

# Erkennen und Beantworten palliativer Bedürfnisse älterer Menschen in der hausärztlichen Versorgung

Ergebnisse der Erprobung einer Entscheidungshilfe

## Identifying and Addressing Palliative Needs of Older People in Primary Care

### Results of Testing a Decision Aid

Fabian Tetzlaff<sup>1,2\*</sup>, Silke Freihoff<sup>1,3\*</sup>, Nils Schneider<sup>1</sup>, Gabriele Müller-Mundt<sup>1</sup>

#### Hintergrund

Die Begleitung älterer Menschen am Lebensende wird maßgeblich durch Hausärzt:innen getragen. Die vorliegende Studie untersucht, inwiefern die Nutzung einer strukturierten Entscheidungshilfe Hausärzt:innen unterstützt, einen palliativen Versorgungsbedarf zu erkennen, und welche Maßnahmen sie einleiten.

#### Methoden

In einer explorativen Interventionsstudie kam die deutschsprachige Version des *Supportive and Palliative Care Indicators Tools* (SPICT-DE<sup>TM</sup>) in hausärztlichen Praxen zum Einsatz. Anhand von SPICT-DE<sup>TM</sup> schätzten die Hausärzt:innen ein, inwieweit ältere Patient:innen (70+) mit chronisch progredienten Erkrankungen von einer Palliativversorgung profitieren könnten und welche palliativen Maßnahmen sinnvoll sind ( $t_0$ ). Nach sechs Monaten ( $t_1$ ) erfolgte eine erneute Einschätzung der Patient:innen sowie eine Erhebung der eingeleiteten Maßnahmen und der Anwendungserfahrungen. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

#### Ergebnisse

13 Hausärzt:innen nahmen an der Studie teil. Von Februar bis August 2019 wurde bei 111 Patient:innen (61 Frauen; Medianalter 83 Jahre, 70 bis 96 Jahre) ein palliativer Bedarf erkannt. Mehrheitlich handelte es sich um Patient:innen mit einer nicht-malignen Erkrankung (87 %). Nach Einschätzung der Ärzt:innen waren vor allem die Überprüfung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie und die Klärung des Unterstützungsbedarfs der Erkrankten/Angehörigen ( $t_0$ ) sinnvoll. Nach sechs Monaten ( $t_1$ ) war eine Überprüfung der Therapie erfolgt. Die Beurteilung von SPICT-DE<sup>TM</sup> durch die Ärzt:innen fiel positiv aus. Betont wurden der übersichtliche Aufbau und die einfache Handhabung.

#### Schlussfolgerungen

Eine strukturierte Entscheidungshilfe (SPICT-DE<sup>TM</sup>) kann Hausärzt:innen unterstützen, die Versorgung älterer Patient:innen in Palliativsituationen am Lebensende proaktiv zu gestalten.

#### Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin; hausärztliche Palliativversorgung; SPICT<sup>TM</sup>; ältere Patienten; explorative Interventionsstudie

#### Background

Family physicians largely ensure end of life care for elderly people. The present study examines how using a structured decision aid might support family physicians in identifying palliative needs and which palliative interventions they initiate.

#### Methods

Within an explorative intervention study, the German version of the *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-DE<sup>TM</sup>) was applied by family physicians. By using SPICT-DE<sup>TM</sup> family physicians estimated to what extent older patients (70+) with chronic progressive diseases might benefit from palliative care and decided which palliative interventions seem reasonable ( $t_0$ ). A reevaluation on patients and initiated interventions was conducted after 6 months ( $t_1$ ). In addition, family physicians were asked about their experiences using SPICT-DE<sup>TM</sup>. The data were analysed descriptively.

#### Results

13 family physicians participated in the study. Between February and August 2019 they identified palliative needs in 111 patients (61 women; median age 83 years, 70 to 96 years). The majority were patients with non-malignant diseases (87 %). According to the family physicians' assessment, it was particularly important to examine the drug and non-drug therapy and to clarify patients' and their relatives' support needs ( $t_0$ ). After 6 months ( $t_1$ ), primarily an examination of therapy was reported. The family physicians evaluated SPICT-DE<sup>TM</sup> positively and emphasised the clear structure and ease of use.

#### Conclusions

A structured decision aid (SPICT-DE<sup>TM</sup>) can support family physicians to identify older patients in palliative situations at an early stage, to initiate palliative interventions and to manage end-of-life care proactively.

#### Keywords

family medicine; general palliative care; SPICT<sup>TM</sup>; older patients; exploratory intervention study

\* geteilte Erstautor:innenschaft

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

<sup>2</sup> Lehr und Forschungseinheit Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover

<sup>3</sup> Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 09.04.2021, akzeptiert: 16.08.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0451-0456

## Hintergrund

Angesichts der demografischen Alterung gewinnt die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase in der hausärztlichen Praxis weiter an Bedeutung. Zu erwarten ist, dass auch der Bedarf an Palliativversorgung steigen wird, wobei besonders für ältere Menschen mit nicht-malignen chronischen Erkrankungen eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung in Deutschland nicht sichergestellt ist [1, 2].

Bei der Begleitung älterer Menschen mit chronisch-progredienten Erkrankungen sehen sich Hausärzt:innen mit vielfältigen Herausforderungen der Integration geriatrischer und palliativer Versorgungsansätze konfrontiert [3]. Die Kommunikation und Entscheidung darüber, ab wann anstelle des therapeutischen Bemühens um eine bestmögliche Krankheitskontrolle eine Schwerpunktsetzung auf palliative Maßnahmen angezeigt ist, kann schwierig sein [4–7]. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Palliativversorgung bislang meist auf einen eher kurzen Zeitraum vor dem Tod der Patient:innen konzentriert [1, 7]. Dem entgegen steht, dass eine möglichst frühzeitige Integration eines palliativen Ansatzes in das Versorgungsgeschehen als förderlich beschrieben wird [8]. Speziell bei nicht-onkologischen chronisch-progredienten Erkrankungen erschweren oft wechselhafte Krankheitsverläufe die Entscheidung über eine Therapiezieländerung von der Krankheitskontrolle hin zu einer palliativen Versorgung [9, 10].

Studienbefunde deuten darauf hin, dass ein systematisches Vorgehen im Versorgungsprozess das Erkennen sich anbahnender palliativer Bedarfslagen fördern kann [11, 12]. Dafür wird der Einsatz von Entscheidungs- und Planungshilfen empfohlen [2, 13].

Die vorliegende Arbeit ist Teil des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten partizipativen Interventionsprojekts „Proaktive Palliativversorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – ProPall“ (BMBF 01GY1710).

Übergreifende Zielsetzung des explorativen Interventionsprojekts ist die Stärkung der hausärztlichen Palliativversorgung älterer Patient:innen in der letzten Lebensphase. Vor allem

sollte geklärt werden, inwiefern Hausärzt:innen dabei unterstützt werden können, einen palliativen Behandlungsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen, um die weitere Versorgung proaktiv gemeinsam mit ihren Patient:innen und deren Angehörigen zu gestalten. In dem Projekt sollte in mehreren Arbeitsschritten mit den beteiligten Hausärzt:innen ein praxisnahes Konzept (weiter-)entwickelt, in den Praxen erprobt und evaluiert werden. Dabei wurden international erprobte Instrumente zur Unterstützung der frühzeitigen Integration eines palliativen Ansatzes in das Versorgungsgeschehen berücksichtigt [13].

In zwei der Interventionsphase vorgeschalteten Entwicklungsworkshops entschieden sich die beteiligten Hausärzt:innen für die Erprobung der deutschsprachigen Version des *Supportive and Palliative Care Indicators Tools* – SPIC-DE™ [11, 14]. Das Instrument und ein ergänzender Anwendungsleitfaden sind auf der Internetseite der Universität Edinburgh frei verfügbar [15]. Der SPIC-Bogen dient der kontinuierlichen Fallreflexion und besteht aus drei Abschnitten:

1. Allgemeine Indikatoren für das Vorranschreiten einer unheilbaren Erkrankung, z.B. mehrfach ungeplante Krankenhauseinweisungen oder die Überlastung von Angehörigen
2. Spezifische Indikatoren bei ausgewählten Grunderkrankungen, z.B. Brustschmerz oder Atemnot in Ruhe bei kardiovaskulären Erkrankungen
3. Vorschläge für mögliche palliative Maßnahmen, z.B. gemeinsame Klärung der Therapieziele und Versorgungsplanung

Der Anwendungsleitfaden enthält Hinweise zum Einsatz der Entscheidungshilfe sowie Kommunikationshilfen für die Einleitung von Gesprächen über eine mögliche Progredienz der Erkrankung und eine vorausschauende Versorgungsplanung [15].

Dieser Beitrag widmet sich Ergebnissen der Intervention in den Hausarztpraxen und untersucht folgende Fragestellungen:

- Welche palliativen Maßnahmen wurden nach der Identifikation mit SPIC-DE™ durch die Hausärzt:innen in den Blick genommen?

- Welche palliativen Maßnahmen wurden durch die Hausärzt:innen im Verlauf von sechs Monaten eingeleitet?
- Welche Erfahrungen haben die Hausärzt:innen bei der Anwendung von SPIC-DE™ im Verlauf der Intervention gesammelt?

## Methoden

Durchgeführt wurde eine explorative Interventionsstudie.

## Sample und Setting

Die Studienteilnehmer:innen setzten sich aus den an der vorgeschalteten Explorations- und Entwicklungsphase des Projekts beteiligten Hausärzt:innen zusammen [16]. Dabei handelte es sich um 14 Hausärzt:innen aus elf Praxen in zwei ländlich bis städtisch geprägten Regionen in Niedersachsen. Ein Teilnehmer zog die Zusage aus Zeitgründen kurzfristig zurück, sodass sich insgesamt 13 Hausärzt:innen (54 % weiblich) aus zehn Praxen an der Interventionsphase beteiligten. Sie waren im Median 54 Jahre alt (41 bis 64 Jahre). Sieben Hausärzt:innen verfügten über den Basiskurs Palliativmedizin.

## Intervention und Zielgruppe

Die im Februar 2019 eingeleitete Intervention bestand aus der Erprobung von SPIC-DE™ zur Unterstützung der Identifikation älterer Patient:innen mit palliativen Bedürfnissen im Praxisalltag. Die vorgeschaltete Anwenderschulung wurde durch drei interventionsbegleitende Workshops zur Palliativversorgung und Praxisreflexion ergänzt. Mit den beteiligten Hausärzt:innen wurde vereinbart, den Bogen jeweils anlassbezogen bei älteren, in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in einer stationären Pflegeeinrichtung lebenden Patient:innen (70+) anzuwenden. Anlässe dafür konnten das Auftreten einer akuten Krankheitskrise, eines ungeplanten Krankenhausaufenthalts oder eine Verschlechterung ihrer vordergründigen Erkrankung sein. Hierbei sollten auf dem Bogen die zutreffenden Indikatoren und geplanten Maßnahmen dokumentiert werden ( $t_0$ ). Ausschlusskriterien waren eine bereits erfolgte allgemeine oder spezielle Palliativversorgung.

| SPICT-DE™-Maßnahmen<br>(Mehrfachnennung)  | Geplant bei ...              | Realisiert bei ... |
|---|------------------------------|--------------------|
|   | Anzahl der Patient:innen (%) |                    |
| Klärung der Therapieziele und Versorgungsplanung mit den Patient:innen und ihren Angehörigen  | 95 (86 %)                    | 69 (73 %*)         |
| Überprüfung der medikamentösen/nicht-medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung und Vermeidung von Polypharmazie  | 94 (85 %)                    | 87 (93 %*)         |
| Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige  | 69 (63 %)                    | 39 (57 %*)         |
| Dokumentation, Kommunikation und Koordination der Versorgungsplanung  | 61 (55 %)                    | 30 (49 %*)         |
| Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz  | 54 (49 %)                    | 20 (37 %*)         |
| Überprüfung, ob ein palliatives Konsil/eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist (z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen) | 31 (28 %)                    | 5 (16 %*)          |
| Weitere Maßnahmen (offene Kategorie)  | –                            | –                  |

\* Prozentangabe bezogen auf die Anzahl der Patient:innen für die jeweilige Maßnahme in  $t_0$  geplant wurde.

**Tabelle 1** Übersicht der aus hausärztlicher Sicht bei den eingeschlossenen Patient:innen (N = 111) angezeigten ( $t_0$ ) und im Verlauf von sechs Monaten realisierten Maßnahmen ( $t_1$ )

Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover positiv begutachtet (Ethikvotum Nr. 777\_BO\_K\_2018) und im Deutschen Register Klinischer Studien eingetragen (DRKS 00014753).

### Datenerhebung

Die Ersteinschätzung der Patient:innen erfolgte mithilfe des SPICT-Bogens ( $t_0$ ). Dieser wurde für die Erhebung entsprechend mit Ankreuzfeldern aufbereitet und um einen Kurzfragebogen zur pseudonymisierten Erfassung soziodemografischer und versorgungsbezogener Grunddaten ergänzt.

Zu den im Zeitraum von Februar bis August 2019 in die Studie aufgenommen Patient:innen wurde jeweils sechs Monate nach Ersteinschätzung eine Folgerhebung ( $t_1$ ) durchgeführt. Sie bezog sich auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes (z.B. Auftreten akuter Krisen) und der Versorgungssituation (z.B. Heimeintritt) und auf zwischenzeitlich eingeleitete Maßnahmen (vgl. [17]).

Nach Abschluss der Interventionsphase wurden die Hausärzt:innen im März 2020 gebeten, SPICT-DE™ anhand eines teilstrukturierten Feedbackbogens zu bewerten (vgl. [17]). Die Fragen bezogen sich auf die Handhabbarkeit und den Nutzen von SPICT-DE™ für die Identifikation und Versorgung von Patient:innen am Lebensende. Die Items wurden

auf einer vierstufigen Likert-Skala abgefragt (die Aussage „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“; Wertebereich 1 bis 4). Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, Ergänzungen in Form von Freitextangaben vorzunehmen.

### Datenauswertung

Die Auswertungen beziehen sich auf die deskriptive Analyse der Ersteinschätzung der Patient:innen anhand der SPICT-Indikatoren, der aus hausärztlicher Sicht angezeigten Maßnahmen ( $t_0$ ) und der Häufigkeit des Auftretens kritischer Ereignisse im Verlauf von sechs Monaten ( $t_1$ ). Ergänzend erfolgte eine vergleichende Analyse der in der Ersteinschätzung gemachten Angaben zu geplanten und im Beobachtungszeitraum eingeleiteten Maßnahmen. Die Angaben der Hausärzt:innen zur Erfahrung bei der Anwendung des SPICT-Bogens wurden ebenfalls deskriptiv ausgewertet. Die ergänzenden Freitextangaben wurden mittels konventioneller Inhaltsanalyse thematisch zusammengefasst.

### Ergebnisse

#### Mit SPICT-DE™ identifizierte Patient:innen

In den ersten sechs Monaten der Interventionsphase wurden von den beteiligten Hausärzt:innen insgesamt 111 Patient:innen in die Studie eingeschlossen (61 Frauen; Medianalter 83

Jahre, 70 bis 96 Jahre; 87 % mit nicht-onkologischen Erkrankungen). Die Fallzahl je Praxis variierte zwischen vier bis 21 Patient:innen (Median n = 10). Bei fast allen Patient:innen traf mindestens ein allgemeiner SPICT-Indikator zu. Am häufigsten wurden eine hohe psychische Belastung, eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes und eine anhaltende Symptomlast der Erkrankten festgestellt. Darüber hinaus wurde häufig eine hohe Belastung der Angehörigen angegeben. Im Beobachtungszeitraum trat bei 75 Patient:innen (68 %) eine Krankheitskrise oder weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes auf. 34 der initial eingeschlossenen 111 Patient:innen waren im Verlauf der sechs Monate verstorben.

#### Geplante und durchgeführte palliative Maßnahmen

Die teilnehmenden Hausärzt:innen haben als sinnvolle palliative Maßnahmen am häufigsten eine Klärung der Therapieziele und Anbahnung einer vorausschauenden Versorgungsplanung mit den Erkrankten und ihren Angehörigen (86 %) angesehen. Als ebenso wichtig erachteten die Hausärzt:innen eine Überprüfung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie (85 %). Im Verlauf des Beobachtungszeitraums von sechs Monaten wurden rund 93 % der geplanten Überprüfungen der Therapie durchgeführt. Bei etwa einem Drittel der be-

| Item  | Anzahl der Befragten und exemplarische Freitextangaben   |   |
|---|--|---|
|   | Pro  | Kontra  |
| <b>Ich finde die Anwendung von SPICT im klinischen Alltag praktikabel.</b>  | <p><b>Die Aussage trifft (eher) zu (n = 10)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– gute Strukturierung [GP03, GP06, GP06, GP12]</li> <li>– übersichtliche Checkliste [GP13]</li> <li>– einfache Handhabung [GP06, GP11]</li> <li>– visueller Überblick über Patient:innensituation/Maßnahmen [GP06]</li> </ul>   | <p><b>Die Aussage ist (eher) nicht zutreffend (n = 2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nein, da Bogen nach kurzer Zeit verinnerlicht [GP04]</li> <li>– eher für unerfahrenere Kolleg:innen geeignet [GP15]</li> <li>– zu viel Papier [GP01, GP02]</li> </ul>  |
| <b>Ich halte SPICT bei der Identifikation von Palliativpatient:innen für hilfreich.</b>                             | <p><b>Die Aussage trifft (eher) zu (n = 10)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– insbesondere sensibilisierend für Patient:innen mit nicht-malignen Erkrankungen (Demenz, Frailty, Multimorbidität, erhöhte Sturzneigung) [GP03, GP06, GP08, GP11, GP12]</li> <li>– gute Zusammenschau von Symptomen und Problemlagen für Patient:innen mit malignen und nicht-malignen Erkrankungen [GP13]</li> <li>– bei Patient:innen, bei denen unklar war, dass sie schon palliativ sind [GP07, GP11]</li> <li>– vor allem beim frühzeitigen Erkennen [GP04]</li> <li>– Handlungssicherheit für das gesamte Team [GP06]</li> </ul>          | <p><b>Die Aussage ist (eher) nicht zutreffend (n = 2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Surprise Question erscheint besser zur Identifikation geeignet [GP01, GP02]</li> <li>– eher hilfreich für Berufseinsteiger:innen, für Vertretungssituationen oder für ärztliche Kolleg:innen, die keine Hausbesuche machen [GP06, GP15]</li> </ul> |
| <b>Durch die Anwendung von SPICT hat sich mein Blick auf Palliativpatient:innen verändert.</b>                      | <p><b>Die Aussage trifft (eher) zu (n = 7)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Palliativmedizin wird jetzt breiter gefasst (früher onkologische Patient:innen = palliativ, nun eher diagnoseunabhängig) [GP06, GP08, GP12, GP13, GP15]</li> <li>– frühzeitiger Gedanken über Palliativversorgung [GP12, GP15]</li> <li>– häufigere Hausbesuche durch das Praxisteam [GP06]</li> <li>– Symptome stärker im Blick [GP06]</li> <li>– ungeplante Krankenhausaufenthalte werden nun mehr in den Blick genommen [GP08]</li> </ul>   | <p><b>Die Aussage ist (eher) nicht zutreffend (n = 5)</b></p> <p>keine Freitextangaben</p>  |
| <b>Durch die Anwendung von SPICT hat sich die Versorgung von Palliativpatient:innen in meiner Praxis verändert.</b> | <p><b>Die Aussage trifft (eher) zu (n = 8)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Optimierung von Behandlungsprozessen (umfassender, frühzeitiger); prozyklisch/proaktiv vs. reaktiv [GP06, GP08, GP11, GP15]</li> <li>– mehr proaktive Gespräche [GP04, GP08, GP11, GP15]</li> <li>– aktive und frühzeitigere Ansprache auf Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht [GP08, GP15]</li> <li>– frühzeitige Versorgungsplanung, bessere Strukturierung der Praxisabläufe [GP03, GP13]</li> <li>– Etablierung von festen Ansprechpartner:innen für Patient:innen und Angehörige in der Praxis [GP06]</li> </ul>                       | <p><b>Die Aussage ist (eher) nicht zutreffend (n = 4)</b></p> <p>keine Freitextangaben</p>  |
| <b>Ich kann mir vorstellen, SPICT auch weiterhin im klinischen Alltag zu nutzen.</b>                                | <p><b>Die Aussage trifft (eher) zu (n = 8)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– für die Ergänzung der Anamnese in der Sprechstunde [GP03, GP06, GP06, GP13]</li> <li>– aber eher routinemäßige Anwendung durch MFAs bei jedem Patient:innenkontakt (z.B. bei Rezeptausstellung, Hausbesuchen) [GP13, GP15]</li> <li>– für Fälle, die nicht eindeutig sind [GP06]</li> <li>– für die Schulung und Fortbildung des Teams bzw. für Ärzt:innen in Weiterbildung und Student:innen [GP11, GP12]</li> <li>– Kommunikation mit den Krankenkassen (Begründung für die Abrechnungen und Einschreiben in die SAPV) [GP03, GP14]</li> </ul> | <p><b>Die Aussage ist (eher) nicht zutreffend (n = 4)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– erst wenn SPICT-DE™ mit üblicher Praxis EDV kompatibel ist [GP08]</li> <li>– zu viel Papier [GP01, GP02]</li> </ul>  |

**Tabelle 2** Handhabbarkeit und Nutzen von SPICT-DE™ in der Versorgung älterer Menschen mit chronisch progredienten Erkrankungen aus Sicht der Hausärzt:innen (N = 12)

treffenden Patient:innen wurden Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung eingeleitet. Handlungsbedarf, um einer Überlastung der Angehörigen frühzeitig gegenzusteuern, wurde bei 69 der eingeschlossenen Patient:innen gesehen. Bei etwas mehr als der Hälfte der Patient:innen wurde eine Klärung des Unterstützungsbedarfs und die Erschließung von Entlastungsangeboten für Angehörige eingeleitet. Darüber hinaus lagen bei 28 % der Erkrankten schwer zu kontrollierende Symptome oder komplexe Versorgungsprobleme vor, sodass aus Sicht der Hausärzt:innen das Hinzuziehen eines spezialisierten Palliativteams indiziert war. Bei fünf dieser 31 Patient:innen wurden entsprechende Maßnahmen eingeleitet (Tab. 1).

### Anwendungserfahrungen

Insgesamt gaben zwölf der 13 Hausärzt:innen eine Rückmeldung zu ihren Anwendungserfahrungen. Die Praktikabilität von SPIC-DE™ sowie die Frage, ob der Bogen dabei unterstützen kann, palliative Situationen besser zu erkennen, wurde von der überwiegenden Anzahl der Hausärzt:innen positiv bewertet. In den Freitexten wurde der übersichtliche Aufbau („übersichtliche Checkliste“; „gute diagnoseunabhängige Zusammenschau von Symptomen und Problemlagen“) und eine einfache Handhabbarkeit betont. Ferner wurde dargelegt, dass die Reflexion der Indikatoren besonders bei nicht-malignen Erkrankungen für palliative Problemlagen sensibilisieren und ein frühzeitigeres Erkennen und Beantworten von palliativen Bedürfnissen fördern würde („bei Patienten, bei denen unklar war, dass sie schon palliativ sind“). Weiterhin wurde angemerkt, dass SPIC-DE™ die Handlungssicherheit im Praxisteam stärkt (Tab. 2).

Bei der Frage, ob die Nutzung von SPIC-DE™ den Blick auf „Palliativpatienten“ insgesamt verändert, ergab sich kein einheitliches Bild. Fünf der zwölf Hausärzt:innen verneinten dies, während die übrigen sieben der Aussage zustimmten. Von ihnen wurde angemerkt, dass sie das Thema Versorgung am Lebensende proaktiver und umfassender mit ihren Patient:innen besprechen und die Erkrankten frühzeitiger auf eine Patientenverfügung ansprechen würden. Nach den Anga-

ben der Beteiligten wurden in einigen Praxen die Abläufe der Versorgung am Lebensende strukturierter gestaltet und feste Ansprechpartner:innen für die Betroffenen benannt (Tab. 2).

Acht der zwölf Befragten gaben an, dass sie SPIC-DE™ auch in Zukunft in ihrer Praxis nutzen würden. Die übrigen vier Hausärzt:innen kritisierten die zusätzliche „Papierarbeit“ und signalisierten, dass für sie eine weitere Nutzung nur bei Integration in die Praxissoftware in Frage kommen würde (Tab. 2).

### Diskussion

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Reflexion der SPIC-Indikatoren das Erkennen und die Beantwortung palliativer Versorgungserfordernisse älterer Menschen insbesondere beim Vorliegen nicht-maligner Erkrankungen fördern kann. Deutlich wurde, dass die beteiligten Hausärzt:innen nach der Ersteinschätzung ihrer Patient:innen primär in ihrem unmittelbaren Handlungsfeld liegende Maßnahmen ergreifen haben. Im Vordergrund standen die Therapiezielklärung und Überprüfung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie (Tab. 1). Weitere initial erwogene Maßnahmen, wie die Klärung des Unterstützungsbedarfs der Angehörigen oder die Einbindung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), wurden in dem Beobachtungszeitraum seltener eingeleitet. Dabei ist zu beachten, dass die fallbezogene Reflexion anhand der SPIC-Indikatoren das Abwägen hilfreicher Maßnahmen unterstützt soll [11, 14, 15]. Es ist jedoch nicht zwingend, dass sich alle zunächst erwogenen Maßnahmen nach einer weiteren Abklärung als notwendig herausstellen.

Wie in der Pilotstudie von Afshar et al. [17] wurde die Handhabbarkeit des Instruments im Praxisalltag von den an der Studie beteiligten Hausärzt:innen nahezu durchgängig positiv eingestuft.

Forschungsbefunde unterstreichen, dass das Erkennen eines sinnvollen Zeitpunktes für eine primär palliative Versorgung besonders bei nicht-onkologischen Erkrankungen bereits aufgrund des oft wechselhaften Verlaufs herausfordernd ist [9, 10]. Wie in früheren Studien [11, 17, 18, 19] deuten die Ergebnisse dieser

Studie daraufhin, dass die fallbezogene Reflexion der SPIC-Indikatoren Hausärzt:innen dabei unterstützen kann, einen palliativen Bedarf dieser Patient:innengruppe zu identifizieren. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in der Versorgung älterer Menschen in der stationären Geriatrie [20].

Der Vorteil von SPIC-DE™ gegenüber anderen Instrumenten [13] ist die kompakte Zusammenschau allgemeiner und krankheitsspezifischer Indikatoren. Gerade bei älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen und Einschränkungen bei der Bewältigung des täglichen Lebens können diese auf einen palliativen Bedarf hinweisen. Zudem kann die Reflexion grundlegender Maßnahmen der Palliativversorgung ein proaktives Handeln in sich anbahnenden Palliativsituationen fördern. Analog zu den Ergebnissen einer Pilotstudie [17] zeigte sich, dass die Reflexion der SPIC-Indikatoren und Maßnahmen den Blick der Hausärzt:innen gleichermaßen auf Unterstützungsbedürfnisse der Patient:innen und ihrer Angehörigen lenkt. Der Fokus der eingeleiteten Maßnahmen lag jedoch auf therapiebezogenen Interventionen. Maßnahmen, wie die Einleitung von Gesprächen zur vorausschauenden Versorgungsplanung oder die Einbindung der SAPV in die Versorgung, erfolgten deutlich seltener.

Wie in der vorliegenden Studie zeichnete sich in Pilotstudien in anderen Ländern eine positive Einschätzung der Praktikabilität des Instruments im hausärztlichen Alltag ab [18, 19].

### Stärken und Schwächen

Stärken der vorliegenden Studie sind das partizipative Vorgehen bei der Entwicklung des Interventionskonzepts und die Praxisnähe der Intervention. Eine Limitation ist, dass es sich bei den teilnehmenden Hausärzt:innen um eine Positivauswahl handelt, die der Begleitung von Patient:innen am Lebensende einen hohen Stellenwert beimessen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist daher begrenzt. Ziel dieser Studie war es, Hinweise darüber zu gewinnen, ob die Nutzung einer strukturierten Entscheidungshilfe eine proaktive Palliativversorgung fördern kann. Aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit ist die Falsifizierung der Ergebnisse in einer breiter angelegten Studie





### Fabian Tetzlaff ...

... studierte Demografie an der Universität Rostock. Er war von 2017 bis 2020 im BMBF geförderten Projekt „ProPall – Proaktive Palliativversorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase“ als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsfor- schung, Palliativversorgung, Quanti- tative Methoden.

Foto: Tom Figiel/Institut für Allgemeinmedizin/MHH

unabdingbar. Darüber hinaus lässt das explorativ angelegte Studiendesign keine Aussagen zu, wie hoch der Anteil der mithilfe des SPICT-Bogens identifizierten Patient:innen gemessen am Anteil der Patient:innen mit einem palliativen Versorgungsbedarf war. Die Studie wurde ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Daher kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Hausärzt:innen auch unabhängig von der Anwendung eines Instruments wie SPICT bei ihren Patient:innen einen palliativen Bedarf festgestellt hätten. Auch dieser Fragestellung sollte in einer weiterführenden kontrollierten Interventionsstudie mit einer größeren Studienpopulation nachgegangen werden.

### Schlussfolgerungen

Die Nutzung von SPICT-DE™ im Praxisalltag kann Hausärzt:innen unterstützen, ältere Patient:innen in Palliativsituationen frühzeitig zu identifizieren, palliative Maßnahmen zu ergreifen und die Versorgung am Lebensende proaktiv zu gestalten. Auch lassen die vorliegenden Befunde den Schluss zu, dass SPICT-DE™ in der hausärztlichen Praxisroutine niedrigschwellig und unkompliziert eingesetzt werden kann.

**Danksagung:** Unser besonderer Dank gilt den teilnehmenden hausärztlichen Praxisteams für ihr engagiertes Mitwirken an der Studie.

### Interessenkonflikte:

Das Institut für Allgemeinmedizin hat 2017 bis 2020 Drittmittel vom BMBF für das Projekt „Proaktive Palliativversorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – ProPall“ erhalten (Förderkennziffer: BMBF 01GY1710).

### Literatur

1. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende Palliativversorgung – Faktencheck Palliativversorgung Modul 3. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2015
2. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, [www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/) (letzter Zugriff am 26.07.2021)
3. Stiel S, Krause O, Berndt CS, Ewertowski H, Müller-Mundt G, Schneider N. Caring for frail older patients in the last phase of life: Challenges for general practitioners in the integration of geriatric and palliative care. *Z Gerontol Geriatr* 2019; 53: 763–769
4. Slort W, Schweitzer BPM, Blankenstein AH, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner–patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliat Med* 2011; 25: 613–629
5. Beernaert K, Deliens L, de Vleminck A, et al. Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. *Palliat Med* 2014; 28: 480–490
6. Pocock LV, Wye L, French LRM, Purdy S. Barriers to GPs identifying patients at the end-of-life and discussions about their care: a qualitative study. *Fam Pract* 2019; 36: 639–643
7. Senior H, Grant M, Rhee JJ, et al. General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. *BMJ Support & Palliat Care* 2019; 0: 1–11
8. Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med* 2015; 4: 99–121
9. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003; 289: 2387–2392
10. Kendall M, Carduff E, Lloyd A, et al. Different experiences and goals in different advanced diseases. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 216–224
11. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT). *BMJ Support & Palliat Care* 2014; 4: 285–290
12. Mitchell GK, Senior HE, Rhee JJ, et al. Using intuition or a formal palliative care needs assessment screening process in general practice to predict death within 12 months: a randomised controlled trial. *Palliat Med* 2018; 32: 384–394
13. Maas EAT, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care. *BMJ Support & Palliat Care* 2013; 3: 444–451
14. Afshar K, Feichtner A, Boyd K, et al. Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *BMC Palliat Care* 2018; 17: 27
15. Indikatoren für eine supportive und palliative Versorgung SPICT-DE™ 2019, [www.spict.org.uk/the-spict-retired/spict-de/](http://www.spict.org.uk/the-spict-retired/spict-de/) (letzter Zugriff am 26.07.2021)
16. Freihoff S, Tetzlaff F, Schneider N, Stephanie S, Müller-Mundt G. „Das ist auch unser Ziel, dass wir diese Patienten in ruhigem Fahrwasser behandeln“ – Palliativversorgung älterer Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. *Z Palliativmed* 2020; 21: 260–266
17. Afshar K, Wiese B, Schneider N, Müller-Mundt G. Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *GMS* 2020; 18: 1612–3174
18. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Identified palliative care approach needs with SPICT in family practice. *J Palliat Med* 2018; 21: 992–998
19. Casale G, Magnani C, Fanelli R, et al. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 79
20. De Bock R, van den Noortgate N, Piers R. Validation of the supportive and palliative care indicators tool in a geriatric population. *J Palliat Med* 2018; 21: 220–224

### Korrespondenzadresse

Dr. Gabriele Müller-Mundt  
Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Allgemeinmedizin und  
Palliativmedizin – OE 5440  
Carl-Neuberg- Straße 1  
33625 Hannover  
Mueller-Mundt.Gabriele@  
mh-hannover.de