

Hausärztliche Einschätzungen zur Verbesserung der Palliativversorgung an der Schnittstelle zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

GPs' Perception of Improvements in Palliative Care at the Interface to Specialized Palliative Homecare (SPHC)

Autoren

Kathleen Stichling¹, Jutta Bleidorn¹, Markus Krause¹, Winfried Meißner², Ulrich Wedding², Anna Bauer³, Sabine H. Krauss³, Werner Schneider³, Maximiliane Jansky⁴, Friedemann Nauck⁴, Horst Christian Vollmar⁵, Sven Schulz^{1,*}, Antje Freytag^{1,*}

Institute

- 1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena
- 2 Abteilung Palliativmedizin der Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Jena
- 3 Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung, Universität Augsburg
- 4 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
- 5 Abteilung für Allgemeinmedizin der Ruhr-Universität Bochum

Schlüsselwörter

Palliativversorgung, AAPV, SAPV, Schnittstelle, Hausarztbefragung

Keywords

palliative care, PPC, SPHC, interface, survey of GPs

Bibliografie

Z Palliativmed 2022; 23: 105–112

DOI 10.1055/a-1667-3629

ISSN 1615-2921

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,

70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. Antje Freytag, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena, Deutschland

antje.freytag@med.uni-jena.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter:
<https://doi.org/10.1055/a-1667-3629>

* trugen als Letztautoren zu gleichen Teilen bei

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Folgenden das generische Maskulinum stellvertretend für die weibliche und männliche Form. Es sind grundsätzlich immer alle Geschlechter gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Erhebung von Perspektiven palliativversorgender Hausärzte (HÄ)¹ an der Schnittstelle zur SAPV und Verbesserungsvorschläge.

Methodik Querschnittliche Befragung von HÄ aus acht Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Quantitative Analyse von 1144 Fragebögen zu Verbesserungsvorschlägen und qualitative Analyse von 187 Freitextkommentaren.

Ergebnisse Eine bessere Qualifikation ambulanter Pflegedienste wurde am häufigsten (91,7%) als wichtige Rahmenbedingung für die hausärztliche Palliativversorgung (PV) genannt. Die 187 Freitextkommentare adressierten vielschichtige Dimensionen hausärztlich erlebter PV: HÄ betonen ihre zentrale Rolle; die Beurteilung der SAPV-Einbindung variiert von Ressource bis zur hausärztlichen Ausgrenzung aus der Versorgung und Kompetenzabschreibung.

Schlussfolgerung Geäußerte Lösungsansätze für empfundene Defizite sollten Gehör finden, wenn sie zu einer effizienten Deckung des PV-Bedarfs beitragen: bessere Qualifizierung der Pflegedienste; Vermeidung von Ausgrenzung von HÄ aus der Versorgung bei SAPV-Einbindung; bessere Vernetzung aller Akteure.

ABSTRACT

Aim of the study Collecting experiences of General Practitioners' (GPs) providing palliative care (PC) at the interface to specialised palliative homecare (SPHC) and their suggestions for improvement.

Methods Cross-sectional survey of GPs in eight regional Associations of Statutory Health Insurance Physicians. Quantitative analysis of 1144 questionnaires on suggestions for improvement and qualitative analysis of 187 free text comments.

Results Better PC qualification of outpatient nursing care services was mentioned most frequently (91.7% of 1144 responses) as an important framework condition for GP-based PC. The 187 freetext-comments addressed multi-layered dimensions of PC experienced by GPs: they empha-

size their central role; SPHC involvement ranged from being perceived as a resource to an exclusion from care as well as depreciation of competence.

Conclusion Suggested solutions for perceived deficits should be considered if they contribute to meeting PC de-

mand efficiently: better qualification of outpatient nursing care services; avoidance of GP exclusion from care after SPHC involvement; better collaboration of all providers.

Einleitung

Mit der Zunahme alter und hochbetagter Menschen und damit einhergehend einer Verschiebung des Krankheitsspektrums zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität wird ein erhöhter palliativmedizinischer Versorgungsbedarf prognostiziert [1]. Man geht davon aus, dass die große Mehrheit der Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf adäquat im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) – insbesondere durch Hausärzte (HÄ) und ambulante Pflegedienste – versorgt werden kann und keiner spezialisierten Versorgung bedarf [2]. Über die letzten Jahre war jedoch zu beobachten, dass Angebot und Inanspruchnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) stark zugenommen haben, während Angebot und Inanspruchnahme von AAPV eher stagnierten [3]. Dabei gibt es Hinweise, dass SAPV die AAPV teilweise ersetzt, anstatt diese zu ergänzen, wie es ursprünglich intendiert war [4].

Um den steigenden Bedarf an Palliativversorgung (PV) zukünftig adäquat und wirtschaftlich decken zu können, ist es lohnend, Erfahrungen und Perspektiven von HÄ als wesentliche Träger von PV an der Schnittstelle zur SAPV besser zu verstehen und adäquate Verbesserungsvorschläge daraus abzuleiten. Beiträge hierzu haben Publikationen zur Initiierung von SAPV durch HÄ [5], zu den Erwartungen von HÄ an die SAPV [6] sowie eine Liste von Maßnahmen zur Verbesserung der AAPV [7] bereits geliefert. Unsere Untersuchung fokussiert auf die Verbesserungsvorschläge, die palliativversorgende HÄ an der Schnittstelle zur SAPV äußern, ebenso wie auf dahinterliegende Erfahrungen.

Material und Methoden

Im Rahmen einer Querschnittstudie [8], wurden im Frühjahr 2018 insgesamt 6000 zufällig ausgewählte HÄ aus acht KV-Regionen Deutschlands (Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe) mit einem standardisierten, literatur- und interviewbasiert entwickelten Fragebogen zu deren palliativmedizinischem Handeln an der Schnittstelle zur SAPV befragt. Ein Teil der Ergebnisse wurde bereits publiziert [4]. Ausführliche Informationen zum Studiendesign finden sich im **Zusatzmaterial** (online).

Eine Frage lautete: „Wie wichtig ist Ihnen eine Verbesserung folgender Rahmenbedingungen für Ihr palliativmedizinisches Handeln?“ Diese konnte mit 12 vorgegebenen Items beantwortet werden (► **Abb. 1**). Die Antwortmöglichkeiten bestanden aus einer Skala mit drei Ausprägungen („eher nicht wichtig“, „wichtig“, „sehr wichtig“) und dem Antwortfeld „weiß nicht“.

Daran anschließend wurden in einem Freitextfeld Kommentare unter „Sonstiges, und zwar ...“ erfasst.

Die 12 Items zur Verbesserung von Rahmenbedingungen für hausärztliche PV wurden quantitativ-deskriptiv mittels IBM SPSS Statistics, Version 25 ausgewertet. Die qualitative Analyse der Kommentare erfolgte inhaltlich strukturierend in Anlehnung an Kuckartz [9] mithilfe der Software MAXQDA. Für weiterführende Informationen zu Fragebogenaufbau, -erstellung und -auswertung siehe **Zusatzmaterial** (online).

Um abweichende Perspektiven und Interessenlagen der Studienteilnehmer zu berücksichtigen, kontrastierten wir jene HÄ, die eine aktive Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams angaben (SAPV-HÄ) mit ausschließlich im Rahmen der AAPV (bzw. auch nicht palliativ) tätige HÄ (im Weiteren „AAPV-HÄ“ genannt). Dazu bedienten wir uns eines Fragebogenkomplexes, der die für HÄ in Deutschland relevanten Qualifikations- bzw. Abrechnungsmodalitäten in Hinblick auf die palliativmedizinische Versorgung erfragte.

Ergebnisse

Der Fragebogenrücklauf betrug 19,1% (n = 1144); davon waren 10,3% (n = 118) SAPV-HÄ. Einen Freitextkommentar verfassten 187 HÄ (16,4% der Rückläufer), von denen im Vergleich zur Gesamtstichprobe ein höherer Anteil als SAPV-HÄ arbeitete (16% vs. 10,3%; n = 30).

Quantitative Auswertung hausärztlich präferierter Verbesserungen der Rahmenbedingungen für deren palliativmedizinisches Handeln

Von den befragten HÄ erachten 91,7% eine bessere palliativmedizinische Qualifizierung der ambulanten Pflegedienste als (sehr) wichtig. Als weniger wichtig wurde die „Etablierung von „Advance care planning“ angesehen (55,4% [sehr] wichtig). ► **Abb. 1** führt die im Fragebogen aufgeführten 12 Items mit entsprechenden Antworthäufigkeiten der befragten HÄ in absteigender Reihenfolge bzgl. der Angabe „wichtig/sehr wichtig“ auf.

In der Subanalyse der Antworten SAPV-HÄ, die eine Freitextantwort gaben, fällt auf, dass diese zu 100% eine Notwendigkeit ([sehr] wichtig) im Ausbau von SAPV-Kapazitäten sehen. Auch kam in dieser Subgruppe der Etablierung von Advance care planning ein größerer Stellenwert zu (82,8% [sehr] wichtig). Nach SAPV- bzw. AAPV-HÄ differenzierte Abbildungen finden sich im **Zusatzmaterial** (online).

Qualitative Auswertung der Freitextkommentare „Sonstiges, und zwar ...“

Aus den Codierungen der Kommentare arbeiteten wir folgende Hauptkategorien heraus: 1) Rolle der HÄ in der PV, 2) Sicht der



► **Abb. 1** Antworten befragter HÄ (n = 1144) auf die Frage „Wie wichtig ist Ihnen eine Verbesserung folgender Rahmenbedingungen für Ihr palliativmedizinisches Handeln?“ – eher nicht wichtig, wichtig/sehr wichtig, weiß nicht; 12 Items, absteigend sortiert nach Anteil wichtig/sehr wichtig; max. 5% fehlende Werte pro Item.

HÄ auf SAPV, 3) Hausärztliche Bewertung palliativer Versorgungsstrukturen, 4) Verbesserung der Rahmenbedingungen für (hausärztliche) PV. Die Aussagen werden im Folgenden für diese Hauptkategorien zusammengefasst und unter Berücksichtigung, ob es sich um einen AAPV- oder SAPV-HA handelt, dargestellt. Den Ergebnisteil abschließend (Punkt 5) erfolgt eine vergleichende Darstellung der AAPV- und SAPV-HÄ in Bezug auf die Inhalte der Freitextkommentare. Adverbien, die Häufigkeiten zum Ausdruck bringen, beziehen sich auf die Gesamtheit der verfassten Freitexte.

1. Rolle der HÄ in der PV

HÄ identifizieren sich typischerweise in hohem Maße mit der palliativmedizinischen Versorgung. Das „Begleiten bis zum Schluss“ wird als genuin hausärztliche Aufgabe empfunden, die mehrfach mit der oftmals langjährig bestehenden und vertrauten Arzt-Patienten-Beziehung begründet wird. Die Eignung sowie Kompetenz zur Bewältigung dieser Aufgaben wird herausgestellt. Folglich kritisieren (AAPV-)HÄ eine zunehmende Übernahme hausärztlicher Funktionen durch Spezialisten:

„[Ich] würde gern alles selbst machen. Wenn es möglich wäre + vergütet würde. Eigentlich alles [hausärztliche] Aufgaben. Es ist eine Schande.“ (B0041, AAPV-HA)

„Fachärzte für Allgemeinmedizin sollten sich nicht immer mehr Kompetenzen durch sog. Spezialisierungen bei Sterbenden ‚wegnehmen‘ lassen, Cave bei der Versorgung ‚älterer Menschen‘ bald nur noch von sog. ‚Geriatern‘?? → Zur Erhaltung einer möglichst breit angelegten Therapie- und Versorgungspalette für Allgemeinmediziner!“ (W0220, AAPV-HA)

Dennoch sehen sich HÄ konfrontiert mit zu geringen Kapazitäten bei hoher Arbeitsbelastung. Die Möglichkeit der Einbindung anderer Dienstleister wird dann als Hilfe bei der Bewältigung palliativmedizinischer Aufgaben wahrgenommen.

„Je nach Schwere des Falles muss sich der HA aus Kapazitätsgründen oft zurückziehen → Man muss auch abgeben können :-“ (W0407, AAPV-HA)

2. Sicht der HÄ auf SAPV

Befragte HÄ äußern heterogene Ansichten über Rolle und Aufgaben der SAPV.

Rolle der SAPV

Die Bandbreite der hausärztlichen Bewertung der Rolle der SAPV ist ausgesprochen weit: So nehmen am einen Ende des Spektrums HÄ die SAPV als unterstützenden Akteur bei der Bewältigung palliativmedizinischer Versorgungsaufgaben wahr oder sehen die Möglichkeit der kompletten Abgabe der palliativmedizinischen Belange ihrer Patienten an die SAPV (Vollversorgung). Letztere ist insbesondere bei begrenzten Kapazitäten (hinsichtlich Kompetenz, Zeit, Verfügbarkeit) aber auch bei hoher Symptomlast und/oder in der Finalphase – also bei sehr betreuungsaufwendigen Patienten – der Fall:

„Übersteigt allerdings die Symptomlast meine Fähigkeit und meine Verfügbarkeit, gebe ich an den SAPV ab. [...] Ich selbst wäre weder fachlich noch zeitlich willens und in der Lage, dieses im Bedarfsfall umzusetzen.“ (W0225, AAPV-HA)

Am anderen Ende des Spektrums äußern HÄ, dass sie die SAPV als weitgehend nicht erforderlich ansehen:

„Ich benötige keine Palliativ-Mediziner [...]“. (B0327, AAPV-HA)

Bezugnehmend auf die Akteure in der SAPV kritisiert ein HA: „SAPV von einem anderen HA mit SAPV-Qualifikation → ist eine absolute Katastrophe/Unverschämtheit.“ (W0232, AAPV-HA)

Die Etablierung und Ausweitung der SAPV und die damit einhergehende Spezialisierung der PV wird von einigen HÄ sehr kritisch gesehen. Sie wird mit Gefahren der Verantwortungsdiffusion und Verdrängung des HA aus der Versorgung assoziiert:

„Ich sehe eine große Gefahr, dass durch immer neue Anbieter (AAPV, SAPV, Überleitungsmanagement, Wundcaremanagement etc., etc) immer mehr Unschärfen und Abgeben von Verantwortung entstehen; der Pat. bleibt zwischen den Gewerken und materielle Verteilungskämpfe werden folgen [...]!“ (W0101, AAPV-HA)

Aufgaben der SAPV

Das Aufgabenspektrum der SAPV liegt den befragten HÄ gemäß vor allem in der Ausführung spezialisierter Leistungen (genannt wurden: Injektion, Infusion, parenterale Ernährung, Katheterwechsel, Wund-/Dekubitusversorgung, Pumpenversorgung); doch wird teilweise auch eine komplette Übernahme der Versorgung mit der SAPV verbunden. Durch diese speziali-

sierte, umfassende Versorgung sei eine 24/7-Betreuung gewährleistet.

„[...] Oft kann die Palliativsituation erst nach [einem] Gespräch mit Ärzten des SAPV-Teams angenommen werden.“ (B0443, AAPV-HA)

3. Hausärztliche Bewertung palliativer Versorgungsformen

Kommentare zur Güte palliativmedizinischer Versorgung wurden sowohl zur AAPV, zur SAPV als auch zur Schnittstelle zwischen AAPV und SAPV abgegeben.

Bewertung der AAPV

Als Gründe für eine gelingende AAPV werden ein guter infrastruktureller Ausbau und eine gute Zusammenarbeit zwischen HA und anderen Akteuren (Pflegedienste, hausärztlich basierte Palliativnetze), ggf. auch in Netzwerken, genannt. Gründe für eine eingeschränkte eigene Leistbarkeit von AAPV werden zunächst auf die eigene Tätigkeit bezogen und beinhalten eine hohe Arbeitslast sowie Zeitmangel. Des Weiteren werden nicht ausreichende Abrechnungsmöglichkeiten und fehlende Fort- und Weiterbildungsangebote benannt. Mit Blick auf die Umsetzung der AAPV kritisiert ein (SAPV)-HA:

„Leider schaut die nachfolgende Generation mehr auf die ‚work-life-balance‘ und tendiert dazu zu delegieren [...]. Das ist der falsche Weg.“ (W0092, SAPV-HA)

Ein SAPV-Hausarzt bezog sich in seinem Kommentar zudem auf die BQKPMV (besonders qualifizierte und koordinierte Palliativversorgung, § 86 SGB V), die als „Versuch, die SAPV auszuheilen“ bezeichnet wurde.

Über den eigenen Tätigkeitsbereich hinaus werden fehlendes (pflegerisches) Personal, eine unzureichende Schulung von Pflegekräften und ein zu hoher Dokumentationsaufwand für palliativmedizinisch tätige Pflegedienste als Probleme angeführt.

Auch werden begrenzte Hospizplätze sowie Vorbehalte bezüglich dem Ehrenamt geäußert: Zum einen seien Ehrenamtliche oft wenig qualifiziert; zum anderen solle die Zuständigkeit für die Patientenversorgung unter staatlicher Verantwortung stehen.

Bewertung der SAPV

Als Merkmale einer erfolgreich unterstützenden SAPV werden gute Verfügbarkeit der SAPV-Teams, die Ausstattung mit speziellem Equipment und das hohe Engagement einzelner in der SAPV tätiger Personen beschrieben. Kritische Sichtweisen der HÄ auf SAPV beziehen sich v. a. auf Struktur und Verfügbarkeit der SAPV, die Aufgabenverteilung und Aufgabenerfüllung von SAPV sowie die Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung, insbesondere zwischen HA und Patient.

Hinsichtlich der Struktur und Verfügbarkeit von SAPV wird ein mangelnder infrastruktureller Ausbau der SAPV (insbesondere auf dem Land), fehlende unmittelbare (telefonische) Erreichbarkeit sowie die Versorgung zu vieler Patienten mit einhergehenden Kapazitätsproblemen für die SAPV (zeitlich, personell) aufgeführt. Konträr dazu beklagt ein HA eine Überversorgung/Konkurrenz durch überlappende SAPV-Dienste. Ein spezifischer Kommentar eines SAPV-HA kritisiert die seines Erachtens überwiegende Anbindung der SAPV-Teams an Pflege-

dienste, die mit einer unzulänglichen Honorierung ärztlicher Tätigkeit einhergehe.

Kommentare zur Aufgabenverteilung und Aufgabenerfüllung der SAPV thematisieren eine inadäquate Aufgabenausführung innerhalb der SAPV

„Es besteht ein geradezu ‚arztfreier Raum‘ mit schnellen unkontrollierten Handlungen durch Krankenschwester/SAPV Kräfte – Katastrophe!“ (B0057, AAPV-HA),

eine ungenügende Ausschöpfung palliativer Therapieoptionen durch die SAPV, die aus Sicht der befragten HÄ sogar zu unnötigen Krankenseinweisungen unter SAPV führen können

„Bedauerlicherweise verstehen die mir bekannten Pall[iativer]mediziner unter pall[iativer] Begleitung die Gabe von Morphinen und Sedierung als Hauptaufgabe.“ (W0043, AAPV-HA)

oder fordern im Sinne der Aufgabenerfüllung einzelne, konkrete Leistungen von der SAPV, z. B. das Ausfüllen des Totenscheins nach Versterben eines Patienten.

Einige Kommentare suggerieren eine stark finanzielle Motivation der SAPV-Dienste, die mit Intransparenz und ebenfalls frühzeitiger Therapieeskalation und somit inadäquater Aufgabenerfüllung verbunden sein kann:

„[...] Geld und schnelles ‚Versterben‘ steht im Vordergrund der Dienste.“ (B0057, AAPV-HA)

„Leistungen der SAPV derzeit undurchsichtig (Arbeit macht Pflegedienst, HA + Angehör[ige], SAPV ‚koordiniert‘ + kassiert ab!“ (W0109, AAPV-HA)

Kommentare, die Auswirkungen der SAPV auf die Arzt-Patienten-Beziehung adressieren, beziehen sich auf die Behandlung der betroffenen Patienten insgesamt

„SAPV bringt oft Unruhe in bereits laufende Behandlung durch viele und oft wechselnde Therapeuten/Pfleger. [SAPV] wird von Pat. und Angehörigen oft als eher aktionistisch/fremd erlebt.“ (W0235, AAPV-HA)

als auch auf die konkrete HA-Patienten-Beziehung, die entweder beeinträchtigt werden kann

„Insgesamt wird die SAPV überschätzt. SAPV wird z. T. durch den Patienten so empfunden: ‚jetzt will wohl der Hausarzt mich nicht mehr behandeln...‘. Patient will meist keine fremden Ärzte sehen, [...]“ (B0516, AAPV-HA)

oder auch eine vollständige Beendigung der hausärztlichen Behandlung bedeuten kann.

„Eine spezialisierte SAPV [...] trennt häufig [...] den Patienten vom vertrauten HA.“ (B0035, AAPV-HA)

In den Kommentaren wurden auch regionalspezifische Besonderheiten benannt. So äußert ein HA aus Westfalen-Lippe:

„In... brauchen wir keine SAPV, da wir einen hervorragenden PkD [Palliativmedizinischen Konsiliardienst] haben (Vorbildcharakter).“ (B0303, AAPV-HA)

Bewertung der Zusammenarbeit von AAPV und SAPV

Die Zusammenarbeit von AAPV und SAPV wurden nahezu ausschließlich negativ kommentiert. So äußerten mehrere HÄ, sich u. a. durch mangelnde Informationsweitergabe seitens der SAPV kategorisch von der Versorgung ausgegrenzt zu fühlen.

„[...] Der HA stört hier eher, als dass er als Hilfe einbezogen wird.“ (B0057, AAPV-HA)

Die fehlende Einbeziehung des HA wird als Entmündigung/ Degradierung der hausärztlichen Rolle wahrgenommen:

„Es ist ärgerlich, dass man von den SAPV-Teams keine weiteren Rückmeldungen bekommt, wie es Pat. geht, sondern nur der Rezepteschreiber ist.“ (B0320, AAPV-HA)

Auch die Möglichkeit der SAPV-Verordnung aus dem Krankenhaus heraus wird als Ausgrenzung wahrgenommen: Klinikärzte würden sich selten ein Bild verschaffen, ob eine palliativmedizinische Versorgung durch den HA gewährleistet werden könne. Es komme zu einer schnellen SAPV-Verordnung, ohne den HA darüber zu informieren. Kommentare zur Ausgrenzung der HÄ wurden mehrfach von den Befragten, unabhängig von der KV-Zugehörigkeit, geäußert.

Eine gute Zusammenarbeit und verlässliche Kooperation mit den Beteiligten der SAPV wird gewünscht, scheint aber für wenige der kommentierenden HÄ Realität zu sein.

„[...] Es ist schade, dass die Zusammenarbeit so schlecht ist. Ich [...] würde auch gerne besser mit den anderen Diensten zusammenarbeiten – dazu ist es aber nötig als HA respektiert und ernst genommen zu werden!“ (W0202, AAPV-HA)

Konfliktsituationen, die aus einer hausärztlich wahrgenommenen Ausgrenzung aus der Versorgung erwachsen können, werden von drei SAPV-HÄ in ihren Kommentaren aufgegriffen: es komme zu fehlender Akzeptanz sowie Konkurrenzdenken gegenüber der SAPV.

4. Verbesserungen der Rahmenbedingungen für (hausärztliche) PV

Im Folgenden werden in den Freitexten genannte Verbesserungsvorschläge dargestellt.

Bezüglich AAPV: Die Relevanz der quantitativ aufgeführten Verbesserungsmaßnahmen wurde in den Freitexten bestätigt. Diese beinhalten insbesondere den Wunsch nach Stärkung der hausärztlichen Rolle, eine leistungsgerechte Vergütung der PV sowie erreichbare Fortbildungsangebote. Auch seelsorgerische Angebote für Patienten und Angehörige, die Möglichkeit der Inanspruchnahme sozialdienstlicher Leistungen bei plötzlich auftretenden Palliativsituationen sowie die Ausrichtung von Qualitätszirkeln/„Advance care planning“ gemeinsam mit Rettungsdienst und Krankenkassen werden als notwendige Verbesserungen benannt. Der Abbau bürokratischer Hürden sowie eine Vereinfachung der Krankenkassenanträge werden gefordert.

„Um das intensive und zeitungfassende [...] Versorgen für den Patienten zu nutzen, sollten bürokratische Vorgaben oder Mehrfachaufträge zur APPV-Abrechnung künftig unterbleiben.“ (B0188, AAPV-HA)

Auch genannt wird mehr Öffentlichkeitsarbeit für palliative Versorgungsmöglichkeiten. Über die Strukturen der AAPV hinausreichend wünschen sich einige HÄ den Ausbau stationärer und sektorenübergreifender palliativer Infrastruktur (Palliativstationen, Hospizplätze).

Bezüglich SAPV: Einzelne HÄ befürworten einen Ausbau der SAPV-Infrastruktur (und -Leistungen, z. B. eine Erhöhung der ärztlichen Hausbesuche) sowie eine Erhöhung der Leistungstransparenz. Mit Blick auf die Vergütung wird eine Anpassung gewünscht. Während einige HÄ sich eine Gleichstellung in der Vergütung von AAPV- und SAPV-Leistungen wünschen, sehen andere eine Optimierung in der besseren finanziellen Ausstattung der SAPV-Dienste.

„Diese [spezialisierten] Strukturen müssen ausgebaut + entsprechend vergütet werden. [...]“ (W0085, AAPV-HA)

Ein HA äußert, dass der Träger einer SAPV kein Krankenhaus sein solle; ein weiterer gibt an, dass der Leistungsanspruch für SAPV den Patienten in der Häuslichkeit – vermutlich gemeint „und nicht im Pflegeheim“ – vorbehalten sein solle.

Bezüglich Schnittstelle AAPV/SAPV: Mit Blick auf die SAPV wünschen sich HÄ, in die Behandlung ihrer palliativen Patienten auch nach SAPV-Involvierung eingebunden zu bleiben.

„[...] Eine gute + verlässliche Kooperation wäre [die Lösung] im Sinne des Patienten.“ (W0036, AAPV-HA)

Wie dies erreicht werden kann, wird unterschiedlich gesehen (z.B. telefonische Rückinfo an HA, regelmäßige Zusammenkünfte der beteiligten Akteure).

5. Vergleich der Freitextkommentare von AAPV- mit SAPV-HÄ

Bei Berücksichtigung der Zugehörigkeit zu AAPV- oder SAPV-HÄ lassen sich in der qualitativen Auswertung der Freitextkommentare keine offensichtlichen Differenzen in den Perspektiven beider Stichproben erkennen. Ausgenommen davon ist die Kritik an einer zunehmenden Spezialisierung, die ausschließlich von AAPV-HÄ geäußert wurde.

Diskussion

Im Mittelpunkt der hausärztlichen Freitextkommentare steht die Beschreibung des eigenen Rollenverständnisses, nach dem die Versorgung von Palliativpatienten – insbesondere bei langjährig gewachsener und vertrauensvoller Arzt-Patient-Beziehung und dem Kennen von Lebenswirklichkeiten („erlebte Anamnese“) – von den teilnehmenden HÄ als genuin hausärztliche Aufgabe empfunden wird. Diese Erkenntnisse stimmen mit anderen Studien überein [10, 11] und zeigen sich auch in der quantitativen Auswertung der Hauptstudie. Hier sehen 87,2% der 1144 teilnehmenden HÄ die PV als zentralen Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit. Von besonderer Bedeutung ist, dass die HÄ im Rahmen der Freitextantworten nicht explizit nach ihrer Rolle gefragt wurden, sondern sich dieses Thema selbstständig gewählt haben. Die damit zum Ausdruck gebrachte Vehemenz einschließlich selbstreferenzieller Bewertungen (bspw. „Ich benötige keine Palliativmediziner [...]“) zeigen, wie emotional die Debatte um die Frage „Wer macht was in der PV“ geführt wird. Die heterogene Interessenlage in der Hausärzteschaft ist als eine Folge der unterschiedlichen qualifikationsgebundenen Vergütungsmöglichkeiten in der Palliativversorgung zu betrachten.

Wurden HÄ (gemeinsam mit ambulanten Pflegediensten) bis zur Einführung der SAPV noch als Hauptakteure in der häuslichen Versorgung palliativer Patienten verstanden, verschob sich diese Rolle durch die Möglichkeit der (teilweisen oder kompletten) Aufgabenübernahme durch die SAPV. Der übergeordnete Konflikt ist dabei derjenige zwischen Generalisten und Spezialisten, dem sich HÄ auch auf anderen Feldern als der PV ausgesetzt sehen [12, 13]. Besondere Aufmerksamkeit kommt dem Umstand zu, dass die Spezialistenfunktion hier anders als auf anderen Gebieten von Ärzten übernommen werden kann,

die originär hausärztlich tätig sind und durch zusätzliche Qualifizierung zur Teilnahme an der spezialisierten Versorgung befähigt werden. Aus dieser Erweiterung hausärztlich ausgeübter PV erwachsen zum einen eine besonders komplexe Konfliktlage und zum anderen eine schwierige Situation bei der politischen Vertretung von Hausarztinteressen. Wirtschaftlich betrachtet entsteht dadurch, dass SAPV z. T. durch HÄ getragen wird, ressourcenbezogene Konkurrenz zwischen „rein hausärztlichen Aufgaben“, allgemeiner und spezialisierter hausärztlicher PV. Diese kann zu Fehlallokationen hausärztlicher Versorgungskapazität führen, die sich in einem Mangel an hausärztlicher Kapazität für die AAPV bzw. für nicht palliative Versorgungsaufgaben niederschlagen kann.

Die beklagten negativen Folgen der Spezialisierung erstrecken sich von unklaren Rollenverteilungen und Zuständigkeiten bis hin zur Fragmentierung der PV. Besonders hervorgehoben wird dabei die mangelnde Berücksichtigung der eigentlich zuständigen HÄ, sobald SAPV einbezogen wurde. Dies wird als Ausgrenzung und Kompetenzabschreibung interpretiert. Jenes bereits in der Literatur beschriebene Phänomen [14] [15] kulminiert in der nicht selten ausgeübten (bei ca. 20% der Patienten, die SAPV erhalten [3]) Möglichkeit für Krankenhausärzte, für 7 Tage SAPV aus dem Krankenhaus heraus zu verordnen, ohne dabei einen HA zu involvieren.

Insgesamt variiert die hausärztliche Verortung innerhalb der PV jedoch erheblich. Dies drückt sich in der Spannweite eigenen hausärztlichen Tätigwerdens bzw. der Nutzung von SAPV aus. Neben dem Bedürfnis, ein SAPV-Team in die palliative Versorgung eines Patienten miteinzubeziehen (insbesondere bei einzelnen Aufgaben), wird auch auf die Vollversorgung durch die SAPV zurückgegriffen. Immerhin erachten 79,8% aller befragten HÄ einen Ausbau der SAPV-Kapazitäten als (sehr) wichtig, auch wenn diese Rahmenbedingung nur an Platz 9 (von 12) der angegebenen Verbesserungen rangierte. Hierin kommt auch zum Ausdruck, dass HÄ an ihre Kapazitäts-/zeitlichen Grenzen stoßen, wenn es darum geht, den PV-Bedarf ihrer Patienten zu decken.

In der Entscheidung, ob und inwieweit SAPV eingebunden wird, scheint auch die Einschätzung von deren Qualität eine Rolle zu spielen. Entscheidendes „Qualitätskriterium“ ist für HÄ dabei die Erfüllung der an das SAPV-Team übertragenen Aufgaben. Dabei spielen einerseits eine verlässliche und ärztlich ausreichend gewährleistete 24/7-Verfügbarkeit der SAPV-Teams eine zentrale Rolle. Andererseits erwarten HÄ von der SAPV eine gute Zusammenarbeit. Gelingt es nicht, den HA als gleichwertigen Kooperationspartner einzubinden, kann dies weitreichende Folgen haben: eine hausärztliche Abwehrhaltung gegen SAPV und Ordnungsverzicht trotz objektiver Indikation für SAPV sowie HÄ, die ihrer Funktion als Primärversorger/Lotse/Gate-Keeper nicht gerecht werden können, in der sie über die Angemessenheit der Inanspruchnahme von Palliativspezialisten (und folglich Effizienz der Versorgung) entscheiden [16].

Es fällt auf, dass Westfalen-Lippe die einzige Region ist, in der das Thema des „Ausgegrenztseins durch Spezialisten“ (bis auf eine besondere Ausnahme) nicht geäußert wurde. Dies könnte mit der Westfalen-Lippe eigenen Organisation der Zu-

sammenarbeit allgemeiner und spezialisierter Strukturen auf der Basis Palliativmedizinischer Konsiliardienste zusammenhängen. Zu klären wäre (über standardisierte Abfragen zu regionalen Unterschieden), inwieweit regional unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen mit verschiedenen Bewertungen der von HÄ, wie sie in den Freitexten zum Ausdruck kommen, korrespondieren.

Wie aus Ergebnissen der Hauptstudie [4] hervorgeht, wird die palliative Infrastruktur als entscheidend für eine verbesserte Leistbarkeit von PV durch den HA betrachtet. Dies bestätigen auch die von HÄ für wichtig befundenen Verbesserungsvorschläge, wobei an erster Stelle die bessere Qualifizierung der ambulanten Pflegedienste genannt wird, aber auch der Ausbau von Hospizplätzen und Palliativstationen sowie eine adäquate SAPV-Verfügbarkeit mit ausreichender Aufnahmekapazität.

Hausärztlich vorgetragene Verbesserungsvorschläge beziehen sich ebenso auf Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen HÄ und anderen Akteuren – insbesondere aber den Spezialisten, deren Notwendigkeit auch in der Literatur betont wird [17]. Dies sind insbesondere ein zeitnaher und verlässlicher Informationsaustausch, gegenseitiger Respekt und regelmäßige Zusammenkünfte aller beteiligten Akteure.

Stärken und Schwächen

In der Auswertung konnten quantitative und qualitative Ergebnisse zu Verbesserungsvorschlägen um hausärztliche Erfahrungen ergänzt und damit ein umfassenderes Bild hausärztlich erlebter PV erhoben werden. Dabei gingen Kommentare von HÄ aus acht unterschiedlichen KVen ein. Dies waren mehrheitlich HÄ, die im Rahmen der AAPV tätig waren. Darüber hinaus äußerten sich aber auch überproportional viele (zusätzlich) in der SAPV tätige HÄ, deren abweichende Interessenlage bei der Auswertung explizite Berücksichtigung fand. Auf diese Weise ließ sich die Heterogenität der Hausärzteschaft auf dem Gebiet der ambulanten PV wirklichkeitsgetreuer und gleichzeitig systematischer abbilden als es in der Literatur häufig der Fall ist [18, 19]. Durch die Tatsache, dass die Empirie der Freitextfelder methodisch wenig kontrolliert erzeugt wurde und sich der Inhalt eher „zufällig“ ergab, bleibt zu diskutieren, ob diese überwiegend von unzufriedenen AAPV-HÄ bzw. SAPV-HÄ mit besonderem Interesse an der Entwicklung von SAPV genutzt wurde. Dies hätte zur Folge, dass überwiegend polarisierende Perspektiven dargestellt wurden. Auch der allgemeine Selektionsbias wirkt sich limitierend auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus. Die Freitextanalyse bildet ein Meinungsspektrum von nur 16,5% (n = 187) (selbstselektierten) teilnehmenden HÄ ab; und dies waren selbst nur 3,0% aller ambulant tätigen HÄ in Deutschland (1144 von 37743) [20]. Dennoch leistet die Studie einen wichtigen Beitrag zu einem besseren Verständnis hausärztlicher Erfahrungen und Bewertungen der PV an der Schnittstelle zur SAPV sowie der von den HÄ als erstrebenswert eingeschätzten Verbesserungen.

Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen eine große Heterogenität der Hausärzteschaft in Bezug auf deren selbst ausgeübte PV, aber auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der SAPV. Dabei spielen auch unterschiedliche Interessen von AAPV- und SAPV-Hausärzten eine Rolle. Aufmerksamkeit sollte den geäußerten Lösungsansätzen zur Bewältigung von empfundenen Defiziten zukommen, so diese dazu beitragen können, den erwartungsgemäß steigenden PV-Bedarf künftig effizient zu decken. Aus hausärztlicher Sicht werden diese allen voran in einer Stärkung der AAPV (bessere Qualifizierung der Pflegedienste, Vermeidung von Ausgrenzung aus der Versorgung bei Mitbehandlung durch SAPV-Teams) sowie einer besseren Vernetzung aller beteiligten Akteure gesehen.

Ethische Aspekte

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena am 23. Oktober 2017 unter dem Aktenzeichen 531610/17 genehmigt.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Hausärztinnen und Hausärzten, die an unserer Studie teilgenommen haben, für die Beantwortung unserer Fragen ebenso wie für die Abgabe von Kommentaren, die den Kern der vorliegenden Arbeit bilden.

Förderung

Das Projekt SAVOIR wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (FKZ: 01VSF16005) gefördert. Die Befragungsstudie wurde beim Deutschen Register für Klinische Studien registriert | Projektnummer 01VSF16005.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Becka D, Riese A, Rychlik RPT et al. Stand der hausärztlichen Palliativversorgung in Deutschland. Ein systematischer Literaturreview. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 2254–2258. doi:10.1055/s-0034-1387257
- [2] Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European journal of palliative care 2009; 16: 278–289
- [3] Ditscheid B, Krause M, Lehmann T et al. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: Inanspruchnahme und regionale Verteilung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2020; 63: 1502–1510. doi:10.1007/s00103-020-03240-6
- [4] Stichling K, Krause M, Ditscheid B et al. Factors influencing GPs' perception of specialised palliative homecare (SPHC) importance –

- results of a cross-sectional study. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 117. doi:10.1186/s12904-020-00603-3
- [5] Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S et al. How and why do GPs use specialist palliative care services? *Palliat Med* 2002; 16: 241–246. doi:10.1191/0269216302pm534oa
- [6] Schneider N, Engeser P, Behmann M et al. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Erwartungen von Hausärzten. *Schmerz* 2011; 25: 166, 168–173. doi:10.1007/s00482-011-1037-0
- [7] Zimansky M, Gerdes A, Schneider N et al. Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung aus Sicht hausärztlicher Praxisteams. *Palliativmedizin* 2021; 22: 41–46. doi:10.1055/a-1310-6865
- [8] Freytag A, Krause M, Bauer A et al. Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR – evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: outcomes, interactions, regional differences. *BMC Palliat Care* 2019; 18: 12. doi:10.1186/s12904-019-0398-5
- [9] Kuckartz U. Qualitative Text Analysis: A Systematic Approach. In: Kaiser G, Presmeg N, eds. *Compendium for Early Career Researchers in Mathematics Education*. ICME-13 Monographs. Cham: Springer International Publishing; 2019: 181–197. doi:10.1007/978-3-030-15636-7_8
- [10] Schneider W, Eichner E, Thoms U, Kopitzsch F, Stadelbacher S. Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation / Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums). Ergebnisbericht. Augsburg: 2014
- [11] Ewertowski H, Tetzlaff F, Krause O et al. „Es ist eine meiner wichtigsten Aufgaben, dass ich sie wirklich bis zu ihrem Schluss begleite“. Eine multiperspektivische qualitative Studie zur ambulanten Palliativversorgung. *ZfA* 2019; 95: 169–174. doi:10.3238/zfa.2019.0169-0174
- [12] AG-Psychosomatik in der Allgemeinmedizin der DEGAM. Stellungnahme zum Umgang mit Versorgungsrealität und hausärztlicher Perspektive im Rahmen der Gestaltung der Weiterbildungsordnung am Beispiel der Zusatzweiterbildung Psychotherapie. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/AG%20Psychosomatik/Vortraege_Stellungnahmen/Stellungnahme%20zur%20Zukunft%20fachgebundener%20Psychotherapie%20final.pdf; Stand: 11.02.2021
- [13] Weigeldt U. Geriatrie ist Hausarzt-Sache! *MMW Fortschr Med* 2016; 158: 50. doi:10.1007/s15006-016-9096-x
- [14] Kaiser F, Sohm M, Illig D et al. Vier Jahre spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im ländlichen Bereich: Zusammenarbeit und Akzeptanz aus hausärztlicher Sicht. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; 59: 916–920. doi:10.1007/s00103-016-2363-2
- [15] Schwabe S, Ates G, Ewert B et al. "He is not that important anymore": General practitioners in a specialized palliative home care setting from a patient's point of view. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 55–61. doi:10.1007/s00103-016-2478-5
- [16] Starfield B, Shi L, Grover A et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24 (Suppl. 01): Web Exclusives: W5-97-W5-107. doi:10.1377/hlthaff.w5.97
- [17] Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2012; 62: e353–e362. doi:10.3399/bjgp12X641474
- [18] Freihoff S, Tetzlaff F, Schneider N et al. „Das ist auch unser Ziel, dass wir diese Patienten in ruhigem Fahrwasser behandeln“ – Palliativversorgung älterer Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis: Eine qualitative Studie. *Palliativmedizin* 2020; 21: 260–266. doi:10.1055/a-1223-3252
- [19] Schnakenberg R, Goeldlin A, Boehm-Stiel C et al. Written survey on recently deceased patients in Germany and Switzerland: how do general practitioners see their role? *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 22. doi:10.1186/s12913-016-1257-1
- [20] Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 21. Dezember 2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/WEBStatistik_2019_k.pdf Stand: 15.02.2021