

Persönliche PDF-Datei für

Julia Berendt, Michael Thomas, Martin Neukirchen,
Jacqueline Schwartz, Jörg Hense, Mitra Tewes

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

**Integration von Palliativmedizin
in onkologische Spitzenzentren
Deutschlands – ambulante
Sprechstunden und
Rotationsprogramme der
spezialisierten Palliativmedizin**

TumorDiagn u Ther 2019; 40: 293–
299

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:

© 2019 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0722-219X

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Integration von Palliativmedizin in onkologische Spitzenzentren Deutschlands – ambulante Sprechstunden und Rotationsprogramme der spezialisierten Palliativmedizin

Integration of palliative care into the comprehensive cancer center of Germany – consultation hours and fellowship rotations of the specialized palliative care

Autoren

Julia Berendt¹, Michael Thomas², Martin Neukirchen³, Jacqueline Schwartz³, Jörg Hense⁴, Mitra Tewes⁴

Institute

- 1 Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Comprehensive Cancer Center EMN-Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen
- 2 Internistische Onkologie der Thoraxtumoren, Thoraxklinik im Universitätsklinikum Heidelberg, Translational Lung Research Center Heidelberg (TLRC-H), Member of the German Center for Lung Research (DZL)
- 3 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf – Comprehensive Cancer Center, Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 4 Westdeutsches Tumorzentrum – Comprehensive Cancer Center, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Deutschland

Schlüsselwörter

Palliativmedizin, Ambulanz, Tumorsprechstunde, Rotation

Key words

palliative care, outpatient clinics, consultation, fellowships

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0900-2392>

TumorDiagn u Ther 2019; 40: 293–299

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 0722-219X

Korrespondenzadresse

Dr. Mitra Tewes

Universitätsklinikum Essen

Innere Klinik (Tumorforschung),

Hufelandstraße 55, 45147 Essen

Mitra.Tewes@uk-essen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Comprehensive Cancer Center zeichnen sich durch einen fachübergreifenden Austausch aus, um im Krankheitsverlauf zumeist komplexer werdenden Anforderungen an die Versorgung in höchstem Maß gerecht zu werden. Tumorsprechstunden und Rotationen schlagen dabei strukturell bzw. ad personam Brücken zu anderen Fächern und Disziplinen.

Ziel Um den Comprehensive Cancer Centern konkrete Unterstützung zur weiteren Integration der spezialisierten Palliativmedizin geben zu können, wurde erhoben, inwieweit palliativmedizinische Sprechstunden und ärztliche Rotationen zur Palliativmedizin in den Zentren integriert sind.

Methoden Mit einem Befragungsbogen wurden Angaben zur palliativmedizinischen Sprechstunde und ärztlichen Rotation der bisher von der Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center (n = 16) papierbasiert erhoben. Hierfür wurden die Leiter der palliativmedizinischen Einrichtungen der Zentren von Juli bis August 2017 befragt. Die Auswertung erfolgte über SPSS (Häufigkeit, Mittelwert, Median, Spannweite).

Ergebnisse 15 (93,75 %) von 16 Zentren nahmen an der Befragung teil. Neun Zentren (60 %) haben eine palliativmedizinische Sprechstunde. Vier von neun CCC unterbreiten dieses Angebot ≥ 4 Stunden (44,4 %). Ärztliche Rotationen in die Palliativmedizin sind in allen Comprehensive Cancer Centern, vorrangig aus der Onkologie/ Hämatologie (n = 11, 73,3 %) und Anästhesiologie (n = 6) und häufig für zwölf Monate (n = 11), üblich.

Diskussion Im Netzwerk der Comprehensive Cancer Center ist ein Sprechstundenangebot als eine ambulante Struktur der Palliativmedizin bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Derzeit bestehen in den Zentren Unterschiede in der personellen Besetzung und Einschränkungen, entsprechende Leistungen kostendeckend zu finanzieren. Das vorhandene Bemühen um die Integration der palliativmedizinischen Versorgung in den onkologischen Erkrankungsverlauf bedarf zur Erhöhung der Sichtbarkeit palliativmedizinischer Angebote der weiteren Strukturierung. Zur Sensibilisierung für die Möglichkeiten der Palliativmedizin sind dagegen ärztliche Rotationen in die Palliativmedizin, regulär im Netzwerk der Comprehensive Cancer Center umgesetzt, wenn auch nur für einen Teil der Fächer.

ABSTRACT

Background Comprehensive Cancer Centers are characterized by interdisciplinary exchange for meeting increasingly complex care needs during the course of the disease. Tumor consultations hours and fellowship rotations build hereby bridges between the subjects and disciplines.

Objectives In order to be able to provide support in the Comprehensive Cancer Center Network for the further integration of specialized palliative medicine, it was highlighted to what extent consultation hours and fellowship rotations for the palliative care are integrated into the centers.

Methods Information about the spS and fellowship rotation of the Comprehensive Cancer Center (n = 16), which had previously been funded by the Cancer Aid, was paper-based collected with a survey questionnaire. For this purpose, the heads of the palliative care departments of the centers were interviewed from July to August 2017. The evaluation was performed by SPSS (frequency, mean value, median, range).

Results 15 from 16 centers responded to the survey (93.75 %). Nine centers (60 %) have a consultation hour for palliative care. Four from nine centers can submit this offer for ≥ 4 hours (44.4 %). Fellowship rotations in the palliative care occur primarily in all centers from oncology/hematology (n = 11, 73.3 %) and anaesthesia (n = 6) and often for a twelve months (n = 11) period of time.

Conclusion Outpatient structures of the palliative care have been insufficiently implemented to a consultation hour within Comprehensive Cancer Centers. The existing effort to integrate palliative care into the oncological course of disease requires further structuring in order to increase the visibility of palliative care services. Fellowship rotations in the palliative care department are regularly implemented in the network even if only for some of the subjects in order to raise awareness of the possibilities of the palliative care.

Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Werden Formulierungen in weiblicher oder männlicher Form gewählt, so gelten diese auch jeweils für das andere Geschlecht.

Einleitung

Onkologen und andere spezialisierte Fachärzte spielen in der Behandlung von Tumorpatienten eine zentrale Rolle und haben eine wegweisende Funktion in der Patientenversorgung. Der interdisziplinäre Austausch ist wesentlich, da Patienten mit einem Tumor im Verlauf ihrer Erkrankung unterschiedliche Belastungsfelder und Problembereiche aufweisen. Gerade durch die Interaktion mit der spezialisierten Palliativmedizin und durch eine Integration des Feldes in die Ausbildung bietet sich die Chance, die dafür relevanten Punkte früh in die Versorgung onkologisch Erkrankter einzubinden.

Insbesondere onkologische Spitzenzentren, Comprehensive Cancer Center (CCC), stehen für eine herausragende onkologische Patientenbehandlung und -begleitung [1]. Interdisziplinäre Tumorsprechstunden und Rotationen ermöglichen einen interdisziplinären Austausch und sind zentraler Bestandteil jedes CCC. Ein offenes Feld ist teilweise noch, ob und in welcher Art und Weise Palliativversorgung in diese Strukturen eingebunden und in der onkologischen Versorgung verfolgt wird. Nach wie vor wird die spezialisierte Palliativmedizin häufig spät in das Behandlungskonzept eingebunden [2], obwohl es Hinweise gibt, dass eine frühe Einbindung eines Palliativ-Teams, z. B. durch den Besuch einer spezialisierten palliativmedizinischen Sprechstunde, die Patientenorientierung fördert [3] und auch für ärztliche Kollegen, vor allem in der Symptomkontrolle, unterstützend ist [4, 5]. Die aktuelle Behandlungsrealität spiegelt eine regelmäßige Inanspruchnahme der Palliativmedizin allerdings nicht wider, wie Umfragewerte von Breuer et al. belegen [6]. Lediglich 16 % der 472 antwortenden, behandelnden Onkologen überweisen regelmäßig an Spezialisten der Palliativmedizin, 68 % im seltenen

Fall und 16 % überweisen überhaupt nicht [6]. Aus der Studie von Schenker et al. stammt die Erkenntnis, dass Onkologen nicht mehr als 25 % ihrer Patienten zur Palliativmedizin überweisen [7]. Die Gründe für eine zurückhaltende Zuweisung sind vielfältig: Zum einen sind häufig die lokale Verfügbarkeit und Struktur des Palliativ-Teams vor Ort nicht transparent [8, 9]. Dabei ist grundsätzlich die Wahrnehmung von verfügbaren palliativmedizinischen Strukturen entscheidend für die ärztliche Zuweisung [8]. Geeignete Schulungsprogramme werden zunehmend gefordert [10, 11], sind aber bisher nicht definiert. Zum anderen besteht der Glaube, dass einige Inhalte der Palliativmedizin mit einer onkologischen Behandlung nicht oder kaum vereinbar und andere Inhalte Bestandteil der Rolle des Onkologen sind. Hui et al. formulieren in diesem Kontext den Begriff des „palliative Oncologist“ und weisen auf die Bedeutung der Bereitschaft hin, die Betreuung und Versorgung von vornherein breiter zu verstehen als in einer der Ausrichtung auf die alleinige medizinische Behandlung und Fakten der onkologischen Therapie [12].

In einer kürzlich publizierten, in Form eines Delphi-Verfahrens durchgeführten Erhebung wurden wesentliche Indikatoren für die Integration von Palliativversorgung in onkologischen Handlungskonzepten definiert [13, 14]. Hohe Bedeutung in der Domäne der Edukation haben in diesem Handlungskonzept, neben einem didaktisch strukturierten Palliative-Care-Curriculum für Mitarbeiter in der onkologischen ärztlichen Weiterbildung, auch Rotationen von Ärzten in den Palliativbereich wie auch gemeinsame Fortbildungen für Palliativmediziner und Onkologen [14].

Hinsichtlich der strukturellen Integration der Palliativmedizin in die nationalen und internationalen CCC wurde die Etablierung einer spezialisierten palliativmedizinischen Sprechstunde empfohlen [13, 15]. Die konkrete Ausgestaltung in den CCC wurde für 2017 erhoben. Die so gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, im Netzwerk weitere Unterstützung für die Weiterentwicklung der palliativmedizinischen Sprechstunde zu geben. Im Zuge dessen soll auch in Erfahrung gebracht werden, inwieweit aktuell ärztliche Rotationen in die Palliativmedizin der deutschen CCC Realität sind.

► **Tab. 1** Umsetzung von Sprechstunden und ärztlichen Rotationen zur spezialisierten Palliativmedizin im Netzwerk der Comprehensive Cancer Center (Stand August 2017).

	n	ja		nein	
		n	%	n	%
spezialisierte palliativmedizinische Sprechstunde	15	9	60,0	6	40,0
Möglichkeit zur Abrechnung	9	8	87,3	1	12,5
≥ 4 Stunden Verfügbarkeit	9	4	44,4	5	55,6
ärztliche Rotation in die spezialisierte Palliativmedizin	15	13	86,7	2	13,3

Methoden

In die quantitative Befragung, mit Möglichkeit zu Freitextangaben, wurden alle 16 von der Deutschen Krebshilfe (DKH) geförderten CCC-Standorte eingeschlossen. Es handelt sich dabei um universitäre Einrichtungen. Die befragten Personen sind in ärztlicher und leitender Funktion in der Palliativmedizin tätig und Mitglied der Arbeitsgruppe (AG) Palliativmedizin im Netzwerk der geförderten CCC. Der Erhebungsbogen wurde im Juli 2017 zur manuellen Beantwortung per E-Mail versandt und per Fax bis August 2017 entgegengenommen. Dabei wurden Daten zu Themen wie der palliativmedizinischen Sprechstunde, Rotationsprogramme, Palliativdienste sowie die Zusammenarbeit zwischen der Palliativmedizin und Intensivmedizin erhoben und anonymisiert ausgewertet. Die Daten wurden mittels IBM SPSS Statistics 21 erfasst und deskriptiv (Häufigkeit, Mittelwert, Median Mdn, Spannweite R) ausgewertet. Die Auswertungen dieser Publikation beziehen sich auf die Ergebnisse der Befragungen zu den Themen palliativmedizinische Sprechstunde und Rotationsprogramme.

Ergebnisse

Fünfzehn der 16 angeschriebenen CCC (93,75 %) sendeten im Zeitraum von Juli bis August 2017 den Erhebungsbogen zurück. Ein CCC hat vier Wochen nach Befragungsstart auf Nachfrage per E-Mail mitgeteilt, dass eine Bearbeitung aktuell nicht möglich ist.

Angebot einer spezialisierten palliativmedizinischen Sprechstunde

Insgesamt boten zum Befragungszeitpunkt neun der 15 CCC eine palliativmedizinische Sprechstunde (60 %) für Patienten an. Einschränkung vermerkte ein CCC, dass dafür regulär, trotz des zur Verfügung stehenden Angebotes, kein Personal eingeplant ist, sodass das Angebot nur eingeschränkt besteht. Weniger als die Hälfte (n = 4) der im Netzwerk befindlichen CCC können eine palliativmedizinische Sprechstunde mit vier oder mehr als vier Stunden pro Woche anbieten (► **Tab. 1**).

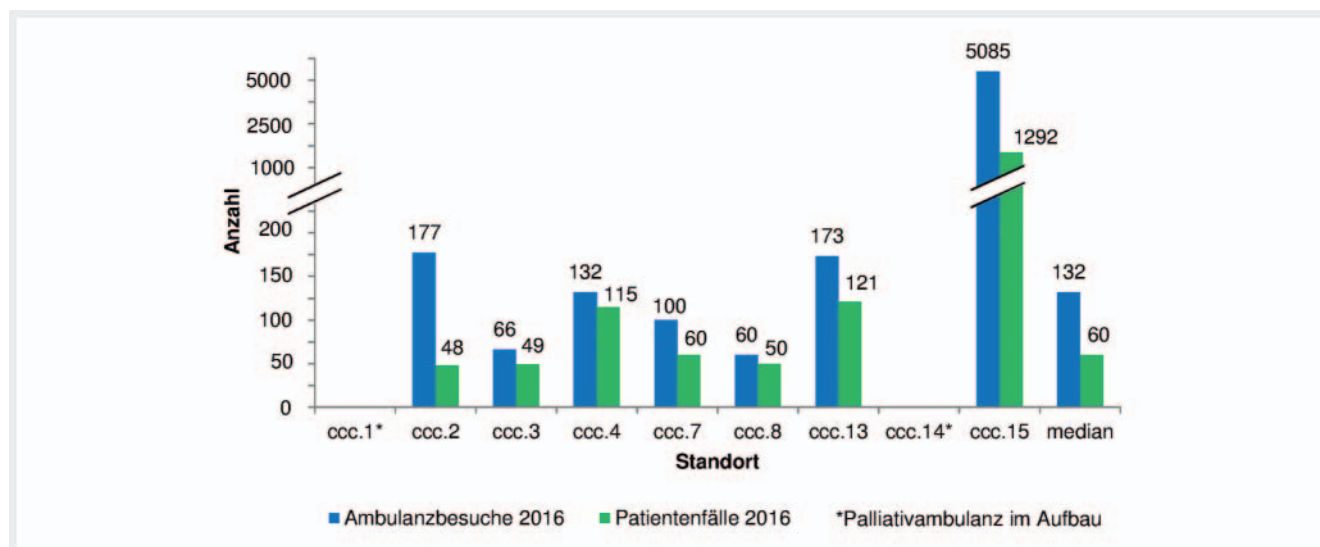
Personell sind die Sprechstunden beinahe alle ausschließlich ärztlich besetzt (Mdn: 0,2 Vollzeitkräftestellen [16]). In drei Fällen ist eine weitere Stelle mit pflegerischem Hintergrund, entweder mit 0,125 und 2-mal mit 0,2 VK, integriert. Berufsgruppen wie Psychologie, Seelsorge, Hospizdienst (je 0,2 VK) und Sozialarbeit

(1 VK) sind teilweise personell eingeplant, während an einem anderen CCC der Arztstelle zusätzlich eine Sekretariatsstelle von 0,2 VK zugeordnet ist.

Acht von neun Standorten, die Patienten mit einer Tumorerkrankung eine palliativmedizinische Sprechstunde anbieten, haben die Möglichkeit, die erbrachten Leistungen abzurechnen. Ein Standort bietet im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), ein Tochterunternehmen des Universitätsklinikums, die palliativmedizinische Sprechstunde an. Sieben weitere Standorte rechnen die ambulanten palliativmedizinischen Leistungen über eine Hochschulambulanz nach hausindividuellen Vereinbarungen mit den Kostenträgern (§ 117, § 120 SGB V) ab. In den Hochschulambulanzen erfolgt die Abrechnung zu gleichen Teilen entweder über eine symptomorientierte, neue Diagnose, die nicht der Tumordiagnose entspricht (zweiter Überweisungsschein) (n = 3), oder im Rahmen der onkologischen Hauptdiagnose (ein Überweisungsschein) (n = 3). Ein Standort hat hierzu keine Aussage getätigt.

Die Sprechstunde ist in einem CCC im MVZ über zwei Kassensitze mit drei ärztlichen Mitarbeitern in der Allgemeinmedizin abgebildet. Folglich haben die Allgemeinmediziner, die die Leistungen erbringen (24-h-Rufbereitschaft), die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung wurden sogenannte Verträge „Qualifizierter Palliativarzt“ geschlossen. Hier ist das Ziel, Patienten zuhause ärztlich allgemein-palliativmedizinisch zu betreuen, die nicht in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung fallen. Während im MVZ ein Besuch mit 35 € vergütet wird, und zuzüglich die Berechnung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgesehen ist, schwankt die Vergütung für einen Quartalsbesuch im Jahr 2017 in den verschiedenen Bundesländern zwischen 60 und 120 € (Mdn: 89 €).

Der Median für die Besuchszahlen der palliativmedizinischen Sprechstunden lag im CCC-Netzwerk im Jahr 2016 bei 132 (R: 60 – 5085) (► **Abb. 1**). Es wurden 2016 im Median 60 Patienten beraten und/ oder behandelt. Am häufigsten erfolgt die Abstimmung mit den Primärbehandelnden über den Arztbrief (n = 8). Im Weiteren wurden telefonische Rückmeldungen (n = 5), die Kommunikation über ein einheitliches Dokumentationssystem (n = 4), persönliche Gespräche (n = 2), gemeinsame Sprechstunden (n = 1) oder die Dokumentation in der Akte (n = 1) als mögliche Mittel und Wege genannt, deren Einsatz sich an einem CCC auch „individuell“ (n = 1) gestaltet, um über die ambulante palliativmedizinische Behandlung und Beratung zu informieren.



► **Abb. 1** Inanspruchnahme der Palliativambulanzen im CCC-Netzwerk im Jahr 2016.

Ärztliche Rotation auf die Palliativstation

Die Möglichkeit, als Arzt in die Palliativmedizin zu rotieren, wird in 13 (86,7 %) von 15 CCC-Standorten angeboten. Elf der 13 CCC (84,6 %) geben an, dass sich ein Großteil der Rotanden währenddessen in der Assistenzarztausbildung befindet. Assistenzärzte rotieren selten im ersten Assistenzarztjahr ($n = 2$). Der Rotations-einsatz erfolgt zu fast gleichen Teilen im zweiten ($n = 5$), dritten ($n = 6$), vierten ($n = 4$), fünften ($n = 5$) als auch sechsten ($n = 5$) Assistenzarztjahr.

Teilweise wird das Angebot auch von Fachärzten genutzt, um die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zu erwerben ($n = 8$). Ein Standort bietet die ärztliche Rotation im Weiterbildungscurriculum einer Inneren Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin an. Am häufigsten ist pro Jahr eine Stelle ($n = 6$) für die ärztliche fachübergreifende Rotation geplant. Hingegen sind anderenorts auch weniger als eine Stelle ($n = 1$), zwei Stellen ($n = 1$), drei Stellen ($n = 2$) und mehr als vier Stellen ($n = 1$) vorgesehen.

Die ärztlichen Rotationsassistenten der 15 CCC kommen überwiegend aus den Bereichen Onkologie/ Hämatologie ($n = 11$, 73,3 %) und Anästhesiologie ($n = 6$). Des Weiteren bestehen Rotationsprogramme für Ärzte der Strahlentherapie und Radioonkologie ($n = 3$), Neurologie ($n = 3$), Allgemeinmedizin ($n = 1$), Psychosomatik ($n = 1$) und Geriatrie ($n = 1$). In keinem CCC erfolgte eine Rotation aus anderen Fachabteilungen der Inneren Medizin.

Während überwiegend die Rotationen für die Ärzte aus der Onkologie/ Hämatologie ($n = 6$), Anästhesie ($n = 5$) und Psychosomatik ($n = 1$) zwölf Monate andauern, sind für die Rotanden der Strahlentherapie/ Radioonkologie ($n = 2$) sowie der Allgemeinmedizin ($n = 1$) bis zu sechs Monate vorgesehen. Ein sechsmonatiger Einsatz ist zum Teil ebenfalls in der Anästhesie ($n = 1$) und Onkologie/ Hämatoonkologie ($n = 1$) gegeben. Teilweise sind in der Onkologie/ Hämatoonkologie auch sechs bis 12 Monate ($n = 3$) eingeplant. Anderenorts sind ausgehend von der Onkologie/ Hämatoonkologie wiederum drei bis sechs Monate ($n = 1$) üblich. In einem CCC dauert die ärztliche Rotation für Ärzte aus der Neurologie 12 Monate, in

einem anderen CCC wird die Rotationsdauer der Ärzte sowohl aus der neurologischen als auch aus der geriatrischen Abteilung nach Absprache festgelegt.

In vier palliativmedizinischen Einrichtungen wurde eine Evaluation der Rotation bestätigt. Während ein CCC die Evaluation als Befragung plant (vor Beginn, sechs Monate nach Beginn und im Anschluss), nennen drei CCC als Evaluationsmaßnahme Mitarbeitergespräche, die vorab und im Anschluss durchgeführt werden ($n = 2$). Ein Standort hat den Zeitpunkt der Evaluation nicht näher spezifiziert.

Diskussion

Zentraler Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die Ergebnisse einer Erhebung in den von der DKH geförderten CCC zum Vorhandensein und der Struktur einer spezialisierten palliativmedizinischen Sprechstunde sowie eines Rotationskonzeptes für ärztliche Mitarbeiter in die Palliativmedizin. Diese Strukturmerkmale sind wichtige Kenngrößen für eine erfolgreiche Integration der Palliativmedizin in die onkologische Versorgung. In einem von Hui et al. [15] durchgeführten Konsensverfahren wurden im Kontext der Edukation relevante Struktur- und Prozessmerkmale, Outcome-Parameter sowie Komponenten definiert. Grundsätzliche Strukturmerkmale für die Integration der Palliativmedizin in die onkologische Versorgung ist das Vorhandensein einer spezialisierten palliativmedizinischen Sprechstunde (Konsens 95 %), wie auch nationale Empfehlungen für die CCC darlegen [17]. Im Rahmen eines onkologischen Curriculums sind dazu, neben einer strukturierten curricularen und fortlaufenden Ausbildung in der Palliativmedizin (Konsens 98 %), das Vorhandensein einer Rotation auf die Palliativstation (Konsens 93 %) genannt. Diese Voraussetzungen ermöglichen in der Onkologie eine Entwicklung, die Hui et al. als den Typus des „palliative Oncologist“ bezeichnen [12].

Spezialisierte palliativmedizinische Sprechstunde

Etwas mehr als jedes zweite CCC in Deutschland bietet für seine Patienten eine ambulante palliativmedizinische Sprechstunde an. Allerdings weisen diese Sprechstunden zahlreiche organisatorische und strukturelle Unterschiede sowie Probleme auf. Indem sich die vorgesehenen personellen Ressourcen auf 0,05 bis zu einer 1,5 VK-Stelle belaufen, ist zwar die Berücksichtigung einer palliativmedizinischen Sprechstunde im Leistungsangebot vieler CCC zu erkennen, aber diese sind aktuell eher bi- als multiprofessionell, da nur drei CCC eine weitere Berufsgruppe planmäßig vorsehen. Wünschenswert wäre in den CCC, mit Blick auf den Anteil der zu versorgenden Patienten mit begrenzter Prognose (definiert z. B. durch eine geschätzte mediane Überlebenserwartung unter 12 Monaten), die notwendige Skalierung für einen Kontakt zur palliativmedizinischen Sprechstunde abzuschätzen. Wenn in einem CCC 1000 Patienten in einem Prognosekontext von 12 Monaten zu versorgen sind, davon ausgehend, dass im Jahresverlauf bei jedem Patienten nur eine Stunde Beratungs-/Strukturierungsleistung (und 30 Minuten Nacharbeit) eines multiprofessionellen Teams erfolgt, wäre das ein Bedarf von 1 VK Arzt/ 1 VK Palliative Care Nurse/ 1 VK Sozialdienst für die Aufrechterhaltung jener Sprechstunde pro 1000 Patienten.

Die von Experten als notwendig erachtete und empfohlene Präsenz der palliativmedizinischen Sprechstunde im ambulanten Versorgungsangebot der CCC und somit die frühe Integration einer palliativmedizinischen Sprechstunde im Umfang von vier Stunden [13] ist bei Weitem nicht in allen Zentren umgesetzt. Ein Grund ist die fehlende Gegenfinanzierung ambulanter Leistungen im deutschen Gesundheitssystem, auch wenn die Mehrheit der CCC ihre palliativmedizinischen ambulanten Leistungen zumindest anteilig abrechnen können. Mit 60 bis 120 € pro Quartal für einen Patienten kann aller Wahrscheinlichkeit nach nicht von einer kostendeckenden Abrechnung gesprochen werden. Die Finanzierung palliativmedizinischer ambulanter Leistungen der CCC ist sehr heterogen, da sich die Vergütungsmodelle unterscheiden. Somit scheint die Finanzierung der palliativmedizinischen Sprechstunde in einem Großteil der befragten Zentren unterfinanziert. Lediglich die Abrechnung mit Kassensitzen über ein MVZ könnte ein akzeptabel vergütetes Modell darstellen. Die Personalstruktur, der bisher dafür vorgesehene zeitliche Umfang und die unterschiedliche Finanzierung erklären womöglich die bisher geringen Patientenfälle in einem Großteil der CCC. Ein weiterer Grund für die geringe Präsenz im CCC-Netzwerk im Vergleich zu internationalen Krebszentren [16, 18, 19] könnte auch ein unterschiedlicher Stellenwert sein, der einer palliativmedizinischen Sprechstunde in den CCC bisher beigemessen wird.

Die palliativmedizinische Sprechstunde bietet die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Onkologen das Therapieziel mit dem Patienten abzustimmen und eine palliativmedizinische Behandlung komplexer Symptome im Krankheitsverlauf frühzeitig anzubieten und ggf. einzubinden [3]. In Anbetracht dessen, dass die ambulante Versorgung in der Onkologie zunimmt [20] und sich stationäre onkologische Leistungen in den ambulanten Versorgungsbereich verlagern [21, 22], stellt der Ausbau bzw. die Implementierung ambulanter palliativmedizinischer Strukturen in einem CCC eine wichtige Möglichkeit der Zusammenarbeit dar und sollte von den CCC

gefördert werden. In Zusammenarbeit mit Onkologen sollten, unter anderem im Rahmen regelmäßig durchgeführter Screenings, Symptome onkologischer Patienten frühzeitig erfasst und behandelt werden [23, 24]. So können in einer palliativmedizinischen Sprechstunde beispielsweise auch Leistungen erbracht werden, die niedergelassene Ärzte nicht ohne weiteres erbringen können, um diese im Behandlungsverlauf zu unterstützen. In einer qualitativen Analyse bei Patienten mit metastasiertem Lungenkarzinom wurde deutlich, wie wichtig eine strukturierte Kommunikation über den gesamten Erkrankungsverlauf hinweg ist [25, 26]. Eine palliativmedizinische Sprechstunde könnte hier die bei begrenzter Prognose notwendigen Dimensionen der Kommunikation zumindest ansatzweise bedienen. Hier knüpfen die Best-Practice-Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin in die CCC an, die aufzeigen, dass die Möglichkeit der Einbindung eines zusätzlichen, spezialisierten Teams im Rahmen der ambulanten Behandlung (Tumorsprechstunden) von Ärzten anderer Fachbereiche während des Behandlungsverlaufes kommuniziert werden sollte. Zusätzlich sollen Informationen in den Räumlichkeiten der Tumorsprechstunden ausgelegt sein [13].

Rotationsprogramme

Ein zweiter Schlüssel zur Verbesserung der frühen Integration der Palliativmedizin ist vor allem ein Beziehungsaufbau zwischen den Erstversorgenden und der Palliativmedizin. Hierzu kann eine ärztliche Rotation einen wertvollen Beitrag leisten.

Rotationsprogramme in die Palliativmedizin sind für Ärzte in der onkologischen Versorgung in den CCC der USA eher selten [16, 19]. Demgegenüber zeigen die deutschen CCC eine hohe Bereitschaft: 86 % der im Netzwerk geförderten CCC ermöglichen Rotationen in die Palliativmedizin. Unsere Untersuchung zeigt keine Präferenz für das Assistenzarztjahr, in welchem Ärzte ihren Rotationseinsatz vollziehen. Lediglich das erste Assistenzarztjahr erscheint als Einsatzzeitpunkt unüblich. Sicherlich geboten und notwendig ist diese Rotation in ein strukturiertes Curriculum für Assistenzärzte in der onkologischen Weiterbildung einzubinden, das die Vertiefung palliativmedizinischer Kenntnisse und der palliativmedizinischen Haltung ermöglicht [15].

Eine einjährige Rotation hat sich offensichtlich in der Praxis der Palliativstationen der CCC bewährt. Es ist naheliegend, dass in den meisten CCC insbesondere die Onkologie/ Hämatologie einen länger andauernden Rotationseinsatz in die Palliativmedizin anbieten. Als Faktor einer erfolgreichen Integration der Palliativmedizin in die Onkologie, sollte die Option zur Rotation im onkologischen/ hämatologischen Bereich in allen CCC als Spitzenzentrum geprüft und initiiert werden. Auffällig ist, dass die sonstigen Disziplinen der Inneren Medizin der CCC keine strukturierte ärztliche Rotation in die Palliativmedizin anbieten. Allerdings könnte sich durch die zunehmende Ausdifferenzierung der Gebiete, wie speziell ausgerichteten Strukturen zum Management der schweren Herzinsuffizienz oder interstitiellen Lungenerkrankungen, ein Wandel vollziehen. Denn nicht nur Tumorerkrankungen münden des Öfteren in ein komplexes Krankheitsgeschehen, das eine besonders enge, interdisziplinäre Kooperation verlangt.

Die Untersuchung zeigt ein klares Bestreben der Palliativmedizin, ein Rotationsangebot anzubieten. Indem Ärzten das Vorhan-

densein differenzierter Angebote der Palliativmedizin zusehends häufiger aufgezeigt wird, kommt sie dem Ziel nach, das Outreach der palliativmedizinischen Einrichtung zu steigern. Ärzte, die eine Rotation von mehreren Monaten durchlaufen haben, empfehlen zu 98 % diesen Perspektivenwechsel zu verfolgen [27]. Über die Hälfte (68,7 %) onkologisch tätiger Ärzte sind der Meinung, eine Rotation in die Palliativmedizin sollte für die zukünftige Behandlung von Patienten mit einer onkologischen Erkrankung Teil der onkologisch-ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sein [28, 29]. Positive Effekte auf Kenntnisstand und Kompetenz zur Palliativmedizin sind per se gegeben [27, 30–32]. Ergänzende Erkenntnisse, die aus einer Evaluation heraus offensichtlich wurden, weisen darauf hin, dass in den deutschen CCC vier Standorte die Frage nach einer Evaluation des Rotationsprogramms bejahten. Jedoch stellte sich heraus, dass diese aktuell lediglich individuell als Mitarbeitergespräche durchgeführt werden. Eine einheitliche Abfrage von dem durch die Rotation gegebenen Erwerb von Haltung und Handlungswissen bei Ärzten [27, 33] oder Gesundheits- und Krankenpflegern [34] wird aktuell an den CCC nicht durchgeführt. Wünschenswert ist hier eine strukturierte Evaluation in den Blick zu nehmen. Hierzu könnte mit der Koordinationsstelle der AG Palliativmedizin der von der DKH geförderten CCC ein Vorschlag erarbeitet werden.

Limitationen

Die Untersuchung bildet mit dem Fokus auf das Netzwerk geförderter CCC nur einen Teil der onkologisch versorgenden Einrichtungen in Deutschland ab. Daher spiegelt sie nicht die aktuelle Behandlungsrealität in Deutschland wider, sondern den aktuellen Status in den geförderten CCC. Durch den Fokus auf die CCCs wird lediglich eine Aussage über 15 der über 300 Palliativstationen in Deutschland getroffen. Daher darf nicht außer Acht gelassen werden, dass in nicht universitären Palliativstationen zumeist obligat eine Rotation stattfindet, da diese Palliativstationen i. d. R. nicht eigenständig sind, sondern häufig zu einem Bereich wie Onkologie oder Anästhesie gehören.

KERNAUSSAGEN

- Für eine bessere und frühzeitige Einbindung der Palliativmedizin in die onkologische Versorgung kann eine erhöhte Präsenz durch eine palliativmedizinische Sprechstunde und eine Sensibilisierung der Ärzte für palliativmedizinische Themengebiete durch eine Rotation in die palliativmedizinische Abteilung sinnvoll sein.
- Während Rotationsprogramme im stationären palliativmedizinischen Bereich bereits in den CCCs breiter vertreten sind, ist die Strukturierung und Implementierung von palliativmedizinischen Sprechstunden allenfalls in Ansätzen vorhanden.
- Das vorhandene Bemühen um die Integration der palliativmedizinischen Versorgung in den onkologischen Erkrankungsverlauf bedarf der weiteren Strukturierung sowie der Beantwortung der Frage, in welcher Konzeptlinie die notwendigen Struktur- und Prozessmerkmale sowie

edukativen Komponenten für die frühe Integration von Palliativmedizin am Standort entwickelt werden [12]. Dies sollte auch das Bemühen um entsprechend ausgerichtete Forschungsprojekte umfassen [14].

ABKÜRZUNGEN

AG	Arbeitsgemeinschaft
CCC	Comprehensive Cancer Center
DKH	Deutsche Krebshilfe
Mdn	Median
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl
R	Spannweite
VK	Vollzeitkraft/-kräfte

Interessenkonflikt

Die Zentren, in denen die Autoren angestellt sind, werden von der Deutschen Krebshilfe gefördert. Weitere Interessenkonflikte in Bezug auf das Manuskript bestehen nicht.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht in: Dtsch Med Wochenschr 2018; 143: e139–e145

Literatur

- [1] Beckmann MW, Adler G, Albers P et al. Dreistufenmodell optimiert Behandlung unter Kostendeckung. Wie die künftigen Strukturen der onkologischen Versorgung in Deutschland aussehen sollten. Dtsch Arztebl 2007; 104: A3004–A3009
- [2] Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. The Lancet Oncology 2007; 8: 430–438. doi:10.1016/s1470-2045(07)70138-9
- [3] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New Eng Med 2010; 363: 733–742. doi:10.1056/NEJMoa1000678
- [4] Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT et al. Oncologists' perspectives on concurrent palliative care in a National Cancer Institute-designated comprehensive cancer center. Palliat Support Care 2013; 11: 415–423. doi:10.1017/s1478951512000673
- [5] Rhondali W, Burt S, Wittenberg-Lyles E et al. Medical oncologists' perception of palliative care programs and the impact of name change to supportive care on communication with patients during the referral process. A qualitative study. Palliat Support Care 2013; 11: 397–404. doi:10.1017/s1478951512000685
- [6] Breuer B, Fleishman SB, Cruciani RA et al. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: a national survey. J Clin Oncol 2011; 29: 4769–4775. doi:10.1200/JCO.2011.35.0561
- [7] Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D et al. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. J Oncol Practic 2014; 10: e37–e44. doi:10.1200/JOP.2013.001130
- [8] Johnson CE, Girgis A, Paul CL et al. Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: results of a national survey. Pall Med 2008; 22: 51–57. doi:10.1177/0269216307085181

- [9] Manitta VJ, Philip JA, Cole-Sinclair MF. Palliative care and the hemato-oncological patient: can we live together? A review of the literature. *J Pall Med* 2010; 13: 1021 – 1025. doi:10.1089/jpm.2009.0267
- [10] Von Roenn JH, Voltz R, Serrie A. Barriers and approaches to the successful integration of palliative care and oncology practice. *J Nat Comp Canc Netw* 2013; 11 (1): S11 – S16
- [11] Larrieux G, Wachi BI, Miura JT et al. Palliative Care Training in Surgical Oncology and Hepatobiliary Fellowships: A National Survey of Program Directors. *Ann Oncol* 2015; 22 (3): S1181 – S1186. doi:10.1245/s10434-015-4805-8
- [12] Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Oncol* 2015; 4: 89 – 98. doi:10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.01
- [13] Berendt J, Stiel S, Simon ST et al. Integrating Palliative Care Into Comprehensive Cancer Centers: Consensus-Based Development of Best Practice Recommendations. *Oncologist* 2016. doi:10.1634/theoncologist.2016-0063
- [14] Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature reviews Clinical oncology* 2016; 13: 159 – 171. doi:10.1038/nrclinonc.2015.201
- [15] Hui D, Bansal S, Strasser F et al. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol* 2015; 26: 1953 – 1959. doi:10.1093/annonc/mdv269
- [16] Hui D, Elsayem A, De la Cruz M et al. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA* 2010; 303: 1054 – 1061. doi:10.1001/jama.2010.258
- [17] Berendt J, Oechsle K, Thomas M et al. Integration der Palliativmedizin in die von der Deutschen Krebshilfe e. V. geförderten onkologischen Spitzenzentren. *Dtsch Med Wochenschr* 2016; 141: e16 – e23. doi:10.1055/s-0041-106089
- [18] Davis MP, Strasser F, Cherny N. How well is palliative care integrated into cancer care? A MASCC, ESMO, and EAPC Project. *Support Care cancer* 2015; 23: 2677 – 2685. doi:10.1007/s00520-015-2630-z
- [19] Hui D, Cherny N, Latino N et al. The “critical mass” survey of palliative care programme at ESMO designated centres of integrated oncology and palliative care. *Ann Oncol* 2017; 28: 2057 – 2066. doi:10.1093/annonc/mdx280
- [20] DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. Herausforderung demografischer Wandel Bestandsaufnahme und künftige Anforderungen an die onkologische Versorgung. In: Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO. Band 1 2013.. Im Internet: <https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/demografischer-wandel>; Stand: 06.02.2018
- [21] Robert Koch-Institut. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. 2016.. Im Internet: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.html; Stand: 06.02.2018
- [22] Richter-Kuhlmann E. Mehr Krebsfälle, zu wenig Onkologen. Studie zum onkologischen Versorgungsbedarf. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A 364
- [23] Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. 2015.. Im Internet: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf; Stand: 06.02.2018
- [24] Tewes MRT, Beckmann M, Scheer K et al. Patient-Reported-Outcome-Messung (PROM) psychosozialer Belastung und Symptome für ambulante Patienten unter kurativer oder palliativer Tumorthherapie. Eine retrospektive Analyse eines Comprehensive Cancer Center. *Der Onkologe* 2018; 24: 69 – 77. doi:10.1007/s00761-017-0324-5
- [25] Sparla A, Flach-Vorgang S, Villalobos M et al. Reflection of illness and strategies for handling advanced lung cancer – a qualitative analysis in patients and their relatives. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 173. doi:10.1186/s12913-017-2110-x
- [26] Villalobos M, Coulibaly K, Krug K et al. A longitudinal communication approach in advanced lung cancer: A qualitative study of patients', relatives' and staff's perspectives. *Eur J Cancer Care* 2017. doi:10.1111/ecc.12794
- [27] Duong PH, Zulian GB. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliat Med* 2006; 20: 551 – 556. doi:10.1191/0269216306pm1158xx
- [28] Ward AM, Agar M, Koczwara B. Collaborating or co-existing: a survey of attitudes of medical oncologists toward specialist palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 698 – 707. doi:10.1177/0269216309107004
- [29] Wong A, Reddy A, Williams JL et al. ReCAP: Attitudes, Beliefs, and Awareness of Graduate Medical Education Trainees Regarding Palliative Care at a Comprehensive Cancer Center. *J Oncol Prac* 2016; 12: 149 – 150; e127 – 137. doi:10.1200/jop.2015.006619
- [30] Lefkowitz CAT, Leahy J, Teuteberg W. Impact of palliative care rotation on gynecologic oncology fellows' knowledge, rates of explicit teaching, and perceived competence in palliative care. *Journal of Clinical Oncology* 2017. doi:10.1200/JCO.2017.35.31_suppl.95
- [31] Olden AM, Quill TE, Bordley D et al. Evaluation of a required palliative care rotation for internal medicine residents. *J Palliat Med* 2009; 12: 150 – 154. doi:10.1089/jpm.2008.0246
- [32] Thomas RA, Curley B, Wen S et al. Palliative Care Training during Fellowship: A National Survey of U. S. Hematology and Oncology Fellows. *J Palliat Med* 2015; 18: 747 – 751. doi:10.1089/jpm.2015.0035
- [33] Mosich V, Sellner-Pogany T, Wallner J. PKT – Palliative competence test for physicians: Design and validation of a questionnaire to assess knowledge and specific self-efficacy expectations of physicians in palliative care. *Schmerz* 2017; 31: 375 – 382. doi:10.1007/s00482-016-0180-z
- [34] Pfister D, Muller M, Muller S et al. Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW). *Schmerz* 2011; 25: 643 – 653. doi:10.1007/s00482-011-1111-7