

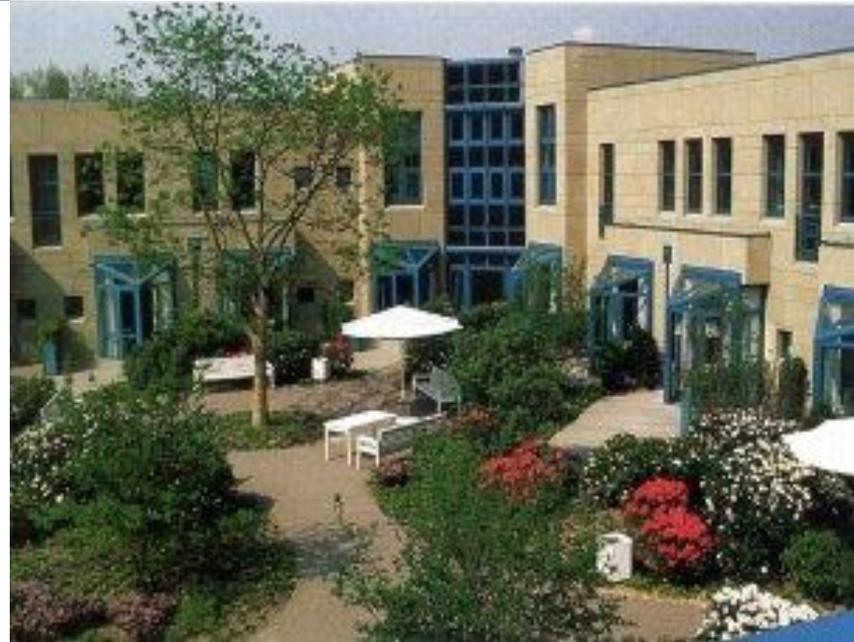


**UNIKLINIK
KÖLN**

Zentrum für
Palliativmedizin

Ethikforum „Unverfügbar“
Caritas Akademie
Köln, 16. März 2016

Palliativmedizin vor neuen Herausforderungen – Transfer in die Regelversorgung



Raymond Voltz

palliativzentrum.uk-koeln.de



Fakten

1% der Bevölkerung verstirbt p.a.

1 Sterbender mit 4 Angehörigen

5% Betroffene p.a.

2/3 der Todesfälle sind erwartet

25% Todesursachen Krebs (nach Herz-Kreislauf)

47% versterben im Krankenhaus



Eine neue Versorgungsform...

„Unit of care“

„Total pain“

ALS

Multiprofessionalität

Ehrenamtliche

sektorenübergreifend

Lehre

Forschung

Dame Cicely Saunders, St. Christopher's Hospice, London, 1967

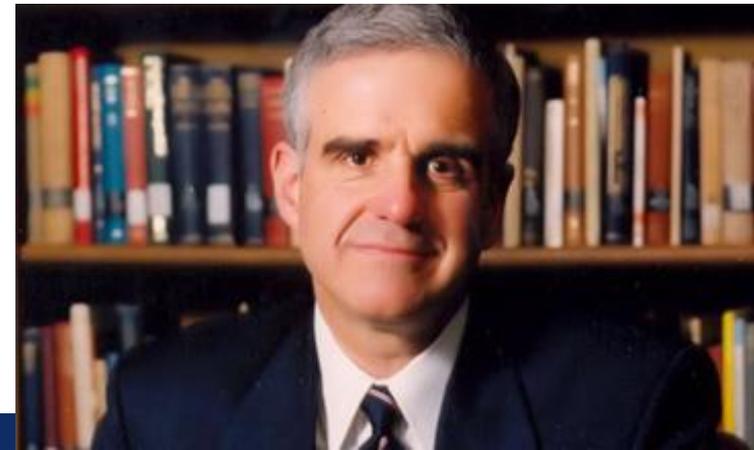


Hospice



Soins Palliatifs

Balfour Mount, McGill University, Montreal, 1974





Palliativversorgung... ...auf dem Weg in die Regelversorgung

Öffentliche Aufmerksamkeit
Gegenstand der Wissenschaft
Mehr als „Schmerz, Krebs und Sterben“
Weiterentwicklung der Strukturen



Öffentliche Aufmerksamkeit

Sterbehilfedebatte
Hospizarbeit
Palliativversorgung



Fünf Positionen zeichnen sich ab

Soll es ein Gesetz geben, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid offiziell gestattet?
Die Meinungen darüber gehen im Deutschen Bundestag auseinander.
Mit einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe wird Mitte 2015 gerechnet.



§ 217 Strafgesetzbuch

Im neuen § 217 Strafgesetzbuch heißt es künftig:

"Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft."



Deutschlands Zukunft gestalten
Koalitionsvertrag
zwischen CDU, CSU und SPD
18. Legislaturperiode

Bei 185 Seiten unter der Rubrik Pflege auf Seite 85

„Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde.

Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.“



Charta/Nationale Strategie

Phase 1 (2010-2012)

Konsentierung der „Charta zur Verbesserung der Versorgung Sterbender“
durch „Runden Tisch“

Phase 2 (2012-2014)

„Charta Projekte“, Verbreitung (>16.000 Unterschriften, Stand 12/2015),
Übergang zur „Nationalen Strategie“ mit Unterstützung Kanzlerin,
Forum im BMG, BMFSFJ

Phase 3 (2014-2016)

Formulierung von konsentierten konkreten Realisierungsschritten,
Hospiz- und Palliativgesetz, BMBF Ausschreibung

*Trägerorganisationen: DGP, DHPV, BÄK
Finanzierung: Robert Bosch Stiftung, DKH, BMFSFJ*



Gegenstand der Wissenschaft

2015

2 ablehnende Briefe



eigene Ausschreibung



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

*Einzelanträge, Verbundforschung, klinische Studien
Nachwuchsförderung*



S3 LL Palliativmedizin

Teil 1 (2012-2015)

Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation,
Sterbephase, Versorgungsstrukturen

Teil 2 (2016-2018)

Maligne Intestinale Obstruktion, Übelkeit/Erbrechen (unabhängig von einer
Chemotherapie), Schlafstörungen/Nächtliche Unruhe, Fatigue, Angst,
Wundpflege (z.B. exulzierende Tumorzellen), Therapiezielfindung,
Umgang mit Todeswunsch

Onkologisches LL Programm von DGK, AWMF, DKG

Federführende FG: DGP

Koordination: Bausewein, Simon, Voltz (München/Köln)



DGN/DGP Kommission Neuropalliative Arbeitsgemeinschaft

2 Treffen 2015 (EAN, DGN)

Schnittstellenprobleme Neurologie/Palliativmedizin

Forschungsprojekte: z.B. Surprise Question (Neurorehabilitation)

2 Treffen 2016

1. NPA Frühjahrssymposium: Freitag, 29. April 2016, Köln

DGN 2016

Sprecher: Lorenzl, Voltz



Aktivitäten Psychiatrie

Referat Palliativmedizin der DGGPP

DGPPN Strategiesitzung 2015/16

DGPPN Kongress 2015

Palliativmedizin in der Psychiatrie

Suizidalität bei somatischen Erkrankungen

? Leitlinien

? Forschungsprojekte



Palliativversorgung... ...auf dem Weg in die Regelversorgung

Öffentliche Aufmerksamkeit
Gegenstand der Wissenschaft
Mehr als „Schmerz, Krebs und Sterben“
Weiterentwicklung der Strukturen



Bundesrat

Drucksache **519/15**

06.11.15

G

Gesetzesbeschluss

des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 133. Sitzung am 5. November 2015 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 18/6585 – den von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativ-
versorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**
– Drucksachen 18/5170, 18/5868 –

in beigefügter Fassung angenommen.



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Entwurf 12.6., Anhörung 21.9., Verabschiedung 5.11.2015

„Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.“



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

- Beratung durch Kassen (?)
- AAPV: „besonders qualifizierte und koordinierte palliativärztliche Versorgung“ (?)
- SAPV: Flächendeckung durch Selektivverträge (?)
- Ambulante Hospizdienste: mehr Kosten erstattet
- Krankenhaus: Hospizdienste „im Auftrag“ tätig; Palliativstationen BE oder DRG; Palliativdienst; kein Anspruch auf SPV (?)
- Stationäre Hospize: statt 10% nur noch 5% Spenden
- nur (?) Pflegeheime: vorausschauende Versorgungsplanung



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

- In § 27 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt: „*Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.*“
- In § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen ... „Satz 1 gilt entsprechend, wenn *ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen*“ ... und in dem neuen Satz 5 wird das Wort „Personalkosten“ durch die Wörter „*Personal- und Sachkosten*“ ersetzt.



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

- § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Für Palliativstationen können *krankenhausindividuelle Entgelte* mit den Kostenträgern vereinbart werden.
- „Zur Förderung der *palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste* ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.“



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

- § 132g (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende ... Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches können den Versicherten in den Einrichtungen eine **gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende** anbieten, ... deren Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.
- § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „**einschließlich der Sterbebegleitung**“ eingefügt.



Hospiz- und Palliativgesetz

Stand: 12. Juni 2015

„Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein **flächendeckendes Angebot** zu verwirklichen, damit **alle Menschen** an den **Orten**, an denen sie ihre **letzte Lebensphase** verbringen, auch **im Sterben gut versorgt und begleitet** sind.“



„Flächendeckung“ – „alle Menschen, alle Orte“
„letzte Lebensphase“, „im Sterben“
Zugang zur Palliativversorgung

„gut versorgt und begleitet“
Qualität und Qualitätsindikatoren



Zugang zur Palliativversorgung

Spezialisierte PV
Allgemeine PV
Hospizangebote

Komplexität



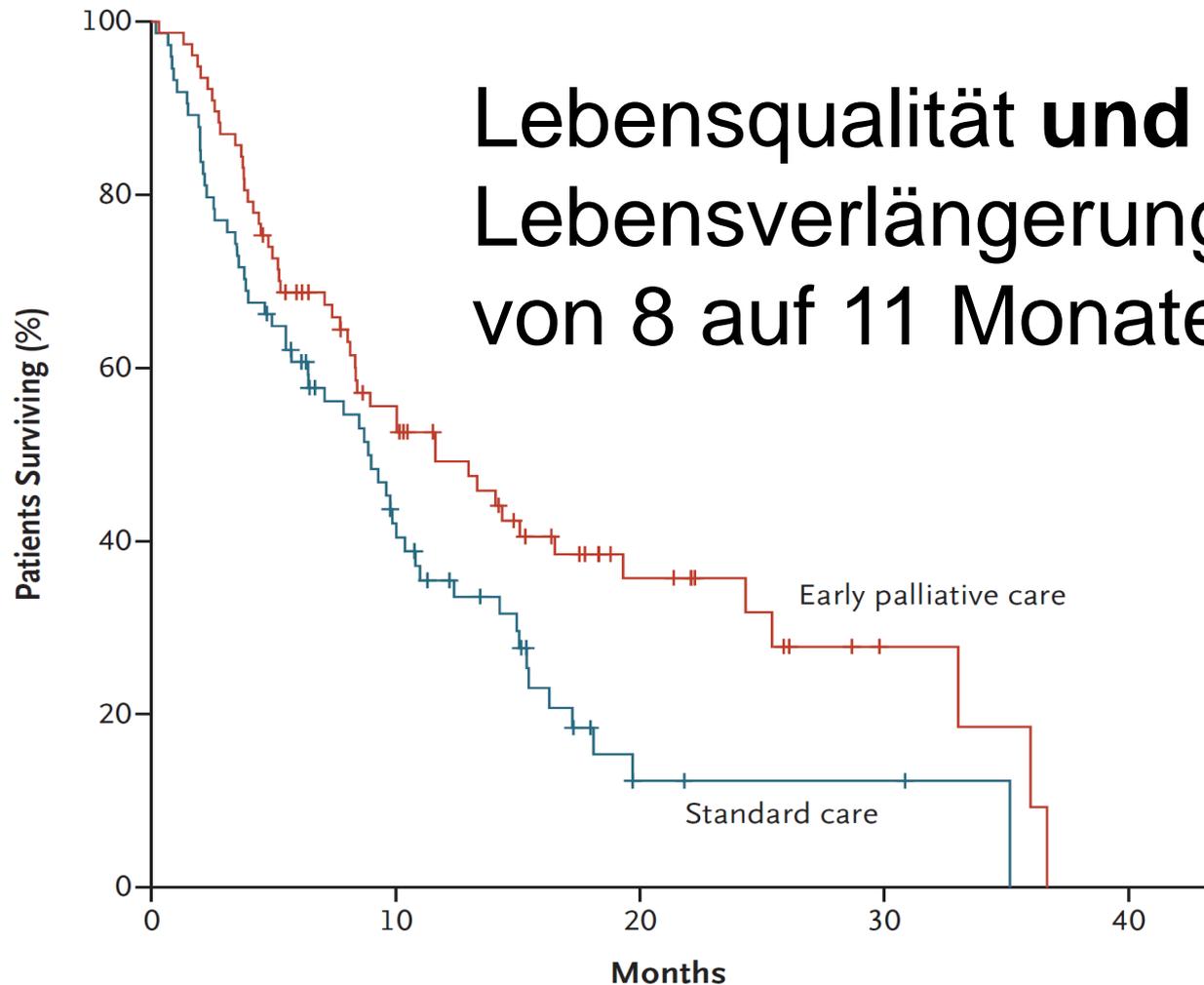
frühe Integration

Zeit

*Sterbephase/
Trauerangebote*

metastasierter Lungenkrebs:

Lebensqualität **und** Lebensverlängerung von 8 auf 11 Monate



*Temel J. et al
N Engl J Med. 2010*



Realität der Kommunikation

Prognoseabschätzung

32% korrekt
meist Überschätzung

Studie mit Lebenserwartung < 1 Jahr
tatsächlich 1 Monat



Realität der Kommunikation

Pat mit 4-6 Mo Prognose

65% Gespräch über Prognose

44% Gespräch über Reanimation

26% Angebot von Hospiz

Zeit zwischen Gesprächen und Tod 33 Tage



Kommunikation: Das letzte Lebensjahr

**nur retrospektiv objektivierbar
aber prospektiv erlebt**

**Wann möchte ich über
„mein letztes Lebensjahr“ informiert sein?**



Kommunikation: „surprise question“

**„Würde ich mich wundern,
wenn der Patient
in den nächsten 12 Monaten
verstirbt?“**

12, 9, 6, 3 Monate, Wochen, Tage, Stunden....

*Moss et al., 2010; Murray & Boyd, 2011;
Moroni et al., 2014; Hamano et al., 2015*



Kommunikation: Das letzte Lebensjahr

„keine Zeit“

„emotional belastend“

„was soll ich anbieten?“

„Therapiewunsch“



Selbstbestimmung! Bis zum Schluss?

Patientenwille

ist nicht identisch mit

Patientenwunsch



Selbstbestimmung! Bis zum Schluss?

Medizinische Indikation

? Therapieziel

? Medizinische Maßnahme

? Willigt Patient ein



Realität der Kommunikation

Inhalte der Gespräche

Patienten mit Chemotherapie

64% medizinisch-technisch

23% LQ, Symptome

Palliativgespräche

20 min Symptome

15 min psychosozial

10 min Verständnis der Erkrankung

Detmar et al., JAMA, 2001

Jacobsen et al., J Pall Med, 2011



Wann über Palliativ/Hospiz reden?

„Palliativmedizin –

immer

Chemotherapie –

manchmal“

*Richard Schilsky, 2010
Former President of ASCO
ASCO, 2012; DGHO-DGP, Juli 2015*



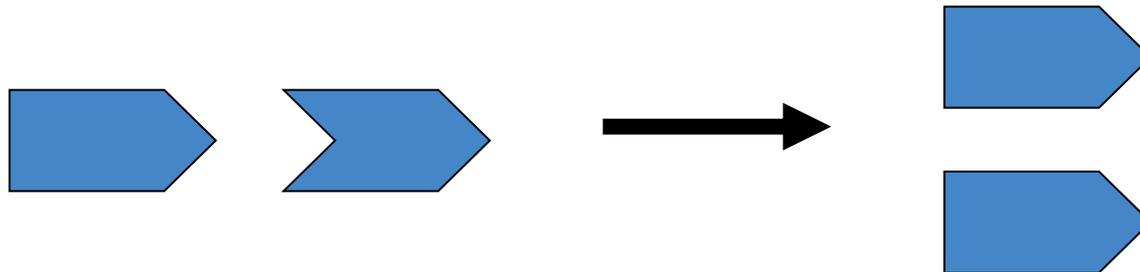
Zugang zur Palliativversorgung?

Behandelnde Arzt

oder

Krankheitsphase

Zugang zur Palliativversorgung Comprehensive Cancer Care



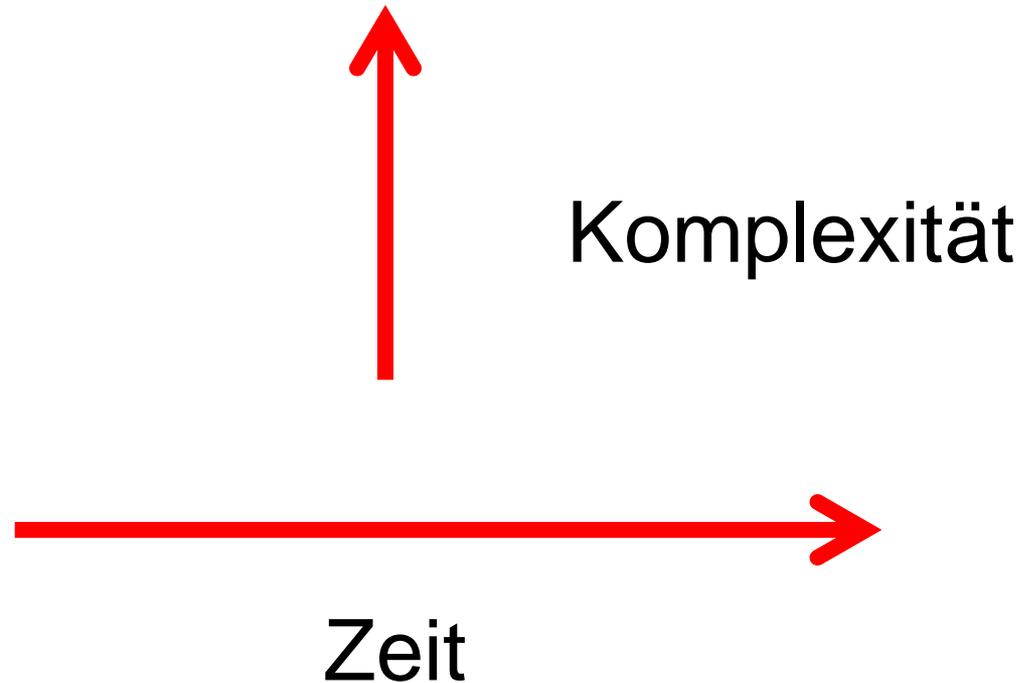
sequential

early integration, initiation,
Interaction, intervention,
implementation...

parallel
shared care



Kommunikation über Zugang zur Palliativversorgung





Palliativ/Hospiz ist Angebot

...für ein gutes Leben in der letzten Lebensphase

...für die Unterstützung von
Lebensqualität UND Lebensverlängerung
(UND Kostensenkung)

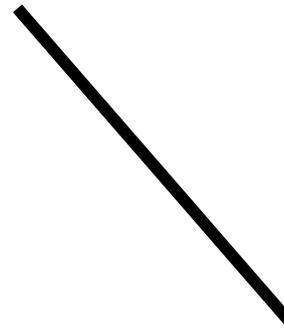
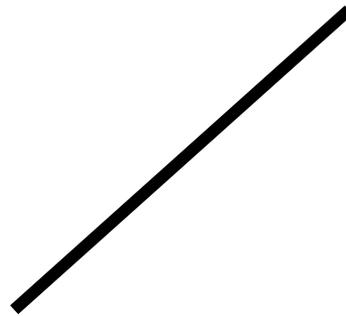
...für die Unterstützung der Patientenautonomie

...als Sprachrohr zu dienen gegen reflexhafte
therapeutische Routineentscheidungen



Das magische Dreieck der Palliativmedizin

Lebensqualität verbessern



Kosten reduzieren



Leben verlängern

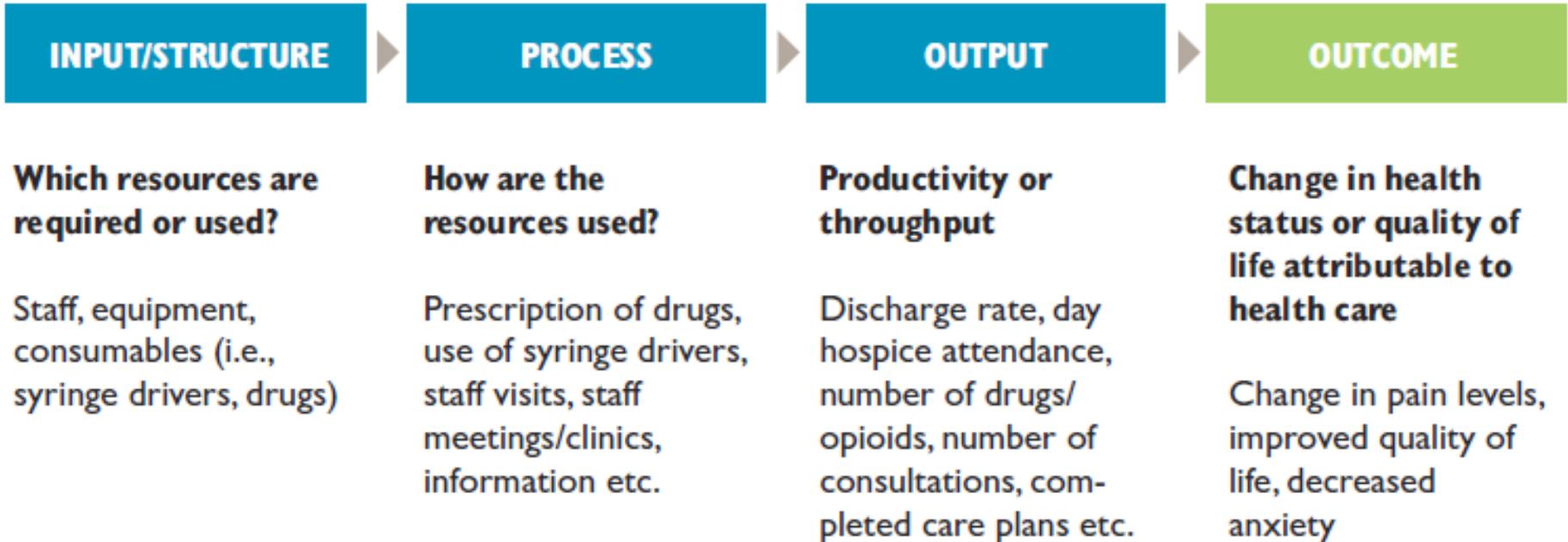


„Flächendeckung“ – „alle Menschen, alle Orte“
„letzte Lebensphase“, „im Sterben“
Zugang zur Palliativversorgung

„gut versorgt und begleitet“
Qualität und Qualitätsindikatoren



Qualität



*Bausewein, Daveson, Benalia, Simon, Higginson:
Outcome Measurement in Palliative Care – The Essentials
London, 2013*



QIs: Onkologie - Palliativmedizin

Struktur

- Palliativdienst vorhanden
- Palliativambulanz vorhanden

Prozess

- Multiprofessionelles Team
- Symptomscreening Routine
- Routine: Patientenverfügung?
- frühzeitige Einbindung von Palliativ

Outcomes

- Schmerzassessment in letzten 2 Kontakten vor Tod
- mehr als 2 Besuche in Notaufnahme 30 Tage vor Tod
- Sterbeort identisch mit Wunsch des Patienten

Ausbildung

- Palliativmedizinisches Curriculum für Assistenzärzte
- regelmäßige PM Fortbildungen
- Routinemäßige Rotation

GKV Spitzenverband: Kriterien zur Förderung Klinischer Krebsregister vom 20.12.2013

I. Datenmanagement und Datenqualität (§ 65c Abs. 2 Nummer 1 bis 2 SGB V)

- Sachgerechte Organisation und Ausstattung, einheitliches Datenformat inkl. Datenschnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung
- Mindestanforderung an Grad der Erfassung und an Vollständigkeit, Verfahren der Datenvalidierung

II. Rückmeldeverfahren und Zusammenarbeit (§ 65c Abs. 2 Nummer 3 bis 6 SGB V)

- einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an Leistungserbringer
- notwendige Verfahren zur Qualitätsverbesserung
- erforderliche Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantieren

III. Abrechnungsmodalitäten (§ 65c Abs. 2 Nummer 7 SGB V)

Kriterium 3.03: Art der aggregierten Auswertungen an die Leistungserbringer FK-ID

Definition Die aggregierten Auswertungen des klinische Krebsregisters für die Leistungserbringer gemäß Förderkriterium 3.02 enthalten die Ergebnisse aller für einen Tumor relevanten Daten¹⁾ und derjenigen aktuell veröffentlichten leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren²⁾, die mittels des ADT/GEKID-Basisdatensatz und seinen Modulen abbildbar sind.

1) Definition „Relevante Daten“:

Basisdatenauswertungen für alle Tumorentitäten nach ICD-10:

Analyse der Behandlungsfälle im Einzugsgebiet:

- nach Diagnosejahr und nach Geschlecht für festgelegten Zeitraum und für Einzugsgebiet
- nach Altersgruppen und Geschlecht
- histologische Häufigkeitsverteilung
- Grading oder andere tumorspezifisch übliche Malignitätskriterien
- TNM-Kategorien oder UICC-Stadien oder Tumordichte oder tumorspezifisch übliche Stadienklassifikation
- primäre Metastasierung und Metastasenlokalisation
- tumorspezifische Therapie
- Überlebenskurven: Gesamtüberleben (OS), relatives Überleben (RS), progressionsfreies Überleben (PFS) oder Disease Free Survival, Zeit bis Progression (TTP, z.B. Zeit bis Rezidiv), Überleben ab Progression (PPS)
- Angaben zur Qualität und Vollständigkeit der gemeldeten Daten

2) Veröffentlichte leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren:

Die Ergebnisse der leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren orientieren sich an dem jeweils aktuell veröffentlichten Stand, der derzeit unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de abrufbar ist.

www.gkv-spitzenverband.de

Grundsätze der Versorgung (8)	Evidenzbasiert	–	Davon „soll“ Empfehlungen	–
	Konsensbasiert	6		6
	Statement	2		–
Atemnot (21)	Evidenzbasiert	11	Davon „soll“ Empfehlungen	1
	Konsensbasiert	9		8
	Statement	1		–
Schmerz (43)	Evidenzbasiert	38	Davon „soll“ Empfehlungen	10
	Konsensbasiert	4		4
	Statement	1		–
Obstipation (12)	Evidenzbasiert	4	Davon „soll“ Empfehlungen	1
	Konsensbasiert	7		4
	Statement	1		–
Depression (24)	Evidenzbasiert	4	Davon „soll“ Empfehlungen	1
	Konsensbasiert	19		13
	Statement	1		–
Kommunikation (22)	Evidenzbasiert	–	Davon „soll“ Empfehlungen	–
	Konsensbasiert	22		21
	Statement	–		–
Sterbephase (45)	Evidenzbasiert	9	Davon „soll“ Empfehlungen	–
	Konsensbasiert	35		27
	Statement	1		–
Versorgung (55)	Evidenzbasiert	34	Davon „soll“ Empfehlungen	27
	Konsensbasiert	15		12
	Statement	6		–
Insgesamt 230	Evidenzbasiert	100	Davon „soll“ Empfehlungen	40
	Konsensbasiert	117		95
	Statement	13		–

Beurteilungskriterien

1. **Bedeutung des Indikators für das Versorgungssystem:** Verbesserung der Versorgung?
2. **Klarheit der Definition:** Nenner/Zähler definiert?
3. **Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung:** durch Leistungserbringer? Wer?
4. **Risiken zur Fehlsteuerung?**
5. **Erhebungsaufwand und Datenverfügbarkeit:** Wäre eine zusätzliche Dokumentation zu vertreten?

Weiteres

1. **Risikoadjustierung:** alle Patienten oder Untergruppe?
2. **Implementierungsbarrieren:** schwerwiegende Hindernisse bspw. struktureller oder finanzieller Natur?

QI 1

Z	Anzahl Patienten mit Reduktion der Atemnot innerhalb von 48h
N	Alle Patienten mit Diagnose nicht-heilbare Tumorerkrankung (APV und SPV) mit mittlerer/starker Atemnot (Erfassung über Screening-Instrument)

z.B. mod. Borg, VAS, NRS, MIDOS, iPOS, HOPE, Register

QI 2

Z	Anzahl Patienten mit Reduktion des Schmerzes innerhalb von 48h
N	Alle Patienten mit Diagnose nicht-heilbare Tumorerkrankung (APV und SPV) mit mittlerem/starken Schmerz (Erfassung über Screening-Instrument)

z.B. McGill Pain, VRS, VAS, NRS, MIDOS, iPOS, HOPE, Register, painDETECT, DN4

QI 3

Z	Anzahl Patienten OHNE Therapie mit osmotisch wirksamen und/oder stimulierenden Laxantien
N	Alle Patienten mit Diagnose nicht-heilbare Tumorerkrankung (APV und SPV) mit Opiatmedikation Ziel: niedrig

QI 4

Z	Anzahl Patienten mit Symptom-Assessment mit Hilfe eines validierten Screening-Instruments in den letzten 72h vor Versterben
N	Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)

z.B. MIDOS, iPOS, HOPE, Register

QI 5

Z	Anzahl Patienten mit Evaluation von Unruhe in den letzten 72h vor Versterben
N	Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)

QI 6

Z	Anzahl Patienten mit tumorspezifischen Maßnahmen (systemische Therapie, Radiotherapie) innerhalb von 14d vor Versterben
N	Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV) Qualitätsziel: niedrig

QI 7

Z	Anzahl Patienten mit Dialyse o. Hämofiltration o. Beatmung innerhalb von 7d vor Versterben
N	Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV) Qualitätsziel: niedrig

QI 8

Z	Anzahl Patienten mit Screening auf Depression bei Therapieplanung
N	Alle Patienten mit Diagnose „nicht-heilbare Tumorerkrankung“ (APV und SPV)

z.B. HADS, Selbstauskunft

QI 9

Z	Anzahl Patienten mit Dokumentation von Gespräch über die vorausschauende Versorgungsplanung bei Therapieplanung
N	Alle Patienten mit Diagnose nicht-heilbare Tumorerkrankung (APV und SPV)

z.B. typische Szenarien, Komplikationen, Präferenzen hinsichtlich letzter Lebensphase, Betreuungs- Sterbeort, ggf. Bestattung, Bevollmächtigter, Patientenverfügung, Betreuer

QI 10

Z	Anzahl Patienten mit Screening mittels validierter Tools (z.B. MIDOS oder IPOS) bei Therapieplanung
N	Alle Patienten mit Diagnose nicht-heilbare Tumorerkrankung (APV und SPV)



„Flächendeckung“ – „alle Menschen, alle Orte“
„letzte Lebensphase“, „im Sterben“
Zugang zur Palliativversorgung

„gut versorgt und begleitet“
Qualität und Qualitätsindikatoren



Hospiz- und Palliativgesetz

Stand: 12. Juni 2015; Anhörung BT 21. September 2015

„Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein **flächendeckendes Angebot** zu verwirklichen, damit **alle Menschen** an den **Orten**, an denen sie ihre **letzte Lebensphase** verbringen, auch **im Sterben gut versorgt und begleitet** sind.“