



Standard Operating Procedures (SOPs) in der Palliativmedizin

Vorhandensein und Relevanz palliativmedizinischer SOPs in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Centers (CCCs)

Einleitung

Standardisierte Prozeduren in der Medizin (z. B. Standard Operating Procedures, kurz: SOPs) sind eine wichtige Voraussetzung für die Qualitätssicherung. Auch Patienten mit unheilbaren Erkrankungen, die hochkomplexe, sehr individualisierte Bedürfnisse aufweisen, könnten von palliativmedizinisch ausgerichteten, patientenorientierten SOPs profitieren. In diesem Beitrag werden vorhandene und als relevant empfundene SOPs der palliativmedizinischen Abteilungen im Netzwerk der von der Deutsche Krebshilfe (DKH) geförderten CCCs erörtert und dargestellt.

SOPs sind definiert als strukturierte, komplexe, auf den bestmöglichen Evidenzen basierende Prozesse für die Patientenbehandlung [4]. Ihre Nutzung kann bspw. im operativen Bereich zur Verbesserung der Versorgung beitragen und positive Auswirkungen auf Verweildauer, Kosten und Behandlungsergebnisse haben [12, 15]. Die Erstellung von SOPs verbessert zudem die Implementierung und Nutzung von Leitlinien [4]. Dazu können sie bei regelmäßiger Anpassung zeitnah Neuerungen in Diagnostik und Therapie berücksichtigen, während Leitlinien einen längeren Überarbeitungsprozess durchlaufen.

Der zunehmende Bedarf nach evidenzbasierter medizinischer Behand-

lung und Qualitätssicherung erhöht den Druck auf die Einführung und Durchsetzung institutionsspezifischer Standards. Alle Patienten mit einer lebenslimitierenden, unheilbaren Erkrankung benötigen eine allgemeine palliativmedizinische Grundversorgung, die durch Primärbehandelnde gewährleistet werden kann [7]. In der Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen besteht dabei für die Patienten mit komplexen Bedürfnissen die Möglichkeit zur frühzeitigen Integration spezialisierter Palliativmedizin [8, 9]. Palliativmedizinische SOPs müssen die individuellen Anforderungen an die Versorgung berücksichtigen. Der Geltungsbereich der SOPs bezieht sich dabei nicht ausschließlich auf Patienten mit einer Tumorerkrankung, sondern schließt auch Patientengruppen ohne eine Tumorerkrankung, die ebenfalls in den palliativmedizinischen Abteilungen der CCCs behandelt werden, ein. Für die Entwicklung neuer und Anpassung bereits vorhandener SOPs ist die vor Kurzem veröffentlichte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ hilfreich [11]. Die Entwicklung und zentrale Bereitstellung von SOPs ist den palliativmedizinischen Abteilungen im Netzwerk der von der DKH geförderten CCCs ein Anliegen, weil sie neben ihrem medizinischen und didaktischen Auftrag zugleich wegweisenden Charakter

für die palliativmedizinische Versorgung außerhalb der Abteilungen und CCCs haben können. Zu welchen Themen und in welchem Umfang SOPs in den palliativmedizinischen Abteilungen innerhalb des von der DKH geförderten CCCs bereits vorliegen, ist bisher jedoch nicht erfasst und transparent.

Das Ziel der vorliegenden Erhebung ist es daher, zu untersuchen, welche SOPs in den palliativmedizinischen Abteilungen der von der DKH geförderten CCCs vorliegen und welche SOPs als relevant erachtet werden. Die Arbeitsgruppe Palliativmedizin im Netzwerk der von der DKH geförderten onkologischen Spitzenzentren hat über diese Analyse hinaus das Ziel, einen Austausch für wichtig erachtete SOPs zwischen den CCCs und darüber hinaus anzuregen. Angestrebt wird zudem, den strukturellen Rahmen der SOPs zu standardisieren. Die innerhalb der CCCs konsentierten SOPs sollen dem Netzwerk zur Verfügung gestellt werden und damit die Patientenversorgung und das Qualitätsmanagement der einzelnen Standorte langfristig unterstützen.

Methodik

Design

Im Hinblick auf die deskriptive Fragestellung handelt es sich um eine quantitati-

ve Erhebung mittels eines strukturierten Fragebogens.

Teilnehmer

Zum Befragungszeitpunkt vom 01.12.2014 bis zum 30.6.2015 förderte die DKH in Deutschland 13 CCCs. Seit 2007 haben insgesamt 14 CCCs von der DKH eine Förderung als onkologisches Spitzenzentrum (CCC) erhalten. Alle bisher geförderten CCCs fanden in der Erhebung Berücksichtigung. Diese erfolgte insgesamt innerhalb von 15 Einrichtungen, da ein CCC 2 universitäre Standorte umfasst.

Durchführung

Auf Basis einer Recherche innerhalb der internen, elektronischen Ablagesysteme von 3 Zentren wurden in der Praxis vorliegende SOPs mit palliativmedizinischem Bezug thematisch gegliedert. Daraus entstanden folgende Kategorien und Items: (1) „Symptombezogene SOPs“ (14 Begriffe), (2) SOPs, die einen „Behandlungspfad“ darstellten (12 Begriffe) oder (3) „Maßnahmen und Prozesse“ beschrieben (26 Begriffe). Diese Dreiteilung wurden in dem Erhebungsbogen jeweils um ein Freitextfeld („Andere“) ergänzt. Dort aufgeführte SOPs werden im Ergebnisteil aufgezeigt, sind aber nicht in die statistische Auswertung eingeflossen.

Alle Teilnehmer waren ärztliche Vertreter der spezialisierten Palliativmedizin eines von der DKH geförderten CCC, die zugleich Mitglied der AG Palliativmedizin des CCC-Netzwerks sind. Sie konnten für jede benannte SOP unter dem Punkt „Bei uns vorhanden“ und „Hohe thematische Relevanz für den eigenen Standort und die weitere gemeinsame Netzwerkarbeit in der Arbeitsgruppe“ das jeweils Zutreffende ankreuzen. Dadurch wurden auch potenzielle SOP-Themen und nicht nur real existierende SOPs als relevant bewertet.

Diese Inhalte wurden in ein elektronisches Formular mit dem Entwicklertool von Microsoft Office Word 2010 überführt und im Februar 2015 per E-Mail an die ärztlichen Vertreter der spezialisierten Palliativmedizin an den palliativme-

Hier steht eine Anzeige.



dizinischen Abteilungen der einzelnen Standorte ($n = 15$) versandt. Die Rücksendungen per E-Mail und Fax wurden bis Juni 2015 entgegengenommen.

Auswertung

Alle ausgefüllten Erhebungsbögen wurden in IBM SPSS Statistics 21 übertragen und durch eine deskriptive Häufigkeits- und Freitextanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Die Erhebung erzielt eine 100 %ige Teilnahmequote. Die Darstellungsform der auf die spezialisierte Palliativmedizin bezogenen SOPs variiert zwischen den CC-Cs stark.

Vorhandensein und Relevanz symptombezogener SOPs

In den palliativmedizinischen Abteilungen der CCCs sind zum Befragungszeitpunkt unter den symptombezogenen SOPs (Abb. 1) am häufigsten SOPs zur Schmerztherapie vorhanden (11 Zentren; 73 %), gefolgt von Dyspnoe (7 Zentren; 47 %), Krisenmanagement in der Finalphase sowie Übelkeit und Erbrechen (6 Zentren; 40 %). SOPs zu Delir und anderen neuropsychiatrischen Symptomen sowie Inappetenz und Kachexie liegen in 4 Zentren (27 %) vor. Andere symptombezogene SOPs wurden von den Standorten seltener benannt. Ergänzend zu den im Fragebogen gelisteten symptombezogenen SOPs werden noch weitere SOPs, die von einzelnen CC-Cs vorgehalten werden, genannt. Dazu zählen die SOPs zu Themen wie obere Einflusstauung, Xerostomie, Hämoptyse, Schlafstörung, Unruhe und Agitation sowie Hirnmetastasen.

Aus den symptombezogenen SOPs werden Delir und andere neuropsychiatrische Erkrankungen, Krisenmanagement in der Finalphase und Schmerztherapie von 13 CCCs (87 %) als relevant empfunden. Die SOPs zu den Themen Ileus und Obstipation, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen beurteilen 12 Zentren (80 %) als relevant. Weitere symptombezogenen SOPs mit einer als häufig angegebenen thematischen Relevanz be-

Schmerz 2017 · 31:47–53 DOI 10.1007/s00482-016-0132-7

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2016

P. Stachura · J. Berendt · S. Stiel · U. S. Schuler · C. Ostgathe

Standard Operating Procedures (SOPs) in der Palliativmedizin. Vorhandensein und Relevanz palliativmedizinischer SOPs in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Centers (CCCs)

Zusammenfassung

Hintergrund. Standard Operating Procedures (SOPs) können zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen.

Ziel der Arbeit. Überprüfung von Vorhandensein und Relevanz palliativmedizinischer SOPs in den von der Deutschen Krebshilfe (DKH) geförderten Comprehensive Cancer Centers (CCCs).

Material und Methoden. Mittels eines strukturierten Fragebogens wurden palliativmedizinische Abteilungen der 15 bisher DKH-geförderten CCCs befragt, welche (1) symptombezogenen, (2) an Behandlungspfaden oder (3) an Maßnahmen und Prozessen ausgerichteten SOPs vorliegen und welchen Inhalten eine thematische Relevanz zugesprochen wird.

Ergebnisse. SOPs zur Schmerztherapie liegen am häufigsten vor ($n = 11$; 73 %). Die SOPs, die

am häufigsten als relevant erachtet wurden, waren SOPs zur Schmerztherapie, zum Krisenmanagement in der Finalphase sowie zu Delir und anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen (je $n = 13$; 87 %), gefolgt von SOPs zur Obstipation, Dyspnoe, Übelkeit und palliativer Sedierung (je $n = 12$; 80 %). **Diskussion.** Im Netzwerk der durch die DKH geförderten CCCs liegt eine hohe Diskrepanz zwischen dem Vorhandensein und der empfundenen Relevanz palliativmedizinischer SOPs vor. Offensichtlich besteht ein Bedarf für die Ausarbeitung relevanter palliativmedizinischer SOPs.

Schlüsselwörter

Klinischer Behandlungspfad · Standard Operating Procedure · Palliativmedizin · Qualität · Comprehensive Cancer Center

Standard operating procedures (SOPs) for palliative care. Presence and relevance of palliative SOPs within the network of German Comprehensive Cancer Centers (CCCs) funded by the German Cancer Aid

Abstract

Background. Standard operating procedures (SOPs) can contribute to the improvement of patient care.

Objectives. Survey the presence and relevance of SOPs for palliative care (PC) within the network of German Comprehensive Cancer Centers (CCCs) funded by the German Cancer Aid.

Materials and methods. In a descriptive survey, palliative care services within 15 CCCs funded by the German Cancer Aid were asked to rate availability and thematic relevance of (1) symptom-related, (2) clinical pathways and (3) measures- and processes-oriented SOPs using a structured questionnaire.

Results. Pain management SOPs were the most common ($n = 11$; 73 %). The most thematic relevance showed SOPs dedicated

to pain management, care in the last days of life and delirium and other neuro-psychiatric diseases (each $n = 13$; 87 %), followed by bowel obstruction, dyspnoea, nausea and palliative sedation (each $n = 12$; 80 %).

Conclusions. There is a wide gap between availability and perceived relevance of palliative care SOPs within the network of German CCCs funded by the German Cancer Aid. It is obvious that there is a need for further development of relevant SOPs in palliative care.

Keywords

Clinical pathway · Standard operating procedure · Palliative care · Quality · Comprehensive Cancer Center

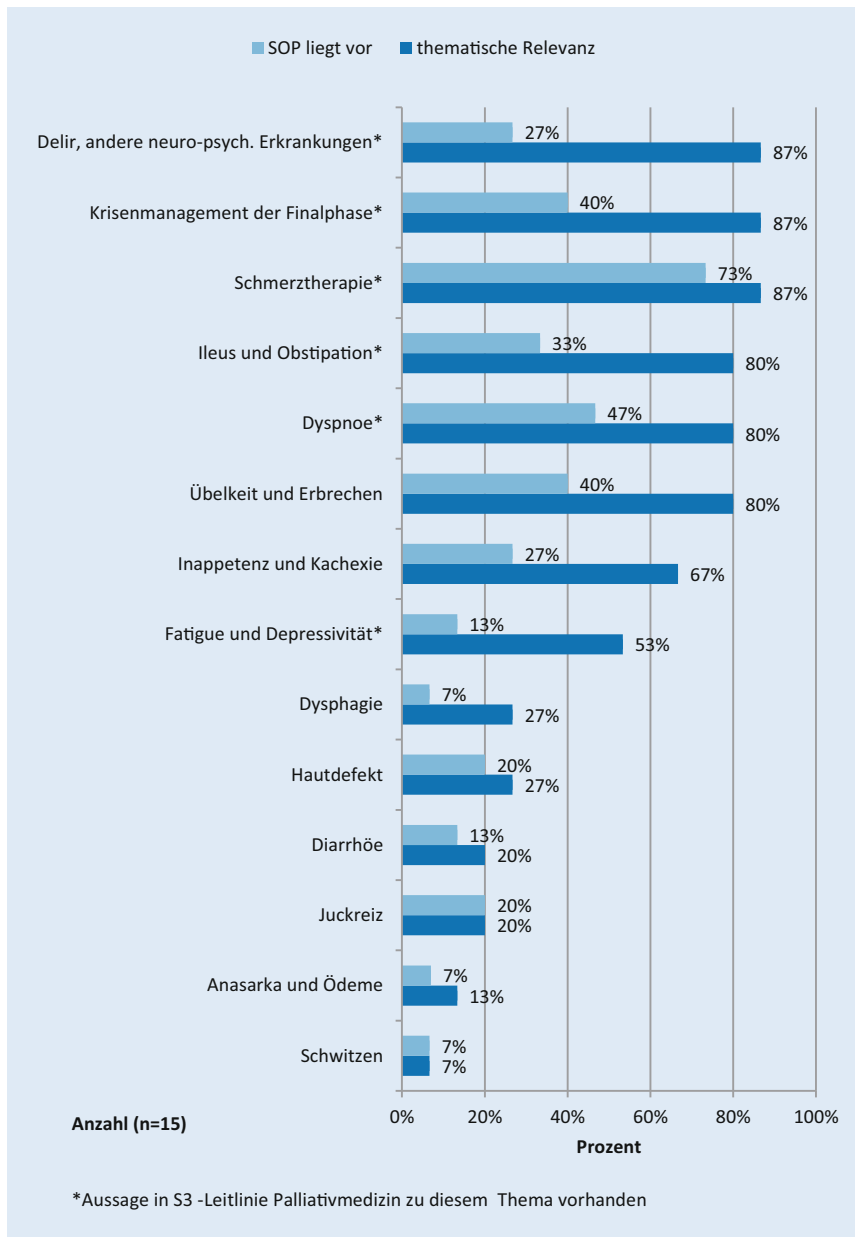


Abb. 1 ▲ Vorhandensein und thematische Relevanz zu symptombezogenen SOPs im Netzwerk der von der Deutschen Krebshilfe (DKH) geförderten CCCs, sortiert nach Relevanz

ziehen sich auf Inappetenz und Kachexie (10 Zentren; 67 %) sowie Fatigue und Depressivität (8 Zentren; 53 %). Andere symptombezogene SOP-Themen werden von weniger als einem Drittel der Befragten als relevant beurteilt.

Vorhandensein und Relevanz behandlungspfadbezogener SOPs

Dass spezialisierte Palliativmedizin in den SOPs anderer Fachdisziplinen integriert ist, geben 3 (21 %) der CCCs an. In

den behandlungspfadbezogenen SOPs (Abb. 2) wird das Thema Integration der spezialisierten Palliativmedizin in SOPs der Onkologie sowie Standards zu Entscheidungen am Lebensende sehr häufig als relevant bewertet (9 Zentren; 60 %). Auch die Integration der spezialisierten Palliativmedizin in die SOPs von anderen Fachrichtungen, bei der Behandlung von Patienten mit einer onkologischen Erkrankung, ist für mehrere CCCs (bis zu 7 Zentren; 47 %) relevant. Der „Liverpool Care Pathway“

(LCP) bzw. die Weiterentwicklung des „Best Care for the Dying“ (BCD), finden in 2 Zentren Anwendung. Von 5 Zentren (33 %) wird dem LCP/BCD eine Relevanz zugesprochen.

Vorhandensein und Relevanz von SOPs zu Prozessen

SOPs zu einzelnen Prozessen (Abb. 3) liegen in den Zentren eher als symptom- oder behandlungspfadbezogene SOPs vor. Am häufigsten besteht eine SOP zum Umgang mit Verstorbenen (9 Zentren; 60 %). Auch SOPs als Aufnahmestandard für die Palliativstation (8 Zentren; 53 %), zum Umgang mit Patienteneigentum sowie mit multiresistenten Erregern und zur Behandlungsplanung (jeweils 7 Zentren; 47 %) sind vorhanden. Zusätzlich zu den abgefragten SOPs liegen in einzelnen Zentren 4 weitere SOPs vor. Diese beziehen sich auf Themen wie Leichenschau, palliativmedizinische Komplexbehandlung, Antibiotikatherapie und Umgang mit dem Todeswunsch. In der Gruppe der SOPs zu Prozessen zeigt sich, dass in einem Drittel der Einrichtungen eine SOP zur palliativen Sedierung existiert. Dieser SOP wird am häufigsten eine Relevanz in dieser Gruppe zugesprochen (12 Zentren; 80 %). Eine SOP zum Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern sowie mit Verstorbenen und zu einem Aufnahmestandard einer Palliativstation stuften jeweils 9 Zentren (60 %) als relevant ein. Weniger häufig wurde eine SOP zur Delegation ärztlicher Leistungen (8 Zentren; 53 %), Behandlungsplanung, Entlassungsplanung und zu einem Entlassungsstandard als relevant eingeschätzt (7 Zentren; 47 %). SOPs zur subkutanen Applikation von Medikamenten und Flüssigkeit, Befüllung von Spritzenpumpen sowie zum Umgang mit verschiedenen Religionen empfinden 6 Zentren (40 %) relevant sowie 5 Zentren (33 %) eine SOP zur Ernährung. Andere SOPs hatten eine eher niedrigere Relevanz für die Befragten der spezialisierten Palliativmedizin. Bei 6 von 26 SOPs zu Prozessen (Umgang mit Dekubitus, Umgang mit Patienteneigentum, Fort- und Weiterbildung, Umgang mit Haustieren, Belegungsplan sowie Fußzettelausfüllung) war die Relevanz

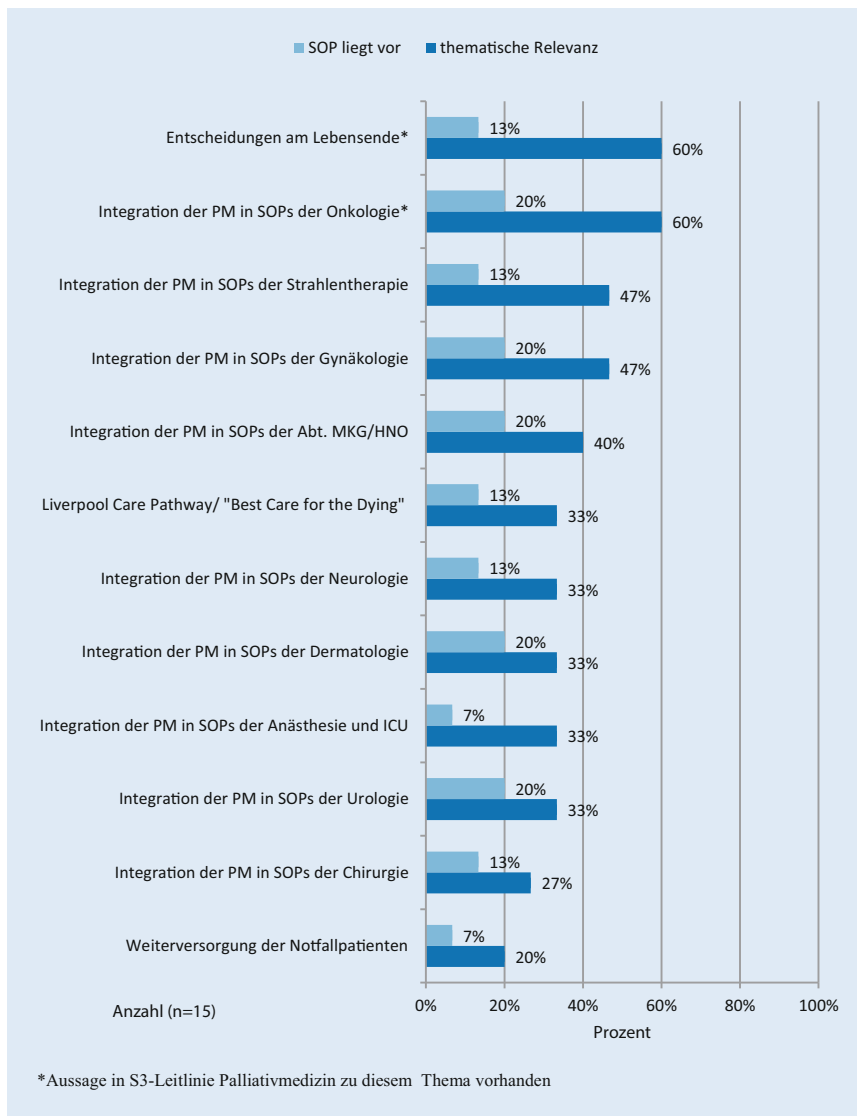


Abb. 2 ▲ Vorhandensein und thematische Relevanz zu behandlungspfadbezogenen SOPs im Netzwerk der von DKH geförderten CCCs. Sortiert nach Relevanz. *PM* Palliativmedizin; *ICU* Intensivstation; *Abt.* Abteilung; *MKG* Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie; *HNO* Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

sogar geringer als das Vorhandensein der SOP.

Diskussion

Der zunehmende Bedarf für eine evidenzbasierte Behandlung in der allgemeinen und spezialisierten Palliativmedizin sollte zu einer Überführung von Leitlinien in einrichtungsbezogene Standards führen. Bei der Entwicklung dieser SOPs können die Vertreter der spezialisierten Palliativmedizin der geförderten CCCs einen wichtigen Beitrag leisten. Die vorliegende Untersuchung zeigt erstmals den aktuellen Bestand und die Relevanz

von palliativmedizinischen SOPs in den von der DKH geförderten CCCs.

Die Erhebung hat im Wesentlichen gezeigt, dass in den palliativmedizinischen Abteilungen der geförderten CCCs durchaus erste SOPs vorliegen, aber deren Darstellungsformen stark variieren. Die vorhandenen SOPs decken nicht alle als relevant eingestuft Bereiche palliativmedizinischer Behandlung ab. SOPs zur Symptombehandlung sowie zu gängigen Prozessen in der spezialisierten Palliativmedizin sind eher häufig vorhanden. Selten lagen SOPs im Bereich der Integration der spezialisierten Palliativmedizin in andere Fachdisziplinen und

Behandlungspfade vor. Gerade zu diesen Themen könnten auch SOPs zu einer besseren Sichtbarkeit der spezialisierten Palliativmedizin innerhalb des CCC-Netzwerks und folglich auch zur frühzeitigen Berücksichtigung des spezialisierten palliativmedizinischen Bedarfs bei onkologischen Patienten in anderen medizinischen Disziplinen beitragen. Schließlich ist die frühzeitige Integration der spezialisierten Palliativmedizin in die Behandlung onkologischer Erkrankungen mit einer Verbesserung der Lebensqualität sowie Kosteneffizienz verbunden [1, 6].

Die Frage nach der thematischen Relevanz spezifischer SOPs wurde unterschiedlich bewertet. In dem hier vorliegenden Projekt war die Relevanz, die man SOPs zu bestimmten Themen beigemessen hat, deutlich höher als tatsächlich SOPs zu diesen Themen vorhanden waren. Am häufigsten wurden SOPs zur Symptombehandlung als relevant eingestuft. Erstaunlicherweise waren gerade diese eher für ärztliche Vertreter der spezialisierten Palliativmedizin relevant als SOPs zu Prozessen und Behandlungspfaden, die oft als Qualitätsmerkmale genutzt werden. Durch die Ergebnisse dieser Erhebung haben sich innerhalb der AG Palliativmedizin die SOPs konkretisiert, die in einem ersten Schritt gemeinsam ausgearbeitet und evaluiert werden sollen.

Die Orientierung am aktuellen wissenschaftlichen Stand ist für behandelnde Ärzte zeitaufwendig [5]. Vor allem inhaltliche Verlässlichkeit und Handhabbarkeit von lokal angepassten SOPs tragen zur Verbesserung der Nutzung in der Routine bei [2]. Für die Fundierung und Ausarbeitung der SOPs gelten die relevanten, aktuellen Leitlinien. Es ist deshalb zu erwarten, dass die von 120 Experten und mehr als 50 Fachgesellschaften konsentierten und 2015 veröffentlichte „S-3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung“ [11] als Grundlage dienen kann, die Lücken zwischen als relevant eingestuft und tatsächlich vorhandenen SOPs innerhalb des CCC-Netzwerks zu schließen.

Die Handhabbarkeit der SOPs könnte in digitaler Form deutlich vereinfacht

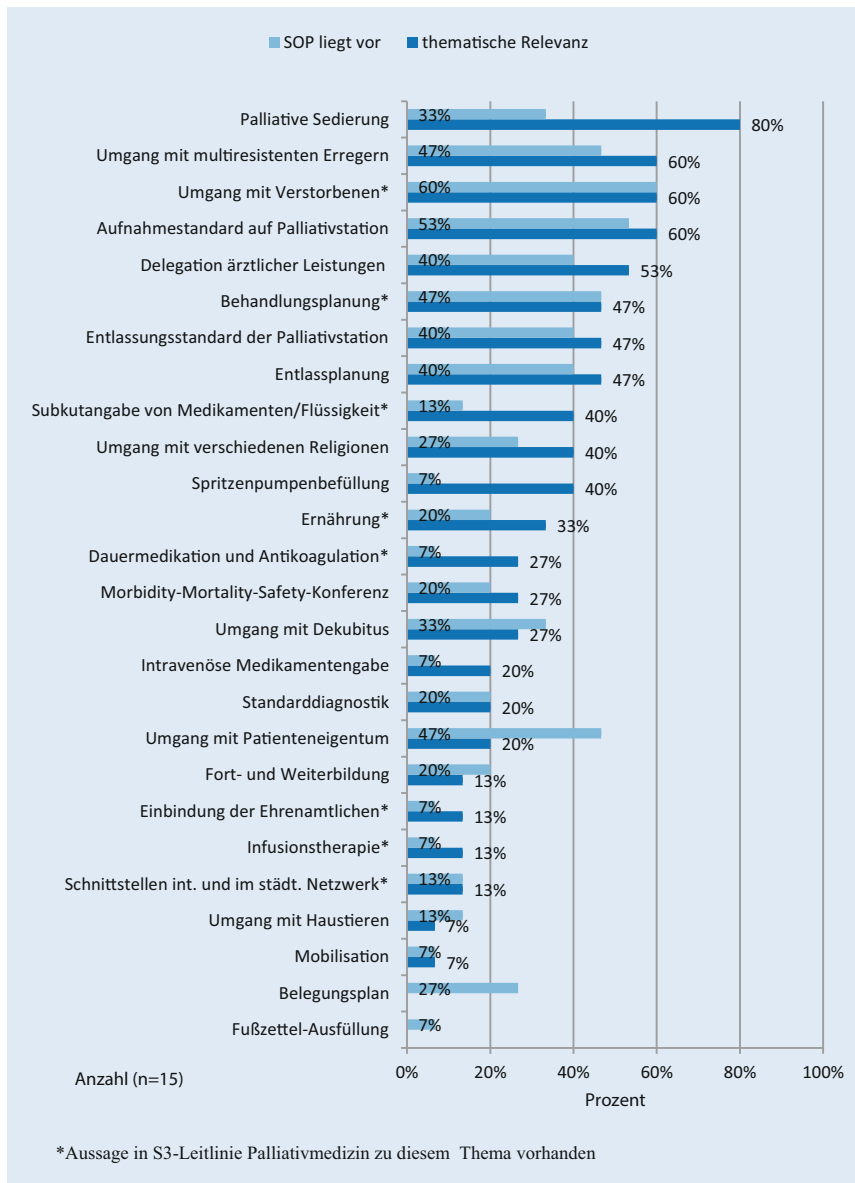


Abb. 3 ▲ Vorhandensein und thematische Relevanz zu prozessbezogenen SOPs im Netzwerk der von DKH geförderten CCCs. Sortiert nach Relevanz. *Int.* intern; *städt.* städtisch

werden. Die sich erst allmählich entwickelnde Abbildung von SOPs in den elektronischen Medien ist ggf. auch ein Grund dafür, dass lediglich 1–5 % aller medizinischen Behandlungen in Deutschland nach vorliegenden SOPs durchgeführt wurden [10]. Moderne Technologien wie eine virtuelle SOP-Sammlung und bedienungsfreundliche Applikationsformen für Smartphones und Tablets könnten auch in der spezialisierten Palliativmedizin dazu beitragen, die tatsächliche Nutzung von SOPs und ihre Akzeptanz zu steigern [2].

Für die korrekte Implementierung der SOPs in die klinische Praxis ist besonders wichtig, dass die SOPs nicht eine Einschränkung der Patientenautonomie oder der ärztlichen Behandlungsfreiheit darstellt [17]. Abweichungen von lokalen Standards sollten den erfahrenen Ärzten und Pflegekräften bei begründeten Fällen in Hinblick auf die Individualität des Patienten und der Freiheit der medizinischen Entscheidungen auch bei bestehenden SOPs möglich sein. Allerdings muss das Thema der professionellen Autonomie beim Aufbau des „Total Quali-

ty Management“ in der Medizin kritisch diskutiert werden [14].

Dies gilt vor allem in der Palliativmedizin, wo die individuellen Bedürfnisse der Patienten einen besonderen Stellenwert einnehmen und die Komplexität der Probleme eine wesentliche Rolle spielt. In den palliativmedizinischen Standards muss ein individualisiertes Vorgehen umso mehr möglich sein. Dies muss mit dem dringenden Bedarf nach mehr evidenzbasiertem Handeln in der Palliativmedizin abgewogen werden.

Die Entwicklung und weitere Verwaltung von qualitativ hochwertigen SOPs ist ein kosten- und zeitintensiver Prozess, der sich in der Prozessoptimierung und Qualitätssicherung der Patientenbehandlung niederschlägt [13]. Die Erhebung hat gezeigt, dass an den geförderten CCCs die begrenzte Verbreitung von palliativmedizinischen SOPs dem vielfach zitierten Nutzen für die klinische Praxis und die Patientenbehandlung [3, 13, 16] entgegensteht.

Die Arbeitsgruppe Palliativmedizin innerhalb des Netzwerks der deutschen CCCs hat mit dieser Bestandsanalyse erste Schritte zur Implementierung hochwertiger, leitlinienkonformer SOPs in die klinische Praxis der geförderten CCCs eingeleitet. Für die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgungsqualität an den CCCs in Deutschland werden in nächsten Projektschritten in einer standardisierten Darstellungsform SOPs entwickelt, konsentiert, evaluiert und allen geförderten CCCs zur Verfügung gestellt. Die Evaluation, regelmäßige Aktualisierung sowie Entwicklung der neuen SOPs wird durch die Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen CCCs in enger Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe SOP des Netzwerks deutscher CCCs durchgeführt.

Limitationen

Bei der Untersuchung handelt es sich ausschließlich um eine deskriptive Auswertung. Eine qualitative Bewertung vorhandener SOPs wurde bisher bewusst außen vor gelassen, weil die Qualitätskriterien für die SOPs in der Arbeitsgruppe zum Befragungszeitpunkt noch

nicht zur Verfügung standen. Die vorliegende Erhebung kann keine Aussagen über den Nutzen sowie die Akzeptanz der palliativmedizinischen SOPs in der klinischen Praxis der jeweiligen Zentren treffen. Ein Anspruch auf Repräsentativität für die spezialisierte Palliativmedizin in ganz Deutschland kann nicht erhoben werden. Dennoch ist durch die 100 %ige Teilnahme über alle geförderten CCCs hinweg erstmals ein umfassender Überblick gegeben, welche Themen die Abteilungen der spezialisierten Palliativmedizin bedeutsam erscheinen und zur systematischen Aufbereitung in Augen-schein genommen werden sollten.

Fazit für die Praxis

- Der Umfang der palliativmedizinischen SOPs innerhalb des Netzwerkes der von der DKH geförderten CCCs variiert.
- Es besteht ein Mangel an symptombezogen, behandlungspfadbezogen sowie prozessbezogen SOPs und eine Diskrepanz mit der thematischen Relevanz, die den (bearbeiteten) Themen zugesprochen wird.
- Es gibt offensichtlich einen Bedarf für palliativmedizinische SOPs im Netzwerk der DKH geförderten CCCs.
- Symptombezogene SOPs werden am häufigsten als relevant eingestuft.
- Für die Implementierung hochwertiger, leitlinienkonformer SOPs in die klinische Praxis ist die synergetische Arbeit innerhalb der fachspezifischen Arbeitsgruppe sehr sinnvoll.

Korrespondenzadresse



Dr. P. Stachura
Palliativmedizinische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstraße 12,
91054 Erlangen, Deutschland
peter.stachura@
uk-erlangen.de

Danksagung. Das Autorenteam dankt der Deutschen Krebshilfe e. V. für die Förderung der Koordinationsstelle Palliativmedizin der AG Palliativmedizin im CCC-Netzwerk, wodurch die Erhebung zur strategischen Weiterentwicklung von SOPs in der spezialisierten Palliativmedizin möglich ist.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Stachura und J. Berendt sind als wissenschaftliche Mitarbeiter in der Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center tätig, die von der Deutschen Krebshilfe finanziert wird. S. Stiel, U. S. Schuler und C. Ostgathe geben an, dass kein Interessenkonflikt in Bezug auf dieses Manuskript besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Albanese TH, Radwany SM, Mason H et al (2013) Assessing the financial impact of an inpatient acute palliative care unit in a tertiary care teaching hospital. *J Palliat Med* 16:289–294
2. Bauer M, Riech S, Brandes I et al (2015) Vor- und Nachteile verschiedener Techniken zur Bereitstellung und Pflege von Standard Operating Procedures: Von der PDF-Datei zum App- und webbasierten SOP-Management-System. *Anaesthesist* 64:874–883
3. Beriwal S, Rajagopalan MS, Flickinger JC et al (2012) How effective are clinical pathways with and without online peer-review? An analysis of bone metastases pathway in a large, integrated National Cancer Institute-Designated Comprehensive Cancer Center Network. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 83:1246–1251
4. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N et al (1998) Integrated care pathways. *BMJ* 316:133–137
5. Davies K, Harrison J (2007) The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Info Libr J* 24:78–94
6. Davis MP, Temel JS, Balboni T et al (2015) A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med* 4:99–121
7. Gaertner J, Lutz S, Chow E et al (2015) Integrating palliative care and oncology: towards a common understanding. *Ann Palliat Med* 4:3–4
8. Gaertner J, Wolf J, Hallek M et al (2011) Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy – a disease specific approach. *Support Care Cancer* 19:1037–1043
9. Gaertner J, Wuerstlein R, Ostgathe C et al (2011) Facilitating early integration of palliative care into breast cancer therapy. Promoting disease-specific guidelines. *Breast Care (Basel)* 6:240–244
10. Vanhaecht K, Bower K, Gallagher C et al (2006) Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathway Association. *J Integr Care Pathways* 10:28–34
11. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2015) Leitlinienprogramm Onkologie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> Zugriffen: 25.11.2015
12. Preston SR, Markar SR, Baker CR et al (2013) Impact of a multidisciplinary standardized clinical pathway on perioperative outcomes in patients with oesophageal cancer. *Br J Surg* 100:105–112

13. Rotter T, Kugler J, Koch R et al (2008) A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Serv Res* 8:265
14. Pierre SM (2013) Safe patient care – safety culture and risk management in otorhinolaryngology. *GMS current topics in otorhinolaryngology. Head Neck Surg* 12:Doc09
15. Stephen AE, Berger DL (2003) Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery* 133:277–282
16. Tatenno Y, Ishikawa S (2012) Clinical pathways can improve the quality of pain management in home palliative care in remote locations: retrospective study on Kozu Island, Japan. *Rural Remote Health* 12:1992
17. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A et al (1999) Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 318:527–530