



Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e.V.

smart-Q Kongresse

Qualität in der Hospiz- und Palliativversorgung – Was ist das?

***4. Int. Sylter Palliativtage
18.-21.04.2015***

Winfried Hardinghaus, Franziska Kopitzsch

**Deutscher Hospiz- und PalliativVerband und Charta zur Betreuung
schwerstkranker und Sterbender Menschen in Deutschland**



„Die größte Gefahr liegt darin, dass sich die Hospizbewegung von ihren ursprünglichen Ideen abwendet und das Sterben zu einer Planungsaufgabe – hübsch verpackt in Standards und Richtlinien - werden lässt.“
(N. Lexa)

DER IRRSINN MIT DEN PFLERGEHEIM- NOTEN

**GROSSER
BILD-
CHECK**

Die alte Dame be-
ginnt bei der Frage
der Prüferin, ob sie
hier zufrieden sei, zu
weinen. Sie erzählt,
dass sie getrunken
habe 14 Tage lang
wird, das hier ist
nur eine viel schlim-
mere Situation.

Tochter Marianne
(60) beklagt: „Die
Personaldichte ist so
dünn, dass Mama
teilweise Essen von
einem Mitbewo-
hner gebracht wird,
der aber nicht da-
rauf eingeht, was
sie mag. Sie hat seit
dem Schlaganfall
schon zehn Kilo ab-
genommen.“

Das ist für den
MDK aber nicht be-
merksamer – weil
„der Personalschlei-
sel nicht bei der
Prüfung ist“, erklärt
Kersten Fink.

Verschiedene Hei-
me, ganz unter-
schiedliche Pflege-
situationen – und
trotzdem dieselbe
Bewertung: Irrsinn
Pflege-Noten!

BILD hat zwei Hei-
me bei der Kontrol-
le durch den Medi-
zischen Dienst der
Krankenversicherung
(MDK) begleitet. Bei-
de bekamen die Zen-
sur 1,2 – „sehr gut“.

Während die Prüfer
im anderen Heim
sehr zufrieden sind,
lediglich falsch gew-
eckelte Verbände be-
mängeln.

Wie kommen so
unterschiedliche Noten
zustande?

Wie viele ha-
ben einen sehr an-
steckenden Krank-
heitskeim (MRSA)?

Wie viele Be-
wohner sind fixiert/
ruhiggestellt (frei-
lich)?

Das Gesundheitsmi-
nisterium genehmigt
den Katalog nur.
Weiteres Problem
ist die Berechnung
der Noten.
Jedem Prüfkriteri-
um wird ein gewis-
ses Gewicht zu-
geordnet.

jahr 2014 aber bei
der Note 1,3. Denn:
76,7 Prozent aller
Heime bekamen
die Zensur „sehr
gut“. Nur 0,1 Prozent
wurden als „ausrei-
chend“ eingestuft.

**DAS FAZIT LAU-
TET ALSO:** Die ak-
tuelle Prüfpraxis
macht es guten
Heimen schwer, als
solche aufzufallen
– und schlechten
leicht, sich zu ver-
steuern.

Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Zentrale Bedeutung: Qualität, **Qualitätssicherung** und Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen --- denn eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung muss überall dort, wo Patienten versorgt werden, gesichert sein.

In den letzten Jahren sind die **Anforderungen an Qualitätssicherungssysteme** im Gesundheitsbereich ständig gewachsen und sind gleichzeitig selbstverständlicher Teil der Leistungserbringung im Gesundheitssystem geworden.

Im Interesse der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten muss eine an Qualitätsstandards orientierte Versorgung für eine **qualitätsgesicherte Versorgung** entwickelt werden.

Dies gilt im besonderen Maße auch in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen.



Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (G-BA)

Strukturqualität beschreibt die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen, d. h. den Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen sind weitere Indikationen für eine Strukturqualität.

Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. Bei der Prozessqualität stellt sich somit die Frage nach dem „Wie“ der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab? Prozessqualität bezieht sich direkt auf medizinische Fragen.

Ergebnisqualität bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob deren Zielsetzung erreicht wurde. Wichtig dabei ist die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis.



Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (G-BA)

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität ist die Komponente, die in der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden am schwierigsten zu erfassen ist. Unter anderem ist dies

- der Ambivalenz des Patientenwillen geschuldet
- akuten Erkrankungen von palliativ versorgten Patienten, die eine Einweisung in ein Akutkrankenhaus notwendig machen (z.B. akuter Herzinfarkt bei noch „längerer“ Lebenserwartung).
- der regional unterschiedlichen Versorgungsstruktur (z.B. keine Zulassung des vertrauten Onkologen für die ambulante Versorgung, Uniklinik mit breiterem Behandlungsspektrum in der Nähe, regional/ortsnah Hospiz vorhanden oder nicht).
- Wunsch des Patienten, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, aber zum Sterben ins Krankenhaus zu wollen.
- Stationäre Aufnahmen von Palliativpatienten zur Symptomeinstellen auf eine Palliativstation

Palliativversorgung – Gesetze und Verordnungen

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativ- versorgung (APV)	➤ Allgemeine Krankenhausstationen ➤ Nicht spezialisierte Palliativstationen / Palliativeinheiten / Palliativbetten ➤ „Konsiliardienste“ „Liaisondienste“ „Palliativdienste“ ➤ Personal mit Basisqualifikation	➤ AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) ➤ Hausärzte (im neuen EBM vergütet) ➤ Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation ➤ Ambulante Hospizdienste ➤ Weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte
Spezialisierte Palliativ- versorgung (SPV)	➤ Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen - z.B. mind. 5 Betten) ➤ Stationäre Hospize ➤ Tageshospize ➤ Einsatz von ambulanten Hospizdiensten ➤ multiprofessionelle Teams!	➤ SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007 – geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) ➤ Immer multiprofessionell - oft durch Teams! ➤ Häufig Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten ➤ Tgl. 24h Erreichbarkeit

Qualitätsvorgaben für die stationäre Palliativversorgung

- Hausinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen
- OPS 8-982
- OPS 8-98e
- BE Regelungen
- Im Falle der Kooperation mit onkologischen zertifizierten Zentren
 - Kriterien der DKG (Krebsgesellschaft)
 - Kriterien der DGHO
 - Empfehlungen der DGP (z.B.: zur Personalbesetzung, Raumausstattung, Qualifikation der Berufsgruppen, usw.)
- Div. Leitlinien
- Nationales Hospiz- und Palliativregister



BewohnerInnen betreuen	Die Betreuung der BewohnerInnen ist individuell und basiert auf einer bedarfsorientierten ganzheitlichen Versorgungsplanung. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen und die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team von haupt- und ehrenamtlichen Kräften einschließlich des betreuenden Arztes erbracht.
Aufnahme im Hospiz	Ein strukturiertes Aufnahmegespräch (Anamnese) bezüglich körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Dimensionen mit Dokumentation findet bei jedem Patienten innerhalb von 48 h statt. Vor Aufnahme findet in der Regel ein ausführliches Beratungsgespräch statt.
Betreuungsangelegenheiten/ Testament	Es existiert ein Verfahren für die Regelung von Betreuungsangelegenheiten und die Anforderung eines Notars für die Testamenterstellung. Die Verfahrensweise für Nottestamente ist beschrieben.
Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht	Vorhandene Verfügungen und Vollmachten werden auf ihre aktuelle Gültigkeit überprüft. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs werden die Aufnahmekriterien ("palliativ") mit dem Patienten besprochen. Mit der Aufnahme stimmt der Bewohner zu. Das Hospiz stellt sicher, dass Willensbekundungen eingehalten werden. Hilfestellung bei der Erstellung von Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht
Versorgung planen	Entsprechend der Wünsche, Bedürfnisse und Erfordernisse wird ein individueller Versorgungsplan erstellt, dokumentiert und bei Bedarf angepasst.
Palliative Versorgung	Das Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Einrichtungsinnen existiert ein Pflegekonzept, das eine bedarfsorientierte und ganzheitliche Pflege ermöglicht. Das Modell wird zur Planung genutzt. Die Pflegedurchführung wird dokumentiert und eine regelmäßige Zielüberprüfung findet
Körperpflege	Waschen, Duschen und Baden, Zahn- und Hautpflege, Kämmen und Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
Essen und Trinken	Es wird gewährleistet, dass die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr entsprechend der individuellen Notwendigkeiten und Bedürfnissen erfolgt. Im Speziellen: Zahn- und Mundpflege bei fehlender Flüssigkeitsaufnahme. Es gibt die Möglichkeit zu gemeinsamen Mahlzeiten mit anderen Bewohnern.
Mobilität	Entsprechend der individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse gibt es Bewegungsangebote (z.B. Spaziergehen, Fahren im Park/Garten mit oder ohne Begleitung).
Prophylaxe	1. Standardprophylaxen (Dekubitus-, Parotis-, Sturz-, Kontrakturenprophylaxe etc.) werden im Hinblick auf die individuelle Situation bewertet und ggf. vorgenommen. 2. Bei geplanten pflegerischen Maßnahmen (Lagerung, Waschen etc.) wird, falls erforderlich, rechtzeitig eine Schmerzprophylaxe (z.B. Bedarfsmedikation) vorgenommen.
palliativmedizinische Behandlungspflege	fachgerechte Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen
Symptome erfassen und dokumentieren	Aufzeichnung des Verlaufs der Schmerz- und Symptomkontrolle
medikamentöse Maßnahmen	Verordnete Medikamente stehen dem Patienten bedarfsgerecht zur Verfügung. Ist die Notwendigkeit gegeben, wird bei Schmerzen und anderen Symptomen ausser der festen Medikation immer eine Bedarfsmedikation verordnet.

Qualitätshandbuch für die stationäre Hospizarbeit: SORGSAM

Im Jahr 2004 wurde als gemeinsames Projekt des DHPV mit den beiden Wohlfahrtsverbänden Deutscher Caritasverband und Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands das "Qualitätshandbuch für stationäre Hospize" unter dem Titel "Sorgsam" entwickelt.

Ziel des vorgelegten Handbuches, in dem auch die gemeinsam abgestimmten Leitlinien für stationäre Hospize vorgestellt werden, ist es, Qualitätsentwicklung und -sicherung darzustellen und zur Anwendung zu empfehlen

- nicht nur den stationären Hospizen, sondern auch den Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern, um Hospizkultur und Palliativkompetenz in allen stationären Bereichen sicherzustellen.



Herausgegeben von:
Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.,
Deutscher Caritasverband e.V.,
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

Beispiel: Gütesiegel stationäres Hospiz Niedersachsen

LAG Hospiz Niedersachsen



HOSPIZ LAG
NIEDERSACHSEN E.V.

Startseite
Adressen
Aktuelles
Fortbildung
Gütesiegel
Impressum
Kontakt
LAG Hospiz
Links
Mitgliedschaft
Spenden
Themen
Veranstaltungen
Stellenangebote

Intern
Mitgliederbereich

Gütesiegel stationäres Hospiz Niedersachsen

Seit 20 Jahren gibt es Hospize in Niedersachsen. Bereits 23 stationäre Hospize und zwei Kindhospize in Niedersachsen bieten intensive Pflege und Begleitung für Patienten an und stehen mit Rat und Tat den Angehörigen zur Verfügung.



Weitere derartige Einrichtungen sind geplant. Damit Hospize auch weiterhin in der bekannten Qualität wahrgenommen werden, haben sich die stationären Hospize in Niedersachsen zusammengeschlossen und in einem dreijährigen Prozess Qualitätsstandards erarbeitet. Die Einrichtungen, die sich diesen Standards stellen, erhalten ein Gütesiegel, das von der Hospiz LAG Nds. vergeben wird.

Dieses Gütesiegel in Niedersachsen ist bisher einmalig im Bereich der Hospize in Deutschland. Unter wissenschaftlicher Begleitung ist es gelungen, auch die Beziehungsarbeit in der hospizlich-palliativen Pflege messbar zu machen.

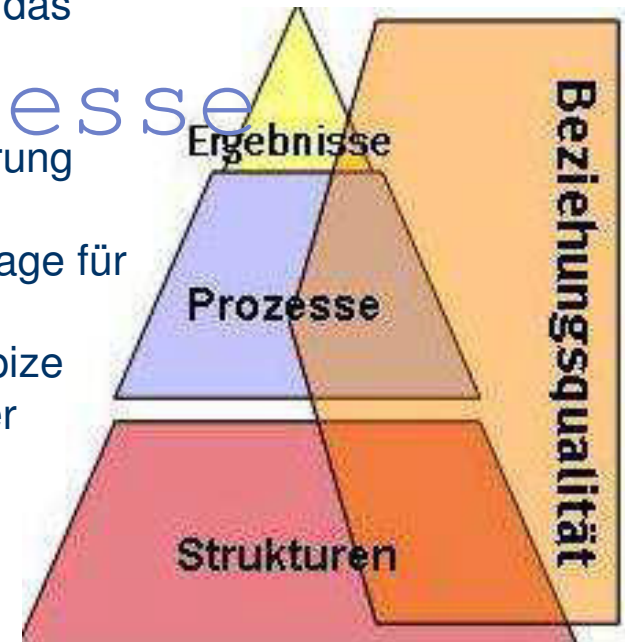
Prüffleitfaden Gütesiegel. [pdf-dokument]

Wie ist Beziehungsarbeit in der hospizlich palliativen Pflege messbar? - Plädoyer für eine zeitgemäße Prüfkultur – [pdf-dokument]

<http://www.hospiz-nds.de> [28.02.2015 10:28:33]

Beispiel: Gütesiegel stationäres Hospiz Niedersachsen

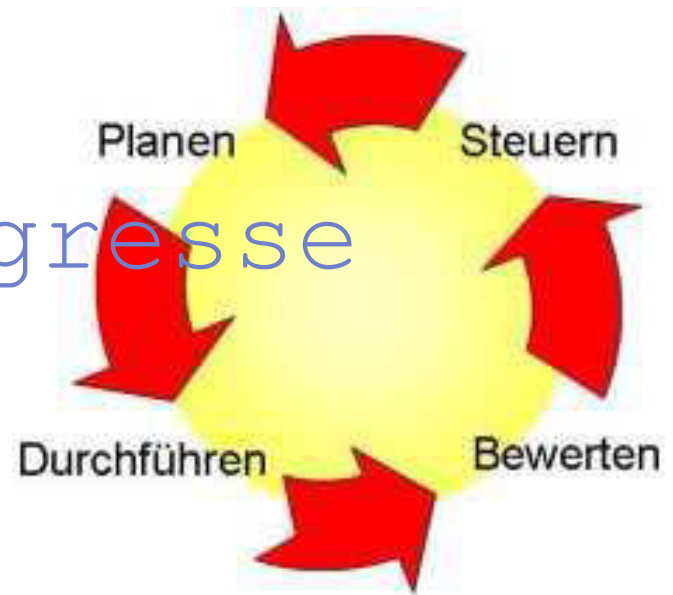
- Das Gütesiegel für stationäre Hospize besteht aus verschiedenen Teilen. Grundlage und Instrument für den Nachweis der Umsetzung ist eine Checkliste. Sie enthält alle formulierten Anforderungen an ein stationäres Hospiz und dient zugleich in einer anderen Form als Antragsformular für das Gütesiegel.
- Eine **Checkliste** stellt somit die **Strukturqualität** zur Verfügung, um den stationären Hospizen eine Orientierung über die Anforderungen zu geben und dem Zertifizierungsausschuss eine nachvollziehbare Grundlage für seine Urteilsbildung zur Verfügung zu stellen.
- Ein **eigens erstellter Prüfleitfaden** für stationäre Hospize ermöglicht es, neben den Qualitätsanforderungen in der Dimension **Prozessqualität** als Grundlage für den Auditprozess die Prüfenden durch transparente und nachvollziehbare Methoden die Dimension der Beziehungsqualität² im Audit erschließen.



Quelle: Prüfhandbuch für stationäre Hospize Niedersachsen - Handbuch zur Vergabe des Gütesiegels stationäre Hospize Niedersachsen

Beispiel: Gütesiegel stationäres Hospiz Niedersachsen

- Die **Nachvollziehbarkeit der Beurteilungskriterien** ist durch die Übersicht, die die Checkliste bietet, gewährleistet.
- Die Ergebnisqualität der stationären Hospize erscheint jedoch erst Schritt für Schritt im Auditprozess durch die Form des Vorgehens und die im Prüfleitfaden beschriebene Haltung und Einstellung der AuditorInnen.
- Der Sinn der Checkliste ist es, einen klaren Rahmen für einen dialogischen und die vorhandenen Qualitäten herausarbeitenden offenen Prüfprozess zu schaffen. So wird die Stimmigkeit und die Nachvollziehbarkeit der sich zeigenden und zu beschreibenden **Ergebnisqualität vor Ort** gewährleistet.



Quelle: Prüfhandbuch für stationäre Hospize Niedersachsen - Handbuch zur Vergabe des Gütesiegels stationäre Hospize Niedersachsen



**Verbindung zur
Dokumentation
z.B.:**

Ist der Prozess der Entscheidungsfindung bei
therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen
nachvollziehbar?

Werden Wünsche in Bezug auf das Sterben und Leben im
Hospiz erfasst?

Werden die individuellen ethisch-moralischen Werte des
Hospizpatienten und seiner Zugehörigen ermittelt und
erfasst?

Wie wird mit Patientenverfügungen umgegangen und wie
werden Bevollmächtigte in Entscheidungsprozesse
eingebunden?

Wie findet eine Entscheidung zur terminalen Sedierung oder
zur Fixierung statt?

smart-Q Kongresse



Leitende Qualitätsfrage

Finden sich im Hospiz Aussagen zu den moralischen und ethischen Grundwerten des Hospizes?

Sind die Wege ethischer Entscheidungen nachvollziehbar und ihre Prinzipien erkennbar?

**Wahrnehmungs-
und
Beobachtungs-
kriterien, z.B.:**

Ist bei Änderungen von therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen und Handlungen ein ethischer Diskurs erkennbar und/oder spürbar?

Sind Entscheidungen nachvollziehbar?



smart-Q Kongresse

Veränderungsnotwendigkeiten im Schmerzassessment in Hospizen - eine qualitative Untersuchung

Nadja Nestler
Simon Krutter



Fazit + Ausblick

- Passende Definition für psychosozialen Schmerz fehlt den Pflegenden
 - > Schwierigkeit der Erfassung
- Die aktuell genutzten Schmerzerfassungsinstrumente greifen zu kurz, um zwischen den verschiedenen Schmerzdimensionen zu unterscheiden
- behindert die Umsetzung eines effektiven Schmerzmanagements, das die zugrundeliegenden Probleme für Schmerzen ausreichend berücksichtigt
- Einführung mehrdimensionaler Schmerzerfassungsinstrumente
- Fallbesprechungen im Team, besonders bei kognitiv oder bewusstseins eingeschränkten Gästen
- Information/Beratung der Gäste notwendig zur Unterstützung der Schmerzeinschätzung und Behandlung

Vergleich 1988 zu 2013



Defizite:

Noch unzureichende Schmerztherapie
unnötige lebensverlängernde
Maßnahmen

fehlende Schulungen von Ärzten in der
Begleitung Sterbender

mangelnde Supervision

mangelnde Kommunikation zwischen
Ärzten und Pflegenden

Qualitätsvorgaben für die ambulante Hospizarbeit

- (1) Die ambulante Hospizarbeit ist qualifiziert zu erbringen und muss dem jeweiligen allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Eine ständige Weiterentwicklung der Qualität ist anzustreben.
- (2) Der ambulante Hospizdienst ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen sollten berücksichtigt werden um damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität zu ermöglichen.
- (3) Die Sterbebegleitung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen. Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Die Dokumentation muss insbesondere Angaben hinsichtlich des Begleitungszeitraumes und den Besonderheiten bei der Begleitung enthalten. Die Dokumentation ist beim sterbenden Menschen zu führen.
- (4) Ehrenamtliche, die in der ambulanten Hospizarbeit arbeiten möchten, müssen vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben. In der Kinderhospizarbeit ist darauf zu achten, dass dieser die besonderen Inhalte und Anforderungen der Kinderhospizarbeit berücksichtigt.

Qualitätsvorgaben in der SAPV (GKV-Empfehlung)

(1) Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein **internes Qualitätsmanagement** durchzuführen. Sie nehmen **regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel** durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich **außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen**.

(2) Ein **geeignetes Dokumentationssystem** ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und **-soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen**. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

(3) Die **Teilnahme an Supervision** ist zu ermöglichen. **Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen** sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.

(4) Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

Qualitätsvorgaben für die ambulante Palliativversorgung

Gefordert war:

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Stand: Januar 2011):

- Spezielle Qualitätsanforderungen für teilnehmende Ärzte
- Regelmäßige Fortbildungen mit palliativmedizinischen Inhalten
- Gemeinsame Fallbesprechungen und Konsile der Kooperationspartner
- Überprüfung der Versorgungsziele durch Qualitätsindikatoren
- Nachweis der Kooperation mit ärztlichen und nichtärztlichen Versorgungsstrukturen und Betreuungsangeboten

Umgesetzt wurde:

In der **AAPV** wird die Qualität teilweise geregelt durch §39a SGB V
Aktuelle Änderungen im **EBM** vom 1.10.2013 erfordert KEINE
Qualifikationsvoraussetzungen!!!

In der **SAPV** wird die Qualität geregelt durch §37b und 132d SGB V
sowie G-BA Richtlinie und GKV Empfehlungen und regionale
Einzelverträge.

Hospizleistungen – Gesetze und Verordnungen

Gesetze:

§39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

§18 SGB IV (Bezugsgröße)

Rahmenvereinbarungen:

smart-Q Kongresse
Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 1 Satz 4 SGB V (stationäre Hospizversorgung)

Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 Satz 6 SGB V (ambulante Hospizarbeit)



Statistik des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V. für das Jahr 2012

smart-Q Kongresse

Stand: 4.12.2013

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

2.1.1 Alter der Begleiteten

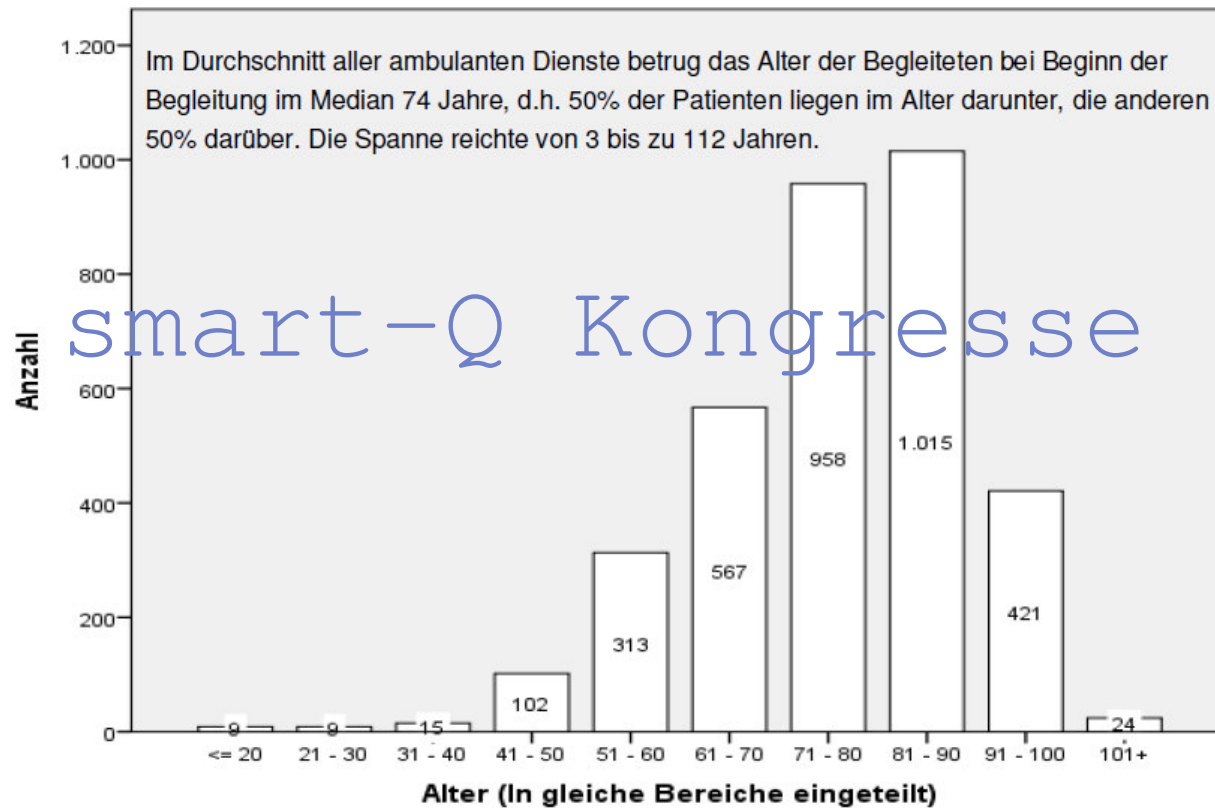


Abbildung 1: Ambulant Begleitete nach Altersgruppen, absolut und in %

Tabelle 14: Ambulant: Abschlussart der Versorgung nach Einrichtungsart (in %)

Abschlussart		AH	AHD	AHPB	AHPP	Gesamt
verstorben		95,6%	89,9%	89,0%	89,9%	89,3%
anderer Abschluss		4,4%	10,1%	11,0%	10,1%	10,7%
	zu Hause	36,9%	24,6%	37,3%	31,5%	36,1%
	stationäres Hospiz	3,1%	5,8%	11,6%	9,0%	10,9%
	Palliativstation	4,6%	5,8%	10,9%	19,1%	10,6%
verstorben	: andere Krhs.-Abteilung	12,3%	9,2%	12,1%	14,6%	11,9%
	Pflegeheim	43,1%	52,1%	27,0%	23,6%	29,2%
	sonstiger Ort	,0%	,8%	,6%	1,1%	,6%
	unbekannter Ort	,0%	1,7%	,5%	1,1%	,6%
	Besserung der Situation	66,7%	33,3%	45,7%	10,0%	44,0%
	Umzug	,0%	7,4%	15,7%	50,0%	15,9%
anderer Abschluss	: Kontakt nicht mehr erwünscht	,0%	48,1%	22,2%	10,0%	23,6%
	sonstiges	33,3%	11,1%	16,4%	30,0%	16,5%

Tabelle 8: Ambulant: Tätigkeiten der EA nach Einrichtungsart

Tätigkeit der Ehrenamtlichen (EA)	AH	AHD	AHPB	AHPP	Gesamt
EA Unterstützung Patient	58,8%	80,0%	48,3%	42,9%	51,0%
EA Dasein	51,5%	59,3%	43,6%	51,8%	45,3%
EA Unterstützung Angehörige	51,5%	66,6%	37,4%	47,3%	40,4%
EA Sitzwachen	27,9%	25,9%	14,2%	5,4%	15,2%
EA Spirituelle Begleitung	11,8%	9,0%	11,3%	7,1%	11,0%
EA Kriseninterv. in Akutsituationen	1,5%	7,9%	8,2%	5,4%	7,9%
EA Hilfe bei der "Org. letzter Dinge"	,0%	3,1%	6,8%	4,5%	6,3%
EA Sozialanwaltsch. Handeln	2,9%	1,7%	4,8%	2,7%	4,4%
EA Sonstige	,0%	,7%	2,3%	,0%	2,0%

smart-Q Kongresse



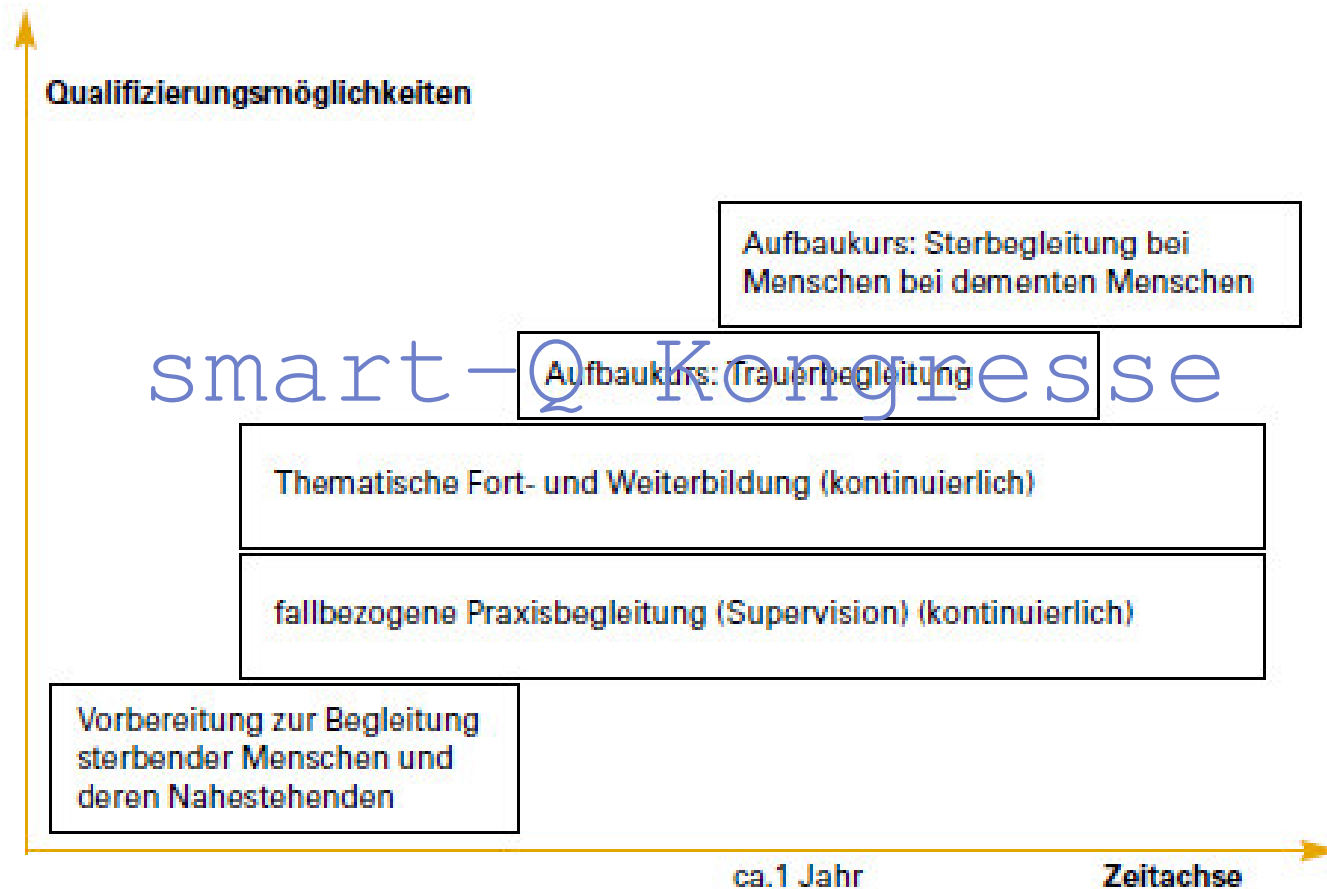
„Qualitätsanforderungen zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit“

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Qualifizierung zum hospizlichen Ehrenamt

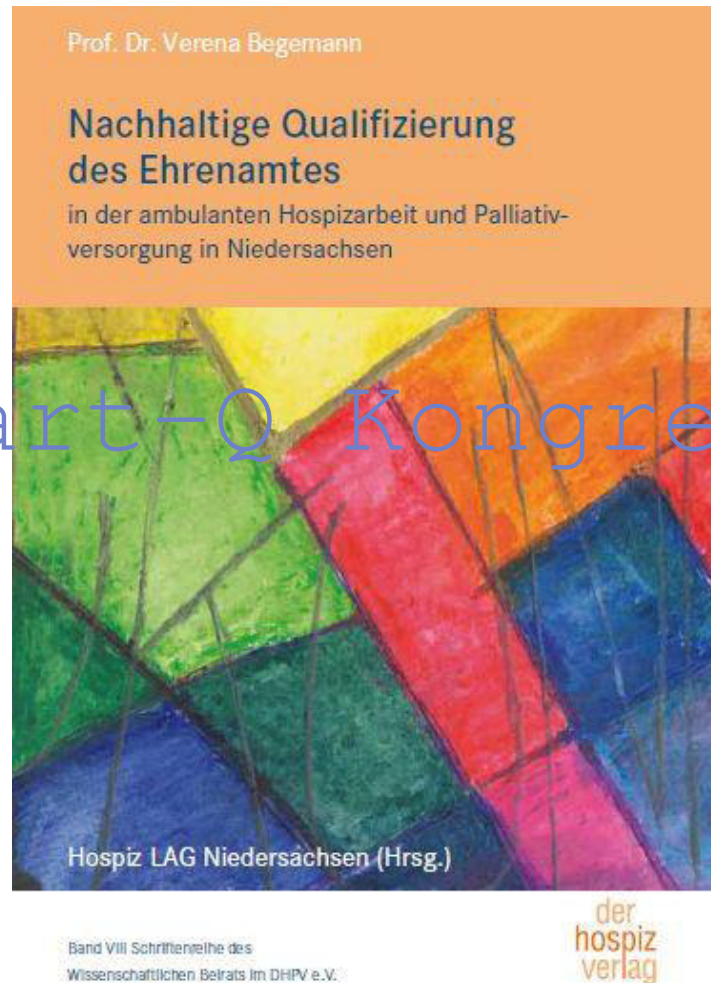
- **sollen** lernen Grenzen in Hinsicht auf die eigene Person und Rolle wahrzunehmen und anzunehmen
- **sollen** Kenntnisse u.a. über
 - Geschichte, Stand und Umsetzungsformen der Hospizbewegung und Palliativmedizin,
 - Sterbe- und Trauerprozesse,
 - Kommunikation mit dem Sterbenden und seinem Umfeld,
 - Rituale des Abschiednehmens (religiös/kulturell u.a.)
 - die Bedürfnisse von Sterbenden (psychisch, sozial, körperlich, spirituell / religiös),
 - Psychologie des Helfens und des Helfenden
- **sollen** im Rahmen eines begleiteten Praktikums Erfahrungen in der Begleitung von kranken, schwerkranken oder sterbenden Menschen machen und diese strukturiert reflektieren.



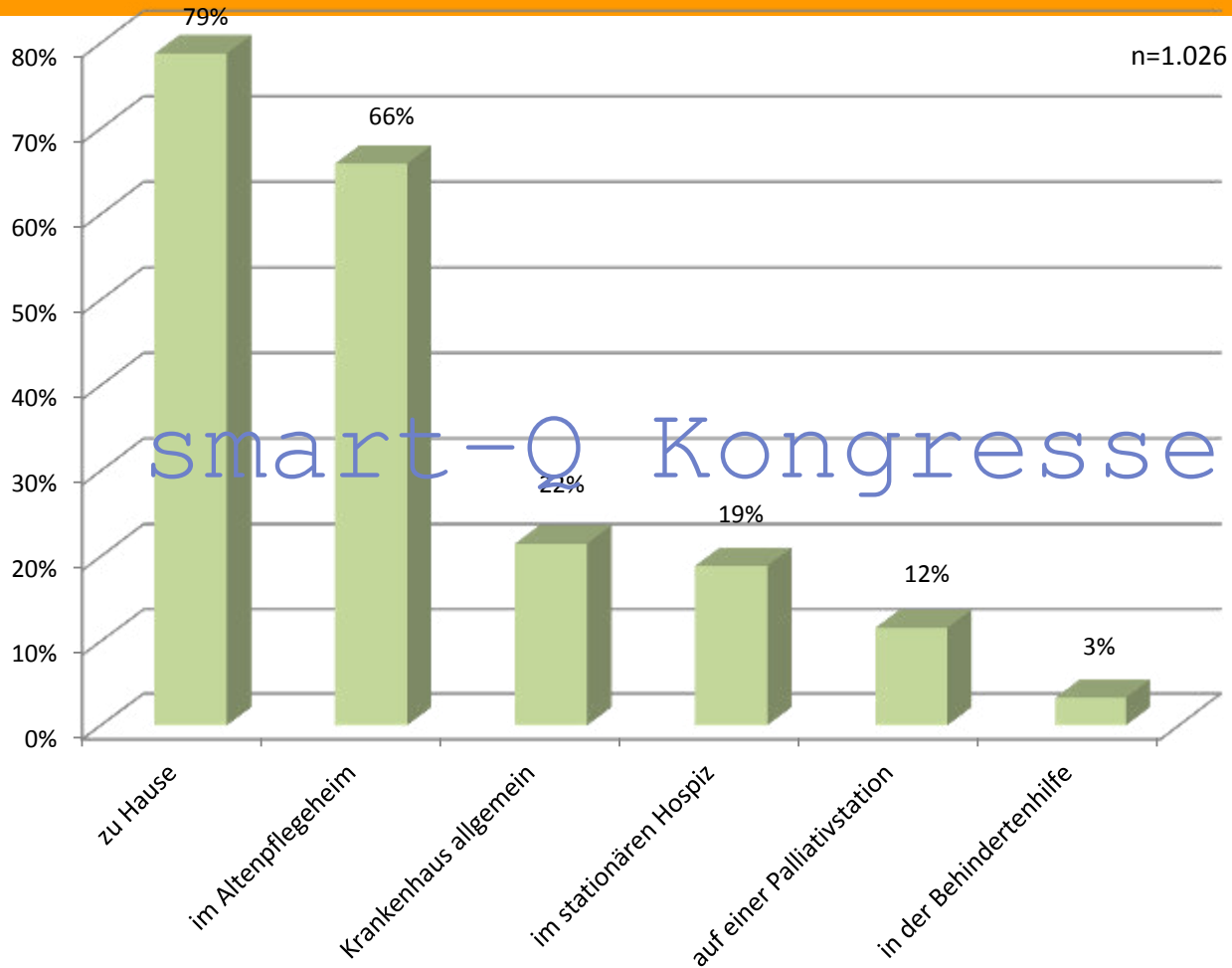
Qualitätsvorgaben für die ambulante Hospizarbeit



Prof. Dr. Verena Begemann, HS Hannover, Forschungskooperation mit der Hospiz LAG Niedersachsen, 2012-2014



smart-Q Kongresse



Prof. Dr. Verena Begemann, HS Hannover, Forschungskooperation mit der Hospiz LAG Niedersachsen, 2012-2014

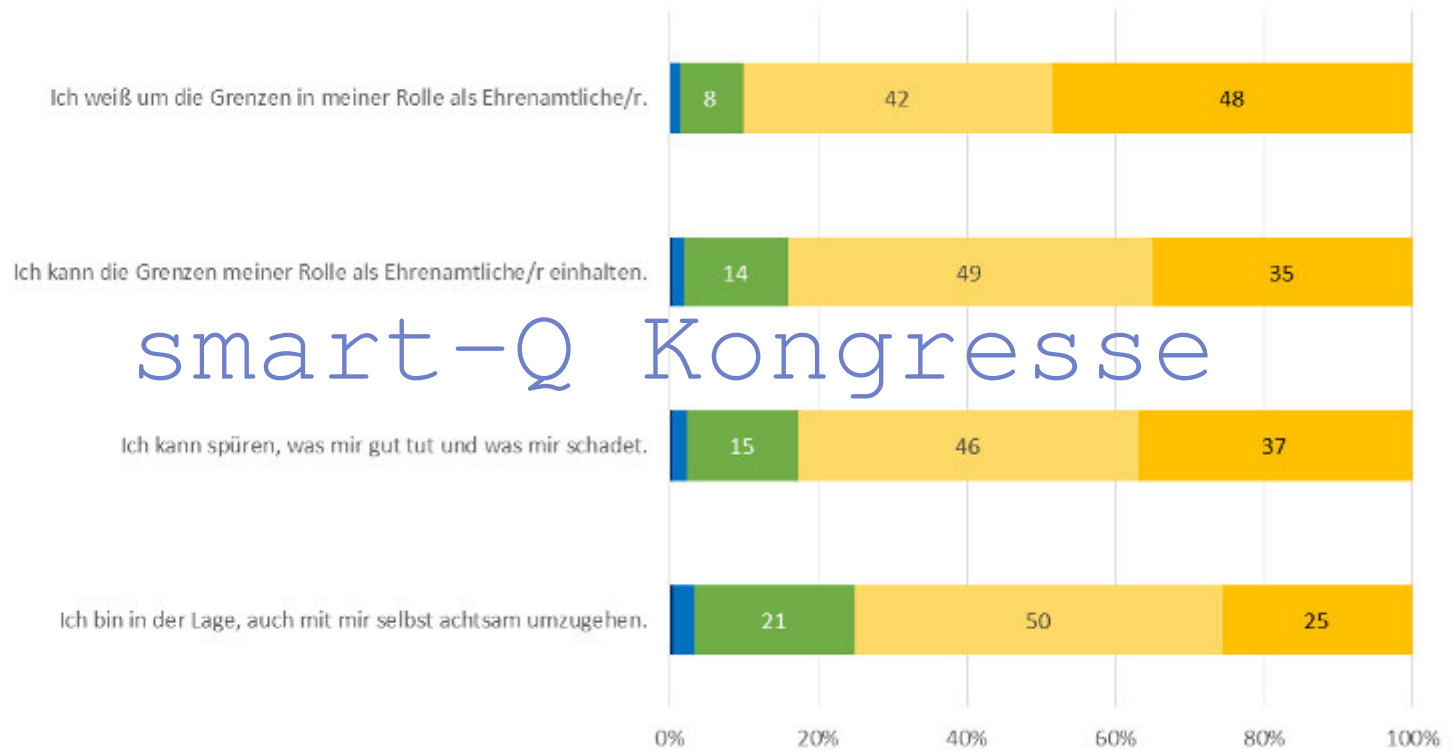
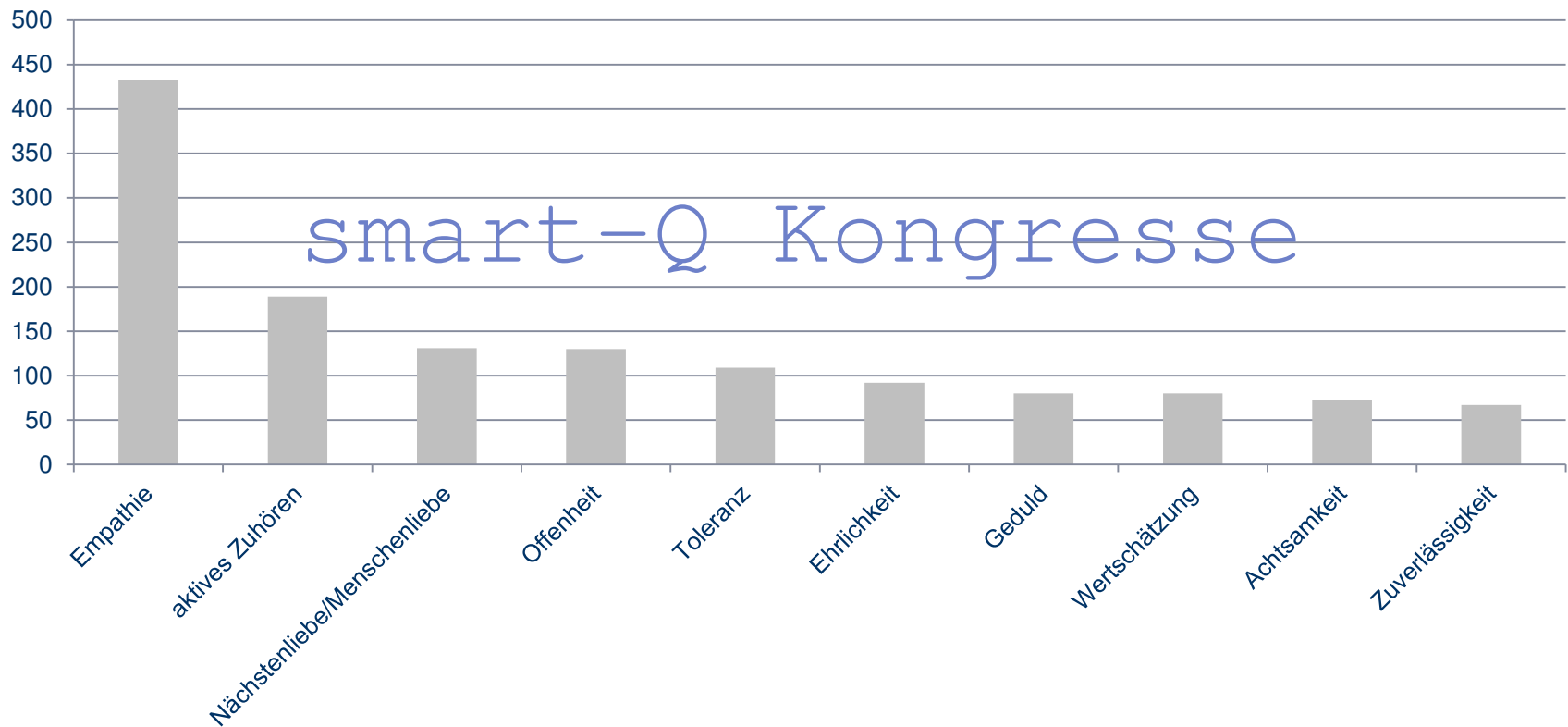


Abbildung 11: Selbsteinschätzungen zum Themenblock „Die Helferpersönlichkeit“
 (Lesehilfe: Blautöne = gar nicht und kaum zutreffend, grün = teils-teils, Gelbtöne = eher bis sehr zutreffend)

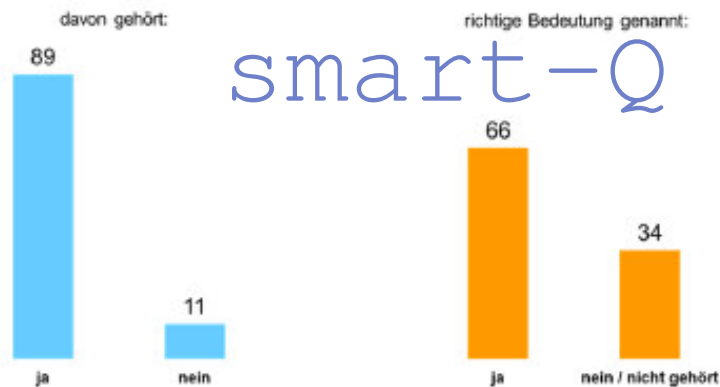
Haltungen in der Hospizarbeit (10 häufigste Nennungen)



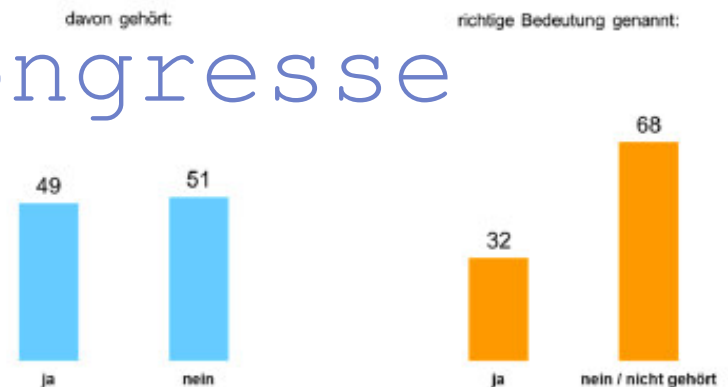
Prof. Dr. Verena Begemann, HS Hannover, Forschungs Kooperation mit der Hospiz LAG Niedersachsen, 2012-2014

Inwieweit werden die Begriffe „Hospiz“ und Palliativ“ in der Bevölkerung gekannt?

Begriff „Hospiz“



Begriff „Palliativ“



smart-Q Kongresse



Interdisziplinäre Qualifikation Palliativpflege/ Palliativmedizin

	Ärzte	Pflegende	Psychosoziale Berufsgruppen	Ehrenamtliche
Basiskurs	40 Stunden			
Aufbaukurs 1	20 Stunden	20 Stunden	20 Stunden	Vorbereitungskurs zur hospizlichen Tätigkeit
Aufbaukurs 2	40 Stunden			
Aufbaukurs 3	40 Stunden	40 Stunden		
Summe	160 Stunden	160 Stunden	120 Stunden	80 Stunden

Legende:

Grün:
Interdisziplinär

Farbe der jeweiligen Berufsgruppe:
berufsspezifischer Teil

Palliativversorgung: Werden feste Standards für die Qualitätssicherung benötigt? S3-Leitlinien

Allgemeine Palliativversorgung (APV)

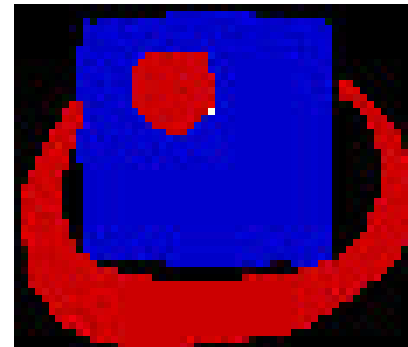
11.1.	Konsensbasierte Empfehlung
	Jeder in der Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung Tätige soll palliativmedizinische Bedürfnisse erfassen und palliativen Handlungsbedarf erkennen können, um die Palliativversorgung einzuleiten.
11.1.	Konsensbasierte Empfehlung
	Jeder an der allgemeinen Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Beteiligte soll eine Basisqualifikation zur Palliativversorgung besitzen, die er in Ausbildung oder durch Fort- und Weiterbildungen erworben hat und regelmäßig aktualisiert.

Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)

11.1.	Evidenzbasierte Empfehlung
	Ein SPV-Kernteam soll aus Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Arzt, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen, von denen zumindest Arzt und Pflege die spezialisierte palliativmedizinische Qualifikation aufweisen.

HOPE: Qualität sichern, Transparenz schaffen

- 1999 ist die Hospiz- und Palliativ-Erhebung HOPE als ein gemeinschaftliches Projekt des DHPV gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelt worden
- dieses Instrument wurde von Beginn an als ein gemeinsames, praxisnahes, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Dokumentationssystem eingeführt
- rund 17.000 dokumentierte Patientenverläufe
- das Dokumentationssystem wird im Sinne eines lernenden Systems laufend weiterentwickelt
- Immer mehr Einrichtungen - darunter vor allem Palliativstationen, stationäre Hospize und ambulante Hospizeinrichtungen nutzen dieses System als Basisdokumentation und als externes Qualitätssicherungsinstrument



Nationales Hospiz- und PalliativREGISTER



- Das **Hospiz- und Palliativ-Register** führt patientenbezogene Daten zur Hospiz- und Palliativversorgung überregional, multiprofessionell und sektorenübergreifend aus dem Versorgungsaltag zusammen.
- Damit soll **auf Bundesebene die Qualität der Hospiz- und Palliativversorgung** beschrieben und die Entwicklung unterstützt werden. Die Daten sollen auch zur Öffentlichkeitsarbeit und wissenschaftlichen Aufbereitung als Versorgungsforschung genutzt werden.
- **Grundlage bildet der gemeinsam mit dem DHPV und der DGP verabschiedete Kerndatensatz** in der nach wie vor gültigen Version von Juli 2011



NATIONALES HOSPIZ-
UND PALLIATIVregister

REGISTER: Gemeinsamer Datensatz



Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e.V.



Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e. V.

Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e.V.

Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e. V.

Gemeinsamer Datensatz (Version 18.7.2011)

I. Komdatensatz für Palliativpatienten: Erfassung zu Beginn und Ende der Palliativversorgung	
Name	Anteenten, Kategorien
Identifikationsnummer	Fortlaufende eindeutige Nr. des Patienten
Demographische Angaben	
Alter	numerisch
Aufnahmesdatum	Datum
Geschlecht	weiblich männlich
Wohnsituation	allein mit Angehörigen sonstige
Angaben zur Erkrankung	
Hauptdiagnose/Grundkrankheit (medizinisch/ethisch relevant)	ICD (eine)
Funktionsstatus (ECOG)	Normale Aktivität (Schlaf, leichte Arbeit, möglich) Selbstversorgung kann > 50% der Woche aufrechterhalten Begrenzte Selbstversorgung > 50% Wochenzahl benötigen Keine Selbstversorgung, völlige Bettlagerung
Angaben zur Versorgung (Strukturalität)	
Behandlung, Begleitung (bei Behandlungsweg oder bei Übernahme des Patienten)	ambulant: SAPV Team Hausarzt Ambulante Pflege Palliativamt (QPA) Palliativpflege (AHP, APD) Palliativberatung (AHPB) Ehrenamtlicher Dienst Palliative Care Team stationär: KH KH (Palliativstation) Heim Stationäres Hospiz Sonstige
Altepflege / Vorlage	Patientenverfügung Vollmacht Betreuung
Datum der Erfassung	Datum
Angaben zum Behandlungsbedarf	
Schmerzen	kein leicht mittel stark
Übelkeit	kein leicht mittel stark
Erbrechen	kein leicht mittel stark
Luftnot	kein leicht mittel stark
Verstopfung	kein leicht mittel stark
Schwäche	kein leicht mittel stark
Appetitmangel	kein leicht mittel stark
Müdigkeit	kein leicht mittel stark
Pflegeprobleme wegen Wunden / Dekubitus	kein leicht mittel stark
Hilfsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens	kein leicht mittel stark
Depressivität	kein leicht mittel stark
Angst	kein leicht mittel stark
Ängstlichkeit	kein leicht mittel stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	kein leicht mittel stark
Probleme mit Organisation der Versorgung	kein leicht mittel stark
Überforderung der Familie, des Umfelds	kein leicht mittel stark
Andere Symptome	kein leicht mittel stark

Angaben zur Therapie (Prozessqualität)	
Opioide der WHO Stufe II	ja / nein
Steroide	ja / nein
Chemotherapie	nein / fortgesetzt / initiiert
Strahlentherapie	nein / fortgesetzt / initiiert
besonderer Aufwand mit:	Text
Angaben zum weiteren Verlauf, Abschlüsse (Ergebnisqualität)	
Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?	Text
Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?	Text
Datum / Entlassung / Anlegung der Scheibe / Tod	Datum
Therapieziele	Verstärken Verleugern, Entlassung Sonstiges:
Bienestar	zu Hause Heim Krankenhaus Palliativstation Hospiz unbekannt
Zufriedenheit mit der Behandlung	sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

II. SAPV-Strafungs-Muster	
Erfassung (jed. ein Vordruck bzw. Intensivzettel)	
Zeile	Art/Wort/Kategorie
Identifikationsnummer	Fortlaufende Nr. wie bei Kennstamatz
Angaben zur Versorgung (Wirkungsqualität)	
SAPV	Beratung von: behandelndem Arzt behandelnder Pflegefachkraft des Patienten / der Angehörigen Koordination additive Teilversorgung vollständige Versorgung
Datum Versorgung	Datum
Datum SAPV-Beginn	Datum
Art der Versorgung	Erstversorgung Folgeversorgung
Versorgung durch	Hausarzt niedergelassener Facharzt KH-Arzt andere keine Angabe
Übernahme aus	Eigene Häuslichkeit Ambulantes Umfeld Stationäre Pflegeeinrichtung Stationäres Hospiz KH KH (Palliativstation)
Beteiligte assoziierte Partner in der SAPV-Erbringung	Ärztlich: Hausarzt niedergelassener Facharzt KH-Arzt Sonstige Pflegefach: Ambulanter Pflegedienst Ambulanter Palliativpflegedienst Stationäre Pflegeeinrichtung Stationäres Hospiz Ambulanter Hospizdienst: Ambulante Palliativversorgung (AHD, AHPB) Begleitung durch Ehrenamtliche Weitere Professionen: Case Management Ernährungsberatung Physiotherapie Psychologie Seelsorge Sozialarbeit Andere
Angaben zum Verlauf	
Datum Ende der SAPV	Datum
Art Ende der SAPV	SAPV nicht / (mehr) erforderlich Ermessung Patient verstorben
Kontakthausverweilungsanlass	Text



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*„Qualität ist kein Zufall; sie ist immer das Ergebnis
angestrebten Denkens.“*

smart-Q Kongresse

John Ruskin 1819-1900,

engl. Schriftsteller, Kunstkritiker u. Sozialphilosoph



Aber:

„Die größte Gefahr liegt darin, dass sich die Hospizbewegung von ihren ursprünglichen Ideen abwendet und das Sterben zu einer Planungsaufgabe – hübsch verpackt in Standards und Richtlinien - werden lässt.“ (N. Lexa)



Warum ist Qualitätssicherung wichtig?

1. Probleme aus der Praxis aufgedeckt und nach einer Überprüfung Änderungen eingeleitet werden können, so dass andere Patienten nicht an den gleichen Problemen leiden müssen
2. Patienten die bestmöglichen Therapien und Begleitungen erhalten
3. Anhand systematischer Verlaufsbeobachtungen und –untersuchungen Probleme aufgedeckt und geändert werden können
4. Mitarbeiter durch die Dokumentationen und Überprüfung der Qualität ihrer Arbeit Bestätigung der geleisteten Arbeit erfahren

smart-Q Kongresse



Hospallier



Hospiz

Palliativ







smart-Q Kongresse

Herzliche Grüße vom DHPV aus Berlin
und aus dem gesamten Bundesgebiet
sowie viel Erfolg auf Sylt!