

FACT SHEET & METHODISCHE ÜBERSICHT

Outcome-Messung: Hospiz- und Palliativversorgung (Palliativstationen)

1. Einleitung

Die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit¹ konzipierte Outcome-Messung im Gesundheitswesen zielt darauf ab, Messergebnisse systematisch darzustellen und Aussagen zur Performance (Leistungsfähigkeit) des Gesundheitssystems abzuleiten.

Die Messung von Outcomes richtet den **Fokus auf Ergebnisse**, die durch Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems beeinflusst werden. Die Outcome-Messung soll **Handlungsfelder identifizieren**, die – unter Einbezug relevanter Stakeholder – eine vertiefende Analyse erfordern.

Die Outcome-Messung soll als **Instrument zur gezielten Priorisierung und informierten Entscheidungsfindung** dienen; nicht zu einer Wertung im Sinne von gut oder schlecht. Im Zeitverlauf kann sie etwa Hinweise zur Effektivität gesetzter Maßnahmen liefern oder Potenziale aufzeigen, negativen Entwicklungen gegenzusteuern.

Die **bisherigen Ergebnis-Berichte**² basieren auf einem von Bund, Ländern und Sozialversicherung akkordierten Framework (siehe S. 5) und stellen detaillierte Auswertungen zu den Funktionsbereichen **Gesundheitsförderung und Prävention** sowie **Kuration** zur Verfügung. Dafür wurden bisher 38 Indikatoren entwickelt, von denen derzeit 34 auswertbar sind.

Um das Gesundheitssystem umfassend abbilden zu können, ist eine **Erweiterung des Indikatoren-Sets** um die Bereiche Langzeitpflege und -betreuung bzw. **Hospiz- und Palliativversorgung** vorgesehen. Die Arbeiten des ersten Halbjahres 2018 fokussierten zunächst auf die Ableitung von Indikatoren zur Hospiz- und Palliativversorgung. In einem ersten Schritt wurden in diesem Bereich relevante Outcome-Indikatoren für Palliativstationen (Erwachsene) identifiziert. Der Bereich der Langzeitpflege und -betreuung wird im zweiten Halbjahr 2018 bearbeitet.

2. Methodische Vorgehensweise im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Methodik im Bereich Palliativversorgung (Palliativstationen) kann folgendermaßen zusammengefasst werden. Basierend auf einer **systematischen Literaturrecherche** wurde ein adaptiertes **Delphi-Verfahren** mit Expertinnen und Experten zur Vorauswahl relevanter Outcome-Indikatoren angewandt. Als Ergebnis wurden vorläufig **36 Indikatoren** identifiziert, die den Zielen des Outcome-Frameworks zugeordnet wurden (siehe Tabelle 1). In weiterer Folge wurden die Indikatoren von

Tabelle 1: Vorauswahl an Indikatoren

| Outcome-Ziel | Indikatoren |
|-----------------------------------|-------------|
| Zugang und Fairness sicherstellen | 6 |
| Qualität sicherstellen | 23 |
| Lebensqualität verbessern | 7 |
| Summe | 36 |

¹ Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) für die Periode 2013–2016 bzw. der Zielsteuerungsvertrag für die Periode 2017–2021 zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sehen vor, dass eine regelmäßige, systematische, international vergleichbare und – soweit erforderlich – regionalisierte Outcome-Messung (insb. der Wirkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration) im Gesundheitswesen etabliert wird.

² Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas; Bobek, Julia (2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Vienna

Expertinnen und Experten priorisiert und im Rahmen eines **Stakeholder-Workshops** einer neuerlichen Bewertung unterzogen, wodurch ein Konsens über die Auswahl von **sechs Indikatoren** hergestellt werden konnte. Die einzelnen Schritte werden im Anhang 1 dieses Fact Sheets genauer erläutert.

3. Ergebnis

Als Ergebnis des Auswahlprozesses konnte ein Konsens über die folgenden **sechs Indikatoren** erzielt werden. Diese Indikatoren werden für die Outcomemessung im Bereich Palliativstationen als geeignet erachtet (Tabelle 2). Bei fünf Indikatoren wurde die Datenverfügbarkeit als derzeit nicht vorhanden, bei einem Indikator wurde die Datenverfügbarkeit mit „gut“ eingeschätzt (Indikator Nr. 2).

Tabelle 2: Ausgewählte Indikatoren

| Outcome-Ziel | Indikatoren |
|-----------------------------------|-------------|
| Zugang und Fairness sicherstellen | 3 |
| Qualität sicherstellen | 1 |
| Lebensqualität verbessern | 2 |
| Summe | 6 |

Zugang und Fairness sicherstellen

1. **Ungedeckter Bedarf (I):** Patientinnen/Patienten, die aus Ressourcengründen nicht in der Palliativstation aufgenommen wurden als Anteil an allen PatientInnen, die indiziert in der Palliativstation (qualifizierte Triagierung) angemeldet wurden
2. **Ungedeckter Bedarf (II):** Anteil auf einer Palliativstation verstorbenen Krebspatientinnen/-patienten an allen im Krankenhaus verstorbenen Krebspatientinnen/-patienten (Hauptdiagnose = C-Diagnose)
3. **Wartezeit:** Durchschnittlicher Zeitraum zwischen Anmeldezeitpunkt (ohne Voranmeldung) und Aufnahme auf Palliativstationen

Qualität sicherstellen (Koordination)

4. **Strukturen für PROMs:** Anteil der Palliativstationen, die PROMs implementiert haben (validierte PROMs, nach Möglichkeit einheitliche Verwendung der Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS))

Lebensqualität verbessern

5. **Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bei Schmerzen (I):** Anteil der Patientinnen/Patienten, die mittlere bis starke Schmerzen zu Beginn der Behandlung in der Palliativstation hatten und keine oder leichte Schmerzen am Ende der Palliativbehandlungsphase haben (mögliche Skala: IPOS)
6. **Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bei Atemnot (II):** Anteil der Patientinnen/Patienten, die mittlere bis starke Atemnot zu Beginn der Behandlung in der Palliativstation hatten und keine oder leichte Atemnot am Ende der Palliativbehandlungsphase haben (mögliche Skala: IPOS)

4. Ausblick

Seitens der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) ist ein Vernetzungstreffen für Palliativstationen geplant, mit dem Ziel, PROMs systematisch zu erheben beziehungsweise jene Palliativstationen in Österreich zu identifizieren, die bereits mit PROMS arbeiten.

Mitwirkende der Gesundheit Österreich GmbH:

Andrea E. Schmidt, Florian Bachner, Anja Laschkolnig, Elisabeth Pochobradsky und Lukas Rainer

ANHANG 1

Ausführliche Beschreibung der methodischen Schritte

Systematische Literaturrecherche

Um eine Übersicht zum **aktuellen Forschungsstand** der Anwendung von Indikatoren zur Outcomemessung in der Palliativversorgung (Palliativstationen) zu erhalten, wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche in der Medline-Datenbank für den Zeitraum 2008–2018 durchgeführt.

Australien, Belgien und Kanada wurden sodann als internationale Best-Practice Beispiele näher analysiert. Insbesondere das **australische Programm** (*Palliative Care Outcomes Collaborative*) nimmt aufgrund eines umfassenden Indikatorensatzes eine **internationale Vorreiterrolle** ein. Das australische Programm basiert auf standardisierten klinischen Assessment Tools (**Patient Reported Outcome Measures** – kurz: PROMs). Mit den verwendeten Instrumenten kann beispielsweise systematisch dokumentiert werden, ob die Palliativbehandlung erfolgreich zur Schmerzreduktion beiträgt.³ Die **belgischen Performance-Reports** beinhalten seit 2012 Indikatoren dazu, wie **gut zugänglich** Versorgungsangebote sind und ob die Versorgung **rechtzeitig stattfindet**, sowie zum Sterbeort.⁴ Im Rahmen des **kanadischen Programms** *Canadian partnership against Cancer* werden Indikatoren zu **Zugänglichkeit, Verlegungen** in den letzten Lebensstagen, Sterbeort, sowie **Indikatoren basierend auf PROMs** (analog zu Australien, siehe oben) ausgewertet.⁵ Während das Monitoring in Australien alle Gruppen von Patientinnen und Patienten umfasst, sind die belgischen und kanadischen Monitoringsysteme vor allem aufgrund der Datenverfügbarkeit auf Krebspatientinnen und -patienten beschränkt.

Schließlich wurden international validierte Empfehlungen im Prozess berücksichtigt. Das *White Paper* der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC, 2015) zeigt 12 Empfehlungen zur Ergebnismessung in der Palliativmedizin auf. Die Gesellschaft hält fest, dass Ergebnismessung eine immer größer werdende Rolle bei der Verbesserung der Qualität, Effektivität, Effizienz und Verfügbarkeit von Palliativversorgung einnimmt. Die Empfehlungen liefern detaillierte Informationen, wie Ergebnismessung in der Palliativmedizin implementiert werden kann.

Adaptiertes Delphi-Verfahren mit Expertinnen und Experten

Um die Vorauswahl an international validierten Indikatoren weiter zu verfeinern und an den österreichischen Kontext anpassen zu können, wurde ein adaptiertes Delphi-Verfahren angewandt. Dazu wurde eine kleine Runde ausgewählter **Expertinnen und Experten** im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung eingeladen, die vorausgewählten Indikatoren zu bewerten. Bei der Auswahl der Expertinnen und Experten wurde neben **wissenschaftlicher Expertise** auf eine **multiprofessionelle Zusammensetzung** geachtet, um dem multidimensionalen Charakter der Hospiz- und Palliativversorgung entsprechen zu können, wobei die folgenden Institutionen vertreten waren; Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Caritas Socialis, Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien,

³ Allingham, S; Mossamet, N; Burns, S; Foskett, L; S, Clapham; (2018): Patient Outcomes in Palliative Care in Australia: National report for July – December 2017. Palliative Care Outcomes Collaboration, Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong

⁴ Vrijens, F; Renard, F; Camberlin, C; Desomer, A; Dubois, C; Jonckheer, P; Van den Heede, K; Van de Voorde, C; Walckiers, D; Léonard, C; Meeus, P (2016): Performance of the Belgian Health System – Report 2015. Health Services Research (HSR). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels

⁵ Canadian Partnership Against Cancer (2017): Palliative and End-of-Life Care: A Cancer System Performance Report. Canadian Partnership Against Cancer Toronto

Canadian partnership against Cancer (2017): The 2017 Cancer System Performance Report. Canadian Partnership Against Cancer, Toronto

Krankenhaus Elisabethinen Graz, Österreichische Palliativgesellschaft, Tiroler Hospiz Gemeinschaft, Uniklinikum Salzburg. Zu Beginn wurden die vorgeschlagenen Indikatoren systematisch und individuell bewertet und priorisiert. Im Anschluss erfolgte eine **Gruppendiskussion und neuerliche Bewertung**, getrennt nach den Kategorien Validität, Beeinflussbarkeit, Interpretierbarkeit sowie Aussagekraft. Im Endergebnis wurde so ein kleines Set Indikatoren als geeignet bewertet, wobei vor allem jene Indikatoren, die auf PROMs beruhen, empfohlen wurden⁶. Als Follow-up wurde den Expertinnen und Experten die Möglichkeit geboten, die Gruppenbewertung zu reflektieren und ggfs. eine neue Bewertung abzugeben sowie die beim Expertenworkshop nicht priorisierten Indikatoren ebenfalls zu bewerten.

Im Anhang 2 ist eine vollständige Liste der nicht priorisierten Indikatoren enthalten. In den Kommentarspalten sind die Einwände und Vorbehalte angeführt, wodurch die nicht Berücksichtigung dieser Indikatoren durch die Expertinnen und Experten, sowie Stakeholder begründet wird.

Aufbauend auf den Ergebnissen des adaptierten Delphi-Verfahrens wurde ein Stakeholder-Workshop unter Einbezug aller Zielsteuerungspartner, sowie weiterer Institutionen durchgeführt. Zur Einschätzung der **gesundheitpolitischen Relevanz** und der praktischen Umsetzbarkeit wurden Vertreterinnen und Vertreter des Bundes (vertreten durch das BMASGK Abteilung IX/1), der Länder (vertreten durch den Kärntner Gesundheitsfonds, den Salzburger Gesundheitsfonds und den Tiroler Gesundheitsfonds) und der Sozialversicherung (vertreten durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger), sowie Stakeholder aus der Praxis (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Caritas Sozialis, Dachverband Hospiz Österreich, Hospizbewegung Salzburg, Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien, Krankenhaus Elisabethinen Graz, Landeskrankenhaus Villach, Landesverband Hospiz Niederösterreich, Landesverband Hospiz Oberösterreich, Österreichische Palliativgesellschaft, sowie den Tirol Kliniken) geladen. Als internationale Expertin konnte Frau **Univ.-Prof. Dr. Claudia Bausewein**, PhD MSc (Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München) für einen Fachvortrag gewonnen werden. Analog zu den Empfehlungen der Expertinnen und Experten wies Frau Prof. Bausewein auf die Vorzüge der **Verwendung von PROMs** als „Goldstandard“ der Outcomemessung hin und verwies auf die Implementierung von Qualitätsindikatoren basierend auf PROMs in Deutschland.⁷

Die Bewertung der bisher (von den Expertinnen und Experten) positiv bewerteten Indikatoren erfolgte getrennt nach den Kategorien gesundheitspolitische Relevanz, gesundheitspolitische Beeinflussbarkeit, sowie Datenverfügbarkeit (siehe Anhang 1).

⁶ Die Abkürzung PROMs steht für *Patient-Reported Outcome Measures*. Es handelt sich dabei um standardisierte klinischen Assessment-Tools.

⁷ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015 (S. 230f.) <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff am 16.07.2018)

Outcome-Framework

Zuordnung der Indikatoren nach Funktionen des Gesundheitsförderungs- und versorgungssystems

1. Zahl der **gesunden Lebensjahre** erhöhen und **verfrühte Sterblichkeit** verringern

2. **Lebensqualität** verbessern

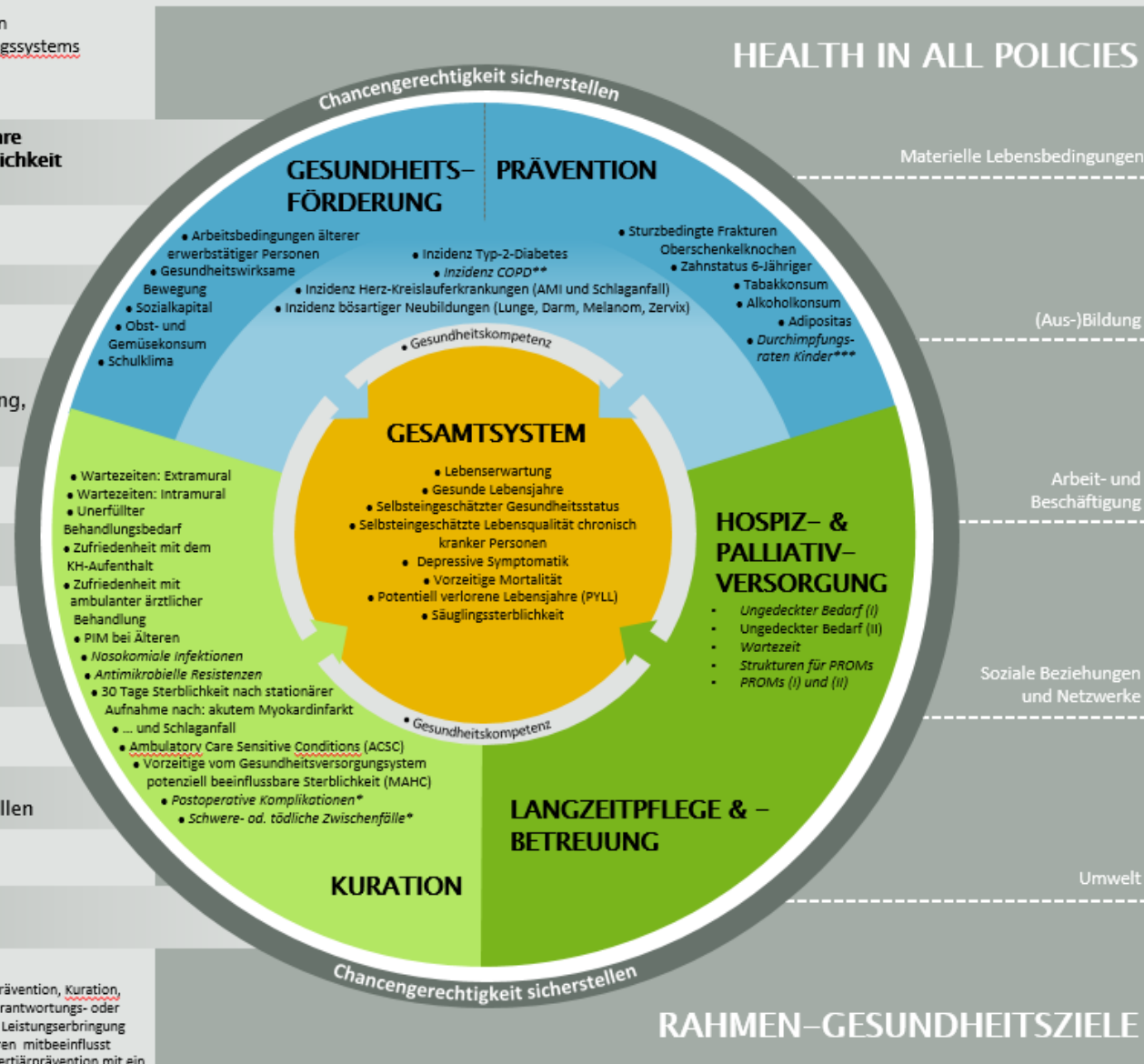
3. **Qualität** sicherstellen (Patienten-/Nutzerorientierung, Angemessenheit, Effektivität, Sicherheit)

4. **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken

5. **Zugang und Fairness** sicherstellen

6. **Hohe Zufriedenheit** mit der Versorgung sicherstellen

7. **Akute Ereignisse** vermeiden und behandeln



Die dargestellten Funktionen (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung) stellen keine Verantwortungs- oder Finanzierungszuschreibungen im Sinne von Settings der Leistungserbringung dar. **Gesamtsystem-Outcomes** werden von allen Akteuren mitbeeinflusst (inkl. HiAP). **Prävention** schließt Primär-, Sekundär- u. Tertiärprävention mit ein.

Inzidenzen (hellblauer Bereich): mittel- bis langfristige Beeinflussbarkeit durch Gesundheitsförderung- und Prävention.

Kursiv: Derzeit keine Berechnung möglich, Empfehlung zur Schaffung von (verbesserten) Datengrundlagen mit unterschiedlicher Priorisierung: *** hohe Priorität, ** mittlere Priorität, * niedrige Priorität