

Bachelorarbeit

**Early palliative care zur Verbesserung der
Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten
mit onkologischen Erkrankungen**

eingereicht von

Stefan Maximilian Harrer

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz am 28.03.2019

Stefan Maximilian Harrer, eh.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	III
ZUSAMMENFASSUNG	IV
ABSTRACT	V
1. EINLEITUNG	1
1.1 EARLY PALLIATIVE CARE	1
1.2 KONZEPT DER PALLIATIV CARE (SYNONYM PALLIATIVVERSORGUNG).....	1
1.3 STRUKTURPLAN DER PALLIATIVPFLEGE IN ÖSTERREICH	3
1.4 HINTERGRUND.....	4
1.5 PFLEGERELEVANZ DES THEMAS.....	4
1.6 DEFINITIONEN.....	5
<i>1.6.1 LEBENSQUALITÄT</i>	5
<i>1.6.2 KREBS</i>	6
1.7 FORSCHUNGSFRAGE UND FORSCHUNGSLÜCKE.....	6
2. METHODIK	7
2.1 LITERATURRECHERCHE	7
2.2 AUSWAHL DER STUDIEN	7
2.3 AUSWAHLPROZESS	8
2.4 FLOWCHART.....	9
2.5 KRITISCHE BEWERTUNG DER STUDIEN.....	9
3. ERGEBNISSE	11
3.1 CHARAKTERISTIKA DER STUDIEN	12
3.2 EPC FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT KREBS IM FORTGESCHRITTENEM STADIUM.....	18
4. DISKUSSION	31
5. SCHLUSSFOLGERUNG	35
6. PRAXIS- UND FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN	36
7. LITERATURVERZEICHNIS	37
8. ANHANG	40
8.1 TABELLENVERZEICHNIS.....	40
8.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	40

Zusammenfassung

Einleitung: Durch die hohe Anzahl der an Krebs erkrankten Menschen in Österreich steigt der Bedarf an Palliativmedizin/pflege. Die early palliative care wäre eine Möglichkeit, dieser entgegenzuwirken. Für die early palliative care gibt es noch keine genaue Definition und ist auch im österreichischen Strukturplan nicht enthalten. Das Augenmerk gilt auf eine interdisziplinäre Kommunikation zu legen, um eine ganzheitliche Betreuung in diesen Bereich gewährleisten zu können.

Ziel: Das Ziel dieses Literaturreviews war es herauszufinden, wie sich die Anwendung von early palliative care auf die Lebensqualität von onkologisch erkrankten Menschen im ambulanten Setting auswirkt.

Methode: Die Literaturrecherche erfolgte in den Monaten Oktober und November 2018 in den Datenbanken CINAHL und Pubmed. Die ausgewählten Studien wurden in einem Zeitraum von 10 Jahren durchgeführt, 2008 – 2018. Von diesen neun Studien waren vier qualitativ und 5 quantitativ. Die Studien wurden mit dem Bewertungsbogen nach Hawker kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Die early palliative care besteht aus zentralen Meilensteinen, welche eine ganzheitliche und adäquate Betreuung der betroffenen Menschen möglich macht. Das Symptommanagement ist beispielsweise eine der wichtigsten Aufgaben der early palliative care, da man den Patientinnen und Patienten Leiden nimmt und somit Vertrauen aufbauen kann. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Onkologie und Palliativmedizin ist eine wichtige Voraussetzung damit die early palliative care funktionieren kann.

Schlussfolgerung: Die early palliative care wurde von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern als ein sicheres Netz beschrieben. Early palliative care beginnt bei der Diagnosestellung, um Patientinnen und Patienten auf diesem Weg zu unterstützen und auf das Bevorstehende vorzubereiten. Als eine der Hauptaufgaben wurde das Symptommanagement beschrieben, um somit ein gutes Verhältnis zum erkrankten Menschen aufbauen zu können. Dabei ist es wichtig, auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

Abstract

Introduction: Due to the high number of people suffering from cancer in Austria, the need for palliative medicine/care is increasing. The early palliative care would be one way of counteracting this. Early palliative care has not yet been precisely defined and is not included in the Austrian structural plan. Attention must be paid to interdisciplinary communication in order to guarantee holistic care in this area.

Aim: The aim of this literature review was to find out how the use of early palliative care affects the quality of life of oncologically ill people in an outpatient setting.

Methods: The literature search took place in the months of October and November 2018 in the databases CINAHL and Pubmed. The selected studies were carried out over a period of 10 years, 2008 - 2018. Of these nine studies, four were qualitative and 5 quantitative. The studies were critically evaluated and analysed using the Hawker evaluation form.

Results: Early palliative care consists of central milestones that make holistic and adequate care of the affected people possible. Symptom management, for example, is one of the most important tasks of the early palliative care, as it relieves patients of suffering and builds trust. Good cooperation between oncology and palliative care is an important prerequisite for the early palliative care to function.

Conclusion: The early palliative care was described by most participants as a secure network. Early palliative care begins with diagnosis to support patients and prepare them for the future. Symptom management was described as one of the main tasks in order to establish a good relationship with the patient. It is important to take into account the wishes and needs of those affected.

1. Einleitung

1.1 Early Palliative Care

Early Palliative Care (EPC), zu Deutsch „frühintegrierte palliative Betreuung“, hat keine eindeutige Definition. Early integration of palliative care, wie EPC auch noch genannt werden kann, wird im Zusammenhang mit onkologisch erkrankten Menschen oft als Einleitung von spezieller Palliativpflege, die schon früh im Krankheitsverlauf ansetzt, verstanden. Frühpalliativmedizinische Betreuung findet hauptsächlich im ambulanten Setting statt. EPC ist derzeit schwierig umzusetzen, da es wenig ausgebildetes Personal in dieser Disziplin gibt und das Personal, welches vorhanden ist, ist mit den stationären Palliativpatientinnen und -patienten beschäftigt ist. Dieser Personalmangel hat auch zur Folge, dass oft andere Disziplinen, wie Onkologie oder Geriatrie, der Versorgung im Bereich palliativer Betreuung oft wenig bis gar keine Aufmerksamkeit schenken. Ein wichtiger Punkt der EPC ist der Beginn. Die EPC sollte direkt nach der Diagnosestellung einer onkologischen Erkrankung mit schlechter Prognose erfolgen. Studien zeigten, dass die Lebenserwartung dieser Patientinnen und Patienten von 3 bis zu 24 Monaten gestiegen ist. Da diese Patientengruppe sehr vulnerabel ist, ist es umso wichtiger, dass medizinisches als auch pflegerisches Personal sowohl in der Ausbildung als auch nach deren Abschluss hinsichtlich Palliativmedizin/pflege immer gut aus- und weitergebildet wird (Zambrano, Fliedner & Eychmuller 2016).

1.2 Konzept der Palliativ Care (Synonym Palliativversorgung)

Die Definition von Palliative Care wurde von der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) verfasst. Um Missverständnisse in (Be-)Deutung zu vermeiden, werden Begrifflichkeiten, zu denen es keine eindeutige Übersetzung gibt, im Original wiedergegeben:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- *provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- *affirms life and regards dying as a normal process;*

- *intends neither to hasten or postpone death;*
- *integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- *offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;*
- *uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- *will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*
- *is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications“.* (WHO 2019)

Die Zielgruppe der Palliativversorgung sind Palliativ-Patientinnen und Patienten und deren Angehörige. Palliativ-Patientinnen und Patienten sind Menschen mit einer unheilbaren Krankheit und sterbende Menschen, die die terminale Phase ihres Krankheitsverlaufs schon erreicht haben. Betroffene werden oft von Symptomen, wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, etc. begleitet, die den Alltag massiv beeinträchtigen und somit die Lebensqualität auch stark reduzieren.

1.3 Strukturplan der Palliativpflege in Österreich

Tabelle 1: Strukturplan für Hospiz und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene			
Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeuten			Tageshospize
„Einfachere Situationen“ 80 bis 90 % der Sterbefälle	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 10 % der Sterbefälle		

Der Strukturplan für Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich besagt, dass diese Versorgung überall stattfinden muss, wo sich Patientinnen und Patienten aufhalten, die unheilbar krank sind bzw. sterben werden. Um ein bedarfsgerechtes Angebot zu gewährleisten, muss diese Versorgung in allen Bereichen des Gesundheitswesens erfolgen, sowohl im Akut- und Pflegebereich als auch stationär und ambulant.

Die Grundätze des österreichischen Strukturplans für Palliativversorgung sind:

Der Zugang muss

- flächendeckend - wohnortnah
- gleichwertig - gerechte Versorgung
- niederschwellig - ohne finanzielle/organisatorische Hürden
- vernetzt - integrierte, nahtlose Versorgung
- abgestuft - angepasste Versorgung

sein.

Im Jahr 1999 wurde der Strukturplan in die Pionierphase geschickt und mit Einzelinitiativen und Projekten eingeleitet. Danach folgte die Aufbauphase von 2000-2004, in dieser Phase entstanden die ersten Palliativstationen, Länderpläne und Absichtserklärungen. Seit 2005 ist der Strukturplan in der Ausbauphase. Die Palliativversorgung wurde in das Gesundheitswesen integriert und zwar in der abgestuften Form wie sie auch heute noch umgesetzt wird. (Bundesministerium für Gesundheit & Gesundheit Österreich GmbH 2014)

1.4 Hintergrund

Der Strukturplan für Palliativpflege in Österreich sieht keine frühpalliativmedizinische Betreuung vor, sondern nur die Standard-Palliativpflege, die erst in schon sehr komplexen Situationen eingreift und versucht, Leiden zu lindern. Im Gegensatz dazu fängt die EPC schon nach Feststellung der Diagnose an und bezieht sich auf die im Ergebnisteil genannten sieben Grundelemente.

In der Palliativmedizin sollen Interventionen nicht anhand der Diagnose sondern nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen erfolgen. Wichtig ist auch, dass Pflegepersonen die geeigneten palliativmedizinischen Qualifikationen besitzen, um individuelle Entscheidungen treffen zu können.

Es gilt, das Augenmerk auf die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Medizin und Pflege zu legen, damit die "Frühintegration" von onkologisch erkrankten Patientinnen und Patienten rechtzeitig stattfinden kann und somit eine Verbesserung der Lebensqualität, durch gezielte und individuell gesetzte Maßnahmen von den Betroffenen inklusive deren Angehörigen erzielt wird. Bei einer "frühen Integration" steht die rechtzeitige/frühzeitige Beratung durch Mitglieder eines Palliativteams im Mittelpunkt. Dies wäre auch bei asymptomatischen und relativ unbelasteten Patientinnen und Patienten von großem Nutzen. Wichtig für die Betroffenen wäre, von Angeboten und Erreichbarkeit der Palliativversorgung zu erfahren, damit Schwellenängste überwunden werden können und eine ganzheitliche Therapie unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann (Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft; AWMF) 2015)

1.5 Pflegerelevanz des Themas

Palliativversorgung beinhaltet die Pflege und Begleitung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen sowie die Betreuung von deren Angehörigen. Im Vordergrund steht ein umfassendes Verständnis von Krankheit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und

Berücksichtigung des Patientenwillens, die das Ziel haben, die Lebensqualität zu verbessern. (*Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) 2019*)

Insbesondere sind die Aufgaben der Pflege in der Palliativversorgung:

- Vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase
- Erfassung, Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome
- Mitwirkung von medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie
- Beratung und Schulung von Palliativ-Patientinnen und -patienten und deren Angehörige
- Kontinuierliche und enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team
- Mitwirkung im multiprofessionellen Versorgungsplan
- Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod.

(*Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) 2019*)

Palliativpflege gewährleistet Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung durch fachlich fundierte, umfassende, individuelle und kreative Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität und Selbstbestimmung. (Österreichische Palliativ Gesellschaft 2019)

1.6 Definitionen

1.6.1 LEBENSQUALITÄT

Der Begriff Lebensqualität ist das Ausmaß der Beeinflussung von psychischem, emotionalem und sozialem Wohlbefinden durch einen medizinischen Zustand oder Behandlung. Die Lebensqualität wird beeinflusst durch die subjektive Wahrnehmung einer Erkrankung bzw. einer Behandlung auf die persönlichen Umstände. Die Betroffenen können trotz objektiv gleichem Zustand der Gesundheit einen unterschiedlichen, subjektiven Zustand ihrer Lebensqualität angeben. Da jeder Mensch ein Individuum ist, hängt dies von den persönlichen Erwartungen ab. Zudem gibt es viele Forschungsergebnisse, dass medizinisches als auch pflegerisches Personal in der Beurteilung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, insbesondere im Hinblick auf die Schweregrade der Symptome, achten. Somit entsteht die

Conclusio, dass Betroffene die eigene Lebensqualität besser einschätzen können als Dritte (Deutschnoff 2005)

1.6.2 KREBS

Als Krebs bezeichnet man bösartige Neubildungen im menschlichen Körper als Folge eines Wachstums von Tumorzellen. Durch invasives Verdrängen und Zerstören von gesunden Gewebe wirken sich diese Zellen krankhaft auf den menschlichen Organismus aus. Eine Heilung ist, wenn überhaupt, nur im frühen Stadium möglich. (Frickhofen 2017, p. 3)

Als Krebs wird ein bösartiger (maligner) Tumor bezeichnet. Tumor kommt aus der lateinischen Sprache und bedeutet Schwellung. Rund 80 % aller malignen Tumore bezeichnet man als Karzinome. Doch man findet in der Onkologie nicht nur maligne sondern auch benigne (gutartige) Tumore. (Theml 2005, p.10)

Maligne Tumore betreffen meistens Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Alter, da Krebs, nach kardio-vaskulären Erkrankungen, eine der häufigsten Todesursachen ist. (Theml 2005)

1.7 Forschungsfrage und Forschungslücke

Für Personen mit einer onkologischen Erkrankung und schlechter Prognose sind eines der wichtigsten Bedürfnisse so lange wie möglich selbstständig zu sein und unabhängig leben zu können. Hier würde die early palliative care ansetzen und die Betroffenen versuchen so lange wie möglich auf diesen Weg zu begleiten.

Da die EPC im österreichischen Strukturplan der Hospiz- und Palliativversorgung nicht enthalten ist, gibt es in diesem Raum dazu auch noch keine Literatur und findet deswegen auch keine Anwendung.

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie sich die early palliative care auf die Lebensqualität von Menschen mit onkologischer Erkrankung auswirkt und welche Maßnahmen gesetzt werden können.

Daraus ergibt sich die Forschungsfrage:

Wie wirkt sich die EPC auf die Lebensqualität von onkologisch erkrankten Menschen mit schlechter Prognose auf die Lebensqualität aus und welche Maßnahmen können gesetzt werden?

2. Methodik

Es wurde ein Literaturreview durchgeführt, um die Forschungsfrage zu beantworten. Als Literaturreview wird eine kritische Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu einem bestimmten Forschungsproblem verstanden. (Polit & Beck 2017)

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche begann Anfang Oktober 2018 und ging bis Ende November 2018 in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). In diesen Datenbanken wird ausschließlich auf Englisch recherchiert, weswegen die Suchbegriffe auch in Englisch definiert wurden, sogenannte Keywords.

Folgende Suchwörter wurden für die Recherche verwendet: early palliative care, quality of life, und cancer. Die Keywords wurden als Stichwörter verwendet und mit den booleschen Operator „AND“ verbunden. Bei der Suche wurden keine Limitationen gesetzt.

Tabelle 2: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	(("early palliative care"[Title/Abstract]) AND "quality of life"[Title/Abstract]) AND cancer[Title/Abstract]
CINAHL	(AB "early palliative care") AND (AB "quality of life") AND (AB cancer)

2.2 Auswahl der Studien

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Inhaltliche Einschlusskriterien für die Aufnahme der Studien in die Vorauswahl waren, dass es sich um einen onkologisch erkrankten Menschen unabhängig vom Stadium handelt und, dass durch den Einsatz von früh-palliativmedizinischer Betreuung die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert wird. Wenn das Krankheitsbild im Sample nicht genau definiert war, so musste aus der Studie hervorgehen, dass es sich um Menschen mit Krebserkrankungen handelt. Die Betroffenen mussten früh-palliativmedizinische Betreuung

von professionellen Pflegenden erhalten. Die Daten können sowohl aus der Sicht der Patientinnen und Patienten als auch von Angehörigen des Pflege- oder medizinischen Personals erfragt worden sein.

Studien, die sich nicht mit der Lebensqualität von onkologisch erkrankten Patientinnen und Patienten sondern zum Beispiel mit der Lebensqualität von anderwärtig erkrankten Menschen beschäftigen, wurden nicht eingeschlossen. Es wurden nur Artikel mit originaler Datenerhebung inkludiert, hierbei sowohl qualitative als auch quantitative Studien. Einzelberichte oder Artikel, die hauptsächlich Meinungen beleuchteten, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

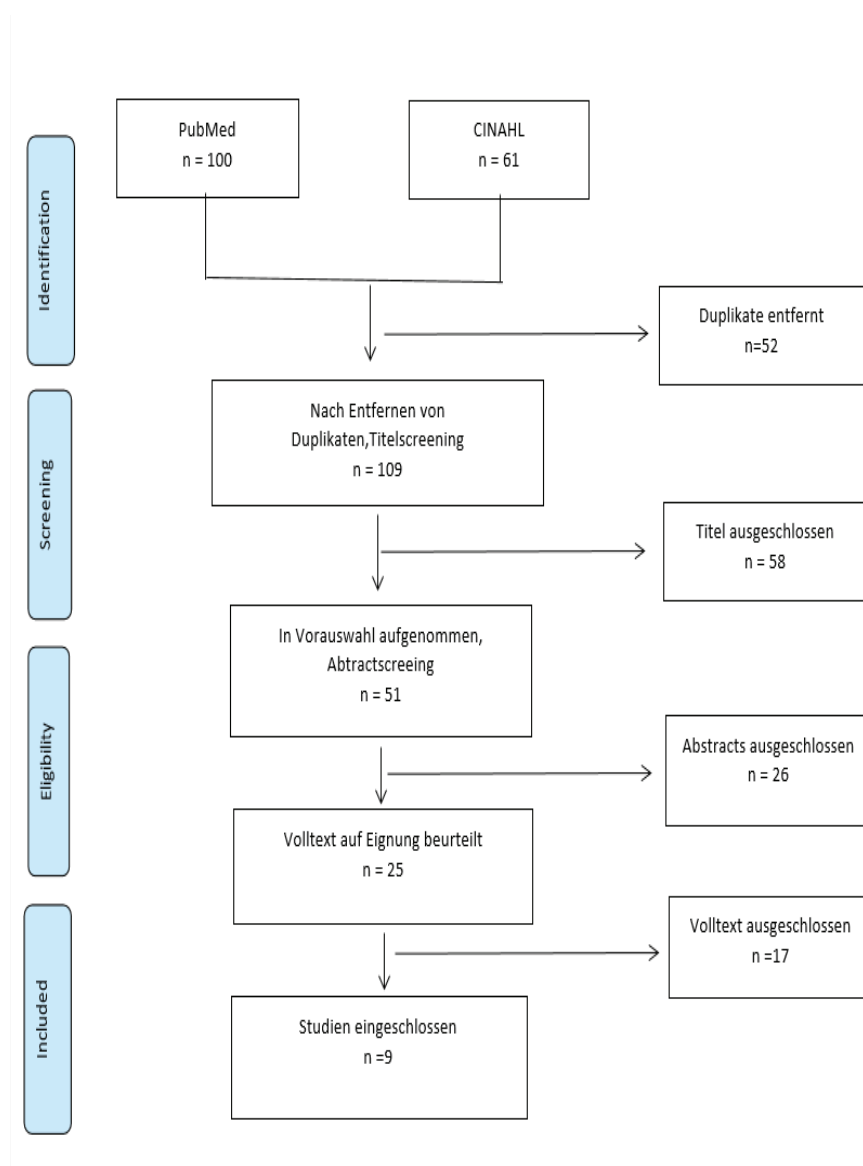
2.3 Auswahlprozess

Die gesamten Suchergebnisse (n=161) wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8.2) eingefügt und aus den oben genannten Suchanfragen wurden Duplikate entfernt, somit blieben noch 109 Treffer übrig. Es wurde auch mittels Handsuche in Referenzlisten passender Publikationen und Google Scholar gesucht und weitere Studie(n) mit eingeschlossen.

Im Anschluss erfolgten dann das Titelscreening und danach ein Abstractscreening der bis jetzt in Frage kommenden Studien. In dieser Vorauswahl wurde ein Großteil der Studien ausgeschieden, da sie für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht geeignet schienen. 51 Studien waren aufgrund des Abstractscreening ziemlich passend und aussagekräftig. Von diesen 51 Publikationen wurde eine Volltextanalyse gemacht, um festzustellen, ob sie für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet sind. Am Ende blieben 9 relevante Studien über, die nach einer kritischen Bewertung in die Arbeit eingeschlossen wurden. Der Prozess der Studiena Auswahl ist in Abbildung 1 als Flowchart dargestellt.

2.4 Flowchart

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses



2.5 Kritische Bewertung der Studien

Die eingeschlossenen Studien wurden anhand des Bewertungsbogen Hawker et al. (2002) kritisch beurteilt und geprüft. Dieses Instrument ist für die Beurteilung qualitativer und quantitativer Studiendesigns zulässig. Mit dem Bewertungsbogen, der in neun verschiedene Kategorien eingeteilt ist, die den Aufbau einer Studie widerspiegeln sollten, werden die Studien beurteilt. Die Beurteilung von Abstract und Titel, der Einleitung und des Ziels, der Methoden und Datenerfassung, des Samplings, der Datenanalyse, der ethischen

Gesichtspunkte und Limitationen, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit und der Implikationen für Praxis und Forschung, werden mit diesem Bewertungsbogen durchgeführt. In allen Kategorien kann aus den Stufen *very poor*, *poor*, *fair* und *good* ausgewählt werden. Für die einzelnen Rangstufen werden Punkte von 1-4 vergeben. Aus diesen vergebenen Punkten ergibt sich eine Summe (Qualitätsscore). Studien, über 60% des maximalen Qualitätsscores, können in den Literaturreview eingeschlossen werden. Alle 9 Studien, die mit diesem Verfahren kritisch beurteilt wurden, konnten in die Bachelorarbeit aufgenommen werden. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studien erläutert.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden alle Ergebnisse der Artikel, die aus der Datenbankrecherche gewonnen wurden, zusammengefasst und dargestellt. Die eingeschlossenen Studien wurden nachfolgend in einer Tabelle aufgelistet, um einen besseren Überblick zu bekommen. Neun Studien wurden inkludiert und haben entweder ein qualitatives oder quantitatives Studiendesign.

Die Skalen, in der unten angeführten Tabelle, wurden zur Erhebung der Lebensqualität und des psychologischen Zustands der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verwendet. In der Tabelle wurden die Skalen mit der Bezeichnung, dem ganzen Namen und wofür diese verwendet werden, kurz zusammengefasst.

Tabelle 3: Erklärung, der in den Studien verwendeten Skalen.

Abkürzung	Name	dient zu Erhebung von	Kurzbeschreibung
FACT-L	Functional Assesment of Cancer Therapy - Lung	Lebensqualität	Dient zur Erhebung des physischen, emotionalen, funktionalen und sozialen Wohlbefindens. Enthält eine eigene Unterkategorie für Lungenkrebs.
FACT-G	Functional Assesment of Cancer Therapy - General	Lebensqualität	Beinhaltet 27 Fragen über physischen, sozialen und funktionellen Status der Patientinnen und Patienten.
LASA	Linear Analogue Assesment Scale	Lebensqualität	12 Fragen zur Erhebung der Lebensqualität.
LCS	Lung cancer subscale	Lebensqualität	Evaluert 6 Hauptsymptome von Lungenkrebs hinsichtlich der Lebensqualität.
QOLS	Quality of Life rating scale	Lebensqualität	16 Fragen auf sozialer, gesundheitlicher und kognitiver Ebene.
SSLQ	Self rating Scale of Life Quality	Lebensqualität	Wird verwendet, um den psychischen, psychologischen und sozialen Status zu erheben, aber auch eine Selbsterhebung der eigenen Gesundheit.
PHQ-9	Patient Health Questionnaire	Psychologischer Zustand	Selbsttest besteht aus 9 Fragen über den Gemütszustand der letzten Wochen.

HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	Psychologischer Zustand	Mittels Selbstbeurteilung werden Symptome von Angst und Depressionen, die auf Subskalen mit je 7 Items beurteilt werden, erfasst.
------	---------------------------------------	-------------------------	---

3.1 Charakteristika der Studien

Vier von den sieben ausgewählten Studien wurden in den USA, eine in China und zwei in Kanada durchgeführt. Bei 4 Artikeln wurde ein qualitatives Design und bei 3 Studien ein quantitatives Studiendesign angewendet. Insgesamt wurden in den Studien 1157 Patientinnen und Patienten, 8 Ärztinnen und Ärzte, 2 Pflegepersonen sowie 14 Bezugspersonen befragt. Das Setting von den durchgeführten Studien war ausschließlich im ambulanten Bereich angesiedelt.

Tabelle 4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Autoren/Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting/Stichprobe	Erhebung	Ergebnisse
Jaclyn Yoong, et al 2013 USA	Early Palliative Care in Advanced Lung Cancer	Das Ziel dieser Studie war es herauszufinden, wie sich EPC auf die Lebensqualität, das Gemüt und die Überlebensrate der Teilnehmer auswirkt.	Qualitative Studie	Ambulatory care setting Insgesamt: 151 TeilnehmerInnen Kontrollgruppe: 74 PatientInnen Interventionsgruppe: 77 PatientInnen, im Durchschnitt 68 Jahre alt (Altersbereich 47-84) in 4 Gruppen eingeteilt nach Überlebensrate	Interventionsgruppe musste nach jedem Treffen mit einem Palliativ-Team-Mitarbeiter einen elektronischen „Tagebucheintrag“ machen .	Das Hauptergebnis waren die Grundelemente der EPC im ambulanten Setting. Zusammenarbeit zwischen Palliativteam und Onko-Team wird befürwortet.
H. Zhuang et al. 2018 China	Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer	Ziel der Arbeit war, die Lebensqualität und den Gemütszustand zwischen zwei Gruppen zu vergleichen, nämlich zwischen PatientInnen und die zusätzlich EPC erhalten und PatientInnen die nur eine onkologische Therapie erhalten.	Quantitative Studie	Ambulatory care setting 150 neu diagnostizierte LungenkrebspatientInnen. Wurden zufällig zwei Gruppen zugeteilt. Interventions- und Kontrollgruppe.	Für die Erhebung der Lebensqualität wurden die QOL und die SSLQ. Die Erhebung des psychologischen Zustands erfolgte mittels HADS und PHQ-9.	Die Ergebnisse dieser Erhebungen zeigen, dass es einen signifikanten Unterschied in der QOL und im Gemütszustand zwischen PatientInnen die EPC und onkologische Pflege erhielten und PatientInnen die nur onkologische Therapie erhielten.

Breffhi Hannon et. al 2017 Canada	Experiences of patients and caregivers with early palliative care: A qualitative study	Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie sich EPC und die gesetzten Interventionen auf die QOL von PatientInnen und Angehörigen auswirken.	Qualitative grounded theory	Ambulatory care setting 40 Teilnehmer davon 26 PatientInnen und 14 „Caregiver“ Zufällig in Kontroll- und Interventionsgruppe eingeteilt	Semi-structured qualitative Interviews (25-90 min)	Die PatientInnen und deren Angehörige/Pflegepersonen in Bezug auf Krankheitserfahrungen und Gesundheitssystem fühlten sich unterstützt und begleitet.
Nipp et al. 2017 USA	Age and Gender Moderate the Impact of Early Palliative Care in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer	Ziel dieser Studie war, die Bedeutung von Alter und die Geschlecht auf die Auswirkung von EPC.	Quantitative Studie	Outpatient clinic 107 Teilnehmer mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs. Die PatientInnen wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt, Kontroll- und Interventionsgruppe.	Datenerhebungen mittels FACT-L um die QOL und mittels PHQ-9 und HADS um den psychologischen Zustand zu erheben.	Die Auswirkung von EPC ist von Alter und Geschlecht abhängig.

Back et al. 2014 USA	Clinician Roles in Early Integrated Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study	Ziel dieser Arbeit war, die Schlüsselrolle der Ärzte und des Pflegepersonals herauszufinden und die Lebensqualität der PatientInnen zu steigern.	Qualitative Studie	Outpatient clinic 8 Angehörige des Gesundheitswesens davon waren 6 Ärzte und 2 Pflegepersonen	Semi-structured Interviews zu 60-90 min.	Wichtige Elemente und Aufgaben der EPC sind Symptommanagement, Bewältigung, Akzeptanz und Planen des Lebensendes und ein Sprachrohr zwischen PatientInnen und Onkologie zu sein.
Temel, et al. 2010 USA	Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer	Ziel war es, in einem Zeitraum von 12 Wochen, die Lebensqualität und den psychologischen Zustand von PatientInnen mit Lungenkrebs zu verbessern.	Quantitative Studie	Ambulatory care setting 151 Teilnehmer davon bezogen 74 PatientInnen „Standard Care“ und 77 PatientInnen EPC. Durchschnittsalter : 65 Jahre.	Die Daten wurden mittels FACT-L und LSC um die Änderung der Lebensqualität zu erheben und um den psychologischen Gemütszustand zu erheben verwendeten sie HADS und PHQ-9.	Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass EPC einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität und den psychologischen Zustand hat - jedoch nicht auf die Ängste der PatientInnen.

Hoerger et al. 2017 USA	Does educating patients about the Early Palliative Care Study increase preferences for outpatient palliative cancer care? Findings from Project EMPOWER	Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie sich Erziehung und Aufklärung über EPC und deren Copingstrategien auf die Lebensqualität auswirkt.	Quantitative Studie	Outpatient clinic 598 PatientInnen mit einer Krebserkrankung und einem Durchschnittsalter von 62 Jahren, TeilnehmerInnen über „ResearchMtach rekrutiert“	Die Daten wurden mittels Messinstrumenten erhoben, wie die FACT-G Scale und die SF-1 Scale.	PatientInnen, die über EPC aufgeklärt wurden, zeigten eine Besserung des psychischen Zustandes als auch der Lebensqualität aufgrund der erlernten Strategien, mit der Krankheit umzugehen.
Breffini et al. 2016 Canada	Early Palliative Care and Its Role in Oncology: A Qualitative Study	Ziel dieser Arbeit war, die Rollenverteilung in der Zusammenarbeit von Onkologie und Palliativversorgung, aufzuklären.	Qualitative Studie	Ambulatory care setting 48 PatientInnen davon 26 in Interventionsgruppe und 22 in der Kontrollgruppe. 23 „Caregivers“ davon 14 in der Interventions- und 9 in der Kontrollgruppe.	Semi-strukturierte qualitative Interviews	Onkologie ist für die krebensorientierte Behandlung zuständig und die Palliativversorgung für eine ganzheitliche Begleitung im Krankheitsverlauf.

Dyar et al. 2012	A Nurse Practitioner Directed Intervention Improves the Quality of Life of Patients with Metastatic Cancer: Results of a Randomized Pilot Study	Das Ziel dieser Studie war, die Auswirkung von der Integration einer Pflegeperson mit speziellen palliativen Kompetenzen auf die Lebensqualität der PatientInnen.	Quantitative Studie	Ambulatory care setting 100 TeilnehmerInnen, die zufällig in zwei Gruppen eingeteilt wurden, aufgrund der hohen Mortalitätsrate blieben am Ende nur 26 PatientInnen, die die Studie beendet haben.	Zur Erhebung der Lebensqualität wurden die FACT-G und die LASA verwendet.	Die gesetzten Interventionen hatten eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität der teilnehmenden Personen.
------------------	---	---	---------------------	---	---	---

3.2 EPC für Patientinnen und Patienten mit Krebs im fortgeschrittenem Stadium

Zentrale Meilensteine der EPC

Nachfolgend wird auf zwei Studien genauer eingegangen, welche die EPC in sieben zentrale einteilen. Studie von Yoong et al, 2013, die in einem qualitativen Design durchgeführt wurde. Die Teilnehmer wurden per Zufall in zwei Gruppen eingeteilt, in eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. In der Interventionsgruppe waren 20 Patientinnen und Patienten mit einem Altersdurchschnitt von 68 Jahren, die zusätzlich zur onkologischen Betreuung EPC erhielten. Ziel dieser Arbeit war, die Schlüsselemente der frühen Palliativversorgung zu definieren, wann diese zum Einsatz kommen sollten. Die 20 Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe mussten innerhalb von 3 Wochen einen Termin mit einem Mitglied des Palliativteams vereinbaren, um die Grundlagen zu klären und hatten danach einmal im Monat einen Termin in der Cancer Ambulanz. Nach jedem Treffen mussten die Patientinnen und Patienten einen Eintrag in ein elektronisches Tagebuch machen. Die Forscher machten eine qualitative Analyse von den Dokumentationen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer vorangegangenen Studie. Die Partizipanten und Partizipantinnen betonten wesentliche Elemente in den verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufs aus denen Yoong et al. 2013 dann die sieben Schlüsselemente formulierten. Auch Hannon et al. 2017 kamen mit einer qualitativen „Grounded Theory“ Studie auf ähnliche Ergebnisse. Sie befragten 26 Patientinnen und Patienten und 14 Bezugspersonen. Die Ergebnisse der Interventionsgruppe wurden von einer vorangegangenen Studie herangezogen und mit den qualitativen Ergebnissen, die durch die Befragung mit semi-strukturierten Interviews gewonnen wurden, verglichen. Die Bezugspersonen wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbst nominiert. Die Interviews dauerten 25-90 Minuten und es wurden Fragen über die Lebensqualität, die Qualität der Pflege und die Veränderung der Patientinnen und Patienten, seit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Interventionsgruppe sind, gestellt. Die Patientinnen und Patienten mussten eine Krebsdiagnose der Klasse IV haben, mit einer Überlebensrate von mindestens 6 Monaten bis zu 2 Jahren. Des Weiteren mussten die Partizipantinnen und Partizipanten über 18 Jahre alt sein und die englische Sprache in Wort und Schrift beherrschen. Die Interventionsgruppe hatte einmal im Monat ein Treffen mit dem EPC Team im Krankenhaus und konnte zusätzlich 24 Stunden telefonisch das Team erreichen und um Rat fragen. Die Kontrollgruppe bekam gewöhnliche onkologische Pflege und wurde nur bei

Bedarf beim EPC Team vorstellig. Aus den Interviews gingen - ähnlich wie bei Yoong et al. - diese Hauptthemen hervor: „Personalisiertes Symptommanagement“, „Ganzheitliche Unterstützung von Patientinnen und Patienten und Bezugspersonen“, „Begleitung in Entscheidungsfindungen“ und „Entscheidungen für die Zukunft treffen“.

1. Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und palliativ-medizinischem Personal

Wichtig für eine vertrauensvolle und ganzheitliche Behandlung ist eine gute Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten und des medizinischen und pflegerischen Personals der Disziplinen. Dazu gehören u. a. dass die Patientin/der Patient die Therapie versteht. Dies ist bei den ersten Besuchen auf der „Palliative Care“ Ambulanz wichtig. Das Team der EPC versucht, die Patientinnen und Patienten auch in andere Gespräche einzubinden, sodass es sich nicht immer um das „leidige“ Thema der Krebserkrankung handelt. Die Ärztinnen und Ärzte oder das Pflegepersonal versuchen, mit dem Betroffenen auch über die Familie, Job oder Hobbies zu sprechen, um eine stärkere und engere Beziehung aufbauen zu können. Weiters wird auch der Krankheitsverlauf, die Prognose und die weitere Therapie erklärt und besprochen. Dabei stehen die Wünsche und Hoffnungen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund, aber auch wie gut oder wie schlecht sie schon einmal eine Behandlung vertragen haben bzw. auch welche Therapieform für die Patientin/den Patienten die angenehmste ist (Yoong et al. 2013).

2. Symptomemanagement

Dies sollte bei jedem Besuch mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden: Die Symptome und der Umgang mit diesen. Wichtig ist es, auf die individuellen Symptome der Betroffenen einzugehen und über diese, einen „Symptomreview“ anzulegen. Dieser sollte, pharmakologische und homöopathische Interventionen enthalten, wie und wann diese anzuwenden sind, aber auch die unerwünschten Arzneimittelwirkungen und wie mit diesen umzugehen ist. (Yoong et al. 2013) Wie oben erwähnt, war auch bei Breffni et al. 2017 das personalisierte Symptommanagement, eines der zentralen Themen. Die Patientinnen und Patienten befürworteten die schnelle Schmerztherapie. Wenn das verschriebene Medikament nicht helfen konnte, wussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass sie die Möglichkeit hatten, sofortige telefonische Hilfe in Anspruch nehmen zu können, um über Alternativen informiert zu werden. Weiters konnten sie auch im selben Telefonat andere Symptome

besprechen, wie zum Beispiel Appetitlosigkeit oder Schlaflosigkeit. Die Patientinnen und Patienten fühlten sich zu keiner Sekunde alleine gelassen. Sehr gelobt wurde auch die individuelle Therapieanpassung, da die/der verschreibende Ärztin/Arzt von jedem die Nebenerkrankungen wusste und somit eine gezielte Therapie einleiten konnte (Hannon et al. 2017).

3. Coping-Strategien erlernen

Am Beginn der EPC sollte erlernt werden, wie man mit der Diagnose und der Therapie, aber auch wie man mit der Stimmung und dem körperlichen Zustand, der durch die Therapie ausgelöst wird, umgeht. Wenn die Patientinnen und Patienten schon länger in Behandlung sind, werden die vorgeschlagenen Coping-Strategien in Bezug auf Angst und psychologischen Zustand evaluiert und man versucht, immer wieder Besserungen des Zustandes zu erzielen. (Yoong et al. 2013)

4. Die Krankheit verstehen

Als nächstes werden der aktuelle Stand der Erkrankung und der weitere Verlauf der Therapie besprochen. Am Anfang werden Fragen bezüglich des Verständnisses der Diagnose und dem Umgang mit der Erkrankung geklärt. Weiters wird dann der anfängliche Therapieplan hinsichtlich der Krankheit erklärt und besprochen. Zum späteren Zeitpunkt werden die Stufen der Krankheit, in der sich die Patientinnen und Patienten gerade befinden, die weitere Krankheitsbehandlung und wenn vorhanden, veränderte Befunde besprochen. (Yoong et al. 2013) Die Studie von Hannon et al. 2017 zeigt ebenfalls ein ähnliches Ergebnis und zwar, dass die Begleitung in der Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten ein wichtiger Meilenstein der EPC ist. Einige Patientinnen und Patienten fühlten sich nicht in der Lage, ihre Termine selber zu verwalten, zu entscheiden, wann es nötig ist, die Notaufnahme aufzusuchen oder sich im Krankhaussystem zurechtzufinden. Die Patientinnen und Patienten schätzten die Unterstützung des Palliativteams sehr. Immer wenn es etwas Wichtiges zu besprechen gab, konnten die Patientinnen und Patienten das Team telefonisch erreichen oder auch wenn kein Termin bevorstand, auf die Ambulanz kommen. Einige sahen das Team der Palliativmedizin als Beistand bei Entscheidungsfindung oder baten sie um Hilfe, wenn sie in medizinischen Belangen noch verunsichert waren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfanden es als große Hilfe, zu jemandem Kontakt zu haben, der medizinisches „Know-how“ besitzt, Jargon und Ergebnisse versteht und interpretieren kann und diese dann den Patientinnen und Patienten

in eine für sie verständliche Form übersetzt und erklärt. Die Patientinnen und Patienten beschrieben die gesamte Betreuung und Unterstützung des Palliativteams als ein sicheres Netz, da die Patientinnen und Patienten wussten, dass sie immer jemanden erreichen konnten, wenn sie etwas benötigen.

5. Familienmitglieder mit einbeziehen

Für die Betroffenen ist die Unterstützung der Familie sehr wichtig. Als erstes muss eruiert werden, in welchem Ausmaß Verständnis für die Krankheit in der Familie vorhanden ist und welche Auswirkungen ein onkologisch erkranktes Familienmitglied auf das gesamte Familiengefüge hat. Deshalb ist es auch wichtig, dass die Familienmitglieder gewisse Strategien zur Bewältigung kennen, um nicht das Gefühl zu vermitteln, dass der Betroffene eine Last für die Familie sei. Für die Patientin/ den Patienten ist es wichtig, dass die Familie bis zum Tod immer ein unterstützendes Glied bleibt. Egal ob es sich dabei um Entscheidungen hinsichtlich der Therapie, um Pläne, Hoffnungen und Wünsche am Lebensende handelt oder um Beistand oder Assistenz bei Pflegehandlungen oder anderen Tätigkeiten. (Yoong et al. 2013)

6. Änderung des Therapieplans

In den letzten Besuchen wird die Therapie nochmals besprochen und über mögliche Änderungen nachgedacht, wie zum Beispiel pausieren, beenden oder ein Behandlungswechsel. Wichtig dabei ist, dies in einem ruhigen und für die Patientinnen und Patienten bekannten Platz zu besprechen und die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, in den Vordergrund zu stellen. (Yoong et al. 2013)

7. Das Lebensende planen

Hier sollten die Prioritäten und Wünsche der Patientinnen und Patienten am Lebensende geklärt werden. Zum Beispiel, welche weiteren Möglichkeiten der Palliativversorgung gibt es, wie die Patientinnen und Patienten zu lebenserhaltenden Maßnahmen stehen oder wie die weitere Therapie aussehen soll. Auch hier lässt sich wieder ein Zusammenhang zwischen den beiden Studien (Yoong et. al 2013; Hannon et al. 2017) erkennen. Der frühe Kontakt der mit dem Palliativteam, um schon eine Beziehung von der Diagnosestellung weg aufbauen zu können, wurde als großer Vorteil beschrieben. Im Großen und Ganzen schätzten die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, mit palliativmedizin-affinem Personal das weitere Procedere in

Bezug auf Möglichkeiten und Orte für „End-of-Life Care (EOLC)“, die Prognose, Coping-Strategien für in Zukunft auftretende Symptome oder andere Probleme, zu besprechen. Viele waren unsicher, welche extramuralen Angebote in der EOLC verfügbar sind. Die Patientinnen und Patienten beschrieben die Palliativ-Ambulanz als einzigartiges Forum, in dem man über alle Themen die das Lebensende betreffen, wie zum Beispiel Verstehen des Sterbeprozesses, Zukunftsängste und über Präferenzen über die Planung des Lebensendes, diskutieren und sich informieren kann (Hannon et al. 2017).

Diese Schlüsselemente von Yoong et al. 2013 und die vier zentralen Resultate von Hannon et al. 2017 sollen zeigen, dass sich Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung schon sehr früh mit diesem Thema auseinandersetzen sollen, um später für sie adäquate Entscheidungen, in Bezug auf Therapieänderungen oder Lebensende treffen zu können.

Die Resultate dieser qualitativen Studien sollen die Zusammenarbeit zwischen Palliativversorgung und onkologischer Versorgung beleuchten und zeigen, dass man diese zwei Disziplinen zu einem Team vereinen könnte. Das Palliativteam kümmert sich um das psychische, soziale und emotionale Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten und schafft so mehr Zeit für die Onkologie, um den Fokus voll und ganz auf die Therapie richten zu können. (Yoong et al. 2013)

In der Studie von Hannon et al. 2017 wurde noch ein positiver Effekt von EPC herausgefunden. Alle bis auf drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe bewerteten die EPC als sehr positiv. Eine Patientin meinte, dass auch ihr Onkologe das Symptommanagement machen könnte, aber vermerkte, dass früh-palliativmedizinische Betreuung eine Unterstützung sowohl auf sozialer als auch auf emotionaler Ebene sei. Ein anderer Teilnehmer beschrieb eine Besserung des psychologischen Zustandes und erwähnte, dass er vorher über die Interventionen der EPC nicht Bescheid wusste. Trotzdem lehnte er die weitere Betreuung ab, da ihn der Name „Palliativpflege“ abschreckte. Ein weiterer Patient hatte keine Symptome und gab absolutes Wohlbefinden an und meinte in weiterer Folge, dass es noch zu früh für ihn sei. Keiner der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichtete über negative Erfahrungen mit dem Personal und die gesetzten Interventionen (Hannon et al. 2017).

Die Aufgaben des Palliativteams

In dieser Studie wurden die Schlüsselrollen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Palliativteams aufgezeigt und definiert. In der qualitativen Studie von Back et al. 2014 wurden acht Palliativteammitglieder, darunter 6 Ärztinnen und Ärzte und 2 Pflegepersonen, zweimal in Form eines Gruppeninterviews und einmal in Form eines individuellen Einzelinterviews befragt. Die Mitglieder des Palliativteams haben in der Palliativ Care drei wesentliche Aufgaben. Die erste Aufgabe ist das Behandeln von Symptomen, um den physischen Status der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die Ärztinnen und Ärzte und Pflegerinnen und Pfleger beschreiben das Erfassen und Behandeln von Schmerzen als einer ihrer wichtigsten Aufgaben, weil die Patientinnen und Patienten, wenn sie sich in einem guten physischen und psychischen Zustand befinden, zum Beispiel auch die Chemotherapie besser tolerieren. Das Erfassen und Behandeln von Schmerzen wäre eine der Aufgaben, die das Palliativteam übernehmen könnte und wie diese zwei Disziplinen sich gegenseitig unterstützen könnten. Die Angehörigen des medizinischen Personals beschrieben auch, dass das Symptommanagement am Beginn der Betreuung ein wichtiges Element zum Aufbau einer guten Beziehung zwischen Palliativteam und Patientinnen und Patienten sei. Anhand eines guten Symptommanagements konnten sie das Vertrauen der Patientinnen und Patienten gewinnen und sich ein gutes Bild machen, in welchem Stadium der Krankheit die Patientin/der Patient sich gerade befindet und aufgrund dieser Anzeichen das weitere Procedere besprechen. Durch die erfolgreiche Behandlung der Symptome konnten sie mit dem gewonnenen Vertrauen auch emotionale Themen besprechen, die meistens unangenehm für die Beteiligten sind (Back et al. 2014).

Die zweite wesentliche Aufgabe war die Beteiligung an emotionaler Arbeit, um den Patientinnen und Patienten das Akzeptieren, Bewältigen und Planen und damit den Umgang mit ihrer Erkrankung, erleichtern zu können. Die Pfeiler der emotionalen Arbeit sind die Normalisierung der Situation, die schwierigen Lebensabschnitte der Zukunft zu besprechen und das Selbstverständnis der Patientinnen und Patienten, auf „wie schaff ich es am besten“ mit der Erkrankung umzugehen. Ein Schlüsselement in der emotionalen Arbeit ist die Einbindung der Patientin/des Patienten in die Arbeit des Palliativpersonals. Ein Teilnehmer beschreibt es als „es ist ein viel von WIR“, „wir werden das herausfinden“ oder „wir werden das gemeinsam schaffen“. Oft ist es für die Patientinnen und Patienten schwierig, ständig über ihre Situation, die Krankheit selbst, oder über ihre Zukunft zu sprechen. Deswegen ist es wichtig, auf die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten bei den einzelnen Terminen einzugehen. Das Palliativteam beschreibt auch die Wichtigkeit von Strategien, um die Patientinnen und

Patienten nicht in eine unkomfortable Situation zu bringen und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu motivieren, damit sie weiterhin gerne mit dem Team kooperieren. (Back et al. 2014)

Die dritte Aufgabe wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als „Dolmetscherrolle“ erklärt. Einerseits erklärt das Palliativteam den Patientinnen und Patienten die Informationen oder die Prognose, die die Onkologin/der Onkologe den Betroffenen mitgeteilt hat, in einer verständlichen Sprache. Andererseits ist es die Aufgabe der Angehörigen der Palliativmedizin, die Wünsche, Bedürfnisse und Ängste der Patientinnen und Patienten, dem Team der Onkologie mitzuteilen. Das palliativmedizinische Personal ist in manchen Belangen das Sprachrohr zwischen Onkologie und Patientinnen und Patienten und umgekehrt. (Back et al. 2014)

Früh-palliativmedizinische Betreuung für Patientinnen und Patienten im ambulanten Setting mit einer fortgeschrittenen onkologischen Erkrankung bewirkt eine eindeutige Besserung der Lebensqualität. (Back et al. 2014)

Die Zusammenarbeit von Palliativmedizin und Onkologie

Die Studie von Hannon et al. 2016, die in einem qualitativen Design (Grounded Theory) durchgeführt wurde, zeigte die positive Auswirkung der Integration der Palliativmedizin in die onkologische Betreuung. Auch in dieser Studie zog Hannon et. al wieder Ergebnisse einer vorangegangenen Studie heran und verglich diese dann mit den neuen Ergebnissen. Befragt wurden 48 Patientinnen und Patienten, die eine Krebsdiagnose der Klasse 4 hatten, eine Prognose von 6-24 Monaten und 23 Bezugspersonen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in zwei Gruppen eingeteilt, in Kontroll- und Interventionsgruppe. Die Interventionsgruppe umfasste 26 Patientinnen und Patienten und 14 Bezugspersonen. Die Personen in der Interventionsgruppe erhielten einmal pro Monat ein Treffen mit dem Palliativteam bzw. konnten das Team rund um die Uhr telefonisch kontaktieren. Die Datenerhebung wurde mittels halb-strukturierten Interviews, in der Länge von 25 bis 90 Minuten, durchgeführt (Hannon et al. 2016).

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterteilten sich in drei Kategorien: Fokus der Behandlung, das Modell wie die Behandlung angeboten wird und wie sich palliative Betreuung und onkologische Betreuung in Bezug auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und Bezugspersonen auswirken. Die Onkologie wurde von den Patientinnen und Patienten als

behandlungsorientiert und strukturiert beschrieben und die Palliativpflege als patientenorientiert und flexibel. Die Onkologinnen und Onkologen wurden als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beschrieben, deren Aufgabe es war, Informationen über die Erkrankung und Therapie zu geben. Die Schlüsselrolle der Palliativpflege war laut den Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Erkennen und Behandeln von Symptomen. Die Patientinnen und Patienten empfanden, dass sie als Person wahrgenommen wurden und nicht die Krankheit im Fokus stand. Onkologische Ambulanzen wurden als strukturiert und berechenbar angesehen. Die Behandlung dort basiert hauptsächlich auf einem vorgegebenen Protokoll. Im Gegensatz zur onkologischen Klinik wurde die Palliativambulanz als weniger formal strukturiert beschrieben und richtet sich hauptsächlich auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und deren Familien. Als unterschiedlich wurden auch die Beziehungen zwischen den verschiedenen Teams beschrieben. Die Onkologie wurde mehr als eine klassische Patienten-Krankenhaus-Beziehung beschrieben. Die Beziehung zum Palliativteam wurde mehr als persönlich beschrieben. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten, dass sie vor den Besuchen auf der Onkologie-Ambulanz mehr besorgt waren, als bei den Besuchen auf der Palliative-Care-Ambulanz. Die Personen aus der Interventionsgruppe konnten einen diskreten Unterschied zwischen den Rollen der EPC und der onkologischen Pflege nennen: Die EPC ist zuständig für Symptommanagement und ganzheitliche Unterstützung und Begleitung der Patientinnen und Patienten, die Onkologie kann den Fokus ihrer Arbeit auf die Therapie der Erkrankung legen. Die Disziplinen wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als gleich wichtig angesehen, nur die Tätigkeitsbereiche sollten gegliedert sein. Ganz nach dem Prinzip des „integrated care model“, welches in dieser Studie beschrieben wurde, erlaubt zeitliches, effizientes und koordiniertes Management von psychischen, physiologischen und notwendigen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Es gibt jedoch Schwierigkeiten, dieses Modell zu implementieren, da in den letzten zehn Jahren die Nachfrage nach Palliativpflege so stark gestiegen ist, dass es gerade noch genügend Personal für die stationären Patientinnen und Patienten gibt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben in dieser Studie wesentliche Rollen der zwei Disziplinen wahrgenommen, die ein „integrated care model“ befürworten würden. (Hannon et al. 2016)

EPC für Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs

In der Studie von Temel et al. 2010 wurde die Auswirkung von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs untersucht. Untersucht wurden 151 Personen mit neudiagnostiziertem Lungenkrebs, die Diagnose durfte nicht älter als 8 Wochen sein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden ebenfalls zufällig in zwei Gruppen unterteilt, in Kontroll- (n=74) und Interventionsgruppe(n=77), davor mussten sie einen Fragebogen über Gemütszustand und Lebensqualität ausfüllen, um später einen Vergleich ziehen zu können. Die Kontrollgruppe bezog nur onkologische Betreuung, im Gegensatz zur Interventionsgruppe, die zusätzlich noch early palliative Care in Anspruch nahm. Lungenkrebs ist die Krankheit, die am häufigsten zum Tod führt. Der Krankheitsverlauf ist begleitet von heftigen Symptomen, die die Lebensqualität sehr mindern. Die Prognose liegt unter einem Jahr. Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen von EPC, integriert in onkologische Pflege in Bezug auf die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen und die Qualität der Pflege am Lebensende, in einem Zeitraum von 12 Wochen zu untersuchen. Die Lebensqualität der teilnehmenden Personen wurde mit FACT-L Scale und der LSC, die sieben spezifische Symptome für Lungenkrebs evaluiert, gemessen. Die Ergebnisse werden nach den Messungen zusammengezählt und ergeben dann den „Trial Outcome Index (TOI)“. Der Gemütszustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde mittels HADS und PHQ-9 gemessen. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Personen in der Interventionsgruppe signifikant höhere Ergebnisse in FACT-L, LSC und TOI erzielten. Zusätzlich erzielten Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe signifikant niedrigere Werte, gemessen bei PHQ-9 und HADS, in Bezug auf den psychischen Zustand. Die Ergebnisse, die sich auf den Angstzustand der Patientinnen und Patienten stützten, ergaben keinen signifikanten Zustand. Die Studie zeigte auch, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe aggressivere Pflege am Lebensende über sich ergehen lassen mussten, als die in der Interventionsgruppe. Die Studie hatte jedoch keine adäquate Messmethode, um diese Ergebnisse relevant zu belegen. Dennoch konnte herausgefunden werden, dass die Inanspruchnahme von EPC die Überlebensrate der Patientinnen und Patienten signifikant verlängerte. Frühere Studien zeigten, dass eine niedrige QOL, die Überlebensrate beeinflusst. (Temel et al. 2010)

Ebenso zeigt die Studie von Zhuang et al. 2018 die Auswirkung von EPC auf die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs. Es wurden 150 Patientinnen und Patienten mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs zufällig in zwei Gruppen unterteilt, in Interventions- und

Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe bezog die normale onkologische Pflege und zusätzlich einmal pro Monat frühpalliativmedizinische Betreuung, welche in der Studie nicht näher beschrieben wird, von ausgebildetem Personal. Die Kontrollgruppe erhielt nur die onkologische Pflege. Um die Lebensqualität der Patienten zu messen, wurde die „Quality of Life (QOL) rating scale“ und die „Self-rating-scale (SSLQ)“ und um den psychologischen Zustand zu messen, wurde die „Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)“ und der „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ verwendet. Aufgrund des Lungenkrebses wurde auch die Auswirkung von EPC auf die Lungenfunktion untersucht. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten einen Basic-Fragebogen bezüglich Lebensqualität ausfüllen, um einen Vergleich am Ende der Studie ziehen zu können, bevor sie zufällig in die Gruppen aufgeteilt wurden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in der Interventionsgruppe waren, hatten am Ende der Studie signifikant höhere Lebensqualität als die Patientinnen und Patienten in der Kontrollgruppe. Die Studie beweist auch, dass der psychologische Zustand der Interventionsgruppe sich signifikant von den Ergebnissen der Kontrollgruppe unterscheidet, gemessen aufgrund der Häufigkeit von Depressionen von Partizipantinnen und Partizipanten. Die Messung der Lungenfunktion war ebenfalls signifikant höher in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Die Diagnose von Lungenkrebs erfolgt meistens in einem späten Stadium des Krankheitsverlaufs und die Patientinnen und Patienten leiden meistens schon massiv an physischen und emotionalen Belastungen und dies beeinträchtigt die Lebensqualität sehr. Die vorhergenannten Faktoren haben auch großen Einfluss auf die Überlebensrate. Diese Messungen zeigen, dass Palliativmedizin dringend notwendig ist, wenn man eine Verbesserung der Lebensqualität erzielen möchte. Diese Ergebnisse präsentieren, dass EPC ein sinnvolles und machbares Pflegemodell für Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs sein könnte, wie es in der Studie von Temel et. 2010 schon beschrieben wurde (Zhuang et al. 2018).

Eine weitere Studie, die sich auf den Lungenkrebs bezieht, ist die Arbeit von Hoerger et al. 2017. Das Ziel dieser Interventionsstudie war zu sehen, wie sich eine frühe Aufklärung von EPC auf den Zustand der ambulanten Patientinnen und Patienten auswirkt. Es wurden 598 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mittels „ResearchMatch“ rekrutiert. Es wurden Personen einberufen, die eine Krebsdiagnose jedoch keine vorhergegangene palliative Pflege hatten. Sie mussten über 18 Jahre alt sein und über Englischkenntnisse in Wort und Schrift verfügen. Der Altersdurchschnitt betrug 62 Jahre. Die Datenerhebung wurde mittels der FACT-G Skala und der SF-1 Skala erhoben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt. Die Kontrollgruppe musste vor und nach der Studie, in der die Gruppe nur

onkologische Pflege erhielt, einen „Baseline Assesment“ Test ausfüllen. Dieser beinhaltet 77 Kategorien hinsichtlich Lebensqualität und Gesundheitsstatus. Die Interventionsgruppe durchlief dasselbe Procedere, erhielt aber während des gesamten Studienverlaufs zusätzlich zur onkologischen Pflege noch EPC. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, wenn Patientinnen und Patienten EPC in Anspruch nehmen, es später im Krankheitsverlauf das „Empowerment“ stärkt, die richtigen Entscheidungen zu treffen und es stärkt auch drei fundamentale Prozesse, die für die Patientinnen und Patienten wichtig sind: Wahrnehmung, Empfinden und Verhalten (Hoerger et al. 2017).

Einfluss von Geschlecht und Alter auf die EPC

Die Studie von Nipp et. al 2016 beleuchtet den Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Interventionen der früh-palliativmedizinischen Betreuung. Es wurde eine zweite Analyse von Daten einer vorangegangenen Studie gemacht. Die Interventionen wurden in der Studie nicht näher beschrieben, lediglich dass die Interventionsgruppe EPC in Anspruch nahmen. Gemessen wurden die Lebensqualität und der psychologische Zustand. Die Anzahl der teilnehmenden Personen betrug 107 Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs im Endstadium im Alter von unter 65 Jahren oder älter. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt, Kontroll- und Interventionsgruppe. Es wurden jeweils zwei Gruppen von älteren und jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmern gebildet. Personen, die bereits palliativmedizinische Betreuung in Anspruch nahmen, wurden ausgeschlossen. Die verwendeten Messinstrumente waren die FACT-L Scale. Diese Skala dient zur Erhebung der Lebensqualität, hinsichtlich des physischen, emotionalen und funktionalen Wohlbefindens. Das „L“ steht für eine Unterkategorie für Lungenkrebs. Dies wurde auch schon in den Studien von Temel et. 2010 und Zhuang et. al 2018. Die HADS und die PHQ-9, welche zur Erhebung des psychischen Zustands dient.

1. Einfluss auf das Alter

Die Daten, die zu Beginn der Studie erhoben wurden, zeigten keinen signifikanten Unterschied, außer, dass ältere Patientinnen und Patienten weniger Symptome hinsichtlich Angst zeigten. Nach 12 Wochen zeigte sich der erste signifikante Unterschied zu den jungen Patientinnen und Patienten bezüglich Lebensqualität. Die erzielten Werte auf der FACT-L, waren deutlich höher bei der Interventionsgruppe als in der anderen Gruppe. Diese Studie beleuchtet, dass jüngere Menschen von EPC Interventionen mehr profitieren als ältere Personen. Die Ergebnisse von PHQ-9 und HADS in Bezug auf Symptome einer Depression zeigten, dass bei jungen

Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die EPC erhielten, signifikant niedrigere Werte auf diesen beiden Skalen erzielt wurden als bei Personen der Kontrollgruppe. Bei älteren Patientinnen und Patienten gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen. Zwischen den Angstzuständen der Patientinnen und Patienten konnte in der Studie auch kein Unterschied gefunden werden, unabhängig vom Alter der teilnehmenden Personen (Nipp et al. 2016).

2. Einfluss auf das Geschlecht

Nach 12 Wochen stellte sich heraus, dass männliche Patienten in der Interventionsgruppe signifikant höhere Ergebnisse auf der FACT-L erzielten als die Männer in der Kontrollgruppe. Kein Unterschied wurde zwischen weiblichen Patientinnen beider Gruppen herausgefunden. Symptome einer Depression waren bei Männern in der Interventionsgruppe ebenfalls deutlich niedriger als bei männlichen Teilnehmern in der Kontrollgruppe, gemessen mit der HADS und den PHQ-9. Keine Unterschiede wurden zwischen den Patientinnen beider Gruppen festgestellt. Mit Unterkategorie für die Messung der Angstzustände der HADS konnte kein Unterschied zwischen den Geschlechtern beider Gruppen festgestellt werden.

Die Ergebnisse von Nipp et al. 2016 demonstrierten, dass der Einfluss von EPC bei jüngeren Patientinnen und Patienten einen hohen Einfluss auf Lebensqualität und psychischen Zustand hat und dass männliche Patienten sehr vom Einfluss der EPC profitierten (Nipp et al. 2016).

Pflegeperson mit palliativen Kompetenzen integriert in Onkologie Team

Dyar et al. 2012 beleuchtet mit deren Studie die Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten, die neben der standard-onkologischen Pflege zusätzlich von einer Pflegekraft mit palliativen Kompetenzen betreut wurden. Es wurden 100 Personen mit metastasierendem Krebs rekrutiert und zufällig in zwei Gruppen eingeteilt, Kontroll- und Interventionsgruppe. Die Datenerhebung der Lebensqualität fand mittels der FACT-G und LASA statt. Die Interventionsgruppe hatte die Möglichkeit, per Telefon Auskunft zu bekommen und einmal pro Monat ein Treffen mit der Pflegeperson, die sich um deren Wohlbefinden und Zukunft kümmerte, wie zum Beispiel, Angebote der stationären Versorgungsmöglichkeiten, ausfüllen des „Five Wishes“ (Fünf Wünsche) Protokoll und Besprechen des letzten Willens der Patientinnen und Patienten. Das „Five Wishes“ Protokoll ist ein Dokument, das die Patientin/der Patient in seiner Sprache bei vollem Bewusstsein zusammen mit einer Pflegeperson als Unterstützung ausfüllt, um seinem letzten Willen am Lebensende, Kraft zu verleihen. Die Studie wurde früher und nur mit 26 Teilnehmerinnen und Teilnehmern beendet. Doch die Ergebnisse zeigten, dass die FACT-G und LASA Ergebnisse signifikant höher in der Interventionsgruppe waren, als in der

Kontrollgruppe. Das physische, soziale und emotionale Wohlbefinden in der Interventionsgruppe zeigte eine bedeutsame Besserung. Die Personen im Interventionsarm zeigten eine deutliche Besserung der Lebensqualität durch den Einfluss von EPC und durch die Möglichkeit der ständigen Kontaktaufnahme per Telefon. In dieser Studie wird der positive Effekt der Zusammenarbeit, zwischen den Disziplinen Onkologie und Palliativmedizin, aufgezeigt und dies entspricht dem Modell der EPC, denn auch hier ist eine gute Zusammenarbeit Voraussetzung für eine adäquate und ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten (Dyar et al. 2012).

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie sich „early palliative care“ auf die Lebensqualität von onkologisch erkrankten Menschen auswirkt. Die untersuchten Studien fanden hauptsächlich im ambulanten Setting statt. Das Ziel von von EPC ist es, die Patientinnen und Patienten von der Diagnosestellung weg zu unterstützen und ganzheitlich zu betreuen. In der Studie von Yoong et al. 2013 wurden sieben Schlüsselemente, wie Symptommanagement, Coping- strategien erlernen, Lebensende planen, etc, festgestellt, die die früh-palliativmedizinische Betreuung ausmachen. In der EPC wird besonderes Augenmerk auf die Schmerzfreiheit gelegt. In der Studie von Teunissen et al. 2007 wird aufgezeigt, dass 74% der onkologisch erkrankten Menschen an Schmerzen leiden. Hannon et al. 2014 beschreiben in ihrer Studie vier Grundelemente, darunter auch das Symptommanagement, durch die sich die Lebensqualität positiv verbessert hat. Bei Patientinnen und Patienten, welche unter starken Schmerzen leiden, wird oft ein personalisiertes Schmerzmanagement und eine schnelle Auskunft per Telefon angeboten. Diese Maßnahmen werden von den Betroffenen sehr geschätzt. In der Studie von Back et al. 2014 beschreiben Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte, dass es die wichtigste Aufgabe sei, die Patientinnen und Patienten von den Schmerzen zu befreien. In der Studie von Ben Natan et al. 2010, wird beschrieben, dass Schmerzfreiheit das höchste Ziel der Palliativmedizin sei. Dies wurde 2016 in der Studie von Dobrina et al. 2016 auch nochmals bestätigt. Tallman et al. 2012 fanden heraus, dass Schmerzen bei den Betroffenen psychischen und physischen Stress auslösen. Deshalb ist es für die ganzheitliche palliative Pflege umso wichtiger, die Patientinnen und Patienten von den Schmerzen zu erlösen, da Schmerz das Symptom ist, das von den an Krebs Erkrankten am wenigsten toleriert wird Miccinesi et al. 2012. Bei Dobrina et al. 2016 heißt es auch, dass ein Tod, der unter Begleitung vom Symptom Schmerz stattfindet ein „schlechter“ und nur der Tod unter Schmerzfreiheit ein „guter“ ist.

Ein weiterer wichtiger Pfeiler der EPC ist die Patientenedukation hinsichtlich der extra- und intramuralen Dienstleistungen, die sie unterstützend in Anspruch nehmen können, wenn sie weiterhin, zu Hause in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung, leben möchten. Trotz des positiven Effekts auf die Lebensqualität der betroffenen Personen ist die EPC in Österreich im Strukturplan der Palliativversorgung nicht enthalten. In der quantitativen Studie von Temel et al. 2010 wurden Patientinnen und Patienten mit neu diagnostiziertem Lungenkrebs rekrutiert und anhand der Skalen FACT-L und LSC die Lebensqualität, sowie anhand von PHQ-9 und HADS-A der psychische Zustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gemessen. Die

Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass sich die Lebensqualität der Interventionsgruppe, die EPC in Anspruch nahmen signifikant höher war als der der Kontrollgruppe, die onkologische Betreuung alleine in Anspruch nahmen. Zusätzlich wurde noch herausgefunden, dass die Symptome einer Depression signifikant gesunken sind und die Überlebensrate der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe auch gestiegen ist. Doch EPC wirkt nicht bei allen Personen gleich. In der Studie von Nipp et. al 2010 wird beschrieben, dass die Ergebnisse abhängig von Alter und Geschlecht sind. Die Resultate der Studie in Bezug auf das Alter zeigen, dass junge Menschen sehr vom Einfluss der EPC profitierten. Es wurde eine Verbesserung der Lebensqualität beschrieben und die Symptome einer Depression wurden auch als rückläufig wahrgenommen. Bei älteren Menschen konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Betrachtet man aber den Unterschied zwischen den Geschlechtern, so wird in der Studie von Nipp et. al 2016 aufgezeigt, dass der Einfluss auf die Lebensqualität und den psychischen Zustand von EPC auf Männer, gemessen anhand der Skalen FACT-L, PHQ-9 und HADS, signifikant höher war als bei Frauen. Auch hinsichtlich Anzeichen einer Depression wirkte die frühe Integration von Palliativmedizin deutlich besser bei Männern als bei Frauen.

In Österreich gibt es lediglich unterstützende Angebote wie Hospizteams, Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams. Diese werden aber erst in komplexen Situationen eingeschaltet und meistens erst in der terminalen Phase der Patientinnen und Patienten. Die EPC würde ab der Diagnosestellung einer Krankheit mit schlechter Prognose beginnen und ansetzen, um die Patientinnen und Patienten auf die Krankheit vorzubereiten. Dabei spielt die Aufteilung von Onkologie und Palliativmedizin eine große Rolle. Hier gibt es zwei verschiedene Modelle, wie in der Studie von Hannon et al. 2016, das „solo practise model“, in dem die Onkologie die ganze Behandlung der Betroffenen übernimmt, d. h. nicht nur die Therapie der Krankheit sondern auch die Betreuung der Patientinnen und Patienten in privaten Belangen und deren Bezugspersonen. Im Gegensatz dazu, gibt das „integrated care model“, das die Zusammenarbeit zwischen Onkologie und Palliativmedizin beschreibt. Dieses Modell wurde von den Patientinnen und Patienten der Studie befürwortet, da die Onkologie alleine als sehr steril und strukturiert beschrieben wurde, jedoch die Palliativmedizin als patientenorientiert und flexibel. Die Zusammenarbeit der beiden Disziplinen wurde als sehr effizient beschrieben, da sich das Team der Onkologie auf die Therapie konzentrieren konnte und die Palliativmedizin sich um den Menschen und dessen Angehörige. Dieses System setzt eine gute Interaktion und enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Arbeitsbereichen voraus um ein zeitliches, effizientes und koordiniertes Management von psychischen, physiologischen

und notwendigen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vorauszusetzen (Hannon et al. 2016).

Die Kommunikation spielt in der Palliative Care auch eine große Rolle. Diese sollte nämlich offen und ehrlich sein. Melin-Johansson et al. 2008 Dies bestätigt auch die Studie von Rainbird et al. 2009, aus der hervorgeht, dass in häufigen Fällen die gute medizinische Kommunikation nicht stattfindet, obwohl es ein Bedürfnis für onkologisch erkrankte Menschen mit einer schlechten Prognose ist. In diesem Fall würde die early palliative care einen großen Vorteil bringen, da mit den Menschen nicht nur offen und ehrlich gesprochen wird, sondern auch Themen, wie das Lebensende, ins Gespräch mit aufgenommen werden und daraus resultierend Maßnahmen geplant werden. In weiterer Folge bleibt auch die Vollständigkeit an Informationen oft aus, wie ein Ergebnis der Studie von Hughes et. al 2008 zeigte. Den Patientinnen und Patienten fehlten Informationen an Unterstützungsangeboten, was dazu führte, dass die Betroffenen nicht wussten, an welchen Gesundheitsdienst sie sich wenden sollten. Dies führt wiederum zu einer Verschlechterung der Lebensqualität, da dies für Personen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung schnell lebensbedrohlich werden kann (Department of Health 2007). Unterstützung durch Freunde oder Angehörige, oder aber durch professionelle Dienste wie die EPC oder den Palliativkonsilliardienst ist für Patientinnen und Patienten in der terminalen Phase essentiell, wenn diese ihre letzte Zeit in ihren eigenen vier Wänden verbringen möchten. Die Sicherheit durch helfende Hände im Haushalt als auch durch zusätzliches Wissen über Unterstützungsangebote, sind Pfeiler an die sich krebserkrankte Menschen stützen. Melin-Johnsson et. al. 2008 Durch diese Faktoren wird die Vulnerabilität der Menschen, die sich in der terminalen Phase befinden, erheblich reduziert (Milberg et al. 2012).

Ein weiterer Meilenstein der EPC ist, wie oben erwähnt, das Lebensende zu planen. Patientinnen und Patienten, in der Studie von Hannon et al. 2017, befürworteten den frühen Kontakt mit dem Palliativteam und beschrieben es als einen Vorteil, mit palliativ-affinem Personal Kontakt zu haben, die den medizinische Jargon verstehen und für die Betroffenen verständlich aufbereiten können. Die Palliativambulanz wurde als einzigartiges Forum wahrgenommen, um Themen die das Lebensende betreffen, zu diskutieren und als Unterstützung auf emotionaler und sozialer Ebene. Es wird auch die Begleitung in der Entscheidungsfindung sehr hervorgehoben. Für Patientinnen und Patienten ist es eine riesige Erleichterung gewesen, dass das EPC- Team das gesamte Terminmanagement übernommen hat oder zumindest eine Ansprechstation in Bezug auf medizinische Belange, wann z.B. Personen die Notaufnahme aufsuchen sollten und wann nicht (Hannon et al. 2017). In den letzten Jahren ist die Nachfrage nach Palliativmedizin dermaßen gestiegen, dass gerademal

genügend Personal für den stationären Bereich zur Verfügung steht, wie auch die Studie von Breffni et al. 2016 bestätigt. Weiteres zeigt die Studie, dass Patientinnen und Patienten sehr von EPC, in Bezug auf Lebensqualität und Überlebensrate profitieren. Auch auf sozialer Ebene ist die early palliative care eine große Stütze, weil sie den Angehörigen bzw. Freunden der Betroffenen in allen Belangen zur Seite steht und es den erkrankten Personen länger oder auch völlig ermöglicht wird, ihre letzten Stunden in ihrem Eigenheim zu verbringen. Doch der Ort des Sterbens ist den terminal Kranken weniger wichtig als die Tatsache, in Schmerzfreiheit ihre letzten irdischen Stunden verbringen zu können, wie Hanratty et al. 2013 in ihrer Studie beschrieben.

Nicht alle in der Literatur vorkommenden Studien unterstützen die EPC wie in der Studie von Groenvold et al. 2017 und von Scarpi et al. 2018 aufgezeigt wird. Das Ergebnis bei den zwei Studien war, dass es für Patientinnen und Patienten keinen Unterschied machte ob sie early palliative care bezogen haben oder nicht.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Literaturreviews haben gezeigt, dass Patientinnen und Patienten, mit einer onkologischen Diagnose mit der eine schlechte Prognose einhergeht, viel sicherer fühlen, wenn sie von Anfang an begleitet werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben es als ein sicheres Netz.

Aus einer Studie gingen sieben Schlüsselemente hervor, die sich aber auch zumindest zum Teil in anderen Studien immer wieder wiederholten, wie zum Beispiel das Symptommanagement. Daraus schließend, ist die oberste Priorität für Krebspatientinnen und -patienten, symptombefreit zu sein, um relativ lange unbeschwert zu Hause leben zu können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt dieses Reviews ist es, dass die Rollenverteilung zwischen den Disziplinen geregelt ist und diese auch in ständiger Interaktion stehen, beispielsweise mittels Tumorboard. In den Studien, in denen die Ergebnisse mittels Interviews erhoben wurden, hieß es immer wieder, dass die Palliativpflege wie ein Forum sei, in dem man alles ansprechen könne. Im Gegensatz dazu wurde die Onkologie immer nur als steril und unflexibel beschrieben, und es wichtiger sei, dass diese sich auf die Therapie konzentriere und sich die Palliativpflege um die persönlichen Belangen kümmert.

Die Absichten der frühpalliativ medizinischen Betreuung sind, die Patientinnen und Patienten vom Zeitpunkt der Diagnose weg zu begleiten und auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen, um sie auf das Bevorstehende vorzubereiten. Höchste Priorität liegt natürlich, wie eingangs erwähnt, auf dem Symptommanagement. Aber auch die Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende werden angeschnitten und besprochen, sofern die Patientin/der Patient bereit dafür ist. Falls dies der Fall ist, wird auch die Therapie am Lebensende geplant und auch die Angebote der Palliativmedizin/pflege hinsichtlich der extramuralen Betreuung vorgestellt und wenn notwendig auch organisiert. Es ist wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass jeder Mensch ein Individuum ist, in Bezug auf die körperliche, emotionale und psychische Ebene und es keinen fixen Fahrplan in der EPC geben kann, sondern immer ein auf die Person angepasster erstellt werden muss.

6. Praxis- und Forschungsempfehlungen

Praxisempfehlung- Um das Modell der EPC richtig und ganzheitlich umsetzen zu können, bedarf es einer Erhöhung des Personalspiegels im Sektor der Palliativpflege/medizin und die Aufnahme der EPC in den österreichischen Strukturplan für Palliativ- und Hospizversorgung. Ebenso wichtig wäre es, dass man das Personal entsprechend der Betreuung terminal Kranker aus- und weiterbildet.

Forschungsempfehlung- Der aktuelle Stand im Bereich der early palliative care zeigt, dass schon einige Studien durchgeführt wurden. Es wurden hauptsächlich quantitative Studien durchgeführt, wichtig wäre es aber, dass noch mehr qualitative Studien durchgeführt werden, um weitere Meilensteine der EPC erfassen zu können, um einen hohen Versorgungsstandard gewährleisten zu können.

Prinzipiell ist Forschung mit Menschen die eine lebensbeschränkende Erkrankung diagnostiziert bekommen sehr wichtig, um Standards in der Versorgung entwickeln und erweitern zu können. In diesem Bereich ist Forschung sogar umso wichtiger, da es sich um eine vulnerable Patientengruppe handelt. (Melin-Johansson et al. 2008; Hughes & Arber 2008; Dobrina et al. 2016)

7. Literaturverzeichnis

Back, AL, Park, ER, Greer, JA, Jackson, VA, Jacobsen, JC, Gallagher, ER & Temel, JS 2014, 'Clinician Roles in Early Integrated Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 17, no. 11, pp. 1244-1248, doi:10.1089/jpm.2014.0146.

Ben Natan, M, Garfinkel, D & Shachar, I 2010, 'End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff', *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 14, no. 4, pp. 299-303, doi:10.1016/j.ejon.2010.05.002.

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) 2019, viewed 11.03.2019, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>.

Bundesministerium für Gesundheit & Gesundheit Österreich GmbH 2014, *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* viewed 11.03.2019, https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf.

Department of Health 2007, *Mesothelioma Framework*, viewed 27. January 2019, <http://www.mesothelioma.uk.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=25648>.

Deutschinoff, G, Friedrich, C, Thiem, U, Voigtmann, R & Pientka, L 2005, 'Lebensqualität in der Onkologie', *Der Onkologe*, vol. 11, no. 2, doi:<https://doi.org/10.1007/s00761-004-0825-x>.

Dobrina, R, Vianello, C, Tenze, M & Palese, A 2016, 'Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and Their family Caregivers During the Last Week of Life: A Descriptive Phenomenological Study', *Journal of Holistic Nursing*, vol. 34, no. 1, pp. 24-34, doi:10.1177/0898010115581936.

Dyar, S, Lesperance, M, Shannon, R, Sloan, J & Colon-Otero, G 2012, 'A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 15, no. 8, pp. 890-895, doi:10.1089/jpm.2012.0014.

Frickhofen, N 2017, 'Tumorbiologie für Nichtonkologen', in *Onkologie*, Elsevier, München, pp. 3-11.

Groenvold, M, Petersen, MA, Damkier, A, Neergaard, MA, Nielsen, JB, Pedersen, L, Sjøgren, P, Strömngren, AS, Vejlgård, TB, Gluud, C, Lindschou, J, Fayers, P, Higginson, IJ & Johnsen, AT 2017, 'Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial', *Palliative Medicine*, vol. 31, no. 9, pp. 814-824, doi:10.1177/0269216317705100.

Hannon, B, Swami, N, Pope, A, Leighl, N, Rodin, G, Krzyzanowska, M & Zimmermann, C 2016, 'Early Palliative Care and Its Role in Oncology: A Qualitative Study', *Oncologist*, vol. 21, no. 11, pp. 1387-1395, doi:10.1634/theoncologist.2016-0176.

Hannon, B, Swami, N, Rodin, G, Pope, A & Zimmermann, C 2017, 'Experiences of patients and caregivers with early palliative care: A qualitative study', *Palliative Medicine*, vol. 31, no. 1, pp. 72-81, doi:10.1177/0269216316649126.

Hanratty, B, Addington-Hall, J, Arthur, A, Cooper, L, Grande, G, Payne, S & Seymour, J 2013, 'What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care', *BMC Family Practice*, vol. 14, p. 22, doi:10.1186/1471-2296-14-22.

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qualitative Health Research*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299, doi:10.1177/1049732302238251.

Hoerger, M, Perry, LM, Gramling, R, Epstein, RM & Duberstein, PR 2017, 'Does educating patients about the Early Palliative Care Study increase preferences for outpatient palliative cancer care? Findings from Project EMPOWER', *Health Psychology*, vol. 36, no. 6, pp. 538-548, doi:10.1037/hea0000489.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft; Deutsche Krebshilfe; AWMF) 2015, *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*, viewed 11.03.2019, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf.

Melin-Johansson, C, Odling, G, Axelsson, B & Danielson, E 2008, 'The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care', *Palliat Support Care*, vol. 6, no. 3, pp. 231-238, doi:10.1017/s1478951508000370.

Miccinesi, G, Bianchi, E, Brunelli, C & Borreani, C 2012, 'End-of-life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition', *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, vol. 21, no. 5, pp. 623-633, doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01347.x.

Nipp, RD, Greer, JA, El-Jawahri, A, Traeger, L, Gallagher, ER, Park, ER, Jackson, VA, Pirl, WF & Temel, JS 2016, 'Age and Gender Moderate the Impact of Early Palliative Care in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer', *Oncologist*, vol. 21, no. 1, pp. 119-126, doi:10.1634/theoncologist.2015-0232.

Österreichische Palliativ Gesellschaft 2019, *Palliativpflege*, viewed 11.03.2019, www.palliativ.at/palliative-care/palliativpflege.html.

Polit, D & Beck, C 2017 *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, vol. 10, Bilten Mednarodne Federacije Zobotehnikov. Bulletin of the International Federation of Dental Technicians. Bulletin de la Federation Internationale Prothesistes Dentaires. Bulletin der Internationalen Foderation der Zahntechniker, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Scarpi, E, Dall'Agata, M, Zagonel, V, Gamucci, T, Berte, R, Sansoni, E, Amaducci, E, Broglia, CM, Alquati, S, Garetto, F, Schiavon, S, Quadrini, S, Orlandi, E, Casadei Gardini, A, Ruscelli, S, Ferrari, D, Pino, MS, Bortolussi, R, Negri, F, Stragliotto, S, Narducci, F, Valgiusti, M, Farolfi, A, Nanni, O, Rossi, R & Maltoni, M 2018, 'Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: a randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes', *Supportive Care in Cancer*, doi:10.1007/s00520-018-4517-2.

Temel, JS, Greer, JA, Muzikansky, A, Gallagher, ER, Admane, S, Jackson, VA, Dahlin, CM, Blinderman, CD, Jacobsen, J, Pirl, WF, Billings, JA, Lynch, TJ, Temel, JS, Greer, JA, Muzikansky, A, Gallagher, ER, Admane, S, Jackson, VA, Dahlin, CM & Blinderman, CD 2010, 'Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer', *New England Journal of Medicine*, vol. 363, no. 8, pp. 733-742, doi:10.1056/NEJMoa1000678.

Teunissen, SC, Wesker, W, Kruitwagen, C, de Haes, HC, Voest, EE & de Graeff, A 2007, 'Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review', *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 34, no. 1, pp. 94-104, doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015.

Theml, H 2005, *Krebs und Krebsvermeidung: Risiken, Entstehung, Prävention*, C. H. Beck, München.

WHO 2019, *WHO Definition of Palliative Care*, viewed 11.03.2019, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Yoong, J, Park, ER, Greer, JA, Jackson, VA, Gallagher, ER, Pirl, WF, Back, AL & Temel, JS 2013, 'Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study', *JAMA Intern Med*, vol. 173, no. 4, pp. 283-290, doi:10.1001/jamainternmed.2013.1874.

Zambrano, SC, Fliedner, MC & Eychmuller, S 2016, '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*, vol. 10, no. 4, pp. 310-315, doi:10.1097/spc.0000000000000240.

Zhuang, H, Ma, Y, Wang, L & Zhang, H 2018, 'Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer', *Current Oncology*, vol. 25, no. 1, pp. e54-e58, doi:10.3747/co.25.3639.

8. ANHANG

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturplan für Hospiz und Palliativversorgung	3
Tabelle 2: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL	7
Tabelle 3: Erklärung, der in den Studien verwendeten Skalen.....	11
Tabelle 4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien.....	13

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses.....	9
---	---

Bewertungsbögen:

Yoong et al. 2013

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche sehr leicht verständlich sind	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungsempfehlung aber keine Praxisempfehlung enthalten.	Fair 3
Total:	32 (88%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Auch Keywords enthalten.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting sehr genau und gut strukturiert beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Nicht wirklich beschrieben.	Poor 2
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche sehr leicht verständlich sind	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Keine Empfehlung enthalten.	Poor 2
Total:	28 (77%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Tabellen nicht gut verständlich, unübersichtlich.	Poor 2
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlung enthalten.	Fair 3
Total:	28 (77%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche sehr leicht verständlich sind	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlung enthalten.	Good 4
Total:	31 (86%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, welche nicht gut verständlich sind. Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche nicht sehr ausdrucksstark sind	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Praxisempfehlung enthalten. Keine forschungsempfehlung	Fair 3
Total:	28 (77%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche sehr leicht verständlich sind	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Praxisempfehlung enthalten.	Fair 3
Total:	32 (86%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden nicht durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche unübersichtlich sind.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Keine Empfehlungen enthalten.	Poor 2
Total:	29 (81%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche sehr leicht verständlich sind	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlung enthalten.	Good 4
Total:	31 (86%)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Alle wichtigen Informationen enthalten bezüglich Design Samplegröße, etc. Abstract gut strukturiert. Keywords wurden nicht angeführt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Ziel wurden gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Erhebung der Daten und Setting genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Anzahl der Teilnehmer inkl. der Erhebung genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls angegeben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Abweichungen in den Ergebnissen sind angeführt, weiters sind auch Tabellen vorhanden, Text ist in Kategorien gegliedert	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum nicht erforderlich.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden durch Kategorien geordnet. Auch Tabellen sind vorhanden welche sehr leicht verständlich sind	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungsempfehlung aber keine Praxisempfehlung enthalten.	Fair 3
Total:	32 (88%)