

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

Hausärztliche Palliativversorgung

Version 2.0



F1

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt

Autoren: Peter Engeser, Katja Krug, Edith Andres, Birte Reichenbach

Übersicht QISA-Indikatoren

F1 – Hausärztliche Palliativversorgung (2.0)

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

QISA Band F1

Version 2.0

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

Hausärztliche Palliativversorgung

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt

Autoren der Version 2.0 (Stand: 2021):
Peter Engeser, Katja Krug, Edith Andres, Birte Reichenbach

Autoren der Version 1.0 (Stand: 2010):
Peter Engeser, Friederike Böhlen, Regine Cheno

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

AOK-Bundesverband

Bitte wie folgt zitieren:

Engeser P, Krug K, Andres E, Reichenbach B: Hausärztliche Palliativversorgung – Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Schwerstkranken an ihrem Lebensende. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band F1, Version 2.0, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2021.

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

Autoren der Version 2.0:

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)
Dr. rer. nat. Birte Reichenbach (aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH)

Review: Version 2.0

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

Autoren der Version 1.0 (2010):

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

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2021

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: Dr. Beatrice Wolter
Korrektur: Claudia Lange, korrektopia.de

Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Kirsty Pargeter/Fotolia.com
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Version 2.0: Oktober 2021
Erstauflage: Juni 2010

ISBN: 978-3-940172-66-2

Vorwort der Herausgeber

Wer Versorgungsqualität messen und steuern will, braucht Qualitätsindikatoren. QISA, das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, bietet sie an. Verteilt auf insgesamt 13 Themenbände umfasst QISA insgesamt mehr als 170 Qualitätsindikatoren, die „mit System“ über die Breite der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewählt sind.

Breite Erfahrungsbasis

QISA ist das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem aQua-Institut, das die wissenschaftliche Erarbeitung der Indikatoren verantwortet. Vorläufer von QISA sind die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, die schon 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.

In den Jahren 2009 bis 2013 wurden sukzessiv 12 Themenbände sowie der Einleitungsband unter dem neuen Namen QISA veröffentlicht. Seither ist QISA als Angebot valider und praxisnaher Qualitätsindikatoren ein Begriff geworden. Das hat uns ermuntert, eine Aktualisierung der Bände anzugehen. Sie bringt die Inhalte auf den neuesten wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt zugleich Erfahrungen aus der praktischen Anwendung. Zudem haben wir QISA im Jahr 2021 erweitert um den neuen Themenband zum rationalen Antibiotikaeinsatz.

Band F1: hausärztliche Palliativversorgung

Der QISA-Themenband mit Indikatoren für die hausärztliche Palliativversorgung erschien erstmalig im Jahr 2010. Für die hiermit vorgelegte Aktualisierung haben die Autoren die Entwicklung der vorliegenden Evidenz insbesondere anhand der relevanten nationalen und internationalen Leitlinien geprüft und die Indikatoren – wo nötig – modifiziert oder neu formuliert. Näheres hierzu berichten die einleitenden Kapitel. Insgesamt umreißt der Band 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.

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 die fachärztlich Tätigen.

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 zudem eine inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion der Messergebnisse im Qualitätszirkel.

Rezeption und Nutzung

Für das dahinterstehende, über längere Zeit gereifte Konzept der indikatorengestützten Arbeit an der Versorgungsqualität hat schon 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).

Über die Nutzung in Arztnetzen hinaus finden die populationsbezogenen QISA-Indikatoren inzwischen auch Anwendung zu anderen Zwecken, so etwa zur Evaluation von Selektivverträgen oder als Parameter in der Versorgungsforschung. QISA unterstützt also tatsächlich ganz verschiedene Nutzungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren.

Dies ist ausdrücklich gewünscht. Bei der Nutzung denken wir dennoch paradigmatisch an die gemeinsame Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, sich die Qualität ihrer Versorgung untereinander transparent zu machen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Dabei hilft QISA und ermöglicht gleichzeitig den ersten wesentlichen Schritt, um mit Qualitätsindikatoren vertraut zu werden und gemeinsame Qualitätsverantwortung im Sinne des Sachverständigenrats wahrzunehmen.

Alle Umsetzungsprojekte zeigen, dass dies stets 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.

Wer auf diese Weise gute Erfahrungen gesammelt hat, kann danach offener über weitreichendere Formen der Indikatorenutzung nachdenken, etwa externes Benchmarking oder die Ermittlung qualitätsbezogener Vergütungsanteile (sogenanntes „Pay for Performance“). QISA unterstützt auch diese Nutzungen, entbindet aber nicht davon, dem eine eigene, fundierte Vorstellung von guter Performance zugrunde zu legen. Interne Vorerfahrungen und Vorarbeiten sind essenziell, wenn solch ambitionierte Nutzungen nicht Gefahr laufen sollen, die Beteiligten zu überfordern und mehr Ängste als Akzeptanz zu erzeugen.

Hilfe zum Einstieg

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

Wenn Sie nun aber zunächst den Einstieg in QISA als Indikatorensystem finden möchten, laden wir Sie zur Lektüre des Einführungsbandes (QISA-Band A) ein. Dort finden Sie einen Überblick über die Module von QISA sowie ausführliche Informationen zur Entstehungsgeschichte, zum Selbstverständnis als Indikatorensystem und zur Methodik der Indikatorenentwicklung. Daneben ordnet der Band QISA in die Gesamthematik der Qualitätstransparenz ein und beleuchtet die praktischen Einsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren. Weiterführende Informationen zu QISA finden Sie daneben auch unter qisa.de.

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

Heidelberg/Göttingen/Freiburg, im Oktober 2021

Joachim Szecsenyi Björn Broge Johannes Stock

QISA – Band F1

Hausärztliche Palliativversorgung

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Schwerstkranken im letzten Lebensabschnitt

Vorwort der Herausgeber	3
Ein paar Hinweise vorweg**	8
Begründung und Einordnung des Themas	12
Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)	17
Methodisches Vorgehen	25
Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (Version 2.0)	30
QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren	33
Indikator 1: Anteil der Palliativpatienten an allen Patienten der Praxis	34
Indikator 2: Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatienten je Praxis	37
Indikator 3: Anteil der Palliativpatienten, für die ein Ansprechpartner dokumentiert ist .	40
Indikator 4: Anteil der Palliativpatienten, die zu Hause versterben	43
Indikator 5: Anteil der Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden	46
Indikator 6: Anteil der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir	49

Indikator 7: Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und Therapieerweiterung bei Verschlechterung	52
Indikator 8: Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme	55
Indikator 9: Anteil der Palliativpatienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden	58
Indikator 10: Anteil der Palliativpatienten mit einer vorliegenden Depression	63
Indikator 11: Anteil der Palliativpatienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden	66
Indikator 12: Anteil Palliativpatienten mit palliativer Beratung/Aufklärungsgespräch ..	69
Literaturverzeichnis	72
Abkürzungen	80
Anhang 1 – Liste der bewerteten Indikatoren (zur Erstellung der Version 1.0, 2010)	81
Anhang 2 – Teilnehmer des Expertenpanels (zur Erstellung der Version 1.0, 2010)	83

Ein paar Hinweise vorweg*

QISA im Überblick

Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ besteht aus einem Einleitungsband und 13 Themenbänden mit Indikatoren. Nachfolgend eine Übersicht der QISA-Bände.

QISA-BÄNDE		ERSCHEINUNGSJAHR DER ERSTFASSUNG/ VERSION 2.0	ANZAHL QI (STAND 6/2021)
A	Einführung: QISA stellt sich vor	2009/**	
B	Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle	2009/**	28
C1	Asthma/COPD	2009/2019	15
C2	Diabetes mellitus Typ 2	2011/2019	11
C3	Bluthochdruck	2010/2020	11
C4	Rückenschmerz	2010/2020	10
C6	Depression	2013/2020	13
C7	Koronare Herzkrankheit	2012/2019	14
C8	Herzinsuffizienz	2012/2020	12
D	Pharmakotherapie	2009/2019	15
D2	Rationaler Antibiotikaeinsatz	2021	12
E1	Prävention	2009/2021	18
E2	Krebsfrüherkennung	2010/2021	2
F1	Hausärztliche Palliativversorgung	2010/2021	12

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

** Aktualisierung in Arbeit, Näheres 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, Patienten unterstützende Maßnahmen, Prävention sowie die Fortbildung von Ärzten und 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 Bänden an der gleichen Grundstruktur (vgl. QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren auf Seite 33). 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, welche speziellen Maßnahmen des Qualitätsmanagements beim jeweiligen Indikator infrage kommen.

All das 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 Experten aus Wissenschaft und Praxis. Neben der Evidenz fließen in QISA also Expertenurteile und 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 drei Entstehungsstufen von QISA – Prototyp 2002, Veröffentlichung 2009–2013, Aktualisierung 2015–2021 – haben sich mit dieser Methodik stabile und praxisnahe Indikatoren herauskristallisiert. Sie wird auch bei neu hinzukommenden QISA-Bänden beibehalten.

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 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 Ärzten und Krankenkasse 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, gibt es nur begrenzte Alternativen: DMP-Daten etwa bieten teils mehr Informationen als Routinedaten, können aber nur eingeschränkt genutzt werden und beziehen sich nur auf eingeschriebene Versicherte, also nicht auf die gesamte Patientenpopulation. Eigenorganisierte Datenerhebungen sind grundsätzlich immer möglich, verursachen aber besonderen Aufwand, bis sie implementiert sind und verlässliche Daten liefern.

Ein stimmiges und realistisches Datenkonzept ist daher die Grundlage jeder Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Zu hoffen ist, dass diese Arbeit durch Weiterentwicklungen bei Dokumentationsstandards und 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 Ärzten oder Arztgruppen auf regionaler oder Landesebene

Letztlich entsteht Qualitätstransparenz erst aus der Zusammenschau solcher 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 gegebenenfalls modifiziert werden.

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für alle Geschlechter.

Begründung und Einordnung des Themas

Definition Palliativmedizin Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin orientiert sich am European Association for Palliative Care (EAPC) White Paper, nach dem „Palliativmedizin durch klinische Behandlung, Versorgung und Unterstützung eine Vorbeugung und Linderung von Leiden für Menschen mit einer lebenslimitierenden oder lebensbedrohenden Erkrankung [bietet]“ (https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf, S. 3). Palliativmedizinische Versorgung wirkt auch über die Sterbephase hinaus (*DG Palliativmedizin 2003*).

Deskription der Palliativpatienten 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) (*Statistisches Bundesamt Deutschland 2020*). Von diesen benötigen nach Schätzungen 70–80 Prozent der Patienten eine Palliativversorgung vor dem Tod (*Murtagh et al. 2014*).

Die Gruppe der Palliativpatienten ist sehr heterogen und umfasst einerseits Erkrankte in der ambulanten Versorgung und andererseits Patienten in stationären Einrichtungen. Der Ort der Versorgung für Menschen mit Bedarfen der Palliativversorgung richtet sich nach den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen sowie der Komplexität der Beschwerden. In der ambulanten Versorgung werden die Patienten bei geringerer Ausprägung im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) betreut, bei starker Ausprägung erfolgt die Intervention im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Folgende Patientengruppen lassen sich unterscheiden:

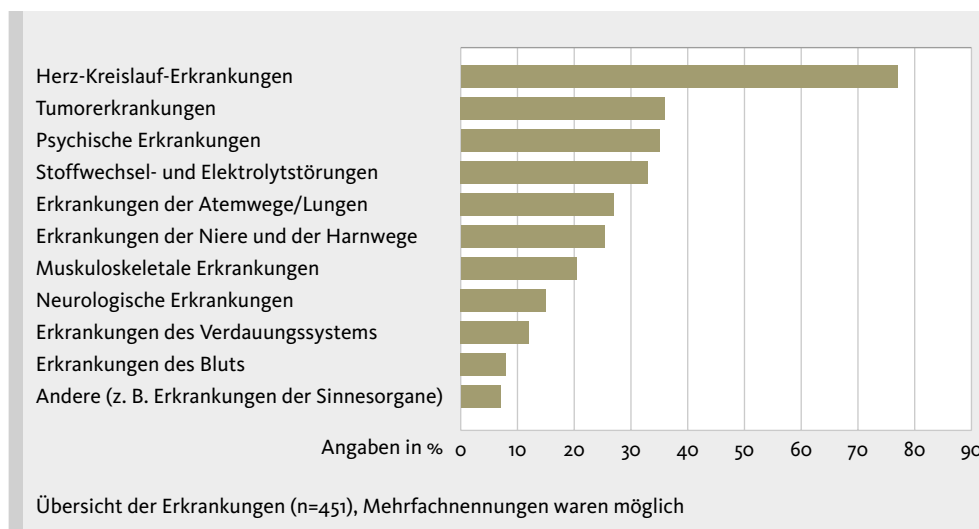
- Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit)
- Patienten mit malignen Erkrankungen
- Patienten mit chronisch internistischen Erkrankungen in fortgeschrittenen Stadien
- Patienten mit chronisch progredienten neurologischen Erkrankungen
- Patienten mit chronisch progredienten gerontopsychiatrischen Erkrankungen
- Multimorbid erkrankte Patienten

Patienten in der hausärztlichen Palliativversorgung Die allgemeine ambulante Palliativversorgung findet in den primären Versorgungsstrukturen in erster Linie durch Hausärzte und niedergelassene Onkologen sowie ambulante (Palliativ-)Pflegeteams statt. Hausärzte sind hauptsächlich für die Sicherstellung der AAPV verantwortlich, verordnen bei Bedarf SAPV und bleiben Ansprech- und Kooperationspartner für das Palliative Care Team. Sie sind mit der Behandlung von Patienten in allen Krankheitsstadien konfrontiert und betreuen Patienten auch in sehr weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Sie versorgen allerdings meistens Palliativpatienten mit nichtmalignen chronischen Erkrankungen. Eine Studie der Medizinischen Hochschule

le Hannover stellt fest, dass Palliativpatienten in der Hausarztpraxis durchschnittlich 78,2 Jahre alt, oftmals multimorbide sind und häufig kardiovaskuläre und neurologische Erkrankungen aufweisen. Bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind arterielle Hypertonie und Herzinsuffizienz besonders oft vertreten. Bei den Erkrankungen des Nervensystems dominiert die Demenz. Ebenso werden Neoplasien bei einem Viertel der Patienten festgestellt (Bleeker et al. 2007). Nach einer neueren Studie hat etwa ein Drittel der Patienten maligne Erkrankungen (Gágyor et al. 2013). Dagegen stellen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Patienten mit malignen Erkrankungen etwa drei Viertel der Patientenklientel (Stiel et al. 2015). In hausärztlicher Versorgung profitieren darüber hinaus auch zunehmend Patienten mit anderen nichtonkologischen Erkrankungen wie chronischem Organversagen (Herz-, Nieren-, pulmonale Insuffizienz) verstärkt von palliativmedizinischer Versorgung, ebenso wie Patienten mit multipler Sklerose, amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Demenz (Bausewein 2007, Schneider et al. 2010, Murtagh et al. 2014).

Abb. 1: Erkrankungen von Palliativpatienten in hausärztlicher Versorgung

(mit Genehmigung von Springer Nature Customer Service Center GmbH nachgedruckt, Gágyor et al. 2013, S. 291)



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

Patienten auf Palliativstationen und in Hospizen

Symptome von Palliativpatienten Der HOPE-Bericht 2017 gibt an, über welche Probleme (mittlerer oder schwerer Ausprägung) die Patienten bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Palliativversorgung klagten. Es wird zwischen körperlichen, pflegerischen, psychischen und sozialen Problemen unterschieden: Bei den körperlichen Problemen herrschen 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 (*Lindena et al. 2017*). Nach Borgsteele (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) ist die Palliativversorgung Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geworden, wobei die ambulante Palliativversorgung, auch in Bezug auf Zusatzqualifikationen, gestärkt werden soll. Im Bereich der ambulanten Palliativversorgung ist zwischen der Basisversorgung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu unterscheiden.

Ambulante palliativmedizinische Versorgung (AAPV) und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Für die Sicherstellung der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung sind hauptsächlich Hausärzte 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 und Ärzte, ehrenamtliche Mitarbeiter und weitere Berufsgruppen wie Seelsorger, Psychologen oder Sozialarbeiter (*DG Palliativmedizin 2003*).

Zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung kann 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 den Richtlinien 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, 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.

Im Rahmen der Leistungserbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) werden Palliative Care Teams tätig. Ein Palliative Care Team besteht mindestens aus einem Palliativarzt, einem Koordinator und einer palliativpflegerisch weitergebildeten Pflegefachkraft. Das Palliative Care Team leistet 24-Stunden-Rufbereitschaft. Möglich ist eine rein konsiliarische Tätigkeit oder eine Teil- oder Vollversorgung der Patienten.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 haben unheilbar erkrankte Menschen mit begrenzter Lebenserwartung einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse erhalten.

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 vom 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, Bundesanzeiger Nr. 39 vom 11.3.2008, zuletzt geändert am 17.9.2020*) 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, so dass ein komplexes Symptomeschehen spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Der Gesetzgeber hat die Vertragsgestaltung gemäß § 132 d SGB V mit Leistungserbringern der SAPV sowie deren Vergütung den gesetzlichen Krankenkassen in die Hand gegeben. Empfehlungen zur Umsetzung der Verträge, inklusive der Maßnahmen der Qualitätssicherung, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß gesetzlichem Auftrag verabschiedet, die u. a. die personellen Anforderungen an die spezialisierten Leistungserbringer, die notwendige Zusammenarbeit im Rahmen einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur und Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung beschreiben.

Der Anteil der Sterbenden, die SAPV benötigen, wird auf 10 % geschätzt (*G-BA 2007; Amtliche Begründung zu § 37 b Abs. 1 SGB V*); in Baden-Württemberg waren es 2015 knapp 8 % der Palliativpatienten, die SAPV beanspruchten (*Engeser et al. 2020*). Die SAPV ergänzt und erweitert das bestehende ambulante Versorgungsangebot, so dass die ärztliche Verordnung von SAPV häufiger auch eine Abstimmung der erforderlichen Maßnahmen mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern erfordert.

In der „Wegweiser Palliativmedizin“-Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin waren im April 2021 insgesamt 305 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.

2021 gab es in Deutschland etwa 1.200 ambulante Hospizdienste (AHD) (*DGP & Bertelsmann Stiftung (2015)*). Diese werden hauptsächlich von freiwilligen Helfern getragen, welche von hauptamtlichen Fachkräften geschult, supervidiert und unterstützt/koordiniert werden. Die ambulanten Hospizdienste erbringen z. B. palliativpflegerische Beratung und psychosoziale Unterstützung zu Hause, im Pflegeheim, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe. Die Öffentlichkeitsarbeit ist in der Hospizarbeit von besonderer Bedeutung.

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

1. palliativmedizinische Grundversorgung,
2. palliativmedizinisch erfahrener Arzt,
3. palliativmedizinisch spezialisierter Arzt.

Die Musterweiterbildungsordnung für Palliativmedizin wurde 2003 vom 106. Deutschen Ärztetag verabschiedet (*Bundesärztekammer 2007*). Diese wurde mittlerweile von allen Landesärztekammern umgesetzt. Meist beinhaltet sie einen 40-stündigen Basiskurs (gemäß § 4 Abs. 8) und ein supervidiertes Fallseminar von 120 Stunden oder eine 12-monatige Tätigkeit bei einem ermächtigten Weiterbilder (§ 5 Abs. 1 Satz 2 der Weiterbildungsordnung). Die Weiterbildung zum Palliativmediziner hatten bis Ende Dezember 2016 10.246 Ärzte absolviert. Von diesen sind 4.392 in der vertragsärztlichen Versorgung tätig (*G-BA 2017*).

Die Weiterbildung in 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 (SAPV) nach § 132 d SGB V eine Anzahl von 160 Unterrichtsstunden.

Im Juni 2014 hatten 20.000 Pflegenden die Weiterbildung in 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 ärztlicher Diagnostik und spezifischer Therapie steht im Regelfall die Symptomkontrolle im Vordergrund. Dies schließt bei onkologischen Patienten tumorspezifische Behandlungen wie Chemotherapie, Strahlentherapie oder Operationen mit ein.

Im Zusammenhang mit einer nichtheilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit steht eine Vielzahl von Fragen zur Entscheidung an, die sowohl medizinische, pflegerische, 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 von Endlichkeit und Lebensqualität in hohem Maß die Abwägung von individuellen Werten von Patienten und deren An- und Zugehörigen (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*).

Besonders wichtig ist es, den Patientenwillen genau zu eruieren.

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

Mit Patienten und An- bzw. Zugehörigen sollte frühzeitig das Vorliegen einer Patientenverfügung und/oder Betreuungsvollmacht besprochen werden. 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 sind die der POS (Palliative care Outcome Scale), das MIDOS (Minimal Documentation System for pain and symptom assessment in palliative care patients), der ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status und verschiedene Instrumente zur Messung der Schmerzintensität.

- Die Palliative care Outcome Scale (POS) ist ein sehr kurzer und die Patienten wenig belastender Fragebogen, der dennoch alle wesentlichen Bereiche der Palliativmedizin abdeckt. Die POS wird in einer Version als Fremdbeurteilung durch das Personal

Ziele der palliativmedizinischen Versorgung

Instrumente zur Dokumentation des Funktionsstatus

und auch als Selbsteinschätzung durch den Patienten eingesetzt (*Hearn J, Higginson I 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 Palliativpatienten beantwortet werden können, und berücksichtigt so bei der Selbsterfassung der Teilnehmer den potenziell reduzierten körperlichen und geistigen Zustand der Palliativpatienten (*Radbruch et al. 2000*).
- Des Weiteren ist es möglich, den körperlichen Leistungszustand des Patienten und dessen Veränderung sowie den Einfluss auf das tägliche Leben mit dem ECOG Performance Status zu erfassen (*ECOG 2009*). Die ECOG-Skala ist ein bewährtes Instrument zur Einstufung des körperlichen Leistungszustandes.

Therapie von Fatigue Fatigue ist mit einer Prävalenz von 70–90 % das häufigste Symptom bei Patienten mit einer Tumorerkrankung und ist 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 2019*). Fatigue kann als primäre oder sekundäre Form auftreten. Das primäre Fatiguesyndrom wird als Teil der inflammatorischen Tumorerkrankung interpretiert, die sekundäre Form als therapiebegleitende Symptome oder Komorbiditäten. Im Zusammenhang mit einem bestehenden Fatiguesyndrom 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 Patienten wird eine kausale Behandlung der Fatigue nicht möglich sein. Für diese Patienten ist eine kombinierte Behandlung von medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen empfohlen. Bei den medikamentösen Maßnahmen können Therapieversuche mit Methylphenidat, Moldenafil oder Kortikosteroiden für eine begrenzte Zeit sinnvoll sein, bei den nichtmedikamentösen Behandlungen sind besonders Kraft- und Ausdauersport (*Dittus et al. 2017*) und psychoedukative Verfahren (*Poort et al. 2017*) einzusetzen. Darüber hinaus sollte eine Beratung zu Strategien zum Energiemanagement erfolgen (*Poort et al. 2017*).

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 den Patienten selbst erfolgen, z. B. durch einfache, eindimensionale Schmerzintensitätsskalen (Leitlinienprogramm Onkologie 2019).

Therapie von Schmerz

In der Versorgung von Patienten in palliativer Situation wird zwischen kausaler und symptomatischer Schmerztherapie unterschieden (Husebø, Klaschik 2006). Unter den Begriff kausale Schmerztherapie würde beispielsweise die operative, chemotherapeutische oder auch radiologische Verkleinerung eines Tumors bzw. einer Metastase fallen mit dem Ziel, die durch diese/n ursächlich bedingten 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 Infiltration von Nerven auftreten (Leitliniengruppe Hessen 2007). Therapiebedingte Schäden sind oft durch eine Gewebe- oder Nervenschädigung zu erklären (Husebø, Klaschik 2006), während als Beispiel für tumorassoziierte Schmerzen Druckulzera durch Bettlägerigkeit, unter denen auch Patienten mit nichtmalignen Erkrankungen leiden, zu nennen sind.

Die Tumor-Schmerztherapie orientiert sich im Wesentlichen am Stufenschema der WHO, auch Schmerzleiter (WHO 3-Step Analgesic Ladder) genannt (Schrijvers 2007, WHO 1996). Stufe 1 bei leichten bis mittelschweren Schmerzen wird durch Medikamente wie Paracetamol und NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs), zum Beispiel Ibuprofen und Diclofenac, sowie Metamizol (Leitliniengruppe Hessen 2007) gebildet. In Stufe 2 werden diese Nichtopioid-Analgetika dann 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-Wiederaufnahme-Hemmer, zum Beispiel Duloxetine), Antikonvulsiva und Lokalanästhetika eingesetzt (O'Connor, Dworkin 2009).

Regelmäßig ist der Einsatz adjuvanter Therapeutika zur Behandlung von charakteristischen Nebenwirkungen der Analgetika wie Übelkeit oder Obstipation wichtig.

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

Des Weiteren wird die Therapie bei Bedarf durch Behandlungen wie Akupunktur, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) und Physiotherapie genauso wie durch psychische Führung ergänzt (*Leitliniengruppe Hessen 2007*; keine Erwähnung nichtpharmakologischer und nichtmedikamentöser Verfahren in der S3-Leitlinie PM, *Leitlinienprogramm Onkologie 2019*).

**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. Diese können gastrointestinaler, metabolischer, toxischer, zentraler oder psychogener und psychosozialer Natur sein. Durch ein umfassendes Assessment (Anamnese, klinische Untersuchung, weitergehende Diagnostik) sollte die Ursache der Beschwerden gefunden werden. Dementsprechend sollte dann die Therapie, falls möglich, ursachenorientiert durchgeführt werden (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*).

Das medikamentöse Wirkspektrum umfasst verschiedene Substanzen, welche sich nach Wirkort (gastrointestinal, zentral, Chemorezeptorentiggerzone) und Wirkprinzip unterscheiden (*Clemens, Klaschik 2007*). Zur Behandlung von onkologischen Patienten mit Übelkeit und Erbrechen liegt darüber hinaus die S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen vor (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019b*).

Auch die Obstipation kann in der Palliativsituation durch verschiedene, zum Teil gleichzeitig auftretende Ursachen erklärt werden. Eine grobe Einteilung in organische (tumörös-obstruktiv, endokrin oder metabolisch), funktionelle und arzneimittelinduzierte Ursachen bietet sich an. Häufigste Ursache ist die opioidbedingte Obstipation. Neben Opioiden haben auch unter anderem Antibiotika, Diuretika und Neuroleptika eine obstipationsinduzierende Wirkung (*Clemens, Klaschik 2007*). Ebenso haben aber auch Bettlägerigkeit und 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 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 ver-

schiedene Medikamente zur Verfügung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*). Diese folgen einem vierstufigen Therapieschema, beginnend mit osmotischem Laxans ODER propulsivem Laxans (Stufe 1), gefolgt von osmotischem UND propulsivem Laxans (Stufe 2), zusätzlichem μ -Opioidantagonisten (Stufe 3) und weiteren Medikamenten als Therapieversuch (z. B. Rizinusöl) (Stufe 4). Mit allen Stufen gehen nichtmedikamentöse Therapien einher (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*).

Für die spezielle Form der opioidinduzierten Obstipation wurden in den letzten Jahren spezifisch wirkende Substanzen entwickelt, die als PAMORA (Peripherally Acting μ -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 als Folge maligner Prozesse (ca. 10 % aller Aszitesfälle) und kann für den Patienten aufgrund erhöhten intraabdominalen Drucks mit unangenehmen Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und weiteren verbunden sein (*Becker et al. 2006*). Zur Entwicklung von Aszites kommt es durch ein multifaktorielles Zusammenspiel von venöser und lymphatischer Obstruktion durch Tumorgewebe, einem verringerten intravaskulären onkotischen Druck, erhöhter Kapillarpermeabilität und hormonellen 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 (zum Beispiel 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 Patienten in der Palliativmedizin als sehr quälend wahrgenommen und schränkt die Lebensqualität deutlich ein. Differentialdiagnostisch muss man pulmonale Ursachen von kardialen Ursachen sowie neuromuskulären Ursachen abgrenzen (*Binsack 2001*). Sie kann ebenso durch eine Anämie, Infektionen, 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 auch Benzodiazepine sowohl bei akuter als auch therapierefraktärer Atemnot eine wichtige Wirkstoffgruppe dar (*Rosenbruch J 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*). Des Weiteren ist auch hier die Bedeutung von psychosozialer 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 Customer Service Center GmbH nachgedruckt Rosenbruch J et al. 2017; Abb.1)

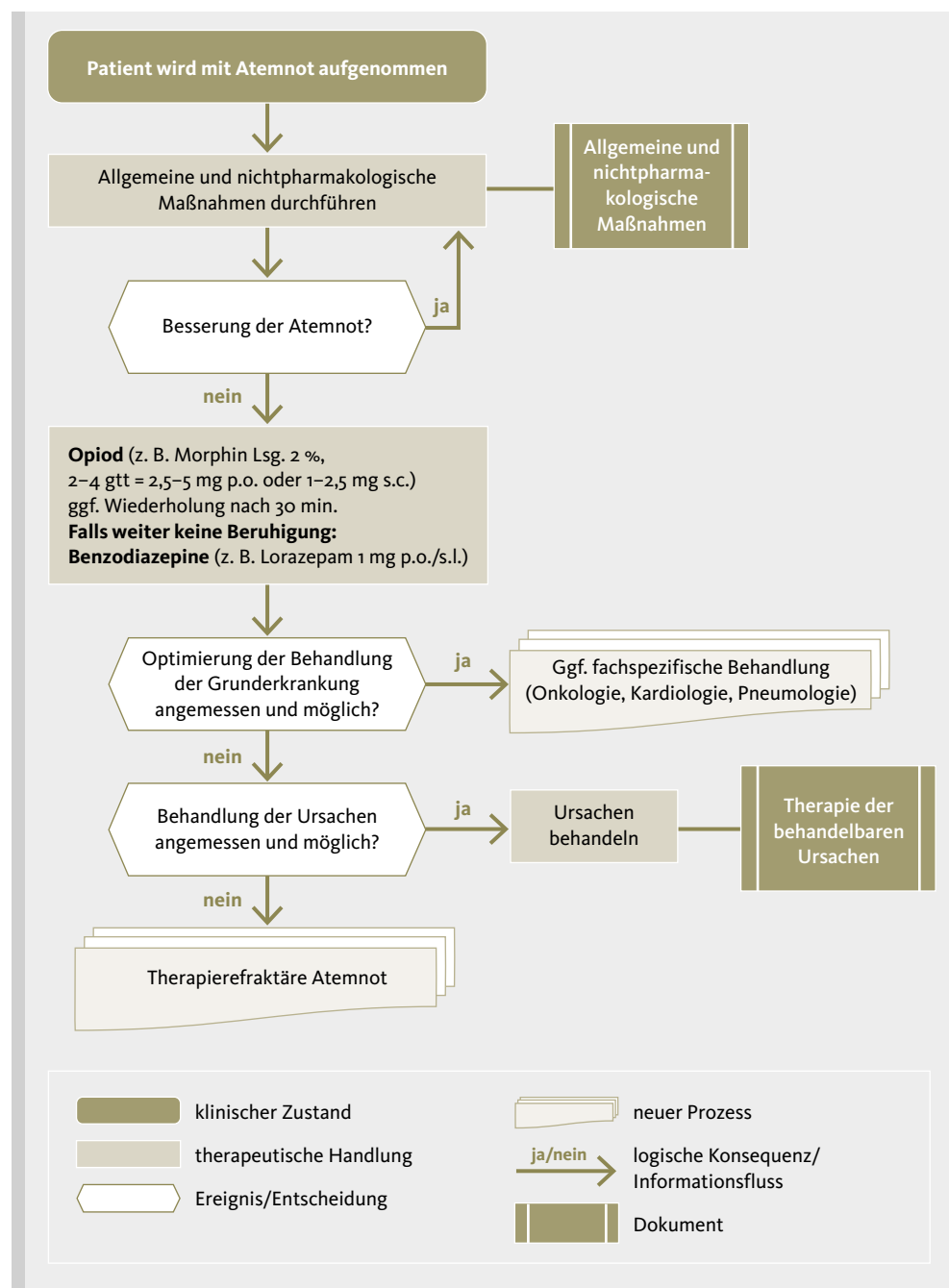
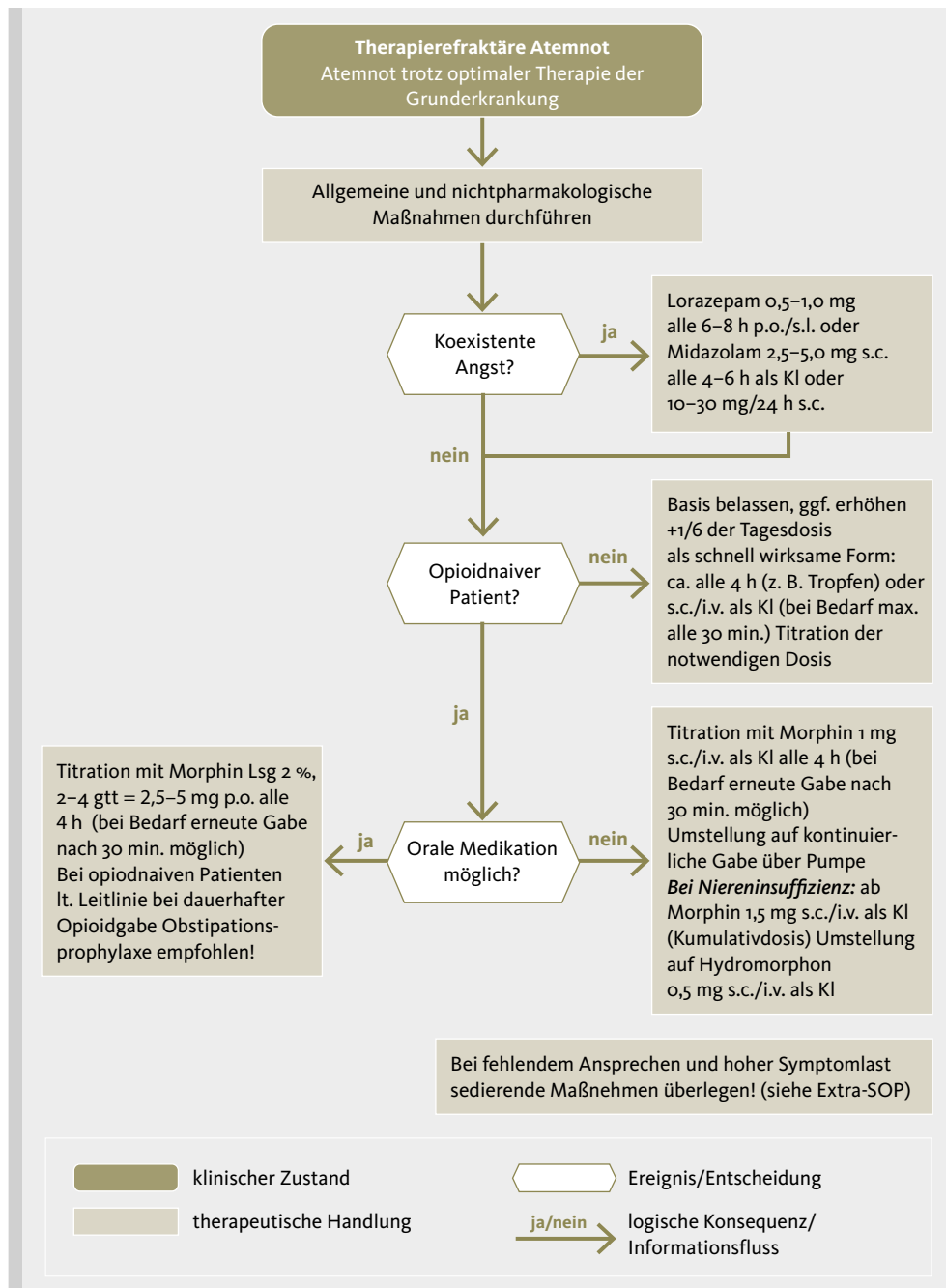


Abb. 3: Therapierefraktäre Atemnot

(mit Genehmigung von Springer Nature Customer Service Center GmbH 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. Patienten in palliativer Situation stellen bei 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 von Wundstatus und Wundbehandlung. Es gibt Empfehlungen hinsichtlich der Wirksamkeit der feuchten Wundbehandlung, der Infektverminderung durch Händewaschen, Wundreinigung und Wunddebridement sowie systemischer Antibiotika bei Infektion der Dekubitusumgebung oder Sepsis (*Püllen 2004*).

Spirituelle und psychosoziale Begleitung Die Weltgesundheitsorganisation schließt in die Definition palliativer 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 Palliativpatienten sind (*Lindena et al. 2009*). Untersuchungen zeigen, dass sich sowohl bei Palliativpatienten als auch bei deren An- und Zugehörigen ein besseres spirituelles Wohlbefinden positiv auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität auswirken kann (*Wasner 2007*). Spirituelle Fürsorge in der Palliativsituation bedeutet für den Patienten eine höhere Lebensqualität (*Balboni et al. 2010*). Das bedeutet, dass in der hausärztlichen Kommunikation konkret darauf eingegangen werden sollte.

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. Des Weiteren 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 Palliativpatienten in der Fläche abbilden, wurde daher verzichtet (z. B. Anzahl der Pflegedienste mit 24-Stunden-Verfügbarkeit, Palliativstationen, -stützpunkte). Weiterhin wurden Indikatoren ausgeschlossen, die die Strukturqualität von Einrichtungen abbilden oder die erheben, welche Schritte bei 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] auf Seite 81). 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 der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz mit einer strukturierten Bewertung durch Experten (*Fitch et al. 2001*).

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

Das Expertenpanel setzte sich aus sieben Personen zusammen (sechs Fachexperten für palliative Versorgung sowie eine Patientenvertreterin, die als Beraterin für eine akkreditierte Patientenberatungseinrichtung mit dem Thema vertraut ist, s. Anhang 2 „Teilnehmer des Expertenpanels [zur Erstellung der Version 1.0]“).

Insgesamt acht Indikatoren wurden damals 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)

Grundlage der Aktualisierung war der QISA-Band (Version 1.0) mit seinen insgesamt 8 Qualitätsindikatoren (s. o.).

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

Leitlinienrecherche

Die Aktualisierungsrecherche (Abschluss 29.08.2018) erfolgte nach vorab definierten methodischen und themenspezifischen Ein- und Ausschlusskriterien zunächst in den deutschsprachigen Leitlinienportalen. 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 e. V. (DEGAM) <https://www.degam.de/leitlinien.html>
- Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/index.html>

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 Palliativmedizin (DGP) <https://www.dgpalliativmedizin.de/>
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV) <https://www.dhvp.de/index.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 von den Autoren bei der Überarbeitung dieses QISA-Bandes zugrunde gelegt:

- Leitlinienprogramm Onkologie (2019). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.1. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Weiterhin wurden berücksichtigt:

- BÄK, KBV, AWMF (2017). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung. 2. Auflage, Version 3, AWMF-Register-Nr.: nvl-006. Berlin: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- NICE (2017). NICE guideline: Parkinson's disease in adults (NG 71). Published: 19 July 2017. National Institute for Health and Care Excellence.
- DGN, AWMF (2016). S3-Leitlinie: Idiopathisches Parkinson-Syndrom. Langversion. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. AWMF-Register-Nummer: 030-010. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- NICE (2015). NICE guideline: Care of dying adults in the last days of life (NG 31). Published: 16 December 2015. National Institute für Health and Care Excellence.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2015). S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS, AWMF-Register Nr. 145/003. Deutsche Schmerzgesellschaft.
- NPUAP, EPUAP, PPIA (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Perth, Australia: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
- McCusker, M; Ceronky, L; Crone, C; Epstein, H; Greene, N; Halvorson, J; Kephart, K; Mallen, E; Nosan, B; Rohr, M; Rosenberg, E; Ruff, R; Schlecht, K; Setterlund, L (2013). Health Care Guideline. Palliative Care for Adults. Institute for Clinical Systems Improvement.
- NICE (2012). Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. National Institute for Health and Care Excellence.
- Bundesärztekammer (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 108(7): A346-A348.

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

Folgende potenziell relevanten Leitlinien befinden sich nach wie vor in 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: End of life care for adults: service delivery (NICE guideline [NG142]: <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.

Auf Grundlage der Rechercheergebnisse wurden vom aQua-Rechercheteam Indikator-Modifikationen sowie neu aufzunehmende Themen vorgeschlagen, die mit den Autoren, einem Vertreter der Herausgeber sowie Experten des AOK-Bundesverbandes und des aQua-Instituts im Rahmen mehrerer Webkonferenzen diskutiert wurden, unter vertiefter Beurteilung medizinisch-inhaltlicher Aspekte sowie hinsichtlich der Praktikabilität.

Indikator-Modifikationen

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.

Änderungen gegenüber der Vorgängerversion

Tabelle 1: Neue Indikatoren

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

Tabelle 2: Modifizierte Indikatoren

VERÄNDERTER INDIKATOR	URSPRÜNGLICHE FORMULIERUNG	GEÄNDERTE FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG FÜR MODIFIKATION
6	Anteil der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen: Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen oder Obstipation	Anteil der Palliativpatienten 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 des Symptoms.

Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (Version 2.0)

Im Folgenden findet sich ein Überblick über alle Indikatoren dieses QISA-Bandes. Durch die Neuaufnahme und Adaptation einiger Indikatoren wurde die Reihenfolge der Indikatoren im Vergleich zum QISA-Band Version 1.0, 2010 etwas geändert.

Tabelle 3: Übersicht über die ausgewählten Indikatoren

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
1 ^{**}	Anteil der Palliativpatienten an allen Patienten der Praxis	In welchem Umfang betreut die Praxis Palliativpatienten?	Dokumentation Prozessqualität
2	Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatienten je Praxis	Die Praxis kann alle identifizierten Palliativpatienten benennen, um die Versorgung koordinieren zu können.	Dokumentation Prozessqualität
3	Anteil der Palliativpatienten, für die ein Ansprechpartner dokumentiert ist	Die Praxis kann einen Ansprechpartner der Palliativpatienten benennen.	Dokumentation Prozessqualität
4	Anteil der Palliativpatienten, die zu Hause versterben	Inwieweit wird das Ziel erreicht, dass Patienten zu Hause sterben können?	Ergebnisqualität
5	Anteil der Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden	Inwieweit wird opioidbedingte Verstopfung erkannt und behandelt?	Prozessqualität
6 ^{**}	Anteil der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen: Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir	Die Praxis kann die wichtigsten Symptome der Palliativpatienten benennen.	Dokumentation Prozessqualität
7	Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und Therapieerweiterung bei Verschlechterung	Die Praxis hat Behandlungspläne für Patienten mit Atemnot.	Dokumentation Prozessqualität
8	Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme	Die Praxis hat Behandlungspläne für Patienten mit Schmerzen.	Dokumentation Prozessqualität
9	Anteil der Palliativpatienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden	Inwieweit können nicht sinnvolle Opioidkombinationen vermieden werden?	Patientensicherheit Prozessqualität
10 [*]	Anteil der Palliativpatienten mit einer vorliegenden Depression	Wird Depression als Komorbidität bei Palliativpatienten erkannt?	Dokumentation Prozessqualität
11 [*]	Anteil der Palliativpatienten, deren An- und Zugehörige in die Betreuung durch die Praxis mit einbezogen werden	Kooperiert die Praxis mit den versorgenden An- und Zugehörigen der Palliativpatienten?	Dokumentation Prozessqualität
12 [*]	Anteil der Palliativpatienten mit palliativer Beratung/Aufklärungsgespräch	Die Praxis hat eine Dokumentation über die Beratung und Aufklärung der Patienten.	Dokumentation Prozessqualität

* neu

** modifiziert

Anmerkung zu den ausgewählten Indikatoren

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

Fokussierung auf Hausärzte und Ärztek Kooperationen

Hinweise zur Umsetzung

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 (Lorenz *et al.* 2008). Es bietet sich an, die teilnehmenden Ärzte selbst entscheiden zu lassen, welche ihrer Palliativpatienten 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 palliative Betreuung in der Hausarztpraxis benötigt (z. B. SPICT; Afshar *et al.* 2018). Alternativ können retrospektiv innerhalb eines Jahres verstorbene Patienten in die Auswertung eingeschlossen werden, wobei die Abgrenzung von verstorbenen Patienten ohne Palliativversorgung wiederum von den teilnehmenden Ärzten geleistet werden müsste. Für die Definition der Zielgruppe interessieren jedoch nur die Patienten, die hausärztlicher Palliativversorgung vor dem Lebensende bedürfen.

Definition der Zielgruppe

Über die Listenfunktion der Praxisverwaltungssoftware kann die Praxis ein Verzeichnis ihrer Patienten erstellen, die palliative Versorgung erhalten. Voraussetzung dafür ist die Vereinbarung eines einheitlichen Identifikationscodes, z. B. ICD-10-GM Z51.5 Palliativbehandlung, der das Auslesen der Daten ohne den Namen des Patienten, also anonymisiert, erlaubt. Alternativ könnten auch die Abrechnungsziffern nach dem EBM für die hausärztliche Palliativversorgung verwendet werden. Ein Register aller Palliativpatienten 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 81 im Anhang), wurde jedoch aus den genannten methodischen und praktischen Gründen aufgenommen, denn er hilft dabei, neben der Symptomkontrolle immer frühzeitig auch Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden zu treffen. Um die Dokumentation der teilnehmenden Ärzte zu vereinheitlichen, könnte in der Praxisverwaltungssoftware ein Formular „Behandlungsplan für Palliativpatienten“ angelegt werden.

Register aller Palliativpatienten

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

Dieser Behandlungsplan enthält Informationen, die es dem Pflegepersonal und anderen Beteiligten erlauben, den Palliativpatienten 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aussage ■ Begründung ■ Zielstellung ■ Einbezogene Fachgruppen ■ Voraussetzungen ■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> ■ Betrachtungszeitraum ■ Bezugsebene ■ Formel ■ Zähler ■ Nenner ■ Ausschlusskriterien ■ Datenquelle ■ Verfügbarkeit der Daten
III Anmerkungen zur Messgüte	
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Epidemiologie und Prävalenz ■ Praxisstudien und Evidenz ■ Reduzierung der Krankheitslast ■ Kosteneffektivität ■ Indikatorensysteme ■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Referenzwert ■ Interpretation ■ Einbindung in die QZ-Arbeit ■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Nicht für jeden Indikator sind alle Kriterien zur Beschreibung möglich. Ggf. werden deshalb bei einigen Indikatoren dieses Bandes nicht alle Beschreibungskriterien des QISA-Schemas aufgeführt (z. B. Reduzierung der Krankheitslast, Kosteneffektivität).

Indikator 1: Anteil der Palliativpatienten an allen Patienten der Praxis**(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der Versicherten mit Bedarf an Palliativversorgung an allen zu versorgenden Versicherten in einer Arztpraxis oder einem regionalen Versorgungsmodell (z. B. Arztnetz, hausarztzentrierte Versorgung) oder einer Versorgungsregion (z. B. Bundesland, KV-Bezirk) ist.
Begründung:	Die Erkennung von 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 Patienten. Die Identifikation der palliativen Bedarfe ist Voraussetzung für eine verbesserte palliative Betreuung.
Zielstellung:	Möglichst alle Patienten mit der Notwendigkeit einer palliativen Versorgung werden erfasst.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Über die Praxissoftware werden alle Palliativpatienten systematisch erfasst. Die Identifikation der Patienten erfolgt durch die behandelnden Ärzte. Durch das Anlegen eines einheitlichen Identifikationscodes, z. B. ICD-10-GM Z51.5 Palliativbehandlung, können diese 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 Palliativpatienten 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

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Patienten mit dokumentierter Palliativbehandlung in Arztpraxis/ Versorgungsmodell/-region}}{\text{Alle Patienten in Arztpraxis/Versorgungsmodell/-region}}$
Zähler:	Anzahl Patienten mit dokumentierter Palliativbehandlung (ICD-10-GM-Codierung Z51.5) in Arztpraxis/Versorgungsmodell/-region

Nenner:	Anzahl aller Patienten in Arztpraxis/Versorgungsmodell/-region
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 den Palliativpatienten definiert. Hier ist die Einschätzung des behandelnden Arztes entscheidend. Der Einsatz bestimmter Instrumente zur Identifizierung wie z. B. SPICT ist zu erwägen. Dieser Indikator erlaubt eine Aussage über die Prävalenz der Palliativpatienten in einer Praxis, einem Versorgungsmodell oder einer Versorgungsregion. Die Prävalenz kann regionale Änderungen zeigen, wenn sich die Zusammensetzung der Patienten in der Region ändert.

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Der Anteil von Patienten, die eine Palliativversorgung benötigen, wird in einzelnen Ländern sehr unterschiedlich eingeschätzt. Je nach eingesetzter Methode liegt der Bedarf zwischen 38 % und 74 % (<i>Morin 2017</i>). Daten zur Inanspruchnahme von Palliativversorgung sind rar und stehen nur für bestimmte Versorgungsbereiche (SAPV und Krankenhäuser) zur Verfügung. Nur 30 % der im Jahr 2014 Verstorbenen erhielten nach den Analysen des Faktenchecks 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 (<i>DGP & Bertelsmann Stiftung (2015)</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Es existieren RCTs über den positiven Effekt einer frühzeitigen Identifikation von Palliativpatienten in Bezug auf die Lebensqualität und die Überlebenszeit (<i>Temel 2010</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	keine
Kosteneffektivität:	Durch Identifizierung der Palliativpatienten können unnötige Verschreibungen deutlich reduziert werden und auch Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Indikatorensysteme:	British Medical Association (BMA) Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10; London (UK), National Health Service Confederation, S. 13: „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:	Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2019</i>)

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

Referenzwert:	Ungefähr 1 % der Bevölkerung stirbt jährlich. Von diesem benötigen nach Schätzungen 90 % eine palliative Betreuung im letzten Lebensabschnitt.
Interpretation:	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit palliativmedizinischen Bedarfen an allen Patienten einer Hausarztpraxis. Die Einschätzung „Palliativpatient“ ist aber sehr subjektiv und stark abhängig von der Einstellung und Erfahrung der behandelnden Ärzte.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Die Ergebnisse können zum Vergleich in Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch in KV-Bezirken benutzt werden. Gründe für abweichende Werte sollten diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Darüber hinaus kann der Fortbildungsbedarf identifiziert werden und können Instrumente zur einheitlichen Erfassung entwickelt werden.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes	Die Anzahl der Palliativpatienten 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 können anonymisiert und zusammengeführt werden und für die allgemeine Qualitätsdarlegung unter den beteiligten Praxen bzw. im Versorgungsmodell, also die Beschreibung der Versorgungsqualität gegenüber einer Krankenkasse oder der Öffentlichkeit, verwendet werden.

Indikator 2: Verfügbarkeit eines Registers der Palliativpatienten je Praxis**(I) Beschreibung**

Aussage:	Anteil der Praxen, die ein Verzeichnis ihrer Patienten, die palliative Versorgung erhalten, erstellen können.
Begründung:	Ein Register aller Palliativpatienten ist eine wichtige Voraussetzung für die Koordinierung der Versorgung.
Zielstellung:	Möglichst jede Praxis hat ein System zur Identifizierung aller Patienten, die palliativ betreut werden (Register).
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Die einheitliche Dokumentation ist unerlässlich, um alle Palliativpatienten in der Praxiskartei als solche zu identifizieren. Durch das Anlegen eines einheitlichen Identifikationscodes, z. B. ICD-10-GM Z51.5 Palliativbehandlung, ist die Erstellung eines separaten Registers für Palliativpatienten über die Praxisverwaltungssoftware möglich. Außerdem sind die spezifischen Abrechnungsziffern der Palliativversorgung sowie die Abrechnungsziffern über die Verordnung SAPV mit einzubeziehen.
Ausblick:	Ein Register aller Palliativpatienten 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. Des Weiteren 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 unerlässlicher Bestandteil und ermöglicht durch die exakte Erfassung der Zielpopulation die Anwendung weiterer Qualitätsindikatoren.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Praxen im Netz, im Versorgungsmodell, in der Region

Formel:	$\frac{\text{Praxen, die ein Register ihrer Palliativpatienten erstellen können}}{\text{Alle beteiligten Praxen im Netz, im Versorgungsmodell, in der Region}}$
Zähler:	Anzahl der Praxen, die ein Register ihrer Palliativpatienten erstellen können
Nenner:	Anzahl beteiligter Praxen
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	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 den Palliativpatienten definiert.

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Die Arbeit von insgesamt zwölf regionalen Krebsregistern wird in Deutschland seit 2004 von der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) erfasst (<i>GEKID 2010</i>). Speziell im Bereich alter Patienten mit Krebserkrankungen gibt es verschiedene Ansätze zur Datenerfassung. Einer davon ist das IN-GHO®-Register der Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie (<i>Wedding 2007</i>). Die Hospiz- und Palliativ-Erhebung (HOPE) wird seit 1996 entwickelt. Sie bietet die Möglichkeit zur Aufnahme palliativmedizinischer Versorgungsdaten. Durch Einrichtung einer internetbasierten Datenbank (2004) kann HOPE auch als Patientenregister genutzt werden (<i>Radbruch 2010</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Es existieren keine RCTs oder Beobachtungsstudien über den Effekt von Patientenregistern auf die medizinische Versorgung. Die Arbeit mit klinischen Informationssystemen wie Patientenregistern ist aber weitreichend etabliert und zum Beispiel wesentlicher Bestandteil des Chronic-Care-Modells, einer etablierten Methode des Managements von Patienten mit chronischen Erkrankungen (<i>Bodenheimer 2003</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	keine Auswirkung auf die Krankheitslast
Kosteneffektivität:	Durch Identifizierung der Palliativpatienten können unnötige Verschreibungen deutlich reduziert werden und auch Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

- Indikatorensysteme:** ■ British Medical Association (BMA) Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10; London (UK), National Health Service Confederation, S. 13:
„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 Guideline End-of-life-care for adults (2011)

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

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

Interpretation: Durch rechtzeitige Identifikation der Palliativpatienten kann die Lebensqualität der Patienten deutlich gesteigert werden. Daher sollten alle Palliativpatienten einer Praxis in einem Register erfasst werden und deren Behandlung regelmäßig angepasst werden.

Einbindung in die QZ-Arbeit: Mit diesem Indikator wird erfasst, welche Patienten tatsächlich in einem palliativen Zustand sind. Die Register können im QZ-Zirkel verglichen werden und die angemessenen Kriterien für die Aufnahme entsprechender Patienten diskutiert werden.

**Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:** Ein Verzeichnis oder ein Register aller Palliativpatienten ist eine wichtige Voraussetzung für das interne Qualitätsmanagement. Die Versorgungsleistung der Praxis im Bereich Palliativmedizin kann so transparent gemacht werden. Die Daten können anonymisiert und zusammengeführt werden und für die allgemeine Qualitätsdarlegung unter den beteiligten Praxen bzw. im Versorgungsmodell, also die Beschreibung der Versorgungsqualität gegenüber einer Krankenkasse oder der Öffentlichkeit, verwendet werden.

Indikator 3: Anteil der Palliativpatienten, für die ein Ansprechpartner dokumentiert ist

(I) Beschreibung

Aussage:	In der elektronischen Patientenakte ist ein Ansprechpartner/Vertreter auf Seiten des Patienten benannt. Der Indikator gibt an, welcher Anteil der Palliativpatienten in der elektronischen Patientenakte einen Ansprechpartner oder Vertreter („surrogate decision-maker“) für die Mitteilung von Diagnosen und die Diskussion von Behandlungszielen dokumentiert hat.
Begründung:	Die frühzeitige Festlegung eines Ansprechpartners/Vertreters erhöht die Sicherheit des Palliativpatienten. Der Ansprechpartner, der das Vertrauen des Patienten hat, erleichtert die Entscheidungsfindung bei Patienten, die ihre Entscheidungsfähigkeit verloren haben.
Zielstellung:	Möglichst viele Palliativpatienten sollten einen Ansprechpartner oder Vertreter („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 der Patient in der Lage sein, einen Ansprechpartner oder Vertreter zu benennen. Ausnahmen sollten dokumentiert werden. Wenn ein Patient keinen Vertreter benennen möchte oder kann, sollte dokumentiert werden, dass der Patient diesbezüglich beraten wurde.
Ausblick:	In diesem Zusammenhang ist auch rechtzeitig eine Patientenverfügung anzusprechen. Auch mit Patienten, die keinen Vertreter benennen können, sollte die Möglichkeit eines Betreuers besprochen werden. Ein gescanntes Formular einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung oder eine dokumentierte Vorausplanung (ACP: Advance Care Planning) kann in die elektronische Patientenakte eingebunden werden.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell

Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten mit dokumentiertem Ansprechpartner/Vertreter in der Patientenakte}}{\text{Alle Palliativpatienten in der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten mit Eintrag eines Ansprechpartners/Vertreters in der elektronischen Patientenakte
Nenner:	Anzahl der Palliativpatienten in der Praxis. Nehmen mehrere Praxen teil, bezieht sich der Nenner auf alle zu versorgenden Palliativpatienten.
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	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 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 beschreiben die Inzidenz kognitiver Beeinträchtigung bei Patienten in fortgeschrittenen Krebsstadien mit 10–27 % bis hin zu 80–90 % (<i>Pereira et al. 1997</i>). Eine Studie der Universität Bonn zeigt, dass die große Mehrzahl der Patienten bei der Entscheidungsfindung bezüglich medizinischer Fragen die Hilfe von Angehörigen (48 %) oder medizinischem Personal (42 %) wünscht (<i>Scholer-Everts 2002</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Obwohl es keine RCTs oder Beobachtungsstudien zu Endpunkten der Palliativversorgung gibt, wenn der Patient einen Ansprechpartner/Vertreter benannt hat, besteht dennoch ein hoher ethischer Konsens darüber, dass Arzt und Patient frühzeitig die weitere Vorgehensweise festlegen (<i>Lorenz et al. 2007, Leitlinienprogramm Onkologie 2019</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	Durch frühzeitige Einbeziehung der An- und Zugehörigen kann die Lebensqualität der Patienten verbessert werden. Dies hat aber keine Auswirkung auf die Krankheitslast.

- Indikatorensysteme:**
- 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, 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, 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:**
- S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 116): Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers (konsensbasierte Empfehlung)
 - NICE 2015
 - Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007
 - Institute For Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Palliative Care 2009

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Referenzwert:** $\geq 95\%$ ($< 5\%$ Toleranz)
- Interpretation:** Mit diesem Indikator werden die Ressourcen aus dem Umfeld 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 Palliativpatienten, die zu Hause versterben**(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele der von den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell versorgten Palliativpatienten zu Hause versterben, gemessen am Anteil aller verstorbenen Palliativpatienten.
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 der Wunsch des Patienten eindeutig ist. 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 Palliativpatienten ist es im Allgemeinen wünschenswert, in vertrauter häuslicher Umgebung und nicht im Krankenhaus zu versterben, deshalb sollte der Zielerreichungsgrad des Indikators möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen:	Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten
Voraussetzungen:	Einverständnis und Mitwirkung der pflegenden Personen müssen mit in Betracht gezogen werden. Defizitäre Versorgungssituationen zu Hause sollten rechtzeitig erkannt und einer Lösung zugeführt werden. Bei Patienten, die im Heim leben, kann der Indikator nicht zur Anwendung kommen.
Ausblick:	Für die Versorgung besonders schwerer Verläufe sind eine vorausschauende Behandlungsplanung sowie die gute Koordination der Akteure der Palliativversorgung (Hausärzte, Pflegedienste, SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst und stationäres Hospiz, Krankenhaus, Palliativstation) wichtig.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten, die zu Hause versterben}}{\text{Alle verstorbenen Palliativpatienten}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten, die zu Hause verstorben sind
Nenner:	Anzahl der verstorbenen Palliativpatienten

Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Routinedokumentation; retrospektive Auswertung
Verfügbarkeit der Daten:	Abhängig von der Vollständigkeit der Dokumentation in der elektronischen Patientenakte

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Validität und Sensitivität des Indikators sind abhängig von der Qualität der Dokumentation. Bei vollständiger Dokumentation bildet der Indikator ab, welcher Anteil der Palliativpatienten zu Hause verstirbt. Defizitäre Versorgungsstrukturen in der häuslichen Umgebung oder die Überforderung der pflegenden An- und Zugehörigen sollten rechtzeitig erkannt und Unterstützung herbeigeführt werden.

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	<p>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 zeigt, dass 47,5 Prozent der Menschen in der Allgemeinbevölkerung im Krankenhaus versterben, bei als palliativ identifizierten Patienten sind es nur 24,6 Prozent. Wird bei hoher Symptomlast ein SAPV-Team eingeschaltet, versterben nur noch 13,4 Prozent der Patienten im Krankenhaus (<i>Engeser et al. 2020</i>).</p>
Praxisstudien und Evidenz:	<p>Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass die Versorgung von Patienten mit multiplen Symptomen in der Terminalphase im Akutkrankenhaus 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>). Des Weiteren wird in einer Studie mit terminal kranken Patienten in Connecticut (USA) angegeben, dass 90 % der Patienten den Wunsch äußerten, zu Hause zu sterben (<i>Tang 2003</i>). Im Faktencheck Gesundheit gaben 2015 76 % der Befragten in Deutschland an, dass sie zu Hause sterben möchten, doch fast jeder Zweite stirbt im Krankenhaus (<i>Bertelsmann Stiftung 2015</i>). Auch in der Leitlinie Palliativmedizin (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 447</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,</p>

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 Palliativpatienten verbessert wird.
Kosteneffektivität:	Die Betreuung zu Hause ist deutlich preiswerter als eine institutionelle Versorgung im Sterben.
Indikatorensysteme:	<ul style="list-style-type: none"> • Earle CC et al. 2003: Indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data, S. 1135: „Number of patients who died at home or in hospice“ • Center for Health Services Research, University of Colorado, under contract to Centers for Medicare and Medicaid Services 2002 (<i>Shaughnessy et al. 2002, S. 1360</i>): • „Home health care: percentage of patients who had to be admitted to the hospital“
Leitlinien:	<ul style="list-style-type: none"> • S3-Leitlinie Palliativmedizin (<i>Leitlinienprogramm Onkologie 2019, 19.10: Konsensbasierte Empfehlung</i>): Dem Wunsch des Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung bezüglich seines Sterbeortes sollte entsprochen werden. • Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007 • Institute For Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Palliative Care 2009

(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 Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator beschreibt den Anteil der Palliativpatienten, 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:	Palliativpatienten, 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:	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 Palliativpatienten verbessern.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden}}{\text{Alle Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden und mit Laxanzien behandelt werden
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatienten, die an anhaltender opioidbedingter Verstopfung leiden
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Routinedokumentation (K59.0 als ICD-10-GM-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 Routedokumentation sind.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

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

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz: Die Obstipation tritt insbesondere bei immobilen Patienten auf, sie ist die häufigste und hartnäckigste Nebenwirkung einer Therapie mit Opioiden. Obstipation kann einen bedeutenden Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden der Patienten haben (*Larkin et al. 2008*). Verschiedene Studien geben Prävalenzen von 32 % bis zu 87 % an. In der Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*) wird die Prävalenz der Nebenwirkung „opioidinduzierte Obstipation“ mit bis zu 90 % angegeben. Eine prophylaktische Laxanzienbehandlung wird häufig bei Patienten mit langanhaltender Opioidtherapie durchgeführt und soll routinemäßig eingesetzt werden. Funktionelle Ursachen (ballaststoffarme Ernährung, geringe Flüssigkeitsaufnahme, Immobilität) überwiegen gegenüber organischen Ursachen (*Clemens, Klaschik 2007*).

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 Palliativpatienten (*Larkin et al. 2008*). Die Datenlage für den symptomatischen Einsatz von Laxanzien ist unzureichend. Dennoch gibt es Empfehlungen zum Gebrauch von Laxanzien anhand eines Stufenplans in der aktualisierten Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 281 ff*). Die in der Langzeitanwendung gefürchtete Abhängigkeitsentwicklung sowie die Schädigung des autonomen Nervensystems der Darmwand spielen in der Palliativmedizin keine Rolle. Es gibt keine Evidenz, dass ein bestimmtes Mittel besser 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 2019, S. 179*).

Reduzierung der Krankheitslast: Durch die rechtzeitige Versorgung mit Laxanzien können schwerwiegende Komplikationen der Opioidbehandlung wie ein Ileus häufig vermieden werden.

Kosteneffektivität: Laxanzien sind in der Regel preiswert und können dazu beitragen, dass schwerwiegende Komplikationen mit hohen Kosten vermieden werden.

- Indikatorensysteme:**
- HOPE Hospiz- und Palliativhebung, Bericht 2007
 - S3-Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*): Ähnlicher Indikator „Opioide und Laxanzien“ bezogen auf Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung außerhalb der Sterbephase
- Leitlinien:**
- Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (*Leitlinienprogramm Onkologie, 2019*)
 - NICE (2012)
 - Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007
 - Institute for Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Palliative Care 2009

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Referenzwert:** $\geq 95\%$ (< 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 Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes:** In der Qualitätszirkel-Arbeit können die Behandlung der Obstipation und das Verordnungsverhalten der teilnehmenden Ärzte unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell strukturiert und datenbasiert diskutiert werden.

**Indikator 6: Anteil der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen:
Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel,
Depression oder Delir**

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator beschreibt den Anteil der Palliativpatienten, bei denen das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir dokumentiert wird.
Begründung:	Symptomkontrolle ist ein wichtiger Bestandteil hausärztlicher Palliativversorgung. Eine zielgerichtete symptomatische Behandlung kann schwere Verläufe abwenden.
Zielstellung:	Der Anteil der symptomarmen bzw. symptomfreien 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 beschriebene Verfahren können Vereinbarungen über die Dokumentation weiterer Symptomkomplexe in der palliativen Situation wie z. B. Müdigkeit, Panik, Ängste getroffen werden. In einem Behandlungsplan können dann antizipierend Symptome und deren Behandlung festgehalten werden (Indikatoren 7 und 8).

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr oder ein Stichtag
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen}}{\text{Alle Palliativpatienten}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten mit dokumentierten Symptomen (Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Wundstatus bei Dekubitus, Schwindel, Depression oder Delir) bzw. mit dokumentiertem Symptomstatus
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatienten in den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell

Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Wenn unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell Vereinbarungen über die Dokumentation von Symptomen getroffen werden, lassen sich die Daten aus der elektronischen Patientenakte erheben. Voraussetzung 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 Palliativpatienten.
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 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 allerdings im stationären Bereich noch verbreiteter auftreten (<i>Gagyor 2013</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Die Dokumentation von Symptomen ist beispielsweise Gegenstand der Hospiz- und Palliativhebung HOPE. Die Dokumentation von Symptomen und Bedürfnissen des 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 2019</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	Durch die rechtzeitige und umfassende Erfassung der Symptome kann die Krankheitslast durch effektive Therapie deutlich vermindert werden.
Kosteneffektivität:	Durch umfassende Erfassung von Symptomen können die Kosten zunächst steigen. Gerade im Wundbereich kann allerdings auch durch frühzeitige Behandlung häufig eine Kostenreduktion erfolgen. <ul style="list-style-type: none"> • American Medical Directors Association (AMDA). Tool kit for implementation of the clinical practice guidelines for pressure ulcers. Columbia (MD), 2004a: „Anteil der Patienten mit dokumentiertem Dekubitus, bei denen regelmäßig der Wundstatus dokumentiert wird“

- ACOVE-3 (Lorenz et al. 2007, S. 323):
„Patienten mit einer terminalen metastasierenden Krebserkrankung und Symptomen einer gastrointestinalen Passagestörung, in deren Patientenakte Maßnahmen gegen Schwindel und Erbrechen dokumentiert sind“
 - HOPE Hospiz- und Palliativbericht (Lindena, Woskanjan 2007, S. 31):
„Anteil der Palliativ-Patienten, die unter starker Übelkeit leiden, ohne mit Antiemetika oder Neuroleptika behandelt zu werden“
- Leitlinien:**
- S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie 2019): Empfehlungen bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung zur Obstipation, Atemnot und Depression
 - Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007
 - Institute For Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Palliative Care 2009

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Referenzwert:** Grundsätzlich sollten für alle Patienten Symptome bzw. sollte der 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 Handlungskonsequenzen 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 und in Qualitätszirkeln datengestützt und strukturiert vermittelt und kritisch diskutiert werden.

Indikator 7: Anteil der Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Atemnot (Dyspnoe) und Therapieerweiterung bei Verschlechterung

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator bildet den Anteil der Palliativpatienten mit Atemnot ab, deren elektronische Akte einen Behandlungsplan für sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot enthält.
Begründung:	Atemnot (Dyspnoe) tritt häufig bei Patienten mit Lungenerkrankung, Lungenkarzinom oder Herzinsuffizienz NYHA III–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 Patienten mit Lungenerkrankung, Lungenkarzinom oder Herzinsuffizienz NYHA III–IV in der elektronischen Akte ein Behandlungsplan für 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 enthält die Versorgung des Patienten mit der aktuellen Medikation sowie nicht-pharmakologische Behandlungen, Hinweise für eine Therapieerweiterung bei Verschlechterung der Atemnot und eine Beschreibung der Umstände der Anwendung mit der Symptomatik und etwaiger Bedarfsdokumentation.
Ausblick:	Ein Behandlungsplan für sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot kann Therapieentscheidungen und die Koordination mit anderen Akteuren der Palliativversorgung erleichtern.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr oder ein Stichtag
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten mit Lungenerkrankung, Lungenkarzinom oder Herzinsuffizienz NYHA III-IV mit einem Behandlungsplan bei Dyspnoe und Therapieerweiterung bei Verschlechterung}}{\text{Alle Palliativpatienten mit Lungenerkrankung, Lungenkarzinom oder Herzinsuffizienz NYHA III-IV}}$

Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten mit Lungenerkrankung, Lungenkarzinom oder Herzinsuffizienz NYHA III–IV, deren elektronische Akte einen Behandlungsplan für sich verschlechternde oder plötzlich auftretende Atemnot enthält
Nenner:	Anzahl der Palliativpatienten mit Lungenerkrankung, Lungenkarzinom oder Herzinsuffizienz NYHA III–IV
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Elektronische Patientenakte in der Praxis-EDV
Verfügbarkeit der Daten:	Wenn unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Modell bei Palliativpatienten die Anlage eines Behandlungsplans vereinbart wird und der Plan regelmäßig aktualisiert wird, ist die Verfügbarkeit der Daten gut.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

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

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Atemnot ist der häufigste Einweisungsgrund in der Terminalphase (<i>Wiese et al. 2008</i>). Die HOPE- und Prävalenz-Studie 2008 (<i>Lindena et al. 2009</i>) gibt an, dass ca. 28 % der betreuten Palliativpatienten zeitweise unter Dyspnoe litten.
Praxisstudien und Evidenz:	Atemnot gehört zu den wichtigen Themen der Palliativmedizin. Es gibt Studien zur Gabe von Opiaten für resistente Dyspnoe und zur Sauerstoffgabe für Hypoxämie (niedrige Werte für Sauerstoffsättigung im Blut) (<i>Qaseem et al. 2008</i>).
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:**
- ACOVE-3 (Lorenz et al. 2007, S. 322):
„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:**
- S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie 2019): Keine expliziten Hinweise für einen Behandlungsplan speziell bei 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 Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot
 - Institute for Clinical Systems Improvement Health Care Guideline:
 - Palliative Care 2009
 - Qaseem A et al. and the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. 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 2008

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Referenzwert:** $\geq 95\%$ ($< 5\%$ Toleranz)
- Interpretation:** Atemnot ist ein Symptom mit starkem Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patienten und muss daher effektiv behandelt 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 Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:** Die Behandlung sich verschlechternder oder plötzlich auftretender Atemnot ist frühzeitig im Verlauf der Erkrankung durch den 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 Palliativpatienten mit einem Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme

(I) Beschreibung

Aussage:	Bei Palliativpatienten muss immer auch mit Schmerzen bzw. einer Schmerzzunahme gerechnet werden. Daher sollte der behandelnde Arzt in der elektronischen Akte einen Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der Schmerzzunahme (Rescue-Medikation) anlegen.
Begründung:	Bei einer fortgeschrittenen Erkrankung ist von einer Verschlechterung des Symptomes 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 Palliativpatienten sollen einen Behandlungsplan erhalten für den Fall, dass sie Schmerzen bekommen bzw. dass 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 enthält die aktuelle Medikation, eine Beschreibung der Umstände und etwaige Bedarfsmedikation.
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:	Ein Jahr oder ein Stichtag
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Berechnung:	Anteil der Palliativpatienten, deren elektronische Akte einen Behandlungsplan für Schmerzen bzw. Schmerzzunahme enthält
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten, deren elektronische Akte einen o. g. Behandlungsplan enthält}}{\text{Alle Palliativpatienten}}$

Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten, in deren elektronischer Akte ein Behandlungsplan für Schmerzen bzw. Schmerzzunahme angelegt ist
Nenner:	Anzahl der Palliativpatienten
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Elektronische Patientenakte in der Praxis-EDV
Verfügbarkeit der Daten:	Wenn unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Modell bei Schmerzpatienten die Anlage eines Behandlungsplans vereinbart wird und der Plan regelmäßig aktualisiert wird, ist die Verfügbarkeit der Daten gut.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Die Messgüte ist davon abhängig, ob Vereinbarungen unter 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 Palliativpatienten bei Aufnahme unter mittleren bis starken Schmerzen litten (<i>Lindena et al. 2009</i>). Eine internationale Studie mit 3.030 Krebspatienten in palliativer Betreuung gibt an, dass 32 % der Patienten unter mäßigen bis schweren Schmerzen litten (<i>Klepstad et al. 2005</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Schmerz spielt eine wichtige Rolle bei der hausärztlichen Versorgung, nicht nur für Tumorpatienten. Studien zum Themenkreis des „Advance Care Planning“ sind verfügbar, allerdings erlauben sie nicht die Beurteilung klinisch relevanter Outcomes (<i>Lorenz et al. 2008</i>).
Reduzierung der Krankheitslast:	Eine effektive Schmerztherapie ist meistens gut durchführbar und verbessert nachhaltig die Lebensqualität der Patienten.
Kosteneffektivität:	Eine strukturierte Schmerzbehandlung nach dem WHO-Schema ist kosteneffektiv.

- Indikatorensysteme:**
- ACOVE-3 (Lorenz et al. 2007, S. 323):
„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. We care: tool kit for implementation of the clinical practice guideline for pain management. Columbia (MD) 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 Health Care Guideline: Palliative Care 2009

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Referenzwert:** $\geq 95\%$ ($< 5\%$ Toleranz)
- Interpretation:** Schmerzen sind für die meisten 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 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:** Schmerzspitzen sind nicht immer zu vermeiden, daher sollte immer eine Therapieoption vorhanden sein. Ein Behandlungsplan bei Schmerzen und für den Fall der 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 Palliativpatienten mit nicht sinnvollen Kombinationen von Opioiden

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele Palliativpatienten Opioiden der WHO-Stufe II in Kombination mit WHO-Stufe III erhalten, gemessen an der Zahl der Palliativpatienten.
Begründung:	Grundlage der Schmerztherapie ist das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation WHO. Die Kombination von schwach wirkenden Opioiden der Stufe II (z. B. Tramadol, Tilidin) und stark wirkenden Opioiden der Stufe III (z. B. Buprenorphin, Oxycodon) ist pharmakologisch nicht sinnvoll. Opioiden unterscheiden sich sowohl in der Bindungsbereitschaft gegenüber verschiedenen Opioidrezeptoren (μ , κ , δ , σ) sowie in der Stärke, mit der diese die Bindungsbereitschaft aktivieren, was zur unterschiedlichen Ausprägung von Wirkungen und Nebenwirkungen führt. Die Analgesie wird vor allem über μ -, κ - und δ -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. Infolgedessen kommt es nicht zu einer additiven Wirkungssteigerung: Die analgetische Wirkung von reinen Agonisten kann eher abgeschwächt werden, unerwünschte Nebenwirkungen können zunehmen. Ein schwaches Opioid der Stufe II kann bei Bedarf einem Opioid der Stufe III zur Kupierung von Schmerzspitzen hinzugegeben werden, sofern es sich bei beiden um reine Agonisten handelt (Beispiele: Morphin/Oxycodon/Fentanyl plus Tramadol/Tilidin: ja; jedoch Buprenorphin plus Tramadol/Tilidin: nein!). Vorteilhaft für die Behandlung von Durchbruchschmerzen ist jedoch generell die Verwendung der gleichen Akut- und Dauermedikation.
Zielstellung:	Im Sinne der Patientensicherheit sollen Opioiden der WHO-Stufe II und III nicht in Kombination verordnet werden. Der Indikator 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 Dosissteigerung weiterhin Schmerzen, wird ein Opioid der Stufe II durch ein Opioid der Stufe III ersetzt. Hierbei handelt es sich um starke Opioiden. Bei sehr starken Schmerzen kann auch direkt von der Stufe I auf die Stufe III übergangen werden, um dem Patienten unnötiges Leiden zu ersparen. Oftmals sind auch die Nebenwirkungen der Opioiden der Stufe II so stark, dass es günstiger ist, auf ein Opioid der Stufe III umzusteigen. Opioiden 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:	Ein Jahr; falls unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell Daten über längere Zeiträume verfügbar sind, ist die retrospektive Auswertung natürlich auch über längere Zeiträume sinnvoll. Sonst empfiehlt sich ein jährliches Monitoring.
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten, die Opioide der WHO-Stufe II und III erhalten}}{\text{Alle Palliativpatienten, die Opioide erhalten}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten, die Opioide der WHO-Stufe II und III erhalten (über mehrere Quartale)
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatienten, die Opioide erhalten: Opioide der WHO-Stufe II (schwach wirkende Opioidanalgetika [Tramadol, Tilidin, Dihydrocodein]) und WHO-Stufe III (stark wirkende oral 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 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.
Datenquellen:	Verordnungsdaten aus der Routinedokumentation

Verfügbarkeit der Daten:

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

Tabelle 2: ATC-Codes

No2	ANALGETIKA
No2A	OPIOIDE Stufe II
No2AAo8	Dihydrocodein
No2AA59	Codein, Komb. Paracetamol
No2AA65	Codein, Komb. Diclofenac
No2AA66	Codein, Komb. ASS
No2AA69	Codein, Komb. Paracetamol
No2AXo1	Tilidin (dieser ATC-Code soll durch No2AX51 ersetzt werden)
No2AXo2	Tramadol
No2AXo5	Meptazinol
No2AX51	Tilidin, Kombinationen
No2AX52	Tramadol, Kombinationen
No2A	OPIOIDE Stufe III
No2AA	Natürliche Opium-Alkaloide
No2AAo1	Morphin
No2AAo3	Hydromorphon
No2AAo5	Oxycodon
No2AA55	Oxycodon, Kombinationen
No2AB	Phenylpiperidin-Derivate
No2ABo2	Pethidin
No2ABo3	Fentanyl
No2AC	Diphenylpropylamin-Derivate
No2ACo3	Piritramid
No2AE	Oripavin-Derivate
No2AEo1	Buprenorphin
No2AF	Morphinan-Derivate
No2AFo2	Nalbufin

(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 Krebspatienten mit Metastasen sind davon betroffen. Der HOPE-Bericht 2009 führt an, dass ca. 52 % der betreuten Palliativpatienten bei Aufnahme mittlere bis starke Schmerzen angaben (*Lindena et al. 2009*). Eine internationale Studie mit 3.030 Krebspatienten in palliativer Betreuung ermittelte, dass 32 % der Patienten 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 WHO-Stufe-III-Opioiden.

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 Krebspatienten (*Hanks et al. 2001*). Die Kombination von Stufe-II-Opioiden (z. B. Codein) und Stufe-3-Opioiden (z. B. Morphin) ist nicht sinnvoll (*WHO 1996*).

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:**
- S3-Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 162*): Patienten mit leichten bis mittleren Tumorschmerzen oder Patienten, deren Schmerzen nicht adäquat durch regelmäßige Verabreichung von Nichtopioid-Analgetika kontrolliert werden können, sollten zusätzlich orale Stufe-II-Opioide oder alternativ niedrig dosierte Stufe-III-Opioide verabreicht werden (evidenzbasiert, Empfehlungsgrad B). Bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen sollen Stufe-III-Opioide verwendet werden (evidenzbasiert, Empfehlungsgrad A, S. 164).
 - Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007
 - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Arzneiverordnung in der Praxis: Tumorschmerzen. 2007

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

- Referenzwert:** Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von $\leq 10\%$ festgelegt, da bei der Behandlung von Schmerzspitzen Ausnahmen möglich sind.
- Interpretation:** Die Schmerztherapie ist nach dem WHO-Schema 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 Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:** Im internen Qualitätsmanagement lassen sich durch 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 Ärzten transparent diskutiert werden.

Indikator 10: Anteil der Palliativpatienten mit einer vorliegenden Depression**(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele Palliativpatienten an einer Depression leiden.
Begründung:	Eine niedergeschlagene Stimmung ist ein weit verbreitetes menschliches Phänomen, nicht nur im Bereich der Palliativmedizin. Durch die frühzeitige Identifizierung von depressiver Symptomatik kann die psychosoziale und medikamentöse Unterstützung frühzeitig einsetzen. Depressionen werden bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen allerdings oft unzureichend diagnostiziert. Daher sollte bei diesen Patienten regelmäßig ein Depressionsscreening 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 Palliativpatienten 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 bei Palliativpatienten ist 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:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten, die eine Depression haben}}{\text{Alle Palliativpatienten der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten, die eine depressive Störung zeigen (ICD-10-GM-Codes F32 und F33)
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatienten der Praxis
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	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 Depressivität bei Palliativpatienten aktiv systematisch erfasst und sicher dokumentiert wird.

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz**Epidemiologie und Prävalenz:**

Bei Palliativpatienten sind depressive Störungen nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz einer Depression (ICD-10-GM F32, F33) liegt in der Allgemeinbevölkerung bei ungefähr 16–20 % (*Ebmeier 2006*). Die Häufigkeit bei Krebspatienten liegt durchschnittlich in Deutschland bei 24 % (*Hartung et al. 2017*). Es gibt keinen Unterschied in der Auftretenshäufigkeit von Depressionen bei Krebspatienten in palliativen oder nichtpalliativen Settings (*Mitchell et al. 2011*).

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*) empfiehlt als einfache Screeningfragen in Kapitel 17.4 das Zwei-Fragen-Screening: 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder 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 Fragebogen wie auch allgemein zur Versorgung von Patienten mit Depression finden Sie auch im QISA-Band C6 „Depression“ (*Schneider et al. 2020*).

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 [...]“ (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*)

Reduzierung der Krankheitslast:

Die Depression als Komorbidität verschlechtert die Gesamtsituation der 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:

QISA-Band C6-Depression (*Schneider et al. 2020*): QI2: Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression

- Leitlinien:**
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*)
 - Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

Referenzwert: Im Hinblick auf die zuvor genannten Prävalenzwerte kann ein Referenzbereich von ≥ 15 % angenommen werden.

Interpretation: Der Indikator misst den Anteil Patienten mit depressiven Episoden an allen Palliativpatienten in der Praxis. Bei ausreichender Detektion kann die Lebensqualität der betroffenen Patienten häufig verbessert werden.

Einbindung in die QZ-Arbeit: In der Qualitätszirkel-Arbeit kann durch 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 Depressionsscreening bei Palliativpatienten unter Einsatz geeigneter Diagnoseinstrumente soll möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf eine komorbide depressive Störung erkannt und behandelt werden. Im internen Qualitätsmanagement lässt sich durch Auswertung der Diagnosen eine entsprechende Unterstützung für Patienten erkennen und einleiten.

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

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, bei wie vielen Palliativpatienten die Angehörigen oder Zugehörigen (da zunehmend auch Nichtverwandte die nächsten Menschen für einen Sterbenden sein können) in die Beratungen/Betreuung einbezogen sind.
Begründung:	Patienten und 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 ein Vertrauter des Patienten bei den Gesprächen zugegen ist. Hierbei ist der Patientenwille zu berücksichtigen. An- und Zugehörige sollen in ihrer Rolle als Unterstützer und Mitbetroffene wahrgenommen werden. Sie sollen nach ihren Bedürfnissen gefragt werden und ihnen sollen Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden (z. B. <i>Dionne-Odom et al. 2019</i>).
Zielstellung:	Angehörige/Zugehörige sollen genauso wie der betroffene Patient über den Krankheitsverlauf aufgeklärt werden, wenn der Patient 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:	Angehörige/Zugehörige fühlen sich häufig durch die vielseitigen Belastungen überfordert und allein gelassen. Zur Entlastung sind daher eine offene Kommunikation und eine umfassende vorausschauende Versorgungsplanung wichtig. Angehörige/Zugehörige sollen aktiv auf ihre Belastungen angesprochen werden und ihnen sollen entsprechende Hilfen angeboten werden.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr; falls unter den beteiligten Praxen oder im regionalen Versorgungsmodell Daten über längere Zeiträume verfügbar sind, ist die retrospektive Auswertung natürlich auch über längere Zeiträume sinnvoll. Sonst empfiehlt sich ein jährliches Monitoring.
------------------------------	---

Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten mit dokumentiertem Angehörigengespräch}}{\text{Alle Palliativpatienten der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten mit dokumentiertem Angehörigen- oder Familiengespräch in der Praxisverwaltung
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatienten der Praxis
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Daten aus der Routedokumentation
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:	Betroffen sind grundsätzlich alle Angehörigen/Zugehörigen von Palliativpatienten. Ungefähr 16 % der Angehörigen sind aktiv pflegende Personen (größtenteils Frauen; Durchschnittsalter 54 Jahre; vor allem Kinder oder Lebenspartner der Patienten; körperliche und emotionale Belastung; <i>Bohnet-Joschko & Bidenko 2019</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Palliativmedizinische Versorgung aus Sicht von Patienten und An- bzw. Zugehörigen, Stärken, Schwächen und Möglichkeiten zur Verbesserung (<i>Schneider 2011</i>). Was brauchen Menschen, 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 Palliativpatienten, benötigen aber häufig auch selbst Unterstützung. Die rechtzeitige Mitbetreuung ist daher für das System zu Hause entscheidend und muss immer wieder hinterfragt und gestärkt werden.
Kosteneffektivität:	Durch Unterstützung der An- und Zugehörigen kann die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs der Patienten zu Hause deutlich erhöht werden.
Indikatorensysteme:	In anderen Indikatorensystemen kommt der Indikator bislang nicht vor.

- Leitlinien:**
- S3-Leitlinie Palliativmedizin (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 97*): An- und Zugehörige von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen mit Einverständnis 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).
An- und Zugehörige von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen entsprechend ihren Bedürfnissen und unter Berücksichtigung spezifischer und individueller Belastungsfaktoren im Erleben und in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Patienten wahrgenommen, unterstützt und begleitet werden (evidenzbasiert, Empfehlungsstärke A).
 - DEGAM-S3-Leitlinie Pflegende Angehörige 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 Palliativmedizin (2007)

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

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

Indikator 12: Anteil Palliativpatienten mit palliativer Beratung/Aufklärungsgespräch**(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele Patienten eine palliative Beratung bzw. ein Aufklärungsgespräch zur Situation und Prognose erhalten haben.
Begründung:	Die patientenzentrierte Kommunikation mit Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen sowie mit deren Angehörigen/Zugehörigen (s. Indikator 11) ist unverzichtbare Voraussetzung für eine umfassende, am Zustand des Patienten orientierte Behandlung.
Zielstellung:	Palliativpatienten sollen über die veränderte Zielsetzung der Behandlung informiert sein, soweit der Wunsch von 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 Möglichkeiten der Behandlung erhalten Patienten die Möglichkeit, sich mit der palliativen Situation auseinanderzusetzen. Angesichts der Schwere der Erkrankung ist die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod von existenzieller Bedeutung.

(II) Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Ein Jahr
Bezugsebene:	Alle Palliativpatienten in der Praxis/im Netz/im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Palliativpatienten, für die ein Aufklärungsgespräch dokumentiert ist}}{\text{Alle Palliativpatienten der Praxis}}$
Zähler:	Anzahl der Palliativpatienten, bei denen ein Aufklärungsgespräch über Therapie und Prognose der Krankheit in der Praxisverwaltung dokumentiert ist
Nenner:	Anzahl aller Palliativpatienten der Praxis
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Verordnungsdaten aus der Praxisdokumentation

Verfügbarkeit der Daten: Die Daten sind im Praxisverwaltungssystem nach vorheriger Absprache zu dokumentieren und können dann ausgelesen werden.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

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

(IV) Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz: Palliativpatienten sollen 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 Patienten die Möglichkeit, sich mit der palliativen Situation auseinanderzusetzen (*Hui et al. 2021*).

Praxisstudien und Evidenz: Die Leitlinie der Leitliniengruppe Hessen (2007) empfiehlt eine patientenzentrierte, wertschätzende Kommunikation mit Patienten. Das sogenannte SPIKES-Modell (**S**ituation, **P**atientenwissen, **I**nformationsbedarf, **K**enntnisvermittlung, **E**motionen ansprechen, **S**trategie und Zusammenfassung) zur Übermittlung schlechter Nachrichten kann modifiziert als Modell für die Gesprächsführung mit schwerkranken und sterbenden Patienten hilfreich sein.

Reduzierung der Krankheitslast: Intensive begleitende Gespräche über Krankheitsverlauf und Therapie können die Lebensqualität und die Lebenszeit bei 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 (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019*).

Leitlinien:

- Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung 2007
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (*Leitlinienprogramm Onkologie 2019, S. 109*): Die Aufklärung über die Krankheit und deren Verlauf soll primär über den behandelnden Arzt erfolgen. Bei der Auseinandersetzung mit den Informationen soll der Patient durch alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen unterstützt werden. Dazu soll der Stand des Aufklärungsprozesses nachvollziehbar dokumentiert werden (konsensbasierte Empfehlung).

(V) Einbindung in das Qualitätsmanagement

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

Literaturverzeichnis

- Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, Schneider N, Müller-Mundt G. Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-T-DE). *BMC Palliat Care*. 2018 Feb 17;17(1): 27. doi: 10.1186/s12904-018-0283-7.
- American Geriatrics Society National Committee for Quality Assurance Physician Consortium for Performance Improvement. Geriatrics Physician Performance Measurement Set 2009. www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/370/geriatrics-ws.pdf (04.03.2010).
- American Medical Directors Association (AMDA). Tool kit for implementation of the clinical practice guidelines for pressure ulcers. Columbia (MD) 2004a. www.qualitymeasures.ahrq.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6433 (11.06.2010).
- American Medical Directors Association (AMDA). We care: tool kit for implementation of the clinical practice guideline for pain management. Columbia (MD) 2004b. www.qualitymeasures.ahrq.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6447&string=pain+AND+management (04.03.2010).
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Arzneiverordnung in der Praxis: Tumorschmerzen. Köln 2007.
- BÄK, KBV, AWMF (2017). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung. 2. Auflage, Version 3, AWMF-Register-Nr.: nvl-006. Berlin: Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ et al. Provision of Spiritual Care to Patients With Medical Care and Quality of Life Near Death; *J Clin Oncol* 2010; 28 (3): 445–452.
- Bausewein C. Finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(42): 2850–2853.
- Bausewein C, Fegg M, Radbruch L, Nauck F, von Mackensen S, Borasio GD, Higginson IJ. Validation and Clinical Application of the German Version of the Palliative Care Outcome Scale. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 30(1): 51–62.
- Becker G, Galandi D, Blum HE. Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment. *Eur J Cancer* 2006; 42: 589–597.
- Becker G, Jaroslowski K, Momm F, Deibert P. Maligner Aszites – Pathogenese, Diagnose und Möglichkeiten der Symptomkontrolle. *Z Palliativmed* 2009; 10:141–153.
- Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research* 1987; 36(4): 205–210.
- Bertelsmann Stiftung. Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung. SPOTLIGHT Gesundheit. 10/2015. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf (01.11.2020).
- Bickel H. Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. *Z Gerontol Geriat* 1998; 31: 193–204.
- Binsack T. Dyspnoe in der Terminalphase. *Schmerz* 2001; 5(15): 370–373.
- Bleeker F, Kruschinski A, Breull A, Berndt M, Hummers-Pradier E. Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *Z Allg Med* 2007; 83: 477–482.

- Bodenheimer T. Interventions to Improve Chronic Illness Care: Evaluating their effectiveness. *Disease management* 2003; 6 (2): 63–71.
- Bohnet-Joschko S, Bidenko K. Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. *Dtsch Arztebl* 2019; 116(46): [20]; DOI: 10.3238/PersOnko.2019.11.15.04.
- Borasio GD, Volkenandt M. Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie. *Gynäkologe* 2007; 12(40): 941–946.
- Borgsteede SD, Deliens L, Beentjes B, Schellevis F, Stalman WA, Van Eijk JT, Van der Wal G. Symptoms in patients receiving palliative care: a study on patient-physician encounters in general practice. *Palliat Med.* 2007 Jul;21(5):417-23. doi: 10.1177/0269216307079821.
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med.* 2014 Sep;28(8):1000-25. doi: 10.1177/0269216314526272. Epub 2014 Mar 20.
- British Medical Association (BMA) and NHS Employers. Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10. London (UK): National Health Service Confederation 2009. www.bma.org.uk/images/qof0309_tcm41-184025.pdf (04.03.2010).
- Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung, Stand September 2007. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_28092007-1.pdf (04.03.2010).
- Bundesärztekammer (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl* 108(7): A346-A348.
- Bundesgesetzblatt 2007. Teil 1, Nr. 11. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) www.bgblportal.de/BGBl/bgbl1f/bgbl107s0378.pdf (04.03.2010).
- Bundesgesetzblatt 2009. Teil I, Nr. 50, S. 2495 ff. www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL (04.03.2010).
- Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, De Conno, F and the Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23(3): 239–255.
- Caraceni A, Portenoy R. An international survey of pain characteristics and syndromes. *Pain* 1999; 82: 263–274.
- Chung M, Kuzuch P. Treatment of Malignant Ascites. *Curr Treat Opt Oncol* 2008; 9: 215–233.
- Clemens KE, Klaschik E. Symptomatische Therapie der Dyspnoe bei Patienten in der Palliativmedizin: Sauerstoff-Insufflation versus Opioidapplikation. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 1939–1943.
- Clemens KE, Klaschik E. Übelkeit, Erbrechen und Obstipation in der palliativen Situation. *Dtsch Arztebl* 2007; 104(5): 269–278.
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., 2018: Pflegende Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 053-006 DEGAM-Leitlinie Nr. 6 <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Bertelsmann Stiftung. Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung Modul 2. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. 2015. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf (14.11.2018).
- Deutsche Hospiz- und PalliativStiftung. HPVC-Studie: Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland 2008. Sonder Hospiz Info Brief 2/09. März 2009. www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf (15.11.2009).

- Deutsche Schmerzgesellschaft (2015). S3-Leitlinie: Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS, AWMF-Register Nr. 145/003. Deutsche Schmerzgesellschaft.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. DNQB, Osnabrück.
- DGN, AWMF (2016). S3-Leitlinie: Idiopathisches Parkinson-Syndrom. Langversion. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. AWMF-Register-Nummer: 030-010. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Neurologie; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/angebote/erwachsene> (16.04.2021).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Sterbeorte von Krebspatienten. www.dgpalliativmedizin.de/powerpoint/Presse%20%DCbersicht%20Sterbeorte.ppt (07.07.2010).
- DGP, DHPV. Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Definition vom 15.01.2009 (<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html>, abgerufen am 16.04.2021 um 10.12 Uhr).
- Dietz I, Laske A (Working group on Palliative Care, GEMSA). Development of Palliative Care teaching for medical students in Germany. www.emaumed.de/pallmed/downloads/ag_pallmed_poster_09_vienna_education.pdf (26.11.2009).
- Dionne-Odom J, Ornstein K, Kent E. What do family caregivers know about palliative care? Results from a national survey. *Palliative and Supportive Care*. 2019 17(6), 643-649. doi:10.1017/S1478951519000154.
- Dittus KL, Gramling RE, Ades PA. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: A systematic review. *Prev Med*. 2017 Nov;104:124-132. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.07.015. Epub 2017 Jul 15.
- Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol* 2003; 21(6): 1133–1138.
- ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group. ECOG Performance Status. www.ecog.dfci.harvard.edu/general/perf_stat.html (11.11.2009).
- Edmonds P, Rogers A. „If only someone had told me ...“ A review of the care of patients dying in hospital; *Clin Med* 2003; 3(2): 149–152.
- Ellis-Smith, C, Evans CJ, Murtagh FE et al. 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. *Palliat Med*, 2017, 31, 651-660.
- Engeser P, Leutgeb R, Glassman J, Szecsenyi J, Laux G. Identifying Palliative Patients in General Practice: Focusing on the Place of Death and the Vital Role of Specialized Home Palliative Care: An Observational Study. *J Palliat Med* 2020 May 21; doi:10.1089/jpm.2020.0037.
- Ensink F, Bautz MT, Hirn AM. Schmerztherapie bei Tumorpatienten und in der Palliativmedizin. *Zentralbl Chir* 1998; 123: 649–663.
- Escalante CP, Manzullo EF. Cancer-related fatigue: the approach and treatment. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (2): 412–416.
- Fallon M, Hanks G, Cherny N. ABC of palliative care – Principles of control of cancer pain. *BMJ* 2006; 332: 1022–1024.

- Feuer DDJ, Broadley K. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; Issue 4.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burand B, Lacalle JR, Lazaro P. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: Rand 2001.
- Ford AC, Brenner DM, Schoenfeld PS. Efficacy of pharmacological therapies for the treatment of opioid-induced constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2013 Oct;108(10):1566-74; quiz 1575. doi: 10.1038/ajg.2013.169. Epub 2013 Jun 11.
- Gágyor I, Lüthke A., Jansky M. et al. Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL). *Schmerz* 2013, 27, 289–295. <https://doi.org/10.1007/s00482-013-1324-z>.
- GEKID – Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e. V. Ziele und Aufgaben/Krebsregister-Übersicht. www.gekid.de/ (18.02.2010).
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2016. <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4474/Bericht-Evaluation-SAPV-2016.pdf> (14.10.2020).
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 2007. <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Neufassung.pdf> (16.01.2010).
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zu dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 2007. www.g-ba.de/downloads/40-268-499/2007-12-20-SAPV-Neufassung_TrG.pdf (26.10.2009).
- Hagen T, Roser T, Forster C, Borasio G. Seelsorge konkret – Einblicke in die spirituelle Begleitung am Lebensende. www.khs-muenchen.de/fileadmin/benutzer_upload/PDF/poster_seelsorge_dgpo8.pdf (10.11.2009).
- Hanks GW, de Conno F, Cherny N et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001. 84 (5): 587–593.
- Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, Keller M, Koch U, Schulz H, Weis J, Mehnert A. 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. *Eur J Cancer.* 2017 Feb;72:46-53. doi: 10.1016/j.ejca.2016.11.017. Epub 2016 Dec 23. PMID: 28024266.
- Hausmaninger H. Medikamentöse Palliativtherapie bei Tumorpatienten. In: Bernatzky G, Sittl R, Likar R (Hrsg.). *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin*. Vienna: Springer 2007: 65–76.
- Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. Qual Health Care* 1999; 8(4): 219–227.
- Hermann K, Engeser P, Bölter R, Szecsenyi J. Versorgung von Palliativpatienten in der Hausarztpraxis – Übereinstimmung der Einschätzung der Betreuung aus Arzt- und Patientensicht mit der Palliative Care Outcome Scale (POS) (Abstract). 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung. Köln, 16.–18.10.2008. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House 2008.
- Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148(2): 147–159.
- Hui D, Mo L, Paiva CE. The Importance of Prognostication: Impact of Prognostic Predictions, Disclosures, Awareness, and Acceptance on Patient Outcomes. *Curr Treat Options Oncol.* 2021 Jan 11;22(2):12. doi: 10.1007/s11864-020-00810-3. PMID: 33432524.

- Husebø S, Klaschik E (Hrsg.). Palliativmedizin. 4 ed. Berlin u. a.: Springer, 2006.
- ICSI – Institute For Clinical Systems Improvement Health Care Guideline: Palliative Care 2009.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Arztsuche.
www.kvbawue.de/direkt-zur-arztsuche.html (12.11.2009).
- Klaschik E. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg.). Palliativmedizin. 4 ed. Berlin u. a.: Springer, 2006: 203–307.
- Klaschik E, Schwarzer A, Hoffmann-Menzel H. Obstipation – moderne Laxanzientherapie. *Z Palliativmed* 2003; 4: 117–122.
- Klepstad P, Kaasa S, Cherny N et al. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research; *Palliat Med* 2005; 19: 477–484.
- Krebsinformationsdienst DKFZ. Fatigue: Schwäche und Erschöpfung aktiv angehen.
www.krebsinformationsdienst.de/leben/fatigue/fatigue-index.php (05.11.2009).
- Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations; *Palliat Med* 2008; 22: 796–807.
- Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung. Version 1.03. 2007.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.0 –2019 AWMF-Registernummer: 128/001-OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 24.10.2019).
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen – Langversion 1.2, 2019b, AWMF Registernummer: 032/054OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Supportive-Therapie.95.o.html> (Zugriff am 26.03.2019).
- Lindena G, Nauck F, Bausewein C, Neuwöhner K, Heine O, Schulenberg D, Radbruch L. Arbeitsgruppe Kerndokumentation für Palliativeinrichtungen in Deutschland. Qualitätssicherung in der Palliativmedizin – Ergebnisse der Kerndokumentation 1999–2002. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2005; 99(9): 555–565.
- Lindena G: HOPE-Bericht 2017. <https://docplayer.org/104711043-Hope-patientendokumentationen-fuer-maximal-30-patienten-in-3-monaten.html> (18.11.2021)
- Lindena G, Woskanjan S: HOPE-Bericht 2007. <https://docplayer.org/25652539-Hope-ergebnisse-von-palliativstationen-onkologischen-stationen-stationaeren-hospizen-ambulant-taetigen-aerzten-ambulanten-pflegediensten.html>(18.11.2021)
- Lindena G, Woskanjan S, Fahland R: HOPE-Bericht 2009.
<https://docplayer.org/98231539-Hope-ergebnisse-von.html> (18.11.2021)
- Liverpool Care Pathway (LCP) Base Review. Kantonsspital St. Gallen. Leitfaden für die Sterbebegleitung. Offizielle deutschsprachige Spitalversion The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool 2007. www.palliativ-sg.ch/files/lcp/leitfaden_sterbebegleitung.pdf (16.07.2009).
- Lorenz K, Lynn J, Morton SC, Dy S, Mularski R, Shugarman L, Sun V, Wilkinson A, Maglione M, Shekelle PG. End-of-Life Care and Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 110. (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0003.) AHRQ Publication No. 05-E004-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2004.
- Lorenz KA, Rosenfeld K, Wenger N. Quality Indicators for Palliative and End-of-Life Care in Vulnerable Elders. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007; 55(s2): S318–S326.

- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Mannix K. Palliation of nausea and vomiting in malignancy. *Clin Med* 2006; 6(2): 144–147.
- Miles C, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson SSM. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.pub2.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011 Feb;12(2):160-74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19. PMID: 21251875.
- Morin L, Laroche ML, Vetrano DL, Fastbom J, Johnell K. Adequate, questionable, and inadequate drug prescribing for older adults at the end of life: a European expert consensus. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018, doi: 10.1007/s00228-018-2507-4.
- Morrow GR. Cancer-related fatigue: causes, consequences and management. *Oncologist* 2007; 12(1): 1–3.
- Mularski RA, Curtis JR, Billings JA, Burt R, Byock I, Fuhrman C, Mosenthal AC, Medina J, Ray DE, Rubinfeld GD, Schneiderman LJ, Treece PD, Truog RD, Levy MM. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup. *Crit Care Med* 2006;34 (11 Suppl): 404–411.
- Murtagh FEM, Bausewein B, Verne J et al. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine* 2014, 28.
- NICE (2011). NICE guideline: End of life care for adults. Quality standard (QS 13). Published: 28 November 2011. Last updated: 07 March 2017. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2012). Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2015). NICE guideline: Care of dying adults in the last days of life (NG 31). Published: 16 December 2015. National Institute für Health and Care Excellence.
- NICE (2017). NICE guideline: Parkinson’s disease in adults (NG 71). Published: 19 July 2017. National Institute for Health and Care Excellence.
- NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Perth, Australia: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
- O’Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 2009; 122 (20): 22–32.
- Pasman HR, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(1): 145–156.
- Pechersdorfer M. Treatment options for breast cancer and bone metastases. *Women’s Health* 2009; 5(2): 149–163.
- Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer* 1997; 79 (4): 835–842.
- Poort H, Peters M, Bleijenberg G, Gielissen MF, Goedendorp MM, Jacobsen P, Verhagen S, Knoop H. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 14;7(7):CD012030. doi: 10.1002/14651858.CD012030.pub2.
- Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med* 2003; 17(4): 310–314.

- Protz K. Dekubitusentstehung, Prophylaxe und Versorgung. *Geriatric Journal* 2006; 4: 31–51.
- Püllen R. Therapie des Dekubitus beim älteren Patienten. *Z Gerontol Geriat* 2004; 37: 92–99.
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Jr., Cross JT, Jr., Owens DK for the Clinical Efficacy Subcommittee of the American College of Physicians. 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. *Ann Intern Med* 2008; 148(2): 141–146.
- Radbruch L, Sabatowski R, Loik G, Jone-Thielemann I, Kasper M, Gondek B, Lehmann KA. Cognitive impairment and its influence on pain and symptom assessment in a palliative care unit: development of a Minimal Documentation System. *Palliative Medicine* 2000; 14: 266–276.
- Radbruch L, Nauck F. Patientenregister als Forschungsinstrument – am Beispiel der Hospiz- und Palliativhebung (HOPE). www.dgpalliativmedizin.de/pdf/ag/090602%20Radbruch%20+%20Nauck%20zu%20HOPE.pdf (07.07.2010).
- Rosenbruch J, Eschbach C, Viehrig M et al. SOP – Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten. *Onkologie* 2017, 23, 381–384. <https://doi.org/10.1007/s00761-017-0214-x>.
- Schäfer I. Empfehlung: Gastrointestinale Obstruktion und Ileus bei palliativen Patienten. www.inneremedizin.insel.ch/fileadmin/innere-pupk/innere-pupk_users/Pdf/Palliative_Care/Empfehlung_Obstruktion.pdf (07.07.2010).
- Schildmann EK, Groenveld EI, Denzel J et al. Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: The first phase of a validation study of the Integrated Palliative care Outcome Scale. *Palliat Med*, 2016, 30, 599-610.
- Schindler T. 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), KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Schneider N, Buser K, Amelung VE. Ansichten von Hausärzten zur Versorgung am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *Z Allg Med* 2006; 82: 298–304.
- Schneider N, Mitchell GK, Murray SA. Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC family practice* 2010, 11:66.
- Scholert-Everts R, Klaschik E, Eibach U. Patientenautonomie und Patientenverfügung: Ergebnisse einer Befragung bei stationären Palliativpatienten. *Z Palliativmed* 2002; 3: 77–84.
- Schrijvers D. Pain control in cancer: recent findings and trends. *Ann Oncol* 2007; 18(9): ix37–ix42.
- Shahin E, Dassen T, Halfens RJG. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: A literature review. *Nursing in Critical Care* 2008; 13 (2): 71–79.
- 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. Improving patient outcomes of home health care: findings from two demonstration trials of outcome-based quality improvement. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(8): 1354–1364.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen 2020 (16.04.2021, 09:24).
- Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. Comparison of terminally ill cancer- vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany – a single service analysis. *BMC Palliat Care* 2015, 14:34.
- Tang ST. When Death Is Imminent. *Cancer Nursing* 2003; 26 (3): 245–251.

- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. PMID: 20818875.
- Vollmann J. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 2. Sterbebegleitung. Robert Koch-Institut 2003. www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=6954&p_sprache=D (07.07.2010).
- Walling A, Lorenz KA, Dy SM et al. Evidence-based Recommendations for Information and Care Planning in Cancer Care; *J Clin Oncol* 2008; 26(23): 3896–3902.
- Wasner M. Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin. Doktorarbeit, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München 2007.
- Wedding U, Honecker F, Pientka L, Höffken K. Klinische Studien und Patientenregister für alte Patienten mit Krebserkrankungen. *Onkologe* 2007; 13: 793–791.
- Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Ann Intern Med*. 2001; 135(8 Pt 2): 677–85.
- 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. Application of assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators to patients with advanced dementia and poor prognosis. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55 Suppl 2: S457–63.
- WHO. Cancer Pain Relief. 2 ed. Geneva: WHO, 1996.
- WHO 2002. WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (05.11.2009).
- Wiese C, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf BM, Hanekop G. Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 972–976.

Abkürzungen

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ACP	Advance Care Planning
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BGBL	Bundesgesetzblatt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HOPE	Hospiz- und Palliativverbund
IN-GHO®	Register der Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie
i. v.	intravenös
MIDOS	Minimal Documentation System for pain and symptom assessment in palliative care patients
NSAIDs	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

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

	INDIKATOREN DER VERSCHIEDENEN DOMÄNEN	RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
32	4.2.5 Nicht sinnvolle Kombination von Opioiden	8	8
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

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

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

Facharzt für Allgemeinmedizin, Moderator Qualitätszirkel Palliativmedizin Göttingen, Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit, Hannover

Dr. med. Martin A. Lang

Facharzt für Innere Medizin, Göttingen

Dr. med. Hubert Schindler

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Abteilung Gesundheit, Berlin

PD Dr. med. Nils Schneider MPH

Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

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

Wie können 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) 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.

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 C6: Depression
- Band C7: Koronare Herzkrankheit
- Band C8: Herzinsuffizienz
- Band D: Pharmakotherapie
- Band D2: Rationaler Antibiotikaeinsatz (neu 2021)
- Band E1: Prävention
- Band E2: Krebsfrüherkennung
- Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung

Die ersten dreizehn Bände erschienen in der Version 1.0 zwischen 2009 und 2012. Zug um Zug werden sie auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht. Ebenso fließen in die Version 2.0 erste Erfahrungen mit der 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 Patienten, die palliativ versorgt werden, die Umsetzung von Patientenwünschen, die Symptomkontrolle sowie die frühzeitige Vorsorge für mögliche Akutbeschwerden. QISA thematisiert damit einen Bereich, in dem die Versorgung und ihre Qualitätsmaßstäbe noch in der Entwicklung sind, sehr gute Versorgungsqualität aber eine besonders hohe Verpflichtung darstellt.

ISBN: 978-3-940172-66-2