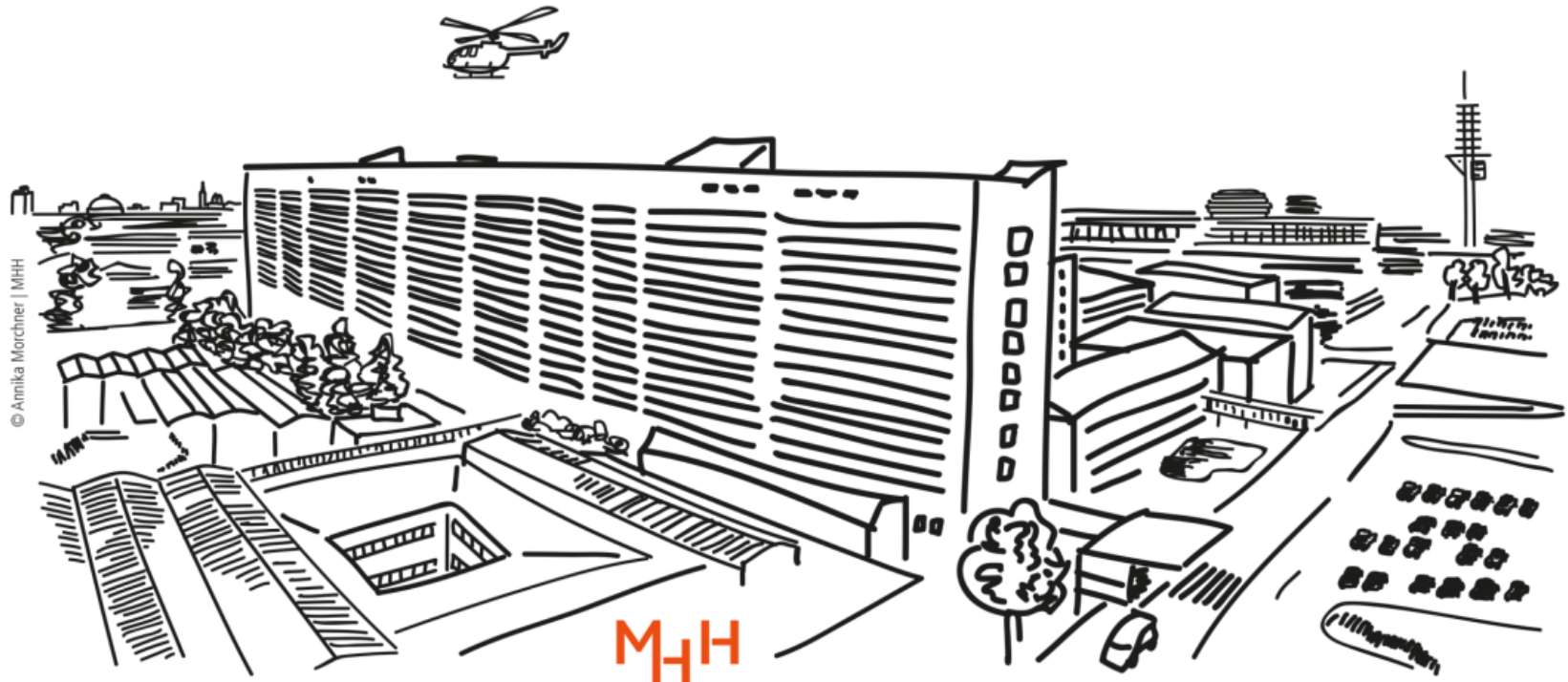


# Essener Fachtagung 2019: Palliativversorgung für Nicht-Tumorpatienten: Leben im Fokus – Palliativversorgung und Spitzenmedizin

## *Wen sollen wir denn noch palliativ versorgen?* – Indikatoren für palliativen Versorgungsbedarf bei Nichttumorpatienten

Gabriele Müller-Mundt, unter Mitwirkung von Silke Falter und Fabian Tetzlaff



28. September 2019, Essen

# ***Wen sollen wir denn noch palliativ versorgen? – Indikatoren für palliativen Versorgungsbedarf bei Nichttumorpatienten***

*Gabriele Müller-Mundt unter Mitwirkung von Silke Falter und Fabian Tetzlaff\**

## **Gliederung**

- „Early Palliative Care“: Wann und für wen?
- Herausforderungen und Erfordernisse – Ergebnisse einer prospektiven qualitativen Longitudinalstudie (exemplarische Fallverlaufsstudie)
- Indikatoren – International erprobte Entscheidungshilfen
- Ergebnisse der Erprobung und Bewertung ausgewählter Indikatoren-Tools aus multiprofessioneller Sicht

\* Die Autor\*innen erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Der Beitrag basiert zu wesentlichen Teilen auf Ergebnissen der folgenden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekte (wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Nils Schneider):

ELFOP – End of life care for frail older patients in family practice – a qualitative longitudinal study on needs, appropriateness and utilisation of services (BMBF-FK: 01GY1120, Laufzeit: 2012-2015)

ProPall - Proaktive Palliativversorgung älterer Patienten in der letzten Lebensphase (BMBF-FK: 01GY1710, Laufzeit: 2017-2020)

# „Early Palliative Care“ – Für wen und wann?

## Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002)

„Palliativversorgung hat zum Ziel, die bestmögliche Lebensqualität von **Patienten, ihren Familien und Angehörigen** angesichts **lebensbedrohlicher, nicht heilbarer Erkrankungen** herzustellen oder aufrechtzuerhalten.

**Prävention und Linderung von Leid** stehen im Mittelpunkt.

Dies erfolgt über ein **frühzeitiges** Erkennen und eine genaue Erfassung aller Beeinträchtigungen, Symptome und Konfliktfelder auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene.“

Sepuleva et al. 2002, zit. n. der Übersetzung in Nationale Akademie der Wissenschaften 2015, eigene Hervorhebungen

# „Early Palliative Care“ - bei welchen Erkrankungen?

## Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften (2015) Palliativversorgung in Deutschland. Perspektiven für Forschung und Praxis

„Patienten mit

- fortgeschrittenen Tumorerkrankungen,
- Herz-, Lungen- oder Niereninsuffizienz im Endstadium,
- neurologischen Erkrankungen (z.B. ALS, MS, Schlaganfall)
- Demenz oder Multimorbidität im Alter,

wenn diese Erkrankungen zu körperlichen oder psycho-sozialen Problemen und Einschränkungen der Lebensqualität führen.“

→ Plädoyer für eine frühe Integration von Palliative Care in das Versorgungsgeschehen

# Symptome in der letzten Lebensphase

Symptom	Krebs	Herzerkrankungen	Chronisch obstrukt. Lungenerkrankungen	Nieren-erkrankungen
Schmerz	35-96%	41-77%	34-77%	47-50%
	N=10.379 / 19 Studien	N= 882 / 4 Studien	N=372 / 3 Studien	N=370 / 2 Studien
Depression	3-77%	9-36%	37-72%	5-60%
	N= 4.378 / 18 Studien	N=80 / 2 Studien	N=150 / 2 Studien	N=956 / 6 Studien
Angst	13-79%	49%	51-75%	39-70%
	N= 3.274 / 9 Studien	N=80 / 1 Studie	N=1008 / 1 Studie	N=72 / 1 Studie
Verwirrtheit	6-93%	18-32%	18-33%	in den Studien
	N= 9.154 / 2 Studien	N=343 / 3 Studien	N=309 / 2 Studien	nicht erfasst
Fatigue	32-90%	69-82%	68-80%	73-87%
	N=2.888 / 18 Studien	N=409 / 3 Studien	N=285 / 2 Studien	N=116 / 2 Studien
Luftnot	10-70%	60-88%	90-95%	11-62%
	N=10.029 / 21 Studien	N=948 / 6 Studien	N=372 / 4 Studien	N=334 / 2 Studien
Schlaflosigkeit	9-69%	36-48%	55-65%	31-71%
	N=5.606 / 11 Studien	N=146 / 2 Studien	N=150 / 2 Studien	N=351 / 3 Studien
Übelkeit	6-68%	17-48%	in den Studien	30-43%
	N=9.140 / 19 Studien	N=146 / 3 Studien	nicht erfasst	N=362 / 3 Studien
Obstipation	23-65%	38-42%	27-44%	29-70%
	N=7602	N=80	N=150	N=483
	Studien n=16	Studien n=2	Studien n=2	Studien n=1
Diarrhö	5-29%	12%	in den Studien	21%
	N=3.392 / 12 Studien	N=80 / 1 Studie	nicht erfasst	N=19 / 1 Studie
Anorexie	30-92%	21-41%	35-67%	25-64%
	N=9113 / 17 Studien	N=146 / 2 Studien	N=150 / 2 Studien	N=395 / 2 Studien

Quelle: Solano et al. 2006:61 (Tabelle 1, modifiziert)

# Herausforderungen und Erfordernisse - Ergebnisse des ELFOP-Projekts

## Exemplarische Fallverlaufsstudie - Ludwig und Ursula Köhler (Pseudonym)

### Herr Köhler, Krankheits- und Lebenssituation (Erstinterview)

- 92 Jahre, lebt mit seiner Frau (2. Ehe) in einer gut ausgestatteten Erdgeschosswohnung in einer Kleinstadt
- Hauptdiagnosen: insulinpflichtiger Diabetes Typ 2, Herzinsuffizienz, Zustand nach Myokardinfarkt und Apoplex, Herzschrittmacher
- Alpträume (Kriegsgefangenschaft)
- Vergesslichkeit
- wenig soziale Kontakte (gleichaltrige Verwandte und Freunde bereits verstorben)
- tägliche Spaziergänge mit Gehstock – Laufen als Ausdruck von Gesundheit und Lebensqualität

*„Also, ich bin in dem Alter, was ich habe, mit meinem Leben sehr zufrieden. Ich habe praktisch keine Krankheit, bild ich mir ein, dass ich nicht krank bin. Ja, ich bin zufrieden, bin im 93. Lebensjahr.“*

ELFOP-Projekt - Fallverlaufsstudie FP 28 (Geiger et al. 2015:22f.)

# Herausforderungen und Erfordernisse - Ergebnisse des ELFOP-Projekts

## Exemplarische Fallverlaufsstudie - Ludwig und Ursula Köhler (Pseudonym)

### Frau Köhler, Krankheits- und Lebenssituation (Erstinterview)

- 76 Jahre, lebt mit ihrem Ehemann (2. Ehe)
- zwei Kinder aus erster Ehe leben in der Nähe
- insulinpflichtiger Diabetes Typ 2, arterielle Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz und Zustand nach Brustkrebs
- Frau Köhler trägt das Alltagsmanagement und die Sorge für ihren Mann alleine ohne Hilfe (traditionelle Rollenteilung in der Ehe)
- ist an der Grenze ihrer Belastbarkeit

*„Aber wo ich Angst, keine Angst, aber Bedenken vor habe, wenn es mal mit ihm schlechter ist und ich muss ihn dann (pflegen), und er kommt vielleicht zum Liegen, die Versorgung, dann ist es 'n ungemütlicher Kranker.“*

ELFOP-Projekt - Fallverlaufsstudie FP 28 (Geiger et al. 2015:22f.)

# Herausforderungen und Erfordernisse - Ergebnisse des ELFOP-Projekts

## Exemplarische Fallverlaufsstudie - Ludwig und Ursula Köhler (Pseudonym)

Im **Verlauf** der folgenden Monaten verschlechterte sich das Befinden von Herrn Köhler sukzessive

- Herr Köhler wurde schließlich „notfallmäßig“ in das örtliche Krankenhaus eingewiesen
- Frau Köhler wurde mitgeteilt, es „sehr nicht gut aus“ - Herr Köhler selbst wollte „nur wieder nach Hause“, was sie ihm gern ermöglichen wollte
- nach der Einschätzung des Stationsteams und Sozialdienstes wäre Frau Köhler mit der Situation überfordert gewesen, eine Verlegung auf die Palliativstation einer weiter entfernten Klinik lehnte Frau Köhler, sie wollte ihn „nicht zum sterben“ abschieben, hinzu kam die beschwerlichere Anfahrt
- Herr Köhler verstarb im Krankenhaus - Frau Köhler machte sich massive Vorwürfe, weil die Möglichkeit der Unterstützung durch einen Pflegedienst in Verbindung mit dem SAPV-Dienst und Hospizverein in der Region „zu spät aufgetan hatte“.

ELFOP-Projekt - Fallverlaufsstudie FP 28 (Geiger et al. 2015:22f.)



# Ergebnisse der Fallverlaufsstudien: Was oft fehlt(e)

offene Kommunikation mit den Betroffenen

- auch über Bedürfnisse und Möglichkeiten der (häuslichen) Versorgung
- frühzeitig im Krankheitsverlauf
- zur gemeinsamen Lösungsfindung mit den Angehörigen unter Berücksichtigung ihrer Leistungsgrenzen

➔ *idealerweise engmaschige hausärztliche Betreuung und bedarfsweise professionelle pflegerische Hilfe und ggfs. Einbezug spezialisierter Palliativversorgung, inkl. Hospiz-/Besuchsdienst*

➔ ***Schwierigkeit** des Erkennens eines sich anbahnenden palliativen Versorgungsbedarfs bei nicht-onkologischen lebenslimitierenden chronischen Erkrankungen*

Geiger et al. 2015, 2016, Klindtworth et al. 2017

# Ergebnisse der Ist-Analyse des ProPall-Projekts

## Schlussfolgerungen für die Konzeption der Intervention

### Was ist hilfreich?

- Arbeits-/Entscheidungshilfe zur Realisierung eines proaktiven palliativen Versorgungsansatzes in der hausärztlichen Versorgung
  - **einfaches** Instrument zur Unterstützung der Identifikation älterer Patient\*innen, die von einer Palliativversorgung profitieren können (vs. zusätzlicher Dokumentationsaufwand!!!)
- Kommunikationshilfen (Einleitung von Gesprächen über palliative Aspekte mit Patient\*innen und Angehörigen, Kommunikation über das Lebensende und Verluste)
- unterstützende Arbeitshilfen für die Einbindung und Berücksichtigung der Situation der Angehörigen, inkl. Vermittlung von Beratung und Unterstützung/Entlastung für die (pflegenden) Angehörigen

# Indikatoren und Entscheidungshilfen zur Identifikation von Patient\*innen, die von Palliative Care profitieren können

## Unspezifische globale Einschätzung(shilfe)

- Surprise Question (SQ + SQ2) (Downar et al. 2017, Weijers et al. 2018)

**Komplexere Instrumente** berücksichtigen allgemeine und (krankheits-) spezifische Indikatoren, z.B.

- PIG - Prognostic Indicator Guide des Gold Standards Frameworks (GSF) (Thomas et al. 2011)
- SPICT™ - Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Highet et al. 2014)
- NECPAL – The Palliative Necessities CCOMS-ICO (Gomez-Batiste et al. 2013)
- RADPAC: RADbound Indicators for Palliative Care Needs (Thoonsen et al. 2012, 2016).

Review von Walsh et al. 2015 (vgl. auch Gerhard et al. 2018)

# Indikatoren – International erprobte Entscheidungshilfen

	PIG*	SPICT™	NECPALL	RADPAC
Surprise Question (SQ)	✓	(in 1. Version)	✓	
Allgemeine Indikatoren	✓	✓	✓	(✓)
Krankheitsspezifische Indikatoren	✓	✓	✓	✓
▪ Demenz/Frailty	✓	✓	✓	
▪ Herzerkrankungen	✓	✓	✓	✓
▪ Lebererkrankungen		✓	✓	
▪ Lungenerkrankungen	✓	✓	✓	✓
▪ Neurologische Erkrankungen	✓	✓	✓	
▪ Krebserkrankungen	✓	✓	✓	✓
▪ Weitere (offene Kategorie)	✓	✓	✓ (+AIDS)	
*PIG: Neurologische Erkrankungen ausdifferenziert (MP, MND, MS) + Stroke als eigene Kategorie				
Handlungsempfehlungen/Maßnahmen		✓		ACP (+Doku)
Erprobung der Praxistauglichkeit (P) + Studien zur Validierung (V)	P (V) (GB)	P + V (international, incl. Dt.)	P + V (Spanien)	P + V (Niederlande)

Quelle: Walsh et al. 2015: (leicht modifiziert und aktualisiert, vgl. auch Gerhard et al. 2018); PIG=Prognostic Indicator Guidance des Gold Standards Framework (Thomas et al. 2011, 2016); SPICT=Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Highet et al. 2014); NECPALL=The Palliative Necessities CCOMS-ICO (Gomez- Batiste et al. 2013); RADPAC=RADbound Indicators for Palliative Care Needs (Thoonsen et al. 2012, 2016)

# Surprise Question (SQ + SQ2)

## Surprise Question (SQ):

*Wäre ich überrascht, wenn mein Patient/meine Patientin in den nächsten 6 bis 12 Monaten\* sterben würde?*

- einfache, mit geringem Zeitaufwand handhabbare Entscheidungshilfe, hat eine vergleichsweise gute Vorhersagekraft der Mortalität (setzt das „Kennen“ der Patient\*innen voraus)
- **aber:** ist unspezifisch, negativ akzentuiert, fokussiert auf Terminalphase, daher weniger zur Förderung von „Early Palliative care“ geeignet (Downar et al. 2017, Schneider et al. 2011.)

## Zweite Surprise Question (SQ2)

*Wäre ich überrascht, wenn mein Patient/meine Patientin in 12 Monaten noch lebt?*

Von einer niederländischen Forschungsgruppe entwickelt und in einer Pilotstudie in Kombination von SQ1 + SQ2 im hausärztlichen Setting erprobt: unterstützt differenziertere Reflexion und Planung (Weijers et al. 2018)

\* In der Literatur finden sich unterschiedlichen Varianten der Zeitspanne, auf die die Frage bezogen wird.

# Early Palliative Care – Entscheidungs- und Planungshilfen

## RADBoud indicators for PAlliative Care needs (RADPAC)

### Teil des niederländischen Konzepts für eine proaktive palliative häusliche Versorgung (PaTZ – Palliatieve Tohuis Zorg)

In Verbindung mit einem Coaching- und Schulungsprogramm für Hausärzt\*innen entwickelte und evaluierte Indikatoren (systematisches Review + Delphi-Verfahren)

- **RADBoud indicators for PAlliative Care needs (RADPAC):**  
krankheitsspezifische Indikatoren für Krebserkrankungen, chronische Herzinsuffizienz und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

### Ergänzende Dokumentationshilfe (neben Palliative Care Register der PaTZ-Teams)

- **Proactive Palliative care Planning card (PPcPc) - Problem square**  
berücksichtigt:
  - physische Aspekte
  - Versorgung und Aktivitäten des täglichen Lebens
  - soziale und finanzielle Aspekte sowie
  - psychologische und existenzielle Aspekte

Thoonsen et al. 2012, 2015, 2016 (bisher keine autorisierte und empirisch erprobte deutschsprachige Version verfügbar)

# RADBoud indicators for PAlliative Care needs (RADPAC)

## Indikatoren bei Krebserkrankungen

1. Primärtumor mit schlechter Prognose
2. mittlerer Grad der Beeinträchtigung bei der Alltagsbewältigung, Bedarf an umfangreicher Unterstützung und regelmäßiger Pflege (Karnofsky Index = 50%)
3. fortschreitende körperliche Funktionseinschränkungen
4. zunehmende Bettlägerigkeit
5. reduzierte Nahrungsaufnahme
6. fortschreitender Gewichtsverlust
7. Anorexie-Kachexie-Syndrom (Appetitmangel, allgemeine Schwäche, Auszehrung, Muskelabbau)
8. zusehends verminderter Lebenswillen

Thoonsen et al. 2016, Appendix 1 (eigene Übersetzung, leicht modifiziert)

# RADBoud indicators for PAlliative Care needs (RADPAC)

## Indikatoren bei chronischer Herzinsuffizienz

1. schwere Einschränkungen, Symptome auch in Ruhe, häufig Bettlägerigkeit (NYHA IV)
2. wiederholte Krankenhauseinweisungen (> 3 pro Jahr)
3. wiederholte Exacerbationen schwerer Herzinsuffizienz (> 3 pro Jahr)
4. mittlerer Grad der Beeinträchtigung bei der Alltagsbewältigung, Bedarf an umfangreicher Unterstützung und regelmäßiger Pflege (Karnofsky Index = 50%)
5. Gewichtszunahme und kein Ansprechen auf erhöhte Diuretika-Dosis
6. generelle Verschlechterung der klinischen Situation (Ödeme, Luftnot (im Liegen), Nykturie)
7. der Patient/die Patientin signalisiert, dass es auf das Ende zugeht ('end of life approaching')

Thoonsen et al. 2016, Appendix 1 (eigene Übersetzung, leicht modifiziert)



# RADBoud indicators for PAlliative Care needs (RADPAC)

## Indikatoren bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

1. mittlerer Grad der Beeinträchtigung bei der Alltagsbewältigung, Bedarf an umfangreicher Unterstützung und regelmäßiger Pflege (Karnofsky Index = 50%)
2. deutlicher Gewichtsverlust ( $\pm 10\%$  Gewichtsabnahme in 6 Monaten)
3. (gleichzeitiges) Vorliegen einer chronischen Herzinsuffizienz
4. Luftnot im Liegen
5. der Patient/die Patientin signalisiert, dass es auf das Ende zugeht ('end of life approaching')
6. deutliche klinische Zeichen schwerer Luftnot (zunehmende Luftnot bei Anstrengung, Luftnot beim Sprechen, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur (Kutschersitz), Luftnot im Liegen)

Thoonsen et al. 2016, Appendix 1 ( eigene Übersetzung, leicht modifiziert)

# Proactive Palliative care Planning card (PPcPc) – Problem Square

<b>Somatische Aspekte</b>	<b>Soziale und finanzielle Aspekte</b>
Handlungsplan:	Handlungsplan:
Aktuelle Probleme:	Aktuelle Probleme:
Erwartete Probleme*:	Erwartete Probleme*:
<b>Versorgung und Alltagsaktivitäten</b>	<b>Psychologische und existenzielle Aspekte</b>
Handlungsplan:	Handlungsplan:
Aktuelle Probleme:	Aktuelle Probleme:
Erwartete Probleme*:	Erwartete Probleme*:
<p><b>*inkl. Sterbe- und Trauersituation</b></p> <p><b>Mögliche Probleme/Herausforderungen</b> bei COPD, Herz- und Krebserkrankungen: Schmerz, Luftnot, Ileus, Delir, Angst, Depression, Leberkoma, Nierenversagen, (Über-)Belastung der Angehörigen, Einsatz spezieller (technischer) Hilfsmittel</p> <p><b>Krankheitsspezifische Aspekte:</b>          Herzinsuffizienz: Anämie, Veränderung des Körpergewichts/Ödeme, Deaktivierung implantierter Defibrillatoren          COPD: medikamentöse und nicht- medikamentöse Maßnahmen zur Linderung von Luftnot</p>	

Thoosen et al. 2016, Appendix 2 ( eigene Übersetzung, leicht modifiziert)

# Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

## Was ist SPICT™?

SPICT ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten mit chronisch-progredienten Erkrankungen, die von einer Palliativversorgung profitieren können → sensibilisiert, in „palliative Richtung“ zu denken und ggf. weitere Maßnahmen einzuleiten

- eignet sich für unterschiedliche Versorgungssettings (inkl. AAPV, SAPV)
- ist kein Instrument zur spezifischen Bedarfserhebung (→ z.B. MIDOS, POS (<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>))

## SPICT™-Aufbau

- **Allgemeine Indikatoren**, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten
- **Spezielle** (krankheitsspezifische) **Indikatoren**, wenn eine/mehrere Erkrankung/en im fortgeschrittenen Stadium vorliegen
- Mögliche **Maßnahmen** und nächste Schritte

**Practice Guide** (für unterschiedliche Versorgungssettings) + SPICT™ 4ALL

Boyd 2015; Highet et al. 2014, Afshar et al. 2016, 2018, s auch SPICT-Homepage [www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

## SPICT-DE™-Aufbau: Allgemeine Indikatoren

Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten können:

- (Mehrfache) **ungeplante Krankenhauseinweisungen**
- **Reduzierter Allgemeinzustand oder zunehmende Verschlechterung** (z.B. Patient verbringt > 50% des Tages liegend); Verbesserung unwahrscheinlich
- **Zunehmender Unterstützungsbedarf** im Alltag aufgrund eingeschränkter körperlicher und/oder seelischer Gesundheit
- **Pflegende Angehörige** benötigen (zunehmend) Unterstützung/Entlastung
- Deutlicher **Gewichtsverlust** in den letzten 3-6 Monaten und/oder niedriger Body Mass Index (BMI)
- Anhaltende **belastende Symptome** trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en)
- Patient (oder Angehörige) signalisieren den **Wunsch** nach palliativer Versorgung und/oder Therapiebegrenzung/-abbruch

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

# SPICT-DE™-Aufbau: Spezifische Indikatoren

Spezifische Indikatoren, wenn eine/mehrere Erkrankung/en im fortgeschrittenen Stadium vorliegen:

- Krebserkrankung
- Kardiovaskuläre Erkrankung
- Nierenerkrankung
- Atemwegserkrankung
- Lebererkrankung
- Demenz und Gebrechlichkeit (Frailty)
- Neurologische Erkrankungen
- Andere: ....

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

# SPICT-DE<sup>TM</sup>-Aufbau: Spezifische Indikatoren - Beispiel

## Atemwegserkrankung:

- Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe/bei geringer körperlicher Belastung
- Benötigt Sauerstoff aufgrund anhaltender Hypoxämie
- Zustand nach Lungenversagen, (erneute) Beatmung nicht erfolgversprechend

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

# SPICT- DE™: Spezifische Indikatoren – Beispiel Neurologische Erkrankungen

**Progrediente neurologische Erkrankung mit zunehmenden körperlichen und / oder kognitiven Funktionseinschränkungen trotz optimaler Therapie, z.B.:**

- ausgeprägte Sprachstörungen und zunehmend eingeschränkte Fähigkeit zur sozialen Interaktion,
- zunehmende Schluckstörungen,
- wiederholte Aspirationspneumonie,
- Atemnot und/oder Lungenversagen

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

# SPICT-DE<sup>TM</sup>-Aufbau: Handlungsvorschläge

## Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:

- Überprüfung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie
- Überprüfung, ob die Indikation für eine Einbindung von spezialisierter Palliativversorgung (spezialisiertes Palliativteam) vorliegt, z.B. bei komplexen oder schwer zu behandelnden Symptomen und/oder Versorgungsproblemen
- Klärung der Therapieziele und Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie
- Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung für den Fall des Verlusts der Entscheidungskompetenz
- Dokumentation, Kommunikation und Koordination der Versorgungsplanung

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)



# SPICT™ Practice Guideline(s)

## SPIC-DE™ – Praxisleitfaden für die Primärversorgung - Inhalte

- Warum sollte SPIC-DE™ genutzt werden? (Zielgruppe)  
*alte SPICT™-Version:* Surprise Question vorgeschaltet (verengt den Blick vs. proaktiver Ansatz)
- Einsatz von SPIC-DE™ zur Einschätzung der Bedürfnisse und Versorgungsplanung  
*alte SPICT™-Version:* „Cut off“: zwei allgemeine und/oder spezielle Indikatoren – jetzt anlassbezogene Anwendung (Beispiele im Praxisleitfaden)
- Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung:  
hilfreiche Fragen und Themen (Einleitung von Gesprächen ...)
- Gespräche über fortschreitende Gesundheitsbeeinträchtigungen initiieren (Kommunikationshilfen zum Aufgreifen heikler Themen)

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

# SPICT-DE™-Praxisleitfaden für die Primärversorgung

## Einsatz von SPICT-DE™ in der Primärversorgung zur Einschätzung der Bedürfnisse und Versorgungsplanung

- Nach einer **ungeplanten Krankenhauseinweisung** oder bei **Verschlechterung des Gesundheitszustandes**
- Bei **unzureichender Symptomkontrolle**
- Identifikation von Patienten, die aufgrund von fortschreitenden körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen **auf Hilfe im Alltag** angewiesen sind
- Identifikation von Patienten, die eine **proaktive koordinierte Versorgung** durch Gesundheits- und soziale Dienste benötigen
- Identifikation von Patienten (und Angehörigen) mit **komplexen Problemen**
- Bei einer angezeigten Prüfung der **Entscheidungskompetenz** der Patienten, Klärung der Verfügbarkeit und Einbeziehung nahestehender Angehöriger bzw. der in einer Vorsorgevollmacht benannten bevollmächtigten Person
- Abstimmung, Dokumentation und Kommunikation einer **vorausschauenden Versorgungsplanung**

# SPICT-DE<sup>TM</sup>-Praxisleitfaden für die Primärversorgung

## Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung

### Hilfreiche Fragen:

- Was wissen Sie über Ihre Gesundheitsprobleme / Ihren Gesundheitszustand und die zu erwartende weitere Entwicklung?
- Was ist Ihnen wichtig? Worüber machen Sie sich Sorgen? Was könnte Ihnen helfen?
- Wer sollte vorrangig benachrichtigt werden und wie dringend, falls sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtert?

### Einleitung von Gesprächen über:

- Nutzen klinischer Behandlungen und Therapien, wie z.B. i.v. Antibiotikagaben, chirurgische Eingriffe, Interventionen bei Schlaganfall, kardiovaskuläre Erkrankungen, Sonden- oder parenterale Ernährung, künstliche Beatmung
- Therapiemaßnahmen, die keinen Nutzen versprechen oder die die Prognose nicht verbessern (z.B. kardiopulmonale Reanimationsmaßnahmen)
- Benennung einer Vertrauensperson und Erstellen einer Vorsorgevollmacht für den Fall einer eingeschränkten Entscheidungskompetenz (in der Zukunft)
- Hilfe und Unterstützung für (betreuende) Angehörige

[www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk)

# ProPall-Projekt – Ergebnis der Entwicklungsworkshops (01/2019)

## Fazit der Diskussion zur Erprobung der ausgewählten Instrumente anhand der Bearbeitung von Fallvignetten

- **Surprise Question** besticht durch die Einfachheit, erscheint aber weniger geeignet für Berufsanfänger\*innen, unterstützt nicht die Maßnahmenplanung, ggf. in Verbindung mit SPICT™ sinnvoll, scheint allerdings auch für den intendierten proaktiven Ansatz weniger geeignet
- **RADPAC** (plus Problem Square) hat besonderen Charme, müsste für die Zielgruppe der älteren Patient\*innen zumindest um ein Indikatoren für Demenz ergänzt werden, lenkt den Blick eher auf weit fortgeschrittene Krankheitsphasen, Dokumentation erscheint zeitaufwändig
- **SPICT™** für die Zielgruppe der älteren Patient\*innen geeignet (berücksichtigt breites Krankheitsspektrum), unterstützt zugleich die Maßnahmenplanung, der ergänzende Leitfaden bietet hilfreiche Anregungen für die Gesprächsführung
- **Mehrheitliches Votum** der Teilnehmer\*innen **für SPICT™ im Original** (allerdings nur knapper Vorsprung gegenüber den Voten für SPICT™ in Verbindung mit „vorgeschalteter“ Surprise Question)

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

## Kontakt

Dr. PH Gabriele Müller-Mundt  
Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Allgemeinmedizin – OE 5440  
AG Palliativversorgung  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511 532-8091  
mueller-mundt.gabriele@mh-hannover.de  
[www.mh-hannover.de/allgemeinmedizin.html](http://www.mh-hannover.de/allgemeinmedizin.html)

# Literatur

- Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, Schneider N, Müller-Mundt G (2018) Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *BMC Palliative Care*: 17:27.
- Afshar K, Müller-Mundt G, Schneider N. (2016). Wie können Patienten mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen erkannt werden, bei denen eine Palliativversorgung sinnvoll ist? *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17:133-138.
- Boyd KJ (2015): Early palliative care for people with advanced illnesses: research into practice. PhD Thesis University of Edinburgh 2015 [verfügbar unter: <https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/23389>].
- Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ (2017). The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 3; 189:E484-493.
- Geiger K, Klindtworth K, Müller-Mundt G (2015). Projekt: End of life care for frail older patients in family practice (ELFOP) – Dokumentation der Fallportraits der Patienten. Hannover: MHH Institut für Allgemeinmedizin (unveröffentlichtes Manuskript).
- Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, Klindtworth K, Müller-Mundt G (2016). Caring for frail older people in the last phase of life – the general practitioners’ view. *BMC Palliative Care* 15:52.
- Gerhard C, Habig H, Hagen O, Heusinger von Waldegg G, Knopf B, Müller-Mundt G, Orth H, Würdehoff D. DGP-AG Nichttumorpatienten (2018). Frühe palliative Versorgung von Menschen mit Nichttumor-erkrankungen. *Z Palliativmed* 19:226-232.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Carles Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Villanueva A, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Constante C (2013). Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Supportive & Palliative Care* 3:300–308.
- Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K (2014). Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 4: 285-290.
- Klindtworth K, Geiger K, Pleschberger S, Bleidorn J, Schneider N, Müller-Mundt G (2017). Leben und Sterben mit Gebrechlichkeit – Qualitative Interviews mit älteren Menschen im häuslichen Umfeld. *Z Gerontol Geriat* 50: 151–158
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL [verfügbar unter: <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>].

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015). Palliativversorgung in Deutschland. Perspektiven für Forschung und Praxis. Stellungnahme 2015. Halle (Saale): Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina [verfügbar unter: [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2015\\_Palliativversorgung\\_LF\\_DE.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf)].

Schneider N, Oster P, Hager K, Klindtworth K (2011). Identifying elderly patients with advanced heart failure at the end of life. *Int J Cardiol.* 17;153:98-99.

Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 4:91-96.

Solano JP, Gomes B, Higginson IJ (2006): A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *J Pain Symptom Manage* 31: 58-69.

Thomas K et al. (2011). The GSF Prognostic Indicator Guidance (PIG). 4th Edition. The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care (CIC). [verfügbar unter: <http://www.goldstandardsframework.org.uk/content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>].

Thomas K, Armstrong Wilson J and GSF Team (2016). The GSF Proactive Indification Guidance (PIG). 6th Edition. National Gold Standards Framework Centre in End of Life Care (CIC). [verfügbar unter: <https://www.eolc.co.uk/uploads/NEW-PIG-20.1.17-KT-vs17.pdf>]

Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, Verhagen S, van Weel C, Marieke Groot G, Vissers K (2012). Early identification of palliative care patients in general practice: development of RAdboud indicators for PAlliative Care needs (RADPAC). *Br J Gen Pract.* 62(602): e625–e631.

Thoonsen B, Vissers K, Verhagen S, Prins J, Bor H, van Weel C, Groot M, Engels Y (2015). Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice:* 16:126.

Thoonsen B, Groot M, Verhagen S, van Weel C, Vissers K, Engels Y (2016). Timely identification of palliative patients and anticipatory care planning by GPs: practical application of tools and a training programme. *BMC Palliative Care:* 15:39.

Walsh RI, Mitchell G, Francis L, Van Driel ML (2015). What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in primary care: a systematic review. *Journal of Palliative Care* 31:118-123.

Weijers F, Veldhoven C, Verhagen C, Vissers K, Engels Y (2018). Adding a second surprise question triggers general practitioners to increase the thoroughness of palliative care planning: results of a pilot RCT with cage vignettes. *BMC Palliat Care.* 2018; 17: 64.