

Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens

Vorhabentitel	Heidelberger Meilenstein-Kommunikation (HeiMeKOM) für Patientinnen und Patienten mit einer Prognose < 12 Monaten – Zur Verbesserung des kommunikativen Umfelds, der Lebensqualität und zur frühen Integration von Palliative Care
Schlüsselbegriffe	Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit, frühe Integration von Palliative Care
Vorhabendurchführung	Prof. Dr. Michael Thomas, Prof. Dr. Jana Jünger, Prof. Dr. Michel Wensing, Dr. Villalobos
Vorhabenleitung	Prof. Dr. Michael Thomas,
Autor(en)	Anja Siegle, Matthias Villalobos Katja Krug, Nicole Deis, Laura Unsöld, Jana Jünger, Michel Wensing, Michael Thomas
Vorhabenbeginn	01.04.2017
Vorhabenende	30.06.2020

1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Die Notwendigkeit zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen seitens der Behandelnden im Rahmen eines qualitativ hochwertigen Versorgungsprozesses wurde im Nationalen Krebsplan des Bundesgesundheitsministeriums und in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) beschrieben [1, 2]. Allerdings fehlen bislang strukturierte Kommunikationskonzepte, die alle relevanten Punkte dieser spezifischen Kommunikation abdecken und eine Übertragung in den Klinikalltag erlauben. Am Beispiel von Patientinnen und Patienten mit metastasiertem Lungenkarzinom wurde die Meilenstein-Kommunikation (HeiMeKOM) exploriert und relevante Komponenten definiert. Die Komponenten und Wirkfaktoren wurden herausgearbeitet mit dem Ziel der Übertragbarkeit auf alle Patientinnen und Patienten mit limitierter Prognose (mediane Überlebenszeit < 12 Monate). Darüber hinaus wurden Rahmenbedingungen identifiziert, die die Implementierung und Verbesserung von Outcomes befördern bzw. behindern.

2. Durchführung, Methodik

Da mehrere Perspektiven (Patientinnen und Patienten/An- bzw. Zugehörige/Multi-professionelles Team), verschiedene Dimensionen (Kommunikationskonzept, Training, Implementierung) zu verschiedenen Zeitpunkten (Weiterentwicklung, Implementierung, Evaluation) zur Erfolgskontrolle erfasst werden sollten, wurde ein Multiphase Mixed Method Design gewählt [3]. In drei Phasen der Erhebung (Weiterentwicklung, Implementierung und Ergebnisevaluation) wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zur Untersuchung genutzt. In der Initialphase standen die evidenzbasierte Konzeptweiterentwicklung (mittels Fokusgruppe) und das interprofessionelle Kommunikationstraining (ärztliches und pflegerisches Personal) mittels Videoanalyse und Fragebogen im Vordergrund. In der zweiten Phase wurde die Implementierung im Rahmen einer Prozessevaluation auf Umsetzungstreue (fidelity) untersucht (Fokusgruppe, Dokumentenanalyse). In der dritten Phase nach der Implementierung fand die summative Ergebnisevaluation statt (Interview Patientinnen, Patienten, Angehörige, pragmatische randomisiert kontrollierte Untersuchung).

3. Gender Mainstreaming

Allen Männern und Frauen wurde HeiMeKOM gleichermaßen angeboten. Sowohl Ärzte als auch Ärztinnen haben die Gespräche geführt. Leider konnten in dem Projekt aufgrund der vorliegenden Personalausstattung nur weibliche Pflegekräfte für das Onkologische Beratungsteam herangezogen werden. Grundsätzlich wäre es jedoch besser, wenn Pflegendе beiderlei Geschlechts sowohl Meilenstein-Gespräche als auch Follow-up Gespräche durchführten.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Die Ergebnisse zeigen, dass HeiMeKOM im Klinikalltag angekommen ist: Meilensteingespräche werden interprofessionell geführt, Follow-up Gespräche durchgeführt und dokumentiert. Somit ist die Implementierung gelungen. Die Prozessevaluation zeigt in den qualitativen Interviews mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, dass HeiMeKOM sie in ihrer Erkrankung hinsichtlich der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des eigenen Lebens unterstützt. Gleichwohl benötigt es eine individuelle Anpassung für die Patientinnen und Patienten innerhalb der Gespräche. Die pragmatisch randomisierte Studie zeigt, dass die Patientinnen und Patienten, die die HeiMeKOM-Intervention erhielten, nach drei Monaten weniger Informationsbedarfe und -bedürfnisse ($n=52$, $M=33.4$, $SD=27.5$) zeigten als Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe ($n=50$, $M=43.1$, $SD=29.9$; $p=.033$; effect size: Cohen's $d=-.0.37$).

HeiMeKOM zeigt somit eine erfolgreiche Herstellung von Kontinuität in der Kommunikation, Orientierung im Gesundheitssystem und Unterstützung im Alltag. All dies ist essentiell in der patientenzentrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit limitierter Prognose. Im Klinikalltag ist HeiMeKOM umsetzbar und sind die Voraussetzungen für eine Übertragung in andere Kliniken und Settings sind geschaffen.

Bisher wird die Kommunikation mit Lungenkrebspatientinnen und -patienten nur sehr begrenzt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach §116b, SGB V abgebildet, obwohl diese gerade überarbeitet wurde (Beschluss des G-BA vom 19.12.2019). Zum einen gibt es hierfür keine extra

ausgewiesene Gesprächszeit im EBM, zum anderen fehlt es an systematischer Gesprächsstruktur. Zudem fehlt es gänzlich an überprüfbaren und umsetzbaren Strukturkonzepten, die qualitätsgesichert in die Anwendung gebracht werden können.

Aus diesen Gründen benötigt es eine Übernahme von HeiMeKOM in die Regelversorgung durch:

- Eine finanzielle Vergütung der Gesprächszeit von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden bei von voraussichtlich 6 Meilensteingesprächen à 60 min pro Patientin bzw. Patient pro Jahr (ggf. auch 12 Meilensteingespräche á 30 min) und ca. 12-20 Follow-up Gesprächen. Dies gilt sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting.
- Verbindliche Curricula auch für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte mit Berufserfahrung.
- Das Kommunikationstraining HeiMeKOM, das auf Erfahrung der Teilnehmenden und die Bedingungen im Klinikalltag eingeht, mit Übungs- und Reflexionsphasen als Voraussetzung zur Vergütung.
- Die Kommunikationsstruktur von HeiMeKOM, die im Arbeitsalltag anwendbar ist: geplante, interprofessionelle Gespräche (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende) mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in einem ruhigen Setting.

HeiMeKOM wird weiter über einen bereits abgeschlossenen §140a SGB V-Vertrag mit der AOK-Baden-Württemberg in der Thoraxklinik angeboten und so finanziert. Es ist geplant auf weitere Krankenkassen zu zugehen und sie ebenfalls für eine Kostenübernahme zu gewinnen.

5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die im Rahmen des Vorhabens gewonnenen Ergebnisse können eindrucksvoll belegen, dass das erarbeitete Kommunikationskonzept sowohl für die Erkrankten, ihre Angehörigen als auch für die Behandelnden ein Gewinn ist. Die Umsetzbarkeit in den klinischen Alltag ist gegeben. Insoweit können die Erkenntnisse des Projektes auch als Grundlage für die Übertragung in andere Kliniken oder Settings dienen.

6. Verwendete Literatur

1. BMG. Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Krebsplan Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen Berlin2012 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor/?L=0>.
2. AWMF. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). 2015.
3. Cresswell JW, Plano Clak V. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 2nd ed: Sage Publications; 2011.