

Aus der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. Michael Flentje

**Erfassung des Palliativbedarfs von hausärztlich versorgten
Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mittels SPICT™ und IPOS**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Niklas Nürnberg

aus Würzburg

Würzburg, März 2022

Referent bzw. Referentin: Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot
Korreferent bzw. Korreferentin: Prof. Dr. med. Anne Simmenroth
Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 05.04.2023

Der Promovend ist Arzt

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Palliativmedizin	1
1.1.1	Definition Palliativmedizin	1
1.1.2	Geschichte der Palliativmedizin	2
1.1.3	Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland	3
1.1.4	Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung	5
1.2	Pflegebedürftige und Pflegeheime in Deutschland	7
1.2.1	Pflegebedürftige in Deutschland	7
1.2.2	Pflegeheime in Deutschland	8
1.3	Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen in Deutschland	8
1.4	Palliativversorgung in Pflegeheimen in Deutschland	9
1.5	Fragestellung	11
2	Material und Methoden	12
2.1	Studiendesign	12
2.2	Messinstrumente	12
2.2.1	SPICT™	12
2.2.2	IPOS	21
2.2.3	SPICT™ und IPOS im Vergleich	25
2.3	Hausärztliche Palliativversorgung	25
2.4	Ein-Jahres-Mortalität	25
2.5	Studienpopulation	26
2.5.1	Fallzahlberechnung	26
2.5.2	Einschlusskriterien	27
2.5.3	Ausschlusskriterien	27
2.5.4	Rekrutierungsweg und Erhebungszeitraum	27
2.6	Studienablauf	28
2.6.1	Aufklärung und Einwilligung	28
2.6.2	Datenmanagement und Datenschutz	28
2.7	Statistische Auswertung	29
3	Ergebnisse	30
3.1	Studienpopulation	30

3.2	Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	32
3.3	SPICT-DE™	33
3.3.1	SPICT-DE™ 1. Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes	33
3.3.2	SPICT-DE™ 2. Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen.....	34
3.3.3	SPICT-DE™ Weiterführende Erhebungen	36
3.4	IPOS	37
3.4.1	IPOS Staff.....	38
3.4.2	IPOS Patient	41
3.4.3	IPOS Vergleich Selbst- und Fremdeinschätzung	43
3.5	Hausärztliche Palliativversorgung	45
3.6	Ein-Jahres-Mortalität	46
3.7	Explorative Überprüfung möglicher Zusammenhänge	46
3.7.1	Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Palliativbehandlung.....	46
3.7.2	Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Ein-Jahres-Mortalität.....	46
3.7.3	Zusammenhang zwischen IPOS und Palliativbehandlung.....	47
3.7.4	Zusammenhang zwischen SPICT-DE™ und IPOS	47
4	Diskussion	48
4.1	Diskussion der Methoden	48
4.1.1	Einsatz des SPICT™	48
4.1.2	Einsatz des IPOS	49
4.1.3	Kombination von SPICT™ und IPOS	50
4.2	Diskussion der Ergebnisse	50
4.2.1	Studienpopulation	50
4.2.2	SPICT-DE™	51
4.2.3	IPOS	53
4.2.4	SPICT-DE™ und IPOS im Vergleich.....	61
4.3	Ausblick	61
5	Zusammenfassung.....	63
6	Literaturverzeichnis	65

1 Einleitung

1.1 Palliativmedizin

1.1.1 Definition Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) definiert den Begriff der Palliativmedizin wie folgt: „Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung sowie der Begleitung ihrer Angehörigen. Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess. Sie lehnt aktive Sterbehilfe ab“ [1].

Die World Health Organisation definiert die Palliativmedizin sehr ähnlich: „Palliativmedizin/ Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ [2].

Die Definition der European Association for Palliative Care stimmt in vielen Punkten mit den beiden oben genannten Definitionen überein. Laut dieser Institution ist die Palliativmedizin die aktive und ganzheitliche Betreuung von Patientinnen und Patienten, deren Krankheit nicht auf eine kurative Behandlung anspricht. Der Umgang mit Schmerzen, mit anderen Symptomen und mit sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen ist von größter Bedeutung. Die Palliativmedizin ist interdisziplinär ausgerichtet und umfasst die Patientin bzw. den Patienten, die Familie und die Gemeinschaft. Die Palliativmedizin soll das grundlegendste Konzept der Versorgung bieten – die Versorgung der Patientin oder des Patienten findet an dem Ort statt, an dem die Patientin oder der Patient betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. [...] Das Ziel ist, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten [3].

1.1.2 Geschichte der Palliativmedizin

Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik führt zur Geschichte der Palliativmedizin folgendes an: „Die Palliativmedizin wird häufig als eine neue medizinische Disziplin beschrieben. Das ist sie nicht. Sie ist wahrscheinlich die älteste überhaupt, denn früher gab es bei fast keiner Erkrankung einen kurativen Ansatz“ [4].

Von Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg werden diese frühen Entwicklungen der Palliativmedizin in seinem Werk „Die Geschichte der Palliativmedizin“ [5] weiter präzisiert und folgendermaßen zusammengefasst: „Palliativmedizin und ärztliche Sterbebegleitung, so zeigt sich, können auf eine jahrhundertealte Tradition zurückblicken. [...] Im 16. und 17. Jahrhundert wurde diese Cura palliativa verbreitet als eigenständige und wichtige Form ärztlichen Handelns beschrieben und diskutiert. [...] Mit den Unheilbarenhäusern und seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert, den frühen Sterbehospizen wurden Einrichtungen geschaffen, die von vornherein die palliative Behandlung in den Mittelpunkt stellten“ [5].

Als „Ausgangspunkt der modernen Hospizbewegung“ [4] gilt die Gründung des St. Christopher's Hospice in London im Jahre 1967 durch Cicely Saunders (*1918, †2005), deren Name untrennbar mit dem Begriff der modernen Palliativmedizin verbunden ist. Das „St Christopher's wurde zum Vorbild für viele weitere, ähnliche Einrichtungen in Europa und weltweit“ [5].

1974 wurde das erste Hospital-Support-Team im St. Louis Hospital in New York gegründet und ein Jahr später wurde die „erste Palliativstation am Royal Victoria Hospital (Kanada) eröffnet“ [4].

In Deutschland entstand die erste Palliativstation 1983 in Köln [6], 1988 wurde die Deutsche Hospizhilfe e. V. gegründet [5] und 1994 die DGP [1].

1.1.3 Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Deutschland

Die Zahl der Palliativstationen hat sich von 1996 bis 2015 mehr als verzehnfacht, Die Zahl der stationären Hospize für Erwachsene, Kinder und Jugendliche hat sich im gleichen Zeitraum verzehnfacht (siehe Abbildung 1). 2021 war die Zahl der Palliativstationen in Krankenhäusern auf etwa 340 angestiegen und die Zahl der stationären Hospize auf ca. 250 [7].

Anzahl der stationären Hospize und Palliativstationen

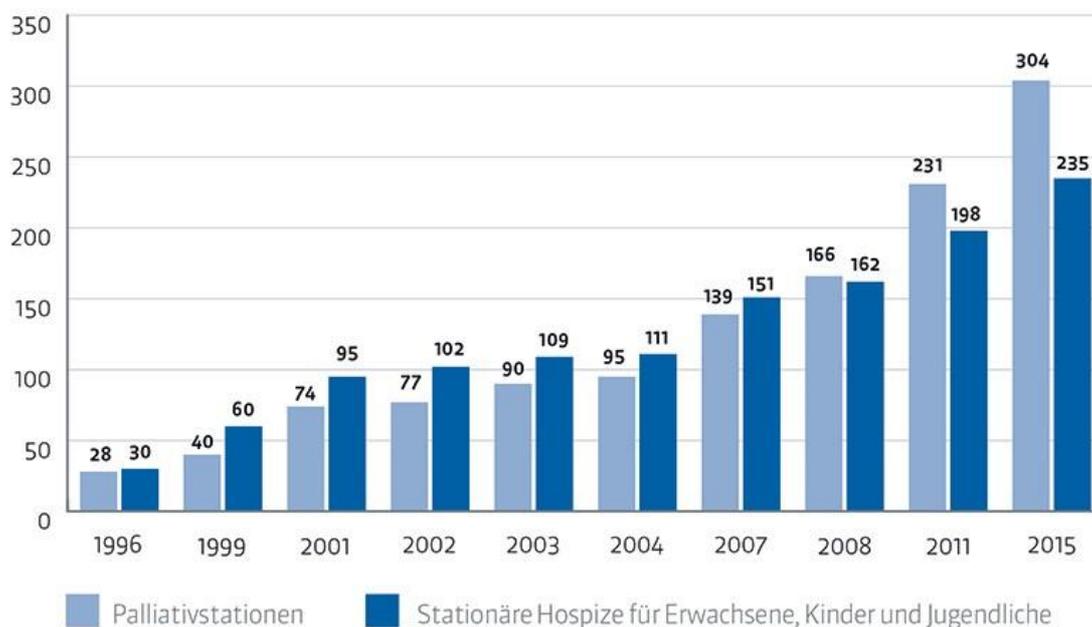


Abbildung 1: Anzahl der stationären Hospize und Palliativstationen (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken der Abbildung in dieser Dissertation wurde am 06.07.2018 von Herrn Benno Bolze erteilt) [8]

Im Bereich der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste zeigt sich jedoch eine andere Entwicklung. Hier stagnieren die Zahlen seit 2008 (siehe Abbildung 2). Auch bis 2021 hat sich die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste nicht mehr gesteigert [7].

Ambulante Hospiz- und Palliativdienste für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

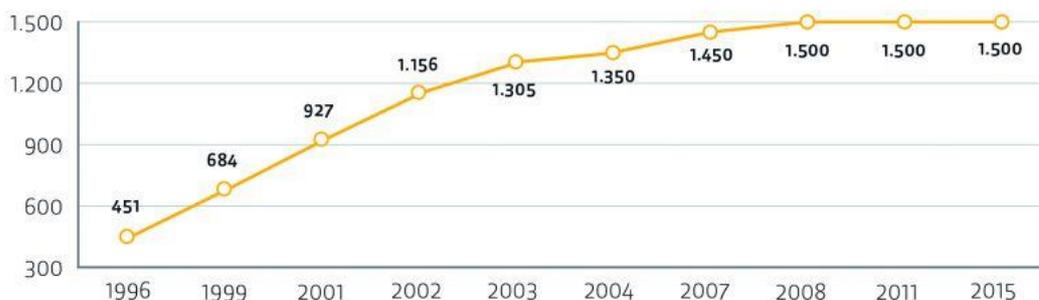


Abbildung 2: Ambulante Hospiz- und Palliativdienste für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken der Abbildung in dieser Dissertation wurde am 06.07.2018 von Herrn Benno Bolze erteilt) [9]

Seit dem 1. August 2004 ist es u. a. in Bayern möglich die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zu absolvieren [10]. Im Jahr 2005 wurde diese Zusatzweiterbildung von 101 Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen. 2010 war diese Zahl schon auf 5417 angestiegen und bis heute hat sie sich seitdem mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 3) [11, 12].

Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

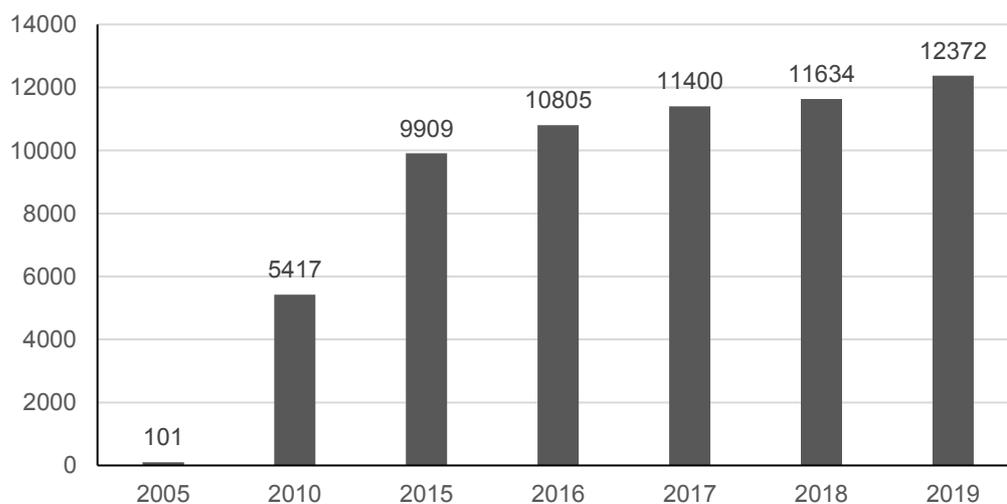


Abbildung 3: Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin [11, 12]

1.1.4 Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung

1.1.4.1 Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) erfolgt laut der DGP, um „die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen“ [13].

Die Verantwortlichen für die Durchführung einer AAPV sind die „niedergelassenen Haus- und Fachärzte [...] mit palliativmedizinischer Basisqualifikation [und sie sind] nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt“ [13]. Dabei wird „der Stellenwert der Hausärzte durch eine starke Evidenz untermauert, dass eine hausarztzentrierte Versorgung [...] erhebliche Vorteile bietet“ [14] und es wird gefordert „die Rolle der Hausärzte strukturell weiter zu stärken“ [14].

Die Basis der hausärztlichen Palliativversorgung stellt die „Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung“ von 2007 dar [15]. Im Zuge einer Akzeptanzbefragung dieser Leitlinie bestätigten 96% der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte die Bedeutung der hausärztlichen Palliativversorgung [15]. Die Leitlinie wurde seit 2007 nicht aktualisiert.

Zur Vergütung der AAPV für Hausärztinnen und Hausärzte wurden am 01.10.2017 neue Leistungen in Form von neuen Palliativziffern in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen [16]. Zu diesen neuen abrechnungsfähigen Leistungen zählen die palliativmedizinische Ersterhebung, die Koordination der palliativmedizinischen und pflegerischen Versorgung, die Rufbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten und ein Zuschlag zu den Hausbesuchen [16]. Eine darüber hinaus gehende Vergütung dieser neuen Palliativziffern sind „für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung [...] an Voraussetzungen gebunden, die der Arzt aufgrund einer entsprechenden Weiterbildung gegenüber der KV nachweisen muss“ [17].

1.1.4.2 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Der Begriff der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (qPV) entstammt dem „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ [18] und hat das Ziel „die bestehende ambulante

Palliativversorgung durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination [zu stärken]“ [19].

Die Ärztinnen und Ärzte, die zur Durchführung der qPV berechtigt sind, sind analog zur AAPV „alle an der hausärztlichen Versorgung [...] teilnehmenden Ärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung“ [19].

Die Durchführung der qPV ist jedoch, ebenso wie die angesprochene höhere Vergütung der neuen Palliativziffern, an Voraussetzungen gebunden, die unterteilt sind in praktische Erfahrungen: eine „mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem Team der SAPV oder [die] Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre“ [19] und theoretische Kenntnisse: „40-stündiger Kurs ‚Weiterbildung Palliativmedizin oder Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung ‚Geriatrische Grundversorgung‘ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung ‚Curriculum Psychosomatische Grundversorgung‘ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 ‚Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle - 20 Stunden)‘ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach oder Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation ‚Spezielle Schmerztherapie‘ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung (‚Psychosoziale und spirituelle Aspekte‘, ‚Ethische und rechtliche Fragestellungen‘, ‚Kommunikation und Teamarbeit‘ und ‚Selbstreflexion‘ insgesamt 18 Stunden) nach“ [19].

Erfüllt die Ärztin bzw. der Arzt diese Voraussetzungen, kann sie bzw. er eine um ca. 20% höhere Abrechnung der neuen Palliativziffern erreichen [17].

1.1.4.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Das Anwendungsgebiet der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geht über das der AAPV und qPV hinaus und „richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht“ [20].

Die Durchführenden einer SAPV setzen sich zusammen aus einem multiprofessionellen Team bestehend aus „qualifizierten Ärzten, Pflegenden und weiteren Koordinationskräften [, welche] überwiegend oder ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung tätig sind“ [14].

Ein Einbeziehen der SAPV kann beispielsweise „in Bezug auf die Symptomkontrolle [...], pflegerische Versorgung [...] oder 24h-Erreichbarkeit bei krisenhaften Ereignissen“ [14] indiziert sein und muss „ärztlich verordnet und kassenseitig genehmigt werden“ [14].

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, welche eine SAPV benötigen wird auf 10-15% geschätzt [14].

Die Hausärztinnen und Hausärzte verordnen bei entsprechender Indikation die SAPV und binden diese damit in die Palliativversorgung der Patientinnen und Patienten ein [21]. Die Verordnung einer SAPV fand im Zeitraum von 2010 bis 2014 bei 3,5% der Patientinnen und Patienten im letzten Lebensjahr statt [22].

Ebenso wie das Anwendungsgebiet geht auch die Qualifikation zur Durchführung der SAPV über die der AAPV und qPV hinaus. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte müssen die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin abgeschlossen haben und über „Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten/innen [...] innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre“ [23] verfügen.

1.2 Pflegebedürftige und Pflegeheime in Deutschland

1.2.1 Pflegebedürftige in Deutschland

Eine Person ist laut dem Gesetzgeber bei folgender Konstellation als pflegebedürftig einzuschätzen: „Pflegebedürftig [...] sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.“ [24].

Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat sich in der Zeitspanne von 2001 bis 2019 mehr als verdoppelt (von 2,04 Millionen auf 4,1 Millionen) [25, 26]. Im Vergleich zu 2017 stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen bis Ende 2019 um 20,9% an.

Laut Statistischem Bundesamt (Pfleigestatistik 2019) waren zum Jahresende 2019 ca. 4,1 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Von diesen Menschen wurden 3,31 Millionen (80%) zu Hause und 818.000 (20%) vollstationär in Heimen versorgt. Von den Pflegebedürftigen waren 80,1% 65 Jahre und älter, 33,9% waren 85 Jahre und älter [26].

1.2.2 Pflegeheime in Deutschland

Zum Stand der Pflegeheime in Deutschland veröffentlichte das Statistische Bundesamt in der „Pfleigestatistik 2019“ folgende Zahlen: Es gab 15.380 Pflegeheime. Hiervon waren 53% in freigemeinnütziger Trägerschaft, 43% in privater Hand und 5% in öffentlicher Trägerschaft.

Die Pflegeheime betreuten jeweils durchschnittlich 62 Pflegebedürftige.

Insgesamt waren zum Zeitpunkt der Erhebung durch das Statistische Bundesamt 796.000 Beschäftigte in Pflegeheimen tätig. Hiervon waren 63% Teilzeitkräfte [26].

1.3 Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen in Deutschland

Im Jahr 2019 wurden in 1,2% der Pflegeheime Ärztinnen und Ärzte beschäftigt [26]. Somit liegt die Hauptverantwortung der ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bei den Hausärztinnen und Hausärzten.

Für die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Pflegeheimen trat 2014 die „Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen“ [27] in Kraft und entstand als Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berlin und dem GKV-Spitzenverband Berlin [27].

Sie sollte die „grundlegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten (Pflegeheimbewohner) in stationären Pflegeeinrichtungen fest[legen]“ [27] und beinhaltete als erklärtes Ziel die „unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes [zu] vermeiden.“ [27].

Außerdem soll diese Vereinbarung zu einer „Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und der dazugehörigen Krankentransporte“ [27] sowie zu einer „koordinierte[n] und wirtschaftliche[n] Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen“ [27] führen.

Die Pflichten der Hausärzte werden wie folgt beschrieben: „Die Hausärzte [...] übernehmen die Durchführung und Koordination der medizinischen Versorgung der Versicherten in Abstimmung mit der stationären Pflegeeinrichtung und den ggf. beteiligten Fachärzten.“ [27]. Des Weiteren steht „der Hausarzt [...] dem Versicherten und seinen Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung.“ [27].

Hierbei wird explizit auch die Palliativversorgung angesprochen: „Bedarfsabhängig ist die Einbindung von zusätzlicher schmerztherapeutischer und palliativmedizinischer Kompetenz anzustreben“ [27].

1.4 Palliativversorgung in Pflegeheimen in Deutschland

Die Arbeitsgruppe „Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ [28] der DGP und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes stellt in ihrem „Positionspapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ von 2015 [29] folgendes fest: „Angesichts der Zunahme hochaltriger Menschen mit zum Tod führenden, schweren Erkrankungen und belastenden Symptomen werden Altenheime immer mehr zu Einrichtungen, in denen Palliativversorgung und Hospizkultur entwickelt und umgesetzt werden muss. Das relativ hohe Aufnahmealter (im Schnitt 81 Jahre) und eine zunehmend kurze Aufenthaltsdauer (zwischen 40 – 52 Monate) der Heimbewohner sowie ein relativ bald eintretender Tod (64 % der verheirateten Bewohner, die nach [einem Krankenhausaufenthalt] ins Heim umzogen, verstarben innerhalb des ersten Jahres) machen diese Entwicklung dringend notwendig“ [29].

Die Situation von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern verschärfte sich während der COVID19-Pandemie nicht nur aus dem Grund, dass die Sterblichkeit der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner anstieg, sondern auch dadurch, dass das Pflegepersonal durch einen Mangel an Fachkräften physisch wie psychisch an die Belastungsgrenze kam und dass Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner während der Pandemie durch Kontaktsperrungen einer massiven sozialen Isolation unterworfen waren [30].

Die Palliativversorgung in Pflegeheimen muss neu gedacht und angepasst werden [29]. So konstatierte die NRW-Gesundheits- und Pflegeministerin Barbara Steffens: „Die Palliativversorgung wird zur Kernaufgabe von Pflegeheimen“ [31].

Gefordert wird ein „strukturiertes und bedürfnisorientiertes Pflegeprozess, dessen Verlauf aktiv durch die Wünsche, Bedürfnisse, Möglichkeiten und die subjektive Wahrnehmung des Pflegebedürftigen und nicht durch die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Pflege bestimmt werden“ [32].

Von zentraler Bedeutung sind die Hausärztinnen und Hausärzte, die die Bewohner mit entsprechendem Bedarf in die Palliativversorgung aufnehmen und die Zusammenarbeit der einzelnen Fachrichtungen koordinieren: „Unser Verständnis von Palliativversorgung in den Pflegeheimen ist[,] dass die Pflegemitarbeiter zum interdisziplinären Team

gehören, zu dem neben den Haus-, Fach- und Palliativmedizinern, dem Sozialdienst, der Seelsorge und allen anderen an der Versorgung Beteiligten auch die freiwillig Engagierten aus dem Besuchsdienst und Ambulanten Hospizdienst zählen“ [32].

Demnach nehmen die Hausärztinnen und Hausärzte in diesem Kooperationsverhältnis eine Schlüsselrolle ein, da diese die ersten „Ansprechpartner [...] im Falle einer unheilbaren, progredienten Erkrankung“ [33] sind und aufgrund der jahrelangen Arzt-Patienten-Beziehung den Palliativbedarf von Patienten „bereits vor Ausbruch der unheilbaren Erkrankung [erkennen] und die Betreuung [beeinflussen können]“ [33].

Die Gesetzgebung versucht den genannten Entwicklungen und Forderungen im „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung“ von Dezember 2015 gerecht zu werden [34]. Laut diesem Gesetz kann die Palliativversorgung „zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz erbracht werden“ [34]. Außerdem wurde festgelegt, dass ambulante Hospizdienste „Zuschüsse für Personalkosten und auch für Sachkosten erhalten“ [34] und dass „Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten [können]“ [34].

Für diese Beratung erhalten die Pflegeheime eine Finanzierung durch die Krankenkassen.

In der Umsetzung des Gesetzes zeigen sich jedoch deutliche Defizite.

Sowohl der Deutsche Hospiz- und Palliativverband als auch der BIVA-Pflegeschatzbund benennen die Schwierigkeiten. Zum einen bestehen nach wie vor uneinheitliche Ausbildungsinhalte an den Pflegeschulen. Zum anderen kommt zu dem bereits bestehenden Personalmangel noch hinzu, dass das vorhandene Personal für Weiterbildungen im Palliativ- und Hospizbereich freigestellt werden muss. Außerdem verhindern starre Hierarchien die notwendige Kooperation zwischen ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten, Pflegeheimen und Hausärzten [35, 36].

Neben dem Aufzeigen der bislang unzureichenden Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes gibt der BIVA-Pflegeschatzbund jedoch auch Empfehlungen für eine Verbesserung. So muss die Palliativpflege fest in die Kranken- und Altenpflegeausbildung verankert werden, bei fehlenden Fachkräften eine Kooperation mit ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten verbindlich erfolgen und dafür gesorgt werden, dass alle Pflegeheime über ein Palliativkonzept verfügen, welches regelmäßig durch eine Heimaufsicht oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft wird [35].

Eine strukturierte Erfassung des Palliativbedarfs der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner könnte ein erster Schritt zur Verbesserung der Palliativversorgung darstellen.

1.5 Fragestellung

An dieser Studie nehmen in Pflegeheimen lebende Patientinnen und Patienten dreier allgemeinmedizinischer Praxen in Würzburg teil.

Anhand des palliativmedizinischen Screeningtools Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) und des palliativmedizinischen Instruments Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) werden diejenigen Patientinnen und Patienten identifiziert, die von einer Palliativversorgung profitieren können.

Beide Instrumente werden in Kapitel 2.2 vorgestellt.

SPICT™ und IPOS werden darauf geprüft, ob sie sich als Instrumente zur Erfassung des Palliativbedarfs von hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner eignen und es wird untersucht, inwiefern die Ergebnisse des SPICT™ mit denen des IPOS vergleichbar sind.

Weiterhin wird für den SPICT™ geprüft, ob dieser ein geeignetes Instrument darstellt, um eine Ein-Jahres-Mortalität der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner vorherzusagen.

Im IPOS soll geprüft werden, inwiefern sich die Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die Fremdeinschätzung durch die Pflegekräfte unterscheiden.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Bei der Studie mit dem Titel „Erfassung des Palliativbedarfs von hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mittels SPICT™ und IPOS“ handelt es sich um eine explorative, multizentrische Beobachtungsstudie.

Die Studie wurde vom Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin an der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums Würzburg durchgeführt und durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Aktenzeichen: 77/18-me) genehmigt.

2.2 Messinstrumente

Die Messinstrumente dieser Studie sind die beiden Instrumente

1. SPICT™ [37] zur Erhebung messbarer patienten- und krankheitsbezogener Daten.
2. IPOS [38] zur Einschätzung von Symptomen und Belastungen. Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgt eine Selbsteinschätzung und durch die Pflegekräfte eine Fremdeinschätzung.

2.2.1 SPICT™

Der SPICT™ wurde 2010 als Kollaboration zwischen der NHS Lothian und The University of Edinburgh Primary Palliative Care Research Group unter der Leitung von Kirsty Boyd entwickelt [39], um Menschen mit einer oder mehreren fortgeschrittenen Erkrankungen, bei denen das Risiko einer Verschlechterung und des Sterbens besteht, zu identifizieren und den Bedarf an einer ganzheitlichen, palliativen Pflege und Pflegeplanung zu ermitteln [39].

Der SPICT™ wurde 2014 über einen Zeitraum von 18 Monaten in über 30 internationalen Kliniken evaluiert und verfeinert [40].

2.2.1.1 SPICT-DE™

Für diese Studie wurde die offizielle deutsche Version des SPICT™ verwendet, der SPICT-DE™ [41] (siehe Anhang; die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken des SPICT-DE™ in dieser Dissertation wurde am 23.08.2021 von Herrn Kambiz Afshar erteilt). Dieser wurde 2014 unter der Leitung von Astrid Schnabel und Angelika Feichtner aus dem Englischen übersetzt [42], am Institut für Allgemeinmedizin in Hannover in der

klinischen Praxis erprobt [43] und anschließend von Afshar et al. weiterentwickelt, verfeinert und getestet [42].

2.2.1.2 Verwendung des SPICT-DE™

Der SPICT-DE™ ist auf einer Papierseite darstellbar. Das Erstellen dieses übersichtlichen Formats war eines der Kernziele bei der Entwicklung des SPICT™, damit das Tool möglichst einfach im klinischen Alltag eingesetzt werden kann [40].

Der SPICT-DE™ besteht aus drei Abschnitten. Im ersten Abschnitt sind allgemeine Indikatoren aufgeführt, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinweisen (z. B. ungeplante stationäre Aufnahmen). Diese allgemeinen Indikatoren treten laut der Verfasser des SPICT™ bei vielen fortgeschrittenen Krankheiten auf [44]. Im zweiten Abschnitt folgen klinische Indikatoren für fortgeschrittene Erkrankungen (z. B. das Vorliegen einer fortschreitenden Krebserkrankung aufgrund derer sich die Funktionsfähigkeit der Patienten verschlechtert).

Im dritten und letzten Abschnitt wird die aktuelle Betreuung überprüft und das weitere Vorgehen für die Patientinnen und Patienten geplant.

Der dritte Abschnitt des SPICT-DE™ wurde nicht in den hier dargestellten Ergebnissen erfasst, da es sich um eine weitere Planung für eine bessere Betreuung der Patientinnen und Patienten handelt und somit für die direkte Erfassung des Palliativbedarfs vorerst keine Bedeutung hat.

2.2.1.3 Auswertung des SPICT-DE™

Die Auswertung des SPICT-DE™ erfolgte auf Grundlage der elektronischen Patientenakten, welche in den drei teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen eingesehen werden konnten sowie der Pflegekurve der Bewohnerinnen und Bewohner in den jeweiligen Pflegeheimen. Falls über diese beiden Wege ein Indikator nicht eindeutig bewertet werden konnte, wurden die Pflegekräfte, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Probanden direkt befragt.

Die Unterpunkte der Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Unterpunkte der klinischen Indikatoren für fortgeschrittene Erkrankungen werden im Folgenden aufgeführt und die Methode zur Auswertung des jeweiligen Indikators wird beschrieben.

1. Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes

1.1 Ungeplante stationäre Aufnahmen.

In den jeweiligen elektronischen Patientenakten wurde nach den eingescannten Arztbriefen der behandelnden Kliniken gesucht. Aus der Anamnese und Diagnose dieser Arztbriefe ging hervor, was der Grund für die stationäre Behandlung war.

Handelte es sich um eine notfallmäßige oder ungeplante Einweisung der Patientin bzw. des Patienten und kam es zu zwei oder mehr solcher Einweisungen in den letzten sechs Monaten, wurde dieser Indikator positiv gewertet. Die Limitierung auf zwei oder mehr notfallmäßige oder ungeplante Einweisungen in den letzten sechs Monaten ergibt sich aus der Publikation „Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study“, in der diese Einschränkungen erstmals zu finden sind. Laut der Verfasser wies eine signifikant größere Anzahl an Patientinnen und Patienten, die starben, im Vergleich zu denen, die mehr als zwölf Monate überlebten, zwei oder mehr ungeplante stationäre Aufnahmen in den sechs Monaten vor der Untersuchung auf [40]. Außerdem wurden in der 2017 erschienen Publikation „Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population“ [45] ebenfalls diese Parameter für die Bewertung dieses Indikators verwendet.

1.2 Allgemeinzustand sehr reduziert oder abnehmend, (Patient verbringt mehr als 50% des Tages im Bett oder im Liegestuhl) Besserung unwahrscheinlich.

Zur Bewertung dieses Punktes wurden die Pflegekräfte direkt befragt.

1.3 Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher oder mentaler Gesundheitsprobleme.

Hierfür wurde in den Patientenakten geprüft, ob die Patienten über eine Pflegestufe bzw. über einen Pflegegrad (seit 01.01.2017 mit der Einführung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes [46]) verfügten, da hiermit laut des Bundesministeriums für Gesundheit die Pflegebedürftigkeit von Personen erfasst werden kann [47].

1.4 Zusätzliche Unterstützung für die Betreuenden ist erforderlich.

Die Betreuenden, welche hier erwähnt werden, sind im Fall dieser Studie die Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen. Aus diesem Grund wurden die zuständigen Pflegenden der Bewohnerinnen und Bewohner befragt.

1.5 Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen 3 - 6 Monaten und/oder niedriger Body-Mass-Index.

Die S-3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) „Klinische Ernährung in der Geriatrie“ definiert die Mangelernährung im Alter wie folgt: „In dieser Leitlinie wird bei einem unbeabsichtigten auffälligen Gewichtsverlust (> 5 % in 3 Monaten oder > 10 % in 6 Monaten) oder einer deutlich reduzierten Körpermasse (Fett- und

Muskelmasse) (BMI < 20 kg/m²) von Mangelernährung gesprochen.“ [48]. Diese Definition diene als Bewertungsgrundlage.

1.6 Dauerhafte, belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).

Hierzu wurden ebenfalls direkt die Pflegenden der Bewohnerinnen und Bewohner befragt.

1.7 Patient und/oder Angehörige wünschen eine palliative Betreuung, Therapiebegrenzung oder Fokussierung auf Lebensqualität.

Der Punkt wurde positiv bewertet, wenn die Patientin oder der Patient sich bereits in einer palliativen Behandlung befand. Dies war aus der Patientenakte unter der verschlüsselten Diagnose Z51.5 Palliativbehandlung [49] ersichtlich.

2. Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen

2.1 Krebserkrankung

2.1.1 Funktionsfähigkeit verschlechtert sich aufgrund einer fortschreitenden Krebserkrankung.

Dieser Punkt konnte in Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bewertet werden.

2.1.2 Zu schwach für eine Krebsbehandlung oder die Behandlung dient der Symptomkontrolle.

Wenn dieser Punkt weder durch die Dokumentation der Praxen noch durch eingescannte Arztbriefe der Patientinnen und Patienten beurteilt werden konnte, wurde die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt befragt.

2.2 Demenz/Gebrechlichkeit

2.2.1 Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich.

1. Zur Erfassung der *Hilfe beim Gehen* konnten die Patientenakten nach einer Rollstuhlpflichtigkeit der Patientinnen und Patienten überprüft werden. Diese ist in den folgenden Diagnosen verschlüsselt (nach ICD-10-GM)
 - a. Z46.8 Versorgung mit und Anpassen von sonstigen näher bezeichneten medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln (Rollstuhl)
 - b. Z99.3 Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl [49]
2. Die *Hilfe beim Anziehen [...] oder Essen* konnte, wenn dies nicht bereits explizit in der Patientenakte dokumentiert war, durch die Befragung der Pflegenden festgestellt werden.

2.2.2 Verlust des Interesses am Essen und Trinken, Schluckstörungen; Harn- und Stuhlinkontinenz.

1. Ob die Patientin bzw. der Patient das *Interesse am Essen und Trinken* verloren hat, konnte bei der Befragung des Patienten selbst sowie der zuständigen Pflegekräfte eruiert werden.
2. Das Vorliegen von *Schluckstörungen* konnte aus der Patientenakte unter folgender verschlüsselter Diagnose ermittelt werden
 - a. R13.- Dysphagie [49]
3. Das Bestehen einer *Harn- und Stuhlinkontinenz* konnte ebenfalls eindeutig durch die nachfolgenden verschlüsselten Diagnosen geprüft werden
 - a. N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]
 - b. N39.4- Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
 - c. R15 Stuhlinkontinenz
 - d. R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz [49]

Gemäß der Formulierung des Indikators wurde nur bei denjenigen Patienten dieser Punkt positiv bewertet, bei denen sowohl eine Harn- als auch eine Stuhlinkontinenz vorlag.

2.2.3 Nicht mehr in der Lage verbal zu kommunizieren; geringe soziale Interaktion.

Eine Beurteilung erfolgte durch die Fremdeinschätzung der Pflegenden oder der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte.

2.2.4 Oberschenkelhalsfraktur; mehrfache Sturzereignisse.

Dies wurde in den überwiegenden Fällen von den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten direkt in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Ansonsten erfolgte die Durchsicht der Arztbriefe der Kliniken und ambulanten Praxen mit einer Prüfung der jeweiligen Anamnesen nach Sturzereignissen.

2.2.5 Wiederholte fieberhafte Episoden oder Infekte; Aspirationspneumonie

1. Eine *Aspirationspneumonie* wurde unter folgender Diagnose verschlüsselt
 - a. J69.- Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen [49]
2. Auch in Bezug auf die Formulierung der *wiederholten fieberhaften Episoden oder Infekten* wurden die Patientenakten nach Diagnosen durchsucht, welche zur Beurteilung dieses Punktes beitragen konnten. Im Folgenden sind einige Beispiele genannt
 - a. B34.- Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation Fieberhafte Virusinfektion Hochfieberhafte Virusinfektion Rezidivierende
 - b. B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten Rezidivierende Infektion Rezidivierender Infekt Seltene Infektion

- c. J22 Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
Rezidivierende Infektion der unteren Atemwege Rezidivierender Infekt
- d. N39.- Sonstige Krankheiten des Harnsystems Harnwegsinfektion
Rezidivierender Harnwegsinfekt [49]

2.3 Neurologische Erkrankungen

2.3.1 Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Leistung trotz optimaler Therapie.

In Bezug auf diese Frage wurde die elektronische Patientenakte nach den folgenden Diagnosen durchsucht

- a. F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- b. F01.- Vaskuläre Demenz
- c. F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- d. F03 Nicht näher bezeichnete Demenz [49]

Hiermit konnte das Vorliegen einer Demenzerkrankung festgestellt werden, welche als Indikator für einen progredienten Verlauf herangezogen werden kann: „Etwa 90% der Demenzerkrankungen sind irreversibel und zeigen – zumindest über längere Zeiträume – entweder einen kontinuierlich progredienten Verlauf wie die primär degenerativen Formen (z. B. Demenz vom Alzheimer-Typ) oder einen unregelmäßigen Verlauf wie die vaskulären Demenzen (z. B. Multiinfarktdemenz).“ [50]

Als nächster Schritt wurde die Dokumentation gezielt nach der *fortschreitenden Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Leistung* überprüft.

Falls dies dokumentiert war, konnte dieser Punkt positiv bewertet werden. Wenn jedoch aus der Dokumentation nicht hervorging, ob sich der kognitive Zustand der Patientin bzw. des Patienten aufgrund der vorliegenden Erkrankung tatsächlich verschlechtert, mussten abermals die Pflegekräfte und behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte nach ihrer Einschätzung befragt werden, da nur durch einen regelmäßigen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten diese Verschlechterung registriert werden kann.

2.3.2 Sprachstörungen und zunehmende Probleme bei der Kommunikation und/oder zunehmende Schluckstörungen.

Hierfür konnten die folgenden verschlüsselten Diagnosen herangezogen werden

- a. R47.- Sprech- und Sprachstörungen
- b. R13.- Dysphagie [49]

Darüber hinaus wurde auch bei dem Gespräch mit den Patientinnen und Patienten selbst und bei der Befragung der Pflegenden überprüft, ob *zunehmende Probleme bei der Kommunikation* bestanden.

2.2.3 Wiederholte Aspirationspneumonie; Atemnot oder Lungenversagen

Ein Lungenversagen ist unter folgender Diagnose in den elektronischen Patientenakten vermerkt.

- a. J96.- Respiratorische Insuffizienz [49]

Es wurde besonders auf das Vorliegen einer chronischen respiratorischen Insuffizienz (J96.1- Chronische respiratorische Insuffizienz [49]) geachtet, da eine akute respiratorische Insuffizienz ein potenziell reversibles Geschehen ist, welches bei einer Dokumentation in der Patientenakte oder in vergangenen Arztbriefen nicht zwangsläufig einen Rückschluss auf den Zustand des Probanden bei der Befragung zuließ.

2.4 Herz-/Gefäßkrankungen

2.4.1 Herzinsuffizienz NYHA Klasse III/IV oder nicht behandelbare koronare Herzerkrankung mit:

- *Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung.*

Eine positive Bewertung war bei den folgenden Diagnosen möglich

- a. I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III
- b. I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV
- c. I50.13 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III
- d. I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV [49]

Außerdem wurde bei Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung geprüft, ob und wie diese behandelt wurde und ob, gemäß der Fragestellung *Atemnot und Thoraxschmerzen in Ruhe oder bei geringer Belastung* auftraten. Wenn dies erfüllt war, konnte dieser Punkt ebenfalls positiv bewertet werden.

2.4.2 Schwere, inoperable periphere vaskuläre Erkrankung.

Folgende Diagnosen dienten als Indikatoren zur Bewertung dieses Punktes

- a. I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz Stadium III nach Fontaine
- b. I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]
- c. I70.25 Becken-Bein-Typ, mit Gangrän Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän Trockene Gangrän, Stadium IVa nach Fontaine Feuchte Gangrän, Stadium IVb nach Fontaine
- d. I87.21 Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration [49]

2.5 Atemwegserkrankungen

2.5.1 Schwere chronische Lungenerkrankung mit:

- *Atemnot in Ruhe oder bei geringer körperlicher Belastung zwischen Exazerbationen.*

Für diesen Punkt wurden die Limitationen aus der folgenden Publikation übernommen: „Wie können Patienten mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen erkannt werden, bei denen eine Palliativversorgung sinnvoll ist?“ [43]. In dieser wurde die Dokumentation einer chronic obstructive pulmonary disease mit den Schweregraden GOLD III und IV sowie einer Lungenfibrose als Beleg für das Vorliegen einer *schweren chronischen Lungenerkrankung* gewählt.

2.5.2 Benötigte Beatmung bei Ausfall der Atmung oder Beatmung ist kontraindiziert.

Hierzu wurden die Arztbriefe der jeweiligen Kliniken darauf untersucht, ob der Patient während der Aufenthalte *aufgrund der Erkrankung*, also der chronic obstructive pulmonary disease GOLD III/IV oder Lungenfibrose eine Beatmung benötigte.

2.6 Nierenerkrankungen

2.6.1 Chronische Nierenerkrankung Stadium 4 oder 5 (eGFR < 30ml/ min) mit AZ-Verschlechterung.

Dieser Punkt konnte bei diesen Diagnosen eindeutig beurteilt werden

- a. N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 Glomeruläre Filtrationsrate 15 bis unter 30 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche Präterminale Niereninsuffizienz
- b. N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 Dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz Glomeruläre Filtrationsrate unter 15 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche Terminale Niereninsuffizienz [49]

Diese Diagnosen entsprechen exakt der Formulierung („eGFR <30ml/min“).

2.6.2 Nierenversagen, welches andere lebenslimitierende Erkrankungen oder Behandlungen beeinträchtigt.

Wenn in der elektronischen Patientenakte genau beschrieben wurde, dass das Vorliegen des Nierenversagens eine Beeinträchtigung anderer lebenslimitierender Erkrankungen zur Folge hatte, konnte dieser Punkt positiv bewertet werden.

2.6.3 Beendigung der Dialyse.

Auch dies ergab sich aus der Dokumentation der Hausärztinnen und Hausärzte und aus den Arztbriefen der jeweiligen Praxen und Zentren, welche die Dialyse durchführten.

2.7 Lebererkrankungen

2.7.1 Fortgeschrittene Leberzirrhose mit einer oder mehreren Komplikationen im vergangenen Jahr:

- *Diuretikum-resistente Aszites*

- *Hepatische Enzephalopathie*
- *Hepatorenales Syndrom*
- *Bakterielle Peritonitis*
- *Rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen*

Hierfür war nach den folgenden Diagnosen zu suchen

- a. K70.3 Alkoholische Leberzirrhose
- b. K71.7 Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber
- c. K74.- Fibrose und Zirrhose der Leber

In einem weiteren Schritt wurde dann nach den oben genannten Komplikationen gesucht. Falls eine oder mehrere dieser Komplikationen vorlagen, konnte dieser Punkt positiv bewertet werden.

2.7.2 Lebertransplantation ist kontraindiziert.

Wenn die Patientin oder der Patient eine der Kontraindikationen zur Lebertransplantation des Leberzentrums Würzburg erfüllte, konnte dieser Punkt unter der Voraussetzung, dass bei der Patientin oder dem Patienten bereits eine fortgeschrittene Lebererkrankung vorlag, positiv bewertet werden [51].

Wenn zwei oder mehr der allgemeinen Faktoren (1.1 bis 1.7) und mindestens ein klinisches Kriterium (2.1.1 bis 2.7.2) positiv bewertet wurden, wurde der SPICT-DE™ insgesamt positiv gewertet und es ergab sich ein Palliativbedarf bei den Patientinnen und Patienten [45, 52, 53].

Darüber hinaus wurden während der Erhebung des SPICT™ weitere Untersuchungsergebnisse ermittelt.

1. In Bezug auf *1.1 Ungeplante stationäre Aufnahmen* wurde die Anzahl der ungeplanten stationären Aufnahmen in den letzten 6 Monaten vor der Befragung ermittelt.
2. In Bezug auf *2.6.1 Chronische Nierenerkrankung Stadium 4 oder 5 (eGFR < 30ml/ min) mit AZ-Verschlechterung* wurde zusätzlich in den Laborbefunden der aktuelle Wert der glomerulären Filtrationsrate (GFR) ermittelt.

Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen einem positiven SPICT™ und einer palliativen Behandlung durch die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte und ein Zusammenhang zwischen einem positiven SPICT™ und der Ein-Jahres-Mortalität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer überprüft.

2.2.2 IPOS

2.2.2.1 Entwicklung des IPOS

Das POS Development Team, bestehend aus mehreren Mitarbeitern des King's College London, des Cicely Saunders Institute sowie weiteren internationalen Einrichtungen wie auch dem Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München [54], entwickelte 1999 den Palliative care Outcome Scale (POS) [55]. Der POS ist ein Fragebogen, mit dessen Hilfe sich der Palliativbedarf von Patienten bewerten lässt [38]. Nach der langjährigen Erfahrung mit dem POS sowie anderen Instrumenten (POS-S und APCA African POS [38]) wurde 2014 der Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) veröffentlicht, welcher „ein interessantes, neues Instrument [ist], das die wichtigsten Fragen aus POS, POS-S und dem APCA Afrikanischen POS vereint.“ [56]. Die in dieser Studie verwendete deutsche Version des IPOS entstand als Zusammenarbeit von Claudia Bausewein mit ihrem Team am Klinikum der Universität München und wurde 2016 veröffentlicht [56].

Der IPOS wurde 2019 von Murtagh et al. validiert, woran auch das Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin in Würzburg mitwirkte [57].

2.2.2.2 Verwendung des IPOS

Auf der Website des POS [56] stehen insgesamt vier Versionen des IPOS zur Verfügung. Diese unterscheiden sich danach, ob es sich um eine Befragung der letzten 3 Tage oder der letzten Woche handelt und ob die Patientin oder der Patient selbst oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institution, welche die Patientinnen und Patienten betreuen, befragt werden.

Für die hier vorliegende Studie wird die Version „IPOS Patient version, 3 day recall period in German“ (im Weiteren als „IPOS Patient“ abgekürzt) (siehe Anhang; die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken des IPOS Patient version, 3 day recall period in German in dieser Dissertation wurde am 19.08.2021 von Frau Prof. Claudia Bausewein erteilt) zur Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten sowie die Version „IPOS Staff version, 3 day recall period in German“ (im Weiteren als „IPOS Staff“ abgekürzt) (siehe Anhang; die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken des IPOS Staff version, 3 day recall period in German in dieser Dissertation wurde am 19.08.2021 von Frau Prof. Claudia Bausewein erteilt) zur Fremdeinschätzung durch die Pflegekräfte verwendet [56].

Die „3 day recall period“ eignet sich für den stationären Bereich, was auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie zutrifft [57, 58]; die „7 day recall period“ eignet sich im Gegensatz dazu für den ambulanten Bereich [58].

Gemäß des IPOS wird der Patientin oder dem Patienten bzw. der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter die Möglichkeit einer offenen Nennung von drei Hauptproblemen gegeben. Anschließend werden körperliche Symptome abgefragt. Zuletzt werden Belastungen der Patientin bzw. des Patienten überprüft, das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten erfasst und praktische Probleme abgefragt.

2.2.2.3 Auswertung des IPOS

Im Folgenden soll auf die einzelnen Fragen des IPOS eingegangen werden und erläutert werden, wie diese Fragen ausgewertet wurden. Es wird die Auswertung des „IPOS Patient“ besprochen.

Der IPOS besteht aus den hier aufgeführten Fragen, die auf die nachfolgende Art und Weise ausgewertet wurden.

F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten 3 Tagen?

Dies ist eine offene Frage und es stehen Zeilen für drei verschiedene Antworten zur Verfügung.

F2. Unten finden Sie eine Liste mit Symptomen, die Sie unter Umständen haben. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

Die Liste besteht aus den Symptomen: *Schmerzen, Atemnot, Schwäche oder fehlende Energie, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund, Schläfrigkeit und eingeschränkte Mobilität*. Hierbei wurden die Patienten aufgefordert zwischen fünf Abstufungen der Beeinträchtigung durch die genannten Symptome zu wählen: „Gar nicht“, „Ein wenig“, „Mäßig“, „Stark“, „Extrem stark“.

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

Hier konnten die Patienten bis zu drei weitere Symptome angeben, welche in der Liste der Symptome aus F2 nicht inbegriffen waren.

Die Abstufungen der Beeinträchtigung sind analog zu denen aus F2.

In den letzten 3 Tagen:

F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?

F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?

F5. Waren Sie traurig bedrückt?

F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?

F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?

F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?

Zur Beantwortung der Fragen standen folgende fünf Abstufungen zur Verfügung:

„Gar nicht“, „Selten“, „Manchmal“, „Meistens“ und „Immer“, wobei ab F6 die Reihenfolge dieser Abstufungen umgekehrt sind.

F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z. B. finanzieller oder persönlicher Art)?

Hierbei war zwischen folgenden Antwortmöglichkeiten zu wählen:

„Probleme angegangen/ Keine Probleme“, „Probleme größtenteils angegangen“, „Probleme teilweise angegangen“, „Probleme kaum angegangen“ und „Probleme nicht angegangen“.

F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

Diese Antwortmöglichkeiten standen zur Verfügung:

„Ich alleine“, „Mit Hilfe eines Angehörigen oder Freundes“, „Mit Hilfe eines Mitarbeiters“.

Die Auswertung des „IPOS Staff“ entspricht der des „IPOS Patient“.

Hier wurden die Pflegenden darum gebeten, die oben genannten Fragen in Bezug auf die Patientinnen und Patienten zu beantworten. *F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?* fehlt im „IPOS Staff“.

Von den aufgeführten Fragen werden alle Items aus F2 bis F9 anhand einer Likert-Skala von 0 bis 4 bewertet [59].

Somit ergeben sich 17 Items im IPOS und ein Gesamtscore von maximal 68 erreichbaren Punkten [57, 59].

Dieser Gesamtscore kann weiter unterteilt werden in die Unterkategorien „Physische Symptome“ (F2), „Emotionale Symptome“ (F3-6) und „Kommunikation und praktische Probleme“ (F7-9) [57].

Da die restlichen Items frei beantwortet werden können und somit nicht standardisiert sind, gehen diese nicht in den IPOS-Gesamtscore mit ein [57].

Ein Symptom oder eine Belastung wird „dann als klinisch relevant definiert, wenn es in einer Ausprägung von ≥ 2 vorlag“ [57, 60].

Das Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher auf der Likert-Skala wurde von Ramsenthaler et al. als ein Indikator für die Notwendigkeit einer frühzeitigen Palliativversorgung beschrieben [61].

Deshalb wurde zusätzlich erfasst, wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer über mindestens ein klinisch relevantes Symptom bzw. eine klinisch relevante Belastung verfügten und bei wie vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mindestens ein Merkmal in der Ausprägung „3“ oder „4“ vorlag.

Weiterhin wurde ein Grenzwert des IPOS vorgeschlagen, ab dem bei einer Patientin oder einem Patienten die Notwendigkeit einer spezialisierten Palliativversorgung (SPV) besteht. Dieser Grenzwert gilt als erreicht, wenn mindestens drei Items auf der Likert-Skala die Ausprägung „3“ oder wenn mindestens zwei Items die Ausprägung „4“ erhalten. Dieser Grenzwert wurde von Ramsenthaler et al. [61] und Roch et al. beschrieben [62].

Bei der Beantwortung der Fragen war es wichtig darauf zu achten, wie sehr sich die Patientin oder der Patient von dem jeweiligen Symptom oder der jeweiligen Belastung beeinträchtigt fühlte. Eine objektivierbare Häufigkeit oder Schwere ist hierbei nicht zu erheben [59]. Die befragten Patientinnen und Patienten und auch die befragten Pflegekräfte wurden hierauf hingewiesen.

Darüber hinaus wurde ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von mindestens einem klinisch relevanten Symptom bzw. einer klinisch relevanten Belastung und einer palliativen Behandlung durch die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte, ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher auf der Likert-Skala und einer palliativen Behandlung und der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines erreichten Grenzwertes für die Notwendigkeit einer SPV und einer palliativen Behandlung untersucht.

Die Selbst- und Fremdeinschätzung mittels IPOS wurde durch die Untersuchung eines Unterschiedes zwischen dem Gesamtscore des „IPOS Staff“ und dem des „IPOS Patient“ und der Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen von mindestens einem klinisch relevanten Symptom bzw. einer klinisch relevanten Belastung, dem Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher auf der Likert-Skala und dem Vorliegen eines erreichten

Grenzwertes für die Notwendigkeit einer SPV im „IPOS Staff“ und im „IPOS Patient“ verglichen.

Zusätzlich wurden die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, welche von den teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten palliativ behandelt werden, daraufhin überprüft, ob bei diesen Patientinnen und Patienten klinisch relevante Symptome und Belastungen und ob Symptome und Belastungen mit dem Wert „3“ oder höher auf der Likert-Skala vorlagen. Das gleiche Vorgehen wurde auf die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner angewendet, welche nicht palliativ behandelt werden.

2.2.3 SPICT™ und IPOS im Vergleich

Ein Vergleich der Ergebnisse des SPICT-DE™ und des IPOS erfolgte als Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen einem positiven SPICT-DE™ auf der einen Seite und dem Vorliegen von mindestens einem klinisch relevanten Symptom bzw. einer klinisch relevanten Belastung, dem Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher auf der Likert-Skala und dem Vorliegen eines Grenzwertes für die Notwendigkeit einer SPV im IPOS auf der anderen Seite.

2.3 Hausärztliche Palliativversorgung

Zur Untersuchung einer bestehenden hausärztlichen Palliativversorgung wurde überprüft, ob die Diagnose Z51.5 Palliativbehandlung [49] in der elektronischen Patientenakte der teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen verschlüsselt eingetragen war. Außerdem wurde erfasst, ob für die Patientinnen und Patienten, bei denen diese Diagnose eingetragen war, eine SAPV verordnet wurde.

Für die gesamte Studienpopulation wurde die elektronische Patientenakte der teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen auf das Vorhandensein einer Patientenverfügung oder eines Therapiebegrenzungsbogens überprüft.

2.4 Ein-Jahres-Mortalität

Das Sterbedatum in den elektronischen Patientenakten der teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen gab darüber Auskunft, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von zwölf Monaten nach der Datenerhebung verstorben waren.

2.5 Studienpopulation

2.5.1 Fallzahlberechnung

Um die Fallzahl berechnen zu können, werden Schätzungen oder Belege für den aktuellen Palliativbedarf benötigt.

Zu diesem Zweck ist die „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientin mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ [63] heranzuziehen. Hier ist von einer Schätzung des Palliativbedarfs von 10-15% der onkologischen und nicht-onkologischen Patienten auszugehen [63]. Diese Schätzung wird weiter relativiert, da sie „sich aber in der Praxis als zu niedrig herausgestellt hat“ [63].

Andere Autoren hingegen gehen davon aus, dass nur 5% der nicht-onkologischen Patienten im letzten Lebensjahr eine SAPV benötigen [64].

Diese Angaben beziehen sich auf die gesamte Bevölkerung.

Die Schwierigkeiten der Erfassung des Palliativbedarfs speziell bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern wird unter anderem in einer Stellungnahme der DGP zum Gesetzentwurf der Bundesregierung angesprochen: „Zahlenmäßig nicht zu erfassen ist die Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenpflege, da hier bislang Regelungen zur Umsetzung von Qualitätsstandards zur personellen Ausstattung, Qualifizierung und Finanzierung weitgehend fehlen“ [65].

Im Gegensatz dazu wurden aber bereits Erhebungen mit dem SPICT™ in einer geriatrischen Bevölkerung vorgenommen, bei denen eine positive Beantwortung des SPICT™ und somit die Empfehlung für eine Palliativversorgung von 54,7% der Probanden ermittelt wurde [45].

Die Diskrepanz zwischen dem angenommenen maximalen Wert von 15% an Patienten, die von einer SAPV profitieren könnten und den 54,7% der Probanden, welche einen positiven SPICT™ aufwiesen, bildet die Grundlage der Fallzahlberechnung für diese Erhebung.

Mit den genannten Daten wurde das Institut für Epidemiologie und Biometrie in Würzburg konsultiert und es wurde eine Fallzahl von N=53 mit einem Signifikanzniveau von 0,05, einer Power von 0,80 und einem 95%-Konfidenzintervall der Breite 0,26 angegeben (siehe Anhang).

Die Aussagekraft der Fallzahlberechnung wird dadurch limitiert, dass die angesprochene Schätzung des Palliativbedarfs von 10-15% der onkologischen und nicht-onkologischen Patienten auf die Notwendigkeit einer SAPV bezogen ist. Die gegenübergestellten 54,7% der Patienten in einer geriatrischen Population mit positivem SPICT™ sollten

zwar in eine Palliativversorgung eingebunden werden, benötigen aber nicht zwangsläufig auch eine SAPV. Da es sich in der vorliegenden Studie jedoch um eine explorative Beobachtungsstudie handelt, ist die Fallzahlberechnung für die Ergebnisse unerheblich.

2.5.2 Einschlusskriterien

1. Die Probanden befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in hausärztlicher Behandlung durch die drei teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen in Würzburg.
2. Die Probanden waren Bewohnerinnen und Bewohner der 13 Pflegeheime in Würzburg, in welchen die teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen Patientinnen und Patienten betreuten.
3. Die Heimleitungen der Pflegeheime waren mit einer patientenbezogenen Mitarbeiterbefragung einverstanden.
4. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gaben ihre schriftliche Einwilligung an der Studie teilzunehmen. Wenn diese Einwilligung durch den Probanden selbst nicht eingeholt werden konnte, da diese gesetzlich betreut wurden, wurde die Einwilligung durch die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer eingeholt.
5. Für die Beantwortung des „IPOS Patient“ mussten die Probanden über eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit sowie über ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache verfügen.

2.5.3 Ausschlusskriterien

1. Die Probanden willigten nicht in die Durchführung der Studie ein, bzw. es lag keine Einwilligungserklärung der gesetzlichen Betreuer vor.
2. Für die Beantwortung des „IPOS Patient“ verfügten die Probanden über keine ausreichende Kommunikationsfähigkeit, kein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache oder über mangelndes kognitives Erfassen der Fragen.

2.5.4 Rekrutierungsweg und Erhebungszeitraum

Zur Rekrutierung der Probanden erfolgte zuerst eine Erfassung aller von den teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen betreuten Patientinnen und Patienten, welche in insgesamt 13 Pflegeheimen vollstationär versorgt wurden. Anschließend wurden alle Heimleitungen kontaktiert, in denen die entsprechenden Bewohnerinnen und Bewohner lebten.

Die Datenerhebung erfolgte von Februar 2019 bis Februar 2020.

2.6 Studienablauf

Im Anschluss an eine Zusage zur Befragung konnten mit den Leitungen der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen Termine zur Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vereinbart werden.

2.6.1 Aufklärung und Einwilligung

Die im Rahmen der Einschlusskriterien als Probanden eruierten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner wurden vor der Befragung anhand der Teilnahmeinformationen (siehe Anhang) mündlich und schriftlich über das Forschungsvorhaben und dessen Ziele informiert. Zusätzlich erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Informationen zum Datenschutz (siehe Anhang). Anschließend unterschrieben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Einwilligungserklärung (siehe Anhang).

Hierbei wurde besonders auf den möglichen Widerruf der Einwilligung ohne Angabe von Gründen hingewiesen.

Falls eine gesetzliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner vorlag, wurden im Vorfeld die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer telefonisch kontaktiert, um die Einwilligung zur Befragung zu erhalten. Hierzu wurden die oben genannten Unterlagen sowie ein frankierter Rückumschlag postalisch an die jeweiligen Betreuerinnen und Betreuer gesendet. Hiermit verfügten die Betreuer der Bewohner über ausreichend Informationsmaterial, um die Einwilligungserklärung unterschrieben zurücksenden zu können.

Die Betreuerinnen und Betreuer wurden ebenfalls auf den möglichen Widerruf der Einwilligung ohne Angabe von Gründen hingewiesen.

2.6.2 Datenmanagement und Datenschutz

Die Erhebungsbögen des SPICT-DE™, des „IPOS Staff“ und des „IPOS Patient“ wurden vom Promotionsanwärter in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und den teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen erhoben, anschließend durch eine sechsstellige Pseudonymisierungsnummer verschlüsselt und durch eine manuelle Eingabe elektronisch erfasst. Die Erhebungsbögen wurden in einem verschließbaren Schrank aufbewahrt.

Eine Liste mit Namen, Geschlecht, Geburtsdatum, Pseudonymisierungsnummer und dem eventuellen Grund für eine Nichtteilnahme wurde angelegt und zusammen mit den

Einwilligungserklärungen der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in einem separaten verschließbaren Schrank aufbewahrt.

Für die Auswertung wurden die Daten anonymisiert.

Drei Jahre nach dem Abschluss der Studie werden die Erhebungsbögen, die Pseudonymisierungsliste und die Einwilligungserklärungen datenschutzgerecht vernichtet.

2.7 Statistische Auswertung

Die Erfassung und statistische Auswertung der pseudonymisierten Daten erfolgte durch den Promotionsanwärter mit dem Programm Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 27.0.1.0.

Zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen zwei nominalskalierten Variablen wurde der Pearson-Chi-Quadrat-Test (ggf. unter Berücksichtigung der Kontinuitätskorrektur) bzw. der Fisher-Test angewendet. Im Zuge dessen wird das Zusammenhangsmaß Phi (ϕ) angegeben, welches bei einem Ergebnis $>0,3$ einen starken Zusammenhang anzeigt.

Zur Untersuchung eines Unterschiedes zwischen zwei intervallskalierten Variablen in einer verbundenen Stichprobe ohne Normalverteilung kam der Wilcoxon-Test zur Anwendung.

Das Signifikanzniveau wurde für alle genannten statistischen Tests auf $\alpha=0,05$ festgesetzt. Alle Ergebnisse bei denen $\alpha \leq 0,05$ war, entsprechen einer statistischen Signifikanz.

Eine statistische Beratung und die Fallzahlberechnung wurden vom Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg durchgeführt (siehe Anhang).

3 Ergebnisse

3.1 Studienpopulation

Zu Beginn der Erhebung lebten 276 Patientinnen und Patienten, welche von den allgemeinmedizinischen Praxen betreut wurden, in insgesamt 13 stationären Pflegeeinrichtungen in Würzburg.

Nachdem sieben Pflegeheime ihre Mitarbeit an der Studie verweigert hatten und somit eine Befragung in diesen Einrichtungen nicht möglich war oder kein Termin für eine Befragung in den Pflegeheimen vereinbart werden konnte, verblieben 108 potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in sechs Pflegeheimen.

Eine Pflegeeinrichtung ließ aufgrund einer zu hohen Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lediglich die Befragung von 23 der 47 in diesem Pflegeheim lebenden Bewohnerinnen und Bewohner zu. Somit verblieben 84 potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Weiterhin waren sieben der zu befragenden Bewohnerinnen und Bewohner am Befragungstermin bereits verstorben.

Zehn der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer waren entweder nicht zu erreichen, es lag keine schriftliche Einwilligungserklärung vor oder sie lehnten die Befragung der betreuten Personen ab. Drei Bewohnerinnen und Bewohner lehnten die Befragung selbst ab und sechs Bewohnerinnen und Bewohner, welche keine gesetzliche Betreuung hatten, waren für eine Befragung in den Pflegeeinrichtungen nicht anzutreffen.

Daraus folgend belief sich die endgültige Studienpopulation auf 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (siehe Abbildung 4).

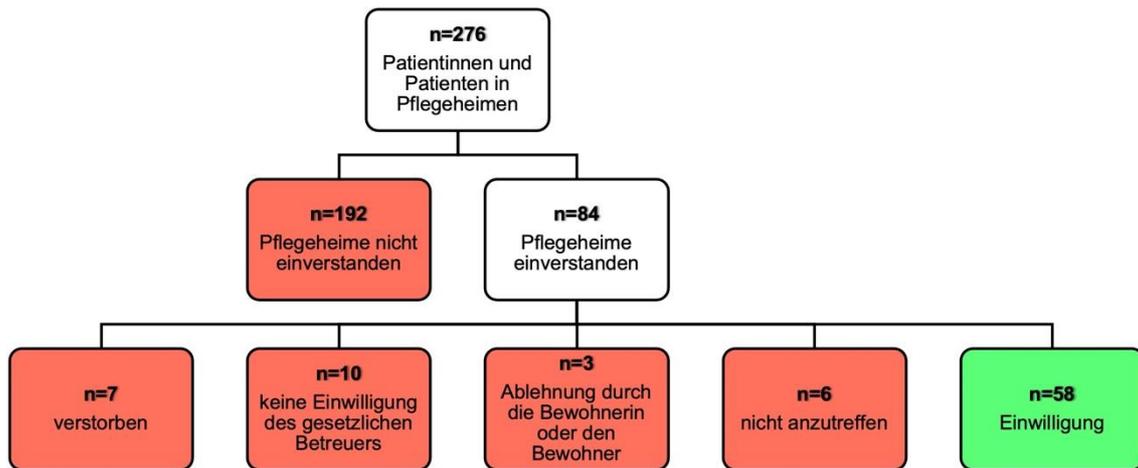


Abbildung 4: Studienpopulation

In der folgenden Tabelle sind alle 13 Pflegeheime aufgelistet, in welchen die allgemeinmedizinischen Praxen Patientinnen und Patienten betreuten. Weiterhin werden alle Bewohnerinnen und Bewohner aufgeführt, die über eine gesetzliche Betreuung verfügten. Es ist ersichtlich wer die Zustimmung zur Befragung gab und es werden alle Gründe für eine nicht stattgefundene Befragung angegeben. Bei fehlender Zustimmung der Heime entfallen die Angaben zur gesetzlichen Betreuung und die Gründe für eine nicht stattgefundene Befragung.

Tabelle 1: Studienpopulation nach Heimen

Heime	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	insg.
Patientinnen und Patienten der Praxen	5	47	6	4	7	4	42	49	40	2	9	4	57	276
Heim mit Befragung einverstanden	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	
Von Heimen zugelassene Befragungen	5	23	6	4	0	0	42	0	0	0	0	4	0	84
Bewohnerinnen und Bewohner mit gesetzlicher Betreuung	0	0	0	3	k.A.	k.A.	32	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	3	k.A.	38
Einwilligung des gesetzlichen Betreuers	0	0	0	3	k.A.	k.A.	22	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	3	k.A.	28
Keine Einwilligung des gesetzlichen Betreuers	0	0	0	0	k.A.	k.A.	10	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	k.A.	10
Einwilligung der Bewohnerin/des Bewohners	4	23	2	0	k.A.	k.A.	1	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	k.A.	30
Ablehnung durch Bewohnerin/Bewohner	0	0	3	0	k.A.	k.A.	0	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	k.A.	3
Vor Befragung verstorben	0	0	0	0	k.A.	k.A.	6	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	1	k.A.	7
Nicht anzutreffen	1	0	1	1	k.A.	k.A.	3	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	k.A.	6

3.2 Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Studienpopulation unterteilt sich in 38 Frauen (65,5%) und 20 Männer (34,5%). Der Mittelwert des Alters der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug zum Zeitpunkt der Befragung 84,07 Jahre mit einer Standardabweichung von 8,34 Jahren.

In Tab. 2 sind die Geschlechtsverteilung und eine weitere Unterteilung der Altersverteilung aufgeführt.

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

		n	%
Geschlecht	männlich	20	34,5
	weiblich	38	65,5
Alter (in Jahren)	60 - 69	2	3,4
	70 - 79	14	24,1
	80 - 89	27	46,6
	90 - 99	13	22,4
	100 - 109	2	3,4

Im folgenden Diagramm ist die Alters- und Geschlechtsverteilung differenzierter dargestellt.

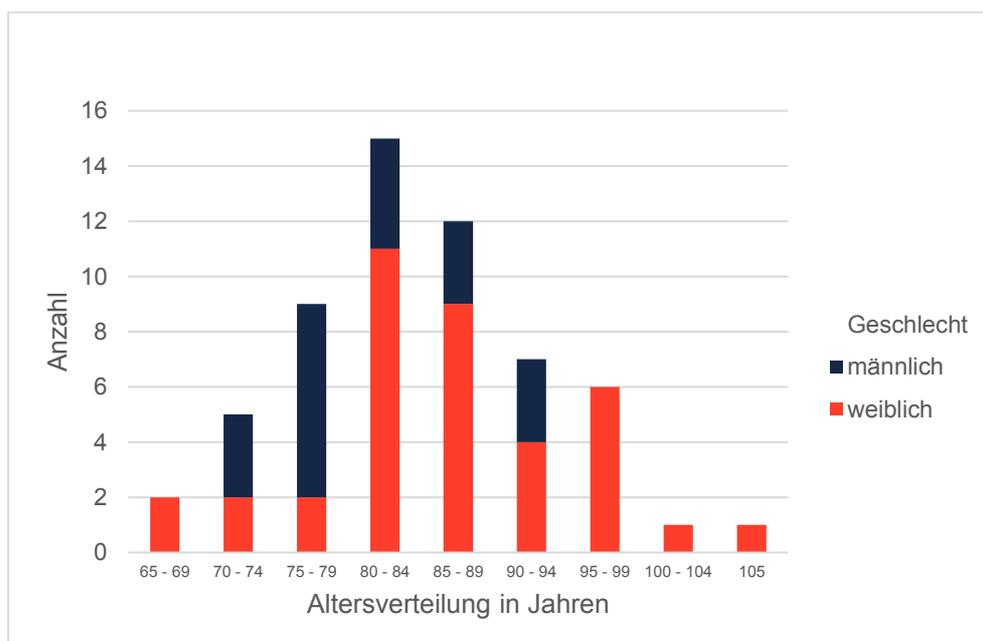


Abbildung 5: Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

3.3 SPICT-DE™

Von den 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmern hatten laut der in Kapitel 2.2.1.3 genannten Definition 44 (75,9%) einen positiven SPICT-DE™ und verfügten deshalb über einen Bedarf an einer Palliativversorgung. In den nächsten Abschnitten werden die Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die klinischen Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen getrennt betrachtet.

3.3.1 SPICT-DE™ 1. Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes

Insgesamt erfüllten 44 (75,9%) Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Grenzwert von zwei oder mehr positiv bewerteten Indikatoren in diesem Bereich.

Der Indikator *Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher oder mentaler Gesundheitsprobleme* wurde bezüglich aller 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer positiv bewertet. Am zweithäufigsten wurde der Indikator *Allgemeinzustand sehr reduziert oder abnehmend, Patient verbringt mehr als 50% des Tages im Bett oder im Liegestuhl) Besserung unwahrscheinlich* für 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer positiv bewertet. Am dritthäufigsten mit 9 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde der Indikator *Dauerhafte, belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en)* positiv bewertet.

Die Häufigkeiten aller positiv gewerteten Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: SPICT-DE™ 1. Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (n=58)

	n	%
Ungeplante stationäre Aufnahmen.	4	6,9
Allgemeinzustand sehr reduziert oder abnehmend, (Patient verbringt mehr als 50% des Tages im Bett oder im Liegestuhl) Besserung unwahrscheinlich.	30	51,7
Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher oder mentaler Gesundheitsprobleme.	58	100
Zusätzliche Unterstützung für die Betreuenden ist erforderlich.	10	17,2
Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen 3 - 6 Monaten und/oder niedriger Body-Mass-Index.	9	15,5
Dauerhafte, belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).	17	29,3
Patient und/oder Angehörige wünschen eine palliative Betreuung, Therapiebegrenzung oder Fokussierung auf Lebensqualität.	10	17,2

3.3.2 SPICT-DE™ 2. Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen

Alle 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfüllten den Grenzwert von einem oder mehr Indikatoren in diesem Abschnitt.

Die drei am häufigsten positiv bewerteten Punkte waren *Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich* (87,9%), *Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Leistung trotz optimaler Therapie* (87,9%) und *Sprachstörungen und zunehmende Probleme bei der Kommunikation und/oder zunehmende Schluckstörungen* (48,3%).

In der folgenden Tabelle werden die Unterkategorien der klinischen Indikatoren für fortgeschrittene Erkrankungen mit der Häufigkeit einer positiven Bewertung abgebildet.

Tabelle 4: SPICT-DE™ 2. Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen (n=58)**2.1 Krebserkrankung**

	n	%
Funktionsfähigkeit verschlechtert sich aufgrund einer fortschreitenden Krebserkrankung.	0	0
Zu schwach für eine Krebsbehandlung oder die Behandlung dient der Symptomkontrolle.	5	8,6

2.2 Demenz/Gebrechlichkeit

	n	%
Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich.	51	87,9
Verlust des Interesses am Essen und Trinken, Schluckstörungen; Harn- und Stuhlinkontinenz.	21	36,2
Nicht mehr in der Lage verbal zu kommunizieren; geringe soziale Interaktion.	22	37,9
Oberschenkelhalsfraktur; mehrfache Sturzereignisse.	22	37,9
Wiederholte fieberhafte Episoden oder Infekte; Aspirationspneumonie.	3	5,2

2.3 Neurologische Erkrankungen

	n	%
Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Leistung trotz optimaler Therapie.	51	87,9
Sprachstörungen und zunehmende Probleme bei der Kommunikation und/oder zunehmende Schluckstörungen.	28	48,3
Wiederholte Aspirationspneumonie; Atemnot oder Lungenversagen.	8	13,8

2.4 Herz-/Gefäßkrankungen

	n	%
Herzinsuffizienz NYHA Klasse III/IV oder nicht behandelbare koronare Herzerkrankung mit: • Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung.	12	20,7
Schwere, inoperable periphere vaskuläre Erkrankung.	5	8,6

2.5 Atemwegserkrankungen

	n	%
Schwere chronische Lungenerkrankung mit: • Atemnot in Ruhe oder bei geringer körperlicher Belastung zwischen Exazerbationen.	5	8,6
Benötigte Beatmung bei Ausfall der Atmung oder Beatmung ist kontraindiziert.	1	1,7

2.6 Nierenerkrankungen

	n	%
Chronische Nierenerkrankung Stadium 4 oder 5 (eGFR < 30ml/ min) mit AZ-Verschlechterung.	2	3,4
Nierenversagen, welches andere lebenslimitierende Erkrankungen oder Behandlungen beeinträchtigt.	1	1,7
Beendigung der Dialyse.	0	0

2.7 Lebererkrankungen

	n	%
Fortgeschrittene Leberzirrhose mit einer oder mehreren Komplikationen im vergangenen Jahr: • Diuretikum-resistente Aszites • Hepatische Enzephalopathie • Hepatorenales Syndrom • Bakterielle Peritonitis • Rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen	2	3,4
Lebertransplantation ist kontraindiziert.	0	0

3.3.3 SPICT-DE™ Weiterführende Erhebungen

Während der Erhebung des SPICT-DE™ wurden Untersuchungen durchgeführt, welche hier getrennt von der restlichen Auswertung des SPICT-DE™ aufgeführt werden.

1. Zu 1.1 *Ungeplante stationäre Aufnahmen.*

Dieser Punkt wurde aus den in Kapitel 2.2.1.3 genannten Gründen nur positiv bewertet, wenn es zu zwei oder mehr ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten kam. Es wurde weiterhin erfasst, wie viele dieser ungeplanten Krankenhausaufenthalte in dem Zeitraum von sechs Monaten vor dem Zeitpunkt der Datenerhebung stattfanden. Zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer (20,7%) wiesen einen ungeplanten Krankenhausaufenthalt in den vergangenen sechs Monaten auf. Vier Bewohnerinnen und Bewohner (6,9%) wiesen zwei Aufenthalte und die restlichen 42 (72,4%) keinen ungeplanten Krankenhausaufenthalt auf.

2. Zu 2.6.1 *Chronische Nierenerkrankung Stadium 4 oder 5 (eGFR < 30ml/ min) mit AZ-Verschlechterung.*

Bei 48 der 58 Studienprobanden war eine aktuelle GFR in den Patientenakten hinterlegt. Der Mittelwert betrug bei diesen Probanden 61,5 ml/min mit einer Standardabweichung von 20,22 ml/min. Das Maximum war 137 ml/min und das Minimum 29,7 ml/min.

3.4 IPOS

Der „IPOS Staff“ wurde für alle 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben.

Der „IPOS Patient“ wurde aufgrund der oben genannten Ausschlusskriterien (keine ausreichende Kommunikationsfähigkeit, kein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache oder mangelndes kognitives Erfassen der Fragen) für 34 der 58 Probanden erhoben. Die Ergebnisse des IPOS werden nach „IPOS Staff“ und „IPOS Patient“ getrennt.

Zuerst werden die Items, welche in den IPOS-Gesamtscore eingehen (siehe Kapitel 2.2.2.3), tabellarisch abgebildet. Hierbei werden die Häufigkeiten der Angaben anhand der Likert-Skala und die Häufigkeit einer klinischen Relevanz, welche in Kapitel 2.2.2.3 definiert wurde, in Prozentwerten angegeben. Auf eine Angabe der absoluten Häufigkeiten wird verzichtet, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen. Anschließend wird jeweils der IPOS-Gesamtscore dargestellt und nach der Einteilung in Kapitel 2.2.2.3 weiter unterteilt.

Es folgt die Auswertung der Antworten auf die offenen Fragen des IPOS, welche nicht in den IPOS-Gesamtscore eingehen. Die jeweiligen Antworten sind in der Tabelle als absolute Häufigkeit und nicht als Prozentwert angegeben, da eine Bewohnerin oder ein Bewohner mehrere oder gar keine Antwort auf die offenen Fragen geben konnte und so eine Darstellung der anteiligen Häufigkeiten einer Gesamtpopulation statistisch nicht möglich ist.

3.4.1 IPOS Staff

Tabelle 5: IPOS Staff (n=58)

	relevant	Gar nicht (0)	Ein wenig (1)	Mäßig (2)	Stark (3)	Extrem stark (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
Physische Symptome							
1 - Schmerzen	12,1	81,0	6,9	10,3	0	1,7	0
2 - Atemnot	6,9	89,7	3,4	5,2	1,7	0	0
3 - Schwäche/fehlende Energie	41,4	53,4	5,2	12,1	22,4	6,9	0
4 - Übelkeit	3,4	94,8	1,7	1,7	0	1,7	0
5 - Erbrechen	1,7	98,3	0	0	1,7	0	0
6 - Appetitlosigkeit	6,9	82,8	10,3	6,9	0	0	0
7 - Verstopfung	27,6	70,7	1,7	10,3	13,8	3,4	0
8 - Mundtrockenheit/ schmerzhafter Mund	1,7	98,3	0	1,7	0	0	0
9 - Schläfrigkeit	25,9	69,0	5,2	6,9	13,8	5,2	0
10 - Eingeschränkte Mobilität	75,9	15,5	8,6	19,0	50,0	6,9	0
	relevant	Gar nicht (0)	Selten (1)	Manchmal (2)	Meistens (3)	Immer (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
Emotionale Symptome							
11 - Patient beunruhigt	17,2	81,0	1,7	5,2	5,2	6,9	0
12 - Angehörige beunruhigt	5,2	93,1	1,7	1,7	3,4	0	0
13 - traurig/bedrückt	15,5	81,0	3,4	3,4	8,6	3,4	0
	relevant	Immer (0)	Meistens (1)	Manchmal (2)	Selten (3)	Gar nicht (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
14 - Im Frieden	17,2	65,6	13,8	3,4	5,2	8,6	3,4
Kommunikation/praktische Probleme							
15 - Gefühle teilen mit Familie/Freunden	41,4	53,4	5,2	0	3,4	37,9	0
16 - Informationen erhalten	8,6	69	3,4	5,2	0	3,4	19,0
	relevant	angegangen/keine (0)	größtenteils (1)	teilweise (2)	kaum (3)	nicht (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
17 - Probleme angegangen	6,9	91,4	1,7	6,9	0	0	0

Tabelle 6: IPOS Staff - Gesamtscore (n=58)

	Anzahl der Items	Bereich	Mittelwert	Std.-Abweichung
Gesamtscore	17	0-27	10,07	7,18
Physische Symptome	10	0-16	6,05	4,20
Emotionale Symptome	4	0-12	1,91	2,81
Kommunikation/praktische Probleme	3	0-10	2,10	2,60

Tabelle 7: IPOS Staff - offene Fragen

F1. Welche Hauptprobleme hatte der Patient in den letzten 3 Tagen?	
	n
Ablehnen von pflegerischen Maßnahmen	3
Antriebslosigkeit	1
Atemnot	1
Dekubitus	2
Diarrhoe	1
eingeschränkte Mobilität	1
Erbrechen	1
Gefühl der Vernachlässigung	1
Husten	1
Kontrakturen der Hand	1
Krankenhausaufenthalt des Ehemannes	1
Obstipation	1
Schlaflosigkeit	1
Schläfrigkeit	2
Schluckstörung	1
Störung durch den Zimmernachbarn	2
Taubheit der Füße	1
Übelkeit	1
Unzufriedenheit mit dem Heimaufenthalt	1
Vergesslichkeit	1
verminderte Nahrungsaufnahme	1

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die aus Ihrer Sicht den Patienten in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

	Gar nicht (0)	Ein wenig (1)	Mäßig (2)	Stark (3)	Extrem Stark (4)
	n	n	n	n	n
Antriebslosigkeit	0	0	1	1	0
Angst	0	1	1	0	0
Fieber	0	1	0	0	0
Husten	0	0	1	1	0
Innere Unruhe	0	0	2	0	1
Schluckstörung	0	0	0	1	0
Schwindel	0	0	1	0	0
Taubheit der Füße	0	0	1	0	0
vermehrte Schleimproduktion	0	0	1	0	0

Bei 52 von 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (89,7%) lag nach der Befragung zur Fremdeinschätzung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens ein Symptom oder eine Belastung in einer Ausprägung vor, die als klinisch relevant bezeichnet werden kann (siehe Kapitel 2.2.2.3).

Das Symptom, welches bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am häufigsten klinisch relevant auftrat, war mit 75,9% *Eingeschränkte Mobilität*. Die zweithäufigsten Symptome und Belastungen waren mit 41,4% *Schwäche oder fehlende Energie* und ebenfalls mit 41,4% *Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?* klinisch relevant. Das dritthäufigste klinisch relevante Symptom war mit 27,6% *Verstopfung*.

43 von 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (74,1%) wiesen mindestens ein Merkmal mit der Ausprägung „3“ oder „4“ auf.

21 von 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (36,2%) erreichten den Grenzwert von mindestens drei Merkmalen mit einer Ausprägung von „3“ oder mindestens zwei Merkmalen mit einer Ausprägung von „4“ und hatten somit einen Bedarf an einer SPV.

3.4.2 IPOS Patient

Tabelle 8: IPOS Patient (n=34)

	relevant	Gar nicht (0)	Ein wenig (1)	Mäßig (2)	Stark (3)	Extrem stark (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
Physische Symptome							
1 - Schmerzen	52,9	41,2	5,9	26,5	20,6	5,9	0
2 - Atemnot	14,7	73,5	11,8	5,9	5,9	2,9	0
3 - Schwäche/fehlende Energie	61,8	35,3	2,9	35,3	23,5	2,9	0
4 - Übelkeit	8,8	88,2	2,9	2,9	2,9	2,9	0
5 - Erbrechen	5,9	94,1	0	5,9	0	0	0
6 - Appetitlosigkeit	26,5	70,6	2,9	5,9	17,6	2,9	0
7 - Verstopfung	17,6	79,4	2,9	8,8	2,9	5,9	0
8 - Mundtrockenheit/ schmerzhafter Mund	38,2	47,1	14,7	17,6	14,7	5,9	0
9 - Schläfrigkeit	55,9	35,3	8,8	32,4	17,6	5,9	0
10 - Eingeschränkte Mobilität	79,4	14,7	5,9	26,5	38,2	14,7	0
	relevant	Gar nicht (0)	Selten (1)	Manchmal (2)	Meistens (3)	Immer (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
Emotionale Symptome							
11 - Patient beunruhigt	47,1	44,1	8,8	32,4	8,8	5,9	0
12 - Angehörige beunruhigt	26,5	70,6	0	11,8	8,8	5,9	2,9
13 - traurig/bedrückt	32,4	58,8	8,8	20,6	5,9	5,9	0
	relevant	Immer (0)	Meistens (1)	Manchmal (2)	Selten (3)	Gar nicht (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
14 - Im Frieden	23,5	47,1	29,4	11,8	5,9	5,9	0
Kommunikation/praktische Probleme							
15 - Gefühle teilen mit Familie/Freunden	26,5	73,5	0	0	11,8	14,7	0
16 - Informationen erhalten	8,8	82,4	8,8	5,9	2,9	0	0
	relevant	angegangen/keine (0)	größtenteils (1)	teilweise (2)	kaum (3)	nicht (4)	k.A.
	%	%	%	%	%	%	%
17 - Probleme angegangen	32,4	58,8	8,8	5,9	5,9	20,6	0

Tabelle 9: IPOS Patient - Gesamtscore (n=34)

	Anzahl der Items	Bereich	Mittelwert	Std.-Abweichung
Gesamtscore	17	1-35	16,53	9,66
Physische Symptome	10	0-29	10,26	6,29
Emotionale Symptome	4	0-14	3,82	3,69
Kommunikation/praktische Probleme	3	0-8	2,44	2,69

Tabelle 10: IPOS Patient - offene Fragen

F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten 3 Tagen?					
	n				
Appetitlosigkeit	1				
Atemnot	2				
Aufenthalt im Pflegeheim	3				
Diarrhoe	2				
eingeschränkte Mobilität	5				
Gefühl der Isolation	3				
Husten	1				
Magenbeschwerden	1				
Medikamentenplan wird nicht eingehalten	1				
möchte nicht mehr leben	1				
Obstipation	1				
Probleme bei Z.n. Katarakt-OP	1				
räumliche Trennung zur Ehefrau	1				
schlechtes Essen	1				
Schmerzen	5				
Schwierigkeiten beim Essen	1				
Sorgen über Angehörige	5				
Übelkeit	1				
Verlust der Selbstständigkeit	2				
Vernachlässigung	4				
wünscht sich mehr Kommunikation mit anderen Bewohnern	1				

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.					
	Gar nicht (0)	Ein wenig (1)	Mäßig (2)	Stark (3)	Extrem Stark (4)
	n	n	n	n	n
Einsamkeit	0	0	0	0	1
Fieber	1	0	0	0	0
Juckreiz	0	1	1	0	0
mangelnde Verständlichkeit	0	0	0	1	0
Schwerhörigkeit	0	0	0	0	1
Schwindel	0	4	2	0	0
Schwitzen	0	0	0	0	1
Sehchwäche	0	0	0	1	0
Taubheit der Füße	0	1	0	0	0
trockene Haut	0	0	1	0	0

Bei 33 von 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (97,1%) lag nach der Befragung zur Selbsteinschätzung mindestens ein Symptom oder eine Belastung in einer Ausprägung vor, die als klinisch relevant bezeichnet werden kann (siehe Kapitel 2.2.2.3).

Das Symptom, welches am häufigsten klinisch relevant auftrat, war mit 79,4% *Eingeschränkte Mobilität*. Am zweithäufigsten war mit 55,9% *Schläfrigkeit* klinisch relevant und am dritthäufigsten lagen mit 52,9% *Schmerzen* klinisch relevant vor.

27 von 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (79,4%) wiesen mindestens ein Merkmal mit der Ausprägung „3“ oder „4“ auf.

14 von 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (41,2%) erreichten den Grenzwert von mindestens drei Merkmalen mit einer Ausprägung von „3“ oder mindestens zwei Merkmalen mit einer Ausprägung von „4“ und hatten somit einen Bedarf an einer SPV.

3.4.3 IPOS Vergleich Selbst- und Fremdeinschätzung

Der Vergleich zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung erfolgt als Vergleich zwischen verschiedenen Parametern des „IPOS Staff“ und des „IPOS Patient“ (siehe Kapitel 2.2.2.3).

Von insgesamt 34 Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime lag sowohl ein ausgefüllter „IPOS Staff“ als auch ein ausgefüllter „IPOS Patient“ vor.

Zuerst wird ein Unterschied im IPOS-Gesamtscore betrachtet. Dann folgt die Überprüfung eines Zusammenhangs bezüglich des Vorliegens des erreichten Grenzwertes für die Notwendigkeit einer SPV, des Vorliegens von mindestens einem klinisch relevanten Symptom bzw. einer klinisch relevanten Belastung und zuletzt des Vorliegens von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit der Ausprägung „3“ oder höher im „IPOS Staff“ und im „IPOS Patient“.

Der Mittelwert des Gesamtscore des „IPOS Staff“ betrug 10,07, der des „IPOS Patient“ 16,53. Es wurde der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung untersucht und er stellte sich als statistisch höchst signifikant heraus ($p < 0,001$). Nachfolgend wurden die Unterschiede der Unterkategorien des IPOS-Gesamtscore ebenfalls untersucht und es zeigten sich für alle Unterkategorien statistisch signifikante Unterschiede beim Vergleich von „IPOS Staff“ und „IPOS Patient“: Physische Symptome ($p < 0,001$), Emotionale Symptome ($p = 0,004$) und Kommunikation/praktische Probleme ($p = 0,012$).

Anschließend wurden die in Kapitel 2.2.2.3 genannten Merkmale des IPOS auf einen Zusammenhang überprüft. Hierbei konnte lediglich bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher im „IPOS Staff“ und „IPOS Patient“ ein statistisch

signifikanter und starker ($\Phi=0,461$) Zusammenhang belegt werden (siehe Tabellen 15-17 im Anhang).

Im nächsten Abschnitt soll untersucht werden, über welche klinisch relevanten Symptome und Belastungen und über welche Symptome und Belastungen mit einem Wert von „3“ oder höher die Patientinnen und Patienten, bei denen bereits eine Palliativbehandlung von den Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt wurde und die Patientinnen und Patienten, bei denen keine Palliativbehandlung durchgeführt wurde, verfügten. Dies wird erneut in Selbst- und Fremdeinschätzung getrennt. Von den 58 Patientinnen und Patienten, welche eine Fremdeinschätzung durch den „IPOS Staff“ erhielten, war bei zehn bereits eine Palliativbehandlung eingetragen. Von den 34 Patientinnen und Patienten, welche eine Selbsteinschätzung mit dem „IPOS Patient“ angaben, war bei sechs bereits eine Palliativbehandlung eingetragen.

Tabelle 11: Palliativbehandlung und Symptome und Belastungen im „IPOS Staff“

	Palliativbehandlung und „IPOS Staff“ (n=10)		Keine Palliativbehandlung und „IPOS Staff“ (n=48)	
	klinisch relevant	Symptom/Belastung 3 oder höher	klinisch relevant	Symptom/Belastung 3 oder höher
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Physische Symptome				
1 - Schmerzen	1 (10)	0 (0)	6 (12,5)	1 (2,1)
2 - Atemnot	0 (0)	0 (0)	4 (8,3)	1 (2,1)
3 - Schwäche/fehlende Energie	5 (50)	4 (40)	19 (39,6)	13 (27,1)
4 - Übelkeit	0 (0)	0 (0)	2 (4,2)	1 (2,1)
5 - Erbrechen	0 (0)	0 (0)	1 (2,1)	1 (2,1)
6 - Appetitlosigkeit	1 (10)	0 (0)	3 (6,3)	0 (0)
7 - Verstopfung	2 (20)	1 (10)	14 (29,2)	9 (18,8)
8 - Mundtrockenheit/schmerzhafter Mund	0 (0)	0 (0)	1 (2,1)	0 (0)
9 - Schläfrigkeit	5 (50)	4 (40)	10 (20,8)	7 (14,6)
10 - Eingeschränkte Mobilität	9 (90)	8 (80)	35 (72,9)	25 (52,1)
Emotionale Symptome				
11 - Patient beunruhigt	2 (20)	1 (10)	8 (16,7)	6 (12,5)
12 - Angehörige beunruhigt	1 (10)	1 (10)	2 (4,2)	1 (2,1)
13 - traurig/bedrückt	1 (10)	1 (10)	8 (16,7)	6 (12,5)
14 - Im Frieden	3 (30)	2 (20)	7 (15,2)	6 (12,5)
Kommunikation/praktische Probleme				
15 - Gefühle teilen mit Familie/Freunden	3 (30)	3 (30)	21 (43,8)	21 (43,8)
16 - Informationen erhalten	1 (10)	0 (0)	4 (10,3)	2 (5,1)
17 - Probleme angegangen	2 (20)	0 (0)	2 (4,2)	0 (0)

Tabelle 12: Palliativbehandlung und Symptome und Belastungen im "IPOS Patient"

	Palliativbehandlung und „IPOS Patient“ (n=6)		Keine Palliativbehandlung und „IPOS Patient“ (n=28)	
	klinisch relevant	Symptom/Belastung 3 oder höher	klinisch relevant	Symptom/Belastung 3 oder höher
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Physische Symptome				
1 - Schmerzen	5 (83,3)	1 (16,7)	13 (46,4)	8 (28,6)
2 - Atemnot	0 (0)	0 (0)	5 (17,9)	3 (10,7)
3 - Schwäche/fehlende Energie	6 (100)	3 (50)	15 (53,6)	6 (21,4)
4 - Übelkeit	1 (16,7)	0 (0)	2 (7,1)	2 (7,1)
5 - Erbrechen	0 (0)	0 (0)	2 (7,1)	0 (0)
6 - Appetitlosigkeit	4 (66,7)	4 (66,7)	5 (17,9)	3 (10,7)
7 - Verstopfung	3 (50)	2 (33,3)	3 (10,7)	1 (3,6)
8 - Mundtrockenheit/schmerzhafter Mund	1 (16,7)	1 (16,7)	12 (42,9)	6 (21,4)
9 - Schläfrigkeit	5 (83,3)	2 (33,3)	14 (50)	6 (21,4)
10 - Eingeschränkte Mobilität	6 (100)	4 (66,7)	21 (75)	14 (50)
Emotionale Symptome				
11 - Patient beunruhigt	2 (33,3)	1 (16,7)	14 (50)	4 (14,3)
12 - Angehörige beunruhigt	1 (16,7)	1 (16,7)	8 (28,6)	4 (14,3)
13 - traurig/bedrückt	3 (50)	1 (16,7)	8 (28,6)	3 (10,7)
14 - Im Frieden	3 (50)	1 (16,7)	5 (17,9)	3 (10,7)
Kommunikation/praktische Probleme				
15 - Gefühle teilen mit Familie/Freunden	0 (0)	0 (0)	9 (32,1)	9 (32,1)
16 - Informationen erhalten	0 (0)	0 (0)	3 (10,7)	1 (3,6)
17 - Probleme angegangen	4 (66,7)	3 (50)	7 (25)	6 (21,4)

3.5 Hausärztliche Palliativversorgung

Bei zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern (17,2%) war die Diagnose Z51.5 Palliativbehandlung [49] in der elektronischen Patientenakte der allgemeinmedizinischen Praxen vermerkt. Bei keinem dieser Probanden wurde eine SAPV verordnet. Insgesamt waren bei 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (22,4%) eine Patientenverfügung oder ein Therapiebegrenzungsbogen hinterlegt. Von den zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei denen die Diagnose Z51.5 Palliativbehandlung [49] verschlüsselt wurde, war bei vier Personen eine Patientenverfügung oder ein Therapiebegrenzungsbogen in der elektronischen Patientenakte der allgemeinmedizinischen Praxen hinterlegt.

3.6 Ein-Jahres-Mortalität

13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (22,4%) waren innerhalb von zwölf Monaten nach der Erhebung des SPICT-DE™ verstorben.

3.7 Explorative Überprüfung möglicher Zusammenhänge

Im Folgenden werden verschiedene Ergebnisse in Kreuztabellen aufgeführt und auf einen Zusammenhang hin überprüft.

3.7.1 Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Palliativbehandlung

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Palliativbehandlung

		SPICT-DE™ positiv		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	10 (17,2)	0 (0)	10 (17,2)
	Nein	34 (58,6)	14 (24,1)	48 (82,8)
	Gesamt	44 (75,9)	14 (24,1)	58 (100)

Pearson-Chi-Quadrat=3,845, p=0,050 Phi=0,257, p=0,050

Alle zehn Patientinnen und Patienten, welche bereits von den allgemeinmedizinischen Praxen palliativ behandelt wurden, wiesen einen positiven SPICT-DE™ auf. Dennoch wiesen auch 34 Patientinnen und Patienten einen positiven SPICT-DE™ auf, welche nicht palliativ behandelt wurden.

3.7.2 Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Ein-Jahres-Mortalität

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Ein-Jahres-Mortalität

		SPICT-DE™ positiv		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Innerhalb eines Jahres verstorben	Ja	13 (22,4)	0 (0)	13 (22,4)
	Nein	31 (53,4)	14 (24,1)	45 (77,6)
	Gesamt	44 (75,9)	14 (24,1)	58 (100)

Pearson-Chi-Quadrat=5,331, p=0,021 Phi=0,303, p=0,021

13 der 58 (22,4%) Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren innerhalb eines Jahres nach der Erhebung des SPICT-DE™ verstorben. Hiervon wiesen alle im Vorfeld einen positiven SPICT-DE™ auf.

3.7.3 Zusammenhang zwischen IPOS und Palliativbehandlung

Die Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen den Ergebnissen des IPOS und einer hausärztlichen Palliativbehandlung erfolgte als Überprüfung der Zusammenhänge zwischen einer hausärztlichen Palliativbehandlung und den in Kapitel 2.2.2.3 genannten Merkmalen des IPOS.

Hierbei stellt sich kein Zusammenhang als statistisch signifikant dar (siehe Tabellen 18-23 im Anhang).

3.7.4 Zusammenhang zwischen SPICT-DE™ und IPOS

Um den SPICT-DE™ und den IPOS im Vergleich zu betrachten, erfolgte die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den in Kapitel 2.2.3 genannten Merkmalen der Erhebungsbögen.

Hierbei zeigte sich bei der Gegenüberstellung eines positiven SPICT-DE™ und dem Vorliegen des erreichten Grenzwertes für die Notwendigkeit einer SPV im „IPOS Staff“ ein statistisch signifikanter und starker ($\Phi=0,341$) Zusammenhang (siehe Tabellen 24-26 im Anhang).

4 Diskussion

Zuerst soll diskutiert werden, inwiefern SPICT™ und IPOS für eine Betrachtung einer geriatrischen, in Pflegeheimen lebende und von Hausärztinnen und Hausärzten betreuten Population geeignet sind. Anschließend werden die Ergebnisse dieser Arbeit diskutiert und mit ähnlichen Vorhaben verglichen.

Der SPICT-DE™ und der „IPOS Staff“ wurden für 58 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erhoben, davon wurde für 34 zusätzlich der „IPOS Patient“ erhoben.

Die Stärken dieser Studie bestehen darin, dass erstmalig der Einsatz des SPICT™ und des IPOS kombiniert und die Selbst- und die Fremdeinschätzung im IPOS miteinander verglichen wurden.

Die Möglichkeit einer systematischen Verzerrung besteht insofern, als nur Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen befragt werden konnten, bei denen die Heimleitungen einer Befragung zustimmten. Dadurch könnte geschlossen werden, dass vor allem motivierte und an einer Palliativversorgung interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilgenommen haben.

Die Limitationen von SPICT-DE™ und IPOS in Bezug auf die Verwendung in dieser Arbeit werden in den Kapiteln 4.2.2.4 und 4.2.3.6 beschrieben.

4.1 Diskussion der Methoden

4.1.1 Einsatz des SPICT™

Zuerst stellt sich die Frage, ob sich der SPICT™ für eine Befragung einer in dieser Studie vorliegenden geriatrischen Bevölkerung (überwiegend über 70 Jahre [66, 67]) eignet. Die Population dieser Studie ist zweifellos als geriatrisch zu bezeichnen, da 96,6% aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer 70 Jahre oder älter waren.

In der ursprünglichen Entwicklung des SPICT™ und des SPICT-DE™ wurden keine Angaben zum Alter der untersuchten Probanden getätigt [40, 42].

Jedoch wurde der SPICT™ in einer geriatrischen Population bereits validiert und zeigte eine Sensitivität von 0,841 und eine Spezifität von 0,579 für die Vorhersage einer Ein-Jahres-Mortalität [45]. Weiterhin wurde der SPICT™ in diesem Zuge als wertvoll zum Identifizieren eines Palliativbedarfs in einer geriatrischen Population beschrieben [45].

Darüber hinaus fand der SPICT™ bereits in zahlreichen Untersuchungen Anwendung, bei denen ebenfalls eine geriatrische Population betrachtet wurde [53, 68-72]. So lag

z. B. das Durchschnittsalter bei Liyanage et al. bei 82,4 Jahren [53], bei Hamano et al. bei 77,4 Jahren [68] und bei Afshar et al. bei 79 Jahren [70].

Dennoch gibt es auch Kritik an der Anwendung des SPICT™ in der stationären Krankenhausversorgung geriatrischer Patienten, da in diesem Bereich „bei Patienten mit typischer Multimorbidität praktisch bei allen ein palliativmedizinischer Behandlungsbedarf identifiziert wird“ [67].

Der SPICT™ kam in einer australischen Studie zur Erfassung des Palliativbedarfs von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern bereits zur Anwendung [53], wurde allerdings mit der „Surprise Question“ (SQ), also die Frage an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte: „Wären Sie überrascht, wenn der Patient in den nächsten 12 Monaten sterben würde“ [73] verknüpft. Diese Kombination der SQ und des SPICT™ wurde als effektive Vorhersage des Palliativbedarfs bei Altenpflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern beschrieben [53]. Eine Übertragbarkeit auf die hier durchgeführte Erfassung mittels SPICT™ und IPOS ist fraglich, da die SQ in dieser hier vorliegenden Studie nicht enthalten ist.

Zuletzt wird untersucht, ob sich der SPICT™ im hausärztlichen Bereich verwenden lässt. Hierzu ist anzuführen, dass Hausärztinnen und Hausärzte bereits bei der Entwicklung des SPICT-DE™ beteiligt waren [42]. Außerdem wurde der SPICT™ in Hausarztpraxen erprobt und wurde von acht der zehn befragten Hausärzte als hilfreich empfunden [74]. In einer anderen Untersuchung wurde der SPICT-DE™ von sieben der zwölf teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte als „praktikabel in der täglichen Anwendung“ [70] beschrieben. Auch in den Studien von Woolfield et al. und van Wijmen et al. kam der SPICT™ in Hausarztpraxen zur Anwendung [69, 71].

4.1.2 Einsatz des IPOS

Eine Befragung mit dem IPOS speziell in einer älteren Bevölkerung wurde bereits von Nicholson et al. in der ambulanten Versorgung und von Beck et al. in einem Pflegeheim durchgeführt [75, 76].

Darüber hinaus liegen mehrere Erhebungen mit dem IPOS vor, bei denen zumindest der Großteil der Befragten einer geriatrischen Population zuzurechnen ist [57, 77, 78].

Außerdem wurde eine Untersuchung an Demenz erkrankten, älteren und in Pflegeheimen lebenden Probanden mittels IPOS-Dem [79] publiziert [80]. Da in diesem Fall nicht der IPOS, sondern der modifizierte IPOS-Dem zur Anwendung kam, ist eine Übertragbarkeit auf die hier vorliegende Studie nur bedingt zulässig.

Ebenfalls wurde der IPOS bereits in Pflegeheimen eingesetzt [76], eine Übertragbarkeit auf die hier vorliegende Studie ist folglich gegeben. Demgegenüber wurde auch der

modifizierte IPOS-Dem [79] bereits in Pflegeheimen eingesetzt [80]. Durch die vielen Überschneidungen des IPOS-Dem mit dem IPOS kann eine Übertragung auf die hier vorliegende Studie zumindest teilweise vollzogen werden.

An der Befragung mittels IPOS-Dem waren außerdem drei Hausärzte beteiligt [80].

4.1.3 Kombination von SPICT™ und IPOS

Es lässt sich schlussfolgern, dass der SPICT™ und der IPOS mit den genannten Einschränkungen für die Untersuchung einer geriatrischen Population, die Untersuchung in Pflegeheimen und in der hausärztlichen Versorgung geeignet sind.

Eine Kombination von SPICT™ und IPOS fand jedoch bei der Betrachtung dieser Population bisher nicht statt und stellt einen neuen Ansatz dar.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Studienpopulation

Die Beteiligungsrate der hier vorliegenden Studie ist mit der Beteiligungsrate in der Dissertation „Ermittlung der Versorgungswünsche von Pflegeheimbewohnern in Bezug auf das Lebensende“ vergleichbar. Hier gab Mücke eine Beteiligungsrate von 19,7% an [81]. In der hier vorliegenden Studie liegt die Beteiligungsrate bei einem ähnlichen Wert, nämlich 21,01%.

In der Dissertation von Mücke war der häufigste Grund für eine Nichtteilnahme eine kognitive Beeinträchtigung der Probanden, jedoch war der zweithäufigste Grund für fast 20% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner die Ablehnung durch die gesetzlichen Betreuer. Aus den Ausführungen geht hervor, dass diese 20% ausschließlich einem einzigen der fünf teilnehmenden Pflegeheime zuzuordnen sind [81].

In der hier vorliegenden Studie war der häufigste Grund für eine Nichtteilnahme mit 88,1% eine mangelnde Bereitschaft der Heimleitungen zur Befragung.

Die hohe Ablehnungsquote durch die Heimleitungen ist vor allem auf die fehlenden zeitlichen Ressourcen für eine Mitarbeiterbefragung zurückzuführen.

Falls durch die Heimleitung eine Befragung abgelehnt wurde, konnten jedoch die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner selbst ebenfalls nicht befragt werden.

Der Verlust der Autonomie, den Patientinnen und Patienten beim Umzug in ein Pflegeheim empfinden, wurde bereits in mehreren Publikationen untersucht [82-84].

Zu dem Umstand einer unzureichenden Selbstbestimmung und Partizipation von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern äußerten sich 2016 auch Aronson et al. und

konstatierten, dass „die Rechte älterer Menschen auf [...] soziale Teilhabe [und] Partizipation immer noch nicht ausreichend verwirklicht [sind]“ [85].

4.2.2 SPICT-DE™

4.2.2.1 Positiver SPICT-DE™

Der SPICT-DE™ war in der hier vorliegenden Studie bei 75,9% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner positiv.

De Bock et al. beschrieben dies für 54,7% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer [45] und Piers et al. gaben einen positiven SPICT™ für 59,3% der Probanden auf geriatrischen und 40,6% der Probanden auf kardiologischen Stationen an [72]. In beiden Publikationen waren die Orte der Datenerhebung Stationen in Krankenhäusern [45, 72].

Zu einem anderen Resultat kamen Liyanage et al., die den SPICT™ in Pflegeheimen einsetzten. Sie stellten einen positiven SPICT™ für 99% der Probanden fest [53]. Dieses Ergebnis ist jedoch nur bedingt mit denen der anderen genannten Publikationen vergleichbar, da nur für diejenigen Probanden ein SPICT™ erhoben wurde, welche bereits eine positive Beantwortung der SQ (siehe Kapitel 4.1.1) vorwiesen.

Somit lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse für einen positiven SPICT-DE™ in dieser Dissertation zwischen denen der genannten Publikationen liegen. Während bei De Bock et al. eine geriatrische Population in einem Krankenhaus betrachtet wurde, untersucht die hier vorliegende Dissertation wie bei Liyanage et al. eine Population aus Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in stationären Pflegeheimen, bezieht jedoch die SQ (siehe Kapitel 4.1.1) nicht mit ein.

4.2.2.2 Positiver SPICT-DE™ und palliative Behandlung

In Kapitel 3.7.1 konnte gezeigt werden, dass ein positiver SPICT-DE™ statistisch signifikant mit einer palliativen Behandlung zusammenhängt ($p=0,0499$) und dass alle von den Hausärztinnen und Hausärzten betreuten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, welche sich in einer palliativen Behandlung befanden, auch einen positiven SPICT-DE™ aufwiesen. Diese Erkenntnis deckt sich mit früheren Untersuchungen, bei denen sich der SPICT™ bereits als wertvoll zur Identifikation eines Palliativbedarfs in einer geriatrischen Population erwiesen hat [45].

Dennoch wurden 34 Patientinnen und Patienten der hier vorliegenden Studie, die einen positiven SPICT-DE™ erhielten, von den allgemeinmedizinischen Praxen nicht palliativ behandelt.

Aus den genannten Ergebnissen geht jedoch nicht hervor, was der Grund für eine nicht stattgefunden palliative Behandlung war, da die Entscheidung zu einer solchen Behandlung die Kommunikation zwischen Hausärztin bzw. Hausarzt, Patientin bzw. Patient, den Pflegekräften und den Angehörigen einschließt und im Einzelfall sehr komplex sein kann [86].

4.2.2.3 Positiver SPICT-DE™ und Ein-Jahres-Mortalität

Der Zusammenhang zwischen der Ein-Jahres-Mortalität und einem positiven SPICT-DE™ wurde bereits in zahlreichen Untersuchungen erfasst [45, 52, 53, 69, 72].

In der Untersuchung von De Bock et al. waren 32,2% der Probanden innerhalb eines Jahres nach der Erhebung des SPICT™ verstorben [45]. Von allen Patientinnen und Patienten, bei denen ein positiver SPICT™ erhoben wurde, waren 48,7% innerhalb eines Jahres verstorben. Bei den SPICT™-negativen waren dies lediglich 11,5%. Weiterhin wurde in dieser Publikation eine Sensitivität von 0,841 und eine Spezifität von 0,579 für eine Vorhersage des Versterbens innerhalb eines Jahres angegeben [45] und es wurde geschlussfolgert, dass der SPICT™ zur Identifikation eines Palliativbedarfs in einer geriatrischen Population durch die signifikante Assoziation mit der Ein-Jahres-Mortalität nützlich erscheint [45].

Diese Ergebnisse kongruieren eindeutig mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, da in Kapitel 3.7.2 gezeigt werden konnte, dass ein positiver SPICT-DE™ statistisch signifikant und stark ($\Phi=0,303$) mit einer Ein-Jahres-Mortalität zusammenhängt und alle 13 Bewohnerinnen und Bewohner, welche innerhalb eines Jahres nach Erhebung des SPICT-DE™ verstorben waren, im Vorfeld einen positiven SPICT-DE™ aufwiesen. Hieraus lässt sich folgern, dass der SPICT-DE™ regelmäßig von den Hausärztinnen und Hausärzten zur Erfassung des Bedarfs einer Palliativversorgung eingesetzt werden sollte, da die Wahrscheinlichkeit für ein Versterben innerhalb eines Jahres bei einem positiven SPICT-DE™ deutlich erhöht ist.

4.2.2.4 SPICT-DE™ Limitationen

Zur Auswertung des SPICT-DE™ wurden, wie in Kapitel 2.2.1.3 beschrieben, die elektronischen Patientenakten der allgemeinmedizinischen Praxen nach bestimmten Diagnosen untersucht. Falls diese Diagnosen in den elektronischen Patientenakten nicht hinterlegt waren, war somit eine Bewertung der einzelnen Punkte des SPICT-DE™ erschwert.

Eine weitere Limitierung bei der Erhebung und Auswertung des SPICT-DE™ war die in dieser hier vorliegenden Studie geringe Fallzahl (n=58) im Vergleich zu anderen Studien [40, 45, 53, 68-72].

Darüber hinaus lag bei der Erhebung des SPICT-DE™ eine systematische Verzerrung vor, da nur für diejenigen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner der SPICT-DE™ erhoben wurde, bei denen eine Einwilligungserklärung der Bewohnerinnen und Bewohner selbst oder der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer zur Durchführung der Studie vorlag. Der SPICT-DE™ konnte daher nicht für nicht interessierte oder nicht auskunftsfähige Bewohnerinnen und Bewohner ohne gesetzliche Betreuung erhoben werden. Dies stellt sich in der klinischen Praxis der betreuenden Hausärztinnen und Hausärzte anders dar, da sie den SPICT-DE™ auch ohne vorherige Einwilligung der Bewohnerin oder des Bewohners durch die Durchsicht der elektronischen Patientenakte der Praxis und durch ein Gespräch mit den Pflegekräften erheben könnten.

4.2.2.5 SPICT-DE™ Fazit

Der SPICT-DE™ ist ein geeignetes Werkzeug zur Erfassung des Palliativbedarfs von hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern und sollte von den Hausärztinnen und Hausärzten regelmäßig bei in Pflegeheimen lebenden Patientinnen und Patienten Anwendung finden, um einen auftretenden Palliativbedarf frühzeitig erfassen zu können und entsprechend reagieren zu können.

Da die Ein-Jahres-Mortalität stark mit einem positiven SPICT-DE™ zusammenhängt, sollte die Erhebung öfter als einmal im Jahr stattfinden. Eine Anwendung in Abständen von sechs Monaten oder häufiger erscheint hierbei sinnvoll. Dies sollte jedoch in anschließenden Untersuchungen noch genauer eruiert werden.

Mit dem SPICT-DE™ ist nicht zu erfassen, welche Symptome und Belastungen der Patientinnen und Patienten besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Ob und wie der IPOS diese Lücke schließen könnte, wird im nächsten Abschnitt erläutert.

4.2.3 IPOS

4.2.3.1 IPOS Gesamtscore

Der Gesamtscore des „IPOS Patient“ war mit einem Mittelwert von 16,53 höher als der des „IPOS Staff“ mit einem Mittelwert von 10,07. Auch im Vergleich der Werte der Unterkategorien des Gesamtscore (Physische Symptome, Emotionale Symptome und Kommunikation/praktische Probleme) fiel auf, dass diese ebenfalls im „IPOS Patient“ höher waren als die Werte im „IPOS Staff“.

Auf den Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung der Probanden wird weiter unten genauer eingegangen.

In der Dissertation „Ermittlung der Versorgungswünsche von Pflegeheimbewohnern in Bezug auf das Lebensende“ hat Mücke einen Mittelwert des IPOS-Gesamtscore bei einer Teilnehmerzahl von n=68 von 11,7 Punkten ermittelt [81]. Von der Autorin wird zwar angemerkt, dass die zuständigen Pflegekräfte um eine Einschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner gebeten wurden, wenn diese sich nicht äußern konnten, jedoch ist nicht ersichtlich wie viele Bewohnerinnen und Bewohner den IPOS selbst ausfüllten und wie viele eine Fremdeinschätzung durch die zuständigen Pflegekräfte erhielten. Ein Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung fehlt.

Auch Murtagh et al. gaben in ihrer Publikation den Mittelwert des IPOS-Gesamtscore an [57]. Dieser betrug 27,4 Punkte. Zusätzlich wurde der Gesamtscore in die oben genannten Unterkategorien unterteilt. Die deutlich höheren Werte für den Gesamtscore und für die Unterkategorien im Vergleich zu den Ergebnissen der hier vorliegenden Dissertation lassen sich dadurch erklären, dass es sich bei Murtagh et al. um eine Befragung einer selektierten Population handelte, weil die Patientinnen und Patienten bereits eine palliative Behandlung erhielten [57].

Eine weitere Untersuchung, in welcher der IPOS-Gesamtscore angegeben wurde, wurde von Roch et al. durchgeführt [62]. Hier wurde der Mittelwert des IPOS-Gesamtscore mit 21,45 Punkten angegeben. Dieser ebenfalls deutlich höhere Wert lässt sich abermals durch eine selektierte Population erklären. Alle Probanden verfügten über die Diagnose einer Herzinsuffizienz und wurden auf einer kardiologischen Station versorgt [62]. Auch in dieser Publikation wurden die Unterkategorien des Gesamtscore angegeben [62].

Bisher existieren keine Grenzwerte für den IPOS-Gesamtscore, ab denen eine Palliativversorgung angezeigt wäre. Da sich der IPOS jedoch im Gegensatz zum SPICT™ auf die subjektive Beeinträchtigung durch Symptome und Belastungen konzentriert und nicht auf messbare Indikatoren für eine lebenslimitierende Prognose, wäre eine Festlegung von Grenzwerten zumindest bezogen auf den IPOS-Gesamtscore nicht zielführend.

4.2.3.2 IPOS klinisch relevante Symptome und Belastungen

Die häufigsten klinisch relevanten Symptome und Belastungen (siehe Kapitel 2.2.2.3) waren im „IPOS Staff“: *Eingeschränkte Mobilität, Schwäche oder fehlende Energie, Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?* und *Verstopfung*.

Im Gegensatz dazu waren die häufigsten klinisch relevanten Symptome und Belastungen im „IPOS Patient“: *Eingeschränkte Mobilität, Schläfrigkeit und Schmerzen*. Murtagh et al. gaben in ihrer Publikation als häufigste klinisch relevante Symptome und Belastungen folgende an: *Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?* (84,8%), *Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?* (83,5%) und *Schwäche oder fehlende Energie* (81,7%) [57]. Es decken sich im Vergleich zu dieser Dissertation lediglich das häufige Auftreten des klinisch relevanten Symptoms *Schwäche oder fehlende Energie*. Die Häufigkeit dieses Symptoms wird jedoch in der Untersuchung von Murtagh et al. fast doppelt so häufig als klinisch relevant angegeben. Die restlichen häufigen Symptome der genannten Publikation waren in dieser Dissertation im Vergleich gering ausgeprägt. Eine mögliche Erklärung dieser unterschiedlichen Häufigkeiten und der Verteilung ist, dass sich in der Publikation von Murtagh et al. sämtliche Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer bereits in einer palliativen Behandlung befanden. Diese Population ist folglich von anderen Symptomen und Belastungen betroffen als die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen. Eine weitere Untersuchung mit dem IPOS, bei der die Häufigkeit der klinisch relevanten Symptome und Belastungen angegeben wurde, stammt von Roch et al. [60]. Die Autorinnen und Autoren gaben als häufigste physische Symptome *Schwäche oder fehlende Energie* (77%), *Appetitlosigkeit* (65%) und *eingeschränkte Mobilität* (65%) an [60]. Die Symptome *Schwäche oder fehlende Energie* und *eingeschränkte Mobilität* traten auch in der vorliegenden Untersuchung in der Population der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner besonders häufig auf. In der Erhebung von Roch et al. waren jedoch vor allem die emotionalen Belastungen *Waren Sie traurig bedrückt?* (97%) und *Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?* (94%) besonders häufig klinisch relevant [60]. Diese Symptome waren in der Population der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner dieser Dissertation deutlich seltener klinisch relevant.

Dies ist dadurch zu erklären, dass es sich bei der Population von Roch et al. um Patientinnen und Patienten mit „fortgeschrittenen und/oder metastasierten Kopf-Hals-Tumoren“ [60] handelte und auch diese Population wie auch in der Untersuchung von Murtagh et al. von anderen Symptomen und Belastungen betroffen war als Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen.

Die letzte Erhebung, welche bezogen auf das Auftreten von klinisch relevanten Symptomen und Belastungen mit dieser Dissertation verglichen wird, stammt ebenfalls von Roch et al. [62]. Die drei häufigsten klinisch relevanten Symptome und Belastungen

waren hier in absteigender Reihenfolge: *Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?* (79%), *Atemnot* (74%) und *Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund* (68%) [62]. Diese Symptome und Belastungen traten bei den Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern dieser Dissertation deutlich seltener auf, was erneut durch die Betrachtung einer deutlich unterschiedlichen Population zu erklären ist. In der Publikation von Roch et al. verfügten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer über die Diagnose Herzinsuffizienz und wurden auf einer kardiologischen Station behandelt [62].

Es stellt sich heraus, dass bezogen auf Häufigkeit und Verteilung der klinisch relevanten Symptome durch die Betrachtung einer selektierten Population, wie auch schon bei dem Vergleich des IPOS-Gesamtscore mit verschiedenen Erhebungen, deutliche Unterschiede auffallen. Gerade deshalb stellt die vorliegende Untersuchung von klinisch relevanten Symptomen und Belastungen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern einen neuen Ansatz dar.

Diese Population könnte in zukünftigen Erhebungen mit dem IPOS und einer höheren Fallzahl genauer auf die bei ihnen häufigen Symptome und Belastungen untersucht werden, um eine bessere Versorgung gewährleisten zu können.

Außerdem wurde in keiner der genannten Publikationen ein Vergleich zwischen einer Selbst- und Fremdeinschätzung der klinisch relevanten Symptome und Belastungen vorgenommen. Hierauf wird weiter unten genauer eingegangen.

Das häufigste klinisch relevante Symptom war in der hier vorliegenden Studie sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung *Eingeschränkte Mobilität* („IPOS Staff“: 75,9%; „IPOS Patient“: 79,4%). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass ein häufiger Grund für den Einzug in ein Pflegeheim eine eingeschränkte Mobilität ist [87].

Darüber hinaus besteht in den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer Palliativbehandlung und dem Vorliegen von mindestens einem klinisch relevanten Symptom bzw. einer klinisch relevanten Belastung im IPOS, was dadurch erklärbar ist, dass die meisten Probanden in beiden Fragebögen über mindestens ein klinisch relevantes Symptom bzw. eine klinisch relevante Belastung verfügten („IPOS Staff“: 89,7%; „IPOS Patient“: 97,1%). Allein das Symptom *Eingeschränkte Mobilität* war bei über Dreiviertel der Probanden klinisch relevant. Dies könnte zu einer verzerrten Darstellung klinisch relevanter Symptome und Belastungen der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner führen.

Abschließend ist festzustellen, dass bei Patientinnen und Patienten, welche sich in einer palliativen Behandlung durch die allgemeinmedizinischen Praxen befanden, sowohl in

der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung klinisch relevante Symptome und Belastungen auftraten. Es ist anzumerken, dass bei palliativ behandelten Bewohnerinnen und Bewohnern z. B. das klinisch relevante Symptom *Schmerzen* in der Selbsteinschätzung anteilig häufiger auftrat (83,3%) als bei denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern, welche sich nicht in einer palliativen Behandlung befanden (46,4%) (siehe Kapitel 3.7.3).

4.2.3.3 IPOS Symptome bzw. Belastungen mit dem Wert 3 oder höher auf der Likert-Skala

Das Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher auf der Likert-Skala wurde von Ramsenthaler et al. als ein Indikator zur Notwendigkeit einer frühzeitigen Palliativversorgung beschrieben [61]. Bei Ramsenthaler et al. verfügten 47,3% der Probanden über mindestens ein Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher [61].

In den Ergebnissen der hier vorliegenden Dissertation lagen diese Werte deutlich höher („IPOS Staff“: 74,1%; „IPOS Patient“: 79,4%). Die Probanden der Publikation von Ramsenthaler et al. waren Patientinnen und Patienten auf Stationen der allgemeinen Onkologie, einer hämatologischen Chemotherapie-Station und einer Radioonkologie-Station, jedoch bleibt unklar, ob es sich in den Ergebnissen lediglich um eine Selbst- oder auch um eine Fremdeinschätzung handelt [61].

Die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner dieser vorliegenden Dissertation wiesen deutlich höhere Werte im Vergleich zu denen der Probanden auf onkologischen Stationen auf. Dies ist dadurch zu erklären, dass allein über die Hälfte der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner für das Symptom *Eingeschränkte Mobilität* einen Wert von „3“ oder höher angaben („IPOS Staff“: 56,9%; „IPOS Patient“: 52,9%). Hierzu ist, wie auch bei der Betrachtung des Vorliegens von mindestens einem klinisch relevanten Symptom, anzuführen, dass eine eingeschränkte Mobilität ein häufiger Grund für den Einzug in ein Pflegeheim darstellt [87] und somit das Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher durch das überdurchschnittlich häufige Vorliegen dieses Symptoms verzerrt werden könnte.

Schließlich fällt auf, dass bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, die sich in einer palliativen Behandlung durch die allgemeinmedizinischen Praxen befanden z. B. das Symptom *Schmerzen* in der Selbsteinschätzung anteilig seltener mit einem Wert von „3“ oder höher angegeben wurde (16,7%) als bei denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die nicht palliativ behandelt wurden (28,6%) (siehe Kapitel 3.7.3).

4.2.3.4 IPOS Grenzwert für die Notwendigkeit einer SPV

Der Grenzwert für die Notwendigkeit einer SPV wurde von Ramsenthaler et al. und Roch et al. als das Vorliegen von drei Symptomen oder Belastungen mit dem Wert „3“ oder zwei Symptomen oder Belastungen mit dem Wert „4“ vorgeschlagen [61, 62].

In der Publikation von Ramsenthaler et al. erreichten 24,2% und in der von Roch et al. 19% diesen Grenzwert.

In den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie erreichten 36,2% in der Fremdeinschätzung und 41,2% in der Selbsteinschätzung diesen Grenzwert, also deutlich höhere Werte als in den oben genannten Publikationen.

Um die höheren Werte zu erklären, ist anzuführen, dass über die Hälfte der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner eine Belastung durch das Symptom: *Eingeschränkte Mobilität* als „Stark“ oder „Extrem stark“ angaben. Dies könnte die Aussagekraft des Grenzwertes für die Notwendigkeit einer SPV verzerren, da die eingeschränkte Mobilität ein häufiger Grund für den Einzug ins Pflegeheim ist und dieses Symptom in der Population von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern somit überdurchschnittlich häufig auftritt [87].

Eine mögliche Modifikation des IPOS in Bezug auf Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit dem Ziel einer eventuellen Verzerrung entgegenzuwirken, wird im Fazit des IPOS diskutiert.

Statistisch besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer palliativen Behandlung und dem Grenzwert für die Notwendigkeit einer SPV, weder für den „IPOS Staff“ noch für den „IPOS Patient“. Dies ist zum einen durch die oben genannten Gründe zu erklären und zum anderen dadurch, dass die palliative Behandlung durch die hier zuständigen Hausärztinnen und Hausärzte einer AAPV und nicht einer SPV entspricht. Da für keinen der Probanden eine SAPV verordnet wurde, kann ein Zusammenhang zwischen einer verordneten SAPV und einem Grenzwert für die Notwendigkeit einer SPV hier nicht überprüft werden.

4.2.3.5 IPOS Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung

Wie in Kapitel 3.4.3 zu sehen ist, eignet sich vor allem die Beurteilung des IPOS-Gesamtscore, um Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung beurteilen zu können. Gerade hier zeigt sich, auch unter Betrachtung der Unterkategorien, dass die Fremdeinschätzung des Pflegepersonals deutlich von der Selbsteinschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner abweicht und die Fremdeinschätzung insgesamt deutliche niedrigere Werte im Gesamtscore ergab.

Zum Beispiel wurde das Symptom *Schmerzen* für 1,7% der Bewohnerinnen und Bewohner in der Fremdeinschätzung durch die Pflegekräfte mit „Stark“ oder „Extrem stark“ bewertet, wohingegen dieses Symptom in der Selbsteinschätzung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner von 26,5% als „Stark“ oder „Extrem stark“ angegeben wurde.

Mögliche Erklärungen dafür sind zum einen, dass im IPOS, der in der vorliegenden Studie Anwendung fand, nach den Symptomen und Belastungen *in den letzten drei Tagen* gefragt wurde und durch die Rotation der Pflegekräfte nicht immer der Überblick über diesen vollständigen Zeitraum für jede Pflegeheimbewohnerin und jeden Pflegeheimbewohner bestand und zum anderen, dass die Pflegekräfte unter Umständen die Symptome und Belastungen der Bewohnerinnen und Bewohner durch den Personal- und Zeitmangel nicht korrekt einschätzten. Da zuerst gemeinsam mit den Pflegekräften der SPICT-DE™ erhoben wurde und anschließend der „IPOS Staff“ beantwortet werden sollte, könnte es bei der Beantwortung des „IPOS Staff“ durch die Pflegekräfte zu Verzerrungen gekommen sein.

Hiermit zeigt sich die große Bedeutung der sogenannten „Patient-reported Outcomes“ (PRO) oder „Patient-reported Outcome Measures“ (PROM) für die Anwendung in Pflegeheimen. Unter PRO/PROM werden sämtliche Berichte über den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten verstanden, die direkt von den Patientinnen und Patienten stammen, ohne dass diese Berichte von einer Ärztin, einem Arzt oder einer anderen Person interpretiert werden [88]. Dieser Definition wird der „IPOS Patient“ gerecht.

PRO/PROM finden bereits in zahlreichen Behandlungsmethoden Anwendung und können dabei helfen, eine patientenzentrierte Behandlung zu ermöglichen und können darüber hinaus zu einer besseren Selbstwirksamkeit führen [89]. Zu diesem Zweck könnte der „IPOS Patient“ sich als Instrument zur Erfassung der PRO/PROM bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern eignen und somit zu einer besseren Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner führen.

Dennoch konnte gezeigt werden, dass durch eine Fremdeinschätzung der Pflegekräfte trotzdem zumindest eine grobe Einschätzung der Symptome und Belastungen der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen kann. Dies ist daran zu erkennen, dass im Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung, bezogen auf das Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher, ein statistisch signifikanter und starker ($\Phi=0,461$) Zusammenhang dargestellt werden konnte.

Der Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung mittels IPOS sollte mit höheren Fallzahlen weiter eruiert werden, da hierfür noch Untersuchungen fehlen.

4.2.3.6 IPOS Limitationen

Die Fallzahl des „IPOS Staff“ war mit 58 geringer als in vergleichbaren Untersuchungen [57, 60, 62, 77].

Die Fallzahl des „IPOS Patient“ war mit 34 ebenfalls geringer als in den gleichen vergleichbaren Untersuchungen.

Darüber hinaus lag bei der Erhebung des IPOS eine systematische Verzerrung vor, da nur für diejenigen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner der IPOS erhoben werden konnte, bei denen eine Einwilligungserklärung der Bewohnerinnen und Bewohner selbst oder eine Einwilligungserklärung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer zur Durchführung der Studie vorlag. Der IPOS konnte somit nicht für nicht interessierte oder nicht auskunftsfähige Bewohnerinnen und Bewohner ohne gesetzliche Betreuung erhoben werden.

4.2.3.7 IPOS Fazit

Der IPOS ist ein wertvolles Instrument zur Erfassung der Symptome und Belastungen der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die diese am meisten beeinträchtigen. Mittels IPOS könnte die Kommunikation zwischen Pflegeheimbewohnerin bzw. Pflegeheimbewohner und der Hausärztin bzw. dem Hausarzt und die Kommunikation zwischen Pflegeheimbewohnerin bzw. Pflegeheimbewohner und Pflegepersonal durch den geringen Zeitaufwand bei der Befragung verbessert werden, damit die Symptome und Belastungen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern nicht übersehen werden.

Das überdurchschnittlich häufige Vorkommen des Symptoms *Eingeschränkte Mobilität* bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern führt sowohl beim Vorliegen von mindestens einem Symptom bzw. einer Belastung mit dem Wert „3“ oder höher, als auch beim Grenzwert für die Notwendigkeit einer SPV zu starken Verzerrungen. Da die eingeschränkte Mobilität ohnehin ein häufiger Grund dafür ist, dass eine Patientin oder ein Patient ins Pflegeheim einzieht [87], könnte eine Modifikation des IPOS notwendig sein, um diese Grenzwerte in der Population von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sinnvoll einzusetzen.

Die Modifikation des IPOS könnte darin bestehen, das Vorliegen des Symptoms *Eingeschränkte Mobilität* in den Ausprägungen „3“ oder höher nicht in die Bewertung der genannten Grenzwerte miteinfließen zu lassen.

Dies sollte jedoch in zukünftigen Untersuchungen mit höheren Fallzahlen weiter eruiert werden.

4.2.4 SPICT-DE™ und IPOS im Vergleich

Um den SPICT-DE™ und den IPOS im Vergleich zu betrachten, ist der Ansatz, den beide Instrumente verfolgen, zu erläutern.

Der SPICT-DE™ untersucht messbare Indikatoren, um einen Palliativbedarf und das Risiko eines Versterbens innerhalb eines Jahres zu erfassen. Es handelt sich folglich beim SPICT-DE™ um ein Instrument zur Einschätzung der Prognose der Patientinnen und Patienten.

Im Gegensatz dazu erfasst der IPOS in einer Selbst- und Fremdeinschätzung, wie sehr die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner durch bestimmte Symptome und Belastungen subjektiv zum Zeitpunkt der Befragung beeinträchtigt werden.

Deshalb ist eine Vergleichbarkeit der beiden Instrumente nicht gegeben, was sich auch in den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie zeigt (siehe Kapitel 3.7.4). Dennoch könnten sich SPICT-DE™ und IPOS in der Praxis gut ergänzen und gemeinsam angewendet werden, worauf im folgenden Kapitel weiter eingegangen werden soll.

4.3 Ausblick

Um, wie bereits mehrfach gefordert, eine Verbesserung der Palliativversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern zu erreichen [29, 31, 32, 35, 36], sollte zuerst der Palliativbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner erfasst werden. Die Hausärztinnen und Hausärzte nehmen hierbei eine Schlüsselrolle ein, da die Hauptverantwortung für die Palliativversorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner fast ausschließlich bei ihnen liegt. Die Hausärztinnen und Hausärzte können selbst eine AAPV durchführen, unter den in Kapitel 1.1.4.2 genannten Voraussetzungen auch eine qPV einsetzen oder durch die Verordnung einer SAPV auf die palliativmedizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner maßgeblich einwirken.

Durch diese große Verantwortung für die Palliativversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner wird deutlich, dass es der Unterstützung der Hausärztinnen und Hausärzte bedarf. Hierzu könnten die beiden Instrumente SPICT-DE™ und IPOS einen wichtigen Beitrag leisten.

Der SPICT-DE™ stellt sich als wertvolles Instrument zur Erfassung des Bedarfs an einer Palliativversorgung bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -

bewohnern heraus. Durch die klare Assoziation mit der Ein-Jahres-Mortalität könnte der SPICT-DE™ häufiger als alle zwölf Monate bei jeder Pflegeheimbewohnerin und jedem Pflegeheimbewohner angewendet werden, weil sich hierdurch ein frühzeitiger Bedarf an einer Palliativversorgung erkennen und die Prognose der Bewohnerinnen und Bewohner besser einschätzen lässt.

Es wäre denkbar, den SPICT-DE™ alle sechs Monate oder sogar häufiger für jede Pflegeheimbewohnerin und jeden Pflegeheimbewohner zu erheben, dies sollte jedoch in zukünftigen Untersuchungen weiter überprüft werden.

Der IPOS könnte vor jedem Besuch der Hausärztin bzw. des Hausarztes im Pflegeheim von der Bewohnerin bzw. dem Bewohner selbst durchgeführt werden, da so die Kommunikation auf die Symptome und Belastungen gelenkt werden könnte, die die Bewohnerinnen und Bewohner am meisten beeinträchtigen.

Ebenfalls könnte durch die Fremdeinschätzung mittels IPOS durch die Pflegekräfte eine bessere Kommunikation mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten erreicht werden. Hierzu würde es einer Schulung der Pflegekräfte bedürfen, damit der IPOS effektiv zur Fremdeinschätzung eingesetzt werden kann.

Außerdem konnte festgestellt werden, dass Schwellenkriterien für den Einbezug einer SAPV durch die Hausärztinnen und Hausärzte bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern fehlen. Solche Schwellenkriterien würden Hausärztinnen und Hausärzten die Entscheidung für eine Zusammenarbeit mit der SAPV erleichtern. Davon würden die betroffenen Patientinnen und Patienten wiederum profitieren. Mögliche und eventuell vermeidbare Krankenhauseinweisungen könnten durch den Einsatz von SAPV-Teams reduziert werden. Außerdem würde das hausärztliche Budget weniger stark beansprucht werden, da „die SAPV die nötigen Medikamente und Physiotherapie rezeptiert“ [21]. Trotzdem wären die Hausärztinnen und Hausärzte nach wie vor in der Lage, die Besuche ihrer Patientinnen und Patienten inklusive der neuen Palliativziffern abzurechnen, selbst wenn eine SAPV verordnet wurde [21].

SPICT-DE™ und IPOS könnten für die Entwicklung solcher Schwellenkriterien eine wichtige Grundlage bieten.

5 Zusammenfassung

Zur Erfassung des Palliativbedarfs von hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern wurden Heimleitungen von Pflegeeinrichtungen kontaktiert, in denen die drei teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen in Würzburg Patientinnen und Patienten betreuten und um die Möglichkeit einer Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gebeten.

Die Instrumente SPICT-DETM und IPOS wurden darauf geprüft, ob sie zur Erfassung des Palliativbedarfs von hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern geeignet sind und ob die Ergebnisse des SPICT-DETM und des IPOS vergleichbar sind. Weiterhin wurde überprüft, ob der SPICT-DETM für die Vorhersage einer Ein-Jahres-Mortalität von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern geeignet ist und es wurde die Selbst- und die Fremdeinschätzung mittels IPOS verglichen.

Der SPICT-DETM und der „IPOS Staff“ wurde für 58 Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohner und der „IPOS Patient“ zusätzlich für 34 dieser Bewohnerinnen und Bewohner in dem Zeitraum von Februar 2019 bis Februar 2020 erhoben.

Es wurde festgestellt, dass der SPICT-DETM nicht nur ein geeignetes Werkzeug darstellt, um den Palliativbedarf von hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu erfassen, sondern auch in der Lage ist, die Ein-Jahres-Mortalität von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern vorherzusagen.

Mit dem IPOS ist es möglich die Symptome und Belastungen, die die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner am meisten beeinträchtigen, einzuschätzen. Außerdem könnte der IPOS dazu beitragen, die Kommunikation zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und den Pflegekräften wie auch die Kommunikation zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu verbessern und stärker auf die individuellen Symptome und Belastungen Einfluss zu nehmen. Beim Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung mittels IPOS fiel auf, dass der „IPOS Patient“ geeignet ist, um die vorhandenen Symptome und Belastungen der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner genau zu erfassen und der

„IPOS Staff“ sich für eine grobe Einschätzung der Symptome und Belastungen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern eignet.

Zur Entwicklung von Schwellenkriterien für den Einbezug einer SAPV durch Hausärztinnen und Hausärzte könnten SPICT-DETM und IPOS eine wichtige Grundlage bieten.

6 Literaturverzeichnis

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Radbruch L, Wasner M, Maier B-O. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Über uns [Internet]. 2018 [Zugriff am: 03.07.2018]. unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/ueber-uns.html>.
2. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care 2002 [Internet]. 2002 [Zugriff am: 03.07.2018]. unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf.
3. European Association for Palliative Care. Definition of palliative care (English) [Internet]. 2011 [Zugriff am: 20.05.2021]. unter: <https://web.archive.org/web/20110116020958/http://www.eapcnet.org/about/definition.html>.
4. Husebø S, Klaschik E. Palliativmedizin Grundlagen und Praxis. 4. Auflage: Springer; 2006. S. 1.
5. Stolberg M. Die Geschichte der Palliativmedizin. 1. Auflage: Mabuse-Verlag; 2011. S. 240-251.
6. Schipanski D. 25 Jahre Palliativmedizin in Köln - 25 Jahre Palliativmedizin in Deutschland: Rückblick und Ausblick [Internet]. 2008 [Zugriff am: 20.05.2021]. unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/downloads/25%20Jahre%20Palliativmedizin%20in%20Deutschland.pdf>.
7. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. Zahlen, Daten und Fakten zur Hospiz- und Palliativarbeit [Internet]. 2021 [Zugriff am: 04.10.2021]. unter: https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html.
8. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. Anzahl der stationären Hospize und Palliativstationen [Abbildung]. [Zugriff am: 14.07.2018]. unter: https://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/Diagramm_StatHospizePallstationen2.jpg.
9. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. Ambulante Hospiz- und Palliativdienste für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche [Abbildung]. [Zugriff am:

14.07.2018]. unter:
https://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/Diagramm_AmbulanteHospizdienst.jpg.

10. Bayerische Landesärztekammer (BLÄK). Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 21. Oktober 2017 [Internet]. 2017 [Zugriff am: 08.07.2018]. unter:
http://www.blaek.de/weiterbildung/wbo_2010/index_WBO_10.htm.

11. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen [Internet]. 2018 [Zugriff am: 08.07.2018]. unter:
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=69449839&nummer=612&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=93240163.

12. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Mehr Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin [Internet]. 2021 [Zugriff am: 04.10.2021]. unter:
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17066.php>.

13. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) [Internet]. 2018 [Zugriff am: 19.08.2021]. unter:
<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html>.

14. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. 2020.

15. Schubert I, Heymans L, Fessler J. [General practitioners' guideline for palliative care. A survey of guideline acceptance in quality circles of primary medical care]. Med Klin (Munich). 2010;105(3):135-141.

16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut - Neue Leistungen im EBM [Internet]. 2017 [Zugriff am: 20.08.2021]. unter:
https://www.kbv.de/html/1150_30329.php.

17. Lindhammer S. Palliativziffern für Haus- und Fachärzte im Überblick [Internet]. der niedergelassene Arzt; 2017 [Zugriff am: 20.09.2021]. unter: <https://www.der-niedergelassene-arzt.de/praxis/news-details/wirtschaft/palliativziffern-fuer-haus-und-fachaerzte-im-ueberblick>.
18. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG). Bundesgesetzblatt. 2015;48.
19. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband. Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung [Internet]. 2016 [Zugriff am: 05.10.2021]. unter: https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf.
20. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) [Internet]. 2018 [Zugriff am: 19.08.2021]. unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html>.
21. Levin I, Albrecht E. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Stand der Dinge. Bayerisches Ärzteblatt. 2014(01/2014):15.
22. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Palliativversorgung -Modul 3- Überversorgung kurativ - Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende. Faktencheck Gesundheit. 2015.
23. GKV-Spitzenverband. Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012 [Internet]. 2012 [Zugriff am: 19.08.2021]. unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach__132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf.
24. Wasmund S. Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung [Internet]. [Zugriff am: 13.07.2018]. unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html>.
25. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pflegestatistik 2001 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse [Internet]. 2003 [Zugriff am: 01.06.2021]. unter:

https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012297/5224001019004.pdf;jsessionid=0C25D699A737A7F969CEBE0B1227F11D.

26. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2019 [Internet]. 2020 [Zugriff am: 01.06.2021]. unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile.

27. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR. Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) [Internet]. 2014 [Zugriff am: 09.07.2018]. unter: https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf.

28. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. AG "Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe" (DGP/DHPV) [Internet]. 2012 [Zugriff am: 10.07.2018]. unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/hospizkultur-und-palliativversorgung.html>.

29. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband. Positionspapier zur Entwicklung von „Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ [Internet]. 2015 [Zugriff am: 10.07.2018]. unter: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/AGAltenpflegePositionspapier.pdf>.

30. Kohl R, Jürchott K, Hering C, Gangnus A, Kuhlmeier A, Schwinger A. COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. S. 3-20.

31. Steffens B, Rose K. Palliativversorgung: Herausforderung für Pflegeheime [Internet]. Springer Medizin; 2014 [Zugriff am: 11.07.2018]. unter:

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/872244/palliativversorgung-herausforderung-pflegeheime.html.

32. Das Palliativ-Netzwerk Herne Wanne-Eickel Castrop-Rauxel e.V. Leitfaden Palliativversorgung und Hospizkultur in Pflegeheimen in Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel [Internet]. 2015 [Zugriff am: 10.07.2018]. unter: https://www.palliativ-netzwerk.de/Leitfaden_Palliativ_Netzwerk_AG_Heime_2015-1.pdf.

33. Schneider N, Mitchell G, Murray SA. Ambulante Palliativversorgung: Der Hausarzt als erster Ansprechpartner. Dtsch Arztebl International. 2010;107(19):A-925.

34. Bundesministerium für Gesundheit. Hospiz- und Palliativgesetz [Internet]. 2017 [Zugriff am: 16.09.2021]. unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html>.

35. Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA-Pflegeschatzbund). (K)ein guter Ort zum Sterben [Internet]. 2018 [Zugriff am: 16.09.2021]. unter: <https://www.biva.de/probleme-in-der-palliativversorgung/>.

36. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. Handreichung des DHPV - Empfehlungen der Fachgruppe ‚Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen‘ zur Zusammenarbeit und Kooperations- gestaltung von Mitgliedseinrichtungen mit stationären Pflegeeinrichtungen [Internet]. 2017 [Zugriff am: 16.09.2021]. unter: https://www.dhvp.de/files/public/themen/20170420_HR_Pflegeheime.pdf.

37. Boyd K, Murray S. Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) [Internet]. 2013 [Zugriff am: 27.04.2018]. unter: <https://www.spict.org.uk>.

38. Higginson IJ, Harding R, Murtagh F, Bausewein C, Benalia H, Ramsenthaler C, et al. Palliative care Outcome Scale POS and IPOS Summary [Internet]. 2012 [updated 2018; Zugriff am: 03.07.2018]. unter: <https://pos-pal.org/maix/pos-and-ipos-summary.php>.

39. Boyd K, Murray S. Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) About [Internet]. 2013 [updated 2018; Zugriff am: 27.04.2018]. unter: <https://www.spict.org.uk/about/>.

40. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):285-290.
41. Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, et al. Supportive und Palliative Care Indikatoren zur Einschätzung (SPICT™) [Internet]. 2016 [Zugriff am: 27.04.2018]. unter: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-de/>.
42. Afshar K, Feichtner A, Boyd K, Murray S, Jünger S, Wiese B, et al. Systematic development and adjustment of the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). *BMC palliative care*. 2018;17(1).
43. Afshar K, Müller-Mundt G, Schneider N. Wie können Patienten mit chronisch fortschreitenden nicht-onkologischen Erkrankungen erkannt werden, bei denen eine Palliativversorgung sinnvoll ist? *Zeitschrift für Palliativmedizin*. 2016;17(03):133 - 138.
44. Boyd K, Murray S. Using SPICT™ [Internet]. 2013 [updated 2018; Zugriff am: 27.04.2018]. unter: <https://www.spict.org.uk/using-spict/>.
45. 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(2):220-224.
46. Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit Publikationen (L 8). Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) [Internet]. [Zugriff am: 16.05.2018]. unter: <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/pflege-details/erklaerung/pflegestaerkungsgesetz-ii-psg-ii/>.
47. Bundesministerium für Gesundheit, Kautz H. Pflegebedürftigkeit [Internet]. [Zugriff am: 16.05.2018]. unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftigkeit/?L=0>.
48. Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG Klinische Ernährung in der Geriatrie – Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed*. 2013;38:e1–e48.

49. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). ICD-10-GM Version 2018 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification – [Internet]. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017 [Zugriff am: 20.05.2018]. unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/>.
50. Aulbert E, Zech D. Lehrbuch der Palliativmedizin. 1. Nachdruck: Schattauer 2000. S. 414.
51. Geier A, Klein I. Leberzentrum Würzburg Für welche Patienten kommt eine Lebertransplantation nicht infrage? [Internet]. [Zugriff am: 04.05.2021]. unter: http://www.leberzentrum-wuerzburg.de/?page_id=1073.
52. Mudge AM, Douglas C, Sansome X, Tresillian M, Murray S, Finnigan S, et al. Risk of 12-month mortality among hospital inpatients using the surprise question and SPICT criteria: a prospective study. *BMJ Support Palliat Care*. 2018;8(2):213-220.
53. Liyanage T, Mitchell G, Senior H. Identifying palliative care needs in residential care. *Australian journal of primary health*. 2018;24(6):524-529.
54. Higginson IJ, Harding R, Murtagh F, Bausewein C, Benalia H, Ramsenthaler C, et al. Palliative care Outcome Scale About Us [Internet]. 2012 [Zugriff am: 03.07.2018]. unter: <https://pos-pal.org/maix/about-us.php>.
55. Higginson IJ, Harding R, Murtagh F, Bausewein C, Benalia H, Ramsenthaler C, et al. POS early development [Internet]. 2012 [Zugriff am: 26.08.2021]. unter: <https://pos-pal.org/maix/background.php>.
56. Higginson IJ, Harding R, Murtagh F, Bausewein C, Benalia H, Ramsenthaler C, et al. Palliative care Outcome Scale IPOS translations German IPOS [Internet]. 2012 [Zugriff am: 03.07.2018]. unter: <https://pos-pal.org/maix/ipos-translations.php#german>.
57. Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity,

reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med.* 2019;33(8):1045-1057.

58. Schnell M, Schulz-Quach C. *Basiswissen Palliativmedizin*. 3., völlig überarbeitete Auflage: Springer; 2019. S. 30.

59. Higginson IJ, Harding R, Murtagh F, Bausewein C, Benalia H, Ramsenthaler C, et al. Palliative care Outcome Scale How to score IPOS [Internet]. 2012 [Zugriff am: 29.05.2021]. unter: <https://pos-pal.org/maix/how-to-score.php>.

60. Roch C, Schendzielorz P, Scherzad A, van Oorschot B, Scheich M. Bedürfnisse und Belastungen von palliativmedizinisch mitbetreuten Patienten mit fortgeschrittenen und/oder metastasierten Kopf-Hals-Tumoren. *HNO.* 2020;68(7):510-516.

61. Ramsenthaler C, Haberland B, Heußner P, Dreyling M, Ostermann H, Hiddemann W, et al. Identifying patients with cancer appropriate for early referral to palliative care using the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) – deriving valid cut- points for screening [Poster]. München: Ludwig-Maximilians-Universität München.

62. Roch C, Palzer J, Zetzl T, Störk S, Frantz S, van Oorschot B. Utility of the integrated palliative care outcome scale (IPOS): a cross-sectional study in hospitalised patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(8):702-710.

63. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. 2015.

64. Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Zeitschrift für Palliativmedizin.* 2011;12(05):216-227.

65. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) [Internet]. 2015 [Zugriff am: 19.08.2021]. unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche_Gesellschaft_für_Palliativmedizin_Stellungnahme_zum_HPG.pdf.

66. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. Was ist Geriatrie? [Internet]. [Zugriff am: 07.06.2021]. unter: <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie>.
67. Heusinger von Waldegg G, Pfisterer M. [Palliative needs of geriatric patients]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2019;144(24):1686-1690.
68. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care. *J Pain Symptom Manage.* 2019;57(2):266-272.e261.
69. Woolfield A, Mitchell G, Kondalsamy-Chennakesavan S, Senior H. Predicting Those Who Are at Risk of Dying within Six to Twelve Months in Primary Care: A Retrospective Case-Control General Practice Chart Analysis. *J Palliat Med.* 2019;22(11):1417-1424.
70. 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). *Ger Med Sci.* 2020;18:Doc02.
71. van Wijmen MPS, Schweitzer BPM, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD. Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: the Surprise Question versus the SPICT. *Fam Pract.* 2020;37(5):641-647.
72. Piers R, De Brauwier I, Baeyens H, Velghe A, Hens L, Deschepper E, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool prognostic value in older hospitalised patients: a prospective multicentre study. *BMJ Support Palliat Care.* 2021.
73. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NK. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj.* 2017;189(13):E484-e493.
74. Afshar K, Schneider N, Müller-Mundt G. Erprobung des Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) in Hausarztpraxen – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Palliativmedizin.* 2018;19(05):e40-e41.
75. Nicholson C, Davies JM, George R, Smith B, Pace V, Harris L, et al. What are the main palliative care symptoms and concerns of older people with multimorbidity?-a comparative cross-sectional study using routinely collected Phase of Illness, Australia-

modified Karnofsky Performance Status and Integrated Palliative Care Outcome Scale data. *Ann Palliat Med.* 2018;7(Suppl 3):S164-s175.

76. Beck I, Olsson Möller U, Malmström M, Klarare A, Samuelsson H, Lundh Hagelin C, et al. Translation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale including cognitive interviewing with patients and staff. *BMC palliative care.* 2017;16(1):49.

77. Sandham MH, Medvedev ON, Hedgecock E, Higginson IJ, Siegert RJ. A Rasch Analysis of the Integrated Palliative Care Outcome Scale. *J Pain Symptom Manage.* 2019;57(2):290-296.

78. Lind S, Wallin L, Fürst CJ, Beck I. The integrated palliative care outcome scale for patients with palliative care needs: Factors related to and experiences of the use in acute care settings. *Palliat Support Care.* 2019;17(5):561-568.

79. Higginson IJ, Harding R, Murtagh F, Bausewein C, Benalia H, Ramsenthaler C, et al. Integrated POS (IPOS) for Dementia and Translations [Internet]. 2012 [Zugriff am: 09.06.2021]. unter: <https://pos-pal.org/maix/ipos-dem.php>.

80. Ellis-Smith C, Evans CJ, Murtagh FE, Henson LA, Firth AM, Higginson IJ, et al. Development of a caregiver-reported measure to support systematic assessment of people with dementia in long-term care: The Integrated Palliative care Outcome Scale for Dementia. *Palliat Med.* 2017;31(7):651-660.

81. Mücke AK. Ermittlung der Versorgungswünsche von Pflegeheimbewohnern in Bezug auf das Lebensende [Dissertation]. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität Würzburg; 2017.

82. Scott PA, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, et al. Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective. *Br J Nurs.* 2003;12(3):158-168.

83. Andresen M, Puggaard L. Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. *BMC Geriatrics.* 2008;8(1):32.

84. Svidén G, Wikström B-M, Hjortsjö-Norberg M. Elderly Persons' Reflections on Relocating to Living at Sheltered Housing. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2002;9(1):10-16.
85. Aronson P, Mahler C. Menschenrechte in der Pflegepraxis - Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen. Deutsches Institut für Menschenrechte. 2016.
86. Fuhr I. Der Übergang von Kuration zu Palliation aus ärztlicher Sicht [Dissertation]. Lübeck: Universität zu Lübeck; 2013.
87. Toot S, Swinson T, Devine M, Challis D, Orrell M. Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(2):195-208.
88. Yamaguchi T, Kawaguchi T, Miyaji T. [Patient Reported Outcome(PRO)in Oncology]. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2019;46(9):1345-1356.
89. Hostettler S, Kraft E, Bosshard C. Patient-reported outcome measures: Die Patientensicht zählt. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2018;99(40):1348-1352.

Appendix

I. Abkürzungsverzeichnis

AAPV	.....	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
DGP	.....	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
GFR	.....	Glomeruläre Filtrationsrate
IPOS	.....	Integrated Palliative Care Outcome Scale
IPOS Patient	.....	IPOS Patient version, 3 day recall period in German
IPOS Staff	.....	IPOS Staff version, 3 day recall period in German
POS	.....	Palliative care Outcome Scale
PRO	.....	Patient-reported Outcomes
PROM	.....	Patient-reported Outcome Measures
qPV	.....	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
SAPV	.....	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SPICT	.....	Supportive and Palliative Care Indicators Tool
SPV	.....	Spezialisierte Palliativversorgung
SQ	.....	Surprise Question

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der stationären Hospize und Palliativstationen (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken der Abbildung in dieser Dissertation wurde am 06.07.2018 von Herrn Benno Bolze erteilt) [8]	3
Abbildung 2: Ambulante Hospiz- und Palliativdienste für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken der Abbildung in dieser Dissertation wurde am 06.07.2018 von Herrn Benno Bolze erteilt) [9]	4
Abbildung 3: Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin [11, 12].....	4
Abbildung 4: Studienpopulation	31
Abbildung 5: Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	32

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studienpopulation nach Heimen.....	31
Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	32
Tabelle 3: SPICT-DE™ 1. Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (n=58).....	33
Tabelle 4: SPICT-DE™ 2. Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen (n=58).....	35
Tabelle 5: IPOS Staff (n=58).....	38
Tabelle 6: IPOS Staff - Gesamtscore (n=58).....	38
Tabelle 7: IPOS Staff - offene Fragen.....	39
Tabelle 8: IPOS Patient (n=34).....	41
Tabelle 9: IPOS Patient - Gesamtscore (n=34).....	41
Tabelle 10: IPOS Patient - offene Fragen.....	42
Tabelle 11: Palliativbehandlung und Symptome und Belastungen im „IPOS Staff“.....	44
Tabelle 12: Palliativbehandlung und Symptome und Belastungen im "IPOS Patient"..	45
Tabelle 13: Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Palliativbehandlung.....	46
Tabelle 14: Zusammenhang zwischen positivem SPICT-DE™ und Ein-Jahres-Mortalität.....	46
Tabelle 15: IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung - Grenzwert für SPV.....	91
Tabelle 16: IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung - mindestens ein klinisch relevantes Symptom bzw. eine klinisch relevante Belastung.....	91
Tabelle 17: IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung - mindestens ein Item 3 oder höher auf der Likert-Skala (p=0,024).....	91
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen „IPOS Staff“ SPV Grenzwert und Palliativbehandlung.....	92
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen "IPOS Patient" SPV Grenzwert und Palliativbehandlung.....	92
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen „IPOS Staff“ mindestens ein klinisch relevantes Symptom/Belastung und Palliativbehandlung.....	92
Tabelle 21: Zusammenhang zwischen „IPOS Patient“ mindestens ein klinisch relevantes Symptom/Belastung und Palliativbehandlung.....	93

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen „IPOS Staff“ mindestens ein Symptom/Belastung 3 oder höher auf der Likert-Skala und Palliativbehandlung	93
Tabelle 23: Zusammenhang zwischen „IPOS Patient“ mindestens ein Symptom/Belastung 3 oder höher auf der Likert-Skala und Palliativbehandlung.....	93
Tabelle 24: Zusammenhang SPICT-DE™ positiv und IPOS Grenzwert für SPV erreicht	94
Tabelle 25: Zusammenhang SPICT-DE™ positiv und IPOS mindestens ein klinisch relevantes Symptom bzw. eine klinisch relevante Belastung.....	94
Tabelle 26: Zusammenhang SPICT-DE™ positiv und IPOS mindestens ein Symptom bzw. eine Belastung mit dem Wert 3 oder höher auf der Likert-Skala	95

IV. Anhang

SPICT-DE™ (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken des SP ICT-DE™ in dieser Dissertation wurde am 23.08.2021 von Herrn Kambiz Afshar erteilt) [41]



Supportive und Palliative Care Indikatoren zur Einschätzung (SP ICT™)



**SP ICT-DE™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder auch der Tod eintreten könnte.
Einschätzung des Palliative Care-Bedarfes.**

Achten Sie auf zwei oder mehr Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes

- Ungeplante stationäre Aufnahmen.
- Allgemeinzustand sehr reduziert oder abnehmend, (Patient verbringt mehr als 50% des Tages im Bett oder im Liegestuhl) Besserung unwahrscheinlich.
- Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher oder mentaler Gesundheitsprobleme.
- Zusätzliche Unterstützung für die Betreuenden ist erforderlich .
- Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen 3 - 6 Monaten und/oder niedriger Body-Mass-Index.
- Dauerhafte, belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).
- Patient und/oder Angehörige wünschen eine palliative Betreuung, Therapiebegrenzung oder Fokussierung auf Lebensqualität.

Klinische Indikatoren fortgeschrittener Erkrankungen

Krebserkrankung

Funktionsfähigkeit verschlechtert sich aufgrund einer fortschreitenden Krebserkrankung.

Zu schwach für eine Krebsbehandlung oder die Behandlung dient der Symptomkontrolle.

Demenz/Gebrechlichkeit

Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich.

Verlust des Interesses am Essen und Trinken, Schluckstörungen; Harn- und Stuhlinkontinenz.

Nicht mehr in der Lage verbal zu kommunizieren; geringe soziale Interaktion.

Oberschenkelhalsfraktur; mehrfache Sturzereignisse.

Wiederholte fieberhafte Episoden oder Infekte; Aspirationspneumonie.

Neurologische Erkrankung

Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und/oder kognitiven Leistung trotz optimaler Therapie.

Sprachstörungen und zunehmende Probleme bei der Kommunikation und/oder zunehmende Schluckstörungen.

Wiederholte Aspirationspneumonie; Atemnot oder Lungenversagen.

Herz-/Gefäßerkrankung

Herzinsuffizienz NYHA Klasse III/IV oder nicht behandelbare koronare Herzerkrankung mit:

- Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung.

Schwere, inoperable periphere vaskuläre Erkrankung.

Atemwegserkrankungen

Schwere chronische Lungenerkrankung mit:

- Atemnot in Ruhe oder bei geringer körperlicher Belastung zwischen Exazerbationen.

Benötigte Beatmung bei Ausfall der Atmung oder Beatmung ist kontraindiziert.

Nierenerkrankung

Chronische Nierenerkrankung Stadium 4 oder 5 (eGFR < 30ml/min) mit AZ-Verschlechterung.

Nierenversagen, welches andere lebenslimitierende Erkrankungen oder Behandlungen beeinträchtigt.

Beendigung der Dialyse.

Lebererkrankung

Fortgeschrittene Leberzirrhose mit einer oder mehreren Komplikationen im vergangenen Jahr:

- Diuretikum-resistente Aszites
- Hepatische Enzephalopathie
- Hepatorenales Syndrom
- Bakterielle Peritonitis
- Rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen

Lebertransplantation ist kontraindiziert.

Überprüfung aktueller Betreuung und Planung

- Überprüfung der aktuellen Behandlung und Medikation, so dass der Patient die bestmögliche Versorgung erhält.
- Beurteilung durch ein Palliative Care-kompetentes Team, wenn Symptome oder Bedürfnisse komplex und schwierig zu behandeln sind.
- Vereinbarung über die aktuellen und künftigen Betreuungsziele und vorausschauende Planung mit dem Patienten und seiner Familie.
- Vorausplanung, wenn das Risiko besteht, dass der Patient seine Entscheidungskompetenz verliert.
- Erstellung eines Behandlungsplanes mit Vereinbarungen für Krisensituationen. Koordinierung der Versorgung.

Bitte melden Sie sich auf der SP ICT Website für Informationen und Updates an (www.spict.org.uk)

SP ICT-DE™, April 2016

IPOS Staff version, 3 day recall period in German (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken des IPOS Staff version, 3 day recall period in German in dieser Dissertation wurde am 19.08.2021 von Frau Prof. Claudia Bausewein erteilt) [56]

IPOS Mitarbeiter Version

Name: Datum:

F1. Welche Hauptprobleme hatte der Patient* in den letzten 3 Tagen?

1.
2.
3.

F2. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr der Patient in den letzten 3 Tagen von folgenden Symptomen beeinträchtigt war:

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark	Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die aus Ihrer Sicht den Patienten in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Um die Fragen möglichst kurz zu halten, wird im Folgenden nur „der Patient“ genannt; Gemeint ist immer „die Patientin/der Patient“.

In den letzten 3 Tagen:

	<i>Gar nicht</i>	<i>Selten</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Meistens</i>	<i>Immer</i>	<i>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)</i>
F3. War der Patient wegen seiner Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. Waren die Familie/ Freunde des Patienten seinetwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. Denken Sie, dass er traurig bedrückt war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Gar nicht</i>	<i>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)</i>
F6. Denken Sie, dass er im Frieden mit sich selbst war?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. Konnte der Patient seine Gefühle mit seiner Familie oder seinen Freunden teilen, so viel wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. Hat der Patient so viele Informationen erhalten, wie er wollte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Probleme angegangen/ Keine Probleme</i>	<i>Probleme größtenteils/ angegangen</i>	<i>Probleme teilweise angegangen</i>	<i>Probleme kaum angegangen</i>	<i>Probleme nicht angegangen</i>	<i>Nicht beurteilbar (z. B. bewusstlos)</i>
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge seiner Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPOS Patient version, 3 day recall period in German (die schriftliche Erlaubnis zum Abdrucken des IPOS Patient version, 3 day recall period in German in dieser Dissertation wurde am 19.08.2021 von Frau Prof. Claudia Bausewein erteilt) [56]

IPOS Patienten Version

Name: Datum:.....

F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten 3 Tagen?

1.
2.
3.

F2. Unten finden Sie eine Liste mit Symptomen, die Sie unter Umständen haben. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>Mäßig</i>	<i>Stark</i>	<i>Extrem stark</i>
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Übelkeit (<i>das Gefühl erbrechen zu müssen</i>)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

In den letzten 3 Tagen:

	<i>Gar nicht</i>	<i>Selten</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Meistens</i>	<i>Immer</i>
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihre wegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Gar nicht</i>
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Probleme angegangen Keine Probleme</i>	<i>Probleme größtenteils angegangen</i>	<i>Probleme teilweise angegangen</i>	<i>Probleme kaum angegangen</i>	<i>Probleme nicht angegangen</i>
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Ich alleine</i>	<i>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes</i>	<i>Mit Hilfe eines Mit- arbeiters</i>
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind,
sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.*

Teilnahmeinformationen für die Bewohnerinnen und Bewohner

Universitätsklinikum Würzburg

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Direktor: Prof. Dr. M. Flentje
Ltd. Oberärztin: Prof. Dr. B. van Oorschot



TEILNAHMEINFORMATIONEN FÜR DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

zur Studie

Erfassung des Palliativbedarfs bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern

Sehr geehrte Damen und Herren,

im folgenden Informationsschreiben möchten wir Sie über ein am Universitätsklinikum Würzburg durchgeführtes Forschungsprojekt informieren und bitten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit.

1. Informationen zur Studie

Die vorliegende Studie möchte den Bedarf an palliativer Versorgung bei BewohnerInnen von Pflegeheimen erfassen und detailliert analysieren. Sollte sich zeigen, dass ein bisher möglicherweise unterschätzter Bedarf besteht, sollte das besondere Aufmerksamkeit erfahren und zu einer Verbesserung von palliativmedizinischer Versorgung in Pflegeheimen beitragen.

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (Definition der WHO 2002)

Auch wenn Sie selbst nicht zu denjenigen Patienten gehören, bei denen eine palliative Therapie durchgeführt werden sollte, könnte sich auch Ihre Versorgung durch diese Studie verbessern.

Die Studie wird vom Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Würzburg im Rahmen einer Doktorarbeit an Würzburger Pflegeheimen durchgeführt.

2. Wie können Sie helfen?

Wir bitten Sie um die Teilnahme an einer kurzen Befragung anhand eines dafür erstellten Fragebogens. Die Befragung wird ca. 15 bis 20 Minuten dauern.



Zusätzlich möchten wir die Pflegenden Ihres Pflegeheims sowie Ihren behandelnden Arzt befragen. Hierfür müssten Sie uns die Erlaubnis mit Hilfe einer Schweigepflichtentbindung erteilen. Diese finden Sie in der beiliegenden Einwilligungserklärung.

3. Wer führt die Befragung durch?

Die Befragung wird von Herrn cand. med. Niklas Nürnberg, Doktorand am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin in Würzburg, durchgeführt. Der Doktorand unterliegt dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

4. Sind Sie verpflichtet an der Studie teilzunehmen?

Nein, die Teilnahme ist freiwillig. Auch falls Sie einverstanden sind an der Studie teilzunehmen, können Sie dieses Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch Ihre Teilnahme helfen Sie die Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern.

5. Was passiert mit den erhobenen Daten?

Ihr Name und sämtliche anderen persönlichen Daten werden in der veröffentlichten Studie nicht erwähnt. Die erhobenen Daten werden pseudonymisiert, das heißt, dass jedem Studienteilnehmer eine Studiennummer zugeordnet wird. Diese Studiennummer ist eine Kombination aus Zahlen und Buchstaben und lässt sich nur mittels einer Verschlüsselungstabelle auf Ihren Vor- und Nachnamen sowie Ihr Geburtsdatum zurückführen. Auf den ausgefüllten Fragebögen findet sich lediglich diese Studiennummer. Die Verschlüsselungstabelle sowie die von Ihnen unterzeichnete Einwilligungserklärung werden getrennt aufbewahrt. Der Zugriff auf diese Dokumente ist auf folgende Personen beschränkt: Frau Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot, Herr Dr. med. Sebastian Schiel und Herr cand. med. Niklas Nürnberg.

6. Wie lange werden die Daten aufbewahrt?

Die Daten werden für einen Zeitraum von 5 Jahren gespeichert und anschließend datenschutzgerecht entsorgt. Falls Sie Ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen, werden Ihre Daten umgehend datenschutzgerecht entsorgt.

7. An wen können Sie sich bei Fragen wenden?

Für Ihre Rückfragen stehen wir natürlich gerne zur Verfügung. Unten finden Sie die Ansprechpartner.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!



Teilnahmeinformationen für Betreuer der Bewohnerinnen und Bewohner

Universitätsklinikum Würzburg

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Direktor: Prof. Dr. M. Flentje
Ltd. Oberärztin: Prof. Dr. B. van Oorschot



TEILNAHMEINFORMATIONEN FÜR BETREUER DER BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

zur Studie

Erfassung des Palliativbedarfs bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern

Sehr geehrte Damen und Herren,

im folgenden Informationsschreiben möchten wir Sie über ein am Universitätsklinikum Würzburg durchgeführtes Forschungsprojekt informieren und bitten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit.

1. Informationen zur Studie

Die vorliegende Studie möchte den Bedarf an palliativer Versorgung bei BewohnerInnen von Pflegeheimen erfassen und detailliert analysieren. Sollte sich zeigen, dass ein bisher möglicherweise unterschätzter Bedarf besteht, sollte das besondere Aufmerksamkeit erfahren und zu einer Verbesserung von palliativmedizinischer Versorgung in Pflegeheimen beitragen.

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (Definition der WHO 2002)

Auch wenn die von Ihnen betreuten BewohnerInnen selbst nicht zu denjenigen Patienten gehören, bei denen eine palliative Therapie durchgeführt werden sollte, könnte sich auch die Versorgung der von Ihnen betreuten BewohnerInnen durch diese Studie verbessern.

Die Studie wird vom Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Würzburg im Rahmen einer Doktorarbeit an Würzburger Pflegeheimen durchgeführt.

2. Wie können Sie helfen?

Wir bitten die von Ihnen betreuten BewohnerInnen um die Teilnahme an einer kurzen Befragung anhand eines dafür erstellten Fragebogens. Die Befragung wird ca. 15 bis 20 Minuten dauern.



Zusätzlich möchten wir die Pflegenden des Pflegeheims sowie den behandelnden Arzt der betreuten Bewohnerinnen befragen. Hierfür müssten Sie uns die Erlaubnis mit Hilfe einer Schweigepflichtentbindung erteilen. Diese finden Sie in der beiliegenden Einwilligungserklärung.

3. Wer führt die Befragung durch?

Die Befragung wird von Herrn cand. med. Niklas Nürnberg, Doktorand am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin in Würzburg, durchgeführt. Der Doktorand unterliegt dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

4. Sind die von Ihnen betreuten BewohnerInnen verpflichtet an der Studie teilzunehmen?

Nein, die Teilnahme ist freiwillig. Auch falls Sie oder die von Ihnen betreuten BewohnerInnen einverstanden sind an der Studie teilzunehmen, können Sie dieses Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch Ihre Teilnahme helfen Sie die Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern.

5. Was passiert mit den erhobenen Daten?

Ihr Name sowie der Name der von Ihnen betreuten BewohnerInnen und sämtliche anderen persönlichen Daten tauchen in der veröffentlichten Studie nicht auf. Die erhobenen Daten werden pseudonymisiert, das heißt, dass jedem Studienteilnehmer eine Studiennummer zugeordnet wird. Diese Studiennummer ist eine Kombination aus Zahlen und Buchstaben und lässt sich nur mittels einer Verschlüsselungstabelle auf Ihren Vor- und Nachnamen sowie Ihr Geburtsdatum zurückführen. Auf den ausgefüllten Fragebögen findet sich lediglich diese Studiennummer. Die Verschlüsselungstabelle sowie die von Ihnen unterzeichnete Einwilligungserklärung werden getrennt aufbewahrt. Der Zugriff auf diese Dokumente ist auf folgende Personen beschränkt: Frau Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot, Herr Dr. med. Sebastian Schiel und Herr cand. med. Niklas Nürnberg.

6. Wie lange werden die Daten aufbewahrt?

Die Daten werden für einen Zeitraum von 5 Jahren gespeichert und anschließend datenschutzgerecht entsorgt. Falls Sie Ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen, werden Ihre Daten umgehend datenschutzgerecht entsorgt.

7. An wen können Sie sich bei Fragen wenden?

Für Ihre Rückfragen stehen wir natürlich gerne zur Verfügung. Unten finden Sie die Ansprechpartner.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!



Informationen zum Datenschutz gem. DSGVO

Universitätsklinikum Würzburg

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Direktor: Prof. Dr. M. Flentje
Ltd. Oberärztin: Prof. Dr. B. van Oorschot



Informationen zum Datenschutz gem. DSGVO

Zur Studie

Erfassung des Palliativbedarfs bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern

Die in diesem Projekt für die Datenverarbeitung verantwortliche Person ist Frau Prof. Birgitt van Oorschot.

Betroffene Personen haben nach Maßgabe der entsprechenden Regelung der DSGVO das Recht auf Auskunft (Art. 15) über die sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten oder auf Löschung (Art. 16, 17). Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18) und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Werden Daten auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. f DSGVO verarbeitet (Datenverarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen), steht der betroffenen Person das Recht zu, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen. Nach Eingang eines Widerspruchs verarbeiten wir die personenbezogenen Daten nicht mehr, es sei denn, es liegen nachweisbar zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Dies ergibt sich aus Art. 77 DSGVO. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen. Für das Universitätsklinikum Würzburg ist dies der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München.

Datenschutzbeauftragter des Universitätsklinikums Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
97080 Würzburg
Stabsstelle Datenschutz, Compliance und Organisation
Leitung: Stefan Reiter
Tel.: +49 931 201-55485
E-mail: datenschutz@ukw.de



Einwilligungserklärung

Universitätsklinikum Würzburg

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Direktor: Prof. Dr. M. Flentje
Ltd. Oberärztin: Prof. Dr. B. van Oorschot



Einwilligungserklärung

Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie zur Erfassung des Palliativbedarfs bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern

Teilnehmerin/Teilnehmer:

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

Bei gesetzlicher Betreuung: Betreuer:

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

Ich bin ausreichend über Art und Umfang der Studie aufgeklärt worden und habe die Teilnahmeinformationen zur Studie „Erfassung von Palliativbedarf bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern“ erhalten.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz gem. DSGVO erhalten.

Ich hatte ausreichend Möglichkeit offene Fragen zum Ablauf und zum Inhalt der Studie zu stellen und bin damit einverstanden, dass die aufgezeichneten Studiendaten in pseudonymisierter Form verwendet werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen, meine Teilnahme erfolgt freiwillig.

Ich entbinde alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten an die Verantwortlichen der Studie Frau Prof. Birgit van Oorschot, Herrn Dr. med. Sebastian Schiel und Herrn cand. med. Niklas Nürnberg herausgegeben und von ihnen verwertet werden dürfen.

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen von dieser Einwilligungserklärung zurücktreten kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Teilnehmers bzw. des gesetzlichen Betreuers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Befragenden)



Fallzahlberechnung für das Versuchsvorhaben



Fallzahlberechnung für das Versuchsvorhaben "Erfassung von Palliativbedarf bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnern mittels SPICT"

Bisherigen Einschätzungen nach¹ liegt der Palliativbedarf bei 10-15%. Im Gegensatz dazu schätzten Bock et al.² den Palliativbedarf in einer Studie an einem belgischen Universitätsklinikum im Jahr 2014 auf 54.7%.

In der vorliegenden Studie soll der Palliativbedarf bei bei hausärztlich versorgten Pflegeheimbewohnern in Würzburg und Sommerhausen mittels SPICT erfasst und mit bisherigen Schätzungen des Palliativbedarfs verglichen werden.

Mit Hilfe des Binomialtests wird die beobachtete Prävalenz für Palliativbedarf, gemessen mit Hilfe des SPICT als dichotome Größe, mit der angegebenen Prävalenz von 15% verglichen.

In der folgenden Tabelle sind die Fallzahlen angegeben, die benötigt werden, um mit einem Signifikanzniveau von 0.05 und einer Power von 0.80 Effekte der angegebenen Größenordnung aufdecken zu können:

Prävalenz unter H_0	Prävalenz unter H_A	Differenz	N
0.15	0.547	0.397	8
0.15	0.500	0.350	11
0.15	0.400	0.250	20
0.15	0.300	0.150	53

Mit einer Fallzahl von $N = 53$ Patienten lässt sich ein zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall der Breite 0.26 schätzen, wenn die aus der Stichprobe geschätzte Wahrscheinlichkeit bei 0.3 liegt (Konfidenzintervall: [0.182-0.441]). Bei gleichbleibender Fallzahl ($N = 53$) steigt mit steigendem Effekt auch die Präzision des Konfidenzintervalls.

Die Fallzahlberechnung und Präzisionsschätzung wurde mit PASS Version 15 durchgeführt.

Würzburg, den 5. September 2018

Carolin Malsch

¹Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, L. Radbruch und S. Payne, 2011 und S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 2015

²Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. R. De Bock, N. Van Den Noortgate und R. Piers, J Palliat Med. 21(2):220-224, 2018

IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung

Tabelle 15: IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung - Grenzwert für SPV

		„IPOS Staff“ SPV Grenzwert erreicht		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
„IPOS Patient“ SPV Grenzwert erreicht	Ja	4 (11,8)	10 (29,4)	14 (41,2)
	Nein	3 (8,8)	17 (50)	20 (58,8)
	Gesamt	7 (20,6)	27 (79,4)	34 (100)
Pearson-Chi-Quadrat (Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,283, p=0,595		Phi=0,165, p=0,335		

Tabelle 16: IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung - mindestens ein klinisch relevantes Symptom bzw. eine klinisch relevante Belastung

		„IPOS Staff“ mind. ein klinisch relevantes Symptom/Belastung		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
„IPOS Patient“ mind. ein klinisch relevantes Symptom/Belastung	Ja	29 (85,3)	4 (11,8)	33 (97,1)
	Nein	0 (0)	1 (2,9)	1 (2,9)
	Gesamt	29 (85,3)	5 (14,7)	34 (100)
Pearson-Chi-Quadrat (Kontinuitätskorrektur nach Yates)=1,023, p=0,312		Phi=0,419, p=0,015		

Tabelle 17: IPOS Zusammenhang Selbst- und Fremdeinschätzung - mindestens ein Item 3 oder höher auf der Likert-Skala (p=0,024)

		„IPOS Staff“ mind. ein Item 3 oder höher		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
„IPOS Patient“ mind. ein Item 3 oder höher	Ja	19 (55,9)	8 (23,5)	27 (79,4)
	Nein	1 (2,9)	6 (17,6)	7 (20,6)
	Gesamt	20 (58,8)	14 (41,2)	34 (100)
Pearson-Chi-Quadrat (Kontinuitätskorrektur nach Yates)=5,089, p=0,024		Phi=0,461, p=0,007		

Zusammenhang zwischen IPOS und Palliativbehandlung

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen „IPOS Staff“ SPV Grenzwert und Palliativbehandlung

		„IPOS Staff“ SPV Grenzwert erreicht		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	4 (6,9)	6 (10,3)	10 (17,2)
	Nein	17 (29,3)	31 (53,4)	48 (82,8)
	Gesamt	21 (36,2)	37 (63,8)	58 (100)

Pearson-Chi-Quadrat=0,075 p=0,784 Phi=0,036, p=0,784

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen "IPOS Patient" SPV Grenzwert und Palliativbehandlung

		„IPOS Patient“ SPV Grenzwert erreicht		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	2 (5,9)	4 (11,8)	6 (17,4)
	Nein	12 (35,3)	16 (47,1)	28 (82,4)
	Gesamt	14 (41,1)	20 (58,8)	34 (100)

Pearson-Chi-Quadrat(Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,0, p=1,0 Phi=-0,074, p=0,667

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen „IPOS Staff“ mindestens ein klinisch relevantes Symptom/Belastung und Palliativbehandlung

		„IPOS Staff“ mind. ein klinisch relevantes Symptom/Belastung		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	10 (17,2)	0 (0)	10 (17,2)
	Nein	42 (72,4)	6 (10,3)	48 (82,8)
	Gesamt	52 (89,7)	6 (10,3)	58 (100)

Pearson-Chi-Quadrat=1,394 p=0,238 Phi=0,155, p=0,238

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen „IPOS Patient“ mindestens ein klinisch relevantes Symptom/Belastung und Palliativbehandlung

		„IPOS Patient“ mind. ein klinisch relevantes Symptom/Belastung		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	6 (17,6)	0 (0)	6 (17,6)
	Nein	27 (79,4)	1 (2,9)	28 (82,4)
	Gesamt	33 (97,1)	1 (2,9)	34 (100)

Pearson-Chi-Quadrat(Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,0, p=1,0 Phi=0,081, p=0,638

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen „IPOS Staff“ mindestens ein Symptom/Belastung 3 oder höher auf der Likert-Skala und Palliativbehandlung

		„IPOS Staff“ mind. ein Symptom/Belastung 3 oder höher		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	9 (15,5)	1 (1,7)	10 (17,2)
	Nein	34 (58,6)	14 (24,1)	48 (82,8)
	Gesamt	43 (74,1)	15 (25,9)	58 (100)

Pearson-Chi-Quadrat=1,586 p=0,208 Phi=0,165, p=0,208

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen „IPOS Patient“ mindestens ein Symptom/Belastung 3 oder höher auf der Likert-Skala und Palliativbehandlung

		„IPOS Patient“ mind. ein Symptom/Belastung 3 oder höher		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
Palliativbehandlung	Ja	6 (17,6)	0 (0)	6 (17,6)
	Nein	21 (61,8)	7 (20,6)	28 (82,4)
	Gesamt	27 (79,4)	7 (20,6)	34 (100)

Pearson-Chi-Quadrat(Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,669, p=0,413 Phi=0,236, p=0,169

Zusammenhang zwischen SPICT-DE™ und IPOS

Tabelle 24: Zusammenhang SPICT-DE™ positiv und IPOS Grenzwert für SPV erreicht

		„IPOS Staff“ SPV Grenzwert erreicht		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
SPICT-DE™ positiv	Ja	20 (34,5)	24 (41,4)	44 (75,9)
	Nein	1 (1,7)	13 (22,4)	14 (24,1)
	Gesamt	21 (36,2)	37 (63,8)	58 (100)
		Pearson-Chi-Quadrat=6,749, p=0,009 Phi=0,341, p=0,009		

		„IPOS Patient“ SPV Grenzwert erreicht		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
SPICT-DE™ positiv	Ja	11 (32,4)	14 (41,2)	25 (73,5)
	Nein	3 (8,8)	6 (17,6)	9 (26,5)
	Gesamt	14 (41,2)	20 (58,8)	34 (100)
		Pearson-Chi-Quadrat(Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,026, p=0,871 Phi=0,096, p=0,577		

Tabelle 25: Zusammenhang SPICT-DE™ positiv und IPOS mindestens ein klinisch relevantes Symptom bzw. eine klinisch relevante Belastung

		„IPOS Staff“ mind. ein klinisch relevantes Symptom/Belastung		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
SPICT-DE™ positiv	Ja	41 (70,7)	3 (5,2)	44 (75,9)
	Nein	11 (19,0)	3 (5,2)	14 (24,1)
	Gesamt	52 (89,7)	6 (10,3)	58 (100)
		Pearson-Chi-Quadrat=2,444, p=0,118 Phi=0,205, p=0,118		

		„IPOS Patient“ mind. ein klinisch relevantes Symptom/Belastung		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
SPICT-DE™ positiv	Ja	25 (73,5)	0 (0)	25 (73,5)
	Nein	8 (23,5)	1 (2,9)	9 (26,5)
	Gesamt	33 (97,1)	1 (2,9)	34 (100)
		Pearson-Chi-Quadrat(Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,293, p=0,588 Phi=0,290, p=0,091		

Tabelle 26: Zusammenhang SPICT-DE™ positiv und IPOS mindestens ein Symptom bzw. eine Belastung mit dem Wert 3 oder höher auf der Likert-Skala

		„IPOS Staff“ mind. ein Item 3 oder höher		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
SPICT-DE™ positiv	Ja	35 (60,3)	9 (15,5)	44 (75,9)
	Nein	8 (13,8)	6 (10,3)	14 (24,1)
	Gesamt	43 (74,1)	15 (25,9)	58 (100)
Pearson-Chi-Quadrat=2,780, p=0,095 Phi=0,219, p=0,095				

		„IPOS Patient“ mind. ein Item 3 oder höher		
		Ja	Nein	Gesamt
		n (%)	n (%)	n (%)
SPICT-DE™ positiv	Ja	21 (61,8)	4 (11,8)	25 (73,5)
	Nein	6 (17,6)	3 (8,8)	9 (26,5)
	Gesamt	27 (79,4)	7 (20,6)	34 (100)
Pearson-Chi-Quadrat(Kontinuitätskorrektur nach Yates)=0,387, p=0,534 Phi=0,189, p=0,270				

V. Danksagung

Besonders danken möchte ich meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot aus dem Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin des Universitätsklinikums Würzburg für die freundliche Überlassung des Themas, die zuverlässige Erreichbarkeit und die motivierte und konstruktive Unterstützung.

Ich danke Herrn Dr. med. Sebastian Schiel für die engagierte Betreuung während sämtlicher Phasen der Arbeit.

Vielen Dank an Frau Prof. Dr. med. Anne Simmenroth für die Erläuterung der Sicht der Allgemeinmedizin auf die Palliativversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern.

Ich bedanke mich bei allen teilnehmenden Pflegeheimen, den engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den teilnehmenden Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern und den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern für die große Mithilfe.

Danken möchte ich außerdem den teilnehmenden allgemeinmedizinischen Praxen und den dort stets freundlichen und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den Zugang zu den elektronischen Patientenakten und die tatkräftige Unterstützung bei offenen Fragen.

Ich danke außerdem meiner Freundin Sylvia Haßler für die emotionale und fachliche Unterstützung.

Meinen abschließenden und ganz besonderen Dank richte ich an meine Eltern, die mir mein Studium ermöglicht haben und ohne sie die Fertigstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.