

Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der Qualitätsindikatoren aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin

Ergebnisse der Delphi-Befragung im Projekt Quincie

1. Auflage, August 2025



QUINCIE

Autorinnen

Katharina van Baal, Stephanie Stiel, Alexandra Glizner, Franziska Schade und Hannah Frerichs

Förderung



Bearbeitungsnummer: 70115061

Förderzeitraum: 01.02.2023-30.09.2025

Kooperationspartner

- Prof. Dr. med. Steffen Simon, M.Sc.
(Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Köln)
- Dr. med. Markus Follmann, MPH M.Sc.
(Office des Leitlinienprogramms Onkologie)

Kooperationskliniken

7 Kliniken im Einzugsgebiet des Comprehensive Cancer Center Niedersachsen (CCC-N)

Projektleitung

Medizinische Hochschule Hannover

Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin

Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Institutsleitung: Prof. Dr. Nils Schneider

Projektleitung: Dr. Katharina van Baal

Stellvertretende Projektleitung: Prof. Dr. Stephanie Stiel

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Vorwort.....	5
Projektziel und methodisches Vorgehen	6
Ergebnisse der ersten Projektphase	7
Ergebnisse der Delphi-Befragung	9
Empfehlungen zu Qualitätsindikatoren im Allgemeinen	10
Empfehlungen zu Qualitätsindikator 1	11
Empfehlungen zu Qualitätsindikator 2	12
Empfehlungen zu Qualitätsindikator 3	13
Empfehlung zu Qualitätsindikator 4	14
Empfehlung zu Qualitätsindikator 5	14
Empfehlungen zu Qualitätsindikator 6	15
Empfehlungen zu Qualitätsindikator 7	16
Empfehlungen zu Qualitätsindikator 8	17
Empfehlung zu Qualitätsindikator 9	18
Empfehlung zu Qualitätsindikator 10	19
Empfehlungen zu „Dokumentation und Assessments“	20
Ausblick	21
Danksagung.....	21
Projektbezogene Publikationen	23
Literatur	24

Abkürzungsverzeichnis

APV	Allgemeine Palliativversorgung
CCC-N	Comprehensive Cancer Center Niedersachsen
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
IPOS	Integrierte Palliative Care Outcome Skala
MIDOS	Minimales Dokumentationssystem
QI	Qualitätsindikator
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung



Vorwort

Leitlinien gelten in der Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung. Die Verfügbarkeit von Leitlinien alleine trägt jedoch nicht unbedingt zur Verbesserung der Versorgung bei [1, 2].

Für die Palliativversorgung existieren in der aktuell gültigen S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ elf Qualitätsindikatoren (QI) und entsprechende Qualitätsziele, die aus Empfehlungen der Leitlinie abgeleitet wurden [3]. Die QI ermöglichen eine Betrachtung der Umsetzung der Leitlinieninhalte in der Versorgungspraxis. Mithilfe der Bestimmung der QI in palliativmedizinischen Versorgungssettings kann die Erfüllung der definierten Qualitätsziele bewertet werden.

Bisher war unklar, ob sich die Erfüllung der QI und die Erreichung der Qualitätsziele aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin mit Hilfe der Routedokumentation auf Palliativstationen ermitteln lassen. Unbekannt ist außerdem, wie die QI in der Versorgungspraxis umgesetzt werden. Insgesamt ist wenig zur praktischen Umsetzung und Implementierung der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient*innen mit nicht-heilbarer Krebserkrankung im klinischen Alltag bekannt.

Die vorliegende Broschüre wurde auf Grundlage der Ergebnisse des Forschungsprojektes Quincie *„Umsetzung der Qualitätsindikatoren aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung in der Versorgungspraxis auf Palliativstationen“* (Deutsche Krebshilfe, Fkz: 70115061; Laufzeit: 01.02.2023 bis 30.09.2025) entwickelt [4]. Die Erkenntnisse basieren auf den empirischen Daten aus dem Projekt und geben Hinweise zur praktischen Umsetzung der QI aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin und zur Verbesserung der Umsetzung der QI auf Palliativstationen. Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen neben einem kurzen Gesamtüberblick über das Projekt die konsentierten Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der QI auf Palliativstationen im Einzelnen vor.

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Ihr Projekt-Team Quincie



Projektziel und methodisches Vorgehen

Das übergeordnete Ziel des Projekts Quincie war es, ein umfassendes Bild zur praktischen Umsetzung der QI aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin in der Versorgungspraxis zu gewinnen. Hierbei wurde die Routedokumentation auf Palliativstationen im Einzugsgebiet des Comprehensive Cancer Center Niedersachsen (CCC-N) hinsichtlich der QI betrachtet und förderliche sowie hinderliche Faktoren für die Implementierung der Leitlinie in der Praxis erforscht.

Phase 1 (Februar 2023 – September 2024)

Zu Beginn wurden Routedaten von Patient*innen der sieben teilnehmenden Palliativstationen im Einzugsgebiet des CCC-N retrospektiv analysiert. Ausgewertet wurde, wie häufig welche QI praktisch umgesetzt und in welchem Maß die entsprechenden Qualitätsziele erreicht werden. Im Projekt wurden 10 der insgesamt 11 QI untersucht, da sich ein QI auf die Spezialisierte Palliativversorgung bezieht, die im stationären Setting als gegeben angesehen werden kann.

Zusätzlich wurden Strukturmerkmale der kooperierenden Palliativstationen mit Hilfe von Ausschnitten aus dem Erhebungsbogen für Palliativstationen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) erhoben und in einen Zusammenhang mit der Umsetzung der QI gebracht.

Phase 2 (Oktober 2024 – September 2025)

Aufbauend auf den Ergebnissen aus Phase 1 haben ein Umsetzungsworkshop mit Expert*innen für die stationäre Palliativversorgung sowie eine Online-Ergebnisdiskussion mit Expert*innen für die S3-Leitlinie Palliativmedizin stattgefunden. Anhand der Ergebnisse der ersten Phase und den Diskussionsergebnissen aus den beiden Veranstaltungen wurden Empfehlungen für die praktische Umsetzung der QI und die Weiterentwicklung der Qualitätsziele entwickelt.

Im Rahmen einer bundesweiten Online-Delphi-Befragung mit Expert*innen wurden diese Empfehlungen abschließend konsentiert.



Ergebnisse der ersten Projektphase

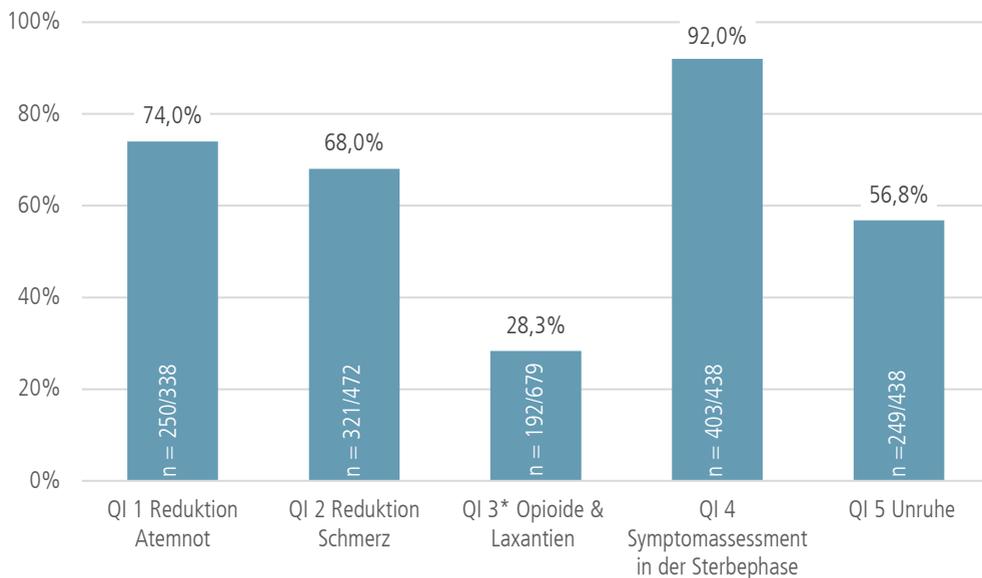
Die Stationen dokumentieren die zehn QI vereinzelt, wenig systematisch und wenn, dann mit dem Ziel der Erfüllung von Zertifizierungsvorgaben. Generell sind die Dokumentationsweisen und -systeme heterogen. Assessments werden mitunter unregelmäßig genutzt. Vorrangig genutzte Datenquellen stellen das Palliativmedizinische Basisassessment, die Symptombdokumentation im Verlauf durch das Minimale Dokumentations-system (MIDOS) oder die Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS), die Verlaufs-dokumentation im Fließtext und der Arztbrief dar. Anhand der Datenquellen wurden auf den teilnehmenden Stationen Informationen zu den QI aus der Routinedokumentation extrahiert:

- Erhoben auf Fallebene, nicht auf Patient*innenebene
- Insgesamt **1169 Fälle** betrachtet, davon **976 Fälle eingeschlossen** (83,5%)
- Geschlechterverteilung ausgeglichen: 472 männlich (48,4%), 504 weiblich (51,6%)
- Verstorben sind 438 Fälle, entlassen wurden 538 Fälle
- Alter bei Aufnahme im Durchschnitt 67,4 Jahre

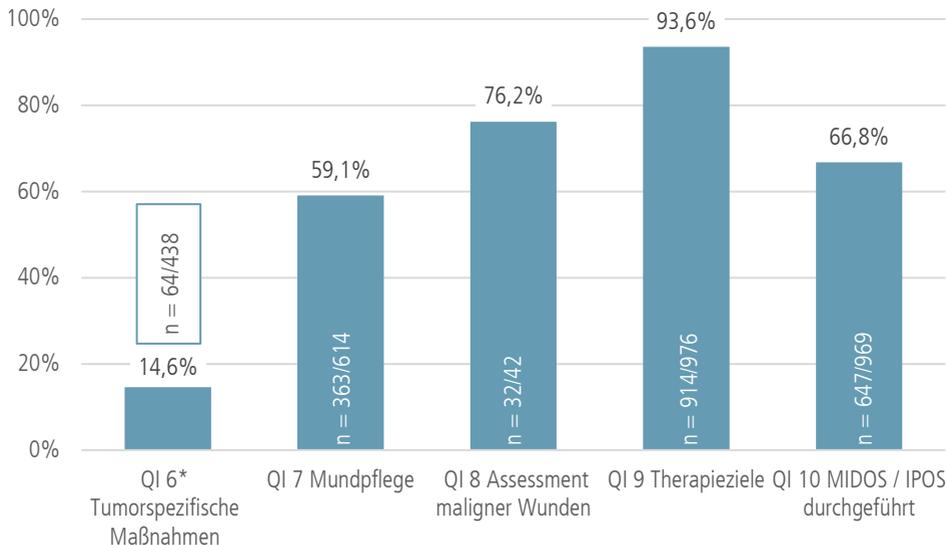
Die untenstehenden Diagramme zeigen die Erfüllung der QI übergreifend über alle Stationen. Die unterschiedlichen Fallzahlen pro QI ergeben sich durch die entsprechenden Nenner der QI, die die betrachtete Patient*innengruppe beschreiben. Die Daten und die Erhebungsprozesse zu den einzelnen QI sind in die Empfehlungsentwicklung eingeflossen.



Gesamtauswertung QI 1 – QI 5



Gesamtauswertung QI 6 – QI 10



* **Negativindikatoren:** es sollen möglichst niedrige Werte erreicht werden



Ergebnisse der Delphi-Befragung

Die Online-Delphi-Befragung wurde von Februar bis Juli 2025 durchgeführt und war in drei Runden gegliedert. Ziel der Delphi-Befragung war, die Inhalte und Formulierungen für die Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der QI schrittweise weiterzuentwickeln und Konsens über deren Relevanz und Umsetzbarkeit in der Praxis zu erlangen. Zu der Befragung wurden Expert*innen für die stationäre Palliativversorgung aus den Bereichen Medizin, Pflege, Wissenschaft/Forschung, aus der Leitlinien-Gruppe QI und aus Fachgesellschaften/Verbänden eingeladen. Empfehlungen wurden als konsentiert angenommen, wenn mindestens 75% der teilnehmenden Expert*innen der Relevanz und der Umsetzbarkeit der jeweiligen Empfehlung eher oder voll zustimmen.

- 🕒 **Runde 1**
32 Expert*innen, 40 Empfehlungen zur Abstimmung
- 🕒 **Runde 2**
27 Expert*innen, 22 Empfehlungen zur Abstimmung
- 🕒 **Runde 3**
25 Expert*innen, 3 Empfehlungen zur Abstimmung



Insgesamt wurden **32 Empfehlungen** konsentiert. Die Empfehlungen stellen keine neuen Leitlinienempfehlungen dar, sondern sollen als Projektergebnis die Umsetzung der QI in der Praxis verbessern. Die Empfehlungen sollen NICHT als Formulierung in die überarbeitete S3-Leitlinie Palliativmedizin übernommen werden.



Empfehlungen zu Qualitätsindikatoren im Allgemeinen

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich übergreifend auf alle QI. Die QI werden mithilfe eines Zählers und eines Nenners bestimmt. Im Rahmen der Auswertung im Projekt hat sich gezeigt, dass sowohl der Zähler als auch der Nenner der QI missverständlich sein können. Aktuell sind im Leitlinienkapitel zu den QI keine Hinweise oder Beispiele für deren Berechnung oder Umsetzung beschrieben. Die Qualitätsziele für alle QI sind so formuliert, dass die Erfüllung "möglichst häufig" gefordert wird. Dies kann missverstanden werden, denn oftmals ist nicht die Häufigkeit der Durchführung, sondern die Erfüllung des QI bei möglichst vielen Patient*innen gemeint.

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für jeden QI kurze Erläuterungstexte sowie Berechnungsbeispiele ergänzt, um die Nachvollziehbarkeit für Anwender*innen zu fördern.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für die QI, die für die Nutzung in einem spezifischen Setting gedacht sind, den Anwendungsbereich (z. B. APV oder SPV) explizit im Nenner definiert. Es könnte hilfreich sein, wenn eine Begründung dafür in einen Erläuterungstext aufgenommen wird.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin in der Einleitung zu dem Kapitel "Qualitätsindikatoren" in der Leitlinie den Sinn und Zweck der Nutzung von QI in der klinischen Praxis deutlich macht. Dabei könnte hilfreich sein, als Zweck z. B. die Messbarkeit und Vergleichbarkeit der Qualität der eigenen Arbeit zu nennen.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin die empfohlenen Assessments (z. B. MIDOS und IPOS) je QI bezüglich einer Eignung für die Fremd- oder Selbsteinschätzung überprüft. Dazu gehört auch eine Berücksichtigung der Anwendung in besonderen Situationen wie z. B. der Sterbephase.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin alle Qualitätsziele überarbeitet und von "möglichst häufig" zu "bei möglichst vielen Patient*innen" umformuliert.



Empfehlungen zu Qualitätsindikator 1

Die Empfehlungen auf den nachfolgenden Seiten beziehen sich jeweils auf einen spezifischen QI bzw. auf die entsprechenden Inhalte, die im QI beschrieben sind. Manche Empfehlungen ähneln sich stark, da die QI sich ebenfalls sehr ähneln. Bei der Auswertung der Daten zu QI 1 Atemnot hat sich gezeigt, dass der bisher in dem QI definierte Zeitraum von "innerhalb von 48h nach Aufnahme" in der Praxis schwer zu bestimmen bzw. missverständlich sein kann.

Qualitätsindikator 1: Reduktion Atemnot

Qualitätsziel: Möglichst häufig Reduktion der Atemnot innerhalb von 48h nach stationärer Aufnahme bei Patient*innen mit der Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“

Zähler: Anzahl Patient*innen mit Reduktion der Atemnot innerhalb von 48h

Nenner: Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerer/starker Atemnot bei stationärer Aufnahme

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 1 in einem Erläuterungstext beschreibt, dass es bei der Berechnung um einen Vergleich vom Aufnahmewert mit dem geringsten gemessenen Wert innerhalb der ersten 48h geht.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 1 in einem Erläuterungstext beschreibt, wie mittlere/starke Atemnot definiert ist und dabei auch die Belastung durch die Atemnot berücksichtigt.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 1 in einem Erläuterungstext ein Beispiel gibt, wie die Berechnung des Indikators aus der Routinedokumentation ermöglicht werden kann. Dabei könnte es hilfreich sein mit aufzuführen, ab welchem Skalenwert der einzelnen empfohlenen Assessments eine Reduktion der Atemnot im Vergleich zum Aufnahmewert erreicht ist.



Empfehlungen zu Qualitätsindikator 2

Bei der Auswertung der Daten zu QI 2 Schmerz hat sich analog gezeigt, dass der bisher in dem QI definierte Zeitraum von "innerhalb von 48h nach Aufnahme" schwer zu bestimmen bzw. missverständlich sein kann.

Qualitätsindikator 2: Reduktion Schmerz

Qualitätsziel: Möglichst häufig Reduktion des Schmerzes innerhalb von 48h nach stationärer Aufnahme bei Patient*innen mit der Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“

Zähler: Anzahl Patient*innen mit Reduktion des Schmerzes innerhalb von 48h

Nenner: Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerem/starkem Schmerz bei stationärer Aufnahme

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 2 in einem Erläuterungstext ein Berechnungsbeispiel gibt, um die Bestimmung des Indikators zu erleichtern.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 2 explizit benennt, ab welchem Skalenwert der einzelnen empfohlenen Assessments eine Reduktion des Schmerzes im Vergleich zum Aufnahmewert erreicht ist.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 2 in einem Erläuterungstext beschreibt, dass es bei der Berechnung um einen Vergleich vom Aufnahmewert mit dem geringsten gemessenen Wert innerhalb der ersten 48h geht.



Empfehlungen zu Qualitätsindikator 3

Bei QI 3 handelt es sich um einen Negativindikator. Ziel ist daher, möglichst geringe Werte zu erreichen. Das Qualitätsziel bleibt einheitlich zu den anderen QI formuliert und fordert möglichst häufig die Anwendung von Laxantien bei Opioid-Medikation, während der QI das Nichtvorhandensein von Laxantien bei Opioid-Medikation misst.

Qualitätsindikator 3: Opioide und Laxantien

Qualitätsziel: Möglichst häufig Anwendung von Laxantien bei Patient*innen mit der Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ und Opioidmedikation

Zähler: Anzahl Patient*innen ohne Therapie mit osmotisch wirksamen und/oder stimulierenden Laxantien

Nenner: Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit Opioidmedikation außerhalb der Sterbephase (= 7 Tage vor Versterben)“

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 3 in einem Erläuterungstext beschreibt, dass der QI auch für Patient*innen berechnet wird, die während Ihres Aufenthalts nicht versterben, sondern entlassen werden.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 3 in einem Erläuterungstext deutlich macht, dass es sich um einen Negativindikator handelt und das Ziel ist, möglichst geringe Werte zu erreichen.



Empfehlung zu Qualitätsindikator 4

Qualitätsindikator 4: Symptomassessment in der Sterbephase

Qualitätsziel: Möglichst häufig Symptomassessment in der Sterbephase

Zähler: Anzahl Patient*innen mit Symptomassessment mit Hilfe eines validierten Screeninginstruments in den letzten 72 h vor Versterben

Nenner: Alle verstorbenen Patient*innen (APV und SPV)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 4 in einem Erläuterungstext deutlich macht, welche Symptome insbesondere in der Sterbephase wichtig zu erfassen sind.

Empfehlung zu Qualitätsindikator 5

In den aktuell validierten Fassungen von MIDOS und IPOS wird "Unruhe" nicht explizit berücksichtigt. Beim MIDOS wäre eine Erfassung über das Feld "Andere" möglich.

Qualitätsindikator 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase

Qualitätsziel: Möglichst häufig Assessment von Unruhe in der Sterbephase

Zähler: Anzahl Patient*innen mit Evaluation von Unruhe in den letzten 72h vor Versterben

Nenner: Alle verstorbenen Patient*innen (APV und SPV)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...alle an der Dokumentation Beteiligten Unruhe zur Berechnung von QI 5 mithilfe der Freitextfelder der validierten Assessments (MIDOS und IPOS) täglich strukturiert erfassen und nicht ausschließlich in der schriftlichen Verlaufsdocumentation nennen.



Empfehlungen zu Qualitätsindikator 6

Bei QI 6 handelt es sich um einen Negativindikator. Ziel ist daher, möglichst geringe Werte zu erreichen. Das Qualitätsziel bleibt einheitlich zu den anderen QI formuliert und fordert möglichst häufig das Beenden tumorspezifischer Maßnahmen in der Sterbephase, während der QI das Nichtvorhandensein von tumorspezifischen Maßnahmen misst.

Qualitätsindikator 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase (TSM)

Qualitätsziel: Möglichst häufig Beendigung tumorspezifischer Maßnahmen in der Sterbephase

Zähler: Anzahl Patient*innen mit tumorspezifischen Maßnahmen (systemische Therapie, Radiotherapie) innerhalb von 14 Tagen vor Versterben

Nenner: Alle verstorbenen Patient*innen (APV und SPV)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 6 in einem Erläuterungstext die Therapieformen, die zu den tumorspezifischen Maßnahmen gezählt werden, explizit aufführt (z. B. Immuntherapien).

...alle an der Dokumentation Beteiligten zur Berechnung von QI 6 in der Dokumentation einen gut sichtbaren Vermerk inkl. Datum und Entscheidungsgrundlage dazu hinterlegen, ob und wann die Entscheidung zur Therapiezieländerung erfolgt ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn zum Aufnahmezeitpunkt noch tumorspezifische Maßnahmen erfolgen.

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 6 in einem Erläuterungstext deutlich macht, dass es sich um einen Negativindikator handelt und das Ziel ist, möglichst geringe Werte zu erreichen.



Empfehlungen zu Qualitätsindikator 7

Qualitätsindikator 7: Mundpflege

Qualitätsziel: Möglichst häufig Mundpflege bei Patient*innen mit nicht heilbarer Krebserkrankung

Zähler: Anzahl Patient*innen mit Mundpflege

Nenner: Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) und Mundtrockenheit (ICD-10-GM R 68.2)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin kritisch hinterfragt, inwiefern QI 7 operationalisierbar und sinnvoll für das Qualitätsmanagement in der Palliativversorgung ist und in Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen überarbeitet.

...die Verantwortlichen für die Dokumentationssysteme für den QI 7 das Anbieten von Mundpflege in die Routedokumentation aufnehmen. Es könnte hilfreich sein, wenn alle an der Dokumentation Beteiligten Mundpflege auch dann erfassen, wenn die Durchführung durch Patient*innen abgelehnt oder durch An- und Zugehörige übernommen wird.

...alle an der Dokumentation Beteiligten für den QI 7 Mundtrockenheit als Symptom über validierte Assessment (z. B. IPOS oder Freitextfeld im MIDOS) erfassen und Änderungen systematisch dokumentieren.



Empfehlungen zu Qualitätsindikator 8

Qualitätsindikator 8: Assessment maligner Wunden

Qualitätsziel: Möglichst häufig Assessment maligner Wunden bei Patient*innen mit nicht heilbarer Krebserkrankung und exulzierendem Tumor

Zähler: Anzahl Patient*innen mit Assessment des exulzierenden Tumors mittels spezifischem Assessmentinstrument laut Leitlinie

Nenner: Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ und exulzierendem Tumor (APV und SPV)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin den Nutzen von QI 8 für das Qualitätsmanagement in der Palliativversorgung kritisch hinterfragt und in Zusammenarbeit mit Expert*innen für die Wundversorgung überarbeitet.

... alle an der Wundversorgung Beteiligten für den QI 8 systematisch dokumentieren, falls maligne/exulzierende Wunden bei der Aufnahme vorliegen oder während des Aufenthalts neu auftreten.



Empfehlung zu Qualitätsindikator 9

Qualitätsindikator 9: Dokumentation von Therapiezielen

Qualitätsziel: Möglichst häufig Dokumentation der Therapieziele bei Patient*innen mit nicht heilbarer Krebserkrankung

Zähler: Anzahl Patient*innen mit dokumentierten Therapiezielen zum Zeitpunkt der Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“

Nenner: Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die QI-Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie Palliativmedizin für den QI 9 in einem Erläuterungstext angibt, dass in der APV der Zeitpunkt der Diagnose nicht heilbare Krebserkrankung und in der SPV der Zeitpunkt der Aufnahme gemeint ist.



Empfehlung zu Qualitätsindikator 10

Qualitätsindikator 10: Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS

Qualitätsziel:	Möglichst häufig Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS bei Patient*innen mit nicht heilbarer Krebserkrankung
Zähler:	Anzahl Patient*innen mit Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS
Nenner:	Alle Patient*innen mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die verantwortlichen Leitungspersonen für den QI 10 festlegen, dass regelmäßig klinische Assessments in der Routineversorgung durchgeführt werden. Es könnte hilfreich sein, wenn gemeinsam mit allen an der Dokumentation Beteiligten ein validiertes Assessmentinstrument (z. B. MIDOS oder IPOS) ausgewählt und konsistent im Behandlungsverlauf angewendet wird.



Empfehlungen zu „Dokumentation und Assessments“

Die Datenerhebung hat gezeigt, dass die Dokumentation und die Assessments, die auf den Palliativstationen angewendet werden, eine wichtige Rolle bei der Bestimmung der QI spielen.

Die Projektergebnisse legen nahe, dass ...

...die Verantwortlichen für die Dokumentationssysteme Modul(e) anbieten, die eine automatisierte Bestimmung der QI ermöglichen und diese regelmäßig gemäß der aktuell gültigen Leitlinie aktualisieren.

...die Verantwortlichen für die Dokumentationssysteme unter Einbeziehung aller relevanten Beteiligten Maßnahmen ergreifen, die die praxisnahe Anwendbarkeit des Dokumentationssystems gewährleisten (z. B. Austausch mit der IT-Abteilung) und diese regelmäßig evaluieren.

...die zuständige IT-Abteilung in Abstimmung mit den Verantwortlichen und den Anwender*innen der Dokumentationssysteme die elektronische Erfassung der Symptome von Patient*innen durch die in der S3-Leitlinie Palliativmedizin empfohlenen Assessments (z. B. MIDOS und IPOS) mit korrekten Wertebezeichnungen in den Dokumentationssystemen sicherstellen.

...alle an der Dokumentation Beteiligten darauf hinwirken, Mehrfachdokumentation zu vermeiden. Dies gilt unabhängig von der Dokumentationsform (papierbasiert oder digital).

...die Verantwortlichen für die Dokumentationssysteme eine praxisnahe und anwenderfreundliche Dokumentation von MIDOS und IPOS mit einer Übersicht über den Verlauf sicherstellen.

...die verantwortlichen Leitungspersonen allen an der Dokumentation Beteiligten und insbesondere neuen Mitarbeitenden die Teilnahme an Schulungen nahelegen, um die regelmäßige und einheitliche Durchführung und Dokumentation der verwendeten Assessments (z. B. MIDOS und IPOS) zu gewährleisten.

...alle an der Dokumentation Beteiligten Assessments grundsätzlich möglichst vollständig ausfüllen. Dies gilt insbesondere für Aufnahmeassessments. Für den Fall, dass einzelne Symptome nicht vorliegen oder nicht beurteilbar sind, könnte es hilfreich sein, neutrale Elemente in den Dokumentationssystemen vorzusehen, um den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten.

Ausblick

Die Dokumentation und die praktische Umsetzung der QI und die Erreichung der Qualitätsziele auf Palliativstationen stehen aktuell noch am Anfang und werden weiterhin Gegenstand von Forschung und fachlicher Diskussion sein. Im Rahmen unseres Projekts ließen sich nicht alle Themen abschließend behandeln und wir freuen uns über Anmerkungen, Rückmeldungen oder praktische Einblicke zu unseren Erkenntnissen.

Danksagung

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die uns im Rahmen des Projekts Quincie unterstützt haben. Besonders den teilnehmenden Stationen und den dort verantwortlichen Mitarbeitenden danken wir für die Zusammenarbeit und die umfassende Unterstützung bei der Datenerhebung. Wir danken außerdem den Expert*innen für die stationäre Palliativversorgung und den Expert*innen für die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Ihre Teilnahme an dem Umsetzungsworkshop bzw. der Ergebnisdiskussion und die anschließende konstruktive Beratung hinsichtlich der Empfehlungen.

Unser Dank richtet sich außerdem an alle Teilnehmenden der Delphi-Befragung, die uns mit Ihrer Expertise bei der Formulierung und Konsentierung der Empfehlungen beraten und unterstützt haben. Zuletzt möchten wir auch unseren Kooperationspartnern für Ihre Unterstützung in der Antragsvorbereitung und im Projektverlauf danken.

Projektteam Quincie



v.l.n.r.: Hannah Frerichs (Study Nurse)
Dr. Katharina van Baal (Projektleitung)
Franziska Schade (Wiss. Mitarbeiterin)
Prof. Dr. Stephanie Stiel (Stellvertr. Projektleitung)
Alexandra Glizner (Wiss. Mitarbeiterin)

Interessenkonflikt

Die Autor*innen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Kontakte und wichtige Links

Projektteam Quincie

Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Tel.: 0511/532-81245

E-Mail: allgemeinmedizin@mh-hannover.de

Leitlinienprogramm Onkologie

- <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/home0>

S3-Leitlinie Palliativmedizin, Version 2.2

- <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin>

Informationen zu den Qualitätsindikatoren

- [Leitlinienprogramm Onkologie: Qualitätsindikatoren](#)

Informationen zu den Erhebungsinstrumenten

- Palliativmedizinisches Basisassessment:
<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>
- MIDOS
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Fragebogen_MIDOS2_2019.pdf
- IPOS
<https://pos-pal.org/maix/ipos-translations.php>

Projektbezogene Publikationen

- van Baal K, Ernst A, Schade F, Stiel S. Implementation of quality indicators for palliative care for patients with incurable cancer at palliative care units in Germany (Quincie): A study protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2024;14(6):e077457
- Ernst A, Schade F, Stiel S, van Baal K, Herbst, FA. The implementation of guidelines in palliative care – a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2025;24 (1)102. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01729-y>

Eingereicht/in Vorbereitung:

- Schade F*, Ernst A*, Stiel S, van Baal K. „Ich kenne lieber meinen Patienten als seinen MIDOS-Bogen“ – Förderliche und hinderliche Faktoren zur Umsetzung der Qualitätsindikatoren aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin (eingereicht)
- Glizner A*, Schade F*, Frerichs HV, Stiel S, van Baal K. Qualitätsindikatoren aus der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung – Dokumentationsprozesse und Datenquellen auf Palliativstationen (in Vorbereitung)
- Glizner A, Schade F, Stiel S, van Baal K. Quality indicators for palliative care in Germany: Implementation on palliative care units in Lower Saxony (in Vorbereitung)
- van Baal K, Glizner A, Schade F, Stiel S. Praktische Umsetzung von Qualitätsindikatoren auf Palliativstationen in Deutschland – Ergebnisse einer Delphi-Befragung (in Vorbereitung)

Literatur

- [1] Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Gerguson J, Grimshaw J, Grol R, Klazinga N, Lorenz W, Meyer GS, Riccobono C, Schoenbaum SC, Schyve P, Shaw C. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. *Med Care* 2001;39(8):1185-92.
- [2] Selbmann HK, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 2005;1:33-38.
- [3] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>, 2020 (Zugriff am 07.08.2025).
- [4] van Baal K, Ernst A, Schade F, Stiel S. Implementation of quality indicators for palliative care for patients with incurable cancer at palliative care units in Germany (Quincie): A study protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2024;14(6):e077457.



QUINCIE

gefördert durch  **Deutsche Krebshilfe**
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover



Kontakt

Projektteam Quincie
Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel.: 0511/532-81245
E-Mail: allgemeinmedizin@mh-hannover.de