



„Qualitätsmessung in der Palliativmedizin“

Was zeichnet gute Palliativmedizin im Krankenhaus aus ?

Dr.med. Lorenz Fischer

Chefarzt der Abt. für Schmerz- und Palliativmedizin

Fachlicher Koordinator der QKK - AG Palliativ

QKK Palliativ-Workshop

Trier, 14.10. 2015

Einleitung

- 2013: 890.000 Todesfälle
- 70% nach längerer Krankheit oder Pflege
- nur 20% nach akuten Verläufen
- **< 10% ohne palliativmedizinische Massnahmen**



was wäre gute Palliativmedizin ?



Bedürfnisse der Betroffenen –Anforderungen an die Versorgungsstrukturen

multiprofessionelle Konsiliardienste

Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz

regionale Netzwerke

Einzelfallkoordination

Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung

Multiprofessionalität

Interdisziplinarität



S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Kurzversion 1.1 – Mai 2015

12. Qualitätsindikatoren

QI 1: Reduktion Atemnot

QI 2: Reduktion Schmerz

QI 3: Opiate und Laxantien

QI 4: Symptomassessment in der Sterbephase

QI 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase

QI 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase

QI 7: Beenden von medizinischen Maßnahmen in der Sterbephase

QI 8: Screening auf Depression

QI 9: Vorausschauende Versorgungsplanung

QI 10: Screening mittels MIDOS und IPOS



S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Kurzversion 1.1 - Mai 2015

11.3.1. Zeitpunkt der Integration von Palliativversorgung

- Ø **Alle** Patienten mit einer Krebserkrankung *sollen unabhängig vom Krankheitsstadium Zugang zu Informationen über Palliativversorgung* haben.
- Ø **Allen** Patienten *soll* nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung **Palliativversorgung angeboten** werden, **unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie** durchgeführt wird.



S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Kurzversion 1.1 - Mai 2015

11.4. Erfassen der Patientenbedürfnisse und Ermittlung der **Komplexität**

Beeinflussender Faktor für die Komplexität	Mögliches Messinstrument
1. Probleme und Bedürfnisse des Patienten	z. B. Minimales Dokumentationssystem (MIDOS 2) [192], Edmonton Symptom Assessment System (ESAS/revised version ESAS-r) [192, 193], Palliative Care Outcome Scale (POS) [194, 195], Distress-Thermometer mit Problemliste [196]
2. Belastungen der Angehörigen	z. B. Deutsche Version des Zarit Burden Interviews (G-ZBI) [197], Häusliche Pflegeskala (HPS) der DEGAM
3. Funktionsstatus	Funktionsstatus v. a. im Sinne von Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung z. B. Australian-modified Karnofsky-Performance Status (AKPS) [198], Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) [199], Activities of Daily Living (ADL) [200], Barthel Index [201]
4. Krankheitsphase:	Beschreibung



Ängste-Bedürfnisse

- Ø Hilflosigkeit ⊃ Konflikt ⊃ Angst, Leid, Verdrängung
- Ø 1.Phase: Diagnoseschock ⊃ Verlust der Unsterblichkeitsfantasie
- Ø 2.Phase: die Erkrankung wird spürbar ⊃ Symptome, Therapie, NW
- Ø 3.Phase: „Sterben müssen“ vs. „nicht wahrhaben können“
- Ø 4.Phase: Nahen des Todes, „ich werde sterben“: Abschied
- Ø 5.Phase: das Sterben: Behutsamkeit, Sicherheit, gem.Ausharren
- Ø 6.Phase: wie wird mein verstorbener Körper behandelt ?
- ⊃ Interaktionsfähigkeit ⊃ empathische (Sterbe)begleitung



Qualität !

„Die Kraft steckt in der Qualität.“

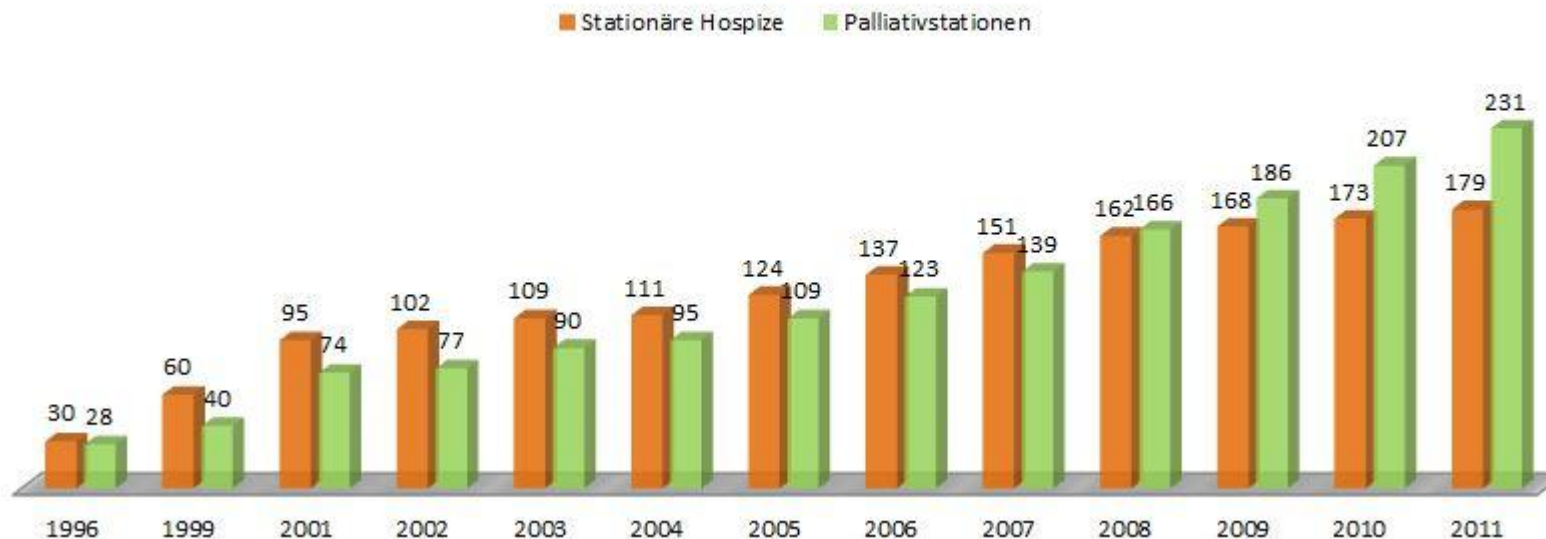
(Friedrich Nietzsche, dt.Philosoph 1844-1900)



Strukturqualität (Makro)

Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen einschl. der Einrichtungen für Kinder

Stand 1/2011 Datenquelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin



Strukturqualität (Mikro)

Qualifikationen:

Ärzte: Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“
Klinikum Mutterhaus: 5,5 / 210 VK

Pflege: Weiterbildung „Palliativ-Care“
Klinikum Mutterhaus: 34 Mitarbeiter

Psychologen: Weiterbildung Psychoonkologie
Klinikum Mutterhaus: ca. 3 Mitarbeiterinnen

Seelsorger: Weiterbildung Palliativ-Care für Seelsorgende
Klinikum Mutterhaus: 1 Ehemaliger



Strukturqualität (Mikro)

Interdisziplinäre medizinische Zentren:

z.B. onkologisches, Mamma-, Darm-Zentrum

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-892)

	ZE60.01	ZE60.02	ZE60.03
2014:	1.274,13 €	1.621,46 €	2.603,60 €

multidisziplinäre Fallbesprechungen

Palliativ- Schmerzambulanz

Tumorkonferenz



Strukturqualität (Mikro)

Ein Kessel Bunt

Palliativkonsiliardienst



(v.l.) Michaela Waldschütz (Dipl. Sozialpädagogin (FH)), DSA Rosa Gattringer (Psychoonkologin), DGKS Angela Lang, DGKS Barbara Mayer, OÄ Dr. Patricia Steiner, DGKS Angela Dürr, OA Dr. Dietmar Stockinger (ärztliche Leitung), STL DGKS Manuela Jäger (Kordinatorin Pflege), Edith Pöll (Sekretariat)

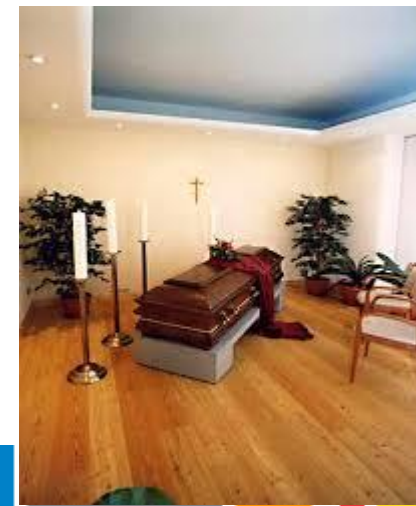
ethische (palliative) Fallbesprechung



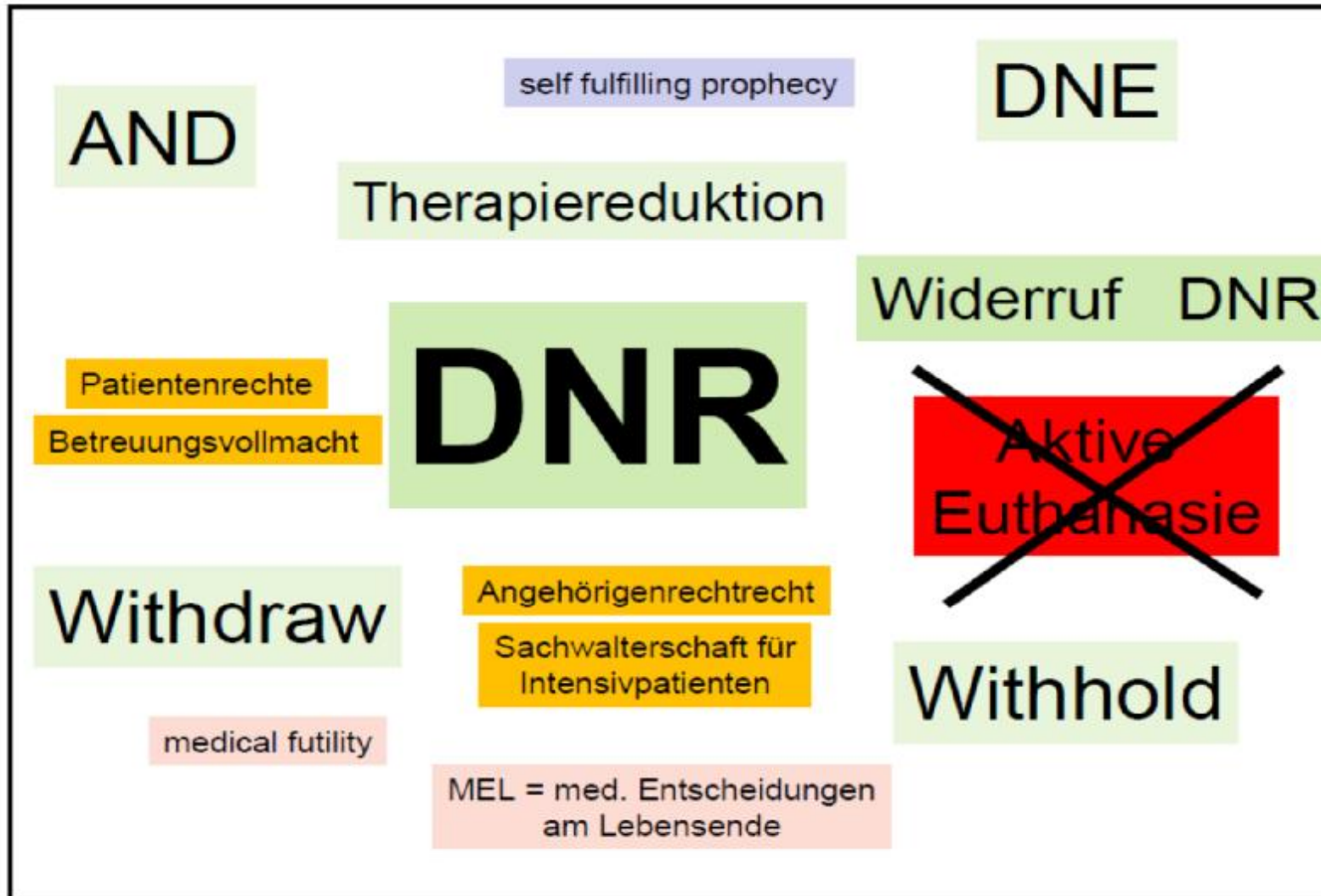
Gedenkgottesdienst



Abschiedsraum



Prozessqualität



Prozessqualität

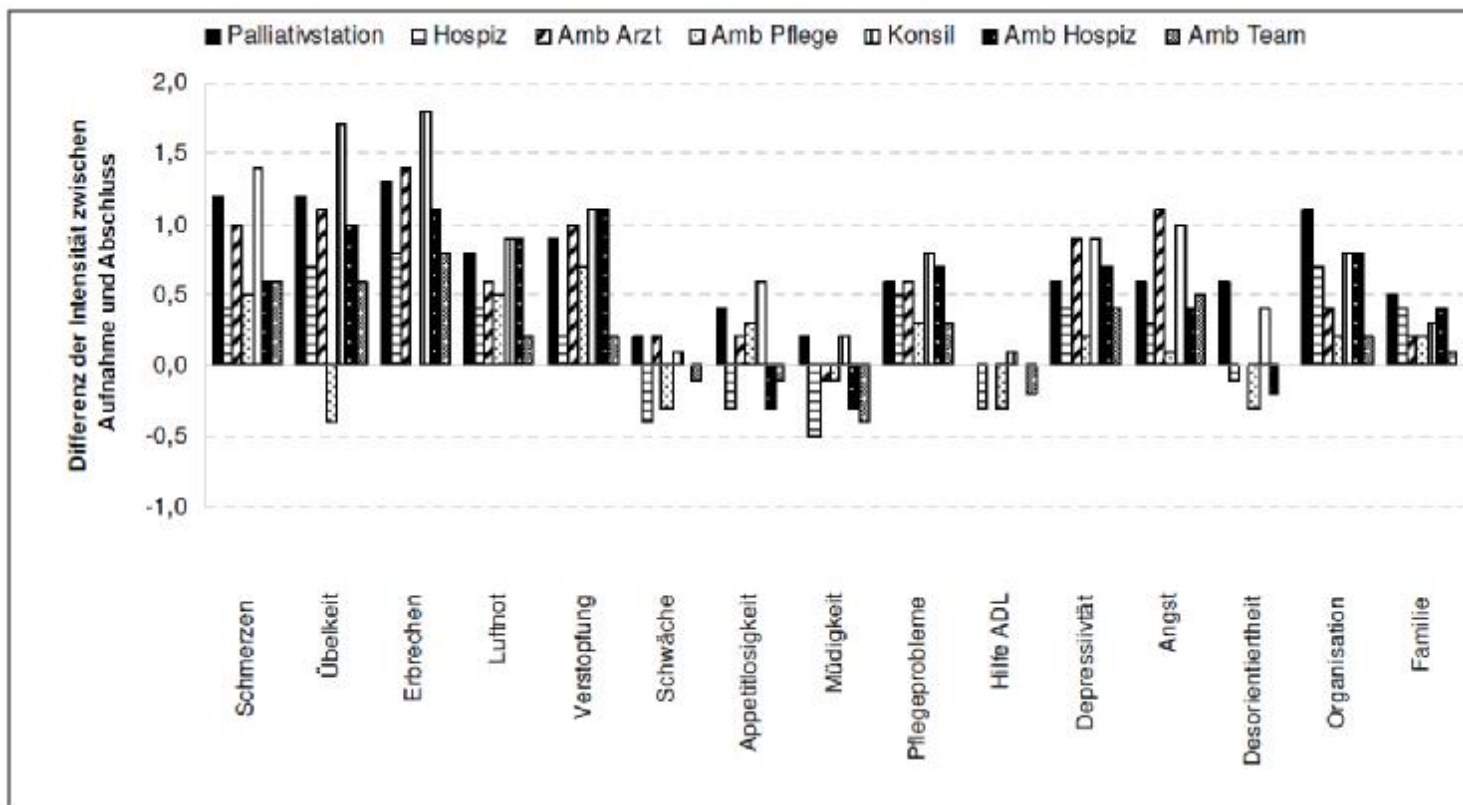
Ärztliche Sterbebegleitung (BÄK 2004)

- **Basisbetreuung, „Stillen von Hunger und Durst“**
- Konsens mit Kollegen und Pflegenden
- Gespräch mit Angehörigen
- Änderung des Behandlungsziels einvernehmlich mit Patient
- Selbstbestimmungsrecht des Patienten Patientenverfügung
- Behandlungsbegrenzung, wenn medizinisch indiziert



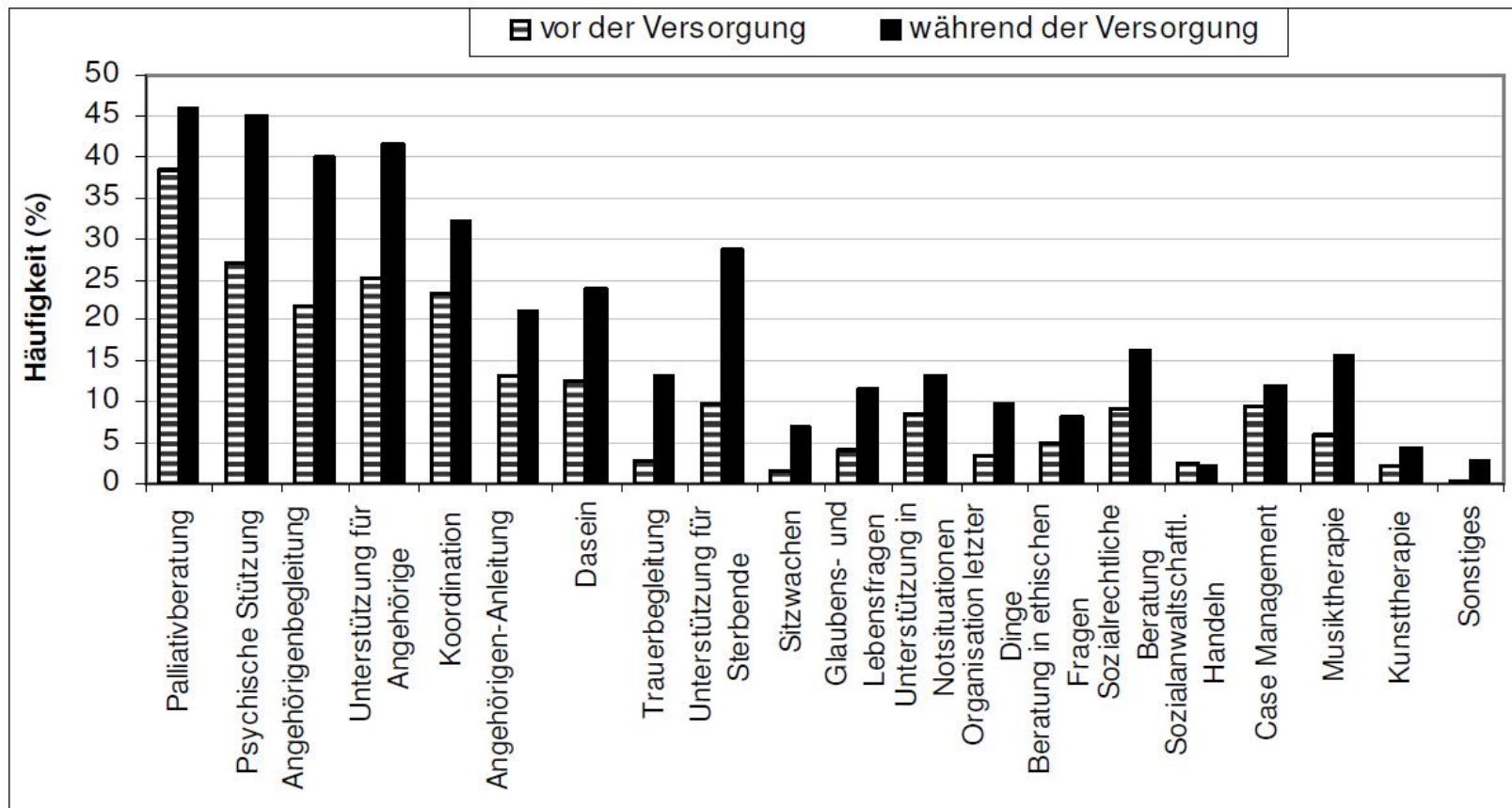
Ergebnisqualität

HOPE(2010)



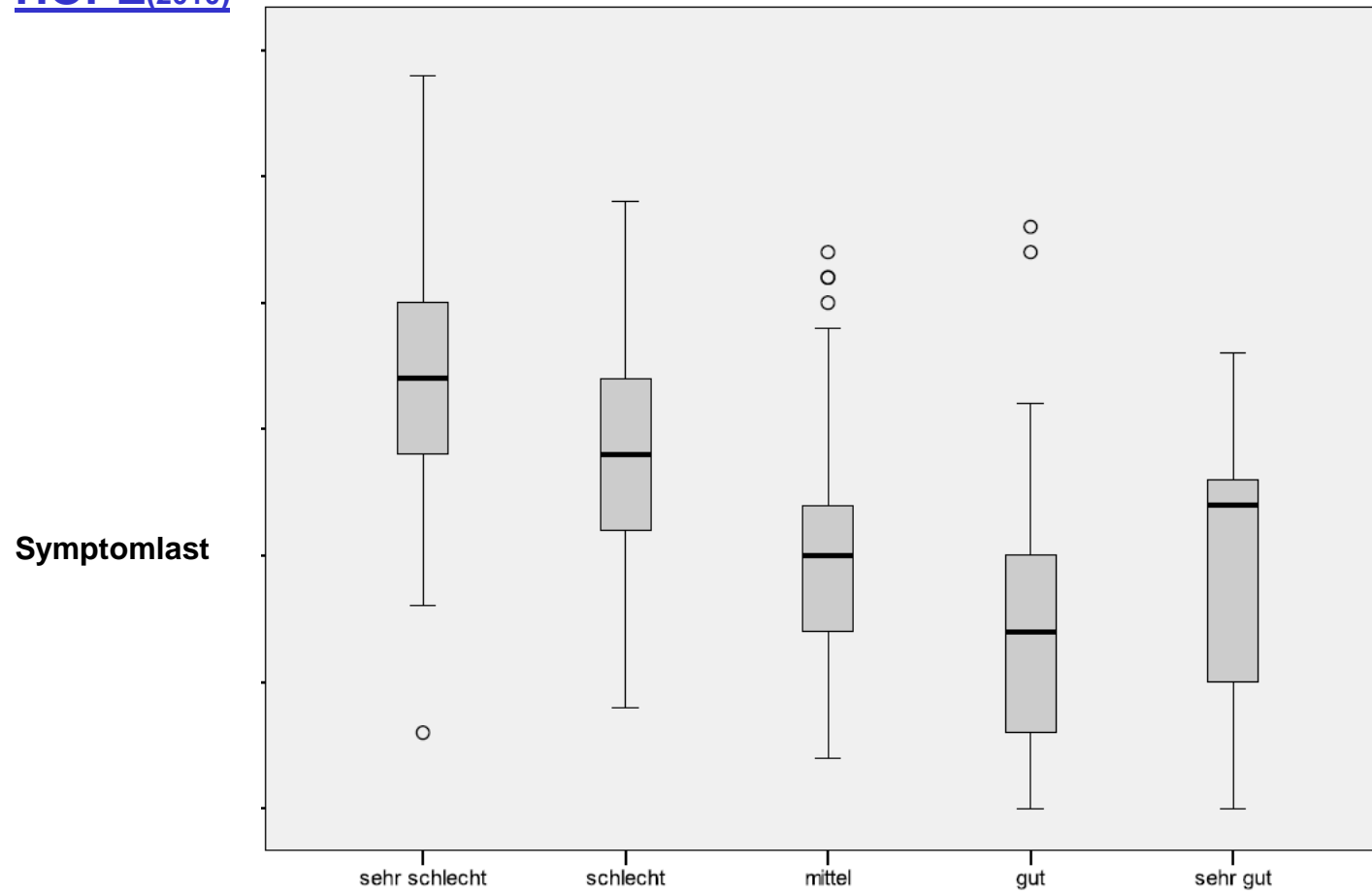
Ergebnisqualität

HOPE(2010)



Ergebnisqualität

HOPE(2010)



Befinden

17



Ergebnisqualität

Dokumentation Klinikum Mutterhaus:

Palliativmedizinische Behandlung bei Sterbenden:

Verstorbene Patienten 2012	261	kein Fall mit der Kodierung Z51.5 oder einer Prozedur 8-98e
Verstorbene Patienten 2013	272	6 Fälle mit der Kodierung Z51.5 oder einer Prozedur
Verstorbene Patienten 2014	310	19 Fälle mit der Kodierung Z51.5 oder einer Prozedur

Behandlung im Endstadium von Krebserkrankungen:

Behandlungsfälle mit metastasiertem Tumor 2012	638	8 Fälle mit der Kodierung Z51.5 oder einer Prozedur
Behandlungsfälle mit metastasiertem Tumor 2013	651	46 Fälle mit der Kodierung Z51.5 oder einer Prozedur
Behandlungsfälle mit metastasiertem Tumor 2014	689	78 Fälle mit der Kodierung Z51.5 oder einer Prozedur

Palliativkonsiliardienst:

2009:	101	
2010:	268	
2012:	461	
2014:	721	+ 60 Komplexbehandlungen



Ergebnisqualität

Behandlung

β

Behandlungsziele

β

Behandlungsergebnis

β

Patientenzufriedenheit



Ergebnisqualität

Auf einer Tagung der „Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.“ wurden krebserkrankte Frauen in einer spontanen Umfrage gebeten, ein für sie wesentliches **Kriterium für eine gute palliative Versorgung** zu benennen:

- Ø Geborgenheit und Halt
- Ø Schmerzfreiheit und -linderung
- Ø Gute Strukturen
- Ø Gutes Arzt-Patientenverhältnis
- Ø Bedürfnisorientierte Versorgung
- Ø Guter Kontakt zu Angehörigen / Zugehörigen
- Ø Erhalt der Würde
- Ø Ausreichend Zeit für Gespräch und Betreuung.

Brathuhn, Mohr., Z Palliativmed 2013;14



Ergebnisqualität

Sterben unter würdigen Bedingungen (Gesundheitsmonitor 2011):

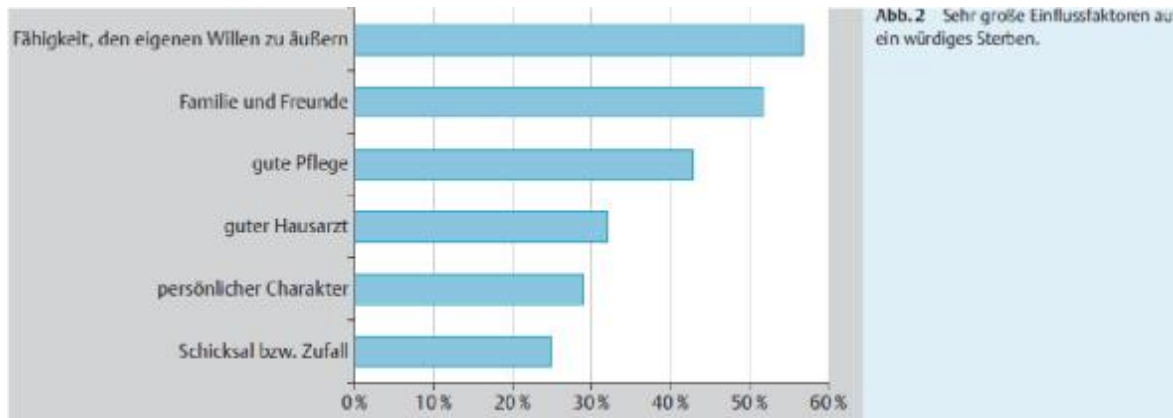
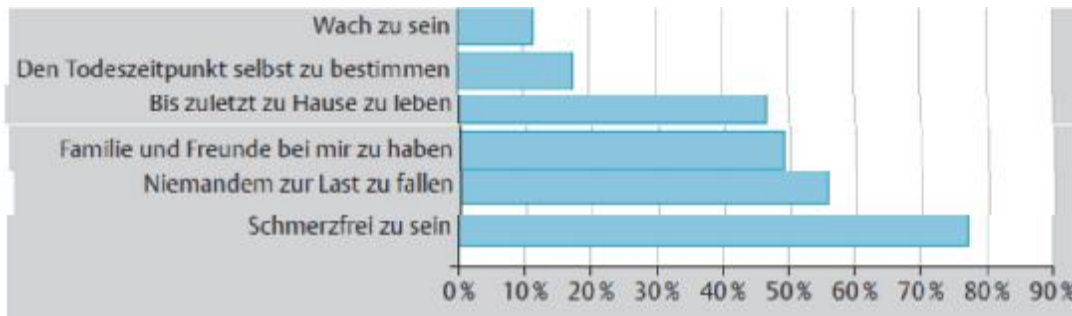


Abb. 2 Sehr große Einflussfaktoren auf ein würdiges Sterben.

Qualität !

Palliativmedizin ist gelebte Suizidprophylaxe

TABELLE 2

Todesfälle in 2013

	n	%
Todesfälle in Deutschland	893 825	100,0
Suizide in Deutschland	10 076	1,127
Insgesamt in SAPV versorgt	74 594	8,345
Hiervon eingeschlossen in Studie	8 209	0,918

Sterbedaten für 2014 liegen bislang nicht vor

TABELLE 3

Bei den befragten PCTs 2013 und 2014 verstorben

	n	%
Unter SAPV im Zeitraum verstorben	17 772	100,000
Wunsch nach Lebensverkürzung	1 452	8,170
Lebensverkürzung durch Selbsttötung	17	0,096
Tötung auf Verlangen	0	0
Lebensverkürzung bei Kindern	0	0

Dt.Ärzteblatt, Heft 40, Thomas Sitte



Das kann QKK



- Dokumentation: wer macht es ?
- Benchmarking: anschauen erlaubt !
- Qualitätssiegel: besser werden
- Spiritualität: z.B. SPIR, Beten
- palliative Geriatrie
- Indikatoren zur Christlichkeit
- Leitbild Palliativmedizin

