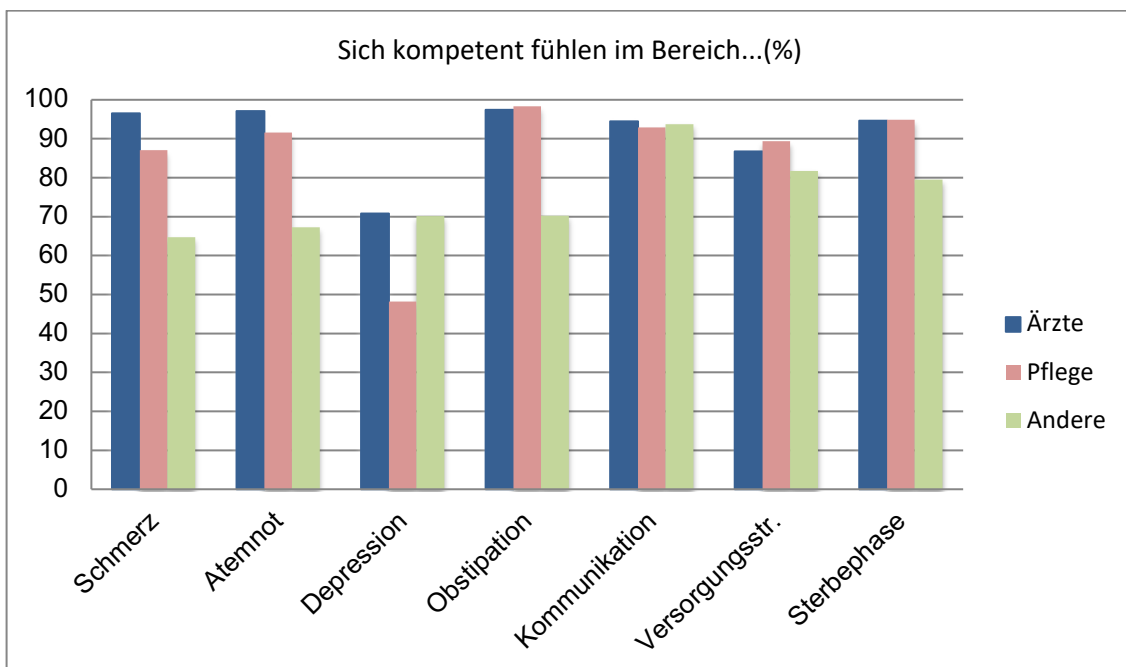


Abbildung 6: Sich kompetent fühlen in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Kommunikation, Versorgungsstrukturen und Sterbephase in verschiedenen Berufen (%)

Bei den Ärztinnen und Ärzten wurde nach Fachdisziplinen stratifiziert. Nur 15 % (95 %-KI 7,5;23,8) der Allgemeinmediziner fühlten sich beim Thema Depression nicht kompetent. Bei den meisten anderen Fachdisziplinen lagen die Angaben diesbezüglich zwischen 30–33 %.

In Bezug auf Versorgungsstrukturen fühlten sich Teilnehmer der Fachbereiche Anästhesiologie mit 20 % (95 %-KI 13,6;27,1) und Allgemeinmedizin mit 17,8 % (95 %-KI 10;25,6) weniger kompetent. (Details s. Anh. 6, Tabelle 9).

Prädiktoren für Kompetenz

Die multivariable Regressionsanalyse zeigte, dass die Variablen „Jahre Berufserfahrung“ und „Beruf“ unabhängige Prädiktoren für *alle* fünf untersuchten Bereiche (Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Erkennen der Sterbephase) sind. Der „Anteil des Kontakts zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten“ war in drei Bereichen (Atemnot, Depression, Erkennen der Sterbephase) und die „Art des Arbeitsplatzes“ war lediglich in zwei Bereichen (Schmerz, Depression) jeweils ein unabhängiger Prädiktor für Kompetenz.

Je mehr Berufserfahrung die in der Palliativmedizin Tätigen hatten, desto kompetenter fühlten sie sich im jeweiligen Bereich (Anstieg pro Jahr Berufserfahrung zwischen 2–5 %). Mitglieder der Berufsgruppen Pflege (OR zwischen 0,19 und 0,81) und anderer Professionen (OR zwischen 0,03 und 0,68) fühlten sich weniger kompetent als die Ärzte. Allerdings schließen die 95 %-Konfidenzintervalle der Pflegenden in den Bereichen Obstipation und Erkennen der Sterbephase die Zahl eins mit ein. Deswegen ist nicht sicher, ob in diesen zwei Bereichen ein Unterschied zwischen Pflegenden und Ärzten herrscht.

Der Anteil des Kontakts zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten war in den Bereichen Atemnot, Depression und Erkennen der Sterbephase ein unabhängiger Prädiktor: Je geringer der Anteil des Kontakts zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten war, desto weniger kompetent fühlten sich die Umfrageteilnehmer.

Die Art des Arbeitsplatzes war ein unabhängiger Prädiktor für Kompetenz in den Bereichen Schmerz und Depression – wobei diejenigen, die im Bereich „andere Patientenversorgung“ arbeiteten, sich kompetenter im Bereich Depression fühlten (OR 1,95), als diejenigen, die in spezialisiert palliativmedizinischen Bereichen arbeiteten. Zu bedenken ist auch an dieser Stelle, dass die Teilnehmer mit keinem Kontakt zu schwerstkranken / sterbenden Patienten

bzw. die nicht in der Patientenversorgung Tätigen streng genommen nicht zum Studienkollektiv (in der Palliativmedizin Tätige) gehören.

4 Ergebnisse

	... Schmerz		... Atemnot		... Depression		... Obstipation		... Erkennen der Sterbephase	
	Prävalenz	Adjustierte OR*	Prävalenz	Adjustierte OR*	Prävalenz	Adjustierte OR*	Prävalenz	Adjustierte OR*	Prävalenz	Adjustierte OR*
Geschlecht										
Weiblich	89.5	-	85.7	-	58.9	-	89.6	-	91.6	-
Männlich	94.3		91.5		66.9		92.9		89.9	
Jahre Berufserfahrung		p = 0.031		p = 0.000		p = 0.010		p = 0.004		p = 0.000
	-	1.03 (1.00;1.05)	-	1.05 (1.02;1.07)	-	1.02 (1.00;1.03)	-	1.04 (1.01;1.06)	-	1.05 (1.03;1.08)
Beruf		p = 0.000		p = 0.000		p = 0.000		p = 0.000		p = 0.000
Arzt / Ärztin	98.3	1.00 (Referenz)	96.7	1.00 (Referenz)	69.2	1.00 (Referenz)	97.4	1.00	94.2	1.00 (Referenz)
Pflege	92.6	0.25 (0.11;0.55)	88.5	0.19 (0.10;0.36)	49.0	0.37 (0.27;0.51)	96.8	0.81 (0.36;1.83)	93.6	0.78 (0.41;1.49)
Andere	60.5	0.04 (0.02;0.08)	51.7	0.04 (0.02;0.07)	59.9	0.68 (0.44;1.04)	52.4	0.03 (0.02;0.05)	72.8	0.22 (0.12;0.40)
Anteil des Kontakts mit Schwerstkranken / Sterbenden				p = 0.000		p = 0.017		-		p = 0.000
Kein Kontakt	63.6		52.7	0.14 (0.07;0.31)	36.4	0.26 (0.12;0.59)	67.3		58.2	0.08 (0.04;0.18)
Wenig Kontakt	93.5		90.3	0.32 (0.16;0.63)	66.4	0.92 (0.56;1.50)	93.1		90.3	0.31 (0.15;0.64)
Kontakt 30–60 %	91.9	-	86.8	0.30 (0.16;0.58)	65.5	0.97 (0.61;1.54)	92.9	-	91.9	0.42 (0.20;0.91)
Vorwiegend Kontakt	91.8		89.4	0.71 (0.36;1.37)	60.4	0.82 (0.56;1.19)	90.3		92.8	0.63 (0.29;1.35)
Fast ausschließlich Kontakt	93.2		91.4	1.00 (Referenz)	61.2	1.00 (Referenz)	92.0		95.4	1.00 (Referenz)
Art des Arbeitsplatzes		p = 0.000				p = 0.031				
Spezialisiert auf pall. Versorgung	93.1	1.00 (Referenz)	91.2		61.0	1.00 (Referenz)	91.4		93.8	
Nicht-spez. auf pall. Versorgung	95.6	0.73 (0.37;1.46)	91.3	-	63.3	0.88 (0.59;1.32)	94.6	-	92.1	-
Andere Versorgung	81.4	0.67 (0.33;1.35)	73.2		69.1	1.95 (1.14;3.32)	82.5		86.6	
Keine unmittelb. Patientenversorgung	68.8	0.22 (0.11;0.45)	67.5		49.4	1.45 (0.72;2.89)	77.9		74.0	

Tabelle 13: Prädiktoren für „kompetent fühlen“ in bestimmten Bereichen der Palliativmedizin für in der Palliativmedizin Tätige. Prävalenz von und Prädiktoren für „kompetent fühlen“ in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Erkennen der Sterbephase. Ergebnisse einer Logistischen Regressionsanalyse mit adjustiertem Odds Ratio und 95 %-Konfidenzintervall. *Multivariables Modell mit Vorwärtsselektion auf einem Alphalevel von 0.05

4.6 Hilfreiche und nützliche Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen

Wie in Tabelle 14 dargestellt, war für die Teilnehmer der Umfrage die wichtigste Disseminationsstrategie die Übermittlung von Leitlinieninhalten in den Ausbildungen der Mediziner und der pflegerischen Bereiche. Außerdem befanden ähnlich viele Befragte, dass die Fachgesellschaften für die Informationsübermittlung von Leitlinieninhalten zuständig seien. Als beliebteste Option der Übermittlung von Leitlinieninhalten wurde der Printbereich genannt, z.B. in Form von Zeitschriftenartikeln, Taschenbüchern oder Kitteltaschenkarten. Die Verfügbarkeit von Online-Materialien wurde mit 89 % ebenfalls bevorzugt. Mobile Informationsquellen, wie z.B. die Nutzung von Apps mithilfe von Smartphones oder Tablets, wurden mit Abstand weniger häufig (76 %) gewünscht.

77 Umfrageteilnehmer (7,5 %) nannten zum Thema Informationsübermittlung von Leitlinieninhalten Vorschläge im Freitextfeld (Item 10.18): Auch hier wurde aufgeführt, dass pLL-Inhalte ein fester Bestandteil der Ausbildung von Berufsgruppen sein sollten, die im palliativmedizinischen Bereich tätig sind. Fortbildungen im jeweiligen Team wurden als weitere wichtige Strategien genannt (s. Anh. 6, Tabelle 10, Tabelle 11).

	Anteil (%)	
	(eher) nicht hilfreich	(eher) hilfreich
(4.a) Wer gibt Informationen zu pLL?		
(10.1) Fachgesellschaften	4,3	95,7
(10.14–15) Studentenunterricht, Pflegeausbildung	3,4	96,7
(10.3) Krankenhäuser / Träger der Einrichtungen (SOPs)	8,9	91,1
(4.b) Wie sollen Informationen übermittelt werden?		
(10.2) Mobil (Apps)	23,5	76,4
(10.4, 10.9) Online (Infomaterialien online verfügbar)	11,4	88,7
(10.6-8, 10.11–13) Print (Zeitschriftenartikel, Taschenbücher, Kitteltaschenkarten)	10,5	89,5

Tabelle 14: Informationsübermittlung von Leitlinieninhalten

Da Informationen heutzutage häufig über Apps vermittelt werden, wurde hier weiter nach Alter differenziert (s. Tabelle 15). Bei DGP-Mitgliedern im Alter von 20–49 Jahren wurden Apps hilfreicher („eher hilfreich“ und „hilfreich“) angesehen als bei den über 50-jährigen Teilnehmern.

Alter	sog. Apps für Smartphones und Tablets mit LL-Inhalten in Anteil (%)					Gesamt
	nicht hilfreich (n = 61)	eher nicht hilfreich (n = 158)	eher hilfreich (n = 325)	sehr hilfreich (n = 385)	„weiß nicht“ (n = 90)	
20–34 Jahre (n = 57)	3,5	8,8	35,1	43,9	8,8	100
35–49 Jahre (n = 451)	5,1	11,5	32,4	44,3	6,7	100
50–65 Jahre (n = 485)	7,0	19,6	31,5	31,3	10,5	100
über 65 Jahre (n = 26)	7,7	23,1	23,1	30,8	15,4	100
Gesamt (n = 1091)	6,0	15,5	31,9	37,8	8,8	100

Tabelle 15: Apps für Smartphones und Tablets mit LL-Inhalten in Anteil (%) nach Altersgruppen

Informationsquellen für palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen

Die Mehrheit der teilnehmenden DGP-Mitglieder (91,0 %) sah bei der Frage nach Informationsquellen für palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen die Leitlinien der Fachgesellschaften als nützlich an. Als wichtigste Quelle (99,7 %) wird jedoch die eigene klinische Erfahrung genannt. Diskussionen und Austausch mit Kollegen (99,4 %) sowie Fortbildungen (97,7 %) galten ebenfalls als sehr wichtige Informationsquellen für palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen (Details s. Anh. 6, Tabelle 12).

4.7 Prävalenz von kritischen Einstellungen, die eine effektive Implementierung verhindern könnten

Kritik bezogen auf die Qualität von Leitlinien

Die Qualität von Leitlinien und das Vertrauen in diese sind wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung. Die Kritik fiel diesbezüglich relativ hoch aus: Mehr als 70 % der Teilnehmer stimmten (eher) zu, dass Leitlinien nicht immer aktuell sind. Jeweils fast die Hälfte waren der Meinung, dass die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit mancher Autoren zweifelhaft, die juristische Position von Leitlinien unklar und die Flut an Leitlinien verwirrend seien. Gößere Unsicherheit (28 % „weiß nicht“) herrschte bei der Aussage, dass es zu wenig Studien gibt, um Leitlinien zu erstellen. Fast neun von zehn Teilnehmern stimmten (eher) der Aussage *nicht* zu, dass es zu wenig Erfahrung gäbe, um palliativmedizinische Leitlinien zu erstellen.

Zweifel bezogen auf die Anwendung (Praxisnähe) von Leitlinien

Die Kritik, die auf die praktische Anwendung von Leitlinien bezogen war, fiel zwar geringer aus, war jedoch immer noch relativ hoch: Über die Hälfte der Teilnehmer stimmte (eher) zu, dass es schwer sei, die Routine bei der Behandlung von Patienten zu ändern. Mehr als 40 % stimmten (eher) zu, dass es bei der Anwendung von Leitlinien im Allgemeinen Probleme gäbe. Ein Viertel der teilnehmenden DGP-Mitglieder kritisierte, dass Leitlinien zu allgemein gehalten und für den Arbeitsalltag zu wenig konkret seien. Jeder Fünfte meinte, dass die Nutzung von Leitlinien kompliziert sei.

Leitlinien beschränken Behandlungsmöglichkeiten

Im Gegensatz zu den oben genannten Ergebnissen denken drei Viertel der teilnehmenden DGP-Mitglieder nicht, dass Leitlinien die Behandlungsmöglichkeiten beschränken: Mehr als ein Drittel stimmten (eher) zu, dass Leitlinien die Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung einschränkten und 16,1 %, dass Leitlinien das eigene Denken zu stark einschränkten. Nur 5,4 % der Befragten fanden, dass Leitlinien die eigene Kompetenz in

Frage stellten. Trotzdem stimmte mehr als ein Drittel (eher) zu, dass Leitlinien eine Art „Kochbuchmedizin“ seien und die Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung einschränkten.

Diskrepanz zwischen Werten, die in der Palliativmedizin vertreten sind und der Leitlinienanwendung

Zuletzt sah die Mehrheit der Umfrageteilnehmer keine oder wenig Diskrepanz zwischen den Werten beziehungsweise Haltungen, die Grundlage von Palliative Care sind, und der Anwendung von Leitlinien (68.4 % – 83.4 % für „stimme (eher) nicht zu“). Die höchste Prävalenz kritischer Meinungen zeigte sich bei der Frage, ob Sterben und Qualitätskontrolle durch Leitlinien in Zusammenhang gebracht werden können. Über ein Drittel meinte, dass Sterben und Qualitätskontrolle (eher) nicht in Zusammenhang gebracht werden sollten. Wichtig ist, dass 83,4 % der Meinung waren, dass der evidenzbasierte, wissenschaftliche Ansatz von pLL (eher) nicht dem philosophisch-ganzheitlichen Ansatz von Palliative Care widerspricht.

4 Ergebnisse

	„weiß nicht“ n (%)	Anteil Zustimmung (%)			
		stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu
Kritik gegenüber der Qualität von Leitlinien					
(2.3) Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit mancher Autoren der LL sind zweifelhaft.	139 (13,5 %)	13,2	45,1	26,7	15,0
(1.14) ... sind widersprüchlich.	112 (10,9 %)	27,6	53,0	13,8	5,5
(2.2) LL sind nicht immer aktuell.	50 (4,8 %)	3,3	23,5	49,1	24,1
(2.4) Juristische Position von LL unklar	165 (16,0 %)	13,0	39,4	30,7	16,9
(2.7) Die Flut an LL ist verwirrend.	47 (4,6 %)	15,0	36,1	30,8	18,1
(9.4) Zu wenig Studien, um pLL zu erstellen	289 (28,0 %)	13,6	40,2	36,3	10,0
(9.5) Zu wenig Erfahrung um pLL zu erstellen	92 (8,9 %)	37,6	50,2	9,1	3,2
Zweifel gegenüber der Anwendung von Leitlinien					
(1.11) ... werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen.	74 (7,2 %)	28,8	49,3	16,3	5,5
(2.5) Schwer, Routine von Behandlungen zu ändern	18 (1,7 %)	14,6	27,8	39,8	17,8
(2.1) Bei der Anwendung von LL gibt es allgemein Probleme.	80 (7,8 %)	12,8	46,4	28,7	12,1
(2.6) Es gibt keine Anreize, LL anzuwenden.	57 (5,5 %)	29,2	46,9	18,2	5,7
(2.8) Die Nutzung von LL ist kompliziert.	40 (3,9 %)	23,1	55,5	16,5	4,8
(2.9) LL sind zu allgemein gehalten und zu wenig konkret für die alltägliche Praxis.	47 (4,6 %)	19,3	55,4	18,6	6,7
Leitlinien beschränken Behandlungsmöglichkeiten					
(1.1) ...stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar.	38 (3,7 %)	25,6	35,6	26,7	12,1
(1.4) ... schränken die Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung ein.	5 (0,5 %)	26,5	42,1	18,9	12,5
(1.6) ... beschränken die ärztliche Therapiefreiheit.	34 (3,3 %)	34,2	44,0	12,9	8,8
(1.8) ... schränken das eigene Denken zu stark ein.	10 (1,0 %)	41,7	42,2	9,4	6,7
(1.12) ...stellen meine Kompetenz als Arzt / Pflegekraft etc. in Frage.	17 (1,6 %)	61,5	33,1	3,2	2,2
Diskrepanz zwischen Werten, die in der PM vertreten sind und Leitlinienanwendung					
(9.1) Evidenzbasierter, wissenschaftlicher Ansatz von EBM widerspricht philosophisch-ganzheitlichem Ansatz von Palliativ Care.	57 (5,5 %)	37,4	46,0	12,7	3,9
(9.2) LL können der Qualitätskontrolle (QK) dienen. QK und Sterben dürfen aber nicht in Zusammenhang gebracht werden.	38 (3,7 %)	29,7	38,7	16,1	15,5
(9.3) Die individuelle Versorgung von Palliativpatienten wird durch pLL eingeschränkt.	46 (4,5 %)	32,1	50,6	12,1	5,3

Tabelle 16: Prävalenz von kritischen Einstellungen, die eine effektive Implementierung verhindern können

Unterschiede

Bei drei dieser vier Themenbereiche in Bezug auf die kritischen Einstellungen, die eine effektive Implementierung verhindern könnten, waren die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zwar klein, aber signifikant (s. Abbildung 7): Die Umfrageteilnehmer aus dem Bereich der Pflege waren – bezogen auf die Qualität von Leitlinien – weniger skeptisch als Ärztinnen und Ärzte ($p = 0.000$) sowie Teilnehmer aus anderen Berufsgruppen ($p = 0.031$). Sie hatten im Vergleich zu den ärztlichen Teilnehmern ebenfalls weniger Befürchtungen, dass Leitlinien die Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung einschränken würde ($p = 0.002$). Andererseits bemerkten die Pflegenden eine etwas höhere Diskrepanz zwischen den Werten der Palliative Care und der Anwendung von Leitlinien als die Ärzte ($p = 0.000$).

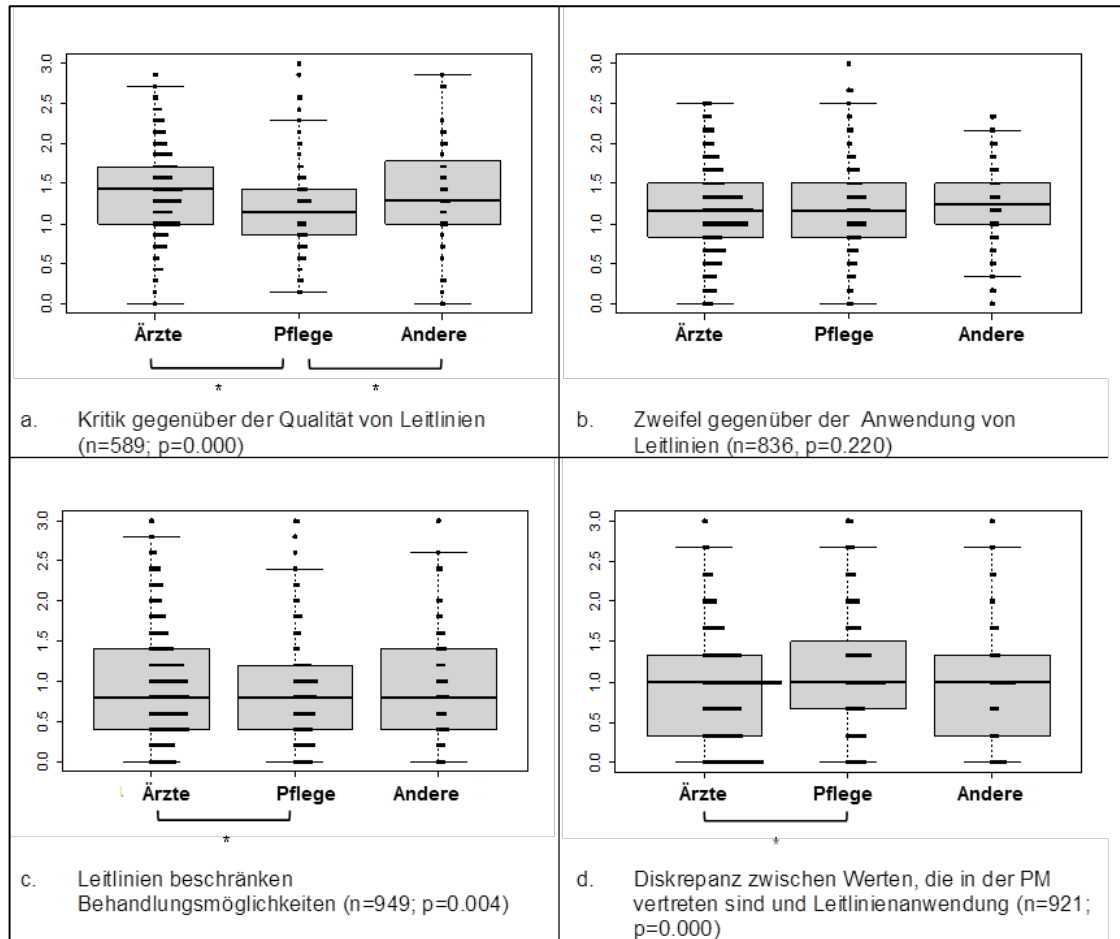


Abbildung 7 Charakteristika von kritischen Meinungen bezüglich Leitlinien zwischen den einzelnen Berufsgruppen innerhalb der vier Themenbereiche (a.–d.) der DGP-Mitglieder. Y-Achse zeigt Werte zwischen 0 („stimme nicht zu“) bis 3 („stimme zu“) für zusammengefasste Items des jeweiligen Themengebiets. Boxplots (Median, 25 %- und 75 %-Perzentil; Whisker: 1,5-facher Interquantilabstand) werden gemeinsam mit der Häufigkeitsverteilung dargestellt. Sternchen zeigen signifikante ($p < 0.05$) paarweise Vergleiche für jene Ergebnisse mit signifikantem Kruskal-Wallis Test ($p < 0.05$).

Bei Umfrageteilnehmern der unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen gab es nur ein Thema, bei dem signifikante Unterschiede festzustellen waren. Bei „Zweifeln gegenüber der Anwendung von Leitlinien“ hatten die Teilnehmer der Onkologie weniger Zweifel als die der Anästhesiologie ($p = 0.001$) und Allgemeinmedizin ($p = 0.000$) (s. Abbildung 8)

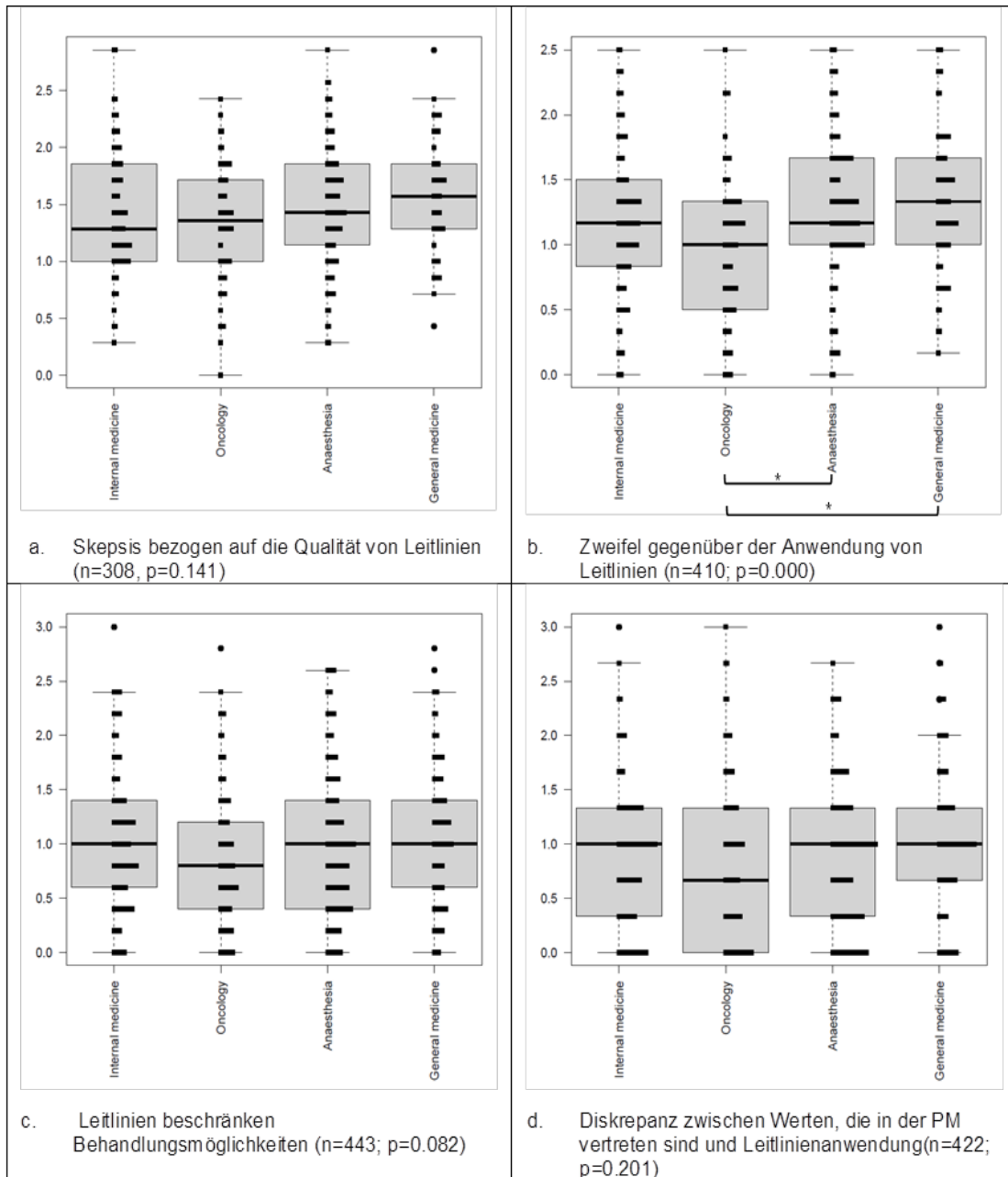


Abbildung 8 Charakteristika von kritischen Meinungen bezüglich Leitlinien zwischen den einzelnen Fachdisziplin der Ärzte innerhalb der vier Themenbereiche (a.–d.) der DGP-Mitglieder. Y-Achse zeigt Werte zwischen 0 („stimme nicht zu“) bis 3 („stimme zu“) für zusammengefasste Items des jeweiligen Themengebiets. Boxplots (Median; 25 %- und 75 %-Perzentil; Whisker: 1,5-facher Interquantilabstand) werden gemeinsam mit der Häufigkeitsverteilung dargestellt. Sternchen zeigen signifikante ($p < 0.05$) paarweise Vergleiche für jene Ergebnisse mit signifikantem Kruskal-Wallis-Test ($p < 0.05$).

Anwendungshindernisse bezüglich aktueller palliativmedizinischer Empfehlungen

Die Auswertung der Frage 5 des Fragebogens wurde schon in Abschnitt 4.4 dargestellt. 46 % der Befragten hatten einen „Mangel an Wissen“ und kannten keine palliativmedizinischen Leitlinien. Diejenigen, die bisherige palliativmedizinische Empfehlungen im Rahmen von krankheitsbezogenen Leitlinien kannten, allerdings nicht anwandten, hatten nach Cabana et al. (1999) einen „Mangel an Motivation“ (8,6 %). 44 % (n = 207) der Umfrageteilnehmer, die die Empfehlungen kannten und anwandten, erwarteten keine Verbesserung der Behandlungsqualität durch die Nutzung der Leitlinien und hatten somit einen „Mangel an Überzeugung“ (s. Abbildung 9).

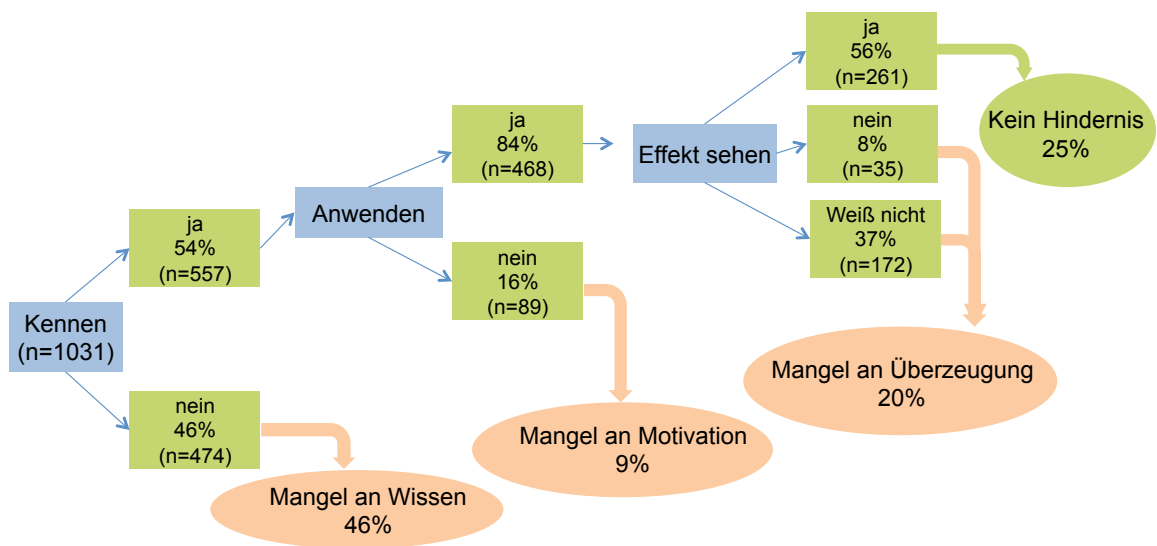


Abbildung 9 Hindernisse bei der Anwendung palliativmedizinischer Empfehlungen als Bestandteil anderer Leitlinien

5 Diskussion

Diese Studie ermittelte die Meinungen und Einstellungen von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen sowie Hindernisse einer Implementierung der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass der individuelle, patientenzentrierte Ansatz der Palliative Care der Verwendung von Leitlinien nicht unbedingt widerspricht. Bei der Einstellung zu Leitlinien und EBM herrschte insgesamt Unsicherheit, was deren Sinn und Zweck, die Definition und das Vertrauen in die jeweiligen Entwickler betrifft. Die Ergebnisse im Bereich Kenntnis und Anwendung bereits vorhandener palliativmedizinischer Empfehlungen zeigen, dass das Feld der EBM und Leitlinienanwendung im Bereich Palliative Care noch verbesserungswürdig ist.

Bei den unterschiedlichen Themengebieten der S3-Leitlinie (Tumorschmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Erkennen der Sterbephase) herrschten Wissensdefizite insbesondere im Umgang mit Depression, einem sehr relevanten Krankheitsbild bei Patienten mit einer Krebserkrankung. Vor allem Pflegende und Professionelle anderer Bereiche wiesen bei vielen der Themengebiete noch größere Wissensdefizite als die Ärzte auf. Hilfreichste Disseminationsmaßnahme war für die Befragten aktuell noch die Informationsübermittlung im Printformat. Wahrscheinlich könnte diese zukünftig aber auch vermehrt über mobile Apps gewünscht sein. Die Leitlinienübermittlung sollte dabei nicht nur über Fachgesellschaften, sondern schon frühzeitig im Studentenunterricht und in der Pflegeausbildung stattfinden.

Identifizierte Hindernisse und kritische Meinungen der Teilnehmer bezogen sich insbesondere auf die Qualität und Anwendung von Leitlinien im Allgemeinen. Die Mehrheit sah keine oder wenig Diskrepanz zwischen den Werten, die Bestandteil von Palliative Care sind, und der Anwendung von Leitlinien. Bei den Hindernissen konnten teilweise signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und der Fachdisziplin der Ärztinnen und Ärzte

festgestellt werden, wobei die Relevanz fraglich ist, da es sich praktisch gesehen um sehr kleine Unterschiede handelt.

Einstellung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und Einfluss auf die tägliche Praxis

Diese Fragestellung war sehr allgemein gehalten, da die Adressaten der Umfrage aus allen Bereichen und Berufsgruppen der Patientenversorgung stammten. Daher konnte nicht nach spezifischen Leitlinien gefragt werden. Vergleichbare Umfragen zur Akzeptanz von Leitlinien berufen sich auf konkrete Leitlinien [67], sodass Vergleiche mit der vorhandenen Literatur zum Thema nur in begrenztem Maß möglich sind.

In der vorliegenden Umfrage war die Einstellung der in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen überwiegend gut. Dieses Ergebnis ist in etwa vergleichbar mit Studien [23, 57, 68-80], in denen entweder Ärzte aus den Bereichen der allgemeinmedizinischen / hausärztlichen Versorgung [57, 69, 70], Gynäkologie [81, 82], Onkologie [81-83], Neurologie [68, 75] und unterschiedlicher Fachrichtungen [77, 79, 80] oder Pflegende [73, 74] oder beide Berufsgruppen gemeinsam [71, 72, 76] befragt wurden.

Die Frage, ob Leitlinien die Behandlungsqualität erhöhen und eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes widerspiegeln, wurde im Vergleich zu nationalen und internationalen Studien mit extrem hoher Zustimmung beantwortet. Butzlaff et al. [23] zeigten in einer deutschen Studie mit 511 niedergelassenen Ärzten, dass nur 42 % der Befragten der Meinung waren, dass Patienten anhand von Leitlinien behandelt werden sollten. Dagegen waren mehr als 38 % der Überzeugung, dass Patienten ohne Nutzung von Leitlinien behandelt werden sollten.

Die Zustimmungen zu den Aussagen, dass Leitlinien strukturierte Ratgeber (Item 1.9) und gute Lehrmittel für die berufliche Aus- und Weiterbildung (Item 1.10) darstellen, waren ebenfalls höher als im Vergleich zu anderen Studien und insbesondere im Vergleich zu deutschen Studien (s. Tabelle 17).

Leitlinien...	Tunis (1994) USA	Ferrier (1997) Canada	Hayward (1997) Canada	Gupta (1997) Australia	Graham (2000) Canada	Farquar (2002) Review	Kunz (2005) Deutschland	Butzlaff (2006) Deutschland	Larisch (2009) Deutschland	Schöttmer (2016) Deutschland
(1.1) ... stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar. „ (EBM) treats patients with the same diagnosis in exactly the same way.	25	17	22	14	26		49	28	36	39
(1.2) ... sind dazu gedacht die Behandlungsqualität zu verbessern.	70	76	63	8	81	70	60		82	98
(1.3) ... können der Qualitätskontrolle im Rahmen von Zertifizierungen dienen.					2					91
(1.4) ... schränken die Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung ein.	24	22	26	-	20	30	37		26	31
(1.5) ... sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.	61	63	55	46	42	53	50		24	33
(1.6) ... beschränken die ärztliche Therapiefreiheit. (EBM) „ignores the physician's individual medical experience“	21	10	23	8	16	34	45	19	32	22
(1.7) ... sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes (evidenzbasierte Medizin).	31	33	32	12	43	-	54		59	92
(1.8) ... schränken das eigene Denken zu stark ein.										16
(1.9) ... stellen einen strukturierten Ratgeber dar.	67	79	53	7	83	75	49		48	95
(1.10) ... sind gute Lehrmittel für die berufliche Aus- und Weiterbildung.	64	69	51	92	86	71	42		59	93
(1.11) ... werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen.										22
(1.12) ... stellen meine Kompetenz als Arzt / Pflegekraft / etc. in Frage.										5
(1.13) ... sichern mein Handeln ab.										88
(1.14) ... sind widersprüchlich.										19
(1.15) ... sind für meine Berufsgruppe nicht relevant.										7

Tabelle 17: Vergleich unterschiedlicher Studien zur Einstellung zu LL: Anteil (%) Zustimmung. Bei allen Studien (außer Schöttmer) Wert 4 und 5 auf der 5-stufigen Likert-Skala, bei Schöttmer (2016): Ausprägung 3 und 4 auf 4-stufiger Likert-Skala. Tabelle in Anlehnung an Kunz et al. (2005) und Larisch et al. (2009).

Ärzte hatten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine schlechtere Meinung zu Leitlinien im Allgemeinen. Bezogen auf die einzelnen Fachrichtungen hatten lediglich 70 % der Allgemeinmediziner eine gute Einstellung. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien, in denen die Einstellung zu Leitlinien bei Allgemeinmedizinerern eher schlechter zu sein scheint und diese auch weniger häufig angewendet werden [84-87]. Bei einer Befragung von Hausärzten im Jahr 2011, die im Rahmen zur Implementation von DEGAM-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) durchgeführt wurde, gaben nur 61 % an, dass die DEGAM-Leitlinien wichtige Entscheidungshilfen waren. Bezüglich Leitlinien anderer Fachgebiete war die Zustimmung mit 44 % noch geringer (Rücklaufquote 20 %) [88].

Im Gegensatz dazu war bei der vorliegenden Umfrage zur S3-Leitlinie Palliativmedizin die Einstellung in der Onkologie mit über 82 % und der Inneren Medizin und Anästhesie mit jeweils 75 % deutlich besser. In der Onkologie werden ähnlich wie in der Kardiologie schon seit Jahren evidenzbasierte Empfehlungen angewendet [5]. Ähnliche Ergebnisse zeigte Kunz [57]: Hier hatten die Teilnehmer der Inneren Medizin im Vergleich zu denen der Allgemeinmedizin ebenfalls eine signifikant bessere Einstellung.

Einstellung zu EBM

Der Anteil der Pflegenden, denen EBM kein Begriff war, war höher als bei den Medizinerern (16,7 % vs. 0,2 %). Dies begründet sich wahrscheinlich darin, dass die Pflege in Deutschland primär kein akademischer Beruf ist, sondern ein klassischer Ausbildungsberuf, bei dem wissenschaftliche Aspekte weniger vertreten sind. Allerdings setzt sich in Deutschland eine zunehmende Akademisierung des Pflegeberufs durch, in der auch EBM einen größeren Stellenwert einnehmen wird [89].

Interessant war, dass fast die Hälfte der Teilnehmer der Meinung waren, dass Studien, die als Basis für EBM dienen, (eher) von Pharmafirmen zu deren Gunsten beeinflusst werden. Ob und inwiefern diese Aussage der Tatsache entspricht, ist schwierig festzustellen,

allerdings gibt es seit einigen Jahren Bemühungen, diesen pharmazeutischen Einfluss einzudämmen [90].

Allgemeine Anwendung von Leitlinien

Nahezu 90 % der befragten Ärzte wandten medizinische Leitlinien teilweise an oder sagten, dass ihre tägliche Praxis daran ausgerichtet ist. Dieser Prozentsatz scheint im Vergleich zu anderen Studien hoch: In Kunz' Studie unter Berliner Hausärzten gaben lediglich 40 % an, in den letzten sechs Monaten Leitlinien angewendet zu haben [57]. Carlsen et al. (2011) . beschäftigten sich explizit mit der Thematik, wie Allgemeinmediziner zu Leitlinien stehen. Dabei wurden in Norwegen Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachbereiche zu unterschiedlichen Aspekten ((a) Aussagen bzgl. der generellen Einstellung zu Leitlinien; b) Hindernisse der Leitlinienanwendung) befragt (Antwortquote 1.072 / 1.649) und signifikante Unterschiede zwischen Allgemeinmedizinern und sämtlichen anderen Fachdisziplinen herausgearbeitet [70]. Hierbei wenden sowohl die Allgemeinmediziner als auch andere Fachdisziplinen Leitlinien zu mehr als 98 % an. Dennoch gab es signifikante Unterschiede, die sich darin zeigten, dass Allgemeinmediziner dabei häufiger Unsicherheit verspürten und Unübersichtlichkeit kritisierten.

Im Vergleich zwischen den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen in der hier vorliegenden Studie zur S3-Leitlinie Palliativmedizin wendeten Internisten und Allgemeinmediziner Leitlinien am seltensten an. Hier gaben 19 % bzw. 18 % an, dass sie Leitlinien nicht oder nur sporadisch anwenden.

Auffällig ist auch, dass mehr als 90 % der Anästhesisten angaben, Leitlinien anzuwenden, aber knapp ein Viertel dieser Gruppe eine nur „mittelmäßige“ Einstellung zu Leitlinien (s. Anh. 6, Tabelle 3) im Allgemeinen hat.

Interessanterweise gaben 70 % der Umfrageteilnehmer aus dem Pflegebereich an, dass sie Leitlinien meist anwendeten, obwohl medizinische Leitlinienanwendung primär für Ärzte gedacht ist. Mit dieser Leitlinienanwendung ist wahrscheinlich die Anwendung sogenannter

„standard operating procedures“ (SOP) gemeint, wie sie im Bereich der Pflege üblich sind, und die ähnlich wie auch Leitlinien Handlungsanweisungen geben.

Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien und zu Empfehlungen in der Palliativmedizin

Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten kannten palliativmedizinische Empfehlungen. Das spiegelt wider, dass medizinische Leitlinien primär Entscheidungshilfen für Ärzte (und Patienten) sind und andere Berufsgruppen bisher kaum einbezogen wurden [4].

Eine Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten durch (p)LL sahen zwischen 70 % (Frage 8) bis über 90 % (Item 9.7) der Umfrageteilnehmer. Cabana et al. beschrieben „lack of outcome expectancy“, also Mangel an Überzeugung, als ein wichtiges Hindernis für eine erfolgreiche Leitlinien-Implementierung [3]. Bei den befragten Teilnehmern der vorliegenden Studie scheint dieses Hindernis aber wenig ausgeprägt zu sein, was eine effektive Leitlinienimplementierung erwarten lässt. Diese mangelnde Überzeugung war bezüglich bereits bestehender Empfehlungen (Item 5.3) im palliativmedizinischen Bereich mit 44 % etwas stärker ausgeprägt (vgl. Abschnitt 4.7).

Bei einer Akzeptanzbefragung in Qualitätszirkeln der hausarztzentrierten Versorgung zu einer im Jahr 2007 konsentierten hausärztlichen Leitlinie Palliativmedizin sagten 82 %, dass sie die Leitlinie weiterempfehlen würden. Die ausgewählten Empfehlungen ((nicht) medikamentöse Maßnahmen bei Luftnot, Linderung von Mundtrockenheit, Begleitverordnungen bei der Opioidtherapie) wurden von 80–94 % der damals Befragten als relevant und von 75–92 % als umsetzbar angesehen [91].

Die Teilnehmer der vorliegenden Umfrage bezweifelten, dass es genug Studien für die Entwicklung einer LL gibt. Ein Viertel (27 %) sagte, dass es in der Palliativversorgung wenig Evidenz gibt und EBM und Leitlinien daher keine große Rolle spielten. Ein vermeintlicher Mangel an Evidenz in der Palliativmedizin wurde auch in der Literatur mehrfach beschrieben [31, 92-94]. Andererseits wird diskutiert, ob Evidenz der einzige Weg für eine gute

palliativmedizinische Patientenbehandlung ist [32]. Visser et al. (2015) merken kritisch an, dass es in der Palliativmedizin kaum möglich ist, klassische RCTs durchzuführen, die normalerweise als Grundlage für EBM dienen. Qualitativ hochwertige „Mixed-Methods-Studien“ mit quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden sollten deshalb durchgeführt werden [93]. Prinzipiell müssen auch in der Palliativmedizin Studien ausreichend gepowert sein, d.h. eine entsprechende Stichprobengröße haben. Das Problem, dass viele Einrichtungen zu klein sind, um ausreichende Patientenzahlen zu haben, kann durch nationale und internationale Kooperationen umgangen werden – dies zeigt das Beispiel der multizentrischen RCT von Abernethy et al. zur Testung von Sauerstoff bei Atemnot [39]. Die ethischen Befürchtungen, dass eine Teilnahme an Studien für Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen zu belastend wäre, haben sich zudem nicht bestätigt [35]. Die Bereitschaft von Patienten ist sogar sehr groß und viele von ihnen berichten von positiven Erfahrungen bei Studienteilnahmen. Durch das Gefühl, mit einer Studienteilnahme anderen Menschen helfen zu können, erhalten viele Patienten sogar einen Benefit [34, 35]. Zusammenfassend zeigen diese Argumente und Beispiele, dass die Kritik an der Forschung in der Palliativmedizin meist unbegründet ist.

Selbsteinschätzung und Prädiktoren der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-LL bearbeiteten Themen

Die Umfrage beinhaltete auch Fragen zur Kompetenz der Teilnehmer zu den in der S3-Leitlinie für Palliativmedizin behandelten Themen. In den meisten ärztlichen Fachdisziplinen außer der Allgemeinmedizin mit 15 % gab ein Drittel der Umfrageteilnehmer an, sich in der Thematik der Depression (eher) nicht kompetent zu fühlen. Da 36–40 % der Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen unter depressiven Störungen leiden [95, 96] und diese häufig nicht erkannt werden, besteht hier offensichtlich ein großer Informations- und Kenntnisbedarf, der hoffentlich durch die Leitlinie reduziert wird.

Umfrageteilnehmer des pflegerischen Bereichs und insbesondere aus dem Bereich „andere Professionen“ fühlten sich insgesamt weniger kompetent beim Thema Depression als die Ärzte. Die Rückmeldung aus dieser Gruppe wird jedoch dadurch relativiert, dass es sich bei der Gruppe „andere Professionen“ auch teilweise um Professionelle handelt, die nicht unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiter) und somit keine unmittelbaren Adressaten der neuen Leitlinie Palliativmedizin sind. Entsprechend wurde der Anteil des Kontakts zu Sterbenden als Prädiktor für geringe Kompetenz (selbsteingeschätzt) in den Bereichen Atemnot, Depression und Erkennen der Sterbephase identifiziert. Auch hierbei sollte die Gruppe, die keinen Kontakt zu Patienten hat, bei der Interpretation der Ergebnisse vernachlässigt werden, da sie per Definition eigentlich nicht zum Studienkollektiv gehört. Dennoch lässt sich die Aussage treffen: Je weniger Kontakt zu schwerstkranken oder sterbenden Patienten besteht, desto weniger kompetent fühlen sich die Behandelnden. Dieser Zusammenhang entsteht wahrscheinlich auf Grund von Fehleinschätzungen, mangelndem Bewusstsein und der fehlenden Erfahrung mit diesem Patientenkollektiv bei häufig jüngeren Stationsärzten und Pflegenden. Leitlinien können insbesondere für diese Gruppe hilfreich sein, um Kompetenzen zu erweitern.

Insgesamt ist schwer zu sagen, inwiefern die selbsteingeschätzte Kompetenz die reale Kompetenz in bestimmten Bereichen abbildet. Dennoch wird angenommen, dass Professionelle, denen eine ungenügende Kompetenz bewusst ist, offen für Unterstützung sind und deshalb empfänglicher für Leitlinieninhalte. Dies könnte insbesondere und wie oben genannt auf Professionelle aus dem Bereich der Pflege und aus Bereichen mit einem geringeren Anteil an schwerstkranken und sterbenden Patienten zutreffen und somit als fördernder Faktor zur Leitlinienimplementierung dienen.

Die Berufserfahrung der Befragten erscheint ebenfalls relevant. Ein Odds Ratio zwischen 1,02 und 1,05 beschreibt einen Anstieg an Kompetenz pro Jahr Berufserfahrung um bis zu 5 % (bei Atemnot oder Erkennen der Sterbephase). Das bedeutet, dass in bestimmten Bereichen nach zehn Jahren ein Kompetenzanstieg von 50 % eingetreten ist.

Hilfreiche und nützliche Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen

In einer Umfrage unter Hausärzten in Deutschland gaben die meisten von ihnen an, dass Fachzeitschriften zu den beliebtesten Fortbildungsmöglichkeiten gehören [88].

Dieses Ergebnis zeigte auch die vorliegende Umfrage, in der nahezu 100 % der Teilnehmer Fachzeitschriften und Fachbücher als nützlich ansehen.

Printversionen zur Übermittlung von Leitlinieninhalten scheinen bisher beliebter zu sein als mobile Versionen wie zum Beispiel Apps. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Umfrageteilnehmer mit einem mittleren Alter von fast 50 Jahren eher der Altersgruppe zuzuordnen ist, die das mobile Internet durchschnittlich weniger nutzt als die jüngeren Altersgruppen [97]. In Anbetracht von zukunftsorientierter Leitlinienimplementierung ist die Bereitstellung von Informationsinhalten über Apps jedoch als sinnvoll einzuschätzen.

Die eigene klinische Erfahrung wird von den Befragten als besonders nützliche Quelle für Behandlungsentscheidungen in der Palliativmedizin gesehen. Es bleibt offen, ob diese Professionellen den Inhalten einer Leitlinie zugänglich sind und ihre Praxis gegebenenfalls verändern würden. Da sich medizinisches Wissen durch die stetige Zunahme neuer Evidenz schnell verändert, aber die Evidenz ihren Weg oft sehr zeitverzögert in die Praxis findet, können Leitlinien eine wichtige Hilfe sein.

Prävalenz von kritischen Einstellungen, die eine effektive Implementierung verhindern könnten

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, sind die besten Implementationsstrategien diejenigen, die speziell auf zuvor identifizierte Hindernisse und fördernde Faktoren zugeschnitten sind [47-50]. In der vorliegenden Studie wurden speziell kritische Einstellungen, die Hindernisse sein könnten, auf ihre Prävalenz hin untersucht. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass der individuelle, patientenzentrierte Ansatz der Palliativmedizin und Palliative Care der Anwendung von Leitlinien nicht automatisch widerspricht. Hindernisse und kritische Einstellungen bezogen sich eher auf die Qualität und

die Umsetzung von Leitlinien. Daraus lässt sich ableiten: Diese Barrieren scheinen einfacher überwindbar zu sein als eine generelle Einstellung, dass ein palliatives Konzept nicht mit der Anwendung von Leitlinien vereinbar ist.

Kritik bezogen auf die Qualität von Leitlinien

Kritik, die sich auf die Qualität von Leitlinien bezieht, bestand unter anderem aus einem niedrigen Vertrauen in die Leitlinienentwickler. Dies zeigte sich ebenfalls bei der Befragung zum Thema EBM (Abschnitt 4.3), bei dem die Meinung herrschte, dass EBM von Pharmafirmen beeinflusst sei.

Butzlaff et al. konnten zeigen, dass die Akzeptanz von Leitlinien, die von staatlichen Einrichtungen veröffentlicht wurden, weitaus geringer war als von Leitlinien von Ärzteverbänden oder Fachgesellschaften [23]. Eine norwegische Studie, die ebenfalls die Meinung von Ärzten zu Leitlinien untersuchte, zeigte, dass Vertrauen in die Leitlinien wichtiger ist als alle Implementierungsstrategien, die Format oder Verfügbarkeit betreffen [70]. Erklärungen zu Interessenskonflikten der Leitlinienentwickler können dabei helfen – wie auch im Rahmen anderer Veröffentlichungen – dieses Misstrauen zu reduzieren. Guyatt et al. [98] nennen diesbezüglich die folgenden drei Punkte:

1. Intellektuellen und finanziellen Konflikten muss gleich große Beachtung geschenkt werden, wobei beiden Bereichen eindeutige Unterscheidungsmerkmale zugewiesen werden müssen.
2. Methodologen ohne erhebliche Interessenskonflikte sollten in erster Linie für die einzelnen Kapitel Verantwortung tragen.
3. Fachleute mit erheblichen finanziellen und intellektuellen Gewissenskonflikten dürfen zwar Beweis- / Untersuchungsmaterial sammeln und analysieren, doch zur Entwicklung von Empfehlungs- / Leitlinienstrategien hinsichtlich spezifischer Fragestellungen / Probleme dürfen ausschließlich Ausschussmitglieder ohne erhebliche Konflikte herangezogen werden.

47 % der Umfrageteilnehmer stimmten zu, dass die juristische Position von Leitlinien unklar sei und 16 % hatten zu dieser Aussage keine Meinung. Diese Zahlen beschreiben eine vorherrschende Unsicherheit über die rechtlichen Aspekte der Leitlinienanwendung.

Ältere Studien zeigten, dass insbesondere dann Leitlinientreue vorlag, wenn eine Beteiligung an der Entwicklung bestand [99]. Diese Ergebnisse zeigen, dass ein essentieller Teil der Implementierung von Leitlinien ist, klarzustellen, was Leitlinien insbesondere rechtlich gesehen sind: Medizinische Leitlinien dienen als Orientierungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss [4].

Aus den Ergebnissen lässt sich weiterhin ableiten, dass der Prozess der Leitlinienentwicklung – sowohl der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin als auch generell – transparent sein sollte. Die Konzeption der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin lässt hoffen, dass sie die Hindernisse der Implementierung reduzieren kann, die sich auf die Qualität von Leitlinien beziehen und die auch hier genannt wurden: Die Leitlinie wurde im Rahmen des Leitlinien-Programms Onkologie evidenz- und konsensusbasiert erstellt, unterlag hohen Qualitätsstandards in der Erstellung und wurde in einem breiten Konsensusprozess mit mehr als 50 unterschiedlichen Institutionen und mehr als 120 Experten mit großem theoretischen und Erfahrungswissen entwickelt. Auch der Anspruch an regelmäßige Aktualisierungen der Leitlinie dürfte dazu beitragen, qualitätsbezogene Vorbehalte zumindest teilweise zu reduzieren.

Größere Unsicherheit bei ca. 30 % der Befragten herrschte bei der Aussage, dass es zu wenige Studien gebe, um palliativmedizinische Leitlinien zu erstellen. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass die Studienlage im palliativmedizinischen Bereich insgesamt verbesserungswürdig ist [31, 93, 94].

Anwendung von Leitlinien

Jeder fünfte Befragte äußerte, dass die Nutzung von Leitlinien kompliziert sei. Ähnliche Ergebnisse erhielten auch Taba et al. in einer Online-Umfrage unter Ärzten in Estland [80].

30 % der Teilnehmer stimmten der Aussage zu, dass die Anwendung von Leitlinien kompliziert sei.

Eine höhere Anzahl an Teilnehmern der Umfrage zur S3-Leitlinie Palliativmedizin hatte Vorbehalte bezüglich der Anwendung von Leitlinien in der täglichen Praxis. 41 % hatten generelle Probleme bei der Anwendung, wobei das Hauptproblem bei mehr als der Hälfte in der Schwierigkeit der Änderung von Behandlungsroutinen lag. Anästhesisten und Allgemeinmediziner hatten mehr Zweifel bei der Leitlinienanwendung als Onkologen (vgl. 4.7). Bei den Freitextkommentaren wurde häufig mangelnde Zeit als Hindernis der Leitlinienanwendung angegeben. Andere Autoren identifizierten ebenfalls mangelnde Zeit und mangelnde medizinische Ressourcen als Hindernisse für die Leitlinienanwendung [75, 77, 80]. In Tabas et al. Umfrage war der Zeitfaktor mit 42 % größtes Hindernis der Leitlinienanwendung, gefolgt von mangelnden medizinischen Ressourcen (32 %) [80]. Bei Tabas et al. sahen auch Hausärzte insgesamt häufiger Hindernisse bei der Leitlinienanwendung; ebenso hatte die Berufserfahrung Einfluss auf die Akzeptanz: Ärzte mit weniger als zehn Jahren Berufserfahrung zeigten weniger Leitlinienhindernisse als solche mit mehr als 25-jähriger Berufserfahrung [80].

Leitlinien beschränken Behandlungsmöglichkeiten

Obwohl die Angst der Umfrageteilnehmer gering war, dass Leitlinien das eigene Denken beschränken und die eigene Kompetenz in Frage stellen, gab es größere Sorgen bezüglich der Autonomie in der medizinischen Patientenversorgung. Mehr als jeweils ein Drittel vertrat die Meinung, dass Leitlinien eine Art „Kochbuchmedizin“ darstellten (39 %) und die Therapiefreiheit einschränkten (31 %). In einer Übersichtsarbeit von Farquhar et al. [71] wurden ähnliche Ergebnisse für „Kochbuchmedizin“ (34 %) und für die Einschränkung der ärztlichen Autonomie (34 %) gezeigt.

Die meisten Studien aus den USA, Kanada und Australien zeigten im Gegensatz zu Deutschland weniger Sorgen bezüglich des Autonomitätsverlusts [57, 58, 68, 83, 100-102] (Details s. Tabelle 17).

Unterschiede zwischen einzelnen medizinischen Fachdisziplinen wurden in der hier vorliegenden Studie nicht festgestellt. Auch diesbezüglich war bei Taba et al. die Berufserfahrung wieder ausschlaggebend [80]: Dabei empfanden Ärzte mit mehr als 25 Jahren Berufserfahrung Leitlinien eher kompliziert und fühlten sich in ihren Behandlungsoptionen, ihrer Flexibilität und einem individuellen Ansatz eher begrenzt als Ärzte mit weniger als zehn Jahren Berufserfahrung [80]. Zukünftige Studien könnten überprüfen, ob dieser Zusammenhang auch in Deutschland besteht.

Essentiell erscheint also auch in Bezug auf die Einschränkung der Behandlungsfreiheit eine Aufklärung über Sinn und Zweck von Leitlinien. Leitlinien sind „systematisch entwickelte Aussagen [...], die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um Ärzte / Angehörige von Gesundheitsberufen und Patienten bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen Krankheitssituationen zu unterstützen“ [4]. Die Vermittlung dieser Definition – insbesondere des Aspekts, dass Leitlinien eine Unterstützung der Entscheidungsfindung darstellen – könnte Kritikpunkte verringern, die einen vermeintlichen Autonomieverlust adressieren.

Diskrepanz von palliativmedizinischen Werten und Leitlinienanwendung

Aus den Ergebnissen dieser Umfrage kann die Annahme, dass der individuelle, patientenzentrierte Ansatz, also ein Teil palliativmedizinischer Werte [6, 7, 9, 10], der Anwendung von Leitlinien widerspricht, nicht bestätigt werden. Hindernisse und kritische Einstellungen beziehen sich eher auf die Qualität und Umsetzung von Leitlinien. Diese Barrieren scheinen einfacher überwindbar zu sein als generelle Einstellung, dass ein palliatives Konzept nicht mit der Anwendung von Leitlinien vereinbar ist.

Allerdings gab mehr als ein Drittel der Umfrageteilnehmer an, dass Sterben und Qualitätskontrolle (eher) nicht in Zusammenhang gebracht werden sollten. Der Trend zur Qualitätskontrolle, eventuell mithilfe von Leitlinien, wird sich zukünftig jedoch auch im palliativmedizinischen Bereich weiter durchsetzen. Laut Sozialgesetzbuch V §135a Abs. 2 sind Krankenhäuser verpflichtet, interne Qualitätsmanagementsysteme einzuführen. Im Rahmen von Zertifizierungen von Palliativstationen könnten zum Beispiel – wie bei anderen Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie – von der S3-Leitlinie Palliativmedizin abgeleitete Outcome-Parameter als Qualitätsindikatoren definiert werden, da aufgrund der geringen Evidenzlage Outcomeparameter und Qualitätsindikatoren kaum vorhanden und schwer definierbar sind [103]. Hier lässt sich auch erneut auf die Freitextkommentare Bezug nehmen: Ein Kommentar sagte aus, dass die Leitlinien zwar die Symptomkontrolle verbessern könnten, doch wahrscheinlich nicht die „gewisse Haltung“ des Behandelnden, die die individuellen Bedürfnisse und Nöte Schwerstkranker und deren Angehöriger berücksichtigt. Es bleibt offen, wie man solche Parameter messen könnte.

Anwendungshindernisse bezüglich aktueller palliativmedizinischer Empfehlungen

Die Umfrage zeigte, dass viele Professionelle in der Palliativmedizin bereits bestehende Empfehlungen zu palliativmedizinischen Themen nicht kennen und fast die Hälfte derer, die sie kennen, keine Verbesserung durch die Anwendung sehen.

Da es bis zur Veröffentlichung der S3-Leitlinie Palliativmedizin nur wenige Empfehlungen zu palliativmedizinischen Aspekten im Rahmen anderer Leitlinien gab, ist es nicht verwunderlich, dass so wenige Professionelle davon wissen. Im Vergleich dazu gibt es Studien in anderen Bereichen, in denen das Wissen und die Anwendung von Empfehlungen weitaus verbreiteter sind. Zum Beispiel konnten Quiros et al. (2007) zeigen, dass 89,8 % der Ärzte und Pflegenden von Intensivstationen Leitlinien ihres Arbeitsspektrums kennen [76].

Im Gegensatz zur hohen Prävalenz des „Mangels an Wissen“ über palliativmedizinische Empfehlungen war die Motivation recht hoch (84,1 %), Empfehlungen – wenn sie denn

bekannt sind – anzuwenden. In vorigen Abschnitten wurde bereits erläutert, dass die Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen und in der Palliativmedizin recht gut war und Hindernisse der Anwendung sich lediglich auf die Qualität und Umsetzung von Leitlinien bezogen. Die Motivation, Leitlinien anzuwenden, könnte somit erhöht werden, wenn bezüglich der Qualität ein noch stärkerer Fokus auf transparente Kommunikation und hohe Standards gelegt wird.

Interessanterweise sahen 45 % der Umfrageteilnehmer keinen positiven Effekt bei der Anwendung von Empfehlungen („Mangel an Überzeugung“). Hier bleibt unklar, ob diese Einstellung der Befragten auf der Qualität vorangegangener Empfehlungen basierte oder eine generelle Skepsis gegenüber evidenzbasierter Empfehlungen bestand. Zu dieser Frage könnten tiefergehende statistischen Analysen weitere Erkenntnisse liefern.

Material und Methoden

Im Jahr 2014 gab es in Deutschland 9.073 Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, von den Pflegenden hatten ca. 20.000 eine Qualifikation im Bereich Palliative Care; die Zahlen für Ausbildungen im Bereich Palliative Care der anderen Berufsgruppen sind unbekannt. Aufgrund dieser großen Anzahl ist es unmöglich, alle in der Palliativmedizin Tätigen zu befragen – insbesondere, da keine Register oder Ähnliches existieren. Die einzige Struktur, die eine Befragung ermöglichte, ist die DGP: Sie ist eine wissenschaftliche Vertretung für den Bereich der Palliativmedizin und mit über 5.000 Mitgliedern eine sehr große Fachgesellschaft; dabei kann man davon ausgehen, dass die dort organisierten Mitglieder ein vertieftes Interesse am Fach haben. Glücklicherweise wurde diese Studie von der DGP unterstützt – somit konnte eine möglichst große Stichprobe der in der Palliativmedizin Tätigen erreicht werden. Dennoch muss man annehmen, dass mindestens der Pflegebereich in dieser Stichprobe unterrepräsentiert ist.

In Bezug auf die Qualität des Fragebogens soll hervorgehoben werden, dass er sich an Kunz' etabliertem Fragebogen orientierte und nach einer Pilotstudie im Konsens mit mehreren Personen angepasst wurde [57].

Die Nutzung eines Online-Umfrageportals mit einem großen Umfang an Gestaltungsmöglichkeiten, individualisierbarer Fragenszusammenstellung und unkomplizierter Versandmöglichkeit stellte sich – wie bereits beschrieben – als sehr geeignetes Mittel heraus [104]. Dabei fand durch die Speicherung von IP-Adressen und Anwendung von Cookies im Prinzip keine Verletzung des Datenschutzes statt, dennoch müssen diese Vorgänge zumindest als potentielle Sicherheitslücken angesehen werden und bieten zudem keinen hundertprozentigen, sicheren Schutz vor einer mehrmaligen Fragenbeantwortung pro Person. Zur Vermeidung einer Verzerrung im Sinn von Reihenstellungseffekten wäre eine Rotation der Fragen zwar sinnvoll gewesen, doch da der Fragebogen aus Praktikabilitätsgründen und zur Zeitersparnis eine logische Fragenreihenfolge haben sollte, wurde darauf verzichtet.

Zu diskutieren ist, ob im Rahmen einer Analyse von Hindernissen zur Implementierungsoptimierung eine Umfrage als Instrument sinnvoll ist. Hindernisse sollten im Rahmen des Implementierungsprozesses adressiert und somit eine zugeschnittene Strategie genutzt werden [46]. In einer Studie von Hanbury et al. wurde untersucht, welche Methode dazu am effektivsten sein könnte: Literaturrecherchen und Fokusgruppen wurden dabei als die kostengünstigsten und praktikabelsten Methoden identifiziert. Umfragen hingegen wurden aufgrund des hohen Aufwands (Entwicklung und Testung eines Fragebogens), hoher Kosten und vermeintlich geringer Antwortraten (15–19 %) als weniger effektiv eingeschätzt [105]. Die Umfrage zur S3-Leitlinie Palliativmedizin zeigt jedoch, dass die von Hanbury et al. genannten Argumente, die gegen eine Umfrage sprechen, nicht zutreffen: Die Kosten fielen relativ gering aus, da es sich um ein studentisches Promotionsprojekt handelte und ein Online- statt Papierformat genutzt wurde. Der Aufwand zur Fragebogenkonzipierung war ebenfalls angemessen, da die Umfrage in Anlehnung an einen bereits erprobten Fragebogen konzipiert wurde und eine Pilotierung des

Umfrageprojekts im Rahmen eines Treffens zur Leitlinienentwicklung unkompliziert durchgeführt werden konnte. Aufgrund der Berücksichtigung methodischer Mittel zur Antwortquotenoptimierung konnte sogar eine höhere Antwortquote erreicht werden, als in der Studie von Hanbury et al. [105] (15–19 %) angegeben wurde. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren scheint die Nutzung von Umfragen zur Barrierenanalyse entgegen der Meinung von Hanbury et al. doch praktikabel zu sein.

Antwortquote

Die klassische Definition der Beantwortungs- bzw. Rücklaufquote, wie sie bei Umfragen im Papierformat genutzt wird, konnte bei dieser Umfrage nicht verwendet werden: Da es sich hier um eine Online-Umfrage handelte, mussten weitere Parameter, so wie in den CHERRIES und AAPOR-Guidelines gefordert (s. Kapitel 3.6.2), berücksichtigt werden.

Die Antwortquote von 21,5 % ist mit ähnlichen Studien vergleichbar. Insgesamt sind die Antwortquoten bei Umfragen unter Professionellen im Gesundheitssystem allgemein eher niedrig [106] und höhere Antwortquoten werden meist nur bei weniger als 1.000 Umfrageteilnehmern erreicht [107]. Allerdings bedeuten niedrige Antwortquoten nicht automatisch, dass die Studie qualitativ schlecht ist und Ergebnisse verzerrt sind [60]. Dies wäre dann der Fall, wenn es einen systematischen Unterschied bei den Antworten zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern, also eine (Non-)Response-Bias gäbe [108]. Zwar kann man dieses Bias nicht ausschließen, doch es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Mitglieder der DGP insgesamt eine starke Meinung zu Palliative Care und Palliativmedizin haben und nicht nur diejenigen, die an der Umfrage teilgenommen haben.

Cho et al. berichten ebenfalls, dass in den letzten Jahren ein Abwärtstrend bei Antwortquoten zu beobachten ist und dass Web- bzw. Online-Umfragen insgesamt niedrigere Antwortquoten erzielen als Papierformat-Umfragen (Mail: 57 % vs. Online: 38 %). Ein Grund dafür könnte die zunehmende Zahl von Umfragen sein [60].

Die relativ hohe Kooperationsrate (87,3 %) und „completion rate“ (90,6 %), die bei der Umfrage zur S3-Leitlinie erreicht werden konnte, kann einerseits als Zeichen für die gute Qualität des Fragebogens gewertet werden, andererseits als das Resultat der materiellen Anreize, die für die Beantwortung der Umfrage verlost wurden.

Dennoch bleibt die Angabe der Antwortquoten schwierig, da nicht festgestellt werden konnte, wie viele E-Mails ihren Empfänger erst gar nicht erreicht hatten. Die Möglichkeit von Tippfehlern, Spam-Filtern, Weiterleitung an unbekannte Individuen oder automatische Abwesenheitsnotizen lassen den Nenner und entsprechend die Antwortquote theoretisch variieren [109].

Ausblick

In dieser Studie wurden die in der Palliativmedizin Tätigen befragt, um Rückschlüsse auf die S3-Leitlinie Palliativmedizin zu ziehen, die für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung entwickelt wurde. Interessant wäre nun, herauszufinden, wie die Meinung von in der Onkologie Tätigen, die im Endeffekt ausschließlich Kontakt zu Patienten mit einer Krebserkrankung haben, zu einer solchen Leitlinie ist. Schon die Auseinandersetzung mit dieser Studie beziehungsweise dem Fragebogen kann für diese Gruppe gleichzeitig eine Implementationsmaßnahme sein. Insbesondere in Hinblick auf den nicht spezialisierten palliativmedizinischen Bereich, die sogenannten „Normalstationen“, wo zahlenmäßig viele Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt werden, aber auch viele Professionelle ohne Zusatzbezeichnung und -ausbildung in Palliativmedizin arbeiten, sind Befragungen nötig. Laut einer Studie von Dasch et al. (2016), die den Sterbeort von Krebspatienten erhoben hat, sterben rund mehr als die Hälfte (51,4 %) im Krankenhaus und nicht im spezialisierten palliativmedizinischen Bereich [110]. Wichtig wäre, herauszufinden, ob in diesen nicht speziell palliativmedizinischen Bereichen eine Leitlinienimplementierung funktionieren und sich die Qualität der Patientenversorgung verbessern würde. Ein Vergleich der Leitlinienanwendung zwischen palliativmedizinisch spezialisierten Bereich versus nicht

spezialisiertem Bereich wäre aufschlussreich und könnte ebenfalls als Verlaufskontrolle der vorliegenden Studie dienen. Qualitätsindikatoren, die aus der S3-Leitlinie abgeleitet werden, sind bei weiteren Studien ein wichtiges Instrument.

Die Studie kann wie oben genannt auch als Basis für weitere Evaluationen dienen. Drei Fragestellungen sind dabei nach Einführung der S3-Leitlinie Palliativmedizin von besonderer Bedeutung:

1. Wie hat sich die Einstellung der in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien geändert?
2. Wird die Versorgung der entsprechenden Patienten als besser eingeschätzt bzw. was hat sich an den Problemen in der Palliativmedizin und im Gesundheitssystem geändert?
3. Wie kompetent fühlen sich die Professionellen nach Einführung der S3-Leitlinie in den entsprechenden Themenbereichen?

Anhand der vorliegenden Studie können konkrete Maßnahmen für die Disseminierung und Implementierung abgeleitet werden: Da die Maßnahmen auch ökonomische Aspekte berücksichtigen sollten, wäre eine Adressierung an Fokusgruppen sinnvoll. Insbesondere bei Allgemeinmedizinerinnen kann durch eine forcierte Kommunikation über Leitliniendefinition und -entwicklung Vertrauen geschafft werden. Bei Professionellen der Palliativbetreuung, die nicht den Medizinerinnen zuzuordnen sind, sollten Fortbildungsmöglichkeiten mit grundsätzlichen Inhalten zum Thema EBM und Leitlinien angeboten werden. Nicht-spezialisierte palliativmedizinische Bereiche könnten von der Übermittlung der Leitlinieninhalte in besonderem Maße profitieren. Eine Betonung, dass die Leitlinie sich an alle richtet, die Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung betreuen, ist dabei unerlässlich.

Konkret heißt das:

- Es muss klargestellt werden, was medizinische Leitlinien sind: Orientierungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.
- Die Anwender sollten mit der eben genannten Definition vertraut sein.
- Die Unabhängigkeitserklärungen der Leitlinienentwickler sollten betont werden.
- Es sollte eine Kommunikation darüber stattfinden, dass Qualitätskontrolle im palliativmedizinischen Bereich wichtig und (mit Leitlinien) möglich ist.
- Depression kann als wichtiger Leitlinieninhalt hervorgehoben werden.

Die meisten dieser Vorschläge wurden von den Leitlinienentwicklern bereits in verschiedenen Formen erkannt. Hier sollte lediglich erneut die Vertiefung bestimmter Implementationsmaßnahmen betont werden. Tiefergehende und umfassendere Implementationsstrategien bedürfen weiterer Analysen und würden den Rahmen der Arbeit überschreiten. Solche Analysen sollten zeitnah stattfinden und könnten so in die Leitlinienaktualisierung im Jahr 2020 einfließen.

6 Zusammenfassung

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entwickelte seit 2012 eine neue S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer Krebserkrankung. Zwei Besonderheiten zeichnen diese Leitlinie aus: a) Sie richtet sich an Personen aller Berufsgruppen, die an der Versorgung von erwachsenen Patienten mit einer Tumorerkrankung im fortgeschrittenen Stadium beteiligt sind. b) Sie behandelt keine speziellen Krankheitsbilder, sondern diagnoseübergreifende Fragestellungen und Symptome. In sehr individualisierten Fachgebieten wie zum Beispiel der Palliativmedizin sind die Hürden für die Implementierung von Leitlinien möglicherweise höher als in anderen Fachgebieten. Aus diesem Grund und da sich die AWMF vor Implementierung einer neuen Leitlinie explizit dafür ausspricht, wurde in der vorliegenden Arbeit eine sogenannte Barrierenanalyse durchgeführt. Primäres Ziel war dabei die Beschreibung der Einstellung und Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen und in der Palliativmedizin im Besonderen sowie zur Implementierung der S3-Leitlinie Palliativmedizin.

Bei der Studienpopulation handelte es sich um in der Palliativmedizin Tätige. Als Stichprobe wurden deshalb Mitglieder der DGP ausgewählt. Es wurde ein Fragenkatalog mit 62 Fragen zu unterschiedlichen Themen entwickelt und anschließend in einer Pilotumfrage getestet. Die Umfrage konnte von den DGP-Mitgliedern online durchgeführt werden, nachdem sie über einen Link in einer Einladungs-E-Mail darauf Zugriff erhalten hatten. Materielle Anreize dienten dabei zur Erhöhung der Antwortquote. Das Ethikvotum wurde vor Beginn der Umfrage eingeholt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv, mittels Gruppenvergleichen zur Prävalenz bestimmter Implementierungshindernisse und multipler logistischer Regression zur Bestimmung von Prädiktoren von „sich kompetent fühlen“ in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation und Erkennen der Sterbephase.

Die Antwortquote lag bei 21,5 %. Dabei wurden 4.786 E-Mails verschickt und 1.031 Teilnehmer füllten den Fragebogen komplett aus. Das mittlere Alter lag bei 48,8 Jahren (SD +/- 8,6) und der weibliche Anteil der Teilnehmer bei 64,6 %. 55,5 % der Teilnehmer

waren Ärzte, 30,3 % Pflegende und 14,3 % hatten andere Professionen. 92,6 % der teilnehmenden DGP-Mitglieder hatten eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care oder Palliativmedizin.

Die Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen war überwiegend gut und der Einfluss auf die tägliche Praxis bei Ärzten am höchsten. Die Kenntnis und Anwendung bisher bekannter palliativmedizinischer Empfehlungen fiel weitaus geringer aus, dennoch waren viele Teilnehmer der Meinung, dass palliativmedizinische Leitlinien zu einer Verbesserung der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden führen. Die selbsteingeschätzte Kompetenz der Befragten zu in der S3-Leitlinie behandelten Themen ergab, dass Pflegende und Professionelle anderer Berufe unabhängige Prädiktoren für signifikant weniger (selbsteingeschätzte) Kompetenz waren. Die Berufserfahrung in Jahren hatte ebenso signifikanten Einfluss auf die Kompetenz. Depression war der Bereich, in dem sich die meisten weniger kompetent fühlten. Als hilfreichste Disseminationsmaßnahme wurde die Informationsübermittlung im Printformat eingeschätzt. Mobile Apps wurden in diesem Zusammenhang eher von jüngeren Altersgruppen genannt. Die Leitlinienübermittlung sollte nach Angaben der Befragten dabei nicht nur über Fachgesellschaften, sondern schon frühzeitig im Studentenunterricht und in der Pflegeausbildung stattfinden. Identifizierte Hindernisse und kritische Meinungen bezogen sich insbesondere auf die Qualität und Anwendung von Leitlinien im Allgemeinen. Die Mehrheit sah keine oder wenig Diskrepanz zwischen den Werten, die Bestandteil von Palliative Care sind, und der Anwendung von Leitlinien. Bei den Hindernissen konnten teilweise signifikante Unterschiede in den Berufsgruppen und Fachdisziplin der Ärztinnen und Ärzte festgestellt werden.

Sowohl die Antwortquote als auch das Studiendesign der Umfrage erwiesen sich als adäquat und angemessen. Die relativ geringe Kenntnis und Anwendung bereits vorhandener palliativmedizinischer Empfehlungen zeigten, dass das Feld der EBM und Leitlinienanwendung im Bereich Palliative Care noch verbesserungswürdig ist. Es herrschte zudem Unsicherheit, ob EBM und Palliativmedizin überhaupt zusammenpassen. Bei der

Vermittlung von Leitlinieninhalten sollte der Fokus beim Thema Depression und bei nicht-ärztlichen Berufsgruppen liegen. Dabei können selbst empfundene Wissensdefizite fördernde Faktoren der Leitlinienimplementierung darstellen. Um bestimmte Leitlinienhindernisse zu überwinden, sollten Leitlinien klar definiert und kommuniziert werden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der individuelle, patientenzentrierte Ansatz der Palliative Care der Verwendung von Leitlinien nicht unbedingt widerspricht. Mit guten Implementierungsstrategien scheint es einfacher zu sein, diese Hindernisse zu überwinden als eine Meinung, die die Werte von Palliative Care und gleichzeitige Leitlinienanwendung nicht zulässt.

7 Literaturverzeichnis

1. Nothacker M, Muche-Borowski C, Kopp IB. 20 Jahre ärztliche Leitlinien in Deutschland - was haben sie bewirkt? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2014;108(10):550-9.
2. Ollenschlager G, Kirchner H, Fiene M. [Practice guidelines in medicine--validity for clinical application?]. Internist (Berl). 2001;42(4):473-4, 7-83.
3. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. JAMA. 1999;282(15):1458-65.
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk "Leitlinien". 1. Auflage 2012. Verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> [Zugriff am 20.08.2018]
5. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. Med Care. 1994;32(3):202-13.
6. Hui D, De La Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. Supportive Care in Cancer. 2013;21(3):659-85.
7. Brueckner T, Schumacher M, Schneider N. Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. BMC Palliat Care. 2009;8(1):7.
8. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 5: Palliative Care. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Nauck F, Jaspers B. Die Arztrolle in unterschiedlichen klinischen Kontexten. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2012;55(9):1154-60.
10. Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliat Med. 2008;22(3):222-32.
11. Garcia J, Evans J, Reshaw M. "Is there anything else you would like to tell us" - Methodological issues in the use of free-text comments from postal surveys. Quality & Quantity. 2004;38(2):113-25.
12. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Verfügbar: <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>. [Zugriff am 14.12.2015]
13. Lindena G. HOPE 2014 – Bericht. http://www.hope-clara.de/download/Hope_2014_Bericht.pdf ([Zugriff am 20.08.2018])
14. Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen. Ärzttestatistik, Bundesärztekammer. In <http://www.gbe-bund.de>. Abrufdatum: 15.06.2014.
15. E-Mail-Auskunft der Zertifizierungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). 2014.
16. Field MJ LK. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington (DC): National Academies Press (US). Copyright (c) National Academy of Sciences; 1990.
17. Brouwers MC, Makarski J, Kastner M, Hayden L, Bhattacharyya O. The Guideline Implementability Decision Excellence Model (GUIDE-M): a mixed methods approach to create an international resource to advance the practice guideline field. Implement Sci. 2015;10:36.
18. C. Muche-Borowski MN, I. Kopp. Leitlinienimplementierung. Bundesgesundheitsblatt. 2015;58(1):32-7.
19. Muche-Borowski C, Kopp I. Medizinische und rechtliche Verbindlichkeit von Leitlinien. Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. 2015;29(2):116-20.

20. Semlitsch T, Blank WA, Kopp IB, Siering U, Siebenhofer A. Bewertung von Leitlinien. Deutsches Aerzteblatt International. 2015;112(27/28):471-8.
21. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. Leitlinien-Glossar, Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. äzq Schriftenreihe. Band 30. 2017.
22. AWMF online. Aktuelle Leitlinien (Listen) Verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>. [Zugriff am 06.03.2017]
23. Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M, Dieterle WE, Bocken J, Rieger MA. German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines - a national survey. BMC Fam Pract. 2006;7:47.
24. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225-30.
25. Eddy DM. Evidence-based medicine: a unified approach. Health Aff (Millwood). 2005;24(1):9-17.
26. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. – Grundbegriffe der EbM. Verfügbar: <https://http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>. [Zugriff am 14.07.2018]
27. Uhl W, Wente MN, Büchler MW. Chirurgisch-klinische Studien in der praktischen Durchführung. Der Chirurg. 2000;71(6):615-25.
28. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2.
29. Sackett DL. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone; 2000.
30. Kang H. How to understand and conduct evidence-based medicine. Korean J Anesthesiol. 2016;69(5):435-45.
31. Hui D, Parsons HA, Damani S, Fulton S, Liu J, Evans A, et al. Quantity, Design, and Scope of the Palliative Oncology Literature. Oncologist. 2011;16(5):694-703.
32. Willis D, Kitchen R, Jones J. What is the evidence for evidence? Int J Palliat Nurs. 2015;21(5):213-5.
33. Sleeman KE, Collis E. The Liverpool care pathway: a cautionary tale. BMJ : British Medical Journal. 2013;347.
34. Gysels M, Shipman C, Higginson IJ. "I will do it if it will help others:" motivations among patients taking part in qualitative studies in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2008;35(4):347-55.
35. Gysels MH, Evans C, Higginson IJ. Patient, caregiver, health professional and researcher views and experiences of participating in research at the end of life: a critical interpretive synthesis of the literature. BMC Med Res Methodol. 2012;12:123.
36. Bellamy G, Gott M, Frey R. 'It's my pleasure?': the views of palliative care patients about being asked to participate in research. Progress in Palliative Care. 2011;19(4):159-64.
37. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42.
38. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721-30.
39. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE, 2nd, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2010;376(9743):784-93.

40. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL. Verfügbar: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> [Zugriff am 06.03.2017]
41. Selbmann HK, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Die Psychiatrie - Grundlagen und Perspektiven. 2005;2(1):33-8.
42. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999;318(7182):527-30.
43. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*. 1993;342(8883):1317-22.
44. Lobach DF, Hammond WE. Computerized decision support based on a clinical practice guideline improves compliance with care standards. *Am J Med*. 1997;102(1):89-98.
45. Haines A, Donald A. Making better use of research findings. *BMJ*. 1998;317(7150):72-5.
46. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance 2008. 2008-09-29 10:52:26.
47. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012;7:50.
48. Baker R, Camosso-Stepinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3):CD005470.
49. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):888-97.
50. Bekkering GE, Hendriks HJM, van Tulder MW, Knol DL, Hoesly M, Oostendorp RAB, et al. Effect on the process of care of an active strategy to implement clinical guidelines on physiotherapy for low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Quality and Safety in Health Care*. 2005;14(2):107-12.
51. Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Ferguson J, Grimshaw J, Grol R, et al. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. *Med Care*. 2001;39(8 Suppl 2):li85-92.
52. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group*. *BMJ*. 1998;317(7156):465-8.
53. Eccles M, Mittman B. Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*. 2006;1(1):1.
54. Sleeman KE, Murtagh FE. Increasing the value of research in palliative care. *Palliat Med*. 2014;28(10):1165-6.
55. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34.
56. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. In <http://www.dgpalliativmedizin.de>. Abrufdatum: 10.03.2017.
57. Kunz A. Leitlinien in der Medizin - Ansichten Berliner Hausärzte (LIMAH) [Clinical practice guidelines: application, attitudes and barriers - a survey of general practitioners in Berlin]. Master Thesis MPH. Freie Universität Berlin. 2005. .
58. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, et al. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 1994;120(11):956-63.
59. Dunn KM, Jordan K, Croft PR. Does questionnaire structure influence response in postal surveys? *J Clin Epidemiol*. 2003;56(1):10-6.

60. Cho YI, Johnson TP, VanGeest JB. Enhancing Surveys of Health Care Professionals: A Meta-Analysis of Techniques to Improve Response. *Evaluation & the Health Professions*. 2013;36(3):382-407.
61. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assess*. 2001;5(31):1-256.
62. Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen. Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen. In <https://recht.nrw.de>. Abrufdatum: 06.03.2017.
63. The American Association for Public Opinion Research. AAPOR. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 8th edition. 2015.
64. O'Cathain A, Thomas KJ. "Any other comments?" Open questions on questionnaires - a bane or a bonus to research? *BMC Med Res Methodol*. 2004;4:25.
65. Ong BN, Dunn KM, Croft PR. "Since you're asking . . . ": Free text commentaries in an epidemiological study of low back pain consultants in primary care. *Quality & Quantity*. 2006;40(4):651-9.
66. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*: Beltz; 2010.
67. von Ferber L, von Ferber C. [To what extent are recommendations of guidelines relevant in everyday practice? An essential question for evaluation studies]. *Med Klin (Munich)*. 2005;100(6):340-6.
68. Larisch A, Oertel WH, Eggert K. Attitudes and barriers to clinical practice guidelines in general and to the guideline on Parkinson's disease. A National Survey of German neurologists in private practice. *J Neurol*. 2009;256(10):1681-8.
69. Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *Br J Gen Pract*. 1999;49(438):11-5.
70. Carlsen B, Bringedal B. Attitudes to clinical guidelines-do GPs differ from other medical doctors? *BMJ Qual Saf*. 2011;20(2):158-62.
71. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J Aust*. 2002;177(9):502-6.
72. Sinuff T, Eva KW, Meade M, Dodek P, Heyland D, Cook D. Clinical practice guidelines in the intensive care unit: a survey of Canadian clinicians' attitudes. *Can J Anaesth*. 2007;54(9):728-36.
73. Alanen S, Kaila M, Valimaki M. Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2009;6(4):229-36.
74. Kuronen R, Jallinoja P, Patja K. Use of and attitudes toward current care guidelines among primary and secondary care nurses in Finland. *Clin Nurs Res*. 2011;20(3):310-25.
75. Kwon H-M, Oh MS, Choi H-Y, Cho AH, Hong K-S, Yu K-H, et al. Physicians' Attitudes Toward Guidelines for Stroke: A Survey of Korean Neurologists. *J Stroke*. 2014;16(2):81-5.
76. Quiros D, Lin S, Larson EL. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. *Heart Lung*. 2007;36(4):287-97.
77. Heselmans A, Donceel P, Aertgeerts B, Van de Velde S, Ramaekers D. The attitude of Belgian social insurance physicians towards evidence-based practice and clinical practice guidelines. *BMC Fam Pract*. 2009;10:64.
78. Hasenbein U, Schulze A, Busse R, Wallesch CW. Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. *Gesundheitswesen*. 2005;67(05):332-41.
79. Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;156(12):1715-23.
80. Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarien H, Mathiesen M, Hill S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: A cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Services Research*. 2012;12:455-.

81. Grilli R, Penna A, Zola P, Liberati A. Physicians' view of practice guidelines. A survey of Italian physicians. *Soc Sci Med.* 1996;43(8):1283-7.
82. Grilli R, Trisolini R, Labianca R, Zola P. Evolution of physicians' attitudes towards practice guidelines. *J Health Serv Res Policy.* 1999;4(4):215-9.
83. Graham ID, Evans WK, Logan D, O'Connor A, Palda V, McAuley L, et al. Canadian oncologists and clinical practice guidelines: a national survey of attitudes and reported use. Provincial Lung Disease Site Group of Cancer Care Ontario. *Oncology.* 2000;59(4):283-90.
84. Plaza V, Bolivar I, Giner J, Llauger MA, Lopez-Vina A, Quintano JA, et al. [Knowledge of and attitudes and adherence to the Spanish Guidelines for Asthma Management (GEMA) among Spanish health care professionals: the GEMA test Project]. *Arch Bronconeumol.* 2008;44(5):245-51.
85. Diette GB, Skinner EA, Nguyen TTH, Markson L, Clark BD, Wu AW. Comparison of Quality of Care by Specialist and Generalist Physicians as Usual Source of Asthma Care for Children. *Pediatrics.* 2001;108(2):432-7.
86. Yeh K-W, Chen S-H, Chiang L-C, Chen L-C, Huang J-L. Survey of asthma care in Taiwan: a comparison of asthma specialists and general practitioners. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 96(4):593-9.
87. Shuval K, Shachak A, Linn S, Brezis M, Reis S. Evaluating primary care doctors' evidence-based medicine skills in a busy clinical setting. *J Eval Clin Pract.* 2007;13(4):576-80.
88. Vollmar H OM, Schmiemann G, et al. Einschätzung von Hausärzten zu Leitlinien, Fortbildung und Delegation. *Z Allg Med.* 2013;89:23-30.
89. Gerst T, Hibbeler B. Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung. *Dtsch Arztebl International.* 2012;109(49):A-2458-A-61.
90. Ludwig W-D, Hildebrandt M, Schott G. Interessenkonflikte und Arzneimittelstudien – Einfluss der pharmazeutischen Industrie und daraus resultierende Gefahren für die Integrität der medizinischen Wissenschaft. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* 2009;103(3):149-54.
91. Schubert I, Heymans L, Fessler J. Hausärztliche Leitlinie „Palliativversorgung“. *Medizinische Klinik.* 2010;105(3):135-41.
92. Krouse RS, Rosenfeld KE, Grant M, Aziz N, Byock I, Sloan J, et al. Palliative care research: issues and opportunities. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004;13(3):337-9.
93. Visser C, Hadley G, Wee B. Reality of evidence-based practice in palliative care. *Cancer Biol Med.* 2015;12(3):193-200.
94. Bouca-Machado R, Rosario M, Alarcao J, Correia-Guedes L, Abreu D, Ferreira JJ. Clinical trials in palliative care: a systematic review of their methodological characteristics and of the quality of their reporting. *BMC Palliat Care.* 2017;16(1):10.
95. Rayner L, Lee W, Price A, Monroe B, Sykes N, Hansford P, et al. The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: Cross-sectional survey with four-week follow-up. *Palliat Med.* 2011;25(3):229-41.
96. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 34(1):94-104.
97. Statistisches Bundesamt. Recherche: IT-Nutzung. In <http://www.destatis.de/DE/Startseite.html>. Abrufdatum: 15.02.2017.
98. Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, Kearon C, Crowther M, Gutterman D, et al. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med.* 2010;152(11):738-41.
99. Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice. *Qual Health Care.* 1994;3(1):45-52.

100. Wolfe RM, Sharp LK, Wang RM. Family physicians' opinions and attitudes to three clinical practice guidelines. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 2004;17(2):150-7.
101. Ferrier BM, Woodward CA, Cohen M, Williams AP. Clinical practice guidelines. New-to-practice family physicians' attitudes. *Can Fam Physician*. 1996;42:463-8.
102. Gupta L, Ward JE, Hayward RS. Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *Med J Aust*. 1997;166(2):69-72.
103. Zambrano SC, Fliedner MC, Eychmuller S. The impact of early palliative care on the quality of care during the last days of life: what does the evidence say? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(4):310-5.
104. Klabunde CN, Willis GB, McLeod CC, Dillman DA, Johnson TP, Greene SM, et al. Improving the quality of surveys of physicians and medical groups: a research agenda. *Eval Health Prof*. 2012;35(4):477-506.
105. Hanbury A, Farley K, Thompson C. Cost and feasibility: an exploratory case study comparing use of a literature review method with questionnaires, interviews and focus groups to identify barriers for a behaviour-change intervention. *BMC Health Services Research*. 2015;15:211.
106. McLeod CC, Klabunde CN, Willis GB, Stark D. Health care provider surveys in the United States, 2000-2010: a review. *Eval Health Prof*. 2013;36(1):106-26.
107. Cook JV, Dickinson HO, Eccles MP. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:160.
108. Johnson TP, Wislar JS. Response rates and nonresponse errors in surveys. *JAMA*. 2012;307(17):1805-6.
109. Dobrow MJ, Orchard MC, Golden B, Holowaty E, Paszat L, Brown AD, et al. Response Audit of an Internet Survey of Health Care Providers and Administrators: Implications for Determination of Response Rates. *J Med Internet Res*. 2008;10(4):e30.
110. Dasch B, Blum K, Vogelsang H, Bausewein C. Epidemiologische Untersuchung zum Sterbeort von Tumorpatienten. *Dtsch Med Wochenschr*. 2016;141(17):e158-e65.

8 Tabellen

Tabelle 1: Prozesse, die eine Verhaltensänderung bewirken	8
Tabelle 2: Gegenüberstellung der Antwortquoten (CHERRIES, AAPOR, Umfrage S3-LL)...	20
Tabelle 3: Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Umfrage	30
Tabelle 4: Antwortquoten (Definitionen s. Kap. 3.6.2)	30
Tabelle 5: Vergleich von Zielgruppe und Stichprobe: Berufsgruppen der Zielgruppe (DGP-Mitglieder) und Stichprobe (Umfrageteilnehmer).....	31
Tabelle 6: Übersicht Studienpopulation	33
Tabelle 7: Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen nach Anteil Kontakt mit Schwerstkranken / Sterbenden in Anteil % (95 %-KI).....	35
Tabelle 8: Einstellung zu EBM (Frage 4). Zustimmung in (%)	36
Tabelle 9: Verbesserung durch pLL (Anteil %).....	39
Tabelle 10: „pLL werden helfen, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern“ (Item 9.7) – Zustimmung der einzelnen Berufsgruppen	40
Tabelle 11: „pLL werden helfen, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern“ (Item 9.7) – Zustimmung der einzelnen Fachdisziplinen	41
Tabelle 12: Meinung zu Aspekten der Anwendung von pLL.....	42
Tabelle 13: Prävalenz von und Prädiktoren für „kompetent fühlen“ in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Erkennen der Sterbephase.....	48
Tabelle 14: Informationsübermittlung von Leitlinieninhalten	49
Tabelle 15: Apps für Smartphones und Tablets mit LL-Inhalten in Anteil (%) nach Altersgruppen	50
Tabelle 16: Prävalenz von kritischen Einstellungen, die eine effektive Implementierung verhindern können	53
Tabelle 17: Vergleich unterschiedlicher Studien zur Einstellung zu LL	60

9 Abbildungen

Abbildung 1: Definitionen der Antwortquoten	21
Abbildung 2 Hindernisse der Leitlinienimplementierung von Cabana et al. und entsprechende Items der Umfrage	27
Abbildung 3: Teilnahmebereitschaft im zeitlichen Verlauf.....	29
Abbildung 4: Einstellung zu LL im Allgemeinen in den Berufsgruppen	34
Abbildung 5: Einfluss von Leitlinien auf den Arbeitsalltag (%) in den einzelnen Fachdisziplinen	37
Abbildung 6: Sich kompetent fühlen in den Bereichen Schmerz, Atemnot, Depression, Obstipation, Kommunikation, Versorgungsstrukturen und Sterbephase in verschiedenen Berufen	45
Abbildung 7 Charakteristika von kritischen Meinungen bezüglich Leitlinien zwischen den einzelnen Berufsgruppen.	55
Abbildung 8 Charakteristika von kritischen Meinungen bezüglich Leitlinien zwischen den einzelnen Fachdisziplin der Ärzte.....	56
Abbildung 9 Hindernisse bei der Anwendung palliativmedizinischer Empfehlungen als Bestandteil anderer Leitlinien.....	57

10 Abkürzungen und Akronyme

AAPOR	American Association for Public Opinion Research
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CHERRIES	Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys
DEGAM	Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DELBI	Deutsches Leitlinien Bewertungsinstrument zur methodischen Bewertung medizinischer Leitlinien
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
DKG	Deutschen Krebsgesellschaft
DKH	Deutschen Krebshilfe
EBM	Evidence Based Medicine
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erfassung
LL	Leitlinie(n)
PC	Palliative Care
pLL	palliativmedizinische Leitlinien
PM	Palliativmedizin
RCT	Randomized Controlled Trial
S3-LL	S3-Leitlinie

11 Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt insbesondere Frau Professor Dr. Claudia Bausewein für ihr Vertrauen, das sie mir zur Durchführung des Dissertationsprojekts entgegenbrachte und die großartige Unterstützung über all die Jahre unserer Zusammenarbeit sowie die vielen konstruktiven Diskussionen.

Dr. Helen Kalies danke ich ebenfalls sehr für die Betreuung meiner Dissertation und vor allem für ihre Hilfe bei der Auswertung und der Statistik.

Allen Teilnehmern der Umfrage danke ich für ihre Zeit sowie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin für die gute Zusammenarbeit bei der praktischen Durchführung dieses Projekts.

Verena, Rasmus und Ellen danke ich für die Ausdauer beim Korrekturlesen.

Dank Andrea Bayerlein, Dr. Eva Schildmann, Nadja Hourieh Zaza und schließlich Farina Hodiament hatte ich eine wunderbare Zeit an der Klinik für Palliativmedizin in München.

Meinen Eltern danke ich, dass sie mir das Studium zugetraut und ermöglicht haben.

Schließlich möchte ich meinem lieben Arne nicht nur für die Unterstützung bei meiner Dissertation danken, sondern auch für alles andere.

12 Veröffentlichungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden auf folgendem Kongress vorgestellt und als *Abstract* veröffentlicht:

- 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
„Online-Umfrage unter Mitgliedern der DGP: Gibt es Hindernisse bei der Implementierung der neuen S3-Leitlinie?“; Helen Kalies, Rieke Schöttmer, Steffen Simon, Raymond Voltz, Alexander Crispin, Claudia Bausewein.

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden in folgenden internationalen Fachzeitschriften als Originalarbeiten veröffentlicht:

- Kalies, H., Schöttmer, R., Simon, S. T., Voltz, R., Crispin, A., & Bausewein, C. *Critical attitudes and beliefs towards guidelines amongst palliative care professionals – results from a national survey. BMC Palliative Care (2017).16:20.*
- Kalies, H., Schöttmer, R., Simon, S.T. et al. *Barriers for the implementation of guidelines in palliative care – results from a national survey of professionals. Support Care Cancer (2018). <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4030-z>.*

13 Anhang

13.1 Online-Fragebogen

0. Ich möchte nicht an der Umfrage teilnehmen, weil: (Wenn Sie an der Umfrage teilnehmen, bitte einfach auf "Weiter" klicken!)

Meine Zeit ist mir zu wertvoll.	
Ich finde Umfragen nutzlos.	
Ich habe Befürchtungen, dass meine Daten missbraucht werden.	
Ich habe kein Interesse an der Thematik.	
Weiß nicht.	
Sonstiges.	
Meine Zeit ist mir zu wertvoll.	
Ich finde Umfragen nutzlos.	

1. Die Einstellung gegenüber medizinischen Leitlinien (allgemein) kann unterschiedlich sein. Wie ist Ihre Meinung zu Leitlinien?

Leitlinien...	stimme nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme ich eher zu (3)	stimme ich zu (4)
(1.1) ...stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar.				
(1.2) ...sind dazu gedacht die Behandlungsqualität zu verbessern.				
(1.3) ...können der Qualitätskontrolle im Rahmen von Zertifizierungen dienen.				
(1.4) ...schränken die Flexibilität einer individuellen Patientenversorgung zu sehr ein.				
(1.5) ...sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.				
(1.6) ...beschränken die ärztliche Therapiefreiheit.				
(1.7) ...sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes (evidenzbasierter Medizin).				
(1.8) ...schränken das eigene Denken zu				

stark ein.				
(1.9) ...stellen einen strukturierten Ratgeber dar.				
(1.10) ...sind gute didaktische Mittel.				
(1.11) ...werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen.				
(1.12) ...stellen meine Kompetenz als Arzt / Pflegekraft in Frage.				
(1.13) ...sichern mein Handeln ab.				
(1.14) ... sind widersprüchlich.				
(1.15) ...sind für meine Berufsgruppe nicht relevant.				

2. Es werden immer wieder unterschiedliche Probleme in Zusammenhang mit Leitlinien diskutiert. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Anwendung medizinischer Leitlinien (LL) allgemein? (Unabhängig davon ob Sie sie benutzen oder nicht):

	stimme nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme zu (4)
(2.1) Bei der Anwendung von LL gibt es allgemein Probleme.				
(2.2) LL sind nicht immer aktuell.				
(2.3) Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit mancher Autoren der LL sind zweifelhaft.				
(2.4) Juristische Position von LL unklar.				
(2.5) Schwer, Routine von Behandlungen zu ändern.				
(2.6) Es gibt keine Anreize, LL anzuwenden.				
(2.7) Die Flut an LL ist verwirrend.				
(2.8) Die Nutzung von LL ist kompliziert.				
(2.9) LL sind zu allgemein gehalten und zu wenig konkret für die alltägliche Praxis.				

3. Leitlinien werden nach den Prinzipien der Evidence Based Medicine (EBM) erstellt. Ist Ihnen EBM ein Begriff?

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

(Definition EBM: Unter Evidenz-basierter Medizin ("Evidence Based Medicine") versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Evidenz, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen, zu versorgen.

Definition Evidenz: Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen.)

4. Die Einstellung zu EBM kann unterschiedlich sein. Wie ist Ihre Meinung?

	stimme sicher nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme ich eher zu (3)	stimme ich völlig zu (4)
(4.1) Leitlinien sollten grundsätzlich nach Prinzipien der EBM erstellt werden.				
(4.2) In der Palliativversorgung gibt es wenig Evidenz, daher spielen EBM und Leitlinien keine großen Rollen.				
(4.3) Die Studiendaten, die für EBM benutzt werden, sind durch die Pharmaunternehmen zu ihren Gunsten beeinflusst.				
(4.4) EBM hilft mir, bessere Therapieentscheidungen für meine Patienten zu treffen.				
(4.5) Wenn ich die Garantie hätte, dass Leitlinien wirklich nach EBM-Kriterien erstellt werden, würde ich sie vermehrt anwenden.				
(4.6) EBM ist hilfreich, da ich dadurch einen schnelleren Überblick über die neuesten medizinischen Entwicklungen bekomme.				

5. Die neue S3-Leitlinie Palliativmedizin ist noch in der Bearbeitung. Im Rahmen von Leitlinien anderer Fachgesellschaften (z.B. in der Onkologie: S3-Leitlinie Lungenkrebs) gibt es aber seit längerem palliativmedizinische Schlüsselempfehlungen, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder beziehen.

1. Kennen Sie solche palliativmedizinischen Schlüsselempfehlungen?

ja	
nein	falls hier angekreuzt, weiter mit Frage 6

2. Nutzen Sie diese Empfehlungen bei Schwerstkranken und Sterbenden?

ja	
nein	falls hier angekreuzt, weiter mit Frage 6

3. Stellen Sie durch solche Empfehlungen eine Verbesserung der Behandlungsqualität fest?

ja	
nein	
weiß nicht	

6. Es gibt verschiedene Informationsquellen, um palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen zu treffen. Wie nützlich sind folgende Informationsquellen für Sie persönlich?

Informationsquellen	nicht nützlich (1)	eher nicht nützlich (2)	eher nützlich (3)	sehr nützlich (4)
(6.1) Leitlinien der Fachgesellschaften				
(6.2) Diskussion / Austausch mit Kollegen				
(6.3) Informationen von Pharmaunternehmen				
(6.4) eigene klinische Erfahrung				
(6.5) Qualitätszirkel				
(6.6) eigene Datenbankrecherche				
(6.7) Fachzeitschriften / Fachbücher				
(6.8) Kongresse / Tagungen / Fortbildungen				

(6.9) Internet				
----------------	--	--	--	--

7. In Zusammenhang mit der Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten im deutschen Gesundheitssystem werden verschiedene Probleme diskutiert. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen?

	„weiß nicht“	stimme nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme eher zu (3)	stimme zu (4)
(7.1) Die Behandlungsqualität ist in den verschiedenen Einrichtungen / Abteilungen sehr unterschiedlich					
(7.2) „Hochtechnisierte“ Medizin (z.B. Maximalversorgung auf Intensivstation) steht im Kontrast zur mangelnden Palliativversorgung.					
(7.3) Die Qualität der Symptomkontrolle ist verbesserungswürdig.					
(7.4) Die Patienten werden nicht nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis behandelt.					
(7.5) Die Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender werden im deutschen Gesundheitssystem zu wenig berücksichtigt.					
(7.6) Es werden unnötig Ressourcen bei der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender verschwendet.					
(7.7) Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen sind nicht ausreichend über Möglichkeiten der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung informiert.					
(7.8) Palliativmedizin hat gegenüber anderen Fachbereichen einen niedrigeren Status.					

8. Könnten palliativmedizinische-Leitlinien (pLL) zu einer Verbesserung der folgenden Situationen beitragen?

	„weiß nicht“	Anteil (%)			
		nein (1)	eher nein (2)	eher ja (3)	ja (4)
(8.1) Unterschiede in der Behandlungsqualität in den verschiedenen Einrichtungen / Abteilungen.					
(8.2) Überversorgung von Schwerstkranken und Sterbenden mit „hochtechnisierter“ Medizin.					
(8.3) Qualität der Symptomkontrolle.					
(8.4) Behandlung der Patienten nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis.					
(8.5) Berücksichtigung der Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender.					
(8.6) Verschwendung unnötiger Ressourcen.					
(8.7) Information von Mitarbeitern der Gesundheitseinrichtungen über Möglichkeiten der ambulanten und stationären Palliativversorgung.					
(8.8) Anerkennung des Fachs Palliativmedizin gegenüber anderen Fachbereichen.					

9. Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aspekten der Anwendung palliativmedizinischer Leitlinien (pLL)?

Meinung zu pLL-Aspekten	„weiß nicht“	Anteil (%)			
		Stimme nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	Stimme eher zu (3)	stimme zu (4)
(9.1) Der evidenzbasierte, wissenschaftliche Ansatz von pLL widerspricht dem philosophisch-ganzheitlichen Ansatz von Palliative Care.					
(9.2) Leitlinien können der Qualitätskontrolle dienen. Qualitätskontrolle und Sterben sollten jedoch in keinen Zusammenhang gebracht werden.					
(9.3) Die individuelle Versorgung von Patienten in einer palliativen Situation wird durch pLL eingeschränkt.					
(9.4) Es gibt zu wenige Studien um eine pLL zu erstellen.					
(9.5) Es gibt zu wenig Erfahrungswissen um eine pLL zu erstellen.					
(9.6) Auch in der Palliativversorgung sind pLL sinnvoll.					
(9.7) pLL werden helfen, die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden zu verbessern.					

10. Welche Maßnahmen finden Sie für die Implementierung und Anwendung palliativmedizinischer Leitlinien (pLL) hilfreich?

	nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	eher hilfreich	sehr hilfreich	weiß nicht
(10.1) Alle Berufsgruppen, die an der Versorgung Schwerstkranker / Sterbender beteiligt sind, erhalten pLL-Informationen von den jeweiligen Fachgesellschaften.					
(10.2) Sog. App's für Smartphones und Tablets mit LL-Inhalten					
(10.3) SOPs (Standard Operating Procedures) bzw. Standards für die eigene Klinik / Praxis					

(10.4) SOP-Satz zum Download auf DGP-Homepage als Basis für eigene klinik- / praxisinterne SOPs					
(10.5) Professionelles Marketing (z.B. Imagekampagnen)					
(10.6) Kitteltaschenkarten mit pLL-Kurzfassung					
(10.7) Kleine Taschenbücher					
(10.8) Ein DGP-Sonderheft					
(10.9) Powerpoint Foliensatz zum Download auf DGP- Homepage mit pLL Informationen					
(10.10) Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“					
(10.11) Artikel in „Die Schwester, Der Pfleger“					
(10.12) Artikel in der „Zeitschrift für Palliativmedizin“					
(10.13) Sonderheft der „Zeitschrift für Palliativmedizin“					
(10.14) Vermittlung von pLL im Studentenunterricht					
(10.15) Hinweis auf pLL in der Pflegeausbildung (im Kontext der Pflegeleitlinien)					
(10.16) Überwachung der Einhaltung der Leitlinie durch Qualitätsmonitoring					
(10.17) CME*-Beiträge					
(10.18) Eigene Vorschläge:					

* Unter CME (Continuing Medical Education) versteht man medizinische Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte

11. Gibt es sonst etwas, das Sie uns zum Thema Leitlinien in der Palliativmedizin mitteilen wollen?

12. Fühlen Sie sich persönlich bei der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in folgenden Themenbereichen sicher?

<u>Sicherheit</u> bei der Betreuung in den Themenbereichen ...	„weiß nicht“	Anteil (%) Zustimmung...			
		nicht sicher (1)	eher nicht sicher (2)	eher sicher (3)	sicher (4)
Schmerz					
Atemnot					
Depression					
Obstipation					
Kommunikation					
Versorgungsstrukturen					
Erkennen Sterbephase und entsprechender Umgang					

13. Fühlen Sie sich persönlich über den aktuellen Wissensstand zu folgenden Themenbereichen ausreichend informiert?

<u>Informiertheit</u> über aktuellen Wissensstand im Themenbereich ...	Anteil (%) Zustimmung...			
	<u>nein</u>	<u>eher nein</u>	<u>eher ja</u>	<u>ja</u>
Schmerz				
Atemnot				
Depression				
Obstipation				
Kommunikation				
Versorgungsstrukturen				
Erkennen Sterbephase und entsprechender Umgang				

14. In welchem Maße haben medizinische Leitlinien (allgemein) Einfluss auf Ihre tägliche Praxis?

„betrifft mich nicht“	
keinen Einfluss	
sporadische Anwendung	
teilweise Anwendung von LL	
meine Arbeitsweise ist an LL ausgerichtet	

15. Sind Sie wissenschaftlich tätig?

ja	
nein	

Zuletzt bitten wir Sie noch um ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer Person:

16. Geschlecht

weiblich	männlich

17. Alter:

**18. Welchen Beruf haben Sie bzw. welcher Sektion der DGP gehören Sie an?
(Bitte nur eine Angabe)**

Arzt / Ärztin	
Pflege	
Psychologie	
Soziale Arbeit	
Seelsorge	
Pharmazie	
Physiotherapie	
Ergotherapie	
Kunsttherapie	
Supervision	
Soziologie	
Geisteswissenschaften	
Philosophie	
Biologie	
Rechtsberufe	
Ehrenamt	
Verwaltung	
Andere	

19. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?

Als Arzt / Ärztin:

20. Welche Spezialisierung haben Sie oder streben Sie an? (Bitte nur eine Angabe)

Anästhesie	
Innere	
Allgemeinmedizin	
Onkologie	
Pädiatrie	
Strahlentherapie	
Geriatric	
Neurologie	
Gynäkologie	
Chirurgie	
Urologie	
Psychiatrie	
HNO	
Derma	
Orthopädie	
Andere	

21. Haben Sie die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin?

Ja	
Nein	
Ich bin dabei	

Als Pflegende / Pflegender:**22. Welche Ausbildung haben Sie?(Bitte nur eine Angabe)**

Gesundheits- und Krankenpfleger*in	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in	
Pflegewissenschaftler*in	
Altenpfleger*in	
Andere	

23. Haben Sie die Weiterbildung Palliative Care?

Ja	
Nein	
Ich bin dabei	

Für die anderen Berufsgruppen:**24. Haben Sie eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care?**

Ja	
Nein	
Ich bin dabei	

25. Wo arbeiten Sie überwiegend? (Bitte nur eine Angabe)

Krankenhaus: Palliativstation	
Krankenhaus: Nicht-Palliativstation	
SAPV	

Hospiz	
Praxis / niedergelassen	
Ambulanter Pflegedienst	
Wissenschaft / Forschung	
Lehre	
Administration	
Sonstige	

26. Wie groß ist der Anteil Ihrer Patienten, die schwerstkrank oder sterbend sind?

Ca. 100 %	
Ca. 90 %	
Ca. 80 %	
Ca. 70 %	
Ca. 60 %	
Ca. 50 %	
Ca. 40 %	
Ca. 30 %	
Ca. 20 %	
< 10 %	
Kein Kontakt mit Schwerstkranken und Sterbenden	
Ich habe keinen Patientenkontakt	

13.2 Einladung zur Umfrage



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5 | 10713 Berlin

Sehr geehrte DGP-Mitglieder,

um die Versorgungsqualität onkologisch erkrankter Patienten am Lebensende zu verbessern, entwickelt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie (OL) zurzeit eine S3-Leitlinie „**Palliativmedizin für Patienten mit einer Krebserkrankung**“.

Das Leitlinienprogramm Onkologie wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) getragen. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin wird voraussichtlich Ende 2014 veröffentlicht und behandelt die folgenden diagnoseübergreifenden Fragestellungen und Symptome:

- Atemnot
- Obstipation
- Depression
- Schmerz
- Kommunikation
- Sterbephase
- Versorgungsstrukturen

Im Gegensatz zu anderen medizinischen Leitlinien richtet sich die S3-Leitlinie Palliativmedizin bewusst an **alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams**, das an der Versorgung schwerstkranker und sterbender Krebspatienten beteiligt ist. Deswegen und um die neue Leitlinie Palliativmedizin optimal implementieren zu können, sind wir an der Meinung aller DGP-Mitglieder zu Leitlinien generell und innerhalb der Palliativmedizin interessiert.

Wir möchten Sie daher bitten, an dieser **Online-Umfrage** (max. 15 Minuten) bis zum

1. September 2014 teilzunehmen.

Bei Fragen, die Sie aufgrund Ihrer Berufszugehörigkeit nicht beantworten können oder bei denen Sie keine Meinung zu bestimmten Aspekten haben, ist es möglich, die Option „weiß nicht“ anzukreuzen. Über die Ergebnisse dieser Umfrage werden wir Sie im Rahmen der DGP-Rundmail informieren.

Unter allen Teilnehmern der Umfrage wird ein **iPad mini** verlost!
Zusätzlich verlosen wir drei „**Leitfaden Palliative Care**“ und drei neue Bücher „**Palliativpflege**“ vom Elsevier Verlag.

Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e.V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin

T 030 / 30 10 100 - 0
F 030 / 30 10 100 - 16
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

Berliner Volksbank
BLZ: 100 900 00 Kto: 2374811005
IBAN: DE63100900002374811005
BIC: BEVODE33

Präsident: Prof. Dr. med. Lukas Radbruch
Geschäftsführer: Heiner Melching
AG Charlottenburg: VR 28781 B
Ust-IdNr.: DE 237742854

Hier geht's zur Umfrage:

<https://de.surveymonkey.com/s/F5HQHGB>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Prof. Dr. Claudia Bausewein

Prof. Dr. Raymond Voltz

PD Dr. Steffen Simon

Leiter der S3-Leitlinie Palliativmedizin

Projektleiter

Hintergrund und Datenschutz:

Hintergrund: S3-Leitlinie

Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen.

Bei Leitlinien der Klasse S3 handelt es sich um eine Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und "outcome"-Analyse)

Weitere Informationen:

<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/einfuehrung.html>

<http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen>

<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/leitlinien.html>

Datenschutzbestimmungen für die Studie:

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes und des Datenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken und erfolgt in anonymisierter Form. Die Projektleitung und alle beteiligten Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und sind dem Datengeheimnis verpflichtet.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Daten nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

- Wir führen die Umfrage anonymisiert durch. D.h. es werden uns keine Namen oder E-Mail-Adressen übermittelt.
- Die Umfrage findet unter den Bedingungen einer SSL-Verschlüsselung statt.
- In Veröffentlichungen gehen einzelne Zitate, selbstverständlich anonym, ein.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass Ihnen keine Nachteile entstehen, wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Mit Ausfüllen und Absendung der Fragebögen wird von Ihrem Einverständnis zur Studie und den Datenschutzbestimmungen ausgegangen.

Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e.V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin

T 030 / 30 10 100 - 0
F 030 / 30 10 100 - 16
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

Berliner Volksbank
BLZ: 100 900 00 Kto: 2374811005
IBAN: DE63100900002374811005
BIC: BEVODE33

Präsident: Prof. Dr. med. Lukas Radbruch
Geschäftsführer: Heiner Melching
AG Charlottenburg: VR 28781 B
Ust-IdNr.: DE 237742854

13.3 Startseite der Umfrage


DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN
Einstellung zu Leitlinien im Allgemeinen und in der
Palliativmedizin



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**



**UNIKLINIK
KÖLN**

Liebes DGP-Mitglied,

vielen Dank für Ihr Interesse an der Online-Umfrage!
Wir würden gerne Ihre Meinung zu Leitlinien im Allgemeinen und speziell zu Leitlinien in der Palliativmedizin kennenlernen. Mit Hilfe Ihrer Kritik sowie Ihren Ideen, können wir dann ein Konzept zur Implementierung der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin entwickeln, um so die palliativmedizinische Versorgung onkologischer Patienten weiter zu verbessern.

Zur Beantwortung der Umfrage:

- Unter allen Teilnehmern wird ein **iPad mini** verlost!
- **Zusätzlich** verlosen wir drei „**Leitfaden Palliative Care**“ und drei Bücher „**Palliativpflege**“ vom Elsevier Verlag.
- Dauer ca. **10-15 Minuten**
- Der Link zur Umfrage ist **bis Montag, den 1. September 2014** zugänglich.
- Wenn Sie unten auf „**Weiter**“ klicken, starten Sie automatisch die Umfrage.

Verlängert bis Montag, den
15. September!

Datenschutz und Einverständnis:
Wir führen die Umfrage anonymisiert durch, d.h. es werden uns keine Namen oder E-Mail-Adressen übermittelt. Zuletzt weisen wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass Ihnen keine Nachteile entstehen, wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Mit Ausfüllen und Absendung des Fragebogens wird von Ihrem Einverständnis zur Studie und den Datenschutzbestimmungen ausgegangen.

Wir bedanken uns ganz herzlich für die Zusammenarbeit,

Prof. Dr. Claudia Bausewein
Prof. Dr. Raymond Voltz
Leiter der S3-Leitlinie Palliativmedizin

PD Dr. Steffen Simon
Projektleiter

Kontakt:
Leitliniensekretariat: S3-Palliativ@uk-koeln.de oder telefonisch unter 0221-478-96537

1. Ich möchte nicht an der Umfrage teilnehmen, weil:
(Wenn Sie an der Umfrage teilnehmen, bitte einfach auf "Weiter" klicken!)

Meine Zeit ist mir zu wertvoll.

Ich finde Umfragen nutzlos.

Ich habe Befürchtungen, dass meine Daten missbraucht werden.

Ich habe kein Interesse an der Thematik.

Weiß nicht.

Sonstiges.

4%

13.4 Quantitative Analyse Frage 11

Thema	Aussagen und Beispiele (n), wenn n>1	n
Konkrete Vorschläge zu pLL		
Struktur von pLL	kurz (7), Version in einfacher Sprache (5), regelmäßige Aktualisierung (6), konkrete Handlungsempfehlungen (2)	23
Erweiterung von pLL (in Zukunft)...	für Kinder und Jugendliche (4), Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz etc.(2), Demenz (2), besondere / seltenere Situationen (2), nicht onkologische Themen (3) weitere genannte Themen: Ileus, Mundtrockenheit, Delir, Epilepsie	16
EBM in pLL		
Forderung nach mehr Forschung (Studien) um Qualität der Leitlinien zu verbessern	<ul style="list-style-type: none"> • „Finanzielle Unterstützung der Forschung“ • „Grenzen der klassischen, Statistik-bezogenen Evidenzbasierten Medizin zeigen sich nicht nur in der Palliativmedizin, sondern auch in anderen Bereichen modernster Medizin, z.B. "individualisierte Therapie" auf Grundlage von Gendiagnostik bei onkologischen Erkrankungen, oder "best Practice" bei Orphan Diseases, oder auch weil durch das AMG Studien so erschwert werden, dass sie immer schlechter zum Medizinfortschritt beitragen können. Ich erwarte daher, dass in den nächsten Jahren neue Formen von "Evidenz-Generierung" entwickelt werden, die erlauben, aus niedrigen Fallzahlen hohe Evidenz zu generieren; qualitative statt quantitative Analysen, etc.“ • „Ich denke es wäre von Vorteil wenn man auch im Ambulanten Versorgungsbereich Studien durchführen würde, da die Anzahl der zu versorgenden dort wesentlich höher ist wie in stat. Einrichtungen.“ 	10
	Unsicherheit über Beeinflussung der pLL (Studien für pLL) durch Industrie	6

Expertenwissen bei pLL besonders wichtig	<ul style="list-style-type: none"> „Durch das Fehlen von Studien in vielen Palliativbereichen kommt es meiner Meinung nach auf die Eminenz basierte Medizin an, also Empfehlungen aus der Praxis für die Praxis. Zuviel Theorie wird die Leitlinien nicht in den Erfolg führen, aber Tipps und Empfehlungen von Experten. Viele guten Empfehlungen benötigen keine randomisierten Studien.“ 	8
	Definition von Experten: Ärzte, Pflegende mit langjähriger Erfahrung	4
Implementierung		
Praktische Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> „Absolut sinnvoll und hilfreich, sollte auf DGP-Kongress auch vorgestellt werden“ „Bitte schonmal vorab eine App für Äquipotenzen.“ „es sollten Ansprechpartner in den jeweiligen Einrichtungen geben“ „Palliativmedizin muss aktiv in den Klinikalltag einfließen, ebenso in die Pflegeheime und Arztpraxen. z.B Palliativstreetworking! - ich arbeite als consultant of palliative care bei einer Zeitarbeitsfirma und komme so in viele Einrichtungen kann während meiner Tätigkeit als Krankenschwester das Thema besprechen und beraten.“ „UNBEDINGT Notwendiges Tool- gerade als Kitteltaschen / sonstiges elektronisches Pocket zu allgemeinen palliativmediz. Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, aber auch Mundtrockenheit, Delir, Epilepsie, etc..) wäre sehr sehr hilfreich neben ausführlicheren "FLOW CHARTS"(a la dem Schweizer Innere Buch SURF!)- was ist wenn?... “ 	5
	Genannte (Fach-)Zeitschriften für: Internisten, Chirurgen, Gynäkologen, Orthopäden und „Die Schwester, der Pfleger“	
Barrieren	<ul style="list-style-type: none"> „Die Verbreitung der Leitlinie innerhalb der Gruppe der Palliativmediziner dürfte kein Problem sein, es ist die Frage, wie man andere Berufsgruppen erreicht. Ich bin selbst Onkologin und sehe z.T. erhebliche Unterschiede in der Sichtweise bzw. in Therapieansätzen zwischen Onkologen mit und ohne ZB Palliativmedizin.“ „Es wird schwierig sein mit der Leitlinie die Praxis in der Normalversorgung, zB auf den Normalstationen eines Krankenhauses, zu verbessern. Erstes Hindernisse sind die Worte ""Palliativmedizin"" und ""Krebserkrankung"". Das wird nur ein ganz spezielles Klientel ansprechen. Palliativmedizin beginnt für den ""normalen"" Arzt erst bei Cheyne-Stokes Atmung und daher wird er davon keinen Gebrauch machen. Hier sind unendliche Schulungen nötig und Public Health Strategien. Generell ist die S3Leitlinie wunderbar und 	5

	<p>unumgänglich.</p> <ul style="list-style-type: none">• „Schwierig zu implementieren da dadurch der häufig hilfreiche off label use verdrängt werden könnte.“	
--	---	--

Anwendung von pLL		
pLL / PM in andere medizinische und nicht-medizinische Fachbereiche miteinbeziehen	<ul style="list-style-type: none"> • „Palliativmedizinische Leitlinieninhalte sollten in den fachspezifischen Leitlinien anderer Fächer in wesentlichen Punkten integriert sein, inkl. Verweis auf übergeordnete pLL. Von besonderer Wichtigkeit sind in diesem Zusammenhang momentan neurologische, internistische und geriatrische LL.“ 	11
pLL / PM fester Bestandteil im Curriculum der Ausbildung von Pflege, Altenpflege etc.	<ul style="list-style-type: none"> • „... Hinweis: Palliative Pflege ist bis jetzt nicht im Curriculum für Altenpflegekräfte explizit ausgewiesen!“ 	6
Vorschläge für weitere / wichtige Adressaten der pLL	<ul style="list-style-type: none"> • Ethikkomitees 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte / Allgemeinmediziner 	2
	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie 	2
	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege 	2
Unterschiede der Versorgungsstrukturen zw. Stadt und Land berücksichtigen	Genannte Problemregionen: Oberfranken, Ostdeutschland	4
pLL zur Qualitätskontrolle der palliativmedizinischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • „Die Kontrolle der LL müsste dann ernsthaft betrieben werden. Es gibt in der Ausübung von Palliativ in einigen Bereichen schwarze Schafe, welchen die Zulassung entzogen werden müsste.“ 	4
Meinungen zu pLL		
Positive Einstellung zu pLL	<ul style="list-style-type: none"> • „Ist ganz wichtig und unverzichtbar“ 	31

Kritik / Zweifel an pLL	<ul style="list-style-type: none"> „Es muss klar werden, dass die Leitlinien zur Symptomkontrolle das eine, der würdige Umgang mit den individuellen Nöten des Sterbenden etwas anderes, ist. Nur ersteres kann man durch eine Leitlinie evtl. verbessern, die Haltung im Umgang mit Patient, Angehörigen und Team aber nicht.“ 	6
pLL sollen nicht politisches / wirtschaftliches Regelwerk sein	<ul style="list-style-type: none"> „Ich halte es für sehr wichtig, Leitlinien zu kennen, sie aber im qualitätsmedizinischen als auch wirtschaftlichen wie politischen Kontext als Instrument nicht zu missbrauchen, um Reglementierungen durchzusetzen. Dies sollte auch inhaltlich in der Leitlinie erkennbar und klar formuliert werden.“ 	1
pLL und juristische Konsequenzen? !	<ul style="list-style-type: none"> „Das grundsätzliche Problem mit LL - juristisch im Falle als Maßstab geltend. Im Palliativbereich bei "noch" individuelleren Situationen und Entscheidungen gefährlich.“ „... In veröffentlichten Haftpflichtauseinandersetzungen wird von den Juristen oftmals die Leitlinie als Standard verstanden von dem nur unter besonderer Begründung abgewichen werden darf. Klinische Erfahrung spielt in diesem Zusammenhang leider keine Rolle mehr.“ 	3
pLL (LL) führen zu unreflektierten Automatismen	<ul style="list-style-type: none"> „Evidenzbasiertes Wissen zu verschiedenen palliativmedizinischen Problemen ist hilfreich. Der Anspruch hieraus Leitlinien zu entwickeln birgt die Gefahr des unreflektierten Missbrauchs. ...“ 	3
pLL dürfen eigenes Denken nicht einschränken / müssen auf individuellen Prozess des Sterbens anwendbar sein	<ul style="list-style-type: none"> „... Mit Leitlinien im palliativen Bereich werden gerade die Stärken der Palliativmedizin, auch mal ungewöhnliche Wege zu wagen, meist eingeengt oder gar unmöglich. Das gilt es bei der Abfassung von Leitlinien zu berücksichtigen.“ 	24
PM zu individuell für LL	<ul style="list-style-type: none"> „Ich halte Leitlinien bei der sehr individuellen Situation des Leidens und Sterbens für problematisch. Um anwendbar zu sein, müssen diese dann sehr allgemein gehalten sein und entsprechen dem, was man mit "gesundem Menschenverstand" auch leisten kann.“ 	7

<p>Eine gewisse Haltung, die für PM erforderlich ist, kann durch pLL nicht vermittelt werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> „Es muss klar werden, dass die Leitlinien zur Symptomkontrolle das eine, der würdige Umgang mit den individuellen Nöten des Sterbenden etwas anderes ist. Nur ersteres kann man durch eine Leitlinie evtl. verbessern, die Haltung im Umgang mit Patient, Angehörigen und Team aber nicht.“ 	7
<p>Sonstiges</p>		
<p>Forderung nach mehr Zeit / Personal für die Behandlung Schwerstkranker</p>		4
<p>pLL sollen bei Verhandlungen mit Krankenkassen eine Rolle spielen</p>	<ul style="list-style-type: none"> „Im Klinikalltag klafft immer häufiger die Schere zwischen optimaler Versorgung und dem Kostendruck. Deshalb sollten die Leitlinien auch von politischer Seite und Krankenkassen unterschrieben werden.“ 	3

Mitteilung	<ul style="list-style-type: none">• „Solange die Personalsituation (z . B. Auf Stationen) nicht verbessert wird , bleibt alles Schall und Rauch. Sterbebegleitung auf 40 Bettenstationen, wenn es im Spätdienst 2 Schwestern gibt - lachhaft. Solange Mafiastrukturen in Sachsen- Anhalt über SAPV entscheiden , bleibt die ambulante Versorgung hier unethisch. Solange Pflegedienste ambulant ausgenockt werden und mit Sterbenden angeregt durch die Krankenkassen ein Geschäft gemacht wird sind Bemühungen über Leitlinien für mich theoretisches Gefasel. Solange diese vorgegebenen Strukturen von der Politik so gewollt billig gehalten werden sind Leitlinien verschwendetes Papier. Palliativmedizin heißt Empathie für Menschen und gute Grundkenntnisse der Medizin, das ist wichtig - aber das kann jeder gute!! Internist oder Hausarzt. Leider habe ich meine Illusionen in den letzten 15 Jahren verloren. (...) Resultat nach 10 Jahren, ich habe nicht mal mehr vernünftig Zeit für ein Gespräch. Wann soll ich Leitlinien lesen, die nichts Neues sagen? Was passiert denn an vielen Häusern: die onkologischen Stationen behalten " ihre" Pat. Weil sie sie kennen und besser betreuen als die vereinsamten Palliativstationen, natürlich nicht immer... . Also wenns denn schon Leitlinien sein müssen, dann vielleicht noch, damit wir Praktiker damit die Verwaltungen unter Druck setzen können mehr Leute einzustellen. Besser wär mit der Kapazität mal die Strukturen zu kontrollieren, es soll ja nicht überall so schlimm sein wie hier (...)"	
------------	--	--

13.5 Ethikvotum

pf.-dat/zeit 15-APR-2014(01) 11:27
 '04/2014 10:51 Ethikkommission Köln

Ethikkommission Köln S.001
 (FAX)+49 221 478 6751 P.001/002

Universität zu Köln



Geschäftsstelle Ethikkommission • Universität zu Köln • 50931 Köln

Herrn
 Dr. Steffen Simon
 Zentrum für Palliativmedizin
 Uniklinik Köln

- im Hause -

Per Fax:
 0221 478-87579

Köln, 10.04.2014

Unser Zeichen: 14-097

Online Befragung zur Erhebung der persönlichen Einstellung gegenüber
 der S3-Leitlinie Palliativmedizin bei Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft
 für Palliativmedizin (DGP)

Sehr geehrter Herr Dr. Simon,

die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln hat
 sich in ihrer Sitzung vom 03.04.2014 mit Ihrem Antrag befasst. Die Beratung
 erfolgte nach § 15 Abs. 1 der Berufsordnung der Nordrheinischen Ärztinnen
 und Ärzte in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Satzung für die Ethikkommission
 der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Der Antrag wird zustimmend bewertet.

Begründung

Die Unterlagen, einschließlich des Studienplans und der Modalitäten für die
 Auswahl der Studienteilnehmer entsprechen dem Stand der
 wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die vorhersehbaren Risiken und Nachteile
 der Studie sind gegenüber dem Nutzen für die Person, bei der sie
 durchgeführt werden soll, und der voraussichtlichen Bedeutung der
 Ergebnisse für die Heilkunde vertretbar.

Hinweise

Wir dürfen Sie darum bitten, die Ethikkommission unverzüglich von sämtlichen
 nachträglichen Änderungen im Studienplan (abgesehen von rein formellen) zu
 unterrichten, da sie eine erneute Beratung erforderlich machen.

Die Ethikkommission bittet darum über alle Vorkommnisse und Änderungen
 des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, die während der Studie bekannt
 werden und die Sicherheit der Teilnehmer oder die Durchführung der Studie
 beeinträchtigen könnten, unverzüglich informiert zu werden. Diese Information

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Geschäftsstelle der Ethikkommission

Vorsitzender
 Univ.-Prof. Dr. Walter Lehmacher

Leiter der Geschäftsstelle
 Dr. med. Guido Grass
 Telefon +49 221 478 87916

Wiss. Mitarbeiterinnen

Dipl.-Ges.-Ök. Karolína Mäder
 Telefon +49 221 478 88844

Dipl.-Ges.-Ök. Christine Grimm
 Telefon +49 221 478 87488

Dipl.-Ges.-Ök. Sabine Liese
 Telefon +49 221 478 97772

Christin Willgodt M.A.
 Telefon +49 221 478 97773

Sekretariat

Barbara Uhardt M.A.
 Telefon +49 221 478 4282
 Telefax +49 221 478 6751

ek-med@uni-koeln.de
 www.ek-koeln.de

Servicezeiten:
 Mo. – Do. 9.00 – 16.00 Uhr
 Fr. 9.00 – 12.00 Uhr
 und nach Vereinbarung

Besucheradresse:
 Gleueler Straße 70
 Gebäude 5 / Eingang A
 Etage 2a / Raum 015
 50931 Köln (Lindenthal)

Postanschrift:
 Gebäude 5, Kerpener Str. 62
 50937 Köln

Bankverbindung:
 Ban für Sozialwirtschaft Köln
 BLZ 370 205 00
 Kto.-Nr. 8 150 000
 BIC BFSWDE31

Empf.-dat/zeit 15-APR-2014(01) 11:27
15/04/2014 10:52 Ethikkommission Köln

Ethikkommission Köln
(FAX)+49 221 478 6751

S. 002
P. 002/002

Schreiben der Ethikkommission vom 10.04.2014
Antragsnummer 14-097

soll nur in Verbindung erfolgen mit einer Stellungnahme des Studienleiters, ob aus seiner Sicht das Nutzen-/Risiko-Verhältnis des Vorhabens verändert ist.

Die Ethikkommission bittet um Unterrichtung über den Beginn der Studie sowie ferner über einen möglichen frühzeitigen Abbruch der Studie. Wir bitten um Übersendung eines jährlichen Zwischenberichtes. Nach Abschluss des Projektes bitten wir um Übersendung eines Schlussberichtes.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln setzt sich zusammen und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen. Hierbei werden die Grundsätze, wie sie in der „Note for Guidance on Good Clinical Practice“ (CPMP/ICH/135/95) niedergelegt sind, berücksichtigt.

Entsprechend der Funktion der Ethikkommission betrifft diese Stellungnahme nur die ethische Beurteilung der Konzeption, der vorgesehenen Methoden, Durchführung und Überwachung des betreffenden Projektes sowie der beabsichtigten Patientenaufklärung. Die ärztliche und juristische Verantwortung verbleibt jedoch uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern, so dass alle zivil- oder haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, von dieser Seite zu tragen sind.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Wilhelm Krone

Dipl.-Ges.-Ök. Sabine Liese

Liste der Beschluss fassenden Kommissionsmitglieder

Herr Prof. Dr. Konrad Brockmeier

Herr Prof. Dr. Wilhelm Krone

Herr Prof. Dr. Ralph Mösges

Herr Dr. Jörg-Janne Vehreschild

Herr Prof. Dr. Kal Vogeley

13.6 Tabellen im Detail

Studienpopulation

Tabelle 1

Anteil Schwerstkranker	Anteil (%)	Anteil weiblich (%)	Mediane Berufserfahrung in Jahren (95 %-KI)	Anteil Weiterbildung in PC / PM (%)
Kein (Schwerst)krankenkontakt	5,3	60,0	22,0 (20,0;27,0)	74,5
Wenig Kontakt mit Sterbenden (ca. 10-20 %)	24,0	47,0	22,0 (20,0;24,5)	93,1
Kontakt mit Sterbenden (ca. 30-60 %)	19,1	58,4	22,0 (20,0;24,5)	88,3
Überwiegend Kontakt mit Sterbenden (ca. 70-90 %)	20,1	72,5	21,0 (20,0;23,0)	94,2
ausschließlich Kontakt mit Sterbenden (ca. 100 %)	31,5	77,2	22,0 (20,0;23,0)	96,9
Gesamt	100	64,5	22,0 (20,0;23,0)	92,6

Beschreibung der Ziele

1. Einstellung und Meinung der in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien im Allgemeinen

Tabelle 2 (Stratifizierung nach Beruf)

	Anteil fehlend (%)	Anteil in % (95 %-KI)		
		schlecht	mittel	gut
Arzt (n = 515)	10	0,6 (0,0;1,4)	21,4 (18,1;24,9)	78,1 (74,4;81,4)
Pflege (n = 238)	24	1,7 (0,4;3,4)	10,5 (6,7;14,7)	87,8 (83,2;92,0)
Andere (n = 99)	33	2,0 (0,0;5,1)	20,2 (12,1;28,3)	77,8 (69,7;84,8)
Gesamt (n = 852)	17	1,1(0,5;1,8)	18,2 (15,7;20,7)	80,8 (78,2;83,5)

Tabelle 3 (Stratifizierung nach Fachdisziplinen)

	Anteil fehlend (%)	Anteil in % (95 %-KI)		
		schlecht	mittel	gut
Anästhesiologie (n = 136 / 151)	10	0,0	24,3 (16,9;31,6)	75,7 (68,4;83,1)
Innere (n = 106 / 119)	11	1,9 (0,0;4,7)	22,6 (15,1;31,1)	75,5 (67,0;83,0)
Allgemeinmedizin (n = 86 / 98)	12	0,0	30,2 (20,9;40,7)	69,8 (59,3;79,1)
Onkologie (n = 84 / 87)	3	0,0	17,9 (9,5;26,2)	82,1 (73,8;90,5)

Pädiatrie (n = 19 / 22)	14	0,0	10,5 (0,0;26,3)	89,5 (73,7;100)
Weitere (n = 84 / 95)	12	1,2 (0,0;3,6)	11,9 (6,0;19,0)	86,9 (78,6;94,0)
Gesamt (n = 515 / 572)	10	0,6 (0,0;1,4)	21,4 (18,1;24,9)	78,1 (74,4;81,4)

2. Einfluss von Leitlinien auf die tägliche Praxis

Tabelle 4 (Stratifiziert nach Beruf)

In welchem Maße haben medizinische Leitlinien Einfluss auf ihre tägliche Praxis? (Frage 14)		n	Anteil in % (95 %-KI)
Arzt	kein / kaum Einfluss	72	12,7 (10,3;15,6)
	Einfluss	493	87,3 (84,4;89,7)
	Gesamt	565	100,0
Pflege	kein / kaum Einfluss	83	30,0 (24,5;35,4)
	Einfluss	194	70,0 (64,6;75,5)
	Gesamt	277	100,0
Andere	kein / kaum Einfluss	35	38,9 (28,9;48,9)
	Einfluss	55	61,1 (51,1;71,1)
	Gesamt	90	100,0

Tabelle 5 (Stratifiziert nach Fachdisziplin)

In welchem Maße haben medizinische Leitlinien Einfluss auf ihre tägliche Praxis? (Frage 14)		n	Anteil in % (95 %-KI)
Innere (allgemein)	Kein / kaum Einfluss	22	18,5 (11,8;26,1)
	Einfluss	97	81,5 (73,9;88,2)
	Gesamtsumme	119	100,0
Onkologie	Kein / kaum Einfluss	7	8,0 (2,3;14,9)
	Einfluss	80	92,0 (85,1;97,7)
	Gesamtsumme	87	100,0
Anästhesiologie	Kein / kaum Einfluss	13	8,7 (4,7;13,4)
	Einfluss	136	91,3 (86,6;95,3)
	Gesamtsumme	149	100,0
Allgemeinmedizin	Kein / kaum Einfluss	17	17,9 (10,5;26,3)
	Einfluss	78	82,1 (73,7;89,5)
	Gesamt	95	100,0
Pädiatrie	Kein / kaum Einfluss	3	13,6 (0,0;27,3)
	Einfluss	19	86,4 (72,7;100)
	Gesamt	22	100,0 (0-100)
Sonstige Fachdisziplinen	Kein / kaum Einfluss	10	10,8 (5,4-17,2)
	Einfluss	83	89,2 (82,8-94,6)
	Gesamt	93	100,0

3. Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu (1) Empfehlungen und zu (2) Leitlinien in der Palliativmedizin.

(1) Palliativmedizinische Empfehlungen

Tabelle 6

Frage 5	ja		nein		weiß nicht	
	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)
(5.1) <u>Kennen</u> von PM-Empfehlungen	557	54,0	474	46,0		
(5.2) <i>Wenn ja:</i> <u>Anwenden</u> von PM-Empfehlungen	468	84,0	89	16,0		
(5.3) <i>Wenn ja:</i> <u>Effekt</u> sehen von PM-Empfehlungen	262	56,0	35	7,5	171	36,5

- (2) Verbesserung der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten durch (p)LL

Tabelle 7

Verbesserung durch pLL in unterschiedlichen Bereichen (Frage 8)	n	Anteil in % (95 %-KI)
keine / kaum Verbesserung	9	1 (0,3;1,7)
mittelmäßige Verbesserung	260	30,1 (27,1;33,4)
Verbesserung	594	68,8 (65,8;71,8)
Gesamt	863	100

4. Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz der Befragten zu den in der S3-LL bearbeiteten Themen

Tabelle 8 (Stratifizierung nach Beruf)

	Schmerz		Atemnot		Depression		Obstipation		Kommunikation		Versorgungsstrukturen		Sterbephase	
	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)
Arzt														
(eher) weniger kompetent	20	3,5 (2,1;5,1)	16	2,9 (1,4;4,3)	138	29,2 (25,4;33,5)	14	2,6 (1,3;4,1)	28	5,5 (3,7;7,4)	70	13,3 (9,6;15)	28	5,4 (3,5;7,3)
(eher) kompetent	552	96,5 (94,9;97,9)	538	97,1 (95,7;98,6)	334	70,8 (66,5;74,6)	526	97,4 (95,9;98,7)	483	94,5 (92,6;96,3)	455	86,7 (76;83)	490	94,6 (92,7;96,5)
gesamt	572	100	554	100	472	100	540	100	511	100	525	100	518	100
„weiß nicht“	0		0		7	1,5	0		3	0,6	2	0,4	0	
Pflege														
(eher) weniger kompetent	40	12,9 (9,4;17,1)	23	8,4 (5,1;12,1)	132	51,8 (45,5;57,6)	5	1,7 (0,3;3,1)	20	7,1 (4,2;9,9)	30	10,6 (6,5;12,9)	15	5,1 (2,7;7,8)
(eher) kompetent	270	87,1 (82,9;90,6)	250	91,6 (87,9;94,9)	123	48,2 (42,4;54,5)	281	98,3 (96,9;99,7)	263	92,9 (90,1;95,8)	253	89,4 (77,1;85,8)	280	94,9 (92,2;97,3)
gesamt	310	100	273	100	255	100	286	100	283	100	283	100	295	100
„weiß nicht“	2	0,6	1	0,3	3	1,2	1	0,3	2	0,7	3	1,0	3	1,0
Andere														
(eher) weniger kompetent	42	35,3 (26,9;43,7)	33	32,7 (23,8;41,6)	32	29,9 (21,5;39,3)	28	29,8 (20,2;39,4)	8	6,3 (2,4;11,1)	19	18,3 (9,2;22,7)	24	20,5 (12,8;28,2)
(eher) kompetent	77	64,7 (56,3;73,1)	68	67,3 (58,4;76,2)	75	70,1 (60,7;78,5)	66	70,2 (60,6;79,8)	118	93,7 (88,9;97,6)	85	81,7 (63;79,8)	93	79,5 (71,8;87,2)
gesamt	119	100	101	100	107	100	94	100	126	100	104	100	117	100
„weiß nicht“	28	19,0	28	21,7	22	17,0	33	26,0	13	9,4	13	11,1	16	12,0
gesamt														
„weiß nicht“	30	2,9	29	2,8	32	3,1	34	3,3	18	1,7	18	1,7	19	1,8
Summe	1031		1031		1031		1031		1031		1031		1031	

Tabelle 9 (Stratifizierung nach Fachdisziplinen)

	Schmerz		Atemnot		Depression		Obstipation		Kommunikation		Versorgungsstrukturen		Sterbephase	
	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)	n	Anteil % (95 %-KI)
Innere (allgemein)														
(eher) weniger kompetent	4	3,4 (0,8;6,7)	3	2,6 (0;6)	29	29,9 (21,6;38,1)	1	0,9 (0;2,6)	3	2,8 (0;6,5)	6	5,3 (1,8;9,6)	5	4,7 (0,9;9,3)
(eher) kompetent	115	96,6 (93,3;99,2)	113	97,4 (94;100)	68	70,1 (61,9;78,4)	114	99,1 (97,4;100)	104	97,2 (93,5;100)	108	94,7 (90,4;98,2)	102	95,3 (90,7;99,1)
Gesamt	119	100	116	100	97	100	115	100	107	100	114	100	107	100
Onkologie														
(eher) weniger kompetent	1	1,1 (0;3,4)	1	1,2 (0;4,7)	24	32,9 (23,3;43,8)	1	1,2 (0;3,6)	2	2,4 (0;6)	4	4,9 (1,2;9,9)	2	2,7 (0;6,7)
(eher) kompetent	86	98,9 (96,6;100)	84	98,8 (95,3;100)	49	67,1 (56,2;76,7)	83	98,8 (96,4;100)	82	97,6 (94,0;100)	77	95,1 (90,1;98,8)	73	97,3 (93,3;100)
Gesamt	87	100	85	100	73	100	84	100	84	100	81	100	75	100
Anästhesiologie														
(eher) weniger kompetent	5	3,3 (0,7;6,6)	4	2,7 (0,7;5,4)	38	30,4 (22,4;39,2)	6	4,3 (1,4;7,9)	10	7,6 (3,8;12,1)	28	20 (13,6;27,1)	9	6,3 (2,8;10,6)
(eher) kompetent	146	96,7 (93,4;99,3)	143	97,3 (94,6;99,3)	87	69,6 (60,8;77,6)	133	95,7 (92,1;98,6)	122	92,4 (87,9;96,2)	112	80 (72,9;86,4)	133	93,7 (89,4;97,2)
Gesamt	151	100	147	100	125	100	139	100	132	100	140	100	142	100

Allgemeinmedizin														
(eher) weniger kompetent	2	2 (0;5,1)	2	2,1 (0;5,2)	12	15 (7,5;23,8)	1	1,1 (0;3,3)	3	3,6 (0;8,3)	16	17,8 (10;25,6)	3	3,4 (0;8)
(eher) kompetent	96	98 (94,9;100)	94	97,9 (94,8;100)	68	85 (76,3;92,5)	91	98,9 (96,7;100)	81	96,4 (91,7;100)	74	82,2 (74,4;90)	85	96,6 (92;100)
Gesamt	98	100	96	100	80	100	92	100	84	100	90	100	88	100
Pädiatrie														
(eher) weniger kompetent	2	9,1 (0;22,7)	1	4,8 (0;14,3)	11	64,7 (41,2;88,1)	1	5 (0;15)	2	10,5 (0;26,3)	3	15 (0;35)	2	10 (0;25)
(eher) kompetent	20	90,9 (77,3;100)	20	95,2 (85,7;100)	6	35,3 (11,9;58,8)	19	95 (85;100)	17	89,5 (73,7;100)	17	85 (65;100)	18	90 (75;100)
Gesamt	22	100	21	100	17	100	20	100	19	100	20	100	20	100
Andere														
(eher) weniger kompetent	6	6,3 (2,1;11,6)	5	5,6 (1,1;11,2)	24	30 (20;38,8)	4	4,4 (1,1;8,9)	8	9,4 (3,5;16,5)	13	16,3 (7,5;92,5)	7	8,1 (2,3;14,0)
(eher) kompetent	89	93,7 (88,4;97,9)	84	94,4 (88,8;98,9)	56	70 (61,3;80)	86	95,6 (91,1;98,9)	77	90,6 (83,5;96,5)	67	83,8 (75;92,5)	79	91,9 (86;97,7)
Gesamt	95	100	89	100	80	100	90	100	85	100	80	100	86	100

5. Hilfreiche und nützliche Disseminations- und Implementierungsmaßnahmen

Tabelle 10

Maßnahmen zur Implementierung / Anwendung	Anteil (%) weiß nicht	Anteil (%) Zustimmung...			
		<u>nicht</u> hilfreich	<u>eher</u> <u>nicht</u> hilfreich	<u>eher</u> hilfreich	hilfreich
(10.1) pLL-Infos von den jeweiligen Fachgesellschaften	1,7	1,2	3,1	29,9	65,8
(10.2) APPs für Smartphones und Tablets	8,9	6,5	17,0	35,0	41,4
(10.3) SOPs Standards für eigene Klinik / Praxis	8,7	1,6	7,3	41,6	49,5
(10.4) SOP-Satz zum Runterladen auf DGP-Homepage	8,3	1,9	5,3	36,8	56,0
(10.5) Professionelles Marketing	13,2	13,2	37,2	31,3	18,3
(10.6) Kitteltaschen-Kurzfassung	4,8	5,1	12,9	35,9	46,1
(10.7) Kleine Taschenbücher	3,0	3,6	12,7	37,0	46,7
(10.8) DGP-Sonderheft	2,4	2,0	8,3	33,1	56,6
(10.9) Powerpoint-Foliensatz zum Runterladen auf DGP-Homepage	4,8	3,2	12,3	33,2	51,3
(10.10) Artikel „Deutsches Ärzteblatt“	3,0	2,1	6,8	31,9	59,2
(10.11) Artikel „Die Schwester, der Pfleger“	6,1	1,9	6,3	31,5	60,3
(10.12) Artikel „Zeitschrift für Palliativmedizin“	1,8	0,9	4,2	31,1	63,7
(10.13) Sonderheft „Zeitschrift für Palliativmedizin“	2,6	1,3	5,3	27,0	66,4
(10.14) Hinweis in Pflegeausbildung	2,8	0,8	2,9	26,1	70,2
(10.15) Hinweis in Studentenunterricht	1,4	0,6	2,4	24,2	72,9
(10.16) Überwachung durch Qualitätsmonitoring	9,5	7,7	23,3	38,0	31,0
(10.17) CME-Beiträge	5,7	1,9	5,9	30,9	61,4
(10.18) Eigene Vorschläge: N=77 (7,5 %); u.a: Fortbildungen, Kongresse, ...					

Tabelle 11

Freitext Item 10.18	
Vorschläge, die bereits in ähnlicher Weise zur Auswahl standen	
pLL in Aus- und Weiterbildung der verschiedenen Fachbereiche	n = 8
Verbreitung der pLL auch in anderen Fachbereichen	n = 6
Informationsverbreitung in Zeitschriften	n = 6
Continuing Medical Education (CME-Beiträge)	n = 2
Multimediale Informationsverbreitung (z.B. Pop-ups, Onkopedia)	n = 2
Standard Operating Procedures (SOP's)	n = 2
Sonstige	
Fortbildungen, z.B. als kontinuierliche Teamfortbildungen der jeweiligen Berufsgruppen	n = 7
Kongresse	n = 5
Patienten- / allgemeinverständliche Information	n = 4
Gesamteindruck der PM verbessern (bestimmte Denkansätze vermitteln)	n = 4
Continuing Nursing Education (CNE)	n = 3
Regelmäßige Aktualisierungen der pLL (auch in Fachzeitschriften)	n = 3
Informationsverbreitung über Ärztekammer	n = 3
Facharzt für Palliativmedizin	n = 2
Workshops	n = 2
Direkte Ansprache von Chefärzten	n = 2
Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Fernsehen, Presse) in Bevölkerung	n = 2
Vorträge	n = 1

Tabelle 12

Infoquellen für palliativmedizinische Behandlungsentscheidungen	Anteil (%) weiß nicht	Anteil (%) Zustimmung...			
		<u>n</u> icht nützlich	<u>e</u> her <u>n</u> icht nützlich	<u>e</u> her nützlich	sehr nützlich
(6.1) LL der Fachgesellschaften	4,0	1,0	8,0	42,6	48,4
(6.2) Diskussion / Austausch mit Kollegen	0,5	0,1	0,5	12,2	87,2
(6.3) Informationen von Pharmaunternehmen	5,6	12,2	49,3	32,4	6,1
(6.4) Eigene klinische Erfahrung	2,2	0,0	0,3	19,2	80,5
(6.5) Qualitätszirkel	3,3	0,7	6,6	28,9	63,8
(6.6) Eigene Datenbankrecherche	8,0	1,8	11,4	40,3	46,6
(6.7) Fachzeitschriften / Fachbücher	0,7	0,0	1,1	26,2	72,8
(6.8) Kongresse / Tagungen / Fortbildungen	0,6	0,0	2,3	24,4	73,3
(6.9) Internet	2,5	0,6	9,3	41,1	49,1

14 Eidesstattliche Versicherung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema **„Einstellung und Meinung von in der Palliativmedizin Tätigen zu Leitlinien sowie zur Implementierung der neuen S3-Leitlinie Palliativmedizin“** selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Köln, den 22.07.2019

Rieke Schöttmer