

Zeitschrift: Infokara Deutschschweiz
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin
Band: - (1995)
Heft: 40

Artikel: AUDIT - Qualitätskontrolle im Bereich der Palliativen Betreuung :
Zusammenfassung einer Arbeit im Rahmen des Kurses II "Palliative
Care" der Schweiz. Krebsliga (94/95)
Autor: Baumann, Reinhard
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091653>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

AUDIT - Qualitätskontrolle im Bereich der Palliativen Betreuung

Zusammenfassung einer Arbeit im Rahmen des Kurses II
"Palliative Care" der Schweiz. Krebsliga (94/95)

Dr Reinhard Baumann¹

Aufgabenstellung: Auseinandersetzung mit grundsätzlichen und praktischen Fragen zur Qualitätskontrolle im Bereich einer Institution für stationäre palliative Betreuung. **Vorgehen:** 1: Zusammenfassung und Erläuterung einer englischsprachigen Publikation zu obigen Thema (Irene Higginson: "Clinical Audit in Palliative Care", Radcliffe Medical Press, Oxford, 1993). 2: Anwendung einer etablierten Methode (STAS) zur quantitativen Registrierung von Aspekten des Befindens von Patienten mit dem Ziel, die Resultate dieser Erhebungen auf ihre Aussagekraft zu untersuchen. 3): Dokumentation des zeitlichen und personellen Aufwandes. 4): Beurteilung des Projektes durch involvierte Mitarbeiter mittels Beantwortung eines Fragebogens.

Allgemeines:

Schwierigkeiten, "Produkte" der palliative Betreuung auf ihre Qualität hin zu prüfen, ergeben sich aus der individuell sehr variablen Natur von Lebensqualität (deren Vermittlung Hauptanliegen der palliativen Betreuung ist). Qualitätskontrolle ist jedoch *notwendig*, da

- sich die palliative Medizin und Betreuung als Disziplin in einem Lernprozess befindet, der laufend reflektiert werden muss,
- namentlich im Bereich der Symptomenkontrolle eine erhebliche interregionale Methodenvielfalt vorliegt, bei deren unkritischer Anwendung ein Orientierungsverlust droht,

¹ Dr. med. Anker-Huus, Zürich

- die interdisziplinäre Arbeitsweise (als Alternative zu den üblichen hierarchischen Arbeits- und Entscheidungsstrukturen) einer "Kontrollinstanz" bedarf,
- da angesichts des aktuellen Spardiktates seitens der öffentlichen Hand die quantitative Messbarkeit und Nachvollziehbarkeit unserer Arbeit gegen aussen von hoher Wichtigkeit ist und
- systematische Qualitätskontrolle auch eine didaktische Rolle spielt, indem sie strukturiertes Denken fördert (Einteilung des Arbeitsprozesses in Zieldefinition, Planung, Beurteilung und Korrekturen).

In Anlehnung an die erwähnte Publikation von Higginson und MitautorInnen ergibt sich als Definition von Qualitätskontrolle (Audit) im Gesundheitsbereich: ***Systematische, kritische Analyse der Qualität der Betreuung einschliesslich der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, des Umgangs mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, sowie des erreichten Ergebnisses unter besonderer Berücksichtigung der Lebensqualität für die Patienten.*** Es ist sinnvoll, Qualitätskontrolle vorzugsweise als zyklischen Ablauf zu strukturieren (Festlegung von Zielen/Standards > Vergleich des Erreichten mit den Standards > Korrektur des Arbeitsprozesses, ev. Korrektur der Ziele), der mehrfach durchlaufen werden kann/soll. Qualitätskontrolle nimmt Bezug auf **Strukturelle Grössen** (z.B. Personal, finanzielle und andere Ressourcen), **Prozesse** (z.B. Zeitverbrauch, Informationsübermittlung) oder auf **Resultate** (z.B. Symptomkontrolle, -verlauf) die geprüft werden können auf **Wirksamkeit** (efficacy) **Effizienz** (efficiency), **Zugänglichkeit**, **Angemessenheit**, **Bedürfnisgerechtheit**, **Kontinuität** usw.

Qualitätskontrolle kann prospektiv (anhand der laufenden Arbeit) oder retrospektiv (anhand von Dokumenten) durchgeführt werden und setzt das Vorhandensein eines **messbaren Bezugssystems** mit **Standards**, dafür geeigneten **Beurteilungskriterien** und sinnvollen Fragestellungen voraus. Diese können mit "ja/nein", "zutreffend/nicht zutreffend" usw. beantwortbar sein. Im Bereich der Symptomkontrolle stehen aber auch verschiedene, evaluierte Systeme der Quantifizierung von (subjektiven) Befindlichkeiten zur Verfügung, wie z.B. Visuelle Analogskalen (VAS) u.ä..

Projekt, Methoden:

Das Projekt "Qualitätskontrolle" wurde durchgeführt im Zürcher Anker-Huus, einer stationären Einrichtung für Menschen mit HIV und AIDS. Wir betreuen maximal 23 Patienten. Die mittlere Aufenthaltsdauer liegt derzeit bei 2 Monaten. Ca. 3/4 der Patienten versterben bei uns. Entsprechend der Natur der Aidskrankheit werden zwar immer wieder "halbkausale" Behandlungen nötig (v.a. Therapien von infektiösen Komplikationen), die symptomatische Behandlung steht jedoch im übrigen bei einer Mehrheit der Betreuten im Vordergrund. Ein kleiner, aber konstanter Teil der Patienten wird auch aus sozialen Gründen bei uns aufgenommen.

STAS (**S**upport **T**eam **A**ssessment **S**chedule, Higginson) ist ein für die palliative Betreuung evaluiertes und als sensitiv und reproduzierbar befundenes Standard- und Messsystem. Es ist ein Resultate ("outcome")-orientiertes Qualitätskontroll-Instrument mit der Fragestellung nach Erreichen von Zielen der palliativen Betreuung, die eng mit Lebensqualität verbunden sind. Einbezogen sind darin psychologische Aspekte und Aspekte der Kommunikation. Nebst der Befindlichkeit der Patienten wird auch diejenige der Angehörigen berücksichtigt.

STAS ist formal ein durch Betreuer auszufüllender Fragebogen, der einerseits Problemkreise anspricht, die die Patienten (Schmerzkontrolle, Kontrolle anderer häufiger Symptome) und ihre Angehörigen (Manifestationen von Angst, Informationsgrad, Kommunikationsmuster) betrifft sowie solche, die mit der Betreuungsstruktur zu tun haben (Kommunikationsmuster zwischen Teammitgliedern und Patienten/Angehörigen und im Team).

Die Beurteilung der Patienten bezüglich der oben erwähnten Problemkreise und Symptome erfolgt aufgrund des momentanen Zustandes zum Zeitpunkt der Bewertung mittels eines 4-teiligen Punkte-Scores. Dabei bedeutet "0", dass ein Symptom resp. ein Problem nicht vorhanden ist, "4" die grösstmögliche Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand. "Standard" für STAS ist also der Zustand von Symptomlosigkeit oder das Fehlen einer Problematik. "5" bedeutet "nicht beurteilbar".

In der vorliegenden Arbeit wurden 2 Beurteilungen im Abstand von 2 Wochen durchgeführt, nach Möglichkeit unter Einbezug von sog. Bezugspersonen des Teams. Am Ende wurden alle am Projekt Beteiligten Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter zu einer schriftlichen Beurteilung des Projektes durch einen Fragebogen aufgefordert.

Resultate:

Für 13 Patientinnen und Patienten konnten in der vereinbarten Beobachtungszeit 2 Bewertungen durchgeführt werden in einem Intervall von 2-3 Wochen. Die zeitliche Beanspruchung betrug beim ersten Mal durchschnittlich 11,6 Minuten (8-21 Minuten), beim zweiten Mal 9,6 Minuten (6-16 Minuten).

1. Die Auswertung des STAS:

Die Tabelle gibt einen Ueberblick über die Häufigkeit des Vorliegens (Prävalenz) von Problemen resp. deren Schweregrad zu den beiden Erhebungszeitpunkten. Im vorliegenden Beispiel ist die hohe (momentane) Prävalenz von Schmerzen und Schluckstörungen offensichtlich, es scheint auch eine Verbesserung der Symptomkontrolle im Bewertungsintervall erfolgt zu sein. Angst und Verunsicherung bei Angehörigen hingegen scheinen - in starker Ausprägung - eher zugenommen zu haben.

2. Die Sicht der Mitarbeiter:

- Eine knappe Mehrheit zeigte eine kritische Haltung beim ersten Kontakt mit dem Projekt (Befürchtungen vor zusätzlichem Zeitaufwand, alltagsfremder "Forschung", Schwierigkeiten, Qualitätskontrolle von Pflege- und Arztbereich gemeinsam zu realisieren).
- Die umfangreiche Erläuterung des Projektes (Vororientierung von Pflege- und Stationsleitung, schriftliche Information der Mitarbeiter, Besprechungen) wurde von allen Beantwortern als wichtig und in der durchgeführten Art als genügend empfunden.
- Formal war der Fragebogen für die meisten akzeptabel. *Inhaltlich irritierte offenbar die häufige Nichtbeurteilbarkeit (Information nicht vorhanden, Fragen nicht auf unsere Patienten zugeschnitten, Unklarheit über den*

relevanten Bewertungszeitpunkt angesichts des oft rasch wechselnden Gesundheitszustandes).

- Etwas mehr als die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sahen einen Sinn in Bemühungen um Qualitätskontrolle und waren bereit, dafür auch Zeit zu investieren.

Diskussion:

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, einige grundsätzliche Erfahrungen im Umgang mit Qualitätskontrolle in der palliativen Betreuung zu sammeln. Es ist wichtig zu betonen, dass es nicht in erster Linie darum ging, Teilaspekte unserer Arbeit zu bewerten, sondern um die Auseinandersetzung mit einer Bewertungsmethode.

Über die Eignung des STAS (in der verwendeten Form) als Instrument der Qualitätskontrolle in unserer Institution können wegen der kurzen Dauer des durchgeführten "Testlaufs" tendentielle, aber keine abschliessenden Aussagen gemacht werden. Wir haben gesehen, dass ein gewisser Überblick über die häufigen Probleme möglich ist (Tabelle) und dass sich aus den Befunden Trends (möglicherweise als Resultate der Betreuung) vermuten lassen. Die Aussagekraft einer solchen Erhebung erhöht sich natürlich mit der Beobachtungsdauer. Wird die gleiche tabellarische Darstellung verwendet für die Registrierung des Score-Verlaufs bei *einem* Patienten (über eine bestimmte Beobachtungsdauer), ergeben sich andere, ebenfalls wichtige Aussagen wie z.B. die Identifikation von Gebieten mit guter resp. mangelhafter Symptomkontrolle oder die globale Beurteilung der Betreuung aufgrund des Gesamt-Scores.

Die häufige *Nichtbeurteilbarkeit* vieler Fragen könnte (nebst einem einfachen Informationsdefizit bei neuen Patienten) mit der Tatsache zusammenhängen, dass STAS - wie das Meiste aus der Systematik der palliativen Betreuung - aus Erfahrungen in der Onkologie stammt. AIDS unterscheidet sich davon deutlich durch die Polymorbidität der Patienten und einen stark und unvorhersehbar schwankenden Krankheitsverlauf. Ein weiterer Unterschied besteht im vergleichsweise jungen Alter der Betroffenen, die allen objektiven Tatsachen zum Trotz meistens zu uns kommen, "damit es ihnen wieder besser geht". In dieser Situation ist z.B. die Frage nach der Einschätzung der eigenen Prognose für viele mit einer derartigen Ambivalenz belastet, dass sie als

inadäquat erscheint, und demzufolge auch die Antwort wenig bedeuten dürfte. Erschwerend kommt schliesslich hinzu, dass mehr als die Hälfte unserer Patienten *Suchtprobleme* haben/hatten, die sowohl die somatische als auch die psychosoziale Betreuung erheblich komplizieren können. Das Fehlen gerade dieses Themenkreises dürfte die Brauchbarkeit der verwendeten Methode für unsere Institution erheblich einschränken.

Der "erkenntnistheoretische" Einwand, dass die Bewertung bei STAS auf den Beobachtungen der *Betreuer* beruht, ist schliesslich wohl der wichtigste, da die Fremdbeurteilung ein den Grundsätzen der palliativen Betreuung zuwiderlaufendes Prinzip ist. Ein Bewertungssystem, das auf der Beurteilung durch die Patienten basiert, ist das "Edmonton Symptom Assessment System" (ESAS, ebenfalls in "Clinical Audit in Palliative Care" vorgestellt). Es verwendet eine Visuelle Analogskala (VAS), die Patienten markieren verschiedene Teilbereiche ihres Befindens auf einer nicht skalierten Linie. Die Brauchbarkeit eines solchen, auf den ersten Blick einfacheren Systems könnte in unserer oder ähnlichen Institutionen relativ leicht geprüft werden, eventuell im Vergleich mit STAS.

Zusammenfassend ist kaum daran zu zweifeln, dass unsere und andere Institutionen im Bereich der palliativen Betreuung von systematischer, in den Arbeitsalltag integrierter Qualitätskontrolle profitieren können. Unsere Beobachtungen legen nahe, dass der Allgemeingültigkeit des STAS in der palliativen Betreuung Grenzen gesetzt sind. Es ist wahrscheinlich, dass Teams (wie das unsrige), die mit speziellen Patientengruppen arbeiten, auch differenzierte Instrumente der Qualitätskontrolle benötigen, um ihre Arbeit aussagekräftig zu bewerten. Auch Irene Higginson kommt zum Schluss, dass es oft sinnvoll ist, eigene Bewertungssysteme zu kreieren, dem grossen Arbeitsaufwand bei deren Ausarbeitung und Validierung zum Trotz.

Table: Übersicht über das Vorliegen von Problemen in verschiedenen Schweregraden

Problemkreise, gemäss Numerierung im Fragebogen	Anzahl Patienten mit Score					
	0-1*	2*	3-4*	0-1	2	3-4
	bei 1. Bewertung			bei 2. Bewertung		
1. Schmerzen	5	4	4	6	5	2
2. Uebelkeit, Erbrechen	10	1	2	8	4	1
3. Orale Beschwerden	10	2	1	11	2	0
4. Schluckbeschwerden, Schluckschmerzen	8	3	2	10	2	1
5. Dyspnoe	12	1	0	13	0	0
6. Pruritus	10	1	2	9	3	1
7. Obstipation	11	1	1	8	3	2
8. Diarrhoe	12	1	0	12	1	0
9. Husten	11	2	0	12	1	0
10. Unruhe	12	1	0	13	0	0
11. Angst/Verunsicherung (Wirkung auf Patient)	5	4	1	9	2	2
12. Angst/Verunsicherung (Wirkung auf Angehörige)	6	0	1	5	0	2
13. Informationsgrad von Patient	10	2	0	8	4	0
14. Informationsgrad von Angehörigen	6	0	0	7	0	0
15. Kommunikation Patient - Angehörige	10	0	0	4	4	0
16. Kommunikation zwischen Teammitgliedern	12	1	0	13	0	0
17. Planung	5	4	2	12	1	0

* Ein Score von 0-1 wurde als leicht, von 2 als mittelschwer und von 3-4 als schwer eingestuft.