

# Klinische Indikatoren für eine gute Versorgung am Lebensende

Dr. med. Birgitt van Oorscot



Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin  
Leitende Oberärztin: Dr. med. Birgitt van Oorscot



## Qualitätsindikatoren

- ▶ Maße für die Einschätzung und Bewertung der Versorgungsqualität
- ▶ 3 Kategorien:
  - Strukturqualität,
    - z.B. Anteil PallCare-Pflegende auf Palliativstation
  - Prozessqualität
    - z.B. systematische, wiederholte Symptombdokumentation
    - Einbeziehung Sozialdienst / Psychoonkologie / Palliativmedizin in einem Onkologischen Zentrum
  - Ergebnisqualität
    - z.B. Schmerzlinderung
    - Sterben am gewünschten Ort

**Bewertung:** Zähler (Ist-Situation), Nenner (Bezugsgruppe), Leistungsstandard (Sollvorgabe)

- ▶ **Strukturqualität: Anteil PallCare-Pflegende auf Palliativstation**  
7 / 10 Pflegenden haben eine PallCare-Qualifikation (70 %), Sollvorgabe OZ DKG: > 50 %
- ▶ **Prozessqualität: Einbeziehung Palliativmedizin**  
100 / 1000 primär metastasierten Lungenkrebspatienten wurden palliativmedizinisch mitbetreut (10 %)
- ▶ **Ergebnisqualität: Sterben am gewünschten Ort?**  
48 / 85 Hinterbliebenen (56 %)  
29 / 29 Sterbeort „zu hause“ (100 %)  
15 / 45 Sterbeort Krankenhaus (33 %),  $p=.000$ , van Oorschot 2004

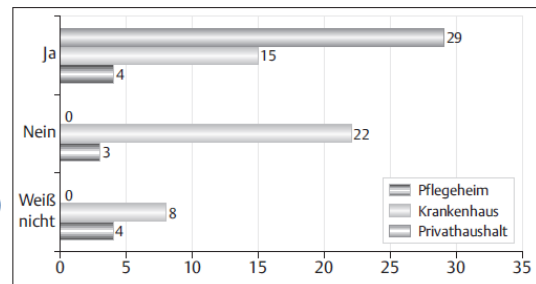


Abb. 1 Versterben am gewünschter Sterbeort (n = 85, Angaben in Absolutwerten).

## QI in der Palliativversorgung

- ▶ **Reviews:**  
Leemans et al, BMC Palliative Care 2013, 12:6, 1-9  
De Roo et al 2013, Journal of Pain and Symptom Management, e pub  
Rajmakers N et al 2012 (OPCARE9), Journal of Palliative Medicine
- ▶ **Delphi-Verfahren Deutschland, Schulz et al 2013, Z Palliativmed 14:220-227**

8 QI in 5 Domänen:

Ambulante Palliativversorgung  
Familiäre Belastung  
Behandlung am Lebensende  
Dokumentation  
Symptommanagement



**Überprüfung auf Operationalität und Praktikabilität im NHPR**

# QI: Behandlung am Lebensende

Tab. 3 Ausschnitt aus der verwendeten Tabelle – 1. Runde Delphi-Prozess (grau = Prozessindikator, R\_Nr4 = Indikator Nr. 4 von Raijmakers).

Indikatorname	Zitat QI	Bereich	Aussage	Begründung	Zielstellung	Formel	Referenzwert	Epidemiologie	Quelle (Review)
Chemotherapie_14d	R_Nr. 4 Fewer than 10% of patients who died from cancer received chemotherapy in the last 14 days of life	Prozess	Tumorpatienten, die Chemotherapie in den letzten 14 d ihres Lebens bekamen	Chemotherapie ist eine große Belastung für den Patienten	mehr als 90% der Tumorpatienten erhalten keine Chemotherapie in den letzten 14 d ihres Lebens	$\frac{\text{Patienten (Hauptdiagnose: ICD-10 C.XX) verstorben (Therapieende) mit Bezugszeitraum} \leq 14 \text{ d (Datum Abschlussdokumentation - Beginn dokumentation) und Chemotherapie (Maßnahmen) / alle Patienten (Hauptdiagnose: ICD-10 C.XX) verstorben (Therapieende)} \times 100$	< 10%	Tumorpatienten	Raijmakers

„aggressive end-of-life care“

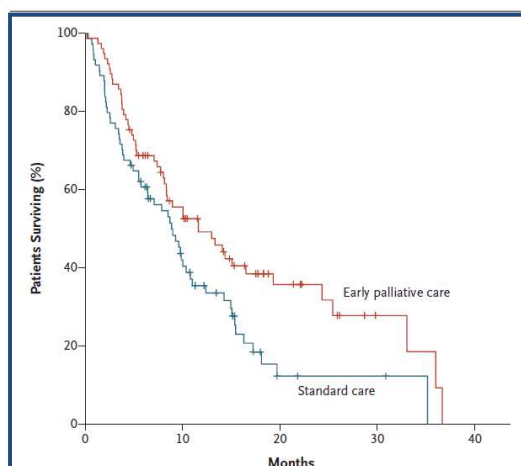
überambitionierte onkologische Behandlung am Lebensende:

Chemotherapie (tumorspezifische Therapie?) in den letzten 14 Lebenstagen

Start einer neuen Chemotherapie (tumorspezifischen Therapie ?) in letzten 30 Tagen

Earle C 2003

## QI Behandlung am Lebensende (Temel-Studie)



**Figure 3. Kaplan-Meier Estimates of Survival According to Study Group.** Survival was calculated from the time of enrollment to the time of death, if it occurred during the study period, or to the time of censoring of data on December 1, 2009. Median estimates of survival were as follows: 9.8 months (95% confidence interval [CI], 7.9 to 11.7) in the entire sample (151 patients), 11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9) in the group assigned to early palliative care (77 patients), and 8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4) in the standard care group (74 patients) (P=0.02 with the use of the log-rank test). After adjustment for age, sex, and baseline Eastern Cooperative Oncology Group performance status, the group assignment remained a significant predictor of survival (hazard ratio for death in the standard care group, 1.70; 95% CI, 1.14 to 2.54; P=0.01). Tick marks indicate censoring of data.

151 Patienten mit metastasiertem Bronchialkarzinom, bei Erstdiagnose randomisiert (übliche Therapie oder regelmäßige Kontakt mit palliative care team (=EPC))

EPC-Gruppe (sign. Unterschiede):

- bessere Lebensqualität
- weniger Depressivität
- mehr Patientenwillen (Reanimation?) in Akte dokumentiert
- weniger aggressive Therapie (z.B. Chemotherapie in letzten Tagen, kürzer als 3 Tg Hospizversorgung)
- längeres Überleben

# Klinische QI für die Versorgungsqualität am Lebensende (Earle 2003, JCO)

## Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care From Administrative Data

By Craig C. Earle, Elyse R. Park, Bonnie Lai, Jane C. Weeks, John Z. Ayanian, and Susan Block

**Purpose:** To explore potential indicators of the quality of end-of-life services for cancer patients that could be monitored using existing administrative data.

**Methods:** Quality indicators were identified and assessed by literature review for proposed indicators, focus groups with cancer patients and family members to assess candidate indicators and generate new ideas, and an expert panel ranking the meaningfulness and importance of each potential indicator using a modified Delphi approach.

**Results:** There were three major concepts of poor quality of end-of-life cancer care that could be examined using currently available administrative data (such as Medicare claims): institution of new anticancer therapies or continuation of ongoing treatments very near death; a high number of emergency room visits, inpatient hospital admissions, or intensive care unit days near the end of life; and a high

proportion of patients never enrolled in hospice, only admitted in the last few days of life, or dying in an acute-care setting. Concepts such as access to psychosocial and other multidisciplinary services and pain and symptom control are important and may eventually be feasible, but they cannot currently be applied in most data systems. Indicators based on limiting the use of treatments with low probability of benefit or indicators based on economic efficiency were not acceptable to patients, family members, or physicians.

**Conclusion:** Several promising claims-based quality indicators were identified that, if found to be valid and reliable within data systems, could be useful in identifying health-care systems in need of improving end-of-life services.

*J Clin Oncol* 21:1133-1138. © 2003 by American Society of Clinical Oncology.

## Vorteile (=Nachteile?):

Nutzung administrativer Daten wie z.B. Versicherungsdaten, Tumordokumentation, ...  
Keine Patienten-oder Hinterbliebenenbefragung  
Arzt-unabhängige Erhebung

Überversorgung: „aggressive end-of-life care“ (überambitionierte onkologische Behandlung)

Chemotherapie in den letzten 14 Lebentagen

Start neue Chemotherapie in letzten 30 Tagen

Fehlversorgung:

mehr als eine stat. Noteinweisung in letzten 30 Tage

Aufenthalte Intensivstation in letzten 30 Tagen

Unterversorgung:

geringer Anteil von Patienten mit Hospizversorgung

Anteil Patienten mit Hospizversorgung kürzer 3 Tage

## Aufarbeitung der Literatur (26 Studien, 2003-2013)

„bewährt“ = Indikator in mindestens 50% Studien angewandt

„Überambitionierte onkologische Versorgung“:

Durchführung Chemotherapie in letzten 14 Lebenstagen (14 Studien, davon 3 x Radiatio)

„Hospiz-/Palliativversorgung“:

Hospiz-/Palliativkontakt insgesamt (13 Studien)

Hospizaufenthalt ≤ 3 Tage (9 Studien)

„Nutzung klinische Akutversorgung“:

≥ 1 Aufenthalt auf Intensivstation im letzten Lebensmonat / letzte 30 Tage (13 Studien)

> 1 Vorstellung in einer Notaufnahme (einmalige Vorstellung ist ok) in letzten 30 Lebenstagen (14 Studien)

# Sollvorgaben n. Earle

„Überambitionierte onkologische Versorgung“:

Durchführung *Chemotherapie* in letzten 14 Lebenstagen (14 Studien, davon 3 x Radiatio)

< 10 %

Start neue *Chemotherapie* in den letzten 30 Tagen

< 2 %

„Hospiz-/Palliativversorgung“:

Hospiz-/Palliativkontakt insgesamt (13 Studien)

≥ 55%

Hospizaufenthalt ≤ 3 Tage (9 Studien)

< 8 % Pat. mit Hospizversorgung

„Nutzung klinische Akutversorgung“:

≥ 1 Aufenthalt auf Intensivstation im letzten Lebensmonat / letzte 30 Tage (13 Studien)

> 1 Vorstellung in einer Notaufnahme (einmalige Vorstellung ist ok) in letzten 30  
Lebenstagen (14 Studien)

zusammen: < 4 %

## Ergebnisse (26 Studien):

Durchführung *Chemotherapie* in letzten 14 Lebenstagen (< 10 %)

2 – 26 %

Start neue *Chemotherapie* in den letzten 30 Tagen (< 2 %)

3 - 14 %

Hospiz-/Palliativkontakt (HKT) insgesamt (≥ 55%)

9 – 71 %

Hospizaufenthalt ≤ 3 Tage (< 8 % Pat. mit HKT), alle:

4 - 28 %

≥ 1 Aufenthalt auf Intensivstation letzte 30 Tage

3 - 19 %

> 1 Vorstellung in einer Notaufnahme letzte 30 Tage

6 - 67 %

## Work in progress ...

- ▶ Klinische QI „Versorgung am Lebensende“ relevant
  - Zuviel an tumorspezifischer Therapie am Lebensende
  - Zuwenig / zu spät Hospiz- und Palliativversorgung
  - Kritische Evaluation der Nutzung klinischer Ressourcen
- ▶ Unterschiede nach Entitäten, regional / national und Abstand zu Erstdiagnose
- ▶ Gut geeignet für die Beurteilung klinischer Interventionen (Temel 2010, Mack 2012, Warren 2011, Ho 2011)
- ▶ Diskurs mit Betroffenen über die Ziel / potentielle Sollvorgabe

## Perspektiven:

- ▶ Erhebung in anderen Zentren, bei weiteren Entitäten
- ▶ Keine Fokussierung alleine auf „Chemotherapie“
- ▶ Fokusgruppe mit Betroffenen (z.B. Selbsthilfegruppe Lungenkrebs)
- ▶ M&M-Analyse der Patienten mit tumorspezifischer Therapie in letzten 14 Lebenstagen / Umstellung auf neue Therapie in letzten 30 Tagen
  - Patientenwille?
  - Versterben an unerwarteten Komplikationen?
  - ....?