

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

Hausärztliche Palliativversorgung



F1

Version 2.1

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von
Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt

Autorenteam: Peter Engeser, Katja Krug, Edith Andres

Übersicht QISA-Indikatoren

F1 – Hausärztliche Palliativversorgung (2.1)

INDIKATOR	FRAGESTELLUNG	FOKUS
1	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten an allen Patientinnen und Patienten der Praxis	Dokumentation Prozessqualität
2	Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatientinnen und -patienten je Praxis	Dokumentation Prozessqualität
3	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, für die eine Ansprechperson dokumentiert ist	Dokumentation Prozessqualität
4	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause versterben	Ergebnisqualität
5	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden	Prozessqualität
6	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir	Dokumentation Prozessqualität
7	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und einer Therapieerweiterung bei Verschlechterung	Dokumentation Prozessqualität
8	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme	Dokumentation Prozessqualität
9	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden	Patientensicherheit Prozessqualität
10	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer vorliegenden Depression	Dokumentation Prozessqualität
11	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden	Dokumentation Prozessqualität
12	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit palliativer Beratung/ palliativem Aufklärungsgespräch	Dokumentation Prozessqualität

QISA – Band F1

Version 2.1

**QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem
für die ambulante Versorgung**

Hausärztliche Palliativversorgung

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt

Autorenteam: Peter Engeser, Katja Krug, Edith Andres

**aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH**

AOK-Bundesverband

Bitte wie folgt zitieren:

Engeser P, Krug K, Andres E: Hausärztliche Palliativversorgung – Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band F1, Version 2.1, AOK Medien GmbH, Remagen, Niederlassung Berlin 2026.

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
www.QISA.de

QISA ist ein Gemeinschaftsprodukt des AOK-Bundesverbandes GbR und des
aQua-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

„QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ ist nicht identisch und steht in keinem geschäftlichen Zusammenhang mit der eingetragenen Wortmarke QISA*, die insbesondere für das „Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen“ geschützt ist.

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi
(Universitätsklinikum Heidelberg und aQua-Institut)
joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Björn Broge (aQua-Institut)
bjoern.broge@aqua-institut.de

Johannes Stock
stock@QISA.de

Autorenteam der Version 2.1:

Dr. med. Peter Engeser
(Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Heidelberg)
Dr. sc. hum. Katja Krug, Dipl.-Psych.
(Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Heidelberg)
Edith Andres, Dipl.-Psych.
(aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH)

Review der Version 2.0:

Prof. Dr. med. Nils Schneider, MPH,
Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin (Institut für
Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover)
Anja Debrodt (AOK-Bundesverband)

Autorenteam der Version 1.0:

Dr. med. Peter Engeser (Universitätsklinikum Heidelberg)
Dr. med. Friederike Böhlen (Universitätsklinikum Heidelberg)
Dr. rer. pol. Regine Chenot (aQua-Institut)

Adressen:

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

© AOK Medien GmbH Remagen, Niederlassung Berlin 2026

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktion: Catrin Schmidt-Sanchez
Korrektorat: Claudia Lange, korrektopia.de

Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Kirsty Pargeter/Fotolia.com
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Version 2.1: Mai 2026
Version 2.0: Oktober 2021
Version 1.0: Juni 2010 (Erstauflage)

ISBN: 978-3-940172-91-4

Vorwort der Herausgeber

Wer Versorgungsqualität messen und steuern will, braucht Qualitätsindikatoren. QISA, das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, bietet sie an. Verteilt auf inzwischen 15 Themenbände umfasst QISA nun mehr als 200 Qualitätsindikatoren, die „mit System“ über die Breite der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewählt sind.

Als Indikatorensystem zum Begriff geworden

QISA ist das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem aQua-Institut GmbH, Göttingen, das die wissenschaftliche Erarbeitung der Indikatoren verantwortet. Im Laufe von über 20 Jahren hat sich QISA in mehreren Stufen entwickelt und ist mittlerweile als Angebot valider und praxisnaher Qualitätsindikatoren ein Begriff geworden.

- **2002–2008 Prototyp zur internen Erprobung:** Vorläufer von QISA sind die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, die im Jahr 2002 als interner Prototyp vorgelegt und danach in AOK-Pilotprojekten mit Arztnetzen praktisch erprobt wurden. Deshalb dienen Arztnetze in den QISA-Bänden häufig als Referenzmodell.
- **2009–2013 QISA-Version 1.0:** In den Jahren 2009 bis 2013 wurde das System auf Basis der Projekterfahrungen angepasst und weiterentwickelt. Unter dem neuen Namen QISA konnten nach und nach insgesamt 12 Themenbände sowie der Einleitungsband veröffentlicht werden.
- **2015–2021 QISA-Version 2.0:** Die erste Aktualisierung der Bände brachte die Inhalte auf den neuesten wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt zugleich Erfahrungen aus der praktischen Anwendung.
- **2021–2025 Ausweitung des Themenspektrums** um drei weitere Bände:
Rationaler Antibiotikaeinsatz (QISA-Band D2, 2021, Version 1.0)
Multimorbidität (QISA-Band F2, 2022, Version 1.0)
Gesundheitsversorgung im Klimawandel (QISA-Band F3, 2025, Version 1.0)

Alle drei Bände beruhen auf Projekten, die vom Innovationsfonds gefördert wurden, und tragen zum Transfer der innovativen Ergebnisse in die Versorgungsrealität von Arztpraxen bei. Zugleich bereichern sie das Themenspektrum von QISA um hochrelevante Felder für die heutige Gesundheitsversorgung.

Kontinuierliche Aktualisierung

Für ein Indikatorensystem ist es essenziell, den aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu berücksichtigen. Seit der Version 2.1 ab dem Jahr 2022 erfolgt die Aktualisierung der QISA-Bände deshalb in neuer Form. Der Änderungsbedarf je QISA-Band wird turnusgemäß durch eine fachkundige Person anhand einer Checkliste bewertet. Bei geringem Anpassungsbedarf erfolgt eine direkte Überarbeitung. Bei großem Anpassungsbedarf wird das weitere Vorgehen gesondert festgelegt. Damit richtet sich der Aktualisierungsrhythmus je Band künftig nach der Dynamik der Wissensentwicklung und nach den Zeitpunkten der Veröffentlichung wichtiger Leitlinienfassungen.

QISA-Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung

Der QISA-Themenband mit Indikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung erschien erstmalig im Jahr 2010. Er umreißt zunächst die Versorgungssituation und fasst zusammen, was für die hausärztliche Palliativversorgung aktuell als gute Versorgungsqualität gilt. Aus diesem Qualitätskonzept werden die einzelnen Qualitätsindikatoren abgeleitet und strukturiert beschrieben.

Bei der ersten Aktualisierung 2021 prüften die Autorinnen und der Autor die Entwicklung der vorliegenden Evidenz insbesondere anhand der relevanten nationalen und internationalen Leitlinien und modifizierten oder formulierten die Indikatoren neu, wo nötig. In der hier vorgelegten Fassung aus dem Jahr 2026 wurden insbesondere Literaturangaben, Kennzahlen und ATC-Codes aktualisiert. Näheres hierzu berichten die einleitenden Kapitel.

Unsere Zielgruppe

Zielgruppe von QISA sind in der Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte. Unter ihnen spricht das Indikatorensystem insgesamt eher die hausärztlich Tätigen an. Die Einzelbände richten sich aber auch an Fachärztinnen und Fachärzte.

QISA ist speziell für ärztliche Kooperationen wie Qualitätszirkel, Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren oder Hausarztverträge interessant. Hier ist gemeinsame, indikatorengestützte Arbeit an der Versorgungsqualität besonders gut möglich. Dafür stellen die QISA-Bände geeignete Indikatoren zur Verfügung und bieten eine inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion der Messergebnisse im Qualitätszirkel und die Entwicklung möglicher Konsequenzen.

Anwendung in Arztnetzen beispielhaft umgesetzt

Für das Konzept der indikatorengestützten Arbeit an der Versorgungsqualität hat vor einigen Jahren auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geworben:

„Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage bilden für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann.“ (Sachverständigenrat, Sondergutachten 2012, S. 227)

Im gleichen Kontext erwähnt er schon damals QISA explizit als ein für netzinterne Evaluation und externen Qualitätsvergleich geeignetes Indikatorensystem (*ebd.*, S. 215).

Inzwischen ist dieses Konzept beispielhaft umgesetzt. In einer Kooperation von AOK-Bundesverband und aQua-Institut sowie sieben AOK und deren kooperierenden Arztnetzen ist ein Qualitätstransparenz-Programm für Arztnetze entstanden, das auf drei Säulen beruht:

- QISA stellt geeignete Qualitätsindikatoren zur Verfügung.
- Das Qualitätsmessverfahren QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten) wählt in Abstimmung mit den Netzen Qualitätsindikatoren aus und erstellt mit ihnen regelmäßige Feedbackberichte für Netze und Praxen.
- Die derzeit 51 kooperierenden Arztnetze setzen die Feedbackberichte in ihren Qualitätszirkeln und für das Qualitätsmanagement ein. Wichtige Ergebnisse und Erkenntnisse werden an QuATRo und QISA rückgekoppelt.

Damit ist es bundesweit erstmals gelungen, das Konzept der indikatorengestützten Qualitätszirkel mit einer größeren Zahl von Arztnetzen umzusetzen. Dabei ist die Teilnahme der Netze freiwillig und die Steuerung des Gesamtprojekts erfolgt gemeinsam durch die Netze und die AOK. Informationen zu QuATRo finden Sie im Gesundheitspartner-Portal der AOK (<https://www.aok.de/gp/arztpraxen/versorgung/qualitaet/quatro>) und im Beitrag 15 des Versorgungsreports 2023 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) (<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/versorgungs-report/leitlinien/>).

Wir sehen darin eine sehr erfreuliche Entwicklung, die die Umsetzbarkeit und Praktikabilität des QISA-Ansatzes der Arbeit mit Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung veranschaulicht und bestätigt. Der Nutzen dieses Konzepts wird auch in jüngeren Untersuchungen erneut belegt (*Andres et al. 2018; Kaufmann-Kolle et al. 2022*).

Über die Nutzung in Arztnetzen hinaus gibt es für die QISA-Indikatoren aber auch andere Anwendungszwecke, so etwa die Evaluation von Selektivverträgen oder die Nutzung als Parameter in der Versorgungsforschung (vgl. z. B. *van Gassen et al. 2023*). QISA unterstützt also tatsächlich ganz verschiedene Nutzungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren.

Bei der Nutzung denken wir dennoch primär an die gemeinsame Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, die Qualität ihrer Versorgung untereinander transparent zu machen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. QISA ermöglicht ihnen, mit Qualitätsindikatoren vertraut zu werden und gemeinsame Qualitätsverantwortung im Sinne des Sachverständigenrats wahrzunehmen.

Hilfe zum Einstieg

Alle Umsetzungsprojekte zeigen, dass dies seine Zeit braucht, etwa bis Daten valide erfasst und aufbereitet sind, bis individuelle Feedbackberichte vorliegen, bis eine offene fachliche Diskussion entsteht und bis dabei beschlossene Maßnahmen umgesetzt sind.

QISA will deshalb vor allem den Einstieg in das Arbeiten mit Qualitätsindikatoren erleichtern, und es will die Neugier der Beteiligten auf das immer noch recht unbekannte Terrain der ambulanten Versorgungsqualität lenken, um es systematisch mit den Indikatoren auszuleuchten.

Wenn Sie mehr über QISA als Indikatorensystem erfahren möchten, laden wir Sie zum Besuch der QISA-Webseite auf www.qisa.de ein. Dort finden Sie ausführliche Informationen über QISA. Weitere Hintergründe enthält daneben auch der Einführungsband von QISA (Band A). Er ordnet QISA in das Thema Qualitätstransparenz ein und beleuchtet die praktischen Einsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an Qualitätsindikatoren und wünschen Ihnen bei der Arbeit damit spannende Ergebnisse und viel Erfolg!

Heidelberg/Göttingen/Freiburg, im Mai 2026

Joachim Szecsenyi Björn Broge Johannes Stock

QISA – Band F1

Hausärztliche Palliativversorgung

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt

Ein paar Hinweise vorweg	10
Begründung und Einordnung des Themas	14
Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)	19
Methodisches Vorgehen	27
Übersicht über die ausgewählten Indikatoren	32
QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren	36
 Indikator 1: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten an allen Patientinnen und Patienten der Praxis	 37
 Indikator 2: Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatientinnen und -patienten je Praxis	 40
 Indikator 3: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, für die eine Ansprechperson dokumentiert ist	 43
 Indikator 4: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause versterben	 46
 Indikator 5: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden	 49
 Indikator 6: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir	 52

Indikator 7: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und einer Therapieerweiterung bei Verschlechterung	55
Indikator 8: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme	58
Indikator 9: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden	61
Indikator 10: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer vorliegenden Depression.	66
Indikator 11: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden.	69
Indikator 12: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit palliativer Beratung/ Aufklärungsgespräch	72
 Anhang 1: Liste der bewerteten Indikatoren (zur Erstellung der Version 1.0, 2010)	75
Anhang 2: Teilnehmende des Expertenpanels (zur Erstellung der Version 1.0, 2010)	77
Literaturverzeichnis	78
Abkürzungen	88

Ein paar Hinweise vorweg¹

QISA im Überblick

Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ besteht aus einem Einleitungsband und 15 Themenbänden mit Indikatoren. Nachfolgend eine Übersicht der QISA-Bände.

QISA-BÄNDE ²		AKTUELLE FASSUNG		ANZAHL QI
		JAHR	VERSION	STAND 4/2026
A	Einführung: QISA stellt sich vor	2009	1.0	
B	Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle	2009	1.0	28
C1	Asthma/COPD	2019	2.0	15
C2	Diabetes mellitus Typ 2	2019	2.0	11
C3	Bluthochdruck	2020	2.0	11
C4	Rückenschmerz	2024	2.1	10
C5	Chronische nicht tumorbedingte Schmerzen	2026	1.0	13
C6	Depression	2024	2.1	13
C7	Koronare Herzkrankheit	2023	2.1	15
C8	Herzinsuffizienz	2024	2.1	13
D	Pharmakotherapie	2019	2.0	15
D2	Rationaler Antibiotikaeinsatz	2026	1.1	12
E1	Prävention	2021	2.0	18
E2	Krebsfrüherkennung	2025	2.1	2
F1	Hausärztliche Palliativversorgung	2026	2.1	12
F2	Multimorbidität	2022	1.0	22
F3	Gesundheitsversorgung im Klimawandel	2025	1.0	12

¹ Dieser Text gilt für QISA generell und steht daher in der Verantwortung der Herausgeber dieses Bandes.

² zum aktuellen Stand siehe www.qisa.de

QISA als System

Die Besonderheit von QISA ist der Aufbau als Indikatorensystem, der sich auf drei Ebenen zeigt:

- Die Auswahl der Themen für die QISA-Bände bezieht wichtige Bereiche über die gesamte Breite der medizinischen Grundversorgung ein. Im Vordergrund stehen häufige chronische Erkrankungen, daneben Querschnittsthemen wie Pharmakotherapie und Prävention sowie besondere Versorgungsbereiche wie Palliativversorgung. Zudem bietet der Band B „Qualitätsindikatoren“ für die ärztliche Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsmodellen oder Selektivverträgen an.
- Der Zusammenstellung der Indikatoren je Band liegt jeweils ein Qualitätskonzept zugrunde, das umfassend die verschiedenen relevanten Ansatzpunkte für „gute“ Qualität herausarbeitet. Neben leitliniengerechter Diagnostik und Therapie zählen unter anderem die Vermeidung von Risiken, Patientinnen und Patienten unterstützende Maßnahmen, Prävention oder die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Praxispersonal dazu. Aus diesen Ansatzpunkten werden, soweit machbar, geeignete Indikatoren abgeleitet. Ferner soll das jeweilige Indikatorenset nach Möglichkeit alle Qualitätsdimensionen – also Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – beleuchten.
- Die Beschreibung der einzelnen Indikatoren orientiert sich in allen QISA-Bänden an der gleichen Grundstruktur (vgl. Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren auf Seite 32 f.). Neben der genauen Erläuterung von Zähler und Nenner zur Berechnung des Indikators gibt es Hinweise zur Erstellung und Messung sowie zur Messgüte. Abgerundet wird dies durch Informationen zur bisherigen Anwendung und Evidenz sowie durch Anregungen für die Qualitätszirkelarbeit und das Qualitätsmanagement beim jeweiligen Indikator.

Dieses Zusammenwirken drückt die Überzeugung aus, dass Arbeit an der Qualität mit System erfolgen muss. Singuläre, zufällig ausgewählte Indikatoren können keine fundierte Einschätzung stützen. Ein tragfähiges Bild der Qualität ergibt sich vielmehr wie bei einem Mosaik aus der Gesamtheit systematisch zusammengesetzter Einzelbausteine.

Die Methodik zur Auswahl der QISA-Indikatoren

In das Konzept „guter“ Qualität, von dem jeder QISA-Band ausgeht, fließt die jeweils aktuelle wissenschaftliche Evidenz ein, sei es direkt aus Studien oder indirekt aus Leitlinien oder durch Rückgriff auf andere Indikatorensysteme. Während sich daraus vor allem die Themen und Fokussierungen der einzelnen QISA-Indikatoren ergeben, beruht ihre konkrete Formulierung und Spezifikation stark auf der Diskussion mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Neben der Evidenz fließen bei QISA also Urteile von Expertinnen und Experten sowie Praxiserfahrungen ein. Weitere Kriterien für Auswahl

und Formulierung der einzelnen Indikatoren sind die Systematik der Indikatorthemen je Band und ihre Anwendbarkeit in der (hausärztlichen) Grundversorgung. Über die Entwicklungsstufen von QISA – Prototyp 2002, Veröffentlichung 2009 bis 2013, erste Aktualisierung 2015 bis 2021, Erweiterung 2021 bis 2025 – haben sich mit dieser Methodik stabile und praxisnahe Indikatoren herauskristallisiert.

Die Ziele von QISA

Hauptziel von QISA ist es, gute Indikatoren zur Verfügung zu stellen und Praktiker davon zu entlasten, selbst fundierte Indikatoren entwickeln, darlegen und begründen zu müssen. Ein weiteres Ziel ist die Unterstützung der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Deshalb bieten die QISA-Bände auch Informationen, Hinweise und Tipps für die praktische Anwendung.

Damit hilft QISA, die allgemeine Diskussion über Qualität herunterzubrechen auf konkrete und relevante Qualitätsaspekte. Ihre Messung erzeugt Qualitätstransparenz, die wiederum das Verständnis von ambulanter Versorgungsqualität fördert und Ärztinnen und Ärzten greifbare Handlungsansätze gibt, um an der Qualität ihrer Versorgung zu arbeiten.

QISA in der Praxis – einige Tipps

Datenbasis für Messungen

Für die Arbeit mit Indikatoren ist es wertvoll, dass die erforderlichen Daten rasch und einfach verfügbar sind. Am ehesten ist dies bei der Nutzung von Routinedaten aus dem normalen Abrechnungsbetrieb gegeben. Im Rahmen einer Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen lassen sich solche Daten rasch und sicher bereitstellen. QISA berücksichtigt dies und stützt die Indikatoren auf Routinedaten, soweit dies inhaltlich möglich ist.

Soweit dies nicht der Fall ist, gilt es, nach Möglichkeit Alternativen zu finden: Gut aufgestellte Versorgungsmodelle wie z.B. die meisten Arztnetze sind hier im Vorteil. Sie können über ihr Management in begrenztem Umfang eigene Datenerhebungen organisieren. Relativ einfach ist dies, wenn Indikatoren besondere Aktivitäten erfassen, die vom Versorgungsmodell selbst angestoßen werden wie etwa Informations- und Beratungsangebote. Moderne IT ermöglicht darüber hinaus inzwischen auch die Durchführung eigener Datenerfassungen. Der damit verbundene Aufwand kann sich lohnen, wenn die Daten nicht allein zur Messung von Qualitätsindikatoren, sondern auch für andere Zwecke des Versorgungsmanagements genutzt werden. Die Arbeit mit Qualitätsindikatoren muss insofern nicht auf die Basis von Routinedaten begrenzt bleiben.

Ein stimmiges und realistisches Datenkonzept ist daher die Grundlage jeder Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Zu hoffen ist, dass diese Arbeit durch Weiterentwicklungen bei Dokumentationsstandards und der Datenverfügbarkeit im Gesundheitswesen künftig leichter wird.

Indikatorwerte sind zunächst isolierte Messergebnisse und per se noch kein Ausdruck von Qualität. Zu einer Aussage über Qualität werden sie erst durch Interpretation. Hierbei sind zum einen die jeweiligen individuellen Gegebenheiten und Hintergrundeinflüsse zu berücksichtigen. Zum anderen sind Vergleichswerte für jede Interpretation essenziell: Eine singuläre Messung reicht nicht aus, um Qualität bewerten zu können. Erst der Vergleich von Messergebnissen mit Referenzwerten ermöglicht eine Beurteilung der geleisteten Qualität.

Zielwerte und Interpretation der Ergebnisse

QISA schlägt daher nach Möglichkeit einen Referenzwert als Zielwert vor. Dieser Wert leitet sich aus der Literatur ab und erscheint damit womöglich als eher theoretisch. Die realen Werte können von einem solchen fachlich gesetzten Zielwert deutlich entfernt liegen, weil er spezifische Gegebenheiten wie zum Beispiel die Risikostruktur einer Population nicht berücksichtigen kann. Er sollte aber zumindest als eine mittelfristig anzustrebende Größe in die Bewertung einfließen und die Zielrichtung der Qualitätsarbeit markieren.

Interessant sind darüber hinaus weitere Vergleichswerte. Wichtige Beispiele sind:

- Messungen im Zeitverlauf: Vergleich T1 mit T2 mit Tx usw.
- Vergleich verschiedener Praxen (eines Arztnetzes) untereinander, zum Beispiel in Qualitätszirkeln
- Vergleiche mit anderen Ärztinnen und Ärzten oder Arztgruppen auf regionaler oder Landesebene

Letztlich entsteht Qualitätstransparenz erst aus der Zusammenschau solch unterschiedlicher Parameter. Deshalb empfiehlt es sich, neben der Messung eigener Werte auch aussagekräftige Vergleichswerte bereitzustellen – und natürlich ausreichend Raum für die interne Diskussion und Bewertung.

QISA stützt sich auf den aktuellsten verfügbaren Wissensstand, so dass für jeden Band zum Zeitpunkt der Veröffentlichung eine hohe Aktualität gewährleistet ist. Jeder Band weist die zugrunde liegende Literatur sowie die Version der berücksichtigten Leitlinien aus. Nach diesem Zeitpunkt eingetretene Veränderungen können nur im Rhythmus der QISA-Aktualisierungen einbezogen werden, was aber beim derzeitigen QISA-Format nicht in kurzfristigen Abständen möglich ist.

Aktualität der vorgeschlagenen Parameter

Beim Einsatz von QISA-Indikatoren wird daher empfohlen, sich eine Einschätzung der seit Veröffentlichung des jeweiligen QISA-Bandes eingetretenen Änderungen, insbesondere bei Leitlinien, zu verschaffen. Zudem sollten Codierparameter wie etwa ATC-Codes, die häufigen Änderungen unterworfen sind, zur Sicherheit auf ihre Aktualität geprüft und ggf. modifiziert werden.

Begründung und Einordnung des Themas

Definition Palliativmedizin Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) orientiert sich am White Paper der European Association for Palliative Care (EAPC), nach dem „Palliativmedizin durch klinische Behandlung, Versorgung und Unterstützung eine Vorbeugung und Linderung von Leiden für Menschen mit einer lebenslimitierenden oder lebensbedrohenden Erkrankung“ bietet (DGP 2016). Palliativmedizinische Versorgung wirkt auch über die Sterbephase hinaus (DGP 2003; Radbruch et al. 2020; Sanders et al. 2024).

Deskription der Palliativpatientinnen und -patienten Im Jahr 2019 starben in Deutschland 939.520 Menschen. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (I00–I99) waren bei 331.211 Menschen (35,3 %) ursächlich, 231.318 Menschen (24,6 %) starben durch bösartige Neubildungen (C00–C97) (Destatis 2020). Von diesen Patientinnen und Patienten benötigen nach Schätzungen 70 bis 80 Prozent eine Palliativversorgung vor dem Tod (Murtagh et al. 2014).

Die Gruppe der Palliativpatientinnen und -patienten ist sehr heterogen und umfasst einerseits Erkrankte in der ambulanten Versorgung und andererseits in stationären Einrichtungen Behandelte. Der Ort der Versorgung für Menschen mit einem Bedarf an Palliativversorgung richtet sich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie der Komplexität der Beschwerden. In der ambulanten Versorgung werden die Betroffenen bei einer geringeren Ausprägung im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) betreut, bei einer starken Ausprägung erfolgt die Intervention im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

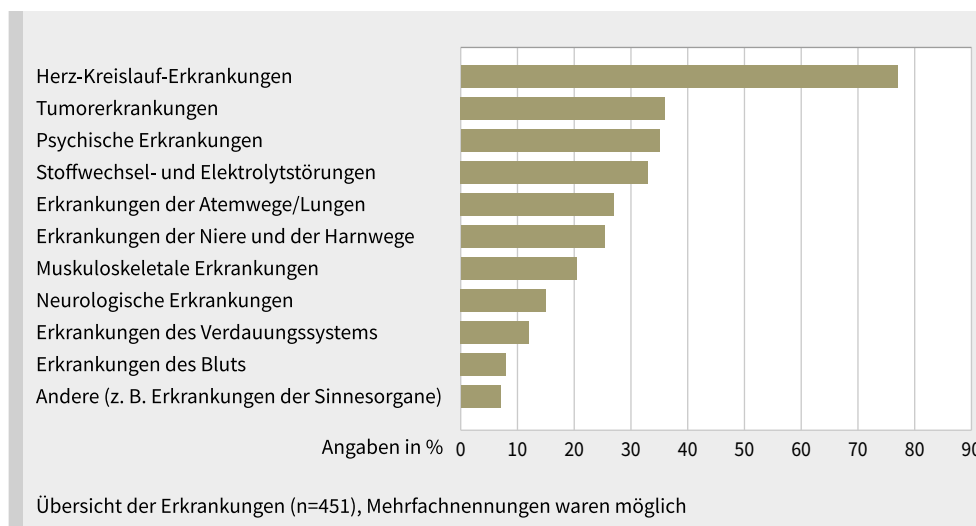
Folgende Patientengruppen lassen sich unterscheiden:

- Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit)
- Patientinnen und Patienten mit malignen Erkrankungen
- Patientinnen und Patienten mit chronischen internistischen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien
- Patientinnen und Patienten mit chronischen progredienten neurologischen Erkrankungen
- Patientinnen und Patienten mit chronischen progredienten gerontopsychiatrischen Erkrankungen
- multimorbide Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Palliativversorgung Die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird in erster Linie durch Hausärztinnen und -ärzte, niedergelassene Onkologinnen und Onkologen sowie ambulante (Palliativ-)Pflegeteams in den primären Versorgungsstrukturen sichergestellt. Erstere sind hauptsächlich für ihre Sicherstellung verantwortlich, stellen bei Bedarf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung bereit und bleiben die Ansprech- und Kooperationspartner für das Palliative-Care-Team. Sie sind in allen Krankheitsstadien mit der Behandlung der Patientinnen und Patienten konfrontiert und betreuen sie auch in weit fortgeschrittenen

Krankheitsstadien. Sie versorgen allerdings meist Palliativpatientinnen und -patienten mit nichtmalignen chronischen Erkrankungen. Eine Studie der Medizinischen Hochschule Hannover stellte fest, dass Palliativpatientinnen und -patienten in der Hausarztpraxis durchschnittlich 78,2 Jahre alt waren, oftmals multimorbide und häufig kardiovaskuläre sowie neurologische Erkrankungen aufwiesen. Bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems waren die arterielle Hypertonie und die Herzinsuffizienz besonders oft vertreten. Bei den Erkrankungen des Nervensystems dominierte die Demenz. Neoplasien wurden bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten festgestellt (Bleeker et al. 2007). In einer weiteren Studie wies etwa ein Drittel maligne Erkrankungen auf (Gágyor et al. 2013). Dagegen sind im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung etwa drei Viertel der Patientenklientel von malignen Erkrankungen betroffen (Stiel et al. 2015). In der hausärztlichen Versorgung profitieren darüber hinaus auch zunehmend Patientinnen und Patienten mit anderen, nichtonkologischen Erkrankungen wie chronischem Organversagen (Herz-, Nieren-, pulmonale Insuffizienz) verstärkt von einer palliativmedizinischen Versorgung, ebenso wie an multipler Sklerose, amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Demenz Erkrankte (Bausewein 2007; Schneider et al. 2010; Murtagh et al. 2014).

Abb. 1: Erkrankungen von Palliativpatientinnen und -patienten in hausärztlicher Versorgung (mit Genehmigung von Springer Nature nachgedruckt; Gágyor et al. 2013, S. 291)



Die Patientinnen und Patienten auf Palliativstationen und in Hospizen zeigen ein anderes Diagnosespektrum. Laut dem HOPE-Bericht 2017, der unter anderem die Daten von 23 Palliativstationen erfasste, nahmen in der Bundesrepublik Deutschland maligne Tumorerkrankungen mit insgesamt 77,5 % den Hauptanteil aller Diagnosegruppen unter den dort palliativ betreuten Patientinnen und Patienten ein. Weitere Hauptdiagnosen waren Krankheiten des Atmungssystems (2,2 %) und des Kreislaufsystems (4,5 %). Der Altersdurchschnitt der in die HOPE-Studie 2017 eingeschlossenen Patientenpopulation der Palliativstationen betrug 70,1 Jahre (Lindena 2017).

Patientinnen und Patienten auf Palliativstationen und in Hospizen

Symptome von Palliativpatientinnen und -patienten Der HOPE-Bericht 2017 gibt außerdem an, über welche Probleme mittlerer oder schwerer Ausprägung die Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Palliativversorgung klagten. Er unterscheidet dabei zwischen körperlichen, pflegerischen, psychischen und sozialen Problemen. Bei den körperlichen Problemen herrschten Schwäche (82,8 %), Müdigkeit (63,3 %), Appetitmangel (62,7 %), Schmerzen (51,5 %) und Luftnot (33,4 %) vor. Ebenso waren psychische Probleme wie Anspannung (37,3 %), Angst (34,1 %) und Depressivität (26,6 %) stark vertreten und Hilfestellungen bei den Alltagsaktivitäten in 77,0 % der Fälle notwendig (*ebd.*). Nach Borgsteede (2007) waren im hausärztlichen Bereich gastrointestinale Beschwerden und Schmerzen die häufigsten Symptome.

Ambulante Palliativversorgung in Deutschland

Mit dem seit 2015 gültigen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wurde die Palliativversorgung ein Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hierdurch sollte und soll die ambulante Palliativversorgung – auch in Bezug auf Zusatzqualifikationen – gestärkt werden, bei der zwischen der Basisversorgung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu unterscheiden ist.

Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung (AAPV) Für die Sicherstellung der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung sind hauptsächlich Hausärztinnen und -ärzte als Primärversorger und Generalisten zuständig. Eine umfassende Betreuung in der Palliativmedizin erfordert das Fachwissen verschiedener Berufsgruppen. Zu den Akteuren eines multiprofessionellen Teams gehören spezialisierte Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und weitere Berufsgruppen aus den Bereichen Seelsorge, Psychologie und Sozialarbeit (*DGP 2003*).

Zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung kann eine Palliativpflege verordnet werden. Zu verordnen sind an den ambulanten Palliativpflegedienst übertragene Leistungen (Überwachung und Durchführung ärztlicher Anweisungen im Rahmen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle), bei Bedarf in Verbindung mit Leistungen nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (z. B. Versorgung bei enteraler Ernährung über eine PEG-Sonde, Pflege des zentralen Venenkatheters, Wundversorgung unter Angaben der Lokalisation und des Wundbefundes sowie Dekubitusbehandlung [ab Grad II] unter Angabe der Lokalisation, des Grades und der Größe des Dekubitus). Zusätzlich werden pflegerische Tätigkeiten von ambulanten Palliativpflegediensten und ambulanten Pflegediensten übernommen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Im Rahmen der Leistungserbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden Palliative-Care-Teams tätig. Ein Palliative-Care-Team besteht mindestens aus einer Palliativärztin oder einem Palliativarzt, einer koordinierenden Person und einer palliativpflegerisch weitergebildeten Pflegefachkraft. Das Palliative-Care-Team leistet

24-Stunden-Rufbereitschaft. Möglich ist eine rein konsiliarische Tätigkeit, eine Teil- oder eine Vollversorgung der Patientinnen und Patienten.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 erhielten unheilbar erkrankte Menschen mit begrenzter Lebenserwartung einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

Die SAPV ist eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung. Sie zielt darauf ab, die Versorgung und Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs – also auch im Pflegeheim – zu ermöglichen (§ 37b SGB V). Kann die ärztliche Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im stationären Hospiz nicht sichergestellt werden, kann hier auch der ärztliche Leistungsbestandteil der SAPV erbracht werden.

Die Leistung der SAPV wird von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt verordnet (Muster 63). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) die Anforderungen an die Verordnung der SAPV und den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten festgelegt. Die Leistungen der SAPV können dann verordnet werden, wenn eine besonders aufwändige Versorgung erforderlich ist, bei der ein komplexes Symptomgeschehen spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Verträge mit Leistungserbringern der SAPV müssen sich verbindlich an den Rahmenverträgen orientieren, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung gemäß § 132d SGB V für Erwachsene sowie für die besonderen Belange von Kindern geschlossen hat. Sie legen die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung fest (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/sapv_start/spez_amb_palliativ/sapv.jsp; <https://www.dhvp.de/news/dhvp-handreichung-zu-den-sapv-rahmenvertraegen.html>).

Der Anteil der Sterbenden, die eine SAPV benötigen, wird auf 10 % geschätzt (G-BA 2007); in Baden-Württemberg waren es 2015 knapp 8 % der Palliativpatientinnen und -patienten, die eine SAPV beanspruchten (Engeser et al. 2020). Die SAPV ergänzt und erweitert das bestehende ambulante Versorgungsangebot, so dass ihre ärztliche Verordnung häufiger eine Abstimmung der notwendigen Maßnahmen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern erfordert.

In der Datenbank des Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin waren im Jahr 2025 insgesamt 442 SAPV-Teams gelistet.

Ambulante Hospizdienste Ambulante Hospizdienste erbringen stationäre und ambulante Hospizleistungen (§ 39 a SGB V) und sind in besonderem Maße der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen verpflichtet.

In Deutschland gibt es rund 1.500 ambulante Hospizdienste, ca. 270 stationäre Hospize für Erwachsene, 21 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ca. 330 Palliativstationen in Krankenhäusern, 4 davon für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen (*DHPV 2025*). Diese werden hauptsächlich von freiwilligen Helferinnen und Helfern getragen, die von hauptamtlichen Fachkräften geschult, supervidiert und unterstützt oder koordiniert werden. Die ambulanten Hospizdienste führen in der häuslichen Umgebung, in Pflegeheimen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie in der Kinder- und Jugendhilfe unter anderem palliativpflegerische Beratungen durch und leisten psychosoziale Unterstützung. Die Öffentlichkeitsarbeit ist in der Hospizarbeit von besonderer Bedeutung.

Qualifizierung der Ärztinnen/Ärzte und Pflegenden Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin schlägt eine dreistufige Qualifizierung der ärztlichen Versorgung vor:

1. palliativmedizinische Grundversorgung
2. palliativmedizinisch erfahrene Ärztin / erfahrener Arzt
3. palliativmedizinisch spezialisierte Ärztin / spezialisierter Arzt

Der 106. Deutsche Ärztetag verabschiedete 2003 die Musterweiterbildungsordnung für Palliativmedizin (*BÄK 2007*), die von allen Landesärztekammern umgesetzt wird. Meist beinhaltet sie einen 40-stündigen Basiskurs (gemäß § 4 Abs. 8 MWBO) und ein supervidiertes Fallseminar von 120 Stunden oder eine 6-monatige Tätigkeit bei einem ermächtigten Weiterbilder (§ 5 Abs. 1 Satz 2 der Weiterbildungsordnung). Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) führte zum 31.12.2024 die Zahl von 17.286 weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten für Palliativmedizin auf. Davon sind 7.484 ambulant tätig (bei 5.220 niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten) und 6.864 stationär.

Die Weiterbildung im Bereich Palliative Care für examinierte Pflegekräfte umfasst entsprechend der Rahmenvereinbarung für die ambulante Hospizarbeit nach § 39 a Abs. 2 SGB V und den Vereinbarungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 132 d SGB V eine Anzahl von 160 Unterrichtsstunden.

Im Juni 2014 hatten 20.000 Pflegenden die Weiterbildung im Bereich Palliative Care (zertifiziert von der DGP) absolviert (*DGP & Bertelsmann Stiftung 2015*).

Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)

Palliativmedizinische Versorgung hat zum „Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen“ (*DGP/DHPV 2009*). Nach der ärztlichen Diagnostik und spezifischen Therapie steht im Regelfall die Symptomkontrolle im Vordergrund. Dies schließt bei onkologischen Patientinnen und Patienten tumorspezifische Behandlungen wie Chemotherapie, Strahlentherapie oder Operationen mit ein.

Ziele der palliativ- medizinischen Versorgung

Im Zusammenhang mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzten Lebenszeit fällt eine Vielzahl von Entscheidungen an, die sowohl medizinische, pflegerische und versorgungsbezogene als auch ethisch-normative Aspekte des Lebens betreffen. Bereits die Frage nach der Einleitung, der Fortführung oder der Beendigung einer Maßnahme impliziert vor dem Hintergrund der begrenzten Lebenszeit und eingeschränkten Lebensqualität in hohem Maß die Abwägung von individuellen Werten der Patientinnen und Patienten und von deren An- und Zugehörigen (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020*).

Besonders wichtig ist es, den Patientenwillen genau zu eruieren.

Darüber hinaus ist zu klären, in welchem Umfeld die Patientin oder der Patient in der Terminalphase betreut werden möchte und wo sie oder er versterben möchte. Ein palliativer Behandlungs- und Notfallplan am Krankenbett kann helfen, unnötige oder unerwünschte Klinikeinweisungen zu vermeiden (*Wiese et al. 2008*).

Mit den Patientinnen und Patienten sowie deren An- bzw. Zugehörigen sollte frühzeitig das Verfassen einer Patientenverfügung und/oder Betreuungsvollmacht besprochen werden, falls eine solche noch nicht vorliegt. Eine vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning) ermöglicht eine patientenorientierte Versorgung und verhindert Krankenhauseinweisungen und Übertherapien am Lebensende (*Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014*).

Zur Statusdokumentation stehen in der palliativen Versorgung verschiedene Instrumente zur Verfügung. Exemplarisch seien hier die Palliative Care Outcome Scale (POS), das Minimale Dokumentationssystem (MIDOS) für Palliativpatientinnen und -patienten sowie der Performance-Status der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) als verschiedene Instrumente zur Messung der Schmerzintensität genannt.

Instrumente zur Dokumentation des Funktionsstatus

- Die Palliative Care Outcome Scale (POS) ist ein sehr kurzer und die Patientin oder den Patienten wenig belastender Fragebogen, der dennoch alle wesentlichen Bereiche der Palliativmedizin abdeckt. Die POS ist in zwei Versionen vorhanden und kann als Fremdbeurteilung durch das Personal oder als Selbsteinschätzung durch die Patientin und den Patienten erfasst werden (*Hearn & Higginson 1999*). Die deutsche Version der POS ist validiert (*Bausewein et al. 2005*). Eine um die Symptombelastung erweiterte Version (Integrated Palliative Care Outcome Scale [IPOS]), die auch für Demenzerkrankte vorliegt (*Ellis-Smith et al. 2017*), ist ebenfalls nutzbar (*Schildmann et al. 2016*).
- Das Minimale Dokumentationssystem (MIDOS) benutzt einfache kategorische Skalen (kein, leicht, mittel, stark), die von den Palliativpatientinnen und -patienten für die Selbsteinschätzung verwendet werden können, und berücksichtigt so bei der Erfassung den potenziell reduzierten körperlichen und geistigen Zustand der Betroffenen (*Radbruch et al. 2000*).
- Eine weitere Möglichkeit, den körperlichen Leistungszustand der Patientin oder des Patienten und dessen Veränderung sowie den Einfluss auf das tägliche Leben zu erfassen, ist der Performance-Status der ECOG (*ECOG 2009*).

Therapie von Fatigue

Fatigue ist mit einer Prävalenz von 70 bis 90 % das häufigste Symptom bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung und ein häufiges Begleitphänomen bei anderen schwerwiegenden Erkrankungen. Nach der Definition der European Association for Palliative Care handelt es sich dabei um das subjektive Gefühl von Müdigkeit, Schwäche oder Energiemangel. Bei der tumorbedingten Fatigue besteht ein besorgniserregendes Gefühl von körperlicher, emotionaler und/oder kognitiver Müdigkeit mit Bezug zu einer Tumorerkrankung oder Tumorbehandlung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020*). Fatigue kann als primäre oder sekundäre Form auftreten. Das primäre Fatigue-Syndrom wird als Teil der inflammatorischen Tumorerkrankung interpretiert, die sekundäre Form als therapiebegleitende Symptome oder Komorbiditäten. Im Zusammenhang mit einem bestehenden Fatigue-Syndrom muss immer überprüft werden, ob eine behandelbare Ursache vorliegt (Hypothyreose, Anämie, Depression).

Die Behandlung der Fatigue ist oft sehr schwierig und häufig nicht erfolgversprechend. Falls möglich, sollte die zugrunde liegende Ursache gefunden und behandelt werden. Bei den meisten Patientinnen und Patienten wird eine kausale Behandlung der Fatigue nicht möglich sein; für diese Personen ist eine kombinierte Behandlung mit medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen empfohlen. Bei den medikamentösen Maßnahmen können Therapieversuche mit Methylphenidat, Mardenafil oder Kortikosteroiden für eine begrenzte Zeit sinnvoll sein, bei den nichtmedikamentösen Behandlungen sind besonders Kraft- und Ausdauersport (*Dittus et al. 2017*) sowie psychoedukative Verfahren (*Poort et al. 2017*) einzusetzen. Darüber hinaus sollte eine Beratung zu Strategien zum Energiemanagement erfolgen (*Poort et al. 2017*).

**Therapie
von Schmerz**

Eine adäquate Schmerztherapie setzt eine gründliche Schmerzanamnese, schmerzbezogene klinische Untersuchung und Diagnose voraus, da sich das subjektive Schmerzempfinden aus verschiedenen körperlichen, psychologischen und sozialen Komponenten zusammensetzt (Fallon et al. 2006). Die Einschätzung der Schmerzintensität soll nach Möglichkeit durch die Patientin oder den Patienten selbst erfolgen, z. B. durch einfache, eindimensionale Schmerzintensitätsskalen (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).

In der Versorgung von erkrankten Menschen in palliativer Situation wird zwischen kausaler und symptomatischer Schmerztherapie unterschieden (Husebø & Klaschik 2006). Unter den Begriff der kausalen Schmerztherapie fallen beispielsweise operative, chemotherapeutische oder radiotherapeutische Maßnahmen zur Verkleinerung eines Tumors oder einer Metastase mit dem Ziel, die hierdurch verursachten Schmerzen zu verringern. Wenn irgend möglich, sollte die Therapie von Schmerzen auf die Beseitigung ihrer Ursache ausgerichtet sein.

Von symptomatischer Schmerztherapie spricht man, wenn nicht die Ursache des Schmerzes bekämpft wird, sondern die Schmerzempfindung unterdrückt wird. Die symptomatische Schmerztherapie nimmt in der Palliativversorgung und insbesondere in der hausärztlichen Versorgung einen bedeutend größeren Stellenwert ein.

Tumorbedingte Schmerzen können nozizeptiv zum Beispiel durch Knochen- und Hautmetastasen (somatischer Schmerz), Peritonealkarzinosen (viszeraler Schmerz) oder neuropathisch durch eine Infiltration von Nerven auftreten (Leitliniengruppe Hessen 2007). Therapiebedingte Schäden sind oft durch eine Gewebe- oder Nervenschädigung zu erklären (Husebø & Klaschik 2006), während als ein Beispiel für tumorassoziierte Schmerzen Druckulzera durch Bettlägerigkeit zu nennen sind, unter denen auch Patientinnen und Patienten mit nichtmalignen Erkrankungen leiden.

Die Tumor-Schmerztherapie orientiert sich im Wesentlichen am Stufenschema der WHO, auch Schmerzleiter (WHO Analgesic Ladder) genannt (Schrijvers 2007; WHO 1996). Stufe 1 bei leichten bis mittelschweren Schmerzen wird durch Medikamente wie Paracetamol und NSAID (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs) wie zum Beispiel Ibuprofen und Diclofenac sowie Metamizol gebildet (Leitliniengruppe Hessen 2007). In Stufe 2 werden diese Nichtopioid-Analgetika mit schwachwirkenden Opioiden wie Tramadol, Dihydrocodein und Tilidin-Naloxon kombiniert. Auf Stufe 3 werden Nichtopioid-Analgetika mit starken Opioiden wie Morphin, Oxycodon oder Hydromorphon kombiniert, die oral, mukosal, nasal, transdermal, rektal, intravenös und subkutan appliziert werden.

Zur Behandlung neuropathischer Schmerzen werden zusätzlich trizyklische Antidepressiva (meist Amitriptylin), SSNRI (selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer wie Duloxetin), Antikonvulsiva und Lokalanästhetika eingesetzt (O'Connor & Dworkin 2009).

Regelmäßig kommen darüber hinaus adjuvante Therapeutika zur Behandlung von charakteristischen Nebenwirkungen der Analgetika wie Übelkeit oder Obstipation zum Einsatz.

Zur weiteren Schmerzerleichterung werden supportive Therapien verordnet, z. B. Kortikosteroide zur Dekompression von Nerven oder Bisphosphonate und Strahlentherapie (Pechersdorfer 2009) bei Knochenmetastasen. Psychopharmaka finden Anwendung in der Therapie psychischer Leiden, die die Schmerzwahrnehmung beeinflussen, wie Angst oder Depression (WHO 1996).

Zudem wird die Therapie bei Bedarf durch nichtmedikamentöse Verfahren wie Akupunktur, Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS), Physiotherapie sowie psychologische Begleitung ergänzt (Leitliniengruppe Hessen 2007). In der S3-Leitlinie Palliativmedizin findet sich allerdings keine explizite Erwähnung nichtpharmakologischer Verfahren (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).

**Therapie
gastrointestinaler
Beschwerden**

Häufige gastrointestinale Beschwerden in der Palliativmedizin sind Übelkeit, Erbrechen, Obstipation und maligner Aszites. Übelkeit und Erbrechen können durch sehr unterschiedliche Ursachen bedingt sein und gastrointestinaler, metabolischer, toxischer, zentraler oder psychogener und psychosozialer Natur sein. Die Ursache der Beschwerden sollte durch ein umfassendes Assessment (Anamnese, klinische Untersuchung, weitergehende Diagnostik) gefunden werden. Dementsprechend sollte die Therapie, falls möglich, ursachenorientiert durchgeführt werden (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).

Das medikamentöse Wirkspektrum umfasst verschiedene Substanzen, die sich nach dem Wirkort (gastrointestinal, zentral, Chemorezeptoren-Triggerzone) und dem Wirkprinzip unterscheiden (Clemens & Klaschik 2007b). Zur Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten mit Übelkeit und Erbrechen liegt darüber hinaus die S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Erkrankungen vor (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).

Auch die Obstipation kann in der Palliativsituation durch verschiedene, zum Teil gleichzeitig auftretende Ursachen erklärt werden. Eine grobe Einteilung in organische (tumorös-obstruktiv, endokrin oder metabolisch), funktionelle und arzneimittelinduzierte Ursachen bietet sich an. Häufigste Ursache ist die opioidbedingte Obstipation, wobei neben den Opioiden unter anderem auch Antibiotika, Diuretika und Neuroleptika eine obstipationsinduzierende Wirkung haben (Clemens & Klaschik 2007b). Ebenso haben auch Bettlägerigkeit und eine verminderte Flüssigkeitsaufnahme einen obstipationsfördernden Einfluss (Klaschik et al. 2003). Passagehindernisse des Magen-Darm-Traktes können sich durch Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung und Schmerzen im Abdominalbereich äußern. Ein sorgfältiges Assessment ist wichtig, um zu bestimmen, durch welche potenziellen Maßnahmen die Lebensqualität der Patientin oder des Patienten am ehesten positiv beeinflusst wird (Leitlinienprogramm Onkologie 2019). Wenn die typischen Allgemeinmaßnahmen zur Obstipationsbehandlung (Patientenedukation, körperliche Aktivität, Erhöhung der Ballaststoffzufuhr) nicht mehr möglich sind, stehen in der Palliativmedizin

verschiedene Medikamente zur Verfügung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020*). Diese folgen einem vierstufigen Therapieschema, beginnend mit einem osmotischen Laxans ODER propulsiven Laxans (Stufe 1), gefolgt von einem osmotischen UND propulsiven Laxans (Stufe 2), einem zusätzlichen Mu-Opioidantagonisten (Stufe 3) und weiteren Medikamenten als Therapieversuch (z. B. Rizinusöl) (Stufe 4). Mit allen Stufen gehen nicht-medikamentöse Therapien einher (*ebd.*).

Für die spezielle Form der opioidinduzierten Obstipation wurden in den letzten Jahren spezifisch wirkende Substanzen entwickelt, die als PAMORA (Peripherally-Acting Mu-Opioid Receptor Antagonists) bezeichnet werden. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um Naloxon, Methylnaltrexon und Naloxegol. Diese Substanzen bewirken eine selektive Blockade der Opioidrezeptoren im Gastrointestinaltrakt (*Ford 2013*).

Maligner Aszites beschreibt eine Ansammlung von Flüssigkeit in der Peritonealhöhle, die eine Folge maligner Prozesse (ca. 10 % aller Aszitesfälle) und aufgrund des erhöhten intraabdominalen Drucks mit unangenehmen Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und weiteren verbunden sein kann (*Becker et al. 2006*). Zur Entwicklung eines Aszites kommt es durch ein multifaktorielles Zusammenspiel einer venösen und lymphatischen Obstruktion durch Tumorgewebe, eines verringerten intravaskulären onkotischen Drucks, einer erhöhten Kapillarpermeabilität und hormoneller Faktoren (*Chung et al. 2008*).

Das symptomatische Management von malignem Aszites beinhaltet verschiedene Ansätze. Bei erhöhtem intraabdominellen Druck kann eine Parazentese indiziert sein. Gegebenenfalls ist zur Vermeidung serieller Parazentesen die Anlage einer permanenten Drainage zu überlegen. Ebenso ist der Einsatz von Diuretika (z. B. Spironolacton) in Erwägung zu ziehen, auch wenn die Datenlage bezüglich des Effekts kontrovers diskutiert wird (*Becker et al. 2006; Chung et al. 2008*).

Dyspnoe wird von Patientinnen und Patienten in der Palliativmedizin als sehr quälend wahrgenommen und schränkt die Lebensqualität deutlich ein. Differentialdiagnostisch müssen pulmonale Ursachen von kardialen sowie neuromuskulären Ursachen abgegrenzt werden (*Binsack 2001*). Sie kann aber auch ebenso durch eine Anämie, Infektionen, einen Aszites, Fieber oder Angst begründet sein.

Therapie von Atemnot

In der Therapie stehen neben einer Kausalbehandlung verschiedene Therapieansätze zur Verfügung. Insbesondere die Gabe von Morphin hat sich in der Therapie von Atemnot in der palliativen Situation bewährt (*Rosenbruch et al. 2017; Qaseem et al. 2008*). Neben Opioiden stellen Benzodiazepine sowohl bei akuter als auch bei therapierefraktärer Atemnot eine wichtige Wirkstoffgruppe dar (*Rosenbruch et al. 2017*), besonders bei begleitender Angst- oder Paniksymptomatik. Nichtopioide wie Bronchodilatoren, Glukokortikoide oder Antibiotika kommen seltener zum Einsatz (*Leitliniengruppe Hessen 2007*). Die Gabe von Sauerstoff wird praktiziert, wenn eine nachgewiesene Hypoxämie vorliegt (*Rosenbruch et al. 2017; Clemens & Klaschik 2007*). Außerdem ist auch hier die Bedeutung einer psychosozialen Versorgung und Edukation nicht zu unterschätzen.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen als Behandlungsschema die Therapie der Atemnot sowie die Behandlung der therapierefraktären Atemnot in der Übersicht.

Abb. 2: Therapie der Atemnot

(mit Genehmigung von Springer Nature nachgedruckt; Rosenbruch et al. 2017, Abb. 1)

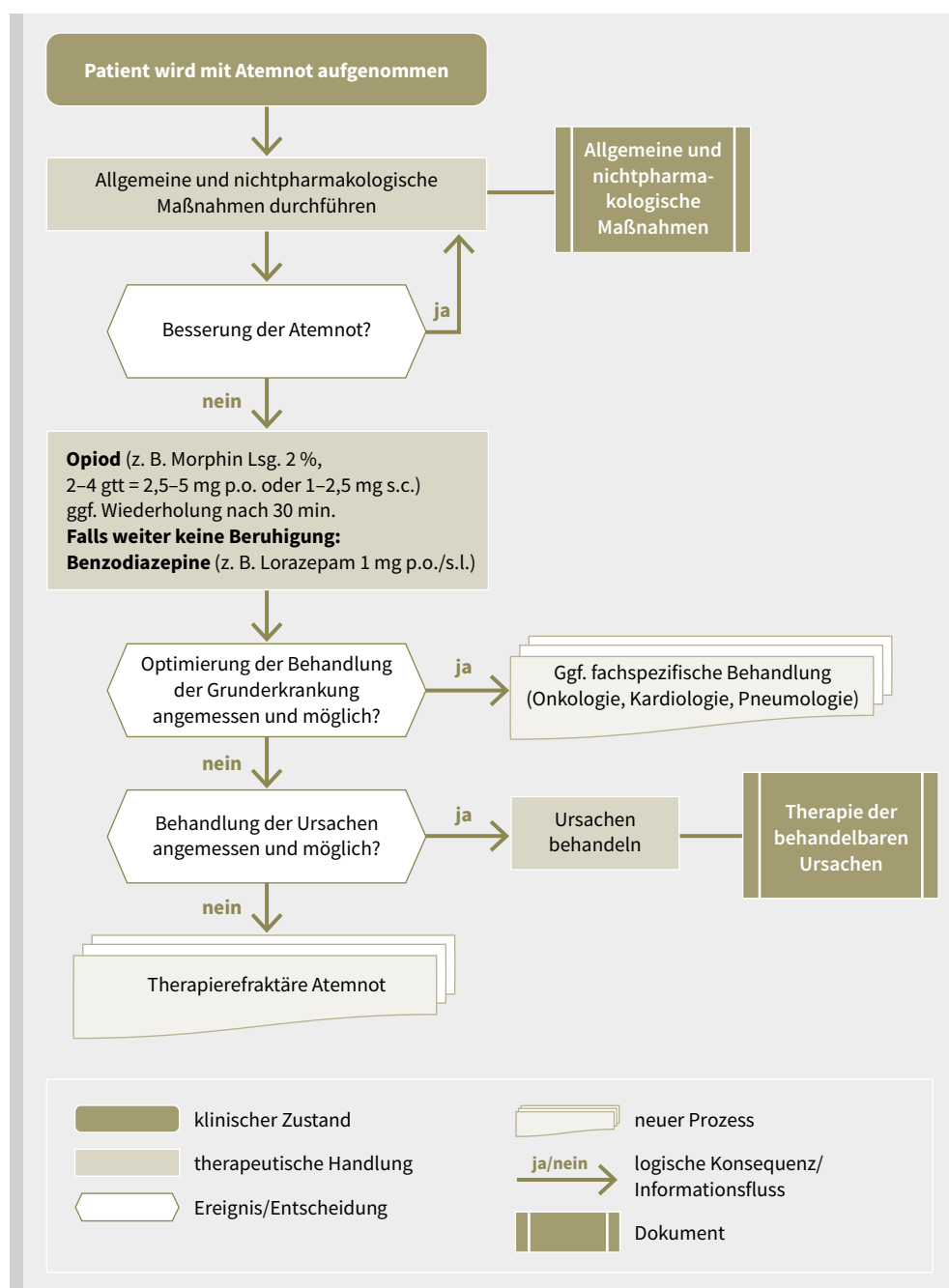
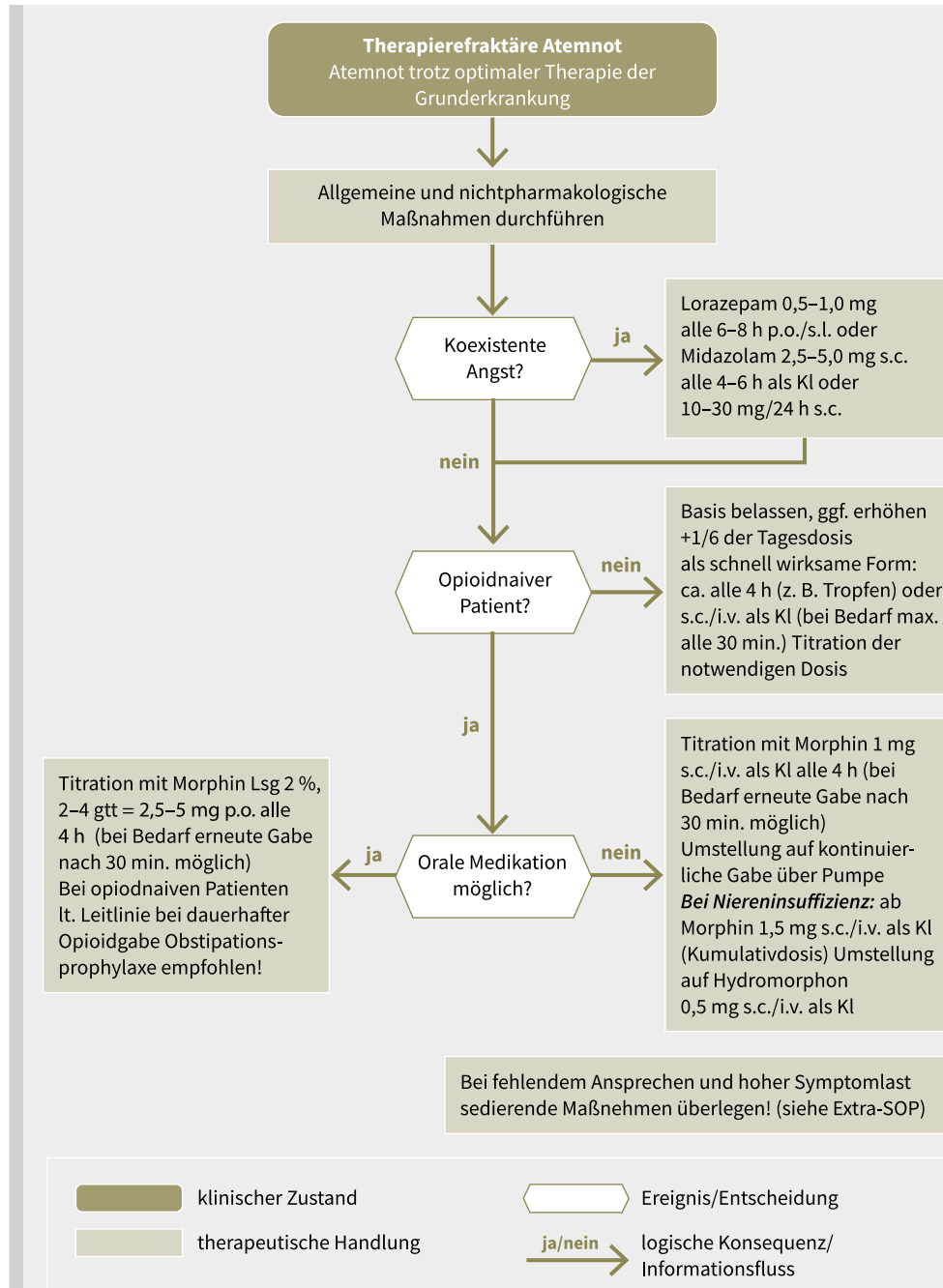


Abb. 3: Therapierefraktäre Atemnot

(mit Genehmigung von Springer Nature nachgedruckt; Rosenbruch et al. 2017, Abb. 2)



Therapie bei Dekubitus Ein Dekubitus entsteht, wenn Haut und Unterhaut einer andauernden Druckeinwirkung ausgesetzt sind, die zu einer Unterbrechung des arteriellen und venösen Blutflusses führt. Patientinnen und Patienten in palliativer Situation stellen bei einem Vorhandensein von Immobilität, Stoffwechselerkrankungen oder Mangelernährung eine Risikogruppe dar. Zur Einschätzung des individuellen Risikos der Entwicklung eines Dekubitus steht die Braden-Skala (*Bergstrom et al. 1987*) zur Verfügung.

Prophylaxemaßnahmen zur Dekubitusvorsorge gehören zur Routine der täglichen Pflege. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat einen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (2. Aktualisierung 2017) herausgegeben. Die Lagerung sollte in individuellen Zeitabständen erfolgen (*Protz 2006*).

Die Therapie erfordert eine sorgfältige Dokumentation des Wundstatus und der Wundbehandlung. Es liegen Empfehlungen vor hinsichtlich der Wirksamkeit der feuchten Wundbehandlung, der Infektverminderung durch Händewaschen, der Wundreinigung und des Wunddebridement sowie der Anwendung systemischer Antibiotika bei einer Infektion der Dekubitusumgebung oder Sepsis (*Püllen 2004*).

Spirituelle und psychosoziale Begleitung Die Weltgesundheitsorganisation schließt in die Definition der palliativen Versorgung das Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse konkret mit ein (*WHO 2002*). Eine Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München unterstreicht, dass „eine Stunde pro Patient pro Woche für spirituelle Begleitung ein Mindestmaß an Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes der Palliativmedizin darstellt“ (*Hagen et al. 2009*). Die psychosoziale und spirituelle Begleitung in der Palliativmedizin sollten daher einen ähnlichen Stellenwert wie die medizinische Symptomkontrolle einnehmen (*Borasio & Volkenandt 2007*). Dies wird besonders deutlich, wenn man bedenkt, dass Anspannung, Angst und Depressivität häufige Symptome unter Palliativpatientinnen und -patienten sind (*Lindena et al. 2009*). Untersuchungen zeigen, dass sich ein größeres spirituelles Wohlbefinden sowohl bei den Palliativpatientinnen und -patienten als auch bei deren An- und Zugehörigen positiv auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität auswirken kann (*Wasner 2007*). Spirituelle Fürsorge in der Palliativsituation bedeutet für die Patientin und den Patienten eine höhere Lebensqualität (*Balboni et al. 2010*) und sollte daher in der hausärztlichen Kommunikation konkret thematisiert werden.

Methodisches Vorgehen

Der vorliegende QISA-Band „Hausärztliche Palliativversorgung“ stellt eine Aktualisierung und vollständige Überarbeitung des gleichnamigen Bandes aus dem Jahr 2010 dar.

Auswahl der Qualitätsindikatoren (Version 1.0, 2010)

Die Auswahl der Qualitätsindikatoren für Version 1.0 basierte auf einer Literaturrecherche in der Datenbank Medline anhand der Suchbegriffe „Palliative Care“ OR „Advance Care Planning“ OR „end of life“ AND „Health Care Quality, Access, and Evaluation“ OR „quality indicators“ OR „performance measures“. Die 216 Treffer wurden auf relevante Publikationen untersucht. Es fanden sich insgesamt 77 Arbeiten zum Thema „Qualitätsindikatoren für die palliative Versorgung“. In 25 Publikationen wurden explizit Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung aufgeführt. Darüber hinaus wurden bestehende internationale Datenbanken für Qualitätsindikatorensysteme (z. B. National Quality Measures Clearinghouse™) abgefragt. Die dort dokumentierten Indikatoren wurden übersetzt und in das Register integriert. Auch nationale wie internationale Leitlinien und Richtlinien wurden auf Empfehlungen für Qualitätsindikatoren überprüft.

**Recherche nach
Qualitätsindikatoren in
der Palliativmedizin**

QISA-Indikatoren sollen von den Akteuren in der Praxis zu beeinflussen sein. Auf Indikatoren, die die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten in der Fläche abbilden, wurde daher verzichtet (z. B. Anzahl der Pflegedienste mit 24-Stunden-Verfügbarkeit, Palliativstationen, Pflegestützpunkte). Weiterhin wurden Indikatoren ausgeschlossen, die die Strukturqualität von Einrichtungen abbilden oder die erheben, welche Schritte bei der Aufnahme in eine spezialisierte Einrichtung erfolgen.

Gefunden wurden 61 Qualitätsindikatoren, für die ein Register erstellt wurde (siehe Anhang 1: Liste der bewerteten Indikatoren [zur Erstellung der Version 1.0] ab Seite 75). Sie wurden in sechs Domänen eingeordnet:

1. Zielgruppe
2. Patientenmanagement
3. Qualifikationen
4. Symptomkontrolle
5. Monitoring
6. Unangemessene medizinische Maßnahmen

Bewertung und Auswahl der Indikatoren Die Bewertung und Auswahl der Indikatoren folgte der sogenannten RAND/UCLA Appropriateness Method, die von der RAND Corporation, Kalifornien in Zusammenarbeit mit der School of Medicine der University of California, Los Angeles (UCLA) entwickelt wurde. Dieses Verfahren ist in nationalen und internationalen Studien erprobt und kombiniert systematisch die Recherche nach der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz mit einer strukturierten Bewertung durch Expertinnen und Experten (*Fitch et al. 2001*).

Zur Beurteilung der Relevanz der Indikatoren wurden zwei Bewertungsrunden durchgeführt. Die erste Runde bestand aus einer schriftlichen, postalischen Bewertung, während die zweite Bewertungsrunde im Anschluss an ein halbtägiges Treffen der Expertinnen und Experten (nach der Diskussion der Indikatoren) durchgeführt wurde. In der zweiten Bewertungsrunde wurde außerdem die Praktikabilität (Umsetzbarkeit) der Indikatoren bewertet. Die Ergebnisse sind in der Liste der bewerteten Indikatoren im Anhang 1 ersichtlich.

Das Expertenpanel setzte sich aus sieben Personen zusammen (sechs Fachexpertinnen und -experten für palliative Versorgung sowie eine Patientenvertreterin, die als Mitarbeiterin einer akkreditierten Patientenberatungseinrichtung mit dem Thema vertraut ist; siehe Anhang 2 „Teilnehmende des Expertenpanels [zur Erstellung der Version 1.0]“).

Insgesamt acht Indikatoren wurden im Rahmen des RAND/UCLA-Verfahrens als relevant und praktikabel bewertet und in den QISA-Band (Version 1.0) aufgenommen.

Methodisches Vorgehen bei der Aktualisierung (Version 2.0, 2021)

Grundlage der Aktualisierung war der QISA-Band Version 1.0 mit seinen insgesamt acht Qualitätsindikatoren (s. o.).

Leitlinienrecherche Zunächst wurde vom aQua-Institut eine Leitlinienrecherche durchgeführt. Diese zielte auf aktuelle Empfehlungen zur hausärztlichen Palliativversorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit nicht kurativ zugänglichen Erkrankungen und fokussierte zunächst aktuelle, methodisch hochwertige deutsche Leitlinien, die nach Erscheinen der Version 1.0 veröffentlicht wurden.

Die Aktualisierungsrecherche (Abschluss 29.08.2018) erfolgte nach vorab definierten methodischen und themenspezifischen Ein- und Ausschlusskriterien und wurde zunächst in den deutschsprachigen Leitlinienportalen durchgeführt. Im Leitlinienportal der AWMF wurde mit den Suchbegriffen „Palliativmedizin“, „palliativ“ und „Palliativversorgung“ recherchiert. Weiterhin wurden folgende Portale nach potenziell relevanten Leitlinien durchsucht:

- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (<https://www.leitlinien.de/nvl>)
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (<https://www.degam.de/leitlinien.html>)
- Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

Für die internationalen Leitlinien wurde in den Leitlinienportalen GIN und NICE mit dem Suchbegriff „palliative care“ recherchiert.

Darüber hinaus wurde auf den Webseiten folgender Fachgesellschaften recherchiert:

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (<https://www.dgpalliativmedizin.de/>)
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (<https://www.dhpv.de/start.html>)

Nach Abschluss des Auswahl- und Bewertungsverfahrens wurden nachfolgend aufgeführte Leitlinien und weitere Quellen identifiziert.

Ergebnisse der Aktualisierungsrecherche

Die in der Recherche identifizierte S3-Leitlinie Palliativmedizin von 2015 erschien 2019 in einer erweiterten Fassung und wurde der Überarbeitung dieses QISA-Bandes zugrunde gelegt:

- DKG, DKH, AWMF. 2019/2020. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.1.

Weiterhin wurden berücksichtigt:

- BÄK, KBV, AWMF. 2017. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz.
- NICE. 2017. NICE guideline Parkinson's disease in adults.
- DGN & AWMF. 2016. S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom. Langversion. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.
- NICE. 2015. NICE guideline Care of dying adults in the last days of life.
- DGS. 2015. S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS.
- NPUAP, EPUAP, PPPIA. 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.
- McCusker M, Ceronky L, Crone C, Epstein H, Greene N, Halvorson J, Kephart K, Malen E, Nosan B, Rohr M, Rosenberg E, Ruff R, Schlecht K, Setterlund L. 2013. Health Care Guideline Palliative Care for Adults.
- NICE. 2012. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults.
- BÄK. 2011. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.

Ebenso wurde die zwischenzeitlich publizierte S3-Leitlinie Pflegende Angehörige bei Erwachsenen der DEGAM herangezogen, soweit Inhalte der hier beschriebenen QISA-Indikatoren tangiert sind (DEGAM 2018).

Folgende potenziell relevanten Leitlinien befanden sich zum Zeitpunkt der Recherche im Prozess der Er- bzw. Überarbeitung:

- Improving supportive and palliative care in adults (Update) (geplante Fertigstellung: Januar 2018), Anmeldung durch: National Institute for Health and Care Excellence
Diese wurde noch nicht aktualisiert, es wird allerdings auf die zusätzliche Berücksichtigung folgender Leitlinie verwiesen:
NICE. 2019. End of life care for adults: service delivery (<https://www.nice.org.uk/guidance/NG142>).
- Nationale VersorgungsLeitlinie COPD (geplante Fertigstellung auf Mitte 2020 verschoben), Anmeldung durch: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen (geplante Fertigstellung auf November 2020 verschoben), Anmeldung durch: Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Indikator- modifikationen

Auf Grundlage der Rechercheergebnisse schlug das aQua-Rechercheteam Indikatormodifikationen sowie neu aufzunehmende Themen vor. Diese wurden gemeinsam mit dem Autorenteam, einer Vertretung der Herausgeber sowie Expertinnen und Experten des AOK-Bundesverbandes und des aQua-Instituts im Rahmen mehrerer Webkonferenzen diskutiert. Dabei erfolgte eine vertiefte Beurteilung sowohl medizinisch-inhaltlicher Aspekte als auch der Praktikabilität.

Änderungen gegenüber der Vorgängerversion

Als Ergebnis der Diskussion wurden vier Indikatoren neu aufgenommen, ein Indikator wurde modifiziert. Nachfolgend findet sich ein Überblick über die durchgeführten Änderungen mit der jeweiligen Begründung.

Tabelle 1: Neue Indikatoren

INDIKATOR	FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG FÜR DIE NEUAUFNAHME
1	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten an allen Patientinnen und Patienten der Praxis	Der Indikator dient der Abschätzung der Größenordnung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Palliativversorgung, der Vereinheitlichung der QISA-Indikatorensets, die alle einen entsprechenden Prävalenz-Indikator enthalten, sowie der Verbesserung der Lebensqualität durch eine frühe Identifizierung.
10	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer vorliegenden Depression	Die Identifizierung von gefährdeten Personen erleichtert die gezielte psychosoziale und medizinische Unterstützung der Patientinnen und Patienten.
11	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden	Die An- und Zugehörigen nehmen eine herausragende Rolle in der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten ein.
12	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit palliativer Beratung/ palliativem Aufklärungsgespräch	Die patientenzentrierte Kommunikation ist Grundlage einer guten Arzt-Patienten-Beziehung und im palliativ-medizinischen Setting von zentraler Bedeutung.

Tabelle 2: Modifizierte Indikatoren

VERÄNDERTER INDIKATOR	URSPRÜNGLICHE FORMULIERUNG	GEÄNDERTE FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG
6	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen: Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen oder Obstipation	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir	Die Erweiterung der Liste der schwerwiegenden Symptome mit dem Ziel einer guten Dokumentation und einer verbesserten Symptomkontrolle ist sinnvoll und entspricht der Häufigkeit der Symptome.

Änderungen im Rahmen der Aktualisierung (Version 2.1, 2026)

Im Rahmen der kontinuierlichen Aktualisierung der QISA-Bände wurde der Band erneut überprüft. Dabei ergab sich, dass die Indikatoren keiner inhaltlichen Änderung bedurften. Es wurden lediglich einige Literaturquellen, Angaben zu Leitlinien, statistische Kennzahlen und ATC-Codes aktualisiert.

Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (Version 2.1)

Im Folgenden findet sich ein Überblick über alle Indikatoren dieses QISA-Bandes.

Tabelle 3:

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
1	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten an allen Patientinnen und Patienten der Praxis	In welchem Umfang betreut die Praxis Palliativpatientinnen und -patienten?	Dokumentation Prozessqualität
2	Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatientinnen und -patienten je Praxis	Kann die Praxis alle identifizierten Palliativpatientinnen und -patienten benennen, um die Versorgung koordinieren zu können?	Dokumentation Prozessqualität
3	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, für die eine Ansprechperson dokumentiert ist	Kann die Praxis eine Ansprechperson der Palliativpatientinnen und -patienten benennen?	Dokumentation Prozessqualität
4	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause versterben	Inwieweit wird das Ziel erreicht, dass Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause sterben können?	Ergebnisqualität
5	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden	Inwieweit wird eine opioidbedingte Verstopfung bei Palliativpatientinnen und -patienten erkannt und behandelt?	Prozessqualität
6	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir	Die Praxis kann die wichtigsten Symptome der Palliativpatientinnen und -patienten benennen.	Dokumentation Prozessqualität

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
7	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und einer Therapieerweiterung bei Verschlechterung	Die Praxis hat Behandlungspläne für Palliativpatientinnen und -patienten mit Atemnot.	Dokumentation Prozessqualität
8	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme	Die Praxis hat Behandlungspläne für Palliativpatientinnen und -patienten mit Schmerzen.	Dokumentation Prozessqualität
9	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden	Inwieweit können nicht sinnvolle Opioidkombinationen bei Palliativpatientinnen und -patienten vermieden werden?	Patienten- sicherheit Prozessqualität
10	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer vorliegenden Depression	Wird Depression als Komorbidität bei Palliativpatientinnen und -patienten erkannt?	Dokumentation Prozessqualität
11	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden	Kooperiert die Praxis mit den versorgenden An- und Zugehörigen der Palliativpatientinnen und -patienten?	Dokumentation Prozessqualität
12	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit palliativer Beratung/palliativem Aufklärungsgespräch	Die Praxis verfügt über eine Dokumentation der Beratung und Aufklärung von Palliativpatientinnen und -patienten.	Dokumentation Prozessqualität

Anmerkung zu den ausgewählten Indikatoren

Fokussierung auf Hausärztinnen und -ärzte sowie Ärztekoperationen	Das QISA-Projekt richtet sich in erster Linie an Hausärztinnen und Hausärzte sowie an ambulante Versorgungsmodelle wie Ärztekoperationen oder andere regionale Versorgungsmodelle. Hier helfen die QISA-Indikatoren dabei, die Versorgungsqualität zu erfassen, denn sie sind in erster Linie patientenbezogen und können so die Qualität der Patientenversorgung in den beteiligten Praxen oder im Versorgungsmodell über Praxisgrenzen hinaus abbilden. Zudem können sie aktiv von den Ärztinnen und Ärzten oder auch vom Praxispersonal beeinflusst werden.
--	--

Hinweise zur Umsetzung

Definition der Zielgruppe	Da die Fallzahl in der einzelnen Praxis gering sein wird, bietet sich dieses Indikatorensystem für ein Arztnetz, ein Versorgungsprogramm oder ein Projekt in der Fläche an. Eine allgemeingültige, erprobte Definition der Zielgruppe gibt es nicht (<i>Lorenz et al. 2008</i>). Es bietet sich an, die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte selbst entscheiden zu lassen, welche ihrer Palliativpatientinnen und -patienten sie in die Qualitätsmessung und -sicherung mit einbeziehen wollen. Die geschätzte Lebenserwartung hat sich in dieser Hinsicht nicht als belastbares Kriterium erwiesen. Es gibt mehrere Instrumente zur Eingrenzung der Patientengruppe, die eine palliative Betreuung in der Hausarztpraxis benötigt, wie das Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT); (<i>Afshar et al. 2018</i>). Alternativ können retrospektiv innerhalb eines Jahres verstorbene Patientinnen und Patienten in die Auswertung eingeschlossen werden, wobei die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte diese von den verstorbenen Patientinnen und Patienten ohne Palliativversorgung abgrenzen müssten, da für die Definition der Zielgruppe nur solche von Belang sind, die einer hausärztlichen Palliativversorgung vor dem Lebensende bedürfen.
----------------------------------	--

Über die Listenfunktion der Praxisverwaltungssoftware kann die Praxis ein Verzeichnis ihrer Patientinnen und Patienten erstellen, die eine palliative Versorgung erhalten. Voraussetzung dafür ist die Vereinbarung eines einheitlichen Identifikationscodes, z. B. des ICD-Codes Z51.5 Palliativbehandlung (ICD-10-GM), der das Auslesen der Daten ohne den Namen der Patientin oder des Patienten – also anonymisiert – erlaubt. Alternativ könnten auch die Abrechnungsziffern nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die hausärztliche Palliativversorgung verwendet werden. Ein Register aller Palliativpatientinnen und -patienten ist eine wichtige Voraussetzung für die Koordinierung der Versorgung. Die Patientendaten können anonymisiert ausgelesen und bei einheitlicher Dokumentation von einer zentralen Stelle zusammengeführt werden. Der diesbezügliche Indikator erhielt nicht die höchste Bewertung durch das Expertenpanel (siehe Indikator 3, Tabelle „Liste der bewerteten Indikatoren“ auf Seite 75 im Anhang), wurde jedoch aus den genannten methodischen und praktischen Gründen als Indikator 2 in das QISA-Indikatorenset aufgenommen, denn er hilft dabei, neben der Symptomkontrolle frühzeitig auch Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden zu treffen. Um die Dokumentation der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu vereinheitlichen, könnte in der Praxisverwaltungssoftware ein Formular „Behandlungsplan für Palliativpatientinnen und -patienten“ angelegt werden.

**Register aller
Palliativpatientinnen
und -patienten**

Zwischen den beteiligten Praxen oder im Versorgungsmodell kann vereinbart werden, Diagnosen und Therapieentscheidungen mit einer präzisen Definition der Zielsymptomatik in einem Behandlungsplan festzulegen. In diesem Formular können gegebenenfalls auch eine Revision der Erstdiagnose, eine Überprüfung der Zielsetzung und Erforderlichkeit der Pharmakotherapie, die Dosierung und Dauer der Medikation, die Befindlichkeit der Patientin/des Patienten, die Patientenreaktionen, die Patientencompliance (Verlaufsbeobachtung) und schließlich die Bedarfsmedikation mit Angaben zur Dosierung, Häufigkeit und zu den Voraussetzungen festgehalten werden.

Behandlungsplan

Dieser Behandlungsplan enthält Informationen, die es dem Pflegepersonal und anderen Beteiligten erlauben, die Palliativpatientinnen und -patienten ausgehend von einer gemeinsamen, aktuellen Basis wahrzunehmen und zu beobachten, und erleichtert damit die Koordination der Pflege.

QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

I Beschreibung	■ Aussage
	■ Begründung
	■ Zielstellung
	■ Einbezogene Fachgruppen
	■ Voraussetzungen
	■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	■ Betrachtungszeitraum
	■ Bezugsebene
	■ Formel
	■ Zähler
	■ Nenner
	■ Ausschlusskriterien
	■ Datenquelle
	■ Verfügbarkeit der Daten
III Anmerkungen zur Messgüte	
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	■ Epidemiologie und Prävalenz
	■ Praxisstudien und Evidenz
	■ Reduzierung der Krankheitslast
	■ Kosteneffektivität
	■ Indikatorensysteme
	■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	■ Referenzwert
	■ Interpretation
	■ Einbindung in die QZ-Arbeit
	■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Beschreibung der einzelnen Indikatoren

Indikator 1: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten an allen Patientinnen und Patienten der Praxis

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Versicherten mit einem Bedarf an Palliativversorgung an allen zu versorgenden Versicherten in einer Arztpraxis, einem regionalen Versorgungsmodell (z. B. Arztnetz, hausarztzentrierte Versorgung) oder einer Versorgungsregion (z. B. Bundesland, KV-Bezirk) ist.
Begründung:	Die Erkennung von Patientinnen und Patienten, bei denen ein kurativer Ansatz nicht mehr möglich ist und die palliative Versorgung im Vordergrund steht, verbessert die Lebensqualität und auch die Lebenszeit dieser Personen. Die Identifikation der palliativen Bedarfe ist eine Voraussetzung für eine verbesserte palliative Betreuung.
Zielstellung:	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit der Notwendigkeit einer palliativen Versorgung werden erfasst.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Über die Praxissoftware werden alle Palliativpatientinnen und -patienten systematisch erfasst. Die Identifikation der betroffenen Personen erfolgt durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Über einen einheitlichen Identifikationscode, z. B. den ICD-10-Code Z51.5 Palliativbehandlung, können diese Patientinnen und Patienten erfasst werden. Ebenfalls können die Abrechnungsziffern der hausärztlichen Palliativversorgung herangezogen werden.
Ausblick:	Eine Evaluation über einen bestimmten Zeitraum ermöglicht die Ermittlung der Inzidenz bzw. Prävalenz von Palliativpatientinnen und -patienten in einer Arztpraxis, einem regionalen Versorgungsmodell (z. B. Arztnetz, hausarztzentrierte Versorgung) oder einer Versorgungsregion (z. B. Bundesland, KV-Bezirk). Eine Differenzierung dieses Indikators nach Geschlecht und Alter ist möglich.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungs- zeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Pat. mit dokumentierter Palliativbehandlung in der Arztpraxis/dem Versorgungsmodell/der Versorgungsregion}}{\text{Alle Pat. in der Arztpraxis/dem Versorgungsmodell/der Versorgungsregion}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Palliativbehandlung (ICD-10-GM-Codierung Z51.5) in der Arztpraxis/dem Versorgungsmodell/der Versorgungsregion
Nenner:	Anzahl aller Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis/dem Versorgungsmodell/der Versorgungsregion
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Routinedokumentation in der Patientenakte
Verfügbarkeit der Daten:	Wenn ein einheitliches Dokumentationssystem angewendet wurde, sind die Daten vollständig in der Praxisverwaltungssoftware enthalten.

III Anmerkungen zur Messgüte

Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation (ICD-10-GM-Klassifizierung) kann von einer Validität der Daten ausgegangen werden. Der Indikator reagiert auf Veränderungen. Allerdings ist im Vorfeld festzulegen, nach welchen Kriterien die Praxis Palliativpatientinnen und -patienten als solche definiert. Hier ist die Einschätzung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes entscheidend. Der Einsatz bestimmter Instrumente zur Identifizierung wie z. B. des Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) ist zu erwägen. Dieser Indikator erlaubt eine Aussage über die Prävalenz der Palliativpatientinnen und -patienten in einer Praxis, einem Versorgungsmodell oder einer Versorgungsregion. Die Prävalenz kann regionale Änderungen zeigen, wenn sich die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten in der Region ändert.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Der Anteil von Patientinnen und Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen, wird in einzelnen Ländern sehr unterschiedlich eingeschätzt und variiert je nach eingesetzter Methode zwischen 38 % und 74 % (Morin 2017). Daten zur Inanspruchnahme von Palliativversorgung sind rar und stehen nur für bestimmte Versorgungsbereiche (SAPV und Krankenhäuser) zur Verfügung. Lediglich 30 % der
---	--

im Jahr 2014 Verstorbenen erhielten nach den Analysen des Faktenchecks Palliativversorgung eine palliativmedizinische Versorgung. Dabei benötigen nach Aussage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bis zu 90 % aller Menschen am Lebensende eine entsprechende Versorgung. Nach den Angaben der Bertelsmann Stiftung wurden bei 24 % der 2014 verstorbenen Patientinnen und Patienten im letzten Lebensjahr Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung abgerechnet (DGP & Bertelsmann Stiftung 2015).

Praxisstudien und Evidenz:	Es existieren RCT über den positiven Effekt einer frühzeitigen Identifikation von Palliativpatientinnen und -patienten in Bezug auf die Lebensqualität und die Überlebenszeit (Temel 2010).
Reduzierung der Krankheitslast:	keine
Kosteneffektivität:	Durch eine Identifizierung der Palliativpatientinnen und -patienten können unnötige Verschreibungen deutlich reduziert und auch Krankenhauseinweisungen vermieden werden.
Indikatorensysteme:	British Medical Association. 2009. Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10: „PC 3: The practice has a complete register of all patients in need of palliative/supportive care. The terms of this indicator will be satisfied if the practice is able to produce a data extraction according to the above criteria. No numerator or denominator determination is required.“
Leitlinien:	Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	Ungefähr 1 % der deutschen Bevölkerung stirbt jährlich. Von diesen Menschen benötigen nach Schätzungen 90 % eine palliative Betreuung im letzten Lebensabschnitt.
Interpretation:	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem palliativmedizinischen Bedarf an der Patientenklintel einer Hausarztpraxis. Die Einschätzung, ob es sich um eine Palliativpatientin oder einen Palliativpatienten handelt, ist aber sehr subjektiv und stark abhängig von der Einstellung und Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Die Ergebnisse können zum Vergleich in Hausarztpraxen, Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch KV-Bezirken benutzt werden. Gründe für abweichende Werte sollten diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Darüber hinaus können Fortbildungsbedarfe identifiziert und Instrumente zur einheitlichen Erfassung entwickelt werden.

**Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:**

Die Erfassung der Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten in einer Praxis ist eine wichtige Voraussetzung für das interne Qualitätsmanagement. Die Versorgungsleistung der Praxis im Bereich der Palliativversorgung kann so transparent und vergleichbar gemacht werden. Die Daten der beteiligten Praxen bzw. des Versorgungsmodells können anonymisiert und zusammengeführt werden, um sie für eine allgemeine Qualitätsdarlegung, also die Beschreibung der Versorgungsqualität gegenüber einer Krankenkasse oder der Öffentlichkeit, zu verwenden.

Indikator 2: Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatientinnen und -patienten je Praxis

I Beschreibung

Aussage:	Anteil der Praxen, die ein Verzeichnis ihrer Patientinnen und Patienten, die eine palliative Versorgung erhalten, erstellen können
Begründung:	Ein Register aller Palliativpatientinnen und -patienten ist eine wichtige Voraussetzung für die Koordinierung der Versorgung.
Zielstellung:	Möglichst jede Praxis hat ein System zur Identifizierung aller Patientinnen und Patienten, die palliativ betreut werden (Register).
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Eine einheitliche Dokumentation ist unerlässlich, um alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxiskartei als solche zu identifizieren. Über einen einheitlichen Identifikationscode, z. B. den ICD-10-Code Z51.5 Palliativbehandlung, ist die Erstellung eines separaten Registers für Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxisverwaltungssoftware möglich. Außerdem sind die spezifischen Abrechnungsziffern zur Palliativversorgung sowie die Abrechnungsziffern zur Verordnung von SAPV mit einzubeziehen.
Ausblick:	Ein Register aller Palliativpatientinnen und -patienten ermöglicht ein effizienteres Zusammenspiel der verschiedenen Akteure der Palliativversorgung. Der Einsatz von Erinnerungsfunktionen bezüglich klinischer oder organisatorischer Anforderungen ist denkbar. Bestehende Strukturen können übersichtlich erfasst werden und das individuelle Patientenmanagement erleichtern. Zudem ist es so einfacher möglich, die Arbeit im palliativmedizinischen Bereich zu dokumentieren. Die Patientendaten können anonymisiert ausgelesen und bei einheitlicher Dokumentation von einer zentralen Stelle zusammengeführt werden. Für das

Qualitätsmanagement in der Praxis im Bereich Palliativmedizin ist das Patientenregister ein unerlässlicher Bestandteil, der durch die exakte Erfassung der Zielpopulation die Anwendung weiterer Qualitätsindikatoren ermöglicht.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Praxen im Netz, im Versorgungsmodell, in der Region
Formel:	$\frac{\text{Praxen, die ein Register ihrer Palliativpat. erstellen können}}{\text{Alle beteiligten Praxen im Netz, im Versorgungsmodell, in der Region}}$
Zähler:	Anzahl der Praxen, die ein Register ihrer Palliativpatientinnen und -patienten erstellen können
Nenner:	Anzahl der beteiligten Praxen
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Routinedokumentation, Listenfunktion der Praxisverwaltungssoftware
Verfügbarkeit der Daten:	Wenn ein einheitliches Dokumentationssystem angewendet wurde, sind die Daten vollständig in der Praxisverwaltungssoftware enthalten.

III Anmerkungen zur Messgüte

Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation kann von der Validität der Daten ausgegangen werden. Der Indikator reagiert auf Veränderungen. Allerdings ist im Vorfeld festzulegen, nach welchen Kriterien die Praxis Palliativpatientinnen und -patienten definiert.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Im Jahr 2009 legten die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) erstmals einen Kerndatensatz für die Palliativversorgung fest. Auf dieser Basis wurde in der Folgezeit das Nationale Hospiz- und Palliativregister (NHPR) aufgebaut mit dem Ziel, auf Bundesebene strukturiert Daten zur Hospiz- und Palliativversorgung zu sammeln und diese zum Zwecke der Qualitätssicherung sowie der wissenschaftlichen Aufarbeitung zugänglich zu machen (https://www.dgpalliativmedizin.de/images/2017_04_25_Informationsbroschüre_REGISTER.pdf).
-------------------------------------	---

	Dieses Register wurde jedoch im Juli 2023 bis auf Weiteres eingestellt, um das Angebot zu einem späteren Zeitpunkt mit neuen Erfassungsinstrumenten und einer verbesserten technischen Infrastruktur wieder zur Verfügung zu stellen (https://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/hospiz-und-palliativregister).
Praxisstudien und Evidenz:	Es existieren keine RCT oder Beobachtungsstudien zum Effekt von Patientenregistern auf die medizinische Versorgung. Die Arbeit mit klinischen Informationssystemen wie Patientenregistern ist aber weitreichend etabliert und zum Beispiel ein wesentlicher Bestandteil des Chronic-Care-Modells, einer etablierten Methode des Managements von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (Bodenheimer 2003).
Reduzierung der Krankheitslast:	keine Auswirkung auf die Krankheitslast
Kosteneffektivität:	Durch eine Identifizierung der Palliativpatientinnen und -patienten können unnötige Verschreibungen deutlich reduziert und auch Krankenhauseinweisungen vermieden werden.
Indikatorensysteme:	■ British Medical Association. 2009. Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10: „PC 3: The practice has a complete register of all patients in need of palliative/supportive care. The terms of this indicator will be satisfied if the practice is able to produce a data extraction according to the above criteria. No numerator or denominator determination is required.“
Leitlinien:	■ NICE. 2011. Guideline End-of-life-care for adults.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	≥ 95 % (< 5 % Toleranz)
Interpretation:	Durch eine rechtzeitige Identifikation der Palliativpatientinnen und -patienten kann die Lebensqualität der Betroffenen deutlich gesteigert werden. Daher sollten alle Palliativpatientinnen und -patienten einer Praxis in einem Register erfasst werden und deren Behandlung sollte regelmäßig angepasst werden.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Mit diesem Indikator wird erfasst, welche Patientinnen und Patienten tatsächlich in einem palliativen Zustand sind. Die Registerdaten können im Qualitätszirkel verglichen und angemessene Kriterien für die Aufnahme entsprechender Patientinnen und Patienten diskutiert werden.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:	Ein Verzeichnis oder ein Register aller Palliativpatientinnen und -patienten ist eine wichtige Voraussetzung für das interne Qualitätsmanagement. Die Versorgungsleistung der Praxis im Bereich Palliativmedizin kann so transparent gemacht werden. Die Daten der beteiligten Praxen bzw. des Versorgungsmodells können

anonymisiert und zusammengeführt werden, um sie für die allgemeine Qualitätsdarlegung, also die Beschreibung der Versorgungsqualität gegenüber einer Krankenkasse oder der Öffentlichkeit, zu verwenden.

Indikator 3: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, für die eine Ansprechperson dokumentiert ist

I Beschreibung

Aussage:	In der elektronischen Patientenakte ist eine Ansprechperson/Vertretung auf Seiten der Patientin oder des Patienten benannt. Der Indikator gibt an, welcher Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten in der elektronischen Patientenakte eine Ansprechperson oder Vertretung („surrogate decision-maker“) für die Mitteilung von Diagnosen und die Diskussion von Behandlungszielen dokumentiert hat.
Begründung:	Die frühzeitige Festlegung einer Ansprechperson/Vertretung erhöht die Sicherheit der Palliativpatientinnen und -patienten. Die Ansprechperson, die das Vertrauen der Patientin bzw. des Patienten hat, erleichtert die Entscheidungsfindung bei Personen, die ihre Entscheidungsfähigkeit verloren haben.
Zielstellung:	Möglichst viele Palliativpatientinnen und -patienten sollten eine Ansprechperson oder Vertretung („surrogate decision-maker“) für die Mitteilung von Diagnosen und die Diskussion von Behandlungszielen in der elektronischen Patientenakte dokumentiert haben.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Eine einheitliche Dokumentation in der elektronischen Patientenakte ist essenziell. Außerdem muss die Patientin bzw. der Patient in der Lage sein, eine Ansprechperson oder Vertretung zu benennen. Ausnahmen sollten dokumentiert werden. Wenn eine Patientin oder ein Patient keine Vertretung benennen möchte oder kann, sollte dokumentiert werden, dass die betroffene Person diesbezüglich beraten wurde.
Ausblick:	In diesem Zusammenhang ist auch rechtzeitig eine Patientenverfügung anzusprechen. Auch mit Patientinnen und Patienten, die keine Vertretung benennen können, sollte die Möglichkeit einer Betreuung besprochen werden. Das gescannte Formular einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht, einer Betreuungsverfügung oder eine dokumentierte Vorausplanung (Advance Care Planning [ACP]) kann in die elektronische Patientenakte eingebunden werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungs- zeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat. mit dokumentierter Ansprechperson/Vertretung in der Patientenakte}}{\text{Alle Palliativpat. in der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten mit Eintrag einer Ansprechperson/Vertretung in der elektronischen Patientenakte
Nenner:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis Nehmen mehrere Praxen teil, bezieht sich der Nenner auf alle zu versorgenden Palliativpatientinnen und -patienten.
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Routinedokumentation; retrospektive Auswertung
Verfügbarkeit der Daten:	Abhängig von der Dokumentation sind diese Daten uneingeschränkt in der Praxisverwaltungssoftware verfügbar.

III Anmerkungen zur Messgüte

Bei vollständiger Dokumentation sind die Daten valide und der Indikator reagiert auf Veränderungen. Ausnahmen (z. B. mangelnde Sprachfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten) können dokumentiert werden. Diese Ausnahmen sollen nicht in die Qualitätssicherung eingehen.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Fortgeschrittene Erkrankungen gehen häufig mit einem Verlust der Entscheidungsfähigkeit einher. Die Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit zählt zu den häufigsten neuropsychiatrischen Komplikationen. Studien beziffern die Inzidenz kognitiver Beeinträchtigung bei Patientinnen und Patienten in fortgeschrittenen Krebsstadien auf 10 bis 27 % bis hin zu 80 bis 90 % (<i>Pereira et al. 1997</i>). Die geschätzten Inzidenzen variieren also in den Studien erheblich. Dies lässt sich hauptsächlich durch unterschiedliche Untersuchungsmethoden (Screening oder neuropsychologische Tests), heterogene Patientenkollektive (Alter, Bildungsniveau, kognitive Reserve) sowie unterschiedliche Tumordiagnosen und Therapien erklären (<i>Rick et al. 2024</i>). Eine Studie der Universität Bonn zeigt, dass
---	---

die große Mehrzahl der Erkrankten bei der Entscheidungsfindung bezüglich medizinischer Fragen die Hilfe von Angehörigen (48 %) oder medizinischem Personal (42 %) wünscht (*Scholer-Everts 2002*). Eine jüngere Studie untersuchte die bevorzugten und wahrgenommenen Rollen bei der Beteiligung von Krebspatientinnen und -patienten an medizinischen Entscheidungen. In der untersuchten Stichprobe (N = 1.566, 64,9 % weiblich, mittleres Alter = 61,6) präferierte fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten (47,1 %) eine kollaborative Behandlungsentscheidung, während 36,3 % eine aktive Rolle und 15,9 % eine passive Rolle bevorzugten (*Grabbe et al. 2022*).

Praxisstudien und Evidenz:

Obwohl es keine RCT oder Beobachtungsstudien zur Palliativversorgung gibt, welche die Auswirkungen der Festlegung einer Ansprechperson/Vertretung untersuchen, besteht dennoch ein hoher ethischer Konsens darüber, dass Ärztin und Arzt sowie Patientin und Patient frühzeitig die weitere Vorgehensweise festlegen sollten (*Lorenz et al. 2007; Leitlinienprogramm Onkologie 2020*).

Reduzierung der Krankheitslast:

Durch eine frühzeitige Einbeziehung der An- und Zugehörigen kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert werden. Dies hat aber keine Auswirkung auf die Krankheitslast.

Indikatorensysteme:

- Wenger & Rosenfeld. 2001. ACOVE-1 (*Wenger & Rosenfeld 2001, S. 678*): „ALL vulnerable elders should have in their outpatient chart one of the following: 1) an advance directive indicating the patient's surrogate decision maker, 2) documentation of a discussion about who would be a surrogate decision maker or a search for a surrogate, or 3) indication that there is no identified surrogate.“
- Mularski et al. 2006. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup (*Mularski et al. 2006, S. 407*): „Medical decision maker: Percentage of patients with documentation of status of identification of health care proxy (or other appropriate surrogate).“
- American Geriatrics Society, National Committee for Quality Assurance, Physician Consortium for Performance Improvement. 2009. Advance Care Plan (Quality ID #047) (*AGS et al. 2009, S. 11*): „Geriatrics: percentage of patients aged 65 years and older who have an advance care plan or surrogate decision maker documented in the medical record or documentation in the medical record that an advance care plan was discussed but the patient did not wish or was not able to name a surrogate decision maker or provide an advance care plan.“

Leitlinien:

- Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. S. 118: Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers (konsensbasierte Empfehlung)
- NICE. 2015. NG31 „Care of dying adults in the last days of life“.

- Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.
- Institute For Clinical Systems. 2009. Improvement Health Care Guideline: Palliative Care (ICS 2009).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement

Referenzwert:	≥ 95 % (< 5 % Toleranz)
Interpretation:	Mit diesem Indikator werden die Ressourcen aus dem Umfeld der Patientin bzw. des Patienten und deren Leistungsfähigkeit erfasst.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.
Mögliche Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes:	Unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell kann der Indikator ohne großen Aufwand ausgewiesen werden. Dazu müssen die Angaben anonymisiert von einer zentralen Stelle (z. B. Netzmanagement) aggregiert werden. Für das interne Qualitätsmanagement bietet es sich an, nach regelmäßiger Durchsicht der Patientenakten den Zielerreichungsgrad zu erhöhen.

Indikator 4: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause versterben

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele der von den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell versorgten Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause versterben, gemessen am Anteil aller verstorbenen Palliativpatientinnen und -patienten.
Begründung:	Kurz vor dem Versterben ist die Einweisung in ein Krankenhaus in der Regel nicht sinnvoll. Eine stationäre Einweisung sollte nur erfolgen, wenn Behandlungsziele ambulant nicht erreicht werden können oder seitens der Patientin oder des Patienten ein eindeutiger Wunsch besteht. Durch die Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team können Einweisungen in ein Krankenhaus reduziert, aber nicht ganz vermieden werden. Notfalleinweisungen in der Sterbephase sind zu vermeiden.
Zielstellung:	Für Palliativpatientinnen und -patienten ist es im Allgemeinen wünschenswert, in der vertrauten häuslichen Umgebung und nicht im Krankenhaus zu versterben. Deshalb sollte der Zielerreichungsgrad des Indikators möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Das Einverständnis und die Mitwirkung der pflegenden Personen müssen mit in Betracht gezogen werden. Defizitäre Versorgungssituationen zu Hause sollten rechtzeitig erkannt und behoben werden. Bei Patientinnen und Patienten, die im Heim leben, kann der Indikator nicht zur Anwendung kommen.
Ausblick:	Für die Versorgung besonders schwerer Verläufe sind eine vorausschauende Behandlungsplanung sowie eine gute Koordination der Akteure der Palliativversorgung (Hausärztinnen und -ärzte, Pflegedienste, SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst und stationäres Hospiz, Krankenhaus, Palliativstation) wichtig.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat., die zu Hause versterben}}{\text{Alle verstorbenen Palliativpat.}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause verstorben sind
Nenner:	Anzahl der verstorbenen Palliativpatientinnen und -patienten
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Routinedokumentation; retrospektive Auswertung
Verfügbarkeit der Daten:	Die Verfügbarkeit ist abhängig von der Vollständigkeit der Dokumentation in der elektronischen Patientenakte.

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Validität und Sensitivität des Indikators sind abhängig von der Qualität der Dokumentation. Bei vollständiger Dokumentation bildet der Indikator ab, welcher Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause verstirbt. Eine defizitäre Versorgung in der häuslichen Umgebung oder eine Überforderung der pflegenden An- und Zugehörigen sollte rechtzeitig erkannt und für Unterstützung gesorgt werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Statistische Daten zum Sterbeort werden in Deutschland nicht standardmäßig erfasst. Eine Studie der Technischen Universität München ermittelte, dass sich zu Beginn der 1990er Jahre ca. 50 % der Sterbefälle im Krankenhaus ereigneten, ca. 20 % in Alten- und Pflegeheimen und nur 30 % außerinstitutionell (<i>Bickel 1998</i>). Eine im Jahr 2020 publizierte Studie zeigte, dass 47,5 % der Menschen in der Allgemeinbevölkerung im Krankenhaus verstarben, während es bei als palliativ identifizierten Patientinnen und Patienten nur 24,6 % waren. Wird bei einer hohen Symptomlast ein SAPV-Team eingeschaltet, versterben nur noch 13,4 % der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (<i>Engeser et al. 2020</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus, die in der Terminalphase multiple Symptome aufweisen, mit Schwächen belegt ist. Besonders die über die medizinisch-physische Versorgung hinausgehenden Leistungen wie Kommunikation und persönliche Kontaktaufnahme können in der Akutmedizin oft nicht ausreichend berücksichtigt werden (<i>Edmonds & Rogers 2003</i>). Zudem gibt eine Studie mit terminal kranken Patientinnen und Patienten in Connecticut (USA) an, dass 90 % der Betroffenen den Wunsch äußerten, zu Hause zu sterben (<i>Tang 2003</i>). Laut dem Faktencheck Gesundheit 2015 äußerten 76 % der Befragten in Deutschland den Wunsch, zu Hause zu sterben, während fast jede und jeder Zweite im Krankenhaus sterbe (<i>Bertelsmann Stiftung 2015</i>). Auch in der Leitlinie Palliativmedizin (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2020</i>) heißt es dazu: „Der Wunsch vieler Patienten ist es, in gewohnter häuslicher Umgebung zu sterben. In drei Viertel der Studien und Umfragen wird angegeben, dass die Mehrheit der Menschen zu Hause sterben will [...] Bei Patienten gibt es eine größere Spanne in den Präferenzangaben mit 31–87 % der Patienten, die sich ein Sterben zu Hause wünschen [...] Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie stationäre Hospize sind die häufigsten Orte des Sterbens – ca. 60–80 % der Menschen versterben in diesen Institutionen [...]“
Reduzierung der Krankheitslast:	Die Mehrheit der Menschen in Deutschland will nach wie vor zu Hause versterben. Daher kann die Versorgung zu Hause einen Teil dazu beitragen, dass die Lebensqualität der Palliativpatientinnen und -patienten verbessert wird.
Kosteneffektivität:	In der Terminalphase ist die Betreuung zu Hause deutlich preiswerter als eine institutionelle Versorgung.
Indikatorensysteme:	■ Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block SD. 2003. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data (<i>Earle et al. 2003</i>): Indikator: „Number of patients who died at home or in hospice“ (S. 1135) ■ Center for Health Services Research, University of Colorado (im Auftrag der Centers for Medicare and Medicaid Services). 2002. Studie zur Qualität der häuslichen Versorgung (<i>Shaughnessy et al. 2002</i>):

Indikator: „Home health care: percentage of patients who had to be admitted to the hospital“ (S. 1360)

Leitlinien:

- Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung: Empfehlung: „Dem Wunsch der Patientin oder des Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung bezüglich des Sterbeortes sollte entsprochen werden.“
- Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.
- Institute for Clinical Systems Improvement. 2009. Health Care Guideline: Palliative Care.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement

Referenzwert:

Der Anteil sollte zwischen 60 % und 90 % liegen.

Interpretation:

Mit dem Indikator wird der Erfolg der umfassenden Versorgung zu Hause gemessen.

Einbindung in die QZ-Arbeit:

Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:

Wenn sorgfältig und vollständig dokumentiert wird, lässt sich der Indikator ohne großen Mehraufwand praxisintern wie auch aggregiert, z. B. im Netz oder im regionalen Versorgungsmodell, erheben. In Qualitätszirkeln kann datenbasiert diskutiert werden, wie der Zielerreichungsgrad verbessert werden könnte.

Indikator 5: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden

I Beschreibung

Aussage:

Der Indikator beschreibt den Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden.

Begründung:

Opiode hemmen auch die Darmaktivität und eine anhaltende Verstopfung beeinträchtigt die Lebensqualität ganz erheblich. Insbesondere die opioidinduzierte Obstipation ist medikamentös zu behandeln.

Zielstellung:	Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden, sollen medikamentös behandelt werden. Der Indikatorwert sollte daher möglichst hoch ausfallen.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Voraussetzung ist eine vollständige Dokumentation in der elektronischen Patientenakte.
Ausblick:	Im Rahmen einer Schmerztherapie mit Opioiden ist es nicht sinnvoll, diese abzusetzen. Die Indikation für eine laxative Therapie ist frühzeitig zu stellen; sie kann die Lebensqualität der Palliativpatientinnen und -patienten verbessern.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat., die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden}}{\text{Alle Palliativpat., die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatientinnen und -patienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Routinedokumentation (K59.0 als ICD-10-codierte Behandlungsdiagnose und Verordnungen)
Verfügbarkeit der Daten:	Verordnungsdaten werden routinemäßig dokumentiert und müssen mit einer Behandlungsdiagnose einhergehen. Die Verfügbarkeit ist generell gut, da sie Bestandteil der Routinedokumentation sind.

III Anmerkungen zur Messgüte

Da Verordnungen mit einer Behandlungsdiagnose einhergehen müssen, ist der Indikator valide und bildet Veränderungen über die Zeit gut ab (sensitiv).

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:

Die Obstipation tritt insbesondere bei immobilen Patientinnen und Patienten auf. Sie ist die häufigste und hartnäckigste Nebenwirkung einer Therapie mit Opioiden und kann einen bedeutenden Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten haben (*Larkin et al. 2008*). Verschiedene Studien geben Prävalenzen von 32 % bis 87 % an. In der Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020*) wird die Prävalenz der Nebenwirkung „opioidinduzierte Obstipation“ auf bis zu 90 % beziffert. Eine prophylaktische Laxanzienbehandlung wird häufig bei Patientinnen und Patienten mit langanhaltender Opioidtherapie durchgeführt und sollte routinemäßig eingesetzt werden. Funktionelle Ursachen (ballaststoffarme Ernährung, geringe Flüssigkeitsaufnahme, Immobilität) überwiegen organische Ursachen (*Clemens & Klaschik 2007b*).

Praxisstudien und Evidenz:

Die medikamentöse Behandlung der Obstipation ist beispielsweise Gegenstand der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE). Ebenso empfiehlt die European Consensus Group on Constipation in Palliative Care den Einsatz von Laxanzien bei obstipierten Palliativpatientinnen und -patienten (*Larkin et al. 2008*). Die Datenglage bezüglich des symptomatischen Einsatzes von Laxanzien ist unzureichend. Dennoch enthält die aktualisierte S3-Leitlinie Palliativmedizin des Leitlinienprogramms Onkologie Empfehlungen zum Einsatz von Laxanzien im Sinne eines Stufenplans (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020, S. 282 ff.*). Die in der Langzeitanwendung gefürchtete Entwicklung einer Abhängigkeit sowie die Schädigung des autonomen Nervensystems der Darmwand spielen in der Palliativmedizin keine Rolle. Es gibt keine Evidenz dafür, dass ein bestimmtes Mittel nebenwirkungsärmer als andere Therapeutika ist. Häufig ist eine Kombination mehrerer Substanzen notwendig. Bei der opioidinduzierten Obstipation soll auch der Einsatz peripher wirksamer Opioidantagonisten (PAMORA) in Erwägung gezogen werden (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020, S. 180*).

Reduzierung der Krankheitslast:

In mehreren Übersichtsarbeiten konnte die Wirksamkeit einer IMST in Bezug auf Endpunkte, die die Krankheitslast abbilden, nachgewiesen werden. Dazu zählen die Endpunkte Schmerzintensität, schmerzbedingte Beeinträchtigung, Lebensqualität, Fatigue und Depressivität (*Gauthier 2019; Arnold et al. 2015; Kamper et al. 2014; Häuser et al. 2009; Scascighini et al. 2008*). Limitierend ist anzumerken, dass die Definitionen und Inhalte der multimodalen Behandlungsprogramme in den in die systematischen Reviews und Metaanalysen eingeschlossenen Studien zumeist sehr heterogen waren.

Kosteneffektivität:

Durch die rechtzeitige Versorgung mit Laxanzien können schwerwiegende Komplikationen der Opioidbehandlung wie ein Ileus häufig vermieden werden. Laxanzien sind in der Regel preiswert und können dazu beitragen, dass schwerwiegende Komplikationen mit hohen Folgekosten vermieden werden.

- Indikatorensysteme:** ■ DGP, Arbeitsgruppe „Forschung Hospiz- und Palliativerhebung (HOPE)“. 2007. Hospiz- und Palliativ-Erhebung (HOPE) 2007.
- Leitlinien:** ■ Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung:
Ähnlicher Indikator: „Opioide und Laxanzien“ bezogen auf Patientinnen und Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung außerhalb der Sterbephase
- NICE. 2012. Palliative care guideline.
- Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.
- ICSI. 2009. Health Care Guideline: Palliative Care.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

- Referenzwert:** ≥ 95 % (< 5 % Toleranz)
- Interpretation:** Mit dem Indikator kann die Qualität der proaktiven medikamentösen Behandlung erfasst werden.
- Einbindung in die QZ-Arbeit:** Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.
- Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:** In der Qualitätszirkel-Arbeit können die Behandlung der Obstipation und das Verordnungsverhalten der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich der beteiligten Praxen untereinander oder innerhalb des regionalen Versorgungsmodells strukturiert und datenbasiert diskutiert werden.

Indikator 6: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir

I Beschreibung

- Aussage:** Der Indikator beschreibt den Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, bei denen das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir dokumentiert wird.
- Begründung:** Die Symptomkontrolle ist ein wichtiger Bestandteil der hausärztlichen Palliativversorgung. Eine zielgerichtete symptomatische Behandlung kann schwere Verläufe abwenden.

Zielstellung:	Der Anteil der symptomarmen bzw. symptomfreien Patientinnen und Patienten soll möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten; andere Fachspezialisten
Voraussetzungen:	Die Datenqualität ist abhängig von der standardisierten Dokumentation in den beteiligten Praxen.
Ausblick:	In Anlehnung an das unten beschriebene Verfahren zur Verwendung von Datenquellen können Vereinbarungen über die Dokumentation weiterer Symptomkomplexe in der palliativen Situation wie z. B. Müdigkeit, Panik und Ängste getroffen werden. In einem Behandlungsplan können dann antizipierend Symptome und deren Behandlung festgehalten werden (Indikatoren 7 und 8).

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr oder ein Stichtag
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat. mit dokumentierten Symptomen}}{\text{Alle Palliativpat.}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentierten Symptomen (Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir) bzw. mit dokumentiertem Symptomstatus
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatientinnen und -patienten in den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Wenn zwischen den beteiligten Praxen oder innerhalb des regionalen Versorgungsmodells Vereinbarungen über die Dokumentation von Symptomen getroffen werden, lassen sich die Daten anhand der elektronischen Patientenakte erheben. Voraussetzung dafür ist eine systematische Dokumentation, ob das jeweilige Symptom auftritt oder nicht, also der Symptomstatus. Wird nicht standardisiert dokumentiert, empfiehlt sich die Durchsicht der Dokumentation einer repräsentativen Stichprobe von Palliativpatientinnen und -patienten.
Verfügbarkeit der Daten:	Die Daten sind dann gut verfügbar, wenn in den beteiligten Arztpraxen Dokumentationsstandards eingehalten werden, so dass die Daten aggregiert ausgewertet werden können.

III Anmerkungen zur Messgüte

Wenn individuelle Dokumentationsgewohnheiten dominieren, also die Varianz in der Dokumentation von Symptomen unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell groß ist, lassen sich die Daten nicht aggregiert auswerten – auch wenn sorgfältig dokumentiert wird.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Müdigkeit, Schwäche, Angst und Depression, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Obstipation sind in der hausärztlichen Palliativsituation häufige Symptome, die im stationären Bereich allerdings noch verbreiteter auftreten (<i>Gagyor 2013</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Die Dokumentation von Symptomen ist beispielsweise Gegenstand der Hospiz- und Palliativ-Erhebung (HOPE). Die Dokumentation der Symptome und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Schritt der Versorgungsplanung in der Palliativmedizin (<i>Walling et al. 2008</i>). Für die antiemetische Therapie wird auf die S3-Leitlinie Palliativmedizin verwiesen (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2020</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	Durch eine rechtzeitige und vollständige Erfassung der Symptome sowie eine anschließende effektive Therapie kann die Krankheitslast deutlich vermindert werden.
Kosteneffektivität:	Durch eine erschöpfende Erfassung von Symptomen können die Kosten zunächst steigen. Gerade im Wundbereich können diese allerdings durch eine frühzeitige Behandlung häufig auch reduziert werden.
Indikatorensysteme:	■ American Medical Directors Association. 2004a. Tool Kit for Implementation of the Clinical Practice Guidelines for Pressure Ulcers (<i>AMDA 2004a</i>): Indikator: „Anteil der Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Dekubitus, bei denen regelmäßig der Wundstatus dokumentiert wird“ ■ Wenger NS, Roth CP, Shekelle P; ACOVE Investigators. 2007. Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 (ACOVE-3) quality indicator measurement set (<i>Wenger et al. 2007</i>): Indikator: „Patientinnen und Patienten mit terminaler metastasierter Krebserkrankung und Symptomen einer gastrointestinalen Passagestörung, bei denen in der Patientenakte Maßnahmen gegen Übelkeit und Erbrechen dokumentiert sind“ (<i>vgl. Lorenz et al. 2007, S. 323</i>) ■ DGP, Arbeitsgruppe „Forschung Hospiz- und Palliativerhebung (HOPE)“. 2007. Hospiz- und Palliativ-Erhebung (HOPE) 2007. Indikator: „Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit starker Übelkeit ohne Behandlung mit Antiemetika oder Neuroleptika“ (S. 31)

- Leitlinien:**
- Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung: Empfehlungen zur Behandlung von Obstipation, Atemnot und Depression bei Patientinnen und Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung
 - Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.
 - Institute for Clinical Systems Improvement. 2009. Health Care Guideline: Palliative Care.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

- Referenzwert:** Grundsätzlich sollten für alle Patientinnen und Patienten deren Symptome bzw. sollte deren Symptomstatus dokumentiert werden; für die genannten Symptomkomplexe empfiehlt sich ein Benchmarking zwischen den Praxen.
- Interpretation:** Je besser die genannten Symptome erkannt werden, desto eher können diese behandelt werden und kann somit die Lebensqualität verbessert werden.
- Einbindung in die QZ-Arbeit:** Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.
- Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:** Eine standardisierte Dokumentation von Symptomen in den beteiligten Arztpraxen ermöglicht eine weitergehende Qualitätssicherung der hausärztlichen Palliativversorgung. So kann beispielsweise die medikamentöse Behandlung erhoben, in Qualitätszirkeln datengestützt und strukturiert vermittelt sowie kritisch diskutiert werden.

Indikator 7: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und einer Therapieerweiterung bei Verschlechterung

I Beschreibung

- Aussage:** Der Indikator bildet den Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit Atemnot ab, dessen elektronische Akte einen Behandlungsplan für eine sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot enthält.
- Begründung:** Atemnot (Dyspnoe) tritt häufig bei Patientinnen und Patienten mit einer Lungenkrankung, einem Lungenkarzinom oder einer Herzinsuffizienz nach NYHA-Stadium III und IV auf und verschlechtert die Lebensqualität maßgeblich. In der Palliativversorgung sollte immer frühzeitig Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden getroffen werden.

Zielstellung:	Der Indikator gibt an, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Lungenerkrankung, einem Lungenkarzinom oder einer Herzinsuffizienz nach NYHA-Stadium III und IV in der elektronischen Akte ein Behandlungsplan für eine sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot enthalten ist. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	In der Praxis-EDV kann ein Formular für einen Behandlungsplan angelegt werden. Dieser Plan sollte die Versorgung der Patientin oder des Patienten mit der aktuellen Medikation sowie nicht pharmakologische Behandlungen, Hinweise für eine Therapieerweiterung bei einer Verschlechterung der Atemnot und eine Beschreibung der Umstände der Anwendung samt der Symptomatik und einer etwaigen Bedarfsdokumentation enthalten.
Ausblick:	Ein Behandlungsplan für eine sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot kann Therapieentscheidungen und die Koordination mit anderen Akteuren der Palliativversorgung erleichtern.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr oder ein Stichtag
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat. mit einer Lungenerkrankung, einem Lungenkarzinom oder einer Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III und IV, für die ein Behandlungsplan bei Dyspnoe und eine Therapieerweiterung dokumentiert sind bei Verschlechterung}}{\text{Alle Palliativpat. mit einer Lungenerkrankung, einem Lungenkarzinom oder einer Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III und IV}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer Lungenerkrankung, einem Lungenkarzinom oder einer Herzinsuffizienz nach NYHA-Stadium III und IV, deren elektronische Akte einen Behandlungsplan für eine sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot enthält
Nenner:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer Lungenerkrankung, einem Lungenkarzinom oder einer Herzinsuffizienz nach NYHA-Stadium III und IV
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	elektronische Patientenakte in der Praxis-EDV

Verfügbarkeit der Daten: Wenn unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Modell für Palliativpatientinnen und -patienten die Anlage eines Behandlungsplans vereinbart wird und dieser Plan regelmäßig aktualisiert wird, ist die Verfügbarkeit der Daten gut.

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Messgüte ist davon abhängig, ob Vereinbarungen zwischen den beteiligten Praxen oder bei den regionalen Akteuren standardisiert umgesetzt werden. Der Behandlungsplan muss regelmäßig aktualisiert und die Medikation sowie die Symptomatik müssen überprüft werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz: Atemnot ist der häufigste Einweisungsgrund in der Terminalphase (*Wiese et al. 2008*). Die HOPE-Studie 2008 (*Lindena et al. 2009*) gibt an, dass ca. 28 % der betreuten Palliativpatientinnen und -patienten zeitweise unter Dyspnoe litten. Eine jüngere Sekundäranalyse wertete aus, dass bei 53,8 % des betrachteten Patientenkollektivs Atemnot dokumentiert wurde (*Simon et al. 2017*).

Praxisstudien und Evidenz: Atemnot gehört zu den wichtigen Themen der Palliativmedizin. Es gibt Studien zur Gabe von Opiaten bei einer resistenten Dyspnoe und zur Sauerstoffgabe bei einer Hypoxämie (niedrige Werte für die Sauerstoffsättigung im Blut) (*Qaseem et al. 2008*).

Reduzierung der Krankheitslast: Durch eine wirksame Therapie der Atemnot kann die Lebensqualität deutlich verbessert werden. Damit auch bei kurzfristigen Verschlechterungen der Atemnot eine ausreichende Behandlung gewährleistet werden kann, wird ein entsprechender Notfallplan benötigt.

Kosteneffektivität: Die Behandlung der Dyspnoe ist in der Regel kostengünstig durchführbar.

Indikatorensysteme:

- Lorenz KA, Dy SM, Naeim A et al. 2007. ACOVE-3 (*Lorentz et al. 2007*): „IF a VE is in hospice or has a preference for no hospitalization and is living with oxygen-dependent pulmonary disease, lung cancer, or NYHA Class III to IV CHF, THEN the medical record should document a plan for management of worsening or emergent dyspnea, BECAUSE increasing symptom burden is common with the progression of these illnesses and significantly impairs patient quality of life.“

Leitlinien:

- Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung:
Es gibt keine expliziten Hinweise zu einem Behandlungsplan speziell für die Atemnot, aber konsensbasierte Empfehlungen zur Erfassung (S. 136) und konsensbasierte sowie evidenzbasierte Empfehlungen (Empfehlungsgrad B)

zur nichtmedikamentösen Therapie (S. 140) und zur Opioidtherapie (evidenzbasiert, Empfehlungsgrad A, S. 143) sowie zu anderen medikamentösen Therapien (evidenzbasiert, verschiedene Empfehlungsgrade, S. 148 f.) bei Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot.

- Institute for Clinical Systems Improvement. 2009. Health Care Guideline: Palliative Care.
- Qaseem A et al.; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. 2008. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	≥ 95 % (< 5 % Toleranz)
Interpretation:	Atemnot ist ein Symptom mit starkem Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten und muss daher effektiv behandelt werden.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Ärztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:	Die Behandlung einer sich verschlechternden oder plötzlich auftretenden Atemnot ist frühzeitig im Verlauf der Erkrankung von der Hausärztin oder dem Hausarzt zu planen. Ein Behandlungsplan stellt für den Bedarfsfall wichtige Informationen zusammen und erleichtert den Informationsaustausch mit anderen Akteuren der Palliativversorgung. In der Qualitätszirkel-Arbeit können Behandlungspläne und -strategien paradigmatisch diskutiert werden.

Indikator 8: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme

I Beschreibung

Aussage:	Bei Palliativpatientinnen und -patienten muss immer mit Schmerzen bzw. einer Schmerzzunahme gerechnet werden. Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in der elektronischen Akte einen Behandlungsplan für Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme (Rescue-Medikation) anlegen.
-----------------	---

Begründung:	Bei einer fortgeschrittenen Erkrankung ist von einer Verschlechterung des Symptomgeschehens auszugehen, der im Behandlungsplan Rechnung getragen werden muss. In der Schmerztherapie sollte immer frühzeitig Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden getroffen werden.
Zielstellung:	Der Indikator sollte möglichst hoch sein: Alle Palliativpatientinnen und -patienten sollten einen Behandlungsplan erhalten für den Fall, dass sie Schmerzen bekommen oder bereits vorhandene Schmerzen zunehmen, der in der elektronischen Patientenakte dokumentiert ist.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	In der Praxis-EDV kann ein Formular für einen Behandlungsplan angelegt werden. Dieser Plan soll die aktuelle Medikation, eine Beschreibung der Umstände und eine etwaige Bedarfsmedikation enthalten.
Ausblick:	Ein vorliegender Behandlungsplan für den Fall, dass Schmerzen auftreten oder zunehmen, kann Therapieentscheidungen und die Koordination mit anderen Akteuren der Palliativversorgung erleichtern. Die Zahl der Notfalleinweisungen wegen starker Schmerzen sollte zurückgehen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr oder ein Stichtag
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Berechnung:	Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, deren elektronische Akte einen Behandlungsplan für Schmerzen bzw. eine Schmerzzunahme enthält
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat., deren elektronische Akte einen o. g. Behandlungsplan enthält}}{\text{Alle Palliativpat.}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten, in deren elektronischer Akte ein Behandlungsplan für Schmerzen bzw. eine Schmerzzunahme angelegt ist
Nenner:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	elektronische Patientenakte in der Praxis-EDV
Verfügbarkeit der Daten:	Wenn zwischen den beteiligten Praxen oder im regionalen Modell für Schmerzpatientinnen und -patienten die Anlage eines Behandlungsplans vereinbart und der Plan regelmäßig aktualisiert wird, ist die Verfügbarkeit der Daten gut.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität: Die Messgüte ist davon abhängig, ob Vereinbarungen zwischen den beteiligten Praxen oder bei den regionalen Akteuren standardisiert umgesetzt werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz: Schmerz ist eines der häufigsten Symptome in der Palliativmedizin. Der HOPE-Bericht 2009 führt an, dass ca. 52 % der betreuten Palliativpatientinnen und -patienten bei einer Aufnahme unter mittleren bis starken Schmerzen litten (*Lindena et al. 2009*). Eine internationale Studie mit 3.030 Krebspatientinnen und -patienten in palliativer Betreuung gibt an, dass 32 % der Erkrankten unter mäßigen bis schweren Schmerzen litten (*Klepstad et al. 2005*).

Praxisstudien und Evidenz: Schmerz spielt eine wichtige Rolle in der hausärztlichen Versorgung, nicht nur für Tumorpatientinnen und -patienten. Studien zum Themenkreis des Advance Care Planning sind verfügbar, erlauben allerdings nicht die Beurteilung klinisch relevanter Outcomes (*Lorenz et al. 2008*).

Reduzierung der Krankheitslast: Eine effektive Schmerztherapie ist meistens gut durchführbar und verbessert nachhaltig die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Kosteneffektivität: Eine strukturierte Schmerzbehandlung nach dem WHO-Schema ist kosteneffektiv.

Indikatorensysteme:

- Lorenz KA, Dy SM, Naeim A et al. 2007. ACOVE-3 (*Lorentz et al. 2007*): „IF a VE with end-stage metastatic cancer is treated with opiates for pain, THEN the medical record should document a plan for management of worsening or emergent pain, BECAUSE increasing symptom burden is common with the progression of cancer and significantly impairs patient quality of life.“
- American Medical Directors Association. 2004. We care: tool kit for implementation of the clinical practice guideline for pain management (*AMDA 2004b*): „Pain management in the long-term care setting: percentage of patients with documented care plan for acute or chronic pain“

Leitlinien:

- Institute for Clinical Systems Improvement. 2009. Health Care Guideline: Palliative Care.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert: $\geq 95\%$ ($< 5\%$ Toleranz)

Interpretation: Schmerzen sind für die meisten Patientinnen und Patienten ein sehr schwerwiegendes Symptom. Durch die modernen Schmerztherapeutika können diese allerdings meist unterdrückt werden.

Einbindung in die QZ-Arbeit:	Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Ärztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.
Mögl. Handlungs-konsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:	Schmerzspitzen sind nicht immer zu vermeiden, daher sollte immer eine entsprechende Therapieoption vorhanden sein. Ein Behandlungsplan für Schmerzen und den Fall einer Schmerzzunahme ist ein Indikator für die sorgfältige Planung der Schmerztherapie in der Palliativversorgung. In der Qualitätszirkel-Arbeit können paradigmatische Fälle diskutiert werden.

Indikator 9: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele Palliativpatientinnen und -patienten Opiode der WHO-Stufe II in Kombination mit WHO-Stufe III erhalten, im Verhältnis zur Zahl der Palliativpatientinnen und -patienten.
Begründung:	Die Grundlage einer Schmerztherapie ist das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Kombination von Opioiden der Stufe II für leichte bis moderate Schmerzen (z. B. Tramadol, Tilidin) und Opioiden der Stufe III für moderate bis starke Schmerzen (z. B. Buprenorphin, Oxycodon) ist pharmakologisch nicht sinnvoll. Opioide unterscheiden sich sowohl in der Bindungsbereitschaft gegenüber verschiedenen Opioidrezeptoren (μ , κ , δ , σ) sowie in der Stärke, mit der sie die Bindungsbereitschaft aktivieren, was zu einer unterschiedlichen Ausprägung von Wirkungen und Nebenwirkungen führt. Die Analgesie wird vor allem über μ -, κ - und σ -Rezeptoren vermittelt. Für eine konstante Analgesie ist eine gleichbleibende Besetzung der Opioidrezeptoren von Bedeutung. Die gleichzeitige oder abwechselnde Verabreichung von Opioiden mit unterschiedlicher Bindungsaffinität und Aktivität am Rezeptor kann zu einer Konkurrenzsituation am Rezeptor führen, infolge derer es nicht zu einer additiven Wirkungssteigerung kommt, sondern die analgetische Wirkung der reinen Agonisten vielmehr eher abgeschwächt wird und unerwünschte Nebenwirkungen eher zunehmen. Vorteilhaft für die Behandlung von Durchbruchschmerzen ist generell die Verwendung der gleichen Akut- und Dauermedikation, jedoch für die Akutmedikation in Form oraler, schnell freisetzender Darreichungsformen (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2020</i>).

Zielstellung:	Im Sinne der Patientensicherheit sollen Opioide der WHO-Stufe II und III nicht in Kombination verordnet werden. Der Indikatorwert sollte möglichst niedrig sein.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Verordnungsdaten werden standardisiert dokumentiert; für die Auswertung müssen Gruppen gebildet werden.
Ausblick:	Bestehen trotz einer Dosissteigerung weiterhin Schmerzen, wird ein Opioid der Stufe II durch ein Opioid der Stufe III ersetzt. Bei Letzteren handelt es sich um starke Opioide. Bei sehr starken Schmerzen kann auch direkt von Stufe I auf Stufe III übergegangen werden, um den Patientinnen und Patienten unnötiges Leiden zu ersparen. Oftmals sind auch die Nebenwirkungen der Opioide der Stufe II so stark, dass es günstiger ist, auf ein Opioid der Stufe III umzusteigen. Opioide der Stufen II und III sollen mit Koanalgetika kombiniert werden. Da diese Medikamentengruppen unterschiedliche Wirkmechanismen haben, können sie sich in ihrer Wirkung gut ergänzen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat, die Opioide der WHO-Stufe II und III erhalten}}{\text{Alle Palliativpat., die Opioide erhalten}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten, die Opioide der WHO-Stufe II und III erhalten (über mehrere Quartale)
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatientinnen und -patienten, die Opioide erhalten: Opioide der WHO-Stufe II (schwach wirkende Opioidanalgetika [Tramadol, Tilidin, Dihydrocodein]) und WHO-Stufe III (stark wirkende oral, transdermal oder subkutan applizierte Opioidanalgetika wie Morphin, Buprenorphin, Fentanyl, Oxycodon, Hydromorphon) müssen codiert werden, dabei bleibt die Verbindung zur Patientennummer erhalten. Patientennummern, die in beiden Gruppen vorkommen, werden von dem Programm ausgegeben.
Ausschlusskriterien:	Ausgeschlossen werden müssen die Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Quartals von einem Opioid der Stufe II auf Stufe III gewechselt wird; diese Fälle sind von den hier gemeinten Kombinationen sonst nicht zu unterscheiden. Für den Indikator werden diese Fälle dann erhoben, wenn sie im Folgequartal und gegebenenfalls öfter auftreten.

Datenquelle: Verordnungsdaten aus der Routinedokumentation

Verfügbarkeit der Daten: Die Daten sind in der Praxis-EDV (Routinedokumentation) oder als Routinedaten der Krankenkasse verfügbar. Die ATC-Codes für Opioide der WHO-Stufe II und III sind in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

Tabelle 2: ATC-Codes

N02	ANALGETIKA
N02A	OPIOIDE Stufe II
N02AA	Natürliche Opium-Alkaloide
N02AA08	Dihydrocodein
N02AA59	Codein, Kombination exkl. Psycholeptika
N02AJ	Opioide in Kombination mit nichtopioiden Analgetika
N02AJ06	Codein und Paracetamol
N02AJ09	Codein und andere nichtopioide Analgetika
N02AJ13	Tramadol und Paracetamol
N02AX	Andere Opioide
N02AX02	Tramadol
N02AX05	Meptazinol
N02AX51	Tilidin und Naloxon
N02A	OPIOIDE Stufe III
N02AA	Natürliche Opium-Alkaloide
N02AA01	Morphin
N02AA03	Hydromorphon
N02AA05	Oxycodon
N02AA55	Oxycodon und Naloxon
N02AB	Phenylpiperidin-Derivate
N02AB02	Pethidin
N02AB03	Fentanyl
N02AB07	Sufentanil
N02AC	Diphenylpropylamin-Derivate
N02AC03	Piritramid
N02AC06	Levomethadon
N02AE	Oripavin-Derivate
N02AE01	Buprenorphin
N02AF	Morphinan-Derivate
N02AF02	Nalbufin
N02AX	Andere Opioide

III Anmerkungen zur Messgüte

Mit Verordnungsdaten lassen sich valide und sensitive Qualitätsindikatoren bilden. Bei diesem Indikator müssen allerdings Fälle mit Verordnungen von Opioiden der Stufe II in Kombination mit Opioiden der Stufe III, wenn sie nur in einem Quartal auftreten, ausgeschlossen werden. Da es sich um eine Umstellung der Schmerztherapie handeln könnte, sollen diese Fälle erst erhoben werden, wenn sie im Folgequartal und gegebenenfalls öfter auftreten.

Verordnungen im Rahmen der Schmerztherapie können auf Praxis-, aber auch auf regionaler Ebene erhoben und in strukturierten datenbasierten Qualitätszirkeln diskutiert werden. Veränderungen im Ordnungsverhalten werden ohne Informationsverlust abgebildet.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:

Schmerz ist eines der häufigsten Symptome in der Palliativmedizin. Besonders Krebspatientinnen und -patienten mit Metastasen sind davon betroffen. Der HOPE-Bericht 2009 führt an, dass ca. 52 % der betreuten Palliativpatientinnen und -patienten bei ihrer Aufnahme angaben, unter mittleren bis starken Schmerzen zu leiden (*Lindena et al. 2009*). Eine internationale Studie mit 3.030 Krebspatientinnen und -patienten in palliativer Betreuung ermittelte, dass 32 % der Betroffenen unter mäßigen bis schweren Schmerzen litten. Morphin war das am häufigsten verordnete Opioid bei mäßigen bis schweren Schmerzen (21 % oral normal-release, 19 % oral sustained-release, 10 % i. v. oder s. c.). Weitere Opioide, die bei mäßigen bis starken Schmerzen verordnet wurden, waren Fentanyl (14 % transdermal) und Oxycodon (4 %) (*Klepstad et al. 2005*). Sowohl Morphin als auch Fentanyl gehört zu den Opioiden der WHO-Stufe III.

Praxisstudien und Evidenz:

Die Leitlinien der WHO und der European Association for Palliative Care (EAPC) nennen Morphin (WHO-Stufe III) als erste Wahl zur effektiven Behandlung von chronischen Schmerzen bei Krebspatientinnen und -patienten (*Hanks et al. 2001*). Die Kombination von Stufe-II-Opioiden (z. B. Codein) und Stufe-III-Opioiden (z. B. Morphin) ist nicht sinnvoll (*WHO 2020*).

Reduzierung der Krankheitslast:

Durch eine strukturierte Schmerztherapie kann die Krankheitslast erheblich reduziert werden. Bei falscher Anwendung der Medikamente kommt es zu negativen Effekten, die die Qualität der Behandlung deutlich einschränken können.

Kosteneffektivität:

Bei einer entsprechenden Fehlverordnung werden unnötige Kosten verursacht.

Indikatorensysteme:

- Der Indikator ist aus Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2007) und der Leitliniengruppe Hessen (2007) abgeleitet.

- Leitlinien:**
- Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020, S. 164*):
Patientinnen und Patienten mit leichten bis mittleren Tumorschmerzen oder solchen, deren Schmerzen durch eine regelmäßige orale Verabreichung von Nichtopioid-Analgetika nicht adäquat kontrolliert werden können, sollten zusätzlich oral Opioide der Stufe II oder alternativ niedrigdosierte Opioide der Stufe III verabreicht werden (evidenzbasiert, Empfehlungsgrad B). Bei Patientinnen und Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen sollen Opioide der Stufe III verwendet werden (evidenzbasiert, Empfehlungsgrad A, S. 166).
 - Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.
 - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. 2007. Arzneiverordnung in der Praxis: Tumorschmerzen.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

- Referenzwert:** Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von 10 % oder weniger festgelegt, da bei der Behandlung von Schmerzspitzen Ausnahmen möglich sind.
- Interpretation:** Die Schmerztherapie nach dem WHO-Schema ist gut implementiert. Daher sollten Abweichungen von den Empfehlungen eigentlich nicht vorkommen.
- Einbindung in die QZ-Arbeit:** Der Indikator kann zum Vergleich von Arztpraxen, innerhalb von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und im Verlauf in die weitere Arbeit integriert werden.
- Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:** Im internen Qualitätsmanagement lassen sich durch eine Auswertung der Verordnungen Behandlungsfehler wie die Kombination von starken und schwachen Opioiden erkennen und abstellen. In datengestützten strukturierten Qualitätszirkeln kann die Umsetzung des Stufenschemas bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten transparent diskutiert werden.

Indikator 10: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit einer vorliegenden Depression

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele Palliativpatientinnen und -patienten an einer Depression leiden.
Begründung:	Das Leiden unter einer niedergeschlagenen Stimmung ist ein weit verbreitetes menschliches Phänomen, nicht nur im Bereich der Palliativmedizin. Durch eine frühzeitige Identifizierung depressiver Symptomatik kann die psychosoziale und medikamentöse Unterstützung frühzeitig einsetzen. Depressionen werden bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen allerdings oft unzureichend diagnostiziert. Daher sollte bei diesen Patientinnen und Patienten regelmäßig ein Depressions-Screening durchgeführt werden. Häufig ist hierzu auch eine Fremdanamnese notwendig.
Zielstellung:	Ein konkreter Zielwert oder eine Zielrichtung kann bei diesem Indikator nicht angegeben werden. Es geht darum, zu erfassen, bei wie vielen Palliativpatientinnen und -patienten eine Depression im Sinne eines entsprechenden ICD-Codes diagnostiziert ist.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Von der depressiven Episode sind Anpassungsstörungen abzugrenzen. Hierbei ist der depressive Zustand weniger stark ausgeprägt und nur vorübergehend.
Ausblick:	Bei der Fülle möglicher Symptome ist bei Palliativpatientinnen und -patienten eine gezielte Diagnostik bezüglich einer Depression sinnvoll, da viele Symptome durch das Auftreten der Depressivität verstärkt werden können (u. a. Schmerz, Atemnot).

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat., die eine Depression haben}}{\text{Alle Palliativpat. der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten, die eine depressive Störung zeigen (ICD-10-Codes F32 und F33)

Nenner:	Anzahl aller Palliativpatientinnen und -patienten der Praxis
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Verordnungsdaten aus der Routinedokumentation
Verfügbarkeit der Daten:	Die Daten sind in der Praxis-EDV (Routinedokumentation) verfügbar.

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Messgüte ist davon abhängig, ob in den beteiligten Praxen oder bei den regionalen Akteuren eine Depressivität von Palliativpatientinnen und -patienten systematisch erfasst und sicher dokumentiert wird.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Bei Palliativpatientinnen und -patienten sind depressive Störungen nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz einer Depression (ICD-10-Code F32, F33) liegt in der Allgemeinbevölkerung bei ungefähr 16 bis 20 % (<i>Ebmeier 2006</i>). Bei Krebspatientinnen und -patienten in Deutschland liegt die Häufigkeit durchschnittlich bei 24 % (<i>Hartung et al. 2017</i>). Es gibt keinen Unterschied in der Auftretenshäufigkeit von Depressionen bei Krebserkrankten zwischen palliativen und nichtpalliativen Settings (<i>Mitchell et al. 2011</i>). Die S3-Leitlinie Palliativmedizin (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2020</i>) empfiehlt in Kapitel 17.4 (S. 429) als einfaches Screeningverfahren das sogenannte Zwei-Fragen-Screening: 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig oder bedrückt beziehungsweise hoffnungslos? 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Weitere Screeninginstrumente sind die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Informationen zum Screening und zu validierten Fragebögen wie auch allgemein zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Depression finden Sie auch im QISA-Band C6 „Depression“ (<i>Haase et al. 2024</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	„Depressionen werden bei Patienten mit einer Krebserkrankung häufig unzureichend diagnostiziert und bleiben oft unbehandelt [...]. Da depressive Patienten aus Gründen der Denkhemmung, Hoffnungslosigkeit oder Antriebsminderung oft nicht spontan über ihre Befindlichkeit berichten, müssen depressive Symptome aktiv erfragt werden“ (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2020</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	Die Depression als Komorbidität verschlechtert die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten und sollte daher erkannt und effektiv behandelt werden.

Kosteneffektivität:	Die Behandlung der Depression ist kosteneffektiv. Kosten können durch Einsparungen bei Schmerzmitteln häufig kompensiert werden.
Indikatorensysteme:	■ Haase T, Rüthrich L, Schneider C, Szecsenyi J, Andres E, Kösters M. 2024. Depression. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression (<i>Haase et al. 2024</i>): Q2: Screening auf Depression bei Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression
Leitlinien:	■ Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. ■ Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	Im Hinblick auf die zuvor genannten Prävalenzwerte kann ein Referenzbereich von 15 % oder mehr angenommen werden.
Interpretation:	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit depressiven Episoden an allen Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis. Bei einer ausreichenden Detektion kann die Lebensqualität der Betroffenen häufig verbessert werden.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	In der Qualitätszirkel-Arbeit kann durch einen Abgleich der Daten die Detektionsrate für Depressionen erhöht werden. Erfahrungen zum Erfassen der Depression und zum weiteren Vorgehen können ausgetauscht werden.
Mögliche Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes:	Durch ein konsequentes Depressions-Screening bei Palliativpatientinnen und -patienten unter Einsatz geeigneter Diagnoseinstrumente soll möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf eine komorbide depressive Störung erkannt und behandelt werden. Im internen Qualitätsmanagement lässt sich durch die Auswertung der Diagnosen eine entsprechende Unterstützung für Patientinnen und Patienten erkennen und einleiten.

Indikator 11: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, bei wie vielen Palliativpatientinnen und -patienten die An- oder Zugehörigen (da zunehmend auch Nichtverwandte die nächsten Menschen für einen Sterbenden sind) in die Beratungen und die Betreuung einbezogen sind.
Begründung:	Patientinnen und Patienten sowie deren An- bzw. Zugehörige werden gerade in der letzten Lebensphase immer wieder Fragen zur Prognose sowie zu den zu erwartenden Problemen im Zusammenhang mit dem Tod stellen. Im Rahmen der palliativmedizinischen Betreuung sollte versucht werden, diesem hohen Bedarf an Kommunikation gerecht zu werden und gemeinschaftlich existenzielle Ängste und Sorgen zu reflektieren. Es kann hilfreich sein, dass eine der Patientin oder dem Patienten vertraute Person bei den Gesprächen zugegen ist. Hierbei ist der Patientenwille zu berücksichtigen. An- und Zugehörige sollen in ihrer Rolle als Unterstützende und Mitbetroffene wahrgenommen werden. Sie sollen nach ihren Bedürfnissen gefragt werden und ihnen soll Unterstützung angeboten werden (z. B. <i>Dionne-Odom et al. 2019</i>).
Zielstellung:	An- und Zugehörige sollen genauso wie die betroffene Patientin oder der betroffene Patient über den Krankheitsverlauf aufgeklärt werden, wenn die oder der Erkrankte damit einverstanden ist. Daher sollte der Indikatorwert möglichst hoch ausfallen.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Daten zur Kommunikation werden nicht standardisiert dokumentiert, daher müssen Angehörigengespräche sorgfältig in der Praxisverwaltung dokumentiert werden.
Ausblick:	An- und Zugehörige fühlen sich durch die vielseitigen Belastungen häufig überfordert und allein gelassen. Zur Entlastung sind daher eine offene Kommunikation und eine umfassende vorausschauende Versorgungsplanung wichtig. An- und Zugehörige sollen aktiv auf ihre Belastungen angesprochen werden und ihnen sollen entsprechende Hilfen angeboten werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr Falls unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell Daten über längere Zeiträume verfügbar sind, ist natürlich eine retrospektive Auswertung auch über längere Zeiträume sinnvoll. Sonst empfiehlt sich ein jährliches Monitoring.
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat. mit dokumentiertem Angehörigengespräch}}{\text{Alle Palliativpat. der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten mit dokumentiertem Angehörigen- oder Familiengespräch in der Praxisverwaltung
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatientinnen und -patienten der Praxis
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Daten aus der Routinedokumentation
Verfügbarkeit der Daten:	Die Daten müssen aktiv in das Praxisverwaltungssystem eingegeben werden.

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Messgüte ist davon abhängig, ob in den beteiligten Praxen oder bei den regionalen Akteuren die Angehörigengespräche regelmäßig, sorgfältig und einheitlich dokumentiert werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Grundsätzlich sind alle An- und Zugehörigen von Palliativpatientinnen und -patienten betroffen. Etwa 16 % der Angehörigen übernehmen selbst aktiv pflegerische Aufgaben. Dabei handelt es sich überwiegend um Frauen mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren, meist Kinder oder Lebenspartnerinnen und -partner der Erkrankten. Die pflegerische Tätigkeit geht häufig mit einer erheblichen körperlichen und emotionalen Belastung einher (<i>Bohnet-Joschko & Bidenko 2019</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Es sind Daten aus dem Projekt „Palliativmedizinische Versorgung aus Sicht von Patienten und Angehörigen – Stärken, Schwächen und Möglichkeiten zur Verbesserung“ (<i>Schneider 2011</i>) verfügbar. Untersucht wurde auch die Frage, was Menschen brauchen, die ihre schwerstkranken und sterbenden An- bzw. Zugehörigen zu Hause versorgen (<i>Kern 2009</i>).

Reduzierung der Krankheitslast:	An- und Zugehörige sind wichtig in der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten, benötigen aber häufig auch selbst Unterstützung. Die rechtzeitige Mitbetreuung ist daher für die Pflege zu Hause entscheidend und muss immer wieder hinterfragt und gestärkt werden.
Kosteneffektivität:	Durch eine Unterstützung der An- und Zugehörigen kann die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs der Patientin oder des Patienten zu Hause deutlich erhöht werden.
Indikatorensysteme:	In anderen Indikatorensystemen kommt der Indikator bislang nicht vor.
Leitlinien:	■ Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. S. 9: „An- und Zugehörige von Erkrankten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen mit dem Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten über Therapieentscheidungen sowie die Behandlungs- und Versorgungsplanung informiert, in Gespräche zur Diagnose und Prognose einbezogen und ihnen soll Gelegenheit zur Mitgestaltung gegeben werden (evidenzbasiert, Empfehlungsstärke A).“ ■ DEGAM. 2019. S3-Leitlinie Pflegende Angehörige (DEGAM 2019): Die pflegenden Angehörigen sollten, wenn gewünscht, aktiv in die Gestaltung der Versorgung der Gepflegten eingebunden werden (Kap. 6.1.3, S. 17; Empfehlungsstärke B, Expertenkonsens). ■ Leitliniengruppe Hessen. 2007. Palliativmedizin.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von mehr als 90 % festgelegt.
Interpretation:	Durch eine Unterstützung der An- und Zugehörigen kann die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs der Patientinnen und Patienten zu Hause und somit die Lebensqualität der betroffenen Person deutlich erhöht werden.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	In der Qualitätszirkel-Arbeit kann durch einen Abgleich der Daten die Detektionsrate für Angehörigengespräche verglichen werden und ein Austausch über regional vorhandene Unterstützungsangebote erfolgen. Ggf. können Vertreterinnen und Vertreter entsprechender Beratungsinitiativen zum Qualitätszirkel eingeladen werden.
Mögliche Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes:	Im internen Qualitätsmanagement lässt sich durch die Auswertung der dokumentierten Gespräche mit An- und Zugehörigen eine entsprechende Unterstützung für diese erkennen und einleiten.

Indikator 12: Anteil der Palliativpatientinnen und -patienten mit palliativer Beratung/ Aufklärungsgespräch

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele Patientinnen und Patienten eine palliative Beratung bzw. ein Aufklärungsgespräch zur Situation und Prognose ihrer Erkrankung erhalten haben.
Begründung:	Die patientenzentrierte Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung fortgeschritten ist, sowie deren An- oder Zugehörigen (s. Indikator 11) ist eine unverzichtbare Voraussetzung für eine umfassende, am Zustand der Patientin oder des Patienten orientierte Behandlung.
Zielstellung:	Palliativpatientinnen und -patienten sollten über eine veränderte Zielsetzung der Behandlung informiert sein, soweit der Wunsch auf Patientenseite besteht. Der Indikator sollte möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Daten zur Kommunikation werden nicht standardisiert dokumentiert, daher müssen Aufklärungsgespräche sorgfältig in der Praxisverwaltung dokumentiert werden.
Ausblick:	Durch eine umfassende Aufklärung über die therapeutischen Optionen erhalten Patientinnen und Patienten die Gelegenheit, sich bewusst mit ihrer palliativen Situation auseinanderzusetzen. Angesichts der Schwere der Erkrankung kommt der Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod eine existenzielle Bedeutung zu.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	1 Jahr
Bezugsebene:	alle Palliativpatientinnen und -patienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpat., für die ein Aufklärungsgespräch dokumentiert ist}}{\text{Alle Palliativpat. der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatientinnen und -patienten, bei denen ein Aufklärungsgespräch über die Therapie und Prognose der Krankheit in der Praxisverwaltung dokumentiert ist

Nenner:	Anzahl aller Palliativpatientinnen und -patienten der Praxis
Ausschlusskriterien:	keine
Datenquelle:	Verordnungsdaten aus der Praxisdokumentation
Verfügbarkeit der Daten:	Die Daten sind nach einer vorherigen Absprache im Praxisverwaltungssystem zu dokumentieren und können dann ausgelesen werden.

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Messgüte ist davon abhängig, ob die Aufklärungsgespräche in den beteiligten Praxen oder bei den regionalen Akteuren regelmäßig, sorgfältig und einheitlich dokumentiert werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Palliativpatientinnen und -patienten sollten regelmäßig über die Prognose und veränderte Therapieziele aufgeklärt werden. Diese Aufklärungsgespräche müssen im Praxisverwaltungssystem dokumentiert werden. Durch eine umfassende Aufklärung über die Möglichkeiten der Behandlung erhalten die Erkrankten die Möglichkeit, sich mit der palliativen Situation auseinanderzusetzen (<i>Hui et al. 2021</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Die Leitlinie der Leitliniengruppe Hessen (<i>Leitliniengruppe Hessen 2007</i>) empfiehlt eine patientenzentrierte, wertschätzende Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Das sogenannte SPIKES -Modell (S ituation, P atientenwissen, I nformationsbedarf, K enntnisvermittlung, E motionen ansprechen, S trategie und Z usammenfassung) zur Übermittlung schlechter Nachrichten kann modifiziert als Modell für die Gesprächsführung mit schwerkranken und sterbenden Menschen dienen.
Reduzierung der Krankheitslast:	Intensive begleitende Gespräche über den Krankheitsverlauf und die Therapie können die Lebensqualität bei gleichzeitiger Reduzierung des therapeutischen Aufwandes verbessern.
Kosteneffektivität:	Durch begleitende aufklärende Gespräche können Kosten effektiv verringert werden.
Indikatorensysteme:	Der Indikator ist aus Empfehlungen der S3-Leitlinie Palliativmedizin abgeleitet (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2020</i>).

- Leitlinien:**
- Leitliniengruppe Hessen. 2007. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung.
 - Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. S3-Leitlinie Palliativmedizin (...) Krebserkrankung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2020, S. 111*):
Es wird empfohlen, dass primär die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Aufklärung über die Erkrankung und deren Verlauf vornehmen sollte. Die Betroffenen sollen bei der Verarbeitung der Informationen durch alle beteiligten Berufsgruppen unterstützt werden. Zudem soll der Stand des Aufklärungsprozesses nachvollziehbar dokumentiert werden (konsensbasierte Empfehlung).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

- Referenzwert:** Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von mehr als 90 % festgelegt.
- Interpretation:** Bei der Interpretation des Indikatorergebnisses sind Palliativpatientinnen und -patienten zu berücksichtigen, die von ihrem Recht auf Nichtinformation Gebrauch machen und nicht über die Zielsetzung und Prognose ihrer Behandlung informiert werden wollen.
- Einbindung in die QZ-Arbeit:** In der Qualitätszirkel-Arbeit kann durch einen Abgleich der Daten die Rate der durchgeführten Aufklärungsgespräche verglichen und können Gründe für Unterschiede diskutiert werden. Erfahrungen zur angemessenen Gesprächsführung können ausgetauscht werden.
- Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:** Im internen Qualitätsmanagement lässt sich durch eine Auswertung der dokumentierten Aufklärungsgespräche eine entsprechende Unterstützung für die Patientinnen und Patienten erkennen und einleiten.

Anhang 1

Liste der bewerteten Indikatoren (zur Erstellung der Version 1.0, 2010)

	INDIKATOREN DER VERSCHIEDENEN DOMÄNEN		RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
	1.	Domäne Zielgruppe		
1	1.1	Identifikation der Zielgruppe	2	2
2	1.2	Ausschluss reversibler Ursachen	8	7
	2.	Domäne Patientenmanagement		
3	2.1	Patientenregister	7	8
4	2.2	Fallkonferenzen	6	5
5	2.3	Elektronisch dokumentierter Palliativversorgungsplan	6	5
6	2.4	Einschätzung und Dokumentation der palliativen Situation	7	3
7	2.5	Patientenpräferenzen	7	5
8	2.6	Benennung eines Ansprechpartners	8	8
9	2.7	Benennung eines Ansprechpartners (mit Ausschlussgründen)	7	7
10	2.8	Bei Einweisung: Benennung eines Ansprechpartners im Arztbrief	6	7
11	2.9	Kommunikation: Behandlung	8	4
12	2.10	Kommunikation: Fortschreiten der Erkrankung	8	7
13	2.11	Patienten- und Mitarbeiterbefragungen	3	6
14	2.12	Koordination der Pflege	8	7
15	2.13	Anteil der SAPV-Verordnungen	2	7
16	2.14	Zusammenarbeit mit Palliativ-Pflegediensten	5	6
17	2.15	Verordnung von Palliativpflege für 7 bis 90 Tage	2	2
18	2.16	Krankenhauseinweisungen (48 h)	9	5
19	2.17	Krankenhauseinweisungen (30 Tage)	6	5
20	2.18	Notfalleinweisungen	8	6
21	2.19	Versterben im Krankenhaus	7	6
22	2.20	Einweisung ins Hospiz	4	6
23	2.21	Zu Hause oder im Hospiz versterben	8	8
	3.	Domäne Qualifikationen		
24	3.1	Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	6	7
25	3.2	Strukturierte datenbasierte Qualitätszirkel	7	7
	4.	Domäne Symptomkontrolle		
	4.1	Schmerzmanagement		
26	4.1.1	Dokumentation der Schmerzstärke	7	8
27	4.1.2	Behandlungsplan für den Fall der Schmerzzunahme	9	9
	4.2	Medikation		
28	4.2.1	Schmerzmittel	7	8
29	4.2.2	Keine Schmerztherapie	7	7
30	4.2.3	Palliativpatienten, die Opioide und Laxativa erhalten	7	8
31	4.2.4	Palliativpatienten unter Opioid-/Opiatbehandlung ohne gleichzeitige Verordnung von Laxanzien	5	5
32	4.2.5	Nicht sinnvolle Kombination von Opioiden	8	8

	INDIKATOREN DER VERSCHIEDENEN DOMÄNEN		RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
33	4.2.6	Palliativpatienten unter Opioid-/Opiatbehandlung ohne gleichzeitige Verordnung von Koanalgetika	4	5
34	4.2.7	Morphin-Verordnungen bei Patienten mit Atemnot	7	8
35	4.2.8	Verordnungen bei Beendigung der künstlichen Beatmung	3	3
36	4.2.9	Chemotherapie	2	4
37	4.2.10	Transfusionen	3	5
	4.3	Atemnot		
38	4.3.1	Dokumentation der Atemnot (Dyspnoe)	6	2
39	4.3.2	Beurteilung der Atemnot (Dyspnoe)	7	8
40	4.3.3	Re-Assessment der Atemnot (Dyspnoe)	5	2
41	4.3.4	Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe)	8	8
42	4.3.5	Behandlung der Atemnot	8	3
43	4.3.6	Atemnot nach Abstellen des Beatmungsgeräts	7	7
44	4.3.7	COPD-Patienten, die Sauerstoffversorgung erhalten	4	5
45	4.3.8	Schmerzpatienten mit Atemnot (Dyspnoe)	8	7
	4.4	Schwer heilende Wunden (Dekubitus)		
46	4.4.1	Wundstatus	8	8
47	4.4.2	Dokumentation von Risikofaktoren	7	6
48	4.4.3	Risikoabschätzung	7	7
49	4.4.4	Heilungsrate	3	6
50	4.4.5	Behandlungsplan, der Risikofaktoren und Komorbiditäten enthält	6	6
	4.5	Erbrechen		
51	4.5.1	Schwindel und Erbrechen	8	8
52	4.5.2	Übelkeit und Erbrechen	8	8
53	4.6	Anhaltende Verstopfung	9	8
	5.	Domäne Monitoring		
54	5.1	Palliative Outcome Score (POS)	3	3
55	5.2	MIDOS	4	4
56	5.3	Schmerzfragebogen	4	2
57	5.4	Schmerzskala	7	7
58	5.5	ECOG	4	3
	6.	Domäne Unangemessene medizinische Maßnahmen		
59	6.1	Überprüfung der aktuellen Medikation	8	7
60	6.2	Demenz	6	5
61	6.3	Sondenernährung	7	6

Hervorgehoben sind Indikatoren, die als relevant (Median 8–9) und praktikabel (Median 8–9) bewertet wurden.

Erläuterung: Die Indikatoren wurden auf einer 9-stufigen Skala hinsichtlich der Relevanz (Angemessenheit) für das Thema bewertet (1 = überhaupt nicht relevant, 9 = sehr relevant).

Weiterhin wurde gefragt, ob der Indikator gut umsetzbar, d. h. praktikabel ist (1 = überhaupt nicht praktikabel, 9 = sehr praktikabel).

Die Liste basiert auf einer Recherche in der Datenbank Medline.

Anhang 2

Teilnehmende des Expertenpanels (zur Erstellung der Version 1.0, 2010)

(Die Angaben zu den Personen gelten für den Zeitpunkt der Durchführung des Panels.)

- Dr. med. Ursula Becker
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Systemische Familientherapie,
Marte Meo Supervisorin i. A., freiberuflich tätig in Beratung, Begleitung und
Qualifizierung in der Altenpflege, Alfter
- Dr. med. Ildikó Gágyor
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
- Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus
Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und
Palliativversorgung, Hannover
- Erika Hoppe
Unabhängige Patientenberatung Deutschland, regionale Beratungsstelle Göttingen
- Dr. med. Christian Krause-Gründel
Hausarzt in Göttingen

Literaturverzeichnis

- Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, Schneider N, Müller-Mundt G. 2018. Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *BMC Palliative Care* 17(1), 27. DOI: 10.1186/s12904-018-0283-7.
- AkdÄ. 2007. Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen. 3. Auflage. *Arzneiverordnung in der Praxis (Therapieempfehlungen)*, Band 34, Sonderheft 1. Online verfügbar unter: <https://www.akdae.de> (Stichwort: Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen).
- American Geriatrics Society, National Committee for Quality Assurance, Physician Consortium for Performance Improvement. 2009. Geriatrics Physician Performance Measurement Set. Online verfügbar unter <https://www.ama-assn.org/system/files/geriatrics-ws.pdf> (nicht mehr frei zugänglich).
- American Medical Directors Association. 2004a. Tool kit for implementation of the clinical practice guidelines for pressure ulcers. Online verfügbar unter https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6433 (nicht mehr erreichbar).
- American Medical Directors Association. 2004b. We care: tool kit for implementation of the clinical practice guideline for pain management. Online verfügbar unter https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6447 (nicht mehr erreichbar).
- BÄK. 2007. (Muster-)Weiterbildungsordnung. Stand September 2007. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_28092007-1.pdf (nicht mehr erreichbar).
- BÄK. 2011. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 108(7), A346–A348. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf.
- BÄK. 2024. Ärzttestatistik 2024. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErzttestatistik_2024.pdf.
- BÄK, KBV, AWMF. 2017. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung. 2. Aufl., Version 3, AWMF-Register-Nr. NVL-006. DOI: 10.6101/AZQ/000405.
- Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, Block SD, Lewis EF, Peteet JR, Prigerson HG. 2010. Provision of spiritual care to patients with advanced illness and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology* 28(3), 445–452. DOI: 10.1200/JCO.2009.24.8005.
- Bausewein C. 2007. Finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten. *Deutsches Ärzteblatt* 104(42), 2850–2853. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/> (Suche nach „Finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten“).
- Bausewein C, Fegg M, Radbruch L, Nauck F, von Mackensen S, Borasio GD, Higginson IJ. 2005. Validation and clinical application of the German version of the Palliative Care Outcome Scale. *Journal of Pain and Symptom Management* 30(1), 51–62. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2005.01.017.
- Becker G, Galandi D, Blum HE. 2006. Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment. *European Journal of Cancer* 42, 589–597. DOI: 10.1016/j.ejca.2005.11.018.

- Becker G, Jaroslawski K, Momm F, Deibert P. 2009. Maligner Aszites – Pathogenese, Diagnose und Möglichkeiten der Symptomkontrolle. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 10, 141–153. DOI: 10.1055/s-0029-1220392.
- Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. 1987. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 36(4), 205–210. DOI: 10.1097/00006199-198707000-00002.
- Bertelsmann Stiftung. 2015. Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung. SPOTLIGHT Gesundheit 10/2015. Online verfügbar unter https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf.
- Bickel H. 1998. Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen I. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, 193–204. DOI: 10.1007/s003910050034.
- Binsack T. 2001. Dyspnoe in der Terminalphase. *Der Schmerz* 15(5), 370–373. DOI: 10.1007/s004820170012.
- Bleeker F, Kruschinski C, Breull A, Berndt M, Hummers-Pradier E. 2007. Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 83, 477–482. DOI: 10.1055/s-2007-993199.
- Bodenheimer T. 2003. Interventions to improve chronic illness care: Evaluating their effectiveness. *Disease Management* 6(2), 63–71. DOI: 10.1089/109350703321908441.
- Bohnet-Joschko S & Bidenko K. 2019. Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. *Deutsches Ärzteblatt* 116(46), 20. DOI: 10.3238/PersOnko.2019.11.15.04.
- Borasio GD & Volkenandt M. 2007. Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie. *Der Gynäkologe* 40(12), 941–946. DOI: 10.1007/s00129-007-2072-X.
- Borgsteede SD, Deliëns L, Beentjes B, Schellevis F, Stalman WA, van Eijk JT, van der Wal G. 2007. Symptoms in patients receiving palliative care: A study on patient-physician encounters in general practice. *Palliative Medicine* 21(5), 417–423. DOI: 10.1177/0269216307079821.
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. 2014. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine* 28(8), 1000–1025. DOI: 10.1177/0269216314526272.
- British Medical Association & NHS Employers. 2009. Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10. Online verfügbar unter https://www.bma.org.uk/images/qof0309_tcm41-184025.pdf (nicht mehr erreichbar).
- Bundesgesetzblatt. 2007. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV WSG). BGBl. I, Nr. 11, 378–473. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27I_2007_11_inhaltsverz%27%5D.
- Bundesgesetzblatt. 2009. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. BGBl. I, Nr. 50, 2495–2529. Online verfügbar unter https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/133A0B3C4A0835E8C1257618003D2C45/%24file/2009-08-04_bgbl-nr50-s2495.pdf.
- Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, De Conno F, Steering Committee of the EAPC Research Network. 2002. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: Recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 23(3), 239–255. DOI: 10.1016/S0885-3924(02)00355-4.

- Caraceni A & Portenoy R. 1999. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain* 82, 263–274. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00073-1.
- Chung M & Ko zuch P. 2008. Treatment of malignant ascites. *Current Treatment Options in Oncology* 9, 215–233. DOI: 10.1007/s11864-008-0068-y.
- Clemens KE & Klaschik E. 2007a. Symptomatische Therapie der Dyspnoe bei Patienten in der Palliativmedizin: Sauerstoffsufflation versus Opioidapplikation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132, 1939–1943. DOI: 10.1055/s-2007-985621.
- Clemens KE & Klaschik E. 2007b. Übelkeit, Erbrechen und Obstipation in der palliativen Situation. *Deutsches Ärzteblatt* 104(5), 269–278. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/54316>.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2018. S3-Leitlinie Pflegende Angehörige von Erwachsenen. AWMF-Register-Nr. 053-006. Online verfügbar unter <https://chatgpt.com/g/g-6914596a8df08191957467a3960fb1ca-qisa-lektor-pro/c/698b03f5-e49c-832a-a573-2dea6589b3d7#:~:text=https%3A/register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053%2D006>.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2016. S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom. Langfassung. AWMF-Register-Nr. 030-010. Online verfügbar unter https://dgn.org/wp-content/uploads/2013/01/030010_LL_langfassung_ips_2016.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. o. J. Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/angebote/erwachsene>.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. 2010. Sterbeorte von Krebspatienten. Präsentation. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/powerpoint/Presse%20%C3%9Cbersicht%20Sterbeorte.ppt> (nicht mehr erreichbar; historische Pressepräsentation).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Bertelsmann Stiftung. 2015. Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung. Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. Online verfügbar unter https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. 2009. Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Definition vom 15.01.2009. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> (nicht mehr erreichbar; historische Fassung).
- Deutsche Schmerzgesellschaft. 2015. S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS). AWMF-Register-Nr. 145-003. Online verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-003>.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. 2009. HPCV-Studie: Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland 2008. Sonder Hospiz Info Brief 2/09. Online verfügbar unter https://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. o. J. Zahlen, Daten, Fakten zur Hospiz- und Palliativarbeit in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. o. J. Handreichung zu den SAPV-Rahmenverträgen. Online verfügbar unter <https://www.dhvp.de/news/dhvp-handreichung-zu-den-sapv-rahmenvertraegen.html>.

- Dietz I & Laske A. 2009. Development of palliative care teaching for medical students in Germany. Konferenzposter. Working Group on Palliative Care, German Medical Students' Association. Online verfügbar unter https://www.emaumed.de/pallmed/downloads/ag_pallmed_poster_09_vienna_education.pdf (nicht mehr erreichbar).
- Dionne-Odom J, Ornstein K, Kent E. 2019. What do family caregivers know about palliative care? Results from a national survey. *Palliative and Supportive Care* 17(6), 643–649. DOI: 10.1017/S1478951519000154.
- Dittus KL, Gramling RE, Ades PA. 2017. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: A systematic review. *Preventive Medicine* 104, 124–132. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.07.015.
- DNQP. 2017. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Online verfügbar unter <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente>.
- Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. 2003. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *Journal of Clinical Oncology* 21(6), 1133–1138. DOI: 10.1200/JCO.2003.03.059.
- Eastern Cooperative Oncology Group. o. J. ECOG Performance Status. Online verfügbar unter http://ecog.dfci.harvard.edu/general/perf_stat.html (nicht mehr erreichbar; historische Informationsseite).
- Edmonds P & Rogers A. 2003. „If only someone had told me ...“ A review of the care of patients dying in hospital. *Clinical Medicine* 3(2), 149–152. DOI: 10.7861/clinmedicine.3-2-149.
- Ellis-Smith C, Evans CJ, Murtagh F, Henson LA, Firth AM, Higginson IJ, Daveson BA, BuildCARE. 2017. Development of a caregiver-reported measure to support systematic assessment of people with dementia in long-term care: The Integrated Palliative Care Outcome Scale for Dementia. *Palliative Medicine* 31(7), 651–660. DOI: 10.1177/0269216316675096.
- Engeser P, Leutgeb R, Glassman J, Szecsenyi J, Laux G. 2020. Identifying palliative patients in general practice: Focusing on the place of death and the vital role of specialized home palliative care. An observational study. *Journal of Palliative Medicine*. DOI: 10.1089/jpm.2020.0037.
- Ensink FBM, Hanekop GG, Bautz MT, Hirn AM, Naß S, Kettler D. 1998. Schmerztherapie bei Tumorpatienten und in der Palliativmedizin. Teil 1: Medikamentöse Maßnahmen. *Zentralblatt für Chirurgie* 123, 649–663. Online verfügbar unter <https://www.user.gwdguser.de/~pctgoe/Seiten/Publikation/Originale/Medikamente.pdf>.
- Escalante CP & Manzullo EF. 2009. Cancer-related fatigue: The approach and treatment. *Journal of General Internal Medicine* 24(Suppl 2), S412–S416. DOI: 10.1007/s11606-009-1056-z.
- Fallon M, Hanks G, Cherny N. 2006. ABC of palliative care – Principles of control of cancer pain. *British Medical Journal* 332, 1022–1024. DOI: 10.1136/bmj.332.7548.1022.
- Feuer DJ & Broadley KE. 2000. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000(4). DOI: 10.1002/14651858.CD001219.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P. 2001. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Online verfügbar unter https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.

- Ford AC, Brenner DM, Schoenfeld PS. 2013. Efficacy of pharmacological therapies for the treatment of opioid-induced constipation: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology* 108(10), 1566–1574; quiz 1575. DOI: 10.1038/ajg.2013.169.
- Gágyor I, Lüthke A, Jansky M, Chenot J-F. 2013. Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL). *Schmerz* 27, 289–295. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00482-013-1324-z>.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2007a. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Erstfassung.pdf>.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2007b. Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-499/2007-12-20-SAPV-Erstfassung_TrG.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2017. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4474/Bericht-Evaluation-SAPV-2016.pdf>.
- Grabbe P, Gschwendtner KM, Gaisser A, Kludt E, Wild B, Eich W, Weg-Remers S, Bieber C. 2022. Preferred and perceived participation roles of oncological patients in medical decision-making: Results of a survey among users of the German Cancer Information Service. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 172, 40–48. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.026>.
- Haase T, Rüthrich L, Schneider C, Szecsenyi J, Andres E, Kösters M. 2024. Depression. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Band C6 (2.1). Online verfügbar unter <https://www.aok.de/gp/qisa/baende/band-c6-depression>.
- Hagen T, Roser T, Forster C, Borasio G. 2009. Seelsorge konkret – Einblicke in die spirituelle Begleitung am Lebensende. Konferenzposter (DGP-Kongress 2008). Online verfügbar unter https://www.khs-muenchen.de/fileadmin/benutzer_upload/PDF/poster_seelsorge_dgp08.pdf (nicht mehr erreichbar; historische Poster-Fundstelle).
- Hanks GW, de Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Ventafridda V. 2001. Morphine and alternative opioids in cancer pain: The EAPC recommendations. *British Journal of Cancer* 84(5), 587–593. DOI: 10.1054/bjoc.2001.1680.
- Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, Keller M, Koch U, Schulz H, Weis J, Mehnert A. 2017. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer* 72, 46–53. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.11.017.
- Hausmaninger H. 2006. Medikamentöse Palliativtherapie bei Tumorpatienten. In: Bernatzky G, Sittl R, Likar R (Hrsg.): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. Springer, Vienna, 65–76. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/3-211-32188-8_11.
- Hearn J & Higginson IJ. 1999. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Quality in Health Care* 8(4), 219–227. DOI: 10.1136/qshc.8.4.219.

- Hermann K, Miksch A, Szecsenyi J, Engeser P. 2010. Versorgung von Palliativpatienten in der Hausarztpraxis – Übereinstimmung der Einschätzung der Betreuung aus Arzt- und Patientensicht mithilfe der Palliative Care Outcome Scale (POS). *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2010;11(1):26–33. DOI: 10.1055/s-0029-1223477.
- Hui D, Mo L, Paiva CE. 2021. The importance of prognostication: impact of prognostic predictions, disclosures, awareness, and acceptance on patient outcomes. *Current Treatment Options in Oncology* 22(2), 12. DOI: 10.1007/s11864-020-00810-3.
- Husebø S & Klaschik E. 2006. *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*. 4. aktualisierte Aufl. DOI: 10.1007/3-540-29889-4
- Institute for Clinical Systems Improvement. 2009. *Health Care Guideline: Palliative Care*. 3rd ed. Bloomington, MN. Online verfügbar unter <https://www.icsi.org> (Suche nach „Palliative Care Guideline“).
- Klaschik E. 2006. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Husebø S & Klaschik E (Hrsg.): *Palliativmedizin*. 4. aktualisierte Aufl. DOI: 10.1007/978-3-540-68857-0_17
- Klaschik E, Schwarzer A, Hoffmann-Menzel H. 2003. Obstipation – moderne Laxanzien-therapie. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 4(4), 117–122. DOI: 10.1055/s-2003-812644.
- Klepstad P, Kaasa S, Cherny N, Hanks G, de Conno F. 2005. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross-sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliative Medicine* 19(6), 477–484. DOI: 10.1191/0269216305pm1054oa.
- Krebsinformationsdienst. 2009. *Fatigue: Schwäche und Erschöpfung aktiv angehen*. Online verfügbar unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/fatigue/fatigue-index.php>.
- Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, Ellershaw JE, Elsner F, Eugene B, Glare P, Kaasa S, Radbruch L, Vainio A et al. 2008. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine* 22(7), 796–807. DOI: 10.1177/0269216308096908.
- Leitliniengruppe Hessen. 2007. *Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung*. Version 1.03 (06.08.2007). Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/downloads/070806_Leitlinien_zur_hausaerztlichen_Palliativversorgung.pdf.
- Leitlinienprogramm Onkologie. 2019a. *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. Langversion 2.0. AWMF-Register-Nr. 128/001-OL. Online verfügbar unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>.
- Leitlinienprogramm Onkologie. 2019b. *Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen*. Langversion 1.2. AWMF-Register-Nr. 032/054OL. Online verfügbar unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/>.
- Leitlinienprogramm Onkologie. 2020. *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. Langversion 2.2. AWMF-Register-Nr.128/001-OL. Online verfügbar unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>.
- Lindena G. 2017. *HOPE 2017. Ergebnisse Basisbogen*. Online verfügbar für Projektteilnehmer unter www.hope-clara.de.
- Lindena G, Nauck F, Bausewein C, Neuwöhner K, Heine O, Schulenberg D, Radbruch L; Arbeitsgruppe Kerndokumentation für Palliativeinrichtungen in Deutschland. 2005. *Qualitätssicherung in der Palliativmedizin – Ergebnisse der Kerndokumentation 1999–2002*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 99(9), 555–565.

- Lindena G, Woskanjan S. 2007. HOPE 2007. Ergebnisse Basisbogen Dezember 2007. Verfügbar für Projektteilnehmer unter www.hope-clara.de.
- Lindena G, Woskanjan S, Fahland R. 2009. HOPE-Bericht 2009. Verfügbar für Projektteilnehmer unter www.hope-clara.de.
- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. 2008. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 148(2), 147–159. DOI: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010.
- Lorenz KA, Lynn J, Morton SC, Dy S, Mularski R, Shugarman L, Sun V, Wilkinson A, Maglione M, Shekelle PG. 2004. End-of-Life Care and Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 110. AHRQ Publication No. 05-E004-2. Online verfügbar unter https://www.govinfo.gov/content/pkg/GOVPUB-HE20_6500-PURL-LPS57267/pdf/GOVPUB-HE20_6500-PURL-LPS57267.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Lorenz KA, Rosenfeld K, Wenger NS. 2007. Quality indicators for palliative and end-of-life care in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc.* 55(Suppl 2): S318–S326. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01338.x.
- Mannix K. 2006. Palliation of nausea and vomiting in malignancy. *Clin Med.* 6(2): 144–147. DOI: 10.7861/clinmedicine.6-2-144.
- Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool. 2007. Liverpool Care Pathway for the Dying Patient – clinical guideline for end-of-life care. English PDF version. Online verfügbar unter https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a75153340f0b6397f35d87d/Liverpool_Care_Pathway.pdf.
- Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson SSM. 2006. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006(4), CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.pub2.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. 2011. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology* 12(2), 160–174. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
- Morin L, Laroche ML, Vetrano DL, Fastbom J, Johnell K. 2018. Adequate, questionable, and inadequate drug prescribing for older adults at the end of life: a European expert consensus. *European Journal of Clinical Pharmacology* 74(10), 1333–1342. DOI: 10.1007/s00228-018-2507-4.
- Morrow GR. 2007. Cancer-related fatigue: causes, consequences, and management. *Oncologist.* 12(Suppl 1): 1–3. DOI: 10.1634/theoncologist.12-S1-1. PMID: 17573450.
- Mularski RA, Curtis JR, Billings JA, Burt R, Byock I, Fuhrman C, Mosenthal AC, Medina J, Ray DE, Rubenfeld GD, Schneiderman LJ, Treece PD, Truog RD, Levy MM. 2006. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup. *Crit Care Med.* 34(11 Suppl): S404–S411. DOI: 10.1097/01.CCM.0000242910.00801.53. PMID: 17057606.
- Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. 2014. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 28(1): 49–58. DOI: 10.1177/0269216313489367. Epub 2013 May 21. PMID: 23695827.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2011. End of life care for adults. Quality standard QS13. Online verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>.

- National Institute for Health and Care Excellence. 2012. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. Clinical guideline CG140. Online verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline NG31. Online verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2017. Parkinson's disease in adults. NICE guideline NG71. Online verfügbar unter <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71>.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.
- Pasman HRW, Brandt HE, Deliëns L, Francke AL. 2009. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 38(1): 145–156. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2008.07.008. PMID: 19615636.
- Pecherstorfer M. 2009. Treatment options for breast cancer and bone metastases. *Womens Health (Lond)*. 5(2): 149–163. DOI: 10.2217/17455057.5.2.149. PMID: 19245353.
- Pereira J, Hanson J, Bruera E. 1997. The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer* 79(4), 835–842. DOI: 10.1002/(SICI)1097-0142(19970215)79:4<835::AID-CNCR21>3.0.CO;2-.
- Poort H, Peters MEWJ, Bleijenberg G, Gielissen MFM, Goedendorp MM, Jacobsen PB, Verhagen SAHHVM, Knoop H. 2017. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(7), CD012030. DOI: 10.1002/14651858.CD012030.pub2.
- Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. 2003. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*. 17(4): 310–314. DOI: 10.1191/0269216303pm760oa.
- Protz K. 2006. Dekubitusentstehung, Prophylaxe und Versorgung. *Geriatric Journal* 4, 31–51.
- Püllen R. 2004. Therapie des Dekubitus beim älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37(2), 92–99. DOI: 10.1007/s00391-004-0222-7.
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. 2008. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 148(2), 141–146. DOI: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00009.
- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, Blanchard C, Bruera E, Buitrago R, Burla C, Callaway M, Munyoro EC, Centeno C, Cleary J, Connor S, Davaasuren O, Downing J, Foley K, Goh C ... Pastrana T. 2020. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(4), 754–764. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- Radbruch L, Sabatowski R, Loik G, Jonen-Thielemann I, Kasper M, Gondek B, Lehmann KA. 2000. Cognitive impairment and its influence on pain and symptom assessment in a palliative care unit: development of a Minimal Documentation System. *Palliative Medicine* 14(4), 266–276. DOI: 10.1191/026921600672986600.
- Rick O, Gerhardt A, Schilling G. 2024. Cancer-related cognitive dysfunction: a narrative review for clinical practice. *Oncology Research and Treatment* 47(5), 218–222. DOI: 10.1159/000538277.

- Rosenbruch J, Eschbach C, Viehrig M, Ostgathe C, Bausewein C. 2017. SOP – Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten. *Der Onkologe* 23(5), 381–384. DOI: 10.1007/s00761-017-0214-x.
- Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, Cleary JF, Epstein AS, Firn JJ, Jones JA, Litzow MR, Lundquist D, Mardones MA, Nipp RD, Rabow MW, Rosa WE, Zimmermann C, Ferrell BR. 2024. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology* 42(19), 2336–2357. DOI: 10.1200/JCO.24.00542.
- Schäfer I. 2010. Empfehlung: Gastrointestinale Obstruktion und Ileus bei palliativen Patienten. Online verfügbar unter https://innerremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk_users/Pdf/Palliative_Care/Empfehlung_Obstruktion.pdf (nicht mehr erreichbar).
- Schildmann EK, Groeneveld EI, Denzel J, Brown A, Bernhardt F, Bailey K, Guo P, Ramsenthaler C, Lovell N, Higginson IJ, Bausewein C, Murtagh FEM. 2016. Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: the first phase of a validation study of the Integrated Palliative care Outcome Scale. *Palliative Medicine* 30(6), 599–610. DOI: 10.1177/0269216315608348.
- Schindler T. 2009. Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Im Überblick: Zahlen, Fakten, Finanzierung. *Unternehmenszeitung Gesundheitsdienst*, Ausgabe 01/2009.
- Schneider C, Becker T, Szecsenyi J, Andres E, Kösters M. 2020. Depression – Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depression. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band C6 (Version 2.0). Online verfügbar unter https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/QISA/Downloads/qisa_teil_c6_v2_0_web.pdf.
- Schneider N, Buser K, Amelung VE. 2006. Ansichten von Hausärzten zur Versorgung am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 82(7–8), 298–304.
- Schneider N, Mitchell GK, Murray SA. 2010. Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Family Practice* 11, 66. DOI: 10.1186/1471-2296-11-66.
- Scholert-Everts R, Klaschik E, Eibach U. 2002. Patientenautonomie und Patientenverfügung: Ergebnisse einer Befragung bei stationären Palliativpatienten. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 3(2), 77–84.
- Schrijvers D. 2007. Pain control in cancer: recent findings and trends. *Annals of Oncology* 18(Suppl 9), ix37–ix42. DOI: 10.1093/annonc/mdm292.
- Shahin ESM, Dassen T, Halfens RJG. 2008. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. *Nursing in Critical Care* 13(2), 71–79. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2007.00249.x.
- Shaughnessy PW, Hittle DF, Crisler KS, Powell MC, Richard AA, Kramer AM, Schlenker RE, Steiner JF, Donelan-McCall NS, Beaudry JM, Mulvey-Lawlor KL, Engle K. 2002. Improving patient outcomes of home health care: findings from two demonstration trials of outcome-based quality improvement. *Journal of the American Geriatrics Society* 50(8), 1354–1364. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50356.x.
- Simon ST, Altfelder N, Alt-Epping B, Bausewein C, Weingärtner V, Voltz R, Ostgathe C, Radbruch L, Lindena G, Nauck F. 2017. Charakteristika von Palliativpatienten mit Atemnot: Ergebnisse der deutschlandweiten Hospiz- und Palliativhebung. *Pneumologie* 71, 40–47. DOI: 10.1055/s-0042-112837.

- Statistisches Bundesamt. 2021. Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen. Berichtsjahr 2020 (Stand: 16.04.2021, 09:24). Online verfügbar unter <https://gdk.gdi-de.org/geonetwork/srv/api/records/30303032-3332-4031-312d-303030310000>.
- Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. 2015. Comparison of terminally ill cancer- vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany – a single service analysis. *BMC Palliative Care* 14, 34. DOI: 10.1186/s12904-015-0033-z.
- Tang ST. 2003. When Death Is Imminent: Where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nursing* 26(3), 245–251. DOI: 10.1097/00002820-200306000-00012.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. 2010. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine* 363(8), 733–742. DOI: 10.1056/NEJMoa1000678.
- Vollmann J. 2003. Sterbebegleitung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 2. DOI: 10.25646/3075. Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/handle/176904/3150>.
- Walling A, Lorenz KA, Dy SM, Naeim A, Sanati H, Asch SM, Wenger NS. 2008. Evidence-based recommendations for information and care planning in cancer care. *Journal of Clinical Oncology* 26(23), 3896–3902. DOI: 10.1200/JCO.2007.15.9509.
- Wasner M. 2007. Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin. DOI: 10.5282/edoc.7764.
- Wenger NS & Rosenfeld K. 2001. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine* 135(8 Pt 2), 677–685. DOI: 10.7326/0003-4819-135-8_part_2-200110161-00006.
- Wenger NS, Solomon DH, Amin A, Besdine RK, Blazer DG, Cohen H, Fulmer T, Ganz PA, Grunwald M, Hall WJ, Katz PR, Kitzman DW, Leipzig RM, Rosenthal RA, ACOVE-3 Clinical Committee. 2007. Application of assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators to patients with advanced dementia and poor prognosis. *Journal of the American Geriatrics Society* 55 (Suppl 2), S457–S463. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01375.x.
- World Health Organization. 1996. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2nd ed. Online verfügbar unter <https://iris.who.int/bitstreams/d1dda41f-a909-4875-9a94-707cfb308267/download>.
- World Health Organization. 2002. WHO definition of palliative care. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf.

Abkürzungen

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ACP	Advance Care Planning
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BGBI	Bundesgesetzblatt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erhebung
i. v.	intravenös
MIDOS	Minimal Documentation System for pain and symptom assessment in palliative care patients
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drugs (Nichtopioid-Analgetika; schmerzstillende Mittel)
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
POS	Palliative Outcome Score
RCT	randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
s. c.	subkutan
SGB	Sozialgesetzbuch
SPICT	Supportive and Palliative Care Indicators Tool
SSNRI	selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer
TENS	transkutane elektrische Nervenstimulation
VAS	visuelle Analogskala
VRS	Verbal Rating Scale
WHO	World Health Organization

QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

I Beschreibung	■ Aussage
	■ Begründung
	■ Zielstellung
	■ Einbezogene Fachgruppen
	■ Voraussetzungen
	■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	■ Betrachtungszeitraum
	■ Bezugsebene
	■ Formel
	■ Zähler
	■ Nenner
	■ Ausschlusskriterien
	■ Datenquelle
III Anmerkungen zur Messgüte	■ Verfügbarkeit der Daten
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	■ Epidemiologie und Prävalenz
	■ Praxisstudien und Evidenz
	■ Reduzierung der Krankheitslast
	■ Kosteneffektivität
	■ Indikatorensysteme
	■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	■ Referenzwert
	■ Interpretation
	■ Einbindung in die QZ-Arbeit
	■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Wie können Ärztinnen und Ärzte in der Einzelpraxis, auf der Ebene eines Arztnetzes oder in anderen Versorgungsmodellen die Qualität ihrer medizinischen Arbeit messen, bewerten und verbessern? Antworten auf diese Frage gibt QISA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Es begründet eine Vielzahl von Messgrößen und ermöglicht das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut) die Qualitätsindikatoren und das sie leitende System erarbeitet.

QISA ist als Handbuch mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch sortiert sind. Alle Bände stehen als kostenloser PDF-Download zur Verfügung (www.qisa.de).

Bislang sind erschienen:

- Band A: QISA stellt sich vor
- Band B: Allgemeine Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle
- Band C1: Asthma/COPD
- Band C2: Diabetes mellitus Typ 2
- Band C3: Bluthochdruck
- Band C4: Rückenschmerz
- Band C5: Chronische nicht tumorbedingte Schmerzen (neu 2026)
- Band C6: Depression
- Band C7: Koronare Herzkrankheit
- Band C8: Herzinsuffizienz
- Band D: Pharmakotherapie
- Band D2: Rationaler Antibiotikaeinsatz (neu 2019/2026)
- Band E1: Prävention
- Band E2: Krebsfrüherkennung
- Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung (neu 2026)
- Band F2: Multimorbidität (neu 2022)
- Band F3: Gesundheitsversorgung im Klimawandel (neu 2025)

Die ersten dreizehn Bände erschienen zwischen 2009 und 2012, inzwischen sind vier weitere hinzugekommen. Die QISA-Bände werden in einem kontinuierlichen Verfahren regelmäßig aktualisiert und auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht. Dabei fließen auch Erfahrungen aus der praktischen Anwendung von QISA ein.

Weitere Informationen zu QISA unter www.qisa.de

Der Band F1 widmet sich der hausärztlichen Versorgung von Schwerstkranken an ihrem Lebensende. Die vorgestellten QISA-Indikatoren beziehen sich auf die Identifikation der Patientinnen und Patienten, die palliativ versorgt werden, die Umsetzung von Patientenwünschen, die Symptomkontrolle sowie die frühzeitige Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden. Der Band thematisiert damit einen Bereich, in dem die Versorgung und ihre Qualitätsmaßstäbe noch in der Entwicklung begriffen sind, die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität aber eine besonders große Verpflichtung darstellt.

ISBN: 978-3-940172-91-4