



Hintergrund und Zielsetzung

Hintergrund

- Die WHO definiert Palliative Care als multidimensionalen Ansatz zur Linderung von Leiden bei lebensbedrohlichen Erkrankungen – auch auf psychischer, sozialer und spiritueller Ebene.
- In der somatischen Medizin ist Palliative Care etabliert (z. B. bei Krebs), in der Psychiatrie bislang kaum beachtet.
- Viele psychische Erkrankungen (z. B. therapieresistente Schizophrenie, schwere Depressionen) sind chronisch, schwer verlaufend und beeinträchtigen massiv die Lebensqualität.
- Kurative Behandlungsstrategien versagen häufig – mit Folgen wie Leidensdruck, reduzierter Lebensqualität und hoher Rehospitalisierungsrate ("Drehtüreffekt").
- Erste internationale Diskussionen und Fallberichte zeigen Potenzial für palliative Ansätze in der Psychiatrie

Zielsetzung

- Entwicklung eines integrativen, palliativ orientierten Versorgungskonzepts für Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen in Deutschland.
- Fokus: Verbesserung der Lebensqualität, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Förderung von Autonomie und Würde.
- Analyse von:
 - Lebensqualität und subjektivem Erleben der Betroffenen
 - Versorgungslücken und ethischen Herausforderungen
 - Barrieren und förderlichen Bedingungen für Implementierung
 - Rolle von Angehörigen und interdisziplinärer Zusammenarbeit

Keywords: Palliative Care, Palliativpsychiatrie, Lebensqualität, Psychische Erkrankungen, integratives Versorgungskonzept

Fragestellung

Hauptfragestellung:

Welche konzeptionellen, strukturellen und praxisbezogenen Anforderungen sind zu erfüllen, um ein integratives, palliativ orientiertes Versorgungskonzept für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland zu entwickeln und umzusetzen?

Teilfragen:

- Wie erleben Betroffene ihre Lebensqualität, und was beeinflusst sie?
- Welche Bedürfnisse und Versorgungslücken nehmen Betroffene, Angehörige und Fachkräfte wahr?
- Welche ethisch-rechtlichen Herausforderungen bestehen?
- Welche Barrieren erschweren die Umsetzung palliativ orientierter Ansätze?
- Welche Strukturen und Bedingungen fördern die Implementierung?
- Wie kann das soziale Umfeld systematisch eingebunden werden?
- Wie gelingt interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Methode

Mixed-Methods-Ansatz (explanativ-sequenziell, nach Creswell & Plano Clark, 2018):

Quantitative und qualitative Methoden werden systematisch kombiniert, um die Anforderungen an ein palliativ orientiertes Versorgungskonzept in der Psychiatrie multiperspektivisch zu untersuchen.

Phase 1 – Quantitative Fachkräftebefragung:

- Ziel: Ist-Zustand palliativer Interventionen und Behandlungsziele in der Psychiatrie ermitteln
- Schwerpunkte: Integration von Palliative Care, Lebensqualität, Versorgungslücken

Phase 2 – Qualitative Interviews mit Angehörigen & Fachpersonal:

- Ziel: Vertiefung der quantitativen Ergebnisse
- Fokus: Bedürfnisse, Herausforderungen, Wahrnehmung von Lebensqualität
- Methode: Halbstrukturierte Interviews, SEIQoL-DW zur Erhebung individueller Lebensqualitätsfaktoren

Phase 3 – Quantitative Betroffenenbefragung:

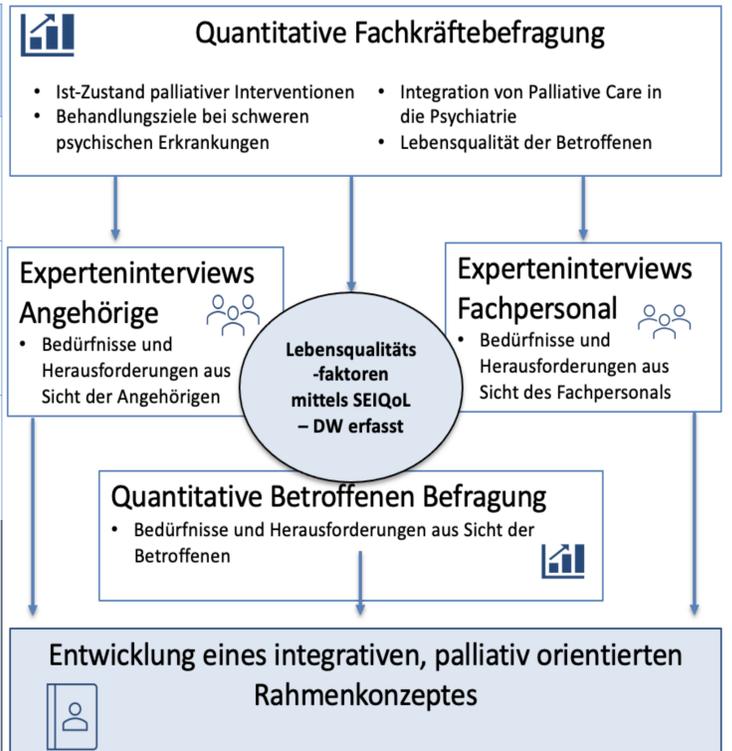
- Ziel: Erhebung spezifischer Bedürfnisse und Herausforderungen aus Sicht der Betroffenen
- Fokus: Subjektives Wohlbefinden, Versorgungserfahrungen, Bedarfe

Datentriangulation:

- Kombination aller Perspektiven (Betroffene, Angehörige, Fachkräfte)
- Ziel: Entwicklung eines interdisziplinären, palliativ orientierten Versorgungskonzepts
- Validierung durch Vergleich und Integration aller Datenquellen

Zentrales Instrument:

- SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)
- Individuelle Lebensqualitätsfaktoren
- Anwendung in allen Gruppen zur Vergleichbarkeit



Zwischenergebnisse und Implikationen für ein palliativ orientiertes Versorgungskonzept

Ergebnisse (Fachkräftebefragung, N=240)	Diskussion	Ausblick
<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität statt Heilung: Mehrheit der Fachkräfte sieht palliative Ansätze als sinnvoll bei chronisch-therapieresistenten psychischen Erkrankungen. • Zusammenhang bestätigt: Schlechte Lebensqualität korreliert mit erhöhter Wahrnehmung von Palliative-Care-Bedarf ($r = -0,237$; $p < 0,001$). • Berufs- & Geschlechterunterschiede: Pflegekräfte und Frauen zeigen höhere Offenheit für Palliative Care. • Regionale Unterschiede: Süddeutschland mit stärkerer Integration palliativer Denkweise als Ostdeutschland. • Hauptbarrieren: Fehlende Konzepte, unklare Zuständigkeiten, geringe Schulung – trotz grundsätzlicher Akzeptanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Palliative Care wird von Fachkräften als sinnvoll bei chronischen psychischen Erkrankungen anerkannt – v. a. bei therapieresistenten Verläufen. • Der biopsychosoziale Ansatz findet breite Zustimmung, scheitert aber oft an strukturellen Voraussetzungen. • Deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung nach Geschlecht, Berufsgruppe und Region. • Barrieren: fehlende Konzepte, mangelnde Schulung, geringe institutionelle Unterstützung. • Notwendig: Patientenzentrierte Strategien, interdisziplinäre Kooperation und politische Förderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Versorgungsperspektive: Palliative Ansätze können Versorgungslücken bei therapieresistenten psychischen Erkrankungen schließen. • Stärkung von Lebensqualität & Autonomie als zentrales Therapieziel in der Psychiatrie. • Schulungsbedarf: Fachkräfte brauchen Wissen zu palliativen Prinzipien & Entscheidungsprozessen. • Interdisziplinäre Konzepte sind notwendig, um sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen. • Politische & ethische Diskussion erforderlich: Wann ist ein psychiatrisches „Palliativstadium“ erreicht