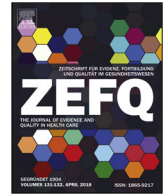




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

Hausärztliche Palliativversorgung in Westfalen-Lippe im Vergleich mit anderen Bundesländern – sekundäre Auswertung einer Befragungsstudie

General practitioners' palliative care activities in Westphalia-Lippe compared to other federal states – Secondary analysis of a survey

Kathleen Stichling^a, Franziska Meissner^a, Michelle Beuthling^a, Ina Otte^b, Nino Chikhradze^b,
Bianka Ditscheid^a, Horst Christian Vollmar^b, Antje Freytag^{a,*}

^aInstitut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena, Jena, Deutschland

^bAbteilung für Allgemeinmedizin der Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 1. September 2022
Revision eingegangen: 30. November 2022
Akzeptiert: 15. Dezember 2022
Online gestellt: xxxx

Schlüsselwörter:

Hausärztliche Palliativversorgung
Integrierte Versorgung
SAPV
Survey
Regionaler Vergleich

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: In der ambulanten Palliativversorgung wird immer wieder auf Probleme an der Nahtstelle zwischen allgemein versorgenden Hausärzt:innen und spezialisierten Teams hingewiesen. Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erscheinen unzureichend verzahnt. Die Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in Westfalen-Lippe unterscheidet sich von den SAPV-Modellen anderer Regionen Deutschlands: Sie setzt auf eine enge, früh im palliativen Betreuungsprozess einsetzende sowie flächendeckende/verbreitete Zusammenarbeit von Hausärzt:innen und palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD). Wir vermuten, dass sich die in Westfalen-Lippe geltenden Rahmenbedingungen positiv auf die Übernahme palliativversorgender Aktivitäten von Hausärzt:innen auswirken. Gegenstand der Arbeit ist deshalb der Vergleich hausärztlicher Einstellungen und ihrer Bereitschaft zur Ausübung palliativmedizinischer Versorgung zwischen Hausärzt:innen in Westfalen-Lippe und denen in anderen Bundesländern/Regionen Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen), mit dem Ziel unsere Hypothese empirisch zu testen.

Methode: Sekundäre Auswertung einer bundesweiten papierbasierten Befragungsstudie aus dem Jahr 2018 zur überregionalen Erfassung des hausärztlich getragenen palliativmedizinischen Handelns an der Schnittstelle zur SAPV. Antworten der teilnehmenden Hausärzt:innen aus Westfalen-Lippe (n = 119) werden mit den Antworten der Hausärzt:innen aus sieben anderen KVen (n = 1025) kontrastiert.

Ergebnisse: Hausärzt:innen aus Westfalen-Lippe haben ein durchgehend höheres Selbstverständnis, für die Palliativversorgung ihrer Patient:innen zuständig zu sein, übernehmen häufiger die Verantwortung für palliativmedizinische Tätigkeiten und fühlen sich sicherer in deren Ausübung. Andere palliativversorgende Einrichtungen/Akteur:innen sind Hausärzt:innen aus Westfalen-Lippe eher bekannt und für sie verfügbar. Hausärzt:innen aus Westfalen-Lippe schätzen die Qualität der insgesamt betrachteten palliativen Infrastruktur höher ein und beurteilen die Hinzuziehung spezialisierter ambulanter Palliativversorger im Vergleich zu Hausärzt:innen aus anderen KVen als weniger wichtig. Sind sie in die Palliativbehandlung von Patient:innen involviert, fühlen sich Hausärzt:innen aus Westfalen-Lippe häufiger im Verlauf weiter eingebunden.

Diskussion: Unsere Untersuchung liefert Hinweise darauf, dass die besonderen Rahmenbedingungen für hausärztliche Palliativversorgung in Westfalen-Lippe das palliativmedizinische Handeln im Vergleich zu anderen KVen positiv beeinflussen. Wesentlicher Wirkfaktor könnte der in Westfalen-Lippe geltende integrierte Ansatz ambulanter und spezialisierter Palliativversorgung sein.

Abkürzungen: AAPV, allgemeine ambulante Palliativversorgung; BQKpMv, besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung; HÄ, Hausärzt:innen; KV, Kassenärztliche Vereinigung; PKD, Palliativmedizinische Konsiliardienste; PV, Palliativversorgung; QPA, palliativmedizinisch qualifizierte Ärzt:innen; SAPV, spezialisierte ambulante Palliativversorgung; WL, Westfalen-Lippe

* Korrespondenzadresse. PD Dr. Antje Freytag, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena, Deutschland.

E-mail: Antje.Freytag@med.uni-jena.de (A. Freytag).

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.12.006>

1865-9217/© 2023 Published by Elsevier GmbH.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Schlussfolgerung: Westfalen-Lippe könnte Orientierung für andere Regionen bezüglich der Einbindung von Hausärzt:innen an der Schnittstelle zur spezialisierten Palliativversorgung liefern. Ob die Art der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe im Bundesvergleich auch Vorteile bei Versorgungsqualität und Versorgungskosten hervorbringt, gilt es zukünftig zu untersuchen.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 1 September 2022

Received in revised form: 30 November 2022

Accepted: 15 December 2022

Available online: xxxx

Keywords:

Primary palliative care (PPC)

Integrated care

Specialised palliative home care (SPHC)

Survey

Regional comparison

A B S T R A C T

Introduction: In palliative home care frictional loss at the interface between primary palliative care (PPC) and specialised palliative home care (SPHC) is repeatedly pointed out. PPC and SPHC appear to be insufficiently interlinked. The model implemented in Westphalia-Lippe differs from others in Germany: it relies on close cooperation between general practitioners (GPs) and palliative consultancy services (PCS), an early start of the palliative care process and comprehensive/widespread collaboration. We hypothesize that the framework conditions applying in Westphalia-Lippe have positive effects on the uptake of palliative care activities by GPs. The objective of this study therefore is to compare GPs' attitudes and their willingness to provide palliative care between GPs in Westphalia-Lippe and GPs in other federal states/Associations of Statutory Health Insurance Physicians (ASHIPs) in order to empirically test our hypothesis.

Methods: Secondary evaluation of a nationwide paper-based survey from 2018 for national data acquisition of GPs' palliative care activities at the interface of SPHC. Answers of the participating GPs from Westphalia-Lippe (n = 119) are contrasted with the answers of the GPs from seven other federal states (n = 1,025).

Results: GPs from Westphalia-Lippe have a consistently higher self-perception of being responsible for palliative care of their patients, more often take responsibility for palliative care activities and feel more confident in carrying them out. GPs from Westphalia-Lippe are more likely to know other palliative care facilities/actors and they find them to be more likely available for GPs. They rate the quality of the overall palliative infrastructure higher. For GPs from Westphalia-Lippe the involvement of PCS/SPHC providers is less important than for GPs from other regional ASHIPs. If they are involved in the palliative treatment of a patient, GPs from Westphalia-Lippe feel more frequently involved in the course of treatment.

Discussion: Our study indicates that the special framework conditions for palliative care provided by GPs in Westphalia-Lippe have positive effects on their uptake of palliative care activities. An essential factor could be the PPC- and SPHC-integrated approach to palliative care in Westphalia-Lippe.

Conclusion: Westphalia-Lippe may provide orientation for other regions regarding the involvement of GPs at the interface to specialized palliative care. Whether the type of palliative home care in Westphalia-Lippe also produces advantages in terms of quality and costs of care compared to the rest of Germany is something that needs to be investigated in the future.

Einleitung

In der Palliativversorgung wird immer wieder auf Probleme an der Nahtstelle zwischen allgemein versorgenden Hausärzt:innen (HÄ) und spezialisierten Teams hingewiesen. Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) scheinen unzureichend verzahnt [1,2]. So erleben HÄ die SAPV-Involvierung oftmals als Ausgrenzung aus der Versorgung und Kompetenzabschreibung [3], während die Akteur:innen in der SAPV eine fehlende Einbringung der HÄ beklagen [4].

Als Versuch, einen fließenden Übergang zwischen beiden Versorgungsformen zu schaffen und den Versorgungsprozess bedarfsgerecht zu gestalten, wurde 2017 als zentraler Baustein des Hospiz- und Palliativgesetzes die „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMv) (Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V) als neue Versorgungsstufe zwischen AAPV und SAPV eingeführt. Dieser Lösungsversuch wird kontrovers diskutiert und seine Implementierung scheint sich nur schleppend zu vollziehen; ob sie einen Mehrwert für die palliativmedizinische Versorgung darstellt, lässt sich wissenschaftlich noch nicht abschließend beurteilen [5–7].

Eine Sonderstellung in der palliativmedizinischen Versorgung nimmt Westfalen-Lippe (WL) ein. Hier haben sich bereits vor der bundesweiten Einführung der SAPV spezialisierte palliativmedizinische Strukturen entwickelt, bei der AAPV und spezialisierte Palliativversorgung von Beginn an stärker integriert waren. Die

Organisation der ambulanten Palliativversorgung in WL erfolgt seit 2009 auf der Basis der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ nach § 116 b SGB V. Eine strikte Trennung zwischen AAPV und SAPV existiert hier nicht; das westfälisch-lippische Modell setzt vielmehr auf die enge, früh im palliativen Betreuungsprozess einsetzende sowie flächendeckende/verbreitete Zusammenarbeit von HÄ und palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) [8]. Der PKD besteht aus mindestens vier palliativmedizinisch qualifizierten Ärzt:innen (QPA) mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sowie mindestens einer speziell geschulten, examinieren Pflegefachkraft als Koordinator:in. Sie wird nach Identifizierung eines Palliativpatienten/einer Palliativpatientin durch die versorgende HÄ informiert und steht diesem vom telefonischem Konsil bis zur kompletten Übernahme der Behandlung zur Verfügung [9]. Die Vernetzung der Akteur:innen und frühzeitige Einbindung qualifizierter Palliativärzt:innen soll eine fließende, am veränderlichen Bedarf orientierte palliativmedizinische Versorgung sowie Einbeziehung weiterer Kooperationspartner:innen zur Behandlung gewährleisten. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ermöglicht HÄ eine extrabudgetäre Vergütung der Einschreibung von Patient:innen sowie von Hausbesuchen, die über die Vergütung gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) hinausgehen. Eine Qualifikations- und Teilnahmevoraussetzung für die HÄ existiert nicht. Etwa 80% aller in WL niedergelassenen HÄ nahmen laut Hofmeister, 2016 [8] an dieser Vereinbarung teil.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Hypothese, dass die besonderen Rahmenbedingungen in WL die Bereitschaft und Einstellung zur Palliativversorgung von HÄ im Vergleich zu anderen KVen, die diese Rahmenbedingungen nicht aufweisen, günstig beeinflussen. Um dies zu untersuchen, wurden die Daten einer bundesweiten Befragungsstudie zur überregionalen Erfassung des hausärztlich getragenen palliativmedizinischen Handelns an der Schnittstelle zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [10] sekundär ausgewertet, indem die Antworten der teilnehmenden HÄ aus WL mit denen aus den anderen sieben KVen kontrastiert wurden

Material und Methoden

Studiendesign

Eine quantitative, querschnittliche, mittels schriftlicher Befragung im Jahr 2018 durchgeführte Erhebung wurde sekundär ausgewertet. Sie wurde im Rahmen des Verbundforschungsprojekts „SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“ (VSF16005) [11] durchgeführt.

Erhebungsumfeld und Stichprobenauswahl

Befragt wurden HÄ, hausärztlich tätige Internist:innen und Praktische Ärzt:innen aus insgesamt acht KVen: Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe. Hieraus wurde eine Zufallsstichprobe von $n = 6000$ ($n = 750$ pro KV) ermittelt und einmalig mit einem selbst-konzipierten und standardisierten Fragebogen (Anhang A) postalisch beschickt. Die Auswahl der KVen erfolgte auf Grundlage der größtmöglich zu erreichenden Diversität (bezüglich der Ausprägungen regionaler palliativer Versorgungsinfrastruktur, rechtlicher Rahmenbedingungen von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, Grad der SAPV-Flächendeckung sowie siedlungsstruktureller Gegebenheiten). Ein Teil der Ergebnisse der Primärstudie wurde bereits publiziert [3,10].

Material

Der finale Fragebogen beinhaltete folgende Themenkomplexe: (1) Berührungen mit der Palliativmedizin, (2) Selbstverständnis, (3) palliativmedizinisches Kompetenzzempfinden, (4) Vorhandensein und Versorgungsqualität der umgebenden palliativmedizinischen Infrastruktur, (5) Eingebundensein, wenn spezialisierte Versorgung zum Tragen kommt sowie (6) Verbesserungen der Rahmenbedingungen für hausärztliche Palliativversorgung.

Darüber hinaus wurde ein Fragebogenkomplex zur Häufigkeit der Verantwortungsübernahme palliativmedizinischer Aufgaben und der empfundenen Bedeutung einer Hinzunahme spezialisierter Versorgung ausgewertet. Hierzu wurde ein Konstrukt entworfen, das in 32 Items hausärztlich-palliativmedizinische Aufgaben umfasst und unter folgender Frage beantwortet werden sollte: „Wie häufig übernehmen Sie die Verantwortung für die aufgeführten Aufgaben bei Ihren palliativen Patienten in der Häuslichkeit?“ Für die Ermittlung der hausärztlichen palliativmedizinischen Aktivität wurde eine zusätzliche Variable, der „aggregierte Aktivitäts-Index“, aus dem Durchschnitt aller Unterfragen zu den von HÄ erbrachten Palliativleistungen berechnet. Mit diesem Index wurde die palliativmedizinische Aktivität auf einer kontinuierlichen Skala mit einem Mindestwert von 1 („nie“) und einem Höchstwert von 4 („immer“) bewertet. Zur Einschätzung der Wichtigkeit der Hinzuziehung spezialisierter Palliativstrukturen wurden diese einzeln unter der Frage „Wie wichtig ist Ihnen hierfür ein SAPV/PKD?“ ausgewertet sowie ein Index aus dem

Durchschnitt aller Unterfragen zur Bedeutung spezialisierter Strukturen auf einer kontinuierlichen Skala zwischen 1 („nicht erforderlich“) und 3 („sehr wichtig“) konstruiert (=„aggregierter Wichtigkeits-Index“). Für weiterführende Informationen zu Material und Methoden siehe eSupplement sowie Stichling et al. 2020 [10] und 2022 [3].

Die regionale Besonderheit des PKDs wurde – wo notwendig – in den Fragen analog zur Bezeichnung der SAPV mitgeführt. Auf die Auswertung rein SAPV-bezogener Items wurde verzichtet, da Missverständnisse nicht ausgeschlossen werden konnten. Eine rekursive und KV-übergreifende Pilotierung der gesamten Fragebogenkonstrukte wurde mit $n = 10$ HÄ zur Sicherstellung eines einheitlichen Verständnisses vor der Befragung durchgeführt.

Auswertung

Von Interesse war, ob HÄ aus WL sich in ihrer Einschätzung der Themenbereiche des Fragebogens bedeutsam von HÄ der anderen KVen unterscheiden. Zur Prüfung wurden bei metrischen Outcomes univariate Varianzanalysen (ANOVAs) (bei Verletzung der Annahme von Varianzhomogenität: Welch-Test) mit geplantem Kontrast (WL vs. alle anderen KVen) gerechnet. Bei dichotomen Outcomes wurden logistische Regressionen mit KV als achtstufigem, mit (umgekehrter) Helmert-Kontrast-Kodierung versehenem Prädiktor gerechnet. Berichtet wird für alle Outcomes der jeweilige deskriptive Unterschied sowie der p-Wert des Kontrasts, der die KV WL mit dem Mittel der anderen sieben KVen vergleicht. Als naheliegende Alternative zu dieser Vorgehensweise mag es erscheinen, die Befragten aller anderen sieben KVen aggregiert zu betrachten, also die HÄ in WL mit den anderen befragten HÄ, gleich welcher KV, zu vergleichen (etwa mittels *t*-Test). Dieses Vorgehen wurde nicht favorisiert, da die Hypothesen auf den Vergleich „zu anderen KVen“ abzielen (nicht: „zu allen anderen HÄ“). Und das nicht ohne Grund: Regionale Spezifika dürften sorgen, dass sich auch die anderen sieben KVen in ihrer Einschätzung bestimmter Themenkomplexe voneinander unterscheiden. Diese systematischen Unterschiede gehen in einer Analyse mit einem künstlich dichotomisierten Prädiktor notwendigerweise verloren, was die Gefahr verzerrter Ergebnisse und ggf. falscher Schlussfolgerungen nach sich zieht. Die Kontrastanalyse verzichtet auf das riskante Poolen und ermöglicht es, den interessierenden Unterschied (KV WL vs. alle anderen KVen) trotz einer möglichen Heterogenität in der Vergleichsgruppe direkt auf statistische Signifikanz zu testen.

Alle statistischen Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics Version 27 durchgeführt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach international anerkannten Kriterien für Beobachtungsstudien (STROBE) [12].

Ergebnisse

Vergleich der Gruppen hinsichtlich demographischer Angaben

In die Analysen gingen $n = 119$ Fragebogenrückläufer aus WL und $n = 1025$ aus den anderen KVen ein. Bezogen auf die $n = 750$ angeschriebenen Hausärzt:innen pro KV ($n = 750$) ergaben sich folgende Rücklaufquoten: Bayern: $n = 153$ (20,4%), Berlin: $n = 95$ (12,7%), Hessen: $n = 122$ (16,3%), Niedersachsen: $n = 146$ (19,5%), Sachsen-Anhalt: $n = 171$ (22,8%), Schleswig-Holstein: $n = 142$ (18,9%), Thüringen: $n = 196$ (26,1%), Westfalen-Lippe: $n = 119$ (15,9%).

An der Befragung teilnehmende HÄ aus WL waren im Vergleich zu HÄ aus den anderen KVen im Mittel um etwa 5 Jahre älter und 5 Jahre länger im ambulanten Bereich ärztlich tätig. Dabei war der Anteil weiblicher HÄ in WL im Vergleich etwas niedriger (39% vs. 51,6%). Außerdem waren Teilnehmer aus WL häufiger in

Gemeinschaftspraxen und als Praxisinhaber (d.h. weniger häufig im Angestelltenverhältnis) tätig. Sie behandelten im Mittel fast 100 Patient:innen mehr im Quartal. Zur tabellarischen Übersicht siehe [Tabelle 1](#).

Hinsichtlich der berichteten bisherigen „Berührungen mit der Palliativmedizin“ zeigte sich für HÄ aus WL eine geringere Wahrscheinlichkeit, Palliativversorgung ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit zu leisten (37,3% vs. 64,8%, $p < 0,001$). Bei der Abfrage dieses Themenkomplexes (A13 im Fragebogen) wurden darüber hinaus folgende Berührungen mit der Palliativmedizin abgefragt, bei denen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten: (1) „keine“ Berührungen mit der Palliativmedizin, (2) „ärztliche Tätigkeit in einer Einrichtung der Palliativversorgung von mind. 3 Monaten“, (3) „40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach (Muster-)Kursbuch der Bundesärztekammer“, (4) „Zusatzbezeichnung Palliativmedizin / Qualifizierte Palliativärztin bzw. Qualifizierter Palliativarzt“, (5) „Zulassung als „BQKPMV-Arzt“ (Vereinbarung nach §87 Abs. 1 SGBV zur „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“), (6) „aktuelle Mitarbeit als Teil eines SAPV-Teams“, (7) „aktuelle Teilnahme an (anderen) Selektivverträgen zur Palliativversorgung (§73b/140a SGBV d.h. integrierte Versorgung, Palliativnetze etc.)“.

Vergleich der Gruppen hinsichtlich hausärztlichem Selbstverständnis

Teilnehmende HÄ aus WL zeichneten sich im Vergleich zu HÄ aus anderen KVn durch ein in allen abgefragten Dimensionen höheres Selbstverständnis aus, für die Palliativversorgung (PV) zuständig zu sein. Dementsprechend zeigte sich bei HÄ aus WL eine im Mittel größere Zustimmung, die Versorgung sollte zentraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sein (3,664 vs. 3,472, $p = 0,010$, Min = 1 (stimme überhaupt nicht zu), Max = 4 (stimme voll zu)). HÄ aus WL sahen sowohl die Koordination der Palliativversorgung (3,605 vs. 3,403, $p = 0,004$), als auch die kontinuierliche Begleitung bis zum Tod eher in hausärztlicher Verantwortung (3,555 vs. 3,288, $p = 0,001$). Korrespondierend dazu zeigte sich bei HÄ aus WL eine im Mittel niedrigere Zustimmung, dass die Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden ein Tätigkeitsfeld nicht-hausärztlicher Fachspezialist:innen sein soll (1,756 vs. 1,990, $p = 0,014$). Zur tabellarischen Übersicht siehe [Anhang A](#), Tabelle e1.

Tabelle 1

Hausärztliche Palliativversorgung: Vergleich der Gruppen (Westfalen-Lippe vs. Rest) hinsichtlich demographischer Angaben.

	Häufigkeiten WL (%)	n	Häufigkeiten Rest (%)	n	Odds Ratio	p-Wert
Geschlecht		118		1024		
Weiblich	46 (38,98)		528 (51,56)		1,064	0,014*
Praxisform		119		1025		
Einzelpraxis	50 (42,02)		513 (50,05)		0,965	0,147
Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis	68 (57,14)		463 (45,17)		1,059	0,019*
MVZ	1 (0,84)		49 (4,78)		0,831	0,147
Region der Praxis		117		1019		
Landgemeinde	17 (14,53)		295 (28,95)		1,274	0,997
Kleinstadt	38 (32,48)		291 (28,56)		1,446	0,996
Mittelstadt	32 (27,35)		186 (18,25)		1,500	0,996
Großstadt	30 (25,64)		247 (24,24)		0,713	0,996
Angestelltenverhältnis		115		1013		
Ja	3 (2,61)		130 (12,83)		0,815	0,006*
	Mittelwert WL		Mittelwert Rest		Mittelwerts-Differenz	p-Wert
Alter (Jahre)	58,47	118	53,84	1023	4,632	<0,001*
Tätigkeitsdauer (Jahre)	24,38	119	19,87	1015	4,512	<0,001*
Arbeitsaufwand pro Woche (Stunden)	47,65	116	47,21	1114	0,434	0,686
Patient:innen pro Quartal (Anzahl)	1213,04	112	1124,23	969	88,81	0,026*
Hausbesuche pro Woche (Anzahl)	15,25	118	16,01	1021	-0,759	0,826
palliative Patient:innen pro Jahr (Anzahl)	22,09	115	20,46	1006	1,627	0,660
Hausbesuche bei palliativen Patient:innen pro Quartal (Anzahl)	17,57	117	16,93	997	0,662	0,821

* signifikant bei $p < 0,05$.

Kompetenzempfinden

An der Befragung teilnehmende HÄ aus WL schätzten im Mittel ihre Kompetenz hinsichtlich der Ausführung palliativmedizinischer Aufgaben insgesamt höher ein als die Gruppe der anderen HÄ (3,506 vs. 3,229, Min = 1 „schlecht“, Max = 4 „gut“, $p < 0,001$). Auch in Hinblick auf einzelne Aufgaben in der hausärztlichen Tätigkeit gaben HÄ aus WL höhere Sicherheit an. Signifikante Ergebnisse zeigten sich bei folgenden Tätigkeiten: Erkennen palliativer Patient:innen (3,625 vs. 3,486, Min = 1 „nie“, Max = 4 „immer“ $p = 0,031$), Anpassung des Therapieregimes an die palliative Situation der/des Patient:in (3,350 vs. 3,199, $p = 0,040$), sowie Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (z.B. SAPV-Team, ambulanter Hospizdienst, Seelsorger:in) (3,778 vs. 3,623, $p = 0,027$). Zur tabellarischen Übersicht siehe [Anhang A](#), Tabelle e2.

Beurteilung der palliativen Infrastruktur

Unter HÄ aus WL war die Bekanntheit der „weiteren Dienste (ambulante Hospizdienste, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste)“ größer als in der Gruppe der anderen HÄ (94,0% vs. 81,0%, $p = 0,001$). Gleiches gilt für den Facharzt/die Fachärztin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (97,4% vs. 90,9%, $p = 0,039$). Zur tabellarischen Übersicht siehe [Anhang A](#), Tabelle e3a.

Auch die Verfügbarkeit des/der entsprechenden Leistungserbringer:in gaben HÄ aus WL höher an als die Gruppe der anderen HÄ bei (%-Angabe von „vorhanden“):

- stationäres Hospiz (95,8% vs. 83,1%, $p = 0,003$)
- Fachärztin/Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (94,7% vs. 87,2%, $p = 0,048$)
- weiteren Diensten (ambulante Hospizdienste, „Grüne Damen“, karitative Besuchsdienste) (85,5% vs. 74,5%, $p = 0,038$).

Keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten sich hingegen bei der Verfügbarkeit eigener nicht-ärztlicher Praxismitarbeiter:innen, ambulanter Pflegedienste sowie ambulanter Palliativpflegedienste, Palliativstationen und HomeCare-Unternehmen. Zur tabellarischen Übersicht siehe [Anhang A](#), Tabelle e3b.

Im Bereich der Versorgungsqualität vergaben die HÄ aus WL im Mittel höhere Werte sowohl bei der Gesamteinschätzung der

Palliativinfrastruktur (3,653 vs. 3,449, Min = 1 „schlecht“, Max = 4 „gut“, $p = 0,002$), als auch – falls vorhanden (was nur bei $n = 449$ Antworten der Fall war) – für eigene nichtärztliche Praxismitarbeiter:innen für Hausbesuche bei palliativen Patient:innen (3,870 vs. 3,618, $p = 0,007$). Keine Unterschiede ergaben sich bei der Bewertung der allgemeinen ambulanten Versorgungsqualität sowie der Qualität der ambulanten spezialisierten Versorger:innen (SAPV oder PKD). Zur tabellarischen Übersicht siehe [Anhang A](#), Tabelle e3c.

Hausärztliche Palliativversorgung

HÄ aus WL gaben häufiger an, dass sie die Verantwortung für palliativmedizinische Aufgaben für ihre Patient:innen in der Häuslichkeit übernehmen im Vergleich zu HÄ aus anderen KVen (aggregierter Aktivitätsindex: 3,231 vs. 3,020, $p < 0,001$). Dieser Effekt zeigte sich auch in der Differenzierung nach Einzelkategorien (Assessment und Versorgungsplanung: 3,199 vs. 3,028, $p = 0,006$, Symptomlinderung: 3,577 vs. 3,377, $p = 0,002$, Intervention: 3,366 vs. 3,122, $p < 0,001$, Koordination: 3,079 vs. 2,862,

$p = 0,001$, Verfügbarkeit: 2,885 vs. 2,697, $p = 0,004$). In der Auswertung der Einzelitems ergab sich deskriptiv betrachtet ein durchgehend höherer Mittelwert bei HÄ aus WL. Ausnahme davon bildete das Item „Indikation zu SAPV stellen“; für dieses Item ergab sich deskriptiv betrachtet ein niedriger Mittelwert für HÄ aus WL (2,012 vs. 3,142, $p = 0,069$). Für die gesamte Auswertung siehe [Tabelle 2](#).

Bedeutung der SAPV/des PKDs

HÄ aus WL fanden die Hinzuziehung der SAPV/des PKDs weniger wichtig als HÄ aus anderen KVen (aggregierter Wichtigkeits-Index: 2,158 vs. 2,287, $p = 0,014$). Differenziert nach einzelnen Aufgaben war die Hinzuziehung der SAPV/des PKDs für HÄ aus WL in allen Punkten deskriptiv weniger wichtig (siehe [Tabelle 3](#)).

Nach Involvierung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in die Behandlung der Patientin/des Patienten fühlten sich HÄ aus WL häufiger in die Versorgung eingebunden (3,412 vs. 3,105, Min = 1 „nie“, Max = 4 „immer“, $p = 0,003$). Die Freitextangaben (vgl. [3]) unterstützten diese Ergebnisse: „[Es] fällt auf,

Tabelle 2

Hausärztliche Palliativversorgung: Vergleich der Gruppen (Westfalen-Lippe vs. Rest) hinsichtlich der Häufigkeit der Verantwortungsübernahme palliativmedizinischer Aufgaben (Min = 1 „nie“, Max = 4 „immer“).

	Mittelwert WL	n	Mittelwert Rest	n	Mittelwerts- Differenz	p-Wert
aggregierter Aktivitätsindex	3,231	114	3,020	998	0,211	<0,001*
aggregierter Index "Assessment und Versorgungsplanung"	3,199	114	3,028	996	0,171	0,006*
aggregierter Index "Symptomlinderung"	3,577	114	3,377	992	0,2	0,002*
aggregierter Index "Intervention"	3,366	114	3,122	994	0,244	<0,001*
aggregierter Index "Koordination"	3,079	114	2,862	989	0,217	0,001*
aggregierter Index "Verfügbarkeit"	2,885	114	2,697	993	0,188	0,004*
Assessment und Versorgungsplanung						
Eingangsassessment	3,214	112	2,861	975	0,353	<0,001*
Indikation zu SAPV stellen	2,921	101	3,142	991	-0,222	0,069
Beratung und Hilfestellung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben	3,421	114	3,334	993	0,087	0,202
Erstellen/Führen eines Behandlungs- und Notfallplans	3,15	113	2,772	990	0,378	<0,001*
Beratung und Anleitung von Patient:in und Angehörigen	3,487	113	3,229	991	0,258	0,001*
Dokumentation/Reevaluation der Behandlungsmaßnahmen	2,964	111	2,829	979	0,135	0,184
Symptomlinderung						
Schmerz	3,632	114	3,472	992	0,16	0,010*
Luftnot	3,561	114	3,341	992	0,221	0,002*
Übelkeit/Erbrechen, Appetitlosigkeit, Obstipation	3,561	114	3,394	992	0,167	0,014*
Fatigue, Depression, Angst/Panik, Delir	3,549	113	3,298	988	0,25	0,001*
Interventionen						
Bedarfsfeststellung und Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	3,421	114	3,275	988	0,146	0,034*
Verordnung von Medikamenten bei Schmerzen und weiteren palliativmedizinischen Symptomen	3,693	114	3,356	992	0,325	<0,001*
Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, die mein Budget stark belasten	3,412	114	3,107	992	0,305	0,001*
Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege	3,667	114	3,504	993	0,163	0,007*
Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen	3,614	114	3,503	989	0,11	0,064
Behandlung von Nebenerkrankungen/chronischen Erkrankungen	3,728	114	3,559	990	0,169	0,004*
palliativmedizinische Wundbehandlung	3,142	112	3,027	987	0,088	0,324
künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe	2,955	112	2,643	991	0,313	0,001*
apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen	2,4	110	2,057	990	0,343	0,001*
Behandlung in der Finalphase	3,433	113	3,087	988	0,355	<0,001*
Reduktion/Beenden von Maßnahmen = Therapiebegrenzung	3,46	113	3,204	987	0,256	0,001*
Koordination						
Koordination aller diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen und Behandler:innen/Akteur:innen	3,321	112	2,995	986	0,327	<0,001*
Sorge für das psychosoziale Umfeld des/der Patienten/Patientin	3,196	112	3,068	987	0,129	0,099
Einbeziehung eines ambulanten Hospizdienstes	3,027	110	2,725	977	0,303	0,001*
Organisation von Arztbesuchen, Transporten und Einweisungen	3,353	113	3,156	988	0,198	0,012*
Fallbesprechungen mit weiteren eingebundenen Behandler:innen	2,805	113	2,636	987	0,169	0,069
Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen	2,754	110	2,594	989	0,161	0,089
Verfügbarkeit						
Hausbesuche durch mich	3,54	113	3,355	991	0,185	0,008*
Hausbesuche durch eigene nicht-ärztliche Praxismitarbeiter:innen	2,375	112	2,394	979	-0,019	0,866
Besuchsbereitschaft während der Praxiszeiten	3,381	113	2,93	991	0,451	<0,001*
Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (inkl. Wochenende, Feiertage, nachts)	2,526	114	2,299	988	0,228	0,042*
(nur) telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten	2,555	100	2,492	977	0,063	0,559

* signifikant bei $p < 0,05$.

Tabelle 3

Bedeutung der SAPV/des PKDs: Vergleich der Gruppen (Westfalen-Lippe vs. Rest) hinsichtlich der Wichtigkeit der Hinzuziehung der SAPV/des PKD im Bezug auf palliativmedizinische Aufgaben (Min = 1 „nicht erforderlich“, Max = 3 „sehr wichtig“).

	MittelwertWL	n	Mittelwert Rest	n	Mittelwertsdifferenz	p-Wert
aggregierter Wichtigkeits-Index	2,158	107	2,287	964	-0,129	0,014*
aggregierter Index "Assessment und Versorgungsplanung"	1,991	101	2,139	935	-0,148	0,029*
aggregierter Index "Symptomlinderung"	2,283	105	2,441	929	-0,158	0,020*
aggregierter Index "Intervention"	2,139	106	2,275	948	-0,136	0,038*
aggregierter Index "Koordination"	2,205	103	2,312	930	-0,107	0,067
aggregierter Index "Verfügbarkeit"	2,252	105	2,375	930	-0,123	0,049*
Assessment und Versorgungsplanung						
Eingangsassessments	1,959	98	2,106	899	-0,222	0,069
Indikation zu SAPV stellen	1,835	91	1,895	900	-0,06	0,479
Beratung und Hilfestellung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben	1,7	100	1,83	908	-0,13	0,117
Erstellen/Führen eines Behandlungs- und Notfallplans	2,149	101	2,344	924	-0,195	0,007*
Beratung und Anleitung von Patient:in und Angehörigen	2,129	101	2,342	916	-0,214	0,003*
Dokumentation/Reevaluation der Behandlungsmaßnahmen	2,143	98	2,306	915	-0,163	0,035*
Symptomlinderung						
Schmerz	2,286	105	2,436	921	-0,151	0,034*
Luftnot	2,295	105	2,466	926	-0,17	0,015*
Übelkeit/Erbrechen, Appetitlosigkeit, Obstipation	2,257	105	2,428	922	-0,171	0,014*
Fatigue, Depression, Angst/Panik, Delir	2,306	98	2,434	903	-0,128	0,079
Interventionen						
Bedarfsfeststellung und Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	2,078	103	2,148	924	-0,071	0,351
Verordnung von Medikamenten bei Schmerzen und weiteren palliativmedizinischen Symptomen	2,115	104	2,351	924	-0,236	0,002*
Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, die mein Budget stark belasten	2,077	103	2,329	923	-0,251	0,001*
Bedarfsfeststellung und Verordnung häuslicher Krankenpflege	1,882	102	1,986	922	-0,104	0,233
Entscheidung, einen Pflegedienst einzubeziehen	1,841	101	1,932	925	-0,09	0,278
Behandlung von Nebenerkrankungen/chronischen Erkrankungen	1,733	101	1,842	919	-0,11	0,172
palliativmedizinische Wundbehandlung	2,32	103	2,376	928	-0,056	0,426
künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe	2,35	103	2,498	933	-0,149	0,056
apparative bzw. invasive Behandlungsmaßnahmen	2,533	103	2,699	933	-0,165	0,022*
Behandlung in der Finalphase	2,388	103	2,536	935	-0,147	0,056
Reduktion/Beenden von Maßnahmen = Therapiebegrenzung	2,168	101	2,246	926	-0,178	0,020*
Koordination						
Koordination aller diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen und Behandler:innen/Akteur:innen	2,284	102	2,421	919	-0,137	0,047*
Sorge für das psychosoziale Umfeld des/der Patienten/Patientin	2,228	101	2,355	916	-0,128	0,073
Einbeziehung eines ambulanten Hospizdienstes	2,242	99	2,356	895	-0,114	0,118
Organisation von Arztbesuchen, Transporten und Einweisungen	1,98	100	2,106	906	-0,126	0,111
Fallbesprechungen mit weiteren eingebundenen Behandler:innen	2,198	101	2,331	906	-0,133	0,056
Durchführung konsiliarischer Erörterungen/Beurteilungen	2,32	100	2,318	898	0,002	0,971
Verfügbarkeit						
Hausbesuche durch mich	2,131	99	2,209	871	-0,078	0,352
Hausbesuche durch eigene nicht-ärztliche Praxismitarbeiter:innen	1,979	95	2,114	842	-0,135	0,128
Besuchsbereitschaft während der Praxiszeiten	2,092	98	2,312	881	-0,22	0,006*
Besuchsbereitschaft außerhalb der Praxiszeiten (inkl. Wochenende, Feiertage, nachts)	2,515	101	2,6	911	-0,085	0,207
(nur) telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Praxiszeiten	2,535	101	2,574	902	-0,04	0,568

* signifikant bei $p < 0,05$.

dass WL die einzige Region ist, in der das Thema des Ausgegrenztheits durch Spezialisten (bis auf eine besondere Ausnahme) nicht geäußert wurde.“.

Verbesserungsvorschläge

HÄ aus WL sahen weniger häufig Ansatzpunkte zur Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung in (%-Angabe von „wichtig/sehr wichtig“):

- unmittelbarer Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen (79,1% vs. 88,5%, $p = 0,003$)
- Einbeziehung der Trauerarbeit/Trauerbegleitung in das palliativmedizinische Versorgungskonzept (77,8% vs. 86,0%, $p = 0,02$)
- Ausbau der SAPV-Kapazitäten (79,8% vs. 87,0%, $p = 0,042$).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen HÄ aus WL und HÄ aus anderen KVen bestanden bei der Zustimmung zu folgenden Ansatzpunkten zur Verbesserung der Situation: aufwandsgerechtere Vergütung (Hausbesuche, telefonische Beratung, 24-Stunden-Betreuung), erreichbare (interdisziplinäre)

Fortbildungsangebote für alle in die Versorgung involvierten Behandler:innen, Möglichkeit der Versorgungs koordinierung und des Überleitungsmanagements durch speziell geschultes Personal (Case Manager:in), standardisierter Informationsaustausch mit allen beteiligten palliativversorgenden Leistungserbringer:innen, Stärkung der Hospizkultur, Palliativversorgungsbedarf von Patient:innen in den Pflegeeinrichtungen besser erkennen und decken, Stärkung des Ehrenamtes in der Palliativbetreuung, Etablierung des Konzeptes „Advanced Care Planning“ in der Palliativversorgung. Zur tabellarischen Übersicht siehe [Anhang A](#), Tabelle e4.

Diskussion

Die sekundäre Auswertung der bundesweiten Befragungsstudie unter Berücksichtigung der Kontrastierung von HÄ aus WL im Vergleich zu HÄ aus den anderen sieben KVen liefert interessante Ergebnisse und bestärkt uns in der Annahme, dass die besonderen Rahmenbedingungen für hausärztliche Palliativversorgung in WL das palliativmedizinische Handeln positiv beeinflussen: HÄ aus

WL haben ein durchgehend höheres Selbstverständnis, für die Palliativversorgung zuständig zu sein, übernehmen häufiger die Verantwortung für palliativmedizinische Tätigkeiten und fühlen sich sicherer in ihrer Ausübung. Andere palliativversorgende Akteure: innen (Infrastruktur) sind HÄ aus WL eher bekannt und für sie verfügbar. Die Einschätzung der Qualität der insgesamt betrachteten palliativen Infrastruktur fällt bei HÄ aus WL höher aus. Korrespondierend dazu beurteilen HÄ aus WL die Hinzuziehung spezialisierter ambulanter Palliativversorgungsstrukturen (SAPV bzw. PKD) als weniger wichtig als HÄ aus anderen KVen. Sind solche in die Behandlung einer Patientin/eines Patienten involviert, fühlen sich HÄ aus WL häufiger weiterhin mit eingebunden.

Da viele Ergebnisse in gewisser Weise neu sind, weil sie kontrastierend zwischen WL und anderen KVen noch nicht wissenschaftlich untersucht wurden, können wir die Diskussion unserer Deutung nur punktuell auf vorhandene Literatur stützen. Auf Basis der in WL geltenden Palliativvereinbarung und entlang der abgefragten Einzelitems deuten wir die Studienergebnisse wie folgt:

Die HÄ in WL bleiben häufiger bis zum Schluss verantwortlich für eine umfassende und kontinuierliche Versorgung ihrer palliativen Patient:innen und deren Angehörigen. Entsprechend ist auch das Spektrum palliativmedizinischer Aufgaben bei HÄ aus WL breiter und auf die „ganzheitliche“ und kontinuierliche Behandlung der palliativen Patient:innen ausgerichtet: vom Eingangsassessament angefangen, über Symptomkontrolle bis hin zur Behandlung in der Finalphase sehen sich HÄ häufiger verantwortlich. Aus diesem Grund und weil die Vollversorgung nicht zu den eigentlichen Aufgaben des PKD gehört, werden von den HÄ die spezialisierten Leistungen häufiger als gezielte Unterstützung herangezogen.

Das Wissen um eine niedrigschwellige und schnell verfügbare Infrastruktur in Form des PKDs, der bei Zunahme des Versorgungsbedarfes der Patient:innen oder einem Übersteigen der eigenen Ressourcen verlässlich hinzugezogen werden kann, ermöglicht es den HÄ, ihre zentrale Versorgungsrolle weiter wahrzunehmen.

Da der PKD bereits nach Identifizierung einer palliativen Patient:in durch die/den HA über diese/n in Kenntnis gesetzt wird, ist eine Anpassung der Leistungsdichte flexibel möglich. Diese erstreckt sich von der Einholung einer Beratungsleistung der dort tätigen QPA über eine kurzfristig und niederschwellig, 24-stündig zu erreichende Unterstützung bis hin zur kompletten Übernahme der Versorgung (Vollversorgung). Letztere erfolgt in WL seltener als in anderen Regionen, was dadurch gedeckt ist, dass HÄ aus WL die Involvierung spezialisierter Versorgung für weniger wichtig befinden als HÄ in anderen KVen, wie unsere Ergebnisse zeigen. Darin kommt auch zum Ausdruck, dass HÄ aus WL unter allen palliativmedizinischen Aufgaben einzig die „Indikation zu SAPV stellen“ seltener ausführen als HÄ aus anderen Regionen. Die verringerte Häufigkeit der Verantwortungsübernahme dieser Aufgabe von HÄ aus WL ist dadurch erklärbar, dass sie die SAPV gleichbedeutend mit Vollversorgung sehen; durch ihre eigene hohe Aktivität eine Notwendigkeit der „Abgabe“ der Versorgung an den PKD als weniger wichtig erachten.

Als HÄ an der Versorgung als zentrale Versorger:in beteiligt zu bleiben, führt durch einen „Trainingseffekt“ wiederum zu einem höheren Kompetenzzempfinden und Sicherheitsgefühl, wie an unseren Ergebnissen sichtbar ist und in Einklang mit anderen Untersuchungen steht [13,14].

Insgesamt scheint die Zusammenarbeit der verschiedenen Strukturen in WL weniger konfliktbehaftet zu sein, als bei in anderen KVen verbreiteten AAPV/SAPV-Modellen, bei denen häufig Schnittstellenproblematiken in der Zusammenarbeit beschrieben werden [3,15,16]. Ein zentrales Thema ist hier das Herausdrängen der HÄ aus der Versorgung und empfundene Kompetenzabschreibungen mit Konkurrenzdenken, sobald spezialisierte Strukturen in die Behandlung involviert sind [3,17]. Unsere Ergebnisse zeigen, dass HÄ aus WL sich häufiger in die Behandlung eingebunden fühlen, was wiederum die

Bereitschaft zur Zusammenarbeit mitbedeuten könnte und für eine integrierte ambulante Palliativversorgung spricht [18].

Ein anderes, wesentliches Problem bei den AAPV/SAPV-Modellen ist die oft fehlende professions- und sektorenübergreifende Kooperation, die insbesondere in der AAPV als schwer realisierbar beschrieben wird [19] und in letzter Folge zu einer suboptimalen Versorgung palliativer Patient:innen führt [20]. Der Ruf nach einer zentralen Koordinations- und Vernetzungsinstanz für professionelle und ehrenamtliche Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung ist dort entsprechend groß [21]. Der Gesetzgeber hat bereits reagiert und ein Gesetz zur „Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken“ (§ 39d SGB V) beschlossen, das die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch eine/n Netzwerkkoordinator:in vorsieht. In WL ist die übergreifende Koordination der Versorgung in einer professionellen Struktur, dem PKD, angesiedelt und ermöglicht scheinbar eine konsequenter Netzwerkarbeit [22]. Unsere Ergebnisse stützen diesen Aspekt, weil HÄ aus WL angeben, ihr zur Unterstützung heranziehbares Umfeld besser zu kennen und dessen Versorgungsqualität höher einschätzen.

Vor diesem Hintergrund wird auch interpretierbar, warum HÄ aus WL weniger häufig einen Ansatzpunkt zur Verbesserung der Palliativversorgung in der „unmittelbaren Beratungsmöglichkeit bei palliativmedizinischen Fragestellungen“ sehen: möglicherweise haben HÄ aus WL verlässlich eine/n niedrigschwellige und schnell verfügbare Ansprechpartner:in durch den PKD, sodass dieser Aspekt für HÄ aus WL weniger wichtig erscheint als für HÄ aus anderen Regionen. Auch der Ausbau von SAPV-Kapazitäten, der für HÄ aus WL einem Ausbau von Vollversorgungskapazitäten entspricht, wird weniger zur Verbesserung der Versorgung angesehen. Entsprechend ihrem Selbstverständnis sehen HÄ aus WL die kontinuierliche Begleitung bis zum Tod als ihre Aufgabe und lehnen eine komplette Abgabe der Versorgung (Vollversorgung) eher ab.

Insgesamt deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass die in WL geltenden Rahmenbedingungen für (spezialisierte) ambulante Palliativversorgung, die sich von den SAPV-Verträgen in anderen KVen essenziell unterscheiden, bei den HÄ in WL eine erhöhte Bereitschaft zur Ausübung allgemeiner palliativmedizinischer Versorgung geschaffen haben.

Die besonderen Rahmenbedingungen, die dies bewirken könnten, umfassen vor allem: a) Die an der Vereinbarung zur ambulanten Palliativversorgung in WL teilnehmenden HÄ schreiben die Patient:innen mit Identifikation der palliativen Situation ein und können ab diesem Zeitpunkt jederzeit in der oben beschriebenen Weise zielgenau und unterstützend auf QPA und PKD zurückgreifen. In der Regel erbringt der PKD dabei koordinierende und beratende Leistungen und unterstützt bei der Gewährleistung einer 24/7-Verfügbarkeit und der Hinzuziehung weiterer Kooperationspartner:innen. Seltener übernimmt der PKD die Vollversorgung ohne eine weitere Beteiligung der HÄ. b) Die in der Vereinbarung zur ambulanten Palliativversorgung in WL festgelegte Vergütung, die über die AAPV-Vergütung gemäß EBM hinausgeht, so u.a. für hausärztliche Hausbesuche, fördert die Übernahme palliativmedizinischer Leistungen zusätzlich. Empirische Belege für diesen Zusammenhang zwischen der Höhe der Vergütung und der Ausübung von Palliativversorgung finden sich bspw. bei Freytag et al. 2019 [23] sowie Brueckner et al. 2009 [16]. (Dennoch sind die Zustimmungswerte für eine höhere Vergütung hausärztlicher Palliativleistungen in WL nicht geringer als in anderen KVen.)

Laut Angaben der KV WL nehmen aktuell (Stand: 2021) 93% der kassenärztlich tätigen HÄ (inkl. hausärztlich tätiger Internist:innen), die Palliativpatient:innen betreuen, an der Vereinbarung teil [8,24]. Die überdurchschnittliche und gleichzeitig anteilmäßig nahe beieinander liegende Inanspruchnahme von AAPV und PKD in WL [25] deutet dabei auf zweierlei hin: Erstens kommen beide

Versorgungsformen (AAPV und PKD) parallel zum Tragen und zweitens kommt diese integrierte AAPV-PKD-Versorgung in WL deutlich mehr Patient:innen zugute als in anderen KVen die SAPV [26]. Dadurch lässt sich vermuten, dass die im Bedarfsfall unverzügliche Erfüllung des Leistungsanspruchs auf SAPV nach § 37b SGB V in WL leichter erfüllbar ist als in anderen KVen [27].

Stärken und Schwächen

Es handelt sich um die erste vergleichende Untersuchung hausärztlicher Palliativversorgung, die die unterschiedlichen regionalen Modelle berücksichtigt bzw. das Sondermodell in WL zu anderen KVen kontrastiert. Die große absolute Anzahl an verwertbaren Fragebögen (n = 1144) mit guter Datenqualität (unsystematisch auftretende Missings über alle ausgewerteten Items zwischen 0 und max. 153) muss dabei als Stärke der Untersuchung herausgestellt werden. Dabei ist auch die methodische Herangehensweise der Kontrastierung anstatt der Analyse „gepoolter“ Daten vorteilhaft, da sie zu einem wirklichkeitstreuere Abbild bei höherer statistischer Aussagekraft führt.

Die Limitation des allgemeinen Selektionseffekts von Befragungen (interessierte HÄ nehmen häufiger teil), die den Rückschluss auf die Gesamtheit aller HÄ limitiert, kommt in bekannter Weise zum Tragen. So liegt beispielsweise in beiden Gruppen der Anteil von teilnehmenden HÄ mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin mit 17,8% (in WL) vs. 16,11% (andere KVen) deutlich über dem bundesweiten Schnitt von 3,9% [28]. Wichtiger aber noch sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Danach sind teilnehmende HÄ aus WL insbesondere älter, häufiger männlich und in einer Gemeinschaftspraxis tätig als HÄ in den übrigen KVen. Ein verzerrender Einfluss dieser Merkmalsunterschiede auf die Studienergebnisse ist möglich.

Obwohl die befragten acht KVen nach ihrer größtmöglichen Diversität ausgewählt wurden, ergibt sich für Deutschland durch diese Begrenzung natürlich nur ein bedingt vollständiges Bild.

Schließlich ist einschränkend anzumerken, dass die Befragung nicht explizit für HÄ aus WL konzipiert, sondern die Daten sekundär für diese Forschungsfrage ausgewertet wurden.

Schlussfolgerungen

Unter den in WL geltenden Rahmenbedingungen für (spezialisierte) ambulante Palliativversorgung, die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung in integrierter Weise unterstützen, zeigt ein Großteil der HÄ in WL eine erhöhte Bereitschaft zur Ausübung allgemeiner palliativmedizinischer Versorgung. Unsere Studienergebnisse lassen vermuten, dass an der Palliativvereinbarung teilnehmende HÄ von Beginn der Palliativphase ihrer Patient:innen an niedrigschwellig – d.h. Leistungen von Hausärzt:innen ergänzend – von einer flächendeckend verfügbaren, spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Form des PKD unterstützt werden. Anders als in den anderen sieben verglichenen KVen scheint integrierte allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung stattzufinden. WL könnte Orientierung für andere Regionen bezüglich der Einbindung von Hausärzt:innen an der Schnittstelle zur spezialisierten Palliativversorgung liefern. Ob die Art der ambulanten Palliativversorgung in WL im Bundesvergleich auch Vorteile bei Versorgungsqualität und Versorgungskosten hervorbringt, gilt es zukünftig zu untersuchen.

Interessenkonflikt

Diese Arbeit wurde freundlicherweise durch den Förderverein Lukas-Hospiz e.V. – Herne unterstützt. Der Förderverein ist an den Inhalten nicht beteiligt. Die Autor:innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autor*innenschaft

Kathleen Stichling: Konzeptualisierung, Studiendurchführung, Datenerhebung und -analyse, Manuskripterstellung, Manuskriptrevision

Franziska Meissner: Konzeptualisierung, Methodikberatung/-supervision Manuskripterstellung (Methoden)

Ina Otte: Manuskriptüberarbeitung

Nino Chikhradze: Manuskriptüberarbeitung

Michelle Beuthling: Visualisierung, Manuskriptüberarbeitung

Bianka Ditscheid: Manuskriptüberarbeitung

Horst Christian Vollmar: Beschaffung der Fördergelder, Konzeptualisierung, Manuskriptüberarbeitung

Antje Freytag: Beschaffung der Fördergelder, Projektadministration, Konzeptualisierung, Studiendurchführung, Datenerhebung und -analyse, Manuskripterstellung, Manuskriptrevision, Supervision.

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.12.006>.

Literatur

- [1] Schneider W, Eichner E, Thoms U, Stadelbacher S, Kopitzsch F. Specialised outpatient palliative care (SAPV) in Bavaria: efficiency, structural and process-related effects and rural care. *Gesundheitswesen* 2015;77:219–24. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382041>.
- [2] Mühlensiepen F, Thoma S, Marschke J, Heinze M, Harms D, Neugebauer EAM, von Peter S. "If they were to stop coming, I'd panic" Palliative care networks from the perspectives of patients and informal care givers. *Schmerz* 2019;33:320–8. <https://doi.org/10.1007/s00482-019-0384-0>.
- [3] Stichling K, Bleidorn J, Krause M, Meißner W, Wedding U, Bauer A, Krauss SH, Schneider W, Jansky M, Nauck F, Vollmar HC, Schulz S, Freytag A. Hausärztliche Einschätzungen zur Verbesserung der Palliativversorgung an der Schnittstelle zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). *Palliativmedizin* 2022;23:105–12. <https://doi.org/10.1055/a-1667-3629>.
- [4] Rhee JJ, Teo PCK, Mitchell GK, Senior HE, Tan AJH, Clayton JM. General practitioners (GPs) and end-of-life care: a qualitative study of Australian GPs and specialist palliative care clinicians. *BMJ Support Palliat Care* 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001531>.
- [5] Ülgüt R, van Baal K, Köpping L, Schneider N, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung – eine Analyse von Stellungnahmen. *Palliativmedizin* 2022;23:207–14. <https://doi.org/10.1055/a-1749-9536>.
- [6] van Baal K, Ülgüt R, Schulze C, Schneider N, Stiel S. Implementierung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) – Erfahrungen und Sichtweisen von SAPV-Teams. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 2022;173:64–74. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.03.005>.
- [7] Hemmerling M, Stahmeyer JT, Schütte S, van Baal K, Stiel S. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung: Patientenklentel und Effekte auf die ambulante Palliativversorgung. *Z Allg Med* 2022;98:337–44. <https://doi.org/10.53180/zfa.2022.0337-0344>.
- [8] Hofmeister U. Wichtige Aspekte einer patientenorientierten ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe: Praxisbeispiel Westfalen-Lippe; 2015. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Paper_Palliativversorgung_Westfalen_Lippe.pdf (accessed 8 August 2022).
- [9] Lux EA, Althaus A, Claßen B, Hilscher H, Hofmeister U, Holtappels P, Mansfeld-Nies R, Weller H-U. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. *MMW - Fortschritte der Medizin* 2013;155:44–50. <https://doi.org/10.1007/s15006-013-1053-3>.
- [10] Stichling K, Krause M, Ditscheid B, Hach M, Jansky M, Kaufmann M, Lehmann T, Meißner W, Nauck F, Schneider W, Schulz S, Vollmar HC, Wedding U, Bleidorn J, Freytag A. Factors influencing GPs' perception of specialised palliative homecare (SPHC) importance - results of a cross-sectional study. *BMC Palliat Care* 2020;19:117. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00603-3>.
- [11] Freytag A, Krause M, Bauer A, Ditscheid B, Jansky M, Krauss S, Lehmann T, Marschall U, Nauck F, Schneider W, Stichling K, Vollmar HC, Wedding U, Meißner W. 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. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0398-5>.
- [12] von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

- (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg* 2014;12:1495–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijvsu.2014.07.013>.
- [13] Hirooka K, Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Yoshida S, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. Regional medical professionals' confidence in providing palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2014;44:249–56. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyt204>.
- [14] Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Metzger M, Weiner J, Boyer EG. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:364–72. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.01.013>.
- [15] Schwabe S, Ates G, Ewert B, Hasselaar J, Hesse M, Linge-Dahl L, Jaspers B, Radbruch L. "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. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2478-5>.
- [16] Brueckner T, Schumacher M, Schneider N. Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC Palliat Care* 2009;8:7. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-7>.
- [17] Kaiser F, Sohm M, Illig D, Vehling-Kaiser U, Haas M. Four years of specialized outpatient palliative care in a rural area Cooperation and acceptability from general practitioners' view. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016;59:916–20. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2363-2>.
- [18] Nolte T. Integrierte Versorgungskonzepte für Patienten in der Lebensendphase. *Notfall & Hausarztmedizin* 2004;30:526–8.
- [19] Schrader S, van Baal K, Schleef T, Schneider N, Afshar K, Müller-Mundt G. ... das klassische Problem ist zu sagen, man ist ja jetzt palliativ" – Versorgung am Lebensende an den Schnittstellen zur hausärztlichen Versorgung in ländlich geprägten Regionen – eine qualitative multiperspektivische Studie. *Palliativmedizin* 2020;21:309–15.
- [20] Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt G, Bleidorn J, Schneider N. Generalist palliative care for non-cancer patients: A review article. *Schmerz* 2015;29:604–15. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0054-9>.
- [21] Rehner L, Moon K, Hoffmann W, van den Berg N. Die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung aus Sicht von Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung – eine Querschnittserhebung. *Gesundheitswesen* 2020;83:986–92. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0391>.
- [22] Lux EA. Die AAPV wird jetzt vergütet – Chancen und Risiken. *Schmerzmed* 2017;33:3. <https://doi.org/10.1007/s00940-017-0621-5>.
- [23] Freytag A, Ditscheid B, Kaufmann M, Krause M, Völker M, Meißner W, Schneider S, Schulz S, Stichling K, Lehmann T, die SAVOIR-Studiengruppe. Was beeinflusst die hausärztliche Palliativversorgung?: Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Erlangen); 2019; Poster. <https://doi.org/10.3205/19degam140>.
- [24] Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Auskunft zur Anzahl von Hausärzt:innen, die aktuell an der Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in Westfalen-Lippe teilnehmen. Schriftliche Mitteilung, Dortmund 2022 (accessed 29 August 2022).
- [25] Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, Stichling K, Jansky M, Nauck F, Wedding U, Schneider W, Marschall U, Meißner W, Freytag A. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland Inanspruchnahme und regionale Verteilung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2020;63:1502–10. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03240-6>.
- [26] Lux EA, Hofmeister U, Bornemann R. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe - Eine Follow-up-Erhebung fünf Jahre nach Einführung einer strukturierten Versorgung im häuslichen Umfeld. *Dtsch Med Wochenschr* 2016;141:e67–72. <https://doi.org/10.1055/s-0041-106677>.
- [27] Lux EA, Althaus A, Claßen B, Hilscher H, Hofmeister U, Holtappels P, Mansfeld-Nies R, Weller H-U. Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. *Palliativmedizin* 2012;13:97–102. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298861>.
- [28] Bundesärztekammer. *Arztstatistik* 2020. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17066.php> (accessed 8 August 2022).